

www.sintef.no



**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

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Pasientflyt og pasientfordeling ved AHUS psykisk helsevern for voksne 2004-2005

FORFATTER(E)

Torleif Ruud, Solfrid Lilleeng, Trond Hatling

OPPDRAGSGIVER(E)

Psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus (AHUS)

RAPPORTNR. STF78 A055027	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Ingvild Bryde-Erichsen	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-03923-8	PROSJEKTNR. 78i039.30	ANTALL SIDER OG BILAG 71 sider, vedlegg 10 s.
ELEKTRONISK ARKIVKODE AHUS pasientflyt 2005.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Torleif Ruud <i>Torleif Ruud</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE	DATO 29.03.2006	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne H Eide, forskningssjef <i>Arne H Eide</i>	

SAMMENDRAG

Målet med prosjektet har vært å fremskaffe data om psykisk helsevern for voksne ved AHUS for å vurdere om de ulike enhetene og tilbudene er definert og dimensjonert på en slik måte at de totale ressursene utnyttes best mulig i forhold til behovet.

Aktivitet og pasientflyt ble analysert ut fra data fra første og tredje tertial i 2004 og første tertial i 2005.

Det har vært en stor økning i aktivitet med økning i antall døgnplasser og en økning i antall opphold utover økningen av antall døgnplasser, som også har sammenheng med reduksjon i lengde på opphold. Det er en økning ved alle sentralsykehusavdelingene med unntak av allmennpsykiatrisk avdeling, som har en reduksjon i aktiviteten.

Sentralsykehusavdelingene får i hovedsak pasientene innlagt utenfra og utskrivninger fra disse avdelingene skjer for det meste ut av AHUS. Antallet overflyttinger mellom sentralsykehusavdelingene er mer begrenset og har variert over tid. Poliklinikkene ved DPS utveksler pasienter med akuttavdelingen og døgnavdelingene ved eget DPS, og poliklinikken i Lillestrøm også noe med allmennpsykiatrisk avdeling og akutenhet for rus.

Den store økningen i innleggelser ved akuttavdelingen ser ikke ut til å ha medført økt overflytting fra akuttavdelingen til andre døgnenheter innen AHUS, muligens med unntak av Åråsen. Men for flere andre avdelinger og for flere av døgnenheter innen DPS har det også vært en økning av innleggelser utenfra. Det er vanskelig å vite om dette er ledd i en felles trend, eller om noe av dette har avlastet akuttavdelingen noe.

Fordelingen av oppgaver mellom DPS og sentralsykehusavdelingene ved AHUS ble analysert ut fra data om døgnpasienter fra opptaksområdet til Lillestrøm DPS fra april/mai 2005. Se det utvidede sammendraget.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykiatri	Psychiatry
EGENVALGTE	Pasientflyt	Patient flow
	Pasientfordeling	Distribution of patients

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
1 Innledning	9
2 Sammendrag	11
3 Datagrunnlag og metode	15
3.1 Data fra det elektroniske pasientregisteret ved AHUS	15
3.2 Kvalitet på pasientdata fra AHUS Psykisk helse	15
3.3 Data fra prosjekt om evaluering av DPS-utbyggingen	16
3.4 Endringer i kapasitet ved avdelinger 2004-2005.....	16
3.5 Arbeid med tolkninger, vurderinger og eventuelle tiltak.....	17
3.6 Prosjektorganisering	17
4 Ressurssituasjonen	19
5 Endringer i aktiviteten 2004-2005	21
5.1 Utvikling 2002 – 2004.....	21
5.2 Utvikling 2004 – 2005.....	22
5.2.1 Utvikling 2004-2005 på enhetsnivå.....	23
5.3 Oppsummering om endringer i aktiviteten 2004-2005.....	31
6 Hvordan pasientstrømmen var i 2004–2005	33
6.1 Innledning.....	33
6.2 Pasientstrøm mellom døgnenheter i AHUS og til/fra AHUS	33
6.3 Samlet pasientstrøm mellom enheter i AHUS og til/fra AHUS	42
6.4 Pasientstrøm for polikliniske episoder med døgntkontakt før/etter	50
6.5 Polikliniske episoder uten døgntkontakt før, under eller etter episoden	54

7 Fordeling av pasienter og oppgaver	57
7.1 Sosiodemografiske forhold	58
7.2 Øyeblikkelig hjelp, første gangs kontakt og reinnleggelser	59
7.3 Bruk av tvangsinnleggelse og seinere juridisk status.....	61
7.4 Hvem som henviser og hvem en henviser til.....	62
7.5 Type og alvorlighetsgrad av psykiske lidelser og problemer	63
7.6 Bruk av alkohol og stoff.....	65
7.7 Globalt symptomnivå og funksjonsnivå	66
7.8 Fordeling av oppgaver.....	67
7.9 Kontakt og samarbeid med andre	67
7.10 Oppsummering om fordeling av pasienter og oppgaver	70
8 Vedlegg.....	73
8.1 Underlagstabeller kapittel 5	73
8.2 Vedleggstabeller kapittel 6.....	76
Polikliniske omsorgsepisoder uten døgntilbud før/under/etter episoden.....	81

Tabeller

Tabell 4.1 Tabell over bemanning 2002 – 2004 i psykisk helsevern for voksne	19
Tabell 7.1 Fordeling av registrerte døgnpasienter på avdelinger og poster	57
Tabell 7.2 Fordeling på kjønn.....	58
Tabell 7.3 Fordeling på aldersgrupper	59
Tabell 7.4 Fordeling på sivil status.....	59
Tabell 7.5 Antall pasienter som ble innlagt tiltrengende øyeblikkelig hjelp	60
Tabell 7.6 Antall pasienter der dette oppholdet er første kontakt med psykisk helsevern	60
Tabell 7.7 Antall pasienter som er reinnlagt innen ett år fra forrige opphold.....	60
Tabell 7.8 Status for pasientens sykehistorie ved nåværende opphold.....	61
Tabell 7.9 Fordeling på inntaksvedtak	61
Tabell 7.10 Juridisk status på registreringstidspunktet.....	61
Tabell 7.11 Fordeling etter hvem som har lagt inn pasienten	62
Tabell 7.12 Fordeling på hvem pasienten er henvist til ved utskrivning	62
Tabell 7.13 Fordeling på hoveddiagnose	63
Tabell 7.14 Fordeling av samlet antall diagnoser (inntil 3 pr pasient)	63
Tabell 7.15 Antall pasienter med alvorlig problemer * innen ulike problemområder (HoNOS).....	64
Tabell 7.16 Antall pasienter med ulike grader av problemer med alkohol siste 6 måneder...65	65
Tabell 7.17 Antall pasienter med ulike grader av problemer med narkotika/medikamenter siste 6 måneder.....	65
Tabell 7.18 Fordeling av skåringer på GAF for symptomnivå	66
Tabell 7.19 Fordeling av skåringer på GAF for funksjonsnivå	66
Tabell 7.20 Fordeling på hovedgrunner til oppholdet slik teamet ser det *	67
Tabell 7.21 Antall pasienter der en har hatt kontakt med andre typer tjenester i registreringsperioden.....	68
Tabell 7.22 Antall pasienter der det hadde vært samarbeidsmøte med DPS i perioden.....	68
Tabell 7.23 Situasjon når det gjelder individuell plan	68
Tabell 7.24 Situasjon når det gjelder koordinator for de tilbudene pasienten mottar.....	69
Tabell 7.25 Situasjon når det gjelder ansvarsgruppe i kommunen	69
Tabell 7.26 Antall pasienter som ventet på tilbud på lavere omsorgsnivå.....	69

Figurer

Figur 5.1 Utviklingen i utskrivinger, oppholdsdøgn i aktivitetsåret og polikliniske konsultasjoner for AHUS. 2002-2004.	21
Figur 5.2 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. AHUS samlet. 2004-2005.	22
Figur 5.3 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Akuttavdelingen. 2004-2005.	23
Figur 5.4 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter ved periodeslutt. Alderspsykiatrisk avdeling. 2004-2005.	24
Figur 5.5 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter ved periodeslutt. Allmennpsykiatrisk avdeling. 2004-2005.	25
Figur 5.6 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Rus – akuttenheten 2004-2005.	26
Figur 5.7 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Jessheim DPS Elvestad. 2004-2005.	27
Figur 5.8 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Jessheim DPS Vilberg. 2004-2005.	28
Figur 5.9 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Lillestrøm DPS Åråsen. 2004-2005.	29
Figur 5.10 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter ved periodeslutt. Lillestrøm DPS Moenga. 2004-2005.	30
Figur 6.1 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Akuttavdelingen. 2004-2005.	34
Figur 6.2 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Alderspsykiatrisk avdeling. 2004-2005.	35
Figur 6.3 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Allmennpsykiatrisk avdeling. 2004-2005.	36
Figur 6.4 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Akuttenhet for RUS. 2004-2005.	37
Figur 6.5 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Jessheim DPS Elvestad. 2004-2005.	38
Figur 6.6 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Jessheim DPS Vilberg. 2004-2005.	39
Figur 6.7 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Lillestrøm DPS Åråsen. 2004-2005.	40
Figur 6.8 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Lillestrøm DPS Moenga. 2004-2005.	41
Figur 6.9 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Akuttavdelingen. 2004-2005.	42

Figur 6.10 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Alderspsykiatrisk avdeling. 2004-2005.	43
Figur 6.11 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Allmennpsykiatrisk avdeling. 2004-2005.	44
Figur 6.12 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Akuttenhet rus. 2004-2005.	45
Figur 6.13 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Jessheim DPS Elvestad. 2004-2005.	46
Figur 6.14 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Jessheim DPS Vilberg. 2004-2005.	47
Figur 6.15 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Lillestrøm DPS Åråsen. 2004-2005.	48
Figur 6.16 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Lillestrøm DPS Moenga. 2004-2005.....	49
Figur 6.17 Utviklingen i pasientstrøm fra Jessheim DPS poliklinikk til de ulike døgnetenene. 2004-2005.	50
Figur 6.18 Utviklingen i pasientstrøm fra Lillestrøm DPS poliklinikk til de ulike døgnetenene. 2004-2005.	51
Figur 6.19 Utviklingen i pasientstrøm fra Alderspsykiatrisk poliklinikk til de ulike døgnetenene. 2004-2005.	51
Figur 6.20 Utviklingen i pasientstrøm fra de ulike døgnetenene til Jessheim DPS poliklinikk. 2004-2005.	52
Figur 6.21 Utviklingen i pasientstrøm fra de ulike døgnetenene til Lillestrøm DPS poliklinikk. 2004-2005.	52
Figur 6.22 Utviklingen i pasientstrøm fra de ulike døgnetenene til Alderspsykiatrisk poliklinikk. 2004-2005.	53
Figur 6.23 Nye og avsluttede polikliniske konsultasjonsserier og uavsluttede polikliniske konsultasjonsserier ved perodeslutt. Jessheim DPS poliklinikk. 2004-2005....	54
Figur 6.24 Nye og avsluttede polikliniske konsultasjonsserier og uavsluttede polikliniske konsultasjonsserier ved perodeslutt. Lillestrøm DPS poliklinikk. 2004-2005...	55

1 Innledning

Målet med prosjektet har vært å fremskaffe data om psykisk helsevern for voksne ved AHUS for å vurdere om de ulike enhetene og tilbudene er definert og dimensjonert på en slik måte at de totale ressursene utnyttes best mulig i forhold til behovet.

Dette inkluderer å undersøke endringer i bruk av psykisk helsevern, pasientstrømmen og endringer i denne, samarbeidet mellom de ulike tilbudene, og hvordan ulike undergrupper bruker tjenestene.

Følgende hovedproblemstillinger belyses gjennom prosjektet:

1. Hvilke endringer har skjedd i samlet bruk av psykisk helsevern for voksne ved AHUS i løpet av tidsrommet 2002 – 2005?
 - a. både døgndrift og poliklinisk tilbud
2. Hvordan er pasientstrømmen i 2004-2005, og hvordan har den eventuelt endret seg?
 - a. Hvordan er henvisningsmønstre og samarbeid mellom sykehusavdelinger og DPS?
 - b. Er det ulike undergrupper av pasienter som har ulike bruksmønstre eller ulike mønstre når det gjelder pasientstrøm?
3. Hvordan er ventetid for inntak, oppholdstid og behandlingstid ved ulike enheter, og har dette endret seg over tid?

Andre spørsmål som har vært drøftet, men som ikke er tatt med i prosjektet:

4. Hva skjer med pasienten under opphold i døgnavdelinger ved sykehus og DPS?
5. Kan forhold i enkelte kommuner bidra til å forklare endringer i bruk av psykisk helsevern for voksne?

Resultatene fra analysene har vært drøftet i tre møter med ledere ved psykisk helsevern for voksne ved AHUS for å bidra til at lederne kan komme fram til felles forståelse av resultatene, identifisere eventuelle problemer i tjenestene og definere eventuelle aktuelle tiltak for å oppnå ønskelige endringer.

I det tredje møte i august 2005 ble det fra ledelsen uttrykt ønske om at rapporten skulle være tydelig på følgende:

1. Hva er viktig og rimelig sikkert?
2. Forslag til endringer og retning på ønskelige endringer?
3. Hvordan kan en forbedre datakvaliteten?

2 Sammendrag

Denne analysen av pasientflyt og arbeidsdeling innen AHUS psykisk helsevern for voksne 2004-2005 gir en systematisk beskrivelse av situasjonen og av endringer innen et tidsrom på ett år og fire måneder. Den kan ikke gi svar på hva som er riktig og hva som eventuelt bør endres, men den kan bidra til et grunnlag for slike vurderinger, og sett som "baseline" kartlegging gir den en mulighet for å måle virkningen av eventuelle endringer som gjøres.

Data som er brukt i undersøkelsen

Aktivitet og pasientflyt ble analysert ut fra data fra første og tredje tertial i 2004 og første tertial i 2005 (Samdata og A-hus sitt eget pasientregister). Fordeling av pasienter og oppgaver mellom Lillestrøm DPS og sentralsykehus-avdelingene når det gjelder døgnpasienter ble analysert ut fra data som ble samlet inn i april/mai 2005 ved en undersøkelse som Lillestrøm DPS deltar i.

Bemanning

Ressursene målt ved samlet bemanning har vært ganske stabil i tidsrommet 2002-2004, med unntak av en økning fra 2002 til 2003 ved polikliniske tjenester ved Lillestrømklinikken. Denne stabiliteten står i kontrast til den økning i bruk av tjenester som en ser ved en del av enhetene i kapitlene nedenfor. Data for 2005 er ikke er tilgjengelige ennå.

Utviklingen i aktiviteten 2004 - 2005

Samlet sett har det vært en stor økning i aktivitet ved AHUS Psykisk helsevern for voksne. Dette skyldes både en økning i antall døgnplasser og en økning i antall opphold utover økningen av antall døgnplasser, som også har sammenheng med reduksjon i lengde på opphold. Endringene samlet og ved de enkelte avdelingene må sees i lys av de endringer og omstillinger som er gjort i løpet av 2004 og 2005, og som er omtalt i kapittel 3.4.

Det er en økning ved alle sentralsykehusavdelingene med unntak av allmennpsykiatrisk avdeling, som har reduksjon i aktiviteten. De andre sentralsykehusavdelinger har ulike mønstre i sin utvikling, som delvis har sammenheng med endringer i antall plasser.

Hovedtrekk i pasientflyt 2004 - 2005

Sentralsykehusavdelingene får i hovedsak pasientene innlagt utenfra, og utskrivninger fra disse avdelingene skjer for det meste ut av AHUS. Antallet overflyttinger mellom sentralsykehusavdelingene er mer begrenset og har variert over tid.

Utveksling av pasienter mellom poliklinikkene på Jessheim og Lillestrøm og døgnavdelinger i AHUS skjer i hovedsak med akuttavdelingen og med døgnenhetene innen eget DPS. Poliklinikken på Lillestrøm har i tillegg hatt en del henvisninger til og fra allmennpsykiatrisk avdeling (avtatt over tid) og akutenheten for rus (størst i siste tertial i 2004), mens poliklinikken på Jessheim nesten ikke har utvekslet pasienter med disse.

Pasientflyt til og fra akuttavdelingen

Antallet innleggelser og utskrivninger ved akuttavdelingen har økt mye. Dette skyldes i hovedsak pasienter som kommer utenfra. Det kommer svært få pasienter til akuttavdelingen fra andre døgnenheter innen AHUS, og denne delen er ikke økende. Det er en del pasienter som er overflyttet fra akuttavdelingen til andre døgnenheter innen AHUS, men denne andelen har ikke endret seg vesentlig selv om antallet slike overflyttinger har økt gradvis, muligens med unntak av Åråsen som har hatt en økning i antall overflyttinger fra andre døgnenheter innen AHUS. Allmennpsykiatrisk avdeling har hatt reduksjon i overflyttinger fra andre døgnenheter innen AHUS. Innleggelsene fra poliklinikkene til akuttavdelingen har økt noe, og utskrivningene fra akuttavdelingen til videre behandling ved poliklinikkene har økt.

Den store økningen i innleggelser ved akuttavdelingen ser altså ikke ut til å ha ført til økt overflytting fra akuttavdelingen til andre døgnenheter innen AHUS, muligens med unntak av Åråsen. Men for flere avdelinger og for flere av døgnhetene innen DPS har det også vært en økning av innleggelser utenfra. Det er vanskelig å vite om dette er ledd i en felles trend, eller om noe av dette har avlastet akuttavdelingen noe for en enda større økning.

Allmennpsykiatrisk avdeling

Antall innleggelser og utskrivninger ved allmennpsykiatrisk avdeling har gått ned i løpet av 2004 og noe opp igjen i 2005. Antallet overflyttinger fra annen døgnenhet innen AHUS har blitt kraftig redusert, mens antallet innleggelser utenfra har holdt seg omtrent på samme nivå. Antallet overflyttinger til andre døgnenheter innen AHUS har holdt seg lavt og stabilt.

Alderspsykiatrisk avdeling

For alderspsykiatrisk avdeling har det skjedd en klar økning i løpet av 2004 når det gjelder andelen av innleggelser som kom fra andre døgnenheter innen AHUS. Det har vært en forbigående reduksjon av innleggelser utenfra, mens samlet antall innleggelser/overflyttinger har økt jevnt. Det har vært en motsatt utvikling av antallet overflyttinger til andre døgnenheter innen AHUS med en reduksjon fra en liten andel til nesten ingen, mens det samlede antallet utskrivninger/overflyttinger har økt jevnt og mye.

