

RAPPORT

2023

Kvalitetsmåling av helsetjenester

- Vurdering av utvalgte
registerbaserte kvalitetsindikatorer
for psykiske helsetjenester

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for Helsetjenester
Avdeling for Forskning og analyse av helsetjenester
Mars 2023

Tittel: Kvalitetsmåling av helsetjenester - Vurdering av utvalgte registerbaserte kvalitetsindikatorer for psykiske helsetjenester

Forfatter(e): Tonya Moen Hansen, Katrine D. Skyrud, Hege Marie Gjefsen

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Rapporten kan også bestilles fra
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
publikasjon@fhi.no
Telefon: 21 07 82 00

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave: **978-82-8406-366-9**

Emneord (MeSH): Kvalitetsindikatorer i helsevesenet, Psykisk helse, Psykiske helsetjenester, Selvmord, Overdødelighet

Sitering: Hansen TM, Skyrud KD, Gjefsen HM. "Kvalitetsmåling av helsetjenester - Vurdering av utvalgte registerbaserte kvalitetsindikatorer for psykiske helsetjenester". Rapport 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.

Innhold

Innhold	3
Sammendrag	4
Innledning	4
Metode	4
Resultat	4
Konklusjon	4
1 Innledning	5
1.1 Helsetjenester for psykiske lidelser	5
1.2 Måling av kvalitet i helsetjenesten	6
1.3 Kvalitetsmåling av helsetjenester for psykiske lidelser i Norge	7
1.4 OECD HCQI prosjekt sine indikatorer innen mental helse	9
1.5 Avgrensning og problemstilling	9
2 Metode	10
2.1 Tilgjengelig data og pasientpopulasjonen	10
2.2 Indikatorer	11
Selvmord	11
Overdødelighet	12
3 Resultater	14
3.1 Innleggelser for psykiske lidelser	14
3.2 Selvmord etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten	17
3.3 Overdødelighet ved bipolar lidelse, schizofreni, og psykisk lidelse	21
4 Diskusjon	26
5 Konklusjon	29
Referanser	30
Vedlegg 1: Utvikling i relative dødelighet	31
Vedlegg 2: Overdødelighet med alternativ metode	31

Sammendrag

Innledning

Psykiske lidelser er et betydelig folkehelseproblem, og en høy andel av befolkningen vil bruke helsetjenestene for psykiske plager eller sykdom i løpet av sin levetid. I denne rapporten undersøker vi datagrunnlaget for indikatorer som kan belyse overdødelighet blant personer med psykisk lidelse og selvmord etter bruk av psykisk helsevern for noen av de mest alvorlige diagnosene.

Metode

Vi kombinerer registerdata fra NPR, FREG og Dødsårsaksregisteret for å beregne selvmord etter innleggelse for psykiske lidelser i psykisk helsevern. Psykiske lidelser omfatter her diagnoser som schizofreni, depressiv lidelse, bipolar lidelse, tilpasningsforstyrrelser og post-traumatisk stress syndrom, og angstlidelse. Vi beregner også overdødelighet for de registrert med diagnose for schizofreni og bipolar lidelse, og alle de registrert med psykiske lidelser i vårt datamateriale, sammenlignet med den øvrige befolkningen med samme alder og kjønn.

Resultat

Indikatorene vi har utforsket her er til dels basert på relativt sjeldne hendelser selvmord og død blant de under 75 år i utvalgte pasientgrupper, og indikatorer for disse utfallene kan derfor gi ustabile resultater over tid. Resultatene viser derfor at hverken overdødelighet eller selvmord etter innleggelse er velegnete kvalitetsindikatorer på lavere nivå enn nasjonalt.

Konklusjon

Det er ikke tilstrekkelig datagrunnlag for å anbefale kvalitetsindikatorer for overdødelighet eller selvmord etter utskrivelse fra innleggelser for psykiske lidelser fordelt på regionale helseforetak eller mindre enheter. Det kan imidlertid være flere muligheter for indikatorer dersom man samler observasjoner for flere år eller aggregerer regionale helseforetak.

1 Innledning

1.1 Helsetjenester for psykiske lidelser

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”, og understreker at det er et statlig ansvar å sikre god helse i egen befolkning ved bruk av tilstrekkelig helse- og sosialtiltak [1].

I verden anslås det at 16% av tapte DALYs på verdensbasis skyldes psykiske lidelser [2]. Også i Norge er psykiske lidelser utbredt, og fører til lavere livskvalitet blant dem det gjelder. Forekomsten er relativt stabil over tid i den voksne befolkningen [3]. Personer med psykiske lidelser lever i gjennomsnitt 5-15 år kortere enn resten av befolkningen. Dette gjelder spesielt for de med de alvorligste lidelsene, som schizofreni og bipolar lidelse, men også de med lettere psykiske lidelser, som angst og depresjon, har kortere forventet levealder [4].

Vi kan skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske lidelser er i den mer alvorlige enden av skalaen, og man regner med at mellom en av seks og en av fire vil kunne klassifiseres med en psykisk lidelse i løpet av et år i Norge [5].

Fastlegen kan gi behandling for milde psykiske plager. De kan også henvise til andre kommunale tilbud: Psykisk helsetjeneste, rask psykisk helsehjelp¹, kommunal psykolog, frisklivssentraler eller oppsøkende team. Ved mer alvorlige plager og lidelser vil fastlegen henvise videre til DPS eller sykehus. Ved henvisning fra fastlegen finnes det nasjonalt pasientforløp, tidligere omtalt som pakkeforløp, som skal sikre blant annet medvirkning og at pasientene får et koordinert forløp.

Psykisk helsevern viser til undersøkelse og behandling som foregår i spesialisthelsetjenesten, altså på sykehus eller distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det er nødvendig med henvisning fra fastlege for å få tjenester i psykisk helsevern.

De samme rettighetene gjelder for psykisk helsevern og psykisk helsetjeneste som for resten av helsetjenesten. Personer i psykisk helsevern og psykisk helsetjeneste kan i utgangspunktet forlate behandlingen når de selv ønsker det. I tillegg er det spesielle regler som gjelder når utredning og behandling skjer uten personens samtykke. I utgangspunktet skal behandling av psykiske lidelser alltid skje under samtykke, men det finnes unntak når pasienten mangler samtykkekompetanse eller dersom pasienten er til fare. Det kan eksempelvis være relevant ved psykoser eller lignende.

Psykiske plager og psykiske lidelser er et betydelig folkehelseproblem, og det er derfor svært nyttig med systematisk kunnskap om dette området. Å beregne kvalitetsindikatorer er en måte å frembringe slik kunnskap, og velegnete kvalitetsindikatorer kan brukes til både å belyse både utviklingen over tid og avdekke systematiske forskjeller mellom behandlingssenheter.

¹ Krever ikke henvisning fra fastlege

1.2 Måling av kvalitet i helsetjenesten

Et overordnet mål for den offentlige helsetjenesten er å sikre best mulig helse for flest mulig innenfor de rammene som er gitt. En viktig del av dette er at de helsetjenestene som ytes er av god kvalitet.

Den norske kvalitetsstrategien beskriver kvalitet i seks dimensjoner [6]. For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Hva som til enhver tid kan kalles god kvalitet i tjenestene vil endres over tid, avhengig av tilgjengelige ressurser, kunnskap, preferanser og forventinger. Kvalitet er derfor ikke et entydig begrep, og kan derfor heller ikke måles på en entydig måte.

Kvalitetsindikatorer blir ofte brukt som indirekte mål eller pekepinner på kvalitet innen et definert område. De brukes til å overvåke, dokumentere og evaluere kvaliteten i en rekke ulike tjenester og kontekster. Basert på Donabedian sitt arbeid om kvalitetsmåling av helsetjenester og kvalitetsindikatorer, skiller det ofte på struktur-, prosess- og resultatindikatorer [7]. Disse tre typer indikatorer belyser ulike sider av helsetjenestene, både utfall og hvorvidt forutsetningene, gode strukturer og gode prosesser, er til stede for å kunne yte gode helsetjenester som kan føre til gode utfall. I tråd med de ulike dimensjonene av kvalitet beskrevet i den norske kvalitetsstrategien inkluderes ofte flere ulike kvalitetsindikatorer for å gi en helhetlig vurdering av kvaliteten av tjenestene.

For at en kvalitetsindikator skal fungere som et mål på kvalitet i helsetjenesten stilles det noen krav til indikatoren. En kvalitetsindikator for helsetjenesten skal først og fremst være relevant i et "nytte" perspektiv, det vil si den skal enten måle sannsynlighet eller omfang av definerte utfall og effekter av helsetjenestene (resultatmål), eller et aspekt ved helsetjenesten (prosess eller strukturmål) som er dokumentert til å føre til en effekt på helsen.

Kvalitetsindikatorer kan ha ulike formål og bruksområder, fra samfunnsmessig legitimering og virksomhetsstyring, til faglig kvalitetsforbedringer og støtte til brukervalg. En kvalitetsindikator skal være relevant for de som skal bruke den, enten det er på et politisk, administrativt eller klinisk nivå. Felles for alle er at endringer som måles skal kunne knyttes til endringer i kvaliteten på tjenestene. Kvalitetsindikatorer bør også være vitenskapelig holdbare, og vise god reliabilitet og validitet.

I et lite land som Norge, er det for mange tjenester og diagnosegrupper få pasienter eller hendelser i populasjonen. Dette kan bety at enkelte indikatorer ikke egner seg som gode mål på kvalitet for norske helsetjenester. En annen begrensning for mange mulige kvalitetsindikatorer er tilgang på de nødvendige dataene. Helsetjenesten er allerede presset for ressurser, og nytteverdien sett i forhold til kostnaden av å innføre nye krav til rapporteringer er sjeldent store. Man er derfor ofte begrenset til de datakildene som

allerede finnes, som eksisterende undersøkelser, helseregistre og administrative data fra helsetjenesten. Norge har til gjengjeld gode helseregistre som kan kobles sammen for å belyse en rekke ulike problemstillinger.

1.3 Kvalitetsmåling av helsetjenester for psykiske lidelser i Norge

Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorsystem omfatter en rekke kvalitetsindikatorer for norsk helsetjeneste.

Per 2022 publiseres det resultater for 20 kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern, der 12 av disse omfatter helsetjenester for psykisk helse for voksne [8]. Eksisterende indikatorer er i høy grad prosessmål for utførelse og ytelse av helsetjenestene. Det er per i dag ingen nasjonale kvalitetsindikatorer som presenterer struktur- eller resultatmål for helsetjenestene som ytes av personer med psykiske lidelser.

For at kvalitetsindikatorer skal være nyttige så bør de beregnes med resultater på et meningsfylt nivå og hyppighet. Hva som kan sies å være meningsfylt her henger sammen med formålet og målgruppen til indikatoren. For noen formål kan det være viktigere at tallene gir et troverdig bilde av trender over tid, fremfor hyppigere oppdateringer og større variasjon. Hyppighet og nivå for publisering kan også begrenses av de dataene som er tilgjengelig til enhver tid.

Kvalitetsindikatorer kan publiseres på nasjonalt nivå, altså samlet for hele landet, per regionalt helseforetak, per helseforetak, per behandlingssted eller per avdeling/post. Oppdatering av resultater varierer fra flerårige, årlig, kvartalsvis eller hyppigere.

Eksisterende nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helse	Laveste nivå for publisering	Hyppighet
Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i psykisk helsevern for voksne	Behandlingssted	Tertialvis
Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for voksne	Behandlingssted	Tertialvis
Epikrisetid ved utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helse for voksne	Behandlingssted	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern voksne	Behandlingssted	Tertialvis
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern for voksne	Behandlingssted	Tertialvis
Fristbrudd for pasienter som har påbegynt behandling i psykisk helse for voksne	Behandlingssted	Tertialvis
Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHV	Behandlingssted	Tertialvis
Individuell plan med diagnose schizofreni i psykisk helsevern for voksne	Behandlingssted	Tertialvis
Kompletthet i dokumentasjon og rapportering av henvisningsformalitet i psykisk helsevern for voksne	Behandlingssted	Tertialvis
Medvirkning i egen behandling - Involvering i behandlingsplan i psykisk helsevern for voksne	Helseforetak	Tertialvis
Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne	Behandlingssted	Tertialvis
Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne	Helseforetak	Årlig

I tillegg til indikatorene som presenteres som nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres det en rekke indikatorer som måler utfallsmål for psykisk helse i befolkningen og andre mål knyttet til helsetjenestene som ytes til personer med psykiske lidelser.

