

www.sintef.no





SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse
- supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten.**

Delrapport I

FORFATTER(E)

Per Bernhard Pedersen, Solfrid E. Lilleeng, Marit Sitter

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A6400	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Nina Ruth Kristoffersen	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04370-9	PROSJEKTNR. 78i111.30	ANTALL SIDER OG BILAG 144
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78i11130 SAMDATA I evaluering av opptreppingsplanen\revisjon av delrapport 1\Rapport_A6400 Evaluering av Opptreppingsplanen for ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Per Bernhard Pedersen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Trond Hatling
ARKIVKODE E	DATO 2008-05-29	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, Forskningsjef	

SAMMENDRAG

Rapporten er den første av tre rapporter med supplerende analyser til de prosjekt som har blitt igangsatt av Norges forskningsråd i forbindelse med evalueringen av Opptreppingsplanen for psykisk helse.

I rapporten refereres kort Opptreppingsplanens mål, og grad av måloppnåelse for disse.

Et hovedmål for planen var etablering av aktive behandlingssenheter i lokalsamfunnet (Distriktpsikiatriske sentra). En vesentlig del av ressursøkningen skulle gå til avdelingene ved disse. De skulle i tillegg finansieres via en reduksjon av plasstallet ved sykehjemmene. Avdelingene har langt på vei blitt finansiert gjennom en hurtigere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt. En større andel enn forutsatt har gått til utbygging av poliklinikker ved DPS-ene, samt styrking av bemanningen ved sykehusavdelingene. Utdanningsnivå og personellfaktor har likevel blitt vesentlig styrket.

Tallet på polikliniske konsultasjoner har økt langt ut over Opptreppingsplanens måltall. Tallet på utskrivninger har også økt vesentlig. Veksten har vært særlig kraftig ved avdelingene utenfor sykehus. Disse tendensene er i hovedsak en videreføring av tendensene fra tidligere år.

Varigheten av døgnoppholdene har blitt vesentlig redusert. Omfanget av fleroppholdspasienter er derfor undersøkt. Økningen i tallet på døgnopphold gjenspeiler i hovedsak en økning i antall behandlede pasienter, og ikke at samme pasient innlegges flere ganger. Det er heller ikke noen dramatisk økning i raten for reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp.

I rapporten undersøkes også om de fylkesvise forskjellene i behandlingsaktivitet har blitt redusert. Forskjeller i antall oppholdsdøgn har både absolutt og relativt blitt redusert. De absolutte forskjellene i andel barn og unge under behandling har økt, mens de relative forskjellene har blitt redusert. Det samme gjelder døgnopphold for voksne. Også de absolutte forskjellene i den polikliniske aktiviteten har økt, mens utviklingen av de relative forskjellene er usikker.

Andel barn og ungdom under behandling har i løpet av perioden økt fra 2,0 til 4,3 prosent. Økningen har særlig kommet gutter og ungdom til gode, og barn henvist for atferdsproblematikk (hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker/adferdsproblemer). Pasientgrupper som prioriteres høyest ved inntak i psykisk helsevern har hatt svakere vekst enn andre pasientgrupper. Pasientgrupper som i utgangspunktet hadde høye behandlingsrater har styrket sin stilling ytterligere i løpet av planperioden.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental health services
EGENVALGTE	Evaluering	Evaluation
	Opptreppingsplan	Mental health programme
	Helsetjenester	Health services

Forord

Dette er den første av tre del-rapporter fra prosjektet "Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten". Formålet har vært å supplere de analyser Norges forskningsråd har iverksatt med materiale innsamlet i forbindelse med SAMDATA-prosjektet og de pasienttellingene som SINTEF Helse har gjennomført med 4-5 års mellomrom, slik at evalueringen skal kunne gi et mer helhetlig bilde av utviklingen i perioden.

I denne første delrapporten publiseres studier av

- Utviklingen i ressursinnsats (døgnplasser og personell) i det psykiske helsevernet for voksne - i hvilken grad har vi fått en desentralisering av behandlingstilbudet
- Utviklingen i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne – om/i hvilken grad Opptrappingsplanen representerer et brudd eller en fortsettelse av tidligere trender
- En egen analyse av forholdet mellom institusjonsopphold og døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne – gjenspeiler økningen i antall opphold en tilsvarende økning i pasienttallet, eller er det de samme pasientene som innlegges flere ganger enn før
- En særskilt analyse av omfanget av reinnleggelse innen 31 dager
- En sentral målsetting for norsk helsepolitikk er lik tilgang til helsetjenester, uavhengig av bosted. Vi har derfor undersøkt om/i hvilken grad vi i løpet av opptrappingsperioden har fått en utjevning av tilbudet, målt ved behandlingsaktiviteten
- En analyse av endringer i pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge – hvilke grupper er det som særlig har fått bedret tilbudet i forbindelse med utbyggingen av tjenesten

Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Vår kontaktperson i direktoratet har vært Nina Ruth Kristoffersen, mens Signe Bang har vært vår kontaktperson i Norges forskningsråd.

SAMDATA-prosjektet bygger på pasientdata innsamlet av Norsk pasientregister og institusjonsstatistikk innsamlet av Statistisk sentralbyrå. Vi takker begge institusjoner for velvillig bistand og godt samarbeid.

Ved SINTEF Helse har en rekke personer opp gjennom årene deltatt i arbeidet med SAMDATA-prosjektet. Dette har nå resultert i kvalitetssikrede tidsserier som spenner over 16 år. Ingen nevnt, ingen glemt. Følgende har deltatt i arbeidet med inneværende rapport: Per Bernhard Pedersen har vært prosjektleder, mens Solfrid E. Lilleeng og Marit Sitter har vært forfattere av hvert sitt kapittel. Hanne T. Kvam har vært prosjektsekretær og stått for ferdigstilling av rapporten. Trond Hatling har stått for kvalitetssikringen, og kommet med nyttige innspill under veis.

Trondheim, mai 2008

Per Bernhard Pedersen

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt.....	7
Figuroversikt	10
1 Sammen drag.....	15
1.1 Om prosjektet	15
1.2 Omtale av opptrappingsplanens mål i siste SAMDATA-rapport	16
1.3 Desentralisering av tjenestene for voksne?	17
1.4 Utviklingen i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne.....	19
1.5 Flere pasienter eller bare flere opphold ved døgnavdelingene for voksne?.....	20
1.6 Reinnleggelser	21
1.7 Har Opptrappingsplanen gitt mer likeverdig tilgang til tjenestene?.....	22
1.8 Hvem er de nye brukerne i psykisk helsevern for barn og unge?	23
2 Ressursinnsats og ressursfordeling: Har vi fått en desentralisering av døgnplasser og personell i tjenestene for voksne?	25
2.1 Innledning	25
2.2 Datagrunnlag og metode.....	26
2.3 Utviklingen i døgnplasskapasiteten	27
2.4 Utviklingen i samlet personellinnsats.....	29
2.5 Er fordelingen av personelltilveksten i samsvar med målene for opptrappingsplanen?	33
2.6 Personelløkning i behandlergruppene	34
2.6.1 Legeårsverk.....	34

2.6.2	Psykologårsverk	36
2.6.3	Høyskoleutdannet personell	38
2.6.4	Andel personell med universitets- og høyskoleutdanning	40
2.7	Oppsummering og diskusjon.....	42
	Vedlegg: Detaljert tallgrunnlag for kapittel 2.....	44
3	Opptrappingsplanen: Brudd eller kontinuitet i utviklingen av tjenestetilbudet for voksne?.....	55
3.1	Innledning	55
3.2	Metode og datagrunnlag	56
3.3	Gjennomsnittlig belegg	57
3.4	Beleggsprosent.....	58
3.5	Utskrivninger fra døgnopphold	59
3.6	Polikliniske konsultasjoner.....	61
3.7	Personelfaktor ved døgnavdelingene	62
3.8	Utskrivninger per årsverk.....	64
3.9	Oppsummering og diskusjon.....	65
	Vedlegg: Detaljert tallgrunnlag for kapittel 3.....	66
4	Flere pasienter eller bare flere døgnopphold for voksne?.....	71
4.1	Innledning	71
4.2	Metode	71
4.3	Resultater	72
4.4	Diskusjon og konklusjon	74
5	Reinnleggelser i psykisk helsevern for voksne 2000 og 2006	75
5.1	Innledning	75
5.2	Metode og datagrunnlag	76
5.2.1	Datagrunnlag.....	76
5.2.2	Sannsynligheten for reinnleggelse eller reinnleggesraten.	77
5.2.3	Oversikt over institusjonsopphold, pasienter og behandlingsepisoder.....	78
5.3	Pasientene i 2000 og i 2006	79

5.4	Forholdet mellom opphold og pasient	82
5.4.1	Endringer i antall opphold og antall pasienter.....	82
5.5	Reinnleggelse innen 31 dager etter utskrivning	84
5.5.1	Innledning.....	84
5.5.2	Sykehus og andre institusjoner i 2000 og 2006	84
5.5.3	Reinnleggelser etter pasientenes alder.....	86
5.5.4	Reinnleggelser etter diagnosegruppe.....	86
5.6	Varighet av oppholdet og sannsynligheten for reinnleggelse	88
5.6.1	Varighet av oppholdene fra 2000 og 2006	88
5.6.2	Varighet av oppholdene for de reinnlagte i 2000 og 2006	89
5.6.3	Varighet av indeksopphold for reinnlagte og ikke reinnlagte og betydningen av varighet for sannsynligheten for reinnleggelse.....	90
5.7	Reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp ved sykehus i 2000 og 2006.....	92
5.8	Oppsummering	94
	Vedlegg til kapittel 5: Datagrunnlag 2000-2006.....	96
6	Likere tilgang til tjenester?	99
6.1	Innledning	99
6.2	Data og metode.....	100
6.2.1	Forbruksindikatorer.....	100
6.2.2	Pasientdata for det psykiske helsevernet for barn og unge.....	100
6.2.3	Beregning av rater for døgnopphold og oppholdsdøgn for voksne.....	101
6.2.4	Polikliniske konsultasjoner	101
6.2.5	Spredningsmål	102
6.3	Resultater	102
6.3.1	Dekningsgrad, pasienter i psykisk helsevern for barn og unge	102
6.3.2	Forskjeller i behandlingsrater i det psykiske helsevernet for voksne	104
6.4	Diskusjon og oppsummering.....	111
	Vedlegg: Detaljert tallgrunnlag for kapittel 6.....	113
7	Hvem er de nye brukerne i psykisk helsevern for barn og unge?	117

7.1	Innledning og problemstilling.....	117
7.2	Data og metode.....	117
7.3	Barn og unge i psykisk helsevern, 1998 – 2006. Utvikling på nasjonalt nivå	118
7.3.1	Barn og unge som mottar behandling innen psykisk helsevern - høyest andel og sterkeste vekst blant polikliniske pasienter	118
7.3.2	Kraftig vekst i dekningsgrad for barn og unge.....	120
7.3.3	Høyeste behandlingsrate og største vekst blant gutter	121
7.3.4	Høyest dekning og sterkeste vekst blant ungdom.....	122
7.3.5	Dekningsgraden øker mest for gutter i alle alderskategorier	123
7.3.6	Pasientsammensetning i forhold til problemområde (henvisningsgrunn)	124
7.3.7	Pasientgrupper med høy prioritet ved inntak i psykisk helsevern.....	128
7.4	Regionale variasjoner i dekningsgrad for barn og unge	132
7.4.1	Kjønn	133
7.4.2	Alder	134
7.4.3	Henvisningsgrunn.....	135
7.5	Oppsummering og diskusjon.....	137
7.5.1	Sentrale funn.....	137
7.5.2	Diskusjon	140
	Vedlegg til kapittel 7	142
	Litteraturliste	143

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Døgnplasser etter institusjonstype. Psykiske helsevernet for voksne 1991-2006.	44
Tabell 2.2	Gjennomsnittlig årlig endring i antall døgnplasser etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	44
Tabell 2.3	Årsverk totalt etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	45
Tabell 2.4	Årlig tilvekst av personell (årsverk) etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	46
Tabell 2.5	Prosentvis fordeling av årsverk totalt etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	47
Tabell 2.6	Gjennomsnittlig årlig vekst i personellinnsats (årsverk) etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	48
Tabell 2.7	Legeårsverk etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	49
Tabell 2.8	Gjennomsnittlig årlig tilvekst av legeårsverk og prosentvis fordeling av tilveksten etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-98, 1998-2006 og 1991-2006.	50
Tabell 2.9	Psykologårsverk etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	51
Tabell 2.10	Gjennomsnittlig årlig tilvekst av psykologårsverk og prosentvis fordeling av tilveksten etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-98, 1998-2006 og 1991-2006.	52
Tabell 2.11	Årsverk utført av personell med høyskoleutdanning etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	53
Tabell 2.12	Gjennomsnittlig årlig tilvekst av årsverk utført av høyskoleutdannet personell, samt prosentvis fordeling av tilveksten etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-98, 1998-2006 og 1991-2006.	54
Tabell 3.1	Gjennomsnittlig belegg (oppholdsdøgn/365) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	66
Tabell 3.2	Gjennomsnittlig årlig endring i pasientbelegget (oppholdsdøgn/365) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	66

Tabell 3.3	Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	67
Tabell 3.4	Gjennomsnittlig årlig økning i antall utskrivninger etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	67
Tabell 3.5	Polikliniske konsultasjoner (hele 1000) etter type institusjon poliklinikken er tilknyttet. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	68
Tabell 3.6	Årlig endring i antall polikliniske konsultasjoner (hele 1000) i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2006.	68
Tabell 3.7	Personelfaktor (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	69
Tabell 3.8	Gjennomsnittlig årlig endring i personelfaktoren (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	69
Tabell 3.9	Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) per årsverk etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	70
Tabell 3.10	Gjennomsnittlig årlig endring i antall utskrivninger (avsluttede døgnopphold) per årsverk etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006. .	70
Tabell 4.1	Døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne dekket gjennom pasientdata og opphold totalt. 1998-2006.	72
Tabell 4.2	Institusjonsopphold etter institusjonstype. Psykiske helsevernet for voksne 1998-2006.	72
Tabell 4.3	Gjennomsnittlig antall døgnopphold per pasient og institusjon etter institusjonstype. Institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006.	72
Tabell 4.4	Estimerte antall døgnpasienter per institusjon etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. 1998-2006.	73
Tabell 5.1	Utvalgene som benyttes for analyser av opphold versus pasient og reinnleggelser. Antall pasienter, antall institusjonsopphold og antall behandlingsepisoder. Etter type institusjon. 2000 og 2006.	79
Tabell 5.2	Diagnosefordelingen blant pasientene i 2000 og 2006. Utvalg basert på 20 institusjoner med tilfredsstillende diagnosedata. Etter type institusjon. 2000 og 2006. Prosent.	80
Tabell 5.3	Alder og kjønn etter diagnosegruppe. Pasienter. 2006. Utvalg basert på 21 institusjoner med tilfredsstillende diagnosedata.	82

Tabell 5.4	Andel pasienter og andel døgnopphold etter kategorier av antall opphold per pasient. Etter type institusjon. 2000 og 2006. Prosent.	83
Tabell 5.5	Korrigert odds ratio for reinnleggelse. Behandlingsepisoder knyttet til pasienter med personlighetsforstyrrelse eller affektive lidelser. Utvalg med 20 institusjoner.	88
Tabell 5.6	Varighet av de avsluttede institusjonsoppholdene i antall dager. Utvalg basert på 32 institusjoner. Etter type institusjon. 2000 og 2006.	89
Tabell 5.7	Varighet (dager) av indeksoppholdene for de som blir reinnlagt innen 31 dager. Utvalg basert på 32 institusjoner. Etter type institusjon. 2000 og 2006.	90
Tabell 5.8	Varighet (dager) av indeksoppholdene for reinnlagte og ikke reinnlagte innen 31 dager. Utvalg basert på 32 institusjoner. Etter type institusjon. 2006.	90
Tabell 5.9	Korrigert odds ratio for reinnleggelse. Behandlingsepisoder knyttet til pasienter med affektive lidelser. Utvalg med 11 sykehus. 2000.	91
Tabell 5.10	Korrigert odds ratio for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp. Behandlingsepisoder knyttet til pasienter med affektive lidelser. Utvalg med 11 sykehus. 2000.	93
Tabell 5.11	Korrigert odds ratio for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp. Behandlingsepisoder knyttet til pasienter med ruslidelser. Utvalg med 11 sykehus. 2000 og 2006.	93
Tabell 5.12	Oversikt over utvalget på 32 institusjoner hvor pasientdata er tilfredsstillende med hensyn på representativitet og kvalitet for årgangene 2000 og 2006.	96
Tabell 6.1	Forskjeller i dekningsrad (pasienter i prosent av antall innbyggere 0-17 år) mellom bostedsfylker. Psykisk helsevern for barn og unge 1998-2006. Standardavvik, variasjonskoeffisient, Gini-indeks, samt Levenes test av forskjeller i varians.	103
Tabell 6.2	Forskjeller i rater for døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter bostedsfylke. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006. Standardavvik, variasjonskoeffisient, Gini-indeks, samt Levenes test av forskjeller i varians.	105
Tabell 6.3	Forskjeller i rater for oppholds-døgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter bostedsfylke. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006. Standardavvik, variasjonskoeffisient, Gini-indeks, samt Levenes test av forskjeller i varians.	107
Tabell 6.4	Forskjeller i rater for polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter bostedsfylke. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006.	

	Standardavvik, variasjonskoeffisient, Gini-indeks, samt Levenes test av forskjeller i varians.....	109
Tabell 6.5	Pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i prosent av antall innbyggere 0-17 år, samt standardavvik (S), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Bostedsfylke 1998-2006	113
Tabell 6.6	Døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Psykiske helsevernet for voksne. Bostedsfylke 1998-2006.....	114
Tabell 6.7	Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Psykiske helsevernet for voksne. Bostedsfylke 1998-2006.....	115
Tabell 6.8	Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Psykiske helsevernet for voksne. Bostedsfylke 1998-2006.....	116
Tabell 7.1	Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2006.....	142
Tabell 7.2	Viktigste henvisningsgrunn barnet. Antall og prosentandel. 1998 og 2006... ..	142

Figuroversikt

Figur 2.1	Døgnplasser etter institusjonstype og totalt. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.....	28
Figur 2.2	Årsverksinnsats totalt etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. 1991-2006.....	29
Figur 2.3	Årsverksinnsats ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. 1991-2006	30
Figur 2.4	Årsverksinnsats ved poliklinikkene, totalt og etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	30
Figur 2.5	Prosentvis fordeling av personell etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	32
Figur 2.6	Faktisk økning i personellinnsats (prosent av økningen) sammenhold med Opptrappingsplanens prosentvise fordeling av økte driftskostnader.	33
Figur 2.7	Legeårsverk totalt etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.....	34

Figur 2.8	Legeårsverk ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	35
Figur 2.9	Legeårsverk ved poliklinikker etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	35
Figur 2.10	Psykologårsverk totalt innenfor og utenfor sykehus. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	37
Figur 2.11	Psykologårsverk ved døgn- og dagavdelinger innenfor og utenfor sykehus. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	37
Figur 2.12	Psykologårsverk ved poliklinikker innenfor og utenfor sykehus. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	38
Figur 2.13	Årsverk totalt utført av høyskoleutdannet personell etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	39
Figur 2.14	Årsverk ved døgn og dagavdelinger utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	39
Figur 2.15	Årsverk ved poliklinikker utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	40
Figur 2.16	Prosentandel årsverk utført av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell etter driftsform og institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	41
Figur 3.1	Gjennomsnittlig pasientbelegg etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	57
Figur 3.2	Beleggsprosent etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	58
Figur 3.3	Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	60
Figur 3.4	Gjennomsnittlig varighet av avsluttede døgnopphold etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	61
Figur 3.5	Polikliniske konsultasjoner (hele 1000) etter type institusjon poliklinikken er tilknyttet. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	62
Figur 3.6	Personellfaktor (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	63
Figur 3.7	Utskrivninger (avsluttede institusjonsopphold) per årsverk etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.	64
Figur 4.1	Døgnopphold og døgnpasienter per institusjon per år. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006.	74

Figur 5.1	Andel pasienter som er 70 år eller eldre. Sykehus, BOB/DPS og sykehjem/DPS. 2000 og 2006.	81
Figur 5.2	Andel pasienter med flere enn to opphold og andelen av alle opphold som er knyttet til disse pasientene. Sykehus, BOB/DPS og sykehjem/DPS. 2000 og 2006.	83
Figur 5.3	Estimert ratenivå for reinnleggelser i løpet av 31 dager totalt og som øyeblikkelig hjelp. Sykehus, BOB/DPS og sykehjem/DPS. 2000 og 2006.	85
Figur 5.4	Estimert ratenivå for reinnleggelse i løpet av 31 dager. Aldersgrupper. Sykehus og DPS. 2006.	86
Figur 5.5	Estimert ratenivå for reinnleggelse i løpet av 31 dager. Hoveddiagnosegrupper. 2000 og 2006.	87
Figur 5.6	Estimert ratenivå for reinnleggelse i løpet av 31 dager. Hoveddiagnosegrupper. Sykehus og DPS. 2006.	87
Figur 5.7	Estimert ratenivå for reinnleggelser i løpet av 31 dager som øyeblikkelig hjelp og totalt. Hoveddiagnosegrupper. Sykehus. 2000 og 2006.	92
Figur 6.1	Pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i prosent av antall innbyggere 0-17 år. Bostedsfylke 1998 og 2006.	103
Figur 6.2	Forskjeller i dekningsgrad (pasienter i prosent av innbyggertallet 0-17 år) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks mellom bostedsfylker 1998-2006.	104
Figur 6.3	Døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsfylke 1998 og 2006.	105
Figur 6.4	Forskjeller i ratene for døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks mellom bostedsfylker 1998-2006.	106
Figur 6.5	Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsfylke 1998 og 2006.	107
Figur 6.6	Forskjeller i ratene for oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks mellom bostedsfylker 1998-2006.	108
Figur 6.7	Polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsfylke 1998 og 2006.	109
Figur 6.8	Forskjeller i ratene for polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks mellom bostedsfylker 1998-2006.	110

Figur 7.1	Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2006.	119
Figur 7.2	Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonalt nivå. 1998 – 2006. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998 - 2006.	120
Figur 7.3	Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt på kjønn. 1998 - 2006. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2006.	121
Figur 7.4	Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt etter alder. 1998 og 2006. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998 og 2006.	122
Figur 7.5	Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn og alder for 1998 og 2006.	124
Figur 7.6	Prosentandel barn og unge i psykisk helsevern fordelt etter viktigste henvisningsgrunn. 1998 og 2006.	125
Figur 7.7	Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn i psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2006.	126
Figur 7.8	Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2006.	127
Figur 7.9	Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på alder. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998, 2002 og 2006.	128
Figur 7.10	Prosentandel barn og unge i psykisk helsevern fordelt etter henvisningsgrunner som har høyeste prioritet ved inntak i psykisk helsevern for barn og unge. 1998 og 2006.	129
Figur 7.11	Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2006.	130
Figur 7.12	Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2006.	131
Figur 7.13	Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for 1998 og 2006, samt økning i raten over perioden. Helseregioner.	132
Figur 7.14	Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2006, samt økning i raten over perioden. Helseregioner.	133

Deleted: 123

Figur 7.15	Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998 og 2006, samt økning i raten over perioden. Helseregioner.	134
Figur 7.16	Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner 1998 og 2006.	135
Figur 7.17	Økning i behandlingsrate etter viktigste henvisningsgrunn 1998 -2006 innen psykisk helsevern for barn og unge. Endring i rate per 10 000 innbyggere 0-17 år.	136

1 Sammendrag

1.1 Om prosjektet

Dette er første delrapport fra et prosjekt Sosial- og helsedirektoratet har bedt SINTEF Helse utføre i forbindelse med evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63 (1997-98)), heretter bare omtalt som Opptappingsplanen. Formålet har vært å supplere de prosjekter Norges forskningsråd har iverksatt med materiale innsamlet i forbindelse med SAMDATA-prosjektet og de pasienttellingene som SINTEF Helse har gjennomført med 4-5 års mellomrom, slik at evalueringen skal kunne gi et mer helhetlig bilde av utviklingen i perioden.

Det vil bli publisert tre delrapporter fra prosjektet. I denne første delrapporten publiseres studier av

- Utviklingen i ressursinnsats (døgnplasser og personell) i det psykiske helsevernet for voksne - i hvilken grad har vi fått en desentralisering av behandlingstilbudet (kapittel 2)
- Utviklingen i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne – om/i hvilken grad Opptappingsplanen representerer et brudd eller en fortsettelse av tidligere trender (kapittel 3)
- En egen analyse av forholdet mellom institusjonsopphold og døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne – gjenspeiler økningen i antall opphold en tilsvarende økning i pasienttallet, eller er det de samme pasientene som innlegges flere ganger enn før (kapittel 4)?
- En særskilt analyse av omfanget av reinnleggelse innen 31 dager (kapittel 5)
- En sentral målsetting for norsk helsepolitikk er lik tilgang til helsetjenester, uavhengig av bosted. Vi har derfor undersøkt om/i hvilken grad vi i løpet av opptappingsperioden har fått en utjevning av tilbudet, målt ved behandlingsaktiviteten (kapittel 6)
- En analyse av endringer i pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge – hvilke grupper er det som særlig har fått bedret tilbudet i forbindelse med utbyggingen av tjenesten (kapittel 7).

I den andre delrapporten analyseres produktivetsutviklingen ved poliklinikkene for barn og unge.

I den tredje delrapporten vil følgende problemstillinger bli undersøkt:

- Et av målene for Opptappingsplanen har vært å øke dekningsgraden i det psykiske helsevernet for barn og unge (pasienter i prosent av befolkningen 0-17 år). I en rapport fra Riksrevisjonen (Dokument nr. 3:7 (2006-2007)) har det blitt hevdet at dette kan oppnås gjennom å dra behandlingen ut i tid, snarere enn ved å øke det faktiske pasienttallet. Dette spørsmålet vil derfor bli undersøkt nærmere.

- Et av målene for opptrappingsplanen har vært å øke tilgjengeligheten til døgn-tjenester for voksne. Med utgangspunkt i data fra pasienttellingene vil vi undersøke hvilke grupper som særlig har nytt godt av den økte tilgjengeligheten.
- Et av målene for Opptrappingsplanen har vært å få en bedre tilpasning av døgn-tjenestene for voksne til brukernes behov – tidligere pasienttelinger har avdekket store avvik mellom faktisk og ønskelig behandlingstilbud. Med utgangspunkt i data fra pasienttellingene vil vi undersøke om/i hvilken grad en har oppnådd dette.

1.2 Omtale av opptrappingsplanens mål i siste SAMDATA-rapport

Opptrappingsplanen omfatter en rekke tallfestede mål for virksomheten. Disse målene, og grad av måloppnåelse er omtalt i de årlige SAMDATA-rapportene. Status ved utgangen av 2006 er omtalt i kapittel 3 til 5 i SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 (Pedersen et. al 2007), og vil ikke bli gjentatt her. Vi vil likevel innledningsvis i dette sammendraget referere de viktigste målene og graden av måloppnåelse så langt:

- Økte driftskostnader

I henhold til Opptrappingsplanen skal driftskostnadene til det psykiske helsevernet øke med 2,1 milliarder 1998 kroner, tilsvarende 2,9 milliarder 2006 kroner, i løpet av planperioden. I 2006 var de totale driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 13,2 milliarder kroner. Dette er en økning på nærmere tre milliarder 2006-kroner (29 prosent) siden i 1998. Driftskostnadene til psykisk helsevern for barn og unge har i perioden økt med 72 prosent. Tilsvarende vekst i psykisk helsevern for voksne ligger på 23 prosent.

Opptrappingsmålet om at minst 30 prosent, eller 879 millioner 2006-kroner, skal gå til nivåheving i tjenester for barn og unge er også nådd. I psykisk helsevern for voksne er 99,3 prosent av målet om økning på drøye to milliarder 2006-kroner i driftskostnadene nådd. Kun 14 millioner kroner mangler på nasjonalt nivå.

Mål knyttet til tjenestene for barn og unge

- Flere behandlerårsverk ved poliklinikkene

I følge Opptrappingsplanen skulle poliklinikkene tilføres 400 flere behandlerårsverk. Dette målet ble nådd allerede i 2003, og personellinnsatsen har siden økt ytterligere

- Økt produktivitet ved poliklinikkene for barn og unge

I følge Opptrappingsplanen skulle produktiviteten, målt ved tiltak per behandler, øke med 50 prosent i løpet av opptrappingsperioden. I basisåret 1998 ble det utført 258 tiltak per behandler. I 2006 er dette økt til 426, en økning på 65 prosent. Målsettingen om 50 prosent økning i produktivitet er altså oppnådd. Antall pasienter per behandler har imidlertid bare økt fra 25 til noe over 30, eller med 21 prosent. Økningen i produktivitet har altså først og fremst skjedd som flere tiltak per pasient. Produktivitets- og effektivitetsutviklingen vil bli særskilt undersøkt i neste delrapport fra prosjektet.

- Dekningsgraden skal i følge Opptrappingsplanen (pasienter under behandling i prosent av innbyggere 0-17 år) øke fra 2,0 til 5,0 prosent.

I 2006 mottok 47 280, eller 4,3 prosent av alle barn og unge under 18 år et tilbud fra det psykiske helsevernet, mot 2,0 prosent i 1998. Opptrappingsplanens mål om å nå fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen innen planperiodens slutt innebærer at omlag 54 600 barn og unge skal ha et behandlingstilbud i 2008. Forutsatt samme vekst som i perioden 2004-2006 vil dette målet nås. Det er imidlertid store og stabile forskjeller i dekningsgrad mellom helseregionene. Det er også betydelige forskjeller innad i de enkelte helseregioner.

- Tallet på døgnplasser skulle i følge den opprinnelige planen øke fra ca 300 til 500 i løpet av opptrappingsperioden.

I 2006 disponerte en 335 plasser, dvs. vesentlig færre enn måltallet. Innen dette fagfeltet har det imidlertid i årene etter at Opptrappingsplanen ble lagt fram skjedd en faglig utvikling med flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. På denne bakgrunn har Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet for 2005 (St. prp. nr. 1 (2004-2005) Helse- og omsorgsdepartementet) nedjustert behovet for døgnplasser for barn og unge til 400. Heller ikke dette målet er så langt innfridd.

Mål knyttet til psykisk helsevern for voksne

- I følge Opptrappingsplanen skulle sektoren tilføres 2300 årsverk, av denne tilveksten skulle minst 72 prosent av tilveksten utføres av personell med relevant utdanning på universitets- eller høyskolenivå

Målet om 2300 nye årsverk ble nådd i 2005. Ved utgangen av 2006 var sektoren tilført drøyt 2600 ekstra årsverk, sammenlignet med 1998. Gruppen av universitets- og høyskoleutdannede var i samme periode økt med ca 2850 årsverk, dvs. mer enn økningen i personellinnsats totalt.

- I følge Opptrappingsplanen skulle det psykiske helsevernet for voksne disponere totalt 6 405 døgnplasser ved utgangen av planperioden, 285 flere enn i 1996, og 430 flere enn i 1998.

Tallet på døgnplasser har i stedet blitt redusert med 1 265 siden 1996, 985 siden 1998. Utviklingen vil bli nærmere omtalt nedenfor.

- I følge Opptrappingsplanen skulle den polikliniske kapasiteten øke med 220 000 konsultasjoner til totalt 660 000 konsultasjoner.

Dette målet ble nådd allerede i 2003 - ikke på grunn av økt produktivitet - men på grunn av flere behandlere. Ved utgangen av tallet på konsultasjoner økt til 931 000.

- Opptrappingsplanen målsatte en produktivitetsøkning på 50 prosent (konsultasjoner per behandler)

Dette målet er ikke nådd. Produktiviteten sank i første del av perioden, og også fra 2005 til 2006. Produktiviteten ligger nå seks prosent over nivået i 1998.

- I Opptrappingsplanen er det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen ved DPS-er med 90 000 dagopphold i løpet av opptrappingsperioden.

I henhold til offentlig statistikk synes volumet av dagbehandling ved DPS-er å være vesentlig redusert. Det foreligger imidlertid ikke statistikk basert på årlig, standardisert nasjonal rapportering som kan vise den reelle utviklingen i dagbehandlingen.

1.3 Desentralisering av tjenestene for voksne?

Opptrappingsplanen la opp til en omfattende desentralisering av tjenesten gjennom utbygging av distriktpsikiatriske sentra.

De distriktpsikiatriske sentrene skulle være

"...en faglig selvstendig enhet som har ansvaret for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk område. Senteret bør bestå av poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling under en felles faglig ledelse."

(Sosial- og helsedepartementet, Rundskriv I-24/99)

I følge planen skulle nivået på driftskostnadene til det psykiske helsevernet for voksne i løpet av perioden øke med 1,463 milliarder 1998-kroner. Av dette skulle 550 millioner gå til

styrking av døgnkapasiteten ved DPS-ene. I tillegg kom 450 millioner frigjort ved omgjøring/nedlegging av døgnplasser ved sykehjemmene. Ytterligere 268 millioner skulle settes av til flere dagopphold ved DPS-ene, 268 millioner skulle gå til å øke den polikliniske kapasiteten, mens 105 millioner skulle gå til flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer. Økningen i driftskostnadene ved sykehusene var avgrenset til 216 millioner, knyttet til plasser for personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Til tiltak for spesielle grupper var det satt av 56 millioner. Om vi holder de privatpraktiserende og tiltakene for spesielle grupper utenfor, skulle med andre ord 63 prosent av økningen gå til avdelingene ved DPS-ene, 17 prosent til sykehusavdelingene og 21 prosent til poliklinisk virksomhet.

I kapittel 2 undersøker vi

- I hvilken grad vi har fått en desentralisering av ressursene i tjenesten, i tråd med Opptappingsplanens målsettinger, og
- I hvilken grad dette representerer en endring i forhold til utviklingen i den foregående perioden.

De viktigste konklusjonene som kan trekkes er:

- I strid med Opptappingsplanens forutsetninger har det vært en kraftig nedgang i tallet på døgnplasser. Den årlige reduksjonen har likevel vært mindre i opptappingsperioden enn i perioden 1991-98.
- Nedgangen i plasstallet kan føres tilbake til en langt kraftigere nedbygging av sykehjemsplasser enn forutsatt, og sykehjemmene var i 2006 på det nærmeste avviklet.
- Det har vært en betydelig økning i plasstallet ved DPS-ene, om enn i saktere tempo enn i perioden 1991-98. En har langt på vei nådd målet om totalt 2040 døgnplasser ved DPS-ene.
- Ved sykehusene skulle tallet på døgnplasser øke med 160. Plasstallet har i stedet blitt redusert med 267 plasser.
- Personellinnsatsen har økt langt kraftigere under opptappingsperioden enn i perioden 1991-98.
- Det har gjennom hele perioden 1991-2006 vært en kraftig styrking av personellinnsatsen ved DPS-ene, og denne tendensen ble forsterket etter at Opptappingsplanen trådte i kraft.
- Vi har også hatt en vesentlig utbygging av poliklinikkene, og kraftigst i perioden etter at Opptappingsplanen trådte i kraft. Veksten i den polikliniske virksomheten har skjedd ved DPS-ene.
- Sykehusavdelingene har i opptappingsperioden hatt en vesentlig styrking av personellinnsatsen.
- Personellens utdanningsnivå er betydelig hevet, og opptappingsplanens mål for kompetanseheving er mer enn oppfylt. Andelen universitets- og høyskoleutdannede har økt kraftigere ved institusjoner utenfor sykehusene (der denne andelen i utgangspunktet var lavere) enn ved sykehusene. Den sterkere veksten i utdanningsnivå utenfor sykehus skyldes ikke bare utflyttingen og utbyggingen av poliklinikkene, den har også kommet døgnavdelingene til gode. Døgnavdelinger utenfor sykehus har nå en høyere andel høyskoleutdannet personell enn sykehusavdelingene. Andel psykologer er også langt på vei den samme. Andel leger er imidlertid fortsatt betydelig lavere. Økningen i lege- og psykologårsverk ved døgnavdelingene utenfor sykehus har i sin helhet kommet i opptappingsperioden.
- En vesentlig del av opptappingsmidlene (63 prosent) skulle etter planen gå til utbygging av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene. Utbyggingen av disse avdelingene skulle i tillegg finansieres ved tilførsel av ressurser fra sykehjemmene. Sykehjemmene har imidlertid blitt nedbygd langt hurtigere enn forutsatt, og har

langt på vei finansiert utbyggingen av avdelingene ved DPS-ene. Avdelinger utenfor sykehusene har dermed netto bare mottatt 16 prosent av de økte personellressursene. Opptrappingsmidlene har i større grad gått til utbyggingen av poliklinikkene (44 prosent, mot 21 prosent etter planen) og til sykehusavdelingene (40 prosent, mot 17 etter planen).

I hvilken grad vi har fått en desentralisering av tjenesten i tråd med målsettingene for opptrappingsplanen, avhenger derfor i noen grad av perspektivet. DPS-ene er de eneste institusjonene som er knyttet opp mot mindre, geografiske områder. Hvis vi setter likhetstegn mellom desentraliserte tjenester og tjenester ved DPS, har målsettingene dermed langt på vei blitt oppfylt. Andelen personell ved DPS-ene har økt fra 8,0 prosent i 1991 til 23,2 prosent i 1998 og 39 prosent i 2006. En vesentlig del av økningen har imidlertid blitt hentet fra sykehjemmene. Disse betjente også (om enn i varierende grad) lokalsamfunnet der de var lokalisert. Om vi derfor i stedet ser på fordelingen innenfor/utenfor sykehus blir grad av desentralisering vesentlig mindre. For døgnplassenes del har man da fått en sentralisering (andel døgnplasser ved sykehus har økt fra 52 prosent i 1998 til 57 prosent i 2006). Andel personell utenfor sykehusene har likevel økt, fra 36,6 prosent i 1998 til 40,6 prosent i 2006. Kompetansemessig har man imidlertid fått en vesentlig styrking av tilbudet utenfor sykehusene, ikke bare ved poliklinikkene, men også ved døgn- og dagavdelingene.

1.4 Utviklingen i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne

Det kan hevdes at Psykiatrimeldingen (St. meld. 25 (1996-97)) og Opptrappingsplanen (St. prp. nr. 63 (1997-98)) snarere representerer en kodifisering av eksisterende endringsprosesser enn et brudd med disse. Disse prosessene omtales gjerne som de-institusjonaliseringen av det psykiske helsevernet, og går igjen i de fleste industrialiserte land. Utviklingen kjennetegnes ved en nedgang i tallet på institusjonsplasser og pasientbelegg i institusjonene, ofte kombinert med en økning i tallet på behandlede pasienter, dels gjennom en vesentlig nedkorting av oppholdenes varighet, og dels gjennom utbygging av polikliniske og ambulante tjenester. Selv om denne utviklingen har pågått lenge, har denne utviklingen fått sitt institusjonelle uttrykk, først gjennom etableringen av bo- og behandlingssentra på 1980- og tidlig 1990-tall, senere videreutviklet til dagens distriktpsikiatriske sentre. I kapittel 3 undersøker vi om/i hvilken grad utviklingen i opptrappingsperioden representerer et brudd med den utviklingen som tidligere hadde funnet sted, eller om Opptrappingsplanen snarere bør sees som en kodifisering og videreføring av de samme utviklingstendensene.

De viktigste funnene er:

- Pasientbelegget (oppholdsdøgn/365) har, i likhet med tallet på døgnplasser, fortsatt å synke, om enn i noe saktere tempo enn i perioden 1991-98. Nedgangen har i all hovedsak kommet ved sykehjemmene/andre institusjoner. Disse er per 2006 på det nærmeste avvirket.
- Høy beleggsprosent gjennom hele perioden antyder press på døgnavdelingene ved sykehusene. Dette kan ha påvirket varigheten av oppholdene. På tross av nedgangen i plasstallet ved døgnavdelinger utenfor sykehus, har beleggsprosenten blitt vesentlig redusert i løpet av opptrappingsperioden, og er nå betydelig lavere enn ved sykehusavdelingene. I den videre planleggingen av tjenesten bør en derfor vurdere fordelingen av plasser og/eller arbeidsoppgaver mellom sykehus og DPS.
- Tallet på utskrivninger har fortsatt å stige, og i raskere tempo i opptrappingsperioden enn i den foregående perioden. Økningen har vært kraftigere ved institusjonene utenfor sykehusene enn ved sykehusene, på tross av at det særlig er utenfor sykehusene plasstallet har blitt redusert.

- Økt antall utskrivinger gjenspeiler redusert varighet av oppholdene, og nedgangen har vært kraftigere utenfor enn innenfor sykehusene. Gjennomsnittlig varighet av oppholdene var i 2006 den samme ved sykehusavdelingene og ved DPS-avdelingene.
- Det har i opptrappingsperioden vært en kraftigere vekst i den polikliniske aktiviteten enn i perioden 1991-98. Økningen har i sin helhet kommet ved DPS-ene. Økningen har langt oversteget måltallene for Opptrappingsplanen.
- Personellfaktoren har økt betydelig i løpet av opptrappingsperioden, og kraftigere enn i perioden 1991-98. Økningen har i opptrappingsperioden vært kraftigere ved avdelinger utenfor sykehusene enn ved sykehusavdelingene. Økningen utenfor sykehus skyldes imidlertid først og fremst redusert pasientbelegg ved disse avdelingene.
- Det har i opptrappingsperioden vært en kraftigere vekst i antall utskrivinger per årsverk enn i perioden 1991-98, og økningen har vært kraftigere ved avdelingene utenfor sykehus enn ved sykehusavdelingene.

Opptrappingsplanen ser med andre ord gjennomgående ut til å videreføre og forsterke de utviklingstendenser vi så i den foregående perioden. Dette gjelder også på det punktet planen la opp til et brudd utviklingen (døgnplasser og pasientbelegg).

I kapittel 2 fant vi at det (med unntak av den polikliniske virksomheten) bare i begrenset grad har vært en desentralisering av ressurser fra sykehus til øvrige institusjoner. Innslaget av personell med universitets- eller høyskoleutdanning har imidlertid blitt vesentlig styrket i avdelingene ved disse institusjonene.

På tross av begrenset økning i personellinnsatsen, er det særlig ved døgnavdelingene utenfor sykehusene vi finner de største endringene i behandlingsaktiviteten. Tallet på utskrivinger har gått vesentlig opp, og varigheten av oppholdene har blitt vesentlig redusert. Ut fra dette målet har vi dermed likevel fått en desentralisering av behandlingsaktiviteten. I tillegg har økningen i den polikliniske aktiviteten kommet ved DPS-ene.

1.5 Flere pasienter eller bare flere opphold ved døgnavdelingene for voksne?

Vi har ovenfor sett at tilgjengeligheten til døgnbehandling, målt ved utskrivinger, har blitt vesentlig bedret. Det kan imidlertid hevdes at denne økningen ikke er reell – den er mer et uttrykk for at de samme pasientene innlegges flere ganger, fordi oppholdene i utgangspunktet er for korte. Motsatt kan det imidlertid hevdes at flere korte opphold ofte kan være bedre enn et langt opphold – poenget må være at døgntilbudet er tilgjengelig når man trenger det.

I kapittel 4 har vi estimert i hvilken grad økningen i utskrivingstallene også gjenspeiler en økning i tilgjengelighet målt ved antall pasienter som mottar døgnbehandling, eller om økningen snarere gjenspeiler at samme pasient innlegges flere ganger. Av konsesjonsmessige årsaker har vi bare kunnet følge den enkelte pasient innenfor samme institusjon og samme år. Vi fant at antall opphold per pasient per institusjon har økt med syv prosent i løpet av opptrappingsperioden, mens antall pasienter per institusjon i samme periode har økt med 40 prosent. Veksten i antall døgnopphold synes dermed hovedsakelig å representere en økning i tilgjengeligheten til tjenesten, målt ved antall pasienter.

Det knytter seg to forbehold til denne konklusjonen:

For det første: Beregningen av antall opphold per pasient per år bygger på et ikke-representativt utvalg av pasientdata. Det kan hende institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet avviker fra øvrige institusjoner med hensyn til antall opphold per pasient.

For det andre: Beregningen tar ikke hensyn til institusjonsoverflyttinger og pasienter som av andre årsaker har vært innlagt ved flere institusjoner i løpet av året. Det reelle antallet døgnpasienter vil derfor være lavere enn pasienttallet (per institusjon per år) som vi har

estimert. Gjennom opptrappingsplanen har det vært en målsetting å etablere sammenhengende behandlingsskjeder og –nettverk. En konsekvens av dette vil sannsynligvis være en økning i antallet institusjonsoverføringer. På den andre siden har mange institusjoner blitt slått sammen til større enheter. Dette vil kunne trekke i motsatt retning.

Sett på bakgrunn av den betydelige økningen i antall pasienter per institusjon, kan økning i tallet på pasienter som har vært innlagt ved flere institusjoner neppe endre hovedkonklusjonen: At det har vært en betydelig bedring av tilgjengeligheten til døgn tjenester for voksne (målt ved antall pasienter) i løpet av opptrappingsperioden.

1.6 Reinnleggelser

Innslaget av fleropholdspasienter har altså økt, mens varigheten av de enkelte opphold har blitt redusert. Dette *kan* tolkes som et kvalitetsproblem hvis ny innleggelse skjer innen kort tid, og da spesielt hvis ny innleggelse skjer som øyeblikkelig-hjelp innleggelse. I kapittel 5 undersøker vi derfor endringer i forekomsten av reinnleggelser innen 31 dager etter utskrivning. Undersøkelsen er basert på et (ikke tilfeldig) utvalg institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet både for 2000 og 2006.

Ved sykehusene var sannsynligheten for reinnleggelse innen 31 dager 14 prosent begge år. Reinnleggesraten for øyeblikkelig hjelp var imidlertid økt marginalt (om enn signifikant på fem-prosent nivå) fra 9 prosent i 2000 til 10 prosent i 2006. Andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp gikk opp fra 70 til 76 prosent. Ved de øvrige institusjonene økte reinnleggesraten fra 12 til 17 prosent, mens øyeblikkelig hjelp raten økte fra to til fire prosent (begge signifikante). Andelen reinnleggelser ved øyeblikkelig hjelp økte fra 18 prosent i 2000 til 23 prosent i 2006.

Mens det i 2000 var slik at de reinnlagte ved sykehusene hadde kortere oppholdstid (median varighet var 13 dager) sammenlignet med de som ikke ble reinnlagt (median varighet var 16 dager), er det i 2006 ingen signifikant forskjell; begge gruppene har median varighet på 9 dager. Den generelle nedgangen i oppholdstid var i stor grad knyttet til pasientene som ikke ble reinnlagt innen 31 dager etter utskrivning, men også de reinnlagte har hatt en nedgang i oppholdstid.

Ved DPS-ene hadde de reinnlagte pasientene om lag to ukers oppholdstid i medianverdi mot omlag tre uker for de øvrige pasientene i 2006. Forskjellen mellom de to gruppene var enda tydeligere i 2000. Ved sykehjemmene som i 2006 er klassifisert som DPS-er, var det ingen signifikant forskjell i varighet av indeksoppholdet i forhold til forekomst av reinnleggelse, verken i 2000 eller i 2006.