Alderspsykiatrisk poliklinikk har i hovedsak overført pasienter til og fra alderspsykiatrisk avdeling, og hatt noen få overføringer til og fra akuttavdelingen.

Akutteneheten for ruspasienter

Antall innleggelser ved akutteneheten for rus ble tilnærmet doblet i løpet av 2004 og holdt seg uendret i begynnelsen av 2005. Overflyttinger innen AHUS har økt litt, men er fortsatt få.

Døgnenheter ved DPS

Det synes ikke å være noe felles mønster i utviklingen av innleggelser og utskrivninger ved døgnhetene ved DPS. De i hovedsak moderate endringene er altså forskjellig ved de ulike enhetene, noe som trolig gjenspeiler forskjeller i hvilken funksjon den enkelte enhet har. Med unntak av økt kapasitet ved Åråsen har det heller ikke vært noen endringer i kapasitet. En gjennomgang av diagrammene for den enkelte enhet sammenholdt med den funksjon den har, kan muligens være et bidrag til å se om denne funksjonen utvikles slik en ønsker.

Polikliniske konsultasjonsserier

Antallet nye polikliniske konsultasjonsserier uten forutgående eller påfølgende døgnopphold har hatt en svak økning (Jessheim) eller svak reduksjon (Lillestrøm). Antallet avsluttede konsultasjonsserier har økt kraftig begge steder, med en tilsvarende reduksjon i antallet

avsluttede konsultasjonsserier. Dette gjenspeiler en økt kapasitet eller praksis som gjør at en holder kontakten med pasientene over lengre tid enn før og/eller en endret praksis med å være mer tilbakeholdende med å registrere kontakten med pasientene som avsluttet.

Fordeling av pasienter og oppgaver

Fordelingen av pasienter mellom typer døgnavdelinger i psykisk helsevern for voksne er analysert ut fra en registrering av de 123 døgnpasientene en hadde kontakt med i løpet av 4 uker våren 2005 fra opptaksområdet til Lillestrøm DPS.

Pasientene var likt fordelt på kjønn, med unntak av akuttavdelingen, som hadde mer enn dobbelt så mange kvinner som menn. Det er særlig aldersgruppene 20-49 år som har vært døgnpasienter. Overvekten av unge voksne var størst ved allmennpsykiatrisk avdeling og rusavdelingen, mens akuttavdelingen hadde få i den yngste aldersgruppen. Ved alle avdelingene er de fleste pasientene ugift eller separert/skilt. Det var bare fem døgnpasienter med ikke-vestlig kulturell bakgrunn i registreringsperioden.

Andelen innlagt tiltrengende øyeblikkelig hjelp er høy ved akuttavdelingen og lav ved alle de andre avdelingene. De andre avdelingene deltar altså i liten grad i å gi døgntilbud på dagen.

For litt over 10 % var oppholdet pasientens første kontakt med psykisk helsevern mens dette gjaldt omtrent 20 % ved akuttavdelingen. Omtrent 40 % av pasientene var reinnlagt innen ett år etter en tidligere utskrivning, og noen av disse hadde unngått innleggelse om de hadde fått en bedre oppfølging.

Omtrent 2/3 av døgnpasientene er blitt frivillig innlagt, og selv ved akuttavdelingen er nesten halvparten av pasientene frivillig innlagt. Tvungen observasjon i institusjon skjer i hovedsak ved akuttavdelingen, mens tvungent psykisk helsevern i institusjon i hovedsak skjer ved allmennpsykiatrisk avdeling.

Nesten alle døgnpasientene ved DPS er blitt henvist fra en annen enhet ved DPS. Nær halvparten ved akuttavdelingen ble innlagt av legevakt, og de fleste andre av andre enheter innen psykisk helsevern eller fastlegen. Allmennpsykiatrisk avdeling har i hovedsak mottatt pasienter fra en annen sykehusavdeling, som da trolig i hovedsak er akuttavdelingen.

Det er schizofreni og stemningslidelser som dominerer som hoveddiagnose ved døgnavdelingene i DPS og akuttavdelingen. Ved begge disse avdelingene var det omtrent dobbelt så mange med stemningslidelse som med schizofreni. Ved allmennpsykiatrisk avdeling var det nesten bare pasienter med schizofreni. Det er særlig ruslidelser, angst/nevroser og personlighetsforstyrrelser som er registrert som bidiagnoser.

Skåringer av alvorlighetsgrad av psykiatriske og andre problemer ved bruk av skåringsskjemaet HoNOS viser at det var mest alvorlige problemer blant pasientene ved akuttavdelingen. Men det er også noen pasienter ved de andre døgnavdelingene som har alvorlige problemer med f eks psykotiske symptomer eller med å fungere.

Misbruk og avhengighet av alkohol og narkotika i løpet av de siste seks månedene før registreringstidspunktet var mindre utbredt enn en kanskje skulle vente. Det er færre med misbruk av narkotika enn med misbruk av alkohol.

Samarbeid, koordinering og om behandlingen skjer på rett kompetansenivå

Det største omfanget av kontakt var med familie og pårørende, pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, fastleger og sosialtjenesten. Det er allmennpsykiatrisk avdeling som hadde mest kontakt med disse. Det har også vært en god del kontakt mellom DPS og sykehus, og DPS og allmennpsykiatrisk avdeling hadde en del kontakt med arbeidsgiver/skole, aetat eller trygdekontor. Sykehusavdelingene hadde deltatt i få samarbeidsmøter med kommunene.

Vel halvparten av døgnpasientene ved DPS hadde en individuell plan, og ved akuttavdelingen ble det startet opp arbeid med individuell plan for mer enn halvparten under oppholdet.

Nesten alle ved DPS ble vurdert til å være på riktig kompetansenivå. Nær halvparten ved akuttavdeling og allmennpsykiatrisk avdeling venter på tilbud på et lavere omsorgsnivå.

Noen spørsmål som kan være aktuelle å drøfte ut fra innholdet i denne rapporten

1. Er det hensiktsmessig at det i relativt begrenset grad skjer overflytting av pasienter mellom sentralsykehusavdelingene?
2. Ville det være hensiktsmessig og mulig at DPS-ene tok mer av de frivillige innleggelsene som akuttavdelingen nå tar?
3. Er arbeidsdelingen mellom allmennpsykiatrisk avdeling og døgnavdelingene ved DPS slik den bør være, og er det ønskelig med lite overføring av pasienter mellom disse?
4. Hvilke tiltak vil AHUS psykisk helsevern gjøre for å sikre kvaliteten på egne pasientdata med sikte på å kunne følge utviklingen i aktivitet og pasientflyt? Jfr. Kap. 3.2.

3 Datagrunnlag og metode

Rapporten bygger på bruk av flere datakilder og materialer som kan supplere hverandre og bidra med ulike typer informasjon. Det vært brukt data som AHUS psykisk helsevern har rapportert inn til Norsk pasientregister (NPR), data fra AHUS sitt eget pasientregister, og data som AHUS har samlet inn for en undersøkelse om utvikling av distriktpsikiatriske sentre som gjennomføres som et ledd i evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse og der Lillestrømklinikken deltar.

3.1 Data fra det elektroniske pasientregisteret ved AHUS

Bruk av tjenester og pasientstrøm er i hovedsak analysert ut fra data fra NPR og det elektroniske pasientregisteret ved DPS og sykehusavdelingene. Dette er blitt gjort for de opplysningene som ikke har for stor andel manglende data eller usikker kvalitet. Det vil bli brukt data for 2004 og første tertial av 2005. Materialet gjelder hele AHUS psykisk helsevern for voksne, med unntak av Grorud DPS som nylig ble en del av AHUS.

SINTEF Helse har brukt sin kompetanse fra å analysere slike datasett for alle institusjoner i psykisk helsevern i Norge.

3.2 Kvalitet på pasientdata fra AHUS Psykisk helse

Pasientdata er på formatet MBDS (Minste basis data sett) og det formatet som pasientdata fra voksenpsykiatrien rapporteres på til NPR (Norsk pasientregister). Formatet MBDS er et uttaksformat utviklet for psykiatrisk virksomhet og inneholder både utskrivninger og pågående pasientbehandling ved periodeslutt. Dette formatet inneholder informasjon relevant for behandlingen av psykiatriske pasienter: GAF, tvang, medikamentell behandling, type terapi med mer. I tillegg er det i dette formatet satt av plass til lokale koder til bruk for enhetsangivelse i tillegg til det standardisert avdelingskode.

DIPS ble innført som felles pasientadministrativt system 1.mars 2004 ved Lurud og Nordbyhagen og 10.oktober 2004 ved Lillestrøm og Jessheim. Etterregistrering i DIPS er utført og i DIPS har pasientene samme pasientidentifikator uansett hvor pasienten har vært innlagt innen helseforetaket i løpet av 2004. Pasientdata inneholder imidlertid oppsplitting av postopphold som pågikk ved omleggingstidspunktene slik at antall postopphold vil av denne grunn være flere enn hva som faktisk er reelt.

Analyser basert på pasientdata er blitt presentert på møtene som prosjektgruppen hadde med ledergruppen ved AHUS, og ulike sider ved registreringen av pasientdata i DIPS ble da diskutert ut fra hvilken betydning de har for datakvalitet og tolkning av resultater.

I DIPS må innlagte pasienter som har helgepermisjon eller annen permisjon på minst 3 dager skrives ut før permisjonen og inn igjen når pasienten kommer tilbake etter permisjon. Det er ønskelig å kunne registrert permisjonsdøgn uten oppsplitting av døgnoppholdet.

Det ble stilt spørsmålsteget ved andel innleggelser som øyeblikkelig hjelp som man mente ikke kunne være riktig. Det kan tyde på at registrering av dette kanskje praktiseres ulikt, og at felles retningslinjer bør lages og legges inn i DIPS.

Henvisningsdato og vurderingsdato var like i pasientdata fra AHUS og riktig ventetid kunne ikke beregnes for dette materialet. Årsaken til dette ligger i uttaket av pasientdata fra DIPS til NPR og har sannsynligvis ikke noe med registreringen i seg selv å gjøre. Dette bidrar imidlertid til en forringelse av kvaliteten i pasientdata.

Diagnoseregistreringen var mangelfull og økt fokus på dette vil bidra til mer interessante analysemuligheter av pasientdata ved AHUS.

Henvisende instans og oppfølgende instans var bare delvis registrert, og stor andel missing på disse to variablene gjør at de har begrenset nytte. Disse variablene sier noe om hvor pasienten henvises fra og til og kan si noe om pasientstrømmen mellom AHUS og andre helsetjenester. For å bedre kvaliteten på disse er det nødvendig med et økt fokus på disse variablene. De kan for eksempel gjøres obligatoriske ved registrering av pasienten i DIPS. Det forutsetter at det er en veiledning om dette.

Det som kanskje øker kvaliteten i pasientdata mest, er aktiv bruk av pasientdata. Mulighet for uttak av pasientdata lokalt på de ulike enhetene slik at de selv kan lage statistikk over egen pasientpopulasjonen, vil bidra til å øke motivasjonen for å registrere mer komplett informasjon om pasientene. Lokale enheter føler i dag distanse til egen driftsstatistikk og resultatene. Det er ønskelig at systemleverandøren legger til rette for lokal bruk av egne data ved at det er lett å hente ut relevant statistikk.

3.3 Data fra prosjekt om evaluering av DPS-utbyggingen

SINTEF Helse gjennomfører en longitudinell undersøkelse om hvilken virkning utbyggingen av distriktpspsykiatriske sentre har på tjenestetilbudet og pasienters tilfredshet. Dette er et ledd i den evaluering av Opptappingsplan for psykisk helse som Norges forskningsråd gjennomfører for Sosial- og helsedirektoratet. Lillestrøm DPS deltar i denne undersøkelsen sammen med sju andre distriktpspsykiatriske sentre rundt i landet. Det ble våren 2002 og vinteren/våren 2005 samlet inn data om de pasientene disse DPS-ene hadde kontakt med i løpet av fire uker. Vinteren/våren 2005 ble det også samlet inn tilsvarende data ved sykehus om de pasientene sykehusene har fra de samme kommunene i samme tidsrom, slik at en får data om arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus. Datainnsamlingen ved Lillestrøm DPS og sykehusavdelingene ved AHUS ble gjort i april/mai 2005. De data som registreres ved sykehusavdelinger var et utvalg av de variablene som ble registrert ved DPS.

Dette datamaterialet gir en del informasjon som en ikke kan få fra det elektroniske pasientregisteret ved AHUS, som f.eks. alvorlighetsgrad av psykiatiske problem innen ulike problemområder, innhold i behandlingen ut fra hovedgrunner for opphold/behandling for den enkelte pasient, og samarbeid mellom institusjonen og andre. Dette materialet er avgrenset til pasienter fra opptaksområdet for Lillestrømklinikken.

3.4 Endringer i kapasitet ved avdelinger 2004-2005

Det har skjedd en del endringer i kapasitet når det gjelder døgnplasser ved de ulike avdelingene i AHUS Psykisk helse i løpet av det tidsrommet som data er hentet fra. Det er viktig å ha disse endringene med i vurderingen når en ser på de ulike resultatene som presenteres i kapitlene nedenfor. Disse endringene omtales nedenfor, og seinere i rapporten vises det tilbake til denne oversikten.

Akuttavdelingen

Akuttavdelingen hadde fram til årsskiftet 2004/2005 to lukkede poster (S2Ø og S2V), en åpen akuttpost (S1V) og en åpen intermediær/subakuttpost (S3Ø). Alle postene hadde 12 døgnplasser. Fra årsskiftet 2004/2005 økte post S3Ø med 2 plasser til 14 plasser. I februar 2005 ble det åpnet en ny akuttpost (S3V), og denne ble trappet opp til full kapasitet med 12 plasser i løpet av to måneder.

Allmennpsykiatrisk avdeling

I løpet av 2005 er det gjort endringer ved at en botreningsenhet på 5 plasser ble nedlagt i april 2005. Ved ombygging ble så lukket post A økt fra 6 til 12 plasser, lukket post B økt fra 7-8 til 10 plasser, og åpen post C økt fra 12 til 14 plasser. Denne endringsprosessen pågikk fra tidlig i 2005 til slutten av september 2005. I løpet av denne tiden hadde alle postene redusert kapasitet i faser, men ingen poster var helt stengt. Det er vanskelig å gi en helt detaljert beskrivelse av hvordan og hvor reduksjonen i kapasitet var til en hver tid.

Alderspsykiatrisk avdeling

I 2004 het avdelingen nevropsykiatrisk avdeling og hadde 6 døgnplasser for eldre (alderspsykiatri) og 8 dagplasser for pasienter med andre nevropsykiatriske lidelser. I januar 2004 var avdelingen stengt på grunn av mangel på overlege, og resten av året var det varierende utnyttelse av avdelingen som følge av mangel på personell. Avdelingen ble så som følge av utvidet opptaksområde omdefinert til en ren alderspsykiatrisk avdeling med 14 døgnplasser. Det skal etter planen være 90% belegg, men fram til oktober 2005 har det vært noe lavere belegg på grunn av mangel på overlege.

Lillestrømklubben

Det ble startet en ny døgnpost Åråsen 2 med 7 døgnplasser i februar 2005 med opptaksområde Grorud og Stovner. Alle de ansatte ved denne posten begynte i januar 2005. Det har i 2004 og 2005 ikke vært endringer i kapasitet eller drift ved de andre postene.

Jessheimklubben

Det var ingen endringer i antall døgnplasser ved postene ved Jessheimklubben i 2004-2005.

3.5 Arbeid med tolkninger, vurderinger og eventuelle tiltak

Samarbeidet om tolkning/forståelse av resultatene og drøftinger av mulige konsekvenser og tiltak har skjedd ved møter mellom prosjektgruppa i SINTEF Helse og lederne for de ulike DPS-er og avdelinger ved AHUS har deltatt. Det er ledelsen ved AHUS som tar stilling til om og hvordan eventuelle endringsforslag skal implementeres, samt vurderer om de ulike enhetene og tilbudene er definert og dimensjonert på en slik måte at de totale ressursene utnyttes best mulig.

3.6 Prosjektorganisering

SINTEF Helse sin prosjektgruppe har bestått av

Forskningsjef/seniorforsker Torleif Ruud, psykiater, dr.med. (prosjektleder)

Forsker Solfrid Lilleeng, statistiker.

Seniorforsker Trond Hatling, sosiolog og sykepleier.

4 Ressurssituasjonen

Tabellen nedenfor viser oversikt over bemanning ved AHUS Psykisk helsevern i de tre siste årene som det er tilgjengelige data på dette fra Samdata psykisk helsevern.

Tabell 4.1 Tabell over bemanning 2002 – 2004 i psykisk helsevern for voksne

		2002	2003	2004
Akershus	Senger	81	101	98
Universitetssykehus	Personell avdelinger	343.2	342.3	341.4
	Personell poliklinikk	0	0	0
	Jessheimklinikken	Senger	36	36
DPS	Personell avdelinger	50.4	52.6	57.7
	Personell poliklinikk	24	28.1	30.3
	Lillestrømklinikken	Senger	41	41
DPS	Personell avdelinger	77.2	79.3	79.9
	Personell poliklinikk	35.8	51.2	48.0

Tallene i tabellen ovenfor er hentet fra Samdata psykisk helsevern for hvert av de årene som er tatt med, og bygger på data som helseforetaket selv har rapportert inn til Statistisk sentralbyrå ved slutten av hvert år. Tall for 2005 er derfor ikke tilgjengelige før våren 2006. I tall for poliklinikker er det med eventuell bemanning av ambulante team og/eller dagavdelinger, slik at tallet for poliklinikker egentlig betyr all bemanning utenom døgnavdelinger. Bemanningen gjelder psykisk helsevern for voksne.

Det som kjennetegner tallene, er at de er ganske stabile fra år til år, med unntak av en økning fra 2002 til 2003 ved polikliniske tjenester ved Lillestrømklinikken. Denne stabiliteten står i kontrast til den økning i bruk av tjenester som en ser ved en del av enhetene i kapitlene nedenfor.

