

SAMDATA PSYKISK HELSEVERN

Rapport

Psykisk helsevern på 1990-tallet
Utviklingstrekk og regionale variasjoner

Per Bernhard Pedersen
(red)

SINTEF Unimed 7465 TRONDHEIM
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Rapport 7/01

ISBN 82-446-0835-8
ISSN 0802-4979

SINTEF © Unimed/Kommuneforlaget
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: Kari Fagerberg, TAPIR Trykkeri AS

Trykk: TAPIR Trykkeri AS, Trondheim



SINTEF Unimed
NIS SAMDATA

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

SAMDATA Psykisk helsevern Rapport

Psykisk helsevern på 1990-tallet – utviklingstrekk og regionale variasjoner

FORFATTER(E)

Per B. Pedersen, Helle W. Andersson, Johan H. Bjørngaard, Helge Hagen, Vidar Halsteinli, Trond Hatling, Torhild Heggestad, Solfrid Lilleeng

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedepartementet

RAPPORTNR. STF78 A015024	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Finn Aasheim	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-446-0835-8	PROSJEKTNR. 785194.01	ANTALL SIDER OG BILAG 140 inkl vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE i:\nis\prosjekt\78518102\rapport		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Per Bernhard Pedersen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE D	DATO 2002-05-02	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Første del av rapporten beskriver utviklingen i det psykiske helsevernet på 1990-tallet, med særlig vekt på ressursinnsats, tilgjengelighet og fylkesvis fordeling av tjenestene. I annen halvdel undersøkes noen av de geografiske variasjonene vi står overfor i dag.

Fra 1991 til 2000 økte driftsutgiftene med 1,5 milliarder kroner. Veksten har likevel vært svakere enn ved de somatiske sykehusene. Det er særlig tjenester til barn og unge, samt polikliniske tjenester og heldøgns sykehustjenester for voksne som har blitt styrket. Døgnavdelingene ved sykehusene har dermed opprettholdt sin dominerende stilling innenfor tjenester til voksne, med over 50 prosent av ressursinnsatsen.

På tross av økt ressursinnsats ved døgnavdelingene, har tallet på plasser og oppholdsøgn gått ned (avdelinger for voksne) eller holdt seg konstant (avdelinger for barn og unge). Økte ressurser har i stedet gått til å øke personellfaktoren. På grunn av kortere varighet av innleggelsene, har tilgjengeligheten til døgnbehandling, målt ved antall opphold, likevel økt.

I løpet av 1990-tallet har antall konsultasjoner ved poliklinikker for voksne økt med 64 prosent. Personellinnsatsen har økt tilsvarende. Det har derimot vært en nedgang i andre typer dagvirksomhet. Ved poliklinikker for barn og unge økte personellinnsatsen med 43 prosent fra 1994 til 2000. Siden 1998 har det vært en markert vekst i antall tiltak ved disse poliklinikkene, delvis pga økt produktivitet.

Det har vært en markert utjevning av de fylkesvise forskjellene både når det gjelder ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenester for barn og unge. For tjenester til voksne er tendensene til utjevning langt svakere. Dette skyldes delvis at Oslo fortsatt har et langt høyere forbruksnivå enn de øvrige fylker. Dette kan bare delvis forklares ut fra høyere ressursbehov.

Oslo ligger på forbrukstoppen både innen tjenester for voksne og tjenester for barn. For voksne er det et markert høyere forbruksnivå i de større byene enn i landkommunene. For barn og unge synes imidlertid også de minste kommune å ha god tilgjengelighet til tjenestene.

Det er store fylkesvise variasjoner i forekomst av tvangsinnleggelses. Dette skyldes delvis ulik praktisering av observasjonsparagrafen.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisatri	Mental Health
EGENVALGTE	Statistikk	Statistics
	Velferd	Welfare
	Tjenester	Services

Forord

Formålet med SAMDATA Psykisk helsevern er å monitorere det psykiske helsevernets utvikling i forhold til de helsepolitiske målsettingene på feltet. Vårt mål er at dette skal gi bedre grunnlag for planlegging, styring og forskning innen denne delen av helsetjenesten. Arbeidet er utført av SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, og har vært finansiert over instituttets grunnbevilgning fra Sosial- og helsedepartementet.

Dette er den tiende årgangen i rekken SAMDATA Psykiatri/Psykisk helsevern. Hver årgang består nå av to publikasjoner, SAMDATA Psykisk helsevern Tabeller og SAMDATA Psykisk helsevern Rapport. Tabelldelen, der formålet er å publisere oppdatert styringsinformasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig, forelå høsten 2001. Inneværende publikasjon, Rapporten, inneholder ulike kapitler der vi analyserer utviklingstrekk og geografiske variasjonsmønstre.

Flere datasett har vært benyttet. Pasientdatasettene for voksenpsykiatrien samles inn av NPR. Pasientdata for barne- og ungdomspsykiatrien bygger i hovedsak på data fra BUP-data-systemet, innsamlet av Hiadata A/S. Vi vil takke både NPR og Hiadata A/S ved Morten Lossius for godt samarbeid og velvillig bistand.

Deler av rapporten bygger på data samlet inn av Statistisk sentralbyrå. Vi vil takke SSB for velvillig bistand og godt samarbeid. Vi har i tillegg benyttet data fra de nasjonale registreringene av døgnpasienter 1 november 1999, og polikliniske pasienter de to første ukene i april 2000. Dette arbeidet ble utført ved instituttet.

En rekke medarbeidere ved SINTEF Unimed har bistått i arbeidet med å framskaffe og tilrettelegge datagrunnlaget, og har i tillegg bistått med gjennomlesing og konstruktive kommentarer til kapittelutkast..

Seniorforsker Per Bernhard Pedersen har ledet arbeidet med rapporten. Prosjektsekretær Hanne Kvam har hatt ansvaret for ferdigstilling av manuskriptet.

Trondheim, mai 2002

Per Bernhard Pedersen

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Innholdsfortegnelse	3
Sammendrag	13
1 Innledning: Psykisk helsevern på 1990-tallet: utviklingstrekk og regionale variasjoner.....	19
Per Bernhard Pedersen	
2 Taper det psykiske helsevernet kampen om ressursene?.....	21
Vidar Halsteinli	
2.1 Innledning.....	21
2.2 Datagrunnlag og definisjoner	21
2.3 Økt ressursinnsats i begge sektorer, men somatikk øker mest	22
2.4 Økt bruk av statlige øremerkede tilskudd	25
2.5 Oppsummering	27
3 Ressursinnsatsen i det psykiske helsevernet på 1990-tallet	29
Per Bernhard Pedersen og Solfrid E. Lilleeng	
3.1 Innledning.....	29
3.2 Driftsutgifter til det psykiske helsevernet på 1990-tallet.....	29
3.2.1 Driftsutgiftenes utvikling nasjonalt.....	30
3.2.2 Finansieringen av det psykiske helsevernet.....	33
3.2.3 Geografisk fordeling av utgiftene på 1990-tallet	35
3.3 Personellinnsatsen i det psykiske helsevernet på 1990-tallet.....	39
3.3.1 Utvikling på nasjonalt nivå	39
3.3.2 Geografisk fordeling etter bostedsfylke.....	42
3.3.3 Heldøgns plasser	45

3.3.4	Utviklingen i plasstallet.....	45
3.3.5	Forholdet mellom heldøgns plasser og personellinnsats	47
3.3.6	Geografiske variasjoner i dekningsgraden for heldøgns plasser.....	48
3.4	Oppsummering	51
4	Produksjon og produktivitetsutvikling i det psykiske helsevernet 1991-2000	53
	Per Bernhard Pedersen	
4.1	Innledning.....	53
4.2	Heldøgnstjenester for voksne	54
4.3	Poliklinisk og annen dagbehandling for voksne.....	56
4.4	Heldøgnstjenester for barn og unge	58
4.5	Polikliniske og andre dagtjenester for barn og unge.....	59
4.6	Oppsummering	60
5	Forbruk av tjenester fra det psykiske helsevernet	61
	Per Bernhard Pedersen og Solfrid E. Lilleeng	
5.1	Innledning.....	61
5.2	Forbruk av tjenester nasjonalt 1991-2000.....	62
5.3	Regionale variasjoner i tilgangen til tjenester for voksne	65
5.4	Regionale variasjoner i tilgangen til tjenester for barn og unge	68
5.5	Oppsummering	69
6	Kan forskjeller i behov forklare de fylkesvise forskjellene i ressursbruk?71	
	Per Bernhard Pedersen	
6.1	Innledning.....	71
6.2	Datagrunnlaget.....	72
6.3	Tilnæringsmåter til studie av behovsvariasjoner	72
6.4	Beregningen av relativt ressursbehov på fylkesnivå.....	74
6.5	Virkninger av flytting	75
6.6	Faktiske driftsutgifter og relativt ressursbehov på fylkesnivå.....	76
6.7	Oppsummering	79

7	Geografisk ulikhet i bruk av tjenester for barn og unge	81
	Helle Wessel Andersson	
7.1	Innledning.....	81
7.2	Problemstilling	82
7.3	Datagrunnlag og metode	82
7.4	Andel av befolkningen som har fått et behandlingstilbud	82
7.5	Alder ved henvisning	83
7.6	Årsak til henvisning	83
7.6.1	Henvisningsgrunn barnets miljø.....	84
7.6.2	Henvisningsgrunn – barnet	85
7.7	Oppsummering og konklusjon	87
8	Geografisk ulikhet i tilgjengelighet til tjenester for voksne	89
	Helge Hagen	
8.1	Innledning.....	89
8.2	Datagrunnlag og metode	90
8.3	Resultater	91
8.4	Oppsummering og konklusjon	97
9	Tvangsinnleggelse	99
	Johan Håkon Bjørngaard, Trond Hatling og Torhild Heggstad	
9.1	Definisjoner og datagrunnlag	99
9.2	Innleggelsesprosessen	101
9.3	Omfang	101
9.3.1	Befolkningsbaserte rater av tvangsinnleggelse	103
9.3.2	Øyeblikkelig hjelp og tvangsinnleggelse.....	106
9.4	Oppsummering	108
	Vedlegg til kapittel 3	109
	Vedlegg til kapittel 5	121
	Vedlegg til kapittel 6	129
	Litteraturliste	135

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Brutto driftsutgifter for spesialisttjenesten i Norge i milliarder kroner (faste priser (2000) etter prisindeks for kommunalt konsum), 1992-2000.	23
Tabell 2.2	Årsverk i spesialisttjenesten i Norge, 1992-2000.....	24
Tabell 2.3	Leger og sykepleiere i spesialisttjenesten i Norge, 1992-2000.....	25
Tabell 3.1	Brutto driftsutgifter til det spesialiserte psykiske helsevernet 1991-2000. Millioner kroner totalt og i kroner per innbygger i målgruppen. Faste priser (2000=100). Etter målgruppe og år.	30
Tabell 3.2	Brutto driftsutgifter til det spesialiserte psykiske helsevernet. Millioner kroner. Faste priser (2000=100). Etter institusjonstype, sektor og år.	32
Tabell 3.3	Finansiering av det psykiske helsevernet 1991-2000. Inntekter totalt. Faste priser. Millioner kroner (2000).....	34
Tabell 3.4	Utviklingen i de offentlige utgiftene til behandling i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks, standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV) etter år. Fylkesvise variasjoner. Inklusive og eksklusive Oslo.	36
Tabell 3.5	Korrelasjon mellom fylkeskommunenes driftsutgifter og statlige tilskudd til behandlingen i det psykiske helsevernet 1991-2000. Pearsons' r.	39
Tabell 3.6	Personellinnsats i det spesialiserte psykiske helsevernet 1991-2000. Årsverk og årsverk per 10 000 innbygger i målgruppen. Etter målgruppe og år.....	40
Tabell 3.7	Årsverk i det spesialiserte psykiske helsevernet 1991-2000. Etter målgruppe og driftsform.	41
Tabell 3.8	Fordelingen av årsverk i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks, standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV) etter år. Fylkesvise variasjoner etter år. Inklusive og eksklusive Oslo.	43
Tabell 3.9	Heldøgns plasser i det psykiske helsevernet 1991-2000. Etter målgruppe og institusjonstype. Absolutttall og i forhold til innbyggertall i målgruppen.	45
Tabell 3.10	Fordelingen av heldøgns plasser i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks, standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV) etter år. Fylkesvise variasjoner etter år. Inklusive og eksklusive Oslo.	49

Tabell 4.1	Behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet 1991-2000 etter målgruppe, driftsform og år.....	54
Tabell 5.1	Forbruk av psykiske helsetjenester 1991-2000. Per 10.000 innbyggere etter målgruppe, driftsform og år.	62
Tabell 5.2	Variasjon i forbruket av psykiatriske heldøgnstjenester for voksne. Fylkesvise variasjoner 1994, 1996, 1998 og 2000. Døgnopphold (avsluttede og ikke avsluttede) og oppholdsdøgn per 10.000 innbyggere etter pasientenes bostedsfylke. Gini-indeks standardavvik (SD) og Variasjonskoeffisient. Fylker.	66
Tabell 5.3	Forbruk av psykiske helsetjenester for barn og unge. Brukere av polikliniske tjenester 1996-2000 og av døgntjenester 1998-2000. Per 10.000 innbyggere 0-17 år. Bostedsfylke.	68
Tabell 6.1	Offentlige utgifter til det psykiske helsevernet. Faktisk utgiftsnivå og beregnet utgiftsnivå per innbygger i prosent av landsgjennomsnittet, samt faktiske driftsutgifter i prosent av forventede driftsutgifter ut fra behovsberegningene. Fylker. År 2000.....	77
Tabell 7.1	Antall behandlede pasienter per 10.000 innbyggere under 18 år etter kommunestørrelse. 2000.....	82
Tabell 7.2	Gjennomsnittsalder ved henvisning etter kommunegruppe. (2000).....	83
Tabell 7.3	Viktigste henvisningsgrunn i barnets miljø etter kommunestørrelse. Antall pasienter per 10 000 innbyggere. Ubesvarte er fordelt forholdsmessig. (2000).....	84
Tabell 7.4	Henvisningsgrunn relatert til barnets symptomer. Antall pasienter per 10.000 innbyggere. Ubesvarte er fordelt forholdsmessig på de ulike kategorier. (2000).....	86
Tabell 8.1	Antall innbyggere etter bostedstype.	91
Tabell 8.2	Punktprevalens etter behandlingsform og bostedstype.	92
Tabell 8.3	Punktprevalens ved de enkelte behandlingstilbud og bostedstyper som prosent av gjennomsnittet for landet.....	92
Tabell 8.4	Ratio punktprevalens kvinner/menn. Etter behandlingsform og bostedstype..	94
Tabell 8.5	Punktprevalens etter hoveddiagnosekategori og bostedstype.	96
Tabell 8.6	Punktprevalens etter diagnose og bostedstype som prosent av gjennomsnittet for landet.	97
Tabell 9.1	Henvisningstype etter henvisende leges formalitet. Antall og prosent. Innleggelser ved sykehus i 2000.....	102

Tabell 9.2	Prosentvis andel med ulik oppholdstid etter henvisningsparagraf. Avsluttede opphold i 2000.....	106
Tabell 9.3	Henvisningstype (tvang) etter henvisende leges formalitet. Andel øyeblikkelig hjelpinnleggelse. Prosent. Innleggelse ved sykehus i 2000.	106
Tabell 9.4	Innleggelse etter henvisende leges formalitet og påfølgende spesialistvedtak. Prosent. Innlagte ved tvang ved sykehus i 2000.....	107

Figuroversikt

Figur 2.1	Årlig vekst i brutto driftsutgifter korrigert for lønns- og prisstigning (prisindeks for kommunalt konsum), 1992-2000.	23
Figur 2.2	Årlig vekst i antall årsverk, 1992-2000.	24
Figur 2.3	Statlige tilskudd som prosentandel av brutto driftsutgifter, 1992-2000.	26
Figur 2.4	Fylkeskommunal kostnad per årsverk i faste priser (2000), 1992-2000.	27
Figur 3.1	Årlige endringer i driftsutgiftene til det psykiske helsevernet 1991-2000. Faste priser. Millioner kroner (2000=100).	31
Figur 3.2	Årlige endringer i driftsutgiftene til det psykiske helsevernet. Faste priser. Prosent endring.	31
Figur 3.3	Driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne. Faste priser (2000). Millioner kroner 1991-2000. Etter institusjonstype og år.	33
Figur 3.4	Driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge. Faste priser (2000). Millioner kroner 1991-2000. Etter institusjonstype og år.	33
Figur 3.5	Finansieringen av det psykiske helsevernet 1991-2000. Faste priser (2000). Millioner kroner etter finansieringskilde.	34
Figur 3.6	Årlig endring i finansieringen av det psykiske helsevernet. Faste priser (2000). Millioner kroner etter finansieringskilde.	34
Figur 3.7	Fordeling av offentlige utgifter til behandling i det psykiske helsevernet. Til tjenester for barn og unge per innbygger 0-17 år. Tjenester for voksne per innbygger 18 år og eldre. Lorenz-kurver etter fylker 1991 og 2000.	37
Figur 3.8	Fordelingen av de offentlige utgiftene til psykisk helsevern 1991-2000. Gini-indeks etter fylke.	38
Figur 3.9	Fordeling av de offentlige driftsutgiftene til psykisk helsevern 1991-2000. Variasjonskoeffisient etter fylke.	38
Figur 3.10	Årlige økninger i antall årsverk i det psykiske helsevernet 1991-2000.	40
Figur 3.11	Årlige økninger i antall årsverk. Prosent endring.	40
Figur 3.12	Årsverk i psykisk helsevern for voksne 1991-2000. Etter driftsform.	42

Figur 3.13	Årsverk i psykisk helsevern for barn og unge 1991-2000. Etter driftsform.....	42
Figur 3.14	Fordeling av årsverk i det psykiske helsevernet. Tjenester for barn og unge i forhold til innbyggere 0-17 år. Tjenester for voksne i forhold til innbyggere 18 år og eldre. Lorenz-kurver for 1991 og 2000.....	44
Figur 3.15	Fordeling av årsverk i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks etter bostedsfylke.	44
Figur 3.16	Fordeling av årsverk i det psykisk helsevernet 1991-2000. Variasjonskoeffisient etter bostedsfylke.	44
Figur 3.17	Heldøgns plasser etter institusjonstype og år. Psykisk helsevern for voksne 1991-2000.	46
Figur 3.18	Heldøgns plasser etter institusjonstype og år. Psykisk helsevern for barn og unge 1991-2000.	46
Figur 3.19	Årsverk og plasser for døgnbehandling. Psykisk helsevern for voksne 1991-2000.	47
Figur 3.20	Årsverk og plasser for døgnbehandling. Psykisk helsevern for barn og unge 1991-2000.	47
Figur 3.21	Personellfaktor etter institusjonstype og målgruppe 1994-2000.....	48
Figur 3.22	Fordeling av heldøgns plasser i det psykiske helsevernet. Heldøgns plasser for barn og unge per innbygger 0-17 år. Heldøgns plasser for voksne per innbygger 18 år og eldre. Lorenz-kurver etter fylker 1991-2000.....	50
Figur 3.23	Fordelingen av heldøgns plasser i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks etter bostedsfylke.....	50
Figur 3.24	Fordeling av heldøgns plasser i det psykiske helsevernet 1991-2000. Variasjonskoeffisient etter bostedsfylke.	50
Figur 4.1	Oppholdsdøgn ved døgnavdelinger for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.....	55
Figur 4.2	Utskrivninger ved døgnavdelinger for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.....	55
Figur 4.3	Gjennomsnittlig varighet av døgnopphold for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.....	55
Figur 4.4	Oppholdsdøgn per årsverk. Døgnavdelinger for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.....	55
Figur 4.5	Utskrivninger per årsverk. Døgnavdelinger for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.....	55

Figur 4.6	Polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager for dagpasienter. Psykisk helsevern for voksne. 1991-2000.	57
Figur 4.7	Polikliniske konsultasjoner per årsverk. Psykisk helsevern for voksne. 1993-2000.	57
Figur 4.8	Oppholdsdøgn ved døgnavdelinger for barn og unge. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.....	58
Figur 4.9	Utskrivninger ved døgn-avdelinger for barn og unge. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.....	58
Figur 4.10	Gjennomsnittlig varighet av døgnopphold for barn og unge. Etter institusjonstype. 1991-2000.	58
Figur 4.11	Polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager for dagpasienter. Psykisk helsevern for voksne. 1991-2000.	60
Figur 4.12	Polikliniske konsultasjoner per årsverk. Psykisk helsevern for voksne. Nivå og prosent årlig endring. 1991-2000.	60
Figur 5.1	Forbruk av heldøgnstjenester fra det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Avsluttede opphold og oppholdsdøgn per innbygger 18 år og eldre per år, i prosent av nivået i 1991. Etter institusjonstype og totalt.	63
Figur 5.2	Forbruk av dagtjenester fra det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Oppholdsdager og polikliniske konsultasjoner per innbygger 18 år og eldre per år, i prosent av nivået i 1991.....	63
Figur 5.3	Forbruk av heldøgnstjenester fra det psykiske helsevernet for barn og unge 1991-2000. Avsluttede opphold og oppholdsdøgn per innbygger 18 år og eldre per år, i prosent av nivået i 1991. Etter institusjonstype og totalt.	64
Figur 5.4	Fordeling av heldøgnsopphold (avsluttede og uavsluttede) i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Gini-indeks etter brukernes bostedsfylke. Etter institusjonstype og totalt.	67
Figur 5.5	Fordeling av oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Gini-indeks etter brukernes bostedsfylke. Etter institusjonstype og totalt.	67
Figur 5.6	Fordeling av heldøgnsopphold (avsluttede og uavsluttede) i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Variasjonskoeffisient ut fra brukernes bostedsfylke. Totalt og etter institusjonstype.....	67
Figur 5.7	Fordeling av oppholdsdøgn (avsluttede og uavsluttede) i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Variasjonskoeffisient ut fra brukernes bostedsfylke. Totalt og etter institusjonstype.....	67

Figur 5.8	Forskjeller i forbruk av døgntjenester 1998-2000 og polikliniske tjenester 1996-2000 for barn og unge. Brukere i forhold til innbyggere. Gini-indeks etter bostedsfylke.	69
Figur 5.9	Forskjeller i forbruk av døgntjenester 1998-2000 og polikliniske tjenester 1996-2000 for barn og unge. Brukere i forhold til innbyggere. Variasjonskoeffisient etter bostedsfylke.	69
Figur 7.1	Prosentandel pasienter innen kategorier for henvisningsgrunn i barnets miljø. Etter størrelse på bostedskommune. Ubesvarte er fordelt forholdsmessig.....	85
Figur 7.2	Prosentandel pasienter etter henvisningsgrunn og størrelse på bostedskommune. Korrigert for ubesvarte. 2000.....	86
Figur 8.1	Antall pasienter per 10 000 innbyggere (punktprevalens) etter kjønn og bostedstype.....	94
Figur 9.1	Innleggelse i 2000 med ulik henvisningsformalitet. Prosent av innleggelse med informasjon om innleggelsesformalitet etter institusjonenes tilknytningsfylke. Sykehus.	103
Figur 9.2	Antall sykehusinnleggelse i 2000 med ulik henvisningsformalitet. Per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre etter institusjonenes tilknytningsfylke. Innleggelse som mangler informasjon om henvisningsformalitet er estimert med utgangspunkt i fordelingen på de ulike sykehusene.	104

Sammendrag

Formålet med SAMDATA Psykisk helsevern er å monitorere det psykiske helsevernets utvikling i forhold til de helsepolitiske målsettingene på feltet. I årets rapport har vi valgt å fokusere på ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene, og på geografiske variasjoner i disse parametrene. I første del av rapporten (kapitlene 2-5) fokuserer vi på endring, hvordan har tjenestene utviklet seg i løpet av 1990-tallet. I annen halvdel (kapittel 6-9) er perspektivet komparativt: Hvilke geografiske variasjoner står vi overfor i dag.

Det er flere grunner til at vi har valgt dette tema. I løpet av siste halvdel av tiåret har det vært startet opp et omfattende reformarbeid innen sektoren, nedfelt i Psykiatrimeldingen og Opptreppingsplanen for perioden 1999-2006. Økt tilgjengelighet og utjevning av regionale forskjeller har stått sentralt i dette arbeidet. Samtidig har ansvaret for spesialisttjenestene fra 2002 blitt overført fra fylkeskommunene til de statlige helseforetakene. År 2000 ble dermed det siste året med ordinær fylkeskommunal drift, og det er naturlig å oppsummere erfaringene fra det gamle regimet.

Utviklingen på 1990-tallet

I første del av rapporten (kapittel 2-5) undersøker vi hvordan tjenesten har utviklet seg på 1990-tallet, sett i lys av de helsepolitiske målsettingene. I hvilken grad har disse blitt fulgt opp på fylkeskommunalt nivå? I hvilken grad representerer Opptreppingsplanen et brudd med tidligere trender? Sentrale spørsmål som belyses er:

- Hvordan har ressursinnsatsen utviklet seg? I hvilken grad har økt prioritet for tjenesten også resultert i økt ressursinnsats?
- Hvordan har de økte ressursene blitt benyttet? I hvilken grad har vi fått en desentralisering av tjenestene?
- Hvordan har ressursene blitt brukt? I hvilken grad har økt ressursinnsats og omorganisering resultert i økt tilgjengelighet til tjenestene?
- Sist men ikke minst: Har vi fått en utjevning av tjenestetilbudet mellom ulike deler av landet?

Økt ressursinnsats

I kapittel 2 sammenligner vi ressursutviklingen i det psykiske helsevernet med utviklingen ved de somatiske sykehusene. Analysen viser at det har vært en betydelig vekst i ressursene til det psykiske helsevernet. Det er likevel et faktum at somatiske sykehustjenester har hatt en betydelig høyere vekst. Veksten har med andre ord vært ujevnt fordelt - det psykiske helsevernet har ikke blitt prioritert høyere enn somatiske sykehus.

For somatiske sykehus har innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) medført at øremerkede tilskudd finansierer 56 prosent av brutto utgifter i 2000, mot i underkant av 20 prosent i 1992. For psykisk helsevern har statens finansieringsandel steget fra under 10 til 18 prosent i samme tidsrom. Staten finansierer med andre ord en stadig høyere andel av utgiftene, og finansieringsandelene er vesentlig høyere for somatiske sykehus enn for psykisk helsevern.

ISF medfører at den kostnaden driftsansvarlige betaler per årsverk blir betydelig lavere i somatikk enn i psykisk helsevern. Dette kan gi prisvridningseffekter. Økte statlige øremerkede tilskudd har gitt viktige bidrag til veksten i helsesektoren på nittitallet. Det er grunn til å vurdere nøye hvilke konsekvenser ulike finansieringsmåte kan få i fortsettelsen. På nittitallet synes det ikke som prisvridningseffekten har slått særlig negativt ut for psykisk helsevern, men det er samtidig grunn til å tro at den aktivitetsbaserte finansieringen av somatikken har vært et viktig bidrag til veksten i denne sektoren.

I kapittel 3 ser vi nærmere på utviklingen i ressursinnsatsen innad i det psykiske helsevernet, målt ved driftsutgifter, personellinnsats og heldøgns plasser.

De to første indikatorene viser langt på vei den samme utviklingen. En svak vekst på begynnelsen av 1990-tallet erstattes av stillstand fra 1993 til 1995, etterfulgt av en langt sterkere vekst fra 1996 og utover. I realiteten har vi allerede fra 1996 en årlig vekst i driftsnivået tilsvarende den som er skissert i Opptappingsplanen for perioden 1999-2006. Samlet sett økte driftsutgiftene med omlag 1,5 milliarder kroner målt i faste priser (2000).

Det er særlig tre felt som har blitt tilført økte ressurser: Døgnbehandling i sykehusavdelinger for voksne, poliklinisk behandling av voksne, og tjenester for barn og unge. Hvert av disse områdene har blitt tilført omlag 800 årsverk. Det har i tillegg vært en økning i driftstilskuddene til privatpraktiserende psykologer og psykiatere på omlag 100 millioner kroner, eller 260 prosent. Sykehusene har opprettholdt sin dominerende stilling innenfor tjenester for voksne. 55 prosent av personellinnsatsen gikk både i 1991 og 2000 til døgnbehandling ved sykehus. Vi har med andre ord ikke hatt noen overføring av ressurser fra sykehus til mer desentraliserte tilbud og behandlingsformer.

Døgnkapasitet målt ved antall heldøgns plasser har utviklet seg annerledes enn de øvrige ressursindikatorene. På tross av økt ressursinnsats til døgnbehandling, både for voksne og barn har plasstallet blitt redusert med 24 prosent for voksne, mens det har holdt seg stabilt rundt 300 for barn og unge. Nedgangen for voksne er likevel både absolutt og relativt sett lavere enn i den foregående niårsperioden. Nedgangen har i hovedsak kommet ved institusjoner utenfor sykehusene. Nedgangen har gitt en ikke ubetydelig økning i personellfaktoren, og har ikke frigjort ressurser til andre tjenester.

Utjevning av ressursinnsatsen, særlig for barn og unge

Vi undersøker også om de fylkesvise forskjellene har blitt mindre eller større. For barn og unge har det vært en betydelig utjevning av tilbudet. Forskjellene, både for driftsutgifter, personellinnsats og heldøgns plasser har enten blitt halvert, eller mer enn halvert.

For tjenester til voksne er trenden mer uklar. Forskjeller i driftsutgifter og personellinnsats har holdt seg relativt stabile, mens heldøgns plassene har blitt mer ulikt fordelt. Dette skyldes delvis utviklingen i Oslo. Mellom de øvrige fylkene har det vært en betydelig utjevning i nivået på driftsutgiftene, mens ulik dekningsgrad av heldøgns plasser bare øker svakt.

Mer personell, men færre plasser ved døgnavdelingene

I kapittel 4 ser vi på hvordan produksjonen og produktiviteten har utviklet seg over perioden 1991-2000. For voksne har det, på tross av en stabil ressurstilgang, vært en nedgang i antall oppholdsdøgn på 20 prosent. Denne nedgangen har fortsatt også de siste årene, på tross av antall heldøgns plasser i følge Opptappingsplanen ikke skal gå ytterligere ned. Ettersom varigheten av oppholdene også har gått ned, har det likevel vært en betydelig økning i antall institusjonsopphold, både totalt og per årsverk.

Ved døgnavdelingene for barn og unge har det i perioden 1994-2000 vært en økning i personellinnsatsen på 30 prosent. Antall oppholdsdøgn ved institusjonene har på tross av dette gått ned. Økt personellinnsats har så langt ikke resultert i flere tilgjengelige døgnplasser. Det synes likevel å ha vært en sterkere økning i antall institusjonsopphold enn i antall årsverk, selv om resultatet her er mer usikkert på grunn av endret registreringspraksis.

Større aktivitet ved poliklinikkene, men mindre aktivitet ved andre dagavdelinger

Opptrappingsplanens intensjoner om økt dagvirksomhet (utover poliklinikkene) har foreløpig ikke kommet til uttrykk i praksis. Ved institusjoner for voksne har antall oppholdsdager blitt redusert med 1/3 i løpet av siste halvdel av 1990-tallet.

Den polikliniske virksomheten har, i tråd med intensjonene i Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen økt betraktelig over hele perioden. For voksne har det vært en økning på 64 prosent i tallet på polikliniske konsultasjoner. Dette gjenspeiler en tilsvarende økning i personellinnsatsen ved poliklinikkene.

I perioden 1998-2000 har det vært en markant økning aktiviteten ved poliklinikkene for barn og unge. Dette gjenspeiler dels økt personellinnsats, dels økt produktivitet målt ved antall tiltak per årsverk. Over perioden 1994 til 2000 har antall årsverk ved disse poliklinikkene økt med 43 prosent.

Økt tilgjengelighet til tjenester for voksne

I kapittel 5 undersøker vi tilgjengeligheten til tjenestene med utgangspunkt i forbruksratene (utskrivninger mv dividert på folketallet). For voksne har det vært en markert økning i bruken av heldøgntjenester målt ved antall utskrivninger (52 prosent økning). Det har imidlertid samtidig vært en markert nedgang i forbruket av oppholdsdøgn (26 prosent nedgang). Oppholdene har med andre ord gjennomgående blitt kortere. Det har blitt lettere å bli lagt inn, men man blir samtidig lettere eller hurtigere skrevet ut. Mest markert er denne utviklingen ved institusjoner utenfor sykehusene.

Vi har også undersøkt de fylkesvise forskjellene over perioden 1994-2000. Målt ved antall heldøgnsopphold økte forskjellene først i perioden, men avtok sist i perioden. Vektet for folketallet, er de fylkesvise forskjellene like store ved slutten som ved starten av perioden. Bruker vi fylkene som enhet (uten vektning), har forskjellene imidlertid økt. Om vi vektet for innbyggertallet er det heller ingen utjevning i bruken av oppholdsdøgn. Uten vektning har det derimot vært en betydelig utjevning (32 prosent reduksjon i forskjellene). De to siste resultatene har sin bakgrunn i det avvikende utviklingsmønsteret for Oslo: Oslo har, på tross av at fylke i utgangspunktet hadde betydelig høyere døgnrater enn de øvrige fylkene økt forbruket av oppholdsdøgn med 7 prosent, mens fylkene samlet sett har hatt en nedgang på 10 prosent. Mellom de øvrige fylker har forskjellene blitt redusert med cirka 25 prosent, uavhengig av om resultatene vektet.

Tilgangen til polikliniske tjenester for voksne har, i tråd med Opptrappingsplanen og Psykiatrimeldingens anbefalinger økt over hele perioden. Tilgjengelighet, målt ved forbruksraten har over perioden 1991-2000 økt med 56 prosent. For andre dagtjenester har det derimot, målt ved antall oppholdsdager, vært en kontinuerlig nedgang siden 1994. Dette kan dels skyldes overføring av funksjoner til primærkommunene, dels en omdefinering av virksomhet til poliklinisk virksomhet, dels at andre virksomheter har blitt gitt høyere prioritet. Vi vil likevel minne om at Opptrappingsplanen signaliserte en økning i tallet på dagplasser også innenfor spesialisttjenesten. Behovet for dagplasser bør derfor vurderes på nytt. Hvis en kommer til at prioriteringen bør opprettholdes, bør en samtidig vurdere tiltak for å sikre at prioriteringen blir fulgt opp i praksis.

Økt tilgjengelighet og jevnere fordeling av tjenester for barn og unge

I heldøgnsomsorgen for barn og unge har det over perioden som helhet vært en betydelig økning i tilgjengelighet målt ved antall utskrivninger. Det har imidlertid vært store svingninger over perioden. Økt personellinnsats ved døgninstitusjonene har så langt ikke resultert i økt forbruk målt ved antall oppholdsdøgn, slik Opptrappingsplanen forutsetter. Døgnraten viser tvert om en svak nedgang. I følge Opptrappingsplanen er det en målsetting å erstatte eller omforme behandlingshjemmene til klinikker. Dette forutsetter en heving av personellfaktoren ved disse institusjonene. Så langt har en imidlertid hatt en tilsvarende økning av

personellfaktoren også ved klinikkene. Dette kan skyldes etableringen av relativt små enheter på fylkesnivå. Disse vil kreve en høy personellfaktor for å få turnusen til å gå rundt, samtidig som belegget vil være lavt, for å kunne ivareta akutfunksjoner.

Siden 1996 har det i tråd med Opptappingsplanens intensjoner vært en markert økning i antall brukere av polikliniske tjenester for barn og unge. Den øvrige dagvirksomheten (målt ved antall oppholdsdager) viser derimot store årlige variasjoner, og tendensen er foreløpig uklar. Siden 1996 har det også vært en betydelig utjevning i de fylkesvise forskjellene i bruken av polikliniske tjenester for barn og unge. Dette skyldes en heving av forbruket i fylker som tidligere var dårlig dekket. Også for døgntjenestene har det de siste årene vært en betydelig utjevning. Utjevningen her skyldes imidlertid delvis redusert forbruk i Oslo.

Regionale variasjoner i forbruk av tjenester

Mens kapittel 2-5 beskriver utviklingen over den siste tiårsperioden, gjør kapittel 6-9 opp status mot slutten av perioden med fylkeskommunal drift. I kapittel 6 undersøker vi om de fylkesvise forskjellene i ressursinnsats kan forklares ut fra forskjeller i behov. Kapittel 7 og 8 beskriver regionale variasjoner i forbruk av tjenester henholdsvis for barn og unge og for voksne, men denne gangen med utgangspunkt i aksen urban-rural. Kapittel 9 beskriver forekomsten av tvangsinnleggelse og fylkesvise variasjoner i denne.

Kan forskjeller i behov forklare forskjeller i ressursinnsats?

I kapittel 6 beregner vi relativt utgiftsbehov med utgangspunkt i tre ulike modeller, befolkningens aldersfordeling alene, aldersfordeling og forekomst av ulike sosiale risikofaktorer, og disse pluss kjennetegn ved pasientenes flyttemønster. Beregningen tar utgangspunkt i ulike gruppers forbruksnivå på landsbasis.

Aldersfordelingen påvirker ikke ressursbehovet. De to andre modellene viser imidlertid variasjoner i behov i samme størrelsesorden som variasjonene i faktiske driftsutgifter, hvis Oslo holdes utenfor beregningen. Spørsmålet blir da om forskjeller i behov kan forklare forskjellene i de faktiske driftsutgiftene. Dette blir undersøkt ved hjelp av indirekte standardisering. Faktisk utgiftsnivå ble målt i forhold til estimert behov ut fra behovsmodellene. Når vi korrigerer for sosiale risikofaktorer, reduserte dette spredningen med knapt 10 prosent. Når vi i tillegg korrigerer for flytting ble spredningen redusert med hele 35 prosent. Holder vi imidlertid Oslo utenfor beregningen øker derimot spredningen når vi korrigerer for behov ut fra den siste modellen.

Behovsberegningene kan i noen grad forklare det høyere utgiftsnivået i Oslo enn i de øvrige fylker. Oslo har imidlertid (etter justeringer for "behov") fortsatt et utgiftsnivå som ligger betydelig over de øvrige fylkene. Holdes Oslo utenfor beregningen, synes behovsberegningene langt på vei uegnet til å forklare forskjeller i faktisk ressursinnsats. Dette kan selvsagt tolkes som et uttrykk for svakheter ved modellen, og operasjonaliseringen av denne. En mer nærliggende forklaring er imidlertid at årsaken til variasjoner i ressursinnsats må søkes på tilbudssiden snarere enn på etterspørsels-siden: Fylkene har ulike tradisjoner for organisering av behandlingstilbudet, og dette endrer seg bare gradvis, og ikke nødvendigvis i takt med relativt behov i befolkningen.

Tjenester for barn og unge: flest får hjelp i Oslo og i småkommuner

I kapittel 7 og 8 undersøker vi sammenhengen mellom bostedskommune og tilgang til tjenester fra det psykiske helsevernet. I kapittel 7 undersøkes tilgangen til tjenester for barn og unge, målt ved andel av barnebefolkningen som har mottatt tjenester i løpet av år 2000. Målsettingen har vært å undersøke sammenhengen mellom bruken av tjenester og egenskaper ved bostedskommunen, særlig mellom barn som vokser opp i småkommuner og barn som vokser opp i Oslo og andre storkommuner.

Resultatene viser at bruk av det spesialiserte helsevernet, målt som andel av barnebefolkningen som mottar tilbud, er høyere i Oslo enn i større kommuner og i småkommuner. Barn og unge som bor i de minste kommunene har imidlertid relativt god tilgjengelighet til de spesialiserte tjenestene, men henvises senere og behandles for andre problemer enn barn bosatt i Oslo og i andre storbyer. Resultatene gjenspeiler trolig dels ulike reiseavstand til behandlingsstedet, og dels forskjeller i det kommunale tjenestetilbudet.

Symptomer hos barn som henvises opptrer ofte i kombinasjon med risikofaktorer i barnets miljø. Avvikende relasjoner i familien er hyppigste miljøårsak til henvisning uavhengig av størrelse på barnets bostedskommune. Samfunnsmessige belastningsfaktorer er en mer fremtredende henvisningsårsak i Oslo enn i de øvrige områdene. En relativt høy andel barn henvist fra småkommuner har avvikende sider ved oppdragelsen og avvikende kommunikasjon i familien som henvisningsgrunn. Resultatene kan tyde på at barn bosatt i Oslo er utsatt for andre risikofaktorer i sitt oppvekstmiljø enn barn bosatt i småkommuner. Ulike sosiokulturelle forhold er en mulig forklaring på de observerte forskjellene.

Andel barn henvist pga eksternaliserende symptomer er også høyere fra landlige kommuner enn fra Oslo og andre storkommuner. Dette gjenspeiler trolig forskjeller i 1. linjetjenestens muligheter for å takle denne type problematikk.

Tjenester for voksne: flest får hjelp i byene

I kapittel 8 undersøker vi bruken av tjenester for voksne. Spørsmålet som reises er igjen hvorvidt tilgjengeligheten til tjenestene er avhengig av type bostedskommune. De ulike typer bosted er rangert langs et kontinuum, der storbyen representerer det ene ytterpunkt, og det lille bygdesamfunnet det andre. Analysene baserer seg på opplysninger om pasienter som var under behandling 1 november 1999 (døgnpasienter) og i en 14-dagersperiode i april 2000 (pasienter ved offentlige poliklinikker og private avtalespesialister).

Resultatene viser at Oslo har i særklasse flest pasienter per innbygger. Også de andre byene har betydelig høyere punktprevalens enn øvrige kommunetyper. Dette kan ikke alene forklares av at man i byene vektlegger særlige behandlingsformer eller pasientgrupper. Byene har flest pasienter per innbygger ved alle tre behandlingsformer som inngår i denne studien, for begge kjønn, og i alle diagnosekategorier. Den observerte overrepresentasjon av pasienter fra byene i forhold til mer spredtbygde kommunetyper kan altså ikke tilbakeføres til ulik institusjonsstruktur eller ulik prioritering ved pasientopptak.

Kommunene i den andre enden av skalaen by-land – de minste og antatt mest spredtbygde og perifere kommunene – skiller seg ikke ut på tilsvarende måte. Andelen av befolkningen som mottar tilbud ved døgninstitusjoner og offentlige poliklinikker er omtrent like høy i store - som i små landkommuner. Omfanget av privat avtalepraksis synker derimot drastisk med avtagende kommunestørrelse. Slik praksis drives hovedsakelig for befolkningen i byer og de største kommunene.

At bybefolkningen er overrepresentert i det psykiske helsevern i forhold til befolkningen bosatt andre steder kan prinsipielt ha to typer årsaker: *forhold knyttet til befolkningen og dens levekår*, og *forhold knyttet til helsetjenesten selv*. Rettferdig fordeling av tjenestetilbudet innen det psykiske helsevern innebærer ikke mekanisk likefordeling mellom ulike deler av landet, eller ulike typer bostedsområder, men at alle med de samme behov skal ha samme tilgang til slike tjenester. Det finnes en rekke internasjonale studier som peker på opphopning av psykiske problemer i større byer; og da særlig i storbykjerner og de sosioøkonomisk svakeste områdene. Det finnes imidlertid ingen sikre holdepunkter for at dette også er tilfelle i Norge, selv om enkelte av faktorene som vanligvis knyttes til mental uhelse synes å være overrepresentert i Oslo. Det er altså ikke grunnlag for å hevde at resultatene over er uttrykk for "rettferdig" fordeling i den forstand at merforbruket av spesialiserte behandlingstilbud i Oslo og øvrige byer nødvendigvis avspeiler at befolkningen der har større behov for slike tjenester enn befolkningen ellers i landet.

Det er nærliggende å peke på at poliklinikkene, som til en hver tid tar hånd om over halvparten av pasientene, i all hovedsak er lokalisert til byene, mens privatpraktiserende spesialister hovedsakelig driver praksis i Oslo eller en av de andre "storbyene". I alminnelighet har Oslo og de største byene dessuten trolig best rammevilkår når det gjelder personelltilgang og mulighet for å holde på kompetanse.

Fortsatt forskjeller i bruk av tvang

I kapittel 9 har vi sett på variasjon i bruk av tvang og frivillighet ved sykehusinnleggelser i psykisk helsevern 2000. Omlag halvparten av henvisningene for sykehusbehandling var enten til tvungen observasjon (§ 3) eller tvungen døgnsorg (§ 5).

Omfanget av tvangsinnleggelser målt i forhold til befolkningsstørrelsen varierer betraktelig mellom fylkene. Enkelte fylker skiller seg spesielt ut ved at de har svært mange innleggelser til tvungen observasjon. En mulig årsak til dette kan være at man enkelte steder benytter tvungen observasjon til korttids krisehjelp, mer enn utredning av pasientens tilstand med sikte på videre behandling.

Henvissingsformalitet er gitt av en innleggende lege som ikke nødvendigvis har spesiell kompetanse om psykiske lidelser. Vi har sett på andelen av henvisningene til tvangsinnleggelse og tvungen observasjon som ble endret når de ble vurdert av spesialist. Våre data indikerer at fem prosent av henvisningene på § 5 ble endret av spesialist til frivillig, mens for seks prosent ble status endret fra § 5 til tvungen observasjon (§ 3). Nesten ni av ti beholdt § 5-status etter overlegevedtaket.

Omlag 14 prosent av henvisningene til tvungen observasjon ble endret til frivillig etter spesialistvurdering, mens kun to prosent ble endret til § 5. Det er med andre ord en viss endring av henvissingsformalitet. Samlet sett blir om lag 10 prosent av alle henvisningene på tvang underkjent, det vil si omgjort til frivillig innleggelse.

1 Innledning: Psykisk helsevern på 1990-tallet: utviklingstrekk og regionale variasjoner

Per Bernhard Pedersen

Dette er den tiende årlige rapporten i serien SAMDATA Psykiatri/Psykisk helsevern. Formålet med rapportene har gjennom hele perioden vært å monitorere det psykiske helsevernets utvikling i forhold til de helsepolitiske målsettingene på feltet, slik disse har vært formulert, først i St. meld 41 (1987-88), Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan, senere i St.meld 50 (1993-94), Samarbeid og styring. Mål og retningslinjer for en bedre helse-tjeneste, Psykiatrimeldingen (St. meld 25 (1996-97)), den påfølgende Opptappingsplanen (St prp 63 (1997-98)), og arbeidet med den nye Psykisk helsevernloven (Ot prp 11 (1998-99)).

I årets rapport har vi valgt å fokusere på utviklingen i løpet av 1990-tallet, nasjonalt og på fylkesnivå. Det er flere grunner til dette. Når SAMDATA Psykiatri/Psykisk helsevern nå fore-ligger i sin tiende utgave, er det uansett naturlig å utvide tidsperspektivet: Kan vi spore mer generelle utviklingstrekk eller trender som ikke så lett kommer til syne i de årlige rappor-tenene? Samtidig vedtok Stortinget i 2001 å overføre ansvaret for det psykiske helsevernet fra fylkeskommunene til de statlige helseforetakene. År 2000 ble dermed det siste året med ordinær fylkeskommunal drift, og det er naturlig å oppsummere erfaringene fra det siste tiåret med fylkeskommunal drift av tjenestene.

Det psykiske helsevernet og annet psykisk helsearbeid kom på 1980-tallet på mange måter i skyggen av andre helsetjenester. Det ble gjennomført et omfattende reformarbeid, og en omfattende utbygging av primærhelsetjenesten, med innføringen av lov om kommunehelse-tjenester fra 1982, sykehjemsreformen fra 1988 og HVPU-reformen fra 1991. Innenfor spe-sialisthelsetjenesten var oppmerksomheten særlig rettet mot kapasitetsproblemer ved de somatiske sykehusene. Fra midten på 1990-tallet har psykisk helsearbeid og det psykiske helsevernet fått økt oppmerksomhet og prioritet. Imidlertid er det som kjent mange formål som har høy prioritet på den politiske dagsorden. Spørsmålet blir i hvilken grad dette har slått ut i praktisk politikk.

I kapittel 2 ser vi derfor nærmere på driftsutgiftene til det psykiske helsevernet. Problem-stillingene som reises, er om, eller i hvilken grad det psykiske helsevernet har fått økt prio-ritet, dels i absolutt forstand, dels i forhold til den ressursøkning som har funnet sted ved de somatiske sykehusene.

Lik tilgang til helsetjenester er en sentral målsetting for helsepolitikken. Samtidig har en vektlagt økt tilgjengelighet og mer aktiv behandling (i motsetning til langtidsomsorg). Som ledd i denne utviklingen har en også ønsket å bygge ut den polikliniske behandlingsskapa-siteten. Økt vektlegging av likhetshensyn leder gjerne til sentralisering av ansvaret for offent-lige tjenester. Utgangspunktet for statlig overtakelse av det psykiske helsevernet var over-takelsen av de somatiske sykehusene, og en rekke hensyn har ligget bak reformen. I den grad lik tilgang til tjenestene har vært tillagt vekt, har de geografiske ulikhetene sannsyn-ligvis vært langt større innen det psykiske helsevernet enn innen de somatiske sykehus-tjenestene. Det ble tidlig på 90-tallet hevdet at forskjellene innen det psykiske helsevernet var såpass store at en heller burde snakke om de (19) psykiske helsevernene i flertall snarere enn om og det psykiske helsevernet i entall. Sentrale spørsmålet blir dermed i hvil

ken grad tjenestene har utviklet seg i samsvar med de nasjonale målsettingene, og om tilbudet etter hvert har blitt mer likeverdig fordelt fylkene i mellom?

I kapittel 3 til 5 analyseres disse spørsmålene nærmere, dels på nasjonalt nivå, dels på fylkesnivå. I kapittel 3 ser vi på en av forutsetning for et likeverdig tilbud, at en også i rimelig grad har en likeverdig tilgang til ressurser eller innsatsfaktorer. Vi undersøker utviklingen i ressursinnsatsen, målt ved driftsutgifter, personellinnsats og heldøgns plasser. Vi undersøker også om de fylkesvise forskjellene har blitt mindre eller større over tid. I det påfølgende kapitlet ser vi på noen kjennetegn ved måten disse innsatsfaktorene blir brukt eller organisert. I hvilken grad har økt ressursinnsats resultert i en tilsvarende økning i produksjonen av tjenester? Dette leder fram til kapittel 5, der vi ser på resultatet av disse faktorene: Om tjenestene har blitt mer tilgjengelige målt ved ulike indikatorer for forbruk.

I tidligere utgaver av SAMDATA Psykiatri har oppmerksomheten først og fremst vært rettet mot likhet i betydning ressurslikhet. Publikasjonene har med rette blitt kritisert for ikke å ta hensyn til forskjeller i behov (tilgangslighet). Det er for 2002 satt av utviklingsmidler med sikte på å utvikle slike analyser. Som en forsmak har vi i kapittel 6 estimert fylkesvise forskjeller i relativt ressursbehov, målt ved driftsutgiftene. Beregningen er basert på ulike alders- og sosialgruppers faktiske bruk av tjenestene. Relativt ressursbehov er deretter estimert ut fra den fylkesvise fordelingen av medlemmene i de ulike gruppene. Disse estimatene blir i neste omgang sammenholdt med de faktiske variasjonene i ressursbruken. Mens de foregående kapitlene fokuserer på utviklingstrekk, vil dette og de gjenstående kapitlene fokusere på samtidige variasjoner i år 2000.

I kapittel 3 og kapittel 5 blir regionale forskjeller analysert med utgangspunkt i fylkene som enhet. Dette kan imidlertid dekke over betydelige variasjoner internt i fylkene. Eksempelvis vil reiseavstander og egenskaper ved kommunenes henvisningspraksis kunne påvirke tilgjengeligheten til ulike tjenester. I kapittel 7 og 8 analyseres derfor ulik tilgang til tjenester for henholdsvis barn og unge og til voksne ut fra bostedskommunens plassering på akse urban/rural.

Fra 1.1.2002 trådte den nye Psykisk helsevernloven i kraft. I den nye loven strammes kriteriene for tvangsinnleggelse inn. I tillegg har kriteriene for bruk av tvang under institusjonsoppholdet blitt nedfelt i selve lovteksten. Samtidig understrekes det i lovens forarbeider (Ot prp 11 (1998-99)) at bruk av tvang så langt som mulig bør unngås.

På slutten av 90-tallet ble det startet et arbeid med å revidere variabellisten for de individbaserte pasientdatasettene i de psykiske helsevernet for voksne. Som ledd i dette arbeidet ble også registreringen av tvangsbruken lagt om. År 2000 er den første årgangen der den nye variabellisten ble benyttet. Parallelt med lovarbeidet, og delvis som en konsekvens av dette, ble variabellisten ytterligere utvidet fra statistikkåret 2001.

Norge er blant de landene i Vest-Europa som har den høyest andel tvangsinnleggelse, både målt ved innleggingsrate og ved andel av innleggelsene. Det bør derfor være en høyt prioritert oppgave å få dokumentert tvangsbruken. Dette representerer i seg selv en rettssikkerhetsgaranti. Redusert bruk av tvang kan samtidig sees som en indikator for kvaliteten på tjenesten. I forbindelse med årets rapport hadde vi derfor opprinnelig planlagt egne analyser både av tvangsinnleggelse og bruk av tvang under innleggelsen. På tross av et omfattende arbeid for å sikre så komplette data som mulig, har dette ikke vist seg mulig. Mange institusjoner har i det hele tatt ikke kunnet levere individbaserte data om tvangsbruken. For andre institusjoner er data ufullstendige. Analysen av tvangsbruken har derfor måttet avgrenses til tvangsinnleggelse ved et utvalg institusjoner med tilfredsstillende data. Resultatene presenteres i kapittel 9. Analysen av bruken av tvang under oppholdet har måttet utgå.

Mangelfulle data kan skyldes flere forhold. Som en konsekvens av revisjonsarbeidet har alle leverandører av pasientadministrative systemer utført et betydelig utviklingsarbeid, ut over det som følger av endringer i variabellisten. Dette har igjen medført omfattende system- og rutinerevisjoner lokalt, og delvis utskifting av IT-systemer. Både 2000 og 2001 vil derfor være overgangsår i arbeidet med å etablere pålitelige opplysninger om det enkelte opphold innen det psykiske helsevernet for voksne. Det er å håpe at både systemleverandører, dataleverandører og institusjonseiere gir dette arbeidet tilstrekkelig prioritet i tiden framover.