Sannsynligheten for reinnleggelse var ulik for diagnosegruppene. Pasienter med schizofreni eller personlighetsforstyrrelse hadde den største sannsynligheten for reinnleggelse. Pasienter med personlighetsforstyrrelse hadde betydelig høyere reinnleggesrate ved sykehusene sammenlignet med pasienter med samme diagnose som ble behandlet ved de øvrige institusjonene. Ved sykehusene hadde sannsynligheten for reinnleggelse blant pasienter med personlighetsforstyrrelser eller affektive lidelser økt signifikant fra 2000 til 2006. For affektive lidelser hadde varigheten av oppholdet signifikant betydning for sannsynligheten for reinnleggelse og den generelle reduksjonen i varighet i perioden syntes å forklare økningen i reinnleggesrate. Dette var ikke tilfelle for pasientgruppen med personlighetsforstyrrelser som hoveddiagnose.

Reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp ved sykehusene har økt i perioden for pasientene med ruslidelse, affektive lidelser eller personlighetsforstyrrelser som hoveddiagnose. For pasienter med affektive lidelser kan økningen i sannsynlighet for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp tilskrives nedgangen i varighet av oppholdene. For pasienter med personlighetsforstyrrelse, hvor varigheten i seg selv ikke er en signifikant risikofaktor for reinnleggelse, kan den generelle nedgangen i oppholdslengde imidlertid ha delvis betydning for den økningen i ratenivå som finner sted fra 2000 til 2006. For pasienter med ruslidelser må økningen i ratenivå tilskrives andre faktorer enn varighet av oppholdene.

De ulike faktorer som det er tatt hensyn i analysene av reinnleggelser, er type institusjon behandlingen er utført ved, årgang, alder, kjønn, diagnose og varigheten av indeksoppholdet. Det som kommer frem i analysene er at ulike faktorene synes å ha ulik betydning for forekomst av reinnleggelse for pasienter med ulike diagnoser. Videre tyder gjennomgangen også på at faktorenes betydning er ulik når 2000 sammenlignes med 2006, spesielt når vi ser på varigheten av oppholdet forut for reinnleggelsen. Det kan tyde på at den generelle reduksjonen i døgnoppholdenes varighet har medført at forskjeller i varighet mellom reinnlagte og ikke reinnlagte pasienter blir mindre relevante som forklaringsfaktor for sannsynligheten for reinnleggelse.

Det er grunn til å tro at andre faktorer som sier mer om pasientens tilstand ved utskrivning har stor betydning for sannsynligheten for reinnleggelse. Utfordringen er å få standardisert informasjon om dette inn i et pasientregister.

Raten for reinnleggelser ved øyeblikkelig hjelp har altså økt fra ni til ti prosent ved sykehusene, og fra to til fire prosent ved de øvrige institusjonene. Utviklingen kan neppe sies å være dramatisk, eller gjenspeile et økende kvalitetsproblem. For de øvrige institusjoners del har også omfanget av reinnleggelser økt generelt, men hovedsakelig uten at reinnleggelsen har vært definert som øyeblikkelig hjelp. Dette gjenspeiler sannsynlig endrede oppgaver og større åpenhet snarere synkende kvalitet.

1.7 Har Opptappingsplanen gitt mer likeverdig tilgang til tjenestene?

Likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted er en sentral målsetting i Norsk helsepolitikk. Opptappingsplanen og senere Eierskapsreformen (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)) representerer begge en sterkere nasjonal styring av det psykiske helsevernet. Opptappingsplanen forutsatte økt bruk av øremerkede midler, og bruken av midlene skulle være basert på egne planer, godkjent av Sosial- og helsedepartementet. Økt ressurstilgang gir større mulighet for utjevning av tilbudet, ettersom det er lettere å fordele friske midler enn å omfordele midler som allerede er i bruk.

Et sentralt spørsmål blir dermed om Opptappingsplanen og senere Eierskapsreformen har resultert i et mer likeverdig tjenestetilbud mellom ulike områder. I kapittel 6 undersøker vi dette med utgangspunkt i rater for bruken av behandlingstjenester etter bostedsfylke over perioden 1998-2006. Kriterier for utjevning kan formuleres på ulik måte. Man kan se på de *absolutte forskjellene*, eller man kan konsentrere seg om de *relative forskjellene*. For tjenester under utvikling vil de to kriteriene kunne gi ulikt resultat. Som eksempel kan vi tenke oss to fylker, det ene med en prosents dekningsgrad for tjenester til barn og unge ved starten av perioden, det andre med tre prosents dekningsgrad. Ved utløpet av perioden har begge fylker økt dekningsgraden med to prosentpoeng, til hhv. tre og fem prosent. Den absolutte forskjellen vil fortsatt være den samme (2 prosentpoeng), den relative forskjellen (3:1 og 5:3) vil imidlertid være betydelig redusert.

Bare en av fire indikatorer (oppholdsdøgn, tjenester for voksne) oppfylder kravet om reduksjon i de absolutte forskjellene. Tre av fire indikatorer (pasienter i psykisk helsevern for voksne, døgnopphold for voksne samt oppholdsopphold for voksne) oppfylder imidlertid kravet om reduksjon i de relative forskjellene. For den fjerde indikatoren, polikliniske konsultasjoner for voksne, synes de relative forskjellene å holde seg stabile, når et fylke med ekstremverdier holdes utenfor.

I hvilken grad vi i opptappingsperioden har fått en geografisk utjevning av tilbudet avhenger dermed av hvordan utjevningskravet formuleres. Ut fra en "streng tolking" (reduksjon av absolutte forskjeller) har vi bare for en indikator fått en utjevning. Ut fra en mer rimelig tolking (reduksjon av relative forskjeller, gitt veksten innenfor sektoren), oppfylles kravet om utjevning for tre av fire indikatorer.

Både for pasientraten i psykisk helsevern for barn og unge og for døgnopphold i psykisk helsevern for voksne var ratene for 1998 og 2006 høyt korrelert ($r=0,80-0,81$). De samme

fylkene hadde altså gjennomgående høyt eller lavt forbruk både først og sist i opptrappingsperioden. For døgnraten ($r=0,56$) og konsultasjonsraten ($r=0,46$ eller $0,60$, avhengig av om Telemark tas med eller ikke) er korrelasjonen lavere, med større endringer i fylkenes relative plassering.

1.8 Hvem er de nye brukerne i psykisk helsevern for barn og unge?

I løpet av Opptrappingsplanens åtte første år (1999 til 2006) har vi sett en kraftig vekst i antallet barn og unge som har fått et behandlingstilbud innen det psykiske helsevernet. Fra å omfatte 2 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i 1998, gis 4,3 prosent et behandlingstilbud i 2006. Dette utgjør en økning på nær 130 prosent i perioden.

I kapittel 7 har vi kartlagt hvilke grupper av barn og unge som i løpet av perioden har mottatt tilbud fra det psykiske helsevernet, og innenfor hvilke grupper veksten har funnet sted. Det er presentert nasjonale utviklingstrekk for pasientsammensetning med utgangspunkt i kjønns- og aldersfordeling og henvisningsgrunn for perioden 1998 til 2006. Videre er regionale variasjoner belyst med hensyn til de samme variablene for årene 1998 og 2006.

De viktigste funnene er:

- Barn og unge som mottar et poliklinisk behandlingstilbud utgjør majoriteten av pasientene i barne- og ungdomspsykiatrien, og det er innenfor denne gruppen av pasienter at veksten har vært sterkest (142 prosent) i perioden.
- Behandlingsratene for gutter er høyere enn ratene for jenter for samtlige år fra 1998 til 2006. Samtidig ser man at forskjellene mellom gutter og jenter som mottar behandling har økt, ved at ratene for gutter har hatt en sterkere vekst enn ratene for jenter i perioden. Det er en signifikant større forskjell mellom kjønnene i 2006 enn i 1998.
- Det er klare forskjeller i dekning for ulike aldersgrupper. Barn over 12 år har den klart høyeste behandlingsraten i hele perioden, mens aldersgruppen 0-5/6 år har laveste rate. Forskjellene mellom aldersgruppene er forsterket i perioden, ved at veksten har vært størst for de eldste og lavest for de yngste.
- En samlet analyse av kjønn og alder, viser at gutter har de høyeste behandlingsratene opp til 12 år, mens jentene har høyeste rate for aldersgruppen 13 til 18 år. Fra 1998 til 2006 har imidlertid gutter en sterkere vekst i behandlingsraten enn jenter i samtlige alderskategorier. Det betyr at mens forskjellene mellom kjønnene har økt for barn under 12 år i perioden, er den redusert for ungdom mellom 13 og 18 år.
- Barn henvist på grunn av atferdsvansker hadde høyeste behandlingsrate i perioden 1998 til 2004. Fra 2005 ble hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den største enkeltgrunnen til henvisning fra førstelinjen.
- Det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder hvilke henvisningsgrunner som blir hyppigst brukt ved henvisning til psykisk helsevern. Mens behandlingsratene for gutter var størst for atferdsvansker i 1998 og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i 2006, var ratene for jenter høyest for tristhet/depresjon/sorg begge år. Den relative veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2006 var imidlertid for begge kjønn sterkest for hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker.
- Veksten i psykisk helsevern har gitt større rom for behandlingstilbud til pasientgrupper med lavere prioritert. Det har i perioden vært en svakere vekst i behandlingsraten for barn som blir prioritert først ved inntak (alvorlig depresjon, suicidalproblematikk, mistanke om psykose, alvorlige spiseforstyrrelser), enn barn henvist for andre årsaker.

- Til tross for at det er relativt stor variasjon i dekningsgrad mellom helseregionene både i 1998 og 2006, har variasjonen blitt noe mindre i perioden. Rangeringen mellom regionene er den samme i 1998 og 2006, helseregion Nord behandler flest pasienter per innbygger og helseregion Vest færrest. Gutter har høyeste behandlingsrate (2006) og størst vekst i perioden i samtlige helseregioner. For begge år og for alle regioner er behandlingsraten og veksten størst for ungdomsgruppen (13 - 18 år). Barn i alderen 0-6 år har tilsvarende laveste rate og vekst i samtlige regioner både i 1998 og 2006.
- Henvisningsmønstrer er relativt likt i de fem helseregionene. I perioden 1998 til 2006 har den vanligste henvisningsgrunnen fra førstelinja til psykisk helsevern gått fra å være atferdsvansker til hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i fire av fem helseregioner. Behandlingsratene for barn henvist for hyperaktivitet / konsentrasjonsvansker øker mest i perioden i alle regioner. Det er imidlertid klare forskjeller mellom regionene begge år i behandlingsrater for de ulike problemområdene.

Oppsummert har veksten i psykisk helsevern for barn og unge i løpet av Opptappingsperiodens åtte første år spesielt kommet gutter og ungdom til gode. Pasientgrupper som i utgangspunktet hadde høye behandlingsrater ved Opptappingsplanens start har dermed styrket sin stilling ytterligere i løpet av planperioden. I tillegg ser vi at veksten har gitt større rom for behandlingstilbud til pasientgrupper med lavere prioritet. Barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker har hatt sterkest vekst i behandlingsraten i perioden, noe som gjelder begge kjønn og samtlige alderskategorier. Økning i denne henvisningskategorien kan være knyttet til økt oppmerksomhet og fokus i forhold til pasienter med ADHD i perioden..

2 Ressursinnsats og ressursfordeling: Har vi fått en desentralisering av døgnplasser og personell i tjenestene for voksne?

Per Bernhard Pedersen

2.1 Innledning

I følge Opptappingsplanen skulle det framtidige tjenestetilbudet for voksne bygge på tre pilarer:

- Spesialiserte sykehusavdelinger
- Distriktpsikiatriske sentra med poliklinikker, døgn- og dagavdelinger, som skulle ivareta alle/de fleste allmennsikiatriske oppgaver
- Privatpraktiserende psykologer og sikiatere med driftsavtale

De distriktpsikiatriske sentrene skulle være

"...en faglig selvstendig enhet som har ansvaret for en vesentlig del av de allmennsikiatriske tjenestene innen et geografisk område. Senteret bør bestå av poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling under en felles faglig ledelse." (Sosial- og helsedepartementet Rundskriv I-24/99)

Det ble i planen lagt opp til en betydelig desentralisering av tjenestene for voksne. I følge planen skulle nivået på driftskostnadene til det psykiske helsevernet for voksne i løpet av perioden øke med 1,463 milliarder 1998-kroner. Av dette skulle 550 millioner gå til styrking av døgnkapasiteten ved DPS-ene. I tillegg kom 450 millioner frigjort ved omgjøring/nedlegging av døgnplasser ved sykehjemmene. Ytterligere 268 millioner skulle settes av til flere dagopphold ved DPS-ene, 268 millioner skulle gå til å øke den polikliniske kapasiteten, mens 105 millioner skulle gå til flere privatpraktiserende sikiatere og psykologer. Økningen i driftskostnadene ved sykehusene var avgrenset til 216 millioner, knyttet til plasser for personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Til tiltak for spesielle grupper var det satt av 56 millioner. Om vi holder de privatpraktiserende og tiltakene for spesielle grupper utenfor, skulle med andre ord 63 prosent av økningen gå til avdelingene ved DPS-ene, 17 prosent til sykehusavdelingene og 21 prosent til poliklinisk virksomhet.

Den samlede personellinnsatsen skulle i følge planen øke med 2300 årsverk i løpet av opptappingsperioden. 72 prosent av tilveksten skulle være blant universitets- og høyskoleutdannede.

Vi ønsker i dette kapitlet å undersøke

- I hvilken grad vi har fått en desentralisering av ressursene i tjenesten, i tråd med Opptappingsplanens målsettinger, og
- I hvilken grad dette representerer en endring i forhold til utviklingen i den foregående perioden.

Dette vil bli undersøkt med utgangspunkt i indikatorer for personellinnsats innsamlet av Statistisk sentralbyrå. Vi vil i tillegg gi en oversikt over utviklingen i tallet på døgnplasser.

Lønn og sosiale kostnader står for rundt 80 prosent av driftskostnadene innen sektoren. Personelloppgavene kan dermed langt på vei også brukes som en indikator for ressursinnsats og –fordeling generelt. Personelloppgavene er fordelt etter driftsform (poliklinisk og ambulant virksomhet kontra døgn- og dagavdelinger) og institusjonstype. Datagrunnlaget omfatter perioden 1991-2006, det vil si den perioden som har vært dekket av SAMDATA-prosjektet. Opptreppingsplanen trådte i kraft fra 01.01.1999. Vi benytter derfor 1998 som basisår for å studere utviklingen i opptreppingsperioden (1999-2006). Perioden 1991-98 brukes som kontrollgruppe for å få undersøkt om utviklingstendensene har vært en annen i opptreppingsperioden enn i de foregående årene. Fra 01.01.2002 ble ansvaret for det psykiske helsevernet overført fra fylkeskommunene til staten. I enkelte figurer har vi derfor i tillegg til tall for årene 1991, 1998 og 2006 tatt med tall for 2001 for at det skal være mulig å undersøke utviklingen under statlig eierskap.

DPS-ene skal være faglig selvstendige enheter, og foruten personellinnsats totalt, vil vi derfor også kartlegge omfanget av lege- og psykologårsverk og omfanget av høyskoleutdannet personell.

I neste avsnitt gis en beskrivelse av datagrunnlaget. I avsnitt 2.3 beskrives utviklingen i tallet på døgnplasser. Avsnitt 2.4 gir en beskrivelse av utviklingen i personelltallet totalt. Dette blir i neste omgang sammenholdt med de måltall for ressursfordeling som var nedfelt i opptreppingsplanen (avsnitt 2.5). I avsnitt 2.6 undersøkes personellinnsatsen knyttet til leger, psykologer og personell med høyskoleutdanning. Resultatene blir oppsummert i avsnitt 2.7. I et vedlegg bakerst i kapitlet presenteres mer detaljerte tabeller over utviklingen i perioden.

2.2 Datagrunnlag og metode

Dette kapitlet bygger på de samleoppgaver over personellinnsats og døgnplasser institusjonene årlig sender Statistisk sentralbyrå. Disse blir kvalitetskontrollert i samarbeid med SINTEF Helse. Oppgavene viser personellinnsats ved utgangen av året, fordelt etter profesjon/utdanningsgruppe. Personellinnsatsen måles som sum heltidsansatte pluss sum deltidsansatte omregnet til heltidsansatte etter stillingsbrøk.

Som indikator på årsverksinnsatsen benytter vi altså punkttellinger ved utgangen av året, og ikke den faktiske personellinnsatsen i løpet av året. Dette kan ha betydning for produktivetsberegninger mv. i de tilfeller personellinnsatsen har endret seg i løpet av året. Det er imidlertid av underordnet betydning når problemstillingen er å kartlegge utviklingstendenser for personell-/ressursinnsats over tid.

Opgavene blir kontrollert mot personelloppgavene for foregående år, og påfallende endringer blir undersøkt. I enkelte tilfeller medfører dette endringer også i oppgavene for tidligere år. Oppgavene blir også benyttet bl.a. i produktivetsberegninger i SAMDATA-rapportene. Også dette kan avdekke feil i personelloppgavene, der disse viser påfallende høy/lav produktivitet.

Opgavene bygger i noen grad på skjønn. Dette gjelder særlig fordeling av fellespersonell (teknisk og merkantil personell), mellom somatikk, psykisk helse for voksne, psykisk helse for barn og unge, rus osv, og mellom poliklinisk og ambulant virksomhet og døgn- og dagvirksomhet. Særlig i forbindelse med eierskapsreformen (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)) har det blitt foretatt endringer i organisering og regnskapsføring som kan ha påvirket fordelingen av fellespersonell mellom sektorene.

For et sykehus ble det for statistikkåret 2006 avdekket at 240 årsverk knyttet til fellesfunksjoner ikke var blitt belastet/rapportert for tidligere år. Dette har sannsynligvis

pågått siden midt på 1990-tallet (før Opptappingsplanen trådte i kraft). For å få sammenlignbare tall over tid er disse årsverkene også trukket ut for 2006¹.

Opgavene over døgnplasser bygger på punktregistrering av plasser i drift ved utgangen av året. Ved store endringer i plassstall blir institusjonene kontaktet for å avklare mulige feil i oppgavene. Dette kan også føre til endringer i oppgavene for tidligere år.

Også klassifiseringen av institusjoner bygger i noen grad på kjønn. Spesielt gjelder dette overgangen fra sykehjem til DPS. Utgangspunktet her er at DPS (tidligere bo- og behandlingssentra), skulle ha døgn-, dag- og poliklinisk tilbud, og et definert opptaksområde. Omklassifiseringene var muligens mer liberale i perioden før Opptappingsplanen trådte i kraft. For å få sammenlignbare tall over tid, har en spesialinstitusjon for alderspsykiatri, som tidligere var klassifisert som sykehjem og "annen institusjon" blitt omklassifisert til sykehus for hele perioden.

Vi benytter i dette kapitlet tre institusjonskategorier: Sykehus, DPS og sykehjem/andre institusjoner. I DPS-ene har vi også tatt med frittstående poliklinikker. Sykehjem/andre institusjoner omfatter foruten sykehjemmene et fåtall ettervernshjem, alderspsykiatriske institusjoner mv.

Utbyggingen av DPS skulle delvis finansieres gjennom konvertering av ressurser fra sykehjemmene. Vi opererer derfor også med kategorien "utenfor sykehus". Denne omfatter DPS og sykehjem/andre institusjoner.

Datagrunnlaget for dette kapitlet er på nasjonalt nivå, og omfatter alle aktuelle enheter. Antall observasjoner (år) er begrenset til 16. Beskrivelsen vil derfor være deskriptiv, og resultatene vil ikke bli signifikanstestet.

2.3 Utviklingen i døgnplasskapasiteten

Tallet på døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne nådde sitt maksimum i 1973, med totalt 13763 plasser. Fram til 1998 var plassstallet mer enn halvert, til 5980 plasser (Pedersen 1999).

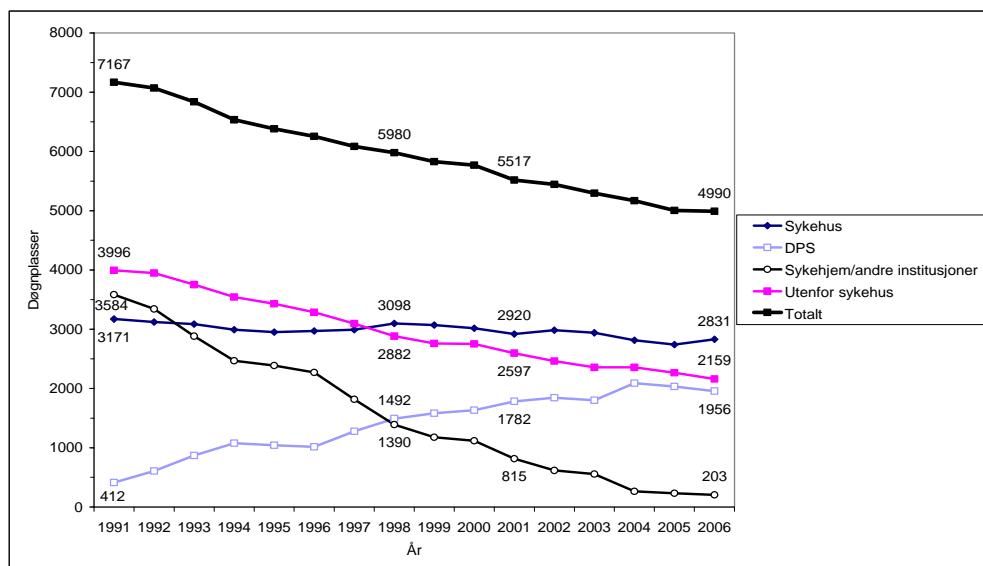
På dette punktet la regjeringen i Opptappingsplanen opp til ett brudd i den utviklingen som hadde funnet sted. Ved sykehusene skulle det etableres 160 nye døgnplasser for personer dømt til psykisk helsevern. Plassstallet ved sykehusene skulle for øvrig holdes på samme nivå som i 1996. Dette tilsvarer totalt 3100 døgnplasser ved sykehusene ved utgangen av opptappingsperioden. De distriktpspsykiatriske sentrene skulle bygges ut til totalt 2040 plasser, delvis ved konvertering av eksisterende sykehjemsplasser. Det ble i planen likevel presisert at

"- antall plasser i psykiatriske sykehjem reduseres, men i et lavere tempo enn tilveksten av fylkeskommunale døgnplasser for aktiv behandling slik at det gjennom planperioden også totalt sett vil være en netto økning av antall døgnplasser (summen av antall plasser for aktiv behandling og antall sykehjemsplasser)." (St. prp. nr. 63 (1997-98), s. 15)

Dette innebærer minimum 3300 døgnplasser utenfor sykehusene ved utgangen av opptappingsperioden. I sum skulle det altså være cirka 6400 døgnplasser ved institusjonene ved utgangen av perioden.

Figur 2.1 viser utviklingen i plassstall over perioden 1991-2006, fordelt etter institusjonstype. Tabell 2.1 i vedlegget bakerst i kapitlet viser tallene som ligger til grunn for figuren. Tabell 2.2 viser gjennomsnittlig årlig endring før og etter 1998, og for perioden 1991-2006 samlet.

¹ Som en konsekvens av dette er sannsynligvis økningen i personellinnsats ved sykehusene fram til 1996/97 også noe underestimert- årsverkene "forsvant" sannsynligvis i forbindelse med en omorganisering midt på 1990-tallet.



Kilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.1 Døgnplasser etter institusjonstype og totalt. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

Det samlede tallet på døgnplasser har blitt kontinuerlig redusert gjennom hele perioden, både i perioden før opptrappingsperioden (1991-1998) og i opptrappingsperioden (1998-2006). Den årlige nedgangen har vært noe lavere (om enn ubetydelig) i opptrappingsperioden med en årlig nedgang på 124 plasser/2,2 prosent, mot 170 plasser/2,6 prosent i perioden 1991-98. Ved utgangen av 2006 var det i alt 4990 døgnplasser mot måltallet på 6400 i Opptrappingsplanen.

Ved sykehusene har plasstallet bare gått svakt ned, med en årlig reduksjon på 33 plasser/1,1 prosent i opptrappingsperioden. Plassetallet ved sykehusene var i 2006 knapt 300 plasser (eller 10 prosent) lavere enn måltallet på 3100 for perioden, og om lag 270 plasser under plassetallet i 1998.

Nedgangen i plassetallet har altså i all hovedsak kommet utenfor sykehusene. Tallet på døgnplasser har her totalt blitt redusert med 723 plasser eller 90 plasser/3,5 prosent per år. Nedgangen er noe lavere enn i perioden 1991-98, da den gjennomsnittlige nedgangen var på 159 plasser/4,6 prosent per år. Plassetallet utenfor sykehus lå ved utgangen av 2006 om lag 1140 plasser, eller 35 prosent lavere enn måltallet på 3300 plasser for opptrappingsperioden.

Ved DPS-ene var det ved utgangen av 2006 1956 døgnplasser, mot Opptrappingsplanens måltall på 2040, om lag 90 plasser færre enn måltallet, og 464 flere enn i 1998. To DPS-avdelinger med ca 20 plasser er i tillegg overført til annen sektor i forbindelse med rusreformen. En har dermed langt på vei nådd målet for plasser ved DPS-ene. Etableringen av DPS-plasser skjedde raskere i perioden forut for Opptrappingsplanen, med drøyt 150 plasser/20 prosent per år, mot knapt 60 plasser/3,4 prosent per år i Opptrappingsperioden.

Nedgangen i det samlede plassetallet kan dermed langt på vei tilskrives en langt kraftigere nedbygging av sykehjem/andre institusjoner enn forutsatt i Opptrappingsplanen. Sykehjemmene var ved utgangen av 2006 på det nærmeste avviklet. Plassetallet var totalt 200 plasser ved sykehjem og andre institusjoner, 1200 færre enn i 1998, og 1060 færre enn måltallet på 1260 plasser ved utgangen av opptrappingsperioden. Med en gjennomsnittlig årlig nedgang på 148 plasser per år har nedgangen likevel vært mindre i opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98 (313 plasser i gjennomsnitt per år).

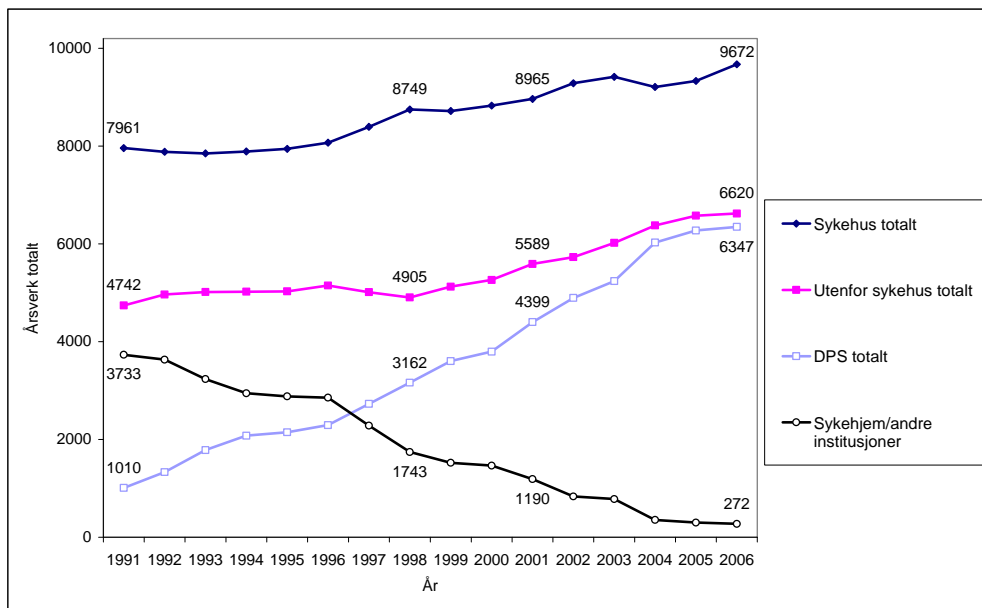
I hvilken grad vi har fått en desentralisering av døgnplassene avhenger dermed av perspektivet. Ser vi på plassene ved DPS-ene isolert har disse økt sin andel av plasstallet fra 25 til 39 prosent, og vi har slik sett både absolutt og relativt fått en desentralisering av plassene. Sykehjemmene betjente imidlertid også i varierende grad befolkningen i det området de var plassert. Hvis vi ser desentralisering ut fra forholdet mellom sykehus og mindre institusjoner blir konklusjonen dermed den motsatte: sykehusene har økt sin andel av plasstallet fra 52 til 57 prosent, og 73 prosent av nedgangen i plasstallet har kommet utenfor sykehusene. Det har i perioden vært en betydelig utbygging av bo- og omsorgstilbud i kommunene, og mange av de tidligere sykehjemspasientene har fått et tilbud her. Om også dette inkluderes kan resultatet likevel være at vi ha fått en desentralisering av tilbudet, på tross av at tallet på sykehjemsplasser har gått kraftigere ned enn økningen i plasstallet ved DPS-ene.

2.4 Utviklingen i samlet personellinnsats

I følge Opptappingsplanen skulle personellinnsatsen i det psykiske helsevernet for voksne øke med 2300 årsverk i løpet av opptappingsperioden. Tabell 2.3, 2.4 og 2.5 i tabellvedlegget bakerst i kapitlet viser årlig personellinnsats totalt, årlig endring i denne, og prosentvis fordeling mellom institusjonstyper og driftsformer. Tabell 2.6 viser gjennomsnittlig årlig endring for perioden 1991-98 og 1998-2006.

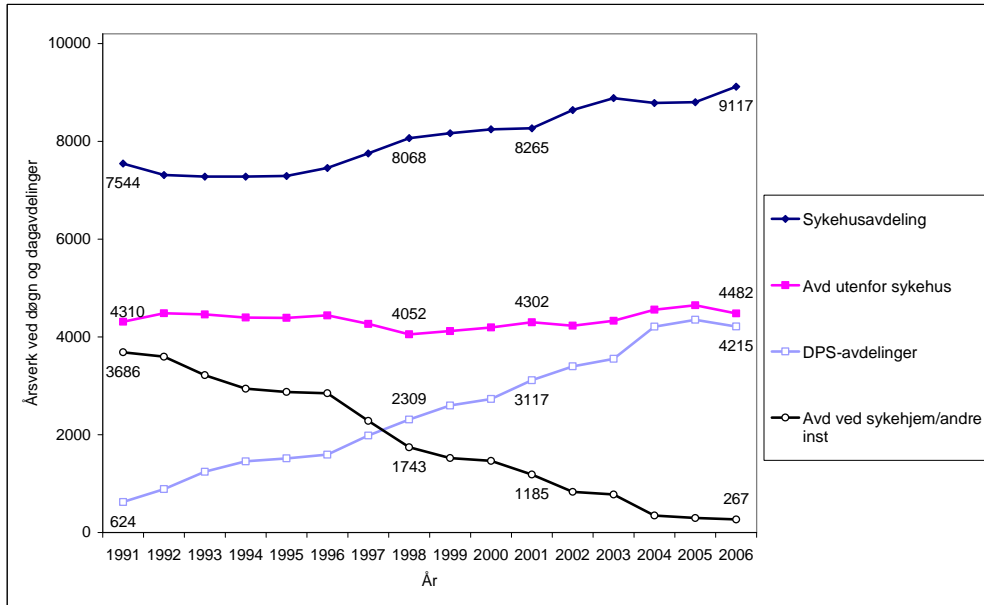
Utviklingen er illustrert i figur 2.2-2.4. Figur 2.2 viser utviklingen i samlet personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Figur 2.3 viser den tilsvarende utviklingen for personell knyttet opp mot døgn- og dagavdelinger. Ettersom utbyggingen av DPS delvis skulle finansieres gjennom nedleggelse og/eller konvertering av sykehjem til DPS-avdelinger, har vi i tillegg lagt inn egne linjer for sum institusjoner utenfor sykehus (DPS pluss sykehjem/andre institusjoner).

Utviklingen ved poliklinikkene er vist i figur 2.4. Omfanget av poliklinisk virksomhet ved sykehjem/andre institusjoner har vært ubetydelig, og er derfor utelatt fra figuren.



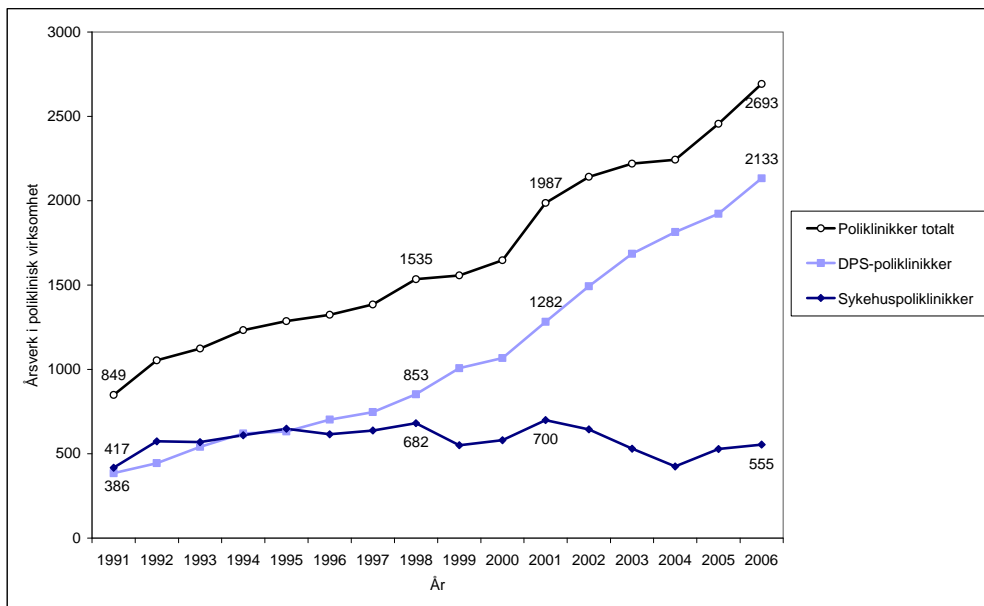
Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.2 Årsverksinnsats totalt etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. 1991-2006



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.3 Årsverksinnsats ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. 1991-2006



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.4 Årsverksinnsats ved poliklinikkene, totalt og etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

De viktigste tendensene som kan avleses er:

- Det har samlet sett vært en betydelig kraftigere årlig vekst i personellinnsatsen under opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98, med en årlig tilvekst på i gjennomsnitt 330 årsverk/2,2 prosent, mot 136 årsverk/1,0 prosent i den foregående perioden. Samlet sett har personellinnsatsen økt med 2638 årsverk i løpet av opptrappingsperioden, eller drøyt 300 flere årsverk enn Opptrappingsplanens måltall på 2300 for hele opptrappingsperioden.
- Det har gjennom hele perioden vært en nedgang i personellinnsatsen ved sykehjem/andre institusjoner, og sykehjemmene er nå på det nærmeste avviklet. I absolutte tall var nedgangen kraftigere i perioden 1991-98 (284 årsverk per år) enn i opptrappingsperioden (1998-2006), da reduksjonen var 184 årsverk per år. Pga redusert prosentueringsbasis er den prosentvise nedgangen likevel kraftigst i opptrappingsperioden.
- Det har både i perioden 1991-98 og 1998-2006 vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved DPS-ene. Den samlede veksten har vært kraftigere i opptrappingsperioden (398 årsverk per år) enn i perioden 1991-98 (307 årsverk per år). Prosentvis var imidlertid veksten sterkest i den første perioden (pga endret prosentueringsbasis).
- Bemanningen ved sykehusene har økt, både i perioden 1991-98 og i opptrappingsperioden. I opptrappingsperioden har økningen særlig kommet ved døgn-/dagavdelingene². Samlet har sykehusenes døgn- og dagavdelinger hatt en årlig tilvekst på 131 årsverk/1,5 prosent per år i opptrappingsperioden, mot 75 årsverk/1,0 prosent for perioden 1991-1998.
- Det har gjennom hele perioden vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved poliklinikkene. Veksten har i all hovedsak kommet ved DPS-ene. Tilveksten har vært kraftigere i opptrappingsperioden (145 årsverk per år) enn i perioden 1991-98 (98 årsverk per år), selv om den prosentvise tilveksten har blitt svakt redusert
- For perioden 1991-2006 har økningen i personellinnsats utenfor sykehus i sin helhet gått til poliklinikkene. Døgn- og dagavdelinger utenfor sykehus hadde en svak reduksjon i årsverksinnsatsen i perioden 1991-98, og en svak økning i opptrappingsperioden. Utbyggingen av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene er dermed i det alt vesentlige finansiert gjennom nedlegging av sykehjem/andre institusjoner.

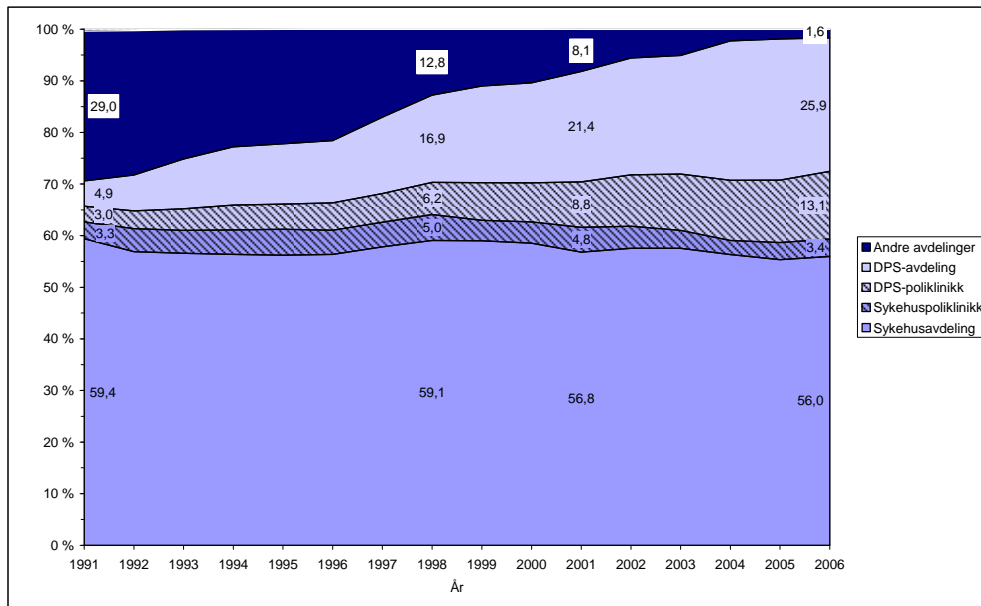
Utviklingen i opptrappingsperioden representerer samlet sett ikke noe brudd med den foregående perioden, snarere en forsterkning av de utviklingstendenser vi fant i retning:

- Sterk årlig vekst i personellinnsatsen ved DPS-ene, men sterkere under opptrappingsperioden enn i perioden forut
- Sterk årlig vekst i personellinnsatsen ved poliklinikkene, men sterkere under opptrappingsperioden enn i perioden forut.
- Utbyggingen av døgnavdelinger ved DPS-ene har både før og under opptrappingsperioden i all hovedsak vært finansiert gjennom avvikling av sykehjem.
- Sykehusavdelingene har hatt en betydelig sterkere økning i personellinnsatsen i opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98.

Vi har hittil konsentrert oss om tilveksten for de enkelte institusjonstyper og driftsformer. Vi vil nå undersøke de fordelingsmessige konsekvensene, i hvilken grad vi har fått en desentralisering av tjenesten. Dette er illustrert i figur 2.5 som viser den prosentvise

² Nedgangen i personellinnsats ved sykehusene fra 2003 til 2004 og 2005 skyldes en omklassifisering av avdelinger fra sykehus til DPS ved Universitetssjukehuset i Stavanger. Fra 2006 er disse igjen klassifisert som sykehusavdelinger.

fordelingen av personellinnsatsen mellom institusjonstyper og tjenester. Poliklinisk virksomhet ved sykehjem/andre institusjoner har gjennom hele perioden vært ubetydelig (synkende fra 0,4 prosent til 0,0 prosent), og er derfor utelatt fra figuren.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.5 Prosentvis fordeling av personell etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

DPS-ene har økt sin andel av personellet fra 8,0 prosent i 1991 til 23,2 prosent i 1998 og 39,0 prosent i 2006. Andelen personell utenfor sykehus sank fra 37,3 prosent i 1991 til 35,9 prosent i 1998, men har senere økt igjen til 40,6 prosent i 2006. Økningen har i all hovedsak kommet ved poliklinikkene. Andel personell ved avdelinger utenfor sykehus gikk ned fra 33,9 prosent i 1991 til 29,7 prosent i 1998 og 27,5 prosent i 2006. Sykehusavdelingene har tilsvarende redusert sin andel av personellet fra 59,4 prosent i 1991 til 59,1 prosent i 1998 og 56,0 prosent i 2006. Poliklinikkene har økt sin andel av personellet fra 6,7 prosent i 1991 til 11,2 prosent i 1998 og 16,5 prosent i 2006. Økningen har (særlig i opptrappingsperioden) kommet ved DPS-ene.

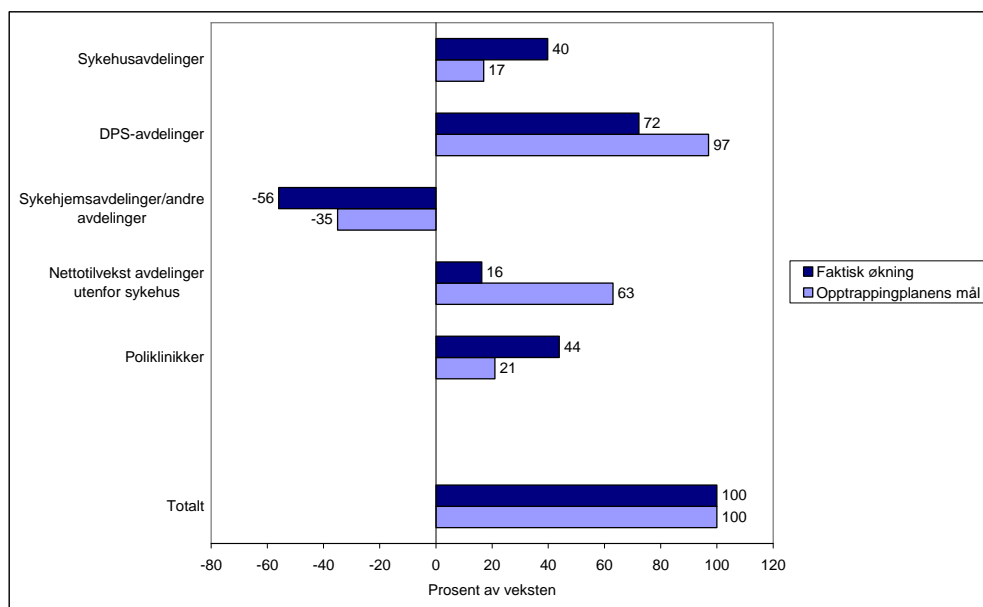
Om vi ser på tallene for DPS-ene isolert, har det altså vært en kraftig desentralisering av personellressursene. DPS-enes andel har samlet sett økt kraftig både i forkant av opptrappingsperioden, og under selve opptrappingsperioden. Imidlertid betjente også sykehjemmene i varierende grad lokalområdet. Avdelingene ved sykehjemmene har hatt en kraftigere nedgang i andelen av personellet enn økningen ved DPS-avdelingene. Ser vi på forholdet mellom sykehus kontra øvrige institusjoner, finner vi derfor en langt svakere tendens til desentralisering i opptrappingsperioden, og økt andel personell utenfor sykehus kan i sin helhet føres tilbake til utbyggingen/utflyttingen av poliklinikkene.

2.5 Er fordelingen av personelltilveksten i samsvar med målene for opptrappingsplanen?

Selv om vi har hatt en vesentlig styrking av DPS og poliklinikk i løpet av Opptrappingsperioden, avviker likevel utviklingen på enkelte punkter fra de målene som ble skissert i Opptrappingsplanen (se innledningen til kapitlet).

Om lag 80 prosent av driftskostnadene i sektoren går til lønn og sosiale kostnader. Det er dermed mulig å sammenligne fordelingen av de foreslåtte økningen i driftskostnader i følge Opptrappingsplanen med den faktiske fordelingen av tilveksten i ressurser, målt i årsverk. Resultatet er vist i figur 2.6.

I følge Opptrappingsplanen skulle de samlede driftskostnadene øke med 1,463 milliarder 1998-kroner. Av dette skulle 105 millioner gå til privatpraktiserende spesialister, mens 56 millioner skulle gå til tiltak for spesielle grupper. Holder vi disse gruppene utenfor, skulle driftskostnadene altså øke med 1,302 milliarder. Av dette skulle 216 millioner (17 prosent) gå til sykehusavdelingene, knyttet til plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern, 268 millioner (21 prosent) skulle gå til å styrke den polikliniske virksomheten, mens 550 millioner (42 prosent) skulle gå til døgnavdelinger ved DPS-ene. Ytterligere 268 millioner (21 prosent) skulle gå til dagplasser ved DPS-ene. Avdelingene ved DPS-ene skulle i tillegg bli tilført 450 millioner frigjort ved omgjøring/nedlegging av plasser ved sykehjemmene. Døgn- og dagavdelingene ved DPS-ene skulle altså tilføres midler brutto tilsvarende 97 prosent av økningen, og netto (når midler fra sykehjem trekkes fra) 63 prosent.



Figur 2.6 Faktisk økning i personellinnsats (prosent av økningen) sammenholdt med Opptappingsplanens prosentvise fordeling av økte driftskostnader.

Om vi ser på den faktiske økningen i perioden, får vi en helt annen fordeling enn den forutsatte: Sykehusavdelingene har blitt tilført 40 prosent av personelløkningen mot 17 prosent av driftskostnadene i følge planen. Poliklinikkene har blitt tilført 44 prosent av personellressursene mot de 21 prosent av driftskostnadene i følge i planen. DPS-avdelingene har brutto økt personellinnsatsen tilsvarende 72 prosent av økningen, men økningen har i hovedsak blitt finansiert gjennom en kraftigere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt.

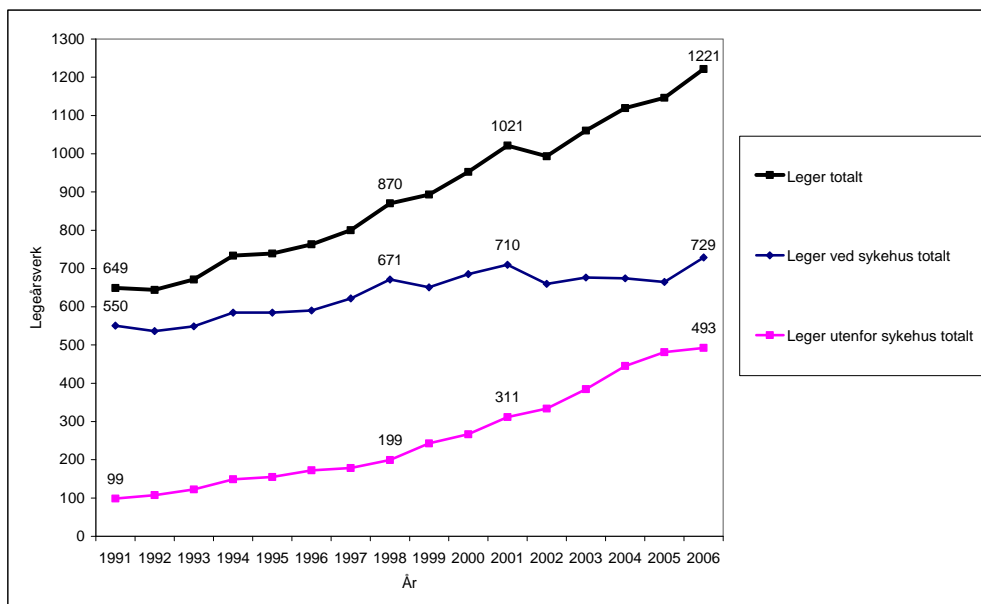
Netttilveksten ved avdelinger utenfor sykehuset blir dermed 16 prosent, mot 63 prosent i følge planen.