Siden tabellen ikke inkluderer data for 2005 fordi disse ikke er tilgjengelige ennå, viser den ikke de endringene som har skjedd i 2005.

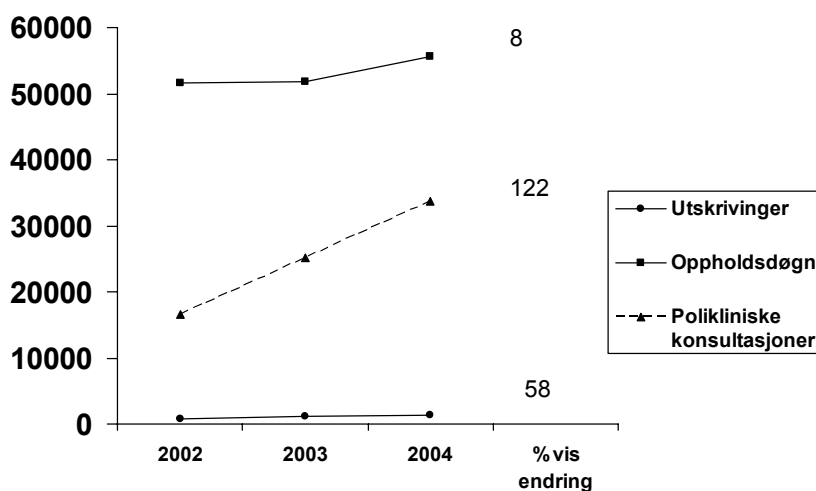
5 Endringer i aktiviteten 2004-2005

Tabellene i dette kapitlet beskriver hvilke endringer som har skjedd i samlet bruk av psykisk helsevern for voksne ved AHUS i løpet av tidsrommet 2002-2005 – både når det gjelder døgndrift og poliklinisk tilbud.

Materialet er hentet fra pasientregisteret og er analysert i forhold til tertial for å vise utviklingen. Andre tertial i 2004 er utelatt fordi sommermånedene er mer spesielle, slik at det gir et riktigere bilde å sammenligne første og siste tertial.

5.1 Utvikling 2002 – 2004

Figuren nedenfor viser vi utviklingen for hele AHUS når det gjelder utskrivinger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner. Denne og de følgende figurer er satt opp slik at kurvene viser endringer i antall, mens tallene til høyre for kurvene viser prosentvis økning i løpet av det tidsrommet tabellen gjelder.



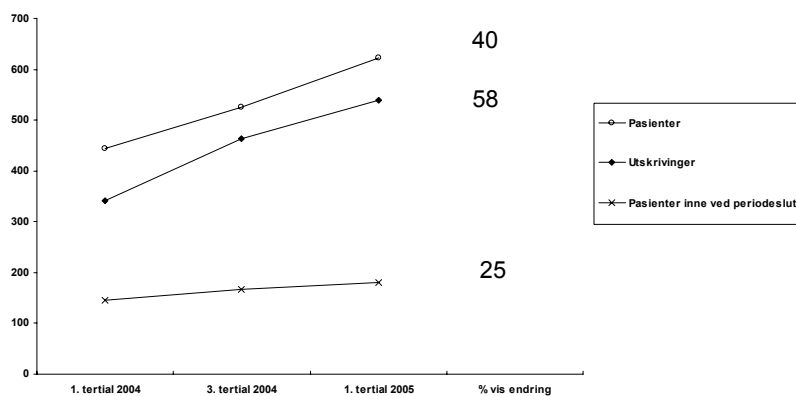
Figur 5.1 Utviklingen i utskrivinger, oppholdsdøgn i aktivhetsåret og polikliniske konsultasjoner for AHUS. 2002-2004.

Som det framgår av figur 5.1 har det vært en betydelig aktivitetsvekst innen AHUS, og den største prosentvise økningen finner vi når det gjelder polikliniske konsultasjoner.

5.2 Utvikling 2004 – 2005

I denne delen redegjøres for utviklingen over tre perioder, januar-april 2004 (1. tertial 2004), september-desember 2004 (3. tertial 2004) og januar-april 2005 (1. tertial 2005).

I den første figuren framstilles utviklingen for AHUS samlet når det gjelder antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt.

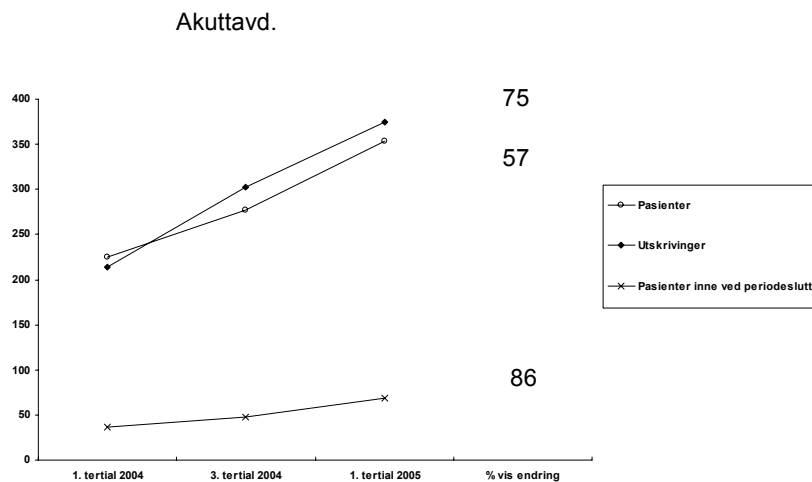


Figur 5.2 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. AHUS samlet. 2004-2005.

Som det framgår av figur 5.2 har det også i perioden 2004 til 2005 vært en betydelig økning i aktiviteten, både målt som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Når det gjelder utviklingen i oppholdstid i perioden, er median oppholdstid redusert med 32% til 14 dager, mens gjennomsnittelig oppholdstid er redusert med 35% til 31,8. Antallet oppholdsdøgn er økt med 21% i perioden, til 21072.

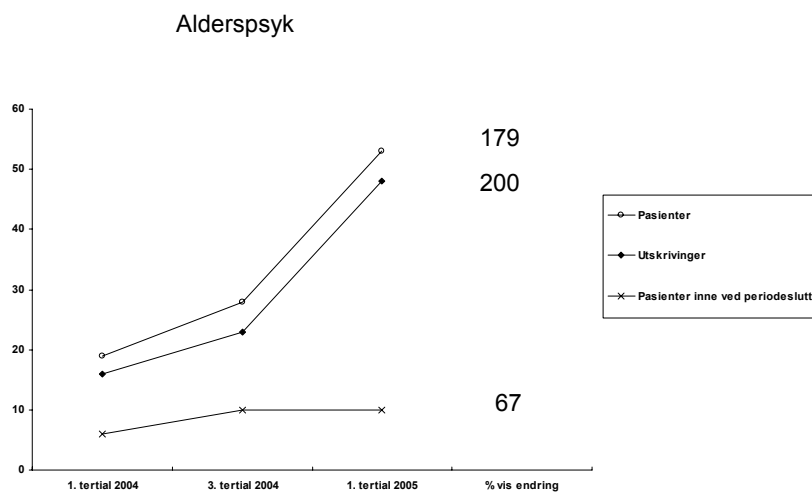
5.2.1 Utvikling 2004-2005 på enhetsnivå

Vi har gjort tilsvarende analyser som for AHUS samlet for de enkelte enheter.



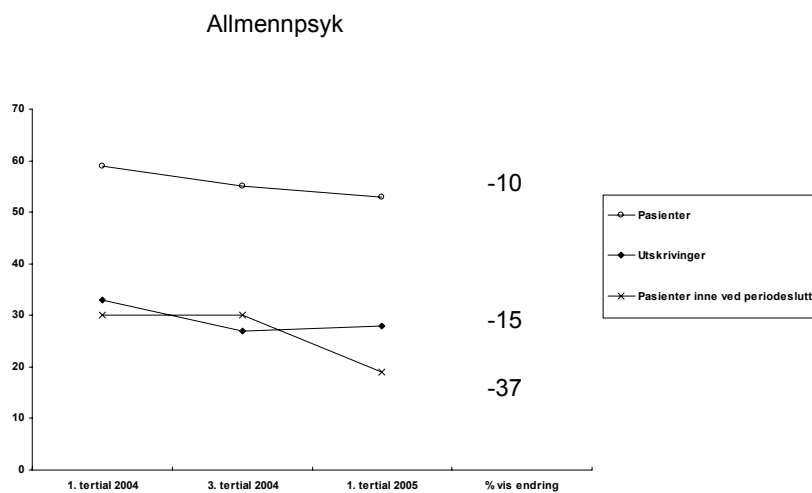
Figur 5.3 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Akuttavdelingen. 2004-2005.

Som det framgår av figur 5.3 har det i perioden 2004 til 2005 vært en betydelig økning i aktiviteten ved akuttavdelingen, både målt som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Når det gjelder utviklingen i oppholdstid i perioden, er median oppholdstid redusert med 27% til 9,5 dager, mens gjennomsnittlig oppholdstid er redusert med 20% til 18,4 dager. Figuren må forstås i lys av den økning i antall plasser som er omtalt i kapittel 3.4 ovenfor.



Figur 5.4 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter ved periodeslutt. Alderspsykiatrisk avdeling, 2004-2005.

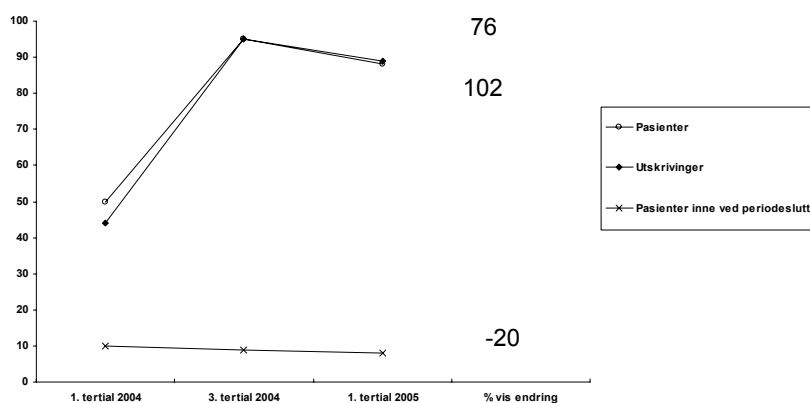
Som det framgår av figur 5.4 har det i perioden 2004 til 2005 vært en betydelig økning i aktiviteten ved alderspsykiatrisk avdeling, både målt som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Når det gjelder utviklingen i oppholdstid i perioden, er median oppholdstid redusert med 27% til 19 dager, mens gjennomsnittlig oppholdstid er redusert med 2% til 24,8 dager. Figuren må forstås i lys av de endringer i antall plasser som er omtalt i kapittel 3.4 ovenfor når det gjelder avdelingens funksjon og bemanning.



Figur 5.5 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter ved periodeslutt. Allmennpsykiatrisk avdeling, 2004-2005.

Som det framgår av figur 5.5 har det i perioden 2004 til 2005 vært en reduksjon i aktiviteten ved allmennpsykiatrisk avdeling, både målt som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Når det gjelder utviklingen i oppholdstid i perioden, er median oppholdstid økt med 47% til 116,5 dager, mens gjennomsnittlig oppholdstid er redusert med 4% til 134 dager. Figuren må forstås i lys av de endringer i antall plasser som er omtalt i kapitel 3.4 ovenfor.

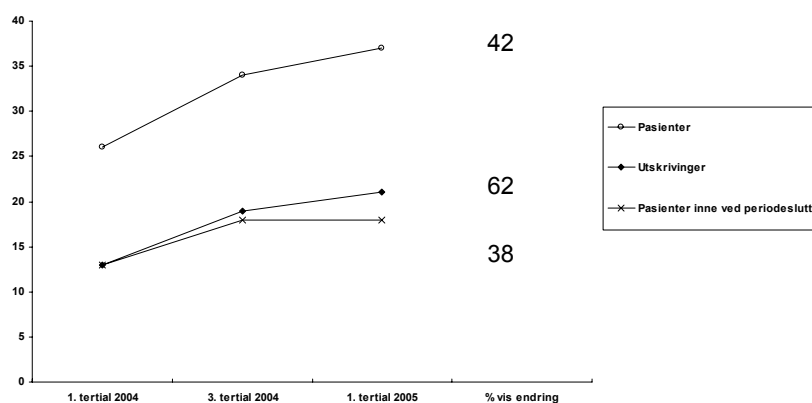
RUS - Akuttenheten



Figur 5.6 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Rus – akuttenheten 2004-2005.

Som det framgår av figur 5.6 har det i perioden 2004 til 2005 vært en betydelig økning i aktiviteten ved akuttenheten for rus, både målt som antall pasienter og utskrivinger, mens det har vært en reduksjon i pasienter inne ved periodeslutt. Når det gjelder utviklingen i oppholdstid i perioden, er median oppholdstid økt med 30% til 13 dager, mens gjennomsnittlig oppholdstid er økt med 7% til 11,8 dager.

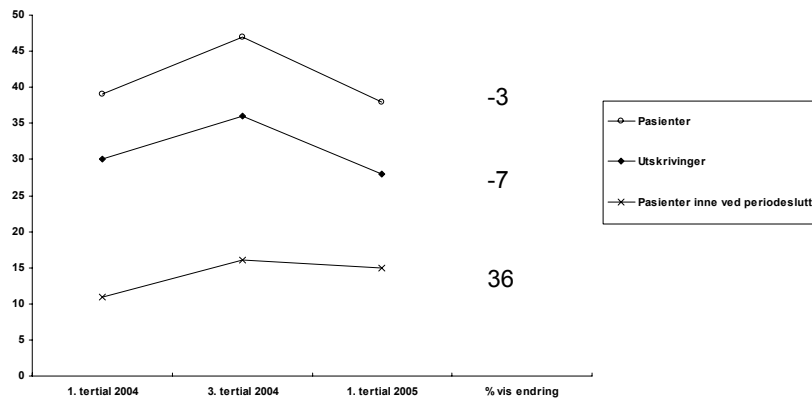
Jessheim DPS - Elvestad



Figur 5.7 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Jessheim DPS Elvestad. 2004-2005.

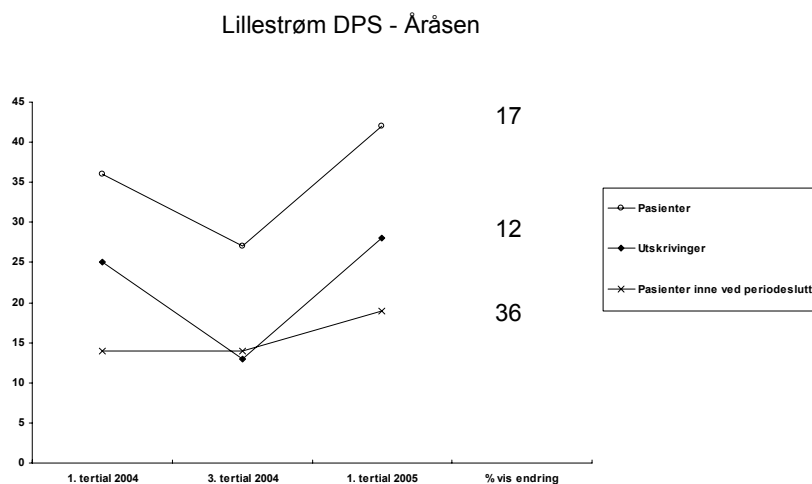
Som det framgår av figur 5.7 har det i perioden 2004 til 2005 vært en betydelig økning i aktiviteten ved Jessheim DPS Elvestad, både målt som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Når det gjelder utviklingen i oppholdstid i perioden, er median oppholdstid redusert med 58% til 64 dager, mens gjennomsnittlig oppholdstid er redusert med 56% til 67,1 dager.

Jessheim DPS - Vilberg



Figur 5.8 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Jessheim DPS Vilberg. 2004-2005.

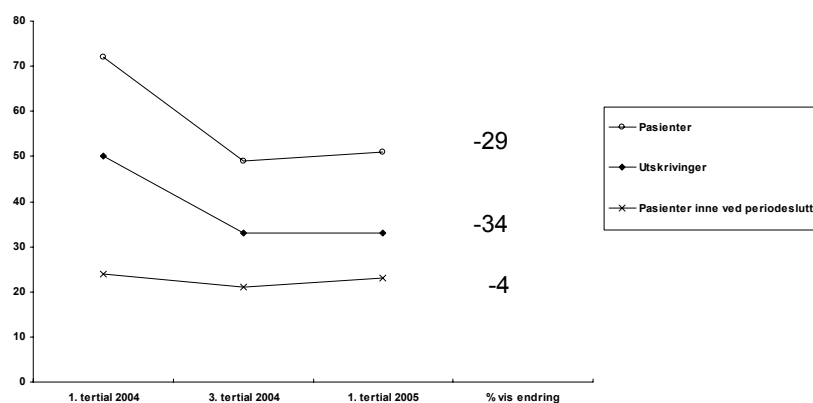
Som det framgår av figur 5.8 har det i perioden 2004 til 2005 vært noenlunde stabil aktivitet ved Jessheim DPS Vilberg målt som antall pasienter og utskrivinger, mens det har vært en økning i pasienter inne ved periodeslutt. Når det gjelder utviklingen i oppholdstid i perioden, er median oppholdstid økt med 5% til 51,5 dager, mens gjennomsnittlig oppholdstid er redusert med 8% til 62,2 dager.



Figur 5.9 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Lillestrøm DPS Åråsen. 2004-2005.

Som det framgår av figur 5.9 har det i perioden 2004 til 2005 vært en viss økning i aktivitet ved Lillestrøm DPS Åråsen målt både som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Når det gjelder utviklingen i oppholdstid i perioden, er median oppholdstid redusert med 12% til 50 dager, mens gjennomsnittlig oppholdstid er redusert med 39% til 56,9 dager. Figuren må forstås i lys av de endringer i antall plasser som er omtalt i kapitel 3.4 ovenfor.

Lillestrøm DPS - Moenga



Figur 5.10 Antall pasienter, utskrivinger og pasienter ved periodeslutt. Lillestrøm DPS Moenga. 2004-2005.