Analyser levert av Samdata for spesialisthelsetjenesten gir et godt bilde av ressurser og bruk av tjenester for somatikk, psykisk helse og rus [9]. Blant statistikkene som rapporteres jevnlig er reinnleggelser etter opphold i spesialisthelsetjenesten. Ikke-planlagte eller akutte reinnleggelser kort tid etter en sykehusinnleggelse er ofte brukt som kvalitetsindikatorer for en rekke pasientgrupper, men det er vanskeligere å knytte resultatene direkte til behandlingen. Det er potensielt mange årsaker til at en reinnleggelse oppstår, for eksempel forhold knyttet til behandlingen som ble gitt i det opprinnelige oppholdet, oppfølgingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene etter utskrivning, eller til pasienten selv [10]. Det kan være ulik innleggingspraksis og terskler for reinnleggelse ulike steder i landet basert på tilgjengelige ressurser og behandlingstilbudet i den enkelte kommune. Ikke-planlagte reinnleggelser kan likevel være en nyttig indikator å følge over tid.

Statistisk sentralbyrå (SSB) presenterer en rekke nøkkeltall for de kommunale helse og omsorgstjenestene basert på Kommune og Stat Rapporteringene (KOSTRA). Statistikken inkluderer blant annet informasjon om tilsatte helsepersonell, ressurser til helsestasjons- og skolehelsetjenestene og frisklivssentraler, og annen forebyggende helsearbeid i kommunene. Mest relevant for tjenester til de med psykiske lidelser er antall årsverk for ansatte psykologer, og hvorvidt hver kommune har ansatte psykologer, samarbeid med andre kommuner for å sikre denne kompetansen til sine innbyggere, eller har utlyst psykologstilling i kommunen ([11]). Dette er strukturmål som kan gi en indikasjon på om forutsetningene for å kunne levere gode helsetjenester er til stede.

Per i dag driftes det fem nasjonale medisinske kvalitetsregistre for psykisk helse og rus:

- Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)
- Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS)
- Kvalitetsregisteret for alderspsykiatri (KVALAP)
- Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT)
- Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksne (PHV)

Som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister stilles det en rekke krav for å kunne bevare nasjonal status. Plikt til å utarbeide og offentliggjøre statistikk fra registeret og kvalitetskontroll og dekningsgradsanalyser av opplysninger som behandles i registeret er blant disse. To av disse kvalitetsregistrene for psykisk helse og rus (NorSpis og KVARUS) har utarbeidet et utvalg kvalitetsindikatorer som de offentliggjør i forbindelse med publisering av sine årsrapporter. Disse ligger tilgjengelig på nettsidene til Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre [12]. Kvalitetsindikatorer som publiseres her er ofte knyttet til nytte og utfall av behandling, for eksempel publiserer NorSpis indikatorer for «Endring i spiseforstyrrelsessymptomer», «Endring i funksjon i dagliglivet» og «Pasientvurdert bedring («utfall») av behandlingen» per avdeling og nasjonalt [13].

1.4 OECD HCQI prosjekt sine indikatorer innen mental helse

Det finnes flere internasjonale fora der det rapporteres indikatorer som beskriver den norske helsetjenesten. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Health Care Quality Indicator (HCQI) prosjektet startet i 2001. Formålet med HCQI prosjektet var og er å utvikle et sett av indikatorer som er basert på sammenlignbare data og som kan brukes til å reise spørsmål for å nærmere undersøke kvalitetsforskjeller mellom land.

I OECD HCQI sitt arbeid er det utviklet fem indikatorer innen mental helse for å sammenligne OECD land. Tre indikatorer hvor selvmord blant pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten er utfallsmål og to indikatorer som estimerer overdødelighet etter henholdsvis schizofreni og bipolar lidelse.

Norge har rapportert på alle disse indikatorene fra 2010-2019, unntatt for død etter selvmord 30 dager eller ett år etter utskriving fra sykehus, som kun er rapportert fra 2018-2019. Resultatene fra disse indikatorene finnes i publikasjonen Health at Glance, som blir utgitt annen hvert år [14].

For overdødelighet for bipolar lidelse og schizofreni ligger Norge over snittet av alle OECD landene, på henholdsvis en ratio på 3.8 (Norge) versus 2.7 (OECD) for bipolar lidelse og 5.1 versus 3.7 for schizofreni.

1.5 Avgrensning og problemstilling

Formål med denne rapporten er å vurdere utvalgte registerbaserte kvalitetsindikatorer for psykisk helse som kvalitetsindikatorer for den norske helsetjenesten, med utgangspunkt i de indikatorene for mental helse som er rapportert til OECD.

Helsedirektoratet ønsker en vurdering av følgende indikatorer:

- Selvmord
 - o blant personer innlagt på sykehus med psykisk lidelse
 - o innen ett år etter utskriving for personer innlagt med psykisk lidelse
 - o innen 30 dager etter utskriving for personer innlagt med psykisk lidelse
 - o *innen et år etter konsultasjon hos fastlege for psykiske plager/lidelse*
 - o *innen 30 dager etter konsultasjon hos fastlege for psykiske plager/lidelse*
- Overdødelighet
 - o for bipolar diagnose
 - o for schizofreni

Indikatorer er *kursiv* er ikke eksisterende OECD indikatorer per i dag. I tillegg var det ønskelig å utforske mulighet for indikatorer som kan bedre belyse overgangene i helsetjenesten for personer med psykiske plager og mulighet for strukturelle indikatorer basert på KOSTRA-data. Innenfor rammene for dette oppdraget har vi ikke hatt mulighet til å beregne indikatorene i kursiv, eller tilleggsoppdraget. Det er et større arbeid å identifisere relevante pasientgrupper innenfor de som benytter seg av fastlegen for psykiske plager og lidelser og forstå muligheter for å bruke disse dataene til å måle kvaliteten på tjenestene og overgangene mellom tjenestene.

For å kunne vurderes som kvalitetsindikatorer for den norske helsetjenesten legges det til grunn at indikatoren skal være nyttige, relevant for brukere av indikatorene og vitenskapelig holdbare, der endringer i resultater kan reflektere endringer i kvaliteten i tjenestene.

2 Metode

2.1 Tilgjengelig data og pasientpopulasjonen

Vi har brukt data fra Norsk pasientregister (NPR), Folkeregisteret (FReg), Dødsårsaksregisteret (DÅR) og Kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR) til analysene i denne rapporten. NPR inneholder alle innleggelser til spesialisthelsetjenesten, mens KUHR inneholder alle kontakter hos til allmennlege (legevakt/fastlege) og psykolog, og det er disse kontaktene vi tatt utgangspunkt i våre analyser. Til hver av disse kontaktene er det innhentet informasjon fra FReg og DÅR om oppdatert informasjon om den enkelte pasient/bruker, og evt. dato og årsak til død.

Datasettet som er brukt til analysene i denne rapporten tar utgangspunkt i innleggelser (døgn- og dagopphold) til spesialisthelsetjenesten for pasienter med psykiske lidelser registrert som en av hoveddiagnosene ved nåværende eller tidligere innleggelse. Polikliniske kontakter var ikke tilgjengelige.

Analysene er begrenset til innleggelser i perioden 2014-2019, det vil si før covid-19 pandemien. Alle innleggelser per pasient kjedes sammen til sammenhengende behandlingsskjeder dersom det er mindre enn 8 timer fra utskrivning til neste innleggelse. Det betyr at en pasient kan ha en behandlingsskjede som inkluderer opphold ved flere behandlingssteder. Ved bruk av begrepet innleggelse videre i denne rapporten menes start av en slik behandlingsskjede.

Inkluderte diagnoser inkluderer store deler av F-kapitlet for ICD-10 (F10-F69 og F90-F99) og omfatter blant annet depressiv lidelse (F32-F33), angstlidelser (F40-F41), tilpasningsforstyrrelser og post-traumatisk stress syndrom (PTSD) (F43), schizofreni (F20, F25) og bipolar lidelse (F30-F31). Diagnosene innenfor disse diagnosekategoriene er de klart hyppigst registrerte diagnosene for psykiske lidelser i våre data, og det presenteres statistikk for disse kategoriene hver for seg. Noen indikatorer vurderer utfall for kun enkelte pasientgrupper (for eksempel pasienter registrert med hoveddiagnose schizofreni eller bipolar lidelse).

Vi har i denne rapporten prioritert å beskrive mer utdypende den pasientgruppen i Norge som er registrert med innleggelser til spesialisthelsetjenesten med hoveddiagnose for psykiske lidelser som helhet, og for de største diagnosekategoriene, og utforsket hvorvidt indikatorene kan gi nyttig informasjon om og for helsetjenesten med resultater på et lavere nivå enn nasjonalt.

For kvalitetsindikatorer som beregner utfall fra helsetjenesten, kan utfallet tilskrives helsetjenesten på ulike måter. Eksempler på dette er der utfallet tilskrives til det første behandlingsstedet pasienten innlegges, det siste, der pasienten har lengst liggetid, fordelt på alle behandlingssteder i en behandlingsskjede, der spesifikke prosedyrer gjennomføres eller det behandlingsstedet med ansvar for pasienten basert på bosted (opptaksområder). Disse ulike måtene å tilskrive utfallet på har betydning for resultatene og hvem som til slutt skal stå til ansvar for resultatene.

For denne pasientgruppen har vi valgt å forholde oss til pasientens bosted ved innleggelsestidspunktet, og hvilke helseforetak og regionalt helseforetak som har «sørge for» ansvaret for den gitte pasienten på det daværende tidspunktet. Informasjon om hvilke kommuner som faller innenfor opptaksområde for det enkelte helseforetak er hentet fra Helse- og omsorgsdepartementet. For pasienter med bosted i Oslo kommune, er

alle innleggelser tillagt Oslo Universitetssykehus til tross for at ulike bydeler er tillagt ulike helseforetak.

Når vi har vurdert OECD sine kvalitetsindikatorer som mulige kvalitetsindikatorer på lavere nivå har vi satt et minimumskrav til minst 5 hendelser eller pasienter per gruppe.

2.2 Indikatorer

Analysene som er gjennomført er eksplorative og tar utgangspunkt i OECD sine eksisterende indikatorer for mental helse eller psykiske lidelser. Alle indikatorene som rapporteres til OECD rapporteres som rater per kjønns- og aldersgruppe (5-årig aldersgrupper). For at resultatene skal kunne sammenlignes mellom land med ulik befolkningsstruktur, presenteres kjønns- og aldersstandardiserte rater per land i OECD sine rapporter.

Selv mord

Indikatorene for selvmord omfatter selvmord på behandlingsstedet blant innlagte pasienter med psykisk lidelse (MH1 "In-patient death from suicide"), selvmord innen ett år fra utskrivning for pasienter med psykisk lidelse (MH2 "Death from suicide within 1 year") og selvmord innen 30 dager fra utskrivning for pasienter med psykiske lidelse (MH3 "Death from suicide within 30 days"). Populasjonen skal inkludere alle pasienter over 15 år som har en innleggelse der hoveddiagnose eller to første bidiagnoser er for psykisk lidelse. Psykisk lidelse defineres her som ICD-10 kode F10-F69 og F90-F99.

Indikator for selvmord på behandlingsstedet er av OECD definert som antall utskrivninger for pasienter kodet med selvmord (ICD-10 X60-X84) per år av alle utskrivninger for pasienter med hoved- eller bidiagnose for psykisk lidelse. I våre analyser har vi benyttet tilstand ved utskrivning, som kan ha verdiene «levende», «død» eller «suicid», og informasjon om spesielle omstendigheter (her selvmord) registrert i Dødsårsaksregisteret, for å identifisere selvmord. Variabelen for spesielle omstendigheter benyttes dersom legen som fyller ut dødsmeldingen har hatt mistanke om unormale omstendigheter rundt dødsfallet, og der suicid er blant kodene. Det betyr at i tillegg til pasienter som er registrert med tilstand ved utskrivning "suicid", ble også de som ble registrert med tilstand ved utskrivning "død" i kombinasjon med "suicid" som spesielle omstendigheter i DÅR (n=69) registrert som et tilfelle av "selvmord på behandlingsstedet". Flertallet av selvmordene på behandlingstedet ble identifisert på denne måten.

Indikatorene for selvmord etter henholdsvis ett år og 30 dager etter utskrivning beregnes som antall selvmord innen ett år og 30 dager blant pasienter utskrevet fra innleggelse kodet med psykisk lidelse som hoved- eller bidiagnose. Ved flere innleggelser per pasient per år er det kun siste innleggelse per år som inkluderes. For å kunne følge pasienter også etter utskrivning krever denne indikatoren kobling til informasjon om eventuelle spesielle omstendigheter knyttet til dødsfallet registrert i DÅR.