2.6 Personelløkning i behandlergruppene

I følge Opptappingsplanen skulle universitets- og høyskoleutdannet personell utgjøre 72 prosent av veksten i personellinnsatsen. Dette omfatter leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, barneverns-pedagoger og ergoterapeuter). Økt innslag av disse faggruppene vil vel også være en forutsetning for at DPS-ene skal kunne fungere som aktive behandlingsinstitusjoner. Vi har derfor undersøkt økningen for disse gruppene og hvordan tilveksten har fordelt seg på ulike institusjonstyper og driftsformer.

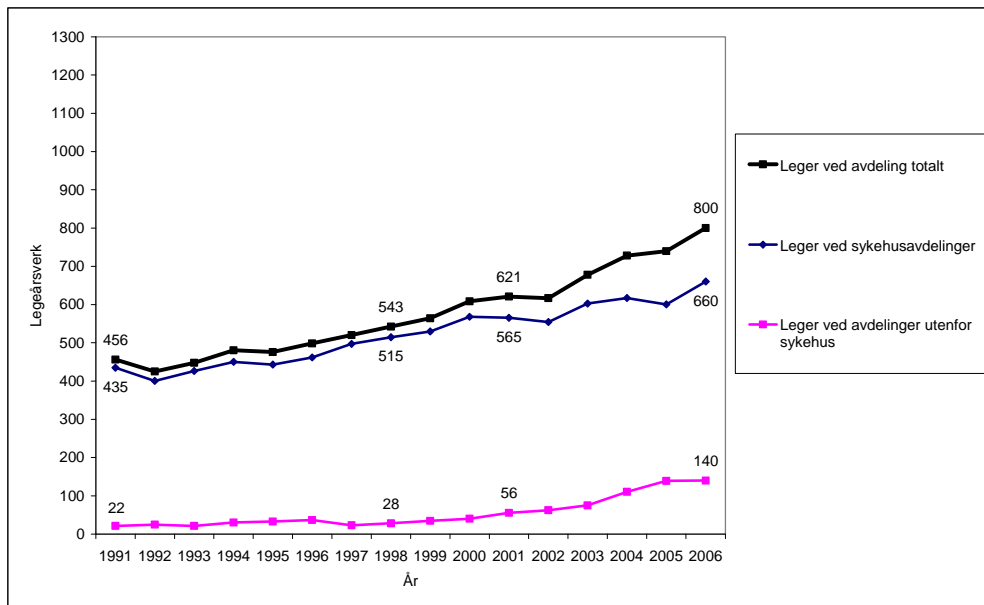
2.6.1 Legeårsverk

Vi vil først se på legegruppen. Utviklingen er vist i figur 2.7-2.9 for hhv. leger totalt, leger ved døgn- og dagavdelinger og leger ved poliklinikkene. I alle tilfelle fordelte på sykehus kontra øvrige institusjoner. Innslaget av leger ved sykehjem/andre institusjoner er ubetydelig. Tallene for leger utenfor sykehus er derfor tilnærmet identisk med tallet på leger ved DPS. Tallene som ligger til grunn for figurene finnes i tabell 2.7 i tabellvedlegget bakerst i kapitlet. Tabell 2.8 viser gjennomsnittlig årlig økning for perioden 1991-98, 1998-2006 og 1991-2006.



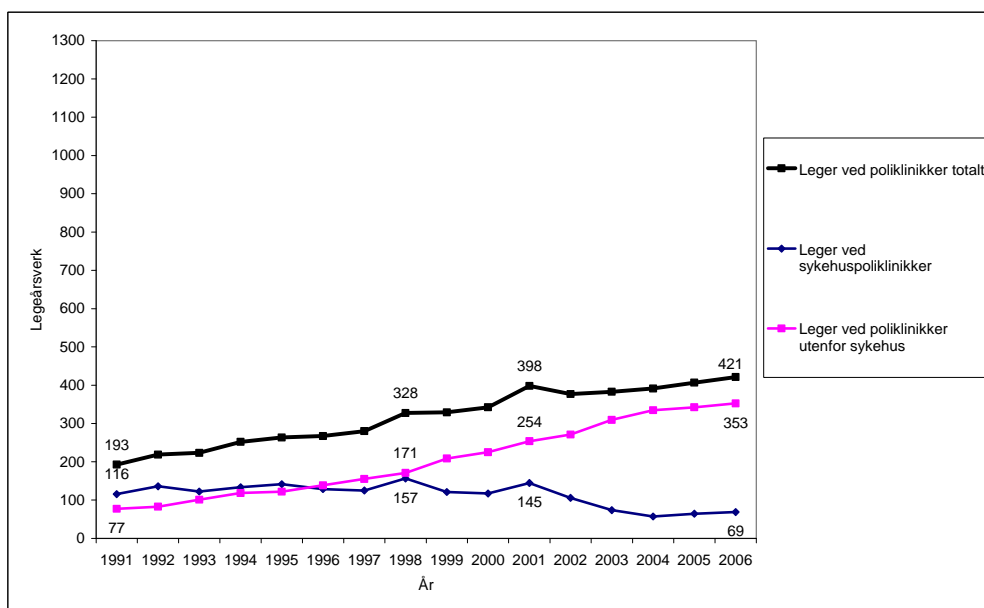
Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.7 Legeårsverk totalt etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.8 Legeårsværk ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.9 Legeårsværk ved poliklinikker etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

Det samlede antall legeårsverk i det psykiske helsevernet for voksne har økt fra 649 i 1991 til 870 i 1998 og 1221 i 2006. Dette tilsvarer en årlig tilvekst på 32 årsverk per år i perioden 1991-98, og en årlig tilvekst på 44 årsverk per år i opptrappingsperioden. For opptrappingsperioden er den samlede veksten 351 årsverk. Veksten er altså noe sterkere i Opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98.

Av den samlede tilveksten på 32 årsverk per år i perioden 1991-98 gikk 11 årsverk per år, eller 36 prosent av tilveksten, til sykehusavdelingene. Tilveksten for denne driftsformen har økt til 18 årsverk, eller 41 prosent av tilveksten i opptrappingsperioden. Tilveksten ved avdelinger utenfor sykehus var ubetydelig (1 årsverk per år, svarende til 3 prosent av totalen) i perioden 1991-98. Denne har i Opptrappingsperioden økt til 14 årsverk per år, eller 32 prosent av totalen. Poliklinikkene hadde i perioden 1991-98 en samlet en tilvekst på 19 legeårsverk per år (61 prosent av totalen). Denne har sunket til 12 årsverk per år (27 prosent av tilveksten) i opptrappingsperioden.

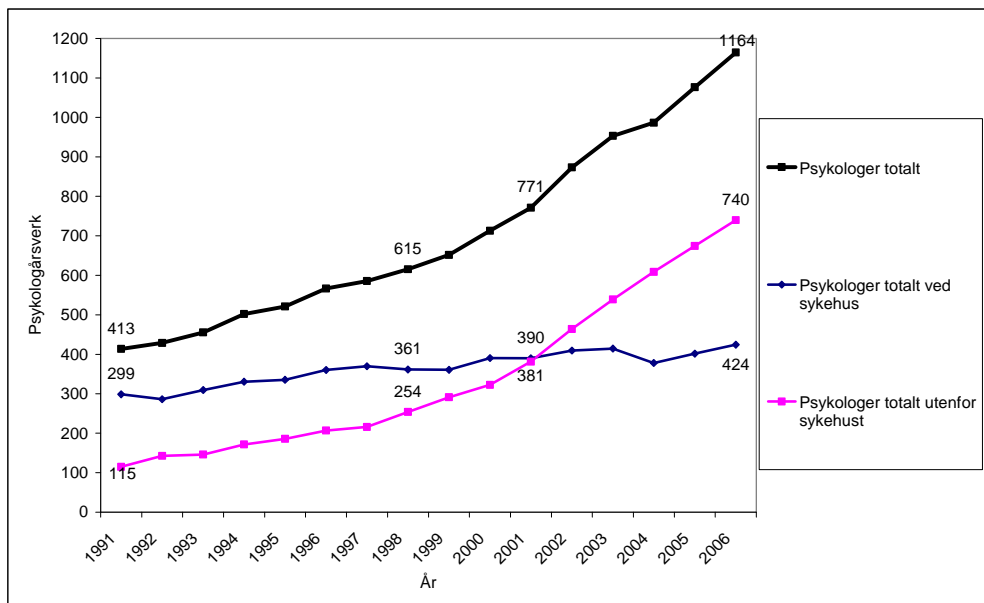
Økningen i talet på legeårsverk har med andre ord vært noe kraftigere i opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98, og har i større grad gått til avdelinger utenfor sykehus, på bekostning av poliklinikkene. Sykehusene har opprettholdt sin andel av økningen. Den polikliniske virksomheten har i tillegg blitt flyttet ut fra sykehusene.

Som nevnt innledningsvis knytter det seg i noen grad skjønn til fordelingen av årsverk mellom poliklinikk og avdeling. Stikkprøver har antydnet at personell registrert på poliklinikkene også i noen grad server avdelingene, uten at årsverkene blir fordelt. Tilgangen på legeårsverk ved døgnavdelingene kan derfor være underestimert. En kan likevel stille spørsmålsteget om tallet på legeårsverk ved DPS-avdelingene er tilstrekkelig til å ivareta de funksjonene som er lagt til disse døgnavdelingene.

Ved DPS-avdelingene var det i 2006 138 legeårsverk svarende til 0,07 årsverk per døgnplass. Ved sykehusene var det til sammenligning 0,23 legeårsverk. Noe av forskjellen gjenspeiler generelt høyere bemanningstall ved sykehusene (legene utgjorde her 7 prosent av årsverkene, mot 3 prosent ved DPS-ene). Som vi skal se har sykehusene også gjennomgående noe høyere beleggspersent. Legebemanningen ved DPS-avdelingene bør likevel være et av de spørsmål som tas opp til vurdering når den videre utviklingen skal planlegges.

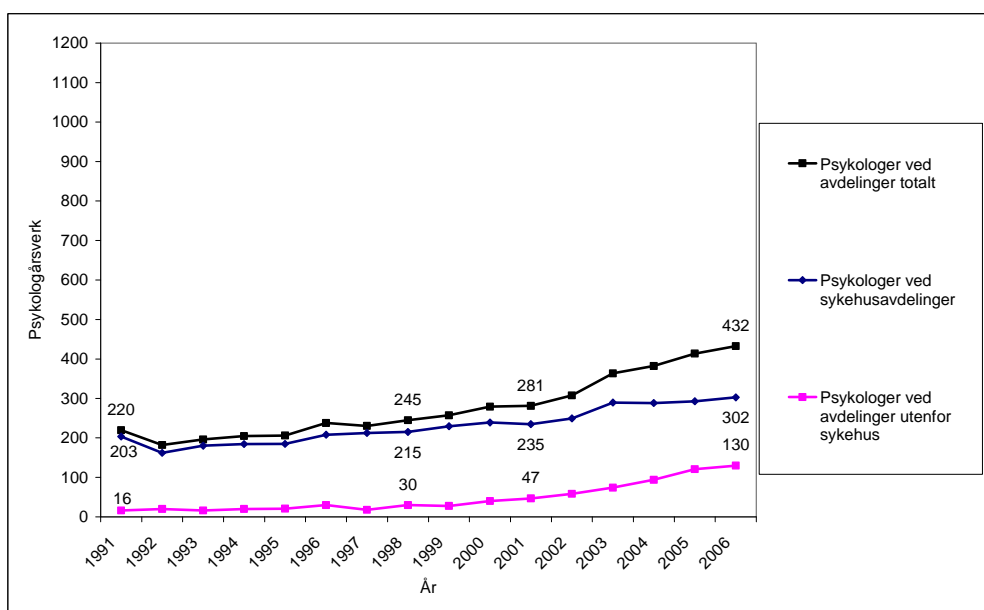
2.6.2 Psykologårsverk

Tabell 2.9 bakerst i kapitlet gir en oversikt over fordelingen av psykologårsverkene mellom ulike institusjonstyper og driftsformer over perioden 1991-2006. Utviklingen er fremstilt grafisk i figur 2.10-2.12, som viser årsverk totalt, ved døgn- og dagavdelinger og ved poliklinikker for psykologer hhv. ved sykehus, utenfor sykehus og for institusjonene samlet. Bare et fåtall psykologer har vært ansatt ved sykehjem/andre institusjoner. Tall for psykologer utenfor sykehus er dermed tilnærmet identisk med tallene for DPS, og disse er derfor utelatt fra figuren. Tabell 2.10 i tabellvedlegget viser gjennomsnittlig årlig tilvekst, og den prosentvise fordelingen av tilveksten for perioden 1991-98 og perioden 1998-2006.



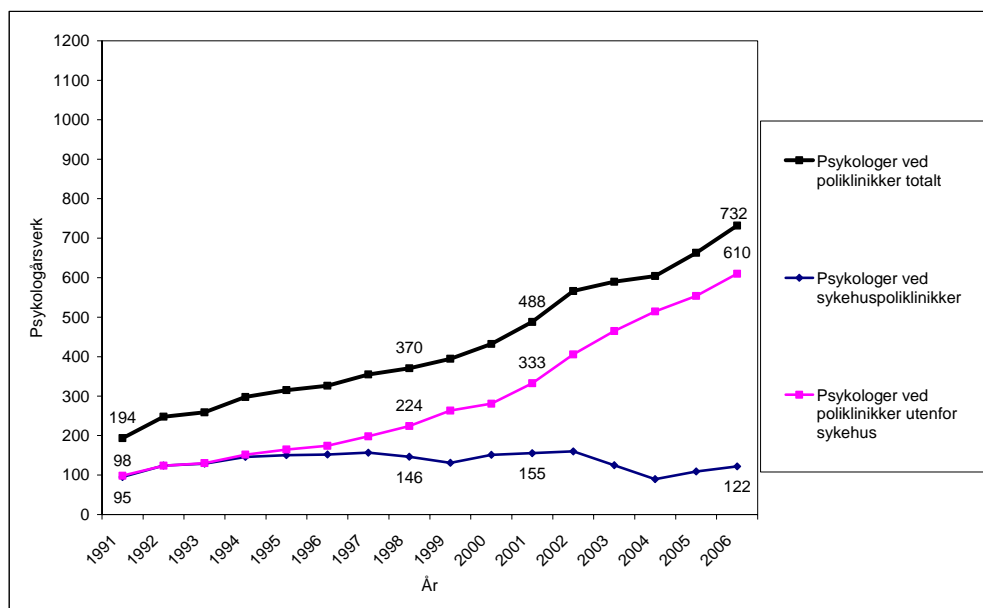
Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.10 Psykologårsverk totalt innenfor og utenfor sykehus. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.11 Psykologårsverk ved døg- og dagavdelinger innenfor og utenfor sykehus. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

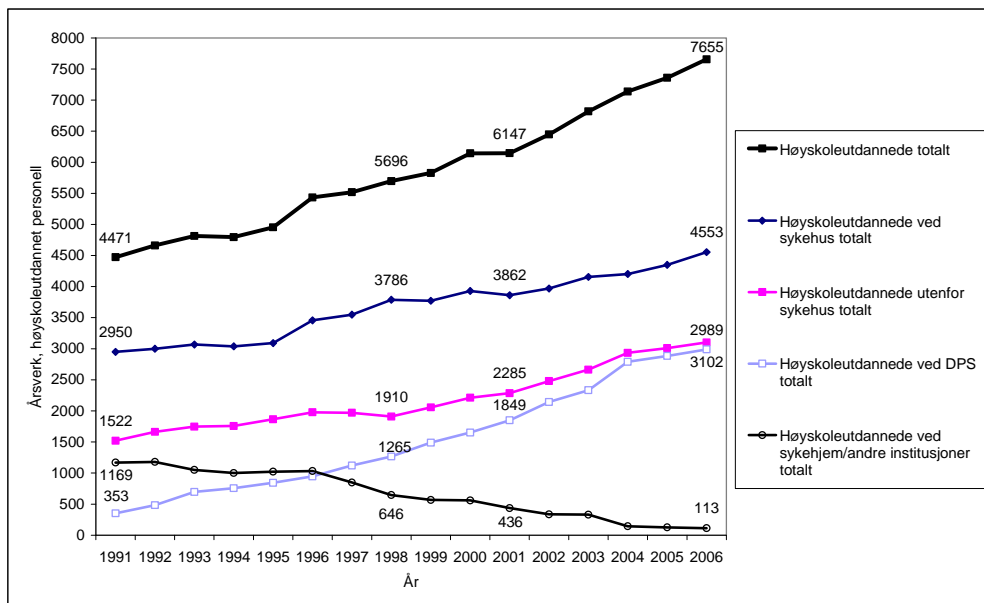
Figur 2.12 Psykologårsverk ved poliklinikker innenfor og utenfor sykehus. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

Det har vært en formidabel økning av psykologgruppen, fra 413 årsverk i 1991 til 615 årsverk i 1998 til 1164 årsverk i 2006. Tilveksten har vært betydelig kraftigere i opptrappingsperioden (årlig tilvekst: 69 årsverk) enn i perioden 1991-98 (29 årsverk), og antall psykologårsverk er nær fordoblet i løpet av opptrappingsperioden.

Brorparten av tilveksten har både i perioden 1991-98 (88 prosent) og i opptrappingsperioden (66 prosent) gått til poliklinikkene, og da særlig til poliklinikkene ved DPS-ene (67 prosent). Også døgnavdelingene ved sykehusene (16 prosent) og ved DPS-ene (18 prosent) har hatt en andel av økningen i Opptrappingsperioden, mens denne var ubetydelig (hvh. 6 og 8 prosent) i perioden 1991-98. Psykologdekningen ved DPS-avdelingene er nå 0,07 psykologårsverk per døgnplass, mot 0,11 ved sykehusavdelingene.

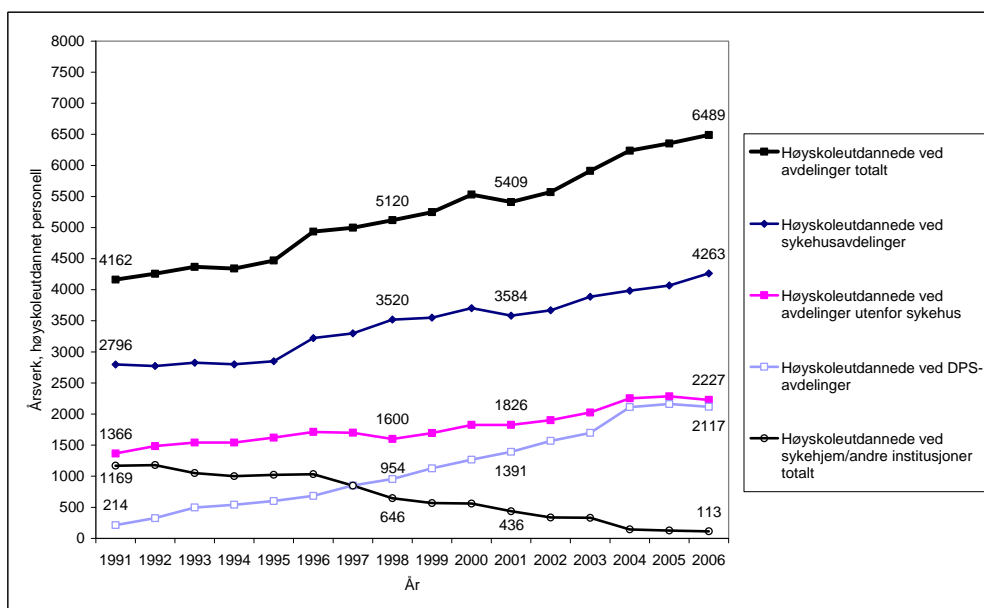
2.6.3 Høyskoleutdannet personell

Tabell 2.11 bakerst i kapitlet viser utviklingen i årsverk utført av høyskoleutdannet personell. Utviklingen er framstilt grafisk i figur 2.13-2.15. Figur 2.13 viser personelltilvekst totalt for høyskolegruppen, fordelt etter institusjonstype. Figur 2.14 og 2.15 viser den tilsvarende utviklingen ved hhv. døgn- og dagavdelinger og ved poliklinikkene. Omfanget av poliklinisk personell er ubetydelig ved sykehjem/andre institusjoner. Egne tall for dps og sykehjem/andre institusjoner er derfor utelatt, ettersom sum personell utenfor sykehusene er tilnærmet lik sum personell ved DPS. Vi gjør oppmerksom på at skalaen er en annen i figur 2.15 enn i figur 2.13 og 2.14. Tabell 2.12 i tabellvedlegget viser gjennomsnittlig årlig økning i årsverksinnsatsen for høyskoleutdannet personell i perioden 1991-98 og i opptrappingsperioden. Den viser i tillegg den prosentvise fordelingen av veksten i hver av periodene.



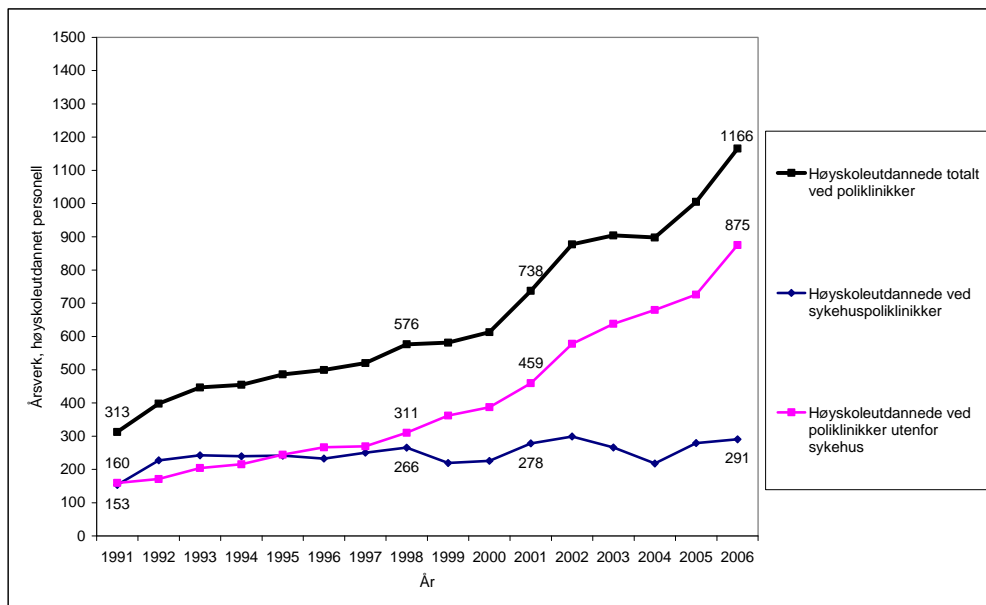
Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.13 Årsverk totalt utført av høyskoleutdannet personell etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.14 Årsverk ved døgn og dagavdelinger utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.



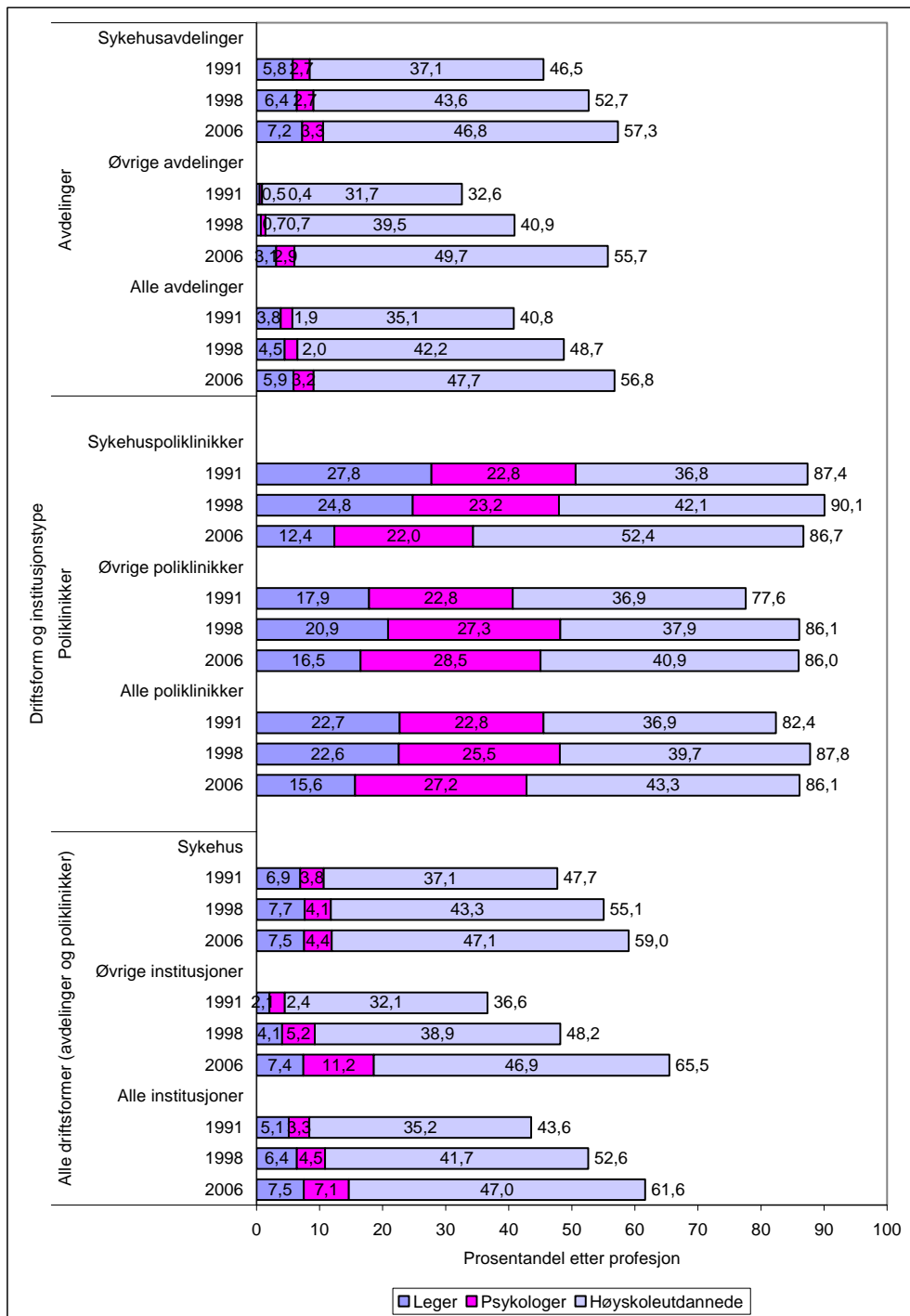
Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.15 Årsverk ved poliklinikk utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

Tilveksten av høyskoleutdannet personell har vært kraftigere i opptrappingsperioden (245 årsverk per år) enn i perioden 1991-98 (175 årsverk per år). Økningen i tilvekst i opptrappingsperioden sammenlignet med foregående perioden har i sin helhet gått til institusjoner utenfor sykehus (38 prosent av veksten i opptrappingsperioden har likevel gått til sykehusavdelingene).

2.6.4 Andel personell med universitets- og høyskoleutdanning

Opptrappingsplanen har hatt som målsetting å øke utdanningsnivået ved institusjonene. Vi vil derfor avslutningsvis undersøke hvordan utdanningsnivået har utviklet seg i løpet av perioden. Figur 2.x viser andel leger, andel psykologer og andel personell med høyskoleutdanning i prosent av årsverksinnsatsen totalt for årene 1991, 1998 og 2006. Det gis egne tall for hhv. sykehusavdelinger og øvrige avdelinger, sykehuspoliklinikk og øvrige poliklinikk, samt for institusjonene samlet.



Datakilder: SSB og SINTEF Helse

Figur 2.16 Prosentandel årsverk utført av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell etter driftsform og institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

For institusjonene samlet har det vært en betydelig heving av personalets utdanningsnivå, både i perioden 1991-98 og i opptrappingsperioden. Andelen leger og psykologer har økt fra 8,4 prosent i 1991 til 10,9 prosent i 1998 og 14,6 prosent i 2006. For universitets- og høyskolegruppen samlet har andelen økt fra 43,6 prosent i 1991 via 52,6 prosent i 1998 til 61,6 prosent i 2006.

Økningen i utdanningsnivå har vært betydelig sterkere utenfor enn innenfor sykehusene, der utdanningsnivået i utgangspunktet var betydelig lavere. Dette skyldes ikke bare at poliklinikkene (der innslaget av universitets- og høyskoleutdannede er betydelig høyere enn ved avdelingene) har blitt flyttet ut fra sykehusene. Også ved døgnavdelingene utenfor sykehusene har det vært en kraftig heving av utdanningsnivået, særlig i opptrappingsperioden. Døgnavdelingene utenfor sykehus hadde i 2006 nær samme andel universitets- og høyskoleutdannede som sykehusavdelingene. Andel legeårsverk er imidlertid fortsatt lavere ved avdelingene utenfor sykehusene.

2.7 Oppsummering og diskusjon

Vi har i dette kapitlet undersøkt om vi i løpet av opptrappingsperioden har fått en desentralisering av tjenestene i det psykiske helsevernet for voksne i tråd med Opptrappingsplanens målsettinger. Vi har videre undersøkt om/i hvilken grad utviklingen i planperioden representerer en endring i forhold til utviklingen i den foregående perioden.

De viktigste konklusjonene som kan trekkes er:

- I strid med Opptrappingsplanens forutsetninger har det vært en kraftig nedgang i tallet på døgnplasser. Den årlige reduksjonen har likevel vært mindre i opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98.
- Nedgangen i plasstallet kan føres tilbake til en langt kraftigere nedbygging av sykehjemsplasser enn forutsatt, og sykehjemmene var i 2006 på det nærmeste avvirket.
- Det har vært en betydelig økning i plasstallet ved DPS-ene, om enn i saktere tempo enn i perioden 1991-98. En har langt på vei nådd målet om totalt 2040 døgnplasser ved DPS-ene.
- Ved sykehusene skulle tallet på døgnplasser øke med 160. Plasstallet har i stedet blitt redusert med 267 plasser.
- Personellinnsatsen har økt langt kraftigere under opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98.
- Det har gjennom hele perioden 1991-2006 vært en kraftig styrking av personellinnsatsen ved DPS-ene, og denne tendensen ble forsterket etter at Opptrappingsplanen trådte i kraft.
- Vi har også hatt en vesentlig utbygging av poliklinikkene, og kraftigst i perioden etter at Opptrappingsplanen trådte i kraft. Veksten i den polikliniske virksomheten har skjedd ved DPS-ene.
- Sykehusavdelingene har i opptrappingsperioden hatt en vesentlig styrking av personellinnsatsen.
- Personellens utdanningsnivå er betydelig hevet, og opptrappingsplanens mål for kompetanseheving er mer enn oppfylt. Andelen universitets- og høyskoleutdannede har økt kraftigere ved institusjoner utenfor sykehusene (der denne andelen i utgangspunktet var lavere) enn ved sykehusene. Den sterkere veksten skyldes ikke bare utflyttingen og utbyggingen av poliklinikkene, den har også kommet døgnavdelingene til gode. Døgnavdelinger utenfor sykehus har nå en høyere andel høyskoleutdannet personell enn sykehusavdelingene. Andel psykologer er også langt på vei den samme. Andel leger er imidlertid fortsatt betydelig lavere. Økningen i

lege- og psykologårverk ved døgnavdelingene utenfor sykehus har i sin helhet kommet i opptrappingsperioden.

- En vesentlig del av opptrappingsmidlene (63 prosent) skulle etter planen gå til utbygging av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene. Utbyggingen av disse avdelingene skulle i tillegg finansieres ved tilførsel av ressurser fra sykehjemmene. Sykehjemmene har imidlertid blitt nedbygd langt hurtigere enn forutsatt, og har langt på vei finansiert utbyggingen av avdelingene ved DPS-ene. Avdelinger utenfor sykehusene har dermed bare mottatt 16 prosent av de økte personellressursene. Opptrappingsmidlene har i større grad gått til utbyggingen av poliklinikkene (44 prosent, mot 21 prosent etter planen) og til sykehusavdelingene (40 prosent, mot 17 etter planen).

I hvilken grad vi har fått en desentralisering av tjenesten i tråd med målsettingene for opptrappingsplanen, avhenger derfor i noen grad av perspektivet. DPS-ene er de eneste institusjonene som er knyttet opp mot mindre, geografiske områder. Hvis vi setter likhetstegn mellom desentraliserte tjenester og tjenester ved DPS, har målsettingene dermed langt på vei blitt oppfylt. Andelen personell ved DPS-ene har økt fra 8,0 prosent i 1991 til 23,2 prosent i 1998 og 39 prosent i 2006. En vesentlig del av økningen har imidlertid blitt hentet fra sykehjemmene. Disse betjente også (om enn i varierende grad) lokalsamfunnet der de var lokalisert. Om vi derfor i stedet ser på fordelingen innenfor/utenfor sykehus blir grad av desentralisering mindre. For døgnplassenes del har man da fått en sentralisering (andel døgnplasser ved sykehus har økt fra 52 prosent i 1998 til 57 prosent i 2006). Andel personell utenfor sykehusene har likevel økt, fra 36,6 prosent i 1998 til 40,6 prosent i 2006.

Kompetansemessig har en hatt en vesentlig styrking av tilbudet utenfor sykehusene, ikke bare ved poliklinikkene, men også ved døgnavdelingene.

Vedlegg: Detaljert tallgrunnlag for kapittel 2

Tabell 2.1 Døgnplasser etter institusjonstype. Psykiske helsevernet for voksne 1991-2006.

År	Sykehus	DPS	Sykehjem/andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
1991	3 171	412	3 584	3 996	7 167
1992	3 123	606	3 343	3 949	7 072
1993	3 086	870	2 883	3 753	6 839
1994	2 990	1 077	2 467	3 544	6 534
1995	2 953	1 043	2 387	3 430	6 383
1996	2 970	1 014	2 271	3 285	6 255
1997	2 990	1 278	1 817	3 095	6 085
1998	3 098	1 492	1 390	2 882	5 980
1999	3 070	1 581	1 177	2 758	5 828
2000	3 018	1 634	1 117	2 751	5 769
2001	2 920	1 782	815	2 597	5 517
2002	2 982	1 845	618	2 463	5 445
2003	2 940	1 801	555	2 356	5 296
2004	2 814	2 091	264	2 355	5 169
2005	2 740	2 033	232	2 265	5 005
2006	2 831	1 956	203	2 159	4 990

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.2 Gjennomsnittlig årlig endring i antall døgnplasser etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/ andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
Absolutte tall					
1991-1998	-10	154	-313	-159	-170
1998-2006	-33	58	-148	-90	-124
1991-2006	-23	103	-225	-122	-145
Prosent					
1991-1998	-0,3	20,2	-12,7	-4,6	-2,6
1998-2006	-1,1	3,4	-21,4	-3,5	-2,2
1991-2006	-0,8	10,9	-17,4	-4,0	-2,4

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.3 Årsverk totalt etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Sykehus</i>																
Avdeling	7 544	7 310	7 280	7 279	7 293	7 454	7 754	8 068	8 168	8 247	8 265	8 640	8 886	8 783	8 803	9 117
Poliklinikk	417	574	569	610	649	616	638	682	550	580	700	644	530	424	528	555
Sum sykehus	7 961	7 884	7 848	7 889	7 942	8 070	8 392	8 749	8 718	8 827	8 965	9 284	9 415	9 208	9 331	9 672
<i>DPS</i>																
Avdeling	624	888	1 241	1 456	1 516	1 592	1 982	2 309	2 596	2 730	3 117	3 400	3 553	4 210	4 351	4 215
Poliklinikk	386	444	541	620	632	703	747	853	1 007	1 067	1 282	1 493	1 686	1 815	1 923	2 133
Sum DPS	1 010	1 332	1 783	2 076	2 148	2 295	2 729	3 162	3 603	3 801	4 403	4 893	5 238	6 025	6 274	6 347
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>																
Avdeling	3 686	3 595	3 220	2 942	2 875	2 848	2 284	1 743	1 523	1 464	1 185	831	777	348	297	267
Poliklinikk	47	36	14	3	6	6	0	0	0	0	5	5	4	4	5	5
Totalt	3 729	3 632	3 234	2 944	2 881	2 853	2 284	1 743	1 523	1 464	1 190	835	781	352	302	272
<i>Sum utenfor sykehus</i>																
Avdeling	4 310	4 484	4 461	4 397	4 392	4 439	4 266	4 052	4 119	4 194	4 302	4 231	4 329	4 558	4 648	4 482
Poliklinikk	432	480	555	623	638	708	747	853	1 007	1 067	1 287	1 497	1 690	1 819	1 928	2 138
Sum utenfor sykehus	4 738	4 964	5 016	5 020	5 029	5 148	5 013	4 905	5 126	5 265	5 593	5 729	6 019	6 377	6 576	6 620
<i>Psykisk helsevern for voksne samlet</i>																
Avdeling	11 854	11 794	11 741	11 676	11 685	11 893	12 021	12 120	12 286	12 441	12 567	12 871	13 215	13 342	13 451	13 599
Poliklinikk	849	1 054	1 124	1 233	1 286	1 324	1 385	1 535	1 558	1 647	1 987	2 142	2 220	2 243	2 456	2 693
Sum totalt	12 699	12 848	12 865	12 909	12 971	13 217	13 405	13 654	13 844	14 092	14 558	15 013	15 435	15 585	15 907	16 292

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.4 Årlig tilvekst av personell (årsverk) etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	1991- 1992	1992- 1993	1993- 1994	1994- 1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998	1998- 1999	1999- 2000	2000- 2001	2001- 2002	2002- 2003	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006
<i>Sykehus</i>															
Avdeling	-234	-31	-1	14	161	300	313	100	80	18	375	246	-102	19	315
Poliklinikk	157	-5	41	39	-33	22	44	-131	30	119	-55	-115	-105	104	27
Sum sykehus	-77	-36	40	53	128	322	357	-31	109	138	319	131	-208	123	342
<i>DPS</i>															
Avdeling	264	353	215	61	75	390	327	287	134	387	284	152	658	141	-137
Poliklinikk	59	97	79	12	71	44	106	154	60	215	210	193	129	109	210
Sum DPS	323	450	293	73	146	434	433	441	198	602	490	345	787	249	73
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>															
Avdeling	-91	-375	-278	-66	-28	-563	-541	-220	-59	-279	-354	-54	-428	-51	-30
Poliklinikk	-10	-23	-11	3	0	-6	0	0	0	5	-1	0	0	1	0
Sum sykehjem/andre	-97	-398	-289	-64	-27	-569	-541	-220	-59	-274	-355	-54	-428	-50	-30
<i>Sum utenfor sykehus</i>															
Avdeling	173	-22	-64	-6	47	-173	-214	67	75	107	-70	98	229	90	-166
Poliklinikk	48	74	68	15	71	38	106	154	60	220	210	193	129	109	210
Sum utenfor sykehus	226	52	4	9	119	-134	-108	221	139	328	136	291	358	199	43
<i>Psykisk helsevern for voksne totalt</i>															
Avdeling	-60	-53	-65	9	208	127	99	167	155	126	304	344	127	109	149
Poliklinikk	205	69	109	53	38	61	150	23	90	340	155	78	24	213	236
Sum totalt	149	17	44	62	247	188	249	190	249	466	455	422	150	322	385

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.5 Prosentvis fordeling av årsverk totalt etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Sykehus</i>																
Avdeling	59,4	56,9	56,6	56,4	56,2	56,4	57,8	59,1	59,0	58,5	56,8	57,5	57,6	56,4	55,3	56,0
Poliklinikk	3,3	4,5	4,4	4,7	5,0	4,7	4,8	5,0	4,0	4,1	4,8	4,3	3,4	2,7	3,3	3,4
Sum sykehus	62,7	61,4	61,0	61,1	61,2	61,1	62,6	64,1	63,0	62,6	61,6	61,8	61,0	59,1	58,7	59,4
<i>DPS</i>																
Avdeling	4,9	6,9	9,6	11,3	11,7	12,0	14,8	16,9	18,8	19,4	21,4	22,6	23,0	27,0	27,4	25,9
Poliklinikk	3,0	3,5	4,2	4,8	4,9	5,3	5,6	6,2	7,3	7,6	8,8	9,9	10,9	11,6	12,1	13,1
Sum DPS	8,0	10,4	13,9	16,1	16,6	17,4	20,4	23,2	26,0	27,0	30,2	32,6	33,9	38,7	39,4	39,0
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>																
Avdeling	29,0	28,0	25,0	22,8	22,2	21,5	17,0	12,8	11,0	10,4	8,1	5,5	5,0	2,2	1,9	1,6
Poliklinikk	0,4	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sum sykehjem/andre	29,4	28,3	25,1	22,8	22,2	21,6	17,0	12,8	11,0	10,4	8,2	5,6	5,1	2,3	1,9	1,7
<i>Sum utenfor sykehus</i>																
Avdeling	33,9	34,9	34,7	34,1	33,9	33,6	31,8	29,7	29,8	29,8	29,5	28,2	28,0	29,2	29,2	27,5
Poliklinikk	3,4	3,7	4,3	4,8	4,9	5,4	5,6	6,2	7,3	7,6	8,8	10,0	10,9	11,7	12,1	13,1
Sum utenfor sykehus	37,3	38,6	39,0	38,9	38,8	38,9	37,4	35,9	37,0	37,4	38,4	38,2	39,0	40,9	41,3	40,6
<i>Psykisk helsevern for voksne samlet</i>																
Avdeling	93,3	91,8	91,3	90,5	90,1	90,0	89,7	88,8	88,7	88,3	86,3	85,7	85,6	85,6	84,6	83,5
Poliklinikk	6,7	8,2	8,7	9,6	9,9	10,0	10,3	11,2	11,3	11,7	13,7	14,3	14,4	14,4	15,4	16,5
Sum totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.6 Gjennomsnittlig årlig vekst i personellinnsats (årsverk) etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Absolutte tall (årsverk)			Prosentvis endring		
	1991-1998	1998-2006	1991-2006	1991-1998	1998-2006	1991-2006
<i>Sykehus</i>						
Avdeling	75	131	105	1,0	1,5	1,3
Poliklinikk	38	-16	9	7,3	-2,5	1,9
Sykehus totalt	113	115	114	1,4	1,3	1,3
<i>DPS</i>						
Avdeling	241	238	239	20,6	7,8	13,6
Poliklinikk	67	160	116	12,0	12,1	12,1
DPS totalt	307	398	356	17,7	9,1	13,0
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>						
Avdeling	-278	-184	-228	-10,1	-20,9	-16,0
Poliklinikk	-7	1	-3	-100,0	,	-14,0
Sykehjem/andre totalt	-284	-184	-230	-10,3	-20,7	-16,0
<i>Utenfor sykehus</i>						
Avdeling	-37	54	11	-0,9	1,3	0,3
Poliklinikk	60	161	114	10,2	12,2	11,2
Utenfor sykehus totalt	24	214	125	0,5	3,8	2,3
<i>Psykisk helsevern for voksne samlet</i>						
Avdeling	38	185	116	0,3	1,5	0,9
Poliklinikk	98	145	123	8,8	7,3	8,0
Sum totalt	136	330	240	1,0	2,2	1,7

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.7 Legeårsverk etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Sykehus</i>																
Avdeling	435	400	426	450	443	462	497	515	530	568	565	554	603	617	600	660
Poliklinikk	116	136	122	134	142	129	125	157	121	117	145	106	74	57	64	69
Sum sykehus	550	536	549	585	585	590	622	671	651	686	710	660	676	674	665	729
<i>DPS</i>																
Avdeling	7	7	8	14	15	23	18	22	29	35	50	57	70	108	137	138
Poliklinikk	72	77	100	119	122	139	155	171	208	225	252	271	309	334	341	352
Sum DPS	79	84	108	132	137	158	173	193	238	262	304	328	378	442	478	490
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>																
Avdeling	15	17	13	17	17	14	5	6	5	5	5	5	5	3	2	2
Poliklinikk	5	6	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1
Sum sykehjem/ andre	20	23	14	17	17	14	5	6	5	5	7	5	6	4	3	3
<i>Utenfor sykehus</i>																
Avdeling	22	25	21	30	33	37	23	28	34	40	56	62	75	111	139	140
Poliklinikk	77	83	101	119	122	139	155	171	208	225	254	271	309	335	342	353
Sum utenfor sykehus	99	108	123	149	155	172	178	199	243	267	311	334	384	445	481	493
<i>Psykisk helsevern for voksne samlet</i>																
Avdeling	456	425	448	480	476	499	520	543	564	608	621	617	678	728	740	800
Poliklinikk	193	219	224	252	264	267	280	328	329	342	398	377	383	392	407	421
Sum totalt	649	644	671	734	739	763	800	870	893	953	1 021	994	1 061	1 119	1 146	1 221

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.8 Gjennomsnittlig årlig tilvekst av legeårsverk og prosentvis fordeling av tilveksten etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-98, 1998-2006 og 1991-2006.

	Gjennomsnittlig årlig tilvekst			Prosentandel av tilvekst totalt i perioden		
	1991-98	1998-2006	1991-2006	1991-98	1998-2006	1991-2006
<i>Sykehus</i>						
Avdeling	11	18	15	36	41	39
Poliklinikk	6	-11	-3	19	-25	-8
Sykehus totalt	17	7	12	55	16	31
<i>DPS</i>						
Avdeling	2	14	9	7	33	23
Poliklinikk	14	23	19	45	51	49
Sum DPS	16	37	27	52	84	72
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>						
Avdeling	-1	0	-1	-4	-1	-2
Poliklinikk	-1	0	0	-2	0	-1
Sum sykehjem/andre	-2	0	-1	-6	-1	-3
<i>Utenfor sykehus</i>						
Avdeling	1	14	8	3	32	21
Poliklinikk	13	23	18	42	52	48
Utenfor sykehus totalt	14	37	26	45	84	69
<i>Psykisk helsevern for voksne samlet</i>						
Avdeling	12	32	23	39	73	60
Poliklinikk	19	12	15	61	27	40
Sum totalt	32	44	38	100	100	100

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.9 Psykologårsværk etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Sykehus</i>																
Avdeling	203	162	180	185	185	208	213	215	230	239	235	249	289	288	293	302
Poliklinikk	95	124	129	146	151	152	157	146	131	151	155	160	125	90	109	122
Sum sykehus	299	286	309	331	336	360	370	361	360	391	390	409	414	378	402	424
<i>DPS</i>																
Avdeling	9	10	11	11	7	18	10	25	21	34	42	54	67	91	117	124
Poliklinikk	90	116	127	151	163	173	198	224	263	281	333	405	464	514	553	609
Sum DPS	99	126	138	161	170	193	208	249	285	316	377	459	531	605	670	734
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>																
Avdeling	7	10	5	9	14	12	8	5	7	6	5	4	7	3	4	6
Poliklinikk	9	8	3	1	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Sum sykehjem/ andre	16	17	8	10	15	14	8	5	7	6	5	5	7	3	4	6
<i>Utenfor sykehus</i>																
Avdeling	16	20	16	20	21	30	18	30	28	40	47	58	74	94	121	130
Poliklinikk	98	124	130	152	165	174	198	224	263	281	333	406	465	515	554	610
Sum utenfor sykehus	115	143	146	172	186	207	216	254	291	322	381	464	539	609	675	740
<i>Psykisk helsevern for voksne samlet</i>																
Avdeling	220	182	196	205	206	238	230	245	257	279	281	308	363	382	413	432
Poliklinikk	194	248	259	298	315	326	355	370	394	432	488	566	590	604	663	732
Sum totalt	413	429	455	502	521	567	585	615	652	713	771	874	953	986	1076	1164

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.10 Gjennomsnittlig årlig tilvekst av psykologårsverk og prosentvis fordeling av tilveksten etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-98, 1998-2006 og 1991-2006.