Som det framgår av figur 5.10 har det i perioden 2004 til 2005 vært en reduksjon i aktivitet ved Lillestrøm DPS Moenga målt både som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Når det gjelder utviklingen i oppholdstid i perioden, er median oppholdstid økt med 21% til 52 dager, mens gjennomsnittlig oppholdstid er økt med 1% til 57,7 dager.

5.3 Oppsummering om endringer i aktiviteten 2004-2005

I perioden fra og med tredje tertial 2004 til og med første tertial 2005 har det vært en betydelig aktivitetsvekst innen AHUS psykisk helsevern for voksne, og den største prosentvise økningen finner vi når det gjelder polikliniske konsultasjoner.

Samlet sett er det en økning i aktiviteten både målt som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Median oppholdstid redusert med 32% til 14 dager, mens gjennomsnittelig oppholdstid er redusert med 35% til 31,8. Antallet oppholdsdøgn er økt med 21% i perioden.

Det har vært en betydelig økning i aktiviteten ved akuttavdelingen, både målt som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Median oppholdstid redusert med 27% til 9,5 dager, mens gjennomsnittelig oppholdstid er redusert med 20% til 18,4 dager.

Akutenheten for rus har hatt en betydelig økning i aktiviteten, både målt som antall pasienter og utskrivinger, mens det har vært en reduksjon i pasienter inne ved periodeslutt. Oppholdstiden har økt litt.

Alderspsykiatrisk avdeling har også hatt en betydelig økning, både målt som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Gjennomsnittelig oppholdstid er omtrent uendret.

Allmennpsykiatrisk avdeling har en reduksjon i aktiviteten både målt som antall pasienter, utskrivinger og pasienter inne ved periodeslutt. Det er en liten reduksjon i gjennomsnittelig oppholdstid.

Ved Jessheimklinikken har det vært en økning i aktivitet og en kraftig reduksjon i oppholdstid ved Elvestad, mens det ved Villberg har vært stabil aktivitet målt ut fra antall pasienter og utskrivinger, økning i antall pasienter inne ved periodeslutt og lite endring i oppholdstid.

Lillestrømklinikken har hatt en økning i aktivitet og en liten reduksjon i oppholdstid ved Åråsen, mens Moenga har hatt en reduksjon i noe endret mønster i oppholdstid.

Samlet sett har det vært en stor økning i aktivitet ved AHUS Psykisk helsevern for voksne. Dette skyldes både en økning i antall døgnplasser og en økning i antall opphold på grunn av redusert oppholdstid. Det er en økning ved alle sentralsykehusavdelingene med unntak av allmennpsykiatrisk avdeling, men de ulike avdelingene har ulike mønstre i sin utvikling ut fra de endringer som er gjort innen avdelingen og tidspunktene for disse endringene. Allmennpsykiatrisk avdeling har en reduksjon i aktiviteten, og dette er i hvert fall for en stor del knyttet til den gradvise ombyggingen av postene ved avdelingen.

6 Hvordan pasientstrømmen var i 2004–2005

6.1 Innledning

I dette kapitlet framstilles pasientstrømmen på enhetsnivå, presentert for tre perioder: Januar-april 2004 (1. tertial 2004), september-desember 2004 (3. tertial 2004) og januar-april 2005 (1. tertial 2005).

I hver figur presenteres hvor mange som kom utenfra AHUS, hvor mange som kom fra andre enheter i AHUS og innleggelser samlet. Tilsvarende presenteres også hvor mange som ble skrevet ut fra AHUS, overført til andre enheter i AHUS og utskrivinger fra enheten samlet. Når en vurderer grad av endringer mellom tertialene, må en huske at 2.tertial 2004 ikke er med i figurene, og at forskjellen mellom 1. og 3. tertial i 2004 er større i tid enn forskjellen mellom 3.tertial i 2004 og 1.tertial i 2005.

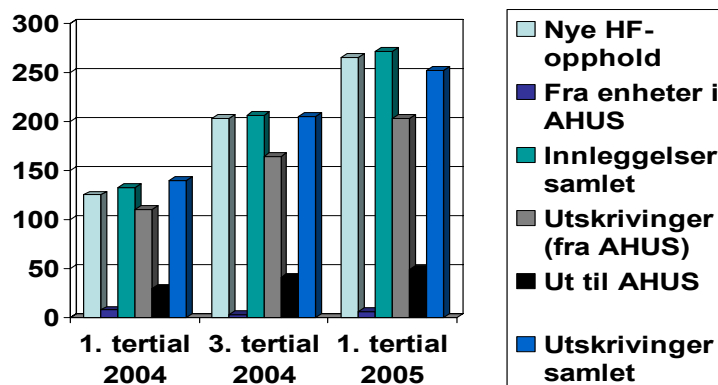
Kapittel 6.2 viser de innleggelser og utskrivinger hvor det verken har vært poliklinisk tilbud før eller etter innleggelsen. Kapittel 6.3 viser de innleggelser og utskrivinger hvor det har vært poliklinisk tilbud før innleggelsen, etter utskrivningen eller begge deler. Kapittel 6.4 viser hvordan pasientstrømmen mer spesifikt har vært mellom de polikliniske enhetene og døgnetene. Kapittel 6.5 omhandler utviklingen i polikliniske omsorgsepisoder hvor det verken har vært døgntkontakt før, under eller etter episoden.

6.2 Pasientstrøm mellom døgnetene i AHUS og til/fra AHUS

Diagrammene i dette underkapitlet viser pasientstrømmen for inneliggende pasienter på enhetsnivå – uten poliklinisk tilbud før eller etter innleggelsen.

Diagrammene har seks søyler for hvert tertial. De tre første gjelder innleggelser utenfra, overflyttinger fra annen døgnet innen AHUS og samlet antall innleggelser/overflyttinger. De tre siste søylene gjelder utskrivinger fra AHUS til annet sted, overflyttinger til annen døgnet innen AHUS og samlet antall utskrivinger/overflyttinger.

Skalaen på venstre side av hvert diagram varierer mye ut fra antallet pasienter som innlegges eller utskrives ved den enkelte avdeling, og den viser antallet pasienter mens forholdet mellom høyden på søylene altså viser endringer over tid.

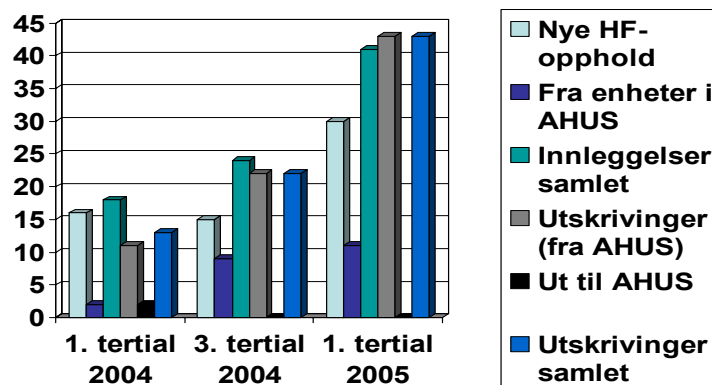


Akutt

Figur 6.1 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Akuttavdelingen. 2004-2005.

Både antallet innleggelser og utskrivinger ved akuttavdelingen viser en jevn og kraftig økning. Dette skyldes i hovedsak pasienter som kommer utenfra til AHUS og pasienter som skrives ut av døgnavdelinger ved AHUS. Det kommer svært få pasienter til akuttavdelingen fra andre døgneheter innen AHUS, og denne delen er ikke økende.

Det er en del pasienter som overflyttes fra akuttavdelingen til andre døgneheter innen AHUS, men denne andelen har ikke endret seg vesentlig selv om antallet slike overflyttinger har økt gradvis. Figuren må også forstås i lys av de endringer i antall plasser som er omtalt i kapittel 3.4 ovenfor.

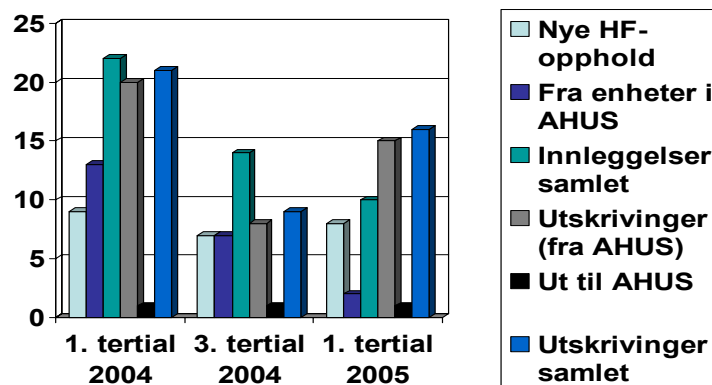


Alderspsyk

Figur 6.2 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger. Alderspsykiatrisk avdeling, 2004-2005.

For alderspsykiatrisk avdeling har det skjedd en klar økning i løpet av 2004 når det gjelder andelen av innleggelser som kom fra andre døgneheter innen AHUS. Det har vært en forbigående reduksjon av innleggelser utenfra, mens samlet antall innleggelser/overflyttinger har økt jevnt.

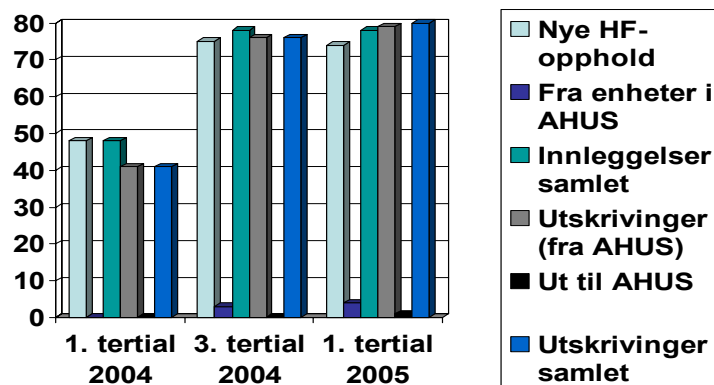
Det har vært en motsatt utvikling av antallet overflyttinger til andre døgneheter innen AHUS med en reduksjon fra en liten andel til nesten ingen, mens det samlede antallet utskrivninger/overflyttinger har økt jevnt og mye. Figuren må også forstås i lys av de endringer i antall plasser som er omtalt i kapittel 3.4 ovenfor.



Allmennpsyk

Figur 6.3 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger. Allmennpsykiatrisk avdeling, 2004-2005.

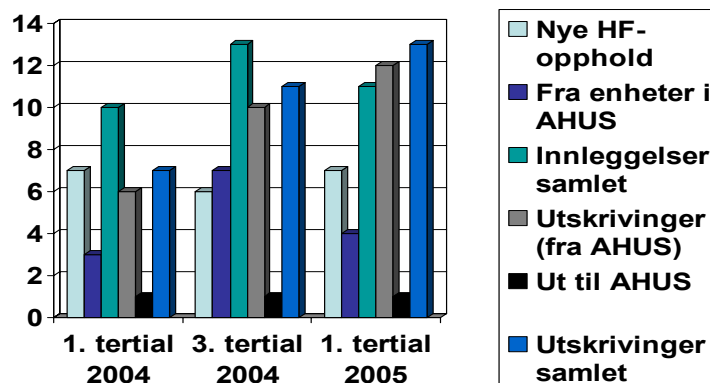
Ved allmennpsykiatrisk avdeling har det vært en reduksjon i samlet antall innleggelser og utskrivninger i løpet av 2004 og en viss økning igjen i begynnelsen av 2005. Antallet overflyttinger fra annen døgnenhet innen AHUS har blitt kraftig redusert, mens antallet innleggelser utenfra har holdt seg omtrent på samme nivå. Antallet overflyttinger til andre døgnenheter innen AHUS har holdt seg lavt og stabilt. Figuren må forstås i lys av de endringer i antall plasser som er omtalt i kapittel 3.4 ovenfor.



RUS Akuttenhet

Figur 6.4 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger. Akuttenhet for RUS. 2004-2005.

Akuttenheten for rus har hatt en tilnærmet dobling i antall innleggelser i løpet av 2004, og dette har holdt seg omtrent uendret i begynnelsen av 2005. Det er en liten økning i overflyttinger fra andre døgnenheter innen AHUS, men dette er likevel fortsatt et lite antall.

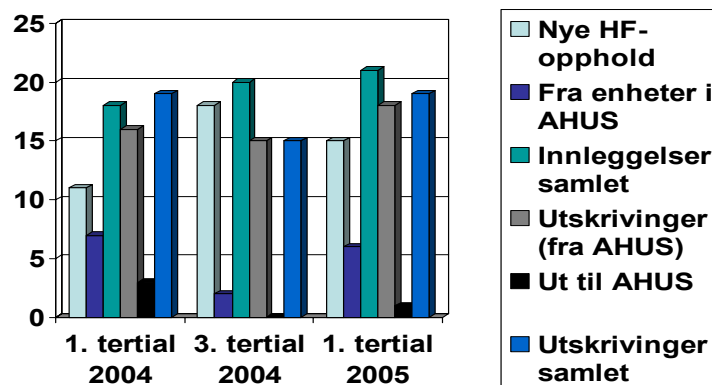


Jessheim DPS Elvestad

Figur 6.5 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger, Jessheim DPS Elvestad, 2004-2005.

Samlet antall innleggelser ved Elvestad har hatt en økning og så en reduksjon. Det er i hovedsak antallet overflyttinger fra andre døgneheter innen AHUS som har endret seg, mens antallet innleggelser utenfra har holdt seg ganske stabilt.

Antallet utskrivninger har økt jevnt, og dette har vært økning i utskrivninger fra AHUS, mens antallet overflyttinger til andre døgneheter innen AHUS har holdt seg stabilt.

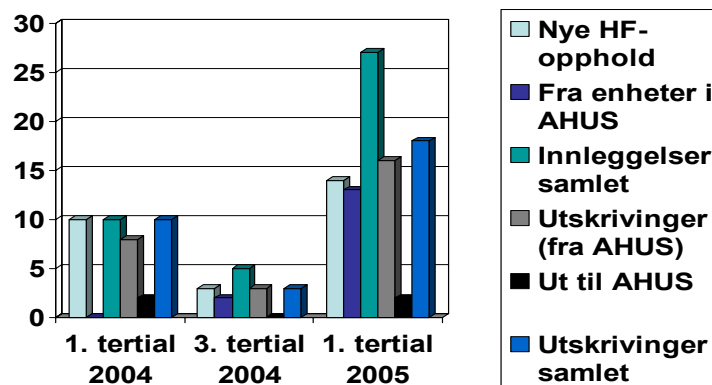


Jessheim DPS Vilberg

Figur 6.6 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger. Jessheim DPS Vilberg, 2004-2005.

Samlet antall innleggelser har hatt en moderat økning, mens det har vært ulike mønstre for innleggelser utenfra som har økt og så avtatt noe, og overflyttinger fra andre døgnenheter innen AHUS som har gått noe ned og så økt igjen.

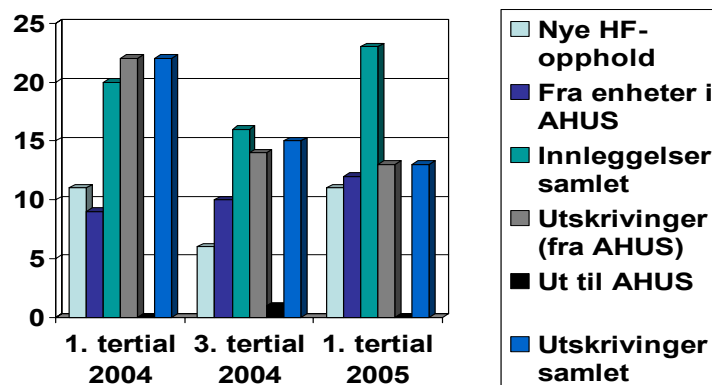
Antallet utskrivninger har forbigående gått ned, og dette har vært samme mønster for både utskrivninger ut av AHUS og overflyttinger til andre døgnenheter innen AHUS.



Lillestrøm DPS Åråsen

Figur 6.7 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger. Lillestrøm DPS Åråsen. 2004-2005.

Det har vært en generell reduksjon i innleggelser, utskrivninger og overflyttinger i løpet av 2004, og så en generell kraftig økning igjen av alle, - bortsett fra for antallet overflyttinger fra annen døgnenhet innen AHUS, som var liten og har økt mye. Figuren må forstås i lys av de endringer i antall plasser som er omtalt i kapittel 3.4 ovenfor.



Lillestrøm DPS - Moenga

Figur 6.8 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger. Lillestrøm DPS Moenga. 2004-2005.

Det har vært en reduksjon og økning igjen av samlet antall innleggelser og innleggelser utenfra, mens det har vært en moderat økning i antallet overflyttinger fra andre døgneheter innen AHUS.

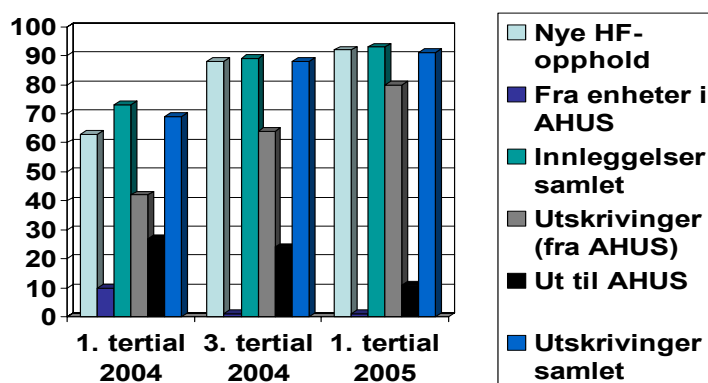
Antallet utskrivninger har gått ned, og en svært liten andel av dette er overflyttinger til andre døgneheter innen AHUS.

6.3 Samlet pasientstrøm mellom enheter i AHUS og til/fra AHUS

Dette underkapitlet viser pasientstrøm for inneliggende pasienter på enhetsnivå – med poliklinisk tilbud enten før og/eller etter innleggelsen.

Diagrammene har seks søyler for hvert tertial. De tre første gjelder innleggelses utenfra, overflyttinger fra annen døgnerhet innen AHUS og samlet antall innleggelses/overflyttinger. De tre siste søylene gjelder utskrivninger fra AHUS til annet sted, overflyttinger til annen døgnerhet innen AHUS og samlet antall utskrivninger/overflyttinger.