Uttrekket vi har benyttet til analysene presentert i denne rapporten inneholder pasienter som har en hoveddiagnose for utvalgte psykiske lidelser ved døgn- eller dagopphold. Polikliniske kontakter er ikke inkludert.

For å vurdere indikatorene for selvmord som nasjonale kvalitetsindikatorer er antall hendelser (her død ved selvmord) per år på ulike rapporteringsnivåer beskrevet. Som et minimumskrav er det satt en nedre grense på minst fem hendelser for å kunne publisere.

Overdødelighet

Indikatorer for overdødelighet gir et mål på forskjeller i dødelighet mellom grupper. Overdødelighet beregnes derfor som en ratio mellom to rater; rate for dødelighet i en selektert gruppe (rate 1) dividert med rate for dødelighet i en sammenligningsgruppe (rate 2).

OECD rapporterer resultater for overdødelighet for de som er diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse, her schizofreni eller bipolar lidelse (rate 1). Sammenligningsgruppen er dødeligheten i den generelle befolkningen (rate 2). Forholdene mellom disse to ratene kan indikere hvorvidt det er forskjell i dødelighet mellom de to gruppene. En overdødelighetsratio på 1 indikerer ingen forskjell, mens en ratio høyere enn 1 indikerer overdødelighet. Ratene beregnes per kjønns- og aldersgruppe, der OECD igjen benytter femårige aldersgrupper, og presenteres som en alders- og kjønnsstandardisert ratio på nasjonalt nivå.

Populasjonen for begge ratene begrenses til de mellom 15 og 74 år. Rate 1 beregnes som dødelighetsrate per kjønn og aldersgruppe for pasienter med innleggelser i spesialisthelsetjenesten for schizofreni eller bipolar lidelse. Vi har i tillegg valgt å presentere en indikator for overdødelighet for personer med psykisk lidelser samlet (F10-F69, F90-F99). Vi beregnet ratene basert på de med innleggelse inneværende år og de som har hatt en diagnose de fem foregående årene.

Rate 2 er dødelighet i den generelle befolkningen i de samme kjønn og aldersgruppene i den generelle befolkningen, hentet fra SSB sin statistikkbank (SSB: Tabell 07459) [15]. Ratene er beregnet for hele landet (i tråd med det som rapporteres til OECD), per region og per helseforetak basert på pasienten bostedskommune.

Indikatoren for overdødelighet er kjønns- og aldersstandardisert til sammensetningen av kjønn og aldersgrupper i populasjonen per region. For hver pasientgruppe, år og rapporteringsenhet (region eller helseforetak) beregnet vi en kjønns- og aldersstandardisert rate (SR_{TOT}) ved å vekte snittet av de alders- og kjønns spesifikke dødelighetsratene (ASR_{ij}), der i definerer aldersgruppe og j definerer kjønnsgruppe, etter sammensetningen av alder og kjønn (POP_{ij}) i den generelle befolkningen per region med følgende formel:

$$SR_{TOT} = \frac{\sum_{ij} (ASR_{ij} \times POP_{ij})}{POP_{TOT}}$$

Denne raten ble deretter sammenlignet med dødelighetsraten i den generelle befolkningen per region, som gir en ratio mellom de to ratene. Denne ratioen kan også kalles den relative dødeligheten for den gitte pasientpopulasjonen. Relativ dødelighet over 1 betyr overdødelighet, dvs. høyere dødelighet i pasientpopulasjonen enn i den øvrige befolkningen.

For å vurdere indikatorene for overdødelighet som nasjonale kvalitetsindikatorer er igjen totalt antall hendelser (her død) per år på ulike rapporteringsnivåer vesentlig. For få hendelser på ett gitt nivå vil medføre større variasjon og støy i tallene, og redusere nytteverdien av indikatoren. I tillegg beregnet vi 95 % konfidensintervaller for å belyse hvorvidt tallene kan belyse forskjeller mellom rapporteringsenhetene som presenteres. Vi brukte «Taylor series confidence interval» metode for å beregne konfidens intervallet for den relative dødeligheten [16] med følgende formel:

$$\exp \left[\pm 1.96 \sqrt{\frac{1 - SR_{TOT}^1}{n_1 * SR_{TOT}^1} + \frac{1 - SR_{TOT}^2}{n_2 * SR_{TOT}^2}} \right]$$

Der SR_{TOT}^1 er kjønns- og aldersstandardisert rate i pasientpopulasjonen per år og rapporteringsenhet, mens SR_{TOT}^2 kjønns- og aldersstandardisert rate i den generelle befolkningen per år og rapporteringsenhet, n_1 er antall personer i pasientgruppen per år og rapporteringsenhet og n_2 er antall personer i den generelle befolkningen per år og rapporteringsenhet.

3 Resultater

3.1 Innleggelser for psykiske lidelser

Analysedatasettet omfattet 216 202 døgn/dag innleggelser til spesialisthelsetjenester med hoveddiagnose for minst en av de utvalgte diagnosene for psykisk lidelse, for 61 566 unike pasienter i perioden 2014 til 2019. Tabell 3.1.1 viser antall innleggelser til spesialisthelsetjenesten og antall pasienter med psykiske lidelser samlet, og for de største diagnosekategoriene basert på antall innleggelser, det siste året i analyseperioden (2019).

Tabell 3.1.1 Innleggelser og pasienter med psykisk lidelse som hoveddiagnose i spesialisthelsetjenesten, data for 2019.

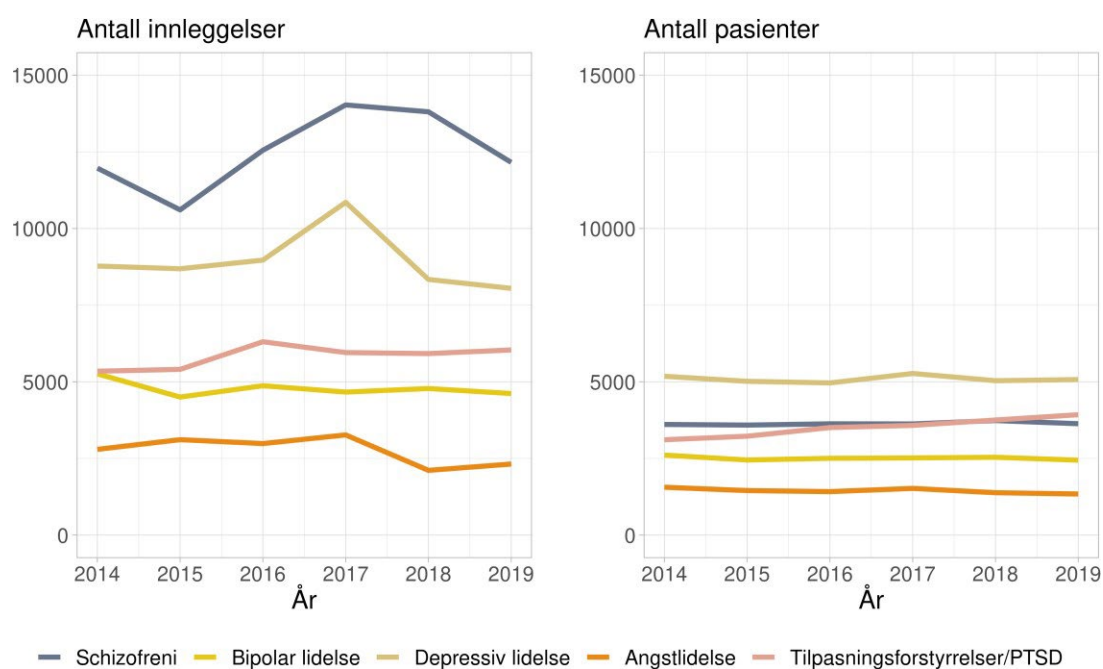
	Antall innleggelser NPR	% øyeblikkelig hjelp	Gj.snitt oppholds lengde	Antall pasienter	Gj.snitt alder (SD)	% kvinner
Totalt	34491	48,1	14,9	16161	43,8 (15,7)	51,8
Schizofreni	12157	45	14,8	3632	43,9 (12,9)	33,1
Depressiv lidelse	8048	48,8	17,5	5073	46,7 (18,9)	59,9
Tilpasningsforstyrrelser/PTSD	6039	55,2	11,4	3926	38,6 (14,3)	67,7
Bipolar lidelse	4617	58,3	18,7	2443	47,6 (15,1)	57,8
Angstlidelse	2318	32,1	11,5	1340	42,5 (17,8)	60,6

Blant de diagnosene som er inkludert, utgjør de med hoveddiagnose innenfor diagnosekategorien depressiv lidelse den største pasientgruppen, mens det er registrert klart flest innleggelser for pasienter med schizofreni hoveddiagnose. For de fleste innleggelser, ca. 70-75 % per år, er det registrert diagnosekoder som faller innenfor kun en av de definerte diagnosekategoriene. For omtrent 1 % av innleggelsene per år er det registrert diagnoser som faller innenfor 3 eller flere av de utvalgte diagnosekategoriene. I hele perioden gjelder dette innleggelser for omtrent 2200 unike pasienter.

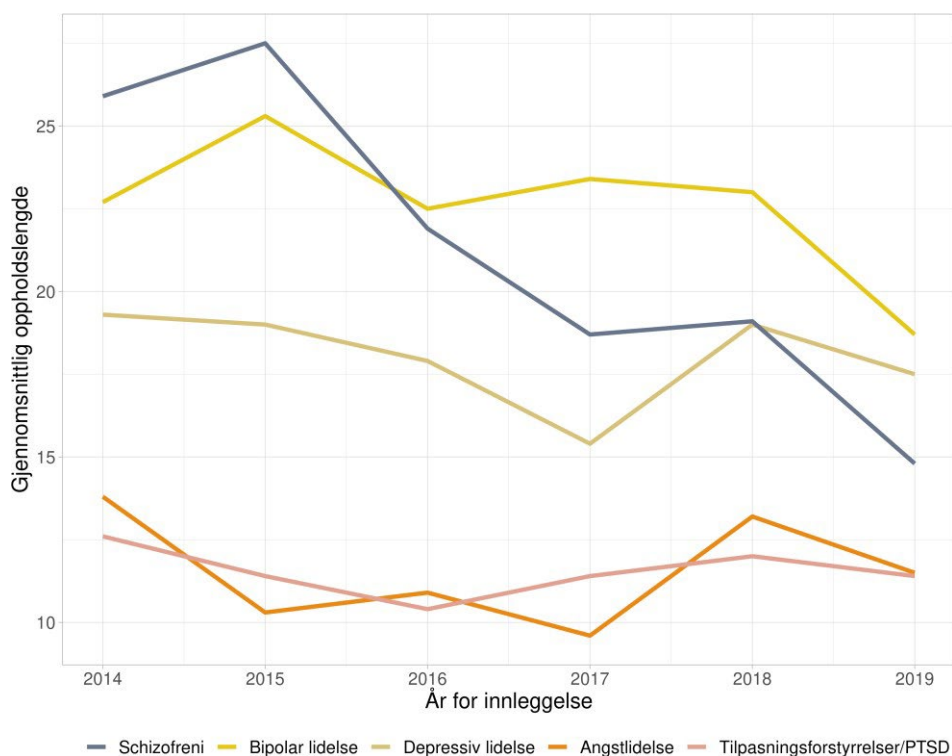
Innleggelser for bipolar lidelse har høyest prosentandel registrert som øyeblikkelig hjelp og har lengst gjennomsnittlig lengde på oppholdet i 2019. Pasienter med hoveddiagnose for depressiv lidelse, tilpasningsforstyrrelser/PTSD, angstlidelser eller bipolar lidelse er oftere kvinner (henholdsvis 60 %, 68 %, 60 % og 58 %), mens kun 33 % av pasienter med hoveddiagnose for schizofreni er kvinner.

Figur 3.1.1 viser antall innleggelser (heltrukken linje) og antall unike pasienter (stiplet linje) per år (2014-2019) med diagnoser innenfor de diagnosekategoriene som forekommer hyppigst. Pasienter med hoveddiagnose for schizofreni er den gruppen som har flest gjennomsnittlig antall innleggelser til spesialisthelsetjenesten gjennom hele perioden.

Figur 3.1.2 viser utviklingen over tid i gjennomsnittlig liggetid per innleggelse. Fra 2014 til 2019, viser figuren en nedgang i gjennomsnittlig liggetid for innleggelser med hoveddiagnose schizofreni og bipolar lidelse.