2 Taper det psykiske helsevernet kampen om ressursene?

Vidar Halsteinli

2.1 Innledning

Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp nr 63, 1997-98) for perioden 1999-2006 innebærer en betydelig vekst i ressursinnsatsen. Utfra dette kan det synes underlig å stille spørsmålet om det psykiske helsevernet taper kampen om ressursene. Det er spesielt forholdet til somatiske sykehus som har bekymret mange innen psykisk helsevern. Somatiske sykehus har i økende grad vært aktivitetsbasert, siden 1997 gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF), mens det psykiske helsevernet i hovedsak har vært rammefinansiert. ISF har vært beskrevet som en "motor" som også påvirker fylkeskommunenes prioriteringer. Selv om hele spesialisthelsetjenesten har vært i en vekstfase de siste årene, har derfor spørsmålet om det psykiske helsevernet har blitt "hengende etter" blitt reist.

Hvordan finansieringen påvirker de fylkeskommunale prioriteringene har vært et viktig helsepolitisk spørsmål på nittitallet. Fylkeskommunen har hatt ansvar for flere sektorer og tjenesteområder og samtidig stått overfor finansieringsordninger som delvis har vært utformet for å motvirke hverandre mht prioriteringseffekter. Et eksempel er øremerkede statlige tilskudd til psykisk helsevern som er utformet for å bli motvirke vridningseffekter av ISF. Fra og med 1. januar 2002 har staten overtatt ansvaret for spesialisthelsetjenesten gjennom oppretting av fem regionale helseforetak. Helseforetakene vil også stå overfor spørsmålet om prioritering mellom ulike tjenesteområder. Hvordan helseforetakene skal finansieres er ikke avklart, men i realiteten vil det bli et spørsmål om rammetilskudd eller ulike former for øremerkede tilskudd (Hagen et al., 2001), på samme måte som for fylkeskommunene. Kunnskap om hvilke effekter ulike tilskuddsformer til fylkeskommunene har hatt på nittitallet er derfor nyttig med tanke på valg av fremtidig finansieringsform for helseforetakene.

I dette kapitlet ser vi nærmere på veksten i ressursinnsatsen i det psykiske helsevernet og i somatiske sykehus i perioden 1992-2000, og vi drøfter kort hvordan finansieringsordningen kan ha virket inn på den utviklingen som har funnet sted. Vi ser utelukkende på utviklingen på nasjonalt nivå, og det er viktig å være klar over at utviklingen i fylkeskommuner *kan* adskille seg fra den nasjonale på enkelte områder.

2.2 Datagrunnlag og definisjoner

Datagrunnlaget er regnskapsdata og personelldata hentet fra de årlige SAMDATA Tabell-delene for driftsårene 1992-2000 (SAMDATA Sykehus og SAMDATA Psykiatri). Noen sentrale begreper:

Brutto driftsutgifter

Brutto driftsutgifter er summen av institusjonenes brutto driftsutgifter og andre fylkeskommunale driftsutgifter (bl a utgifter til privat pleie og driftstilskudd til privatpraktiserende psykologer og psykiatere), og er et uttrykk for den samlede ressursbruken målt i kroner.

Fylkeskommunal driftsstøtte

Den fylkeskommunale driftsstøtten er netto driftsutgifter (brutto driftsutgifter minus driftsinntekter) til institusjoner og avdelinger, pluss utgifter til privat pleie, driftstilskudd til privatpraktiserende psykologer og psykiatere, andre fylkeskommunale driftsutgifter og netto gjestepasientutgifter. Statlige øremerkede tilskudd er trukket fra utgiftene. Fylkeskommunal driftsstøtte er finansiert ved bruk av frie inntekter som består av det generelle rammetilskuddet og skatteinntekter.

Statlige øremerkede tilskudd

De øremerkede tilskuddene er av flere typer og omfatter for somatiske sykehustjenester sitt vedkommende f eks polikliniske refusjoner, tilskudd til økt pasientbehandling, tilskudd til omstillingstiltak, tilskudd til kreftbehandling, samt ISF-refusjoner fra 1997. For psykisk helsevern omfatter de øremerkede tilskuddene polikliniske refusjoner og ulike statlige stimuleringsstiltak for psykisk helsevern. Også regionsykehustilskudd som dels består av et funksjonstilskudd og dels et basistilskudd, inngår i de statlige øremerkede tilskuddene.

Fylkeskommunal kostnad per årsverk

Med fylkeskommunal kostnad menes fylkeskommunal driftsstøtte pluss statlig øremerkede tilskudd *eksklusiv* aktivitetsbaserte tilskudd (dvs polikliniske refusjoner og ISF).

Årsverk

Grunnlagsdata for personell er antall heltidsansatte og deltidsansatte (omgjort til heltid) per 31.12 det enkelte år.

2.3 Økt ressursinnsats i begge sektorer, men somatikk øker mest

På nittitallet har ressursveksten vært sterkere i helsesektoren enn i andre sektorer (bl a utdanning og samferdsel). Fylkeskommunenes brutto utgifter til helseformål som andel av de totale utgiftene, *økte* i perioden 1991-98 (Hagen T, 1999). Økte statlige øremerkede tilskudd er en viktig årsak til dette, men også fylkeskommunenes bruk av egne ressurser (dvs frie inntekter) dreide i retning helsesektoren. I 1994 utgjorde fylkeskommunenes netto utgifter til helse 55,4 prosent av de totale netto driftsutgiftene i fylket, og andelen økte jevnt frem til 1999 dersom vi korrigerer for innføringen av ISF (Halsteinli et al, 2001). Nittitallet er derfor generelt kjennetegnet av en betydelig ressursvekst i spesialisthelsetjenesten.

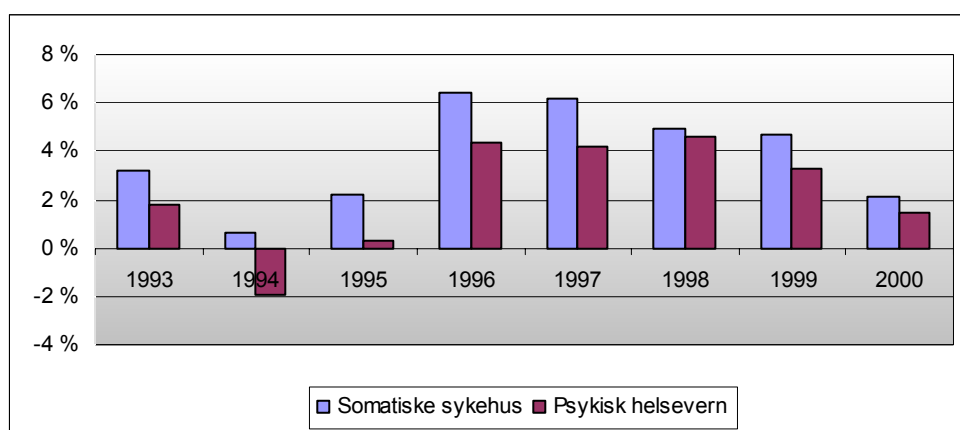
Veksten i spesialisthelsetjenesten er imidlertid ikke likt fordelt mellom somatiske sykehustjenester og det psykiske helsevernet. Tabellen nedenfor viser at veksten fra 1992 til 2000 målt i brutto utgifter er nær dobbelt så høy for somatiske sykehus som for psykisk helsevern.

Tabell 2.1 Brutto driftsutgifter for spesialisttjenesten i Norge i milliarder kroner (faste priser (2000) etter prisindeks for kommunalt konsum), 1992-2000.

	1992	2000	Endring i mrd kroner 1992-2000	Endring i prosent 1992-2000
Somatiske sykehus	23,8	32,1	8,4	35
Psykisk helsevern	7,0	8,4	1,4	19

Det kan tenkes at særskilte forhold et eller to år har bidratt til at veksten på nittallet har blitt ulik. Lønnsoppgjøret i 1996 kan f eks ha slått sterkere ut for somatiske sykehus enn for psykisk helsevern. Veksten de enkelte år kan gi en indikasjon om dette er tilfelle, eller om forskjellen i vekst er en gjennomgående tendens i perioden.

Figur 2.1 viser den årlige prosentvise veksten 1992-2000 og vi ser at somatiske sykehus-tjenester har en høyere vekst enn det psykiske helsevernet alle år. Forskjellen i veksttakt representerer en gjennomgående trend, og skyldes altså ikke særskilte forhold det enkelte år.



Figur 2.1 Årlig vekst i brutto driftsutgifter korrigeret for lønns- og prisstigning (prisindeks for kommunalt konsum), 1992-2000.

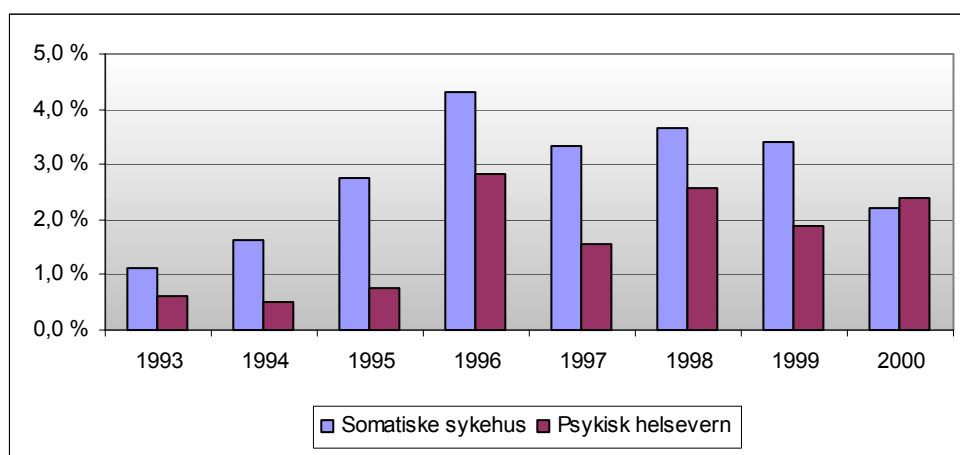
Det er samtidig verdt å merke seg at veksttaket for somatiske sykehus viser en nedadgående tendens fra toppåret 1996, noe som også er tilfelle for psykisk helsevern fra 1998. Det er imidlertid også en svak tendens til at forskjellene i årlig vekst avtar mot slutten av tiåret. Hvorvidt denne tendensen vil vedvare når de regionale helseforetakene nå har overtatt, vil bli et interessant helsepolitisk spørsmål i tiden fremover.

De ansatte utgjør den viktigste ressursen i spesialisthelsetjenesten, og vekst er derfor synonymt med en økning i antall årsverk. Tabell 2.2 viser at veksten i antall årsverk i 1992-2000 er lavere enn veksten i utgifter. Flere forhold kan her ha betydning, som f eks det særskilte lønnsoppgjøret i 1996, en tendens til høyere utdanningsnivå (og dermed høyere lønn). For det psykiske helsevernet har en vesentlig del av veksten kommet ved poliklinikkene (Hagen, 2000) som er bemannet med fagpersonell med lang universitets- eller høgskoleutdanning, og som medfører at utgiftene øker mer enn antall ansatte. Økning i kjøp av servicetjenester fra eksterne leverandører kan også ha hatt betydning.

Tabell 2.2 Årsverk i spesialisttjenesten i Norge, 1992-2000.

	Årsverk 1992	Årsverk 2000	Endring 1992-2000	Endring i prosent 1992-2000
Somatiske sykehus	46 357	57 786	11 429	25
Psykisk helsevern	14 494	16 501	2 007	14

Vi ser imidlertid at forholdet mellom veksten for somatiske sykehustjenester og det psykiske helsevernet er det samme for årsverk og utgifter. Antall årsverk i somatiske sykehus har økt nær dobbelt så mye som i psykisk helsevern, og figur 2.2 viser at dette er et generelt trekk ved utviklingen på 90-tallet.



Figur 2.2 Årlig vekst i antall årsverk, 1992-2000.

Et av de viktigste tiltakene i Opptappingsplanen for psykisk helse er en økt andel kvalifisert personell. Målet er en vesentlig økning i antall psykiatere, psykologer og høyskoleutdannet personell (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer mm). I en periode hvor det er stor etterspørsel etter godt kvalifisert helsepersonell i hele spesialisttjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil det lett bli kamp mellom de ulike tjenesteområdene både om å rekruttere og beholde fagfolk. Innen det psykiske helsevernet har det vært en viss bekymring for at somatiske sykehus skal tiltrekke seg leger og sykepleiere på bekostning av det psykiske helsevernet. En grunn til ulik tiltrekningskraft kan være den personlige belastningen som et arbeid innenfor det psykisk helsevernet kan innebære. I tillegg er det ofte et langsiktig pasientarbeid hvor resultatene i begrenset grad kommer til syne på kort sikt.

Tabell 2.3 viser at det fra 1992 til 2000 har vært den samme prosentvise veksten i antall leger og sykepleiere både i somatiske sykehus og i det psykiske helsevernet. På nasjonalt nivå tyder dette på at det ikke har vært noen tendens til at sykepleiere og leger har foretrukket somatisk virksomhet fremfor psykisk helsearbeid. Det kan selvsagt likevel være en annen tendens innen et fylke eller andre avgrensede geografiske områder, og spørsmålet om det er systematiske forskjeller mellom distriktene og de store sentraene er relevant i denne sammenheng.

Tabell 2.3 Leger og sykepleiere i spesialisttjenesten i Norge, 1992-2000.

	Årsverk 1992	Årsverk 2000	Endring 1992-2000	Endring i prosent 1992-2000
Leger:				
Somatiske sykehus	4 731	6 929	2 198	47
Psykisk helsevern	772	1 139	367	48
Sykepleiere:				
Somatiske sykehus	16 134	22 257	6 123	38
Psykisk helsevern	3 696	5 073	1 377	37

For leger og sykepleiere er det med andre ord det samme forholdet mellom antall årsverk i somatiske sykehus og psykisk helsevern i 2000 som i 1992. Når alle personellgrupper sees under ett er det imidlertid verdt å merke seg at mens det for hvert årsverk i psykisk helsevern var 3,2 årsverk i somatiske sykehus i 1992, var det dette økt til 3,5 i 2000. Forskjellen i ressursinnsats mellom de to sektorene har med andre ord økt på nittitallet.

Disse tallene illustrerer for det første den betydelige satsing på helsetjenester vi har hatt på 1990-tallet, og for det andre at veksten både i kroner/årsverk og i prosent har vært størst for somatiske sykehustjenester. Spørsmålet er i hvilken grad ulik statlig finansiering har bidratt til denne utviklingen.

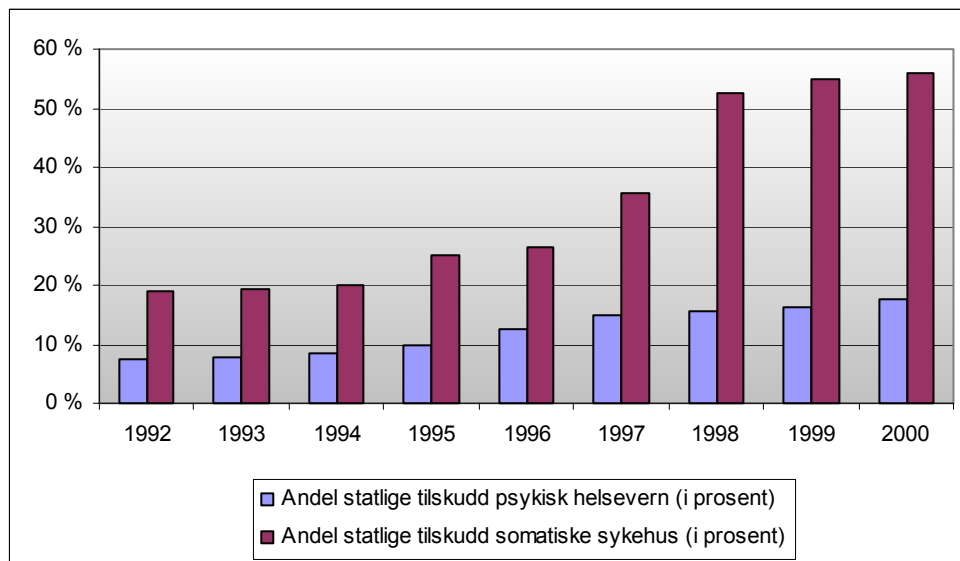
2.4 Økt bruk av statlige øremerkede tilskudd

Grunnfinansieringen av fylkeskommunene har siden 1980 vært rammeoverføringer fra staten, men på nittitallet har bruken av ulike former for øremerkede tilskudd skutt fart. Polikliniske refusjoner har økt med 70 og 50 prosent for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern. For psykisk helsevern har i tillegg særskilte øremerkede tilskudd økt jevnt fra 1994 og fremover. Fra 1999 er tilskuddene en integrert del av Opptappingsplanen for psykisk helse (St prp nr 63, 1997-98).

For somatiske sykehus økte de øremerkede rammetilskuddene jevnt på hele nittitallet frem til ISF ble innført i 1997 noe som medførte en markert økning i den direkte statlige finansieringen.

Fylkeskommunene har i stor grad fulgt opp denne statlige satsningen fra midten av nittitallet. For psykisk helsevern har fylkeskommunal driftsstøtte økt med omlag en halv milliard fra 1992 til 1999, tilsvarende syv prosent (Halsteinli et al, 2002). For somatiske sykehus var det en økning i driftsstøtten til og med 1996, men innføringen av ISF gjør at fylkeskommunenes egen driftsstøtte reduseres fra og med 1997. Dette henger igjen sammen med reduksjonen i frie inntekter og den tilsvarende økningen i ISF-utbetalinger. Til tross for reduksjonen i fylkeskommunal driftsstøtte er det mye som tyder på at fylkeskommunene har prioritert somatiske sykehus forholdsvis høyt, også etter innføringen av ISF (Kalseth, 2001).

Fylkeskommunal vekst til tross, den kraftige veksten i statlige øremerkede tilskudd har gjort at statlige tilskudd har finansiert en stadig høyere andel av utgiftene. Dette er illustrert i figur 2.3 som viser statlige tilskudd som andel av brutto driftsutgifter.



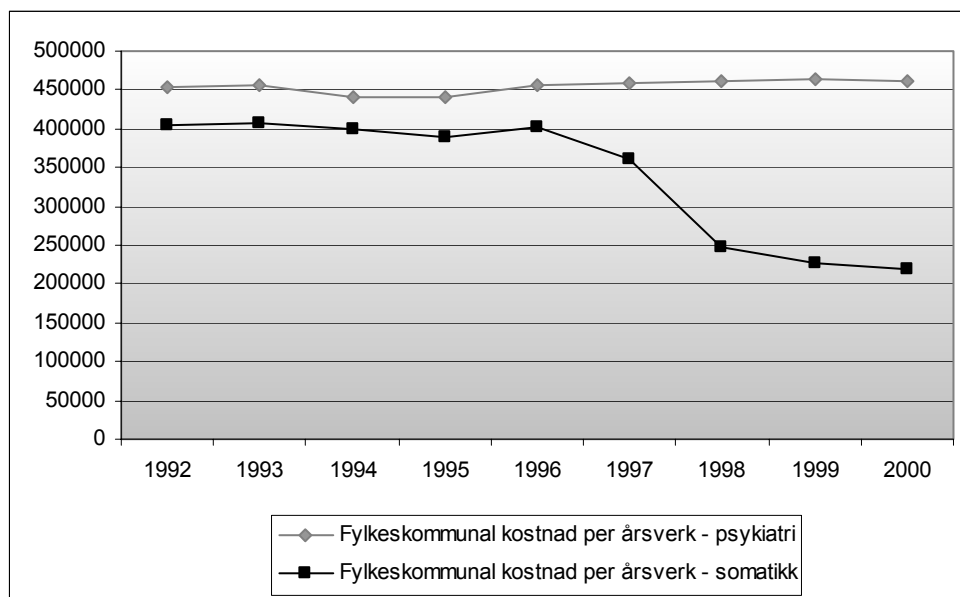
Figur 2.3 Statlige tilskudd som prosentandel av brutto driftsutgifter, 1992-2000.

For somatiske sykehus har den statlige finansieringsandelen økt fra under 20 prosent i 1992 til 56 prosent i 2000. For psykisk helsevern har den statlige finansieringsandelen økt fra i underkant av 10 til 18 prosent. Den statlige finansieringsandelen har på hele nittitallet vært høyere for somatikk enn for psykisk helsevern - og forskjellen har altså økt vesentlig etter innføringen av ISF.

Det finnes i hovedsak to typer statlig øremerkede tilskudd: Øremerkede rammetilskudd og aktivitetsavhengige tilskudd. Både ISF og polikliniske refusjoner er aktivitetsavhengige, mens et øremerket rammetilskudd har klare fellestrekk med det generelle rammetilskuddet til kommunene, selv om det er knyttet til avgrensede formål. Et aktivitetsavhengig tilskudd forventes å ha en prisvridningseffekt ved at et hvert årsverk genererer inntekt gjennom pasientbehandlingen, noe som medfører at den netto kostnaden fylkeskommunen selv må dekke reduseres. Det er samtidig i prinsippet ikke noe tak på denne refusjonsinntekten. ISF er et prisvridende tilskudd som gjør det lettere å vri bruken av egne midler over mot somatiske sykehus, nettopp fordi den fylkeskommunale kostnaden per årsverk er lavere enn for psykisk helsevern. Øremerkede rammetilskudd endrer i prinsippet ikke den kostnaden som fylkeskommunene står overfor og har derfor ingen prisvridende effekt (Halsteinli et al, 2001). Problemet for øremerkede rammetilskudd er tvert i mot faren for lekkasjer til andre sektorer (Hagen, 1996). Det kan skje ved at deler av det øremerkede tilskuddet brukes til å finansiere utgifter som fylkeskommunen opprinnelig dekket av egne midler, for så å overføre frigjorte midler til andre formål. For psykisk helsevern har myndighetene derfor hvert år gjort det klart at tilskuddet skal komme i tillegg til egen driftsstøtte – nettopp for å forhindre at ressursene vris fra psykisk helsevern og til andre formål som for eksempel somatisk sykehusdrift.

Innføringen av ISF i 1997 representerer et hovedskille mellom somatikk og psykisk helsevern ved overgangen fra i hovedsak rammefinansiering til aktivitetsbasert finansiering, og figur 2.4 viser hvordan dette påvirket den fylkeskommunale kostnaden per årsverk for somatiske sykehus sammenliknet med psykisk helsevern.

ISF førte til at fylkeskommunal kostnad (pris) per årsverk ble kraftig redusert for somatiske sykehustjenester sammenliknet med psykisk helsevern. Det er viktig å huske på at økte statlige øremerkede rammetilskudd ikke fører til redusert pris per årsverk. Det er kun ISF og polikliniske refusjoner som gjør det. Mens den fylkeskommunale kostnaden per årsverk for psykisk helsevern har holdt seg forholdsvis stabil på omlag 450 tusen kroner, er kostnaden for somatiske sykehus redusert fra 400 til ned mot 200 tusen kroner per årsverk fra 1996 til 2000.



Figur 2.4 Fylkeskommunal kostnad per årsverk i faste priser (2000), 1992-2000.

I Halsteinli et al (2001) er det undersøkt om denne prisendringen har hatt noen betydning for fylkeskommunenes allokering av årsverk i henholdsvis somatiske sykehus og det psykiske helsevernet, med andre ord hvilken effekt prisvridende statlige tilskudd har hatt. Dette er gjort innenfor en modell hvor det tas hensyn til prisnivået i begge sektorer, forskjeller i fylkeskommunens inntektsnivå (frie inntekter) og i befolknings sammensetning. Resultatene tyder på at fylkeskommunenes allokering av ressurser til somatiske sykehus til en viss grad har vært påvirket av prisen per årsverk. Redusert pris for somatiske sykehus har generelt medført en økning i antall årsverk innen somatisk sektor, og med den betydelige prisendringen som har funnet sted har dette derfor vært en viktig faktor. Tilsvarende sammenheng er det også mellom pris per årsverk i psykisk helsevern og antall årsverk i denne sektoren, men som vi har sett ovenfor har denne prisen vært tilnærmet uendret på nasjonalt nivå.

Har innføringen av ISF også ført til en vridning ved at fylkene har allokert færre ressurser til det psykisk helsevernet? Resultatene er mer usikre mht priseffekter på tvers av sektorene. Resultatene gir ikke støtte til at prisreduksjonen for somatiske sykehus har hatt negativ effekt for psykisk helsevern (færre årsverk). Resultatene trekker heller i retning av at antall årsverk i psykisk helsevern har hatt en svak økning som følge av prisreduksjonen for somatiske sykehus.

Myndighetene har vært opptatt av at øremerkede rammetilskudd til det psykiske helsevernet ikke skulle medføre lekkasjer til andre sektorer, og resultatene gir ikke støtte for at øremerkede rammetilskudd til psykisk helsevern på nittitallet hadde lekkasjer over mot somatisk sektor. I og med at den analysen som det her refereres til kun har undersøkt effekter innen helsesektoren, kan vi ikke utelukke at sektorer utenom helse kan ha nytt godt av eventuelle lekkasjer. Resultatene viser imidlertid en forventet positiv effekt av øremerkede rammetilskudd i det økte tilskudd til psykisk helsevern gir økt antall årsverk i psykisk helsevern.

2.5 Oppsummering

På nittitallet har det vært en betydelig ressursvekst i helsesektoren og i spesialisthelsetjenesten spesielt. Ressursveksten har vært sterkere i helsesektoren enn i de andre fylkeskommunale sektorene (bl a utdanning og samferdsel). For spesialisthelsetjenesten finner vi følgende tendens:

- Veksten har vært sterkere for somatiske sykehus enn for psykisk helsevern. I perioden 1992-2000 har den prosentvise veksten vært bortimot dobbelt så høy, både målt med utgifter og årsverk.
- På nasjonalt nivå finner vi imidlertid ikke noen tendens til at sykepleiere og leger har foretrukket somatisk virksomhet fremfor psykisk helsearbeid. Det er den samme prosentvise veksten for leger og sykepleiere i begge sektorer.

Økte statlige øremerkede tilskudd har gitt viktige bidrag til veksten i helsesektoren på nittitallet. For somatiske sykehus har innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) medført at øremerkede tilskudd finansierer 56 prosent av brutto utgifter i 2000, mot i underkant av 20 prosent i 1992. For psykisk helsevern har statens finansieringsandel steget fra under 10 til 18 prosent i samme tidsrom. Staten finansierer med andre ord en stadig høyere andel av utgiftene, og finansieringsandelene er vesentlig høyere for somatiske sykehus enn for psykisk helsevern.

Aktivitetsbaserte statlige tilskudd som ISF påvirker den kostnaden eller prisen som fylkeskommunene må betale per årsverk. Mens kostnaden per årsverk for psykisk helsevern har holdt seg forholdsvis stabil på 450 tusen kroner på nittitallet, har ISF ført til at kostnaden per årsverk for somatiske sykehus er redusert fra 400 til nær 200 tusen kroner.

Prisendringen synes å ha hatt en gunstig effekt på allokeringen av årsverk til somatiske sykehus. Analyseresultater tyder ikke på at prisreduksjonen i somatikken har hatt negativ effekt på psykisk helsevern, og resultatene tyder heller ikke på at øremerkede rammetilskudd til psykisk helsevern har hatt lekkasjer til somatisk virksomhet.

Har det psykiske helsevernet på nittitallet tapt kampen om ressursene? Det har vært vekst i ressursene til det psykiske helsevernet, men det er samtidig et faktum at somatiske sykehustjenester har hatt en betydelig høyere vekst. Veksten har med andre ord vært ujevnt fordelt - det psykiske helsevernet har ikke blitt prioritert høyere enn somatiske sykehus.

Det er grunn til å vurdere nøye hvilke konsekvenser ulik finansieringsmåte mellom disse to tjenesteområdene kan få i fortsettelsen. På nittitallet synes det ikke som prisvridningseffekten har slått særlig negativt ut for psykisk helsevern, men det er samtidig grunn til å tro at den aktivitetsbaserte finansieringen av somatikken har vært et viktig bidrag til den veksten som sektoren har hatt.

3 Ressursinnsatsen i det psykiske helsevernet på 1990-tallet

Per Bernhard Pedersen og Solfrid E. Lilleeng

3.1 Innledning

Vi vil i dette kapitlet se nærmere på ressursinnsatsen til det psykiske helsevernet på 1990-tallet, belyst ved driftsutgifter og personellinnsats. Ettersom tallet på heldøgns plasser eller snarere senger, tradisjonelt har blitt brukt som en ressursindikator, vil også plassstallet bli behandlet. Som vi skal komme tilbake til, er imidlertid heldøgns plasser i seg selv i liten grad noe mål på ressursinnsats. Dette ressursmålet er dessuten i liten grad korrelert med andre ressursmål.

Siden midten av 1990-tallet har psykiske lidelser fått økt oppmerksomhet, og helsepolitisk har en klare ambisjoner om å øke ressursinnsatsen på feltet. En har også ønsket å vri ressursene fra sentraliserte døgntilbud til desentraliserte dagtilbud. Samtidig har målsettingen om et mest mulig likt behandlingstilbud uavhengig av bosted ligget fast.

Tre spørsmål vil ut fra dette stå sentralt i gjennomgangen:

- I hvilken grad har ressursinnsatsen økt over perioden?
- Hvilke endringer finner vi i sammensetningen av tjenestene?
- Har ressursinnsatsen blitt jevnere geografisk fordelt mellom fylkene?

Analysen vil dekke perioden 1991-2000. Dette legger begrensninger på hvilke indikatorer som kan benyttes, ettersom datagrunnlaget har blitt utviklet over tid. For noen indikatorer har vi derfor likevel valgt å presentere utviklingstall for kortere perioder.

3.2 Driftsutgifter til det psykiske helsevernet på 1990-tallet

Vi vil i dette avsnittet først se driftsutgiftenes utvikling og sammensetning (3.2.1), deretter på hvordan tjenestene har blitt finansiert (3.2.2). Til slutt vil vi se på den fylkesvise fordelingen av ressursene (3.2.3).

3.2.1 Driftsutgiftenes utvikling nasjonalt

Tabell 3.1 viser utviklingen i brutto driftsutgifter til det psykiske helsevernet i løpet av 1990-tallet¹, totalt og for tjenester henholdsvis til voksne og til barn og unge. Alle beløp er i faste priser (2000-kroner), justert etter SSBs prisindeks for kommunalt konsum.

Tabell 3.1 Brutto driftsutgifter til det spesialiserte psykiske helsevernet 1991-2000. Millioner kroner totalt og i kroner per innbygger i målgruppen. Faste priser (2000=100). Etter målgruppe og år.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	Prosent	
												Totalt	Per år
	Millioner kroner												
Tjenester for voksne	6 148	6 259	6 359	6 216	6 222	6 477	6 672	6 953	7 204	7 285	1 137	18,5	1,9
Tjenester til barn og unge	704	743	775	755	792	849	952	1 004	1 038	1 073	369	52,4	4,8
Totalt	6 852	7 003	7 134	6 970	7 014	7 325	7 624	7 956	8 240	8 358	1 506	22,0	2,2
Kroner per innbygger i målgruppen													
Tjenester for voksne*	1 870	1 891	1 911	1 858	1 853	1 922	1 970	2 042	2 103	2 116	246	13,2	1,4
Tjenester til barn og unge#	714	752	778	752	782	831	923	965	985	1 011	298	41,7	3,9
Totalt*	1 603	1 629	1 650	1 603	1 605	1 668	1 726	1 790	1 840	1 856	253	15,8	1,6

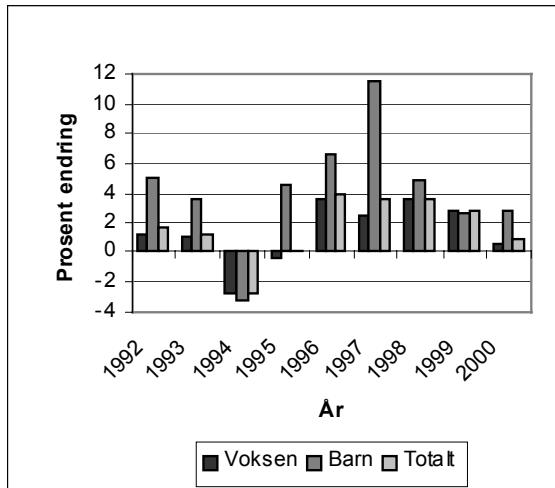
* Per innbygger 18 år og eldre. # Per innbygger 0-17 år. * Per innbygger totalt.

Kilde: SSB, SINTEF Unimed

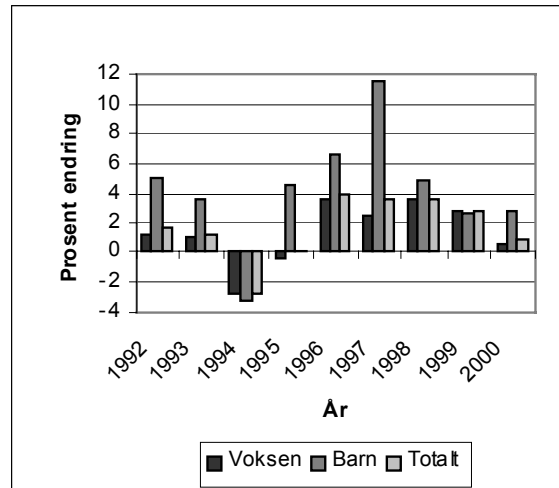
Brutto driftsutgifter til det psykiske helsevernet har i løpet av 1990-tallet økt med 1,5 milliarder kroner, eller 22 prosent. Tar en hensyn til befolkningsveksten i perioden blir totalveksten noe lavere, i underkant av 16 prosent, eller 1,6 prosent i gjennomsnitt per år. Målt i kroner har veksten vært sterkest for tjenestene til voksne. Sett i forhold til folketallet har imidlertid den relative veksten vært langt sterkere for tjenestene til barn og unge, med over 40 prosents økning i løpet av perioden.

Figur 3.1 og 3.2 viser de årlige endringene i brutto driftsutgifter for henholdsvis tjenester for voksne, tjenester for barn og unge, og for tjenester totalt. For de første årene finner vi en årlig økning i driftsutgiftene på omlag 140 millioner. Denne perioden avløses av en realnedgang i nivået fra 1993 til 1995. Fra 1996 har en igjen hatt en jevn, og sterkere vekst, med økning i driftsutgiftene på omlag 300 millioner per år. Den relative veksten har gjennomgående vært sterkere for tjenestene til barn og unge enn for tjenestene til voksne.

¹ Beregningen tar utgangspunkt i institusjonsregnskapene. Brutto driftsutgifter er satt lik sum hovedpost 0 til og med 3 (lønn, utstyr, vedlikehold, andre driftsutgifter og overføringsutgifter), med fradrag for refusjon av sykepenge fra folketrygden (post 70). Kapitalutgifter, f.eks. avskrivninger og renteutgifter, og regnskapsmessige disposisjoner som avsetninger til fonds, dekning av tidligere års underskudd mv, er ikke inkludert i disse utgiftene. Gjestepasientutgifter ført i institusjonsregnskapene er også trukket ut. Beregningen omfatter i tillegg fylkeskommunens tilskudd til privatpleie, driftstilskudd til privatpraktiserende psykologer og psykiatere, samt «diverse» andre driftstilskudd, hovedsakelig til ulike prosjekter og samarbeidstiltak med primærkommuner. For disse postene er altså nettobeløp lagt til grunn.



Figur 3.1 Årlige endringer i driftsutgiftene til det psykiske helsevernet 1991-2000. Faste priser. Millioner kroner (2000=100).



Figur 3.2 Årlige endringer i driftsutgiftene til det psykiske helsevernet. Faste priser. Prosent endring.

Gjennom opptrappingsplanen er det for perioden 1999 til 2006 lagt opp til en økning i driftsutgiftene til sektoren på 2,1 milliarder 1998-kroner i forhold til utgiftsnivået i 1998. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 285 millioner kroner eller omlag samme veksttakt som de foregående årene. Veksten fra 1998 til 1999 er i samsvar med dette. Det som imidlertid kan gi grunn til bekymring er at veksten ble betydelig redusert, til knapt 120 millioner, fra 1999 til år 2000.

Neste spørsmål blir om utbyggingen har vært ledsaget av en omstrukturering mellom ulike tjenester. Tabell 3.2 viser brutto driftsutgifter, fordelt etter institusjonstype. I figur 3.3 og 3.4 er sammenhengen framstilt grafisk, for henholdsvis tjenester for voksne og tjenester for barn og unge. Vi gjør oppmerksom på at skalaen er forskjellig i de to figurene.

For heldøgnsinstitusjonene foreligger det ikke grunnlagsdata som skiller mellom ulike virksomhetstyper. En slik fordeling av ressursinnsatsen kan derfor mer hensiktsmessig gjøres med utgangspunkt i personelloppgavene (se neste avsnitt). Vi vil likevel knytte noen kommentarer til utviklingen med utgangspunkt i utgiftstallene.

Tabell 3.2 Brutto driftsutgifter til det spesialiserte psykiske helsevernet. Millioner kroner. Faste priser (2000=100). Etter institusjonstype, sektor og år.

											Endring 1991-2000	
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Millioner	Prosent
Tjenester for voksne												
Sykehus	3 864	3 887	3 849	3 775	3 825	4 004	4 186	4 457	4 580	4 570	706	18,3
Bo- og behandlingssentra	245	358	553	673	659	795	1 064	1 238	1 480	1 608	1 363	555,1
Poliklinikker	182	200	242	237	240	221	218	211	168	169	-13	-7,2
Sykehjem	1 565	1 536	1 359	1 157	1 131	1 133	956	745	660	634	-931	-59,5
Andre døgninstitusjoner	82	98	181	186	171	164	103	106	99	93	11	13,0
Daginstitutioner	24	21	14	13	26	20	8	5	3	3	-21	-87,6
Privatpleie	95	90	78	76	63	56	50	50	45	38	-57	-59,9
Driftstilskudd til privatpraktiserende	38	36	40	41	39	37	37	85	136	137	99	260,3
Annet	38	31	43	58	67	46	50	58	33	32	-6	-15,9
Tjenester til voksne totalt	6 148	6 259	6 359	6 216	6 222	6 477	6 672	6 953	7 204	7 285	1 137	18,5
Tjenester til barn og unge												
Klinikker	285	297	318	313	336	380	441	478	530	561	276	97,1
Poliklinikker	216	240	244	263	266	253	280	292	294	306	90	41,8
Behandlingshjem	186	199	202	174	181	185	191	216	187	181	-5	-2,8
Daginstitutioner	5	7	8	6	6	6	6	9	13	11	6	103,9
Annet	12	1	1	0	2	24	33	10	14	13	1	7,1
Til barn og unge totalt	704	743	775	755	792	849	952	1 004	1 038	1 073	369	52,4
Psykisk helsevern totalt	6 852	7 003	7 134	6 970	7 014	7 325	7 624	7 956	8 240	8 358	1 506	22,0

Kilde: SSB, SINTEF Unimed

Brorparten av utgiftene innen sektoren går fortsatt til døgninstitusjonene. Internasjonalt har de-institusjonaliseringen av det psykiske helsevernet først og fremst vært forbundet med nedbyggingen av de store asylene og har, ideelt sett, vært ledsaget av en utbygging av tjenester i lokalsamfunnet. Det kan i denne sammenheng være grunn til å merke seg at innen tjenestene for voksne har sykehusene fortsatt en dominerende stilling, med drøyt 60 prosent av utgiftene både først og sist i perioden. Så langt synes de-institusjonaliseringen derfor ikke å ha ført til en tilsvarende desentralisering av ressursene i sektoren.

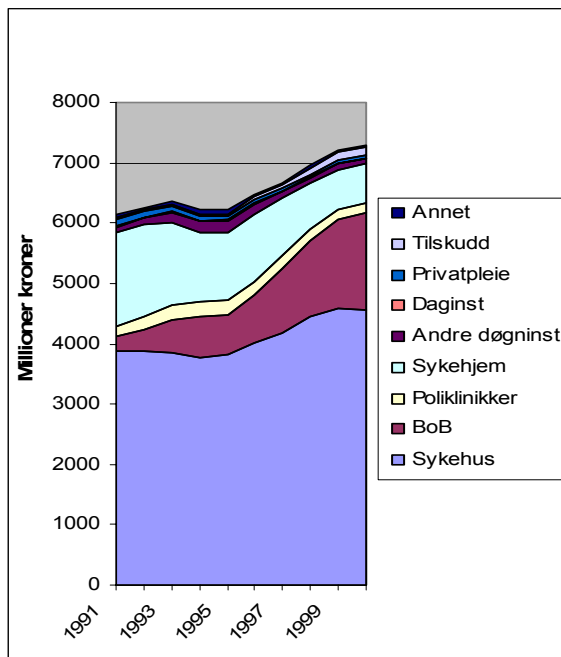
Innen tjenestene for voksne kan vi ellers merke oss at ressursnedgang til sykehjemmene har blitt erstattet av en sterkere økning av ressursinnsatsen ved det som i SAMDATA-sammenheng har blitt omtalt som bo- og behandlingssentra. Dette er i tråd med de offisielle retningslinjene på feltet². Kravene for å bli registrert i denne kategorien har likevel ligget lavere enn de kravene som nå blir stilt til distriktpsikiatriske sentra i forbindelse med Psykiatri

² Bo- og behandlingssentra har aldri vært noen kategori i den offisielle institusjonstypologien. Betegnelsen har likevel vært brukt for å fange opp overgangen fra tradisjonelle sykehjem til "mer aktive behandlingssenheter på lokalsykehusnivå".

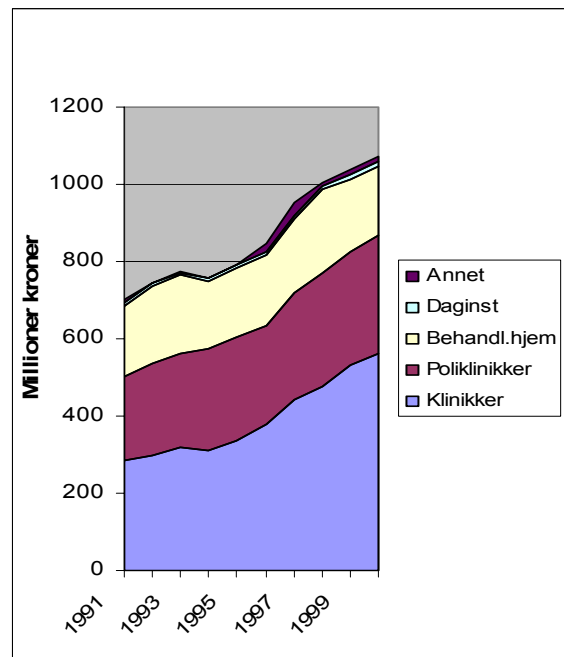
meldingen og Opptrappingsplanen (se også Statens helsetilsyn 2001). Samtidig vil vi minne om at også sykehjemmene har blitt mer aktive og utadvendte, med større vekt på kortere opphold og rehabilitering med sikte på utflytting til egen bolig. Vi vil derfor i det følgende behandle sykehjem, bo- og behandlingssentra og "andre" institusjoner" under ett.

Vi kan ellers merke oss at ressursinnsatsen ved frittstående poliklinikker er relativt beskjeden, og har gått ned i siste halvdel av perioden. Dette skyldes hovedsakelig at poliklinikkene har blitt integrert i distriktpspsykiatriske sentra. Selv om beløpene er beskjedne kan vi dessuten merke oss at driftstilskuddene til privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer har økt markert de siste årene, i tråd med Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanens anbefalinger.

Innen tjenestene for barn og unge har $\frac{3}{4}$ av ressursøkningen gått til klinikkene, som nær har doblet ressursbruken, mens $\frac{1}{4}$ har gått til de rene poliklinikkene.



Figur 3.3 Driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne. Faste priser (2000). Millioner kroner 1991-2000. Etter institusjonstype og år.



Figur 3.4 Driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge. Faste priser (2000). Millioner kroner 1991-2000. Etter institusjonstype og år.

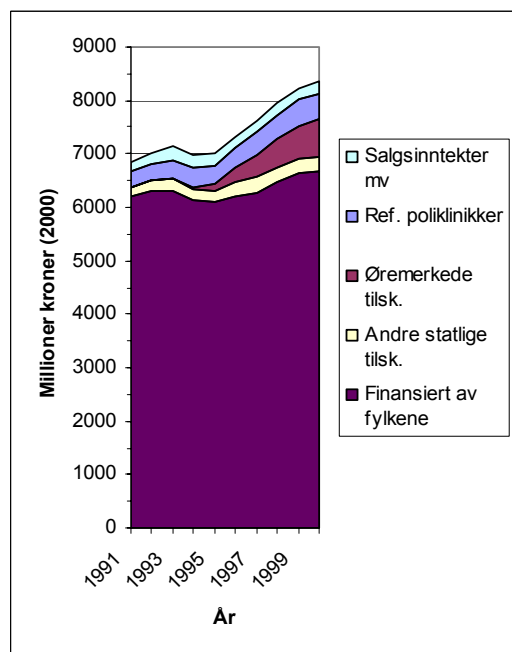
3.2.2 Finansieringen av det psykiske helsevernet

Tabell 3.3 viser finansieringen av driftsutgiftene til det psykiske helsevernet etter finansieringskilde og år. Fordelingen er fremstilt grafisk i figur 3.5, mens figur 3.6 viser årlige endringer, målt i millioner kroner.

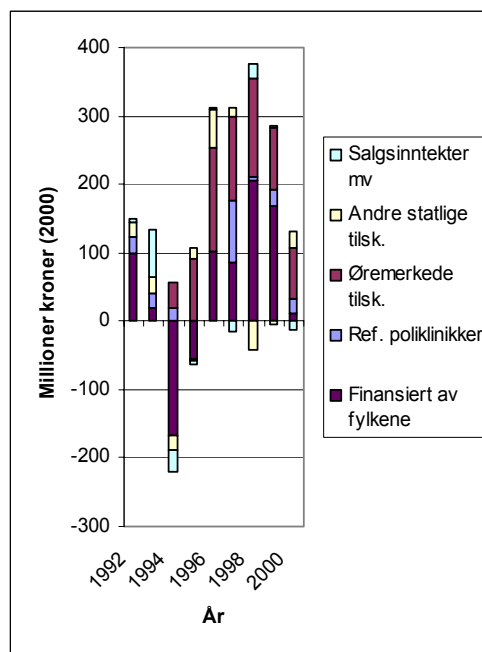
Tabell 3.3 Finansiering av det psykiske helsevernet 1991-2000. Inntekter totalt. Faste priser. Millioner kroner (2000).

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
											Mill	Pst
Ref. poliklinikker	298	320	340	359	356	356	446	453	476	499	201	67,4
Øremerkede tilsk.	0	0	0	37	128	278	400	542	633	706	706	.
Andre statlige tilsk.	173	195	219	199	216	273	288	245	242	266	93	54,1
Statlige tilsk. totalt	469	515	559	594	700	906	1 133	1 240	1 351	1 472	1 003	213,6
Salgsinntekter mv	189	194	263	231	223	226	211	232	235	221	32	17,0
Finansiert av fylkeskommunene	6 193	6 294	6 313	6 145	6 091	6 193	6 280	6 485	6 655	6 665	472	7,6
Totalt	6 852	7 003	7 134	6 970	7 014	7 325	7 624	7 956	8 240	8 358	1 506	22,0

Kilde: SSB, SINTEF Unimed



Figur 3.5 Finansieringen av det psykiske helsevernet 1991-2000. Faste priser (2000). Millioner kroner etter finansieringskilde.



Figur 3.6 Årlig endring i finansieringen av det psykiske helsevernet. Faste priser (2000). Millioner kroner etter finansieringskilde.

Det psykiske helsevernet er finansiert gjennom tre ulike kilder. Fylkeskommunale bevilgninger, statlige driftstilskudd og ulike salgsinntekter. Statens utgifter til det psykiske helsevernet omfatter refusjoner fra Folketrygden for poliklinisk virksomhet, øremerkede tilskudd til styrking av behandlingstilbudet til psykiatriske pasienter³, og andre statlige tilskudd til institusjonene, herunder funksjonstilskuddene og netto driftsutgifter ved statlige institu-

³ Jmf St prp nr 1 fra Sosial- og helsedepartementet, kap 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern, post 63 og post 65 og kap 739 Tilskudd til driftsavtaler, post 61.

sjoner. Salgs- og leieinntekter omfatter egenandeler ved poliklinisk behandling, andre salgs- og leieinntekter og ymse overføringer fra kommuner og andre, samt interne overføringer.

Fylkeskommunen var gjennom hele 1990-tallet den dominerende finansieringskilden for det psykiske helsevernet. Andelen finansiert av fylkeskommunene gikk imidlertid ned fra cirka 90 prosent til cirka 80 prosent i løpet av perioden. Staten har på sin side økt sin andel fra knapt 7 til nær 18 prosent. Årsaken til nedgangen i driftsutgiftene fra 1993 til 1994-95 må først å fremst søkes i fylkeskommunale prioriteringer, eller kanskje heller vanskelige økonomi. De statlige øremerkede tilskuddene til styrking av driften fikk først et omfang av betydning fra 1996 og utover, og kunne for 1994 og 1995 ikke kompensere for reduserte fylkeskommunale bevilgninger. Det er heller ikke grunnlag for å si at økningen over perioden i sin helhet har vært finansiert via statlige midler. Samlet sett har staten bidratt med 1 milliard kroner til hevingen av ressursnivået, mens fylkeskommunene har bidratt med nær ½ milliard.

3.2.3 Geografisk fordeling av utgiftene på 1990-tallet

En sentral målsetting for helsetjenesten har vært et likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av bosted. Som vi har sett har det i løpet av 1990-tallet vært en realvekst i driftsutgiftene til det psykiske helsevernet på 16 prosent, sett i forhold til innbyggertallet. For tjenestene til voksne var veksten noe svakere (13 prosent), og for tjenester til barn og unge var veksten betydelig sterkere (42 prosent). Vi vil i dette avsnittet undersøke om dette samtidig har ledet til en utjevning i ressursbruken mellom fylkene. Vi vil først se på de samlede offentlige bidragene til tjenestene, deretter vil vi undersøke om og i hvilken grad økningen i de direkte statlige bevilgningene har påvirket fordelingen.

Vi har her valgt å se på samlede offentlige bidrag til behandlingen. Dette omfatter fylkeskommunenes tilskudd, samt statlige tilskudd til poliklinisk behandling og til økt behandlingsskapasitet. Andre statlige tilskudd er holdt utenfor, ettersom dette først og fremst skal dekke andre formål enn pasientbehandling, f.eks. funksjonstilskuddet som skal dekke institusjonenes merutgifter til forskning og undervisning.

I tabell 3.4 har vi satt opp ulike mål for spredning for hvert av årene, totalt per innbygger, til voksne per innbygger over 18 år, og til barn og unge per innbygger 0-17 år. Tall for enkeltfylker finnes i et vedlegg til kapitlet, plassert bakerst i rapporten. Beregningen tar utgangspunkt i standardavviket som er et vanlig brukt mål for spredning. Størrelsen på standardavviket er imidlertid ikke standardisert, og vil variere avhengig av måleenhet. Vi har derfor også ført opp variasjonskoeffisienten (CV), som standardiserer målet ved å dividere med gjennomsnittet for enhetene (her fylkene). Vi har i tillegg ført opp Gini-indeksen, som er et mål for ulikhet i fordelingen av et gode. Denne vil variere mellom 0, hvis fordelingen er helt jevn, til nær 1 (eventuelt 100 prosent), hvis en enhet disponerer hele godet⁴. Standardavviket og CV er følsomme for ekstremverdier. Oslo har sterkt avvikende verdier for alle målene. Vi har derfor beregnet spredningen både med og uten Oslo.

⁴ Variasjonskoeffisienten tar utgangspunkt i fylkene som enhet. Finnmark vil med andre ord veie like tungt som Oslo. For å ta hensyn til forskjeller i befolkningsgrunnlag har vi derfor valgt også å benytte Gini-indeksen. Beregningsmåten kan enklest forklares med utgangspunkt i Lorenz-kurven (Cowell 1995), se figur 3.8 nedenfor. Lorenz-kurven viser ulikhet i tilgangen på et «gode». I kurven er fylkene langs den horisontale akse ordnet etter stigende «fordelsbruk» (andel av «godet» delt på andel av befolkningen). Kurven markerer de punktene som viser den kumulative fordelingen av godet (sum av godet for et fylke pluss de fylkene som har en lavere fordelsbrøk) og den kumulative andelen av befolkningen (sum innbyggere i fylket pluss i fylker med en lavere fordelsbrøk). Hvis vi har en helt lik fordeling av godet, vil Lorenz-kurven følge diagonalen. Hvis et lite fylke har hele godet, vil Lorenz-kurven tilnærmet følge den nedre kantlinjen og den høyre kantlinjen. Jo lenger unna diagonalen Lorenz-kurven ligger, jo større grad av ulikhet i fordeling. Gini-indeksen er et tallmessig uttrykk for Lorenz-kurven. Den er definert som arealet mellom diagonalen og Lorenz-kurven dividert med arealet av hele trekanten nedenfor diagonalen. Gini-indeksen vil variere mellom 0 (ingen ulikhet) og nær 1 (eventuelt 100 prosent) (en enhet har hele godet) (Fuller and Lury 1977).

Tabell 3.4 Utviklingen i de offentlige utgiftene til behandling i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks, standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV) etter år. Fylkesvise variasjoner. Inklusive og eksklusive Oslo.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	Pst
Voksne												
Inkl Oslo												
Gini (pst)	12,6	13,0	12,5	11,6	11,4	11,3	11,7	11,6	11,8	11,8	-0,8	-5,7
SD*	380	390	371	353	345	348	363	383	392	400	20	5,4
CV	22,0	22,5	21,5	20,8	20,3	19,9	20,5	21,1	20,9	21,0	-1,0	-4,9
Ekskl Oslo												
Gini (pst)	6,0	6,5	6,3	5,6	5,8	5,0	5,0	4,3	4,7	4,8	-1,2	-18,9
SD*	211	216	201	201	211	173	146	127	150	161	-50	-23,8
CV	12,8	13,0	12,1	12,3	12,9	10,3	8,7	7,3	8,3	8,8	-4,0	-31,1
Barn og unge												
Inkl Oslo												
Gini (pst)	34,2	31,0	29,8	23,6	18,9	17,9	16,6	15,7	17,4	17,2	-17,0	-49,8
SD#	423	390	388	290	248	260	267	270	344	317	-105	-24,9
CV	68,8	59,3	57,9	44,4	35,9	35,0	32,7	30,4	36,8	33,7	-35,1	-51,1
Ekskl Oslo												
Gini (pst)	23,5	22,2	20,9	18,9	13,8	13,0	11,1	10,9	10,3	10,4	-13,1	-55,8
SD#	232	251	247	235	195	210	199	211	238	201	-31	-13,5
CV	43,6	42,6	41,2	38,4	29,8	29,8	25,7	24,9	27,1	22,7	-20,9	-48,0
Totalt												
Inkl Oslo												
Gini (pst)	13,2	13,2	12,6	11,0	11,0	10,9	11,2	11,1	11,6	11,5	-1,7	-13,1
SD*	382	379	362	326	315	322	332	349	374	376	-6	-1,6
CV	26,1	25,6	24,5	22,4	21,5	21,3	21,5	21,8	22,6	22,4	-3,7	-14,2
Ekskl Oslo												
Gini (pst)	4,9	5,1	4,9	4,0	4,6	4,0	3,7	3,3	3,8	3,7	-1,2	-24,0
SD*	177	177	163	167	175	151	108	98	126	126	-51	-28,9
CV	12,8	12,6	11,6	12,0	12,4	10,5	7,3	6,4	8,0	7,9	-4,9	-38,3

* Målt i kroner per innbygger 18 år og eldre. #Målt i kroner per innbygger 0-17 år. * Målt i kroner per innbygger.