Skalaen på venstre side av hvert diagram varierer mye ut fra antallet pasienter som innlegges eller utskrives ved den enkelte avdeling, og den viser antallet pasienter mens forholdet mellom høyden på søylene altså viser endringer over tid

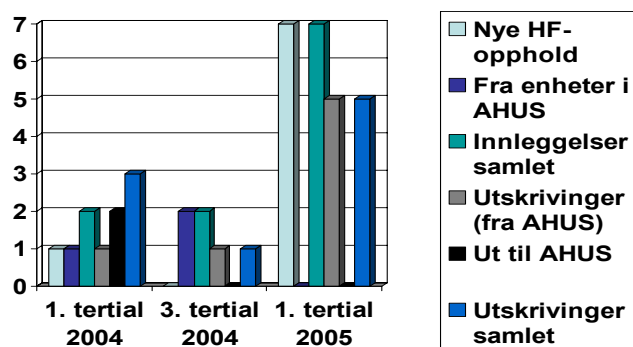


Akuttavdeling – med poliklinisk tilbud

Figur 6.9 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Akuttavdelingen. 2004-2005.

Det er en økning i både antall innleggelser utenfra AHUS og samlet antall innleggelser, men en reduksjon i antall innleggelser fra andre enheter i AHUS.

Det samme mønsteret ser en når det gjelder utskrivninger. Figuren må også forstås i lys av de endringer i antall plasser som er omtalt i kapittel 3.4 ovenfor.

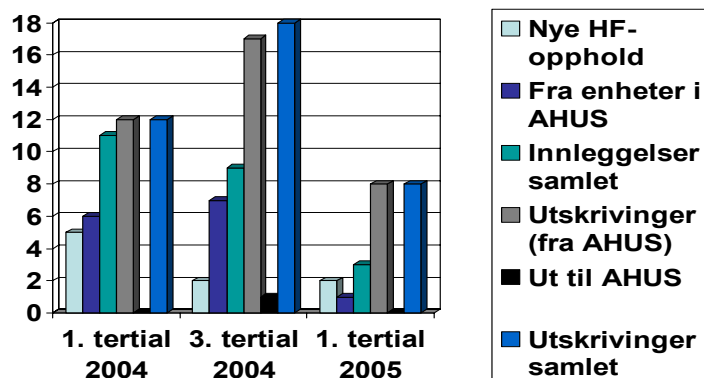


Alderspsykiatrisk avdeling – med poliklinisk tilbud

Figur 6.10 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Alderspsykiatrisk avdeling. 2004-2005.

Her er det en midlertidig endring i løpet av 2004 og en stor økning til 2005 i innleggelser utenfra og utskrivninger ut av AHUS, mens interne overføringer innen AHUS er blitt redusert til omtrent null både når det gjelder innleggelser og utskrivninger.

Den store økningen har vel først og fremst å gjøre med de endringene som har skjedd i kapasitet (jfr. kapittel 3.4 ovenfor), mens nedgangen i interne overflyttinger vel må skyldes andre forhold.

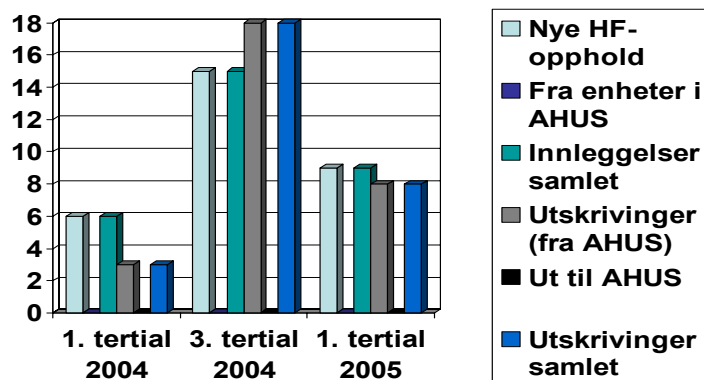


Allmennpsykiatrisk avdeling – med poliklinisk opphold

Figur 6.11 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Allmennpsykiatrisk avdeling, 2004-2005.

Ved allmennpsykiatrisk avdeling har det vært en midlertidig økning i innleggelser fra andre enheter i AHUS, mens det generelle mønsteret er en reduksjon i antallet innleggelser.

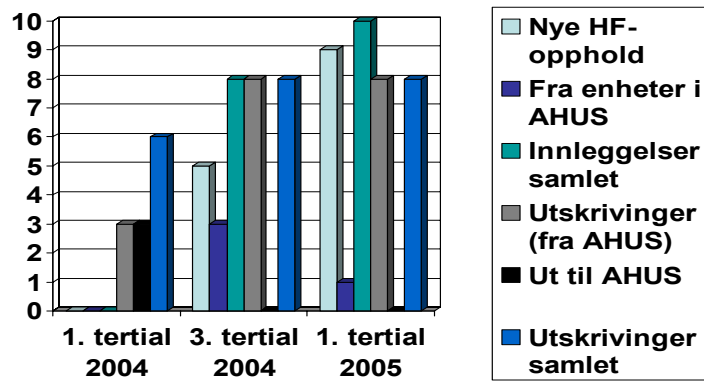
Det var en midlertidig økning i utskrivninger, etterfulgt av en nedgang. Tallene må sees i sammenheng med ombygginger og redusert kapasitet under ombygging, men det kan vel også være andre medvirkende årsaker.



Akutenhet Rus – med poliklinisk tilbud

Figur 6.12 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Akutenhet rus. 2004-2005.

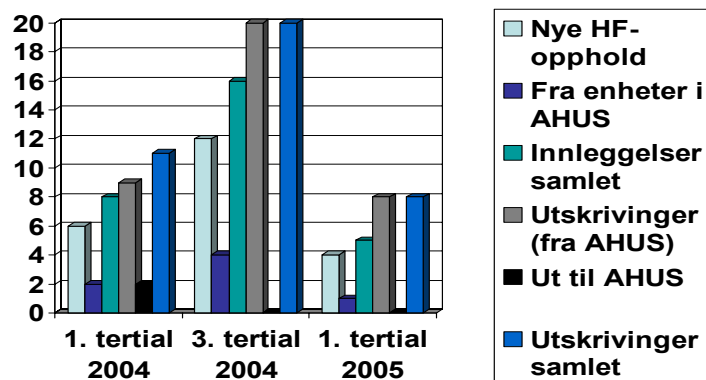
For akutenheten for rus har både antallet innleggelser og utskrivninger endret seg ved en kraftig økning og så en reduksjon i løpet av de tre tertialene. Det er ikke i noen tertial noen overføring av betydning til eller fra andre enheter ved AHUS.



Jessheim DPS Elvestad – med poliklinisk tilbud

Figur 6.13 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Jessheim DPS Elvestad. 2004-2005.

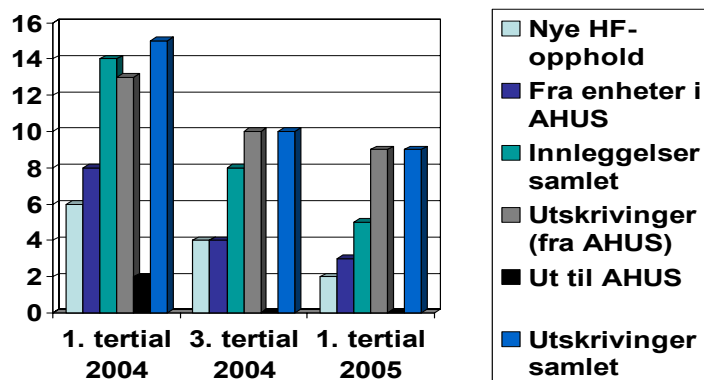
Ved Elvestad var det ingen innleggelser i første kvartal 2004, men har så økt i de neste kvartalene, med tilsvarende økning av utskrivninger. Det er en reduksjon i overføringer til eller fra andre enheter ved AHUS.



Jessheim DPS - Vilberg – med poliklinisk tilbud

Figur 6.14 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Jessheim DPS Vilberg. 2004-2005.

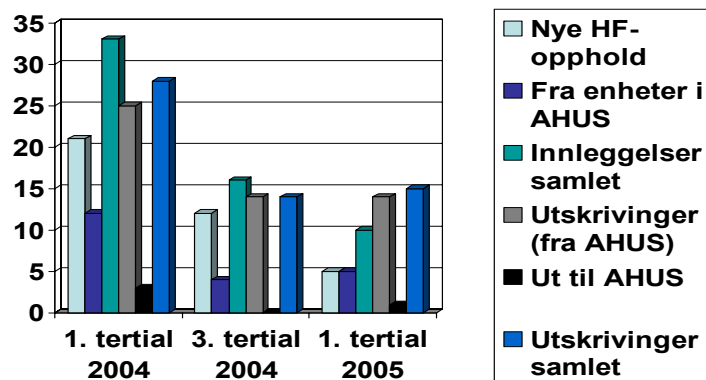
Ved Vilberg har det vært en stor økning i innleggelser og utskrivninger i løpet av 2004, men en reduksjon igjen i første tertial i 2005 til noe lavere enn året før. Også her er det i liten grad overføringer til eller fra andre enheter ved AHUS.



Lillestrøm DPS - Åråsen – med poliklinisk tilbud

Figur 6.15 Utviklingen i innleggelser og utskrivninger for opphold med poliklinisk tilbud før og/eller etter innleggelsen. Lillestrøm DPS Åråsen, 2004-2005.

Mønsteret ved Åråsen er en generell reduksjon i antallet innleggelser og utskrivninger, også når det gjelder overføringer fra eller til andre enheter ved AHUS.



Lillestrøm DPS - Moenga – med poliklinisk tilbud

Figur 6.16 Utviklingen i innleggelser og utskrivinger for opphold med poliklinisk tilbud før og/etter etter innleggelsen. Lillestrøm DPS Moenga. 2004-2005.

Ved Moenga er det på samme måte som ved Åråsen en nedgang i antallet innleggelser og utskrivinger, både utenfra og innen AHUS.

6.4 Pasientstrøm for polikliniske episoder med døgntilgang før/etter

I dette underkapitlet viser vi hvordan pasientstrømmen har vært mellom poliklinikkene og døgnetenhetene i perioden 2004-2005.

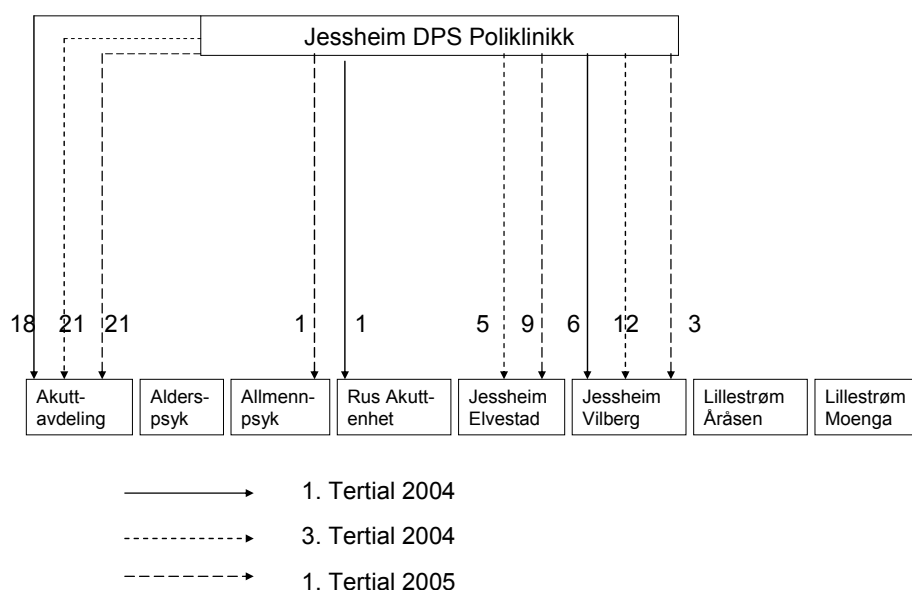
I de tre første figurene viser vi hvordan pasientstrømmen har gått fra henholdsvis Jessheim DPS poliklinikk, Lillestrøm DPS poliklinikk og alderspsykiatrisk poliklinikk (kun første tertial 2005) inn til de ulike døgnetenhetene. I de tre neste figurene viser vi hvordan pasientstrømmen har gått ut fra døgnetenhetene til de tre polikliniske enhetene.

Hovedmønsteret i figurene nedenfor er at de to poliklinikkene ved DPS henviser til og mottar henvisninger fra akuttavdelingen og døgnetenhetene innen sitt eget DPS. Innleggelsene fra poliklinikkene til akuttavdelingen har økt noe, og utskrivningene fra akuttavdelingen til videre behandling ved poliklinikkene har økt noe. Det er ingen klare endringsmønstre i utviklingen av pasientutvekslingen mellom poliklinikkene og døgnetenhetene innen samme DPS.

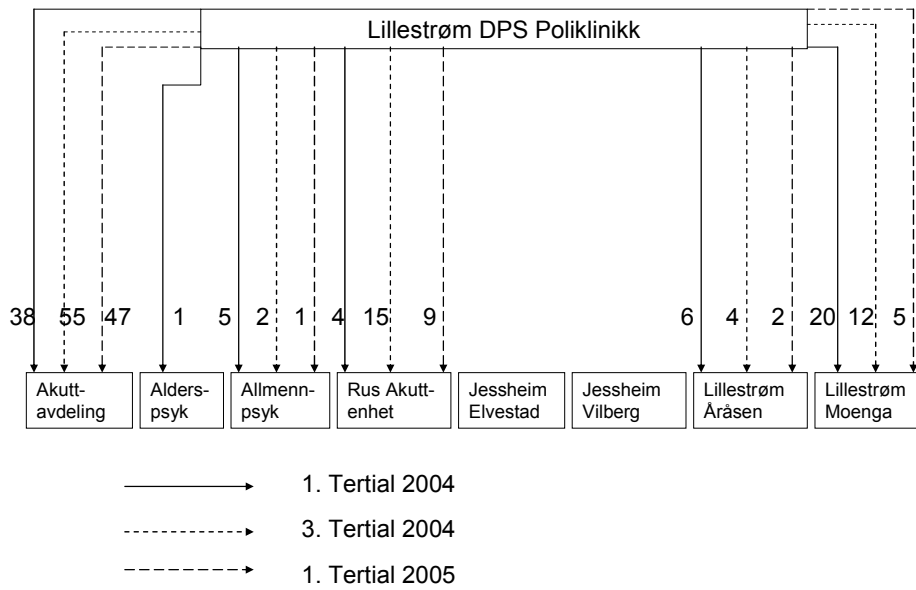
Poliklinikkene på Lillestrøm har i tillegg noen henvisninger til og fra akuttavdelingen for rus, og noen henvisninger til og fra allmennpsykiatrisk avdeling. Utvekslingen av pasienter med allmennpsykiatrisk avdeling har avtatt over tid. Utvekslingen av pasienter med akuttavdelingen for rus var størst i siste tertial i 2004, og mindre i første tertial 2004 og første tertial 2005.

Poliklinikkene på Jessheim har omtrent ikke utvekslet pasienter med verken allmennpsykiatrisk avdeling eller akuttavdelingen for rus.

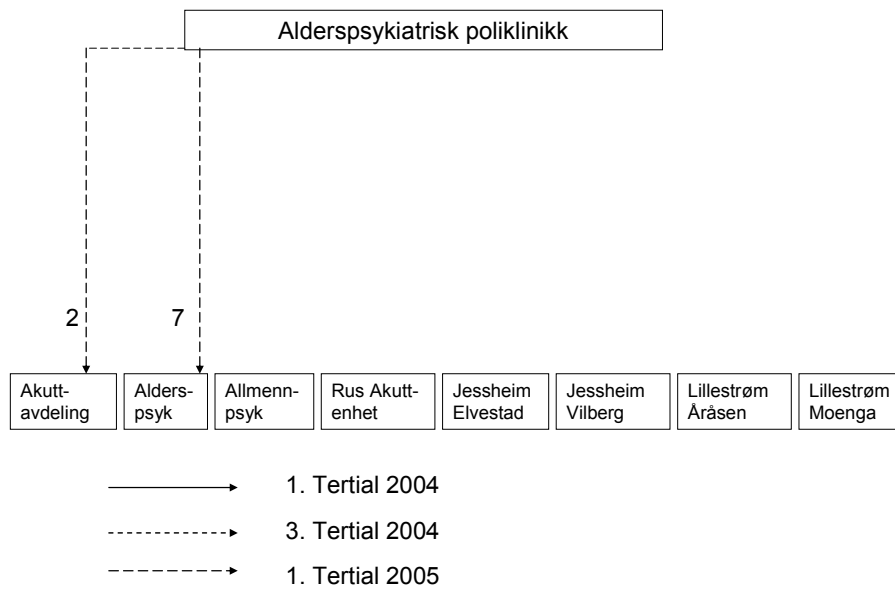
Alterspsykiatrisk poliklinikk har i hovedsak overført pasienter til og fra alderspsykiatrisk avdeling, og hatt noen få overføringer til og fra akuttavdelingen.



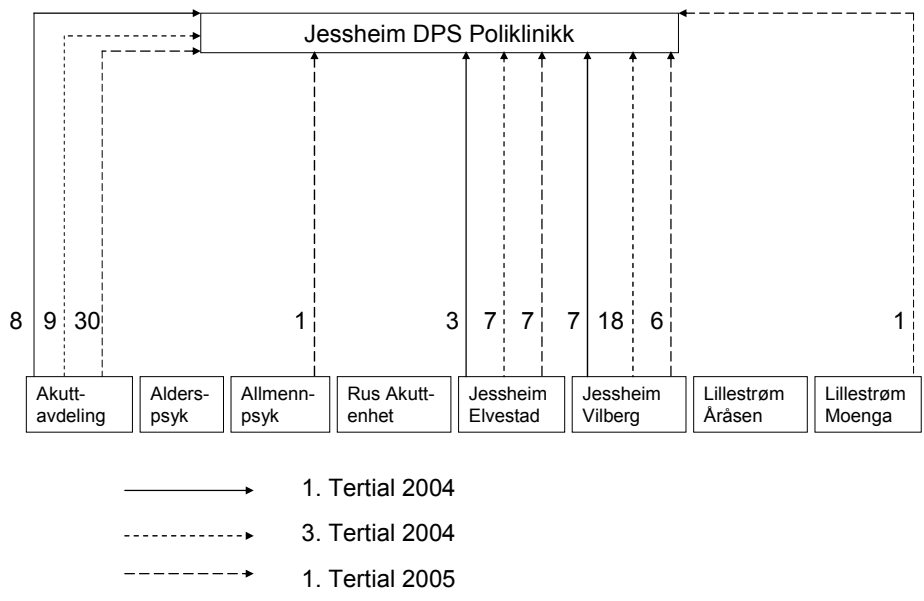
Figur 6.17 Utviklingen i pasientstrøm fra Jessheim DPS poliklinikk til de ulike døgnetenhetene. 2004-2005.