Figur 3.1.1 Antall innleggelser (heltrukket linje) og unike pasienter (stiplet linje) per år med hoveddiagnose for schizofreni, bipolar lidelse, depressiv lidelse, angstlidelser, og tilpasningsforstyrrelser/PTSD (2014-2019)



Figur 3.1.2 Gjennomsnittlig lengde på opphold (liggetid) i antall dager per år for innleggelser registrert med hoveddiagnose schizofreni, bipolar lidelse, depressiv lidelse, angstlidelse eller tilpasningsforstyrrelser/PTSD (2014-2019)

De fleste pasientene med innleggelse for psykiske lidelser har også hatt en tidligere innleggelse med hoveddiagnose innenfor de fire utvalgte kategoriene av psykisk lidelse (mer enn 70 %) (Tabell 3.1.2). I grove trekk viser tallene at de fleste innleggelser (mer enn 60% av innleggelse innenfor alle kategorier) følger en innleggelse med hoveddiagnose innenfor samme diagnosegruppe. Mer enn 20% av innleggelser med hoveddiagnose depresjon, angst og bipolar lidelse hadde hatt en tidligere innleggelse med depresjon som hoveddiagnose, mens 94% av pasienter som har en innleggelse for schizofreni har også hatt en tidligere innleggelse med schizofreni som hoveddiagnose.

For pasienter med tidligere innleggelser, viser Tabell 3.1.3 at det er i snitt kortest tid fra tidligere til nåværende innleggelse for de innleggelsene der hoveddiagnose per innleggelse faller innenfor samme diagnosegruppe.

Tabell 3.1.2 Andel med innleggelse som følger en tidligere innleggelse med psykisk lidelse som hoveddiagnose, data for 2014-2019.

Hoved-diagnose ved innleggelse	Andel med tidligere depressiv lidelse	Andel med tidligere angst/tilpasningsforstyrrelse	Andel med tidligere bipolar lidelse	Andel med tidligere schizofreni	Andel med tidligere psykisk lidelse
Depressiv lidelse	0,62	0,16	0,04	0,01	0,71
Angst/tilpasningsforstyrrelse	0,22	0,62	0,04	0,02	0,72
Bipolar lidelse	0,21	0,13	0,80	0,06	0,88
Schizofreni	0,07	0,06	0,08	0,94	0,97

Tabell 3.1.3 Gjennomsnittlig antall dager fra tidligere innleggelse til nåværende innleggelse for pasienter med tidligere innleggelse, data for 2014-2019.

Hoveddiagnose ved nåværende innleggelse	Tid fra tidligere depressiv lidelse	Tid fra tidligere angst/tilpasningsforstyrrelse	Tid fra tidligere bipolar lidelse	Tid fra tidligere schizofreni	Tid fra tidligere innleggelse
Depressiv lidelse	235	845	976	631	239
Angst/tilpasningsforstyrrelse	1 000	206	1 112	980	227
Bipolar lidelse	1 175	1 165	291	1 112	298
Schizofreni	1 635	1 527	1 495	144	145

Tabell 3.1.4 viser kontakter i de kommunale helse og omsorgstjenestene for de pasientene med dag- og døgnopphold for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Kontakter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten omfatter her kontakter til fastlege, legevakt og psykolog. Omtrent alle pasientene (97,5 – 99,4%) som hadde innleggelser i spesialisthelsetjenesten i 2019 med hoveddiagnose depresjon, angst, bipolar eller schizofreni er også registrert med kontakter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten samme år. Pasienter som innlegges med psykiske lidelser innenfor hver av de utvalgte diagnosegruppene har i gjennomsnitt 19,8 til 24,4 kontakter i året i primærhelsetjenesten.

Tabell 3.1.4 Kontakter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for pasienter som innlegges i spesialisthelsetjenesten med utvalgte psykiske lidelser, data for 2019.

Hoveddiagnose i spesialisthelsetjenesten	Antall pasienter* med kontakter i KUHR (%)	Antall kontakter i KUHR	Gj.snitt antall kontakter per pasient per år
Depressiv lidelse	4 789 (99,4)	108 251	22,6
Angstlidelser/Tilpasning sforstyrrelser	5 798 (99,0)	141 363	24,4
Bipolar lidelse	2 432 (99,1)	58 956	24,2
Schizofreni	3 541 (97,5)	73 421	20,7

*av de som også har innleggelser i spesialisthelsetjenesten

3.2 Selvmord etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten

I tråd med OECD sin definisjon, inkluderer indikatorene for selvmord alle pasienter med innleggelser der det er registrert hoveddiagnose for psykisk lidelse (ICD-10 kode: F10-F69, F90-F99). For å beregne selvmord innen 30 dager og ett år etter utskrivning er kun siste innleggelse per pasient per år inkludert, som er i tråd med OECD sine definisjoner. Per år utgjør dette innleggelser for omtrent 15900 pasienter i snitt per år i perioden 2014-2019.

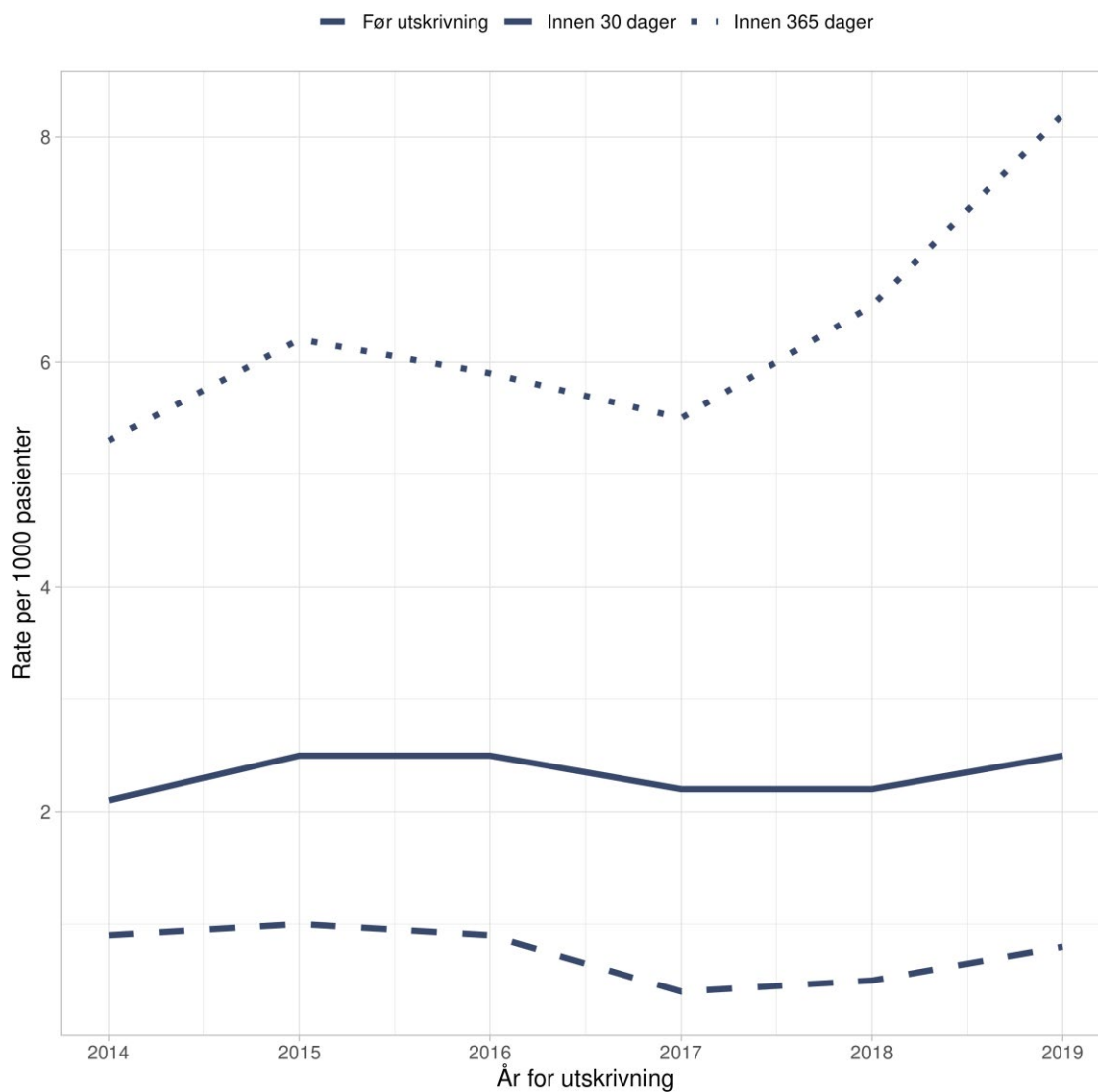
Dataene viser at det er svært få blant de som innlegges i spesialisthelsetjenesten med hoveddiagnose for alvorlige psykiske lidelser som begår selvmord før utskrivning, det vil si på behandlingsstedet. Fordi antallene i utgangspunktet er så få kan vi ikke presentere tall for denne indikatoren på lavere nivå enn for landet totalt per år.

Tabell 3.2.1 Antall pasienter og død ved selvmord før utskrivning, og innen 30 og 365 dager etter utskrivning per år

År for utskrivning	Antall pasienter	Selvmord per 1000 pasienter (antall)		
		Før utskrivning	Innen 30 dager	Innen 365 dager
2014	14985	0,9 (14)	2,1 (32)	5,3 (79)
2015	15712	1 (16)	2,5 (39)	6,2 (98)
2016	15791	0,9 (14)	2,5 (39)	5,9 (93)
2017	16259	0,4 (7)	2,2 (35)	5,5 (90)
2018	16200	0,5 (8)	2,2 (36)	6,5 (106)
2019	16676	0,8 (13)	2,5 (41)	8,2 (137)

Tabell 3.2.1 presenterer totalt antall pasienter, antall død ved selvmord per 1000 pasienter før utskrivning (på behandlingstedet), og innen 30 dager og ett år etter utskrivning fra døgn- eller dagopphold med hoveddiagnose for psykiske lidelser, per år på nasjonalt nivå. De samme resultatene presenteres også i Figur 3.2.1. Antall selvmord før utskrivning og innen 30 dager er relativt stabile gjennom perioden 2014-2019, mens det ser ut til å være en økning i antall personer som registreres med død ved selvmord innen ett år etter utskrivning fra 2017 til 2019. Som vist tidligere, ser det ikke ut til å være en tilsvarende økning i antall pasienter eller innleggelser i samme periode (Figur 3.1.1).

Figur 3.2.1 Antall selvmord per 1000 pasienter på landsbasis før utskrivning (på behandlingsstedet), og innen 30 dager og ett år etter utskrivning fra døgn- eller dagopphold med hoveddiagnose for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten



Selv mord per regionalt helseforetak

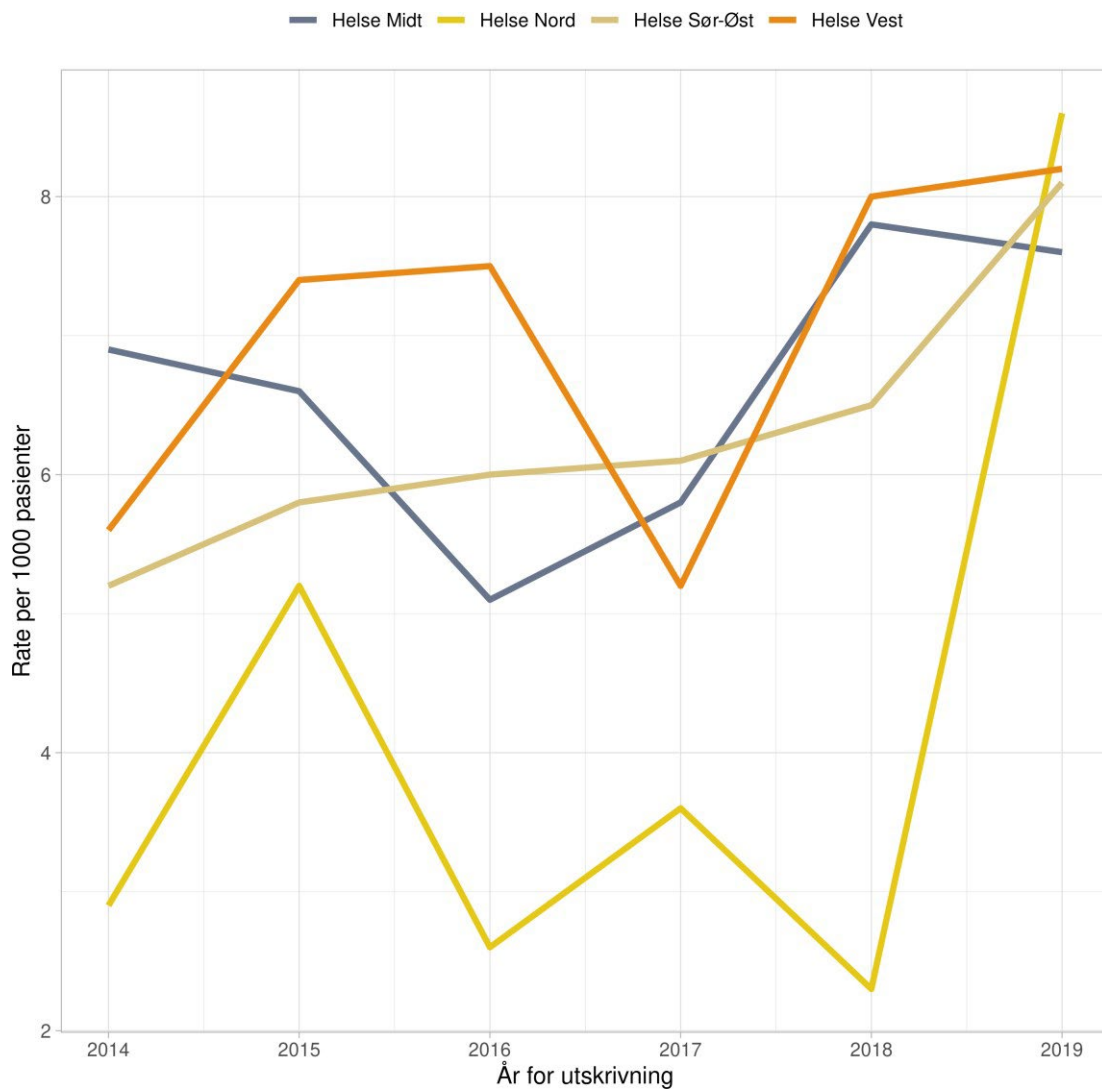
Tabell 3.2.2 viser antall unike pasienter og antall selvmord før og etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten per år og regionalt helseforetak. Der er det færre enn fem hendelser (død) vises ikke resultatet. For Helse Nord betyr det i praksis at resultat kun vises for enkelte år for selvmord innen ett år etter utskrivning. Helse Sør-Øst er eneste region der det er mulig å vise resultater for selvmord før utskrivning.

For å kunne sammenligne resultater mellom de regionale helseforetakene er det beregnet en rate per 1000 pasienter. På grunn av få tilfeller ved flere år for flere rapporteringsenheter, presenterer vi kun resultater for selvmord innen 365 dager etter utskrivning på RHF nivå (Figur 3.2.2)

Tabell 3.2.2 Antall pasienter og død ved selvmord før utskrivning, og innen 30 og 365 dager etter utskrivning per år og regionalt helseforetak. Antall mindre enn 5 er fjernet fra tabellen.

RHF		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Helse Midt	Antall pasienter	2041	2132	2144	2260	2061	2117
	Antall selvmord før utskrivning	.	.	.	.	.	.
	Antall selvmord innen 30 dager	5	6	.	6	.	.
	Antall selvmord innen 365 dager	14	14	11	13	16	16
Helse Nord	Antall pasienter	1732	1727	1544	1679	1718	1751
	Antall selvmord før utskrivning	.	.	.	.	.	.
	Antall selvmord innen 30 dager	.	.	.	.	.	.
	Antall selvmord innen 365 dager	5	9	.	6	.	15
Helse Sør-Øst	Antall pasienter	7637	8207	8340	8404	8505	8887
	Antall selvmord før utskrivning	8	8	8	.	5	10
	Antall selvmord innen 30 dager	20	18	24	20	18	20
	Antall selvmord innen 365 dager	40	48	50	51	55	72
Helse Vest	Antall pasienter	3556	3627	3745	3873	3892	3895
	Antall selvmord før utskrivning	.	.	.	.	.	.
	Antall selvmord innen 30 dager	5	12	10	7	14	12
	Antall selvmord innen 365 dager	20	27	28	20	31	32

Figur 3.2.2 Antall død ved selvmord per 1000 pasienter innen 365 dager etter utskrivning per regionalt helseforetak og år (2014-2019)



3.3 Overdødelighet ved bipolar lidelse, schizofreni, og psykisk lidelse

OECD publiserer to kvalitetsindikatorer for overdødelighet; for pasienter med henholdsvis bipolar lidelse og schizofreni. Disse viser den relative dødeligheten i den utvalgte pasientgruppen sammenlignet med den generelle befolkningen.

Vi har i tillegg valgt å beregne en indikator for overdødelighet for alle pasienter med hoveddiagnose for psykiske lidelser (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99). Resultater for denne indikatoren presenteres som overdødelighet for pasienter med «psykiske lidelser».

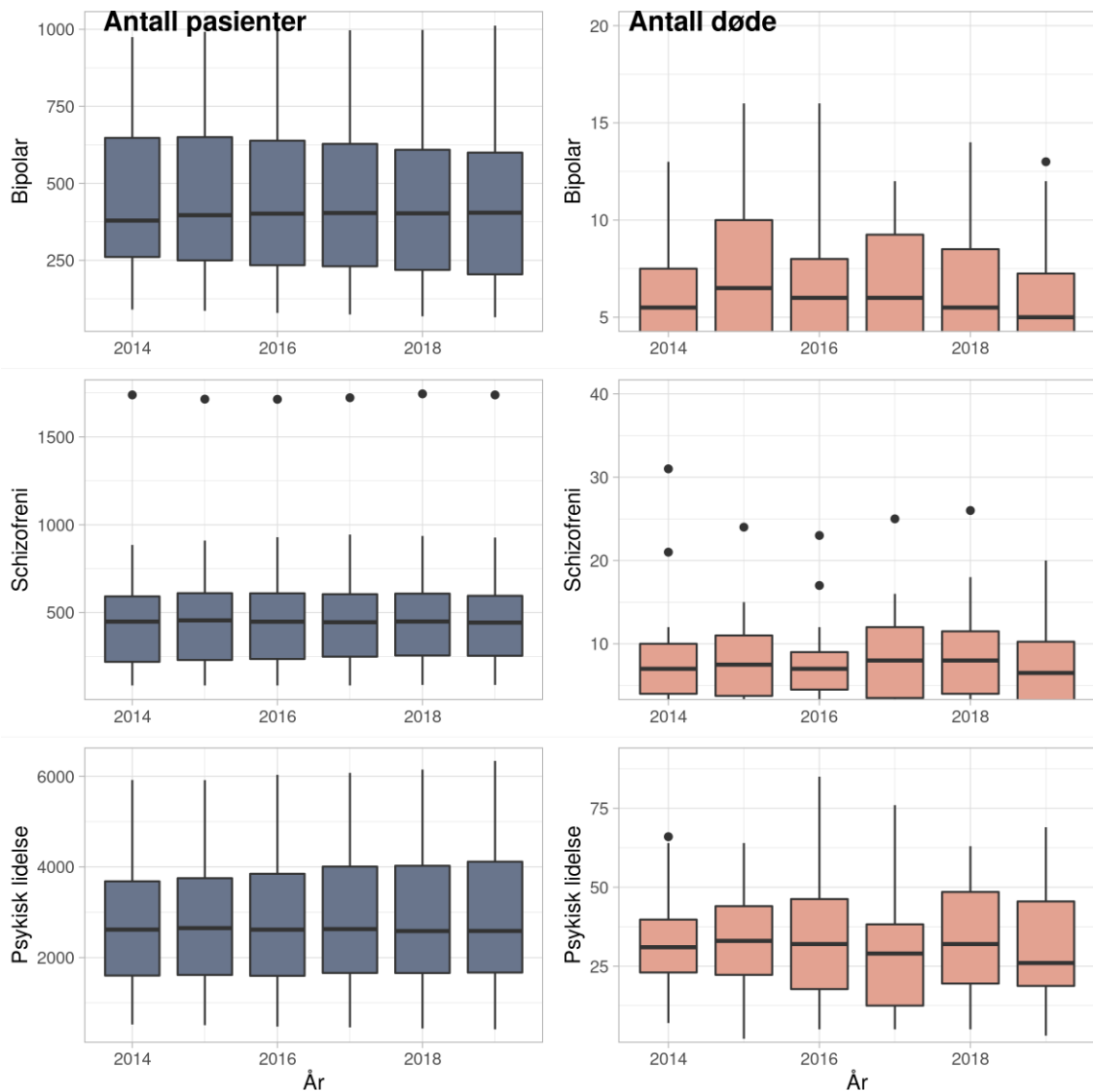
Ved identifisering av populasjonene med bipolar lidelse, schizofreni og psykiske lidelser, har er alle som er registrert med en hoveddiagnose innenfor valgt diagnosekategori de siste 5 årene inkludert. I vedlegg 2 i Tabell V.1 (antall pasienter og antall døde) og V.2 (relativ dødelighet) presenteres overdødelighet basert på pasienter med hoveddiagnose ved innleggelse kun inneværende år. Dette er tilsvarende det som er blitt rapportert til OECD de siste årene for Norge [14].

Indikatorene for overdødelighet viser forholdet mellom to ulike dødelighetsrater. Forholdene mellom disse to ratene kan indikere hvorvidt det er forskjell i dødelighet mellom de to gruppene. En overdødelighetsratio på 1 indikerer ingen forskjell, mens en ratio høyere enn 1 indikerer overdødelighet.

For at indikatoren skal være mest relevant er det viktig å rapportere tall på et mest detaljert nivå (behandlingssted, HF eller RHF). I denne rapporten har vi vurdert hvorvidt resultater for overdødelighet kan rapporteres på helseforetaks og regionalt helseforetaksnivå. Pasienter er lagt til hver rapporteringsenhet basert på pasientens bostedskommune og opptaksområdene til det enkelte helseforetak, og der helseforetakene aggregeres opp til tilhørende regionalt helseforetak.

For å vurdere overdødelighet mellom disse pasientgruppene og den generelle befolkningen beregnes alders- og kjønnsstandardiserte rater for hver pasientgruppe, per rapporteringsenhet og år. Overdødeligheten er ratioen mellom den alders- og kjønnsstandardiserte raten i pasientgruppen og raten i befolkningen generelt. Når vi vurderer hvorvidt det er tilstrekkelig antall hendelser per rapporteringsenhet på det gitte rapporteringsnivået er det både antall pasienter og antall døde som vurderes.

Figur 3.3.1 viser antall pasienter og antall døde per HF, dvs. antallene som ligger til grunn for dødelighetsraten per HF (dødeligheten i en selektert pasientgruppe). Selve pasientpopulasjonen er ganske stabilt gjennom årene, mens antall døde er naturligvis mye lavere og varierer derfor også mer. Vi har begrenset Y-aksen på figuren til å starte på 5. For bipolar lidelse spesielt, og til dels schizofreni, ser man at gjennomsnittlig antall døde per helseforetak er i underkant av 5 per år, som betyr at for mange helseforetak vil antall døde per år være under 5.



Figur 3.3.1 Antall pasienter (innleggelse inneværende år og de som har hatt en diagnose de fem foregående årene) og antall døde (inneværende år) for pasienter med bipolar og schizofreni lidelse og psykiske lidelser (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99) for årene 2014 til 2019, variasjon mellom HF er vist gjennom boks plott. HF med under 5 døde vises ikke i grafen.

Overdødelighet per regionalt helseforetak

Ved vurdering av disse kvalitetsindikatorer for overdødelighet per regionalt helseforetak (RHF), bruker vi også pasientens bosted og opptaksområdene for helseforetakene som tilhører hvert regionalt helseforetak.