Kilde: SSB, SINTEF Unimed

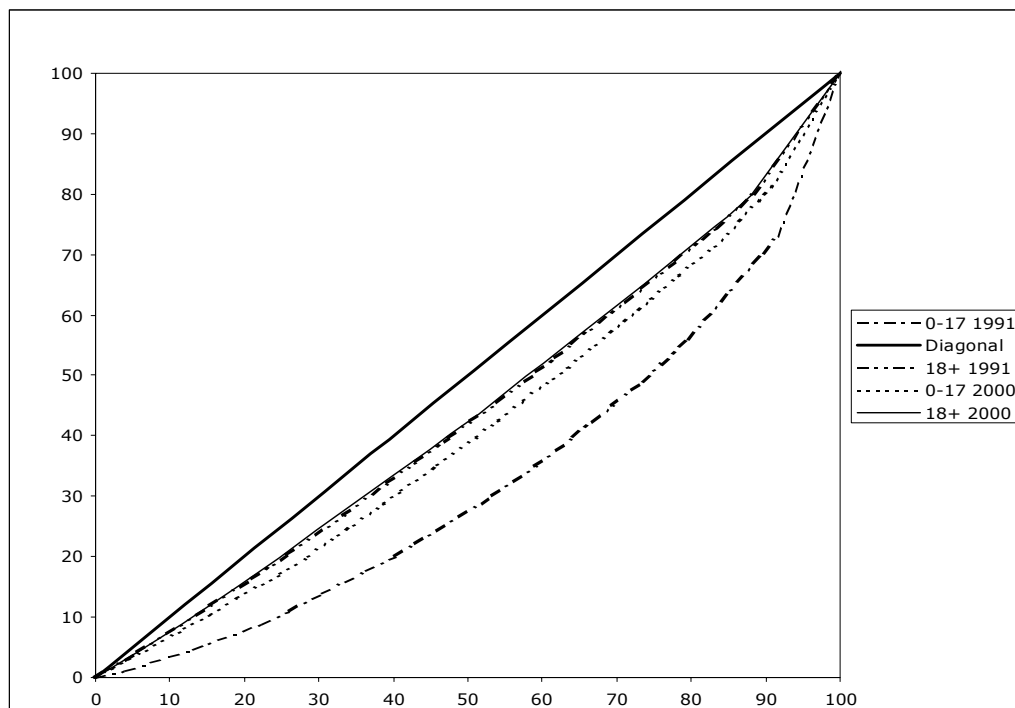
For det psykiske helsevernet samlet sett har det over perioden vært en ikke ubetydelig utjevning av ressursinnsatsen mellom fylkene. Både Gini-indeksen og CV har blitt redusert med 13-14 prosent. Utjevningen skyldes i all hovedsak en jevnere fordeling av ressursene innen tjenester for barn og unge, der begge fordelingsmål faktisk er halvert. For tjenester til voksne har forskjellen bare blitt ubetydelig redusert (5-6 prosent). Holder vi Oslo utenfor, blir den prosentvise utjevningen kraftigere både for tjenester til barn, voksne og totalt.

Mens tjenestene til barn og unge i utgangspunktet var langt skjevere fordelt enn tjenestene til voksne, er forskjellene mellom de to gruppene i løpet av 1990-tallet blitt betydelig redusert. Dette er illustrert i figur 3.7, som viser Lorenz-kurvene for fordelingene i 1991 og år 2000 for henholdsvis tjenester for voksne og tjenester for barn og unge. Mens kurvene for de voksne i 1991 og 2000 (nærmest diagonalen) tilnærmet dekker hverandre, ligger kurven for barn og unge betydelig nærmere diagonalen (og kurvene for voksne) i 2000 enn i 1991⁵.

Figur 3.8 og 3.9 viser utviklingen for henholdsvis Gini-indeksen og CV over 10-årsperioden. I hver figur har vi satt inn mål for tjenester for barn og unge, tjenester for voksne og tjenester totalt, henholdsvis inklusive og eksklusive Oslo.

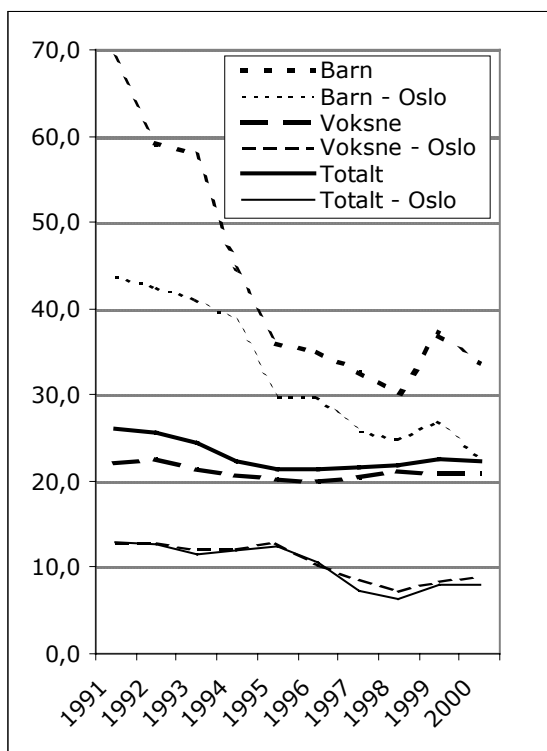
De to figurene viser omlag samme utviklingstendens over perioden. Kurvene der Oslo er inkludert ligger alle høyere enn kurvene der Oslo er ekskludert. Høyere utgifter for Oslo påvirker med andre ord i betydelig grad fordelingen på alle indikatorer over hele perioden. Holder vi tjenester for barn og unge utenfor, kan vi ellers merke oss (se tabell 3.4) at det i løpet av perioden har vært en sterkere utjevning mellom de øvrige fylker innbyrdes enn for alle fylkene samlet.

Begge figurer viser en klar utjevning i tilbudet for barn og unge, særlig i første halvdel av perioden. Dette har også ført til en utjevning i de totale driftsutgiftene. Spredningen innenfor tjenester til voksne har bare blitt ubetydelig redusert, og kun i første halvdel av perioden.

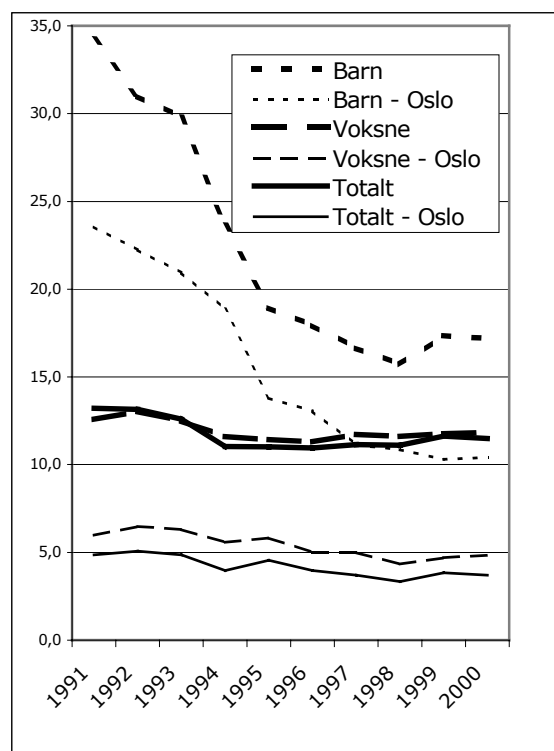


Figur 3.7 Fordeling av offentlige utgifter til behandling i det psykiske helsevernet. Til tjenester for barn og unge per innbygger 0-17 år. Tjenester for voksne per innbygger 18 år og eldre. Lorenz-kurver etter fylker 1991 og 2000.

⁵ For tjenester til voksne har Oslo hatt samme prosentvise veksttakt som de øvrige fylker, og har fortsatt et utgiftsnivå som ligger omlag 80 prosent over landsgjennomsnittet. For tjenester til barn og unge har Oslo en realnedgang på 6 prosent, mens fylkene samlet har hatt en vekst på 48 prosent. Oslos utgifter ligger her likevel fortsatt 100 prosent over nivået på landsbasis (se tabell v3.2 og v3.3 i vedlegget bakerst i rapporten).



Figur 3.8 Fordelingen av de offentlige utgiftene til psykisk helsevern 1991-2000. Gini-indeks etter fylke.



Figur 3.9 Fordeling av de offentlige driftsutgiftene til psykisk helsevern 1991-2000. Variasjonskoeffisient etter fylke.

Vi vil avslutningsvis undersøke om de statlige tilskuddene til det psykiske helsevernet har bidratt til å utjevne tilbudet fylkene imellom. Det er i utgangspunktet grunn til å anta at dette vil variere mellom de ulike tilskuddsformene.

Refusjonsordningen for poliklinisk behandling ble i sin tid opprettet for å oppmuntre fylkene til å øke den polikliniske behandlingsskapiteten. Refusjonsordningen dekker imidlertid ikke de offentlige utgiftene til ordningen. Fylkeskommuner som selv bruker mye penger på poliklinisk behandling vil samtidig være de fylkene som mottar de største refusjonene. Hvis vi forutsetter at andelen av fylkeskommunenes ressursene som går til poliklinisk behandling er den samme i alle fylkene, vil følgelig fylkene med de best utbygde tjenestene samtidig være de fylkene som mottar de største refusjonene. Ordningen vil med andre ord bidra til økte forskjeller.

For de øremerkede tilskuddene stiller det seg annerledes. Her forutsettes det ikke noen egenandel fra fylkeskommunens side. Ordningen åpner dermed for en utjevning av ressursnivået. Om Departementet finner det hensiktsmessig å fordele midlene på denne måten er en annen sak. De øremerkede tilskuddene kan også benyttes til investeringsformål, mens vi her kun ser på den delen av tilskuddet som går til drift. Dette skaper ytterligere usikkerhet om fordelingsvirkningene.

Vi har valgt å undersøke fordelingsvirkningen av de statlige driftstilskuddene ved å korrelere disse med fylkenes egne driftsutgifter. Igjen har vi valgt å foreta beregningen både med og uten Oslo, ettersom korrelasjonskoeffisienten (Pearsons r) er følsom for ekstremverdier. Resultatet er presentert i tabell 3.5.

De polikliniske refusjonene er gjennomgående sterkt positivt korrelert med fylkeskommunenes egne utgifter til det psykiske helsevernet⁶. De øremerkede tilskuddene synes derimot gjennomgående å fungere relativt nøytralt. Etterhvert som disse har økt i omfang, har de også nøytralisert virkningen av de polikliniske refusjonene, om Oslo holdes utenfor. Ettersom Oslo selv har høye utgifter, samtidig som fylket mottar betydelige polikliniske refusjoner og øremerkede tilskudd, finner vi likevel samlet sett en høy positiv korrelasjon mellom egne utgifter og statlige tilskudd hvis også dette fylket tas med i beregningen.

Tabell 3.5 Korrelasjon mellom fylkeskommunenes driftsutgifter og statlige tilskudd til behandlingen i det psykiske helsevernet 1991-2000. Pearsons' r.

År	Inklusive Oslo			Eksklusive Oslo		
	Poliklinisk refusjoner	Øremerkede tilskudd	Sum statlige tilskudd	Poliklinisk refusjoner	Øremerkede tilskudd	Sum statlige tilskudd
1991	0,67		0,67	0,71		0,71
1992	0,65		0,65	0,53		0,53
1993	0,78		0,78	0,47		0,47
1994	0,73	-0,23	0,63	0,60	-0,24	0,47
1995	0,66	0,06	0,56	0,51	0,19	0,49
1996	0,50	-0,10	0,29	0,46	0,19	0,44
1997	0,60	0,22	0,55	0,19	-0,02	0,11
1998	0,60	0,02	0,34	0,25	-0,02	0,11
1999	0,56	0,22	0,49	0,42	-0,01	0,25
2000	0,52	0,26	0,52	0,45	-0,36	0,08
			N=19			N=18

Tall i kursiv er signifikant forskjellig fra 0 ($p < 0,05$, 2-sidig test)

Kilde: SSB, SINTEF Unimed

3.3 Personellinnsatsen i det psykiske helsevernet på 1990-tallet

3.3.1 Utvikling på nasjonalt nivå

Vi vil i dette avsnittet først se på utviklingen i totalvolumet for tjenestene, målt i antall årsverk. Vi vil deretter se nærmere på sammensetningen mellom ulike tjenestetyper. Som indikator for antall årsverk bruker vi antall tilsatte mot slutten av året, omregnet til heltidsansatte ut fra stillingsbrøk. Dette kan skape noe usikkerhet, men antas å være av liten betydning.

Tabell 3.6 viser utviklingen i ressursinnsatsen målt i antall årsverk totalt og for tjenester rettet mot henholdsvis barn og unge og mot voksne over perioden 1991-2000. Ettersom folketallet også har endret seg, har vi også beregnet årsverksinnsatsen i forhold til innbyggertallet for hver av målgruppene. I figur 3.10 og 3.11 er de årlige endringene framstilt grafisk.

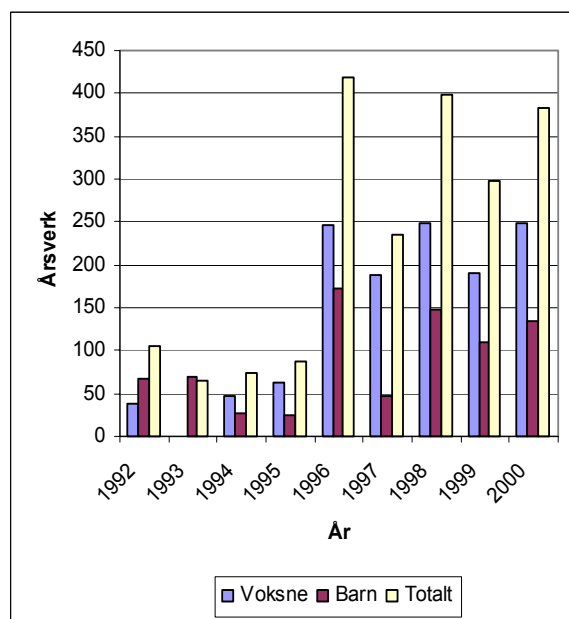
⁶ Holder vi Oslo utenfor er sammenhengene ikke alltid statistisk signifikant forskjellig fra 0, på tross av relativt høye verdier på korrelasjonskoeffisientene. Dette skyldes at antall enheter er begrenset (18-19). Vi har derfor valgt å legge til grunn en substansiell, snarere enn en statistisk tolking av resultatene.

Tabell 3.6 Personellinnsats i det spesialiserte psykiske helsevernet 1991-2000. Årsverk og årsverk per 10 000 innbygger i målgruppen. Etter målgruppe og år.

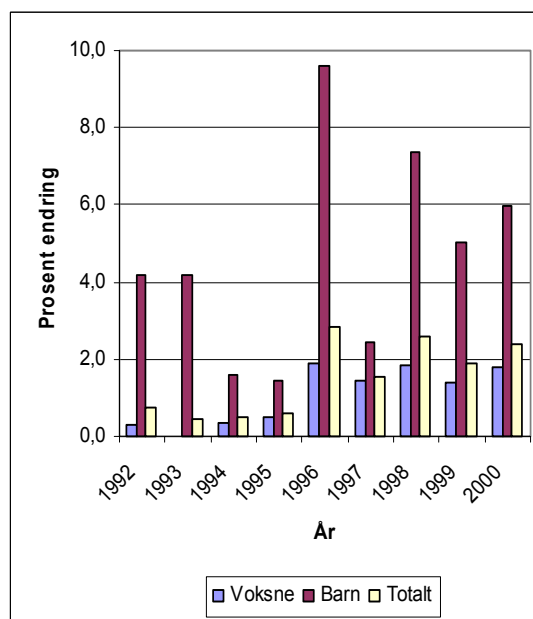
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	Pst
Årsverk totalt												
Tjenester for voksne	12829	12868	12862	12909	12971	13217	13405	13654	13844	14092	1263	9,8
Tjenester til barn og unge	1606	1673	1743	1770	1796	1968	2015	2164	2273	2408	803	50,0
Totalt	14435	14541	14605	14680	14767	15185	15421	15818	16117	16500	2065	14,3
Årsverk per 10.000 innbyggere i målgruppen												
Tjenester for voksne*	39,0	38,9	38,6	38,6	38,6	39,2	39,6	40,1	40,4	40,9	1,9	4,9
Tjenester til barn og unge#	16,3	16,9	17,5	17,6	17,7	19,2	19,5	20,8	21,6	22,7	6,4	39,5
Totalt×	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	34,6	34,9	35,6	36,0	36,6	2,9	8,5

* Per 10 000 innbygger 18 år og eldre. # Per 10 000 innbygger 0-17 år. × Per 10 000 innbygger totalt.

Kilde: SSB, SINTEF Unimed



Figur 3.10 Årlige økninger i antall årsverk i det psykiske helsevernet 1991-2000.



Figur 3.11 Årlige økninger i antall årsverk. Prosent endring.

Utviklingen i ressursinnsats målt ved antall årsverk viser langt på vei det samme mønsteret som vi fant for driftsutgiftene. For tjenestene til barn øker årsverksinnsatsen med 800 årsverk, eller omlag 50 prosent, over perioden. Justert for befolkningsøkningen er veksten noe svakere, cirka 40 prosent. Disse tallene er identiske med de vi fant for driftsutgiftene. For tjenester til voksne øker personellinnsatsen med drøyt 1250 årsverk, eller cirka 10 prosent, mot cirka 20 prosent for driftsutgiftene. Korrigert for befolkningsvekst blir økningen knapt 5 prosent.

Om vi ser på utviklingen i løpet av perioden finner vi langt på vei det samme mønsteret som for driftsutgiftene. En svak vekst i begynnelsen av 10-året (50-100 nye årsverk per år), har blitt avløst av en sterkere vekst (250-400 årsverk per år) fra 1996 og utover.

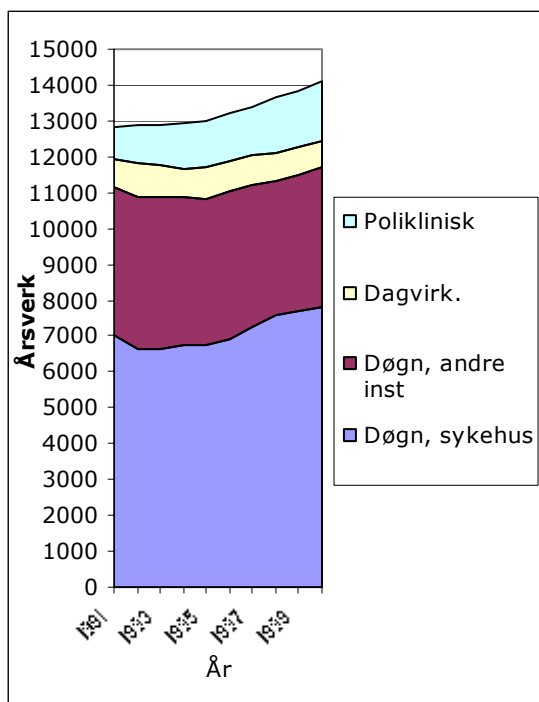
I tabell 3.7 har vi beregnet fordelingen av årsverk på ulike tjenestetyper. Fordelingen bygger i noen grad på estimater. For institusjoner som både har dagpasienter og døgnpasienter har vi eksempelvis beregnet årsverksfordelingen ut fra formelen $1 \text{ oppholdsdøgn} = 2 \text{ oppholdsdager}$. Dette har størst betydning for tjenestene til barn og unge, der innslaget av dagbehandling relativt sett er størst. Årsverksinnsats ved poliklinikkene er beregnet ut fra oppgaver fra institusjonene. Før 1994 mangler vi data om årsverk ved poliklinikker for barn og unge. Dette utgjør samtidig en betydelig andel av tjenestetilbudet til denne gruppen. Vi har derfor valgt ikke å bryte årsverksoppgavene ned på undergrupper for disse årene. Utviklingen er framstilt grafisk i figur 3.12 og 3.13, for henholdsvis tjenester til voksne og tjenester til barn.

Tabell 3.7 Årsverk i det spesialiserte psykiske helsevernet 1991-2000. Etter målgruppe og driftsform.

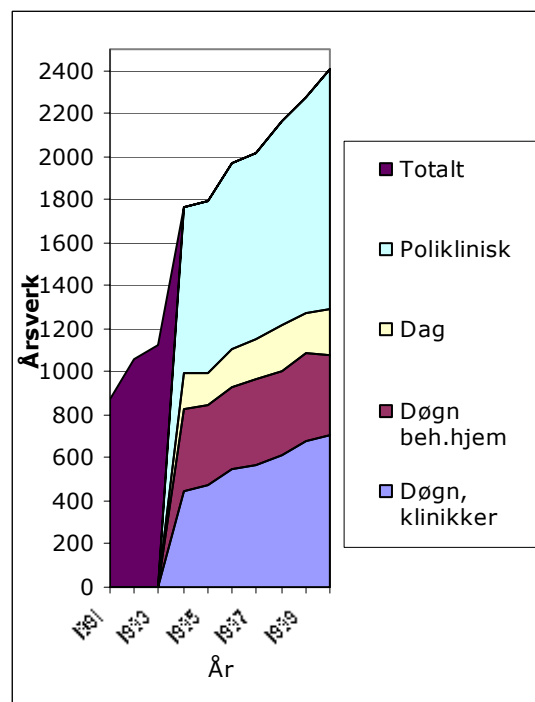
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000		Endring 1994-2000	
											Pst	Pst		
Tjenester til voksne														
Døgn, sykehus	7014	6636	6643	6746	6768	6916	7260	7601	7686	7811	797	11,4	1065	15,8
Døgn andre inst	4134	4252	4238	4107	4044	4103	3964	3703	3801	3899	-235	-5,7	-208	-5,1
Døgn totalt	11147	10887	10881	10853	10812	11019	11224	11304	11488	11710	562	5,0	857	7,9
Dagvirk.	805	922	861	823	873	875	796	816	799	731	-74	-9,2	-92	-11,2
Poliklinisk	877	1059	1121	1233	1286	1324	1385	1535	1558	1651	775	88,4	418	33,9
Sum voksne	12829	12868	12862	12909	12971	13217	13405	13654	13844	14092	1263	9,8	1182	9,2
Tjenester til barn og unge														
Døgn, klinikker				450	470	552	568	617	681	710			261	58,0
Døgn behandl.hjem				380	380	380	399	383	402	367			-13	-3,4
Døgn totalt				830	850	932	967	1000	1083	1078			248	29,9
Dag				162	144	177	183	213	188	214			52	32,3
Poliklinisk				779	802	858	866	951	1001	1117			338	43,4
Sum barn/unge	1606	1673	1743	1770	1796	1968	2015	2164	2273	2408	803	50,0	638	36,0
Sum totalt	14435	14541	14605	14680	14767	15185	15421	15818	16117	16500	2065	14,3	1820	12,4

Kilde: SSB, SINTEF Unimed

Ser vi utviklingen over tiåret som helhet, er det særlig tre områder som har blitt styrket, døgnbehandling av voksne ved sykehus, poliklinisk behandling av voksne, og tjenester til barn og unge som helhet. Hvert av disse feltene har blitt styrket med omlag 800 årsverk i løpet av 1990-tallet.



Figur 3.12 Årsverk i psykisk helsevern for voksne 1991-2000. Etter driftsform.



Figur 3.13 Årsverk i psykisk helsevern for barn og unge 1991-2000. Etter driftsform.

3.3.2 Geografisk fordeling etter bostedsfylke

Tabell 3.8 viser fordelingen av personellressursene etter fylke. Tabellen viser fordelingen målt ved Gini-indeks, standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV), målt ved heldøgns-plasser per 10000 innbyggere, totalt og etter målgruppe⁷. Fordelingene er beregnet ut fra brukernes bostedsfylke. Det vil si at personellressursene er fordelt ut fra hvor brukerne er bosatt, og ikke ut fra fylke som har ansvaret for driften⁸. Tall for dekningsgrad for enkeltfylker er gitt i et vedlegg til kapitlet bakerst i rapporten. Oslo avviker også her betydelig fra nivået på landsbasis. Vi har derfor beregnet variasjonsmålene både med og uten Oslo.

Figur 3.14 viser Lorenz-kurvene for årsverksinnsats for barn og unge og årsverksinnsats for voksne i 1991 og 2000. Figur 3.15 viser utviklingen i Gini-indeksen, mens figur 3.16 viser utviklingen i CV over perioden. Utviklingen for det psykiske helsevernet samlet viser samme mønster som heldøgns plassene for voksne, og er ikke med i figuren.

Figur 3.14 viser tilnærmet det samme mønsteret som vi fant for ressursinnsats målt ved driftsutgifter: Det har vært en klar utjevning i tjenestetilbudet for barn og unge, symbolisert ved at Lorenz-kurven for 2000 er langt nærmere diagonalen enn kurven for 1991. Ulikheten i tjenestetilbudet for barn og unge har blitt redusert til omlag det samme nivået vi finner for tjenestetilbudet til voksne. Ulikheter i tjenestetilbudet for voksne har derimot holdt seg på samme nivå gjennom hele perioden. Ettersom tjenester for barn og unge har blitt jevnere fordelt, har også tjenestetilbudet samlet sett fått en jevnere fordeling.

⁷ For en omtale av variasjonsmålene viser vi til avsnitt 3.2.2 foran.

⁸ For tjenester til voksne er personell knyttet til poliklinikkene tilordnet institusjonens tilknytningsfylke. Øvrig personell er for årene 1991 til 1997 fordelt etter pasientfordelingen ved utgangen av året. For årene 1998-2000 har en her i stedet benyttet antall døgn fordelt etter pasientenes bostedsfylke. For statens senter for barne og ungdomspsykiatri har personellet gjennom hele perioden blitt fordelt ut fra pasientfordelingen for heldøgns pasientene ved utgangen av året. Dette gjelder også øvrige institusjoner for barn og unge for årene 1991-95. Fra 1996 har en også her tilordnet det polikliniske personellet til institusjonens tilknytningsfylke, mens øvrig personell er fordelt etter bostedsfylke for pasientene ved utgangen av året.

Tabell 3.8 Fordelingen av årsverk i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks, standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV) etter år. Fylkesvise variasjoner etter år. Inklusive og eksklusive Oslo.

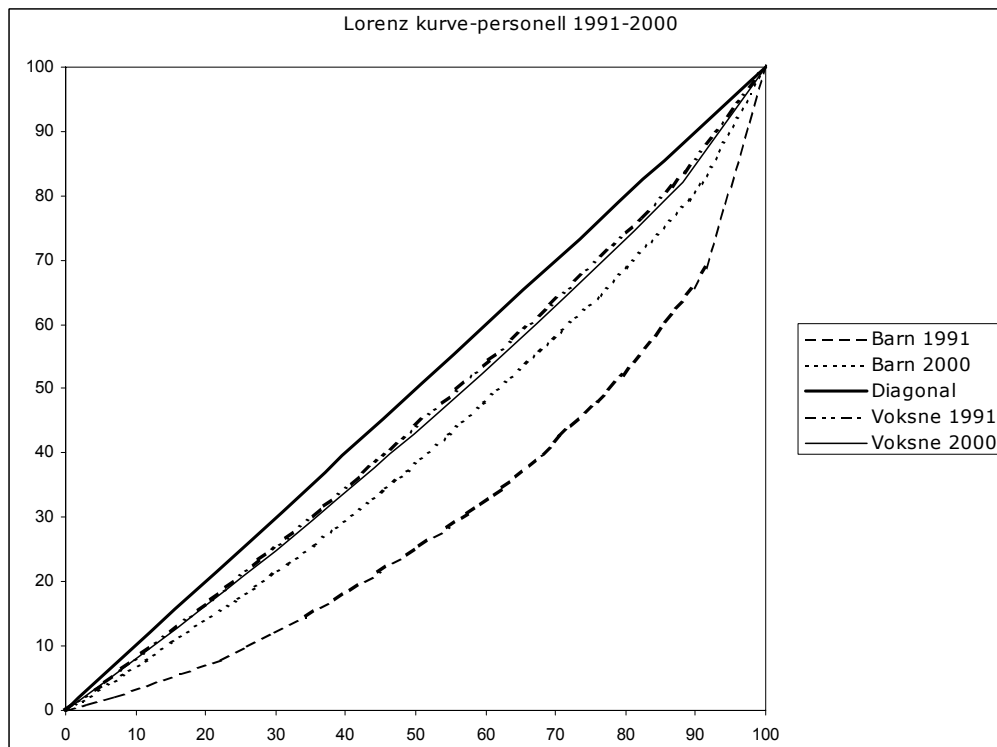
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
												Prosent
Voksne												
inkl Oslo												
Gini	8,9	11,3	11,7	10,9	11,9	10,6	9,9	10,9	11,2	10,0	1,1	12,6
SDx	6,0	7,1	7,5	7,7	7,8	6,7	6,2	6,9	7,6	6,6	0,6	11
CV	15,8	19,1	20,1	20,6	21,0	17,6	16,4	17,8	19,4	16,8	1,0	6
Ekskl Oslo												
Gini	5,4	5,9	6,7	6,1	6,8	6,1	6,0	6,3	6,4	5,6	0,1	3
SDx	4,4	3,9	4,7	5,7	5,3	4,2	4,0	4,1	5,1	4,0	-0,3	-8
CV	11,8	10,8	13,1	15,6	14,8	11,6	10,9	11,0	13,6	10,5	-1,3	-11
Barn og unge												
inkl Oslo												
Gini	38,6	25,1	29,6	24,7	20,9	25,2	20,9	20,6	19,0	17,1	-21,5	-56
SD*	12,3	8,3	9,1	8,4	6,8	9,0	7,6	8,3	10,1	7,4	-5,0	-40
CV	82,2	51,3	55,7	50,7	39,3	47,7	39,8	41,4	46,9	33,6	-48,7	-59
Ekskl Oslo												
Gini	25,1	16,1	21,7	16,9	15,2	18,4	15,9	13,9	12,3	11,1	-14,0	-56
SD*	5,9	5,2	5,8	5,9	5,1	6,8	6,1	6,2	8,7	5,1	-0,8	-14
CV	47,4	35,4	39,4	38,8	31,3	38,8	33,9	32,7	42,9	24,7	-22,7	-48
Totalt												
inkl Oslo												
Gini	10,8	12,0	12,2	11,4	11,9	11,3	10,2	10,8	11,3	9,8	-1,0	-9
SD#	6,9	7,3	7,5	7,7	7,4	6,9	6,1	6,7	7,9	6,4	-0,5	-7
CV	21,2	22,4	23,1	23,5	22,6	20,8	18,3	19,6	22,5	18,2	-3,0	-14
ekskl Oslo												
Gini	4,8	5,3	5,6	5,3	5,9	5,8	5,3	5,0	5,6	4,3	-0,5	-11
SD#	3,9	3,5	4,0	5,2	4,6	4,2	3,6	3,5	5,4	3,4	-0,6	-14
CV	12,6	11,3	12,9	16,5	14,8	13,1	11,1	10,5	16,1	9,9	-2,7	-21

x Per 10.000 innbyggere 18 år og eldre

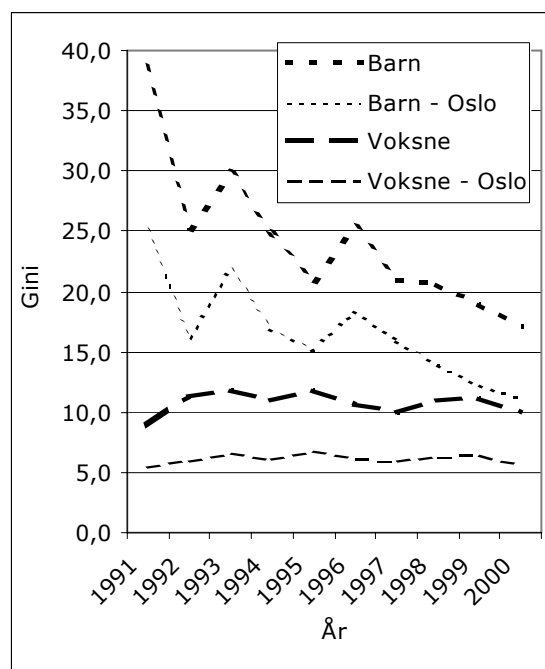
* Per 10.000 innbyggere 0-17 år

Per 10.000 innbyggere

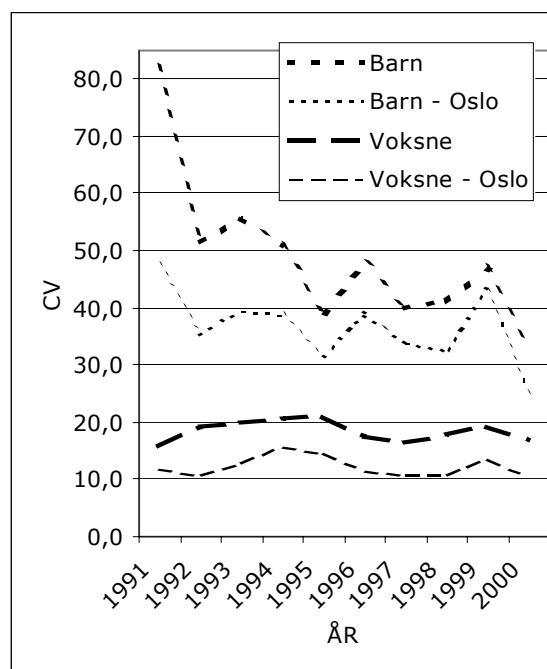
Kilde: SSB, SINTEF Unimed, NPR



Figur 3.14 Fordeling av årsverk i det psykiske helsevernet. Tjenester for barn og unge i forhold til innbyggere 0-17 år. Tjenester for voksne i forhold til innbyggere 18 år og eldre. Lorenz-kurver for 1991 og 2000.



Figur 3.15 Fordeling av årsverk i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks etter bostedsfylke.



Figur 3.16 Fordeling av årsverk i det psykisk helsevernet 1991-2000. Variasjonskoeffisient etter bostedsfylke.

3.3.3 Heldøgnsplasser

Heldøgnsplasser, eller snarere senger, blir ofte brukt som en indikator for ressursinnsatsen innefor helsesektoren. Senger representerer imidlertid i seg selv lite kostnader. Plasstallet vil først ha betydning dersom dette virker normerende på andre faktorer, først og fremst bemanningen, og i noen grad arealbehovet. I dette avsnittet vil vi først se på utviklingen i plasstallet (3.4.1) og deretter sammenholde dette med utviklingen i personellinnsatsen ved døgnavdelingene (3.4.2). Til slutt vil den geografiske fordelingen av heldøgnsplassene bli undersøkt (3.4.3).

3.3.4 Utviklingen i plasstallet

Tabell 3.9 viser utviklingen i tallet på heldøgnsplasser over perioden 1991-2000 etter institusjonstype og målgruppe. Vi har i tillegg beregnet total dekningsgrad i forhold til befolkningen i hver av målgruppene.

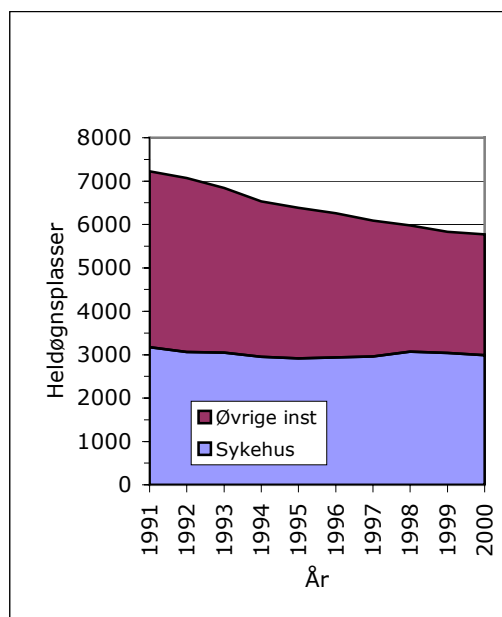
Tabell 3.9 Heldøgnsplasser i det psykiske helsevernet 1991-2000. Etter målgruppe og institusjonstype. Absoluttall og i forhold til innbyggertall i målgruppen.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	Prosent
Heldøgnsplasser totalt												
For voksne												
Sykehus	3172	3063	3046	2953	2916	2938	2960	3070	3039	2989	-183	-6
Andre institusjoner	4053	4009	3793	3581	3467	3317	3125	2910	2789	2780	-1273	-31
Sum voksne	7225	7072	6839	6534	6383	6255	6085	5980	5828	5769	-1456	-20
For barn og unge												
Klinikker	115	130	136	129	125	141	153	170	169	172	57	50
Behandlingshjem	175	171	176	159	154	160	159	155	146	138	-37	-21
Sum barn og unge	290	301	312	288	279	301	312	325	315	310	20	7
Sum totalt	7515	7373	7151	6822	6662	6556	6397	6305	6143	6079	-1436	-19
Heldøgnsplasser per 10 000 innbyggere i målgruppen												
For voksne *	22,0	21,4	20,5	19,5	19,0	18,6	18,0	17,6	17,0	16,8	-5,2	-24
Barn og unge #	2,9	3,0	3,1	2,9	2,8	2,9	3,0	3,1	3,0	2,9	0,0	-1
Totalt ×	17,6	17,1	16,5	15,7	15,2	14,9	14,5	14,2	13,7	13,5	-4,1	-23

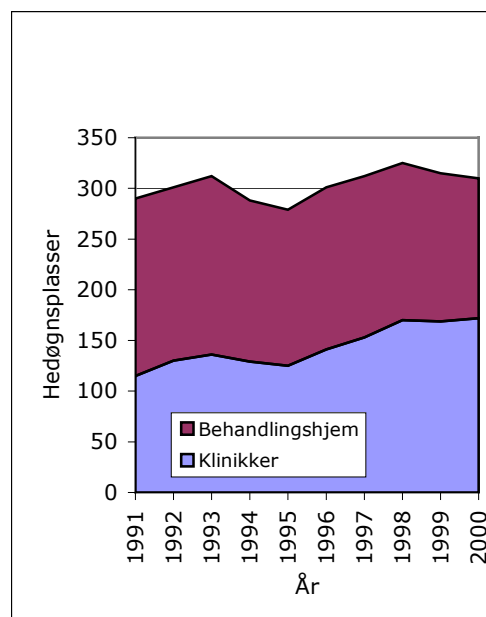
* Per 10 000 innbygger 18 år og eldre. # Per 10 000 innbygger 0-17 år. × Per 10 000 innbygger totalt.

For det psykiske helsevernet samlet sett har det vært en dramatisk nedgang i antall heldøgnsplasser, på drøyt 1400 plasser eller 19 prosent i løpet av perioden. Korrigerer vi for økningen i folketallet blir nedgangen enda sterkere med 23 prosent.

Nedgangen har imidlertid ikke vært jevnt fordelt, nedgangen er i sin helhet knyttet til tjenestene for voksne, med en reduksjon på 1450 plasser, eller 24 prosent om vi korrigerer for folketallet. Figur 3.17 og 3.18 viser utviklingen i plasstallet for henholdsvis voksne og for barn og unge.



Figur 3.17 Heldøgns plasser etter institusjonstype og år. Psykisk helsevern for voksne 1991-2000.



Figur 3.18 Heldøgns plasser etter institusjonstype og år. Psykisk helsevern for barn og unge 1991-2000.

For tjenestene til voksne representerer nedgangen en langsiktig trend. Siden 1973 (da antall plasser var på det høyeste) har plasstallet blitt redusert fra 13566 til 6079, eller med 55 prosent (Pedersen 1999). Dette har også vært en ønsket utvikling. Både i forbindelse med Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen har en vektlagt prinsippene om integrering og normalisering. Ingen skal ha en psykiatriske institusjon som varig bopel. Stortinget har imidlertid ved flere anledninger gitt uttrykk for at institusjonstilbudet ikke bør bygges videre ned, eventuelt før alternative tjenester har blitt bygget ut i lokalsamfunnet. Opptrappingsplanen signaliserer en stans i den videre nedbyggingen.

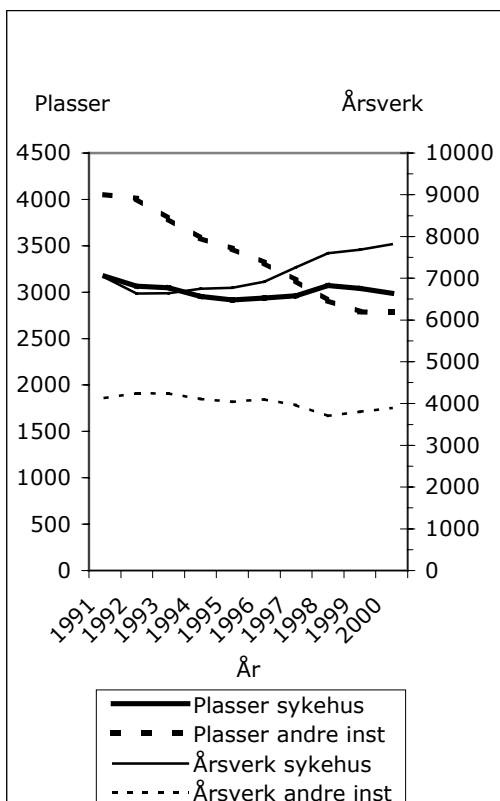
I løpet av 1990-tallet har nedbyggingstakten avtatt både absolutt og relativt. Til sammenligning var nedgangen i den foregående 9-årsperioden (1982-1991) nær 4000 plasser eller 42 prosent korrigert for endringer i folketallet.

Det kan også være grunn til å merke seg at nedbyggingen på 1990-tallet i all hovedsak har vært knyttet til plasser ved "øvrige institusjoner", i denne sammenheng plasser utenfor sykehus. Et sentralt element i nedbyggingen internasjonalt har vært den motsatte, først og fremst en nedbygging av de psykiatriske sykehusene, til dels med utbygging av alternative institusjonsformer. Mange av plassene i "øvrige gruppen" har vært knyttet til sykehjem, som til dels har ligget avsondret og i liten grad vært integrert i lokalsamfunnet. Det kan likevel være grunn til å merke seg at redusert plasstall ved sykehjemmene ikke har blitt fullt ut kompensert gjennom utbygging av plasser ved distriktpsikiatriske sentra.

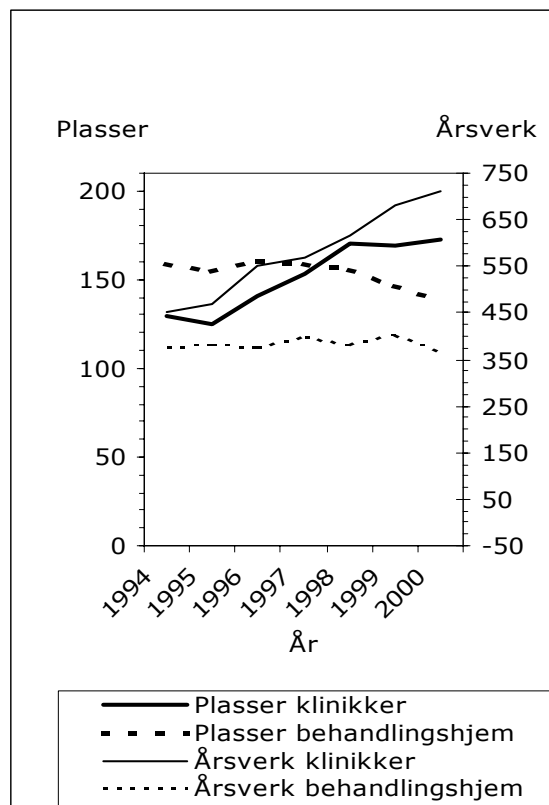
Tjenester for barn og unge har gjennom 1990-tallet vært et satsingsområde. Dette har enda ikke gitt seg synlige utslag i tallet på døgnplasser. Dette har gjennom hele 1990-tallet ligget rundt 300 plasser, eller rundt 3 plasser per 10000 innbyggere. Vi kan imidlertid merke oss at plasser ved behandlingshjem har blitt erstattet av plasser ved klinikker. Dette er i samsvar med Opptrappingsplanen, der regjeringen foreslo at behandlingshjemmene skulle omdannes til institusjoner med samme behandlingsopplegg og bemanning som klinikkene.

3.3.5 Forholdet mellom heldøgns plasser og personellinnsats

Spørsmålet som naturlig reiser seg, er i hvilken grad nedbyggingen av plasstallet har frigjort ressurser til andre tjenester. Vi har valgt å sammenligne utviklingen i plasstallet med utviklingen i personellinnsatsen knyttet til døgnbehandling. Utviklingen er beskrevet i figur 3.19 og 3.20, som viser sammenhengen for tjenester til voksne og tjenester til barn og unge etter institusjonstype. De tykkeste linjene markerer utviklingen i plasstallet. Disse forholder seg til skalaen på den venstre siden av figurene. De tynnere linjene markerer utviklingen i personellinnsats, og forholder seg til skalaen på høyere side av figurene. I figur 3.19 er skalaen justert slik at personellinnsats og plasser i sykehus for voksne har samme utgangspunkt. I figur 3.20 er skalene justert ut fra klinikkene.



Figur 3.19 Årsverk og plasser for døgnbehandling. Psykisk helsevern for voksne 1991-2000.

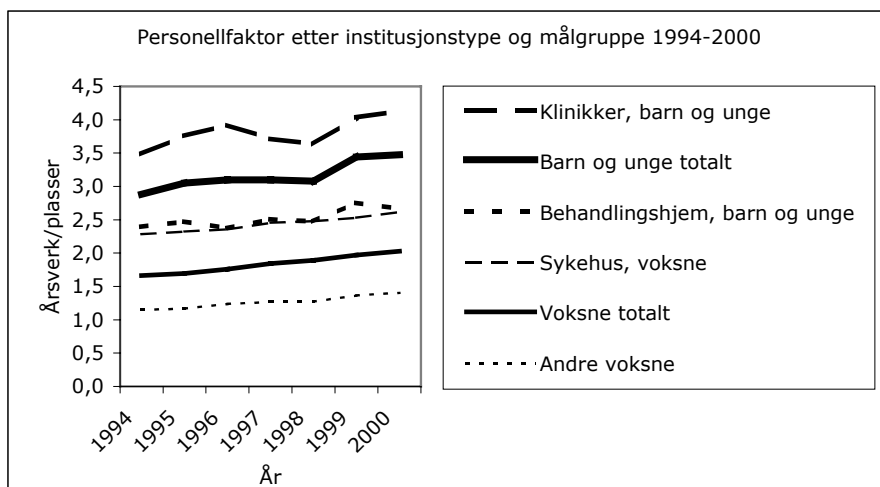


Figur 3.20 Årsverk og plasser for døgnbehandling. Psykisk helsevern for barn og unge 1991-2000.

Som det fremgår av figur 3.19 har det vært en svak nedgang i plasstallet ved sykehusavdelinger for voksne, mens årsverksinnsatsen viser en ikke ubetydelig økning. For øvrige institusjoner for voksne har plasstallet gått ned med 31 prosent, mens årsverksinnsatsen bare har blitt redusert med 5 prosent. Samlet sett har årsverksinnsatsen i ved døgnavdelinger for voksne økt med 11 prosent, på tross av en reduksjon i plasstallet på 20 prosent. Nedgangen i tallet på heldøgns plasser gjenspeiler med andre ord på ingen måte en innsparing eller frigjøring av ressurser for andre formål. Reduksjonen har tvert om, sammen med økt tilgang av personell, bidratt til å heve personelfaktoren (årsverk/plasser) for de gjenværende plassene.

Figur 3.20 viser utviklingen for tjenester til barn og unge over perioden 1994-2000. Mens årsverksinnsatsen ved behandlingshjemmene har holdt seg tilnærmet stabil, har plasstallet blitt redusert med 21 prosent. Redusert plasstall har med andre ord ikke ledet til redusert personellbruk, men til økt personellfaktor for de gjenværende plassene. For klinikkene har økt plasstallet ledet til en tilsvarende økning i personellinnsatsen. Det kan imidlertid se ut for at veksten etter 1998 først og fremst har gått til å øke personellfaktoren, snarere enn plasstallet.

Figur 3.21 viser utviklingen i personellfaktoren over perioden 1994-2000 etter institusjonstype og målgruppe. Som det framgår av figuren har institusjoner for barn og unge gjennomgående en høyere personellfaktor enn institusjoner for voksne, høyest for klinikkavdelingene, lavest for "øvrige institusjoner" for voksne. For alle institusjonsgrupper har det vært en økning i personellfaktoren over perioden. For døgnavdelinger for voksne har denne utviklingen vært kontinuerlig. Særlig for klinikkene for barn og unge har utviklingen gått noe mer i rykk og napp.



Figur 3.21 Personellfaktor etter institusjonstype og målgruppe 1994-2000.

3.3.6 Geografiske variasjoner i dekningsgraden for heldøgns plasser

Neste spørsmål er om døgnkapasiteten har blitt jevnere fordelt over perioden. Tabell 3.10 viser ulike mål for den fylkesvise fordelingen målt ved Gini-indeksen og ved SD og CV for heldøgns plasser per 10000 innbyggere, totalt og etter målgruppe⁹. Fordelingene er beregnet ut fra brukernes bostedsfylke. Det vil si at tallene på fylkesnivå er korrigert for bruk av plasser i andre fylker, i de fleste tilfeller ut fra bostedet til brukerne ved årsskiftet. Tall for dekningsgrad for enkeltfylker er gitt i et vedlegg til kapitlet bakerst i rapporten. Oslo avviker også her betydelig fra nivået på landsbasis. Vi har derfor beregnet variasjonsmålene både med og uten Oslo.

Figur 3.22 viser Lorenz-kurvene for heldøgns plasser for barn og heldøgns plasser for voksne i 1991 og 2000. Figur 3.23 viser utviklingen i Gini-indeksen, mens figur 3.24 viser utviklingen i CV over perioden. Utviklingen for det psykiske helsevernet samlet viser samme mønster som heldøgns plassene for voksne, og er ikke med i figuren.

Figur 3.22 viser tilnærmet det samme mønstret som vi fant for driftsutgiftene. Også for heldøgns plassene finner vi en betydelig utjevning i tilbudet for barn og unge, representert ved at kurven for 1991 ligger betydelig lenger unna diagonalen enn kurven for 2000. For tjenes

⁹ For en omtale av variasjonsmålene viser vi til avsnitt 3.2.2 foran.

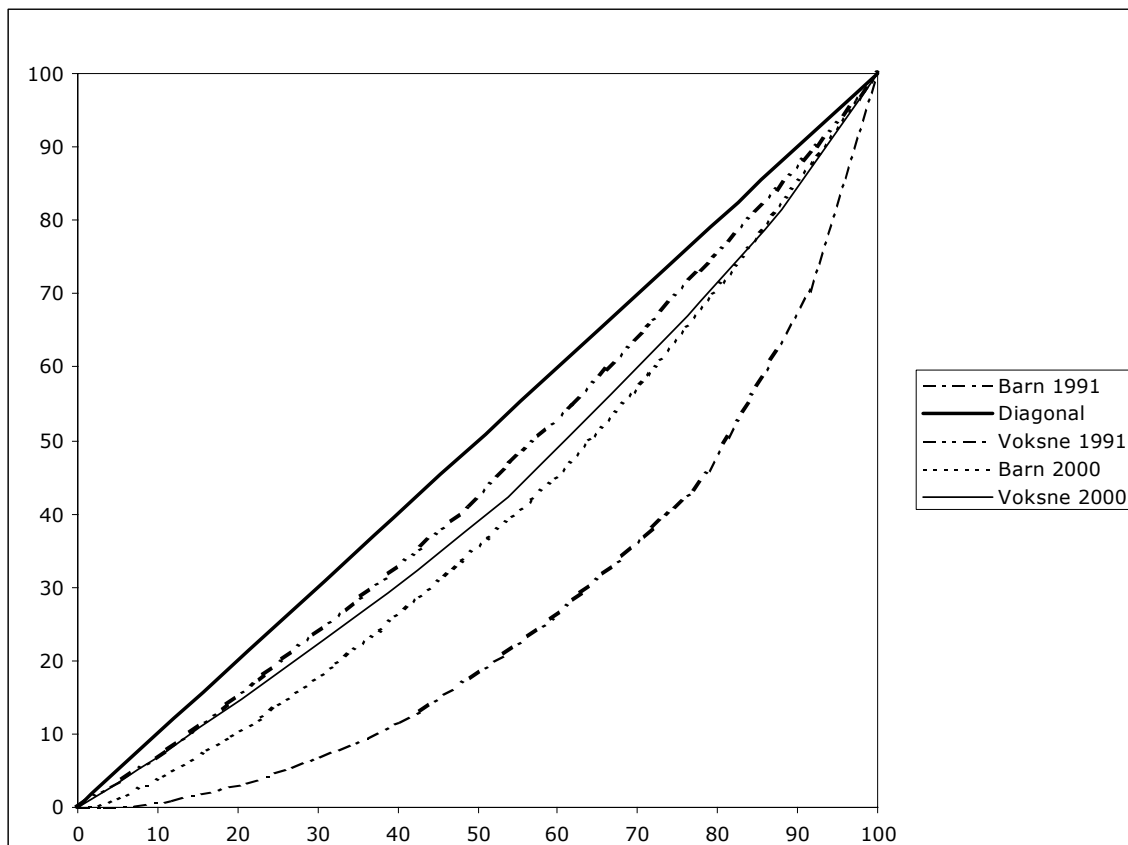
tene til voksne finner vi derimot tegn til økt spredning, slik at fordelingen for de to gruppene har nærmet seg hverandre.