	Gjennomsnittlig årlig tilvekst			Prosentandel av tilvekst totalt i perioden		
	1991-98	1998-2006	1991-2006	1991-98	1998-2006	1991-2006
<i>Sykehus</i>						
Avdeling	2	11	7	6	16	13
Poliklinikk	7	-3	2	25	-4	4
Sykehus totalt	9	8	8	31	11	17
<i>DPS</i>						
Avdeling	2	12	8	8	18	15
Poliklinikk	19	48	35	67	70	69
DPS totalt	21	61	42	74	88	85
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>						
Avdeling	0	0	0	-1	0	0
Poliklinikk	-1	0	-1	-4	0	-1
Sykehjem/andre totalt	-2	0	-1	-6	0	-1
<i>Utenfor sykehus totalt</i>						
Avdeling	2	13	8	7	18	15
Poliklinikk	18	48	34	62	70	68
Utenfor sykehus totalt	20	61	42	69	89	83
<i>Psykisk helsevern for voksne samlet</i>						
Avdeling	4	23	14	12	34	28
Poliklinikk	25	45	36	88	66	72
Totalt	29	69	50	100	100	100

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.11 Årsverk utført av personell med høyskoleutdanning etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Sykehus</i>																
Avdeling	2 796	2 773	2 826	2 800	2 850	3 224	3 299	3 520	3 552	3 705	3 584	3 669	3 888	3 985	4 069	4 263
Poliklinikk	153	227	242	239	242	233	250	266	219	226	278	299	266	218	279	291
Sum sykehus	2 950	3 000	3 068	3 038	3 090	3 457	3 549	3 786	3 771	3 930	3 862	3 968	4 155	4 204	4 348	4 553
<i>DPS</i>																
Avdeling	214	326	497	542	602	682	852	954	1 127	1 266	1 391	1 567	1 697	2 112	2 161	2 117
Poliklinikk	139	158	198	213	241	263	270	311	362	387	457	575	635	677	723	872
Sum DPS	353	484	696	756	844	945	1 121	1 265	1 489	1 652	1 849	2 142	2 333	2 790	2 884	2 989
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>																
Avdeling	1 152	1 159	1 045	999	1 017	1 030	848	646	568	560	434	333	327	141	124	110
Poliklinikk	21	13	6	2	3	3	0	0	0	0	2	3	3	3	3	3
Sum sykehjem/andre	1 169	1 179	1 051	1 001	1 020	1 033	848	646	568	560	436	336	330	144	127	113
<i>Utenfor sykehus</i>																
Avdeling	1 366	1 485	1 543	1 542	1 620	1 711	1 700	1 600	1 695	1 826	1 826	1 900	2 025	2 253	2 285	2 227
Poliklinikk	160	171	204	215	245	266	270	311	362	387	459	578	638	680	726	875
Sum utenfor sykehus	1 522	1 663	1 747	1 757	1 864	1 978	1 969	1 910	2 057	2 212	2 285	2 478	2 663	2 934	3 011	3 102
<i>Psykisk helsevern for voksne samlet</i>																
Avdeling	4 162	4 257	4 369	4 341	4 470	4 935	4 999	5 120	5 247	5 530	5 409	5 570	5 913	6 238	6 353	6 489
Poliklinikk	313	398	447	455	486	499	520	576	581	613	738	877	904	898	1 005	1 166
Sum totalt	4 471	4 663	4 815	4 795	4 954	5 435	5 518	5 696	5 828	6 143	6 147	6 447	6 818	7 137	7 359	7 655

Datkilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.12 Gjennomsnittlig årlig tilvekst av årsverk utført av høyskoleutdannet personell, samt prosentvis fordeling av tilveksten etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne 1991-98, 1998-2006 og 1991-2006.

	Gjennomsnittlig årlig tilvekst			Prosentandel av tilvekst totalt i perioden		
	1991-98	1998-2006	1991-2006	1991-98	1998-2006	1991-2006
<i>Sykehus</i>						
Avdeling	103	93	98	59	38	46
Poliklinikk	16	3	9	9	1	4
Sykehus totalt	119	96	107	68	39	50
<i>DPS</i>						
Avdeling	106	145	127	60	59	60
Poliklinikk	25	70	49	14	29	23
DPS totalt	130	215	176	74	88	83
<i>Sykehjem/andre institusjoner</i>						
Avdeling	-72	-67	-69	-41	-27	-33
Poliklinikk	-3	0	-1	-2	0	-1
Sykehjem/andre totalt	-75	-67	-70	-43	-27	-33
<i>Utenfor sykehus</i>						
Avdeling	33	78	57	19	32	27
Poliklinikk	22	71	48	12	29	22
Utenfor sykehus totalt	55	149	105	32	61	50
<i>Psykisk helsevern for voksne samlet</i>						
Avdeling	137	171	155	78	70	73
Poliklinikk	38	74	57	22	30	27
Sum totalt	175	245	212	100	100	100

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

3 Opptappingsplanen: Brudd eller kontinuitet i utviklingen av tjenestetilbudet for voksne?

Per Bernhard Pedersen

3.1 Innledning

Det kan hevdes at Psykiatrimeldingen (St. meld. 25 (1996-97)) og Opptappingsplanen (St. prp. nr. 63 (1997-98)) snarere representerer en kodifisering av eksisterende endringsprosesser enn et brudd med disse. Disse prosessene omtales gjerne som de-institusjonaliseringen av det psykiske helsevernet, og går igjen i de fleste industrialiserte land. Utviklingen kjennetegnes ved en nedgang i tallet på institusjonsplasser og pasientbelegg i institusjonene, ofte kombinert med en økning i tallet på behandlede pasienter, dels gjennom en vesentlig nedkorting av oppholdenes varighet, og dels gjennom utbygging av polikliniske og ambulante tjenester³. Eksempelvis har den gjennomsnittlige varigheten av institusjonsoppholdene for voksne gått kontinuerlig ned gjennom hele den perioden det eksisterer komplette tall (siden 1977). For de psykiatriske sykehusene har det vært en nedgang helt siden begynnelsen av 1950-tallet, og for de psykiatriske sykehjemmene siden starten på 1970-tallet. Tallet på døgnplasser og pasientbelegg (oppholdsdøgn/365) har på samme måte gått kontinuerlig ned siden 1972/73. Tallet på utskrivninger ble også redusert fram til midten av 1980-tallet, men har senere økt kontinuerlig (Pedersen 1999, Pedersen 2002a, Pedersen (red) 2002b, Bjørngaard et. al 2007).

Vi vil i dette kapitlet undersøke om/i hvilken grad utviklingen i opptappingsperioden representerer et brudd med den utviklingen som tidligere hadde funnet sted, eller om Opptappingsplanen snarere bør sees som en kodifisering og videreføring av de samme utviklingstrendene. Dette vil bli gjort med utgangspunkt i data for perioden 1991-2006, dvs. den perioden som har vært dekket av de årlige SAMDATA-rapportene. Opptappingsplanen trådte i kraft fra 01.01.1999. 1998 benyttes derfor som basisår for å studere utviklingen i Opptappingsperioden, mens 1991-98 benyttes for å beskrive utviklingen før planen trådte i kraft.

I avsnitt 3.2 blir datagrunnlaget presentert. Avsnitt 3.3 gir en oversikt over utviklingen i pasientbelegget (gjennomsnittlig antall døgnpasienter ved institusjonen). I avsnitt 3.4 undersøker vi, med utgangspunkt i beleggsprosenten, i hvilken grad nedgangen i tallet på døgnplasser har ført til økt press på avdelingene. I avsnitt 3.5 undersøkes utviklingen i antall utskrivninger (avsluttede døgnopphold). Endring i gjennomsnittlig varighet av oppholdene blir også kartlagt. I avsnitt 3.6 kartlegges utviklingen i den polikliniske aktiviteten, målt ved antall refusjonsberettigede konsultasjoner. I avsnitt 3.7 undersøkes utviklingen i bemanningsfaktoren (årsverk/gjennomsnittlig belegg). I avsnitt 3.8 ser vi på gjennom-

³ For en gjennomgang av utviklingen i Norge og om teorier på feltet: Se Pedersen 2002a.

strømningen ved døgnavdelingene (utskrivninger) i forhold til personellinnsatsen. Resultatene oppsummeres og diskuteres i avsnitt 3.9.

3.2 Metode og datagrunnlag

Datagrunnlaget for presentasjonene i dette kapitlet er primært de data på institusjonsnivå, som Statistisk sentralbyrå årlig samler inn. Pasientopplysninger (utskrivninger, oppholdsdøgn) er for perioden 1991-97 hentet fra samleoppgaver institusjonene årlig sender Statistisk sentralbyrå. Disse er kvalitetskontrollert av SSB i samarbeid med SINTEF helse i forbindelse med de årlige SAMDATA-rapportene. For perioden 1998 og fremover har SSB-tallene for døgnbehandling blitt erstattet med tall basert på pasientdatasettet, i de tilfeller disse er funnet å være av tilfredsstillende kvalitet. Tall hentet fra pasientdata blir kontrollert opp mot samleoppgavene til SSB, og forkastet ved store avvik (normalt mer enn +/- 20 prosent avvik på utskrivning og/eller oppholdsdøgn, tilsvarende for polikliniske konsultasjoner). Valg av datakilde påvirker i liten grad aggregattallene, for utskrivninger var avviket i 2006 0,6 prosent, for oppholdsdøgn 1 prosent, men det for konsultasjoner var 2,7 prosent.

Det psykiske helsevernet har i perioden gjennomgått store organisatoriske endringer. Tidligere sykehjem er slått sammen til avdelinger under et større DPS. I tillegg har en i etterkant av eierskapsreformen søkt å integrere virksomheten på tvers av institusjoner. Dette kan ha påvirket utskrivningstallene. Imidlertid har disse organisatoriske endringene gått i retning av større enheter. Dette skulle i utgangspunktet dempe veksten i tallet på utskrivninger (siden en mindre andel av overføringene da vil bli definert som utskrivninger). Uten slike organisatoriske endringer ville veksten i antall utskrivninger sannsynligvis vært enda kraftigere.

Pasientopplysningene blir også brukt i forbindelse med produktivitetsberegninger. Tallene blir i tillegg kontrollert mot opplysninger for tidligere år. Ved store avvik/endringer blir institusjonene kontaktet. Dette kan føre til korleksjon av tallene også for tidligere år.

Opplysninger om tallet på polikliniske konsultasjoner er frem til 2001 hentet fra de samleoppgaver institusjonene årlig sender SSB over refusjonsberettigede konsultasjoner. Fra og med statistikkåret 2002 er informasjon om konsultasjonene hentet fra pasientdata innsamlet av Norsk pasientregister, i de tilfeller disse ansees å ha tilfredsstillende kvalitet. På samme måte som for døgndata kontrolleres disse opp mot samleoppgavene til SSB, og opp i mot data fra tidligere år. Oppgavene benyttes også i produktivitetsberegninger. Ved store avvik blir institusjonene kontaktet. Dette kan føre til justeringer av tallene også for tidligere år.

Det er knyttet statlige refusjoner til konsultasjonene. Oppgaver over de polikliniske konsultasjonene bør derfor ha rimelig høy kvalitet. Imidlertid ble det fra 2005 innført refusjon for aktiviteter det tidligere ikke var anledning til å kreve refusjon for (se rundskriv F01.12.2000 nr 1389). Dette kan i noen grad ha påvirket tallet på refusjonsberettigede konsultasjoner.

For en omtale av personelldataene viser vi til metodeavsnittet i foregående kapittel.

Vi benytter i dette kapitlet samme institusjonstypologi som i foregående kapittel, og presenterer som der også samletall for institusjonene utenfor sykehus.

Oppgavene i dette kapitlet er samleoppgaver på nasjonalt nivå. Antall observasjoner er derfor begrenset (16 årganger). Gjennomgangen vil derfor være deskriptiv, og signifikans-testing vil ikke bli benyttet.

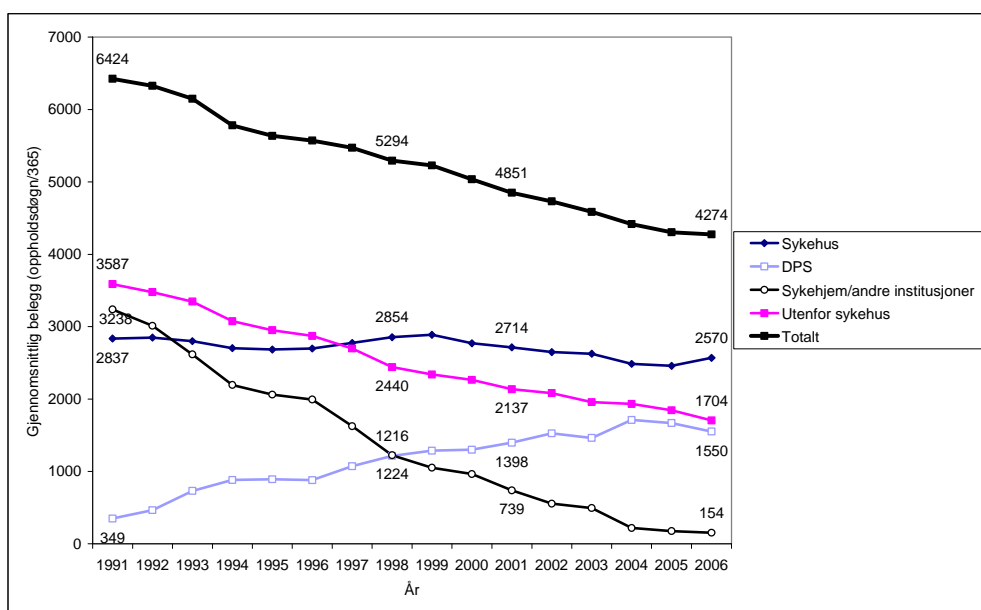
3.3 Gjennomsnittlig belegg

Vi vil i dette avsnittet undersøke endringen i det gjennomsnittlige pasientbelegget (oppholdsdøgn/365). Som nevnt innledningsvis, har pasientbelegget blitt kontinuerlig redusert siden 1972/73.

Vi så i foregående kapittel at det har vært en vesentlig reduksjon i tallet på døgnplasser, på tross av at plasstallet i følge Opptrappingsplanen skulle holdes på samme nivå som i 1996, med tillegg av 160 sykehusplasser for personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern.

Opptrappingsplanen hadde ingen egen målsetting knyttet til pasientbelegg/antall oppholds-døgn. Ettersom tallet på døgnplasser skulle opprettholdes, må man imidlertid kunne anta at en langt på vei også ønsket å stanse nedgangen i pasientbelegget⁴.

Tabell 3.1 i tabellvedlegget bakerst i kapitlet viser utviklingen i gjennomsnittlig belegg, fordelt etter institusjonstype. Utviklingen er fremstilt grafisk i figur 3.1. Tabell 3.2 i vedlegget viser de gjennomsnittlige årlige endringene (i absoluttall og prosent) før og etter 1998.



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 3.1 Gjennomsnittlig pasientbelegg etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006

Resultatene er langt på vei de samme som vi fant for døgnplassene i foregående kapittel, belegget har fortsatt å synke. Samlet sett var nedgangen i belegg (om enn ubetydelig) sterkere i perioden 1991-98 (161 pasienter per år) enn i opptrappingsperioden (127 pasienter per år). Den prosentvise nedgangen har holdt seg stabil på 2,6-2,7 prosent.

Ved sykehusene holdt pasientbelegget seg stabilt i perioden 1991-98. I løpet av opptrappingsperioden har det vært en svak nedgang (35 færre pasienter, eller 1,3 prosent per år). Nedgangen har dermed i hovedsak kommet ved institusjonene utenfor sykehus. Nedgangen er noe svakere i opptrappingsperioden (92 færre, eller 4,4 prosent per år) enn i perioden 1991-98 (164 færre pasienter/5,4 prosent).

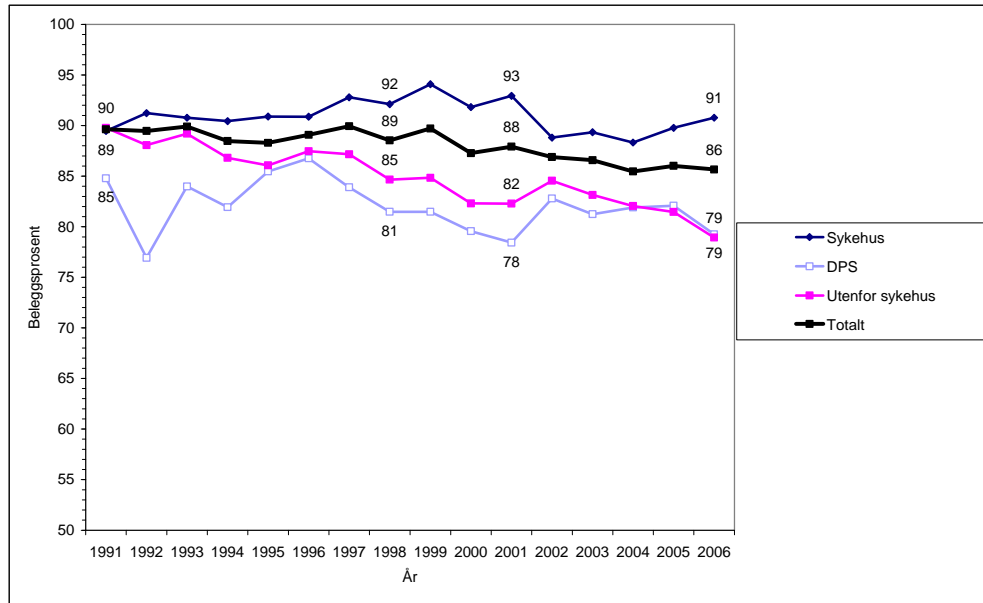
DPS-ene har økt belegget gjennom hele perioden, men mindre i opptrappingsperioden (42 flere per år, eller 3,1 prosent) enn i perioden 1991-98 (124 flere/ 19,5 prosent per år).

⁴ Selv om plasstallet hadde blitt opprettholdt, måtte man likevel ha forventet noe nedgang i belegget pga økt pasientsirkulasjon.

Nedgangen i belegg utenfor sykehus kan i sin helhet føres tilbake til sykehjemmene. Disse er nå på det nærmeste avviklet. I absolutte tall har nedgangen vært mindre i opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98, selv om den prosentvise nedgangen har vært sterkest i opptrappingsperioden (pga redusert prosentueringsbasis).

3.4 Beleggsprosent

Som vi så i kapittel 2 har nedgangen i tallet på døgnplasser fortsatt under opptrappingsperioden. En kan i prinsippet tenke seg at dette har gitt økt press på gjenværende plasser, og i neste omgang ført til tidligere utskrivninger. Dette burde i så fall slå ut i økt beleggsprosent (oppholdsdøgn/(døgnplasser*365). Utviklingen er fremstilt grafisk i figur 3.2⁵.



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 3.2 Beleggsprosent etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

For institusjonene samlet holdt beleggsprosenten seg på om lag samme nivå (89-90 prosent) i perioden 1991-98. I opptrappingsperioden har beleggsprosenten gått ned med 3 prosentpoeng til 86 prosent. Utviklingen har imidlertid ikke vært den samme ved alle institusjonstypene. Beleggsprosenten har gjennom hele perioden 1991-2006 gjennomgående vært høyest ved sykehusene, og økte fram til 1999, da den var oppe i 94 prosent. Den har senere blitt redusert, men var i 2006 fortsatt over 90 prosent.

For institusjonene utenfor sykehus har det samlet sett vært en relativt entydig utvikling i retning redusert beleggsprosent, både for perioden 1991-98, og for opptrappingsperioden. For perioden som helhet har beleggsprosenten blitt redusert med 11 prosentpoeng. DPS-ene har gjennomgående hatt en lavere beleggsprosent enn sykehjemmene, og etter hvert som fordelingen av plasser mellom sykehjem og DPS har blitt forskjøvet, har beleggsprosenten

⁵ For å gjøre figuren mer oversiktlig er beleggsprosenten ved sykehjem/andre døgninstitusjoner utelatt. Denne holdt seg fram til 2001 rundt 90 prosent. Etter den tid falt beleggsprosenten ved de (få) gjenværende institusjonene i denne gruppen.

utenfor sykehus blitt tilsvarende redusert. For DPS-ene isolert har ikke utviklingen vært like entydig. Grovt sett har en likevel hatt en nedadgående trend siden 1996, og beleggsprosenten er ved utgangen av perioden under 80 prosent.

Langtidsinstitusjoner uten akuttfunksjoner vil i prinsippet kunne ha en beleggsprosent nært opp mot 100. Økt pasientgjennomstrømning (kortere opphold) vil nødvendigvis føre til noe lavere beleggsprosent i forbindelse med utskifting av pasienter. Institusjoner som ivaretar akuttfunksjoner/øyeblikkelig hjelp-funksjoner må i tillegg ha plasser i beredskap, og bør derfor ha noe lavere beleggsprosent.

Med økt gjennomstrømning og økt omfang av akuttfunksjoner ved DPS-ene er det naturlig at beleggsprosenten har gått noe ned. Ved tidligere pasienttelling har det vært en betydelig andel pasienter ved sykehjemmene som etter behandlers vurdering heller burde hatt et kommunalt tilbud (se f.eks. Hagen 1997). I løpet av perioden har tilbudet i kommunene og ved poliklinikkene blitt bygget vesentlig ut. En må derfor også kunne reise spørsmålet om nedgangen i beleggsprosent også reflekterer en nedgang i behovet for slike plasser, slik DPS-funksjonen nå er definert. Vi vil komme tilbake til dette spørsmålet i den tredje delrapporten fra prosjektet, der endringer i pasientsammensetning og tilpasning til brukernes behov vil bli diskutert.

Sykehusene skal ivareta øyeblikkelig hjelp-funksjoner. Dette krever plasser i beredskap. På tross av dette har sykehusene gjennom hele perioden hatt en beleggsprosent nært opp til, eller over 90 prosent. På sykehusene kan derfor mangel på døgnplasser ha lagt et press på utskrivningene.

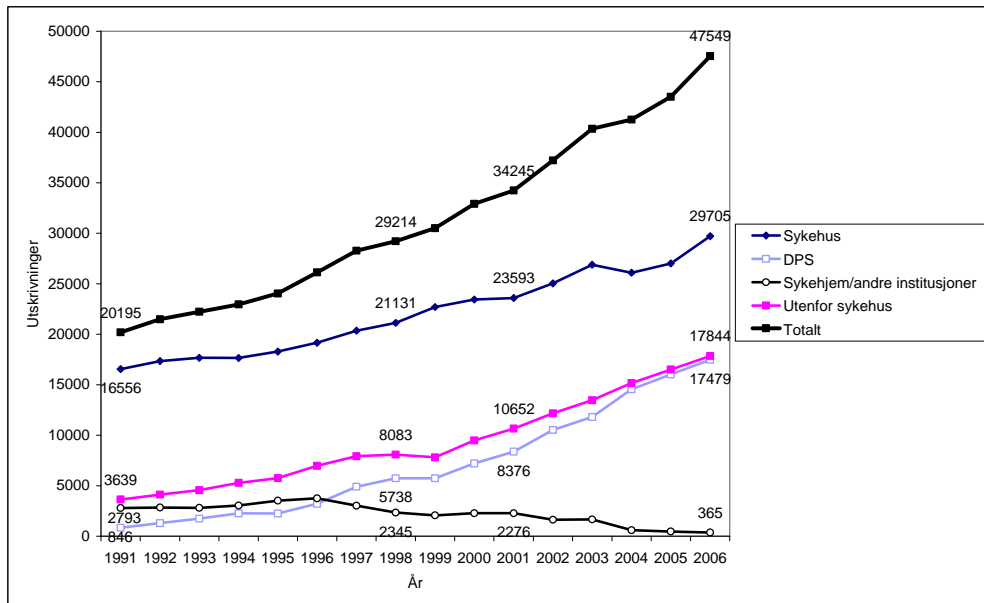
Det kan mao. se ut for at presset er sterkere på sykehusplassene enn på plassene utenfor sykehusene, til tross for at plasstallet ved institusjonene utenfor sykehus har blitt vesentlig kraftigere redusert enn plasstallet ved sykehusene.

Dette kan reflektere ulik utvikling i behov for plasser. I planleggingen av den videre utviklingen av tjenesten kan dette enten løses ved en omfordeling av plasser mellom DPS og sykehus, eller gjennom endringer i oppgavefordelingen mellom de to institusjonstypene. Presset på sykehusavdelingene kan imidlertid også være et uttrykk for feilplassering av pasienter. Dette siste vil vi komme tilbake til i delrapport 3 fra prosjektet, der data fra pasienttellingen i 2007 vil bli analysert.

3.5 Utskrivninger fra døgnopphold

En av målsettingene for Opptrappingsplanen har vært å øke tilgjengeligheten til døgnbehandling gjennom utbygging av mer aktive behandlingsinstitusjoner i lokalsamfunnet (DPS). Vi vil undersøke i hvilken grad man har oppnådd dette med utgangspunkt i utviklingen i tallet på utskrivninger (avsluttede døgnopphold).

Tabell 3.3 viser i tabellvedlegget bakerst i kapitlet viser antall utskrivninger per år, fordelt etter institusjonstype. I figur 3.3 er utviklingen fremstilt grafisk. Tabell 3.4 i vedlegget viser gjennomsnittlig årlig endring før og etter 1998.



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

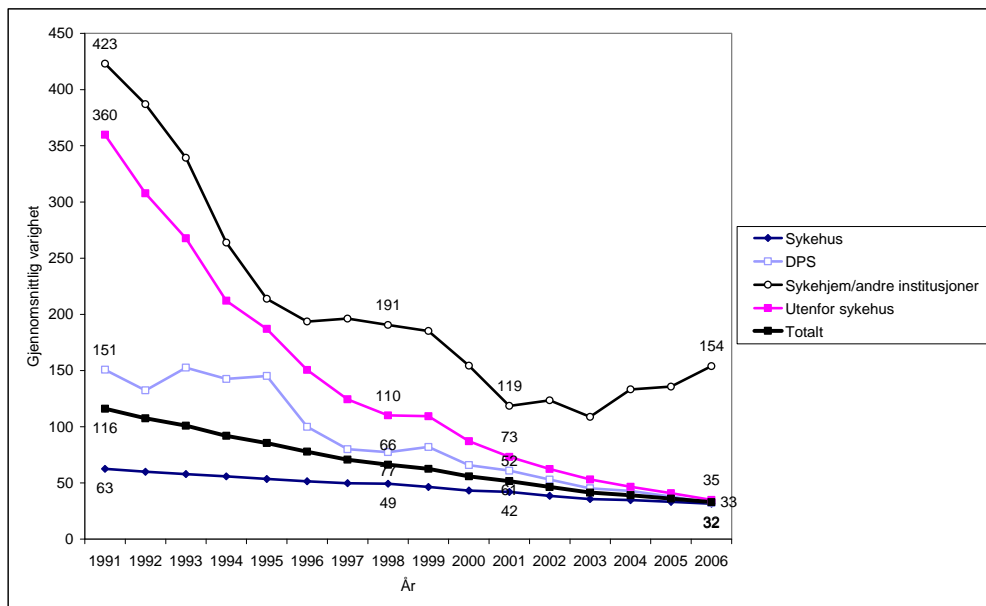
Figur 3.3 Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

Det har både i perioden 1991-98 og i opptrappingsperioden vært en formidabel vekst i antall utskrivninger. Totalt har tallet på utskrivninger økt fra 20200 i 1991 til 29100 i 1998 og 47500 i 2006. Både ved sykehusene (1070 flere utskrivninger per år), ved DPS-ene (1470 flere per år) og for institusjoner utenfor sykehus samlet (1220 flere per år) har veksten vært sterkere i opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98 da veksten var hhv. 650, 700 og 635 flere utskrivninger per år. Den prosentvise veksten ved DPS/utenfor sykehus har likevel vært svakere i opptrappingsperioden pga endret prosentueringsbasis.

Både absolutt og relativt har veksten i opptrappingsperioden vært sterkere utenfor enn innenfor sykehusene.

Som vi så i foregående avsnitt har tilgjengelighet, målt ved oppholdsøgn gått ned, både i perioden 1991-1998 og i løpet av opptrappingsperioden, mens vi i dette avsnittet har funnet det motsatte resultatet, når tilgjengelighet måles ved tallet på utskrivninger.

Disse resultatene gjenspeiler endret praksis med hensyn til oppholdenes varighet. Vi har derfor undersøkt hvordan denne har utviklet seg over tid, se figur 3.4.



Datakilder: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 3.4 Gjennomsnittlig varighet av avsluttede døgnopphold etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

For alle institusjonstyper har det vært en betydelig nedgang i den gjennomsnittlige varigheten av oppholdene. For institusjonene samlet ble gjennomsnittlig varighet redusert fra 116 døgn i 1991 til 77 døgn i 1998 til 33 døgn i 2006. Nedgangen var sterkere i perioden 1991-98 (med i gjennomsnitt 7,1 døgn per år), enn under opptrappingsperioden (4,2 døgn per år).

Nedgangen har både absolutt og relativt vært betydelig sterkere utenfor enn innenfor sykehusene. Mens institusjonene utenfor sykehusene i perioden 1991-98 samlet hadde en årlig nedgang i varigheten på 35,7 døgn/15,6 prosent, var de årlige nedgangen ved sykehusene i gjennomsnitt 2,3 døgn/3,3 prosent. I planperioden er den gjennomsnittlige årlige nedgangen utenfor sykehusene 9,4 døgn/13,4 prosent, mot 2,2 døgn/5,4 prosent ved sykehusene. I 2006 var gjennomsnittlig varighet av institusjonsoppholdene den samme ved sykehus og DPS (32 døgn).

Sykehjemmene viser en avvikende utvikling fra 2001 og utover. Dette må sees på bakgrunn av at institusjonstypen nå på det nærmeste er avviklet.

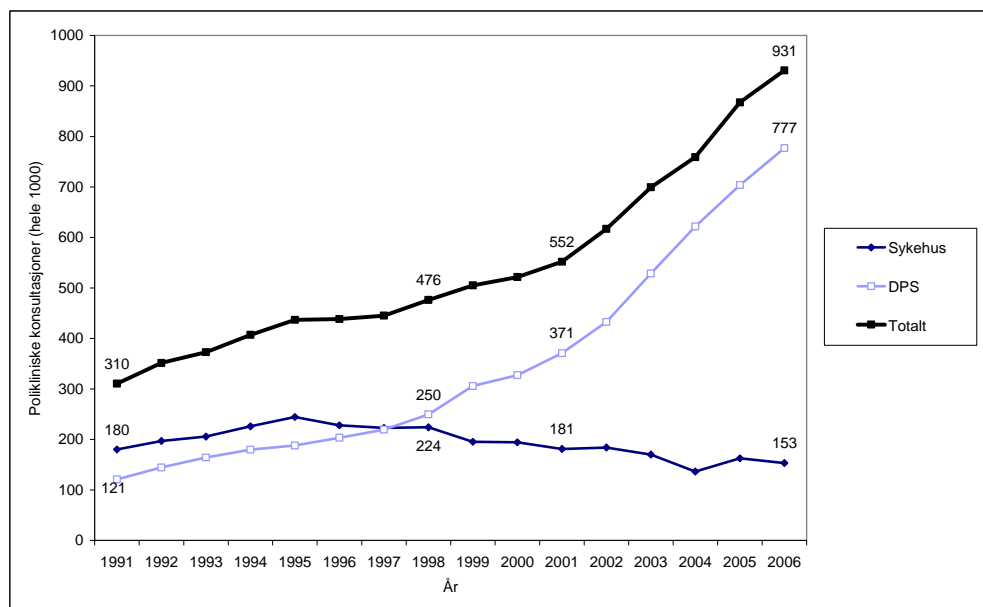
3.6 Polikliniske konsultasjoner

I følge Opptrappingsplanen skulle antall polikliniske konsultasjoner øke med 50 prosent i forhold til nivået i 1996. Dette tilsa ca 660 000 konsultasjoner ved utgangen av perioden⁶. Veksten skulle dels komme gjennom økt tilførsel av personell, dels gjennom en 50 prosent økning i antall konsultasjoner per fagårsverk.

Tabell 3.5 i tabellvedlegget viser utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner, fordelt etter type institusjon poliklinikken har vært tilknyttet. Utviklingen er fremstilt grafisk i figur 3.5.

⁶ Det er uklart om/i hvilken grad/på hvilken måte økt kapasitet hos privatpraktiserende spesialister skulle regnes med i dette tallet.

Den polikliniske virksomheten ved sykehjem/andre institusjoner har gjennom hele perioden vært ubetydelig, og er derfor utelatt fra figuren. Tabell 3.6 i vedlegget viser gjennomsnittlig årlig endring for perioden 1991-98, 1998-2006, og for perioden som helhet.



Datakilder: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 3.5 Polikliniske konsultasjoner (hele 1000) etter type institusjon poliklinikken er tilknyttet. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

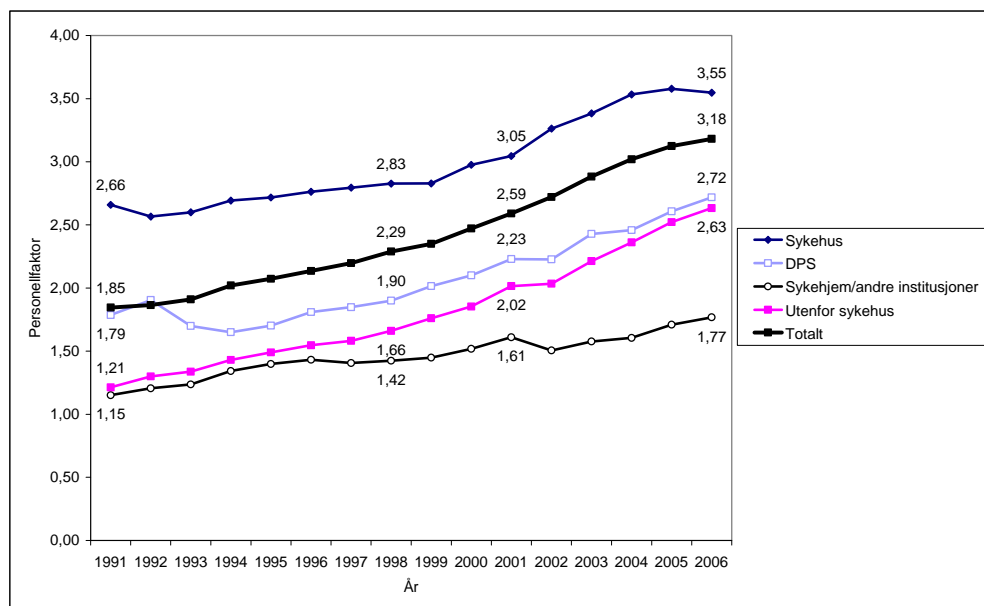
Det har både i perioden 1991-98 og i perioden 1998-2006 vært en formidabel vekst i den polikliniske aktiviteten. Veksttakten har likevel både absolutt og relativt vært sterkere i opptrappingsperioden enn i perioden 1991-98, og veksten har i sin helhet kommet ved DPS-ene.

I følge Opptrappingsplanen var målet å øke kapasiteten med 50 prosent fra 440 000 konsultasjoner i 1996 til 660 000 konsultasjoner ved utgangen av Opptrappingsperioden. Dette skulle oppnås dels gjennom tilførsel av mer personell, dels gjennom en 50 prosents økning i antall konsultasjoner per fagårsverk. Den faktiske økningen i konsultasjoner totalt så langt har vært 113 prosent. Utviklingen etter 2004 kan i noen grad være påvirket av endringer i takstsystemet for poliklinikkene (se NAV (2007): Rundskriv F01.12.2000 nr 1389). Veksten har imidlertid uansett vært langt kraftigere enn planlagt, og målet er overoppfyllt. Som vi så i kapittel 2 har en større andel av personellveksten enn opprinnelig forutsatt gått til poliklinikkene. I følge SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 (Pedersen et al 2007) har antall konsultasjoner per fagårsverk økt med seks prosent. Veksten har derfor i all hovedsak kommet gjennom økt personellinnsats.

3.7 Personellfaktor ved døgnavdelingene

I følge opptrappingsplanen var det et sentralt mål å etablere til sammen 2040 døgnplasser for aktiv behandling utenfor sykehus. En betydelig andel (om lag 2/3 av ressursøkningen, se foregående kapittel) skulle gå til dette formålet. For sykehusene var det ikke spesifisert noen økning i bemanningsfaktoren (ut over det som måtte følge av etableringen av plasser for personer som var dømt til psykisk helsevern).

Vi vil i dette avsnittet undersøke hvordan personellfaktoren (årsverk/gjennomsnittlig antall innlagte) har utviklet seg, totalt og for ulike institusjonstyper. Tabell 3.7 i vedlegget bakerst i kapitlet viser utviklingen i personellfaktoren over perioden 1991-2006, fordelt på ulike institusjonstyper. I figur 3.6 er utviklingen fremstilt grafisk. Tabell 3.8 i vedlegget viser gjennomsnittlig årlig endring for perioden 1991-98 og 1998-2006.



Datakilder: SSB, SINTEF Helse og NPR

Figur 3.6 Personellfaktor (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

Det har gjennom hele perioden vært en betydelig vekst i personellfaktoren. Samlet har denne økt fra 1,85 i 1991 til 2,29 i 1998 til 3,18 i 2006, totalt 72 prosent i for perioden 1991-2006, og 38 prosent for opptrappingsperioden alene. Veksten har både absolutt og relativt vært betydelig sterkere i opptrappingsperioden (årlig økning på 0,11 poeng/4,2 prosent) enn i perioden 1991-98 (0,06 poeng/3,1 prosent). Veksten har vært sterkere ved avdelingene utenfor enn innenfor sykehusene, både i perioden 1991-98 (0,06 poeng/4,6 prosent vs. 0,02 poeng/0,9 prosent årlig økning) og i opptrappingsperioden (0,12 poeng/5,9 prosent vs. 0,09 poeng/2,9 prosent). Den lave veksten for DPS-ene isolert i perioden 1991-98 må sees på bakgrunn av at en rekke sykehjem (med en i utgangspunktet lavere personellfaktor) ble konvertert til DPS-avdelinger i denne perioden.

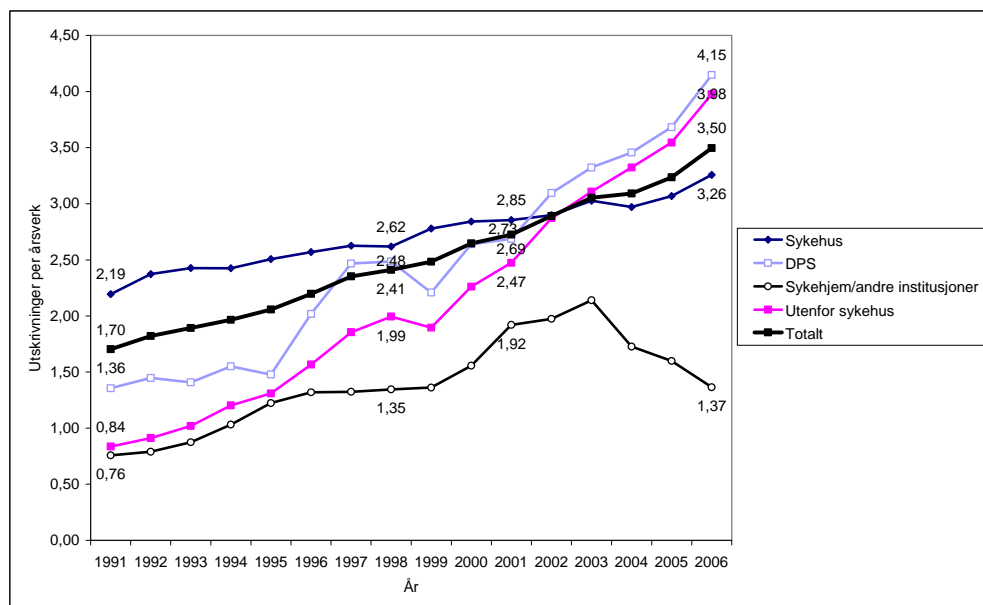
Som vi så i forrige kapittel har avdelingene utenfor sykehus hatt en vekst i personellinnsatsen på 8,4 prosent i løpet av opptrappingsperioden. Belegget ved disse avdelingene har i samme periode blitt redusert med 32 prosent. Økningen i personellfaktoren kan dermed hovedsakelig føres tilbake til redusert belegg. Til sammenligning har sykehusavdelingene hatt en økning i personellinnsatsen på 14,1 prosent, mens belegget har blitt redusert med 10,0 prosent. Veksten her skyldes altså først og fremst økt bemanning.

Som vi så i forrige kapittel har det i tillegg til økningen i personellfaktoren også vært en kraftig økning i andel personell med universitets- og høyskoleutdanning ved døgnavdelingene, og størst ved avdelingene utenfor sykehusene. Bemanningen av de gjenværende plassene har altså blitt styrket både kvantitativt og kvalitativt.

3.8 Utskrivninger per årsverk

Vi vil i dette avsnittet undersøke hvordan tallet på utskrivninger per årsverk har utviklet seg. Vi har tidligere sett at belegget har blitt redusert, men at varigheten av de enkelte opphold har blitt kraftigere redusert. Samtidig vet vi at personellfaktoren har økt. Spørsmålet blir dermed disse faktorene samlet sett slår ut på produktiviteten, målt ved utskrivninger per årsverk.

Tabell 3.9 i vedlegget bakerst i kapitlet viser produktivitetsutviklingen over perioden 1991-2006 ved døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne, fordelt etter institusjonstype. Utviklingen er fremstilt grafisk i figur 3.6 mens tabell 3.10 i vedlegget viser den gjennomsnittlige årlige endringen for perioden 1991-98, 1998-2006 og for perioden som helhet.



Datakilder: SSB, SINTEF Helse og NPR

Figur 3.7 Utskrivninger (avsluttede institusjonsopphold) per årsverk etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

For perioden som helhet har det vært en betydelig økning i produktiviteten målt ved antall utskrivninger per årsverk. Denne har økt fra 1,70 i 1991 til 2,41 i 1998 og 3,50 i 2006, dvs mer enn en dobling fra 1991 til 2006, og 45 prosent økning under opptrappingsperioden alene. Den absolutte økningen var noe kraftigere i opptrappingsperioden (0,14 poeng per år) enn i perioden 1991-98 (0,10 poeng), men de prosentvise endringene holder seg stabile (pga endret prosentueringsbasis).

Produktivitetsøkningen har vært betydelig kraftigere ved avdelingene utenfor sykehus enn ved sykehusavdelingene. Det er også ved avdelingene utenfor sykehusene vi finner kraftigere økning under opptrappingsperioden (0,25 poeng) enn i perioden 1991-98 (0,17 poeng). DPS-ene har nå passert sykehusene, målt i antall utskrivninger per årsverk. Sykehjemmene viser redusert produktivitet mot slutten av perioden. Dette må sees på bakgrunn av at dette institusjonstypen nå på det nærmeste er avvirket, og derfor er uten interesse for utviklingen på landsbasis.

3.9 Oppsummering og diskusjon

Vi har i dette kapitlet undersøkt utviklingen i behandlingsaktiviteten før og under opptrappingsperioden. Vi hevdet innledningsvis at Psykiatrimeldingen og Opptrappingsplanen snarere burde sees som en kodifisering av eksisterende endringsprosesser enn et brudd med disse. Vi har derfor i dette kapitlet søkt å undersøke om/i hvilken grad utviklingen i Opptrappingsplanen representerer et brudd den utviklingen som tidligere hadde funnet sted, eller om Opptrappingsplanen snarere bør sees som en kodifisering og videreføring av de samme utviklingstendensene.

De viktigste funnene er:

- Opptrappingsplanen la opp til å stanse nedgangen i pasientbelegget (oppholdsdøgn). På dette punktet har Opptrappingsplanen ikke lyktes. Pasientbelegget har fortsatt å synke, om enn i noe saktere tempo enn i perioden 1991-98. Nedgangen har i all hovedsak kommet ved sykehjemmene/andre institusjoner. Disse er per 2006 på det nærmeste avviklet.
- Høy beleggsprosent gjennom hele perioden antyder press på døgnavdelingene ved sykehusene. Dette kan ha påvirket varigheten av oppholdene. På tross av nedgangen i plasstallet ved de øvrige døgnavdelinger, har beleggsprosenten blitt betydelig redusert i løpet av opptrappingsperioden, og er nå betydelig lavere enn ved sykehusavdelingene. I den videre planleggingen av tjenesten bør en derfor vurdere fordelingen av plasser og/eller arbeidsoppgaver mellom sykehus og DPS.
- Tallet på utskrivinger har fortsatt å stige, og i raskere tempo i opptrappingsperioden enn i den foregående perioden. Økningen har vært kraftigere ved institusjonene utenfor sykehusene enn ved sykehusene, på tross av at det er særlig utenfor sykehusene plasstallet har blitt redusert.
- Økt antall utskrivinger gjenspeiler redusert varighet av oppholdene, og nedgangen har vært kraftigere utenfor enn innenfor sykehusene. Gjennomsnittlig varighet av oppholdene var i 2006 den samme ved sykehusavdelingene og ved DPS-avdelingene.
- Det har i opptrappingsperioden vært en kraftigere vekst i den polikliniske aktiviteten enn i perioden 1991-98. Økningen har i sin helhet kommet ved DPS-ene. Økningen har langt oversteget måltallene for Opptrappingsplanen.
- Personellfaktoren har økt betydelig i løpet av opptrappingsperioden, og kraftigere enn i perioden 1991-98. Økningen har i opptrappingsperioden vært kraftigere ved avdelinger utenfor sykehusene enn ved sykehusavdelingene. Økningen utenfor sykehus skyldes imidlertid først og fremst redusert pasientbelegg ved disse avdelingene.
- Det har i opptrappingsperioden vært en kraftigere vekst i antall utskrivinger per årsverk enn i perioden 1991-98, og økningen har vært kraftigere ved avdelingene utenfor sykehus enn ved sykehusavdelingene.

Opptrappingsplanen ser altså ut gjennomgående å videreføre og forsterke de utviklingstendenser vi så i den foregående perioden. Dette gjelder også på det punktet planen la opp til et brudd i utviklingen (døgnplasser og pasientbelegg).

Vi så i foregående kapittel at det (med unntak av den polikliniske virksomheten) bare i begrenset grad har vært en desentralisering av ressurser fra sykehus til øvrige institusjoner. Innslaget av personell med universitets- eller høyskoleutdanning har imidlertid blitt vesentlig styrket ved disse avdelingene.

På tross av begrenset økning i personellinnsatsen, er det særlig ved døgnavdelingene utenfor sykehusene vi finner de største endringene i behandlingsaktiviteten. Tallet på utskrivinger har gått vesentlig opp, og varigheten av oppholdene har blitt vesentlig redusert. Ut fra dette målet har vi dermed likevel fått en desentralisering av behandlingsaktiviteten. I tillegg har økningen i den polikliniske aktiviteten kommet ved DPS-ene.