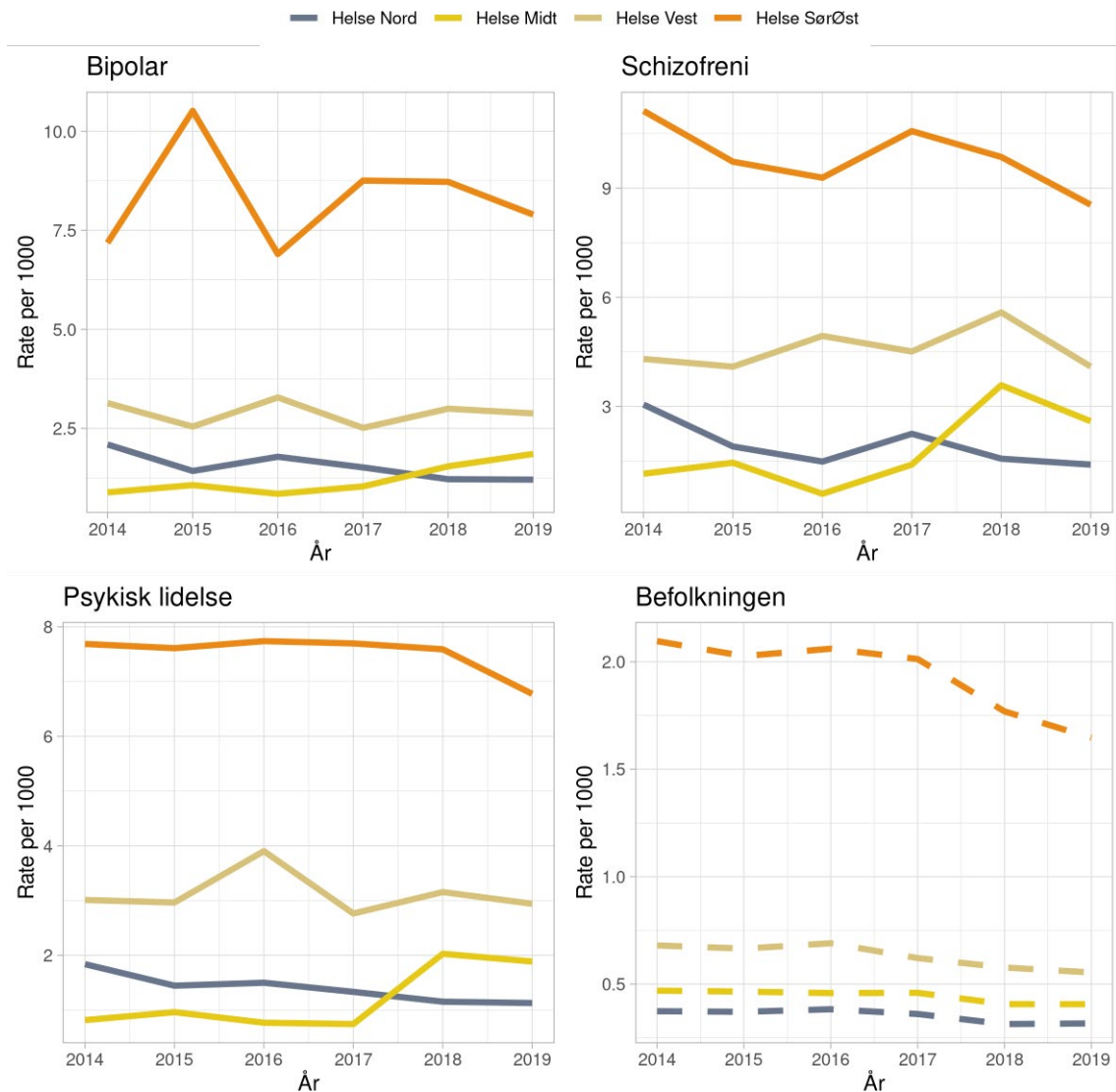
I Tabell 3.3.1 vises antall unike pasienter (med innleggelser fra 2019 og de siste fem foregående årene), og antall og andel døde per 1000 pasienter, for de utvalgte pasientgruppene per RHF.

Tabell 3.3.1 Antall pasienter (innleggelse med en diagnose mellom 2014-2019) og antall døde og døde per 1000 pasienter i 2019 per RHF for bipolar lidelse, schizofreni lidelse og psykiske lidelser (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99).

RHF	Bipolar lidelse		Schizofreni lidelse		Psykiske lidelser	
	Antall pasienter*	Antall døde (døde per 1000 pasienter)	Antall pasienter*	Antall døde (døde per 1000 pasienter)	Antall pasienter*	Antall døde (døde per 1000 pasienter)
Helse Nord	793	10 (12,6)	1 074	16 (14,9)	6 072	63 (10,4)
Helse Midt	1 219	13 (10,7)	1 267	19 (15,0)	7 879	80 (10,2)
Helse Vest	2 312	32 (13,8)	2 229	37 (16,6)	13 671	159 (11,6)
Helse Sør-Øst	4 471	61 (13,6)	5 466	74 (13,5)	31 893	333 (10,4)

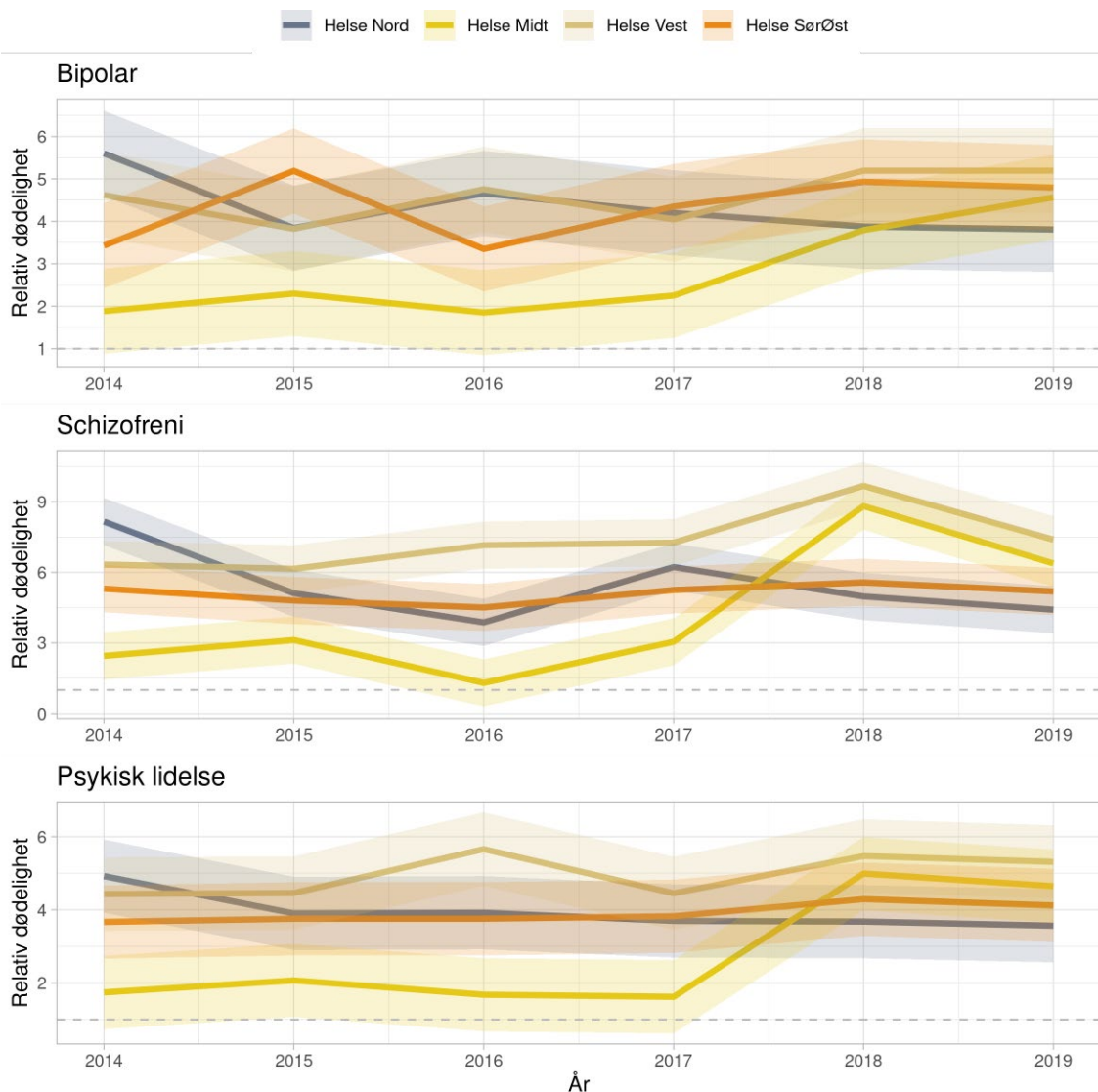
Med et opptaksområde som dekker omtrent halve befolkningen har Helse Sør-Øst klart flest pasienter og dødsfall i antall, med 31 893 pasienter innlagt med psykiske lidelser der 333 av disse døde i 2019. Dette gir en dødelighet på 10,4 døde per 1000 pasienter. Helse Vest hadde den høyeste dødeligheten blant sine pasienter, med 159 døde i 2019 blant 13 671 pasienter med psykisk lidelse, som gir 11,6 døde per 1000 pasienter. Tilsvarende hadde Helse Vest høyere dødelighetsrate per 1000 pasienter i 2019 også blant de med bipolar lidelse (13,8) og schizofreni (16,6).

Figur 3.3.2 viser kjønns- og aldersstandardisert dødelighetsrate per 1000 pasienter og per 1000 innbyggere per RHF for årene 2014-2019. Allerede her ser man at det er betydelig høyere dødelighet blant pasienter innlagt med psykiske lidelser sammenlignet med den generelle befolkningen. For både dødelighet i befolkningen og for alle pasientgrupper utmerker befolkningen og pasientene bosatt i området for Helse Sør-Øst seg med høyere dødelighet.



Figur 3.3.2 Kjønns- og aldersstandardisert dødelighet (rate) per 1000 pasienter for bipolar lidelse, schizofreni og psykiske lidelser (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99), og kjønns og aldersstandardisert dødelighet (rate) per 1000 innbyggere i befolkningen generelt, og per RHF i årene 2014 til 2019.

I Figur 3.3.3 presenteres kjønns- og aldersstandardisert relativ dødelighet med 95 % konfidensintervall for bipolar lidelse, schizofreni, og psykiske lidelser. Figuren viser at det er overdødelighet for alle pasientgruppene i hele perioden fra 2014 til 2019, siden den relative dødeligheten inkludert 95 % konfidensintervallet ligger over 1 for alle årene. Imidlertid ser det ikke ut som det er store forskjeller mellom de ulike helseregionene, siden konfidensintervallene overlapper, som trolig skyldes usikkerhet knyttet til få antall hendelser per år. De kjønns- og aldersstandardiserte relative dødelighet med 95 % konfidensintervall finnes også i vedlegg 1 Tabell V.1.



Figur 3.3.3 Kjønns- og aldersstandardisert relative dødelighet med konfidensintervall per RHF i årene 2014 til 2019 for bipolar eller schizofreni lidelse eller psykisk lidelse (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99).

4 Diskusjon

Resultatene som presenteres i denne rapporten beskriver en sårbar pasientgruppe som ofte har behov for mye helsetjenester. De har lavere forventet levealder sammenlignet med den øvrige befolkningen og høyere risiko for svært alvorlige utfall som selvmord. Å sikre at denne pasientgruppen får likeverdige helsetjenester av god kvalitet uansett hvor man bor i landet er en viktig målsetning.

Analysene som presenteres i denne rapporten viser derimot at utfallsindikatorer som selvmord og overdødelighet trolig ikke kan benyttes som gode kvalitetsindikatorer på lavt nivå. Begge indikatorene har ulemper knyttet til få tilfeller som igjen skaper stor usikkerhet i estimatene og variasjon som trolig ikke skyldes endringer i kvalitet. For flere av indikatorene er antall hendelser så lave at man ikke kan presentere tallene på lavere nivå enn på et nasjonalt nivå.

Selvmord

I denne rapporten har vi satt søkelys på den gruppen i befolkningen som innlegges i spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser. Resultatene viser at selvmord er et sjeldent utfall for pasienter som innlegges for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten.

Hvert år begår ca. 650 personer i Norge selvmord [17]. En rekke faktorer assosieres med økt risiko for selvmord, der sykehusinnleggelse er blant disse [18]. I perioden 2014-2019 ble i snitt 88 selvmord per år begått av personer som hadde vært innlagt i spesialisthelsetjenesten (dag- eller døgnopphold) samme år for de utvalgte psykiske lidelsene inkludert i våre analyser. Det betyr at mange av de som begår selvmord, ikke ble registrert med innleggelse i spesialisthelsetjenesten med hoveddiagnose blant de utvalgte diagnosekategoriene samme år.

I denne rapporten har vi valgt å presentere rater per 1000 pasienter og de absolutte antallene som ligger til grunn for disse ratene. I OECD sin rapport «Health at a Glance 2021» rapporteres en alders- og kjønnsstandardisert rate per 10 000 pasienter for perioden 2017-2019 på 1,9 for selvmord for Norge blant innlagte pasienter, som ligger under snittet for alle OECD land som var på 2,9 per 10 000 pasienter på [14]. For selvmord innen ett år etter utskrivning derimot presenterer OECD resultater der Norge har en rate per 10 000 pasienter som er i øvre sjiktet og over snittet for alle OECD landene (68 per 10 000 pasienter i Norge vs. OECD gjennomsnittet på 40 per 10 000 pasienter). Vi har ikke tatt stilling til hvorvidt forskjeller mellom land skyldes reelle forskjeller i selvmordsrater for disse pasientene eller forskjeller i datagrunnlaget, for eksempel evnen til å fange opp selvmord også lang tid etter utskrivning, men på nasjonalt nivå kan vedvarende forskjeller over tid være grunn til å fortsette å følge med på disse tallene, og utforske mulige årsaker videre.