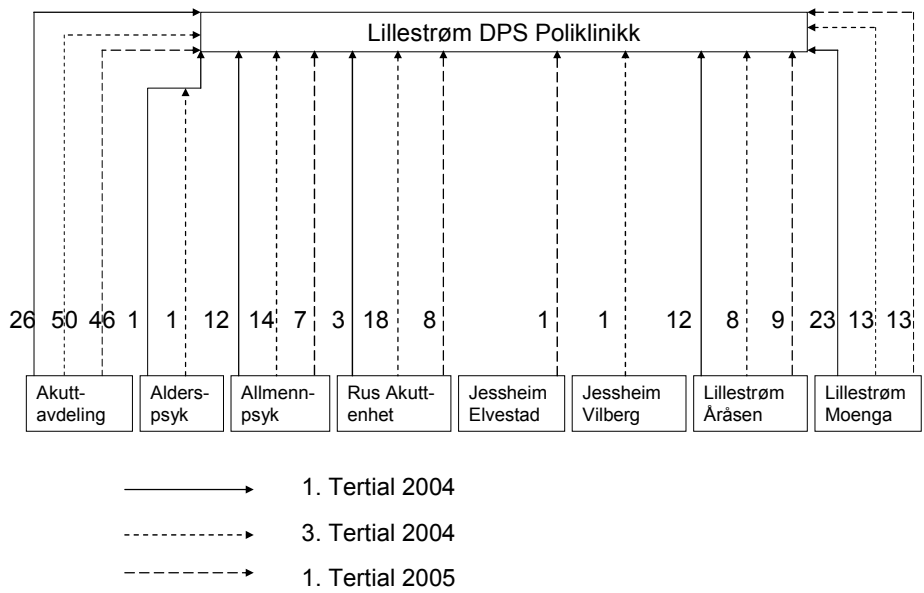
Figur 6.18 Utviklingen i pasientstrøm fra Lillestrøm DPS poliklinikk til de ulike døgnhetene. 2004-2005.



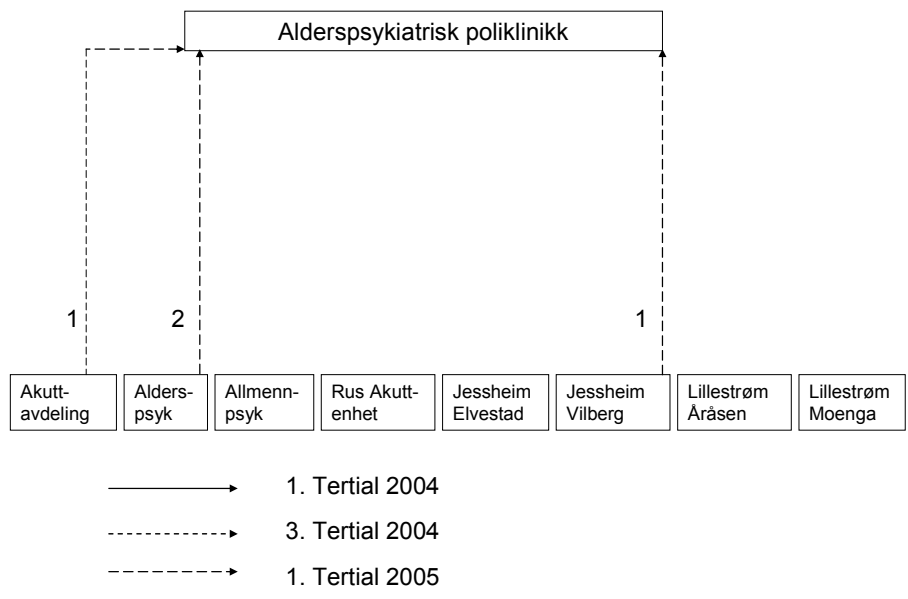
Figur 6.19 Utviklingen i pasientstrøm fra Alderspsykiatrisk poliklinikk til de ulike døgnhetene. 2004-2005.



Figur 6.20 Utviklingen i pasientstrøm fra de ulike døgnhetene til Jessheim DPS poliklinikk. 2004-2005.



Figur 6.21 Utviklingen i pasientstrøm fra de ulike døgnhetene til Lillestrøm DPS poliklinikk. 2004-2005.

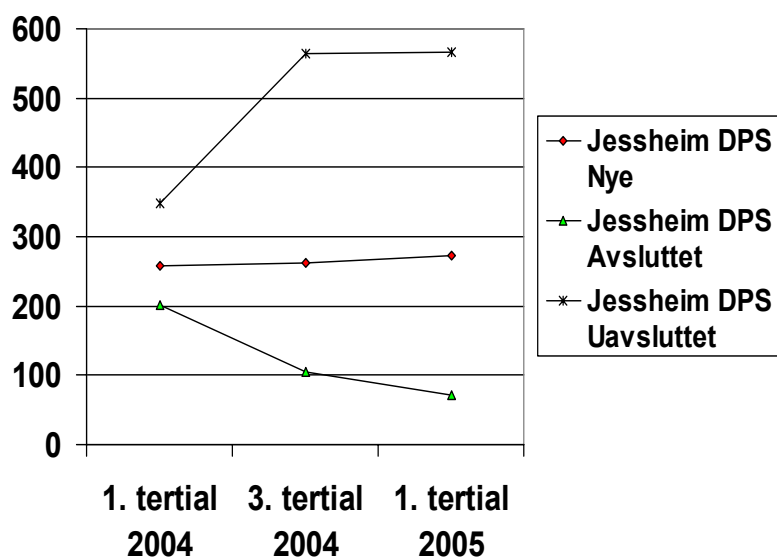


Figur 6.22 Utviklingen i pasientstrøm fra de ulike døgnhetene til Alderspsykiatrisk poliklinikk. 2004-2005.

6.5 Polikliniske episoder uten døgntkontakt før, under eller etter episoden

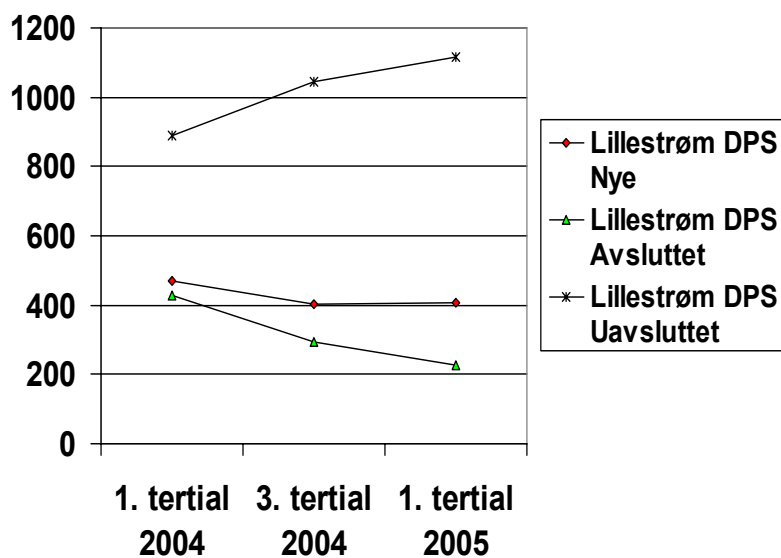
I denne delen viser vi i to figurer utviklingen i polikliniske episoder uten døgntkontakt for henholdsvis Jessheim DPS poliklinikk og Lillestrøm DPS. I hver av figurene presenteres tall for nye polikliniske konsultasjonsserier, avsluttede polikliniske konsultasjonsserier og uavsluttede polikliniske konsultasjonsserier ved periodeslutt. Vi har bare tall for 1. tertial 2005 for alderspsykiatrisk poliklinikk, og der var tallene henholdsvis 42, 22 og 20.

Antallet nye polikliniske konsultasjonsserier uten forutgående eller påfølgende døgnopphold ved det to poliklinikkene har hatt en svak økning (Jessheim) eller svak reduksjon (Lillestrøm). Antallet avsluttede konsultasjonsserier har økt kraftig begge steder, men en tilsvarende reduksjon i antallet avsluttede konsultasjonsserier. Dette gjenspeiler en økt kapasitet, og/eller en endret praksis ved at en holder kontakten med pasientene over lengre tid enn før, og/eller en endret praksis ved at en er mer tilbakeholdende med å registrere kontakten med pasientene som avsluttet.



Figur 6.23 Nye og avsluttede polikliniske konsultasjonsserier og uavsluttede polikliniske konsultasjonsserier ved periodeslutt. Jessheim DPS poliklinikk. 2004-2005.

Diagrammet ovenfor for poliklinikken på Jessheim viser at antallet nye polikliniske konsultasjonsserier (episoder) uten noe forutgående eller påfølgende døgnopphold har hatt en svak økning i løpet av de tre tertialene som er analysert. Men antallet uavsluttede konsultasjonsserier har økt kraftig i løpet av 2004 og holdt seg uendret gjennom de to siste tertialene. Som et motstykke til dette har antallet avsluttede konsultasjonsserier gått ned. Disse endringene kan gjenspeile en økt kapasitet eller praksis som gjør at en holder kontakten med pasientene over lengre tid enn før og/eller en endret praksis med å være mer tilbakeholdende med å registrere kontakten med pasientene som avsluttet.



Figur 6.24 Nye og avsluttede polikliniske konsultasjonsserier og uavsluttede polikliniske konsultasjonsserier ved periodeslutt. Lillestrøm DPS poliklinikk, 2004-2005.

Diagrammet ovenfor for poliklinikken på Lillestrøm viser en nedgang i løpet av 2004 når det gjelder antallet nye polikliniske konsultasjonsserier (episoder) uten noe forutgående eller påfølgende døgnopphold. Og så uendret antall i løpet av de to siste tertialene. Antallet uavsluttede konsultasjonsserier har økt i løpet av de tre tertialene, mens antallet avsluttede konsultasjonsserier har hatt en tilsvarende reduksjon over tid. Mønsteret er altså relativt likt det på poliklinikken på Jessheim med unntak av reduksjonen i antall konsultasjonsserier. Endringene kan gjenspeile en økt kapasitet eller praksis som gjør at en holder kontakten med pasientene over lengre tid enn før og/eller en endret praksis med å være mer tilbakeholdende med å registrere kontakten med pasientene som avsluttet.

7 Fordeling av pasienter og oppgaver

Dette kapitlet viser arbeidsdeling og samarbeid mellom Lillestrøm DPS og sykehusavdelingene for voksne innen psykisk helsevern ved AHUS.

Materialet er hentet fra en registrering ved både Lillestrøm DPS og sykehusavdelingene for voksne (ved Nordbyhagen og Lurud) av de pasientene fra opptaksområdet for Lillestrøm DPS som var ved døgnavdelingene i løpet av en fire ukers periode i april/mai 2005. Dette ble gjort som ledd i en undersøkelse som Lillestrøm DPS deltar i over flere år innen den evalueringen av Opptrappingsplan for psykisk helse som Forskningsrådet gjennomfører.

Ved DPS ble det også registrert pasienter ved poliklinikk, ambulante team og dagavdeling. Men det som rapporteres i dette kapitlet, er avgrenset til døgnpasienter, siden det er disse som fordeles på DPS og sykehus da poliklinikkene er plassert ved DPS.

I dette kapitlet viser vi hvordan fordelingen av pasienter og oppgaver er mellom grupper av døgnavdelinger i psykisk helsevern for voksne på Lillestrøm, Lørenskog og Lurud. Det ble registrert i alt 123 pasienter ved døgnavdelingene: 50 ved Lillestrømklinikken, 56 ved døgnavdelingene på Nordbyhagen og 17 ved døgnavdelingene på Lurud.

Siden dette materialet er hentet ut fra et "tidsvindu" på fire uker, - altså de pasientene en hadde kontakt med i løpet av 4 uker, - er materialet mindre enn de som er hentet ut fra pasientregistrene og omtalt i kapitlene foran. Men dette materialet fra 4 uker våren 2005 har den fordel at det har en del kliniske variabler som ikke er med i pasientregisteret. Det kan derfor belyse en del andre spørsmål, blant annet om hvor alvorlige problemer pasientene har innen en del sentrale problemområder.

Sammenligning med noen andre DPS-områder i landet vil bli tilgjengelig ut fra tilsvarende registrering i sju andre områder. Dette er ikke inkludert i denne rapporten, men vil bli tilgjengelig i en egen publikasjon (trolig artikkel) seinere. Psykisk helsevern ved AHUS vil da kunne se arbeidsdeling ved mellom DPS og sykehus ved AHUS i lys av hvordan arbeidsdelingen er noen andre steder, ved bruk av de samme opplysningene som er brukt i dette kapitlet.

Tabell 7.1 Fordeling av registrerte døgnpasienter på avdelinger og poster

	Fordeling på avdelinger		Fordeling på poster	
	Antall	Prosent		Antall
Lillestrøm DPS	50	40,7	Moenga Øst	14
			Moenga Vest	10
			Åråsen post 2	10
			Åråsen post 3	16
Akuttavdelingen	47	38,2	Post S1V	13
			Post S2Ø	13
			Post S3V	12

			Post S3Ø	9
Allmennpsykiatrisk avd.	17	13,8	Post 1	6
			Post 2	6
			Post 3	4
			Post 4	1
Akuttpost rus	6	4,9		6
Alderspsykiatrisk avd.	3	2,4		3
Til sammen	123	100,0	Total	123

7.1 Sosiodemografiske forhold

Tabellene nedenfor viser at fordelingen på kjønn var overraskende lik, med unntak av akuttavdelingen, som hadde mer enn dobbelt så mange kvinner som menn.

Det er særlig aldersgruppene 20-49 år som har vært døgnpasienter, med de største gruppene blant de yngste aldersgruppene. Overvekten av unge voksne var størst ved allmennpsykiatrisk avdeling og rusavdelingen, mens akuttavdelingen hadde få i den yngste aldersgruppen. Ved døgnavdelingene i DPS var det ganske lik fordeling på de tre yngste aldersgruppene.

Omtrent 3/4 av pasientene er ugift eller separert/skilt, og dette mønsteret er ganske likt ved alle avdelingene. Dette synes å bekrefte at risikoen for å bli innlagt i psykiatrisk avdeling er større om en ikke bor sammen med noen.

Det var fem pasienter med ikke vestlig etnisk bakgrunn ved DPS, to ved akuttavdelingen og 2 ved allmennpsykiatrisk avdeling. Av disse var det bare overfor en ved DPS at en trengte tolk. Det var ingen asylsøkere blant døgnpasientene. Samlet sett var det lavt innslag av fremmedkulturelle pasienter i registreringsperioden, slik at dette ikke syntes å være noen større utfordring. Vi har ikke gått videre på analyser om dette.

Tabell 7.2 Fordeling på kjønn

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	Til sammen
Mann	24	14	9	3	1	51
Kvinne	25	33	8	3	2	71
Til sammen	49	47	17	6	3	122

For en pasient var det ikke oppgitt kjønn.

Tabell 7.3 Fordeling på aldersgrupper

Aldersgruppe	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	Til sammen
20 - 29	15	6	10	3	0	34
30 -29	14	14	5	3	0	36
40 - 49	12	12	2	0	0	26
50 - 59	7	11	0	0	0	18
60 - 69	2	3	0	0	2	7
70 - 79	0	1	0	0	0	1
80 -	0	0	0	0	1	1
Til sammen	50	47	17	6	3	123

Tabell 7.4 Fordeling på sivil status

Aldersgruppe	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	Til sammen
Ugift	25	20	13	3	0	61
Gift	8	5	0	1	1	15
Samboende	5	4	1	2	0	12
Enke / enkemann	1	1	2	0	2	6
Separert / skilt	11	17	1	0	0	29
Til sammen	50	47	17	6	3	123

7.2 Øyeblikkelig hjelp, første gangs kontakt og reinnleggelser

Andelen av dem som blir innlagt tiltrengende øyeblikkelig hjelp er som ventet svært høy ved akuttavdelingen. Det at den er svært lav ved alle de andre avdelingene, kan tyde på at disse i liten grad deltar i å gi døgntilbud på dagen. Dette er vel en vanlig arbeidsdeling, men det finnes også en del områder der f eks døgnavdelinger ved DPS uten øyeblikkelig hjelp plikt likevel tar i mot en del pasienter som trenger innleggelse samme dag.

For litt over 10 % av pasientene er det registrert at dette oppholdet var deres første kontakt med psykisk helsevern. De aller fleste av døgnpasientene har altså vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten før og altså er kjent av psykisk helsevern. Andelen første gangs henviste var omtrent 20 % ved akuttavdelingen, slik at akuttavdelingen for en del pasienter er deres første møte med psykisk helsevern.

For omtrent 40 % av pasientene var dette oppholdet en reinnleggelse innen ett år etter en tidligere utskrivning. Dette er sannsynligvis et relativt høyt tall og kan kanskje bety at en del pasienter kunne ha fått bedre behandling og oppfølging og unngått ny innleggelse. Det er høyest andel reinnlagte pasienter ved allmennpsykiatrisk avdeling og akuttavdelingen. Dette kan delvis bety at pasienter som har vært innlagt før og trenger ny innleggelse i større del kanaliseres inn via disse avdelingene.

Bare ti pasienter er blitt registrert som at de har en psykisk lidelse som har debutert nylig. Disse ble i hovedsak innlagt ved DPS eller akuttavdelingen. De fleste pasientene har en vedvarende psykisk lidelse og er blitt innlagt i forbindelse med en forverring, mens et mindre antall har fått en ny sykdomsepisode etter at de i en periode har vært bra etter en eller flere tidligere sykdomsepisoder.