Vedlegg: Detaljert tallgrunnlag for kapittel 3

Tabell 3.1 Gjennomsnittlig belegg (oppholdsdøgn/365) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
1991	2 837	349	3 238	3 587	6 424
1992	2 849	466	3 012	3 478	6 327
1993	2 801	731	2 617	3 347	6 148
1994	2 704	882	2 194	3 076	5 780
1995	2 684	891	2 061	2 952	5 636
1996	2 699	880	1 993	2 873	5 572
1997	2 774	1 072	1 625	2 698	5 472
1998	2 854	1 216	1 224	2 440	5 294
1999	2 888	1 288	1 052	2 340	5 228
2000	2 771	1 300	964	2 264	5 035
2001	2 714	1 398	739	2 137	4 851
2002	2 648	1 527	555	2 082	4 730
2003	2 626	1 463	495	1 959	4 585
2004	2 486	1 713	219	1 932	4 418
2005	2 460	1 669	177	1 845	4 305
2006	2 570	1 550	154	1 704	4 274

Datkilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Tabell 3.2 Gjennomsnittlig årlig endring i pasientbelegget (oppholdsdøgn/365) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
Absolutte tall					
1991-1998	2	124	-288	-164	-161
1998-2006	-35	42	-134	-92	-127
1991-2006	-18	80	-206	-126	-143
Prosent					
1991-1998	0,1	19,5	-13,0	-5,4	-2,7
1998-2006	-1,3	3,1	-22,8	-4,4	-2,6
1991-2006	-0,7	10,4	-18,4	-4,8	-2,7

Datkilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Tabell 3.3 Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
1991	16 556	846	2 793	3 639	20 195
1992	17 351	1 286	2 840	4 126	21 477
1993	17 667	1 748	2 815	4 563	22 230
1994	17 657	2 258	3 035	5 293	22 950
1995	18 284	2 241	3 517	5 758	24 042
1996	19 153	3 211	3 756	6 967	26 120
1997	20 358	4 891	3 023	7 914	28 272
1998	21 131	5 738	2 345	8 083	29 214
1999	22 700	5 733	2 073	7 806	30 506
2000	23 436	7 203	2 280	9 483	32 919
2001	23 593	8 376	2 276	10 652	34 245
2002	25 042	10 526	1 640	12 166	37 208
2003	26 885	11 808	1 662	13 470	40 355
2004	26 091	14 557	601	15 158	41 249
2005	27 015	16 025	475	16 500	43 515
2006	29 705	17 479	365	17 844	47 549

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, SINTEF Helse og Norsk pasientregister

Tabell 3.4 Gjennomsnittlig årlig økning i antall utskrivninger etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
Absolutte tall					
1991-1998	654	699	-64	635	1 288
1998-2006	1 072	1 468	-248	1 220	2 292
1991-2006	877	1 109	-162	947	1 824
Prosent					
1991-1998	3,5	31,5	-2,5	12,1	5,4
1998-2006	4,3	14,9	-20,7	10,4	6,3
1991-2006	4,0	22,4	-12,7	11,2	5,9

Datakilder: SSB, NPR og SINTEF Helse

Tabell 3.5 Polikliniske konsultasjoner (hele 1000) etter type institusjon poliklinikken er tilknyttet. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/ andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
1991	180	121	9	130	310
1992	197	144	10	155	352
1993	206	164	3	167	373
1994	226	180	1	181	407
1995	244	188	5	192	437
1996	228	203	7	210	438
1997	223	220	3	223	445
1998	224	250	3	252	476
1999	195	306	4	310	505
2000	194	327	0	327	521
2001	181	371	0	371	552
2002	184	433	0	433	617
2003	170	529	1	529	699
2004	137	622	1	622	759
2005	163	704	1	705	867
2006	153	777	1	778	931

Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Tabell 3.6 Årlig endring i antall polikliniske konsultasjoner (hele 1000) i det psykiske helsevernet for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/ andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
Absolutte tall					
1991-1998	6,2	18,4	-1,0	17,4	23,7
1998-2006	-8,8	65,9	-0,2	65,7	56,8
1991-2006	-1,8	43,7	-0,6	43,2	41,4
Prosent					
1991-1998	3,2	10,9	-16,9	9,9	6,3
1998-2006	-4,6	15,2	-16,6	15,1	8,7
1991-2006	-1,1	13,2	-16,7	12,7	7,6

Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Tabell 3.7 Personellfaktor (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/ andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
1991	2,66	1,79	1,15	1,21	1,85
1992	2,57	1,91	1,21	1,30	1,86
1993	2,60	1,70	1,24	1,34	1,91
1994	2,69	1,65	1,34	1,43	2,02
1995	2,72	1,70	1,40	1,49	2,07
1996	2,76	1,81	1,43	1,55	2,13
1997	2,80	1,85	1,41	1,58	2,20
1998	2,83	1,90	1,42	1,66	2,29
1999	2,83	2,02	1,45	1,76	2,35
2000	2,98	2,10	1,52	1,85	2,47
2001	3,05	2,23	1,61	2,02	2,59
2002	3,26	2,23	1,50	2,03	2,72
2003	3,38	2,43	1,58	2,21	2,88
2004	3,53	2,46	1,61	2,36	3,02
2005	3,58	2,61	1,71	2,52	3,12
2006	3,55	2,72	1,77	2,63	3,18

Datakilder: SSB, SINTEF Helse og NPR

Tabell 3.8 Gjennomsnittlig årlig endring i personellfaktoren (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006

	Sykehus	DPS	Sykehjem/andr e institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
Absolutte tall					
1991-1998	0,02	0,02	0,04	0,06	0,06
1998-2006	0,09	0,10	0,04	0,12	0,11
1991-2006	0,06	0,06	0,04	0,09	0,09
Prosent					
1991-1998	0,9	0,9	3,1	4,6	3,1
1998-2006	2,9	4,6	2,7	5,9	4,2
1991-2006	1,9	2,8	2,9	5,3	3,7

Datakilder: SSB, SINTEF Helse og NPR

Tabell 3.9 Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) per årsverk etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
1991	2,19	1,36	0,76	0,84	1,70
1992	2,37	1,45	0,79	0,91	1,82
1993	2,43	1,41	0,87	1,02	1,89
1994	2,43	1,55	1,03	1,20	1,97
1995	2,51	1,48	1,22	1,31	2,06
1996	2,57	2,02	1,32	1,57	2,20
1997	2,63	2,47	1,32	1,85	2,35
1998	2,62	2,48	1,35	1,99	2,41
1999	2,78	2,21	1,36	1,90	2,48
2000	2,84	2,64	1,56	2,26	2,65
2001	2,85	2,69	1,92	2,47	2,73
2002	2,90	3,10	1,97	2,87	2,89
2003	3,03	3,32	2,14	3,11	3,05
2004	2,97	3,46	1,73	3,32	3,09
2005	3,07	3,68	1,60	3,55	3,24
2006	3,26	4,15	1,37	3,98	3,50

Datakilder: SSB, SINTEF Helse og NPR

Tabell 3.10 Gjennomsnittlig årlig endring i antall utskrivninger (avsluttede døgnopphold) per årsverk etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 1991-2006.

	Sykehus	DPS	Sykehjem/andre institusjoner	Utenfor sykehus	Totalt
Absolutte tall					
1991-1998	0,06	0,16	0,08	0,17	0,10
1998-2006	0,08	0,21	0,00	0,25	0,14
1991-2006	0,07	0,19	0,04	0,21	0,12
Prosent					
1991-1998	2,6	9,0	8,5	13,2	5,1
1998-2006	2,8	6,6	0,2	9,0	4,8
1991-2006	2,7	7,7	4,0	11,0	4,9

Datakilder: SSB, SINTEF Helse og NPR

4 Flere pasienter eller bare flere døgnopphold for voksne?

Per Bernhard Pedersen og Solfrid E. Lilleeng

4.1 Innledning

Et sentralt mål for Opptreppingsplanen er å øke tilgjengeligheten til tjenestene, dels ved å bygge ut den polikliniske kapasiteten, og dels ved å gjøre døgnavdelingene om til mer aktive behandlingssteder, med tilhørende økt sirkulasjon av pasienter.

Det er fra tidligere kjent at tallet på institusjonsopphold har økt betydelig i løpet av Opptreppingsperioden, fra 34 500 opphold i 1998 til 51 700 i 2006. Økningen har vært langt kraftigere enn veksten i voksenbefolkningen (5 prosent). I utgangspunktet indikerer dette økt tilgjengeligheten til døgn tjenestene for voksne, i tråd med målsettingene for Opptreppingsplanen.

Spørsmålet er imidlertid i hvilken grad dette representerer økt tilgjengelighet også i betydningen at flere pasienter får et tilbud, eller om det snarere er et uttrykk for at de samme pasientene legges inn flere ganger (selv om også dette kan være et uttrykk for økt tilgjengelighet).

På grunnlag av pasientdata og institusjonsstatistikk vil vi i dette kapitlet forsøke å beregne dette.

4.2 Metode

Det foreligger pasientdata for døgnavdelingene for voksne som gjør det mulig å følge samme pasient innenfor samme institusjon samme år. Det er dermed også mulig å estimere gjennomsnittlig antall opphold per pasient ved samme institusjon. Disse dataene omfatter imidlertid ikke alle institusjonene, og frafallet kan være ulikt for ulike institusjonstyper og år. Gjennom institusjonsstatistikken kjenner vi imidlertid det samlede antall opphold ved de ulike institusjonstypene⁷. Ut fra gjennomsnittlig antall opphold per pasient, beregnet ut fra pasientdata, og døgnopphold, innsamlet via institusjonsstatistikken, er det dermed mulig å estimere samlet antall pasienter behandlet ved samme institusjon i løpet av det enkelte år. Det er dermed også mulig å estimere i hvilken grad økningen i tallet på opphold også representerer en økning i tilgjengelighet, målt ved antall behandlede pasienter (ved den enkelte institusjon). Dette er beregnet for årene 1998 til 2006⁸.

⁷ I SAMDATA benytter vi pasientdata fra norsk pasientregister også til produksjonen av statistikk over døgnopphold, utskrivninger mv. på institusjonsnivå, i de tilfeller denne er av tilfredsstillende kvalitet. For de øvrige institusjoner benyttes samletall, innsamlet av Statistisk sentralbyrå. Institusjonsstatistikken i SAMDATA omfatter med andre ord også data hentet direkte fra pasientdataene.

⁸ Pga konsesjonsvilkår knyttet til lagring av pasientdata, kan tilsvarende data ikke etableres for perioden fram til 1997, eller for 1999.

Tabell 4.1 viser andel av oppholdene som er dekket av pasientdata av tilfredsstillende kvalitet. Andelen varierer mellom 59 og 82 prosent avhengig av årgang.

Tabell 4.1 Døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne dekket gjennom pasientdata og opphold totalt. 1998-2006

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pasientdata	28 465	22 351	30 179	34 629	32 130	33 858	40 062	40 062
Institusjonsstatistikk	34 508	37 825	39 023	41 796	44 739	45 721	47 597	51 704
Dekningsgrad	82	59	77	83	72	74	84	77

Kilder: Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister

4.3 Resultater

Tabell 4.2 viser antall døgnopphold per år i det psykiske helsevernet for voksne i løpet av opptrappingsperioden, fordelt etter institusjonstype.

Tabell 4.2 Institusjonsopphold etter institusjonstype. Psykiske helsevernet for voksne 1998-2006

Opphold i institusjonsfil	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sykehus	23 875	25 972	26 203	27 598	29 419	28 523	29 332	32 201
DPS	6 989	8 517	9 830	12 010	13 167	16 396	17 643	18 995
Sykehjem	3 314	2 987	2 765	1 942	1 858	620	522	315
Andre	330	349	225	246	295	182	100	193
Totalt	34 508	37 825	39 023	41 796	44 739	45 721	47 597	51 704

Kilder: Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister

Som det framgår av tabellen har antall opphold økt fra 34 500 til 51 700, eller med 50 prosent i løpet av opptrappingsperioden.

Tabell 4.3 viser gjennomsnittlig antall institusjonsopphold per pasient per år, etter institusjonstype. Beregningen bygger på et utvalg av pasientdata med tilfredsstillende kvalitet, se foregående avsnitt.

Tabell 4.3 Gjennomsnittlig antall døgnopphold per pasient og institusjon etter institusjonstype. Institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sykehus	1,41	1,44	1,43	1,43	1,42	1,46	1,48	1,50
DPS	1,86	1,71	1,86	1,89	1,82	1,81	1,85	1,83
Sykehjem	1,63	1,69	1,78	1,70	1,84	1,71	1,45	1,39
Andre	1,21	1,10	1,28	1,00	1,02	1,39	1,01	1,00
Totalt	1,50	1,49	1,53	1,54	1,54	1,58	1,60	1,61
Antall opphold i utvalget	28 465	22 351	30 179	34 629	32 130	33 858	40 062	40 920

Kilde: Norsk pasientregister

Gjennomsnittlig antall opphold per pasient og institusjon i utvalget har i løpet av perioden økt fra 1,50 til 1,61, eller med syv prosent. Veksten har tilsynelatende vært sterkest ved sykehusene (fra 1,41 til 1,50 opphold per pasient, eller seks prosent), mens det tilsynelatende har vært en nedgang både ved DPS-ene og ved sykehjemmene. Dette må imidlertid sees i sammenheng med en omfattende omklassifisering og omdanning av tidligere sykehjem til avdelinger ved et DPS i løpet av perioden. For sykehjemmene og DPS-ene samlet har det også vært en svak økning, fra 1,78 til 1,82, eller tre prosent i antallet opphold per pasient. Ettersom DPS-ene gjennom hele perioden har hatt flest opphold per pasient, og ettersom andelen opphold ved DPS har økt fra 20 prosent i 1998 til 36 prosent i 2006, er den prosentvise økningen i antall opphold per pasient samlet sett sterkere enn den prosentvise økningen for hver av institusjonstypene.

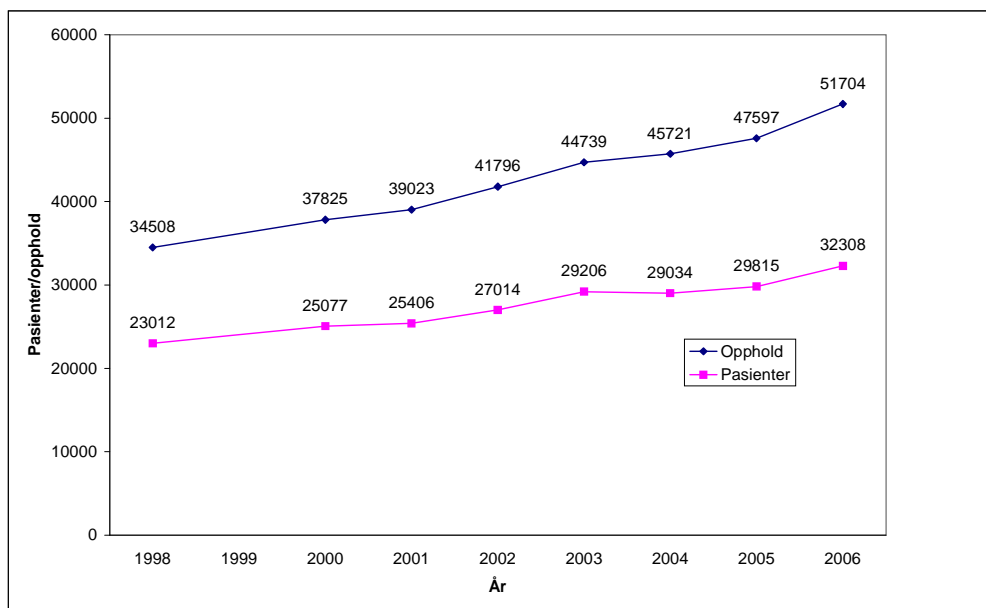
Med utgangspunkt i antall opphold fordelt etter institusjonstype (tabell 4.2), og antall opphold per pasient fordelt etter institusjonstype (tabell 4.3), kan antall pasienter per institusjon per år estimeres. Dette er gjort i tabell 4.4. I tabellen har vi også estimert antall opphold per pasient (vektet etter fordeling mellom institusjonstype).

Tabell 4.4 Estimerte antall døgnpasienter per institusjon etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. 1998-2006

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sykehus	16 944	17 997	18 382	19 284	20 656	19 487	19 806	21 519
DPS	3 759	4 992	5 292	6 344	7 250	9 053	9 549	10 369
Sykehjem	2 036	1 770	1 556	1 140	1 011	363	361	227
Andre	272	318	175	246	289	131	99	193
Totalt	23 012	25 077	25 406	27 014	29 206	29 034	29 815	32 308
Vektete opphold per pasient	1,50	1,51	1,54	1,55	1,53	1,57	1,60	1,60

Antall døgnpasienter per institusjon per år har totalt sett økt fra 23 000 til 32 300, eller med 40 prosent, mens antall opphold per pasient har økt fra 1,50 til 1,60, eller med 7 prosent.

Utviklingen i antall institusjonsopphold og antall pasienter per år per institusjon er fremstilt grafisk i figur 4.1.



Figur 4.1 Døgnopphold og døgnpasienter per institusjon per år. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006.

4.4 Diskusjon og konklusjon

Antall døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne har i løpet av opptrappingsperioden 1998-2006 økt med 50 prosent. Vi har i dette kapitlet undersøkt om dette gjenspeiler økt tilgjengelighet til døgnbehandling i betydningen at flere pasienter får ett tilbud, eller om det snarere representerer økt tilgjengelighet i betydningen at de samme pasientene får flere opphold. Antall opphold per pasient per institusjon har i perioden økt med syv prosent, mens antall pasienter per institusjon i samme periode har økt med 40 prosent. Veksten i antall døgnopphold synes dermed hovedsakelig å representere en økning i tilgjengeligheten til tjenesten, målt ved antall pasienter.

Det knytter seg to forbehold til denne konklusjonen:

For det første: Beregningen av antall opphold per pasient per år bygger på et ikke-representativt utvalg av pasientdata. Det kan hende institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet avviker fra øvrige institusjoner med hensyn til antall opphold per pasient. En kan også tenke seg at skjevheten har endret seg i løpet av perioden. Imidlertid synes resultatene å være rimelig konsistente over tid.

For det andre: Beregningen tar ikke hensyn til institusjonsoverflyttinger og pasienter som av andre årsaker har vært innlagt ved flere institusjoner i løpet av året. Det reelle antallet døgnpasienter vil derfor være lavere enn pasienttallet (per institusjon per år) som vi har estimert. Gjennom opptrappingsplanen har det vært en målsetting å etablere sammenhengende behandlingsskjeder og –nettverk. En konsekvens av dette vil sannsynligvis være en økning i antallet institusjonsoverføringer. På den andre siden har mange institusjoner blitt slått sammen til større enheter. Dette vil kunne trekke i motsatt retning. Sett på bakgrunn av den betydelige økningen i antall pasienter per institusjon, kan økning i tallet på pasienter som har vært innlagt ved flere institusjoner neppe endre hovedkonklusjonen: At det har vært en betydelig bedring av tilgjengeligheten til døgn-tjenester for voksne (målt ved antall pasienter) i løpet av opptrappingsperioden.

5 Reinnleggelser i psykisk helsevern for voksne 2000 og 2006

Solfrid E. Lilleeng

5.1 Innledning

Som vi så i kapittel 3 har det i løpet av opptrappingsperioden vært en betydelig nedgang i den gjennomsnittlige varigheten av institusjonsoppholdene. Som vi så i foregående kapittel, har det også vært en økning i det gjennomsnittlige antallet opphold per pasient (ved samme institusjon). Det har vært hevdet at økt antall opphold per pasient er et uttrykk for redusert kvalitet på behandlingen; varigheten av døgnoppholdene har blitt presset for langt ned og pasientene blir skrevet ut for tidlig, med økt hyppighet av gjeninnleggelser som resultat ("svingdørspasienter"). Dette behøver imidlertid ikke være tilfelle. Hvis et langvarig opphold erstattes av flere kortvarige opphold kan dette være i samsvar både med politiske retningslinjer og gode faglige behandlingsprinsipper.

Økt omfang av gjeninnleggelser innen kort tid *kan* imidlertid tolkes som et uttrykk for at utskrivningen skjedde for tidlig, spesielt hvis innleggelsen skjedde som ø-hjelp.

I dette kapitlet vil vi derfor undersøke endringer i omfanget av ny innleggelse i løpet av kort tid (31 dager) totalt og som øyeblikkelig hjelp, i løpet av opptrappingsperioden. Analysen vil bli basert på data fra et utvalg institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet for årene 2000⁹ og 2006. Formålet vil være å undersøke om/i hvilken grad en har hatt en økning i forekomsten av slike reinnleggelser i perioden. Pasientdataene gjør det ikke mulig å følge pasientene på tvers av institusjoner eller over år. Analysen vil derfor være avgrenset til reinnleggelser ved samme institusjon samme år.

En rekke faktorer vil kunne påvirke sannsynligheten for ny innleggelse i løpet av kort tid, heretter omtalt som reinnleggelser. Dette omfatter både egenskaper ved pasienten (kjønn, alder, diagnose, alvorlighetsgrad) og kjennetegn ved behandlingssystemet (bl.a. varigheten av foregående opphold, kapasitet i spesialisthelsetjenesten, tilbud i primærhelsetjenesten). Vi vil derfor også undersøke bi-variate og multivariate sammenhenger mellom kjønn, alder, diagnose, varigheten av foregående opphold og forekomsten av reinnleggelser. Flere indikatorer hadde vært ønskelig, men muligheten er begrenset av de tilgjengelige data.

Opprettelsen av DPS-ene representerer en endret arbeids- og funksjonsfordeling mellom avdelingene innenfor og utenfor sykehusene. DPS-ene skulle gi et mer pasientnært tilbud som i større grad skulle kunne realisere rask tilbakeføring av pasienter til sitt kjente miljø og vanlig virksomhet. DPS-ene har også ansvar for akutt- og krisetjenester og spesialisert utredning og behandling. DPS-ene skulle være det psykiske helsevernets "lokalsykehusfunksjon" (Sosial- og helsedirektoratet, IS-1388, 2006). Sykehusavdelingene skulle ivareta mer spesialiserte funksjoner, samt akuttinnleggelser. I hvilken grad en har fått en slik arbeidsfordeling mellom sentraliserte sykehusfunksjoner og DPS, vil imidlertid variere mellom helseforetak og regioner. Det samme gjelder grad av samarbeid mellom sykehus og

⁹ Pga konsesjonsvilkår knyttet til pasientdataene (sletting av pasientnummer), er år 2000 første årgang som kan analyseres.

DPS i denne funksjonsfordelingen. Slike faktorer kan ikke belyses i denne analysen, ettersom vi ikke kan følge pasienten mellom sykehus og tilhørende DPS-er. Det vi kan belyse er hvilke utslag endret funksjonsfordelingen gir for forekomsten av reinnleggelser i ulike institusjonstyper.

Materialet som ligger til grunn for kapittelet er beskrevet i kapittel 5.2 og tabell 5.12 i vedlegget bakerst i kapitlet. Definisjoner, metoder og datagrunnlag, som ligger til grunn for analysene, er kort beskrevet i kapittel 5.2.

Kapittel 5.3 omhandler pasientpopulasjonen ved sykehus og andre institusjoner i 2000 og 2006. Populasjonen omtales på bakgrunn av informasjon om alder og kjønn samt den angitte hoveddiagnosen knyttet til oppholdene.

Kapittel 5.4 omhandler forholdet mellom pasienter og institusjonsopphold. Her relateres forekomsten av gjentatte opphold for pasientene som mottar døgnbehandling i løpet av tidsvinduet på ett kalenderår.

Kapittel 5.5 omhandler reinnleggelse innen 31 dager ved sykehus og andre institusjoner i 2000 og 2006. I tillegg til å relatere oppholdene til pasientene ser vi også på avstanden mellom oppholdene og anslår forekomsten av gjeninnleggelser innen 31 dager etter utskrivning.

I kapittel 5.6 er endringer i varighet av opphold ved sykehus og DPS i perioden 2000-2006 sett i sammenheng med varighetens potensielle betydning for reinnleggelse innen 31 dager.

Kapittel 5.7 omhandler reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp ved sykehus i 2000 og 2006.

5.2 Metode og datagrunnlag

5.2.1 Datagrunnlag

Analysene i dette kapitlet bygger på pasientdata for døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne i 2000 og 2006. Disse dataene innrapporteres årlig til Norsk pasientregister. Innrapporteringen er imidlertid ikke fullstendig. På grunn av manglende rapportering med hensyn til deler eller hele virksomheten ved enkelte institusjoner har man ennå ikke nasjonale pasientdata for psykisk helsevern for voksne.

Analysen er derfor avgrenset til et utvalg institusjoner med tilnærmet komplett rapportering med hensyn på volumet av virksomheten når det gjelder utskrivninger og oppholdsdøgn både i 2000 og 2006. Utvalget utgjør 32 institusjoner hvorav 14 av institusjonene er sykehus. Av de 18 DPS-er som er inkludert i materialet i 2006, har 6 endret status fra sykehjem til DPS i løpet av perioden 2000-2006. Av sykehusenes døgnvirksomhet er om lag halvparten av kapasiteten representert i utvalget. Når det gjelder døgntilbudet utenfor sykehusene er kun en femtedel av virksomheten representert i utvalget.

Materialet er tilpasset å skulle kunne belyse endringer fra 2000 til 2006. Av den grunn inngår, så langt det har vært mulig å kontrollere for dette, kun institusjoner som er sammenlignbare med hensyn på døgnvirksomheten de to år. Materialet er også avgrenset til pasienter som er 18 år eller eldre.

Pasientene kan kun følges gjennom ett kalenderår og ved samme institusjon. Når begrepet pasient benyttes her er det altså pasient innen samme institusjon. Samme person blir her oppfattet som en ny pasient dersom han/hun også får behandling ved en annen institusjon.

Omorganiseringer og sammenslåing av institusjoner vil påvirke etableringen av institusjonsopphold. Når to institusjoner slås sammen organisatorisk, vil eventuelle overføringer av pasienter mellom de tidligere separate institusjonene knyttes sammen i ett institusjonsopphold, mens de tidligere ble registrert som to ulike opphold. Personer som overføres eller reinnlegges ved en annen institusjon vil da bli betraktet som en ny pasient. Dette gjør at innleggelsen ved den andre institusjonen ikke betraktes som en ny innleggelse for denne

personen. Reinnleggelsesanalyser på pasientnivå, uavhengig av institusjonsinndeling og hvor samarbeid og rollefordeling mellom sykehus og DPS kan tas hensyn til, vil først være mulig med det personentydige registeret som er under etablering ved Norsk pasientregister.

De innrapporterte dataene er tidvis mangelfulle når det gjelder registrering av diagnose. Datamaterialet som ligger til grunn for analyser basert på informasjon om diagnose, er avgrenset til et eget underutvalg med relativt tilfredsstillende registrering av diagnose både i 2000 og 2006. Kravet for inklusjon i underutvalget var at minst 60 prosent av utskrivningene var registrert med en diagnose. Dette omfatter 20 av de 32 institusjonene i utvalget. Underutvalget utgjør tre fjerdedeler av det opprinnelige sykehusutvalget og under halvparten av det opprinnelige DPS-utvalget.

Utvalget som presenteres i dette kapitlet er altså ikke et tilfeldig utvalg. Det er basert på et utvalg institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet og sammenlignbarhet med hensyn på rapportering av pasientdata i 2000 og 2006. Det er imidlertid ingen grunn til å anta at omfanget av reinnleggelser skulle være større eller mindre ved de institusjonene som har levert data av tilfredsstillende kvalitet enn ved de øvrige institusjonene.

Diagnosegruppene er basert på kategorisering av hoveddiagnoser kodet ved ICD10:

- Organiske lidelser (ICD-10: kap F0-09)
- Stoffrelaterte lidelser (ICD-10: kap F10-19)
- Schizofrenier (ICD-10: kap F20-29)
- Affektive lidelser (ICD-10: kap F30-39)
- Nevrotiske lidelser (ICD-10: kap F40-49)
- Fysiske atferdssyndromer (ICD-10: kap F50-59)
- Personlighetsforstyrrelser (ICD-10: kap F60-69)
- Andre diagnoser fra kap F (ICD-10: kap F70-99)
- Andre diagnoser fra de øvrige kapitler i ICD10

Pasientsammensetningen ved institusjonene i utvalget er beskrevet i kapittel 5.3.

5.2.2 Sannsynligheten for reinnleggelse eller reinnleggelsesraten.

Ved beregning av reinnleggelsesrater tar vi først utgangspunkt i institusjonsoppholdene. Det er ingen informasjon i institusjonsoppholdene som knytter disse sammen i behandlingsserier, men man antar at ny innleggelse kort tid etter utskrivning sannsynligvis er knyttet til samme behandlingsserie. Ulike tidsintervall kan velges som grunnlag for beregning av reinnleggelsesrater (Heggstad og Lilleeng; 2003). Forekomsten av reinnleggelser er høyest rett etter utskrivning og flater ut etter to uker (Heggstad og Lilleeng; 1996).

Man antar imidlertid at ny innleggelse innen 31 dager etter utskrivning med stor sannsynlighet er knyttet til samme behandlingsserie som det foregående oppholdet. På bakgrunn av denne antagelsen lenkes institusjonsopphold sammen til *behandlingsepisoder* når avstanden mellom utskrivning og ny innleggelse er mindre eller lik 31 dager. Det første oppholdet i en behandlingsepisode kaller vi *indeksopphold*. Behandlingsepisoden kan bestå av ett enkelt opphold eller indeksopphold etterfulgt av en eller flere reinnleggelser. Samme pasient kan også ha en eller flere behandlingsepisoder.

Når indeksoppholdet ikke er avsluttet innen utgangen av året, kan ikke eventuell reinnleggelse observeres for dette oppholdet. Uavsluttede indeksopphold utgår derfor ved beregning av sannsynligheten for reinnleggelse. Reinnleggelsesraten eller sannsynligheten for reinnleggelse innen 31 dager estimeres her som andelen av behandlingsepisodene hvor indeksoppholdet etterfølges av ny innleggelse innen 31 dager etter utskrivning (Heggstad og Lilleeng 1996). Reinnleggelsesraten basert på reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp,

beregnes som andelen av behandlingsepisodene hvor indeksoppholdet etterfølges av en øyeblikkelig hjelp innleggelse.

Dette er bare én av flere metoder for å estimere den underliggende sannsynligheten for reinnleggelse i psykisk helsevern. Flere svakheter er knyttet til denne fremgangsmåten. For det første er tidsvinduet på ett kalenderår en begrensning fordi mange døgnopphold i voksenpsykiatrien har lang varighet. For det andre er ikke estimatet korrigert for at man ikke kan observere reinnleggelser i løpet av fulle 31 dager etter utskrivning når utskrivningen har funnet sted i desember. For det tredje kan samme person opptre med flere behandlings-episoder og introduserer en avhengighet mellom observasjonene. For det fjerde er estimatet ikke korrigert med hensyn på personer som er døde og som av den grunn ikke lenger kan bidra med reinnleggelser. Begrensninger i det tilgjengelige pasientdatamaterialet gjør at man ikke kan korrigere fullt ut for disse forhold før personentydige pasientdata foreligger.

Sannsynligheten for reinnleggelse er analysert ved binære logistiske regresjonsmodeller. En simultan modell er benyttet for å avdekke nivåforskjeller mellom diagnosegruppene. For å identifisere signifikante faktorer for sannsynligheten for reinnleggelse, er modeller estimert for hver diagnosegruppe. Forklaringsfaktorer i modellene er: alder (10 års grupper), kjønn, institusjonstype (sykehus, BOB/DPS og SHJ/DPS) og årgang (2000 eller 2006). I de siste to avsnittene er varighet av indeksoppholdet også tatt inn i modellene og varighet er i denne sammenhengen kategorisert i følgende kategorier: 0-8 dager, 9-30 dager, 31-90 dager og 90 dager eller mer. Sammenligninger av liggetidsfordeling og median varighet for reinnlagte versus ikke reinnlagte er gjort ved hhv Kolmogorov-Smirnovs touthvalgstest og Mann-Whitney Test.

Signifikante faktorer fra modellene ligger til grunn for de diagnosespesifikke resultater som kommenteres i teksten, mens figurene er basert på ukorrigerede rater. Signifikansnivå på fem prosent anvendes i alle testene.

5.2.3 Oversikt over institusjonsopphold, pasienter og behandlingsepisoder.

Materialet med de 32 institusjonene er tilrettelagt for å kunne belyse ulike forhold vedrørende sammenhenger mellom opphold og pasienter. Når forholdet mellom opphold og pasient skal belyses inngår alle opphold ved institusjonene og korresponderende pasientkarakteristika er beskrevet ved analyser av alle pasientene som har fått døgntilbud ved institusjonene. Utvalget på 20 institusjoner, som har relativt god diagnoserapportering i sine pasientdata, er benyttet for å beskrive forhold knyttet til pasientsammensetningen. Når vi krever en viss kompletthet med hensyn på diagnoserapportering i pasientdata, er det kun 11 av de 14 sykehus som oppfyller kravet begge år. Blant de øvrige institusjonene står vi imidlertid igjen med kun halvparten av institusjonene vi hadde i utgangspunktet. Materialet som ligger til grunn for analyser basert på de ulike diagnosegruppene er dermed betydelig redusert i forhold til det totale volum de to årganger. Dette betyr at presisjonen i estimatene for de underliggende sannsynligheter for reinnleggelse vil være redusert og at de absolutte tall vil være mindre interessante. De signifikante forskjeller som omtales i kapittelet er imidlertid like fullt viktige og relevante, da faktorer med betydning for reinnleggelsesnivået ikke er knyttet til egenskaper ved institusjonene. Oversikt over utvalgene og analyseenheterne er presentert i tabell 5.1.

Institusjonene er gruppert i tre kategorier:

- Sykehus: Institusjoner som er sykehus både i 2000 og i 2006.
- BOB->DPS: Institusjoner som i 2000 kalles bo og behandlingssentra (BOB) og som i 2006 har betegnelsen distriktpsikiatriske sentra (DPS).
- SHJ->DPS: Institusjoner som i 2000 var psykiatriske sykehjem (SHJ) og som i 2006 var blitt distriktpsikiatriske sentra (DPS).

Tabell 5.1 Utvalgene som benyttes for analyser av opphold versus pasient og reinnleggelser. Antall pasienter, antall institusjonsopphold og antall behandlingsepisoder. Etter type institusjon. 2000 og 2006.

Utvalget - 32 institusjoner	Sykehus (N=14)		Bo- og behandlingssentra -> DPS (N=12)		Sykehjem-> DPS (N=6)	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Institusjonsopphold	12 564	14 892	1 507	2 812	550	1 763
Pasienter	8 731	10 120	882	1 507	362	878
Behandlingsepisoder	9 671	11 513	954	1 982	356	1 232
Pasienter	7 968	9 452	736	1 411	254	832
Utvalget med diagnoseinformasjon- 20 institusjoner	Sykehus (N=11)		Bo- og behandlingssentra -> DPS (N=5)		Sykehjem-> DPS (N=4)	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Institusjonsopphold	9 873	11 314	506	861	368	1 342
Pasienter	6 803	7 553	391	616	236	660
Behandlingsepisoder	7 548	8 626	357	700	236	934
Pasienter	6 193	7 013	301	564	169	635

5.3 Pasientene i 2000 og i 2006

I løpet av perioden 2000 til 2006 har det skjedd endringer i pasientpopulasjonen som får behandlingstilbud ved de ulike institusjonstypene. Vi vil her se på alder, kjønn og diagnose for pasientene.

Ved sykehusene utgjør andel kvinner som mottar behandling 52 prosent av pasientene i 2000. Kvinner utgjør en noe større andel av pasientene som behandles ved de andre døgninstitusjonene; 57 prosent ved bo- og behandlingssentra, mot 53 prosent ved sykehjem. Kjønnfordelingen i pasientpopulasjonen ved de tre institusjonstypene er tilnærmet uendret fra 2000 til 2006.

Aldersfordelingen for menn og kvinner er signifikant forskjellige ved sykehus og bo- og behandlingssentra. Videre har aldersfordelingen endret seg for både menn og kvinner i perioden 2000 til 2006, ved alle de tre institusjonskategoriene.

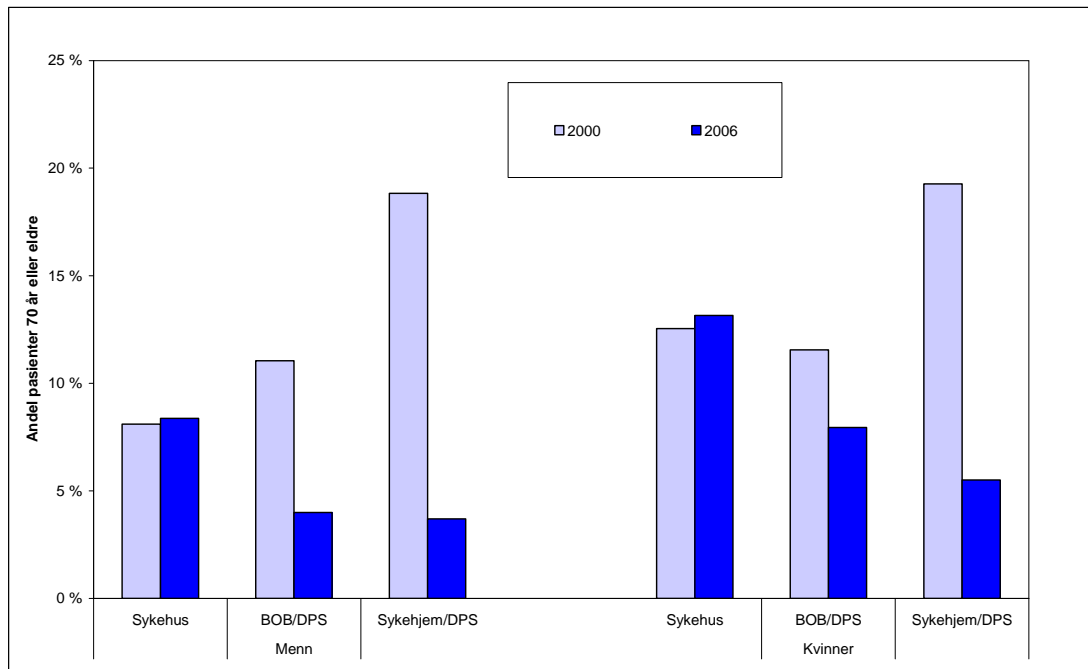
Median alder for menn behandlet ved sykehusene har økt fra 38 år til 40 år i perioden. Ved bo- og behandlingssentraene har median alder gått ned fra 45 til 43 år. Den største endringen i alder har funnet sted ved sykehjem hvor median alder er redusert fra 48 til 42 år. Også for kvinner har median alder økt ved sykehusene, fra 41 år i 2000 til 43 år i 2006. Ved bo- og behandlingssentra har median alder for kvinner gått ned fra 48 til 45 år og ved sykehjemmene er median alder redusert fra 51 til 42,5 år.

Tabell 5.2 Diagnosefordelingen blant pasientene i 2000 og 2006. Utvalg basert på 20 institusjoner med tilfredsstillende diagnosedata. Etter type institusjon. 2000 og 2006. Prosent.

	Sykehus		BOB/DPS		Sykehjem/DPS	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Organiske lidelser	5	6	3	1	14	2
Stoffrelaterte lidelser	14	15	4	4	2	11
Schizofrenier	24	20	33	25	40	24
Affektive lidelser	27	30	35	36	11	28
Nevrotiske lidelser	10	12	10	19	3	18
Fysiske atferdssyndromer	1	1	0	0	1	1
Personlighetsforstyrrelser	10	7	12	10	8	13
Andre diagnoser kap V ICD10	3	3	2	4	1	2
Andre kap ICD10	7	7	1	2	20	2
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall institusjonspasienter totalt	6 803	7 553	391	616	236	660
Mangler diagnose	1 153	1 232	99	84	39	50

Pasientsammensetningen har endret seg noe fra 2000 til 2006 i dette materialet. Ved de institusjonene som har endret behandlingsprofil siden 2000, er det også grunn til å forvente en endring i diagnosesammensetning. Sykehjemspasientene er i 2006 erstattet av andre pasientgrupper. Som det fremgår av tabell 5.2, er andel pasienter med schizofrenier er redusert, mens andel pasienter med affektive lidelser og nevrotiske lidelser har økt i perioden. Personlighetsforstyrrelser utgjør over 10 prosent av pasientene ved DPS-ene, mens andelen er redusert fra 10 til 7 prosent blant pasientene ved sykehusene. Ruslidelser utgjør 15 prosent av pasientene ved sykehusene i 2006. Ved de DPS-ene, som i 2000 var sykehjem, er det særlig pasienter med ruslidelser som har fått økt fokus, etter diagnose-rapporteringen å dømme.

Den mest åpenbare endringen i behandlingstilbudet fra 2000 til 2006 består i omorganiseringen av døgntilbudet utenfor sykehusene. Både ved sykehjemmene og bo- og behandlingssentrene var pasientene eldre sammenlignet med pasientene behandlet ved sykehusene i 2000. De eldste pasientene befant seg ved sykehjemmene, i underkant av 20 prosent av pasientene var over 70 år. Ved bo- og behandlingssentrene var også pasientene eldre enn ved sykehusene. Selv om andel pasienter på 70 år og eldre utgjorde om lag ti prosent ved begge institusjonskategoriene, så var median alder høyere ved bo- og behandlingssentrene. Figur 5.1 viser andel pasienter på 70 år og eldre i 2000 og 2006 ved de ulike institusjonstypene. Nedgangen i andel pasienter som er 70 år og eldre er markert ved både BOB/DPS OG sykehjem/DPS når vi sammenligner de to årgangene. Mens det er relativt liten forskjell mellom kvinner og menn i gruppen 70 år og eldre i 2000, ser vi at det er eldre menn som i størst grad har mistet døgntilbud gjennom etableringen av det distrikts-psykiatriske behandlingstilbudet. Sett i lys av at det har skjedd en betydelig økning i antall pasienter som får et tilbud i perioden 2000-2006, betyr det altså ikke at det er færre pasienter som nå får et tilbud. Men i og med at antall døgnplasser er redusert siden 2000, er det likevel sannsynlig at døgntilbudet målt i oppholdsdøgn er redusert for denne pasientgruppen.



Figur 5.1 Andel pasienter som er 70 år eller eldre. Sykehus, BOB/DPS og sykehjem/DPS. 2000 og 2006.

Blant de eldre pasientene er det organiske lidelser som dominerer pasientpopulasjonen ved sykehjemmene mens affektive lidelser er den største pasientgruppen ved bo- og behandlingssentraene. Ved sykehusene har en stor del av de eldre pasientene organiske lidelser, både i 2000 og 2006. Denne diagnosegruppen er nærmest fraværende ved DPS-ene i 2006. De eldre som får døgntilbud ved DPS-ene er dominert av pasienter med affektive lidelser i 2006 og dette gjelder særlig kvinner.

Tabell 5.3 Alder og kjønn etter diagnosegruppe. Pasienter. 2006. Utvalg basert på 21 institusjoner med tilfredsstillende diagnosedata.

Hoveddiagnosegrupper	Sykehus				DPS			
	Andel menn (%)	Alder			Andel menn (%)	Alder		
		Q ₁ ¹⁾	Median	Q ₃ ¹⁾		Q ₁ ¹⁾	Median	Q ₃ ¹⁾
ICD10 kap V								
Organiske lidelser	45	69	78	83	67	35	48	59
Stoffrelaterte lidelser	66	26	35	46	61	32,25	41,5	51
Schizofrenier	60	30	41	51	54	34	44	53
Affektive lidelser	40	34	45	58	39	38	49	60
Nevrotiske lidelser	40	29	39	49	37	29	40	51
Fysiske atferdssyndromer	6	21,75	26	36	14	21	33	39
Personlighetsforstyrrelser	35	26	34	43	26	31	39	48
Andre diagnoser kap V	53	22	30	39	55	27	35	45
Andre kap ICD10	52	27	44	69	43	29	43	59
Mangler diagnose	49	29	42	59	44	30,75	44	54,25
Totalt	49	30	41	55	44	33	44	54
Antall pasienter	N=7553				N=1276			

1) Q₁ er første kvartil og Q₃ er tredje kvartil i aldersfordelingen. Første kvartil er maksimum alder for den fjerdedelen av pasientpopulasjonen som er yngst mens tredje kvartil er minimum alder for den fjerdedelen av pasientpopulasjoner som er eldst.

Alder og kjønn innen diagnosegruppene basert på pasientdata fra 2006, er presentert i tabell 5.3. Mens kvinner utgjør mer enn halvparten av pasientene med affektive og nevrotiske lidelser samt personlighetsforstyrrelser, er det flest menn som får rusdiagnose og schizofrenidiagnose. Ved sykehusene er andel menn høyere enn ved DPS-ene for de aller fleste diagnosegruppene. Pasientene ved sykehusene er yngre sammenlignet med pasientene som behandles ved DPS-ene. Med unntak av pasienter med organiske lidelser og diagnoser fra andre kapitler i ICD10 er dette et gjennomgående mønster.

5.4 Forholdet mellom opphold og pasient

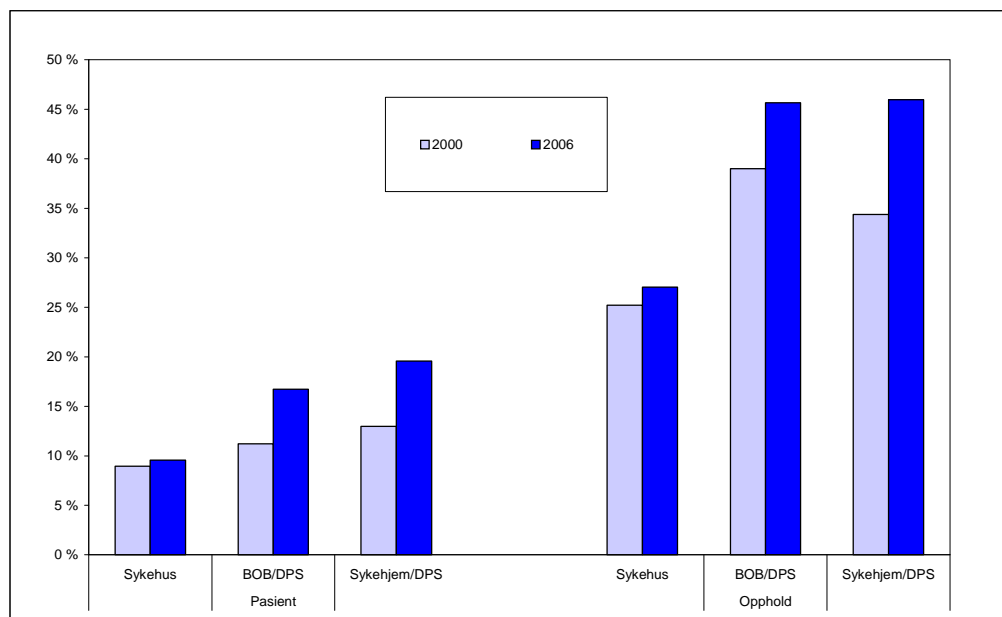
5.4.1 Endringer i antall opphold og antall pasienter

Totalt 11 695 pasienter mottok behandlingstilbud ved døgnhetene i utvalget i 2006. Antall pasienter ved disse institusjonene hadde økt med 17 prosent fra 2000. Pasientene genererte 19 637 døgnopphold i 2006. Økningen i antall opphold fra 2000 utgjorde 34 prosent. For sykehusene utgjorde økningen i pasienter og opphold henholdsvis 9 og 19 prosent. For DPS som i 2000 ble klassifisert som bo- og behandlingssentra var økningen i antall pasienter på 60 prosent, mens antall opphold økte med hele 89 prosent. Disse institusjonene utgjør om lag 70 prosent av behandlingstilbudet utenfor sykehusene i dette utvalget. Den resterende virksomheten finner sted ved sykehjem hvor pasientantallet er blitt mer enn fordoblet og antall opphold har blitt mer enn tredoblet i perioden. Samtidig med økningen i aktivitet har antall døgnplasser blitt redusert med omtrent ti prosent i løpet av disse seks årene.