Tilsvarende tall presenteres også i OECD sin statistikkbank for alle tre varianter av selvmords indikatorer som rater per 100 pasienter, der det er beregnet en alders- og kjønnsstandardisert selvmordsrate per 100 pasienter på 0,02 på behandlingsstedet, 0,12 per 100 pasienter innen 30 dager, og 0,51 innen ett år for 2019 [19].

Tallene presentert i denne rapporten følger samme tendenser som OECD sin rapportering for de samme indikatorene, om noe høyere rater. Dette mener vi kan forklares av flere forhold. Vi har valgt å se på selvmord for en smalere gruppe med pasienter som er registrert med hoveddiagnose for psykisk lidelse ved døgn- og dagopphold i spesialisthelsetjenesten, der polikliniske opphold for eksempel er ekskludert. For å sikre

at tallene skal kunne sammenlignes mellom land presenterer OECD tallene som alders- og kjønnsstandardiserte rater, der rater standardiseres til en normal befolkning på tvers av OECD landene. Ved sammenligning mellom regioner eller år har vi valgt å ikke standardisere rater eller antall. Fordi tallene er små, vil standardisering av ratene kunne medføre store endringer dersom den norske populasjonen avviker fra populasjonen fra øvrige land.

Vi satt en grense på minst 5 hendelser per rapporteringsenhet per tidsperiode som et minimumskrav for å ivareta Statistikklovens § 7 om statistisk konfidensialitet ved formidling av offisiell statistikk. Selv på regionsnivå er antall hendelser per år, for både død ved selvmord før utskrivning og innen 30 dager etter utskrivning, for få til å kunne presentere. For selvmord innen ett år etter utskrivning kan det være et tilstrekkelig antall tilfeller per år per region, men for enkelte regioner er det likevel gjennomgående så få tilfeller per år at man bør vurdere nytteverdien av å publisere disse som kvalitetsindikatorer for helsetjenesten.

Nettopp fordi det er få hendelser som ligger til grunn, vil selv små endringer gi stor variasjon over tid. Rater per 1000 pasienter viser at Helse Sør-Øst, med klart flest pasienter, også har mest stabil utvikling over tid. Resultater for de andre regionene er preget av store endringer mellom år. For å glatte ut den type variasjon over tid og for å øke antall hendelser som ligger til grunn for beregningene, kan man vurdere å inkludere flere år per rapportering, det vil si beregne et glidende gjennomsnitt over flere år, for eksempel 3 år (2014-2016, 2015-2017 osv.). Det vil kunne gi mer stabile tall over tid for de enkelte helseregionene.

Ved få hendelser, som for selvmord, kan en alternativ strategi være å utforske risiko for selvmord over tid for ulike grupper, for eksempel diagnosegrupper/aldersgrupper osv., og knytte risiko til helsetjenestebruk, behandlinger og andre tiltak. På denne måten kan man forsøke å identifisere tiltak eller praksis i norsk kontekst som kan bidra til å redusere risiko for selvmord, og, basert på dette, videre identifisere andre kunnskapsbaserte struktur eller prosessmål som kan være enklere å følge på lavere nivå.

Overdødelighet

Overdødelighet er en kvalitetsindikator som sier noe om forskjeller i dødelighet mellom ulike grupper. Personer med psykiske lidelser er ofte rapportert med lavere forventet levealder enn den øvrige befolkningen, og denne indikatoren er dermed en måte å belyse nettopp dette. Indikatorene sier noe om det totale helsetjenestetilbudet og helseutfordringene til de registrert med psykiske lidelser.

På et nasjonalt nivå ser vi en overdødelighet for pasienter med psykiske lidelser, men når vi skal vurdere indikatorene ned på et lavere nivå finner vi stor usikkerhet i tallene som bidrar til at vi ikke kan bruke indikatorene til å belyse forskjeller mellom ulike helseforetak eller helseregioner. Vi ser blant annet overlappende konfidensintervall for overdødelighet per RHF i nesten hele perioden fra 2014 til 2019.

Indikatoren ser på dødelighet blant personer med psykiske lidelser. Populasjonen er dermed ikke nødvendigvis knyttet til en innleggelse, men tar til sikte å se på dødelighet blant alle med psykisk lidelse (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99). Vi har benyttet hoveddiagnoser registrert ved dag- og døgnopphold i spesialisthelsetjenesten for å identifisere personer med schizofreni, bipolar lidelse, samt samlet psykisk lidelse. Å bruke

innleggelser til spesialisthelsetjenesten og hoveddiagnoser er en av flere mulige måter å identifisere de i befolkningen som har psykiske lidelser. I metodebeskrivelsen til OECD er det foreslått flere eksempler på mulige datakilder, for eksempel kan man benytte opphold i spesialisthelsetjenesten som vi har gjort, eller andre kilder som kontakter i primærhelsetjenesten, polikliniske kontakter og forsikringsdata. Ulike kilder vil kunne identifisere ulike deler av den totale populasjonen av personer med psykiske lidelser, der de med hoveddiagnose og døgn/daginnleggelser identifiserer de med de alvorligste tilstandene blant den totale populasjonen av personer med psykiske lidelser.

I rapporteringen til OECD for årgangen 2018-2019 ble indikatorene for overdødelighet beregnet basert på pasienter med innleggelser kun inneværende år. I denne rapporten har vi valgt å inkludere diagnoser ved opphold inneværende i tillegg til de fem foregående årene. I Vedlegg 2 presenteres overdødelighet for personer med bipolar lidelse, schizofreni og vår egen kategori for psykisk lidelse, der kun de registrert med hoveddiagnose ved innleggelser inneværende år er inkludert. Basert på kun disse finner vi en lavere overdødelighet, blant annet for Helse Sør-Øst i 2019 var overdødeligheten på 3,4 for psykisk lidelse totalt, 3,1 for bipolar lidelse og 2,3 for schizofreni sammenlignet med analysen i hoveddelen som fant en ratio 4,1, for psykisk lidelse totalt og 4,8 for bipolar lidelse, mens den var på rundt 5,2 for schizofreni. Årsaken til at overdødeligheten blir lavere tror vi skyldes at sannsynligheten for å dø samme år man er innlagt er lavere enn sannsynligheten for å dø innen 5 år etter innleggelse. Bruk av andre kilder vil også kunne ha betydning for resultatene.

For denne kvalitetsindikatoren kan man tenkes å velge mellom to ulike innfallsvinkler. Man kan forsøke å identifisere så mange som mulig som er eller har blitt registrert med psykiske lidelser som schizofreni og bipolar lidelse ved å bruke flere kilder. Dette krever kobling av flere registre, for eksempel kan man, i tillegg til dag- og døgnopphold, inkludere personer med polikliniske kontakter, kontakter hos allmennlege eller psykolog, eller som benytter medisiner for utvalgte psykiske lidelser. Vi benyttet inneværende pluss de fem foregående årene. Avhengig av kvaliteten på dataene som registreres kan man velge å inkludere en lengre periode.

Som ett tillegg til de to eksisterende indikatorene for overdødelighet blant personer med schizofreni og bipolar lidelse valgte vi å presentere resultater også samlet for ICD-10 kodene F10-F69 og F90-F99 definert som psykisk lidelse i denne rapporten. En fordel med denne varianten er at den favner flere personer og dermed ikke er like utsatt for usikkerhet knyttet til variasjon over tid ved få hendelser. Ulempen er at den da også inkluderer flere personer med mindre alvorlige tilstander, som man kan forvente å ha lavere dødelighet sammenlignet med de med mer alvorlige tilstander, og dermed en dødelighet som også er mer lik den generelle befolkningen. Våre resultater viser derimot at også denne bredere gruppen av personer med psykisk lidelse også opplever overdødelighet sammenlignet med resten av befolkningen.

For å øke antall hendelser og igjen redusere støy i form av store endringer over tid, kan man også her vurdere metoder for å beregne rater basert på flere år per rapportering.

Alternativet til å forsøke å favne flere, er å spisse og definere befolkningen enda tydeligere for å bedre fange opp nettopp de personene med høyest alvorlighetsgrad. Vi benyttet ICD-10 koder for å identifisere pasientpopulasjonene. ICD-10 koder er ikke spesielt godt egnet til å skille mellom ulike alvorlighetsgrader for utvalgte psykiske tilstander. Likevel vil de med de mest alvorlige psykiske tilstandene, spesielt for tilstander som bipolar lidelse og schizofreni, også være de med størst behov og bruk av spesialisthelsetjenester. Hele 94%

av innleggelser for schizofreni i 2019 var for personer som også hadde tidligere innleggelser med samme hoveddiagnose. At de innlegges i spesialisthelsetjenesten, er i seg selv et mål på alvorlighet.

For å belyse hendelsesrisiko etter bruk av primærhelsetjenesten kan det være mulig å også utforske tilsvarende indikatorer etter besøk hos allmennlege for psykiske plager og/eller sykdom.

5 Konklusjon

Basert på analysene presentert i denne rapporten er det ikke tilstrekkelig datagrunnlag for å anbefale kvalitetsindikatorer for overdødelighet eller selvmord etter utskrivelse fra dag/døgn innleggelser for psykisk lidelse, fordelt på regionale helseforetak og mindre enheter. For eksempel, er det for enkelte regionale helseforetak og år selv for få hendelser av selvmord ett år etter utskrivning for å kunne publisere tallene offentlig. Det kan imidlertid være flere muligheter for indikatorer dersom man samler observasjoner for flere år eller aggregerer til andre rapporteringsenheter enn regionale helseforetak.

Referanser

1. Organization, W.H., *Basic documents*. 2020: World Health Organization.
2. Arias, D., S. Saxena, and S. Verguet, *Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value*. *EClinicalMedicine*, 2022. **54**: p. 101675.
3. Reneflot A, A.L., Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S., *Psykisk helse i Norge*. 2018, Folkehelseinstituttet.
4. Plana-Ripoll, O., et al., *A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study*. *The Lancet*, 2019. **394**(10211): p. 1827-1835.
5. Tesli, M.S., et al., *Folkehelse rapporten: Psykiske lidelser hos voksne*, in *Folkehelse rapporten*. 2021, Folkehelseinstituttet.
6. helsedirektoratet, S.o., *og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial-og helsetjenesten (2005–2015)*. 2005, Sosial-og helsedirektoratet Oslo.
7. Donabedian, A., *The quality of care: how can it be assessed?* *Jama*, 1988. **260**(12): p. 1743-1748.
8. Helsedirektoratet. *Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)*. 2022 [cited 2022 29.11.22]; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>.
9. Helsedirektoratet. *Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten [nettdokument]*. 2020 08.12.2022]; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/om-samdata-spesialisthelsetjenesten>.
10. Lassemo, E., et al., *Psychiatric readmission rates in a multi-level mental health care system – a descriptive population cohort study*. *BMC Health Services Research*, 2021. **21**(1): p. 378.
11. Thonstad, T.E.S.B.C.S.M. *4 av 5 kommuner med psykolog i helse- og omsorg*. 2021.
12. kvalitetsregistre, N.s.f.m. *Kvalitet i helsetjenesten*. 2022 30.11.2022]; Available from: <https://www.kvalitetsregistre.no/>.
13. NorSpis, *Årsrapport 2021: Resultater og forbedringstiltak*. 2022, NorSpis – Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser: Bodø: Nordlandssykehuset.
14. OECD. *Health at a Glance 2021*. 2021; Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/ae3016b9-en>.
15. SSB. *Tabell 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2022*. 2022 [cited 2022 07.11.2022]; Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>.
16. Kleinbaum D.G., Kupper L.L., and M. H., *Epidemiologic Research: Principle and quantitative methods*. 1982, New York: John Wiley & Sons, inc.
17. Stene-Larsen, K., et al. *Folkehelse rapporten: Selvmord i Norge*. *Folkehelse rapporten* 2022 16.11.2022 01.12.2022]; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>.
18. Baldessarini, R.J., et al., *Suicidal risk factors in major affective disorders*. *British Journal of Psychiatry*, 2019. **215**(4): p. 621-626.
19. OECD.stat. *Health : Health Care Quality Indicators : Mental Health Care*. 26.01.23]; Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51883>.