Tabell 7.5 Antall pasienter som ble innlagt tiltrengende øyeblikkelig hjelp

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	Til sammen
Ja	2	44	3	1	1	51
Nei	45	2	13	4	2	66
Til sammen	47	46	16	5	3	117

Spørsmålet var ubesvart for 6 pasienter.

Tabell 7.6 Antall pasienter der dette oppholdet er første kontakt med psykisk helsevern

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	Til sammen
Ja	2	8	0	2	2	14
Nei	45	35	16	2	1	99
Til sammen	47	43	16	4	3	113

Dette spørsmålet var ubesvart for 10 pasienter.

Tabell 7.7 Antall pasienter som er reinnlagt innen ett år fra forrige opphold

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	Til sammen
Ja	12	18	9	1	0	40
Nei	31	19	6	4	3	63
Til sammen	43	37	15	5	3	103

Dette spørsmålet var ubesvart for 20 pasienter.

Tabell 7.8 Status for pasientens sykehistorie ved nåværende opphold

Pasientens nåværende sykdomsepisode	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	Til s.
Psykisk lidelse som har debutert nylig	5	3	1	1	0	10
Ny sykdomsperiode etter periode uten sykdom	7	8	0	1	1	17
Forverrelse av langvarig vedvarende psykisk lidelse	37	34	13	0	1	85
Ukjent eller annet	0	1	1	3	1	6
Til sammen	49	46	15	5	3	118

Spørsmålet var ubesvart for 5 pasienter.

7.3 Bruk av tvangsinnleggelse og seinere juridisk status

Den første tabellen nedenfor viser fordeling av pasientene etter spesialistvedtak gjort ved innleggelsen (altså ikke henvisningsparagraf). Omtrent 2/3 av døgnpasientene er blitt innlagt frivillig, og selv ved akuttavdelingen ble nesten halvparten av pasientene frivillig innlagt. Tvungen observasjon i institusjon skjer i hovedsak ved akuttavdelingen, mens tvungent psykisk helsevern i institusjon i hovedsak skjer ved allmennpsykiatrisk avdeling.

Den neste tabellen viser juridisk status på tidspunktet for registrering. Da er det få som er på tvungen observasjon, mens antallet med tvungen behandling i institusjon er nesten like høyt som antallet med dette som spesialistvedtak ved innleggelsen.

Tabell 7.9 Fordeling på inntaksvedtak

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Frivillig	44	22	5	6	2	79
Tvungen observasjon i institusjon	0	21	1	0	0	22
Tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon	2	2	0	0	0	4
Tvungent psykisk helsevern i institusjon (inkl dømt)	2	1	11	0	0	14
Til sammen	48	46	17	6	2	119

Spørsmålet var ubesvart for 4 pasienter.

Tabell 7.10 Juridisk status på registreringstidspunktet

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Frivillig	44	33	10	6	2	95
Tvungen observasjon i institusjon	0	3	0	0	1	4
Tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon	1	1	1	0	0	3
Tvungent psykisk helsevern i institusjon (inkl dømt)	1	8	6	0	0	15
Til sammen	46	45	17	6	3	117

Spørsmålet var ubesvart for 6 pasienter.

7.4 Hvem som henviser og hvem en henviser til

Den første tabellen nedenfor viser at nesten alle døgnpasientene ved DPS er blitt henvist fra en annen enhet innen DPS. Nær halvparten av pasientene ved akuttavdelingen ble innlagt av legevakt, og de fleste andre kom fra andre enheter innen psykisk helsevern eller fastlegen. Allmennpsykiatrisk avdeling har i hovedsak mottatt pasienter fra en annen sykehusavdeling, som da trolig i hovedsak er akuttavdelingen.

Av de døgnpasientene som er utskrevet eller overført videre innen registreringsperioden, ble 2/3 av pasientene ved DPS henvist innen DPS, mens pasientene fra akuttavdelingen ble mer jevnt fordelt på de fleste typene helsetjenester i psykisk helsevern og kommuner.

Tabell 7.11 Fordeling etter hvem som har lagt inn pasienten

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Pasienten selv	0	4	2	3	0	9
Fastlegen	1	7	1	0	1	10
Allmenn / psykiatrisk legevakt	0	19	0	0	0	19
Kommunal pleie / omsorg / psykiatriteam	0	0	0	2	0	2
Somatisk poliklinikk / avdeling	0	3	0	0	0	3
Poliklinikk / team / dagavdeling DPS	20	7	3	1	1	32
Døgnavdeling DPS	26	0	0	0	0	26
Annen psykiatrisk enhet ved sykehus	1	3	11	0	1	16
Privatpraktiserende psykiater / psykolog	0	2	0	0	0	2
Politilege / lege i fengsel / rettsvesen	0	1	0	0	0	1
Til sammen	48	46	17	6	3	120

Spørsmålet var ubesvart for 3 pasienter.

Tabell 7.12 Fordeling på hvem pasienten er henvist til ved utskrivning

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Pasienten selv	0	2	0	3	0	5
Fastlegen	3	3	1	0	2	9
Kommunal pleie / omsorg / psykiatriteam	3	3	2	1	0	9
Somatisk poliklinikk / avdeling	0	1	0	0	0	1
Poliklinikk / team / dagavdeling DPS	22	9	4	1	1	37
Døgnavdeling DPS	2	4	0	0	0	6
Annen psykiatrisk enhet ved sykehus	3	4	0	0	0	7
Privatpraktiserende psykiater / psykolog	0	4	0	0	0	4
Til sammen	33	34	7	5	3	82

Spørsmålet var ubesvart for 41 pasienter som fortsatt er innlagt.

7.5 Type og alvorlighetsgrad av psykiske lidelser og problemer

Det er schizofreni og stemningslidelser som dominerer som hoveddiagnose ved døgnavdelingene i DPS og akuttavdelingen. Ved begge disse avdelingene var det omtrent dobbelt så mange med stemningslidelse som med schizofreni. Ved allmennpsykiatrisk avdeling var det nesten bare pasienter med schizofreni. Samlet sett utgjorde disse to pasientgruppene 2/3 av det samlede antall med registrerte diagnoser, mens resten fordelte seg relativt jevnt på andre diagnosegrupper. Den neste tabellen viser at det er særlig ruslidelser, angst/nevrosener og personlighetsforstyrrelser som er registrert som bidiagnoser.

Tabell 7.13 Fordeling på hoveddiagnose

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Hjerneorganisk	0	0	1	0	1	2
Ruslidelser	2	2	1	1	0	6
Schizofreni	14	12	14	0	0	40
Stemningslidelser	22	22	0	0	1	45
Angst og nevrosener	4	2	0	0	1	7
Fysiologiske forstyrrelser	1	2	0	0	0	3
Personlighetsforstyrrelser	3	3	1	0	0	7
Utviklingsforstyrrelser	0	1	0	0	0	1
Lidelser fra barn/ungdom	2	1	0	0	0	3
Til sammen	48	45	17	1	3	114

For 9 pasienter var det ikke registrert noen diagnose.

Tabell 7.14 Fordeling av samlet antall diagnoser (inntil 3 pr pasient)

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Hjerneorganisk	1	1	2	0	1	5
Ruslidelser	7	9	2	1	1	20
Schizofreni	14	13	14	0	0	41
Stemningslidelser	24	24	0	0	2	50
Angst og nevrosener	12	7	0	0	1	20
Fysiologiske forstyrrelser	3	2	0	0	0	5
Personlighetsforstyrrelser	11	9	2	1	0	22
Psykisk utviklingshemming	0	0	1	0	0	1
Utviklingsforstyrrelser	0	1	0	0	0	1
Lidelser fra barn/ungdom	3	2	0	0	0	5
Til sammen	75	68	20	4	5	170

Tabellen nedenfor viser antall pasienter med alvorlige problemer innen ulike typer problemområder (psykiatriske og noen andre) ut fra bruk av skåringsskjemaet HoNOS (Health of the Nation Scales). Disse tallene er altså reelle tall og må sees i forhold til hvor mange pasienter som ble registrert ved de ulike avdelingene (øverste linje i tabellen).

Tabell 7.15 Antall pasienter med alvorlig problemer * innen ulike problemområder (HoNOS)

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Antall pasienter	50	47	17	6	3	123
1 Overaktiv/aggressiv	2	6	0	0	0	8
2 Selvskade	4	11	0	1	0	16
3 Bruk av alkohol/stoff	4	5	1	1	0	11
4 Kognitiv problem	4	12	4	0	1	21
5 Fysisk sykdom	4	7	0	0	1	12
6 Hallusinasjoner, vrangforestill.	8	15	7	0	0	30
7 Senket stemningsleie	9	20	2	0	1	32
8 Andre psykiske problem	9	26	5	0	1	41
9 Forhold til andre	18	23	10	1	1	53
10 Dagliglivets aktiviteter	8	12	3	0	2	25
11 Boligforhold	8	7	2	0	1	18
12 Yrke og aktiviteter	13	10	6	0	1	30

*) Med skåring på 3 eller 4 på de respektive skalaene i HoNOS

Ved å sammenligne akuttavdelingen med døgnavdelingene ved DPS, som har omtrent like mange pasienter i denne registreringen over fire uker, ser en at andelen pasienter med alvorlige problemer innen en rekke områder er 2-3 ganger så høy ved akuttavdelingen. Dette er som ventet og bekrefter arbeidsdelingen ved at akuttavdelingen har dårligere pasienter enn døgnavdelingene ved DPS. Unntaket er de fire siste områdene, som dreier seg om problemer med sosial og praktisk fungering (skala 9 og 10) og om hvordan bolig og arbeid/aktivitet er tilpasset pasientens behov (skala 11 og 12). Her er det ikke så stor forskjell mellom akuttavdeling og DPS. DPS-ene har altså i nesten like stor grad som akuttavdelingen pasienter som har problemer med å fungere, mens akuttavdelingens pasienter er klart dårligere når det gjelder alvorlighet av psykiatriske symptomer/problemer.

Ved sammenligning av akuttavdelingen og allmennpsykiatrisk avdeling, der forholdet mellom antall registrerte pasienter er omtrent 3 til 1, er det for noen av de første skalaene større forskjell enn dette, - altså at pasientene ved akuttavdelingen f eks er dårligere når det gjelder aggressiv utagerende atferd og selvskading. For psykose (skala 6) er det litt mindre forskjell, mens det for depresjon (skala 7) er større forskjell.

På samme måte ser en ved sammenligning av DPS med allmennpsykiatrisk avdeling at det innen de fleste problemområder er dårligere pasienter ved allmennpsykiatrisk avdeling enn ved DPS. Dette er i tråd med den arbeidsdeling en vil forvente mellom DPS og en avdeling med sentralsykehusfunksjoner. Siden begge disse avdelingstypene har behandlingsoppgaver over lengre tid, er det kanskje særlig her det er behov for å ha klare kriterier for hvilke pasienter og oppgaver de ulike avdelingene skal ha.

Ved de to minste avdelingene er det for få pasienter til å drøfte alvorlighetsgraden.

7.6 Bruk av alkohol og stoff

Misbruk og avhengighet av alkohol og narkotika i løpet av de siste seks månedene før registreringstidspunktet var mindre utbredt enn en kanskje skulle vente. Det er færre med misbruk av narkotika enn med misbruk av alkohol. Som ventet hadde alle pasientene ved rusavdelingen misbruk eller avhengighet.

Tabell 7.16 Antall pasienter med ulike grader av problemer med alkohol siste 6 måneder

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Avholdende	36	30	6	3	3	78
Bruk uten funksjonssvikt	5	10	8	1	0	24
Misbruk	6	5	0	2	0	13
Avhengighet	2	0	0	0	0	2
Institusjonalisering	0	1	0	0	0	1
Til sammen	49	46	14	6	3	118

Spørsmålet var ubesvart for 5 pasienter.

Tabell 7.17 Antall pasienter med ulike grader av problemer med narkotika/medikamenter siste 6 måneder

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Avholdende	40	38	9	0	2	89
Bruk uten funksjonssvikt	4	0	0	0	0	4
Misbruk	4	4	3	2	1	14
Avhengighet	1	0	0	2	0	3
Institusjonalisering	0	3	2	2	0	7
Til sammen	49	45	14	6	3	117

Spørsmålet var ubesvart for 6 pasienter.

7.7 Globalt symptomnivå og funksjonsnivå

Tabellene nedenfor viser fordeling av pasientene ved de ulike avdelingene ut fra skåringer av symptomer og funksjonssvikt på GAF (Global Assessment of Functioning Scale), som det er obligatorisk å bruke innen psykisk helsevern for voksne. Lav skåre betyr høyt symptomnivå eller stor funksjonssvikt.

Akuttavdelingen har flest pasientene med skåringer under 30 på symptomer, mens allmennpsykiatrisk avdeling har få pasienter som skåres over 40. Ellers er det delvis det samme mønsteret ved de tre største avdelingstypene.

Når det gjelder funksjonsnivå, er dette i gjennomsnitt lavest for pasientene ved allmennpsykiatrisk avdeling og høyest ved DPS når det gjelder de tre større avdelingstypene.

Tabell 7.18 Fordeling av skåringer på GAF for symptomnivå

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
1 - 9	0	0	1	0	0	1
10 - 19	0	1	0	0	0	1
20 - 29	3	7	2	0	0	12
30 - 39	9	9	10	0	0	28
40 - 49	16	10	2	5	2	35
50 - 59	14	11	0	0	1	26
60 - 69	5	2	0	1	0	8
70 -	1	2	0	0	0	3

Spørsmålet var ubesvart for 9 pasienter. Lav skåre er høyt symptomnivå.

Tabell 7.19 Fordeling av skåringer på GAF for funksjonsnivå

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
1 - 9	0	0	1	0	0	1
10 - 19	0	1	0	0	0	1
20 - 29	2	3	3	2	1	11
30 - 39	18	13	8	1	0	40
40 - 49	10	14	3	2	0	29
50 - 59	13	6	0	0	1	20
60 - 69	3	3	0	1	1	8
70 -	2	2	0	0	0	4

Spørsmålet var ubesvart for 9 pasienter. Høy skåre er høyt funksjonsnivå.

7.8 Fordeling av oppgaver

Tabellen nedenfor viser mønstre i hva avdelingene vurderer som de viktigste grunnene til at pasienten er innlagt. Det kunne settes kryss ved 1-3 grunner, slik at det samlede antall avkryssninger for hver avdelingstype er større enn antallet pasienter.

Mønstrene for fordeling av grunner – og dermed hvilke oppgaver en oppfatter at en står ovenfor som avdeling – er noe ulikt, med størst spredning for DPS og smalest spekter for allmennpsykiatrisk avdeling.

Tabell 7.20 Fordeling på hovedgrunner til oppholdet slik teamet ser det *

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
1 Gjennomføre diagnostikk/vurdering	17	9	6	0	3	35
2 Etablere/bedre behandlingsrelasjon	11	10	1	2	1	25
3 Sette i gang/endre behandling	27	35	14	2	2	80
4 Få kontroll over destruktiv atferd	28	35	7	2	0	72
5 Ta vare på/beskytte/skjerme/avlaste pas.	33	29	8	0	0	70
6 Bedre pasientens kontakt/relasjon m/ familie	8	1	1	0	1	11
7 Trygg ramme for bearbeide traumer/konflikter	11	1	0	0	0	12

*) Det kunne settes kryss for 1-3 grunner for hver pasient.

7.9 Kontakt og samarbeid med andre

Tabellene nedenfor viser at det største omfanget av kontakt samlet sett har vært med familie og pårørende, dernest med psykiatriteam/pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, og dernest med fastleger og med sosialtjenesten i kommunene. I forhold til antall pasienter, er det særlig allmennpsykiatrisk avdeling som har hatt kontakt med familie/pårørende og kommunale psykiatritjenester. Det har også vært en god del kontakt mellom DPS og sykehus, og DPS og allmennpsykiatrisk har hatt en del kontakt med arbeidsgiver/skole og/eller offentlige etater som aetat eller trygdekontor.

Sykehusavdelingene hadde deltatt i samarbeidsmøte med kommunene for relativt få pasienter.

Mer enn halvparten av døgnpasientene ved DPS hadde en individuell plan, og ved akuttavdelingen ble det startet opp arbeid med individuell plan for mer enn halvparten av pasientene under oppholdet. Noen pasienter ønsker ikke individuell plan.

Et varierende antall pasienter har koordinator og/eller ansvarsgruppe i kommunene, ut fra det en vet ved døgnavdelingene. Dette etableres for noen få pasienter under oppholdet, men synes å være spørsmål som døgnavdelingene ikke engasjerer seg like sterkt i som etablering av lovpålagt individuell plan, - og som overlates mer til kommunene hva en vil gjøre der.

Nær halvparten av pasientene ved akuttavdeling og allmennpsykiatrisk avdeling venter på tilbud på et lavere omsorgsnivå, i følge det døgnavdelingene har registrert. Dette er i samsvar med tilsvarende registreringer for hele landet seinest i november 2003, og tyder på at arbeidet med å overføre pasienter til lavere omsorgsnivå fortsatt er viktig når det gjelder å utnytte best mulig de døgnplassene som er til rådighet ved sykehusavdelingene.

Tabell 7.21 Antall pasienter der en har hatt kontakt med andre typer tjenester i registreringsperioden

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Antall pasienter	50	47	17	6	3	123
Kontakt med:						
Familie/pårørende/venner	22	29	14	2	3	70
Fastlege/annen primærlege	18	14	4	1	1	38
Sykepleier/team i kommunen	25	20	11	1	2	59
Sosialtjenesten/sosialkontor	17	10	6	3	1	37
Distriktpspsykiatrisk senter (DPS)	-	17	6	0	1	23
Psykiatrisk sykehusavdeling/poliklinikk	33	-	-	-	-	34
Somatisk sykehusavdeling/poliklinikk	9	16	4	0	1	30
Rusteam/rusinstusjon	3	4	0	2	0	9
Arbeidsgiver/skole/aetat/trygdekontor	17	3	9	0	0	29
Politi/fengsel/kriminalomsorg	4	3	0	0	0	7

Tabell 7.22 Antall pasienter der det hadde vært samarbeidsmøte med DPS i perioden

	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	Til sammen
Antall pasienter	47	17	6	3	123
Ja	4	7	1	0	12
Nei	41	10	5	3	59
Til sammen	45	17	6	3	71

Dette spørsmålet var ikke med på registreringsskjemaet ved DPS.