Tabell 5.4 Andel pasienter og andel døgnopphold etter kategorier av antall opphold per pasient. Etter type institusjon. 2000 og 2006. Prosent.

Antall opphold pr pasient	Andel av pasientene				Andel av institusjonsoppholdene			
	Sykehus		Andre institusjoner		Sykehus		Andre institusjoner	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
1	74	73	74	64	52	50	45	33
2	17	17	15	18	23	23	18	19
3	5	5	7	6	11	10	12	10
4	2	2	2	4	5	6	5	8
5	1	1	1	2	3	3	3	6
6	1	1	1	2	2	3	2	5
>6	1	1	1	3	4	5	15	18
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
N	8 731	10 120	1 244	2 385	12 564	14 892	2 057	4 575

Ved sykehusene utgjør pasienter med enkeltopphold tre fjerdedeler av pasientpopulasjonen og halvparten av døgnoppholdene. Ved de øvrige institusjonene har andel pasienter med enkeltopphold blitt redusert i perioden 2000 til 2006. Følgelig har andel pasienter med flere opphold økt og det spesielle ved disse institusjonene er at en liten gruppe pasienter som har hatt flere enn 6 opphold i løpet av året, står for hhv 15 og 18 prosent av alle døgnopphold i 2000 og 2006.



Figur 5.2 Andel pasienter med flere enn to opphold og andelen av alle opphold som er knyttet til disse pasientene. Sykehus, BOB/DPS og sykehjem/DPS. 2000 og 2006.

Som figur 5.2 viser, har andelen av pasientene som mottar flere enn 2 opphold økt fra 2000 til 2006. Dette har skjedd ved både sykehus og ved de øvrige institusjonene. Spesielt har økningen vært stor ved DPS-ene, uavhengig av hvorvidt de i 2000 var sykehjem eller bo og behandlingssentra. Sykehjem hadde færre opphold knyttet til fleroppholdspasientene sammenlignet med bo- og behandlingssentra i 2000, men i 2006 gjenfinnes ikke en slik forskjell.

Pasienter med mer enn to sykehusopphold er yngre enn pasientene som har inntil to institusjonsopphold. Dette gjelder pasienter både ved sykehus og andre institusjoner.

Pasienter med få opphold mangler diagnose i større grad enn pasienter med flere opphold. Hele 30 prosent av pasientene med inntil 2 opphold mangler diagnose i 2000 materialet og skaper usikkerhet i forhold til diagnosefordeling for denne pasientgruppen. Om man betrakter de angitte diagnosene som representative for også de som mangler diagnose, tyder det på at pasientene som har flere opphold i større grad gjelder pasienter med schizofrenier og personlighetsforstyrrelser. Spesielt øker andelen pasienter med personlighetsforstyrrelser proporsjonalt med antall døgnopphold pasientene har. Videre er det pasienter under 50 år og pasienter behandlet utenfor sykehusene som mottar flere døgnopphold i løpet av et kalenderår.

5.5 Reinnleggelse innen 31 dager etter utskrivning

5.5.1 Innledning

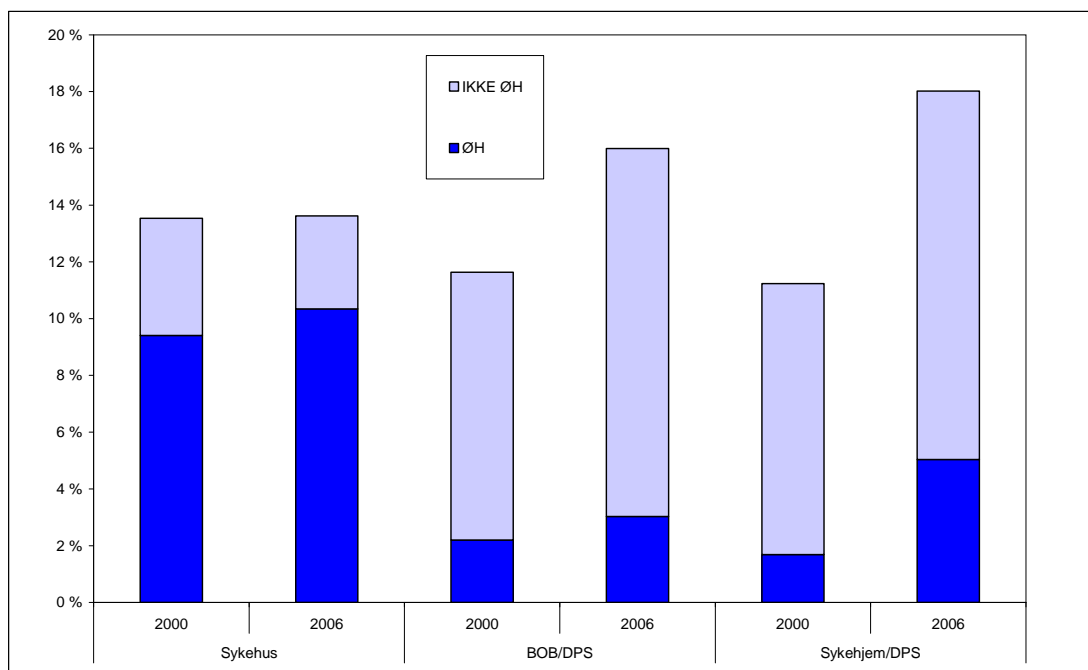
For å belyse forholdet mellom opphold og pasient ytterligere, er det nødvendig å se nærmere på selve pasientforløpet. De ulike døgnopphold for hver enkelt pasient plasseres på pasientforløpets tidsakse. Tidsvinduet vi er henvist til å benytte er ett kalenderår, hvor det første oppholdet vi kan observere innenfor hvert pasientforløp, er den første utskrivningen dette aktuelle året. Dette utsnittet av pasientenes forløp, deles så inn i behandlingsepisoder (se kap 5.2.2) som er dataenheten ved beregning av reinnleggsratene. Samme pasient kan ha flere behandlingsepisoder mens andre har kun en behandlingsepisode bestående av ett enkelt opphold.

Resultater for de ulike institusjonstypene i 2000 og 2006 presenteres i kapittel 5.5.2. Videre presenteres rater etter aldersgrupper for sykehus og DPS i 2006 i kapittel 5.5.3. Disse ratene er basert på det opprinnelige utvalget på 32 institusjoner og i resultatene er det ikke tatt hensyn til forskjeller i pasientsammensetning.

Tidligere studier har vist at sannsynligheten for reinnleggelse avhenger av karakteristika ved pasientene og vi vil her ta hensyn til at pasientenes kjønn og alder kan ha betydning for ratenivået i de ulike diagnosegruppene (Heggstad og Lilleeng; 1996). En logistisk modell er estimert for hver diagnosegruppe med kjønn, alder (10 års aldersgrupper), årgang (2000/2006) og institusjonstype som forklaringsfaktorer. Materialet modellen er estimert fra er utvalget på 20 institusjoner med akseptable diagnoseregistreringer. I kapittel 5.5.4 er de diagnosespesifikke ratene presentert og kommentert på bakgrunn av modellresultatene.

5.5.2 Sykehus og andre institusjoner i 2000 og 2006.

Ratenivået for reinnleggelser totalt og som øyeblikkelig hjelp for 2000 og 2006 er vist i figur 5.3.



Figur 5.3 Estimert ratenivå for reinnleggelser i løpet av 31 dager totalt og som øyeblikkelig hjelp. Sykehus, BOB/DPS og sykehjem/DPS. 2000 og 2006.

Sannsynligheten for reinnleggelse innen 31 dager er uendret ved sykehusene fra 2000 til 2006. For de øvrige institusjonene var ratenivået lavere enn ved sykehusene i 2000. Seks år senere er det ved DPS-ene større sannsynlighet for reinnleggelse sammenlignet med sykehusene. Ved sykehusene er imidlertid disse reinnleggelser i stor grad registrert som øyeblikkelig hjelp innleggelser, hvilket ikke er tilfelle ved de øvrige institusjonene. En signifikant økning i reinnleggesraten basert på øyeblikkelig hjelp innleggelser har funnet sted ved både sykehus og de øvrige institusjonene fra 2000 til 2006. Ved sykehus økte raten fra ni til ti prosent mens ved de øvrige institusjonene økte raten fra to til fire prosent.

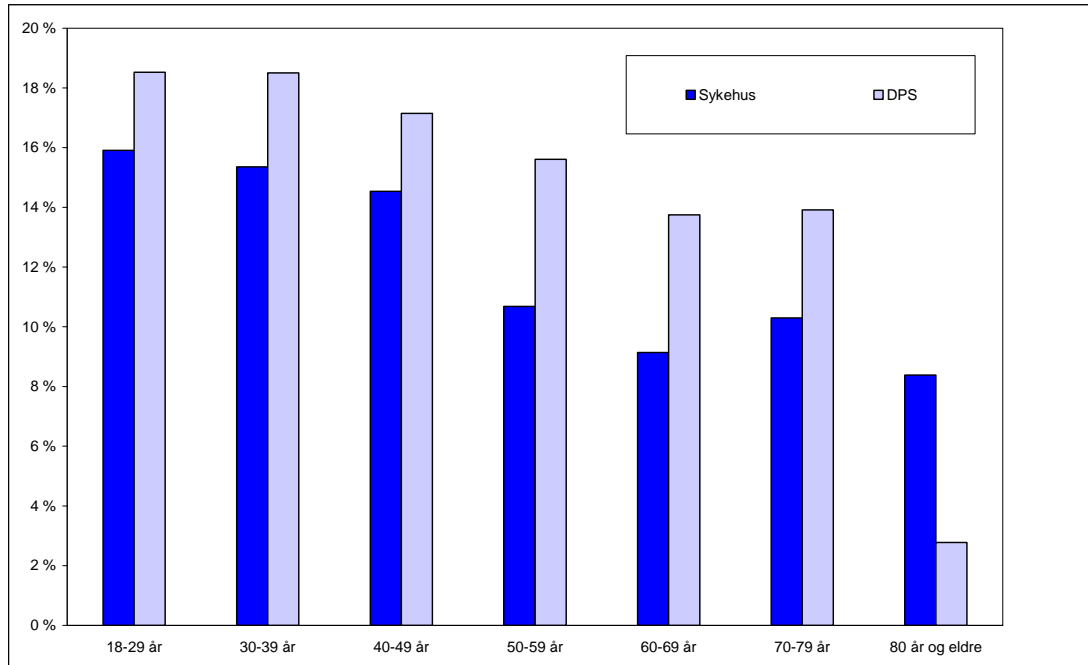
Ved sykehusene utgjør reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp 70 prosent av alle reinnleggelser i 2000 og andelen øker til 76 prosent i 2006. Omfanget av reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp er mye lavere ved de øvrige institusjonene og andelen ligger på om lag 20 prosent av alle reinnleggelser. Ved disse institusjonene har imidlertid det totale ratenivået økt siden 2000. Økningen er størst ved institusjonene som var sykehjem i 2000. Reinnleggelser er ofte omtalt i forbindelse med kvalitetsindikatorer knyttet til behandlingstjenestene. Som en tilnærming til kvalitetsaspektet ved reinnleggesbegrepet, er reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp ved sykehus presentert nærmere i kap 5.7.

Utskriving med muligheter for ny innleggelse på et senere tidspunkt er ofte en god ting og et bevisst valg fra behandlingssiden. Frigjøring av døgncapasitet til nye pasienter kan være ett motiv. Videre kan det være viktig å imøtekomme pasienters ønsker og behov for døgntilbud når de selv føler de trenger det. Døgntilbudet er ofte et behandlingstilbud bak låste dører og selv om pasienten er frivillig innlagt, vil det stadig være elementer av frihetsberøvelse i døgnoopholdet og kunne oppleves negativt fra pasientens side dersom oppholdet blir av en viss varighet utover den akutte fasen. Ved DPS-ene er det utstrakt bruk av poliklinisk behandlingstilbud til døgnpasientene. Resultater fra fem helseforetak viste at hele 70 prosent av døgnpasientene også mottar poliklinisk behandlingstilbud. Videre viste undersøkelsen at pasienter med mange døgnoophold også har mange polikliniske kontakter (Lilleeng og Hagen; 2005). På bakgrunn av dette kan man ikke si at poliklinisk behandlingstilbud til døgnpasientene nødvendigvis reduserer antall innleggelser. Dette kan

heller tolkes som uttrykk for en intensiv oppfølging i pasientbehandlingen som resulterer i planlagte jevnlig innleggelser når disse pasientene trenger det.

5.5.3 Reinnleggelser etter pasientenes alder

At sannsynligheten for reinnleggelse avtar med økende alder er vist ved sykehus i 1996. I figur 5.4 er reinnleggesrate etter alder presentert for sykehus og DPS i 2006.

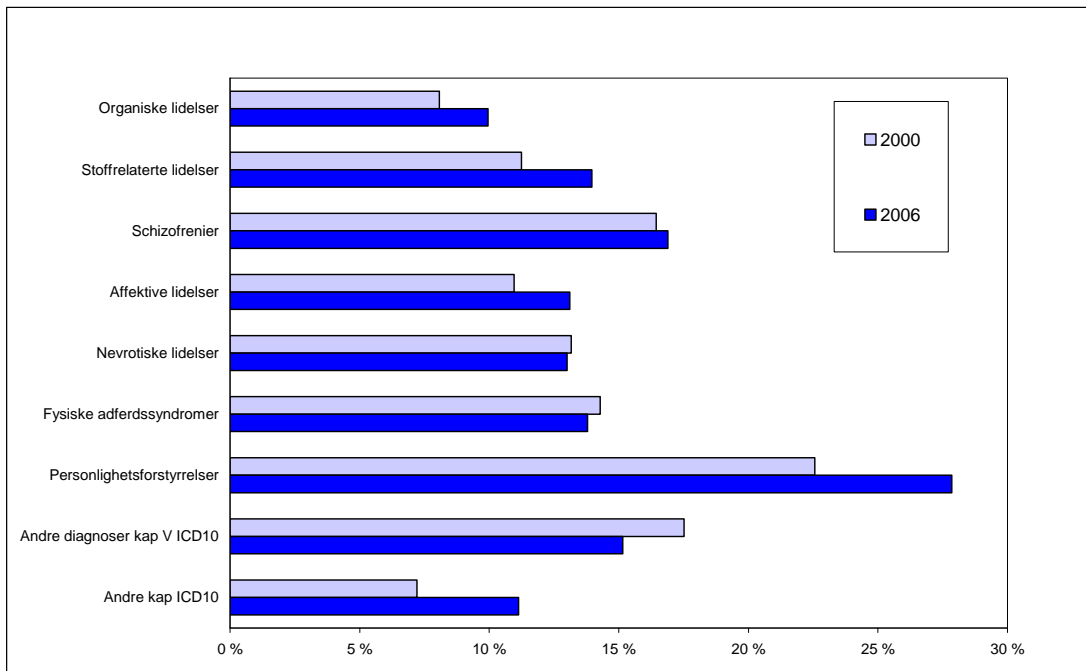


Figur 5.4 Estimert ratenivå for reinnleggelse i løpet av 31 dager. Aldersgrupper. Sykehus og DPS. 2006.

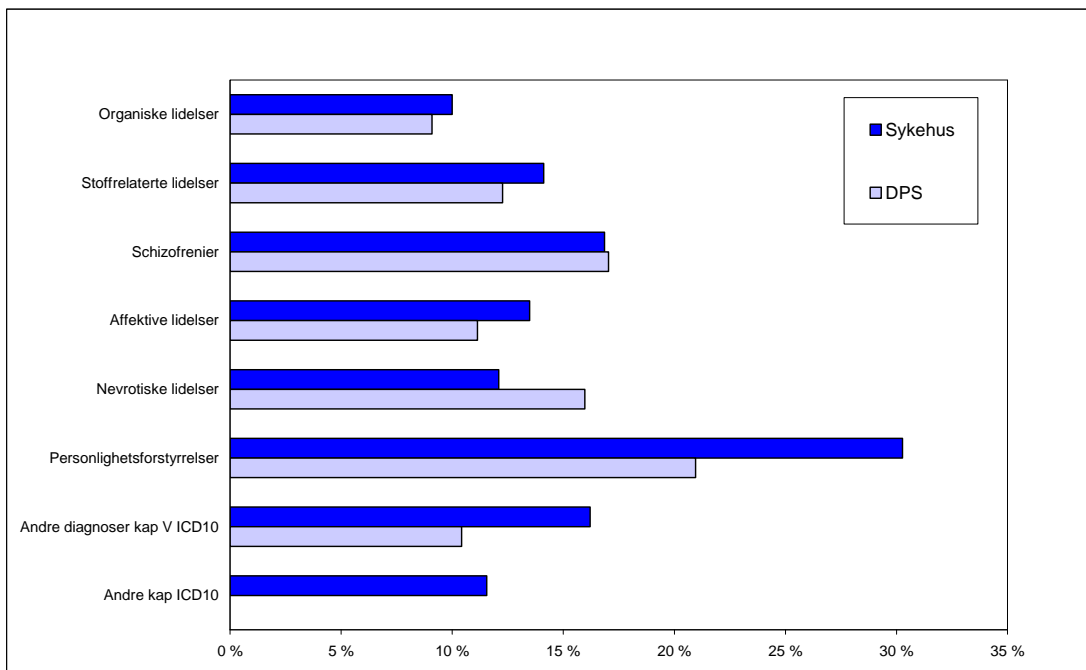
Sannsynligheten for reinnleggelse avtar med økende alder ved sykehus. Ved DPS-ene er ikke de aldersspesifikke ratene signifikant forskjellige. Ved sykehusene er det signifikant lavere rate for pasienter som er 50 år og eldre sammenlignet med de yngre. Ved sykehus er sannsynligheten for reinnleggelse signifikant lavere enn ved DPS kun for aldersgruppen 50-59 år. Den betydelige variasjonen i de aldersspesifikke reinnleggesratene ved DPS-ene er årsaken til dette.

5.5.4 Reinnleggelser etter diagnosegruppe

I figur 5.5 er reinnleggesrater presentert for hver diagnosegruppe etter årgang og i figur 5.6 er reinnleggesrater presentert for hver diagnosegruppe etter institusjonstype i 2006.



Figur 5.5 Estimert ratenivå for reinnleggelse i løpet av 31 dager. Hoveddiagnosegrupper. 2000 og 2006.



Figur 5.6 Estimert ratenivå for reinnleggelse i løpet av 31 dager. Hoveddiagnosegrupper. Sykehus og DPS. 2006.

Pasienter med personlighetsforstyrrelser har den høyeste sannsynligheten for reinnleggelse innen en måned etter utskrivning. Sannsynligheten er signifikant høyere i 2006 sammenlignet med 2000 ved sykehus (tabell 5.5). Reinnleggingsraten er signifikant høyere ved sykehus enn ved DPS. Antall pasienter med personlighetsforstyrrelser er redusert i perioden, men behandlingstilbudet til denne pasientgruppen, er i enda større grad enn i 2000, preget av mange opphold hvor altså mange har korte avbrudd mellom innleggelsene.

Pasienter med affektive lidelser har signifikant høyere reinnleggingsrate i 2006 sammenlignet med 2000, og dette gjelder kun ved sykehus. For de øvrige diagnosegruppene er det verken signifikante endringer fra 2000 til 2006 eller signifikante forskjeller mellom sykehus og andre institusjoner når vi ser på sannsynligheten for reinnleggelse innen 31 dager etter utskrivning.

Reinnleggingsraten for pasienter med personlighetsforstyrrelser er signifikant høyere enn raten for pasienter med schizofrenier. Sannsynligheten for reinnleggelse blant pasienter med ruslidelser, organiske lidelser, affektive lidelser og nevroser er alle signifikant lavere enn for de schizofrene pasientene.

Tabell 5.5 Korrigert odds ratio for reinnleggelse. Behandlingsepisoder knyttet til pasienter med personlighetsforstyrrelse eller affektive lidelser. Utvalg med 20 institusjoner.

Institusjon	Diagnose-gruppe	Faktorer	Antall behandlings-episoder	Re-innleggings-rate	Korrigert Odds ratio (OR)	95% konfidens-intervall OR
Alle institusjoner	Personlighetsforstyrrelser	Sykehus	1 334	27%	1.0	Referanse
		DPS	263	19%	0.5 ¹⁾	0.4, 0.8 ⁴⁾
Sykehus	Affektive lidelser	2000	1 706	11%	1.0	Referanse
		2006	2 173	13%	1.2 ²⁾	1.03, 1.52 ⁴⁾
Sykehus	Personlighetsforstyrrelser	2000	736	24%	1.0	Referanse
		2006	598	30%	1.4 ³⁾	1.1, 1.8 ⁴⁾

1) Odds ratio er korrigert for kjønn og årgang, mens alder var ikke signifikant faktor i modellen.

2) Odds ratio er korrigert for alder, mens kjønn var ikke signifikant faktor i modellen.

3) Verken kjønn eller alder var signifikante faktorer i modellen.

4) Konfidensintervallet inneholder ikke referanseverdien 1 og er signifikant forskjellig fra referansegruppen.

5.6 Varighet av oppholdet og sannsynligheten for reinnleggelse

5.6.1 Varighet av oppholdene fra 2000 og 2006

For å få et inntrykk av endringer i varighet av døgnopphold, er fordelingen av døgnopphold ved hver av de tre institusjonstypene for både 2000 og 2006 presentert i tabell 5.6. Fordelingen er basert på alle avsluttede døgnopphold i utvalget.

Tabell 5.6 Varighet av de avsluttede institusjonsoppholdene i antall dager. Utvalg basert på 32 institusjoner. Etter type institusjon. 2000 og 2006.

		Varighet av oppholdet (dager)		
		Q ₁ ¹⁾	Median	Q ₃ ¹⁾
Sykehus	2000	4	14	39
	2006	3	8	29
BOB/DPS	2000	4	17	50
	2006	6	14	38
Sykehjem/DPS	2000	10	21	38,75
	2006	5	8	18

1) Q₁ er første kvartil og Q₃ er tredje kvartil i oppholdstidsfordelingen. Første kvartil er maksimum varighet for den fjerdedelen av døgnoppholdene med kortest varighet mens tredje kvartil er minimum oppholdstid for den fjerdedelen av døgnoppholdene med lengst varighet.

Endringen i varighet av oppholdene ved institusjonene er betydelige. Ved sykehusene er median varighet av oppholdene redusert fra 14 til 8 dager. Ved DPS-ene er median varighet av oppholdene redusert med 3 dager siden 2000. Sykehjemmene, som har gjennomgått en omstrukturering av behandlingstilbudet, hadde i 2000 3 uker som median varighet ved utskrivning, mens i 2006 har pasientoppholdene en median oppholdstid på 8 dager. I 2006 har den fjerdedelen av pasientene med de korteste oppholdene, kun inntil 3 dager lange opphold ved sykehusene. Denne pasientgruppen har ved de øvrige institusjonene opphold på inntil 6 dager. Forskjellen mellom sykehus og DPS har blitt tydeligere fra 2000 til 2006.

Ved sykehusene ser vi altså en generell reduksjon i oppholdstid ved døgnenhetene og samtidig har vi en stabil reinnleggsrate i samme periode. Reduksjonen i liggetid ved DPS-ene kan ha betydning for den økte sannsynligheten for reinnleggelse, men ettersom de fleste reinnleggsene ved de øvrige institusjonene er planlagte eller udramatiske og ikke øyeblikkelig hjelp innleggelser, er endringene udramatiske og sannsynligvis til en viss grad ønskede og planlagte både fra behandlerens og pasientens side.

5.6.2 Varighet av oppholdene for de reinnlagte i 2000 og 2006

Ved å se nærmere på varigheten av indeksoppholdene for pasientgruppen som blir reinnlagt innen 31 dager og sammenligne 2000 og 2006, kan vi avdekke om den generelle utviklingen i varighet av oppholdene også gjelder de som blir reinnlagte innen 31 dager. Tabell 5.7 viser at endring i varighet av indeksoppholdet stort sett følger endringen vi ser totalt sett (tabell 5.6). Unntaket er DPS-ene som i 2000 var bo- og behandlingssentra, hvor liggetidsfordelingen for pasientenes indeksopphold ikke er signifikant endret siden 2000.

Tabell 5.7 Varighet (dager) av indeksoppholdene for de som blir reinnlagt innen 31 dager. Utvalg basert på 32 institusjoner. Etter type institusjon. 2000 og 2006.

		Varighet av oppholdet (dager)		
		Q ₁ ¹⁾	Median	Q ₃ ¹⁾
Sykehus	2000	4	13	34
	2006	3	9	26
BOB-> DPS	2000	4	14	50
	2006	6	13	32,5
SHJ->DPS	2000	7,5	21	66,25
	2006	4	9	19

1) Q₁ er første kvartil og Q₃ er tredje kvartil i oppholdstidsfordelingen. Første kvartil er maksimum varighet for den fjerdedelen av døgnoppholdene med kortest varighet mens tredje kvartil er minimum oppholdstid for den fjerdedelen av døgnoppholdene med lengst varighet.

5.6.3 Varighet av indeksopphold for reinnlagte og ikke reinnlagte og betydningen av varighet for sannsynligheten for reinnleggelse

Mens det i 2000 var slik at de reinnlagte ved sykehusene hadde kortere oppholdstid sammenlignet med de som ikke ble reinnlagt, er det i 2006 ingen signifikant forskjell. Resultater fra 2006 er presentert i tabell 5.8.

Ved DPS-ene har de reinnlagte om lag to ukers indeksopphold i gjennomsnitt mot omlag tre uker for de ikke reinnlagte. Denne forskjellen var enda tydeligere i 2000. Ved sykehjemmene som er blitt DPS-er i 2006 var det ingen signifikant forskjell i varighet av indeksoppholdet, verken i 2000 eller i 2006.

Tabell 5.8 Varighet (dager) av indeksoppholdene for reinnlagte og ikke reinnlagte innen 31 dager. Utvalg basert på 32 institusjoner. Etter type institusjon. 2006.

		Varighet av oppholdet (dager)		
		Q ₁ ¹⁾	Median	Q ₃ ¹⁾
Sykehus	Ikke reinnlagt	3	9	31
	Reinnlagt	3	9	26
BOB-> DPS	Ikke reinnlagt	9	21	43
	Reinnlagt	6	13	32,5
SHJ->DPS	Ikke reinnlagt	6	11	20
	Reinnlagt	4	9	19

1) Q₁ er første kvartil og Q₃ er tredje kvartil i oppholdstidsfordelingen. Første kvartil er maksimum varighet for den fjerdedelen av døgnoppholdene med kortest varighet mens tredje kvartil er minimum oppholdstid for den fjerdedelen av døgnoppholdene med lengst varighet.

Varigheten av oppholdene er ulike, både i medianverdi og fordeling, for diagnosegruppene. Videre har det funnet sted betydelige endringer i varighet av oppholdene fra 2000 til 2006. Det er imidlertid i mindre grad forskjeller i varighet av indeksoppholdet for pasienter som reinnlegges innen 31 dager etter utskrivning, sammenlignet med de øvrige pasientene. De reinnlagte pasientene ved sykehus med schizofreni eller personlighetsforstyrrelse har i 2000 en signifikant kortere oppholdstid, mens i 2006 finner vi ikke en slik forskjell mellom

reinnlagte og ikke reinnlagte pasienter. Samtidig var reinnleggesraten for pasienter med schizofreni uendret i perioden, mens raten for pasienter med personlighetsforstyrrelse har økt betydelig i perioden. Endringer i oppholdstid synes altså ikke å ha hatt nevneverdig betydning på sannsynligheten for reinnleggelse for pasienter med schizofreni. Når det gjelder pasienter med personlighetsforstyrrelser opprettholdes forskjellen i ratenivå for 2000 og 2006 når varighet av indeksoppholdet inkluderes i modellen. Varigheten av indeksoppholdet har heller ikke signifikant betydning som potensiell risikofaktor for reinnleggelse for pasienter med personlighetsforstyrrelser. Andre forhold må ligge til grunn som forklaring på økningen i reinnleggesrate fra 2000 til 2006 for denne pasientgruppen.

Pasienter med affektive lidelser har median varighet på 2 og 3 uker for henholdsvis reinnlagte og ikke reinnlagte ved sykehus i 2000. I 2006 er varigheten redusert betydelig for begge gruppene, men det er fremdeles slik at de reinnlagte har et kortere indeksopphold sammenlignet med de som ikke reinnlegges innen 31 dager. Ved sykehusene har denne pasientgruppen en signifikant høyere reinnleggesrate i 2006 sammenlignet med 2000. Forskjellen i reinnleggesrate fra 2000 til 2006 gjenfinnes imidlertid ikke når varighet av indeksoppholdet tas inn i modellen og dette betyr at denne endringen i ratenivå fanges opp ved de endringene i oppholdstid som har funnet sted i perioden. Videre viser modellen, basert på data fra 2000, at pasienter med varigheten av indeksopphold på en måned eller mer har lavere sannsynlighet for reinnleggelse sammenlignet med pasienter som har kortere opphold (tabell 5.9). Betydningen av varighet for reinnleggesraten gjenfinnes ikke i 2006-materialet og den generelle reduksjonen i oppholdstid for pasientgruppen kan ha medført bortfall av denne effekten for pasienter med affektive lidelser.

Tabell 5.9 Korrigert odds ratio for reinnleggelse. Behandlingsepisoder knyttet til pasienter med affektive lidelser. Utvalg med 11 sykehus. 2000.

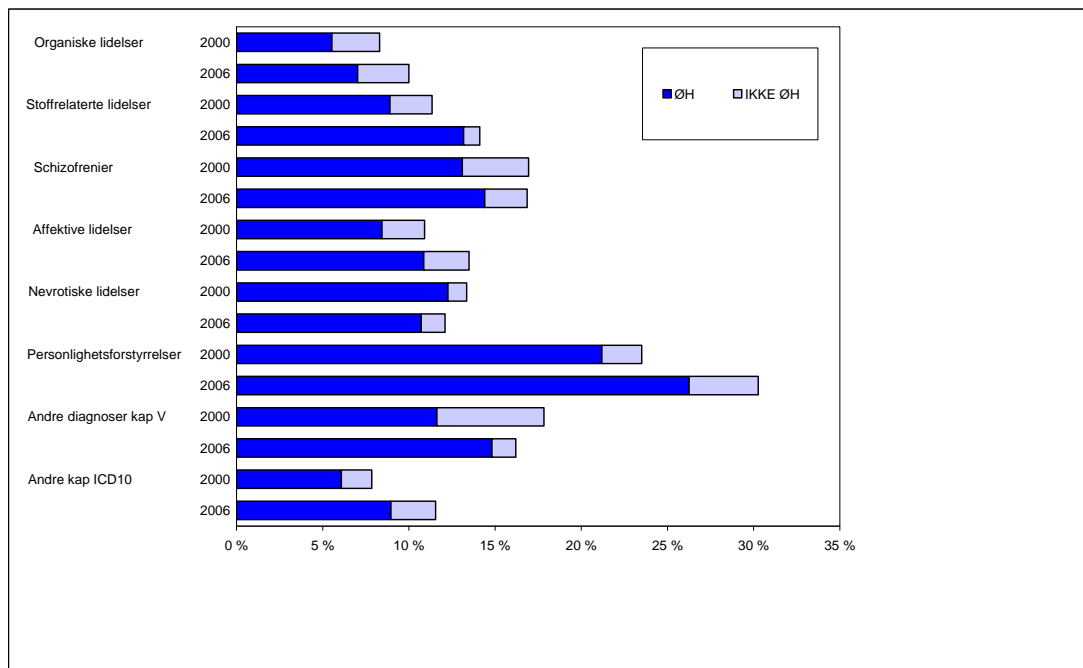
Sykehus	Diagnosegruppe	Varighet av indeksoppholdet	Antall behandlings-episoder	Re-innlegges-rate	Korrigert Odds ratio (OR) ¹⁾	95% konfidens-intervall OR
	Affektive lidelser	1-7 dager	426	15%	1.0	Referanse
		8-14 dager	211	13%	0.8	0.5, 1.4
		15-30 dager	393	12%	0.8	0.5, 1.2
		31-90 dager	525	7%	0.5	0.3, 0.8 ²⁾
		90 dager eller mer	151	7%	0.5	0.2, 0.9 ²⁾

1) Odds ratio er korrigert for alder, mens kjønn var ikke signifikant faktor i modellen.

2) Konfidensintervallet inneholder ikke referanseverdien 1 og er signifikant forskjellig fra referanse kategorien.

5.7 Reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp ved sykehus i 2000 og 2006

Reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp er, i motsetning til de mer planlagte reinnleggelsene, tilfeldige i sin forekomst og i stor grad forårsaket av sykdommens svingninger og forløp. Forhold knyttet til pasientens funksjonsnivå og omgivelser utenfor institusjonen vil imidlertid også påvirke risikoen for akutt innleggelse. I dette avsnittet vil vi imidlertid avgrense problemstillingen til å se på hvorvidt ratenivået har endret seg signifikant fra 2000 til 2006 og om eventuelle endringer kan relateres til varigheten av oppholdet forut for reinnleggelsen. Forekomsten av reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp er primært knyttet til sykehusene som tidligere vist i figur 5.3. Reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 31 dager etter utskrivning utgjør 76 prosent av reinnleggelsene ved sykehusene i 2006, mens andelen er ned mot 20 prosent av reinnleggelsene ved de øvrige institusjonene og vi vil derfor fokusere på sykehusene i den videre presentasjonen. I motsetning til den totale reinnleggingsraten, er raten basert på øyeblikkelig hjelp reinnleggelser økt fra 2000 til 2006 ved sykehusene. Som figur 5.7 viser, varierer andelen mellom diagnosegruppene, og for pasienter med ruslidelser er over 90 prosent av reinnleggelsene innen 31 dager knyttet til øyeblikkelig hjelp innleggelser.



Figur 5.7 Estimert ratenivå for reinnleggelser i løpet av 31 dager som øyeblikkelig hjelp og totalt. Hoveddiagnosegrupper. Sykehus. 2000 og 2006.

Ved sykehusene var det pasienter med ruslidelser, affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser som hadde en signifikant økning i sannsynligheten for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp fra 2000 til 2006, kontrollert for alder og kjønn. Forskjellen i reinnleggingsrate fra 2000 til 2006 for pasienter med affektive lidelser var imidlertid ikke lenger signifikant når varigheten av indeksoppholdet ble tatt hensyn til i modellen. Dette viser at endringer i ratenivå fra 2000 til 2006 fanges opp av den reduksjonen i oppholdstid som har funnet sted i perioden for denne diagnosegruppen.

Tabell 5.10 viser hvordan varigheten av indeksoppholdet påvirker risikoen for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp for pasienter med affektive lidelser som hoveddiagnose i 2000.

Tabell 5.10 Korrigert odds ratio for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp. Behandlingsepisoder knyttet til pasienter med affektive lidelser. Utvalg med 11 sykehus. 2000.

Sykehus	Diagnose-gruppe	Varighet av indeks-oppholdet	Antall behandlings-episoder	Re-innleggelses-rate	Odds ratio (OR) ¹⁾	95% konfidens-intervall OR
	Affektive lidelser	1-7 dager	426	12%	1.0	Referanse
		8-14 dager	211	9%	0.8	0.4, 1.3
		15-30 dager	393	9%	0.7	0.5, 1.1
		31-90 dager	525	6%	0.5	0.3, 0.7 ²⁾
		90 dager eller mer	151	3%	0.2	0.1, 0.6 ²⁾

1) Verken alder og kjønn var signifikante faktorer i modellen.

2) Konfidensintervallet inneholder ikke referanseverdien 1 og er signifikant forskjellig fra referansekategorien

Risikoen for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp reduseres med økt varighet av indeksoppholdet. For 2006 finner vi ikke en slik tilsvarende effekt av varigheten for pasienter med affektive lidelser, noe som kan bety at selve reduksjonen i varighet fra 2000 til 2006 har medført at liggetid ikke lenger har tilsvarende betydning med hensyn på å redusere risikoen for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp.

For pasienter med personlighetsforstyrrelser er ikke varigheten av indeksoppholdet en faktor med signifikant betydning i forhold til risikoen for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp, verken i 2000 eller 2006. Hovedresultatet for denne pasientgruppen er at allerede korte opphold er ytterligere redusert fra 2000 til 2006 og forskjellen mellom reinnlagte og ikke reinnlagte når det gjelder varighet av indeksoppholdet er marginal. Endringen i ratenivå fra 2000 til 2006 for pasienter med personlighetsforstyrrelser blir også fanget opp ved å ta hensyn til varighet av indeksoppholdet i modellen. Men all den stund varigheten av indeksoppholdet ikke synes å ha betydning for forekomsten av reinnleggelser for denne pasientgruppen, tyder det på at andre bakenforliggende faktorer kan bedre forklare den økning i ratenivå eller skalaeffekten som er funnet fra 2000 og 2006.

Pasienter med ruslidelser har høyere sannsynlighet for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp i 2006 sammenlignet med 2000 (tabell 5.11). Verken endringer i ratenivå eller ratenivået i seg selv synes å være påvirket av varigheten av indeksoppholdet til pasientene med ruslidelser.

Tabell 5.11 Korrigert odds ratio for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp. Behandlingsepisoder knyttet til pasienter med ruslidelser. Utvalg med 11 sykehus. 2000 og 2006.

Sykehus	Diagnose-gruppe	Faktorer	Antall behandlings-episoder	Re-innleggelses-rate	Korrigert Odds ratio (OR) ¹⁾	95% konfidens-intervall OR
	Ruslidelser	2000	899	9%	1.0	Referanse
		2006	1 169	13%	1.1	1.02, 1.13 ²⁾

1) Odds ratio er korrigert for kjønn, mens verken alder eller varighet av indeksoppholdet var signifikante faktorer i modellen.

2) Konfidensintervallet inneholder ikke referanseverdien 1 og er signifikant forskjellig fra referansekategorien

5.8 Oppsummering

Ved sykehusene var sannsynligheten for reinnleggelse innen 31 dager 14 prosent begge år. Reinnleggesraten for øyeblikkelig hjelp var imidlertid økt marginalt (om enn signifikant på fem-prosent nivå) fra 9 prosent i 2000 til 10 prosent i 2006. Andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp gikk opp fra 70 til 76 prosent. Ved de øvrige institusjonene økte reinnleggesraten fra 12 til 17 prosent, mens øyeblikkelig hjelp raten økte fra to til fire prosent (begge signifikante). Andelen reinnleggelser ved øyeblikkelig hjelp økte fra 18 prosent i 2000 til 23 prosent i 2006.

Andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp var mye lavere utenfor sykehus og ratenivået lå på om lag 20 prosent av reinnleggelsene. Ved disse institusjonene har imidlertid det totale ratenivået økt siden 2000, og øyeblikkelig hjelp innleggelsene utgjorde i 2006 en mindre andel av den totale raten enn i 2000.

Mens det i 2000 var slik at de reinnlagte ved sykehusene hadde kortere oppholdstid (median varighet var 13 dager) sammenlignet med de som ikke ble reinnlagt (median varighet var 16 dager), er det i 2006 ingen signifikant forskjell; begge gruppene har median varighet på 9 dager. Den generelle nedgangen i oppholdstid var i stor grad knyttet til pasientene som ikke ble reinnlagt innen 31 dager etter utskrivning, men også de reinnlagte har hatt en nedgang i oppholdstid.

Ved DPS-ene hadde de reinnlagte pasientene om lag to ukers oppholdstid i medianverdi mot omlag tre uker for de øvrige pasientene i 2006. Forskjellen mellom de to gruppene var enda tydeligere i 2000. Ved sykehjemmene som i 2006 er klassifisert som DPS-er, var det ingen signifikant forskjell i varighet av indeksoppholdet i forhold til forekomst av reinnleggelse, verken i 2000 eller i 2006.

Sannsynligheten for reinnleggelse var ulik for diagnosegruppene. Pasienter med schizofreni eller personlighetsforstyrrelse hadde den største sannsynligheten for reinnleggelse. Pasienter med personlighetsforstyrrelse hadde betydelig høyere reinnleggesrate ved sykehusene sammenlignet med pasienter med samme diagnose som ble behandlet ved de øvrige institusjonene. Ved sykehusene hadde sannsynligheten for reinnleggelse blant pasienter med personlighetsforstyrrelser eller affektive lidelser økt signifikant fra 2000 til 2006. For affektive lidelser hadde varigheten av oppholdet signifikant betydning for sannsynligheten for reinnleggelse og den generelle reduksjonen i varighet i perioden syntes å forklare økningen i reinnleggesrate. Dette var ikke tilfelle for pasientgruppen med personlighetsforstyrrelser som hoveddiagnose.

Reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp ved sykehusene har økt i perioden for pasientene med ruslidelse, affektive lidelser eller personlighetsforstyrrelser som hoveddiagnose. For pasienter med affektive lidelser kan økningen i sannsynlighet for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp tilskrives nedgangen i varighet av oppholdene. For pasienter med personlighetsforstyrrelse, hvor varigheten i seg selv ikke er en signifikant risikofaktor for reinnleggelse, kan den generelle nedgangen i oppholdslengde imidlertid ha delvis betydning for den økningen i ratenivå som finner sted fra 2000 til 2006. For pasienter med ruslidelser må økningen i ratenivå tilskrives andre faktorer enn varighet av oppholdene.

De ulike faktorer som det er tatt hensyn i analysene av reinnleggelser, er type institusjon behandlingen er utført ved, årgang, alder, kjønn, diagnose og varigheten av indeksoppholdet. Det som kommer frem i analysene er at ulike faktorene synes å ha ulik betydning for forekomst av reinnleggelse for pasienter med ulike diagnoser. Videre tyder gjennomgangen også på at faktorenes betydning er ulik når 2000 sammenlignes med 2006, spesielt når vi ser på varigheten av oppholdet forut for reinnleggelsen. Det kan tyde på at den generelle reduksjonen i døgnoppholdenes varighet har medført at forskjeller i varighet mellom reinnlagte og ikke reinnlagte pasienter blir mindre relevante som forklaringsfaktor for sannsynligheten for reinnleggelse.

Det er grunn til å tro at andre faktorer som sier mer om pasientens tilstand ved utskrivning har stor betydning for sannsynligheten for reinnleggelse. Utfordringen er å få standardisert informasjon om dette inn i et pasientregister.

Sannsynligheten for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp har økt fra ni til ti prosent ved sykehusene, og fra to til fire prosent ved de øvrige institusjonene. Utviklingen kan neppe sies å være dramatisk, eller gjenspeile et økende kvalitetsproblem. Ved de øvrige institusjonene har omfanget av reinnleggelser økt generelt, men hovedsakelig uten at reinnleggelsen har vært definert som øyeblikkelig hjelp. Dette gjenspeiler sannsynligvis endrede oppgaver og større åpenhet snarere enn synkende kvalitet.

Vedlegg til kapittel 5: Datagrunnlag 2000-2006

Tabell 5.12 Oversikt over utvalget på 32 institusjoner hvor pasientdata er tilfredsstillende med hensyn på representativitet og kvalitet for årgangene 2000 og 2006.

	2006	2000	Diagnoseregistrering på minst 60 % av utskrivningene ¹⁾
Østfold	Sykehuset i Østfold, psykiatrisk sykehusavd.	Østfold SSH, divisjon psykiatri	OK
	DPS Fredrikstad	Fredrikstad BOB	OK
	DPS Edwin Ruud	Indre Østfold BOB	OK
Akershus	Blakstad sykehus	Blakstad sykehus	OK
	Akershus universitetssykehus, psykiatrisk avdeling	Sentralsykehuset i Akershus	OK
Oslo	Oslo hospital	Oslo hospital	Mangelfullt registrert i 2000 og 2006
	Aker universitetssykehus, klinikk for psykisk helse	Aker sykehus div. psykiatri	OK
Hedmark	DPS Tynset	Tynset psykiatriske senter	Mangelfullt registrert i 2000
	DPS Kongsvinger	Psykiatrisk senter Kongsvinger	OK
Buskerud	Ringerike psykiatriske senter, voksenpsyk. avd.	Røysetoppen	OK
Vestfold	Psykiatrien i Vestfold, Tønsberg DPS	Tønsberg DPS	Mangelfullt registrert i 2000
	Psykiatrien i Vestfold, Psykiatrisk fylkesavdeling	Vestfold SSH, psyk klinikk	OK
	Psykiatrien i Vestfold, Nordre Vestfold DPS	Nordre Vestfold DPS	OK
Telemark	Sykehuset Telemark, Sentralisert Psykiatrisk sykehusfunksjon	Telemark sentralsjukehus	OK
Vest-Agder	Sørlandet sykehus voksenpsykiatrisk sykehusavdeling, Kristiansand	Vest-Agder sentralsykehus	OK
	DPS Lovisenlund	Lovisenlund sykehjem	OK
	DPS Solvang	Solvang psyk senter	OK
	DPS Mandal	Heslandsheimen	OK
	DPS Lister	Lister sykehus	Mangelfullt registrert i 2000
Rogaland	Haugaland DPS	Stølen psyk senter	OK
	SUS, Sandnes DPS	Varatun psyk senter	Mangelfullt registrert i 2006
	Haugesund sjukehus, Psykiatrisk klinikk	Fylkessjukehuset i Haugesund	OK
	SUS, Spesialavdeling for voksne	Rogaland psyk sjukehus	Mangelfullt registrert i 2000

	2006	2000	Diagnoseregistrering på minst 60 % av utskrivningene ¹⁾
Hordaland	Stord DPS	Stord DPS	Mangelfullt registrert i 2000
	Solli sykehus	Solli nervesanatorium	OK
	Askviknes voksenpsykiatrisk senter	Askviknes DPS	Mangelfullt registrert i 2000
	Valen sjukehus, Psykiatrisk klinikk	Valen sjukehus	OK
	Betanien DPS	Betanien psyk senter	Mangelfullt registrert i 2000
Troms	Senter for Psykisk helse Midt-Troms, døgn- og dagavd. Gibostad	Psykiatrisk senter Midt-Troms	Mangelfullt registrert i 2000 og 2006
	Universitetssykehuset i Nord-Norge, Allmennpsykiatrisk avd	RITØ psyk avdeling	OK
	Psykiatrisk senter Tromsø/Karlsøy	Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy	Mangelfullt registrert i 2000
Staten	Modum Bad	Modum Bads nervesanatorium	Mangelfullt registrert i 2000

1) For årgangene 2006 og 2000 er det henholdsvis 3 og 12 institusjoner i utvalget som mangler diagnoseregistrering for inntil 40 prosent av de avsluttede institusjonsopphold.

6 Likere tilgang til tjenester?

Per Bernhard Pedersen, Solfrid E. Lilleeng og Marit Sitter

6.1 Innledning

Likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted er en sentral målsetting i Norsk helsepolitikk. Opptrappingsplanen og senere Eierskapsreformen (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)) representerer begge en sterkere nasjonal styring av det psykiske helsevernet. Opptrappingsplanen forutsatte økt bruk av øremerkede midler, og bruken av midlene skulle være basert på egne planer, godkjent av Sosial- og helsedepartementet. Økt ressurstilgang gir større mulighet for utjevning av tilbudet, ettersom det er lettere å fordele friske midler enn og omfordele midler som allerede er i bruk.