Ser vi på utviklingen over tid, viser Gini-indeksen (figur 3.23) og CV (figur 3.24) det samme mønster. Forskjellene har blitt betydelig redusert for barn og unge, dels ved at Oslo har nærmet seg de øvrige fylkene, men også ved en utjevning mellom de øvrige fylkene innbyrdes. Ettersom plasstallet har holdt seg tilnærmet konstant, innebærer dette en omfordeling snarere enn en utbygging av dette tilbudet.

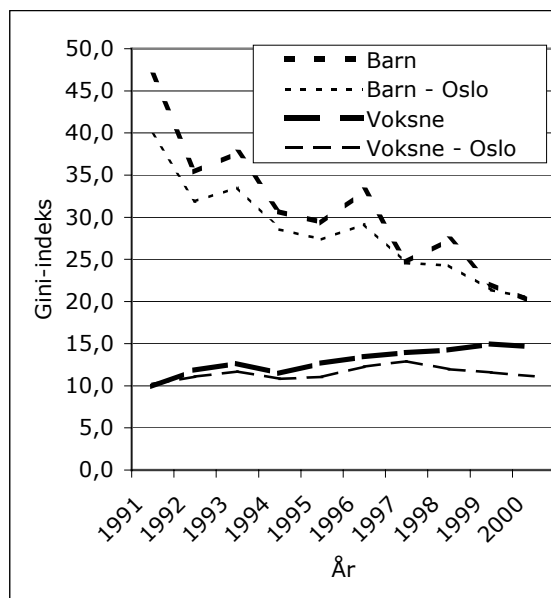
For voksne og totalt finner vi tendenser til økt spredning i løpet av perioden. Dette skyldes i hovedsak at plasstallet for Oslo ikke har blitt bygd ned i samme grad som i de øvrige fylkene. Mellom de øvrige fylkene har fordelingene holdt seg relativt stabile over perioden.

Tabell 3.10 Fordelingen av heldøgnsplasser i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks, standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV) etter år. Fylkesvise variasjoner etter år. Inklusive og eksklusive Oslo.

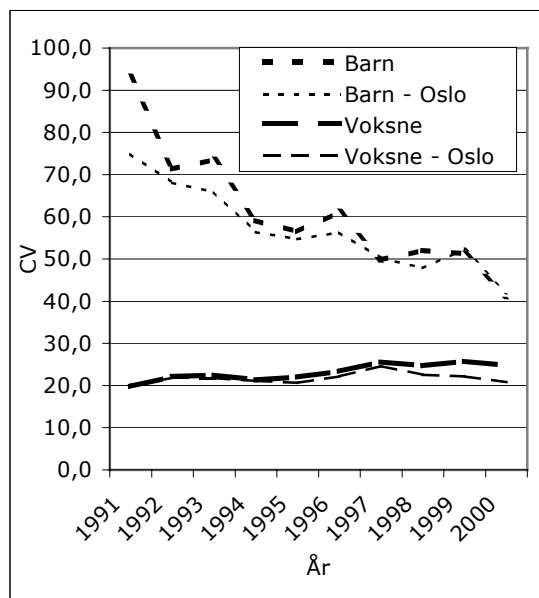
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	Prosent	
Voksne												
inkl Oslo												
Gini	9,9	11,8	12,6	11,5	12,7	13,4	13,9	14,3	15,0	14,6	4,7	48
SD	4,3	4,7	4,5	4,2	4,1	4,2	4,4	4,2	4,2	4,0	-0,4	-9
CV	19,7	22,1	22,5	21,4	22,0	23,3	25,6	24,7	25,8	24,8	5,1	26
Ekskl Oslo												
Gini	10,2	11,1	11,7	10,8	11,1	12,3	12,9	12,0	11,6	11,1	0,9	9
SD	4,4	4,6	4,3	4,0	3,8	3,9	4,1	3,7	3,5	3,2	-1,2	-27
CV	20,1	21,9	21,8	21,1	20,6	22,2	24,7	22,5	22,2	20,8	0,7	4
Barn og unge												
inkl Oslo												
Gini	46,8	35,4	37,6	30,7	29,3	33,2	24,7	27,4	22,1	19,9	-27,0	-58
SD	2,5	2,0	2,0	1,6	1,5	1,7	1,4	1,5	1,5	1,1	-1,3	-54
CV	93,3	71,4	73,6	59,2	56,5	61,2	49,8	52,0	51,2	41,1	-52,2	-56
Ekskl Oslo												
Gini	39,8	31,9	33,5	28,6	27,4	29,2	24,6	24,3	21,4	20,3	-19,5	-49
SD	1,7	1,8	1,6	1,4	1,3	1,5	1,4	1,3	1,5	1,1	-0,5	-32
CV	75,0	68,0	65,9	56,4	54,7	56,3	50,2	47,8	52,3	41,9	-33,1	-44
Psykisk helsevern totalt,												
inkl Oslo												
Gini	10,6	12,2	12,6	11,5	12,8	13,7	13,9	14,2	14,8	14,3	3,7	34
SD	3,5	3,8	3,6	3,3	3,3	3,4	3,5	3,4	3,4	3,2	-0,3	-9
CV	20,3	22,7	22,4	21,4	22,4	23,7	25,5	24,9	26,2	24,9	4,7	23
Ekskl Oslo												
Gini	9,7	10,4	10,4	9,8	10,2	11,3	12,0	11,0	10,7	10,1	0,5	5
SD	3,4	3,5	3,2	3,1	2,9	3,0	3,2	2,8	2,7	2,4	-1,0	-28
CV	19,8	21,5	20,4	20,3	19,9	21,3	23,7	21,2	21,4	19,7	-0,1	0



Figur 3.22 Fordeling av heldøgns plasser i det psykiske helsevernet. Heldøgns plasser for barn og unge per innbygger 0-17 år. Heldøgns plasser for voksne per innbygger 18 år og eldre. Lorenz-kurver etter fylker 1991-2000.



Figur 3.23 Fordelingen av heldøgns plasser i det psykiske helsevernet 1991-2000. Gini-indeks etter bostedsfylke.



Figur 3.24 Fordeling av heldøgns plasser i det psykiske helsevernet 1991-2000. Variasjonskoeffisient etter bostedsfylke.

3.4 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet undersøkt endringer i ressursinnsatsen til det psykiske helsevernet over perioden 1991-2000, med utgangspunkt i indikatorene driftsutgifter, årsverk og heldøgns plasser. De to første indikatorene viser langt på vei den samme utviklingen. En svak vekst på begynnelsen av 1990-tallet erstattes av stillstand fra 1993 til 1995, etterfulgt av en langt sterkere vekst fra 1996 og utover. I realiteten har vi allerede fra 1996 en årlig vekst i driftsnivået tilsvarende den som er skissert i Opptappingsplanen for perioden 1999-2006. Samlet sett økte driftsutgiftene med omlag 1,5 milliarder kroner, målt i faste priser (2000). Dette tilsvarer en vekst på 16 prosent, per innbygger. Personellinnsatsen økte tilsvarende med nær 2100 årsverk, eller 8,5 prosent per innbygger.

Målt i kroner eller årsverk var veksten sterkest for tjenester til voksne, der driftsutgiftene økte med 1,1 milliard, mens personellinnsatsen økte med omlag 1250 årsverk. Relativt sett var imidlertid veksten langt sterkere for tjenester til barn og unge, som hadde en økning i driftsutgiftene på 370 millioner, tilsvarende 800 nye årsverk. For begge mål gir dette en økning på omlag 40 prosent sett i forhold til antall barn og unge i befolkningen.

Det er særlig tre felt som har blitt tilført økte ressurser. Dette gjelder døgnbehandling i sykehusavdelinger for voksne, poliklinisk behandling av voksne og tjenester for barn og unge. Hvert av disse områdene har blitt tilført omlag 800 årsverk. Det har i tillegg vært en økning i driftstilskuddene til privatpraktiserende psykologer og psykiatere på omlag 100 millioner, eller 260 prosent¹⁰. Nedgang i driftsutgiftene finner vi først og fremst for de psykiatriske sykehjemmene, der utgiftene ble redusert med cirka 930 millioner. Dette ble imidlertid kompensert gjennom en sterkere vekst i driftsutgiftene til bo- og behandlingssentra. Nettoveksten synes imidlertid hovedsakelig å ha gått til å øke den poliklinisk kapasiteten ved disse institusjonene.

Samlet sett har sykehusene opprettholdt sin dominerende stilling innenfor tjenester for voksne. 55 prosent av personellinnsatsen gikk både i 1991 og 2000 til døgnbehandling ved sykehus. Sykehusene står (inklusive poliklinikker og dagavdelinger) fortsatt for 63 prosent av driftsutgiftene for disse tjenestene. Vi har med andre ord ikke hatt noen overføring av ressurser fra sykehus til mer desentraliserte tilbud og omsorgsformer, slik trenden har vært internasjonalt.

Tallet på heldøgns plasser har utviklet seg annerledes enn de øvrige ressursindikatorene. På tross av økt ressursinnsats til tjenester for barn og unge, har tallet på heldøgns plasser holdt seg stabilt rundt 300 gjennom hele perioden. For voksne har det vært en reduksjon på 1400 plasser, eller 24 prosent i forhold til folketallet. Nedgangen er likevel både absolutt og relativt lavere enn i den foregående niårsperioden. Nedgangen har i hovedsak kommet ved institusjoner utenfor sykehusene. Nedgangen har ikke frigjort ressurser til andre tjenester. Døgndriften har tvert om blitt tilført årsverk. Samlet sett har dette gitt en ikke ubetydelig økning i personellfaktoren over perioden.

Mellom fylkene har vi fått en betydelig utjevning av tjenestetilbudet til barn og unge. Både for driftsutgifter, personell og heldøgns plasser er forskjellene minst halvert i løpet av perioden. For tjenester til voksne er trenden mer uklar. Forskjeller i driftsutgifter og personellinnsats har holdt seg relativt stabile, mens forskjellene i fordeling av heldøgns plasser har økt med 25-50 prosent, avhengig av indikator. Denne utviklingen har sin bakgrunn i et avvikende utviklingsmønster for Oslo. Mellom de øvrige fylker har det vært en utjevning i utgiftsnivå. På grunn av utjevning innenfor tjenestene til barn og unge har vi også samlet sett, fått en utjevning av driftsutgiftene og personellinnsatsen i det psykiske helsevernet. Denne utviklingen blir enda mer markert hvis Oslo holdes utenfor beregningen.

¹⁰ Beregningen omfatter ikke refusjoner fra trygden. Dette ville gitt en lavere vekst.

4 Produksjon og produktivitsutvikling i det psykiske helsevernet 1991-2000

Per Bernhard Pedersen

4.1 Innledning

En sentral målsetting for Psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen er å øke tilgjengeligheten til tjenestene. Dette vil dels kunne skje gjennom økt ressursinnsats, dels gjennom en bedre strukturering av tjenestene, med økt produktivitet som resultat. Som vi så i foregående kapittel, har det i løpet av siste halvdel av 1990-tallet vært en ikke ubetydelig økning i ressursinnsatsen til sektoren. Spørsmålet som gjenstår er om produktivitsutviklingen har virket i samme eller i motsatt retning.

Vi vil nedenfor benytte produktivitet i en "teknisk" betydning, det vil si som antall produserte enheter per ressursenhet. Innenfor det psykiske helsevernet mangler vi fortsatt gode resultatmål. Produksjonsindikatorerne fanger bare opp enkelte aspekter ved virksomheten, og må sees i sammenheng med de målsettingene som er satt opp for virksomheten. Det noen tolker som redusert produktivitet, tolker andre som bedret kvalitet eller standard. Det ligger derfor ikke noe normativt i produktivitsbegrepet slik vi bruker det her.

Ressursinnsatsen vil bli målt med utgangspunkt i personellinnsatsen. Vi har valgt å benytte denne i stedet for driftsutgiftene, ettersom personellinnsatsen lettere lar seg bryte ned på ulike virksomhetsområder i de datasettene som er tilgjengelige. Samtidig utgjør lønn og sosiale kostnader omlag 80 prosent av de samlede driftsutgiftene. Resultatene vil derfor langt på vei være sammenfallende. En bør imidlertid være oppmerksom på at personellinnsatsen er beregnet med utgangspunkt i punktregistreringer ved utgangen av året (ansatte omregnet til heltidsansatte ut fra stillingsbrøk), mens aktiviteten genereres i løpet av året. Dette kan være en feilkilde ved store endringer i personellinnsatsen.

Analysen av produktivitsutviklingen vil i hovedsak bli avgrenset til tjenestene for voksne. Dette skyldes flere forhold. Aktivitsregistreringen for tjenester til barn og unge har for flere indikatorers vedkommende blitt lagt om i løpet av perioden. Indikatorerne er derfor mindre sammenlignbare over tid. Det relative innslaget av dagvirksomhet er også betydelig høyere ved institusjoner for barn og unge. Resultatene blir dermed mer følsomme i forhold til antakelser om fordeling av personell mellom dag- og døgnvirksomhet.

Tabell 4.1 viser utviklingen for de sentrale produksjonsindikatorerne over perioden 1991-2000. Indikatorerne vil nedenfor bli kommentert og sammenholdt med indikatorer for ressursinnsats i tilknytning til de enkelte virksomhetsområdene.

Tabell 4.1 Behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet 1991-2000 etter målgruppe, driftsform og år.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
												Pst
Tjenester for voksne												
Døgn, sykehus (1000)	1037	1024	1007	974	969	975	1002	1032	1045	1003	-34	-3
Døgn, øvrige inst. (1000)	1327	1285	1237	1135	1088	1059	995	900	863	835	-492	-37
Døgn totalt (1000)	2364	2309	2244	2110	2057	2034	1997	1932	1908	1838	-526	-22
Utskrivninger, sykehus	17034	17311	17626	17628	18239	19106	20313	21081	22640	23370	6336	37
Utskrivninger, øvrige inst.	3684	4166	4604	5322	5803	7014	7959	8133	7866	9549	5865	159
Utskrivninger totalt	20718	21477	22230	22950	24042	26120	28272	29214	30506	32919	12201	59
Oppholdsdager (1000)	309	393	383	415	399	352	319	302	288	269	-40	-13
Konsultasjoner (1000)	318	352	373	407	437	438	445	476	505	521	203	64
Tjenester for barn og unge												
Døgn, klinikker (1000)	22	29	33	30	31	33	35	38	38	39	17	75
Døgn, behandlingshjem (1000)	54	53	53	47	43	43	42	38	38	35	-18	-34
Døgn totalt (1000)	76	83	86	77	74	76	77	77	76	74	-2	-2
Utskrivninger, klinikker	629	786	926	785	750	915	1076	1159	870	986	357	57
Utskr., behandlingshjem	104	105	122	120	115	117	126	120	133	134	30	29
Utskrivninger totalt	733	891	1048	905	865	1032	1202	1279	1003	1120	387	53
Oppholdsdager (1000)	37	38	35	31	27	29	26	35	27	30	-7	-20
Polikliniske tiltak (1000)								186	221	260		

Kilde: SSB, SINTEF Unimed, NPR og Hiadata.

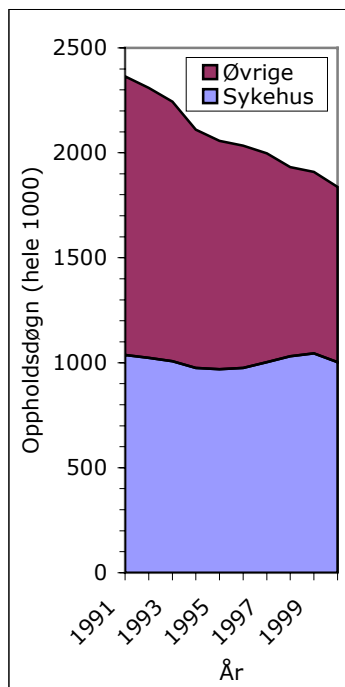
4.2 Heldøgnstjenester for voksne

Utvikling ved døgnavdelingene for voksne er illustrert i figur 4.1 og 4.2. Figur 4.1 viser utviklingen i produksjonen målt ved antall oppholdsdøgn, mens 4.2 viser utviklingen i antall institusjonsopphold målt ved antall utskrivninger. Figurene viser den kumulative fordelingen for sykehusene og for de øvrige institusjonene. Summen av arealene viser utviklingen for institusjonene samlet.

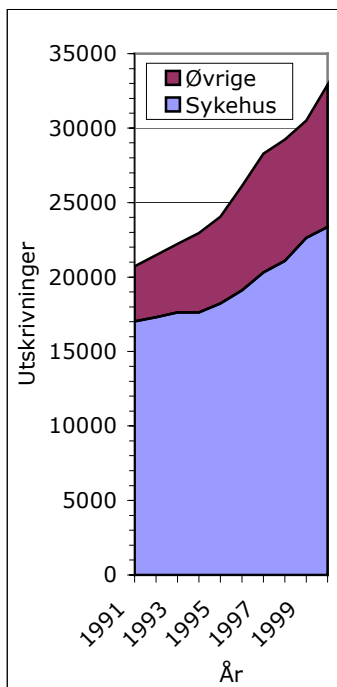
I løpet av perioden har det samlet sett vært en reduksjon i antall oppholdsdøgn på drøyt 20 prosent. Reduksjonen har i sin helhet vært knyttet til institusjonene utenfor sykehusene. Virksomheten ved sykehusene har holdt seg stabil. Disse tallene viser den samme utviklingen som vi fant for antall heldøgnsplasser i foregående kapittel (avsnitt 3.4).

Aktivitetutviklingen målt ved antall utskrivninger viser derimot et helt annet mønster. Antall utskrivninger har over perioden økt med nær 60 prosent. Økningen, målt i absolutte tall har vært like stor ved institusjonene utenfor sykehusene som ved sykehusene, til tross for at disse institusjonene i utgangspunktet sto for under 20 prosent av utskrivningene og i tillegg har hatt en betydelig reduksjon i antall plasser. Aktivitetsøkningen har altså særlig vært knyttet til institusjoner utenfor sykehusene, og en relativt dramatisk omlegging av virksom

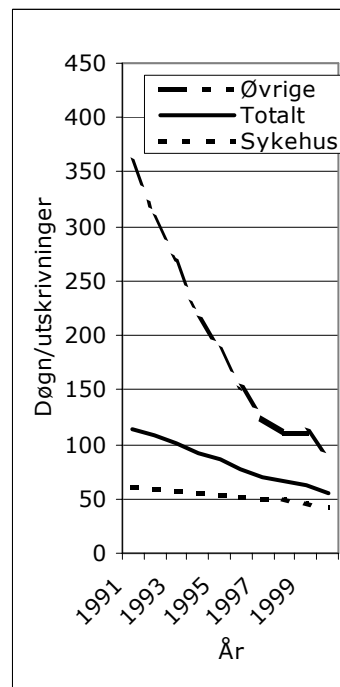
heten ved disse. Dette er illustrert i figur 4.3 som viser utviklingen i den gjennomsnittlige varigheten av institusjonsoppholdene etter institusjonstype og totalt. Oppholdstiden ved institusjoner utenfor sykehusene har blitt redusert med 273 døgn eller 75 prosent over perioden. Ved sykehusene har varigheten gått ned med 30 prosent, fra 61 til 43 døgn. Samlet sett har den gjennomsnittlige oppholdstiden blitt halvert, fra 114 til 56 døgn.



Figur 4.1 Oppholdsdøgn ved døgnavdelinger for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.

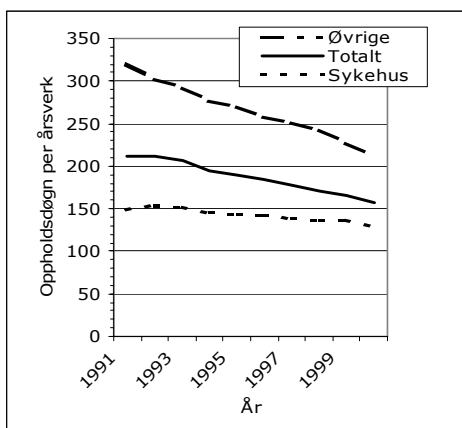


Figur 4.2 Utskrivninger ved døgnavdelinger for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.

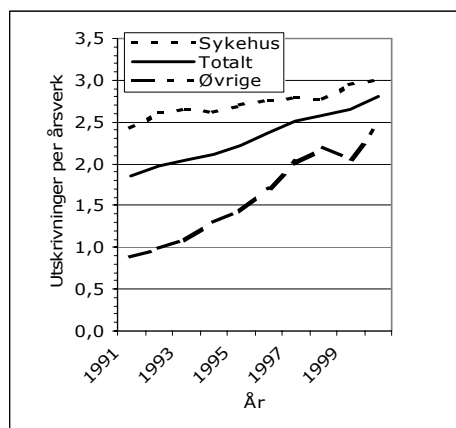


Figur 4.3 Gjennomsnittlig varighet av døgnopphold for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.

Neste spørsmålet blir hvilken innvirkning økt personellinnsats har hatt på endringene i aktiviteten. Dette er illustrert i figur 4.4 og 4.5 som viser produktivitetsutviklingen målt ved antall oppholdsdøgn og antall utskrivinger per årsverk.



Figur 4.4 Oppholdsdøgn per årsverk. Døgnavdelinger for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.



Figur 4.5 Utskrivninger per årsverk. Døgnavdelinger for voksne. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.

Som vi så i kapittel 2 har det samlet sett vært en økning i personellinnsatsen på 5 prosent over perioden. En samtidig nedgangen i døgnproduksjonen på drøyt 20 prosent må derfor tilskrives redusert produksjon per årsverk. Særlig ved institusjonene utenfor sykehus har det vært en betydelig nedgang i produktiviteten målt på denne måten. Over perioden har antall oppholdsdøgn per årsverk blitt redusert fra drøyt 320 til knapt 230, eller med 33 prosent. Ved sykehusene har nedgangen vært betydelig svakere, fra nær 150 til knapt 130 døgn per årsverk (13 prosent). Samlet sett har aktiviteten målt ved antall oppholdsdøgn blitt redusert med ¼ fra 212 til 157 døgn per årsverk. Redusert antall oppholdsdøgn, skyldes med andre ord redusert produktivitet, og ikke redusert ressursinnsats.

Sett i forhold til antall opphold (utskrivninger) får vi et helt annet bilde av utviklingen. Mens personellinnsatsen har økt med 5 prosent, har antall opphold økt med nær 60 prosent, fra 1,9 til 2,8 utskrivninger per årsverk. Hver ansatt "produserte" med andre ord drøyt 50 prosent flere opphold i år 2000 enn i 1991. Veksten er særlig sterk utenfor sykehusene, der produksjonen har økt fra 0,9 til 2,4 opphold per årsverk. Dette tilsvarer nær en tredobling (175 prosent økning) av produktiviteten. For sykehusene er økningen mer beskjeden, med 23 prosents økning. Det har neppe vært en tilsvarende økning i tallet på behandlede pasienter, ettersom antall reinnleggelser sannsynligvis har økt. Endringer i omfanget av dette er imidlertid ikke kjent. Vi vet imidlertid at hver pasient i gjennomsnitt hadde 1,4 opphold per år midt på 1990-tallet (Heggstad og Lilleeng 1996, Heggstad 2001). En er også kjent med at institusjoner utenfor sykehus har utviklet ulike avlastningstilbud (f eks i form av innleggelse hver fjerde uke eller ved behov).

De viktigste endringene på 1990-tallet har med andre ord vært knyttet til heldøgnsinstitusjonene utenfor sykehusene. Ved disse institusjonene har ressursinnsatsen blitt trappet ned. Pasientbelegget (antall oppholdsdøgn) har imidlertid blitt trappet sterkere ned, slik at personellfaktoren (målt i forhold til heldøgns plasser eller oppholdsdøgn) har økt betydelig. Gjennomsnittlig varigheten av oppholdene har blitt redusert med 3/4, slik at tallet på opphold likevel har økt betydelig. Disse forholdene gjenspeiler endrede oppgaver for de mindre institusjonene. Ansvar for sykehjemmenes tidligere hovedoppgave, langtidsomsorg for kroniske pasienter, har gradvis blitt overført til kommunene. De gjenværende institusjonene har utviklet seg til mer åpne, og sannsynligvis mer aktive behandlingstilbud på lokalt nivå, slik dette har blitt skissert i Psykiatrimeldingen og Opptreppingsplanen.

Vi vil avslutningsvis reise spørsmålet om fortsatt satsing på heldøgnsbehandling, særlig ved sykehusene, har vært en riktig prioritering. Tall fra pasientregistreringen i 1999 kan belyse dette. Behandlerne ble her bedt om å angi ideelt behandlingstilbud i tillegg til faktisk behandlingstilbud for alle pasienter innlagt 1. november. Blant sykehuspasientene var det drøyt 300 pasienter som ideelt sett burde hatt et annet døgnstilbud innenfor det psykiske helsevernet. Ved de øvrige institusjonene var det motsatt knapt 300 som heller burde vært innlagt ved sykehus. Forholdet mellom de to institusjonstypene synes derfor i rimelig grad å være i balanse. Ved sykehusene var det imidlertid også omlag 300 pasienter (drøyt 10 prosent) som heller burde hatt et kommunalt botilbud eller egen bolig med tilsyn. Ved de øvrige institusjonene var det over 800 hundre pasienter (1/3 av totalen) som heller burde hatt slike tilbud. Vi mangler gode indikatorer for udekkede behov for heldøgnsstilbud i det psykiske helsevernet. Det er imidlertid åpenbart at døgninstitusjonene fortsatt ivaretar oppgaver som bedre kan ivaretas på annen måte (Hagen 2001).

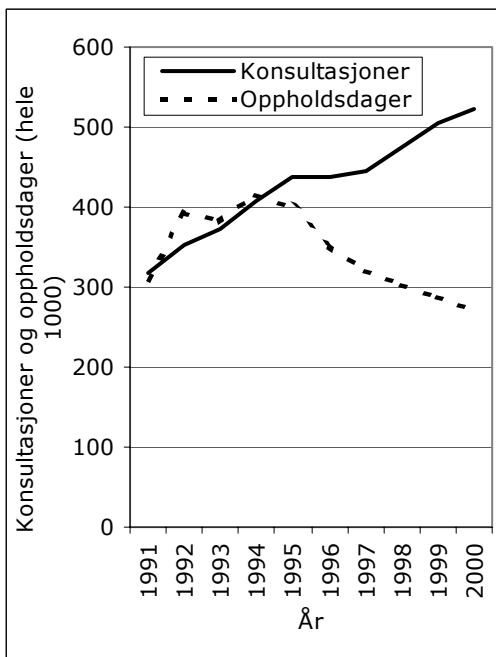
4.3 Poliklinisk og annen dagbehandling for voksne

Det har gjennom lang tid vært en prioritert oppgave å øke dagtilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Særlig gjelder dette utbyggingen av den polikliniske kapasiteten. Dette kom bl.a. til uttrykk i Stortingsmelding 41 (1987-88), der det het at en ytterligere nedbygging av institusjonskapasiteten forutsatte en utbygging av det polikliniske tilbudet. Poliklinisk behandling ble med andre ord sett som et alternativ til innleggelser. Det er imidlertid grunn til å anta at poliklinikkene også representerer et tilbud til andre grupper enn de som tradisjonelt har blitt innlagt. Det er i annen sammenheng dokumentert at de polikliniske pasientene har en annen demografisk og medisinsk profil enn institusjonspasientene (Hagen

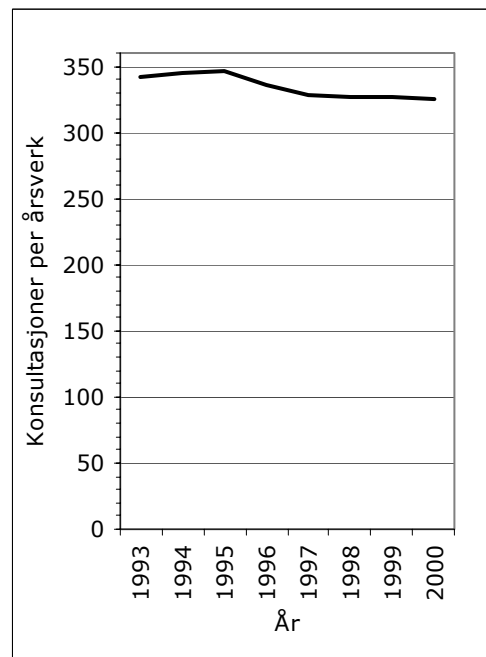
1992, Hagen 1997, Hagen 2001, Heggstad 1996). Utbygging av poliklinikkene representerer derfor sannsynligvis en utvidelse av behandlingstilbudet til andre grupper. Utbyggingen av poliklinikkene har uansett vært en prioritert oppgave. Dette resulterte blant annet i at det fra slutten av 1980-tallet ble innført en statlige refusjonsordning for poliklinisk behandling.

Vi så i foregående kapittel at antall årsverk knyttet til poliklinisk behandling er økt med over 80 prosent i løpet av 1990-tallet¹¹. Spørsmålet blir om antall konsultasjoner har økt tilsvarende. Innledningsvis vil vi imidlertid minne om at poliklinikkene også har en rekke oppgaver som ikke blir registrert gjennom tallet på konsultasjoner, bl a knyttet til veiledning, opplæring og koordinering av tilbud (Hatling og Magnussen 1999).

I figur 4.6 har vi ført opp utviklingen i antall konsultasjoner over perioden. Vi har også tatt med utviklingen i antall oppholdsdager for dagpasienter. Figur 4.7 viser utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner per årsverk over perioden 1993-2000¹².



Figur 4.6 Polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager for dagpasienter. Psykisk helsevern for voksne. 1991-2000.



Figur 4.7 Polikliniske konsultasjoner per årsverk. Psykisk helsevern for voksne. 1993-2000.

Med unntak av perioden 1991-92 viser figur 4.6 ingen særlig økning i dagvirksomheten. Fra 1992 til 1995 ligger nivået på omlag 400 000 oppholdsdager per år. Siden den tid har denne virksomheten blitt redusert til 270 000 døgn i år 2000, dvs en utvikling i motsatt retning av det som har vært antydning i Psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen. Det kan være flere årsaker til dette. Denne typen virksomhet er ikke entydig definert. På den ene siden kan den omfatte oppgaver som i stigende grad blir ivaretatt av primærkommunene (sysseletting, dagsenter mv). På den andre siden kan en ha endret registreringsmåte eller ha omdefinert virksomheten til poliklinisk aktivitet.

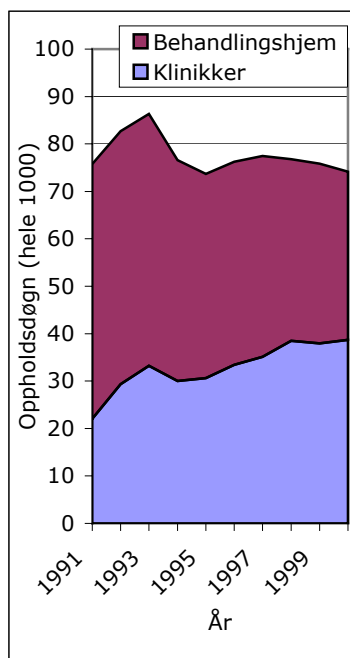
¹¹ Tallet på årsverk i 1991 er sannsynligvis underrapportert med omlag 50-100 årsverk.

¹² Ettersom det er sterk vekst i årsverksinnsatsen, har vi her benyttet gjennomsnittlig årsverksinnsats (personell ved inngangen og utgangen av året), i stedet for personell ved utgangen av året.

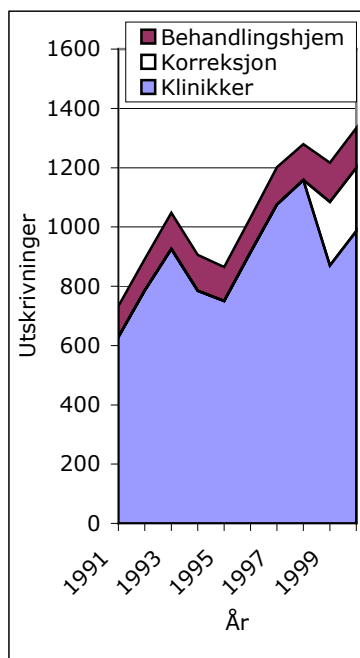
Ser vi derimot på den polikliniske virksomheten, har det vært en betydelig økning over perioden, fra knapt 320 000 konsultasjoner i 1991 til drøyt 520 000 konsultasjoner i år 2000, en økning på nær 65 prosent. Dette skyldes i all hovedsak økt personellinnsats. Figur 4.7 antyder en svak nedgang i produktiviteten fra 1995 til 1997, fra 347 til 329 konsultasjoner per årsverk. Produktiviteten har siden holdt seg tilnærmet konstant, på mellom 325 og 329. Med den usikkerhet som knytter seg til beregningene må konklusjonen være at produktiviteten har holdt seg rimelig stabil¹³. En ser foreløpig få tegn til den relativt betydelige økningen i produktivitet som regjeringen har forutsatt i Opptappingsplanen.

4.4 Heldøgntjenester for barn og unge

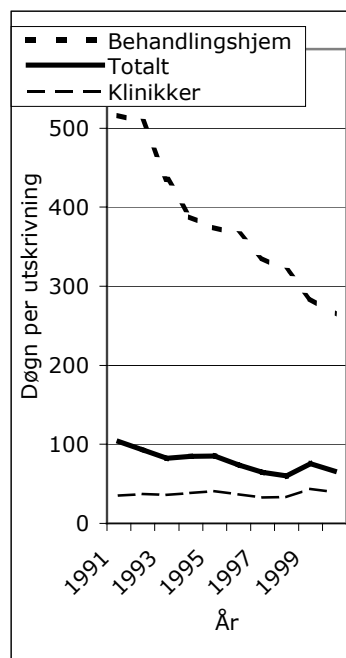
Figur 4.8 viser utviklingen i antall oppholdsdøgn ved institusjoner for barn og unge. Utviklingen er framstilt kumulativt for de to institusjonstypene, slik at summen av de to arealene tilsvarer sum oppholdsdøgn totalt. Figur 4.9 viser utviklingen målt i antall utskrivninger. I figur 4.10 har vi tegnet inn utviklingen i den gjennomsnittlige varigheten av oppholdene, totalt og for hver institusjonstype.



Figur 4.8 Oppholdsdøgn ved døgnavdelinger for barn og unge. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.



Figur 4.9 Utskrivninger ved døgnavdelinger for barn og unge. Etter institusjonstype og totalt. 1991-2000.



Figur 4.10 Gjennomsnittlig varighet av døgnopphold for barn og unge. Etter institusjonstype. 1991-2000.

Figur 4.8 viser langt på vei det samme mønsteret som vi fant for heldøgns plassene i foregående kapittel (avsnitt 3.4). Det gjennomsnittlige belegget ved institusjonene har holdt seg stabilt. Vi kan likevel merke oss at mens plasstallet økte igjen (til et høyere nivå enn 1993) etter nedgangen fra 1993 til 1994, finner vi bare en svak økning i belegget etter 1995. Dette gjenspeiler en nedgang i beleggsprosenten ved institusjonene. Vi kan ellers merke oss at aktiviteten ved behandlingshjemmene har blitt redusert, mens aktiviteten ved klinikkene har blitt styrket, målt ved antall oppholdsdøgn.

¹³ Dette samsvarer med Hatling, Bjørngaard og Johansen (2002), som fant en svak, men ikke signifikant økning for perioden 1998 til 2000, basert på gjennomsnittet for et utvalg poliklinikker.

På tross av stabilt belegg, har det vært en betydelig økning i antall institusjonsopphold målt ved antall utskrivninger. Økningen har imidlertid ikke kommet jevnt. Den kom særlig i 1992 og 1993, og fra 1995 til 1998. Nedgangen fra 1993 til 1995 synes å gjenspeile en reell nedgang i ressursinnsatsen. Tabell 4.1 antyder også en nedgang fra 1998 til 1999. Dette skyldes imidlertid en omlegging av registreringsmåten ved en av de større klinikkene. I figur 4.9 har vi korrigert for dette ved å sammenholde tallene for 1999 ut fra gammel og ny registreringsmetode (marker med et hvitt felt i figuren).

Økningen i antall utskrivninger gjenspeiler to forhold. For det første har kapasiteten ved klinikkene blitt styrket på behandlingshjemmenes bekostning. For det andre synes imidlertid også driften ved behandlingshjemmene å ha blitt lagt om. På tross av en nedgang i belegget på 34 prosent, har det vært en økning i antall utskrivninger på 29 prosent. Varigheten av oppholdene ved behandlingshjemmene er nær halvert, fra 516 til 265 døgn.

Vi så i foregående kapittel at personellinnsatsen i heldøgnsbehandling økte fra 830 årsverk i 1994 til 1078 årsverk i år 2000. Dette tilsvarer en økning på nærmere 30 prosent. Antall utskrivninger har i samme perioden økt med nærmere 50 prosent. Også i døgntjenestene for barn og unge har en altså hatt en produktivitetsøkning. Veksten er imidlertid i sin helhet knyttet til behandlingshjemmene. Tallet på utskrivninger per årsverk ved klinikkene har i beste fall holdt seg konstant.

Opptappingsplanen forutsetter imidlertid at antall plasser skal øke fra 300 til 500. Så langt har økt personellinnsats ikke resultert i flere plasser. Tvert om, økt personellinnsats synes å ha gått til å heve personellfaktoren (her målt ved døgn per årsverk).

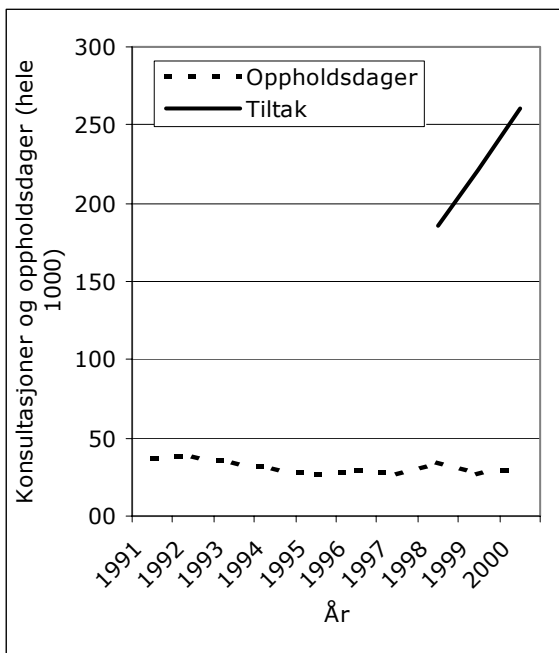
Opptappingsplanen forutsetter riktig nok en styrking av personellfaktoren ved at behandlingshjemmene erstattes eller omdannes til klinikkplasser. Så langt synes det imidlertid å ha vært en tilsvarende økning i personellfaktoren også ved klinikkene.

Vi kan avslutningsvis spørre om årsakene til denne utviklingen. Mangel på økning har delvis sin bakgrunn i at kapasiteten har blitt bygget ned i Oslo. Oslo hadde i utgangspunktet en langt høyere kapasitet enn de øvrige fylkene, men har valgt å prioritere dette ned. I andre fylker kan lav døgnproduksjon gjenspeile "voksesmerter". Det tar tid å etablere nye behandlingsmiljø. Det er imidlertid også grunn til å rette søkelys mot strukturen på de nye institusjonene. Disse er ofte svært små. Dette fører i seg selv lett til en høy personellfaktor "for å få turnusen til å gå rundt". Det fører samtidig til lav beleggsprosent, hvis institusjonene også skal kunne håndtere akutte kriser.

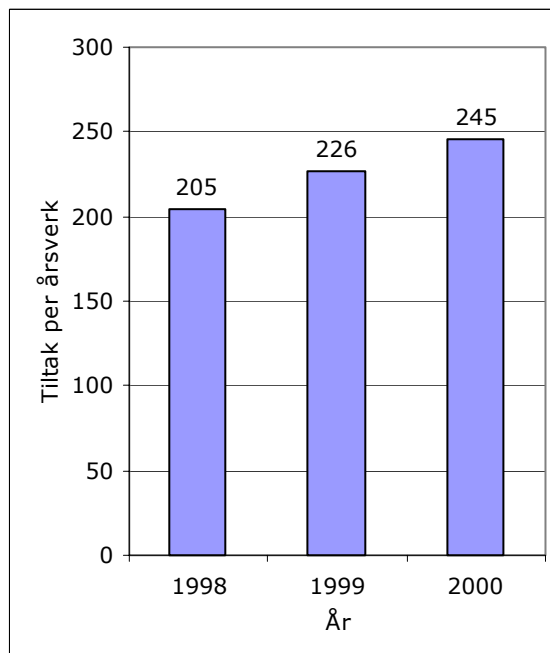
4.5 Polikliniske og andre dagtjenester for barn og unge.

Figur 4.11 viser utviklingen i dagvirksomhet rettet mot barn og unge. Registreringen av den polikliniske virksomheten har blitt lagt om de senere årene. Vi har derfor bare tatt med tallene for perioden 1998-2000. Utviklingen viser det samme mønsteret som vi fant for tjenester til voksne. Virksomheten ved dagavdelingene har gått svakt ned fra første til annen halvdel av perioden. Opptappingsplanen forutsetter en utbygging av tallet på dagplasser. Så langt synes dette ikke å ha bli fulgt opp i praksis.

Det har derimot vært en markert økning i den polikliniske virksomheten over de siste årene. Dette gjenspeiler en markert økning i personellinnsatsen ved poliklinikkene. Opptappingsplanen forutsetter en betydelig økning i produktivitet. Utviklingen, slik produktiviteten nå registreres gjennom antall tiltak per årsverk, viser en klar økning på (på 20 prosent) over perioden 1998-2000.



Figur 4.11 Polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager for dagpasienter. Psykisk helsevern for barn og unge. 1991-2000.



Figur 4.12 Polikliniske tiltak per årsverk. Psykisk helsevern for barn og unge. Nivå og prosent årlig endring. 1991-2000.

4.6 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet undersøkt hvordan produksjonen og produktiviteten har utviklet seg over perioden 1991-2000. For heldøgnsjenester for voksne har det, på tross av økt ressurs-tilgang, vært en nedgang i antall liggedøgn på omlag 20 prosent. Nedgangen er i sin helhet knyttet til institusjonene utenfor sykehusene. Nedgangen i antall oppholdsdøgn fortsetter, på tross av at antall heldøgns plasser i følge Opptrappingsplanen ikke skal gå ytterligere ned. På tross av nedgang i antall oppholdsdøgn, har det likevel vært en betydelig økning i antall institusjonsopphold. På tross av nedgang i personellinnsats og oppholdsdøgn står institusjoner utenfor sykehusene for nær halvparten av økningen. Her har gjennomsnittlig varighet av oppholdene gått ned med 75 prosent i løpet av perioden.

Opptrappingsplanens intensjoner om økt dagvirksomhet (utover poliklinikkene) har foreløpig ikke kommet til uttrykk i praksis. Tvert om har antall oppholdsdager blitt redusert med 1/3 i løpet av siste halvdel av 1990-tallet.

Den polikliniske virksomheten har, i tråd med intensjonene i Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen, økt betraktelig over hele perioden. Samlet sett har det vært en økning på 64 prosent i tallet på polikliniske konsultasjoner. Dette gjenspeiler en tilsvarende økning i personellinnsatsen ved poliklinikkene.

Ved døgnavdelingene for barn og unge har det i perioden 1994-2000 vært en økning i personellinnsatsen på 30 prosent. Antall oppholdsdøgn ved institusjonene har på tross av dette gått ned. Økt personellinnsats har så langt ikke resultert i flere tilgjengelige døgnplasser. Det synes likevel å ha vært en sterkere økning i antall institusjonsopphold enn i antall årsverk, selv om resultatet her er mer usikkert på grunn av endret registreringspraksis. I perioden 1998-2000 har det vært en markant økning i aktiviteten ved poliklinikkene. Dette gjenspeiler dels økt personellinnsats, dels økt produktivitet målt ved antall tiltak per årsverk.

5 Forbruk av tjenester fra det psykiske helsevernet

Per Bernhard Pedersen og Solfrid E. Lilleeng

5.1 Innledning

Bedre tilpassede og mer tilgjengelige tjenester er på mange måter hovedmålet for Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen. Økt ressursinnsats, desentralisering og omorganisering av tjenestene kan sees som virkemidler for å nå dette målet. I dette kapitlet vil tilgjengeligheten til tjenester bli undersøkt med utgangspunkt i ulike mål for forbruk av tjenester. Målene vil ta utgangspunkt i forbruksratene, det vil si at forbruket er standardisert i forhold til målgruppen for tjenestene. For tjenester til barn og unge vil dette si antall innbyggere i alderen 0-17 år, mens tjenester for voksne er standardisert i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre.

To spørsmål vil stå sentralt i gjennomgangen:

- Hvordan har tilgjengeligheten til ulike tjenester (målt ved forbruksraten) utviklet seg over perioden?
- Har vi fått en geografisk utjevning av tjenestene (målt ved fylkesvise variasjoner i ratene)?

Ideelt sett kunne en tenke seg at forbruksmålene var blitt relatert til indikatorer på behov (målt ved diagnoser, skalaer for problembelastning mv), snarere enn befolkningen som helhet. Det er utviklet en rekke slike skalaer, det er imidlertid foreløpig ingen enighet om validiteten til disse instrumentene (Dohrenwend 1995). Samtidig står en relativt liten andel av befolkningen for en stor andel av forbruket. Kartlegging av geografiske variasjoner vil derfor kreve store utvalg.

For helsetjenester stiger gjerne forbruket med alder. Det har derfor vært vanlig å justere for aldersfordelingen. Forbruket av tjenester fra det psykiske helsevernet er imidlertid langt jevnere fordelt mellom ulike aldersgrupper, og alderssammensetning påvirker bare i ubetydelig grad regionale variasjoner. Det finnes imidlertid ulike sosiale egenskaper som synes påvirker forbruket av tjenester. Dette kommer vi tilbake til i neste kapittel. For en nærmere utdyping viser vi til diskusjonen der.

Det er lite kjøp og salg av psykiske tjenester i forhold til eller fra andre land. Forbruk på nasjonalt nivå kan derfor beregnes med utgangspunkt i produksjonsstatistikken fra institusjonene. Innenlands vil en imidlertid kunne motta behandling i andre fylker enn bostedsfylket. Regionale forbruksrater må derfor beregnes med utgangspunkt i individbaserte registre. Disse er imidlertid ikke landsdekkende for hele perioden. For heldøgnstjenester for voksne har vi beregnet rater for årene 1984, 1986, 1988 og 2000. For tjenester til barn og unge vil gjennomgangen være avgrenset til perioden 1996-2000.

Vi vil først se på utviklingen av forbruket nasjonalt, både for voksne og barn (avsnitt 5.2), deretter vil vi se på de geografiske forskjellene i forbruket av tjenester for voksne (avsnitt 5.3) og for barn og unge (avsnitt 5.4).

5.2 Forbruk av tjenester nasjonalt 1991-2000

Forbruksratene for ulike tjenester er gitt i tabell 5.1. Alle rater er beregnet i forhold til 10 000 innbyggere i målgruppen (voksne eller barn).

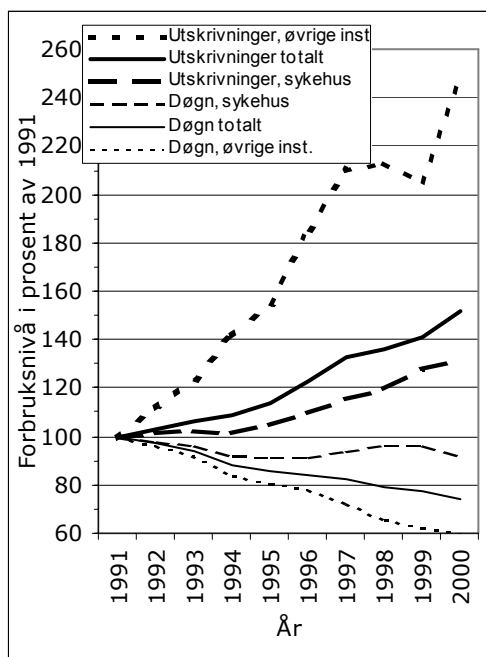
Tabell 5.1 Forbruk av psykiske helsetjenester 1991-2000. Per 10.000 innbyggere etter målgruppe, driftsform og år.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	Pst
Tjenester for voksne *												
Døgn, sykehus	3154	3093	3027	2913	2886	2892	2960	3031	3051	2913	-241	-8
Døgn, øvrige institusjoner	4037	3882	3715	3394	3242	3142	2939	2644	2519	2425	-1612	-40
Døgn totalt	7191	6976	6742	6307	6128	6034	5899	5675	5570	5338	-1853	-26
Utskrivninger, sykehus	52	52	53	53	54	57	60	62	66	68	16	31
Utskrivninger øvrige institusjoner	11	13	14	16	17	21	24	24	23	28	17	147
Utskrivninger totalt	63	65	67	69	72	77	83	86	89	96	33	52
Oppholdsdager	941	1186	1151	1240	1189	1043	943	888	842	781	-160	-17
Konsultasjoner	968	1062	1120	1217	1301	1301	1315	1398	1474	1515	546	56
Tjenester for barn og unge x												
Døgn, klinikker	224	297	334	299	302	327	341	370	360	365	141	63
Døgn, behandlingshjem	544	540	533	464	425	419	410	368	360	335	-210	-39
Døgn totalt	768	836	867	763	727	746	751	738	720	699	-69	-9
Utskrivninger, klinikker	6,4	7,9	9,3	7,8	7,4	9,0	10,4	11,1	8,3	9,3	3	46
Utskrivninger, behandlingshjem	1,1	1,1	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	0	20
Utskrivninger totalt	7,4	9,0	10,5	9,0	8,5	10,1	11,7	12,3	9,5	10,6	3	42
Oppholdsdager	377	389	348	309	264	284	256	334	257	282	-95	-25
Polikliniske tiltak								1788	2099	2451		

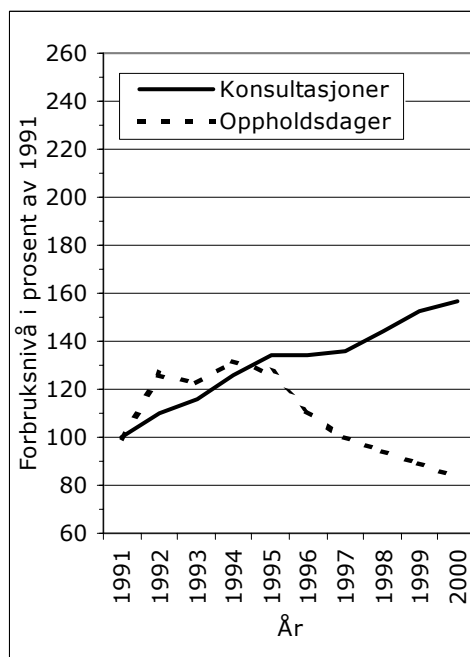
*Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre x Per innbygger 0-17 år.

Kilde: SINTEF Unimed, NPR, og SSB og Hiadata

Figur 5.1 viser utviklingen i forbruk av heldøgnstjenester for voksne. I tillegg til totalforbruket målt ved antall oppholdsdøgn og utskrivninger har vi foretatt separate beregninger for sykehusavdelingene og for andre institusjoner. Ratene er justert i forhold til forbruksnivået i 1991, som er satt lik 100. Figuren viser med andre ord relative endringer i forbruket i prosent av nivået i 1991. Figur 5.2 viser den tilsvarende utviklingen for oppholdsdager og polikliniske konsultasjoner for dagpasienter.



Figur 5.1 Forbruk av heldøgntjenester fra det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Avsluttede opphold og oppholds-døgn per innbygger 18 år og eldre per år, i prosent av nivået i 1991. Etter institusjonstype og totalt.



Figur 5.2 Forbruk av dagtjenester fra det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Oppholdsdager og polikliniske konsultasjoner per innbygger 18 år og eldre per år, i prosent av nivået i 1991.

Utviklingen gjenspeiler nødvendigvis langt på vei det sammen mønster som vi fant i foregående kapittel. Ettersom befolkningen har økt i løpet av tiåret, vil imidlertid veksten i forbruk være noe svakere enn veksten i produksjon.

Det har vært en betydelig økning i forbruket av døgntjenester målt ved antall utskrivninger, mens det har vært en nedgang i forbruk målt ved oppholdsdøgn. Oppholdenes varighet har med andre ord gått ned, og institusjonene har åpnet seg mot omgivelsene. Det har blitt lettere å bli lagt inn, men samtidig lettere å bli skrevet ut. Samlet sett har antall utskrivninger økt med ca 50 prosent over perioden, mens forbruket av døgn har blitt redusert med ca 25 prosent. Forbruksendringene er særlig knyttet til institusjonene utenfor sykehusene. Forbruket av oppholdsdøgn har her blitt redusert med 40 prosent, mens antall utskrivninger har økt med 140 prosent. Det har bare vært en svak nedgang i forbruket av oppholdsdøgn ved sykehusene (minus 8 prosent), mens antall utskrivninger har økt med ca 30 prosent.

Noe av økningen skyldes sannsynligvis flere reinnleggelser¹⁴, uten at omfang er kjent. Tilgjengelighet, målt ved antall brukere har derfor neppe økt tilsvarende. Økningen i antall opphold har imidlertid vært såpass betydelig at en også har hatt en realvekst målt ut ved antall brukere.

Ut fra det offentlige ordskiftet kan en lett få det motsatte inntrykket: at tilgjengeligheten, har blitt redusert på grunn av nedskjæringer. Vi vil i den forbindelse minne om at det har vært en realvekst i ressursinnsatsen til sykehusavdelingene målt ved antall årsverk¹⁵. For

¹⁴ Økende antall reinnleggelser har av enkelte blitt tolket som kvalitetssvikt på grunn av for knappe ressurser. På grunn av lite antall døgnplasser blir pasientene skrevet ut for tidlig. Økt antall reinnleggelser kan imidlertid også bety at pasienter som tidligere tilbrakte det meste av tiden på institusjon nå kan tilbringe det meste av tiden utenfor, med institusjonsopphold, gjerne planlagte, i avgrensede perioder.