Vedlegg

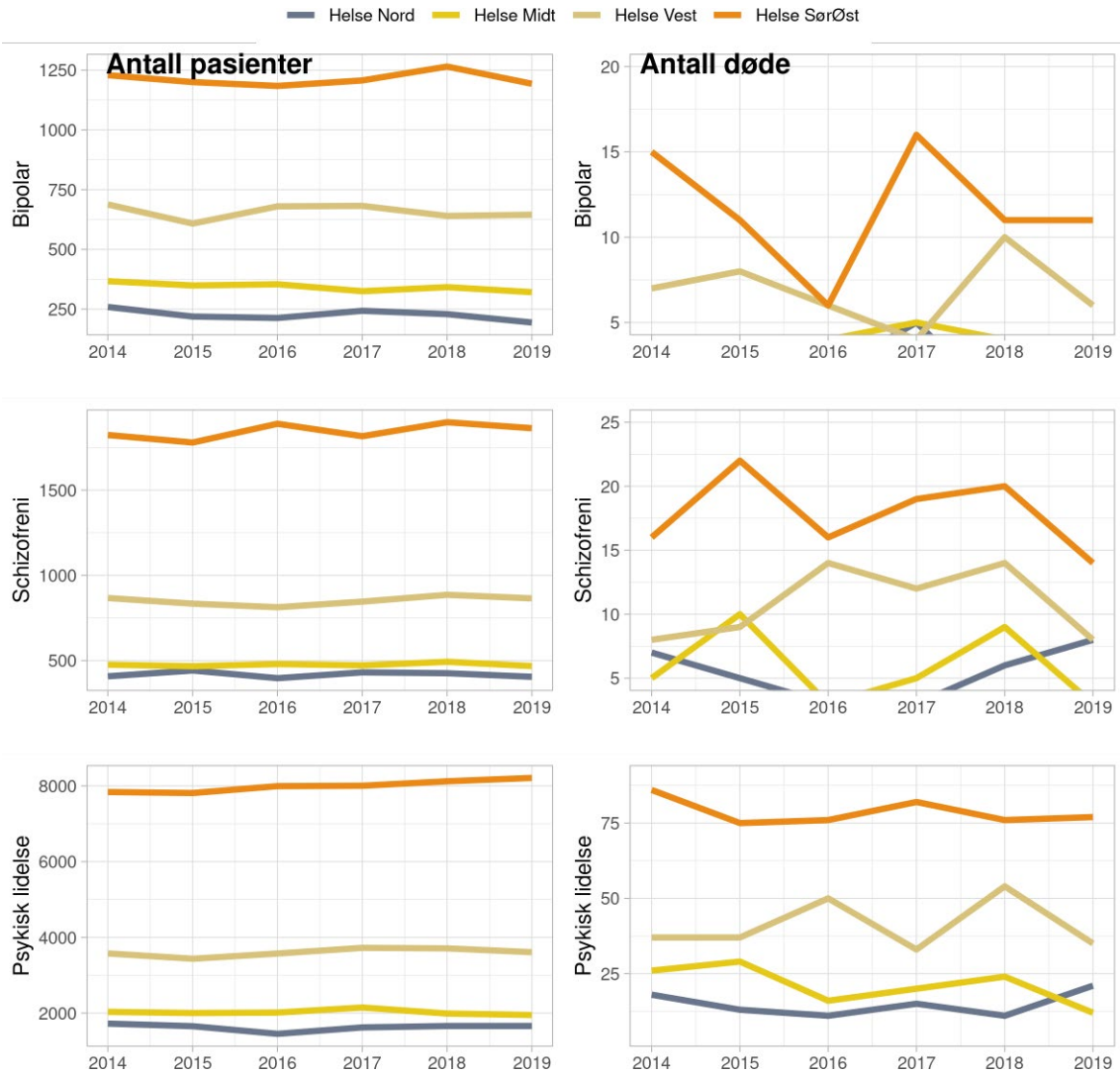
Vedlegg 1: Utvikling i relative dødelighet

Tabell V.1 Relativ dødelighet med 95 % konfidensintervall for personer med bipolar eller schizofreni lidelse, samt psykisk lidelse (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99) sammenlignet med den generelle befolkningen per år og regionalt helseforetak.

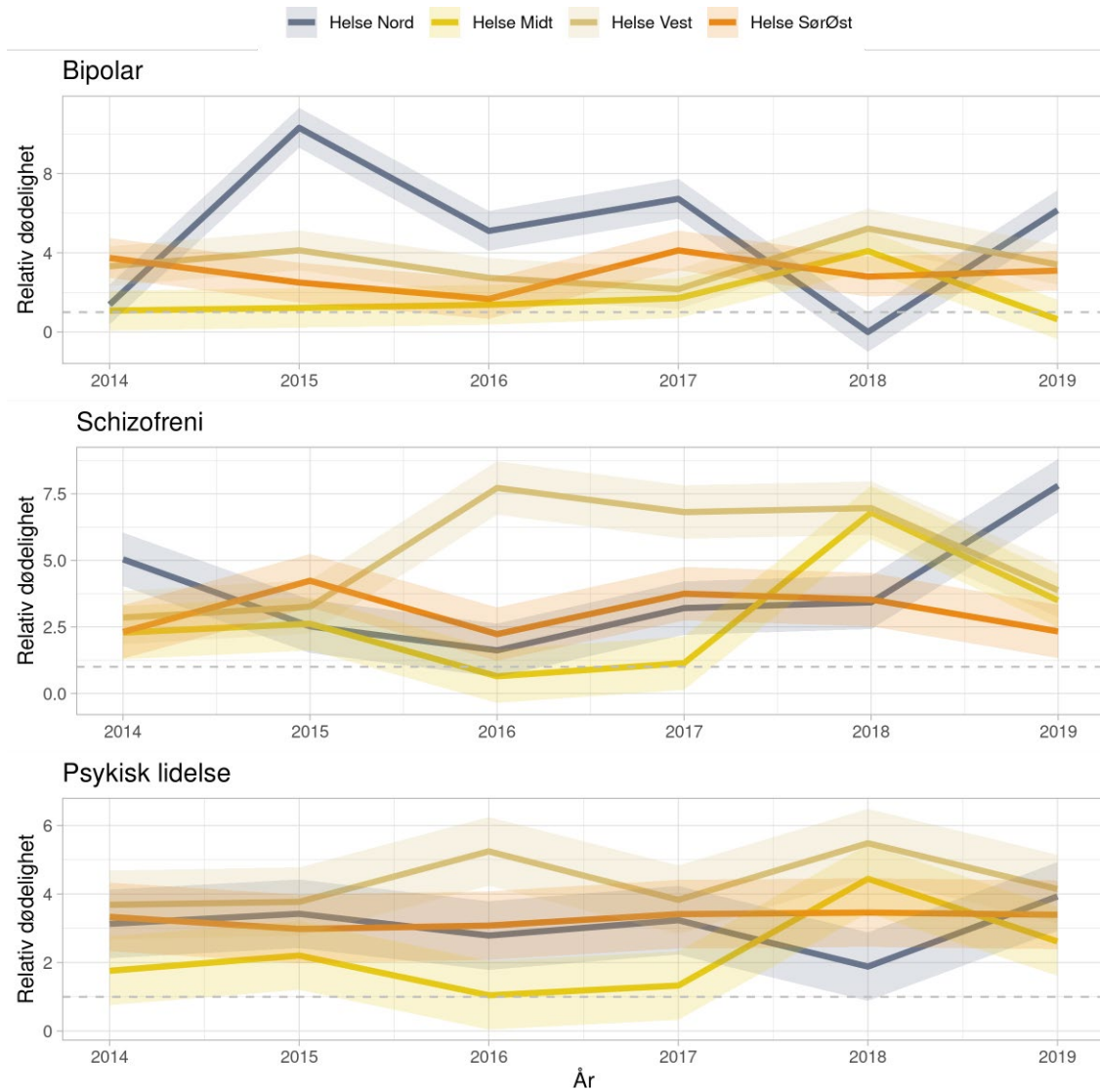
Pasientgruppe	RHF	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bipolar	Helse Nord	5,6 [4,6 - 6,6]	3,8 [2,8 - 4,8]	4,7 [3,7 - 5,7]	4,2 [3,2 - 5,2]	3,9 [2,9 - 4,9]	3,8 [2,8 - 4,8]
	Helse Midt	1,9 [0,9 - 2,9]	2,3 [1,3 - 3,3]	1,9 [0,8 - 2,9]	2,3 [1,2 - 3,3]	3,8 [2,8 - 4,8]	4,6 [3,6 - 5,6]
	Helse Vest	4,6 [3,6 - 5,6]	3,8 [2,8 - 4,8]	4,8 [3,8 - 5,8]	4,0 [3,0 - 5,0]	5,2 [4,2 - 6,2]	5,2 [4,2 - 6,2]
	Helse Sør-Øst	3,4 [2,4 - 4,4]	5,2 [4,2 - 6,2]	3,3 [2,3 - 4,4]	4,4 [3,3 - 5,4]	4,9 [3,9 - 5,9]	4,8 [3,8 - 5,8]
Schizofreni	Helse Nord	8,2 [7,2 - 9,2]	5,1 [4,1 - 6,1]	3,9 [2,9 - 4,9]	6,2 [5,2 - 7,2]	5,0 [4,0 - 6,0]	4,4 [3,4 - 5,4]
	Helse Midt	2,4 [1,4 - 3,4]	3,1 [2,1 - 4,1]	1,3 [0,3 - 2,3]	3,0 [2,0 - 4,0]	8,8 [7,8 - 9,8]	6,4 [5,4 - 7,4]
	Helse Vest	6,3 [5,3 - 7,3]	6,2 [5,1 - 7,2]	7,2 [6,2 - 8,2]	7,3 [6,3 - 8,3]	9,7 [8,7 - 10,7]	7,4 [6,4 - 8,4]
	Helse Sør-Øst	5,3 [4,3 - 6,3]	4,8 [3,8 - 5,8]	4,5 [3,5 - 5,5]	5,3 [4,2 - 6,3]	5,6 [4,6 - 6,6]	5,2 [4,2 - 6,2]
Psykisk lidelse	Helse Nord	4,9 [3,9 - 5,9]	3,9 [2,9 - 4,9]	3,9 [2,9 - 4,9]	3,7 [2,7 - 4,7]	3,7 [2,7 - 4,7]	3,6 [2,6 - 4,6]
	Helse Midt	1,7 [0,7 - 2,7]	2,1 [1,1 - 3,1]	1,7 [0,7 - 2,7]	1,6 [0,6 - 2,6]	5,0 [4,0 - 6,0]	4,6 [3,6 - 5,6]
	Helse Vest	4,4 [3,4 - 5,4]	4,5 [3,5 - 5,5]	5,7 [4,7 - 6,7]	4,5 [3,4 - 5,5]	5,5 [4,5 - 6,5]	5,3 [4,3 - 6,3]
	Helse Sør-Øst	3,7 [2,7 - 4,7]	3,8 [2,8 - 4,8]	3,8 [2,8 - 4,8]	3,8 [2,8 - 4,8]	4,3 [3,3 - 5,3]	4,1 [3,1 - 5,1]

Vedlegg 2: Overdødelighet med alternativ metode

I hoveddelen av rapporten har vi beregnet rate 1 basert på dødelighetsrater for pasienter med innleggelse inneværende år samt de som har hatt en diagnose de fem foregående årene for bipolar eller schizofreni lidelse, eller psykisk lidelse (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99). For beregningene til OECD for årene 2018-2019 [14] har vi kun inkludert inneværende år, altså 2018 eller 2019 og ikke inkludert de foregående årene. Vi legger derfor resultatene fra denne alternative metoden i vedlegget for å vise hvordan det gjør utslag på antall pasienter og har innvirkning på overdødeligheten per boRHF. Det er verdt å merke seg at tallene her ikke helt kan sammenlignes mot de tallene som blir rapportert i Health at Glance 2019 siden vi i denne rapporten har kjønns og aldersstandardisert mot den norske befolkningen, mens i OECD bruker de en OECD standard populasjon som bidrar til at tallene i OECD er noe høyere.



Figur V.1 Antall pasienter (innleggelse inneværende år) og antall døde (inneværende år) for årene 2014 til 2019 per boRHF for pasienter med bipolar og schizofreni lidelse eller psykisk lidelse (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99).



Figur V.2 Kjønn- og aldersstandardisert overdødelighet (innleggelse og død inneværende år) per boRHF i årene 2014 til 2019 for bipolar eller schizofreni lidelse, samt psykisk lidelse (ICD-10 koder: F10-F69, F90-F99)

Utgitt av Folkehelseinstituttet

April 2023

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no