Tabell 7.23 Situasjon når det gjelder individuell plan

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Antall pasienter	50	47	17	6	3	123
Har fra før	30	10	7	4	0	51
Har fått nå	7	24	7	0	1	39
Ønsker ikke	7	6	2	1	2	18
Ukjent	0	2	0	0	0	2
Til sammen	44	42	16	5	3	110

Tabell 7.24 Situasjon når det gjelder koordinator for de tilbudene pasienten mottar

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Har fra før	19	11	7	4	0	41
Har fått nå	6	4	3	0	1	14
Ønsker ikke	8	10	3	0	1	22
Ukjent	2	6	1	0	0	9
Til sammen	35	31	14	4	2	86

Tabell 7.25 Situasjon når det gjelder ansvarsgruppe i kommunen

	DPS	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	I alt
Har fra før	14	9	9	4	0	36
Har fått nå	6	3	3	0	0	12
Ønsker ikke	13	10	4	0	1	28
Ukjent	3	8	0	0	2	13
Til sammen	36	30	16	4	3	89

Tabell 7.26 Antall pasienter som ventet på tilbud på lavere omsorgsnivå

	Akutt	Allmenn	Rus	Alders	Til sammen
Ja	21	10	0	2	33
Nei	24	7	5	1	37
Til sammen	45	17	5	3	70

De fleste (45) av de 50 pasientene ved DPS ble vurdert av behandlerne til å være i behandling på riktig kompetansenivå. Fire pasienter ble vurdert til å få behandling på et unødvendig høyt kompetansenivå og en til å være på et for lavt kompetansenivå.

7.10 Oppsummering om fordeling av pasienter og oppgaver

Fordelingen av pasienter og oppgaver mellom grupper av døgnavdelinger i psykisk helsevern for voksne er analysert ut fra registrering av pasienter en hadde kontakt med i løpet av 4 uker våren 2005. Det ble registrert i alt 123 pasienter ved døgnavdelingene: 50 ved Lillestrømklinikken, 56 ved døgnavdelingene på Nordbyhagen og 17 ved døgnavdelingene på Lurud.

Pasientene vart likt fordelt på kjønn, med unntak av akuttavdelingen, som hadde mer enn dobbelt så mange kvinner som menn. Det er særlig aldersgruppene 20-49 år som har vært døgnpasienter, med de største gruppene blant de yngste aldersgruppene. Overvekten av unge voksne var størst ved allmennpsykiatrisk avdeling og rusavdelingen, mens akuttavdelingen hadde få i den yngste aldersgruppen. Ved døgnavdelingene i DPS var det ganske lik fordeling på de tre yngste aldersgruppene. Omtrent 3/4 av pasientene er ugift eller separert/skilt, og dette mønsteret er ganske likt ved alle avdelingene. Det var bare fem døgnpasienter med ikke-vestlig kulturell bakgrunn i registreringsperioden.

Andelen av dem som blir innlagt tiltrengende øyeblikkelig hjelp er som ventet svært høy ved akuttavdelingen og svært lav ved alle de andre avdelingene. De andre avdelingene deltar altså i liten grad i å gi døgntilbud på dagen.

For litt over 10 % av pasientene er det registrert at dette oppholdet var deres første kontakt med psykisk helsevern. Andelen første gangs henviste var omtrent 20 % ved akuttavdelingen, slik at akuttavdelingen for en del pasienter er deres første møte med psykisk helsevern. For omtrent 40 % av pasientene var oppholdet en reinnleggelse innen ett år etter en tidligere utskrivning. Dette er sannsynligvis et relativt høyt tall og kan kanskje bety at en del pasienter kunne ha fått bedre behandling og oppfølging og unngått ny innleggelse.

Bare ti pasienter er blitt registrert med en psykisk lidelse som har debutert nylig. Disse ble i hovedsak innlagt ved DPS eller akuttavdelingen. De fleste pasientene har en vedvarende psykisk lidelse og er blitt innlagt i forbindelse med en forverring, mens et mindre antall har fått en ny sykdomsepisode etter at de i en periode har vært bra etter en eller flere tidligere sykdomsepisoder.

Omtrent 2/3 av døgnpasientene er blitt innlagt frivillig, og selv ved akuttavdelingen ble nesten halvparten av pasientene frivillig innlagt. Tvungen observasjon i institusjon skjer i hovedsak ved akuttavdelingen, mens tvungent psykisk helsevern i institusjon i hovedsak skjer ved allmennpsykiatrisk avdeling. På tidspunktet for registrering var det få som var på tvungen observasjon, mens antallet med tvungen behandling i institusjon er nesten like høyt som antallet med dette som spesialistvedtak ved innleggelsen.

Nesten alle døgnpasientene ved DPS er blitt henvist fra en annen enhet innen DPS. Nær halvparten av pasientene ved akuttavdelingen ble innlagt av legevakt, og de fleste andre kom fra andre enheter innen psykisk helsevern eller fastlegen. Allmennpsykiatrisk avdeling har i hovedsak mottatt pasienter fra en annen sykehusavdeling, som da trolig i hovedsak er akuttavdelingen.

Av de døgnpasientene som er utskrevet eller overført videre i registreringsperioden, ble 2/3 av pasientene ved DPS henvist innen DPS, mens pasientene fra akuttavdelingen ble mer jevnt fordelt på de fleste typene helsetjenester i psykisk helsevern og kommuner.

Det er schizofreni og stemningslidelser som dominerer som hoveddiagnose ved døgnavdelingene i DPS og akuttavdelingen. Ved begge disse avdelingene var det omtrent dobbelt så mange med stemningslidelse som med schizofreni. Ved allmennpsykiatrisk avdeling var det nesten bare pasienter med schizofreni. Det er særlig ruslidelser, angst/nevrososer og personlighetsforstyrrelser som er registrert som bidiagnoser.

Skåringer av alvorlighetsgrad av psykiatriske og andre problemer ved bruk av skåringsskjemaet HoNOS viser at der var mest alvorlige problemer blant pasientene ved

akuttavdelingen enn ved de andre avdelingene. Men det er også noen pasienter ved de andre døgnavdelingene som har alvorlige problemer med f eks psykotiske symptomer eller problemer med å fungere.

Akuttavdelingen har flest pasientene med skåringer under 30 på symptomer ved skåringsskalaen GAF, mens allmennpsykiatrisk avdeling har få pasienter som skåres over 40. Ellers er det delvis det samme mønsteret ved de tre største avdelingstypene. Når det gjelder funksjonsnivå, er dette i gjennomsnitt lavest for pasientene ved allmennpsykiatrisk avdeling og høyest ved DPS når det gjelder de tre større avdelingstypene.

Misbruk og avhengighet av alkohol og narkotika i løpet av de siste seks månedene før registreringstidspunktet var mindre utbredt enn en kanskje skulle vente. Det er færre med misbruk av narkotika enn med misbruk av alkohol. Som ventet hadde alle pasientene ved rusavdelingen misbruk eller avhengighet.

Det største omfanget av kontakt samlet sett har vært med familie og pårørende, dernest med psykiatriteam/pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, og dernest med fastleger og med sosialtjenesten i kommunene. I forhold til antall pasienter, er det særlig allmennpsykiatrisk avdeling som har hatt kontakt med familie/pårørende og kommunale psykiatritjenester. Det har også vært en god del kontakt mellom DPS og sykehus, og DPS og allmennpsykiatrisk har hatt en del kontakt med arbeidsgiver/skole og/eller offentlige etater som aetat eller trygdekontor. Sykehusavdelingene hadde deltatt i samarbeidsmøte med kommunene for relativt få pasienter.

Mer enn halvparten av døgnpasientene ved DPS hadde en individuell plan, og ved akuttavdelingen ble det startet opp arbeid med individuell plan for mer enn halvparten av pasientene under oppholdet. Noen pasienter ønsker ikke individuell plan. Et varierende antall pasienter har koordinator og/eller ansvarsgruppe i kommunene, ut fra det en vet ved døgnavdelingene. Dette etableres for noen få pasienter under oppholdet og overlates dermed mer til kommunene.

De fleste døgnpasientene ved DPS ble vurdert av behandlerne til å være i behandling på riktig kompetansenivå. Kun fire pasienter ble vurdert til å få behandling på et unødvendig høyt kompetansenivå og en til å være på et for lavt kompetansenivå.

Nær halvparten av pasientene ved akuttavdeling og allmennpsykiatrisk avdeling venter på tilbud på et lavere omsorgsnivå, i følge det døgnavdelingene har registrert. Dette er i samsvar med tilsvarende registreringer for hele landet seinest i november 2003, og tyder på at arbeidet med å overføre pasienter til lavere omsorgsnivå fortsatt er viktig når det gjelder å utnytte best mulig de døgnplassene som er til rådighet ved sykehusavdelingene.

8 Vedlegg

8.1 Underlagstabeller kapittel 5

Grunnlagstabell aktivitet

		2002	2003	2004
Akershus Universitetssykehus	Utskrivninger	621	919	1008
	Oppholdsdøgn i aktivitetsåret	29749	28625	32203
	Polikliniske konsultasjoner	0	0	0
Jessheimklinikken DPS	Utskrivninger	75	69	136
	Oppholdsdøgn i aktivitetsåret	11321	10719	10715
	Polikliniske konsultasjoner	5149	6259	8892
Lillestrømklinikken DPS	Utskrivninger	137	163	172
	Oppholdsdøgn i aktivitetsåret	10538	12445	12671
	Polikliniske konsultasjoner	11463	18850	24736
AHUS		1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Døgnbehandling	Pasienter	444	526	623
	Utskrivninger	342	464	539
	Pasienter inne ved perodeslutt	145	166	181
	Varighet av HF opphold median dager (mean dager)	20.5 (49.1)	14.0 (43.7)	14.0 (31.8)
	Oppholdsdøgn i perioden	17479	20139	21072
Poliklinisk behandling	Pasienter	2068	2291	2194

Akuttavdelingen	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Pasienter	225	277	354
Utskrivninger	214	303	374
Varighet av avdelings-opphold median dager (mean dager)	13 (23.0)	11.0 (20.7)	9.5 (18.4)
Pasienter inne ved periodeslutt	37	48	69
Hittil varighet for u avsluttede opphold median dager (mean dager)	22(33.2)	21.5(26.5)	18(26.8)

Alderspsyk avdelingen	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Døgnbehandling			
Pasienter	19	28	53
Utskrivninger	16	23	48
Pasienter inne ved periodeslutt	6	10	10
Varighet av avdelings- opphold median dager (mean dager)	26 (25.3)	23.0 (24.8)	19.0 (24.8)

Almenpsyk avdelingen	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Døgnbehandling			
Pasienter	59	55	53
Utskrivninger	33	27	28
Pasienter inne ved periodeslutt	30	30	19
Varighet av avdelings- opphold median dager (mean dager)	79 (139.5)	106.0 (141.1)	116.5 (134.0)

RUS akuttenheten		1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Døgnbehandling	Pasienter	50	95	88
	Utskrivninger	44	95	89
	Pasienter inne ved periodeslutt	10	9	8
	Varighet av avdelingsopphold median dager (mean dager)	10 (11.0)	13 (11.5)	13.0 (11.8)

Jessheim DPS Elvestad		1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Døgnbehandling	Pasienter	26	34	37
	Utskrivninger	13	19	21
	Pasienter inne ved periodeslutt	13	18	18
	Varighet av HF opphold median dager (mean dager)	151 (151.1)	76.0 (96.1)	64.0 (67.1)

Jessheim DPS Vilberg		1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Døgnbehandling	Pasienter	39	47	38
	Utskrivninger	30	36	28
	Pasienter inne ved periodeslutt	11	16	15
	Varighet av HF opphold median dager (mean dager)	49 (67.3)	52.5 (56.1)	51.5 (62.2)

Lillestrøm DPS Åråsen		1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Døgnbehandling	Pasienter	36	27	42
	Utskrivninger	25	13	28
	Pasienter inne ved periodeslutt	14	14	19
	Varighet av HF opphold median dager (mean dager)	57 (93.4)	89.0 (104.4)	50.0 (56.9)

Lillestrøm DPS Moenga		1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Døgnbehandling	Pasienter	72	49	51
	Utskrivninger	50	33	33
	Pasienter inne ved periodeslutt	24	21	23
	Varighet av HF opphold median dager (mean dager)	43 (57.3)	55.0 (95.8)	52.0 (57.7)

8.2 Vedleggstabeller kapittel 6

Innleggelser (nye HF-opphold)

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Akuttavd	125	203	265
Alderspsyk avd	16	15	30
Almenpsyk avd	9	7	8
RUS akuttenhet	48	75	74
Jessheim DPS Elvestad	7	6	7
Jessheim DPS Vilberg	11	18	15
Lillestrøm DPS Åråsen	10	3	14
Lillestrøm DPS Moenga	11	6	11

Utskrivninger (avsluttede HF opphold)

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Akuttavd	110	164	203
Alderspsyk avd	11	22	43
Almenpsyk avd	20	8	15
RUS akuttenhet	41	76	79
Jessheim DPS Elvestad	6	10	12
Jessheim DPS Vilberg	16	15	18
Lillestrøm DPS Åråsen	8	3	16
Lillestrøm DPS Moenga	22	14	13

Innleggelser fra annen avdeling i AHUS

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Akuttavd	8	3	6
Alderspsyk avd	2	9	11
Almenpsyk avd	13	7	2
RUS akuttenhet	0	3	4
Jessheim DPS Elvestad	3	7	4
Jessheim DPS Vilberg	7	2	6
Lillestrøm DPS Åråsen	0	2	13
Lillestrøm DPS Moenga	9	10	12

Utskrivninger til annen avdeling i AHUS

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Akuttavd	30	41	49
Alderspsyk avd	2	0	0
Almenpsyk avd	1	1	1
RUS akuttenhet	0	0	1
Jessheim DPS Elvestad	1	1	1
Jessheim DPS Vilberg	3	0	1
Lillestrøm DPS Åråsen	2	0	2
Lillestrøm DPS Moenga	0	1	3

Innleggelser (nye HF-opphold)

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Akuttavd	63	88	92
Alderspsyk avd	1	0	7
Almenpsyk avd	5	2	2
RUS akuttenhet	6	15	9
Jessheim DPS Elvestad	0	5	9
Jessheim DPS Vilberg	6	12	4
Lillestrøm DPS Åråsen	6	4	2
Lillestrøm DPS Moenga	21	12	5

Poliklinisk kontakt før innleggelser (nye HF-opphold)

Enhet	1.tertial 2004		3.tertial 2004		1.tertial 2005		
	Jessheim DPS poliklinikk	Lillestrøm DPS poliklinikk	Jessheim DPS poliklinikk	Lillestrøm DPS poliklinikk	Alderspsyk poliklinikk	Jessheim DPS poliklinikk	Lillestrøm DPS poliklinikk
	Akuttavd	18	38	21	55	2	21
Alderspsyk avd	0	1	0	0	7	0	0
Almenpsyk avd	0	5	0	2	0	1	1
RUS akuttenhet	1	4	0	15	0	0	9
Jessheim DPS Elvestad	0	0	5	0	0	9	0
Jessheim DPS Vilberg	6	0	12	0	0	3	0
Lillestrøm DPS Åråsen	0	6	0	4	0	0	2
Lillestrøm DPS Moenga	0	20	0	12	0	0	5

Utskrivninger (avsluttede HF opphold)

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Akuttavd	42	64	80
Alderspsyk avd	1	1	5
Almenpsyk avd	12	17	8
RUS akuttenhet	3	18	8
Jessheim DPS Elvestad	3	8	8
Jessheim DPS Vilberg	9	20	8
Lillestrøm DPS Åråsen	13	10	9
Lillestrøm DPS Moenga	25	14	14

Poliklinisk kontakt etter utskrivning (avsluttede HF-opphold)

Enhet	1.tertial 2004		3.tertial 2004		1.tertial 2005		
	Jessheim	Lillestrøm	Jessheim	Lillestrøm	Alderspsyk	Jessheim	Lillestrøm
	DPS	DPS	DPS	DPS	poliklinikk	DPS	DPS
	poliklinikk	poliklinikk	poliklinikk	poliklinikk		poliklinikk	poliklinikk
Akuttavd	8	26	9	50	1	30	46
Alderspsyk avd	0	1	0	1	2	0	0
Almenpsyk avd	0	12	0	14	0	1	7
RUS akuttenhet	0	3	0	18	0	0	8
Jessheim DPS Elvestad	3	0	7	0	0	7	1
Jessheim DPS Vilberg	7	0	18	1	1	6	0
Lillestrøm DPS Åråsen	0	12	0	8	0	0	9
Lillestrøm DPS Moenga	0	23	0	13	0	1	13

Innleggelser fra annen avdeling i AHUS

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Akuttavd	10	1	1
Alderspsyk avd	1	2	0
Almenpsyk avd	6	7	1
RUS akuttenhet	0	0	0
Jessheim DPS Elvestad	0	3	1
Jessheim DPS Vilberg	2	4	1
Lillestrøm DPS Åråsen	8	4	3
Lillestrøm DPS Moenga	12	4	5

Utskrivninger til annen avdeling i AHUS

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Akuttavd	27	24	11
Alderspsyk avd	2	0	0
Almenpsyk avd	0	1	0
RUS akuttenhet	0	0	0
Jessheim DPS Elvestad	3	0	0
Jessheim DPS Vilberg	2	0	0
Lillestrøm DPS Åråsen	2	0	0
Lillestrøm DPS Moenga	3	0	1

Polikliniske omsorgsepisoder uten døgntilgang før/under/etter episoden.

Nye polikliniske konsultasjonsserier

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Alderspsyk pol	-	-	42
Jessheim DPS polikl	257	262	273
Lillestrøm DPS polikl	472	403	407

Avsluttede polikliniske konsultasjonsserier

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Alderspsyk pol	-	-	22
Jessheim DPS polikl	201	105	71
Lillestrøm DPS polikl	426	293	226

Uavsluttede polikliniske konsultasjonsserier ved periodeslutt

Enhet	1.tertial 2004	3.tertial 2004	1.tertial 2005
Alderspsyk pol	-	-	20
Jessheim DPS polikl	349	565	566
Lillestrøm DPS polikl	890	1043	1115