¹⁵ Konf avsnitt 3.3. Dette gjelder selv om vi justerer for endringer i folketallet.

klaringen på eventuelle kriser må derfor søkes andre steder. Tre hypoteser vil her være aktuelle:

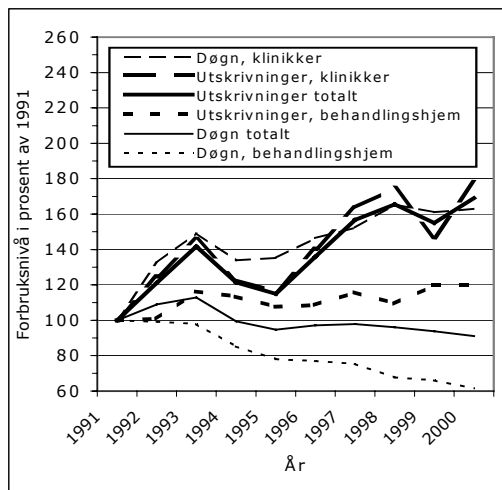
- Krisen er av permanent karakter, og ikke spesielt knyttet til endringer på 1990-tallet.
- Selv om en på nasjonalt nivå har hatt en økning, vil en i enkeltfylker kunne ha hatt nedskjæringer.
- Det kan ha vært en økning i behovet for tjenester, eksempelvis knyttet til dobbelproblematikk (rus og psykiske problem).

Hovedpoenget er at disse forholdene ikke kan knyttes til noen nedprioritering av døgntilbudet på nasjonalt nivå.

I følge Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen er det en prioritert målsetting å styrke poliklinisk og annen dagvirksomheten. Figur 5.2 viser utviklingen i forbruket målt ved oppholdsdager for dagpasienter og konsultasjoner for polikliniske pasienter. Forbruket av polikliniske tjenester har økt jevnt gjennom hele perioden, og ligger nærmere 60 prosent over nivået i 1991. Den øvrige dagvirksomheten viser derimot et annet mønster. Virksomheten øker fra 1991 til 1992. Denne økningen kan imidlertid skyldes underrapportering av tallet på oppholdsdager i 1991. Særlig fra 1996 og utover har det imidlertid vært en betydelig nedgang i forbruket av slike tjenester. Utviklingen synes med andre ord å gå i motsatt retning av det som ble skissert i Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen.

Dette kan skyldes flere forhold. Nedbyggingen kommer samtidig med utvidelsen av øremerkede tilskudd til utbygging av tjenester i kommunene. Deler av dagvirksomheten, kan neppe defineres som "spesialisthelsetjenester", og ansvaret for disse tjenestene har blitt overtatt av primærkommunene. Deler av virksomheten kan også i realiteten ha vært poliklinisk virksomhet, og har ut fra hensynet til finansieringsordningene blitt omdefinert til dette. Mer uheldig er det imidlertid hvis dette snarere representerer en omdefinering av oppgaver ut fra finansielle hensyn. En bør imidlertid også vurdere om tilbakeholdenheten med å etablere nye dagtilbud som kan skyldes en overvurdering av behovet for slike tjenester i Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen.

Figur 5.3 viser utviklingen i heldøgnsomsorgen for barn og unge. I figuren har vi tatt med forbruksrater for utskrivninger og oppholdsdøgn samlet. Vi har også tatt med egne tall for



klinikkene og for behandlingshjemmene. Alle ratene er standardisert i forhold til ratene for 1991, som er satt lik hundre. Tall for senere år angir altså forbruksratene i prosent av nivået i 1991. Målt ved antall utskrivninger har det også for barn og unge vært en markert økning i forbruksnivået. Dette ligger nå omlag 70 prosent over nivået i 1991.¹⁶ Det samme mønsteret finner vi også for klinikkene, ettersom behandlingshjemmene står for en svært liten andel av forbruket målt ved antall utskrivninger. For behandlingshjemmene finner vi bare en svak økning i forbruksnivået målt ved antall utskrivninger. Økningen kom her særlig i begynnelsen av perioden. Forbruksnivået har siden holdt seg stabilt.

Figur 5.3 Forbruk av heldøgns tjenester fra det psykiske helsevernet for barn og unge 1991-2000. Avsluttede opphold og oppholdsdøgn per innbygger 18 år og eldre per år, i prosent av nivået i 1991. Etter institusjonstype og totalt.

¹⁶ For å få sammenlignbare tidsserier, har vi for 1999 og 2000 justert opp antall utskrivninger med ca 200. Dette skyldes omlegging av registreringspraksis ved en større institusjon. Justeringen er basert på data for 1999, som gjør det mulig å sammenligne resultatene ut fra de to registreringsmåtene.

Økt ressursinnsats til døgnbehandling har foreløpig ikke resultert i flere oppholdsdøgn. I Opptrappingsplanen har en riktignok ønsket å erstatte eller omdanne plasser ved behandlingshjemmene til klinikkplasser med en mer aktiv profil. Det har også vært for redusert forbruk ved behandlingshjemmene. I Opptrappingsplanen er det lagt opp til en økning av plasstallet med 70 prosent.

Statistikken for dagavdelingene er preget av store årlige variasjoner. Forbruksnivået synes samlet sett å ha gått noe ned i første halvdel av tiåret, mens utviklingen i annen halvdel synes å ha flatet ut. Det er så langt ingen tegn til økning i denne virksomheten, i tråd med opptrappingsplanens målsetting om å etablere 265 nye dagplasser over opptrappingsperioden. Forbruket av polikliniske tjenester, målt ved antall tiltak, har økt med 37 prosent over perioden 1998-2000. Regionale variasjoner i tilgangen til tjenester for voksne

5.3 Regionale variasjoner i tilgangen til tjenester for voksne

Det neste spørsmålet vi ønsker å belyse, er om forbruket av tjenester har blitt jevnere geografisk fordelt over perioden. Vi vil først se på forbruket av heldøgnstjenester for voksne. Mens vi i foregående avsnitt tok utgangspunkt i institusjonsstatistikken, er vi her avhengig av individbaserte opplysninger, ettersom brukerne ikke nødvendigvis benytter institusjoner i eget fylke.

Tabell 5.2 viser variasjon i forbruket av heldøgnstjenester for årene 1994, 1996, 1998 og 2000. Tabellen viser utviklingen totalt og for henholdsvis sykehus og for øvrige institusjoner separat, belyst ved Gini-indeksen, standardavviket og variasjonskoeffisienten. For en nærmere omtale av de statistiske målene viser vi til avsnitt 3.2.2. Vi har igjen kjørt separate analyser med og uten Oslo.

Som mål på forbruk har vi her brukt antall institusjonsopphold totalt (avsluttede opphold pluss gjenværende pasienter ved utgangen av året), siden dette har vært den tradisjonelle analyseenheten i forbruksstudiene innen feltet. Vi har med andre ord brukt en annen indikator her enn i foregående avsnitt (der vi bare tok med de avsluttede oppholdene). Vi har i tillegg analysert antall oppholdsdøgn.

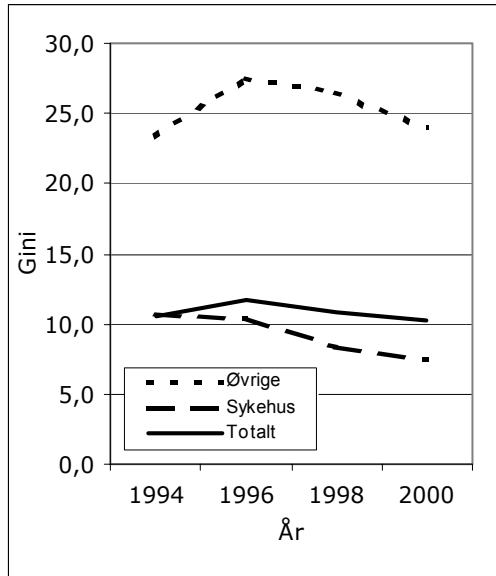
Resultatene bygger på de individbaserte pasientdatasettene som er innsamlet av SINTEF Unimed og Norsk Pasientregister. Disse er ikke komplette. For de to første årgangene mangler eksempelvis data fra Telemark Sentralsykehus. Dette fylket er derfor utelatt fra analysen. I andre tilfelle har det vært nødvendig å benytte estimater for å få fram komplette tall. Det er gjort rede for dette i et eget vedlegg til kapitlet bakerst i rapporten. Her vil en også finne tall for forbruksnivået i det enkelte fylke.

Figur 5.4 og 5.6 viser utviklingen i de fylkesvise forskjellene i forbruket av institusjonsopphold, målt ved Gini-indeksen og variasjonskoeffisienten (CV). Figur 5.5 og 5.7 viser den tilsvarende utviklingen for forbruket av oppholdsdøgn. For institusjonsoppholdene påvirker Oslo hverken nivået eller utvikling i forbruksvariasjonene. For å forenkle figuren er mål eksklusive Oslo utelatt fra figuren. Det samme gjelder oppholdsdøgn ved øvrige institusjoner. Også denne linjen er derfor utelatt fra figuren.

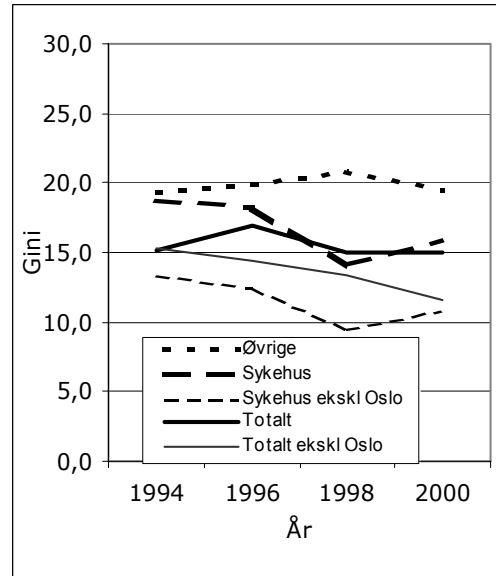
Tabell 5.2 Variasjon i forbruket av psykiatriske heldøgnstjenester for voksne. Fylkesvise variasjoner 1994, 1996, 1998 og 2000. Døgnopphold (avsluttede og ikke avsluttede) og oppholdsdøgn per 10.000 innbyggere etter pasientenes bostedsfylke. Gini-indeks standardavvik (SD) og Variasjonskoeffisient. Fylker.

	Døgnopphold				Endring 1994-2000		Oppholdsdøgn				Endring 1994-2000	
	1994	1996	1998	2000	Pst		1994	1996	1998	2000	Pst	
Sykehus	62	61	70	76	14	23	2766	2839	2991	2889	122	4
Totalt ekskl. Telemark												
Gini	10,7	10,4	8,3	7,5	-3,2	-30	18,7	18,3	14,0	15,9	-2,8	-15
SD	12,2	11,7	13,8	12,6	0,3	3	841	882	742	783	-59	-7
CV	20,1	18,4	19,4	16,6	-3,5	-18	32,9	33,0	26,8	29,7	-3,2	-10
Totalt ekskl. Oslo og Telemark	59	61	69	74	15	25	2469	2571	2740	2612	143	6
Gini	10,0	9,3	8,7	7,0	-3,0	-30	13,4	12,5	9,5	10,8	-2,6	-20
SD	11,9	11,2	14,2	12,5	0,6	5	622	636	567	574	-48	-8
CV	19,8	17,9	20,0	16,6	-3,1	-16	25,7	25,2	21,3	22,9	-2,8	-11
Øvrige institusjoner												
Totalt ekskl. Telemark	26	27	32	35	9	36	3180	2941	2689	2485	-695	-22
Gini	23,4	27,6	26,5	24,0	0,6	2	19,3	19,9	20,8	19,5	0,2	1
SD	14,5	18,7	19,5	20,2	5,7	39	13653	11263	10824	896	-469	-34
CV	49,8	56,2	52,8	49,8	0,0	0	40,5	38,2	40,9	37,0	-3,5	-9
Totalt ekskl. Oslo og Telemark	27	30	34	37	9	35	3215	2852	2593	2337	-879	-27
Gini	22,6	26,6	25,1	23,8	1,2	5	20,5	20,9	22,3	19,7	-0,9	-4
SD	14,5	18,7	19,5	20,4	5,9	40	1403	1134	1100	879	-524	-37
CV	48,5	54,6	51,3	49,0	0,5	1	41,3	39,3	42,3	37,3	-4,0	-10
Alle institusjoner												
Totalt ekskl. Telemark	87	88	101	111	24	27	5946	5780	5680	5373	-573	-10
Gini	10,5	11,8	10,9	10,2	0	-3	15,2	17,0	15,0	15,1	0	-1
SD	17,7	23,0	26,9	26,0	8	47	2131	1650	1455	1298	-832	-39
CV	19,6	23,8	24,8	22,3	3	14	37,9	29,4	26,9	25,7	-12	-32
Totalt ekskl. Oslo og Telemark	86	91	102	110	24	28	5685	5424	5333	4949	-736	-13
Gini	11,3	12,7	11,4	11,0	0	-2	15,3	14,4	13,3	11,5	-4	-24
SD	18,2	23,7	27,5	26,8	9	47	1669	1445	1327	1032	-637	-38
CV	20,2	24,5	25,2	22,9	3	13	28,7	26,7	25,2	21,2	-7	-26

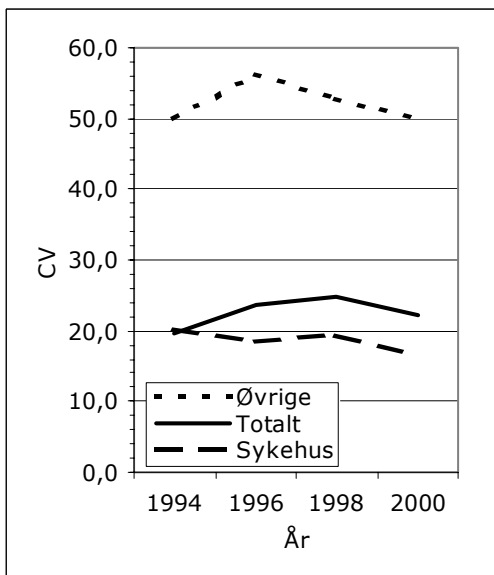
Kilde: SINTEF Unimed, NPR



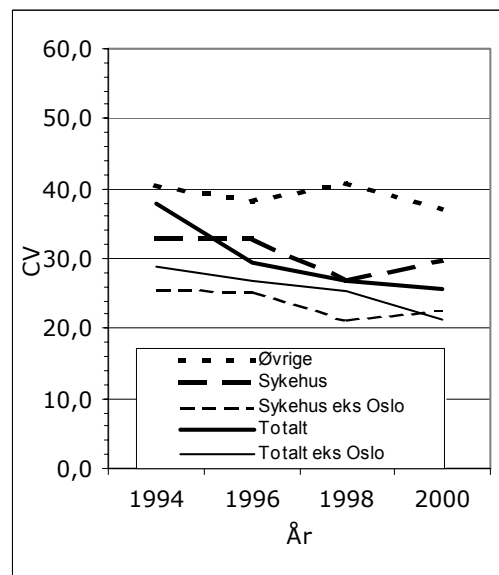
Figur 5.4 Fordeling av heldøgnsopphold (avsluttede og uavsluttede) i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Gini-indeks etter brukernes bostedsfylke. Etter institusjonstype og totalt.



Figur 5.5 Fordeling av oppholdsøgn i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Gini-indeks etter brukernes bostedsfylke. Etter institusjonstype og totalt.



Figur 5.6 Fordeling av heldøgnsopphold (avsluttede og uavsluttede) i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Variasjonskoeffisient ut fra brukernes bostedsfylke. Totalt og etter institusjonstype.



Figur 5.7 Fordeling av oppholdsøgn (avsluttede og uavsluttede) i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2000. Variasjonskoeffisient ut fra brukernes bostedsfylke. Totalt og etter institusjonstype.

Ser vi på forbruket av opphold samlet, viser både Gini-indeksen og variasjonskoeffisienten (CV) økende forskjeller fra 1994 og utover. For Gini-indeksen snur imidlertid denne trenden tidlig, og viser samlet sett en nedgang på 3 prosent i ulikheten over perioden som helhet. CV viser også utjevning mot slutten av perioden, men nivået i 2000 ligger likevel 14 prosent over nivået i 1994. Årsaken til de ulike resultatene må skyldes forskjellig utvikling i store og små fylker: Mens Gini-indeksen veker for folketall har Oslo og Finnmark samme innvirkning på CV.

For sykehusopphold finner vi for begge indikatorer en ikke ubetydelig utjevning i løpet av perioden med henholdsvis, 18 (Gini) og 30 (CV) prosents nedgang. Opphold ved øvrige institusjoner er gjennom hele perioden langt mer ulikt fordelt enn for sykehustjenesten. Forskjellen øker først i perioden for så igjen å avta. Forskjellene blir dermed minimale mellom 1994 og 2000. Årsaken til at forskjellene for institusjonene samlet likevel øker, skyldes at de øvrige institusjonene har tatt en større andel av oppholdene mot slutten av perioden.

For oppholdsdøgn totalt viser Gini-indeksen økende ulikhet fra 1994 til 1996, for deretter å bevege seg tilbake til utgangsnivået i 2000. CV viser derimot en markert nedgang i forskjellene gjennom hele perioden. Årsaken til det ulike resultatet skyldes utviklingen i Oslo. Oslo har, på tross av høye døgnrater i utgangspunktet økt ratene med ytterligere syv prosent i løpet av perioden, mens fylkene samlet viser en nedgang på 10 prosent (se tabell v5.3 i vedlegget). Mellom de øvrige fylker har det vært en klar utjevning. For sykehusene har det også vært en utjevning, selv om forskjellene øker noe mot slutten av perioden.

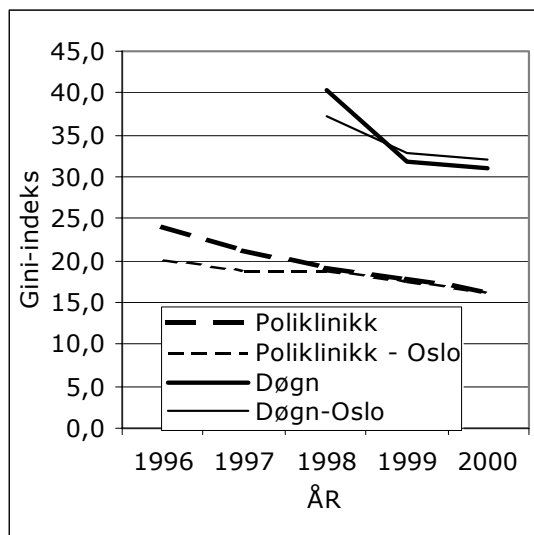
5.4 Regionale variasjoner i tilgangen til tjenester for barn og unge

I dette avsnittet vil vi se på utviklingen i det regionale forbruket av tjenester for barn og unge. Vi vil her se på antall unge som mottar polikliniske tjenester og heldøgnstjenester i løpet av det enkelte år. Dette vil bli målt som rater i forhold til antall innbyggere i alderen 0-17 år. Denne statistikken har blitt utviklet i løpet av 1990-tallet. For poliklinikkene har vi derfor bare landsdekkende tall for perioden 1996-2000, mens vi for døgninstitusjonene foreløpig bare har tall fra 1998 og fremover. Utviklingen er vist i tabell 5.3. De statistiske målene er de samme som ble brukt i foregående avsnitt. Resultatet er framstilt grafisk i figur 5.8 og 5.9 som viser utviklingen for henholdsvis Gini-indeksen og variasjonskoeffisienten. Vi har igjen valgt å presentere tallene inklusive og eksklusive Oslo. Ratene på fylkesnivå presenteres i vedlegget til kapitlet bakerst i rapporten.

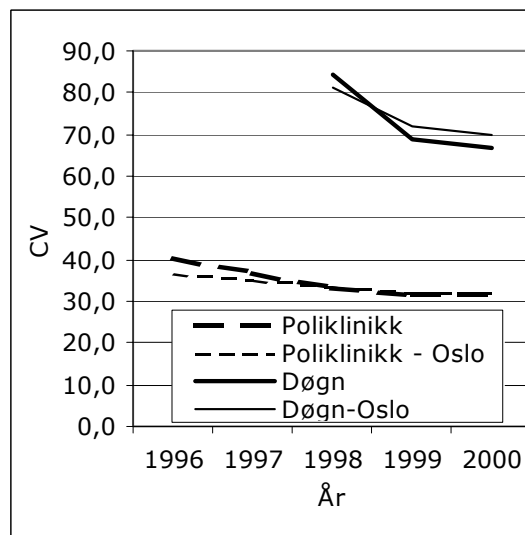
Tabell 5.3 Forbruk av psykiske helsetjenester for barn og unge. Brukere av polikliniske tjenester 1996-2000 og av døgnstjenester 1998-2000. Per 10.000 innbyggere 0-17 år. Bostedsfylke.

	Polikliniske tjenester					Døgnstjenester						
	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1996-2000		1998	1999	2000	Endring 1998-2000	
						Pst					Pst	
Totalt inkl Oslo	162	172	184	204	231	69	42	11,3	13,8	15,1	3,8	34
Gini	24,1	21,2	19,2	17,8	16,3	-8	-32	40,5	31,7	31,1	-9,3	-23
SD	67	64	64	68	76	9	13	8,5	9,7	10,3	1,7	20
CV	40,6	36,7	33,2	31,6	31,3	-9	-23	84,1	68,9	66,9	-17,2	-20
Totalt, ekskl Oslo	146	159	176	196	223	77	53	29,6	42,0	45,8	16,2	55
Gini	20,2	18,9	18,8	17,6	16,2	-4	-20	37,3	32,8	32,0	-5,3	-14
SD	58	59	63	68	77	19	34	7,4	9,9	10,4	3,1	42
CV	36,5	34,9	33,6	32,2	32,0	-4	-12	81,3	71,7	69,7	-11,6	-14

Kilde: Hiadata og SINTEF Unimed



Figur 5.8 Forskjeller i forbruk av døgntjenester 1998-2000 og polikliniske tjenester 1996-2000 for barn og unge. Brukere i forhold til innbyggere. Gini-indeks etter bostedsfylke.



Figur 5.9 Forskjeller i forbruk av døgntjenester 1998-2000 og polikliniske tjenester 1996-2000 for barn og unge. Brukere i forhold til innbyggere. Variasjonskoeffisient etter bostedsfylke.

Det har over perioden 1996-2000 vært en betydelig utjevning i forbruket av polikliniske tjenester. Tendensen til utjevningen er mest markert hvis Oslo inkluderes i beregningen, Gini-indeksen reduseres med 32 prosent, mens CV reduseres med 23 prosent. Det har imidlertid også vært en markert utjevning mellom de øvrige fylker innbyrdes (med reduksjon i indeksen på henholdsvis 20 og 12 prosent). Denne utviklingen skyldes økt forbruk i de øvrige fylker, og ikke reduksjon i forbruksnivået for Oslo¹⁷.

Også for døgntjenestene finner vi en markert utjevning av forbruket. Over to-årsperioden 1998-2000 ble forskjellene redusert med drøyt 20 prosent, hvis Oslo inkluderes. Det er imidlertid også en markert utjevning mellom de øvrige fylker innbyrdes (14 prosents reduksjon). Mens jevnere fordeling av poliklinisk forbruk skyldtes økt forbruk i øvrige fylker, skyldes den jevnere fordeling i bruken av døgntjenester delvis en markert nedgang i forbruksnivået i Oslo.

5.5 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet undersøkt hvordan tilgjengeligheten til tjenestene har utviklet seg i løpet av 1990-tallet, om tilgjengeligheten har blitt bedre, og om vi har fått en jevnere fordeling i tilgangen til tjenester i løpet av perioden.

Ser vi på forbruket av heldøgntjenester for voksne, har det vært en markert økning i antall utskrivninger (52 prosent økning). Det har imidlertid samtidig vært en markert nedgang i forbruket av oppholdsdøgn (26 prosent nedgang). Oppholdene har med andre ord gjennomgående blitt kortere. Det har blitt lettere å bli lagt inn, men man blir samtidig lettere eller hurtigere skrevet ut. Mest markert er denne utviklingen ved institusjoner utenfor sykehusene. Målt ved antall opphold totalt økte de fylkesvise forskjellene fra 1994 til 1996. Siden 1996 har vi derimot hatt en svak utjevning. For perioden som helhet ligger likevel Gini-indeksen på samme nivå i år 2000 som i 1994, mens variasjonskoeffisienten antyder en økning i forskjellene på 13-14 prosent. Gini-indeksen viser ingen utjevning av forbruket målt

¹⁷ Forbruket i Oslo ble noe redusert midt i perioden, men er nå tilbake på nivået fra 1996.

ved antall oppholdsdøgn. Dette skyldes utviklingen i Oslo. Oslo har, på tross av høyere forbruksrater enn øvrige fylker økt forbruket av oppholdsdøgn (7 prosent) over perioden, mens fylkene samlet sett har hatt en nedgang (minus 10 prosent). Denne nedgangen har fortsatt også de siste årene, på tross av Opptappingsplanens anbefalinger. Det har vært en betydelig utjevning av forbruket mellom de øvrige fylker, med reduksjoner i spredning på hele 24 prosent (Gini) og 38 prosent (CV).

Tilgangen til polikliniske tjenester for voksne, har i tråd med Opptappingsplanen og Psykia-
trimeldingens anbefalinger økt over hele perioden. Tilgjengelighet, målt ved forbruksraten har over perioden 1991-2000 økt med 56 prosent. For andre tjenester har det, målt ved antall oppholdsdager vært en kontinuerlig nedgang siden 1994. Dette kan skyldes blant annet overføring av funksjoner til primærkommunene. Vi vil likevel minne om at opptappingsplanen signaliserte en økning også i tallet på dagplasser innenfor spesialisthelse-tjenesten.

I heldøgnsomsorgen for barn og unge har det over perioden som helhet vært en betydelig økning i tilgjengelighet målt ved antall utskrivninger. Det har imidlertid vært store svingninger over perioden. Økt personellinnsats ved døgninstitusjonene har så langt ikke resultert i økt forbruk målt ved antall oppholdsdøgn. Døgnraten viser tvert om en svak nedgang. I følge Opptappingsplanen er det en målsetting å erstatte eller omforme behandlingshjemmene til klinikker. Dette forutsetter en heving av personellfaktoren. Opptappingsplanen forutsetter imidlertid også en utbygging av flere plasser. Så langt har dette ikke skjedd.

Siden 1996 har det i tråd med Opptappingsplanens intensjoner vært en markert økning i forbruket av polikliniske tjenester for barn og unge. Den øvrige dagvirksomheten (målt ved antall oppholdsdager) viser derimot store årlige variasjoner, og tendensen er foreløpig uklar.

Siden 1996 har det vært en betydelig geografisk utjevning av det polikliniske forbruket for barn og unge. Dette skyldes en heving av forbruket i fylker som tidligere var dårlig dekket. Også for døgn-tjenestene har det vært en betydelig utjevning målt i antall brukere i forhold til folketallet. Utjevningen her skyldes imidlertid delvis redusert forbruk i Oslo.

6 Kan forskjeller i behov forklare de fylkesvise forskjellene i ressursbruk?

Per Bernhard Pedersen

6.1 Innledning

I SAMDATA-rapportene har fylkesvise forskjeller i ressursinnsats vært et hovedtema. Oppmerksomheten har imidlertid i hovedsak vært rettet mot *ressurslighet*, normen har gjerne vært "likt antall kroner per innbygger". Analysene har i liten grad vært rettet mot *tilganglighet*, dvs i hvilken grad ressursinnsats er tilpasset forskjeller i behov. Spørsmålene vi ønsker å belyse i dette kapitlet er for det første om det kan påvises klare forskjeller i behov mellom fylkene, og for det andre, i hvilken grad slike forskjeller kan "forklare" noen av de forskjellene i ressursinnsats, målt ved driftsutgifter, vi kan finne fylkene i mellom. Målsettingen er med andre ord ikke å avdekke behovet for tjenester i absolutt forstand, snarere å avdekke forskjeller i relativt behov fylkene i mellom.

Analysen bygger på en utredning SINTEF Unimed tidligere har utført for Kommunal og regiondepartementet (Pedersen og Hagen 2000). Formålet med utredningen var å utvikle nye kostnadsvekter for det psykiske helsevernet i inntektssystemet for fylkeskommunene. Utredningen tok derfor utgangspunkt i fylkeskommunenes utgifter til psykisk helsevern. I forhold til denne undersøkelsen, ønsker vi i dette kapitlet å kartlegge de samlede offentlige bidrag til behandling i det psykiske helsevernet. I tillegg til fylkeskommunenes egne utgifter har vi lagt inn refusjonene fra folketrygden for poliklinisk behandling, de statlige øremerkede tilskuddene til økt behandlingsskapasitet, det statlige driftstilskuddet til Modum Bad, samt netto driftsutgifter til de psykiatriske poliklinikkene ved Rikshospitalet.

Utredningen bygde på kostnadsdata og befolkningsdata for 1998. Disse ble sammenholdt med data om pasienter ved institusjoner og poliklinikker for voksne, innsamlet våren 1995 og høsten 1999. I dette kapitlet har vi oppdatert kostnadstallene, fordelingen av kostnader mellom ulike tjenester og fylkenes befolkningssammensetning til år 2000.

Utgangspunktet for analysen er at behovet for, og bruken av tjenester fra det psykiske helsevernet, må antas å variere mellom ulike sosiodemografiske grupper. Fylker med en høy andel innbyggere i "høyforbruksgruppene" må antas å ha et høyere behov for tjenester enn fylker med en lav andel i disse gruppene og omvendt. I sin enkleste form kan dette bestå i en korreksjon for befolkningens alderssammensetning (modell 1). For barn og ungdom mangler vi data om sosiodemografisk forhold. Utgiftene til tjenester for barn og unge er derfor i sin helhet fordelt ut fra alderskriteriene.

Fra tidligere forskning foreligger kunnskap om en rekke risikofaktorer som antas å påvirke forekomst av psykiske lidelser. For tjenester til voksne vil vi i analysen korrigere for dette ved å studere den fylkesvise fordelingen av mennesker i noen slike risikogrupper (modell 2). I avsnitt 6.3 gir vi en kort presentasjon av mulige tilnæringsmåter til av slike geografiske behovsvariasjoner, og bakgrunnen for at vi i dette kapitlet har valgt en av dem, ratio-metoden. I avsnitt 6.4 presenteres beregningsmåten og de faktorene som inngår i modell 2.

Det er gjennom tidligere forskning avdekket at mennesker som har eller utvikler psykiske lidelser har et avvikende flyttemønster fra befolkningen ellers. I analysen vil vi også søke å korrigere for dette (modell 3). Beregningen presenteres i avsnitt 6.5. Resultatene av analysen presenteres og diskuteres i avsnitt 6.6. Avslutningsvis gis en kort oppsummering (6.7).

6.2 Datagrunnlaget

Pasientopplysningene for heldøgns pasienter i det psykiske helsevernet for voksne er hentet fra pasientregistreringen 01.11.1999. Opplysninger om dagpasientene er hentet fra den tilsvarende registreringen 01.11.1994. Opplysninger om pasienter under poliklinisk behandling eller under behandling hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer er hentet fra en tilsvarende registrering over en 14-dagers periode våren 1995 (Hagen 1997, Hagen 2001). For tjenester til barn og unge er opplysningene basert på data over behandlede pasienter i løpet av 1998, hentet fra BUP-data systemet. Opplysninger om driftsutgifter bygger på regnskapsdata fra institusjonene innsamlet av Statistisk sentralbyrå for år 2000, supplert med opplysninger innhentet av SINTEF Unimed fra fylkeskommunene for år 2000. Disse opplysningene har blitt nærmere bearbeidet ved SINTEF Unimed i forbindelse med SAMDATA prosjektet. Vi viser til nærmere omtale i Tabelldelen fra prosjektet (Bjørngaard (red) 2001). Opplysninger om befolkningssammensetningen er velvillig blitt stilt til disposisjon av SSB. Opplysninger om kjønn, alder og sivilstatus er registrert per 01.01.2001. Opplysninger om utdanningsnivå er registrert per 01.10.2000. Vi har her benyttet variabelen "fullført grunnskole". Vi har valgt å utelate personer "uten fullført grunnskole", ettersom dette er mangelfullt registrert. Antall mottakere av uføretrygd er registrert per 31.12.2000. Opplysninger om sosialhjelp refererer til antall mottakere i oktober 1998. Ved beregning av korreksjoner for flytting har vi benyttet opplysninger om befolkningens oppvekst- og bostedsfylke per 01.01.1999.

6.3 Tilnæringsmåter til studie av behovsvariasjoner

Det er særlig fire metoder som er aktuelle ved beregning av geografiske variasjoner i behov, epidemiologiske/befolkningsbaserte studier av insidens og/eller prevalens av psykiske lidelser, områdestudier basert på sosiale indikatorer, forbruksstudier, og estimater basert på det vi kan kalle ratio-metoden.

1. *Epidemiologiske/befolkningsbaserte studier.* Det sentrale spørsmålet innenfor denne tilnæringsmåten er hvor mange mennesker ("tilfeller") som har lidelsen/sykdommen (prevalens) eller som får lidelsen (insidens) i en gitt tidsperiode. For å kartlegge dette tar en som regel utgangspunkt i representative befolknings-utvalg. Studier utført innenfor denne tradisjonen har påvist klare sammenhenger mellom på den ene siden sosial klasse, kjønn, etnisk bakgrunn osv og på den andre siden forekomst av psykiske lidelser (for en oversikt, se Pilgrim and Rogers 1993, Tsuang, Tohen and Zahner 1995).

Tilnæringsmåtenes styrke er at den kan avdekke udekkede behov, og forskjeller i behovsdekning mellom ulike grupper. Svakheten er hvilke slutninger om ressursbehov en skal trekke på bakgrunn av dette, eller med andre ord "hvor mye tjenester" hvert "tilfelle" trenger.

For det psykiske helsevernets del kommer i tillegg at en liten gruppe av "tilfellene" (1-2 prosent av befolkningen) står for brorparten av forbruket. En kan ikke anta at de "alvorlige" tilfellene vil variere på samme måte som "de lettere" tilfellene. Reliable estimater på fylkesnivå basert på tilfældighetsutvalg forutsetter derfor store utvalg. Samtidig er det fortsatt slik at ulike diagnostiske instrument gir svært ulike resultat (Dohrenwendt 1995).

2. *Områdestudier.* En rekke studier har påvist sammenhenger mellom sosiale kjennetegn ved et område og ulike mål for forekomst av psykiske lidelser (se f eks Leighton 1971, Leighton 1958, Farris and Dunham 1939, Hagen 1987).

Et hovedfunn fra områdestudiene har vært at sosialt depriverte områder gjennomgående synes å ha en høyere forekomst av psykiske lidelser enn andre områder. På samme måte har epidemiologiske studier avdekket høyere forekomst i lavere befolkningslag (Dohrenwendt and Dohrenwendt 1969, Pilgrim and Rogers 1993). Dette har ledet til en diskusjon om årsaken til fenomenet. Et synspunkt har vært at sosiale forhold i seg selv leder til høyere forekomst av slike lidelser (sosial kausalitet). Et annet synspunkt har vært at psykiske lidelser leder til sosial degradering og flytting til sosialt depriverte områder (drift-hypotesen).

Tilnæringsmåtenes styrke er blant annet at den kan avdekke hvordan sosiale miljøfaktorer og samspillet mellom slike miljøfaktorer kan påvirke forekomst av psykiske lidelser. Dette kan i neste omgang gjøre det mulig å forebygge slike lidelser gjennom innsats på lokalt nivå. Metodens hovedsvakheter er at undersøkelsene krever relativt detaljert kunnskap om lokalsamfunnene som studeres, slik at undersøkelsene gjerne må avgrenses til ett, eller et begrenset antall lokalsamfunn. Tilnæringsmåten tar for øvrig utgangspunkt i mange av de samme metodene som de epidemiologiske/befolkningsbaserte studiene, og er bærer av de samme styrker og svakheter som disse.

De to første tilnæringsmåtene bør ideelt sett bygge på befolkningsbaserte undersøkelser. Det er imidlertid også foretatt en rekke studier basert på forbruk av tjenester. Under visse forutsetninger vil slike studier likevel kunne være nyttige i arbeidet med å avdekke relative behovsforskjeller. En vanlig antakelse er eksempelvis at de fleste mennesker med en alvorlig psykisk lidelse (psykose) på et eller annet tidspunkt vil bli innlagt ved en psykiatrisk sykehusavdeling. Register over førstegangsinleggelse vil dermed kunne brukes som indikator for insidens (Munk-Jørgensen 1995). Hvis vi antar at "de alvorlige" tilfellene er kjent for helse- og sosialtjenesten, vil kartleggingen også kunne ta utgangspunkt i disse. Dette er den metoden som lå til grunn for Trondheimsundersøkelsen (Åm og Riaune 1997, Elstad 1998), og en tilsvarende metode utviklet av Ruud og medarbeidere i Nordfjord. Disse metodene har senere blitt videreutviklet i plansystemet "Helhetlig Psykiatri Planlegging" ved SINTEF Unimed. Metodens begrensninger er imidlertid avgrensingen av begrepet "alvorlige lidelser". Utvelgelsen vil kunne variere mellom kommuner og enkeltpersoner. Mørketallene (tilfeller en ikke er oppmerksomme på) vil også kunne variere med faktisk dekningsgrad for tjenester og med lokalsamfunnsstruktur ("gjennomsiktighet").

3. *Forbruksstudier.* Det finnes en omfattende litteratur som søker å kartlegge sammenhengen (gjerner ved hjelp av regresjonsanalyse) mellom på den ene siden (geografiske) variasjoner i sosiale indikatorer (behovsfaktorer), ressurstilgang og egenskaper ved beslutningssystemet, og på den andre siden, variasjoner i ressursbruk og/eller forbruk av ulike tjenester. Innenfor helsetjenesten omtales dette gjerne som "small area analysis"¹⁸. Metoden forutsetter i en forstand at faktisk forbruk påvirkes av variasjoner i behov¹⁹. Dette trenger imidlertid ikke nødvendigvis å være tilfelle. En rekke faktorer vil kunne påvirke ressursbruken. Forskjeller i ressurstilgang til sektoren, pga forskjeller i inntektsgrunnlag og/eller prioritering er allerede nevnt. Forskjeller i produktivitet, dels knyttet til valg av omsorgsform og dels til produktivitet innenfor de enkelte omsorgsformene vil også påvirke forbruket. Sist, men ikke minst vil volum og sammensetning av tjenestene være påvirket av eksisterende strukturer, dvs hvordan tjenestene ble bygget opp og dimensjonert i en tid da gjerne helt andre behandlingsmetoder og en helt annen forståelse av psykiske lidelser var dominerende.

Metodens styrke og svakhet blir dermed de forutsetninger som ligger til grunn for modellen. Ved å ta utgangspunkt i slike modeller, ofte basert på lett tilgjengelig statistikk, kan en enkelt estimere forskjeller i behov. Samtidig åpner imidlertid metoden for spuriøse sammenhenger og nivå-feilslutninger²⁰.

¹⁸ For en kort innføring, se f.eks. Wennberg (1993), for europeiske studier rettet mot psykisk helse, se f.eks. Thornicroft et al 1993. For mer utfyllende referanser viser vi til Pedersen og Lilleeng (2000).

¹⁹ Metoden forutsetter imidlertid ikke at det foreligger en kausalsammenheng mellom de behovsfaktorer som blir benyttet, og forekomst av psykiske lidelser. En må imidlertid forutsette at slike sosiale indikatorer er nært korrelert med forekomst av slike lidelser (Hagen 1987, Thornicroft 1991, Jarman et al 1992).

²⁰ Et eksempel både på en spuriøs sammenheng og en nivåfeilslutning vil være å se på sammenhengen mellom antall studenter og bruk av ressurser til det psykiske helsevernet. Oslo ligger høyt på begge variabler. Ut fra dette kan en imidlertid hverken slutte

4. *Ratio-metoden*. Mens de to første tilnæringsmåtene tar direkte utgangspunkt i "behov", tar de to siste tilnæringsmåtene utgangspunkt i faktiske forbruksnivå. Mens forbruksstudiene gjerne tar utgangspunkt i variasjoner i forbruk mellom ulike geografiske områder, tar ratio-metoden utgangspunkt i forbruksvariasjoner mellom ulike grupper. Ressursene til tjenesten fordeles på ulike befolkningsgrupper ut fra deres andel av forbruket på landsbasis. "Forventet" ressursandel til hvert fylke (gitt behandlingspraksis på landsbasis) kan deretter beregnes ut fra befolknings sammensetningen i det enkelte fylke.

Metodens styrke og svakhet er at den tar utgangspunkt i faktisk ressursbruk på landsbasis. Styrken er at relativt behov kan utledes og vektet direkte fra forbruksratene, og at metoden tar utgangspunkt i eksisterende prioriteringer og praksis. Metodens svakheter er for det først i hvilken grad faktiske forskjeller i befolknings sammensetning gjenspeiler tilsvarende variasjoner i behov, det vil si om inndelingskriteriene fanger opp de "egentlige" årsakene til forskjeller i forbruk. Som vi skal komme tilbake til vil eksempelvis geografiske forskjeller i uføretrygning kunne ha mer å gjøre med muligheten for alternativ sysselsetting enn med helseplager. Metodens andre svakhet er at den ikke korrigerer for udekkede behov (på landsbasis) og heller ikke spesielle behov i avgrensede områder.

I dette kapitlet har vi likevel valgt å benytte ratio-metoden. En unngår problemer knyttet til vektning av "tilfellene" (epidemiologi), generaliserbarhet (områdestudier), og problemer knyttet til spuriøsitet, økologiske feilslutninger og faktisk utbyggingsgrad slik en ofte finner i forbruksstudiene.

6.4 Beregningen av relativt ressursbehov på fylkesnivå

Vi vil i dette avsnittet gi en kort beskrivelse av beregningsmetoden. For en mer detaljert gjennomgang viser vi til Pedersen og Hagen (2000). Ratiometoden som er benyttet kan deles i fire trinn: Fordeling av kostnader (her driftsutgifter) mellom ulike virksomhetstyper, kartlegging av ulike sosiodemografiske gruppers forbruk av tjenester, estimering av slike gruppers andel av kostnadene, og estimering av den fylkesvise fordelingen av kostnadene ut fra de samme gruppenes bostedsfylke.

1. Ulike tjenester vil gjerne ha ulike brukere. Først beregnet vi derfor hvor store *andeler* av driftsutgiftene som *på landsbasis* gikk med til de ulike tjenestene, fordelt etter institusjonstype (sykehus, andre døgninstitusjoner, poliklinikker, osv) og etter driftsform (døgnvirksomhet, dagvirksomhet, poliklinisk virksomhet osv). Inndelingen i ulike virksomhetstyper framgår av tabell v6.1 i et vedlegg til kapitlet, plassert bakerst i rapporten.

Fordelingen av kostnader mellom ulike virksomhetstyper krevde i en del tilfeller bruk av forenklede fordelingsmetoder. Brutto utgifter til poliklinisk virksomhet ble eksempelvis beregnet ut fra poliklinikkens andel av personellet ved institusjonene. Utgiftsfordeling mellom døgnopphold og dagopphold ble fordelt ut fra formelen $1 \text{ oppholdsdag} = 1/2 \text{ oppholdsdøgn}$.

Beregningene tok utgangspunkt i de samlede offentlige bidrag til behandling i det psykiske helsevernet. I tillegg til fylkeskommunenes egne utgifter har vi lagt inn refusjonene fra folketrygden for poliklinisk behandling, de statlige øremerkede tilskuddene til økt behandlingsskapasitet, det statlige driftstilskuddet til Modum Bad, samt netto driftsutgifter til de psykiatriske poliklinikkene ved Rikshospitalet. Utgiftene ved disse to institusjonene ble fordelt ut på fylkene ut fra deres andel av bruken av tjenestene ved institusjonene.

at antall studenter påvirker behovet, ettersom økningen i studenttallet kom etter utbyggingen i tid (spuriøsitet). En kan heller ikke slutte at studenter har et spesielt høyt forbruk av tjenester. Studentenes faktiske bruk trenger ikke å ligge høyere enn befolkningen ellers (nivåfeilslutning).

Enkelte regnskapsposter lar seg vanskelig fordele på ulike virksomhetstyper. Dette gjelder bl.a. overskudd/underskudd på gjestepasientoppjøret og de statlige øremerkede driftstilskuddene. Disse postene er fordelt forholdsmessig.

- Deretter kartla vi sammenhengen mellom ulike sosiodemografiske kjennetegn og bruken av de ulike tjenester. Valg av kriterier var et kompromiss mellom forhold som ut fra rådende kunnskap ble ansett å være av relevans, men som samtidig er lett oppdaterbar ut fra tilgjengelig statistikk. Vi beregnet deretter forbruksrater (antall under behandling i forhold til folketall) for 192 kombinasjoner av kriterier. Kriterier som i liten grad påvirket forbruksraten ble deretter utelatt. Vi la her særlig vekt på heldøgnsomsorgen ved de voksenpsykiatriske institusjonene, ettersom disse i kostnadsammenheng fortsatt står for brorparten av utgiftene i det psykiske helsevernet. I neste omgang ble antall kriterier ytterligere redusert, ved at også kriterier som i liten grad påvirker de fylkesvise variasjonene ble utelatt.

Etter dette sto vi igjen med seks alderskriterier (0-15, 16-18, 19-34, 35-66, 67-74 og 75 år og eldre), og 6 sosiale "risikokriterier" (ugifte 35 år og eldre, uføre 18-39 år og 40-69 år, sosialhjelpsmottakere 18-49 år, samt innbyggere med kun grunnskoleutdanning i alderen 18-29 år og 30-59 år). Noen kriterier, som ut fra tidligere kunnskapsstatus ble antatt å være av betydning ble av ulike grunner utelatt. Andel enslige ble utelatt, ettersom det ikke foreligger reliabel, oppdatert befolkningsstatistikk om dette på fylkesnivå. I motsetning til hva vi ville anta, påvirket i liten grad antall skilte, arbeidsledige og enslige forsørgere forbruksnivået. Kjønn ble utelatt ettersom dette i liten grad påvirker de fylkesvise variasjonene.

- For hver tjeneste ble merforbruk knyttet til de sosiale "risikogrupperne" beregnet ut fra hvor mye høyere prevalens (brukere/befolkning) gruppen hadde i forhold til øvrige medlemmer i samme aldersgruppe²¹. Øvrige kostnader ble fordelt ut fra brukernes aldersfordeling.

Samlede kostnader, eller kostnadsandeler, knyttet til hver befolkningsgruppene ble deretter summert på tvers av tjenestene. 59 prosent av utgiftene ble fordelt ut fra alderskriterier, mens 41 prosent ble fordelt etter sosiale kriterier. En mer detaljert oversikt finnes i tabell v6.1 i vedlegget. Her gis også en mer utfyllende forklaring av beregningsmåten.

- Ressursbehov for hvert fylke ble deretter beregnet ved å fordele utgifter knyttet til hver befolkningsgruppe ut på fylkene ut fra deres andel av befolkningsgruppen på landsbasis.

6.5 Virkninger av flytting

Gjennom pasientregistreringen 1. november 1999 er det innhentet opplysninger både om pasientenes nåværende bostedsfylke og om deres oppvekstfylke. Gjennom SSB er det tilgjengelig statistikk over befolkningen 01.01.99, fordelt etter fødselsfylke og nåværende bostedsfylke. Vi har dermed mulighet for å beregne både *oppvekstrate* (antall pasienter per innbygger som vokste opp i fylket), og *bostedsrate* (antall pasienter per innbygger bosatt i fylket).

Differansen mellom de to ratene kan tolkes som endring i relativt behov som følge av flytting. Vi har beregnet antall pasienter dette utgjør ved å multiplisere differansen med den gjennomsnittlige befolkningen i fylket ((bosted+oppvekst)/2). Positive tall markerer at fylket gjennom flyttestrømmene har fått en økning i pasienttall per innbygger, negative tall en reduksjon. Hvilken innvirkning dette har på fylkets utgiftsbehov er deretter beregnet ut fra kostnadsandelen per heldøgns pasient på landsbasis. Sammen med Modell 2 utgjør dette kriteriet Modell 3. Beregningsmetoden er nærmere beskrevet i tilknytning til tabell v6.2 i vedlegget.

²¹ Ettersom enkelte brukere oppfylte flere kriterier samtidig, var det i tillegg nødvendig å justere estimatene ned, for å ta høyde for dobbeltregistreringer.

Det knytter seg to svakheter til denne beregningsmåten:

- Flyttestrømmen vil også være påvirket av sosiale faktorer. Det er eksempelvis grunn til å anta at folk som flytter fra Oslo til Akershus vil ha andre sosiale kjennetegn enn de som flytter motsatt vei. I den grad dette er tilfelle kan mer-/mindrebehov allerede være fanget opp gjennom de sosiale kriteriene. Vi har dessverre ikke hatt mulighet for å kontrollere for dette.
- Prevalenstillene vil også være påvirket av faktisk utbyggingsgrad. For folk som flytter fra et fylke med lav institusjonsdekning til et fylke med høy institusjonsdekning vil sannsynligheten for å bli innlagt øke, ettersom "terskelen" for innleggelse vil være lavere.

For pasientene tar beregningene utgangspunkt i opplysninger om hvor de vokste opp, mens det for befolkningen tas utgangspunkt i bosted ved fødsel. Denne distinksjonen kan være kilde til feilinformasjon, men neppe i et omfang som i vesentlig grad forstyrrer de forskjeller som fremkommer. For individer født/oppvokst i utlandet, og for individer der oppvekstfylke ikke er kjent (12 prosent) er oppvekstfylke satt lik nåværende bostedsfylke. Resultatene av beregningene vil derfor heller underestimere enn overestimere betydningen av flytting blant pasientene.

6.6 Faktiske driftsutgifter og relativt ressursbehov på fylkesnivå

Resultatene av analysen er presentert i tabell 6.1. Første tallkolonne angir faktisk ressursbruk per innbygger i prosent av nivået på landsbasis. De følgende 5 tallkolonnene angir beregnet ressursbehov per innbygger for hver av de tre modellene (aldersfordeling alene, alder og sosiale kriterier, samt alder, sosiale kriterier og flytting) i prosent av nivået på landsbasis. For modell 2 har vi i tillegg beregnet relativt behov ut fra henholdsvis alderskriteriene og de sosiale kriteriene alene. De tre siste tallkolonnene angir faktiske driftsutgifter i prosent av "forventede" driftsutgifter ut fra de tre behovsberegningene²². I tabellen har vi også ført opp standardavvikene (SD), som mål på spredning.

Vi minner om at beregningene er knyttet til *relativt ressursbehov*, og tar utgangspunkt i dagens praksis og ressursnivå. Økning for et fylke vil derfor nødvendigvis gå på bekostning av et annet fylke. Som kjent har Stortinget vedtatt å heve ressursnivået vesentlig.

Oslo har et faktisk utgiftsnivå som ligger 78 prosent over landsgjennomsnittet, og er, ved siden av Troms og Finnmark, det eneste fylke som har driftsutgifter over landsgjennomsnittet. Ettersom beregnet ressursbehov er beregnet ut fra landsgjennomsnittet, og ettersom Oslo både har et langt høyere nivå samtidig som fylket har en betydelig andel av befolkningen, har følgelig de fleste fylkene (med unntak av Akershus, Sogn og Fjordane og Finnmark for modell 3) utgifter lik eller under beregnet behov ut fra modellene.

Modell 1: Korreksjon for alder

I modell 1 har vi beregnet aldersfordelingens innvirkning på ressursbehovet. Som det framgår er begge tabeller er aldersfordelingen, med et unntak for Oslo, uten betydning for ressursbehovet. Fylkene varierer bare med +/-1 prosent i forhold til nivået på landsbasis. Dette skyldes for det første at det psykiske helsevernet har en langt "jevnere" forbruksprofil etter alder enn det mønsteret vi finner for somatiske helsetjenester (der storforbrukerne stort sett finnes i de eldre aldersgruppene). I tillegg er det begrenset hvor store variasjoner vi finner i befolkningens aldersfordelingen på et så høyt aggregeringsnivå som fylker. Unntaket fra regelen er Oslo, der aldersfordelingen fører til et svakt forhøyet behov (3 prosent).

²² Denne framstillingsmåten blir i enkelte sammenhenger omtalt som "indirekte standardisering".

Tabell 6.1 Offentlige utgifter til det psykiske helsevernet. Faktisk utgiftsnivå og beregnet utgiftsnivå per innbygger i prosent av landsgjennomsnittet, samt faktiske driftsutgifter i prosent av forventede driftsutgifter ut fra behovsberegningene. Fylker. År 2000.

	I prosent av nivå per innbygger på landsbasis						Faktiske driftsutgifter i prosent av forventede utgifter ut fra beregnet behov		
	Modell 1		Modell 2 (alder + sosiale)		Modell 3		Alder (modell 1)	Alder + sosial (modell 2)	Modell 2 + flytting (modell 3)
	Faktiske driftsutgifter 2000.	Kun alderskriterier	Alderskriterier	Sosiale kriterier	Modell 2 totalt	Modell 2 + flytting			
Østfold	80	100	100	110	104	99	79	77	80
Akershus	89	99	98	83	92	71	90	97	125
Oslo	178	103	100	111	105	137	173	170	130
Hedmark	85	100	101	112	105	99	85	80	86
Oppland	95	101	101	106	103	103	94	92	92
Buskerud	93	100	100	99	99	104	93	94	89
Vestfold	90	100	100	105	102	93	90	88	96
Telemark	89	100	101	111	105	98	89	85	91
Aust-Agder	92	100	100	111	104	99	92	88	93
Vest-Agder	83	99	100	105	102	103	83	81	80
Rogaland	91	99	99	80	91	91	92	100	100
Hordaland	96	99	100	91	96	97	97	100	99
Sogn og Fjordane	91	99	101	86	95	89	92	97	103
Møre og Romsdal	94	99	101	91	97	98	94	97	95
Sør-Trøndelag	76	100	100	97	99	99	76	78	78
Nord-Trøndelag	89	99	100	92	97	95	90	92	94
Nordland	90	100	100	115	106	103	90	84	87
Troms	102	100	99	117	107	109	102	95	94
Finnmark	109	100	99	141	116	105	109	94	104
Sum fylker	100	100	100	100	100	100	100	100	100
SD inkl Oslo	21,3	0,9			5,9	12,1	20,2	19,8	13,5
SD ekskl Oslo	7,5	0,6			6,1	8,3	7,6	7,5	10,9

Kilde: SINTEF Unimed, SSB

Modell 2: Korreksjon for alder og sosiale kriterier.

Modell 2 indikerer et merbehov særlig for Finnmark og i noen grad også de øvrige Nordnorske fylkene, samt Oslo, Hedmark og Telemark. Redusert behov finner vi særlig for Akershus og Rogaland. Om vi ser på faktiske utgifter i forhold til behov estimert ut fra modell 2, finner vi likevel at Oslo fortsatt har det i særklasse høyeste utgiftsnivået, med driftsutgifter omlag 70 prosent over de forventede. Troms og Finnmark, som ved siden av Oslo er de eneste fylkene med faktiske driftsutgifter over landsgjennomsnittet, har derimot begge lavere driftsutgifter enn forventet ut fra modellen. Det lave faktiske utgiftsnivået i Sør-Trøndelag (omlag 25 prosent under landsgjennomsnittet) gjenspeiler ikke lavt behov for

tjenester, fylket har et behov omlag på landsgjennomsnittet. Derimot kan lavt behov i statistisk forstand "forklare" de lave utgiftene i Akershus og Rogaland.

Disse resultatene bør tolkes med forsiktighet. Relativt høyt nivå for de sosiale indikatorene for de Nord-norske fylkene skyldes bl a flere uføretrygdede enn ellers i landet. Dette kan gjenspeile næringsstruktur mer enn forekomst av psykiske lidelser.

Modell 3: Korreksjon for flytting

Flytteproblematikken berører særlig Oslo og Akershus, og i noen grad Vestfold og Finnmark. Av de som ble født/vokste opp i Oslo var 12,9 per 10 000 innlagt ved voksenpsykiatriske døgninstitusjoner 01.11.99, mens dette gjaldt betydelig flere av de som var bosatt i Oslo, 17,2 per 10 000. Dette tilsvarer en "netto import" på drøyt 260 pasienter, eller cirka 5 prosent av pasienttallet på landsbasis. For Akershus, Vestfold og Finnmark er mønsteret det motsatte (færre pasienter per innbygger blant de som er bosatt i fylket enn blant de som ble født/vokste opp). Disse fylkene fremstår med andre ord som "netto eksportører" av pasienter. Buskerud er ved siden av Oslo det eneste fylket med netto tilflytting.

Differansen mellom oppvekstrater og bostedsrater for et fylke vil være bestemt av pasientraten hos de "fastboende", pasientraten hos "innflytterne" og pasientraten hos "utflytterne" samt av størrelsen på disse befolkningsgruppene. Resultatet for Oslo skyldes dels svært lave pasientrater blant utflytterne, dels relativt høye rater blant innflytterne. Det motsatte er tilfelle for Akershus. I tillegg har tilflyttingen her hatt et betydelig omfang (både i forhold til tallet på "fastboende" og i forhold til tallet på utflyttere). Også Vestfold har hatt en betydelig tilflytting. Samtidig er fylket, sammen med Sogn og Fjordane, det eneste fylke som har høyere pasientrater blant utflytterne enn blant de fastboende. Resultatet for Finnmark skyldes svært lave pasientrater blant innflytterne.

I forhold til Modell 2 gir flyttekriteriet Oslo et merbehov på 30-35 prosentpoeng. Akershus får størst nedgang i beregnet behov, med drøyt 20 prosentpoengs reduksjon i beregnet ressursbehov.

Også flyttekorreksjonene bør behandles med forsiktighet. I undersøkelsen ble flyttevariablene behandlet uavhengig av de sosiale variablene. Ser vi eksempelvis på flyttestrømmen mellom Oslo og Akershus, er det grunn til å anta at noe av effekten av flytting allerede er fanget opp gjennom de sosiale indikatorene. Vi viser i den forbindelse bl a til de i landsammenheng ekstremt lave verdiene for sosiale behov i Akershus.

Kan forskjeller i behov forklare forskjeller i ressursinnsats?

Formålet med dette kapitlet har vært for det første vært å belyse om det kan påvises klare forskjeller i behov mellom fylkene, og for det andre, i hvilken grad slike forskjeller i behov kan bidra til å "forklare" forskjellene i det offentliges utgifter til det psykiske helsevernet i fylkene.

Som vi har sett bidrar ikke aldersfordelingen (modell 1) til slike variasjoner i behov. Modell 2 og 3 antyder imidlertid klare forskjeller i behov mellom fylkene. Om Oslo holdes utenfor finner vi behovsforskjeller (målt ved standardavviket) i samme størrelsesorden som de faktiske utgiftsvariasjonene. Spørsmålet blir dermed i hvilken grad faktiske utgiftsvariasjoner henger sammen med slike forskjeller i behov.

Ut fra tabell 6.1 kan dette belyses ved å sammenligne faktiske spredning i driftsutgifter per innbygger (første tallkolonne) med spredningen for faktiske utgifter i prosent av forventede utgifter ut fra de tre modellene. I tabell 6.1 har vi ført opp standardavviket (SD) for å belyse dette. I den grad SD er mindre for de standardiserte fordelingene (Faktisk/forventet) enn for den faktiske fordelingen, kan modellene bidra til å "forklare" variasjonene i faktiske utgifter. Hverken modell 1 (alder) eller modell 2 (alder pluss sosiale kriterier) bidrar i særlig grad til å redusere spredningen (uavhengig av om Oslo tas med i beregningen). Modell 3 bidrar derimot i betydelig grad til å redusere spredningen mellom Oslo og de øvrige fylkene. Holder vi derimot Oslo utenfor beregningen, finner vi det motsatte mønsteret: De fylkesvise variasjonene viser en økende tendens.

6.7 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet undersøkt om det eksisterer fylkesvise forskjeller ressursbehov til det psykiske helsevernet og, i neste omgang, om slike behovsforskjeller kan bidra til å forklare forskjeller i faktisk ressursbruk.

Utgiftsbehovet på fylkesnivå ble estimert ut fra tre modeller:

Ut fra *aldersfordelingen* alene: Faktiske driftsutgifter ble fordelt på ulike aldersgrupper ut fra deres andel av forbruket.

Ut fra *alder og sosiale kriterier*: Merforbruk knyttet til 6 grupper (ugifte 35 år og eldre, uføre 18-39 år og 40-69 år, antall sosialhjelpsmottakere, kun grunnskoleutdanning 18-29 og 30-59 år) ble estimert separat. Øvrige driftsutgifter ble fordelt etter aldersfordeling.

Ut fra *alder, sosiale kriterier og flytting*. Behovet ble her i tillegg justert ut fra det spesielle flyttemønsteret vi finner hos mennesker som har eller utvikler psykiske lidelser.

Beregningene indikerte klare forskjeller i behov ut fra to av modellene, med variasjon i behovet i samme størrelsesorden som variasjonene i faktiske driftsutgifter, hvis Oslo holdes utenfor beregningen. Spørsmålet blir da om forskjeller i behov kan forklare forskjellene i de faktiske driftsutgiftene.

Svaret vil her langt på vei være betinget av om Oslo ble inkludert i analysen eller ikke. Oslo har et merbehov knyttet til aldersfordeling i størrelsesorden 3 prosent. De øvrige fylker ligger alle innenfor +/- 1 prosent. Dette skyldes først og fremst en jevnere fordeling av forbruket på ulike aldersgrupper enn det som eksempelvis er tilfelle for somatiske helsetjenester. Det er i tillegg begrensede forskjeller i aldersfordeling fylkene i mellom.

Når Oslo tas med, reduseres spredningen med knapt 10 prosent etter modell 2 (sosiale kriterier pluss alder), men med hele 35 prosent etter modell 3 (der også flyttemønsteret er trukket inn i beregningen). Holder vi imidlertid Oslo utenfor beregningen øker derimot spredningen når vi korrigerer for behov ut fra den siste modellen.

Behovsberegningene i dette kapitlet kan i noen grad forklare det høyere utgiftsnivået i Oslo enn i de øvrige fylker. Oslo har imidlertid (etter justeringer for "behov") fortsatt et utgiftsnivå som ligger betydelig over de øvrige fylkene. Når resultatene tolkes bør en i tillegg ta høyde for at de sosiale beregningene og flytteberegningen ble foretatt separat. Særlig i forholdet mellom Oslo og Akershus er det grunn til å anta at noe av "flytteeffekten" allerede er fanget opp via de sosiale kriteriene.

Holdes Oslo utenfor beregningen, synes behovsberegningene langt på vei uegnet til å forklare forskjeller i faktisk ressursinnsats. Spørsmålet blir da hvordan dette skal tolkes.

En kan selvsagt hevde at kriteriene som ble valgt ut var noe tilfeldige og/eller vilkårlige. Mot et slikt syn vil vi peke på at kriteriene har sin basis i foreliggende teori på feltet, og at de faktisk var i stand til å fordele 43 prosent av variasjonene i forbruk på landsbasis. Kriteriene synes derfor å være rimelig robuste. Større usikkerhet knytter det seg imidlertid til kriteriene på befolkningsnivå. Uføretrygd trenger eksempelvis ikke å ha samme betydning i ulike deler av landet.

En mer nærliggende forklaring er imidlertid at årsaken til variasjoner i ressursinnsats må søkes på tilbudssiden snarere enn på etterspørsels-siden: Fylkene har ulike tradisjoner for organisering av behandlingstilbudet, og dette endrer seg bare gradvis, og ikke nødvendigvis i takt med relativt behov i befolkningen.

7 Geografisk ulikhet i bruk av tjenester for barn og unge

Helle Wessel Andersson

7.1 Innledning

Det er en sentral helsepolitisk målsetting at det spesialiserte behandlingstilbudet til barn og unge med psykiske lidelser skal styrkes. Flere skal få hjelp og det psykiske helsevernet skal blir mer likeverdig (jfr. Opptappingsplan for psykisk helse, St prp. nr 63, 197-1998). De nasjonale planene for barn og unge er basert på et antatt misforhold mellom tilbud og etterspørsel, og på tilgjengelig statistikk som viser betydelige forskjeller mellom fylkene i hvor stor andel av befolkningen som mottar behandlingstilbud (Samdata psykisk helsevern Tabeller 2000, 2001).

Det er sannsynligvis flere årsaker til at bruk av det psykiske helsevernet varierer mellom fylkene. Det er grunn til å tro at forhold relatert til geografi og bosetting kan forklare noe av denne forskjellen. For barn og unge som er bosatt i de grisgrendte områdene av landet vil det ofte være en lang reise til den spesialiserte tjenesten. Lang avstand til behandlingsapparatet kan føre til at henvisning fra primær til spesialisthelsetjenesten utsettes eller uteblir. Det vil også være geografiske variasjoner, mellom store og små kommuner, i grad av utbygging av tjenester som kan betjene barn og unge med psykiske lidelser. Følgelig kan karakteristika ved primærhelsetjenesten påvirke bruken av 2. linjetjenesten.

Ulik bruk av det psykiske helsevernet mellom geografiske områder kan også skyldes variasjon i behov og etterspørsel. Det er publisert noen norske befolkningsstudier som viser at forekomst av psykisk lidelse i barne- og ungdomsbefolkningen varierer med det lokalsamfunn barna vokser opp i, og at psykiske plager er mer vanlig blant barn som vokser opp i storbyer sammenlignet med de som vokser opp i mer landlige områder (Lavik, 1976; Vikan , 1983). En nyere norsk studie som har sammenlignet forekomst av atferdsproblemer blant unge bosatt i større byer og i landlige områder viser at forekomst av slike problemer er høyere i høyt urbaniserte- enn i mindre urbaniserte områder (Wichstrøm m fl. 1996). Resultatene er i overensstemmelse med internasjonale studier (f eks. Rutter m fl., 1975). By- land problematikken har også vært et aktuelt tema i studiet av forekomst av depressive symptomer. Her har forskere imidlertid rapportert ulike resultater. En amerikansk epidemiologisk undersøkelse viste at forekomst av stemningslidelser var høyere i urbane enn i landlige områder (Zahner, m.fl. 1993), mens resultatene fra en svensk studie (Larson & Melin, 1992) ikke ga indikasjoner på slik geografisk variasjon. Tilgjengelige studier av forekomst av psykiske plager har gjort bruk av ulike utvalgsteknikker, ulike aldersgrupper og metoder. Generaliserbarheten av forskningsresultatene er begrenset, og vår kunnskap om utbredelse av psykiske lidelser hos barn og unge er per i dag usikker.

Mens epidemiologiske studier kan gi grunnlag for å anslå forekomst av psykiske lidelser i befolkningen og for befolkningens behov for kommunale så vel som spesialiserte tjenester, vil studier av den kliniske populasjonen reflektere bruk av og dermed i større grad tilgjengelighet til spesialiserte behandlingstilbud.

Bruken av det spesialiserte psykiske helsevernet vil med stor sannsynlighet være relatert til personelldekning og årsverksinnsats. Bruk av spesialisert psykisk helsevern vil også kunne påvirkes av karakteristika ved primærhelsetjenesten, som avstand til det spesialiserte behandlingsapparatet og grad av utbygging av et differensiert kommunalt psykisk helsevern. Det er per i dag usikkert hvorvidt befolkningens behov påvirker bruken av spesialisthelse - tjenesten.

7.2 Problemstilling

Formålet er å undersøke eventuelle forskjeller i bruk av spesialisert psykisk helsevern for barn bosatt i ulike geografiske områder av landet, med spesiell fokus på forskjeller mellom de som vokser opp i de minste kommunene sammenlignet med de som vokser opp i storbyer. Forskjeller i bruk måles som andel av befolkningen som har mottatt et behandlingstilbud. Videre sammenlignes karakteristika ved pasienter bosatt i ulike geografiske områder.

7.3 Datagrunnlag og metode

Analysene er basert på pasientdata for barne- og ungdomspsykiatrien (BUP-data) over pasienter som er gitt tilbud ved landets poliklinikker og institusjoner i 2000²³. Pasienter over 17 år²⁴ er ekskludert fra analysene for å gi nøyaktige anslag over andel av barne- og ungdomsbefolkningen som har fått et behandlingstilbud.

Pasienter er inndelt i fire grupper etter størrelse (antall innbyggere) på bostedskommunen. I analysene utgjør Oslo en kommune. De øvrige tre kommunegruppene er: i) andre storkommuner, med over 100.000 innbyggere, ii) mellomstore kommuner og iii) småkommuner, med under 2500 innbyggere. Pasienter bosatt i de ulike kommunegruppene sammenlignes med hensyn til alder ved henvisning, henvisningsgrunn relatert til barnets miljø og henvisningsgrunn relatert til symptomer ved barnet.

7.4 Andel av befolkningen som har fått et behandlingstilbud

Tabell 7.1. viser antall behandlede pasienter og befolkningsbaserte rater for de fire kommunegruppene.

Tabell 7.1 Antall behandlede pasienter per 10.000 innbyggere under 18 år etter kommunistørrelse. 2000.

Kommunegruppe	Befolkning 0-17 år	Antall behandlede pasienter 0-17 år	Antall behandlede pasienter 0-17 år per 10.000 innb.
Oslo	98 359	3 251	331
Andre storkommuner	137 773	2 429	176
Mellomstore kommuner	78 2709	19 070	244
Småkommuner	42 016	1 129	269
Totalt	1 060 857	25 879	244

Kilde: Hiadata og SINTEF Unimed

²³ "Samdatautvalget" etter følgende inklusjonskriterier: 1) Pasienter i inntaksfase med registrerte direkte tiltak i statistikkåret. 2) Pasienter på venteliste med registrerte direkte tiltak i statistikkåret. 3) Pasienter i tiltaksfase med registrerte tiltak i statistikkåret, eller uten registrerte tiltak men henvist i statistikkåret. 4) Pasienter i avsluttet fase med registrerte tiltak i statistikkåret, eller uten registrerte tiltak, men henvist i statistikkåret og tatt i mot.

²⁴ N=551

Det fremgår av tabellen at tilgjengelighet til spesialiserte behandlingstilbud, målt som andel av befolkningen i aldersgruppen som behandles i spesialisert psykisk helsevern, er høyest for barn og unge bosatt i Oslo. Det er grunn til å fremheve at barn og ungdom bosatt i småkommuner har en relativt god tilgjengelighet til de spesialiserte tjenestene sett i relasjon til barn og unge bosatt i storkommuner og i de øvrige av landets kommuner.

Det grunn til å tro at tilgang på kvalifisert arbeidskraft, og evne til å holde på kompetansen er bedre i Oslo enn i de fleste av landets øvrige kommuner. Oslo er i en særstilling ved at det her er brukt betydelige ressurser på å bygge opp gode fagmiljø, som over tid har utviklet seg til stabile enheter. Oslo har også en betydelig høyere personelldekning sammenlignet med landet for øvrig (Samdata psykisk helsevern Tabeller 2000, 2001). Den høye årsverkinnsatsen i hovedstaden er en trolig en vesentlig årsak til den relativt høye forbruksraten.

Årsaker til at andelen behandlede pasienter er høyest i Oslo kan imidlertid også skyldes et relativt høyt behov, og en høy etterspørsel etter spesialiserte tjenester.

7.5 Alder ved henvisning

Tabell 7.2 viser gjennomsnittsalder ved henvisning for barn og unge bosatt i henholdsvis Oslo, andre storkommuner, mellomstore kommuner og i småkommuner.

Tabell 7.2 Gjennomsnittsalder ved henvisning etter kommunegruppe. (2000).

Kommunegruppe	Antall pasienter	Gjennomsnittsalder ved henvisning	SD
Oslo	3 217	10,1	4,2
Andre storkommuner	2 231	10,8	4,1
Mellomstore kommuner	18 443	11,0	4,0
Småkommuner	1 101	11,2	3,7

Opplysninger om alder mangler for 887 pasienter

Kilde: Hiadata og SINTEF Unimed

Opplysninger om alder mangler for 887 pasienter

Kilde: Hiadata og SINTEF Unimed

Det fremgår av tabellen at gjennomsnittsalder ved henvisning er høyest for barn bosatt i småkommunene, og lavest i Oslo. Statistiske analyser (Student's t-test) viser at gjennomsnittsalderen for pasienter bosatt i Oslo er statistisk signifikant lavere enn gjennomsnittsalderen for pasienter bosatt i henholdsvis andre storkommuner ($t=6.1$, $p<0.001$), og i småkommuner ($t=8.2$, $p<0.001$). Også forskjellen i gjennomsnittsalder mellom pasienter bosatt i andre storkommuner og i småkommuner er statistisk signifikant ($t=3.2$, $P<0.01$).

Resultatet viser at barn med psykiske lidelser som er bosatt i de minste kommunene, som er de antatt mest grisgrendte områdene av landet, kommer senere inn i det spesialiserte behandlingsapparatet sammenlignet med barn bosatt i større kommuner.

7.6 Årsak til henvisning

I det følgende avsnittet presenteres årsaker til henvisning, slik dette er vurdert av henviser. Henvisning til spesialisert psykisk helsevern kan være relatert til; a) symptomer eller risikofaktorer hos barnet, b) risikofaktorer i barnets omgivelser. Disse henvisningsårsakene vil her

presenteres i separate analyser, selv om symptomer på psykiske lidelser hos barn ofte opptrer i kombinasjon med alvorlige risikofaktorer i miljøet.

7.6.1 Henvisningsgrunn barnets miljø

Tabell 7.3 viser hvordan pasientene fordeler seg i de ulike kategoriene for henvisningsgrunner i miljøet etter størrelse på bostedskommunen. Tabellen viser befolkningsrater (per 10.000 innbyggere). Pasienter der opplysninger om henvisningsgrunn mangler er fordelt forholdsmessig på de øvrige kategorier.

Tabell 7.3 Viktigste henvisningsgrunn i barnets miljø etter kommunestørrelse. Antall pasienter per 10 000 innbyggere. Ubesvarte er fordelt forholdsmessig. (2000).

Viktigste henvisningsgrunn i barnets miljø	Antall behandlede pasienter 0-17 år pr. 10.000 innbygger			
	Oslo	Stor-kommuner	Mellomstore kommuner	Små-kommuner
Avvikende relasjoner i familien	126	54	82	85
Samfunnsmessige belastningsfaktorer	66	26	30	17
Akutte livshendelser	60	45	50	62
Avvikende sider ved oppdragelsen	28	17	30	37
Avvikende kommunikasjon i familien	23	17	25	37
Avvikende nærmiljø	16	9	15	17
Psykisk forstyrrelse i familien	11	7	9	13
Annet	0	0	1	0
Ingen åpenbar forstyrrelse	1	0	1	1
<i>Totalt</i>	<i>331</i>	<i>176</i>	<i>244</i>	<i>269</i>
Antall ubesvarte	689	829	5743	310
Totalt antall	3 251	2 429	19 070	1 129

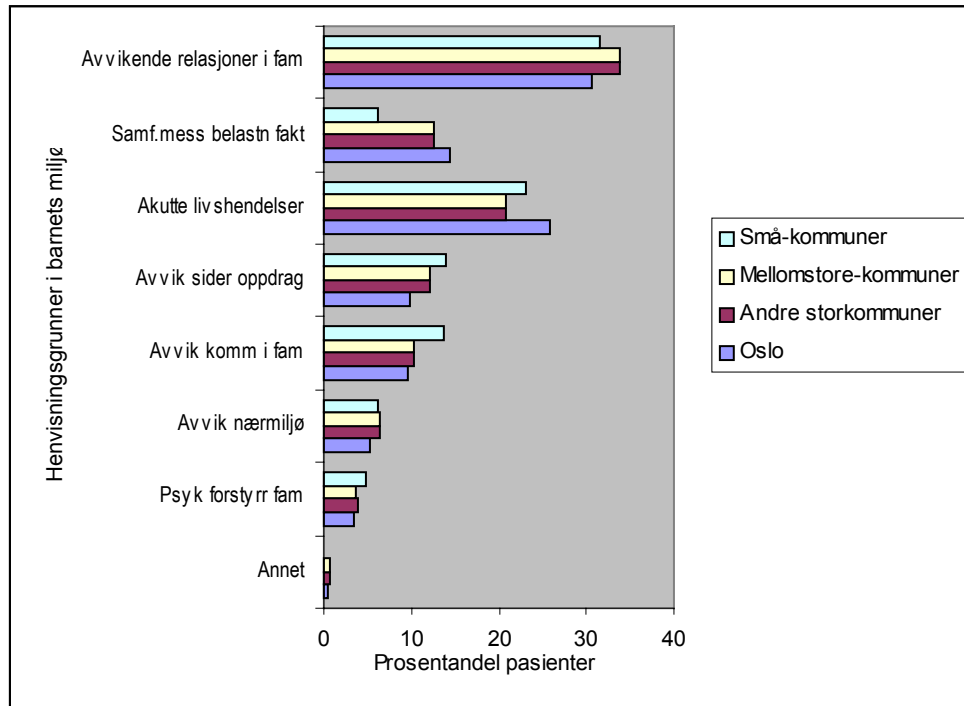
Kilde: Hiadata og SINTEF Unimed

Avvikende relasjoner i familien er den faktor i barnets omgivelser som av henviser hyppigst er angitt som henvisningsgrunn uavhengig av størrelse på oppvekstkommunen. Dette representerer risikofaktorer som i Kodebok for BUP (1999) er presisert å omfatte blant annet manglende varme i foreldre-barn relasjonen (som manglende interesse for barnets aktiviteter, lite ros og oppmuntring), disharmoni mellom voksne i familien, fysisk barnemishandling og seksuelle overgrep innen familien.

Tabellen viser videre at samfunnsmessige belastningsfaktorer er en mer fremtredende henvisningsgrunn for barn bosatt i Oslo sammenlignet med barn bosatt i de øvrige kommunegruppene. Dette er risikofaktorer som omfatter forfølgelse eller negativ diskriminering, flytting eller sosial omplassering (Kodebok for BUP, 1999). Det kan med andre ord dreie seg både om mobbing og rasediskriminering. Det er også grunn til å bemerke at et relativt stort antall barn bosatt i småkommuner har avvikende sider ved oppdragelsen og avvikende kommunikasjon i familien som oppgitte henvisningsgrunner. Disse miljøfaktorene omfatter blant annet overbeskyttende foreldre, utilbørlig press fra foreldre, understimulering og forvirrede eller motstridende meldinger i bruk av kommunikasjon innen familien. Resultatene

indikerer altså at barn bosatt i Oslo og barn bosatt i mer grisgrendte områder av landet utsettes for ulike miljørelaterte risikofaktorer.

Henvisningsgrunner i barnets miljø for pasienter bosatt i de ulike kommunegruppene er illustrert i figur 1. Figuren viser den relative fordelingen av pasienter innen hver av de fire kommunegruppene.



Figur 7.1 Prosentandel pasienter innen kategorier for henvisningsgrunn i barnets miljø. Etter størrelse på bostedskommune. Ubesvarte er fordelt forholdsmessig.

Figuren viser at pasienter fra henholdsvis mellomstore kommuner og andre storkommuner har en svært lik prosentvis fordeling i de ulike kategoriene av henvisningsgrunner. Figuren illustrerer også forskjellene mellom småkommuner og Oslo med hensyn til andel pasienter henvist for henholdsvis samfunnsmessige belastningsfaktorer, avvikende sider ved oppdragelsen og avvikende kommunikasjon i familien (jfr. tabell 7.1).

7.6.2 Henvisningsgrunn – barnet

I tabell 7.4 presenteres henvisende instans sin vurdering av barnets problemområde for hver av kommunegruppene. Henvisningsgrunner relatert til symptomer ved barnet er gruppert i a) internaliserende symptomer (hemmet atferd, angst/fobi, tvangstrekk, tristhet/depresjon) og b) eksternaliserende symptomer (hyperaktivitet, atferdsproblemer), som er vanlige måter å karakterisere barns problematferd på (se f eks. Campbell, 1995; Verhulst og van der Ende, 1992). Tabellen viser befolkningsrater per 10.000 innbyggere korrigert for ubesvarte.

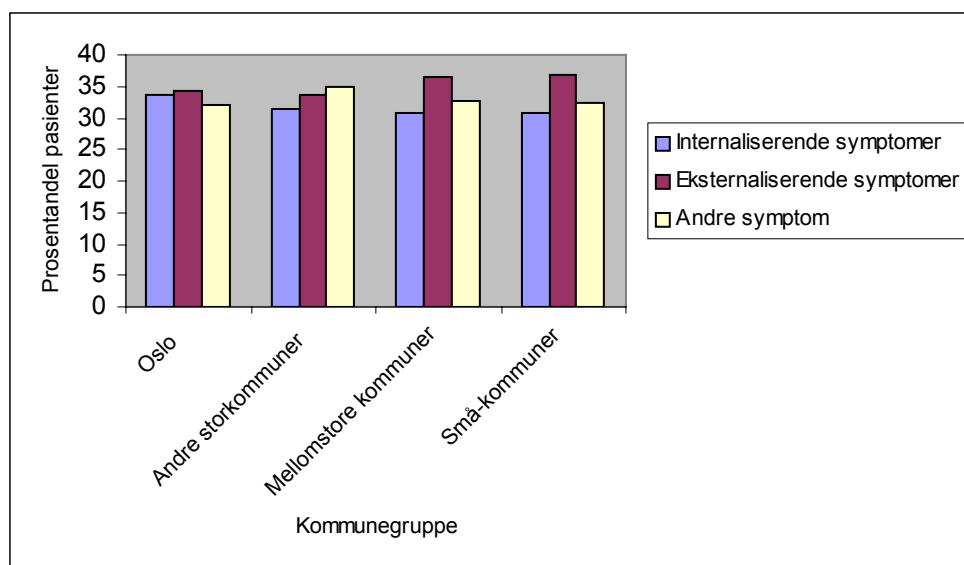
Tabell 7.4 Henvisningsgrunn relatert til barnets symptomer. Antall pasienter per 10.000 innbyggere. Ubesvarte er fordelt forholdsmessig på de ulike kategorier. (2000).

Viktigste henvisningsgrunn barnet	Antall behandlede pasienter 0-17 år pr. 10.000 innbygger			
	Oslo	Stor-kommuner	Mellomstore kommuner	Små-kommuner
Internaliserende symptomer	111	55	75	83
Eksternaliserende symptomer	113	60	89	99
Andre tilstander	106	61	79	87
Totalt	331	176	244	269
Antall ubesvarte	81	404	1617	84
Totalt antall	3 251	2 429	19 070	1 129

Kilde: Hiadata og SINTEF Unimed

Tabellen viser at befolkningsraten er høyest for eksternaliserende symptomer uavhengig av om barnet er bosatt i en mindre eller større kommune. Det er grunn til å bemerke at det relativt sett er flere barn og unge henvist for eksternaliserende tilstander innen gruppen av småkommuner enn i Oslo og i andre storkommuner.

Figur 7.2 illustrerer den relative fordelingen av pasienter innen de tre kategoriene av henvisningsgrunner for hver av kommunegruppene.



Figur 7.2 Prosentandel pasienter etter henvisningsgrunn og størrelse på bostedskommune. Korrigeret for ubesvarte. 2000.

Sammenligning av den relative fordeling av henvisningsgrunner for behandlede pasienter innen hver av de fire kommunegruppene tyder på at andel som er henvist for eksternaliserende problemer er høyere blant barn og unge bosatt i småkommuner sammenlignet med barn og unge bosatt i Oslo og i andre storkommuner, selv om raten er høyere i Oslo.

Resultatet kan gjenspeile forskjeller mellom kommunene i grad av utbygging av kommunale tjenester som kan betjene barn og unge med denne type psykiske plager.

7.7 Oppsummering og konklusjon

Målsettingen har vært å undersøke forskjeller i bruk av spesialisert psykisk helsevern for barn og unge bosatt i ulike geografiske områder av landet. Det er rettet en spesiell fokus mot forskjeller i bruk av det psykiske helsevernet mellom barn som vokser opp småkommuner, og de antatt mest gravgrendte områdene av landet, og barn som vokser opp i Oslo og andre storkommuner.

Resultatene viser at bruk av det spesialiserte helsevernet, målt som andel av befolkningen som mottar tilbud, er høyere i Oslo enn i større kommuner og i småkommuner. Resultatet gjenspeiler trolig at Oslo er i en særstilling med hensyn på kvalifisert arbeidskraft og høy årsverksinnsats. Det finnes per i dag ikke sikker kunnskap om hvorvidt behov for, og etter-spørsmål etter spesialiserte behandlingstilbud for barn og unge er høyere i Oslo enn i resten av landet.

Det er ellers grunn til å fremheve at barn og unge bosatt i de mest gravgrendte områdene av landet har en relativt god tilgjengelighet til den spesialiserte tjenesten sammenlignet med barn bosatt i storkommuner og i de øvrige av landets kommuner.

Barn og unge bosatt i Oslo har også en signifikant lavere gjennomsnittsalder ved henvisning sammenlignet med barn i de øvrige kommunegruppene. At barn bosatt i landlige områder av Norge kommer senere inn i de spesialiserte behandlingsapparatet er trolig en konsekvens av at henvisning utsettes på grunn av lange avstander til den spesialiserte tjenesten.

Symptomer hos barn som henvises til 2. linjetjenesten opptrer ofte i kombinasjon med alvorlige risikofaktorer i barnets miljø. Resultatene viser at avvikende relasjoner i familien er hyppigste miljøårsak til henvisning uavhengig av størrelse på barnets bostedskommune. Samfunnsmessige belastningsfaktorer er mer fremtredende henvisningsårsaker i Oslo enn i de øvrige områdene. Sammenligning av pasientenes problemområder mellom kommunegruppene viser i tillegg at en relativt høy andel barn bosatt i småkommuner har avvikende sider ved oppdragelsen og avvikende kommunikasjon i familien som oppgitte henvisningsgrunner. Resultatene kan tyde på at barn bosatt i Oslo er utsatt for andre risikofaktorer i sitt oppvekstmiljø enn barn bosatt i småkommuner. Ulike sosiokulturelle forhold er en mulig forklaring på de observerte forskjellene.

En sammenligning av henvisningsgrunner for barn bosatt i de ulike kommunegruppene viser at prosentandel barn og unge som er henvist for eksternaliserende symptomer er høyere i landlige områder enn i storkommuner og i Oslo. Resultatet gjenspeiler trolig variasjoner mellom store og små kommuner i grad av utbygging av hjelpetjenester og instanser i 1. linjetjenesten som kan betjene barn og unge med denne type problematikk.

Resultatene viser forskjeller i pasientsammensetning mellom geografiske områder i Norge. Barn og unge som bor i de minste kommunene har en relativt god tilgjengelighet til de spesialiserte tjenestene, men henvises senere og behandles for andre problemer enn barn bosatt i Oslo og i andre storbyer. Noen av de observerte forskjellene kan tolkes som resultat av forskjeller i sosiokulturelle forhold. Resultatene gjenspeiler også trolig forskjeller mellom geografiske områder i avstand til det spesialiserte behandlingsapparatet, samt geografiske forskjeller i grad av utbygging av kommunale helsetjenester som kan betjene barn og unge med psykiske plager.

8 Geografisk ulikhet i tilgjengelighet til tjenester for voksne

Helge Hagen

8.1 Innledning

I Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen poengteres det at befolkningens psykiske helseproblemer i størst mulig grad skal utredes og behandles utenfor de tradisjonelle psykiatriske sengeinstitusjonene. Det psykiske helsevern skal i større grad tilpasse seg befolkningens behov og bosted, og ikke omvendt. Dette søkes gjennomført dels ved å styrke den polikliniske kapasiteten, dels gjennom utbygging av DPS'er, og dels ved å øke antall privatpraktiserende spesialister med fylkeskommunal driftsavtale.

Den polikliniske kapasiteten er altså økende. På grunn av reiseavstander vil geografisk nærhet til brukerne være en kritisk faktor for hvor effektiv bruk av slike tjenester kan være. Det vil altså være rasjonelt å lokalisere poliklinikkene i eller nær befolkningskonsentrasjonene. Samtidig er *likeverdighet* et av de mest sentrale mål i norsk helsepolitikk. Tilgjengelighet til helsetjenestene skal være uavhengig av f eks bosted. Er det da slik at man i bestrebelsene for å nå målet om mer "åpne" tilbud i det psykiske helsevern kommer i konflikt med målet om likeverdighet i tilbudet, uavhengig av bosted?

Spørsmålet som reises i dette kapitlet er hvorvidt tilgjengeligheten til psykisk helsevern er avhengig av hvor man befinner seg langs aksene urban-rural, der det lille bygdesamfunnet og storbyen representerer hvert sitt ytterpunkt.

Dersom bybefolkningen er overrepresentert i det psykiske helsevern i forhold til befolkningen for øvrig, kan dette ha to typer årsaker:

- a) *Forhold knyttet til befolkningen og dens levekår.* Livsvilkårene i byer fører til økt risiko for psykiske problemer, kriser og behandlingstrengende tilstander.
- b) *Forhold knyttet til helsetjenesten selv.* Dette kan da f eks være bedre tilgang til personell, kompetanse, penger etc i byene. Bybefolkningen får følgelig lettere tilgang til psykiske helsetjenester enn den øvrige befolkningen.

Disse to forhold er ikke uavhengige av hverandre. Opphopning av uheldige livsvilkår, sosiale problemer, selektiv tilflytting av individer med manifesterede eller latente psykiske problemer mm kan føre til økt behov for psykisk helsevern i byene, et behov som over tid vil føre til økt etterspørsel, som igjen kan manifestere seg gjennom økt *tilbud* av tjenester.

Vi skal ikke her gå inn på disse komplekse sammenhengene, men kun konsentrere oss om hvorvidt det finnes indikasjoner på at tilgjengelighet til helsetjenestene er avhengig av type bosted. De ulike typer bosted er rangert langs et kontinuum, der storbyen representerer det ene ytterpunkt, og det lille bygdesamfunnet det andre.

8.2 Datagrunnlag og metode

Opplysninger om pasientene

Opplysninger om antall pasienter og deres karakteristika er hentet fra den landsomfattende tverrsnittsregistreringen av pasienter i psykisk helsevern i 1999/2000. Opplysninger om pasientene ved *døgninstitusjoner* ble innhentet ved at behandlerne fylte ut et anonymisert registreringsskjema for hver enkelt pasient på registreringstidspunktet 1 november 1999. Registreringen omfattet praktisk talt samtlige heldøgns pasienter på registreringstidspunktet.

Opplysninger om pasienter under poliklinisk behandling ble innhentet ved at alle som drev voksenpsykiatrisk poliklinisk pasientundersøkelse/ behandling ble bedt om å fylle ut et registreringsskjema for hver pasient som ble undersøkt/behandlet i løpet av en 14-dagers periode i april 2000. Samlet mottok vi respons fra praktisk talt alle offentlige polikliniske behandlingssenheter, og fra 113 psykiatere og 125 psykologer med privat avtalepraksis. I henhold til Den norske Lægeforening innebærer dette at svarprosenten blant psykiatere med privat avtalepraksis var 62 prosent, mens svarprosenten blant psykologer med privat avtalepraksis i henhold til opplysninger fra Statistisk Sentralbyrå var 31 prosent. Underregistreringen av pasienter i privat avtalepraksis antas i denne sammenheng å føre til reduksjon i registrert antall/andel av pasientene som er bosatt i byer.

Tilgjengelighet til tjenestetilbudet i de ulike typer bosteder defineres gjennom andelen av befolkningen som på de gitte tidspunkt var under behandling innen psykisk helsevern. Å anvende "punktprevalens" (altså antall pasienter per innbygger *på et gitt tidspunkt*), som uttrykk for befolkningens bruk av tjenester er ikke uproblematisk. Antall pasienter på ett tidspunkt forteller f.eks. i seg selv lite om hvor mange pasienter som *behandles* i løpet av et år, eller hvor effektiv behandlingen er.

Når punktprevalens her likevel anvendes er det fordi den løpende statistikk om de enkelte pasientopphold/konsultasjonsserier som innhentes gjennom institusjonenes pasient-administrative system (MBDS) ikke er tilstrekkelig komplett for vårt formål.

I datamaterialet inngår 24 677 pasienter i psykisk helsevern på de gitte tidspunkt. Av disse var 5 084 (21 prosent) innlagt ved døgninstitusjon, 13 135 (53 prosent) mottok behandling ved offentlig poliklinikk, mens 6 458 (26 prosent) var pasienter hos private avtale-spesialister. Pasienter under dagbehandling og privat pleie inngår ikke i analysene.

Datas kvalitet

Registreringen av pasientenes bostedskommune antas å være pålitelig. Dette er opplysninger som institusjonene allerede har i sine pasientadministrative system eller i pasientjournalene. Overføring til skjema er enkel, og mulighetene for feil er få. Utfylling av diagnose innebærer en skjønnsmessig vurdering, idet den «offisielle» diagnosen settes når pasienten er ferdig behandlet. Påliteligheten vil være større desto lenger pasienten har vært under behandling, og usikkerheten kan være stor blant pasienter som nettopp er tatt inn til behandling.

Ulikheter i diagnostisk praksis mellom de forskjellige institusjoner og behandlingstyper vil også kunne virke inn på en systematisk måte. Denne «feilen» blir imidlertid ikke større ved en pasientregistrering enn dersom pasienten diagnostiseres av andre grunner. Behandlerne ble bedt om å anvende diagnosesystemet ICD-10. I de tilfeller (omlag seks prosent) der utfyller har anvendt det tidligere diagnosesystemet ICD-9, har vi anvendt en konverteringstabell utviklet ved SINTEF Unimed NIS.

Inndeling etter bostedsbakgrunn

For å fange opp den underliggende dimensjon vi her er ute etter; aksens urban-rural, er landets kommuner inndelt som vist i tabell 8.1, der Oslo representerer den ene ytterkant, og de minste kommunene (etter folketall) den andre med hensyn til plassering langs aksens urban-rural. Som indikator for urbaniseringsgrad har vi anvendt innbyggertall i kommunene. Dette begrunnes med en antatt nær sammenheng mellom kommunestørrelse (etter folketall) på den ene siden og sentralitet/bosettingstetthet på den annen.

Tabell 8.1 Antall innbyggere etter bostedstype.

	Antall innbyggere	Prosent av landets befolkning	Antall kommuner	Antall pasienter
Oslo	508 726	11	1	4 573
Andre storbyer ¹⁾	489 962	11	3	3 048
Øvrige byer ²⁾	930 910	21	24	5 975
Landkommuner 20 000 innb og flere	497 835	11	15	2 491
Kommuner 10-20 000 innb	814 058	18	57	3 988
Kommuner 5-10 000 innb	638 247	14	90	2 363
Kommuner 2500-5000 innb	419 933	9	115	1 498
Kommuner under 2500 innb	203 765	4	130	741
Landet totalt	4 503 436	100	435	24 667

¹⁾ Byer med flere enn 100 000 innbyggere: Bergen, Stavanger, Trondheim

²⁾ Byer med 20 000 innbyggere eller flere

Som det fremgår, innebærer en slik inndeling at sju av de åtte kategoriene har flere enn 400 000 innbyggere. Til tross for at innbyggertallet i de antatt mest spredtbygde kommunene (under 2500 innbyggere) bare utgjør 4 prosent av befolkningen, utgjør disse nær 1/3 av landets kommuner.

8.3 Resultater

Det ble totalt registrert 54,8 pasienter per 10 000 innbyggere ved de tre behandlingstypene. Tabell 8.2 viser punktprevalens i de enkelte bostedstyper, når disse er forsøkt rangert etter aksens urban-rural.

Tabell 8.2 Punktprevalens etter behandlingsform og bostedstype.

	Antall pasienter per 10 000 innbyggere			
	Døgn inst	Off polikl	Priv polikl	Totalt
Oslo	17,4	41,0	31,5	89,9
Andre storbyer	13,9	28,8	19,5	62,2
Øvrige byer	12,1	34,9	17,1	64,2
Byer totalt	14,0	35,0	21,5	70,1
Landkomm 20 000 innb og flere	8,8	22,7	18,5	50
Kommuner 10-20 000 innb	9,9	30,2	8,9	49
Kommuner 5-10 000 innb	8,8	22,0	6,3	37
Kommuner 2500-5000 innb	9,5	21,8	4,4	35,7
Kommuner under 2500 innb	9,0	23,3	4,0	36,4
Landet totalt	11,3	29,2	14,3	54,8
Antall	5 084	13 135	6458	24 677
Fordelt forholdsmessig *	282	900	277	1 459

* Bostedskommune ukjent. Disse er fordelt forholdsmessig ut fra fordelingen blant pasientene der bostedskommune er kjent.

Oslo har i særklasse flest pasienter i forhold til innbyggertallet, og skiller seg således ut fra "andre storbyer" (Bergen, Stavanger og Trondheim). Det er ellers et markert skille mellom de tre typer bykommuner på den ene side, og landet for øvrig. Mens punktprevalensen i alle de tre typer byer er høyere enn gjennomsnittet for landet, er den lavere i alle typer landkommuner. De to gruppene landkommuner med flest innbyggere har noe høyere punktprevalens enn øvrige landkommuner, se også figur 8.1.

Tabell 8.3 viser punktprevalens i de enkelte bostedstyper og behandlingstilbud som prosent av gjennomsnittet for landet.

Tabell 8.3 Punktprevalens ved de enkelte behandlingstilbud og bostedstyper som prosent av gjennomsnittet for landet.

	Døgninst	Off polikl	Privat polikl	Totalt
Oslo	154	140	220	164
Andre storbyer	123	99	136	114
Øvrige byer	107	120	120	117
Landkomm 20 000 innb og flere	78	78	129	91
Kommuner 10-20 000 innb	88	103	62	89
Kommuner 5-10 000 innb	78	75	44	68
Kommuner 2500-5000 innb	84	75	31	65
Kommuner under 2500 innb	80	80	28	66
Landet totalt	100	100	100	100

Oslo er i en klasse for seg mht punktprevalens ved *alle tre* behandlingsformer, og har totalt sett 64 prosent høyere punktprevalens enn gjennomsnittet for landet. Det fremgår ellers et helt entydig mønster der byene ligger over – mens landkommuner ligger under landsgjennomsnittet ved samtlige behandlingstilbud. Unntaket fra dette mønsteret er den høye andelen innbyggere som mottar privat poliklinisk behandling i landkommuner med flere enn 20 000 innbyggere. Dette skyldes i stor grad privat praksis i store kommuner rundt Oslo. Det er verd å merke seg at omfanget av *offentlig* poliklinisk virksomhet er relativt lav i denne kommunetypen, noe som tyder på mulige substitusjonseffekter mellom offentlig og privat poliklinisk virksomhet.

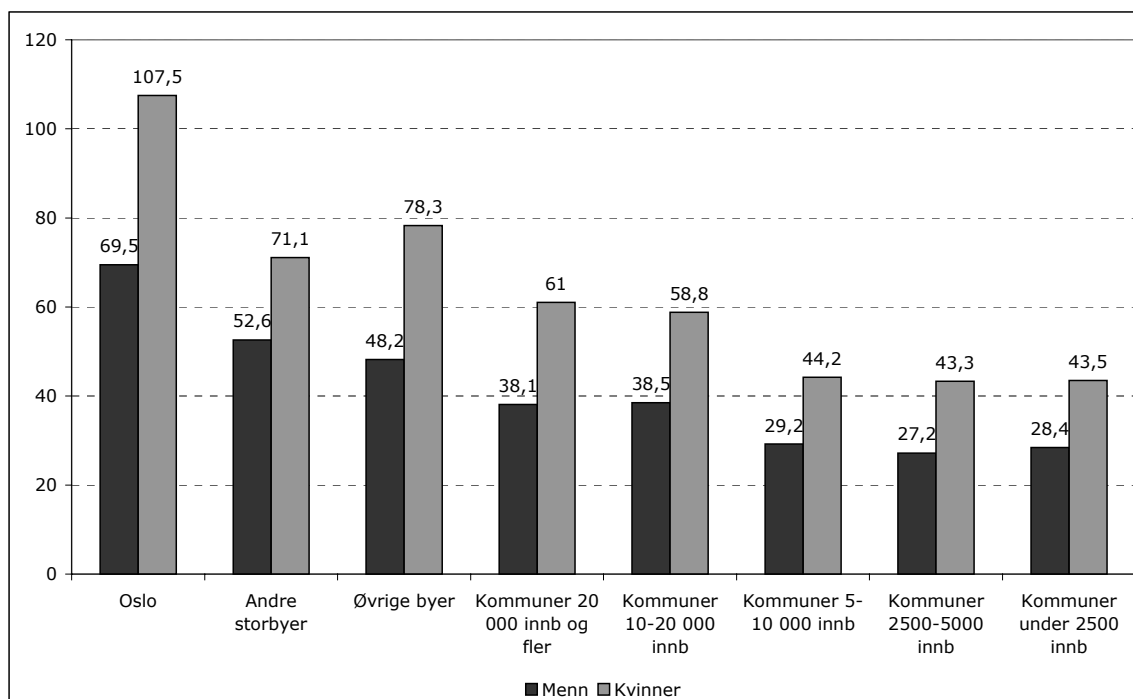
Det er altså flere pasienter per innbygger i byene enn i landkommuner. Det er imidlertid ikke slik at kommunene i den andre enden av skalaen – de minste og antatt mest spredtbygde og perifere kommunene – skiller seg ut på samme måte som byene mht punktprevalens. Andelen av befolkningen som mottar tilbud ved døgninstitusjoner og offentlige poliklinikker er omtrent like høy i store - som i små landkommuner. Omfanget av privat avtalepraksis synker derimot drastisk med avtagende kommunestørrelse. Slik praksis drives hovedsakelig for befolkningen i byer og de største kommunene.

Vi antok innledningsvis at utbyggingen av poliklinikker i første rekke ville komme befolkningen i byer og tettsteder til gode. Tabellen over viser at det foruten Oslo er de *mindre byene* som har høyest nivå av offentlig poliklinisk virksomhet. Dette har trolig sammenheng med at poliklinikkene skal tilfredsstille to ulike krav: de skal på den ene side være desentraliserte- og på den annen side også ligge nær befolkningkonsentrasjonene. Mindre byer gir et egnet befolkningsgrunnlag for en gjennomsnittlig poliklinikk med 5-10 fagstillinger.

Det kan oppsummeres at når byene, og da særlig Oslo, har høyere punktprevalens enn resten av landet, kan dette ikke uten videre forklares av ulikheter i tilbudsstruktur. Med det unntak som er nevnt over (privat praksis i Akershus), har bybefolkningen flere pasienter per innbygger ved *alle tre* behandlingsformer enn resten av landet.

Kjønn

Av de 24 677 pasientene i psykisk helsevern på registreringstidspunktene var 39 prosent menn og 61 prosent kvinner. Punktprevalens for menn var 42,5, og for kvinner 65,9 per 10 000 innbyggere, dvs 55 prosent høyere. Figur 8.2 viser punktprevalens for de to kjønn etter bostedsbakgrunn.



Figur 8.1 Antall pasienter per 10 000 innbyggere (punktprevalens) etter kjønn og bostedstype.

Kvinner har høyere punktprevalens enn menn i alle kommunetyper, slik disse er gruppert her. Ved å beregne ratio mellom punktprevalens for de to kjønn ved hvert behandlingstilbud, fremgår det ved hvilke behandlingstilbud og bostedstype kvinner er særlig overrepresenterte i forhold til menn, se tabell 8.4.

Tabell 8.4 Ratio punktprevalens kvinner/menn. Etter behandlingsform og bostedstype.

	Døgninst	Off polikl	Priv polikl	Totalt
Oslo	116	139	212	155
Andre storbyer	79	137	199	135
Øvrige byer	124	158	211	162
Landkomm 20 000 innb og flere	100	153	219	160
Kommuner 10-20 000 innb	100	162	203	153
Kommuner 5-10 000 innb	107	150	273	151
Kommuner 2500-5000 innb	111	182	183	159
Kommuner under 2500 innb	124	164	167	153
Landet totalt	107	154	214	155

Sett under ett, er kvinner overrepresenterte ved alle tre behandlingstilbud, mest i poliklinisk virksomhet. Dette gjelder særlig markert i privat avtalepraksis, der det behandles over dobbelt så mange kvinner som menn i forhold til folketallet.

Punktprevalensen blant kvinner er høyere enn blant menn ved alle behandlingsformer uansett bostedstype, med unntak av døgninstitusjoner i "andre storbyer".

Relativt i forhold til menn er kvinner mest overrepresenterte ved privat avtalepraksis i kommuner med 5-10 000 innbyggere, der punktprevalensen er nær tre ganger høyere enn blant menn.

Det er imidlertid ingen utpreget eller systematisk samvariasjon mellom kjønnsratio og bostedstype ved noen av de tre behandlingstilbud. Selv om overvekten av kvinnelige pasienter ved de ulike behandlingstilbud varierer noe, synes ikke dette å ha noen sammenheng med bosettingstetthet/sentralitet i pasientenes bostedskommune. Unntaket er her offentlig poliklinisk virksomhet i Oslo og de tre andre "storbyene" (Bergen, Stavanger og Trondheim), der overvekten av kvinner er mindre markert enn i landet for øvrig.

Når kommunetypene slås sammen til henholdsvis by- og landkommuner, finner vi at ratio punktprevalens kvinner/menn (alle behandlingsformer sett under ett) er like høy ved begge bostedstyper (55 prosent overvekt av kvinner). Den høye punktprevalensen i byer i forhold til landkommuner kan altså ikke tilskrives at innslaget av kvinnelige pasienter er høyere i byer enn i resten av landet.

Diagnose

Vi så over at hverken institusjonsstruktur eller prioriteringsmønstre mht kjønn kunne "forklare" den høye punktprevalensen i byer i forhold til landkommuner. Vi ser her nærmere på hvorvidt prevalensforskjellene har sammenheng med hvilke typer lidelser som tas inn til behandling i de ulike bostedstypene.

Diagnosebetegnelsene referer seg til hovedkapitlene i ICD-10. De fulle betegnelsene for hovedkapitlene som omtales ("schizofreni", "affektive lidelser", "nevrotiske lidelser" og "personlighetsforstyrrelser") er:

- Schizofreni, schizotop lidelse og paranoide lidelser (F20-29)
- Affektive lidelser (stemningslidelser) (F30-39)
- Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-48)
- Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F60-69)

Sett under ett, utgjorde disse kategoriene 78 prosent av pasientene på registreringstidspunktene, hvorav schizofrenier 18 prosent, affektive lidelser 28 prosent, nevrotiske lidelser 22 prosent, og personlighetsforstyrrelser 10 prosent.

Tabell 8.5 viser punktprevalens i hver hoveddiagnosekategori i de ulike bostedstypene.

Tabell 8.5 Punktprevalens etter hoveddiagnosekategori og bostedstype.

	Antall pasienter per 10 000 innbyggere etter bostedstype			
	Schizofrenier	Affektive lidelser	Nevrotiske lidelser	Personlighetsforstyrrelser
Oslo	19,7	24,6	17,1	10,2
Andre storbyer	14,3	19,6	11,9	4,6
Øvrige byer	10,7	16,3	15,7	7,8
Byer totalt	14,0	19,3	15,1	7,5
Kommuner 20 000 innb og flere	7,9	14,8	12,4	4,8
Kommuner 10-20 000 innb	7,6	14,1	11,4	4,4
Kommuner 5-10 000 innb	5,5	9,8	8,5	3,9
Kommuner 2500-5000 innb	5,6	10,5	8,5	3,0
Kommuner under 2500 innb	6,0	11,5	8,1	3,0
Landet totalt	9,8	15,3	12,3	5,5
Antall	4.433	6.910	5.532	2.487

I samtlige diagnosekategorier er punktprevalensen i byene markert høyere enn i noen annen bostedstype. Det er altså ikke slik at det høye pasienttallet i Oslo og byer for øvrig skyldes spesiell vektlegging av visse diagnosegrupper. For de fire hovedkategoriene av diagnoser som vises her, og som omfatter 78 prosent av pasientene, er det med ett unntak²⁵ slik at bybefolkningen har flere pasienter per innbygger enn gjennomsnittet for landet, mens befolkningen i landets øvrige kommuner har færre.

Kommunene i den andre enden av skalaen – de minste og antatt mest spredtbygde og perifere kommunene – skiller seg ikke ut på tilsvarende måte. Befolkningen i disse kommunene bruker de spesialiserte tilbud innen psykisk helsevern omtrent i like stort omfang – og med de samme psykiske problemene – som befolkningen i de større landkommunene.

Sammenhengen mellom diagnose, punktprevalens og bosted er videre anskueliggjort i tabell 8.6, som viser prevalenstillene fra tabell 8.5 som prosent av gjennomsnittet for landet. Når disse tallene sammenholdes med tilsvarende tall for pasientpopulasjonen som helhet (kolonnen til høyre i tabellen), ser vi hvilke diagnosekategorier som tenderer til å trekke punktprevalensen opp- eller ned i de ulike typer bosted.

Punktprevalensen i Oslo er totalt sett 64 prosent høyere enn gjennomsnittet for landet (kolonnen til høyre). Tabellen viser at omfanget av pasienter diagnostisert med schizofreni eller personlighetsforstyrrelser tenderer til å trekke dette tallet opp, mens omfanget av pasienter diagnostisert med nevrotiske lidelser tenderer til å redusere punktprevalensen i Oslo.

Diagnosekategorier som medvirker til å trekke punktprevalensen opp er merket med fet skrifttype for alle kommunetyper. Som det fremgår, er det betydelige forskjeller mellom de tre typer byer.

I landkommunene er mønsteret mer entydig, ved at affektive- og nevrotiske lidelser trekker punktprevalensen opp.

²⁵ I "andre storbyer" er punktprevalensen i diagnosekategoriene "nevrotiske lidelser" og "personlighetsforstyrrelser" noe under gjennomsnittet for landet

Tabell 8.6 Punktprevalens etter diagnose og bostedstype som prosent av gjennomsnittet for landet.

	Schizofrenier	Affektive lidelser	Nevrotiske lidelser	Personlighetsforstyrrelser	Totalt
Oslo	201	161	139	185	164
Andre storbyer	146	128	97	84	114
Øvrige byer	109	107	128	142	117
Byer totalt	143	126	123	136	128
Landkomm 20 000 innb og flere	81	97	101	87	91
Kommuner 10-20 000 innb	78	92	93	80	89
Kommuner 5-10 000 innb	56	64	69	71	68
Kommuner 2500-5000 innb	57	69	69	55	65
Kommuner under 2500 innb	61	75	66	36	66
Landet totalt	100	100	100	100	100

8.4 Oppsummering og konklusjon

Spørsmålet som reises i denne studien er hvorvidt tilgjengeligheten til spesialiserte behandlingstilbud innen det psykisk helsevern er avhengig av type bosted. De ulike typer bosted er rangert langs et kontinuum, der storbyen representerer det ene ytterpunkt, og det lille bygdesamfunnet det andre. Analysene baserer seg på opplysninger om pasienter som var under behandling 1 november 1999 (døgnpasienter) og i en 14-dagersperiode i april 2000 (pasienter ved offentlige poliklinikker og private avtalespesialister).

Resultatene viser at Oslo har i særklasse flest pasienter per innbygger. Også de andre byene har betydelig høyere punktprevalens enn øvrige kommunetyper. Dette kan ikke alene forklares av at man i byene vektlegger særlige behandlingsformer eller pasientgrupper. Byene har flest pasienter per innbygger ved alle tre behandlingsformer som inngår i denne studien, for begge kjønn, og i alle diagnosekategorier. Den observerte overrepresentasjon av pasienter fra byene i forhold til mer spredtbygde kommunetyper kan altså ikke tilbakeføres til ulik institusjonsstruktur eller ulik prioritering ved pasientopptak.

Kommunene i den andre enden av skalaen by-land – de minste og antatt mest spredtbygde og perifere kommunene – skiller seg ikke ut på tilsvarende måte. Andelen av befolkningen som mottar tilbud ved døgninstitusjoner og offentlige poliklinikker er omtrent like høy i store - som i små landkommuner. Omfanget av privat avtalepraksis synker derimot drastisk med avtagende kommunestørrelse. Slik praksis drives hovedsakelig for befolkningen i byer og de største kommunene.

At bybefolkningen er overrepresentert i det psykiske helsevern i forhold til befolkningen bosatt andre steder kan prinsipielt ha to typer årsaker: *forhold knyttet til befolkningen og dens levekår*, og *forhold knyttet til helsetjenesten selv*. Disse forhold er ikke uavhengige av hverandre. Opphopning av uheldige livsvilkår, selektiv tilflytting mm i byene kan føre til økt behov for hjelp, som over tid kan resultere i at tilbudet styrkes. Dette vil igjen kunne avleses gjennom økt punktprevalens. En tverrsnittsundersøkelse som den foreliggende gir ikke i seg selv svar på hvilke mekanismer som ligger bak resultatene.

Rettferdig fordeling av tjenestetilbudet innen det psykiske helsevern innebærer ikke mekanisk likefordeling mellom ulike deler av landet, eller ulike typer bostedsområder, men at alle med de samme behov skal ha samme tilgang til slike tjenester. Det finnes en rekke internasjonale studier som peker på opphopning av psykiske problemer i større byer; og da særlig i storbykjerner og de sosioøkonomisk svakeste områdene (Faris og Dunham 1939; Srole 1962; Sytema 1991; Thornicroft 1991; Joseph og Hollett 1993; Lewis og Booth 1994; Kelly

og Jones 1995;). Det finnes imidlertid ingen sikre holdepunkter for at dette også er tilfelle i Norge, selv om enkelte av faktorene som vanligvis knyttes til mental uhelse synes å være overrepresentert i Oslo (Pedersen og Hagen 2000).

Det er altså ikke grunnlag for å hevde at resultatene over er uttrykk for "rettferdig" fordeling i den forstand at merforbruket av spesialiserte behandlingstilbud i Oslo og øvrige byer nødvendigvis avspeiler at befolkningen der har større behov for slike tjenester enn befolkningen ellers i landet.

Det er nærliggende å peke på at poliklinikkene, som til en hver tid tar hånd om over halvparten av pasientene, i all hovedsak er lokalisert til byene, mens privatpraktiserende spesialister hovedsakelig driver praksis i Oslo eller en av de andre "storbyene". I alminnelighet har Oslo og de største byene dessuten trolig best rammevilkår når det gjelder personelltilgang og mulighet for å holde på kompetanse.

9 Tvangsinnleggelser

Johan Håkon Bjørngaard, Trond Hatling og Torhild Heggstad

I dette kapitlet er tvangsinnleggelser definert som opphold for personer som blir begjært tvangsinnlagt for observasjon eller behandling i psykisk helsevern. Frivillige innleggelser omfatter de som er henvist etter eget ønske. Disse begrepene må forstås formelt. Hvordan innleggelsen oppfattes av pasienten kan i stor grad variere (Se for eksempel Monahan, Lidz, Hoge, Mulvey, Eisenberg, Roth, Gardner and Bennett, 1999; Høyer, 2000).

Tidligere undersøkelser har avdekket til dels store forskjeller i praksis mellom institusjoner og fylker i det psykiske helsevernet (se for eksempel Hagen, 2000; og Hagen, Lilleeng and Sitter, 1999). For mange psykiske lidelser er det liten konsensus om både etiologi og hvilken behandling som er mest relevant og effektiv (Haugsgjerd, Jensen and Karlsson, 1998). Med det som bakgrunn er det heller ikke uventet at det er forskjeller i bruk av tvangsinnleggelser. Samtidig reiser dette spørsmålet om hvor store forskjeller som er akseptable. Den offentlige helsepolitikken er klar i forhold til dagens praksis; både omfang og forskjeller i bruk av tvang skal reduseres (St meld 25 (1996-97)).

Det blir ut fra dette viktig å få kartlagt hvilke faktorer som påvirker bruken av tvang. Flere hypoteser er reist både i forhold til omfang og variasjon i bruk av tvang ved innleggelse. Plassmangel ved psykiatriske sykehusavdelinger er en hyppig brukt forklaring på høye andeler av tvangsinnleggelser (for eksempel Aftenposten 13. Januar 2001). Plassmangel gjør at pasienter må avvises mens de ennå kunne vært behandlet frivillig, og at de i stedet må tvangsinnlegges når tilstanden er blitt ytterligere forverret. Ulik tolkning av lovverket har også vært fremholdt som en viktig årsak til forskjeller.

I dette kapitlet diskuteres først selve innleggelsesprosessen, mens vi i andre del av kapitlet presenterer omfanget av tvangsinnleggelser, både som andeler og befolkningsbaserte rater. Forskjeller mellom fylkene i omfanget av tvangsinnleggelser belyses både gjennom befolkningsbaserte rater og prosentandeler av innleggelsene i 2000.

9.1 Definisjoner og datagrunnlag

Etablering av tvungen psykisk helsevern

I 2000 var det to ulike muligheter for tvangsinnleggelse etter Lov om psykisk helsevern: § 5 og § 3. Frivillige innleggelser – § 4 - ble brukt dersom pasienten selv begjærte seg innlagt og henvisende behandler fant at innleggelse var til beste for pasienten og pasienten hadde samtykkekompetanse.

Hovedkriteriet for å anvende § 5 var alvorlig sinnslidelse. En tvangsinnleggelse måtte begjæres av pasientens nærmeste eller av offentlig myndighet, og begjæringen måtte følges av en henvisning fra en lege. Legehenviingen skulle inneholde en vurdering av paragrafandenelse.

Hvis det var uklart om betingelsene etter § 5 forelå, kunne man begjæres innlagt til observasjon i inntil tre uker uten eget samtykke (§ 3). Etter at innleggelsen hadde funnet sted skulle innleggelsesformaliteten fra henvisende lege vurderes av ansvarlig overlege senest neste virkedag. Denne spesialisten kunne da endre henvisningsformaliteten til annen tvangsparagraf eller fra tvang til frivillighet. Tilleggsriterium for bruk av § 5 var at sykehusets overlege ...

«...finner at innleggelse er nødvendig for å hindre at han lider overlast, eller at utsikt til helsebredelse eller vesentlig bedring forspilles, eller at den syke er til vesentlig fare for seg selv eller andre.» (Lov om psykisk helsevern av 1961, § 5).

Fra 01.01.2001 har nytt lovverk trådt i kraft som innebærer noen endringer fra dette.

Datagrunnlaget

Analysen bygger på data fra sykehus i det psykiske helsevernet for voksne. Analyseenheten er døgnopphold påbegynt i 2000. I de tilfeller pasienten har blitt overført mellom avdelinger ved samme institusjon, regnes dette likevel som ett opphold. En person kan ha flere opphold i løpet av ett år, eventuelt ved flere sykehus. På grunnlag av våre aidentifiserte data er det derfor ikke mulig å si eksakt hvor mange individer som har blitt tvangsinnlagt.

År 2000 var det første driftsåret for det nye obligatoriske pasientdatasettet (det såkalte Minste-Basis-Data-Sett) for institusjoner i psykisk helsevern (Hatling, 2000). Norsk pasientregister (NPR) ved SINTEF Unimed har stått for innsamling og kvalitetskontroll av disse dataene.

Enkelte institusjoner har ikke levert data på det nye formatet (MBDS), og disse er ikke med i analysene i dette kapitlet. Vi har også utelatt sykehus som har høy andel (over 20 prosent) med manglende registrering av innleggelsesformalitet. Fylker som ikke har rapportert samtlige av sine enheter på sykehusnivå er heller ikke med i utvalget. Med dette som bakgrunn står vi igjen med data fra ni fylker, samt to av fire sektorer i Oslo. Dette utgjør 10 949 sykehusopphold, det vil si i underkant av halvparten av innleggelsene totalt i 2000. Av disse mangler 1 107 data om innleggelsesformalitet. Når vi skal presentere befolkningsbaserte rater for omfanget av tvang, vil mangelfull informasjon om innleggelsesformalitet utgjøre et problem. For de 1 107 innleggelsene vi mangler data for, er paragraffordelingen estimert ut fra omfanget av tvang og frivillighet ved den enkelte institusjon, basert på de innleggelsene vi har data fra. Når vi ser på andeler av innleggelsene, er dette gjort med utgangspunkt i de innleggelsene vi har data fra. Denne usikkerheten dette medfører er det viktig å ha i mente når man tolker resultatene.

I og med at alle fylkene ikke er representert, baserer vi analysene på institusjonenes tilknytningsfylke og ikke pasientenes bostedsfylke. I praksis er dette ganske likt, ettersom de fleste pasientene blir behandlet i det fylket de bor i.

Det er i datasettet også opplysninger om paragraf satt av institusjonens spesialist – «overlegevedtaket». Institusjoner som ikke har levert data om henvisningsformalitet, har svært ofte heller ikke levert opplysninger om overlegevedtaket. Konsekvensene av å estimere fordelingen av disse gjør beregningene betydelig mer usikre, fordi henvisende leges vurdering er avgjørende for hvilke muligheter overlegen hadde for sitt vedtak. I dette kapitlet vil derfor tallene være basert på henvisningsformalitet når vi ser på fylkesvise forskjeller. Vi har også med en tabell for overlegevedtak, men da kun for de innleggelsene som hadde oppgitt henvisningsformalitet.

9.2 Innleggelsesprosessen

Hvordan etableres tvunget psykisk helsevern?

En del formelle krav må tilfredsstilles før tvunget psykisk helsevern kan etableres. For året 2000 gjaldt Lov om psykisk helsevern av 1961. Kravene ifølge denne loven gjennomgås kort her, og til slutt viser vi til hvilke endringer som er gjort i den nye Psykisk helsevernloven.

En begjæring om tvangsinnleggelse skulle følges av en legeundersøkelse, som regel gjennomført av primærlegen. En slik legeundersøkelse skulle være gjennomført i løpet av de siste 15 dagene, 30 hvis det var snakk om en kronisk lidelse. Begjæringen skulle enten undertegnes av personens pårørende eller offentlig myndighet. Begjæringen om tvangsinnleggelse måtte si om personen etter legens vurdering tilfredsstilte kravene til § 5, eller om vedkommende skulle innlegges til tvungen observasjon (§ 3). Etter å ha undersøkt pasienten skulle overlegen så bestemme om vedkommende oppfylte kravene til tvangsinnleggelse etter § 5, etter § 3 eller om vedkommende skulle tilbys frivillig innleggelse.

I loven som lå til grunn for tvangsinnleggelse i 2000 var det kun spesialister i psykiatri som kunne fatte slike vedtak, og da senest første virkedag etter innleggelsen. Vaktssystemer medfører at det kan gå relativt lang tid, for eksempel i forbindelse med helg, før vedkommende som er begjært innlagt blir vurdert av en spesialist i psykiatri. En overprøving av innleggelsesbegjæringen med overføring til frivillig innleggelse kan dermed likevel ha medført at vedkommende har vært reelt tvangsinnlagt i flere døgn.

Hverken etter den nye eller gamle loven er det i Norge mulig å endre innleggelsesformalia til tvang for en person som er frivillig henvist.

I loven var det også adgang til å gi tvunget ettervern uten formell utskrivning (§ 13.1). Pasienten var da ikke lenger døgnpasient ved institusjonen, men institusjonen hadde det formelle behandlingsansvaret. Det reelle ansvaret kunne godt ligge hos en poliklinikk eller i kommunehelsetjenesten. For å bli overført til denne paragrafen skulle pasienten tilfredsstille lovens krav til tilbakeholdelse etter § 6, det vil si alvorlig sinnslidende samt oppfylle minst ett av tilleggskriteriene. Ved forverring av tilstanden kunne pasienten tas inn i institusjonen på § 5 uten nye innleggelsesdokumenter (innleggelsesbegjæring. og legeopplysninger).

Tvangsinnleggelse etter 1.1.2001- konsekvenser av ny lov

Grovt sett er hovedtrekkene fra lov om psykisk helsevern beholdt i den nye loven. Noen endringer er foretatt, blant annet er maksimumstiden på tvungen observasjon (nåværende §3.6, jfr. § 3.8) redusert til ti dager. Det er også innskjerpet at utredning i forhold til tvungen døgnomsorg (§ 3.1) er det eneste gyldige kriteriet for tvungen observasjon, og at det ikke er tillatt å bruke denne paragrafen i forhold til akutt krisehåndtering (Ot prp nr 11 1998-99:85). Videre kan tvungen omsorg uten døgnopphold etableres uten forutgående institusjonsopphold. Det tidligere overlastkriteriet er fjernet som tilleggskriterium, og begrepsbruken for de gjenværende kriteriene er skjerpet. Det er lagt mer vekt på det offentlige som tutor. Det tidligere legemonopolet er nå brutt, for i følge den nye loven fra 01.01.2001 kan også kliniske psykologer med minimum to års relevant klinisk erfaring fatte vedtak om tvangsinnleggelse.

9.3 Omfang

Omfanget av tvangsinnleggelse kan måles både som andel av alle innleggelse og som befolkningsandeler. Andelen tvangsinnleggelse er følsomt for forskjeller i tjenestetilbudets omfang; et fylke med få institusjonsplasser vil høyst sannsynlig ha en høy andel tvangsinnleggelse fordi det er bare de sykeste som kan gis et tilbud. Tvangsinnleggelse målt i forhold til befolkningsmengde for dette området kan samtidig være lav, fordi få individer totalt sett behandles i institusjon.

Hvilken av disse man benytter vil avhenge av hva man ønsker å belyse. Så lenge det er ønskelig å si noe om omfang er det hensiktsmessig at begge målene tas med.

Andel tvangsinnleggelse

Tabell 9.1 viser hvor mange av innleggelsene som ble henvist henholdsvis frivillig og under tvang i 2000.

Omlag halvparten av innleggelsene var frivillige, målt ved henvisning, noe som er i tråd med resultatene fra tidligere undersøkelser (Løvdahl and Lilleeng, 1998). Selv om man hverken i årets rapport eller tidligere har hatt data om tvangsinnleggelse fra alle sykehusene, finner vi stor stabilitet i andelen frivillige innleggelse gjennom hele 1990-tallet (Løvdahl and Lilleeng, 1998).

Tabell 9.1 Henvisningstype etter henvisende leges formalitet. Antall og prosent. Innleggelse ved sykehus i 2000.

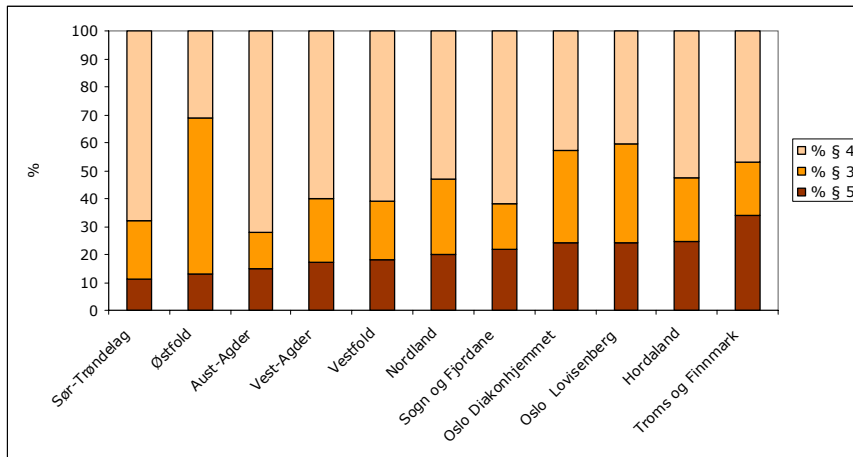
	Antall	Prosent
Frivillig	5 200	53
Observasjon - §3	2 669	27
Tvang - §5	1 973	20
Prosentgrunnlag	9 842	100
Ikke oppgitt formalitet	1 107	
Totalt antall	10 949	

Fylkesvise forskjeller i andel tvangsinnleggelse

Det er tidligere påvist store regionale forskjeller når det gjelder andel tvangsinnleggelse, både i Norge (Hatling and Krogen, 1998), (Bjørngaard and Heggstad, 2001) og internasjonalt (Kjellin, 1997; Kokkonen, 1993).

En undersøkelse av et tverrsnitt av sykehuspasientene per 1. november 1999, analyserte årsaker til variasjoner i tvangsinnleggelse mellom sykehus (Bjørngaard and Heggstad, 2001). Analysen viste at en del av forskjellene mellom sykehusenes bruk av tvangsinnleggelse, delvis skyldes ulik pasientsammensetning, målt ved pasientenes kjønn, alder, tidligere innleggelse og diagnose. Spesielt var pasientsammensetningen egnet til å forklare variasjon i bruk av § 5. Et tilsvarende resultat kom fram i undersøkelse av innleggelse i psykiatriske sykehus i løpet av året 1997 (Bjørngaard, 2000). Samtidig viste analysene at det var forskjeller utover det som kan tilskrives ulik pasientsammensetning, som for eksempel forskjeller i organisering av psykisk helsevern, ulikheter i forhold til alternative tilbud, og i holdninger og skjønn i anvendelsen av lovverket. At pasientsammensetningen forklarte mer av forskjellen mellom sykehusene for andelen av § 5 enn § 3, rimer med forutsetningene i loven. Utgangspunktet for observasjonsparagrafen var og er utredning av tilstanden til pasienten. Samtidig reiser resultatet spørsmål om dette skjønnsgrunnlaget er for vidt.

I den neste figuren framstilles en fylkesvis fordeling av innleggelse etter henvisningsformalitet.



Figur 9.1 Innleggelses i 2000 med ulik henvisningsformalitet. Prosent av innleggelses med informasjon om innleggelsesformalitet etter institusjonenes tilknytningsfylke. Sykehus.

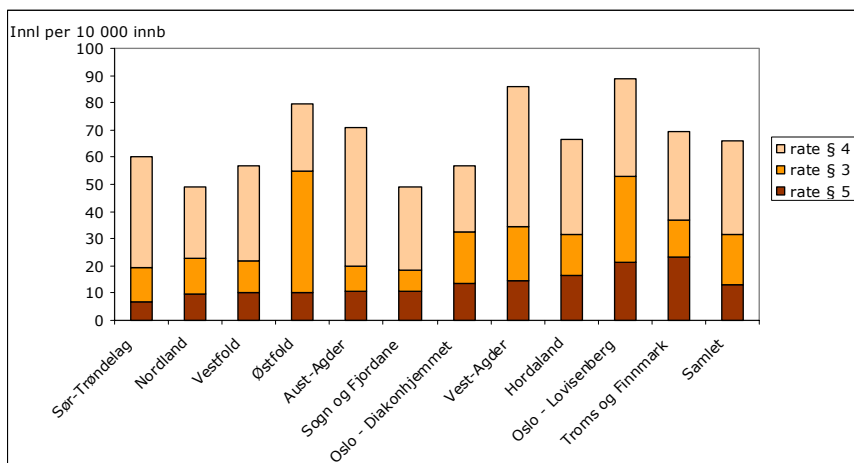
Som det framgår av figuren er det til dels betydelige fylkesvise forskjeller både når det gjelder fordelingen mellom frivillige innleggelses og tvangsinnleggelses totalt (sum § 3 og § 5), men også i andelen av den enkelte tvangsparagraf (§ 3 opp mot § 5).

9.3.1 Befolkningsbaserte rater av tvangsinnleggelses

Ved sammenligning av bruk av tvang i ulike geografiske områder er rater (antall tvangsinnleggelses sett i forhold til befolkningen) et viktigere mål en hvilken andel tvangsinnleggelses utgjør av det samlede antall innleggelses. Et område kan ha en lavere andel tvangsinnleggelses enn andre områder, men likevel ha høyere reell bruk av tvang målt ved antall tvangsinnleggelses dersom det samlede antall innleggelses i området er høyt.

Parallelt med en stabil andel tvangsinnleggelses har man i gjennom hele 90-tallet hatt en kraftig endring i sammensetning og bruk av sykehustjenester for mennesker med psykiske lidelser. Antall sykehusplasser har gått ned med seks prosent fra 1991 til 2000, mens for eksempel antall utskrivninger har økt med 59 prosent (Bjørngaard, 2001). Gitt at beleggprosenten ikke har økt, er det rimelig å anta at økningen i utskrivninger har vært fulgt av en tilsvarende, men noe mindre, økning i antall innleggelses. Så lenge antall innleggelses har økt og tvangsandelen har vært relativt stabil, har tvangsinnleggelses målt som andel av befolkningen også økt.

I figur 9.1 viser vi omfanget av tvangsinnleggelses i de sykehusene som er tilknyttet de enkelte fylker, sett i lys av befolkningmengden i disse fylkene. Diagrammet er sortert etter omfanget av § 5. For de innleggelsesene hvor en ikke har oppgitt formalitet er denne estimert med bakgrunn i sykehusets paragrafandeler for de øvrige innleggelsesene (se avsnitt x.2). Framgangsmåten innebærer at det ligger en viss usikkerhet i nivået for de enkelte rate-tallene. Befolkningstallet for Finnmark og Troms er slått sammen fordi regionsykehuset i Tromsø dekker begge disse fylkene.



Figur 9.2 Antall sykehusinnleggelseser i 2000 med ulik henvisningsformalitet. Per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre etter institusjonenes tilknytningsfylke. Innleggelseser som mangler informasjon om henvisningsformalitet er estimert med utgangspunkt i fordelingen på de ulike sykehusene.

Som det framgår av figuren varierer den totale raten for tvangsinnleggelseser (§ 3 og § 5 samlet) betydelig.

Østfold og Lovisenberg sektor i Oslo hadde over 50 tvangsinnleggelseser per 10 000 innbyggere. Til sammenlikning hadde Vestfold, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag og Nordland omkring 20.

Vi finner samtidig stor spredning mellom fylkene når det gjelder paragrafanvendelse. Innleggelseser etter § 5 varierer mellom 7 – 24 per 10 000 innbyggere. Lovisenberg sektor i Oslo og Finnmark og Troms ligger høyest, mer enn tre ganger så høyt som Sør-Trøndelag.

Enkelte fylker og sektorer har svært mange innleggelseser til tvungen observasjon, sammenliknet med nivået for de andre fylkene. Østfold har for eksempel relativt lavt omfang med § 5-innleggelseser, mens § 3-nivået ligger svært høyt. Lovisenberg har et høyt, men noe lavere nivå på § 3, kombinert med et høyt nivå, også av § 5-innleggelseser.

Det er grunn til å anta at det er ulik forståelse av hva som inkluderes i begrepet tvungen observasjon, spesielt med tanke på de store forskjellene vi ser. Tidligere undersøkelser har vist at § 3 ble brukt relativt hyppig i alle diagnosegrupper (Bjørngaard, 2000) og (Bjørngaard and Heggstad, 2001). Det kan derfor se ut som § 3 fortsatt i stor grad blir brukt som et middel til kortids krisehåndtering av akutte tilstander. Dette ble påvist allerede av (Dahl et al., 1985) og også erkjent av det daværende Helsedirektoratet og Norsk psykiatrisk forening som praksis på 80-tallet (Sosial, - og helsedepartementet, 1997).

Den totale innleggelsesraten varierer betydelig mellom fylkene (figur 9.2). Det er altså stor forskjell på hvor mange som innlegges til døgnbehandling ved sykehus, sett i lys av befolkningensmengden i de enkelte fylker. Nedenfor omtales en del alternative forklaringer på disse forskjellene.

Tilgjengelighet til alternative tilbud kan være en årsak. I (Hagen, 2001) framgår det at mange pasienter er innlagt ved døgnavdelinger i sykehus grunnet mangel på alternative tilbud. I henhold til denne undersøkelsen mener behandlerne at nær 30 prosent av pasientene som var innlagt på sykehus per 1. november 1999 burde ha tilbud utenfor sykehus. Tilsvarende bruker (Brabrand and Friis, 1997) ulik tilgjengelighet til alternative tilbud som et argument når de skal forklare forskjeller i tvangsinnleggelsesandeler og psykoseinnleggelseser mellom Hedmark og Oslo.

Forskjeller i intern pasientflyt er en annen årsak til varierende innleggelsesrate. Noen institusjoner har korte oppholdstider ved avdelingene, andre institusjoner har lange. Disse forskjellene kan henge sammen med tilgjengeligheten av alternative tilbud utenfor institu-

sjonen. De kan også skyldes ulik faglig praksis og oppfatning av hvor lang varighet et opphold bør.

Døgnplassdekning har vært framhold som en tredje årsak til varierende innleggelsesrate ved sykehus. I helsepolitisk debatt blir det ofte vist til at man har for få døgnplasser (Friis 2001).

Ulik innleggelsesrate kan også være en funksjon av forskjeller i sykkelighet i befolkningen. Enkelte fylker kan av ulike grunner ha en høyere andel personer med psykiske lidelser, se f.eks. (Pedersen and Hagen, 2000) for blant annet flyttemønsterets konsekvenser for sykkelighetsutbredelse. Tilsvarende argumenter benyttes av (Brabrand and Friis, 1997) når de skal forklare forskjeller i tvangsinnleggelsesandeler og psykoseinnleggelses mellom Hedmark og Oslo.

Vi har sett nærmere på de fylkene som inngår i analysene i dette kapitlet, for å avdekke om det er noen sammenheng mellom kapasitet på fylkesnivå og tvangsinnleggelsesraten. I denne omgang har vi holdt de to sektorene i Oslo utenfor, blant annet fordi det er et visst bytte av akutt-tjenester mellom sektorene. De kapasitetsmålene vi har inkludert i analysen er polikliniske konsultasjoner samt døgnplassdekning, døgnopphold og oppholdsdøgn (de tre siste på sykehusnivå, øvrig institusjonsnivå og samlet). For alle er dette beregnet per 10 000 innbyggere, og analysen er basert på avvik fra gjennomsnittet innen hver kategori. Vi finner i vårt materiale ingen støtte for at det er en sammenheng mellom fylkenes plassering med henholdsvis høy, middels eller lav verdi på ett eller flere av de kapasitetsmålene vi har anvendt og tvangsrate. Et viktig forbehold med hensyn til denne konklusjonen er hvorvidt våre mål på kapasitet er gode mål på faktisk kapasitet, for eksempel i forhold til pasientgrupper som ofte blir tvangsinnlagt. Vi mangler også opplysninger om kapasitet i førstelinjetjenesten. Dette fenomenet bør derfor studeres nærmere for å se hvilke forhold ved det samlede tilbudet til mennesker med psykiske lidelser som øker eller minsker bruken av tvang.

Oppholdstider

Pasientgjennomstrømmingen målt ved antall årlige utskrivninger per døgnplass i sykehuset kan være en forklaring på ulikt omfang av tvangsinnleggelses. (Heggstad, 2001) viser at pasienter ved enheter med høy gjennomstrømming av pasienter har økt risiko for å bli reinnlagt. Det er også vist at førstegangs tvangsinnleggelse øker sjansen for tvangsinnleggelse ved seinere reinnleggelse (Fennig et al., 1999). Et tilbud som baseres på kortids krisebehandling, vil nødvendigvis gi rom for flere innleggelses gjennom året og gjennom det flere innleggelses til observasjon. I den neste tabellen presenteres tall for oppholdstid etter henvisningsparagraf.

Tabell 9.2 Prosentvis andel med ulik oppholdstid etter henvisningsparagraf. Avsluttede opphold i 2000.

Oppholdstid:	Henvisningsformalitet:		
	Frivillig	Observasjon - §3	Tvang - §5
- Under 9 døgn	39	48	33
- 9-30 døgn	32	31	33
- 31-90 døgn	22	17	25
Over 90 døgn	6	4	9
	100	100	100
Prosentgrunnlag	5 277	2 591	1 902

Vi ser at om lag halvparten av innleggelsene der pasienten var henvist til observasjon, avsluttes før det har gått ni døgn. Som det framgår av tabellen skiller henvisninger etter § 3 seg fra både frivillige innleggelse og innleggelse etter § 5 ved at disse oppholdene har en større andel med kort oppholdstid, dvs under ni døgn. Tilsvarende har disse oppholdene en mindre andel lange opphold, dvs med oppholdstider på over 30 døgn. Det er her viktig å presisere at dette er henvisningsstatus, det vil for mange av de innlagt etter § 3 og § 5 skje en paragrafendring over til frivillig i løpet av oppholdet. Det framgår også at det er høy grad av samsvar i oppholdstid mellom de innlagt frivillig og de begjært innlagt etter § 5.

9.3.2 Øyeblikkelig hjelp og tvangsinnleggelse

Det har vært hevdet at terskelen for å bli innlagt ved psykiatriske sykehus er så høy at man hovedsakelig blir tvangsinnlagt som øyeblikkelig hjelp. I den neste tabellen presenterer vi tallene for andel tvangsinnleggelse og øyeblikkelig hjelp-andel.

Tabell 9.3 Henvisningstype (tvang) etter henvisende leges formalitet. Andel øyeblikkelig hjelpinnleggelse. Prosent. Innleggelse ved sykehus i 2000.

Fylke	Andel ø-hjelp- innleggelse	Andel §3	Andel §5	Andel §3 + §5
Østfold	87	56	13	69
Oslo Lovisenberg	77	36	24	60
Vestfold	91	21	18	39
Aust-Agder	88	13	15	28
Vest-Agder	83	23	17	40
Hordaland	85	22	25	47
Sogn og Fjordane	84	16	22	38
Sør-Trøndelag	82	21	11	33
Nordland	79	27	20	47
Troms og Finnmark	80	19	34	53

Som det framgår av tabellen har alle fylkene som inngår i vårt materiale en høy ø-hjelpsandel, mens andelen tvangsinnleggelse varierer sterkt. Det er ut fra disse fylkene ingen støtte for at det er noen direkte sammenheng mellom andel ø-hjelp og andel tvangsinnleggelse. Vi

mangler dessverre opplysninger om tvangsinnleggelse for de tre fylkene som har lavest andel ø-hjelpsinnleggelse (Telemark, Rogaland og Møre og Romsdal).

Spesialistvedtak

Henvisningsformalitet er gitt av innleggende lege, ofte allmennpraktiserende primærlege. Vedkommende lege har ikke nødvendigvis spesiell kompetanse om psykiske lidelser. Spørsmålet er da om kunnskapen om både psykiske lidelser og om lovgrunnlaget for tvangsinnleggelse er god nok. I tillegg til spørsmålet om kunnskap om lovverket og psykiske lidelser kommer situasjonen rundt innleggelsen. I beslutningsprosessen fram til en avgjørelse om bruk av tvangsparagraf, er mange dimensjoner åpne for klinikernes skjønn. Det gjelder vurderingen av pasientens tilstand, både diagnose og grad av risiko, samt avveiningen av hvilke tiltak som er å foretrekke i den aktuelle situasjonen. Sammenlignende studier av klinikers skjønn har bekreftet stor grad av variasjon. En studie av et utvalg psykiatere ved akutteneheter fant liten grad av samsvar i kliniske vurderinger og behandlingsforslag. Graden av samsvar var høyest for vurdering av psykoser og stoffmisbruk, lavest for vurdering av impuls kontroll, grad av fare samt forslag til tiltak (Way et al., 1998). Vurdering av potensiell behandlingseffekt vil være avgjørende for bruk av tilleggskriteriet om at utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring forspilles. Høyer påpeker på den ene siden at det kan være diskutabelt hvorvidt behandling kan være effektiv når den skjer under tvang (Høyer, 2000). På den andre siden viser Westrin til en undersøkelse der tvangsinnlagte pasienter hadde samme eller endog større bedring enn frivillig innlagte (Westrin, 1997).

I neste tabell ser vi hvor stor andel av henvisningene til tvangsinnleggelse og tvungen observasjon som ble endret når de ble vurdert av spesialist. Her inkluderes bare henvisninger om tvangsinnleggelse. Det knytter seg en viss usikkerhet til disse tallene. Med tanke på at 2000 var det første året for det nye datasettet (MBDS), er det uklart hvor godt dette er registrert.

Tabell 9.4 Innleggelse etter henvisende leges formalitet og påfølgende spesialistvedtak. Prosent. Innlagte ved tvang ved sykehus i 2000.

Spesialistvedtak	Henvist	
	§3	§5
Frivillig	14	5
Observasjon - §3	84	6
Tvang - §5	2	89
Totalt	100	100

For fem prosent av henvisningene på § 5 endret spesialist status til frivillig, mens for seks prosent ble status endret fra § 5 til tvungen observasjon (§ 3). Nesten ni av ti beholdt § 5-status etter overlegevedtaket.

Omlag 14 prosent av henvisningene til tvungen observasjon ble endret til frivillig etter spesialistvurdering, mens kun to prosent ble endret til § 5.

Det er med andre ord en viss endring av henvisningsformalitet, samlet sett blir om lag 10 prosent av alle henvisningene på tvang underkjent, det vil si omgjort til frivillig innleggelse. Hvorvidt dette er tvangshenvisninger det ikke er lovhemmel for, er ikke like selvsagt. Noe kan skyldes at pasientens tilstanden kan ha endret seg i løpet av tiden fra innleggelse til spesialistvurdering. Det er grunn til å anta at dette særlig gjelder for innleggelse etter § 3, hvor mange av oppholdene er kortids krisehjelp (Dahl et al., 1985). Men det kan også være vurderinger av henvisende lege som ikke er i tråd med psykisk helsevernloven. Dette spørsmålet er det ikke mulig å belyse med pasientdata for 2000, men det vil bli studert som ledd i

et større prosjekt om utviklingen av tvang i psykisk helsevern gjennom Opptappingsplanen. I tillegg kan det være snakk om at pasienten overtales til å godta et behandlingsopplegg uten tvang.

Tilleggs-kriterier

En har de siste tjue årene observert en endring i bruk av tilleggs-kriterier ved innleggelse etter §5 (Hagen, 2001). Bruken av overlastkriteriet har gått kraftig ned, bruken av behandlingskriteriet har hatt en jevn økning mens bruken av farekriteriet etter en viss stigning har vært noenlunde stabilt. Vi har for 1288 innleggelse i 2000 opplysninger om henvisningsparagraf, spesialistvedtak og tilleggs-kriterier. I gjennomsnitt var det knyttet 1,4 tilleggs-kriterier til hver innleggelse. For 81 prosent av innleggelsene var behandlingskriteriet anvendt, mens tallene for farekriteriet og overlastkriteriet var henholdsvis 28 prosent og 36 prosent. De hyppigst forekommende kombinasjonene var behandlingskriteriet i kombinasjon med farekriteriet eller overlastkriteriet, for henholdsvis 29 prosent og 26 prosent av innleggelsene. Overlastkriteriet kombinert med farekriteriet forekom i syv prosent av innleggelsene, mens for fem prosent av innleggelsene mente institusjonen at alle 3 tilleggs-kriterier var til stede. Gitt at det utvalget vi har er representativt for psykiatriske sykehus var fire av fem innleggelse etter § 5 begrunnet med at «utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring forspilles». I henhold til (Høyer, 2000) er det ennå ikke vitenskapelig hold for en slik begrunnelse, hverken når det gjelder positiv effekt av tvangsopphold eller negativ effekt av å avstå fra en slik intervensjon. Mangelen på slik vitenskapelig dokumentasjon - ett sentralt tema i den pågående faglige utviklingen av det psykiske helsevernet - parallelt med mange aktørgruppers vurdering av tvangsinnleggelse som et nødvendig tiltak, stiller det psykiske helsevernet overfor et stort dilemma. Et dilemma som vil vedvare også under den nye Psykisk helsevernloven.

9.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på variasjon i bruk av tvang og frivillighet ved sykehusinnleggelse i psykisk helsevern 2000. Omlag halvparten av henvisningene for sykehusbehandling var enten til tvungen observasjon (§ 3) eller tvungen døgnomsorg (§ 5).

Omfanget av tvangsinnleggelse målt i forhold til befolkningsstørrelsen varierer betraktelig mellom fylkene. Enkelte fylker skiller seg spesielt ut ved at de har svært mange innleggelse til tvungen observasjon. Østfold stiller seg i en særstilling i denne sammenheng.

Året 2000 var første registreringsåret for det nye obligatoriske datasettet i psykisk helsevern. Dette gir nye og gode muligheter til å følge bruken av tvang generelt og tvangsinnleggelse spesielt. Første år har vært preget av at man ute i institusjonene trenger tid for få registreringsrutiner og systemer på plass. Vi forventer at alle institusjonene i Norge etter hvert leverer fullstendige data på dette området. Dette vil danne mulighet til forskning på feltet som kan gi ny kunnskap om bruken av tvang.

Vedlegg til kapittel 3

Tabell v3.1 Offentlige driftsutgifter til psykisk helsevern totalt. Kroner per innbygger . Faste priser (2000). Fylker.

Fylke	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
											Pst	
Østfold	1196	1225	1246	1281	1236	1254	1334	1352	1434	1413	217	18,2
Akershus	1259	1238	1294	1314	1298	1371	1410	1509	1551	1572	313	24,9
Oslo	2870	2875	2822	2625	2559	2695	2842	2987	3112	3146	276	9,6
Hedmark	1399	1372	1349	1312	1335	1342	1317	1436	1406	1497	98	7,0
Oppland	1427	1430	1474	1486	1531	1584	1597	1567	1621	1663	236	16,6
Buskerud	1426	1522	1511	1330	1458	1449	1493	1572	1572	1619	193	13,5
Vestfold	1215	1209	1246	1278	1301	1296	1314	1440	1486	1585	370	30,5
Telemark	1324	1269	1301	1251	1252	1311	1458	1522	1562	1565	241	18,2
Aust-Agder	1491	1497	1493	1289	1265	1398	1431	1472	1483	1614	123	8,2
Vest-Agder	1474	1474	1375	1322	1356	1370	1449	1479	1515	1453	-21	-1,4
Rogaland	1220	1316	1392	1439	1453	1461	1533	1542	1586	1612	392	32,1
Hordaland	1447	1483	1540	1478	1433	1483	1578	1655	1705	1696	249	17,2
Sogn og Fjordane	1372	1495	1403	1462	1521	1520	1570	1612	1573	1603	231	16,8
Møre og Romsdal	1425	1470	1452	1396	1457	1478	1543	1617	1671	1652	227	16,0
Sør-Trøndelag	1311	1321	1220	1251	1217	1324	1357	1377	1363	1352	41	3,1
Nord-Trøndelag	1275	1241	1278	1365	1417	1546	1437	1493	1577	1581	306	24,0
Nordland	1232	1316	1343	1371	1332	1447	1478	1480	1572	1582	350	28,4
Troms	1442	1413	1437	1409	1429	1451	1448	1545	1762	1795	353	24,5
Finnmark	1976	1969	1927	1984	1987	1931	1722	1747	1878	1890	-86	-4,4
Totalt inkl Oslo	1515	1538	1544	1512	1512	1567	1621	1686	1742	1762	247	16,3
Gini	13,2	13,2	12,6	11,0	11,0	10,9	11,2	11,1	11,6	11,5	-2	-13,1
Mean	1462	1481	1479	1455	1465	1511	1543	1600	1654	1678	216	14,8
SD	382	379	362	326	315	322	332	349	374	376	-6	-1,6
CV	26,1	25,6	24,5	22,4	21,5	21,3	21,5	21,8	22,6	22,4	-4	-14,2
Totalt ekskl Oslo	1349	1373	1386	1373	1276	1282	1465	1520	1567	1586	237	17,6
Gini	4,9	5,1	4,9	4,0	4,6	4,0	3,7	3,3	3,8	3,7	-1	-24,0
Mean	1384	1403	1405	1390	1404	1445	1471	1523	1573	1597	213	15,4
SD	177	177	163	167	175	151	108	98	126	126	-51	-28,9
CV	12,8	12,6	11,6	12,0	12,4	10,5	7,3	6,4	8,0	7,9	-5	-38,3

Tabell v3.2 Offentlige driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne. Kroner per innbygger 18 år og eldre. Faste priser (2000). Fylker.

Fylke	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	Pst
Østfold	1345	1365	1374	1388	1355	1379	1468	1494	1582	1568	223	16,6
Akershus	1364	1351	1418	1458	1468	1536	1575	1695	1719	1767	403	29,5
Oslo	3040	3090	3028	2913	2844	3002	3143	3317	3381	3427	387	12,7
Hedmark	1594	1503	1458	1430	1452	1446	1378	1529	1551	1628	34	2,1
Oppland	1761	1754	1797	1784	1797	1844	1862	1828	1873	1915	154	8,7
Buskerud	1658	1779	1762	1528	1672	1652	1680	1735	1733	1737	79	4,8
Vestfold	1455	1447	1492	1514	1528	1519	1528	1678	1725	1803	348	24,0
Telemark	1594	1500	1579	1535	1505	1566	1732	1803	1842	1824	230	14,4
Aust-Agder	1751	1734	1709	1507	1463	1647	1675	1641	1666	1861	110	6,3
Vest-Agder	1835	1830	1696	1630	1660	1662	1716	1721	1785	1712	-123	-6,7
Rogaland	1560	1684	1761	1815	1807	1810	1884	1879	1892	1958	398	25,5
Hordaland	1751	1798	1861	1774	1725	1767	1858	1940	1973	1978	227	13,0
Sogn og Fjordane	1659	1810	1697	1729	1799	1802	1813	1826	1860	1923	264	15,9
Møre og Romsdal	1806	1840	1798	1720	1767	1779	1822	1895	1999	1957	151	8,4
Sør-Trøndelag	1576	1557	1393	1454	1407	1533	1553	1546	1529	1489	-87	-5,5
Nord-Trøndelag	1605	1541	1581	1674	1691	1769	1673	1734	1807	1812	207	12,9
Nordland	1448	1512	1574	1595	1549	1676	1710	1700	1754	1754	306	21,2
Troms	1648	1575	1619	1584	1583	1671	1630	1737	2027	2082	434	26,4
Finnmark	2276	2231	2187	2244	2257	2124	1846	1845	1946	2048	-228	-10,0
Totalt inkl Oslo	1772	1793	1794	1764	1758	1815	1861	1929	1979	2005	233	13,1
Gini	12,6	13,0	12,5	11,6	11,4	11,3	11,7	11,6	11,8	11,8	-1	-5,7
Mean	1722	1732	1726	1699	1702	1747	1766	1818	1876	1908	185	10,8
SD	380	390	371	353	345	348	363	383	392	400	20	5,4
CV	22,0	22,5	21,5	20,8	20,3	19,9	20,5	21,1	20,9	21,0	-1	-4,9
Totalt, ekskl Oslo	1605	1621	1631	1611	1529	1533	1688	1741	1789	1812	207	12,9
Gini	6,0	6,5	6,3	5,6	5,8	5,0	5,0	4,3	4,7	4,8	-1	-18,9
Mean	1649	1656	1653	1631	1638	1677	1689	1735	1792	1823	174	10,5
SD	211	216	201	201	211	173	146	127	150	161	-50	-23,8
CV	12,8	13,0	12,1	12,3	12,9	10,3	8,7	7,3	8,3	8,8	-4	-31,1

Tabell v3.3 Offentlige driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge. Kroner per innbygger 0-17 år. Faste priser (2000). Fylker.

Fylke	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
												Pst
Østfold	664	721	782	891	807	801	855	846	910	873	209	31,5
Akershus	922	875	898	858	768	862	905	939	1044	987	65	7,1
Oslo	2090	1914	1927	1388	1350	1406	1575	1610	1991	1976	-114	-5,5
Hedmark	668	883	936	865	894	951	1089	1091	878	1022	354	53,0
Oppland	194	219	260	374	542	617	617	608	704	758	564	291,1
Buskerud	610	609	613	624	700	733	843	1006	1018	1215	605	99,3
Vestfold	404	403	408	471	531	541	600	646	695	868	464	114,8
Telemark	390	464	325	255	365	421	505	551	600	678	288	73,9
Aust-Agder	722	785	836	617	650	624	674	944	917	846	124	17,1
Vest-Agder	424	434	434	416	464	515	667	769	727	693	269	63,3
Rogaland	294	307	381	411	488	507	577	619	746	661	367	125,1
Hordaland	513	508	545	563	538	617	726	785	892	842	329	64,0
Sogn og Fjordane	496	527	500	648	674	674	842	973	720	648	152	30,6
Møre og Romsdal	255	327	378	387	491	539	672	747	650	700	445	174,2
Sør-Trøndelag	424	525	639	574	582	634	716	828	825	911	487	115,0
Nord-Trøndelag	259	302	329	395	560	854	707	748	873	877	618	239,1
Nordland	536	679	592	645	634	717	739	779	997	1035	499	93,0
Troms	776	882	848	846	935	752	869	938	928	897	121	15,6
Finmark	1022	1130	1097	1154	1144	1331	1344	1446	1674	1416	394	38,6
Totalt, inkl Oslo	658	686	710	672	696	748	831	892	970	975	317	48,1
Gini	34,2	31,0	29,8	23,6	18,9	17,9	16,6	15,7	17,4	17,2	-17	-49,8
Gj.snitt for fylkene	614	658	670	652	690	742	817	888	936	942	328	53,5
SD	423	390	388	290	248	260	267	270	344	317	-105	-24,9
CV	68,8	59,3	57,9	44,4	35,9	35,0	32,7	30,4	36,8	33,7	-35	-51,1
Totalt, ekskl Oslo	525	568	590	600	630	681	754	818	865	873	348	66,3
Gini	23,5	22,2	20,9	18,9	13,8	13,0	11,1	10,9	10,3	10,4	-13	-55,8
Gj.snitt for fylkene	532	588	600	611	654	705	775	848	878	885	353	66,4
SD	232	251	247	235	195	210	199	211	238	201	-31	-13,5
CV	43,6	42,6	41,2	38,4	29,8	29,8	25,7	24,9	27,1	22,7	-21	-48,0

Tabell v3.4 Personelldekning totalt i det psykiske helsevernet. Årsverk per 10000 innbyggere. Etter bostedsfylke og år.

Fylke	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
												Pst
Østfold	27,4	26,9	26,8	27,5	26,7	28,3	30,1	30,4	29,6	30,3	2,9	11
Akershus	30,8	28,6	30,2	29,0	27,3	29,3	29,0	28,6	29,4	31,0	0,1	0
Oslo	56,2	58,9	58,7	56,5	56,8	56,5	54,4	58,3	59,0	58,2	2,0	3
Hedmark	32,9	30,7	31,7	31,6	32,8	32,2	31,2	31,3	30,9	32,1	-0,8	-2
Oppland	34,0	30,7	32,6	31,4	34,8	36,2	33,9	34,6	35,5	37,0	3,0	9
Buskerud	31,4	31,6	31,4	30,1	30,3	35,8	35,6	32,9	32,5	34,2	2,7	9
Vestfold	28,5	27,9	26,7	29,8	29,9	28,9	28,8	28,3	32,1	30,8	2,2	8
Telemark	29,3	28,9	27,6	26,1	26,7	26,4	29,0	31,4	31,9	33,7	4,4	15
Aust-Agder	29,5	30,9	28,8	27,1	26,6	27,2	27,7	29,6	29,3	30,5	1,0	3
Vest-Agder	31,1	32,0	28,4	26,6	27,9	28,6	30,4	31,5	29,2	32,9	1,8	6
Rogaland	28,8	29,2	28,8	32,0	30,7	30,7	32,3	33,9	32,3	34,6	5,9	20
Hordaland	33,6	35,3	34,7	33,9	34,2	35,1	36,3	35,9	36,6	36,8	3,2	10
Sogn og Fjordane	26,7	28,3	28,0	31,4	30,2	30,8	31,7	31,4	30,9	32,2	5,5	21
Møre og Romsdal	30,9	31,9	31,2	31,7	32,5	32,0	34,8	35,3	37,2	37,1	6,2	20
Sør-Trøndelag	31,9	32,7	33,5	30,9	30,9	30,6	33,5	33,4	33,1	34,9	3,0	10
Nord-Trøndelag	25,8	27,5	28,5	28,4	29,0	31,2	28,5	29,7	29,9	30,7	5,0	19
Nordland	30,7	27,6	27,8	30,3	31,0	32,7	33,6	34,4	33,7	35,0	4,3	14
Troms	35,5	35,5	36,2	35,9	36,3	37,5	36,3	37,0	38,3	34,8	-0,7	-2
Finnmark	43,2	40,5	42,4	49,3	46,0	43,1	41,7	42,4	52,0	44,0	0,8	2
Totalt inkl Oslo	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	34,6	34,9	35,6	36,0	36,6	2,9	8
Gini	10,8	12,0	12,2	11,4	11,9	11,3	10,2	10,8	11,3	9,8	-1,0	-9
Gj.snitt for fylkene	32,5	32,4	32,3	32,6	32,7	33,3	33,6	34,2	34,9	35,3	2,8	8
SD	6,9	7,3	7,5	7,7	7,4	6,9	6,1	6,7	7,9	6,4	-0,5	-7
CV	21,2	22,4	23,1	23,5	22,6	20,8	18,3	19,6	22,5	18,2	-3,0	-14
Totalt ekskl Oslo	31,0	30,7	30,7	30,9	30,9	31,8	32,4	32,7	33,0	33,9	2,9	9
Gini	4,8	5,3	5,6	5,3	5,9	5,8	5,3	5,0	5,6	4,3	-0,5	-11
Gj.snitt for fylkene	31,2	30,9	30,9	31,3	31,3	32,0	32,5	32,9	33,6	34,0	2,8	9
SD	3,9	3,5	4,0	5,2	4,6	4,2	3,6	3,5	5,4	3,4	-0,6	-14
CV	12,6	11,3	12,9	16,5	14,8	13,1	11,1	10,5	16,1	9,9	-2,7	-21

Tabell v3.5 Personelldekning i det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk per 10000 innbyggere 18 år og eldre. Etter bostedsfylke og år.

Fylke	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
												Pst
Østfold	30,3	29,5	28,1	29,5	28,7	30,1	32,0	32,7	32,2	32,4	2,1	7
Akershus	33,7	31,9	31,4	31,5	29,6	31,8	31,7	30,6	32,0	33,7	0,1	0
Oslo	55,4	62,3	61,7	59,9	61,6	59,4	58,1	61,7	62,6	61,5	6,1	11
Hedmark	38,4	34,8	35,4	35,0	35,1	34,9	32,7	31,7	33,3	33,9	-4,5	-12
Oppland	41,8	36,3	38,7	36,9	39,9	40,4	40,2	40,8	41,0	42,3	0,5	1
Buskerud	36,7	36,1	36,3	34,5	34,6	41,2	40,0	36,7	35,4	37,7	1,0	3
Vestfold	34,3	33,3	32,1	34,1	34,0	35,0	34,6	32,6	36,7	34,9	0,7	2
Telemark	35,2	32,8	33,0	31,8	31,9	31,1	34,0	37,1	37,6	38,8	3,6	10
Aust-Agder	33,9	34,1	32,7	31,8	30,2	31,8	31,3	33,7	33,1	34,9	1,0	3
Vest-Agder	38,6	38,0	34,2	32,1	33,9	34,7	36,8	37,7	34,2	38,5	-0,1	0
Rogaland	37,1	35,9	35,8	38,7	37,8	38,0	39,2	40,6	38,9	41,2	4,1	11
Hordaland	41,0	42,3	42,1	40,4	41,2	41,9	42,9	42,0	42,4	42,4	1,4	3
Sogn og Fjordane	31,3	34,4	32,4	36,8	35,0	35,8	35,1	36,3	36,2	38,4	7,1	23
Møre og Romsdal	39,0	39,2	37,8	38,5	37,9	37,7	39,3	41,9	43,7	44,0	5,0	13
Sør-Trøndelag	38,1	37,5	39,0	35,8	35,8	36,0	39,0	38,2	37,4	39,1	0,9	2
Nord-Trøndelag	32,7	34,5	35,4	35,4	34,9	34,2	33,3	33,8	33,1	34,1	1,5	4
Nordland	35,6	31,8	32,0	34,9	35,8	36,8	38,5	40,0	37,0	37,2	1,7	5
Troms	40,5	39,7	40,7	39,9	39,7	41,1	40,3	40,4	43,4	37,6	-2,9	-7
Finmark	48,6	45,1	48,0	55,3	52,2	45,6	44,6	44,8	51,9	47,5	-1,1	-2
Voksne inkl Oslo	39,0	38,9	38,7	38,6	38,6	39,2	39,6	40,1	40,4	40,9	1,9	5
Gini	8,9	11,3	11,7	10,9	11,9	10,6	9,9	10,9	11,2	10,0	1,1	13
Gj.snitt for fylkene	38,0	37,3	37,2	37,5	37,4	37,8	38,1	38,6	39,1	39,5	1,5	4
SD	6,0	7,1	7,5	7,7	7,8	6,7	6,2	6,9	7,6	6,6	0,6	11
CV	15,8	19,1	20,1	20,6	21,0	17,6	16,4	17,8	19,4	16,8	1,0	6
Voksne ekskl Oslo	36,9	35,8	35,6	35,8	35,6	36,5	37,1	37,2	37,4	38,2	1,3	3
Gini	5,4	5,9	6,7	6,1	6,8	6,1	6,0	6,3	6,4	5,6	0,1	3
Gj.snitt for fylkene	37,0	35,9	35,8	36,3	36,0	36,6	37,0	37,3	37,8	38,3	1,2	3
SD	4,4	3,9	4,7	5,7	5,3	4,2	4,0	4,1	5,1	4,0	-0,3	-8
CV	11,8	10,8	13,1	15,6	14,8	11,6	10,9	11,0	13,6	10,5	-1,3	-11

Tabell v3.6 Personelldekning i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk per 10000 innbyggere 0-17 år. Etter bostedsfylke og år.

Fylke	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	Pst
Østfold	17,0	17,6	21,9	20,2	19,3	22,0	23,4	22,1	20,4	22,9	5,9	34
Akershus	21,8	18,1	26,2	21,3	20,3	21,6	21,0	22,4	21,5	22,8	1,0	4
Oslo	60,0	43,6	45,9	42,1	36,6	44,4	38,7	44,2	44,3	44,4	-15,6	-26
Hedmark	12,4	15,2	18,1	19,0	23,9	22,1	25,6	29,5	22,1	25,6	13,2	107
Oppland	5,4	9,6	9,9	10,9	16,0	20,5	10,5	12,0	15,2	17,7	12,3	228
Buskerud	13,0	15,5	13,9	14,6	15,4	16,8	20,4	19,6	22,4	22,2	9,2	71
Vestfold	9,2	9,6	8,3	15,0	15,7	8,1	9,3	13,9	16,6	17,1	7,8	85
Telemark	9,0	15,4	8,9	6,4	8,6	9,9	11,6	11,8	12,0	16,2	7,2	80
Aust-Agder	16,6	21,6	17,1	12,7	15,5	12,8	16,7	16,6	17,3	16,9	0,3	2
Vest-Agder	9,1	14,1	11,6	10,3	10,2	10,5	11,7	13,6	14,5	16,4	7,3	80
Rogaland	6,1	11,0	9,5	13,7	11,4	10,6	13,4	15,6	14,4	16,5	10,4	171
Hordaland	10,7	14,0	11,7	14,0	12,9	14,4	16,2	17,3	18,9	19,7	9,0	84
Sogn og Fjordane	12,5	9,5	14,7	15,1	15,7	16,0	21,5	16,8	15,3	13,7	1,2	10
Møre og Romsdal	6,1	9,4	10,6	10,5	15,5	14,3	20,6	14,5	16,7	15,8	9,6	157
Sør-Trøndelag	11,0	16,7	14,9	14,8	14,6	12,9	15,2	18,1	19,1	21,6	10,6	96
Nord-Trøndelag	4,5	5,5	6,8	6,5	10,3	22,0	13,7	17,3	20,3	20,5	16,0	356
Nordland	15,0	13,9	14,5	15,3	15,5	19,8	18,0	16,8	23,1	27,9	12,9	86
Troms	19,2	22,0	21,5	23,0	25,3	25,8	23,5	26,4	22,2	25,8	6,6	35
Finnmark	26,1	26,0	24,7	30,1	26,5	35,3	32,9	34,8	52,5	33,5	7,4	28
Totalt	16,3	16,9	17,5	17,6	17,7	19,2	19,5	20,8	21,6	22,7	6,4	39
Gini	38,6	25,1	29,6	24,7	20,9	25,2	20,9	20,6	19,0	17,1	-21,5	-56
Gj.snitt for fylkene	15,0	16,2	16,3	16,6	17,3	18,9	19,1	20,2	21,5	22,0	7,0	46
SD	12,3	8,3	9,1	8,4	6,8	9,0	7,6	8,3	10,1	7,4	-5,0	-40
CV	82,2	51,3	55,7	50,7	39,3	47,7	39,8	41,4	46,9	33,6	-48,7	-59
U/OSLO	12,2	14,3	14,7	15,2	15,8	16,7	17,6	18,4	19,2	20,5	8,3	67
Gini	25,1	16,1	21,7	16,9	15,2	18,4	15,9	13,9	12,3	11,1	-14,0	-56
Gj.snitt for fylkene	12,5	14,7	14,7	15,2	16,3	17,5	18,1	18,8	20,2	20,7	8,2	66
SD	5,9	5,2	5,8	5,9	5,1	6,8	6,1	6,2	8,7	5,1	-0,8	-14
CV	47,4	35,4	39,4	38,8	31,3	38,8	33,9	32,7	42,9	24,7	-22,7	-48

Tabell v3.7 Psykisk helsevern. Heldøgns plasser totalt 1991-2000. Per 10000 innbyggere. Etter bostedsfylke og år.

Fylke	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
												Pst
Østfold	13,2	12,6	11,8	11,9	10,9	11,0	11,7	12,2	11,4	10,9	-2,3	-17
Akershus	16,1	14,9	14,3	13,6	12,9	12,4	11,9	11,0	10,7	10,7	-5,4	-33
Oslo	22,7	23,9	23,8	21,4	22,3	21,9	20,9	22,0	22,3	21,8	-0,9	-4
Hedmark	14,9	13,9	13,0	12,6	12,0	10,2	9,4	10,0	9,2	9,4	-5,5	-37
Oppland	18,8	17,0	17,2	16,4	17,2	17,2	16,2	16,5	15,3	14,5	-4,3	-23
Buskerud	18,9	18,1	17,3	15,9	16,2	17,5	16,5	13,5	12,7	12,6	-6,3	-33
Vestfold	14,5	14,0	13,5	14,3	13,2	12,3	12,4	10,5	10,9	10,1	-4,4	-31
Telemark	16,6	16,8	15,1	14,3	12,3	11,1	10,9	11,6	11,3	11,2	-5,4	-32
Aust-Agder	25,0	25,8	22,5	20,2	18,5	18,2	17,9	17,6	17,4	17,0	-7,9	-32
Vest-Agder	20,5	19,2	19,2	14,8	15,7	15,4	16,8	17,5	15,3	14,0	-6,5	-32
Rogaland	17,4	18,1	18,4	17,9	17,2	17,2	16,7	15,8	15,4	15,5	-1,8	-11
Hordaland	19,7	19,1	18,3	16,7	16,7	15,9	16,2	15,4	15,0	14,9	-4,9	-25
Sogn og Fjordane	14,5	14,0	12,7	13,4	13,3	11,9	10,9	11,1	10,3	10,4	-4,1	-28
Møre og Romsdal	20,5	20,2	18,5	18,7	17,3	17,6	17,1	15,5	15,3	14,4	-6,1	-30
Sør-Trøndelag	16,5	14,4	15,1	13,8	12,7	13,9	14,0	13,8	12,2	12,2	-4,3	-26
Nord-Trøndelag	13,7	13,9	13,1	13,3	12,3	11,8	10,9	10,3	10,1	9,6	-4,1	-30
Nordland	11,4	10,5	10,0	9,7	9,9	9,3	9,5	9,9	10,0	10,3	-1,1	-9
Troms	15,7	15,5	14,0	13,7	12,0	12,0	7,9	9,5	8,5	9,6	-6,1	-39
Finnmark	21,3	19,3	18,6	22,3	19,9	16,9	15,6	15,0	15,7	15,3	-6,0	-28
Totalt inkl Oslo	17,6	17,1	16,5	15,7	15,2	14,9	14,5	14,2	13,7	13,5	-4,1	-23
Gini	10,6	12,2	12,6	11,5	12,8	13,7	13,9	14,2	14,8	14,3	3,7	34
Gj.snitt for fylkene	17,5	16,9	16,1	15,5	14,9	14,4	13,9	13,6	13,1	12,9	-4,6	-26
SD	3,5	3,8	3,6	3,3	3,3	3,4	3,5	3,4	3,4	3,2	-0,3	-9
CV	20,3	22,7	22,4	21,4	22,4	23,7	25,5	24,9	26,2	24,9	4,7	23
Totalt ekskl Oslo	17,0	16,3	15,6	15,0	14,4	14,0	13,7	13,2	12,6	12,4	-4,5	-27
Gini	9,7	10,4	10,4	9,8	10,2	11,3	12,0	11,0	10,7	10,1	0,5	5
Gj.snitt for fylkene	17,2	16,5	15,7	15,2	14,5	14,0	13,5	13,2	12,6	12,4	-4,8	-28
SD	3,4	3,5	3,2	3,1	2,9	3,0	3,2	2,8	2,7	2,4	-1,0	-28
CV	19,8	21,5	20,4	20,3	19,9	21,3	23,7	21,2	21,4	19,7	-0,1	0

Tabell v3.8 Psykisk helsevern. Heldøgnsplasser for voksne 1991-2000. Per 10000 innbyggere 18 år og eldre. Etter bostedsfylke og år.

Fylke	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
											Pst	
Østfold	16,1	15,6	14,2	14,5	13,3	13,2	14,2	15,0	14,0	13,3	-2,8	-17
Akershus	19,3	18,1	16,8	16,3	15,6	14,9	14,4	13,1	12,9	12,9	-6,4	-33
Oslo	25,4	27,6	27,4	25,0	26,3	25,4	24,7	25,8	26,5	26,1	0,7	3
Hedmark	18,5	16,7	15,4	15,0	14,1	12,1	10,8	11,5	11,0	11,1	-7,4	-40
Oppland	23,8	21,2	21,5	20,3	20,9	20,6	19,9	20,5	18,6	17,7	-6,1	-26
Buskerud	23,4	22,2	21,2	19,6	19,9	21,6	20,0	16,3	15,3	15,3	-8,1	-35
Vestfold	18,7	17,7	17,0	17,8	16,3	15,9	16,0	13,3	13,6	12,7	-6,0	-32
Telemark	20,7	20,0	18,3	17,4	15,7	14,1	13,9	14,8	14,4	14,2	-6,5	-31
Aust-Agder	31,6	32,2	28,2	25,2	22,8	22,6	22,0	21,9	21,6	21,1	-10,5	-33
Vest-Agder	26,5	25,1	25,5	19,5	20,7	20,4	21,9	22,7	19,8	18,0	-8,5	-32
Rogaland	23,5	24,0	24,3	23,5	22,8	22,9	22,0	20,6	20,2	20,4	-3,1	-13
Hordaland	25,4	24,4	23,5	21,3	21,3	20,3	20,3	19,5	18,9	18,9	-6,5	-26
Sogn og Fjordane	18,8	18,3	16,4	17,3	17,1	15,2	13,6	14,2	13,4	13,8	-5,0	-27
Møre og Romsdal	26,8	26,3	24,0	24,4	22,4	22,9	21,6	19,9	19,6	18,4	-8,4	-31
Sør-Trøndelag	20,7	18,0	19,1	17,2	15,8	17,5	17,6	17,1	14,6	14,7	-6,0	-29
Nord-Trøndelag	18,1	18,3	17,3	17,6	16,1	14,7	13,9	13,2	12,8	12,1	-6,0	-33
Nordland	14,6	13,4	12,6	12,4	12,7	11,7	12,0	12,7	12,4	12,7	-1,9	-13
Troms	20,2	19,7	17,8	17,4	15,1	15,0	9,5	11,5	10,5	11,8	-8,4	-41
Finnmark	26,6	24,2	23,4	27,9	24,9	20,7	19,1	18,4	18,5	19,1	-7,5	-28
Totalt inkl Oslo	22,0	21,4	20,5	19,5	19,0	18,6	18,0	17,6	17,0	16,8	-5,2	-24
Gini	9,9	11,8	12,6	11,5	12,7	13,4	13,9	14,3	15,0	14,6	4,7	48
Gj.snitt for fylkene	22,0	21,2	20,2	19,4	18,6	18,0	17,2	16,9	16,2	16,0	-6,0	-27
SD	4,3	4,7	4,5	4,2	4,1	4,2	4,4	4,2	4,2	4,0	-0,4	-9
CV	19,7	22,1	22,5	21,4	22,0	23,3	25,6	24,7	25,8	24,8	5,1	26
Totalt ekskl Oslo	21,5	20,5	19,6	18,8	18,0	17,6	17,1	16,5	15,7	15,5	-6,0	-28
Gini	10,2	11,1	11,7	10,8	11,1	12,3	12,9	12,0	11,6	11,1	0,9	9
Gj.snitt for fylkene	21,8	20,9	19,8	19,1	18,2	17,6	16,8	16,4	15,7	15,4	-6,4	-29
SD	4,4	4,6	4,3	4,0	3,8	3,9	4,1	3,7	3,5	3,2	-1,2	-27
CV	20,1	21,9	21,8	21,1	20,6	22,2	24,7	22,5	22,2	20,8	0,7	4

Tabell v3.9 Psykisk helsevern. Heldøgnsplasser for barn og unge 1991-2000. Plasser per 10000 innbyggere 0-17 år. Etter bostedsfylke og år.

Fylke	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Endring 1991-2000	
												Pst
Østfold	2,9	1,7	3,3	2,3	2,3	2,9	2,8	2,4	2,6	2,5	-0,4	-13
Akershus	5,8	4,8	6,3	5,1	4,5	4,5	4,3	4,7	4,0	4,2	-1,6	-27
Oslo	10,4	7,3	8,1	5,9	5,5	6,8	4,9	6,3	4,7	4,0	-6,4	-62
Hedmark	1,5	3,6	4,1	3,9	4,1	3,1	4,1	4,5	2,7	3,4	1,9	127
Oppland	0,3	1,0	1,0	1,6	3,1	4,4	2,3	2,1	3,0	3,0	2,8	1074
Buskerud	3,0	3,4	3,2	3,0	3,2	3,3	4,2	3,6	3,8	3,5	0,5	17
Vestfold	0,4	1,3	1,5	2,2	2,8	0,2	0,2	1,2	1,8	1,6	1,2	264
Telemark	2,7	5,8	3,6	3,3	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	1,1	-1,7	-61
Aust-Agder	5,3	6,5	5,3	4,5	4,9	4,5	5,3	4,5	4,4	4,4	-0,9	-16
Vest-Agder	2,9	2,1	0,5	1,1	1,0	1,0	1,8	2,0	2,0	2,0	-0,9	-32
Rogaland	0,8	2,3	2,1	2,7	1,8	1,7	2,4	2,6	2,3	2,3	1,5	201
Hordaland	2,3	2,7	2,0	2,7	2,6	2,7	3,6	3,0	3,0	2,7	0,4	18
Sogn og Fjordane	1,5	0,8	1,5	1,5	1,5	2,2	2,6	1,5	1,1	0,4	-1,1	-76
Møre og Romsdal	1,2	1,4	1,5	0,9	1,7	1,2	3,1	1,9	1,9	1,9	0,7	56
Sør-Trøndelag	2,4	2,4	1,7	2,2	2,2	2,0	2,3	3,3	4,3	4,3	1,9	79
Nord-Trøndelag	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,9	1,6	1,6	1,9	1,9	1,9	.
Nordland	1,1	1,1	1,8	1,2	1,0	1,7	1,6	1,2	2,3	2,8	1,7	165
Troms	1,4	2,0	1,7	1,7	1,9	2,2	2,8	3,3	2,5	2,7	1,3	90
Finnmark	4,4	3,9	3,3	4,4	4,3	5,4	4,9	4,4	7,1	3,8	-0,7	-15
Totalt inkl Oslo	3,0	3,0	3,1	2,9	2,8	2,9	3,0	3,1	3,0	2,9	0,0	-2
Gini	46,8	35,4	37,6	30,7	29,3	33,2	24,7	27,4	22,1	19,9	-27,0	-58
Gj.snitt for fylkene	2,6	2,8	2,8	2,6	2,6	2,8	2,9	2,9	2,9	2,8	0,1	4
SD	2,5	2,0	2,0	1,6	1,5	1,7	1,4	1,5	1,5	1,1	-1,3	-54
CV	93,3	71,4	73,6	59,2	56,5	61,2	49,8	52,0	51,2	41,1	-52,2	-56
Totalt ekskl Oslo	2,3	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5	2,8	2,8	2,8	2,8	0,5	24
Gini	39,8	31,9	33,5	28,6	27,4	29,2	24,6	24,3	21,4	20,3	-19,5	-49
Gj.snitt for fylkene	2,2	2,6	2,5	2,5	2,5	2,6	2,8	2,7	2,8	2,7	0,5	22
SD	1,7	1,8	1,6	1,4	1,3	1,5	1,4	1,3	1,5	1,1	-0,5	-32
CV	75,0	68,0	65,9	56,4	54,7	56,3	50,2	47,8	52,3	41,9	-33,1	-44

Vedlegg til kapittel 5

Pasientdata fra de psykiatriske institusjonene 1994, 1996, 1998 og 2000.

Innsamling og kontroll

Pasientdata er samlet inn fra psykiatriske sykehus med EDB-baserte pasientadministrative system og fra samtlige av de øvrige psykiatriske institusjoner med døgnbehandling. Enkelte institusjoner hadde ikke EDB-baserte pasientadministrative system eller kunne av andre grunner ikke levere pasientdata på elektronisk form for enkelte år. Her benyttet vi i stedet manuelle skjema. Ved noen institusjoner var pasientdataleveransen ikke komplett, den vanligste årsaken var at pasienter som ikke var utskrevet ved årsslutt var utelatt fra leveransen, andre årsaker var bl a at enkelte avdelinger manglet. Dette ble avdekket under kontroll av pasientdata mot tidligere leveranser og mot institusjonsstatistikken som årlig rapporteres inn til SSB. Mangler ble korrigert ved ny korrigert pasientdataleveranse fra institusjonene. I de tilfellene hvor det ikke var mulig eller hvor kvaliteten på institusjonens pasientdata ble vurdert å være for lav, ble antall opphold og oppholdsdøgn ved institusjonene estimert ved hjelp av institusjonsstatistikken.

Datagrunnlaget for tabellene

Innsamlede pasientdata fra de psykiatriske institusjonene ligger til grunn for de fylkesvise ratene som beskriver befolkningens bruk av tjenester fra det psykiske helsevernet som er presentert for aktivitetsårene 1994,1996 1998 og 2000. I denne sammenhengen omfatter pasientdata alle utskrivninger i løpet av aktivitetsåret (avsluttede opphold) og de pasienter som oppholder seg ved institusjonen ved årsslutt (uavsluttede opphold). Enheten som er benyttet i disse fremstillingene er institusjonsopphold. Alle pasientens opphold ved ulike døgnposter og heldøgnsavdelinger (når disse tilhører samme innleggelse) er lenket sammen til ett opphold ved institusjonen. Informasjon fra pasientdataopplysningene fra de pasientadministrative system, som benyttes ved etablering av befolkningsbaserte rater er oppholdstype, innleggelsesdato, utskrivningsdato og pasientens bostedsfylke.

Tall for Telemark mangler både i 1994 og 1996. Selv om de mindre institusjonene i fylket leverte ble ikke fylkestall presentert på grunn av at sykehuset ikke leverte pasientdata for disse to årgangene. Dette betyr også at pasienter bosatt utenfor Telemark innlagt ved Telemark sykehus i 1994 og 1996 er utelatt og dermed ikke bidrar med opphold og døgn til ratene for de respektive bostedsfylker. Pasientdata fra Oslo var av varierende kvalitet og totaltall er derfor hovedsakelig estimert ved bruk av institusjonsstatistikken for 1994, 1996 og 1998.

Tabell v5.1 Heldøgnsopphold og oppholdsøgn ved sykehusavdelinger i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10.000 innbyggere 18 år og eldre. 1994, 1996, 1998 og 2000. Etter fylke.

Fylker	Døgnopphold				Endring 1994-2000		Oppholdsøgn				Endring 1994-2000	
	1994	1996	1998	2000	Pst	1994	1996	1998	2000	Pst		
Østfold	60	67	72	87	27	45	2405	2632	2668	2533	128	5
Akershus	46	48	51	59	13	29	1877	1953	2457	2456	579	31
Oslo	78	81	76	89	11	15	4909	5193	4768	4844	-65	-1
Hedmark	51	51	56	61	10	19	2285	2065	2857	2958	673	29
Oppland	62	68	73	77	15	24	2945	2699	2776	2602	-343	-12
Buskerud	61	52	56	70	9	14	2586	2602	2451	2084	-502	-19
Vestfold	51	50	60	63	12	24	1325	1472	2135	1981	656	50
Telemark			71	71					3625	3554		
Aust-Agder	80	78	92	88	8	10	2618	2824	2793	2631	13	0
Vest-Agder	76	87	96	105	29	39	3467	3859	3712	3600	133	4
Rogaland	67	65	77	83	16	23	2597	2719	2779	2570	-27	-1
Hordaland	65	66	77	80	15	23	3408	3559	3789	3770	362	11
Sogn og Fjordane	58	66	58	61	4	6	1245	1263	1216	1295	50	4
Møre og Romsdal	74	72	77	78	4	5	2834	2679	2609	2458	-376	-13
Sør-Trøndelag	54	56	63	69	15	28	2579	2673	2726	2621	42	2
Nord-Trøndelag	78	74	94	72	-6	-7	2757	2671	2789	2179	-578	-21
Nordland	48	50	60	60	12	25	1881	2623	2538	2373	492	26
Troms	48	56	64	83	36	75	2416	2278	2598	2462	46	2
Finnmark	43	60	83	81	39	91	1922	2265	2231	2091	169	9
Totalt			70	75					3015	2913		
Gini			8,2	7,4					14,0	15,9		
Gjennomsnitt for fylkene			71	76					2817	2687		
SD			13,4	12,3					747	789		
CV			18,8	16,2					26,5	29,4		
Totalt ekskl. Telemark	62	61	70	76	14	23	2766	2839	2991	2889	122	4
Gini	10,7	10,4	8,3	7,5	-3,2	-30	18,7	18,3	14,0	15,9	-2,8	-15
Gjennomsnitt for fylkene	61	64	71	76	15	24	2559	2668	2772	2639	81	3
SD	12,2	11,7	13,8	12,6	0,3	3	841	882	742	783	-59	-7
CV	20,1	18,4	19,4	16,6	-3,5	-18	32,9	33,0	26,8	29,7	-3,2	-10
Totalt ekskl. Oslo og Telemark	59	61	69	74	15	25	2469	2571	2740	2612	143	6
Gini	10,0	9,3	8,7	7,0	-3,0	-30	13,4	12,5	9,5	10,8	-2,6	-20
Gjennomsnitt for fylkene	60	63	71	75	15	25	2420	2520	2654	2510	89	4
SD	11,9	11,2	14,2	12,5	0,6	5	622	636	567	574	-48	-8
CV	19,8	17,9	20,0	16,6	-3,1	-16	25,7	25,2	21,3	22,9	-2,8	-11

Tabell v5.2 Heldøgnsopphold og oppholdsøgn ved øvrige døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10.000 innbyggere 18 år og eldre. 1994, 1996, 1998 og 2000. Etter fylke.

Fylker	Døgnopphold				Endring 1994-2000		Oppholdsøgn				Endring 1994-2000	
	1994	1996	1998	2000		Pst	1994	1996	1998	2000		Pst
Østfold	18	19	24	26	8	42	1556	1813	2039	1740	184	12
Akershus	16	14	11	14	-2	-10	2628	2354	1895	1762	-866	-33
Oslo	15	16	18	24	9	56	2924	3914	3367	3531	607	21
Hedmark	12	9	4	5	-7	-58	2616	1861	635	557	-2059	-79
Oppland	27	35	41	54	27	100	3885	3761	3392	2921	-964	-25
Buskerud	23	42	45	48	25	105	2661	2664	2584	2783	122	5
Vestfold	39	30	29	37	-2	-5	2669	1945	2275	2551	-118	-4
Telemark			18	19					1255	879		
Aust-Agder	44	53	71	68	24	54	6212	4654	4324	3721	-2491	-40
Vest-Agder	22	21	33	32	10	48	4264	3179	3795	2686	-1578	-37
Rogaland	38	39	43	47	9	23	4550	4381	4086	3542	-1008	-22
Hordaland	24	24	25	26	2	7	3954	3505	3087	2692	-1262	-32
Sogn og Fjordane	45	75	58	53	8	17	3536	3029	2673	2659	-877	-25
Møre og Romsdal	42	45	53	46	4	9	4512	4196	3807	3275	-1237	-27
Sør-Trøndelag	22	22	45	31	9	41	2451	2851	2498	1915	-536	-22
Nord-Trøndelag	17	26	18	23	6	37	2334	1772	1282	1507	-827	-35
Nordland	20	19	31	48	28	144	1110	945	1274	1362	252	23
Troms	32	40	40	64	32	103	2878	1737	1311	1341	-1537	-53
Finnmark	68	71	76	85	17	24	5941	4464	3296	3052	-2889	-49
Totalt			31	34					2635	2425		
Gini			26,7	24,4					21,7	20,9		
Gjennomsnitt for fylkene			36	39					2572	2341		
SD			19,5	20,3					1099	940		
CV			54,1	51,3					42,7	40,2		
Totalt ekskl. Telemark	26	27	32	35	9	36	3180	2941	2689	2485	-695	-22
Gini	23,4	27,6	26,5	24,0	0,6	2	19,3	19,9	20,8	19,5	0,2	1
Gjennomsnitt for fylkene	29,2	33,3	36,9	40,6	11,5	39	3371,2	2945,8	2645,6	2422,1	-949,1	-28
SD	14,5	18,7	19,5	20,2	5,7	39	1365,3	1126,3	1082,4	896,3	-469,0	-34
CV	49,8	56,2	52,8	49,8	0,0	0	40,5	38,2	40,9	37,0	-3,5	-9
Totalt ekskl. Oslo og Telemark	27	30	34	37	9	35	3215	2852	2593	2337	-879	-27
Gini	22,6	26,6	25,1	23,8	1,2	5	20,5	20,9	22,3	19,7	-0,9	-4
Gjennomsnitt for fylkene	30	34	38	42	12	39	3397	2889	2603	2357	-1041	-31
SD	14,5	18,7	19,5	20,4	5,9	40	1403	1134	1100	879	-524	-37
CV	48,5	54,6	51,3	49,0	0,5	1	41,3	39,3	42,3	37,3	-4,0	-10

Tabell v5.3 Heldøgnsopphold og oppholdsøgn totalt i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10.000 innbyggere 18 år og eldre. 1994, 1996, 1998 og 2000. Etter fylke.

Fylker	Døgnopphold				Endring 1994-2000		Oppholdsøgn				Endring 1994-2000	
	1994	1996	1998	2000	Pst	1994	1996	1998	2000	Pst		
Østfold	78	87	96	113	35	44	3961	4445	4707	4273	312	8
Akershus	61	63	62	73	12	19	4505	4307	4352	4218	-287	-6
Oslo	93	97	94	113	20	21	7833	9107	8135	8375	542	7
Hedmark	63	60	60	66	3	4	4901	3926	3492	3515	-1386	-28
Oppland	89	103	114	131	42	47	6830	6460	6168	5523	-1307	-19
Buskerud	85	93	101	118	33	39	5247	5266	5035	4867	-380	-7
Vestfold	90	80	89	100	10	11	3994	3417	4410	4532	538	13
Telemark			89	90					4880	4433		
Aust-Agder	124	130	163	156	32	26	8830	7478	7117	6352	-2478	-28
Vest-Agder	97	108	129	137	40	41	7731	7038	7507	6286	-1445	-19
Rogaland	106	104	120	130	25	23	7147	7100	6865	6112	-1035	-14
Hordaland	89	90	102	106	17	19	7362	7064	6876	6462	-900	-12
Sogn og Fjordane	103	141	116	114	11	11	4781	4292	3889	3954	-827	-17
Møre og Romsdal	117	117	130	124	7	6	7346	6875	6416	5733	-1613	-22
Sør-Trøndelag	76	78	108	100	24	32	5030	5524	5224	4536	-494	-10
Nord-Trøndelag	94	101	112	95	1	1	5091	4443	4071	3686	-1405	-28
Nordland	68	69	91	108	40	60	2991	3568	3812	3735	744	25
Troms	79	96	104	147	68	86	5294	4015	3909	3803	-1491	-28
Finnmark	111	131	159	166	55	50	7863	6729	5527	5143	-2720	-35
Totalt			101	109					5650	5338		
Gini			10,8	10,3					14,8	14,9		
Gjennomsnitt for fylkene			107	115					5389	5028		
SD			26,5	26,0					1419	1270		
CV			24,7	22,6					26,3	25,3		
Totalt ekskl. Telemark	87	88	101	111	24	27	5946	5780	5680	5373	-573	-10
Gini	10,5	11,8	10,9	10,2	0	-3	15,2	17,0	15,0	15,1	0	-1
Gjennomsnitt for fylkene	90	97	108	117	26	29	5618	5614	5417	5061	-556	-10
SD	17,7	23,0	26,9	26,0	8	47	2131	1650	1455	1298	-832	-39
CV	19,6	23,8	24,8	22,3	3	14	37,9	29,4	26,9	25,7	-12	-32
Totalt ekskl. Oslo og Telemark	86	91	102	110	24	28	5685	5424	5333	4949	-736	-13
Gini	11,3	12,7	11,4	11,0	0	-2	15,3	14,4	13,3	11,5	-4	-24
Gjennomsnitt for fylkene	90	97	109	117	27	30	5818	5409	5257	4866	-951	-16
SD	18,2	23,7	27,5	26,8	9	47	1669	1445	1327	1032	-637	-38
CV	20,2	24,5	25,2	22,9	3	13	28,7	26,7	25,2	21,2	-7	-26

Tabell v5.4 Forbruk av psykiske helsetjenester for barn og unge. Brukere av polikliniske tjenester 1996-2000 og av døgntjenester 1998-2000. Per 10.000 innbyggere 0-17 år. Bostedsfylke.

Fylker	Polikliniske tjenester					Endring 1996-2000		Døgntjenester			Endring 1998-2000	
	1996	1997	1998	1999	2000		Pst	1998	1999	2000		Pst
Østfold	187	210	230	243	287	100	54	3,3	6,7	9,1	5,8	173
Akershus	128	148	162	176	180	52	40	8,0	11,5	10,7	2,7	34
Oslo	322	295	262	277	308	-14	-4	29,1	18,6	21,4	-7,8	-27
Hedmark	120	142	149	163	207	87	72	3,5	6,8	10,5	7,0	198
Oppland	136	156	172	199	223	87	64	5,9	6,2	16,6	10,7	182
Buskerud	155	207	224	243	289	134	87	16,7	36,5	41,4	24,7	147
Vestfold	100	106	131	144	140	40	40	3,7	7,4	5,3	1,6	44
Telemark	154	222	215	237	240	85	55	26,3	36,0	38,8	12,5	47
Aust-Agder	146	137	140	162	219	73	50	7,7	11,5	16,0	8,3	107
Vest-Agder	229	226	210	266	273	44	19	24,0	24,4	23,2	-0,8	-3
Rogaland	88	106	102	132	150	62	70	18,5	11,0	16,0	-2,4	-13
Hordaland	107	134	137	157	208	101	94	5,7	8,2	12,1	6,4	112
Sogn og Fjordane	163	177	184	220	231	68	41	2,6	3,3	5,9	3,3	127
Møre og Romsdal	160	119	182	197	239	79	49	9,2	14,3	12,3	3,1	33
Sør-Trøndelag	77	90	93	97	135	58	75	9,9	7,1	3,3	-6,7	-67
Nord-Trøndelag	131	163	178	196	212	81	62	6,4	20,0	14,9	8,5	132
Nordland	283	307	334	347	345	62	22	4,7	19,6	14,8	10,1	213
Troms	207	117	225	259	294	87	42	1,4	6,2	4,1	2,7	193
Finnmark	265	254	304	346	451	186	70	5,5	11,4	15,0	9,5	172
Totalt inkl Oslo	162	172	184	204	231	69	42	11,3	13,8	15,1	3,8	34
Gini	24,1	21,2	19,2	17,8	16,3	-8	-32	40,5	31,7	31,1	-9,3	-23
Gjennomsnitt for fylkene	166	175	191	214	244	77	47	10,1	14,0	15,3	5,2	52
SD	67	64	64	68	76	9	13	8,5	9,7	10,3	1,7	20
CV	40,6	36,7	33,2	31,6	31,3	-9	-23	84,1	68,9	66,9	-17,2	-20
Totalt, ekskl Oslo	146	159	176	196	223	77	53	29,6	42,0	45,8	16,2	55
Gini	20,2	18,9	18,8	17,6	16,2	-4	-20	37,3	32,8	32,0	-5,3	-14
Gjennomsnitt for fylkene	158	168	187	210	240	82	52	9,1	13,8	15,0	5,9	65
SD	58	59	63	68	77	19	34	7,4	9,9	10,4	3,1	42
CV	36,5	34,9	33,6	32,2	32,0	-4	-12	81,3	71,7	69,7	-11,6	-14

Vedlegg til kapittel 6

Beregning av kostnadsandeler etter modell 2 (alder og sosiale kriterier)

For hver tjeneste ble merforbruk knyttet til de sosiale "risikogrupperne" beregnet ut fra hvor mye høyere prevalens (brukere/befolkning) gruppen hadde i forhold til øvrige medlemmer i samme aldersgruppe²⁶. Øvrige kostnader ble fordelt ut fra brukernes aldersfordeling.

Samlede kostnader, eller kostnadsandeler, knyttet til hver befolkningsgruppen ble deretter summert på tvers av tjenestene. Samlede kostnader ble deretter beregnet ved å summere hver gruppes andel av kostnadene for de enkelte tjenester.

Resultatet av beregningen framgår av tabell v6.1.

Kolonnene i tabellen angir de sosiodemografiske kriteriene som ligger til grunn for fordelingen, linjene angir ulike tjenestetyper. Av plasshensyn er tabellen delt i to, slik at de sosiale kriteriene er ført opp under, i stedet for ved siden av alderskriteriene.

Marginalfordelingene i tabellen angir andel av de samlede kostnadene knyttet til hver sosiodemografiske gruppe (nederste linje) og hver tjenestetype (høyre kolonne). Innmaten i tabellen angir kombinasjonen av tjenestetype og sosiodemografisk gruppe. Eksempelvis utgjør aldersgruppen 19-34 års bruk av voksenpsykiatriske heldøgns sykehustjenester en andel på 0,091 (9,1 %) av de samlede offentlige utgiftene til det psykiske helsevernet (3. tallkolonne, 1 rad). Samlet står denne aldersgruppen for en andel på 0,147 (14,7 %) av utgiftene til det psykiske helsevernet (3.kolonne, sumlinjen nederst). De voksenpsykiatriske heldøgns sykehustjenestene utgjør forøvrig en andel på 0,485 (48,5%) av fylkeskommunenes samlede utgifter til det psykiske helsevernet (1.linje, siste tallkolonne i nederste del av tabellen).

Ut fra sumlinjene nederst i tabellen, de samlede offentlige utgifter til det psykiske helsevernet, og hver sosiodemografisk gruppes fordeling på fylkene, kan det relative utgiftsbehovet enkelt beregnes. Eksempel: De samlede offentlige driftsutgifter til det psykiske helsevernet utgjorde i år 2000 kr 8.014.444.000. Av dette gikk en andel på 0,147 (14,7 %) til aldersgruppen 19-34 år. Kr 1.178.123.000 ($kr\ 8.014.444.000 * 0,147$) skal ut fra dette fordeles ut på fylkene ut fra deres andel av denne aldersgruppen. 14,2 prosent av denne aldersgruppen er bosatt i Oslo. Ut fra dette "tilordnet" vi Oslo ($kr\ 1.178.123.000 * 0,142 =$) kr 167.294.000. Tilsvarende beregninger ble foretatt for øvrige kriterier. Til slutt summeres beløpene for alle kriteriene for hvert fylke.

²⁶ Ettersom enkelte brukere oppfylte flere kriterier samtidig, var det i tillegg nødvendig å justere estimatene ned, for å ta høyde for dobbeltregistreringer.

Tabell v6.1 De offentlige driftsutgiftene til psykisk helsevernet. Andeler fordelt etter tjenestetype og befolkningsgruppe. Landet. 2000.

	Alderskriterier						Totalt	
	0-15 år	16-18 år	19-34 år	35-66 år	67-74 år	75 år +		
VP								
Sykehus	0,004	0,007	0,091	0,110	0,024	0,034	0,270	
Andre døgninst	0,001	0,001	0,018	0,026	0,018	0,020	0,083	
Privatpleie	0,000	0,000	0,000	0,002	0,004	0,004	0,010	
Dagpasienter	0,000	0,000	0,008	0,015	0,003	0,001	0,028	
Off poliklinikk	0,000	0,001	0,025	0,039	0,002	0,002	0,069	
Privatpraksis	0,000	0,000	0,001	0,003	0,000	0,000	0,005	
BUP								
Døgn klinikk	0,026	0,014	0,001	0,000	0,000	0,000	0,041	
Døgn beh.hjem	0,013	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000	0,019	
Dagpasienter	0,009	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011	
Poliklinikk	0,045	0,012	0,002	0,000	0,000	0,000	0,059	
Sum	0,098	0,042	0,147	0,195	0,050	0,062	0,594	
	Sosiale kriterier							Totalt
	Ugifte 35 år+	Uføre 18-39 år	Uføre 40-69 år	Sosial- hjelp 18-49 år	Gr.skole 18-29 år	Gr.skole 30-59 år	Kriterier totalt	
VP								
Sykehus	0,031	0,049	0,045	0,014	0,049	0,027	0,216	0,485
Andre døgninst	0,046	0,022	0,043	0,001	0,009	0,014	0,136	0,219
Privatpleie	0,003	0,000	0,003	0,000	0,000	0,001	0,007	0,017
Dagpasienter	0,009	0,000	0,000	0,000	0,002	0,008	0,019	0,046
Off poli	0,001	0,003	0,003	0,002	0,009	0,010	0,028	0,097
Privatpraksis	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005
BUP								
Døgn klinikk							0,000	0,041
Døgn beh.hjem							0,000	0,019
Dagpasienter							0,000	0,011
Poliklinikk							0,000	0,059
Sum	0,090	0,075	0,094	0,018	0,070	0,060	0,406	1,000

Beregning av korreksjon for flytting

Gjennom pasientregistreringen 1. november 1999 er det innhentet opplysninger både om pasientenes nåværende bostedsfylke og om deres oppvekstfylke. Gjennom SSB er det tilgjengelig statistikk over befolkningen 01.01.99, fordelt etter fødselsfylke og nåværende bostedsfylke. Vi har dermed mulighet for å beregne både *oppvekstrate* (antall pasienter per innbygger som vokste opp i fylket), og *bostedsrate* (antall pasienter per innbygger bosatt i fylket). Differansen mellom de to ratene kan tolkes som endring i relativt behov som følge av flytting.

For pasientene tar beregningene utgangspunkt i opplysninger om hvor de *vokste opp*, mens det for befolkningen tas utgangspunkt i bosted ved *fødsel*. Denne distinksjonen kan være kilde til feilinformasjon, men neppe i et omfang som i vesentlig grad forstyrrer de forskjeller som fremkommer. For individer født/oppvokst i utlandet, og for individer der oppvekstfylke ikke er kjent (12 prosent) er oppvekstfylke satt lik nåværende bostedsfylke. Resultatene av beregningene vil derfor heller underestimere enn overestimere betydningen av flytting blant pasientene.

Tabell v6.2 viser resultatene av beregningene. Tallkolonne 1 og 2 angir antall pasienter etter henholdsvis oppvekst- og bostedsfylke, mens kolonne 3 og 4 viser de tilsvarende befolkningstallene. Antall pasienter per innbygger fordelt etter henholdsvis oppvekst og bostedsfylke er beregnet i kolonne 5 og 6. Kolonne 7 viser differansen mellom oppvekst- og bostedsrate. I kolonne 8 har vi beregnet antall pasienter dette utgjør, ved å multiplisere denne differansen med den gjennomsnittlige befolkningen i fylket $((\text{bosted} + \text{oppvekst})/2)$. Positive tall markerer at fylket gjennom flyttestrømmene har fått en økning i pasienttall per innbygger, negative tall en reduksjon.

I kolonne 9 har vi regnet inn en "flyttevekt" direkte ut fra endringene i pasienttallet. Dette multipliseres med kostnadsandelen per heldøgns pasient på landsbasis. Sammen med Modell 2 utgjør dette kriteriet Modell 3.

Det knytter seg imidlertid to svakheter til denne beregningsmåten:

- Flyttestrømmen vil også være påvirket av sosiale faktorer. Det er eksempelvis grunn til å anta at folk som flytter fra Oslo til Akershus vil ha andre sosiale kjennetegn enn de som flytter motsatt vei. I den grad dette er tilfelle kan mer-/mindrebehov allerede være fanget opp gjennom de sosiale kriteriene. Vi har dessverre ingen mulighet for å kontrollere for dette.
- Prevalenstillene vil også være påvirket av faktisk utbyggingsgrad. For folk som flytter fra et fylke med lav institusjonsdekning til et fylke med høy institusjonsdekning vil sannsynligheten for å bli innlagt øke, ettersom "terskelen" for innleggelse vil være lavere.

Tabell v6.2 Korreksjon for flyttemønster: Befolkning og pasienter etter fødselsfylke og bostedsfylke.

	Heldøgns- pasienter (1999)		Befolkning (1999)		Pasientrate pr 10 000 innbyggere (1999)			Endring i pasient- tallet	Korreksjon (i promille av landet totalt)
	Opp- vekst- fylke	Bo- steds- fylke	Fødsels- fylke	Bosteds- fylke	Opp- vekst- fylke	Bo- steds- fylke	Bosted minus oppvekst		
Østfold	265	257	235.481	246.018	11,3	10,4	-0,8	-19	-2,643
Akershus	378	398	293.713	460.564	12,9	8,6	-4,2	-159	-21,770
Oslo	719	865	582.441	502.867	12,3	17,2	4,9	264	36,044
Hedmark	184	160	190.456	186.321	9,7	8,6	-1,1	-20	-2,754
Oppland	229	227	185.105	182.239	12,4	12,5	0,1	2	0,223
Buskerud	251	281	224.338	235.018	11,2	12,0	0,8	18	2,423
Vestfold	206	206	182.517	210.707	11,3	9,8	-1,5	-30	-4,046
Telemark	168	151	162.976	164.523	10,3	9,2	-1,1	-18	-2,520
Aust-Agder	126	127	93.145	101.487	13,5	12,5	-1,0	-10	-1,342
Vest-Agder	194	196	154.281	153.998	12,6	12,7	0,2	2	0,330
Rogaland	488	497	359.668	369.059	13,6	13,5	-0,1	-4	-0,485
Hordaland	521	506	447.274	431.882	11,6	11,7	0,1	3	0,431
Sogn og Fjordane	100	84	115.043	107.648	8,7	7,8	-0,9	-10	-1,347
Møre og Romsdal	282	270	258.821	242.538	10,9	11,1	0,2	6	0,824
Sør-Trøndelag	213	201	276.418	260.855	7,7	7,7	0,0	0	0,013
Nord-Trøndelag	128	114	136.855	126.797	9,4	9,0	-0,4	-5	-0,645
Nordland	229	187	276.245	238.547	8,3	7,8	-0,5	-11	-1,571
Troms	132	118	174.701	150.200	7,6	7,9	0,3	5	0,676
Finnmark	89	57	95.851	74.061	9,3	7,7	-1,6	-13	-1,840
Totalt	4902	4902	4.445.329	4.445.329	11,0	11,0	0,0	0	0,000
Kostnadsandel, heldøgns pasienter i voksenpsykiatrien:					0,7047				
Andel pr pasient					0,00013665				
Pasienter totalt (inkl pasienter der fylke mangler)					5157				

De tre siste kolonnene angir faktisk ressursbruk i prosent av beregnet ressursbehov for hver av de tre modellene. Nederst i tabellene har vi også ført opp standardavvik og variasjonskoeffisienten ($CV = \text{standardavvik} / \text{gjennomsnitt}$ for fylkene) henholdsvis inklusive og eksklusive Oslo. Tilsvarende er gjort for faktisk ressursbruk i prosent av landsgjennomsnittet.

Litteraturliste

Bjørngaard JH

2000 Tvang og frivillighet ved innleggelse i voksenpsykiatriske institusjoner. STF78 M00501, Trondheim, SINTEF Unimed NIS.

Bjørngaard JH (Ed).

2000 Samdata Psykisk helsevern Tabeller. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2000. Rapport 6/01Trondheim, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

1997

Bjørngaard JH og Heggstad T

2000 Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelser? Tidsskrift for den Norske Lægeforening 121, 3369-3374.

Brabrand J & Friis S

1998 Tvangsinnleggelser i akuttpsykiatriske institusjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 117, 1737-1739.

Campbell, SB

1995 Behavior problems in preschool children: A review of recent research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36, 113-149.

Dahl AA, Borge N & Spydslaug A

1985 Tvangsinnleggelse til observasjon. En studie av innleggelser etter § 3 i Lov om psykisk helsevern. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift 39, 381-387.

Dohrenwendt BP and Dohrenwendt BS

1969 Social Status and Psychological Disorders: A Causal Inquiry. John Wiley & Sons, New York.

Dohrenwendt BP

1995 The Problem of Validity in Field Studies of Psychological Disorders Revisited. In Tsuang MT et al 1995.

Elstad T

1999 Sosial integrasjon og alvorlige psykiske lidelser. Rapport 2/99, SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.

Faris R and Dunham H

1939 Mental Disorders in Urban Areas. Chicago, Chicago University Press.

Fennig S, Rabinowitz J & Fennig S

1999 Involuntary First Admission of Patients With Schizophrenia as a Predictor of Future Admissions. Psychiatric Services 50, 1049-1052.

- Hagen H
1986 Hvem blir pasienter i psykiatriske institusjoner – en epidemiologisk registerstudie, Trondheim, SINTEF NIS Rapport 1/87.
- Hagen H
1992 Pasienter i psykiatriske institusjoner. NIS-rapport 6/92, Trondheim, SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.
- Hagen H
1997 Pasienter i psykiatriske institusjoner. NIS-rapport 5/97, Trondheim, SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.
- Hagen H.
2001 Pasienter i psykisk helsevern for voksne. Rapport 5/91, Trondheim, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Hagen H (red.)
2000 Samdata psykiatri 1999 - omstilling og vekst. Rapport 4/00, Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA.
- Hagen H Lilleeng SE og Sitter M
1998 Variasjoner i klinisk praksis. I Hagen H (red.), 1999.
- Hagen H (red)
1999 Psykiatritjenesten 1998 - på rett vei?, Rapport 6/99. Trondheim, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Hagen TP, Iversen T, Magnussen J
2002 Finansieringsordninger for de statlige helseforetakene Økonomisk Forum nr 4 - 2001.
- Hagen H (red)
2000 Psykiatritjenesten 1999 – omstilling og vekst? SAMDATA PSYKIATRI Rapport 4/00. SINTEF Unimed.
- Hagen TP
1996 Effekter av øremerkede tilskudd til fylkeskommunene. NIBR-notat 1996:112. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hagen TP
2001 Ble det mer penger til sykehusene? Effekter av Innsatsstyrt finansiering på fylkeskommunale utgiftsprioriteringer. Arbeidsnotat 1999:5, Universitetet i Oslo, Senter for helseadministrasjon.
- Halsteinli V, Torvik H, Hagen TP
2002 Vekst og virkemidler – Fylkeskommunale effekter av ISF og øremerkede tilskudd til psykisk helsevern, SINTEF rapport STF78 A015027. Trondheim, SINTEF Unimed.
- Hatling T, Magnussen J
1999 Evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved voksenpsykiatriske poliklinikker. Rapport STF78 A99540. Trondheim, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Hatling T
2000 Brukerveiledning for minste basis datasett. Trondheim, SINTEF Unimed NIS.

- Hatling T og Krogen T
1998 Bruk av tvang i norsk psykiatri. En empirisk gjennomgang. Rapport STF78 A98506. Trondheim, SINTEF Unimed NIS.
- Haugsgjerd S, Jensen P og Karlsson B
1997 Perspektiver på psykisk helse. En innføring for helse- og sosialfagene. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Heggestad T, Lilleeng S
1996 Reinnleggelser ved psykiatriske sykehus. Rapport STF78 A96519, SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.
- Heggestad T
2001 Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission- effects on high patient turnover. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101, 196-202.
- Høyer G
2002 On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101, 65-71.
- Jarman B, Hirsch S, White P and Driscoll R
1992 Predicting Psychiatric Admission Rates. *British Medical Journal* 1992; 304:1146-51.
- Jarman B
1974 Identification of underprivileged areas. *British Medical Journal* 286, 1705-1709
- Joseph A E, Hollett R G
1993 On the Use of socio-demographic Indicators in local Health Planning: a Canadian non-metropolitan Perspective. *Soc. Sci Med.* 1993, Vol 37, No 6, 813-22
Journal of Psychiatry, 158, pp 475-484.
- Kalseth J
2001 ISF-refusjon vs rammefinansiering 1997-99. Arbeidsrapport STF78 A015009. Trondheim, SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.
- Kelly A, Jones W
1993 Small Area Variation in the Utilization of Mental Health Services: Implications for Health Planning and Allocation of Resources
- Kjellin L
1997 Compulsory psychiatric care in Sweden 1979-93. Prevalence of committed patients, discharge rates and area variations,. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32, 90-96.
- Hiadata A/S- NFBUI.
1998 Kodebok for BUP.
- Kokkonen P (1993).
1993 Coercion and Legal Protection in Psychiatric Care in Finland. *Medicine and Law* 12, 113-124.
- Larsson B & Melin L
1992 Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 85, 17-22.

Lavik NJ

1976 Ungdoms mentale helse: En empirisk-psykiatrisk undersøkelse av psykisk helse og tilpasning blant ungdomsskoleelever i et by- og bygdeområde i Norge. Oslo: Universitetsforlaget.

Leighton AH

1958 My Name is Legion. Basic Books, New York.

Leighton DC et al

1971 Psychiatric findings in the Stirling County Study. American Journal of Psychiatry, vol 119 s 1021-1026.

Lewis G, Booth M

1994 Are Cirties bad for your mental health? Psychological Mediscine, 1994, 24, 913-15

Løvdahl H og Lilleeng SE

1999 Pasienter og behandling i voksenpsykiatrien. I Halsteinli V. (red.), Samdata psykiatri. Psykiatritjenesten på 90-tallet, Trondheim, SINTEF Unimed NIS.

Monahan J, Lidz CW, Hoge SK, Mulvey EP, Eisenberg MM, Roth LH, Gardner WP and Bennett 2000 N

Coercion in the provision of mental health services: The MacArthur Studies. In Morrissey J.P. and Monahan J. (Eds.), Research in Community and Mental Health. Coercion in mental health services - international perspectives, Stamford: JAI Press.

Munk-Jørgensen P

1995 Faldende førstegangsindlæggelsesrater for skizofreni i Danmark 1970-1991. Institut for psykiatrisk grundforskning, Afdeling for psykiatrisk demografi, Psykiatrisk hospital i Århus.

Opptappingsplanen.

Se St.prp. nr 63.

Ot.prp. 11

1998-99 Om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykiatriloven)

Pedersen BP og Lilleeng S

2000 Resource Distribution in Mental Health Services: Changes in Geographic Location and Use of Personnel in Norewegian Mental Health Services 1979-1994. J Mental Health Policy Econ 3, 45-53 (2000).

Pedersen PB and Hagen H

2000 Psykiatri i inntektssystemet for fylkeskommunene. Rapport STF78 A00533. Trondheim. SINTEF Unimed.

Pedersen PB

1994 SAMDATA PSYKIATRI Sammenligningsdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste 1994. Rapport 1/96. SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.

Pedersen PB

1999 De-institusjonaliseringen av psykiatritjenesten i Norge 1950-96. En statistisk dokumentasjon. Rapport STF78 M99504. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Pedersen PB og Hagen H

1998 Psykiatri i inntektssystemet for fylkeskommunene. Rapport STF78 A00533, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

- Pilgrim D og Rogers A
1996 A Sociology of Mental Health and Illness. Open University Press, Buckingham 1996
- Psykiatrimeldingen
Se St.meld. nr 25.
- Rutter M et al. (1975).
1975 Attainment and adjustment in two geographic areas: I: Prevalence og psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 126: 493-509.
- Sosial- og helsedepartementet
1997 Høringsnotat: Rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern.
- Statens helsetilsyn
2001 Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsmåter.
- St.meld nr 41
1987-88 Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal Helseplan
- St.melding nr 50
1993-94 Samarbeid og styring. Mål og retningslinjer for en bedre helse.
- St.melding nr 25
1996-97 Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- St.prp nr 63 (1997-98)
Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.
- Sytema S
Social indicators and psychiatric admission rates: a case register study in Netherlands. Psychological Medicine, 1991, 21, 177-84
- Thornicroft et al
1993 Measuring Mental Health Needs. London, The Royal College of Psychiatrists – Gaskell 1992.
- Thornicroft G
1991 Social Deprivation and rates of Treated Mental Disorder. British Journal of Psychiatry 158, (side 475-484).
- Tsuang MT, Thhen M and Zahner GEP (eds)
1995 Textbook in Psychiatric Epidemiology New York/Chichester: Wiley-Liss.
- Verhulst FC & van der Ende, J (1992).
1992 Six-year stability of parent-reported problem behavior in an epidemiological sample. Journal of Abnormal Child Psychology, 20, 595-610.
- Vikan A
1983 Epidemiologisk undersøkelse av 1510 10-årige barn: "Nord-Trøndelagsprosjektet". NTNU, Psykologisk institutt. Stensil-trykk.
- Way BB, Allen MH, Mumpower JL, Steward TR & Banks SM
1998 Interrater agreement among psychiatrists in psychiatric emergency assessment. American Journal of Psychiatry 155, 1423-1428.

Wennberg E J

1993 Future Directions for Small Area Variations. Medical Care, Vol31, Nr 5, pp YS75-YS80, Supplement.

Westrin CG (1997).

2000 Compulsory psychiatric care - an arena for conflict and research. Nord j Psychiatry 51, 57-61.

Wichstrøm L Skogen K & Øia T

2001 Increased risk of conduct problems in urban areas: What is the mechanism? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 471-479.

Zahner G, Jacobs JH, Freeman DH, & Trainor KF

1993 Rural-urban child psychopathology in a Northwestern United States State 1986-1989. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 378-387.

Åm T og Riaunet Å

1997 Psykiatriplan på tvers av forvaltningsnivåer Tidsskrift for den norske Lægeforening, 117, s1759-62.