Et sentralt spørsmål blir dermed om Opptrappingsplanen og senere Eierskapsreformen har resultert i en mer likeverdig tjenestetilbud mellom ulike områder. Vi vil i dette kapitlet undersøke dette med utgangspunkt i rater for bruken av behandlingstjenester mellom fylkene over perioden 1998-2006. Fylkene er valgt som analyseenhet, fordi kommunenummeret pga. konsesjonsvilkårene er slettet på de eldre filene. Det er dermed ikke mulig å bruke en inndeling etter helseforetaksområder.

Kravet om likere tilgang til tjenestene kan formuleres ulikt sterkt: En kan enten stille krav om at de *absolutte forskjellene* skal reduseres, eller en kan bare stille krav om at *de relative forskjellene* skal reduseres. For tjenester under utbygging vil valg av kriterium kunne gi helt ulike resultat. Eksempelvis kan man tenke seg at to fylker i 1998 hadde hhv 1 og 3 prosent dekningsgrad (behandlede pasienter i prosent av befolkningen 0-17 år) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Den absolutte forskjellen blir da to prosentpoeng, mens den relative forskjellen blir som 3:1, dvs. at det ene fylke har tre ganger så høy utbyggingsgrad som det andre. Hvis de samme fylkene i 2006 har en dekningsgrad på hhv. 4 og 6 prosent, vil den absolutte forskjellen fortsatt være den samme (to prosentpoeng). Den relative forskjellen ville imidlertid være redusert til 3:2, dvs. at det ene fylke har 50 prosent høyere dekningsgrad enn det andre. Et krav om reduksjon i absolutte forskjeller for tjenester under utbygging kan synes ambisiøst. Mer realistisk vil det være å stille krav om at de absolutte forskjellene skal øke mindre enn aktiviteten, eller at bare de relative forskjellene må reduseres. Vi vil derfor undersøke både de absolutte og de relative forskjellene, og se endringene i lys av aktivitetsøkningen.

Store forskjeller mellom enheter (fylker) vil være av mindre betydning hvis disse skyldes tilfeldige svingninger det enkelte år, enn hvis de er stabile over tid. Vi vil derfor også undersøke dette.

6.2 Data og metode

6.2.1 Forbruksindikatorer

Som indikatorer for tilgjengelighet vil vi bruke:

- Pasienter totalt under behandling i psykisk helsevern for barn og unge i prosent av befolkningen 0-17 år
- Døgnopphold (utskrivninger pluss pasienter ved utgangen av året) i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 innbyggere 18 år og eldre
- Oppholdsdøgn i det psykisk helsevernet for voksne per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, og
- Polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 innbyggere 18 år og eldre

Som indikatorer på tilgjengelighet bruker vi altså befolkningsrater. Indikatorene tar med andre ord ikke hensyn til eventuelle forskjeller i behov/"sykelighet". Om en hadde korrigerert for dette, ville resultatene kunne endres. Det foreligger imidlertid ikke forskning som muliggjør en korreksjon for slike relative forskjeller i behov/"sykelighet".

Valg av indikatorer er altså forskjellig tjenestene for barn og unge og tjenestene for voksne. Dette har sin bakgrunn dels i forskjellig fokus for tjenestene og dels i historiske forskjeller i de pasientadministrative systemene. I tjenestene for barn og unge har en tradisjonelt fokusert på andel av alle barn og unge som mottar et tilbud, i forbindelse med opptrappingsplanen nedfelt i målsettingen om å øke dekningsgraden fra to til fem prosent. En har i tillegg gjennom hele opptrappingsperioden hatt tilnærmet komplette pasientdata som har muliggjort kartlegging av dette. I tjenestene for voksne har pasientdata gjennom hele perioden vært mindre komplette. En har derfor i stedet valgt å fokusere på produksjonen av tjenester.

6.2.2 Pasientdata for det psykiske helsevernet for barn og unge

I analyse av barn og unges tilgjengelighet til tjenestene, benyttes pasientdata for barn og unge for perioden 1998 til 2006.

Fra 1998 til 2002 stod HIADATA AS for innsamling av data etter avtale med Norsk Forening for Barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner. Data ble kvalitetskontrollert av SINTEF i samråd med HIADATA AS. Pasientdata for barn og unge har fra 2003 blitt innhentet og kvalitetskontrollert av Norsk pasientregister.

Pasientdata for barn og unge antas å dekke nær 100 prosent av pasientene. I et fåtall tilfeller er data justert manuelt. Begrensninger i datamaterialet er i stor grad knyttet til ulik registreringspraksis i sektoren når det gjelder pasienter som behandles på flere omsorgsnivå. Det har videre vært ulik registreringspraksis for pasienter som behandles i familieavdelinger.

Vi gjør også oppmerksom på at antall pasienter ikke er det samme som antall personer som har mottatt behandling. Datasettene omfatter antall personer som har mottatt behandling innen en institusjon i løpet av året. Dersom samme pasient har mottatt behandling ved flere institusjoner samme år, vil personen telles flere ganger.

I Samdata-prosjektet er formålet å studere pasienter som har mottatt behandling i statistikkåret. Det såkalte Samdata-utvalget som benyttes i dette kapitlet tar derfor ut pasienter som kun har indirekte tiltak i inntaks- og ventetidsfasen og hvor pasienten ikke tas til behandling etter ventetidens slutt.

Datasettene omfatter enkelte pasienter som er 18 år eller eldre. Noen har avsluttet behandlingen det året de fyller 18 år, andre forsetter behandling i BUP til de får et tilbud i psykisk helsevern for voksne. Enkelte gravide får oppfølging av BUP før barnet er født, og

registreres derfor som pasienter. Ved enkelte familieavdelinger registreres alle familiemedlemmer som pasienter.

For mer detaljert informasjon om datakvalitet og komplettethet, viser vi til omtale av datagrunnlagt i de årlige Samdata-rapportene.

6.2.3 Beregning av rater for døgnopphold og oppholdsdøgn for voksne

Ratene beregnes med utgangspunkt i pasientdata innsamlet av SINTEF helse og senere av Norsk pasientregister. For tjenestene for voksne er ikke disse dataene komplette. Dataene er derfor kvalitetskontrollert opp mot samleoppgaver institusjonene har sendt Statistisk sentralbyrå. Godkjente data innrapportert til NPR omfatter mellom 59 og 84 prosent av oppholdene, avhengig av årgang, se tabell 4.1 i avsnitt 4.2 foran.

For institusjoner med tilfredsstillende data har opphold og oppholdsdøgn blitt fordelt på fylkene basert på informasjon om pasientenes bostedsfylke innsendt til NPR.

For institusjoner med mangelfulle oppgaver har informasjon om opphold totalt og oppholdsdøgn totalt blitt hentet fra samleoppgaver innsendt til SSB. Disse oppholdene og oppholdsdøgnene er for perioden 1998-2001 fordelt ut på fylker, basert på samleoppgaver innsendt til SSB over bostedsfordelingen for pasienter inneliggende ved utgangen av året. For perioden 2002-2006 har opphold og oppholdsdøgn blitt fordelt forholdsmessig på fylkene ut fra bostedsfordelingen i de pasientdata som foreligger. For et fåtall institusjoner mangler en helt pasientdata. Vi har her brukt data for foregående eller etterfølgende år som grunnlag for fordelingen. Hvis dette heller ikke foreligger, har vi forutsatt at pasientene er hjemmehørende i institusjonens eget område.

Det knytter seg derfor noe usikkerhet til estimatene som ligger til grunn for rateberegningene. Størst usikkerhet knytter seg til fordelingen av opphold i perioden 1998-2001. En kan i prinsippet tenke seg at pasienter inneliggende ved årsskiftet har en annen bostedsfordeling enn pasienter utskrevet i løpet av året, ettersom andelen langtidspasienter vil være større ved årsskiftet. For fordelingen av oppholdsdøgn i samme periode vil usikkerheten være mindre, selv om den bygger på en punkttelling, og ikke helårsdata.

For perioden 2002-2006 vil usikkerheten være mindre, ettersom det ikke er noen grunn til å anta at bostedsfordelingen i de (mangelfulle) data som er innrapportert skulle skille seg vesentlig fra den faktiske.

Omfanget av pasienter behandlet utenfor eget fylke er vesentlig lavere ved institusjoner innenfor det psykiske helsevernet enn ved de somatiske sykehusene. Samlet sett vil vi derfor anta at estimatene har god nok kvalitet for vårt formål.

6.2.4 Polikliniske konsultasjoner

Pasientdata fra de psykiatriske poliklinikkene for voksne var fram til 2003 svært mangelfulle. Ratene for polikliniske konsultasjoner er derfor fordelt etter poliklinikkens beliggenhet. For årene 2004-2006 har vi benyttet samme metode som for døgndataene: Fordelingen bygger på data innsendt til NPR. Hvis data er komplette er konsultasjonene fordelt direkte på fylkene etter pasientenes bosted. For institusjoner med mangelfulle data er konsultasjoner innrapportert SSB fordelt forholdsmessig ut fra de pasientdata som foreligger.

De aller fleste pasienter ved poliklinikkene behandles i eget fylke. Vi gjør derfor ingen stor feil, når konsultasjonene fordeles etter institusjonens opptaksområde. En sammenligning av ratene for 2004-2006 basert på de to beregningsmåtene ga en korrelasjon på fylkesnivå (Pearsons r) på over 0,99 for hvert av årene.

6.2.5 Spredningsmål

Som mål på forskjeller benyttes

- Standardavvik
- Variasjonskoeffisienten (standardavvik/landsgjennomsnitt)
- Gini-indeks

Standardavviket er et vanlig mål på spredning. Hvis standardavviket reduseres har de absolutte forskjellene i dekningsgrad blitt redusert. Standardavviket måles med samme målestokk som fordelingen vi studerer. Dette innebærer at en ikke kan foreta sammenligninger på tvers av fordelinger med ulik målestokk. Standardavviket tar heller ikke hensyn til nivået på fordelingen, som nevnt vil en forskjell på eksempelvis to prosentpoengs dekning av tjenester til befolkningen 0-17 år mellom to fylker gir samme standardavvik enten fylkene har en og tre prosents dekning, eller fire og seks prosent dekning, selv om den relative forskjellen er betydelig redusert. Standardavviket er basert på de *kvadrerte* avvikene for de enkelte observasjonene i fordelingen fra gjennomsnittet for fordelingen. Dette innebærer at standardavviket er følsomt for ekstremverdier, og som vi skal se kan dette ha betydning for tolkingen av resultatene.

For å fange opp de relative forskjeller benytter vi variasjonskoeffisienten og Gini-indeksen. Variasjonskoeffisienten er definert som standardavvik dividert med gjennomsnitt, og gir dermed informasjon om de relative snarere enn de absolutte forskjellene. Gini-indeksen er et standardisert mål for grad av ulikhet innen en gruppe. Dette er et mål som beregner fordelingen av et gode kontra fordelingen av befolkningen. Gini-indeksen varierer fra null (helt lik fordeling) og (nesten) én (en enhet har hele godet). Mens variasjonskoeffisienten legger like stor vekt på alle enheter (her fylker), vektet Gini-indeksen fylkene etter befolkningsstørrelse.

Endringer i spredning vil bli signifikanstestet ved hjelp av Levenes test. Denne bygger på absoluttverdiene av avvikene mellom gjennomsnittet for fordelingen (raten) og verdiene (ratene) for de enkelte fylkene, og tester om disse avvikene endrer seg signifikant mellom år. For å få signifikanstestet også de relative avvikene, har samme test også blitt utført på ratene dividert med landsgjennomsnittet det enkelte år.

Vi minner om at datagrunnlaget bare omfatter 9 år. En kan derfor lett komme til å forkaste en hypotese om endring, selv om endringen faktisk er signifikant (Type II-feil). Vi har derfor valgt å rapportere signifikante resultater også på 10-prosent nivå. En må uansett foreta en substansiell vurdering av resultatene, uavhengig av signifikans-testingen.

For å undersøke stabiliteten i forskjellene vil vi undersøke grad av samvariasjon mellom ratene først (1998) og sist i perioden (2006). Dette vil bli gjort ved hjelp av Pearsons r . Denne varierer mellom +1 (perfekt positivt samsvar, en høy verdi på den ene variabelen går alltid sammen med en bestemt høy verdi på den andre), 0 (ingen sammenheng) og -1 (perfekt negativt samsvar, en høy verdi på den andre går alltid sammen med en bestemt lav verdi på den andre variabelen).

6.3 Resultater

6.3.1 Dekningsgrad, pasienter i psykisk helsevern for barn og unge

I tabell 6.5 bakerst i kapitlet presenteres befolkningsbaserte rater for behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt etter pasientenes bostedsfylke det enkelte år. I figur 6.1 er de fylkesvise ratene for 1998 og 2006 fremstilt grafisk. Fylkene er sortert etter dekningsgraden i 1998. Tabell 6.1 viser ulike spredningsmål for indikatoren, disse indikatorene er også fremstilt grafisk i figur 6.2. Variasjonskoeffisient og Gini-indeks forholder seg til venstre akse, mens standardavviket forholder seg til høyre akse.

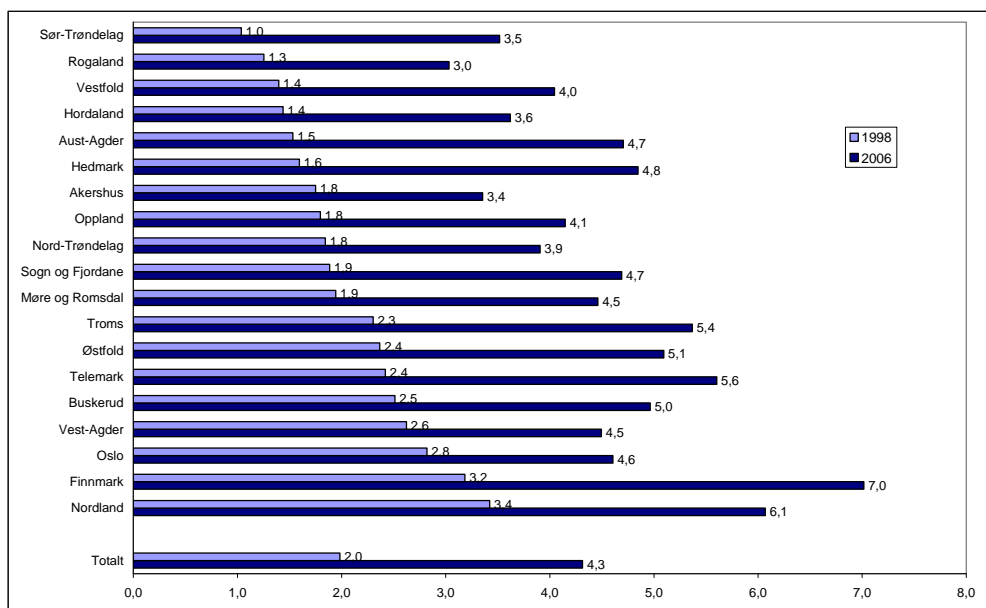
Tabell 6.1 Forskjeller i dekningsrad (pasienter i prosent av antall innbyggere 0-17 år) mellom bostedsfylker. Psykisk helsevern for barn og unge 1998-2006. Standardavvik, variasjonskoeffisient, Gini-indeks, samt Levenes test av forskjeller i varians.

År	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endring 1998-2006
Landsrate	2,0	2,2	2,5	2,7	2,9	3,2	3,6	4,0	4,3	117
S	0,66	0,73	0,81	0,82	0,87	0,89	0,92	0,96	0,98	49
CV	0,33	0,33	0,32	0,30	0,30	0,28	0,26	0,24	0,23	-32
Gini	0,18	0,18	0,17	0,17	0,16	0,14	0,13	0,13	0,12	-36

Levenes test av homogenitet i variansen:

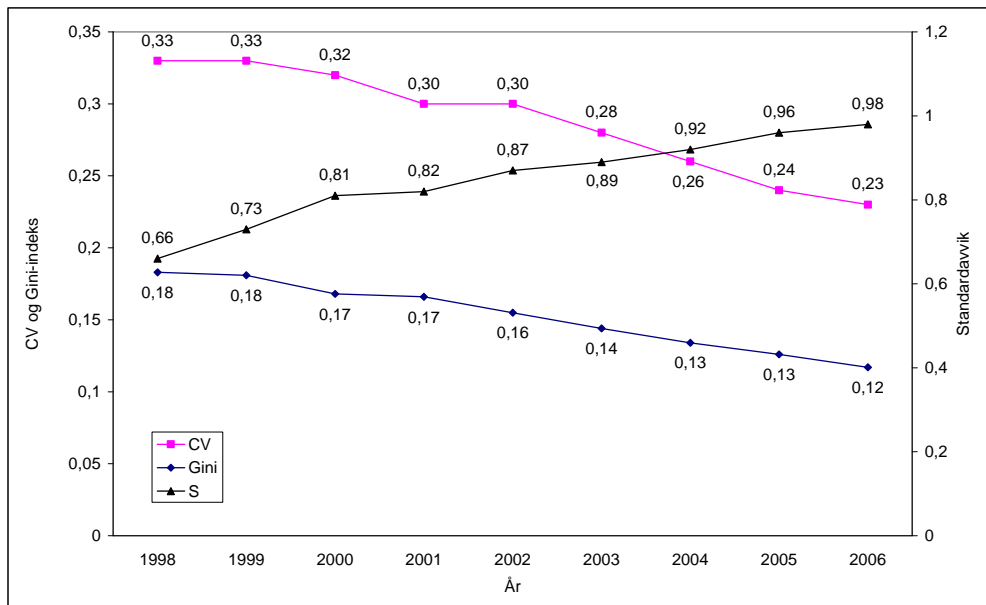
Rater: 0,29, p-verdi: 0,97. Prosentuerte rater: 0,93, p-verdi: 0,50.

df1: 8, df2: 162



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 6.1 Pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i prosent av antall innbyggere 0-17 år. Bostedsfylke 1998 og 2006.



Figur 6.2 Forskjeller i dekningsgrad (pasienter i prosent av innbyggertallet 0-17 år) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks mellom bostedsfylker 1998-2006.

Prosent pasienter i psykisk helsevern for barn og unge er, med CV på 0,33 og Gini-indeks på 0,18, den indikatoren som for 1998 viser de største relative forskjellene. For denne indikatoren finner vi samtidig den sterkeste økningen i de absolutte forskjellene (standardavviket øker med 49 prosent) og den sterkeste reduksjonen i de relative forskjellene (CV og Gini-indeksen reduseres med hhv. 32 og 36 prosent). Disse trendene holder seg stabilt over perioden.

Resultatet må sees på bakgrunn av den sterke veksten innen sektoren. Fra 1998 til 2006 har dekningsgraden blitt mer enn fordoblet. Nedgangen i de relative forskjellene skyldes altså økning i aktivitet snarere enn reduksjon i absolutte forskjeller. På tross av betydelige endringer i spredning, er verken de absolutte eller de relative endringene signifikante, verken på 5 eller 10 prosent nivå. Vi minner imidlertid om at vi har få observasjoner (ni år). Dette vil i betydelig grad påvirke mulighetene for å dokumentere signifikante endringer.

Vi har også undersøkt om forskjellene mellom fylkene har holdt seg stabile over tid, dvs. om det er de samme fylkene som har att høye eller laver rater gjennom hele perioden. Dette ble undersøkt ved å korrelere raten for 1998 med raten for 2006. Dette ga en korrelasjonskoeffisient (Pearsons r) på 0,81. Selv om alle fylker har hatt en betydelig vekst i ratene, er altså de fylkene som hadde en høy rate i 1998 gjennomgående også de fylkene som hadde en høy rate i 2006.

6.3.2 Forskjeller i behandlingsrater i det psykiske helsevernet for voksne

Døgnopphold

Tabell 6.6 bakerst i kapitlet viser rater for døgnopphold (avsluttede og ikke avsluttede) per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, fordelt etter pasientenes bostedsfylke. Ratene for 1998 og 2006 er fremstilt grafisk i figur 6.3. Tabell 6.2 viser ulike mål på spredning indikatoren. Disse er fremstilt grafisk i figur 6.4. CV og Gini-indeks forholder seg til venstre akse, standardavviket til høyre akse i figuren.

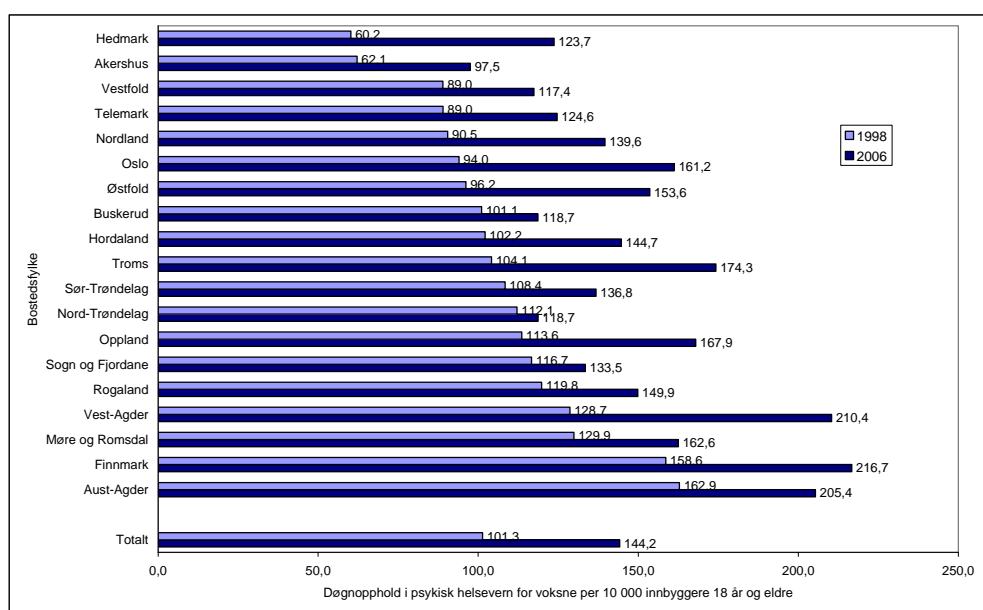
Tabell 6.2 Forskjeller i rater for døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter bostedsfylke. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006. Standardavvik, variasjonskoeffisient, Gini-indeks, samt Levenes test av forskjeller i varians.

År	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endring 1998- 2006
Landsrate	101,3	100,1	109,9	112,0	120,2	128,0	130,0	134,2	144,2	42
S	26,4	25,6	25,8	29,4	35,2	34,2	37,6	38,6	33,4	26
CV	0,26	0,26	0,23	0,26	0,29	0,27	0,29	0,29	0,23	-11
Gini	0,12	0,13	0,11	0,12	0,14	0,12	0,12	0,12	0,11	-12

Levenes test av homogenitet i variansen:

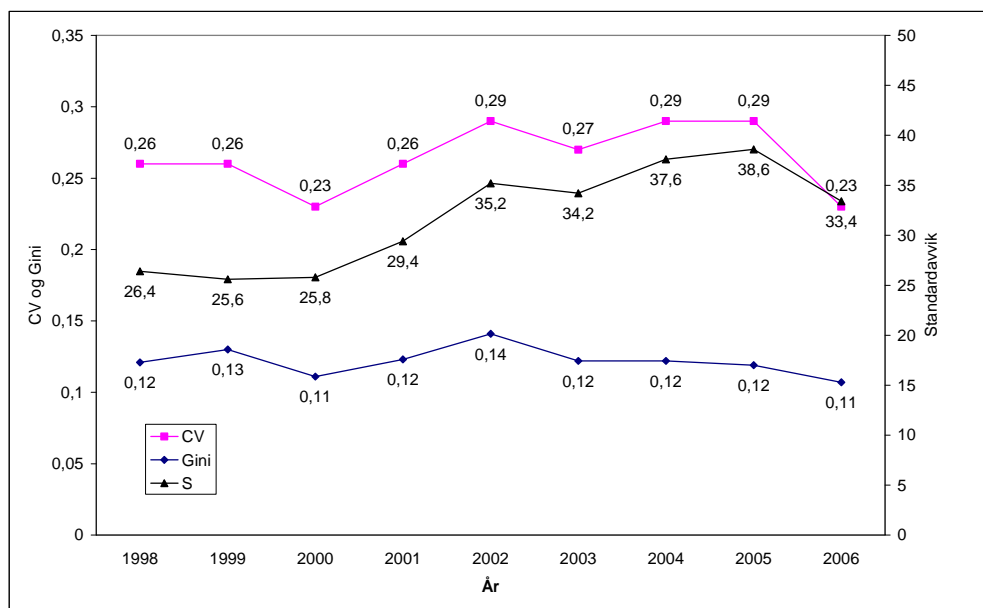
Rater: 0,83, p-verdi: 0,58. Prosentuerte rater: 0,28, p-verdi: 0,97.

df1: 8, df2: 162



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 6.3 Døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsfylke 1998 og 2006.



Figur 6.4 Forskjeller i ratene for døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks mellom bostedsfylker 1998-2006.

Målt ved Gini-indeksen er døgnoppholdene den indikatoren som viste det minste relative forskjellene i 1998. Både Gini-indeksen og standardavviket holder seg også relativt stabile over perioden, og reduseres bare med 11-12 prosent fra 1998 til 2006. De absolutte forskjellene (målt ved standardavviket) øker fra 2000 til 2005, men reduseres igjen fra 2005 til 2006. For perioden som helhet øker standardavviket likevel med 26 prosent. Økningen må sees på bakgrunn av den sterkere økningen i oppholdsrate (42 prosent økning i løpet av perioden). Korrelasjonskoeffisienten mellom ratene for 1998 og 2006 er 0,80. Fylker som hadde en høy rate i 1998 er altså gjennomgående de samme fylkene som hadde en høy rate i 2006.

Oppholdsdøgn

Tabell 6.7 bakerst i kapitlet viser antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter pasientenes bostedsfylke. Fordelingen for 1998 og 2006 er fremstilt grafisk i figur 6.5. I figuren er fylkene sortert etter stigende rate i 1998. Tabell 6.3 viser ulike spredningsmål for indikatoren. Spredningsmålene er også fremstilt grafisk i figur 6.6

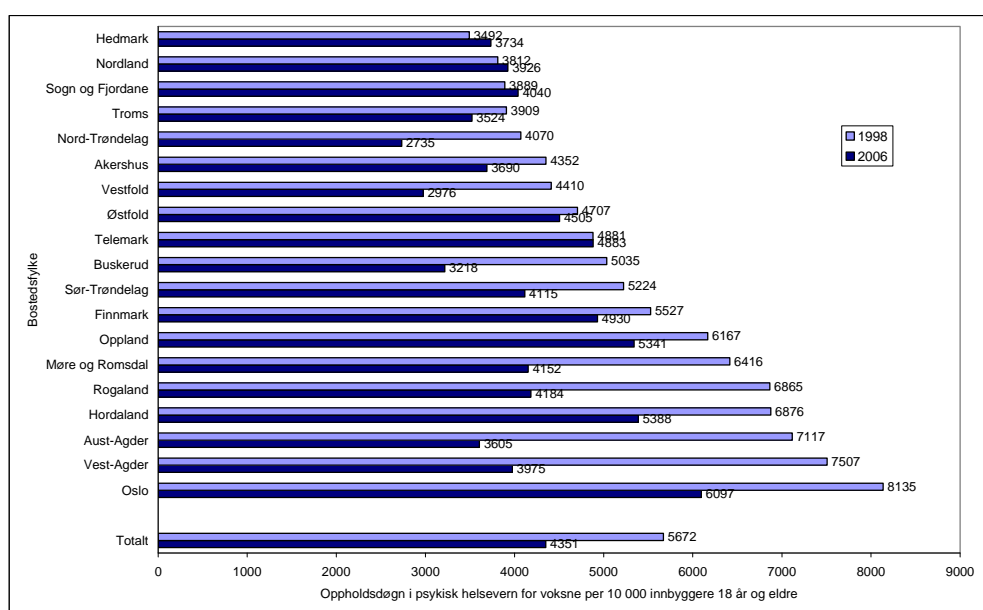
Tabell 6.3 Forskjeller i rater for oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter bostedsfylke. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006. Standardavvik, variasjonskoeffisient, Gini-indeks, samt Levenes test av forskjeller i varians.

År	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endring 1998- 2006
Landsrate	5 672	5 570	5 338	5 117	4 966	4 788	4 583	4 429	4 351	-23
S	1 419	1 353	1 270	1 140	1 049	1 032	901	910	864	-39
CV	0,25	0,24	0,24	0,22	0,21	0,22	0,20	0,21	0,20	-21
Gini	0,15	0,16	0,15	0,13	0,13	0,13	0,12	0,13	0,12	-19

Levenes test av homogenitet i variansen:

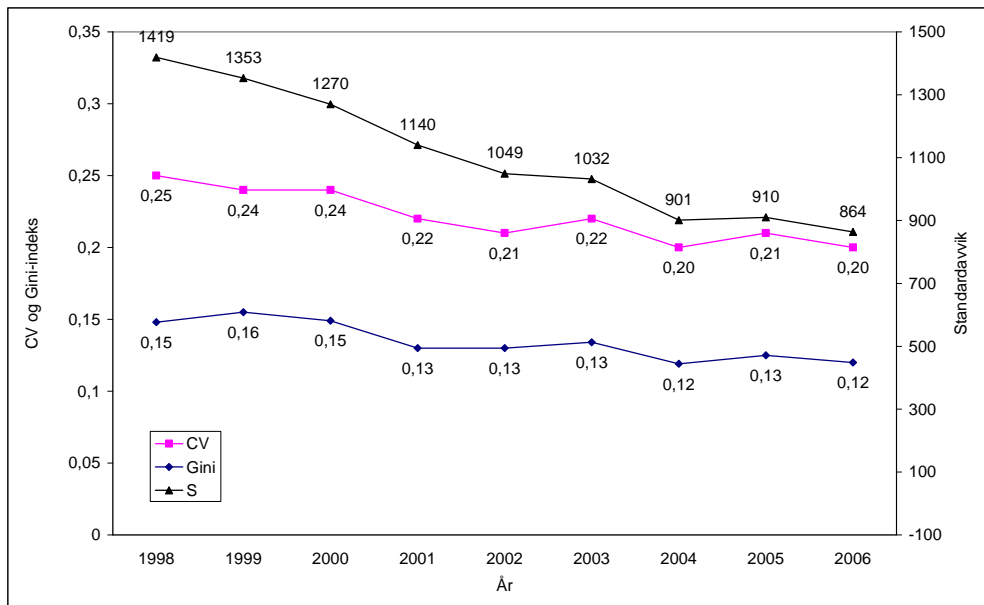
Absolutte rater: 1,88, p-verdi: 0,07 Prosentuerte rater: 0,61, p-verdi: 0,77.

df1: 8, df2: 162



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 6.5 Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsfylke 1998 og 2006.



Figur 6.6 Forskjeller i ratene for oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Standarddevik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks mellom bostedsfylker 1998-2006

Raten for oppholdsdøgn er på landsbasis den eneste forbruksindikatoren som har blitt redusert i løpet av perioden (23 prosent nedgang). De absolutte forskjellene, målt ved standarddeviket, har imidlertid blitt redusert enda kraftigere (39 prosent reduksjon). Reduksjonen er statistisk signifikant på 10-prosent nivå. Ettersom ratene på landsbasis har blitt redusert, er reduksjonen i de relative forskjellene svakere (19-21 prosent reduksjon). Reduksjonen er heller ikke statistisk signifikant. Trendene er de samme gjennom hele perioden.

Det kan altså se ut for at de fylkene som hadde de høyeste ratene for oppholdsdøgn i 1998 har redusert bruken mer enn de som hadde lavere rater. Dette understøttes også av korrelasjonskoeffisienten mellom ratene for 1998 og 2006, som er 0,56. Det er altså en langt svakere tendens til at de som hadde høye rater i 1998 også vil ha høye rater i 2006, enn det vi fant for opphold og for pasienter i tjenestene til barn og unge (der korrelasjonskoeffisienten var rundt 0,8).

Hvis vi sammenligner døgnraten i 1998 med gjennomsnittlig varighet av oppholdene (her målt ved antall oppholdsdøgn/antall opphold), finner vi en korrelasjon (Pearsons r) på 0,53. Fylker med mange oppholdsdøgn hadde mao. også lange opphold. Om vi sammenligner gjennomsnittlig varighet i 1998 med *nedgang* i varighet fram til 2006, finner vi en korrelasjonskoeffisient på 0,88. Reduserte forskjeller i ratene for oppholdsdøgn synes mao. å gjenspeile at "institusjonsfylkene", med lange opphold og mange oppholdsdøgn har redusert varigheten av oppholdene mer enn de øvrige fylkene.

Polikliniske konsultasjoner

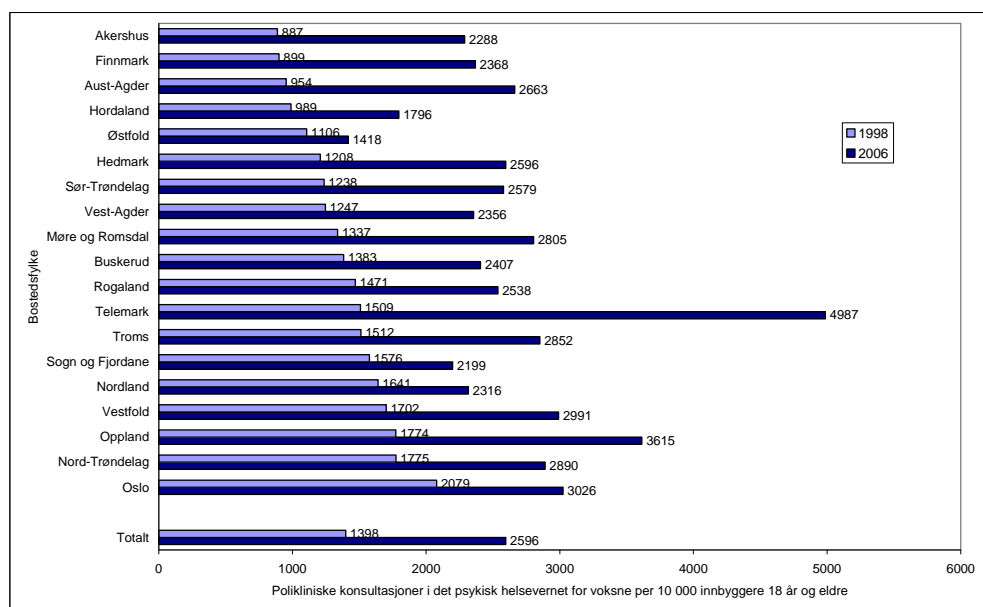
Tabell 6.8 bakerst i kapitlet viser rater for polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere fordelt etter fylke. Ratene for 1998 og 2006 er fremstilt grafisk i figur 6.7. Fylkene er sortert etter stigende rate i 1998. Tabell 6.4 viser ulike spredningsmål for indikatoren. Spredningsmålene er fremstilt grafisk i figur 6.8. CV og Gini-indeks forholder seg til venstre akse i figuren, standarddeviket forholder seg til høyre akse.

Tabell 6.4 Forskjeller i rater for polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter bostedsfylke. Psykisk helsevern for voksne 1998-2006. Standardavvik, variasjonskoeffisient, Gini-indeks, samt Levenes test av forskjeller i varians.

År	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endring 1998- 2006
Inklusive Telemark:										
Landsrate	1 398	1 474	1 515	1 597	1 774	2 001	2 157	2 445	2 596	86
S	334	312	348	378	399	482	565	701	734	120
CV	0,24	0,21	0,23	0,24	0,22	0,24	0,26	0,29	0,28	19
Gini	0,15	0,12	0,14	0,14	0,14	0,13	0,14	0,14	0,14	-5
Levenes test av homogenitet i variansen: Rater: 1,825, p-verdi: 0,076 Prosentuerte rater: 0,14 p-verdi: 0,99 df1: 8, df2: 162										
Ekskl. Telemark:										
S	342	311	342	371	363	401	415	464	487	42
CV	0,25	0,21	0,23	0,24	0,21	0,21	0,20	0,20	0,19	-21

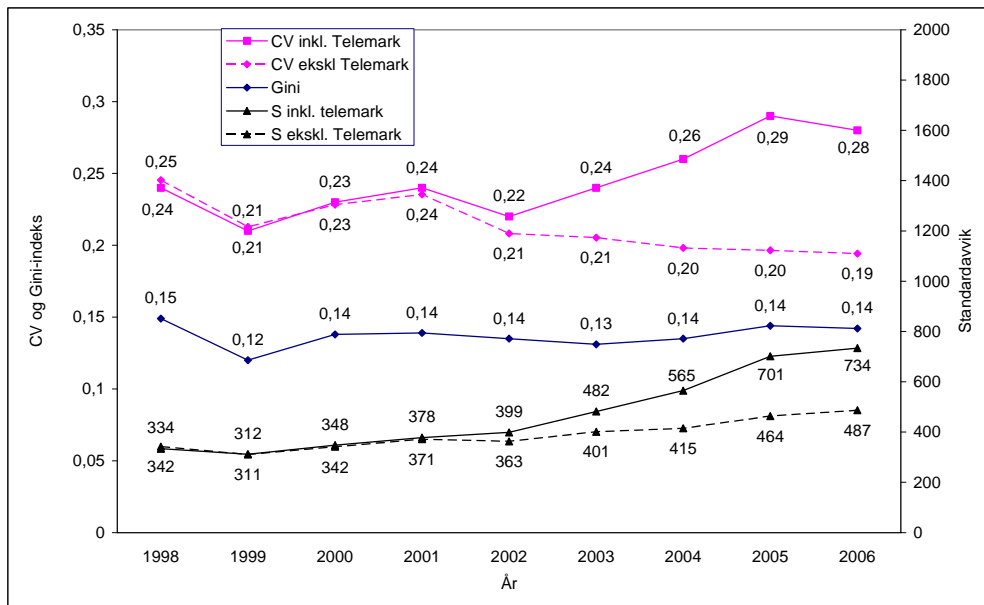
Levenes test av homogenitet i variansen:

Rater: 1,104, p-verdi: 0,364 Prosentuerte rater: 0,30 p-verdi: 0,97 df1: 8, df2: 153



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 6.7 Polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsfylke 1998 og 2006.



Figur 6.8 Forskjeller i ratene for polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks mellom bostedfylker 1998-2006

Et fylke, Telemark, har de siste årene hatt en langt høyere konsultasjonsrate enn de øvrige fylkene¹⁰. Dette vil i betydelig grad kunne påvirke standardavviket og dermed også variasjonskoeffisienten. Vi har derfor beregnet standardavviket, variasjonskoeffisienten og både inklusive og eksklusive dette fylket.

Voksenpsykiatriske poliklinikker har, sammen med det psykiske helsevernet for barn og unge, vært et sentral satsingsområde i Opptrappingsplanen. I løpet av perioden har dekningsgraden (konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre) nær blitt fordoblet (86 prosent økning). De absolutte forskjellene, målt ved standardavviket øker betydelig kraftigere enn dette (120 prosent), og som en konsekvens av dette øker også de relative forskjellene, målt ved variasjonskoeffisienten med 19 prosent, på tross av den kraftige økningen i aktiviteten på landsbasis. Økningen i disse spredningsmålene kommer særlig fra 2002 og utover. Økningen i absolutt spredning er statistisk signifikant på 10 prosent nivå. Holder vi imidlertid Telemark utenfor, finner vi et helt annet bilde: standardavviket øker bare med 42 prosent (dvs. langt mindre enn konsultasjonsraten), og variasjonskoeffisienten reduseres med 21 prosent. Gini-indeksen holder seg tilnærmet stabil gjennom hele perioden.

Det er en relativt lav korrelasjonskoeffisient mellom konsultasjonsratene for 1998 og 2006 ($r=0,46$). Dette mønsteret holder seg også langt på vei selv om Telemark ekskluderes ($r=0,60$). Det er derfor ingen entydig tendens til at det er de samme fylkene som har høy konsultasjonsrate både først og sist i perioden.

10 Vi har søkt å finne årsaken til de avvikende verdiene for Telemark. Både Sykehuset Telemark og Blefjell sykehus poliklinikk på Notodden har en produktivitet (målt i konsultasjoner per fagarbær) godt over landsgjennomsnittet hhv. ca 30 og ca 60 prosent over landsgjennomsnittet (se tilleggstabeller til kapittel 10 i Samdata Nøkkeltall 2006 på nettet) i likhet med de fleste foretak i Helseregion Sør RHF. Samtidig har disse poliklinikkene fagarbær som gir Telemark en dekningsgrad (fagpersonell per innbygger) om lag 50 prosent over landsgjennomsnittet..

6.4 Diskusjon og oppsummering

Vi har i dette kapitlet undersøkt om/i hvilken grad vi i løpet av Opptrappingsperioden har fått en geografisk utjevning av tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet, i tråd med de helsepolitiske føringene. For å undersøke dette har vi beregnet befolkningsbaserte forbruksrater, fordelt etter pasientenes bostedsfylke. Vi minner om at lik bruk av tjenester (rate) ikke nødvendigvis er det samme som lik tilgjengelighet til tjenesten. Dette vil også avhenge av (relativt) behov for tjenester i de ulike fylkene. Indikatorer for dette siste er imidlertid ikke tilgjengelige.

Fylker snarere enn helseforetaksområder ble valgt som analyseenheter på grunn av datagrunnlaget (kommunenummer er etter krav fra datatilsynet slettet i de eldste årgangene, det er dermed ikke mulig å etablere data for helseforetaksområder for disse årgangene).

Både for pasientrate for barn og unge, døgnoppholdsrate og konsultasjonsrate for voksne fant vi en *økning* i de absolutte forskjellene i løpet av perioden. For to av indikatorene (pasienter blant barn og unge, døgnopphold for voksne) må dette sees i sammenheng med stor volumvekst. Justert for dette finner vi at de relative forskjellene (målt ved variasjonskoeffisient og Gini-indeks) ble betydelig redusert for barn og unge (32-36 prosent reduksjon avhengig av indikator) og (om enn ubetydelig) redusert også for døgnopphold blant voksne.

For konsultasjoner ved voksenpsykiatriske poliklinikker fant vi en enda kraftigere økning av de absolutte forskjellene enn volumveksten i tjenesten (120 prosent mot 86 prosent økning). Dette ga også en svak økning i de relative forskjellene, målt ved variasjonskoeffisienten. Dette resultatet kunne imidlertid føres tilbake til høye rater for et enkelt fylke. Standardavvik og dermed også variasjonskoeffisienten er følsomme for ekstremverdier. Holdes dette fylke utenfor finner vi også for de polikliniske konsultasjonene en større økning i volum enn i de absolutte forskjellene, og en svak nedgang i de relative forskjellene, målt ved variasjonskoeffisienten. Gini-indeksen holdt seg stabil.

For den fjerde indikatoren, oppholdsdøgn for voksne sank de absolutte forskjellene mer enn volumet. Både de absolutte og de relative forskjellene ble her redusert over tid. Det kan altså se ut for at fylker med stor bruk av oppholdsdøgn har hatt større nedgang enn øvrige fylker.

Vi skrev innledningsvis i kapitlet at kravet om likere tilgang til tjenestene kan formuleres ulikt sterkt: En kan enten stille krav om at de *absolutte forskjellene* skal reduseres, eller en kan bare stille krav om at *de relative forskjellene* skal reduseres. For tjenester under utbygging vil valg av kriterium kunne gi helt ulike resultat.

Bare en av fire indikatorer (oppholdsdøgn, tjenester for voksne) oppfyller kravet om reduksjon i de absolutte forskjellene. Tre av fire indikatorer (pasienter i psykisk helsevern for voksne, døgnopphold for voksne samt oppholdsdøgn for voksne) oppfyller imidlertid kravet om reduksjon i de relative forskjellene. For den fjerde indikatoren, polikliniske konsultasjoner for voksne, synes de relative forskjellene å holde seg stabile, når et fylke med ekstremverdier holdes utenfor.

I hvilken grad vi i opptrappingsperioden har fått en geografisk utjevning av tilbudet avhenger dermed av hvordan utjevningskravet formuleres. Ut fra en "streng tolking" (reduksjon av absolutte forskjeller) har vi bare for en indikator fått en utjevning. Ut fra en mer rimelig tolking (reduksjon av relative forskjeller, gitt veksten innenfor sektoren), oppfylles kravet om utjevning for tre av fire indikatorer.

Både for pasientraten i psykisk helsevern for barn og unge og for døgnopphold i psykisk helsevern for voksne var ratene for 1998 og 2006 høyt korrelert ($r=0,80-0,81$). De samme fylkene hadde altså gjennomgående høyt eller lavt forbruk både først og sist i opptrappingsperioden. For døgnraten ($r=0,56$) og konsultasjonsraten ($r=0,46$ eller $0,60$,

avhengig av om Telemark tas med eller ikke) er korrelasjonen lavere, med større endringer i fylkenes relative plassering.

Vedlegg: Detaljert tallgrunnlag for kapittel 6

Tabell 6.5 Pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i prosent av antall innbyggere 0-17 år, samt standardavvik (S), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Bostedsfylke 1998-2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Østfold	2,4	2,5	3,0	3,4	3,5	3,9	4,4	4,9	5,1
Akershus	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	2,4	2,6	2,9	3,4
Oslo	2,8	3,0	3,4	3,7	3,8	4,1	4,4	4,3	4,6
Hedmark	1,6	1,7	2,2	2,6	3,0	3,3	3,9	4,5	4,8
Oppland	1,8	2,1	2,4	2,8	2,9	3,2	3,5	3,9	4,1
Buskerud	2,5	2,8	3,3	3,5	3,4	4,5	4,8	4,7	5,0
Vestfold	1,4	1,6	1,5	1,6	1,9	2,3	2,6	3,3	4,0
Telemark	2,4	2,7	2,8	2,8	3,1	3,5	4,4	4,9	5,6
Aust-Agder	1,5	1,8	2,4	2,8	3,0	3,2	3,6	4,3	4,7
Vest-Agder	2,6	3,1	3,2	3,4	3,3	3,2	3,7	4,6	4,5
Rogaland	1,3	1,4	1,7	1,6	1,9	2,2	2,7	2,9	3,0
Hordaland	1,4	1,7	2,1	2,3	2,5	2,6	3,0	3,2	3,6
Sogn og Fjordane	1,9	2,2	2,4	2,8	3,2	3,0	3,9	4,3	4,7
Møre og Romsdal	1,9	2,1	2,5	2,7	2,9	3,1	3,7	4,1	4,5
Sør-Trøndelag	1,0	1,0	1,4	2,0	2,1	2,5	2,9	3,3	3,5
Nord-Trøndelag	1,8	2,2	2,3	2,5	2,6	2,6	3,0	3,5	3,9
Nordland	3,4	3,7	3,6	4,2	4,4	4,5	5,1	5,9	6,1
Troms	2,3	2,7	3,0	3,6	3,8	4,0	4,5	4,8	5,4
Finnmark	3,2	3,6	4,7	4,6	5,4	5,6	6,0	6,5	7,0
Totalt	2,0	2,2	2,5	2,7	2,9	3,2	3,6	4,0	4,3
S	0,66	0,73	0,81	0,82	0,87	0,89	0,92	0,96	0,98
CV	0,33	0,33	0,32	0,30	0,30	0,28	0,26	0,24	0,23
Gini	18,3	18,1	16,8	16,6	15,5	14,4	13,4	12,6	11,7

Levenes test av homogenitet i variansen: 0,29, df: 8 p-verdi: 0,97

Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Tabell 6.6 Døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Psykiske helsevernet for voksne. Bostedsfylke 1998-2006.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Østfold	96,2	103,0	112,6	107,7	115,9	117,9	131,7	140,6	153,6
Akershus	62,1	67,8	72,9	69,5	68,9	84,0	88,0	88,8	97,5
Oslo	94,0	89,6	112,9	112,6	140,0	142,4	149,2	147,1	161,2
Hedmark	60,2	69,7	66,5	83,1	90,0	100,9	93,1	107,9	123,7
Oppland	113,6	116,2	130,6	134,0	143,8	143,3	138,9	157,2	167,9
Buskerud	101,1	97,5	117,8	97,0	92,4	118,7	108,1	113,0	118,7
Vestfold	89,0	96,2	100,2	105,0	104,0	103,6	103,9	105,0	117,4
Telemark	89,0	74,8	90,2	93,2	89,0	94,1	116,8	116,4	124,6
Aust-Agder	162,9	133,2	155,5	168,3	179,7	187,7	187,5	198,8	205,4
Vest-Agder	128,7	133,6	136,9	136,8	162,9	177,0	194,9	192,8	210,4
Rogaland	119,8	133,5	129,8	147,8	154,4	158,0	151,0	146,8	149,9
Hordaland	102,2	108,5	106,0	102,0	115,1	125,1	123,3	136,0	144,7
Sogn og Fjordane	116,7	109,3	113,8	104,5	103,7	114,5	119,8	116,7	133,5
Møre og Romsdal	129,9	128,1	123,6	131,6	135,0	141,1	137,6	158,7	162,6
Sør-Trøndelag	108,4	77,2	100,0	101,4	109,5	112,7	115,3	119,5	136,8
Nord-Trøndelag	112,1	101,1	95,2	115,6	110,3	120,5	122,3	120,6	118,7
Nordland	90,5	79,0	107,8	113,1	113,8	122,7	118,7	117,4	139,6
Troms	104,1	121,0	146,5	144,5	159,6	167,7	168,0	163,7	174,3
Finnmark	158,6	160,2	166,1	188,3	207,2	215,4	237,2	246,5	216,7
Totalt	101,3	100,1	109,9	112,0	120,2	128,0	130,0	134,2	144,2
S	26,4	25,6	25,8	29,4	35,2	34,2	37,6	38,6	33,4
CV	0,26	0,26	0,23	0,26	0,29	0,27	0,29	0,29	0,23
Gini	12,1	13,0	11,1	12,3	14,1	12,2	12,2	11,9	10,7

Levenes test av homogenitet i variansen: 0,83, df:8, p-verdi: 0,58.

Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Tabell 6.7 Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Psykiske helsevernet for voksne. Bostedsfylke 1998-2006.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Østfold	4 707	4 662	4 273	4 270	4 059	3 966	4 274	4 458	4 505
Akershus	4 352	4 304	4 219	4 443	4 168	4 096	4 036	3 864	3 690
Oslo	8 135	8 596	8 375	6 956	6 883	6 885	6 305	6 336	6 097
Hedmark	3 492	3 298	3 515	3 469	3 543	3 585	3 523	3 441	3 734
Oppland	6 167	5 669	5 524	5 610	5 493	5 199	5 054	5 083	5 341
Buskerud	5 035	4 982	4 866	4 369	4 150	3 921	3 545	3 398	3 218
Vestfold	4 410	4 734	4 533	4 181	4 165	3 404	3 348	2 828	2 976
Telemark	4 881	4 762	4 432	4 387	4 287	4 126	4 415	4 361	4 883
Aust-Agder	7 117	5 934	6 352	6 227	5 564	5 243	4 311	3 929	3 605
Vest-Agder	7 507	6 506	6 286	5 704	5 354	4 925	4 248	4 154	3 975
Rogaland	6 865	6 970	6 113	6 261	6 304	5 628	5 401	4 669	4 184
Hordaland	6 876	6 758	6 462	6 567	6 455	6 339	5 884	5 451	5 388
Sogn og Fjordane	3 889	3 913	3 953	3 542	3 908	3 714	3 906	4 021	4 040
Møre og Romsdal	6 416	6 075	5 733	5 422	4 716	4 602	3 993	4 281	4 152
Sør-Trøndelag	5 224	5 096	4 536	4 489	4 191	4 092	4 087	4 318	4 115
Nord-Trøndelag	4 070	3 958	3 687	3 269	3 646	3 280	3 366	2 814	2 735
Nordland	3 812	3 690	3 735	3 824	3 649	3 896	3 900	3 687	3 926
Troms	3 909	3 795	3 803	3 696	3 603	3 537	3 499	3 455	3 524
Finnmark	5 527	5 135	5 143	5 542	5 393	5 528	5 802	5 471	4 930
Totalt	5 672	5 570	5 338	5 117	4 966	4 788	4 583	4 429	4 351
S	1 419	1 353	1 270	1 140	1 049	1 032	901	910	864
CV	0,25	0,24	0,24	0,22	0,21	0,22	0,20	0,21	0,20
Gini	14,8	15,5	14,9	13,0	13,0	13,4	11,9	12,5	12,0

Levenes test av homogenitet i variansen: 1,882, df:8, p-verdi: 0,066

Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Tabell 6.8 Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt standardavvik (S), Variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Psykiske helsevernet for voksne. Bostedsfylke 1998-2006.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Østfold	1 106	1 393	1 346	1 361	1 594	1 443	1 642	1 732	1 418
Akershus	887	962	990	1 045	1 133	1 565	1 892	2 107	2 288
Oslo	2 079	1 966	2 040	2 281	2 410	2 556	2 653	3 072	3 026
Hedmark	1 208	1 489	1 493	1 569	1 664	1 786	2 069	2 309	2 596
Oppland	1 774	1 869	1 963	1 894	2 423	2 843	2 954	3 376	3 615
Buskerud	1 383	1 483	1 654	1 424	1 705	2 148	2 485	2 526	2 407
Vestfold	1 702	1 931	2 134	2 156	2 311	2 422	2 321	2 680	2 991
Telemark	1 509	1 790	1 952	2 068	2 573	3 212	3 815	4 677	4 987
Aust-Agder	954	925	1 112	1 058	1 387	1 606	1 507	1 859	2 663
Vest-Agder	1 247	1 278	1 289	1 371	1 662	1 911	1 582	1 986	2 356
Rogaland	1 471	1 298	1 255	1 393	1 773	2 091	2 233	2 532	2 538
Hordaland	989	1 343	1 145	1 244	1 324	1 471	1 517	1 613	1 796
Sogn og Fjordane	1 576	1 521	1 489	1 401	1 644	1 826	1 790	2 015	2 199
Møre og Romsdal	1 337	1 496	1 698	1 582	1 683	1 840	1 946	2 472	2 805
Sør-Trøndelag	1 238	1 222	1 252	1 463	1 450	1 559	1 807	2 294	2 579
Nord-Trøndelag	1 775	1 903	1 902	2 227	2 136	2 453	2 373	2 870	2 890
Nordland	1 641	1 380	1 439	1 620	1 650	1 777	2 035	2 188	2 316
Troms	1 512	1 574	1 717	1 901	1 917	2 088	2 452	2 410	2 852
Finnmark	899	1 128	1 223	1 399	1 856	2 145	2 341	1 996	2 368
Totalt	1 398	1 474	1 515	1 597	1 774	2 001	2 157	2 445	2 596
S	334	312	348	378	399	482	565	701	734
CV	0,24	0,21	0,23	0,24	0,22	0,24	0,26	0,29	0,28
Gini	14,9	12,0	13,8	13,9	13,5	13,1	13,5	14,4	14,2

Levenes test av homogenitet i variansen: 1,825, df: 8, p-verdi: 0,076

Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

7 Hvem er de nye brukerne i psykisk helsevern for barn og unge?

Marit Sitter

Formatted: Forfatter

7.1 Innledning og problemstilling

Et overordnet mål i Opptappingsplanen for psykisk helse er å styrke tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer (St. prp. Nr. 63, 1997–1998, St. meld. Nr 25, 1996-97). Dette omfatter både utbygging av kommunale tilbud og styrking av det psykiske helsevernet. Det er knyttet konkrete måltall til utbyggingen av tjenestene både når det gjelder kapasitet, produktivitet og dekningsgrad. Et av de sentrale målene for spesialisthelsetjenesten er å gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen årlig.

I løpet av Opptappingsplanens åtte første år (1999 til 2006) har vi sett en kraftig vekst i antallet barn og unge som har fått et behandlingstilbud innen det psykiske helsevernet. Fra å omfatte 2 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i 1998, gis 4,3 prosent et behandlingstilbud i 2006. Dette utgjør en økning på nær 130 prosent i perioden.

Hvilke pasientgrupper har så blitt ivaretatt gjennom spesialisthelsetjenestens økte tilbud? Er pasientsammensetningen endret i perioden, ved at nye pasientgrupper som tidligere ikke ble prioritert nå får behandling? Eller utgjør de samme pasientgruppene fortsatt majoriteten av pasientmassen, men i større omfang?

I dette kapitlet vil vi studere hvem de nye brukerne i psykisk helsevern for barn og unge er. Vi vil redegjøre for hovedtendenser med hensyn til pasientenes kjønns- og alderssammensetning og fordeling etter henvisningsgrunn for perioden 1998 til 2006. Det vil bli presentert utviklingstall på nasjonalt og regionalt nivå.

I avsnitt 7.3 vises nasjonale utviklingstall for antall behandlede pasienter i perioden 1998 - 2006, samt dekningsgrad fordelt på kjønn, alder og henvisningsgrunn. Videre vises regionale variasjoner i behandlingsrater i perioden sett i forhold til de aktuelle forklaringsvariablene i avsnitt 7.4. Avslutningsvis oppsummeres og diskuteres resultatene i avsnitt 7.5.

7.2 Data og metode

Analysene i kapitlet er basert på pasientdata for barn og unge i psykisk helsevern og omfatter statistikkårene 1998 til 2006. Datasettene for årgangene 1998 til 2002, er innsamlet av HIADATA AS etter avtale med Norsk Forening for Barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI). Data er kvalitetskontrollert av SINTEF i samråd med HIADATA AS. Fra 2003 er datasettene innhentet og kvalitetskontrollert av Norsk pasientregister (NPR), Sosial- og helsedirektoratet. Materialet er i stor grad basert på det pasientadministrative systemet BUP-data, med Visma Unique AS som systemleverandør.

Pasientdata for barn og unge har i perioden i økende grad blitt mer komplett. Med unntak for enkelte år, inngår samtlige av landets offentlige institusjoner innen psykisk helsevern for

barn og unge i datasettene. Begrensninger i datamaterialet er i stor grad knyttet til ulike registreringspraksis i sektoren. Vi gjør spesielt oppmerksom på at kvaliteten på data for døgn- og dagvirksomheten er beheftet med usikkerhet, og derfor bør tolkes med forsiktighet. Vi viser til de årlige Samdata-rapportene for nærmere beskrivelse av datagrunnlag og komplettethet for det enkelte statistikkår.

Analysene i dette kapitlet omfatter bruk av variablene kjønn, alder og henvisningsgrunn. Aldersinndelingen er endret i perioden og på grunn av mangel på konsesjon for fødselsårsvariabelen for årgangene fra 1998 til 2004, har vi ikke sammenliknbare aldersgrupper for samtlige år. For årgangene 1998 og 2006 har vi imidlertid sammenliknbare grupperinger, og dette gjør det mulig å belyse endring i perioden for de samme alderskategoriene.

For å belyse pasientsammensetning i forhold til pasientenes psykiske vansker/lidelser (problemområde) er henvisningsgrunn benyttet, dette på grunn av at variablene knyttet til tilstand/diagnose er beheftet med høy andel missing/ubesvarte samtlige år. Ved bruk av henvisningsgrunn gjenspeiles førstelinjetjenestens definisjon av barnets problem, og dette er ikke nødvendigvis sammenfallende med spesialisthelsetjenestens vurdering av barnets lidelse. Man bør være oppmerksom på dette i tolkningen av resultatene.

I Samdata-prosjektet for 2008 vil det trolig gjennomføres et utviklingsprosjekt som omhandler tilstander/diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge, og vi vil i dette prosjektet studere kvaliteten på datasettene nærmere.

I analysene i dette kapitlet presenteres relative fordelinger og dekningsgrad på nasjonalt nivå ved hjelp av grafiske fremstillinger for perioden 1998 til 2006, fordelt på kjønn, alder og henvisningsgrunn. Befolkningsbaserte rater på regionalt nivå tar hensyn til befolkningsutviklingen i helseregionene i perioden. I hvilken grad variasjonen i dekningsgrad mellom regionene endres i perioden, måles ved variasjonskoeffisienten CV¹¹

Ved hjelp av korrelasjonskoeffisienter (Phi og Cramers V) og kji-kvadrattester analyseres forskjeller mellom grupper i statistikkåret, og hvorvidt forskjeller mellom grupper blir statistisk signifikant større/ mindre i perioden 1998 til 2006.

Da variablene kjønn og alder er beheftet med en relativt liten andel ubesvarte, er det ikke korrigeret for missing ved presentasjon av dekningsgrad fordelt på kjønn og/eller alder. Missing på de aktuelle variablene vil medføre en liten diskrepans mellom total dekningsgrad og summen av de fordelte ratene. For aldersvariabelen er i tillegg pasienter over 18 år ikke inkludert i de presenterte aldersgruppene, men inngår i totalratene. For variabelen henvisningsgrunn er andelen ubesvarte noe høyere (mellom 6 og 11 prosent), og det er derfor korrigeret for missing ved presentasjon av dekningsgrad fordelt på henvisningsgrunn (se avsnitt 7.3.6. for nærmere beskrivelse). For enkelte år er totalt pasienttall i pasientdata for barn og unge korrigeret i ettertid. I dette kapitlet er det er ikke korrigeret for disse endringene ved fordeling på kjønn, alder og henvisningsgrunn.

7.3 Barn og unge i psykisk helsevern, 1998 – 2006. Utvikling på nasjonalt nivå

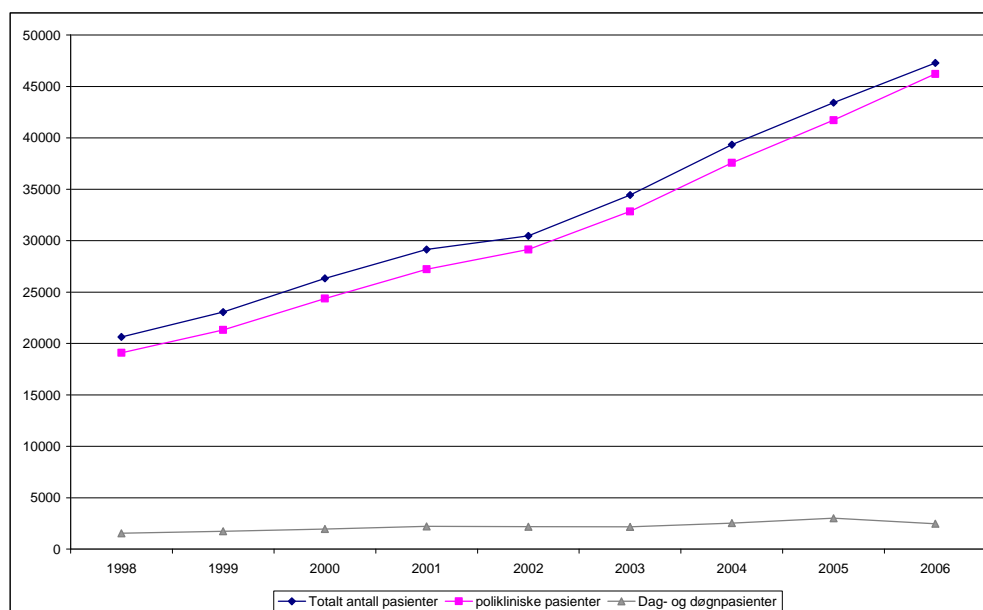
7.3.1 Barn og unge som mottar behandling innen psykisk helsevern - høyest andel og sterkest vekst blant polikliniske pasienter

I Opptrappingsplanen for psykisk helse er barn og unge et prioritert satsningsområde. I 2003 ble en egen Strategiplan for barn og unges psykiske helse lansert av regjeringen. Denne planen "... sammen om psykisk helse ..." er et uttrykk for en helhetlig politisk tenkning om en

¹¹ CV er definert som standardavviket dividert med gjennomsnittet.

samlet strategi for å styrke barn og unges psykiske helse. Til sammen 100 konkrete tiltak er presentert for å bidra til å realisere strategiplanen.

Figur 7.1 viser utviklingen i antall pasienter som har mottatt et behandlingstilbud innen psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1998 til 2006, fordelt på omsorgsnivå.



Figur 7.1 Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2006.

Det har vært en jevn og kraftig vekst i antall pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge fra Opptreppingsplanens start i 1998 fram til 2006. Totalt har pasienttallet økt fra 20 634 til 47 280 pasienter i perioden, en vekst på 129 prosent¹².

I psykisk helsevern for barn og unge er poliklinisk behandling i omfang den dominerende behandlingsformen. Polikliniske pasienter har derfor i hele perioden utgjort den klart største andelen av pasientmassen. I 1998 mottok 93 prosent av pasientene et poliklinisk tilbud, i 2006 var tilsvarende tall 98 prosent¹³. I perioden har det vært en økning i polikliniske pasienter på 142 prosent, med andre ord en sterkere vekst enn for pasienttallet totalt. Dette henger sammen med økt satsning på polikliniske og ambulante tilbud i perioden.

Pasienter som mottar døgn- eller dagbehandling utgjør en relativt liten andel av pasientene i innen psykisk helsevern for barn og unge. I 2006 mottok fem prosent av pasientene et døgn- eller dagtilbud. Enkelte pasienter mottar behandling på flere omsorgsnivå, og dette forklarer hvorfor summen av polikliniske og døgn/dagpasienter overstiger 100 prosent. Til tross for at utviklingen for denne gruppen i figuren over ser ut til å være tilnærmet flat, har det vært en vekst i døgn- og dagpasienter på 60 prosent i perioden¹⁴. Dette henger sammen med en

12 I dette kapitlet vil antallet pasienter som presenteres være alle pasienter som mottar behandling i det enkelte statistikkår. Dette betyr at pasienter som behandles over flere år, vil være med i tallgrunnlaget for samtlige år de mottar behandling.

13 Da enkelte pasienter både mottar poliklinisk og dag-/ døgnbehandling, vil antall pasienter samlet sett være lavere enn summen av pasienter på ulike omsorgsnivå. Dette gjelder også ved presentasjon av andelen polikliniske og døgn/dag pasienter.

14 Det er knyttet usikkerhet til kvaliteten på data for døgn- og dagvirksomheten. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Fra 2005 til 2006 er det en tilsynelatende nedgang i pasienter i døgn- og dagbehandling. Dette skyldes i all hovedsak endring i registreringspraksis ved enkelte institusjoner og kan trolig ikke tilskrives en reell aktivitetsnedgang (Samdata Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 1/07).

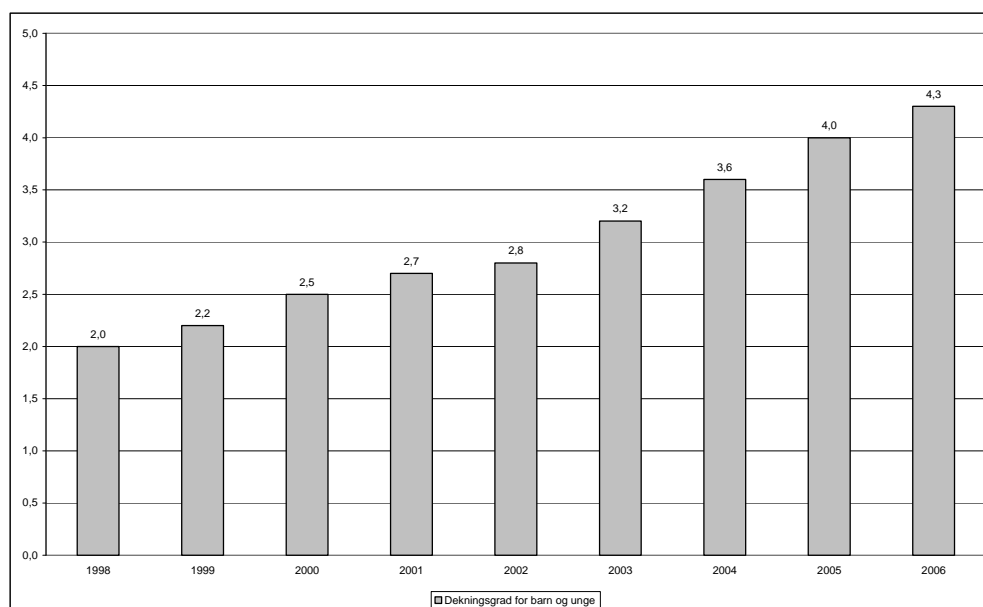
kombinasjon av kortere oppholdstider og/eller høyere beleggsprosent. Døgnplassveksten var i samme periode på 14 prosent (SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 1/07).

Et sentralt spørsmål er om veksten i antall behandlede pasienter representerer nye pasienter eller om lengre behandlingstid forklarer deler av økningen. Dette er blant annet omhandlet i Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer (2006/2007). Dette tema behandles nærmere i eget analysekapittel i tredje delrapport, og vil derfor ikke omtales nærmere i dette kapitlet.

7.3.2 Kraftig vekst i dekningsgrad for barn og unge

Ved Opptrappingsplanens start i 1999 var den nasjonale dekningsgraden for barn og unge på to prosent av befolkningen. Målet om at spesialisthelsetjenesten skulle gi fem prosent av barn- og unge under 18 år et behandlingstilbud, innebar ifølge plandokumentene en økning fra ca 22 500 pasienter til omlag 50 000 pasienter (St. prp. Nr. 63, 1997–1998). For å realisere dette målet, var det nødvendig med en kraftig kapasitetsvekst i form av nye behandlerårsverk og økte økonomiske rammer. I tillegg ble fokus satt på økt produktivitet i poliklinikkene, for derigjennom å oppnå at hver fagperson behandlet flere pasienter.

I figur 7.2 presenteres utviklingen i antall pasienter i psykisk helsevern sett i relasjon til barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år i perioden 1998 til 2006.



Figur 7.2 Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonalt nivå. 1998 – 2006. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998 - 2006.

Dekningsgraden for barn og unge har hittil i opptrappingsperioden økt fra 2,0 per 100 innbygger i 1998 til 4,3 i 2006. Nasjonalt er man på god vei til å realisere Opptrappingsplanens mål om å gi fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen et behandlingstilbud innen utgangen av opptrappingsperioden i 2008. Dersom veksten fortsetter i samme takt, vil fem-prosent-målet være nådd innen planperiodens slutt.

Hvem har så denne kraftige veksten kommet til gode? I fortsettelsen vil vi fokusere på om det er enkelte pasientgrupper som har hatt større vekst enn andre i perioden. Vi vil

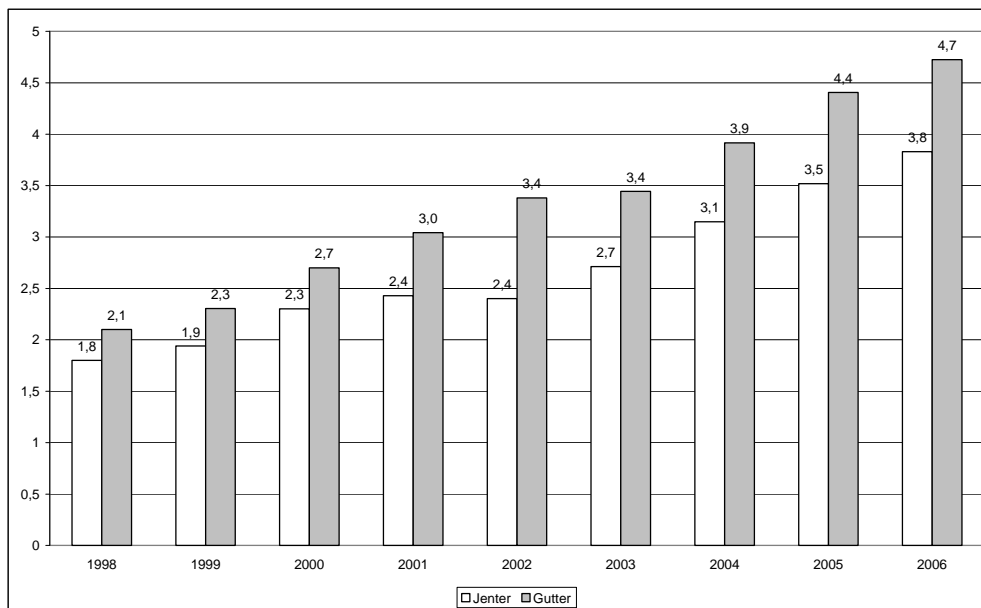
presentere fordelinger i forhold til kjønn, alder og henvisningsgrunn på nasjonalt og regionalt nivå.

7.3.3 Høyeste behandlingsrate og størst vekst blant gutter

Et sentralt helsepolitisk mål er likeverdige helsetilbud til alle. Det er imidlertid dokumentert blant annet gjennom de årlige Samdata-rapportene at det både er geografiske variasjoner og forskjell mellom kjønn og aldersgrupper når det gjelder bruk av helsetjenester innen psykisk helsevern.

I dette avsnittet belyses pasientsammensetning i forhold til kjønn, og det presenteres forskjeller i behandlingsrater for gutter og jenter som mottok behandling i psykisk helsevern i perioden 1998 til 2006.

Figur 7.3 viser dekningsgrad for barn og unge i psykisk helsevern, fra 1998 til 2006 fordelt på kjønn.



Figur 7.3 Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt på kjønn. 1998 - 2006. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2006.

Figuren over viser at blant barn og unge som mottar behandling i det psykiske helsevernet er behandlingsratene for gutter høyere enn ratene for jenter for samtlige år fra 1998 til 2006. Mens 1,8 prosent av jentene hadde et behandlingstilbud i 1998, var dekningsgraden for gutter 2,1 prosent. Tilsvarende mønster ser man for samtlige år. Det er signifikante kjønnsforskjeller i hele perioden ($p < 0,001$).¹⁵

Samtidig ser man at forskjellene mellom gutter og jenter som mottar behandling har økt fra 1998 til 2006. Gutter har hatt den sterkeste veksten, med en økning i behandlingsraten på 124 prosent. Tilsvarende tall for jenter har vært 111 prosent. En kjiqvadrattest viser at det

¹⁵ Phi og Cramers V.

er en signifikant større forskjell mellom kjønnene i 2006 enn i 1998 ($\chi^2= 11.4$, $df=1$, $p<0.01$).

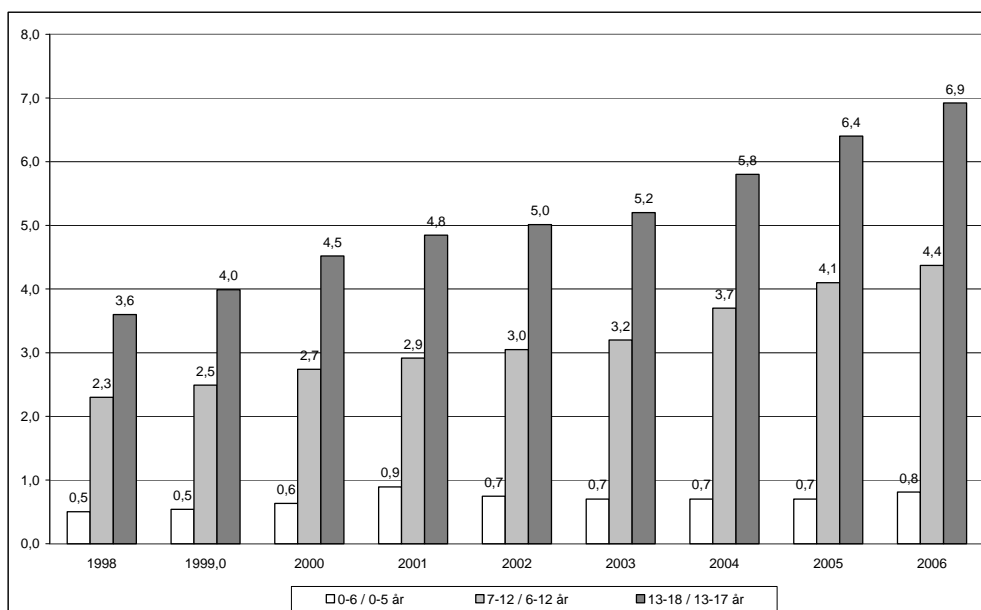
Dette betyr at gutter som i utgangspunktet hadde den høyeste behandlingsraten i 1998, og i tillegg har hatt den sterkeste veksten i perioden, i større grad enn jenter mottar behandling i psykisk helsevern.

7.3.4 Høyest dekning og sterkest vekst blant ungdom

I regjeringens handlingsplan for barn og unge (2003) presiseres betydningen av å sikre at nødvendig hjelp gis på et tidligst mulig tidspunkt. Tidlig hjelp innebærer god hjelp for den det gjelder, og bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser enn sent iverksatte tiltak.

I dette avsnittet vil vi sette fokus på i hvilket omfang ulike aldersgrupper mottar behandling i psykisk helsevern for barn og unge, og om det har skjedd endringer hittil i opptrappingsperioden.

Figur 7.4 viser behandlingsratene for ulike aldersgrupper for perioden 1998 til 2006. På grunn av endring i aldersinndelingen i pasientdatasettene i løpet av perioden, opereres det med ulike aldersgrupper før og etter 2003. Fra 1998 til 2002 er pasientene fordelt på følgende aldersgrupper; 0-6 år, 7-12 år og 13 til og med 18 år. Fra 2003 til 2006 er følgende inndeling benyttet; 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år. Dette medfører endringer i alle alderskategorier, og at pasienter som fyller 18 i statistikkåret ikke er med i fordelingen etter 2003. På grunn av dette skiftet vil utviklingen før og etter 2003 ikke være fullstendig sammenliknbar¹⁶.



Figur 7.4 Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt etter alder. 1998 og 2006. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998 og 2006.

16 På grunn av konsesjonskrav har vi ikke fødselsårsvariabel for årgangene 1998 til 2004. For 2006 har vi imidlertid konsesjon for denne variabelen, og dette gjør det mulig å lage sammenliknbare aldersgrupper for 1998 og 2006 (0-6 år, 7-12 år og 13-18 år). Ved beregning av relativ vekst fra 1998 til 2006 er de sammenliknbare endringstallene satt i parentes.

Figuren over viser at ungdom (13 – 17/18 år) har den klart høyeste behandlingsraten per innbygger i psykisk helsevern i hele perioden, mens de yngste barna har den laveste raten. Mens 0,8 prosent av barn i alderen 0-5 år mottok et behandlingstilbud i 2006, er behandlingsraten for ungdomsgruppen nær 7 prosent (13-17 år) samme år. Det er signifikante forskjeller mellom aldersgruppene for samtlige år ($p < 0,001$)¹⁷.

Dekningsgraden har økt for samtlige tre aldersgrupper i perioden 1998 til 2006. De eldste har hatt den sterkeste veksten, med en økning i behandlingsraten på 92 prosent (116 prosent)⁶, mens raten for de yngste barna har økt med 60 prosent (100 prosent)⁶. Dekningsgraden for barn i alderen 6/7-12 år har økt med 91 prosent (104 prosent)⁶.

Ulik vekst i behandlingsratene for de ulike aldersgruppene gjør at det er en signifikant større forskjell mellom aldersgruppene i 2006 enn i 1998. Andelen barn under 12 år har gått ned og andelen 13 år og over har økt (kvikvadrattest; $\chi^2 = 179.1$, $df=1$, $p < 0.001$).

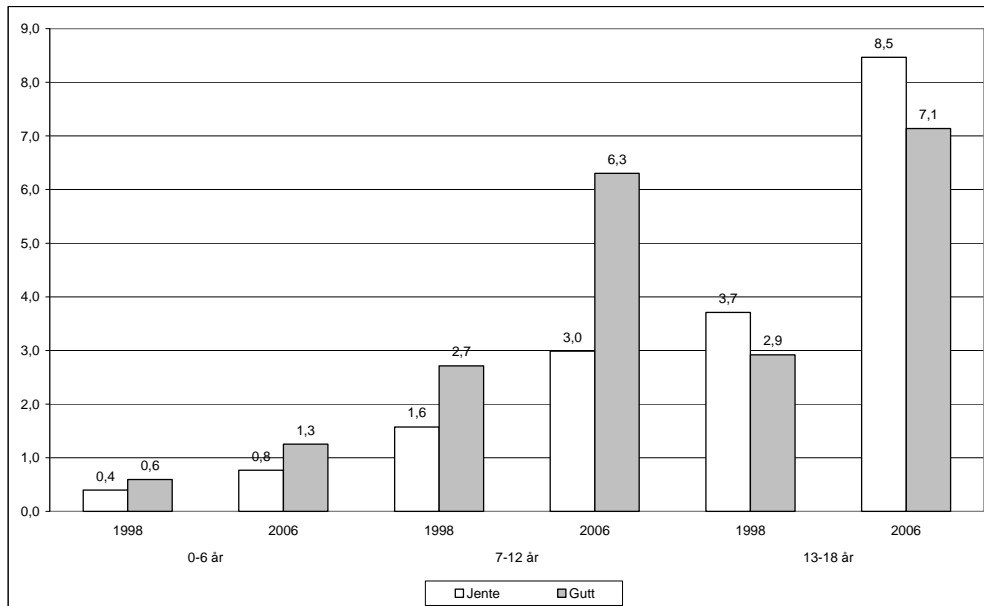
Dette betyr at ungdomsgruppen som i utgangspunktet hadde den høyeste behandlingsraten i 1998, og i tillegg har hatt den sterkeste veksten i perioden, fremstår som den mest prioriterte aldersgruppen innen det psykiske helsevernet for barn og unge. Barn i førskolealder har den laveste behandlingsraten og veksten i perioden.

7.3.5 Dekningsgraden øker mest for gutter i alle alderskategorier

Ved å presentere fordelingen for kjønn og alder samlet, ser man at det er klare kjønnsforskjeller for de ulike aldersgruppene blant pasientene i psykisk helsevern.

Figur 7.5 viser behandlingsratene for barn og unge fordelt etter kjønn og alder i 1998 og 2006. Aldersinndelingen for 2006-data er omgruppert og gjort sammenliknbare med grupperingen i 1998 (0-6 år, 7-12 år, 13 -18 år). Dette medfører at det er en diskrepans mellom tall for 2006 i figur 7.4 (hvor aldersinndelingen er 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år) og 7.5.

¹⁷ Phi og Cramers V.



Figur 7.5 Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn og alder for 1998 og 2006.

Figuren viser at gutter har de høyeste behandlingsratene i psykisk helsevern for barn opp til 12 år. Dette gjelder både i 1998 og 2006. For ungdom fra 13 år og oppover er imidlertid deknningen for jenter høyere enn for gutter begge år. Det er signifikant forskjell mellom kjønns- og aldersfordelingen begge år (kjikvadrattest 1998; $x^2 = 682,8$ $df=1$, $p < 0.001$) (kjikvadrattest 2006; $x^2 = 2108,0$ $df=1$, $p < 0.001$).

Fra 1998 til 2006 har deknningen for gutter økt relativt mer enn for jenter i alle aldersgrupper. For barn opp til 12 år øker forskjellene mellom kjønnene ved at gutter relativt sett har en sterkere vekst i behandlingsratene enn jenter. Samme tendens ser man også for de eldste pasientene, hvor veksten i dekning for jenter er mindre enn for gutter i samme periode. Det vil med andre ord si at mens forskjellene mellom kjønnene har økt for barn under 12 år i perioden, finner man en reduksjon for ungdom opp til 18 år. Dette betyr at veksten i behandlingsratene er sterkere for gutter i samtlige alderskategorier.

En kjikvadrattest viser at det er signifikant større forskjell mellom jenter og gutter i 2006 enn i 1998 for barn under 12 år ($x^2 = 49.9$, $df=1$, $p < 0.001$), og mindre forskjell mellom kjønnene for pasienter over 12 år ($x^2 = 10.3$, $df=1$, $p < 0.01$). Andelen gutter øker i begge alderskategorier.

7.3.6 Pasientsammensetning i forhold til problemområde (henvisningsgrunn)

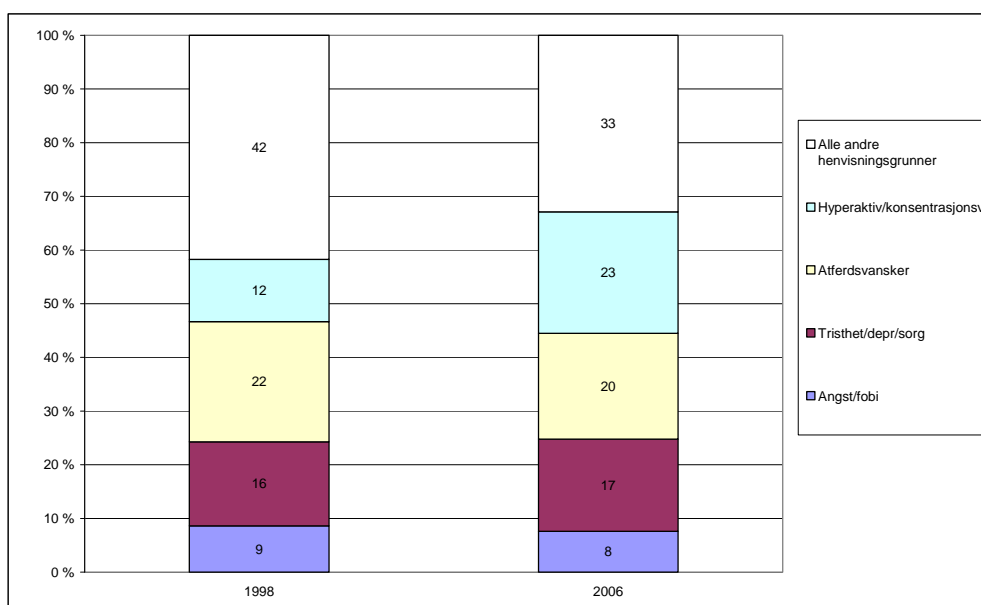
Har veksten i behandlede pasienter i perioden 1998 til 2006 spesielt vært knyttet til enkelte typer lidelser blant barn og ungdom, eller er fordelingen uendret med tanke på pasientenes problematikk? I dette avsnittet presenteres pasientsammensetningen i psykisk helsevern for barn og unge etter pasientenes problemområde for perioden.

På grunn av mangelfull registrering av tilstander/diagnoser i pasientdatasettene, benyttes barnets viktigste henvisningsgrunn for å studere om det er endring i pasientsammensetning i

perioden¹⁸. Denne variabelen gjenspeiler førstelinjens definisjon av barnets problem, og tilsvarer nødvendigvis ikke spesialisthelsetjenestens vurdering av problemet. Kompetanse i ulike deler av førstelinjetjenesten i forhold til psykiske lidelser blant barn og unge vil variere, og dermed også påvirke vurderingen av barnets vansker og valg av årsak til henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Også når det gjelder variabelen henvisningsgrunn mangler vi opplysninger for en del av pasientene. Andelen ubesvarte varierer mellom 6 og 11 prosent i perioden 1998 til 2006. For å kunne studere utviklingen over tid, har vi derfor korrigert behandlingsratene som presenteres i figur 7.7 forholdsmessig for mangelfull registrering for hvert av årene¹⁹. I figur 7.8 og 7.9 er det i tillegg korrigert for henholdsvis missing på kjønn og alder. Fordi gruppene er små, standardiseres ratene i forhold til 10 000, og ikke per 100 innbyggere som i det foregående.

I figur 7.6 presenteres andelen pasienter for de fire hyppigst brukte henvisningsgrunnene for pasienter i psykisk helsevern i 1998 og 2006²⁰. I tillegg vises andelen for alle andre henvisningsgrunner samlet.



Figur 7.6 Prosentandel barn og unge i psykisk helsevern fordelt etter viktigste henvisningsgrunn. 1998 og 2006.

For pasienter som mottok behandling i psykiske helsevern i 1998 utgjorde atferdsvansker (22 prosent), tristhet/depresjon/sorg (16 prosent), hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (12 prosent) og angst/fobi (9 prosent) 58 prosent av henvisningsgrunnene. Fra 1998 til 2006 har andelen disse fire henvisningsgrunnene utgjør økt til 66 prosent.

Økningen har primært vært knyttet til barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (11 prosentpoeng), fra å omfatte omlag en av ti pasienter i 1998 (12 prosent) til nær en av

¹⁸ I Samdata-prosjektet for 2008 vil det trolig gjennomføres et analyseprosjekt hvor tilstander /diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge er tema.

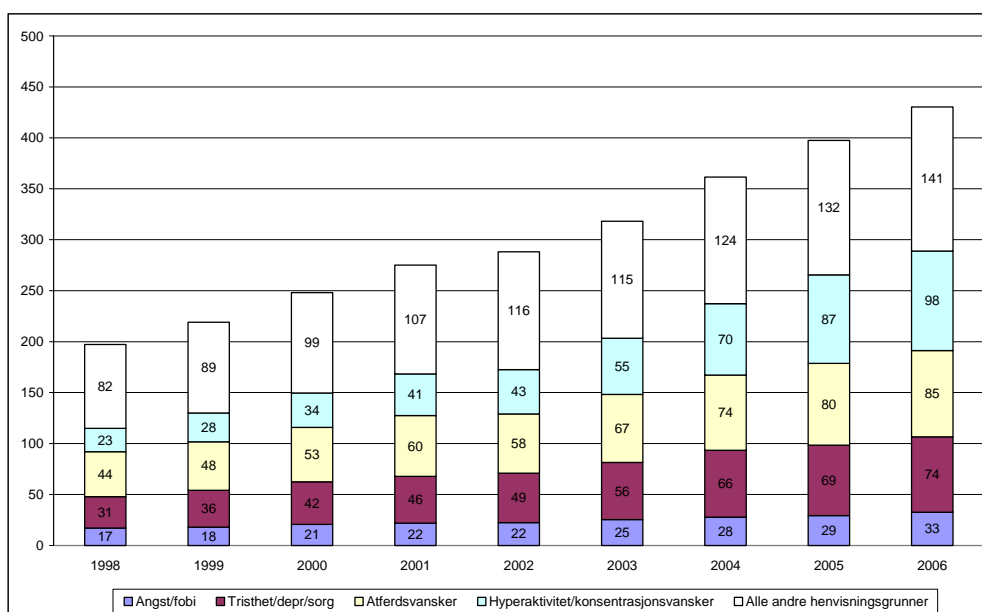
¹⁹ Andel ubesvarte er fordelt på de ulike henvisningskategoriene i forhold til den prosentvise fordelingen for variabelen for hvert av årene.

²⁰ Analysene omfatter alle pasienter som har mottatt behandlingstilbud i statistikkåret 1998 og 2006.

fire i 2006 (23 prosent). Motsatt har andelen pasienter med henvisningsgrunn atferdsvansker gått noe ned fra 1998 til 2006 (2 prosentpoeng). Det er imidlertid grunn til å tro at det her vil være overlapp mellom de to årsakene til henvisning som omhandler atferdsproblematikk. Andelen pasienter som henvises på bakgrunn av tristhet, depresjon eller sorg har hatt en liten økning i perioden (1 prosentpoeng), mens andelen med angst /forbi har gått noe ned fra 1998 til 2006 (1 prosentpoeng).

Reduksjonen i andelen pasienter (42 til 33 prosent) i gruppen "alle andre henvisningsgrunner" i perioden består i hovedsak av nedgang i prosentandel pasienter med følgende henvisningsårsak; suicidalfare, hemmet atferd, spiseproblemer og kategorien "ingen". Spesielt nedgangen i sistnevnte gruppe kan ha sammenheng med at den neuropsykiatriske diagnostikken har blitt betydelig forbedret i perioden 1998 og 2006.

I figur 7.7 tar man hensyn til befolkningsutviklingen og viser behandlingsrater for pasienter med de fire hyppigste henvisningsgrunnene for samtlige år i perioden 1998 til 2006. Også her presenteres en samlekategori for alle andre henvisningsgrunner.



Figur 7.7 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn i psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2006.

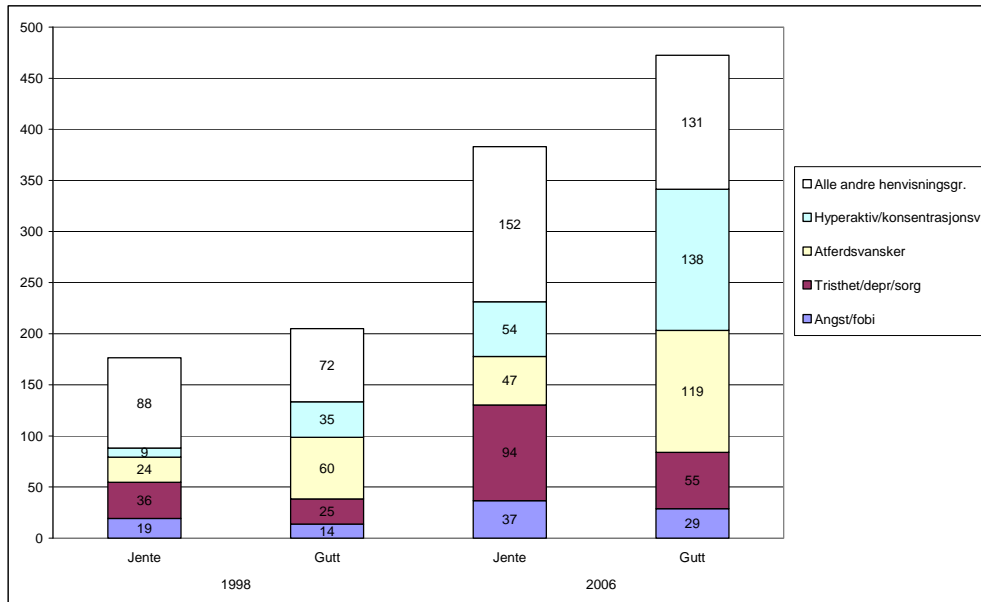
Atferdsvansker, tristhet/depresjon/sorg, hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker og angst/fobi har for samtlige år i perioden 1998 til 2006 vært de fire viktigste årsakene til henvisning til psykisk helsevern for barn og unge.

Fra 1998 til 2004 var behandlingsraten for barn henvist på grunn av atferdsvansker høyest blant disse fire (44 – 74 pasienter per 10 000 innbyggere), mens fra 2005 ble hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den største enkeltgrunnen til henvisning. Tristhet/depresjon og sorg var fram til 2003 den nest største gruppen per innbygger, men fra 2004 utgjorde barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker en større pasientgruppe. Barn henvist for angst og fobi har i hele perioden hatt de laveste behandlingsratene blant de fire hyppigst brukte henvisningsårsakene.

Dersom man ser på økningen i behandlingsrate fordelt på de ulike årsakene til henvisning, har barn med hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker hatt den klart kraftigste veksten fra 23 pasienter per 10 000 innbyggere i 1998 til 98 pasienter per innbygger i 2006. Dette tilsvarer

en vekst på 326 prosent, eller 75 pasienter per 10 000 innbygger i perioden 1998 til 2006. Behandlingsraten for barn henvist for tristhet, depresjon og sorg har økt med 43 pasienter per 10 000 innbygger i perioden (138 prosent), mens gruppene henvist for atferdsvansker og angst/fobi har hatt en vekst på henholdsvis 41 og 16 pasienter per 10 000 innbyggere (93 og 94 prosent). Til sammenlikning har samlekategorien av andre henvisningsgrunner økt med 59 pasienter per innbygger i perioden (72 prosent).

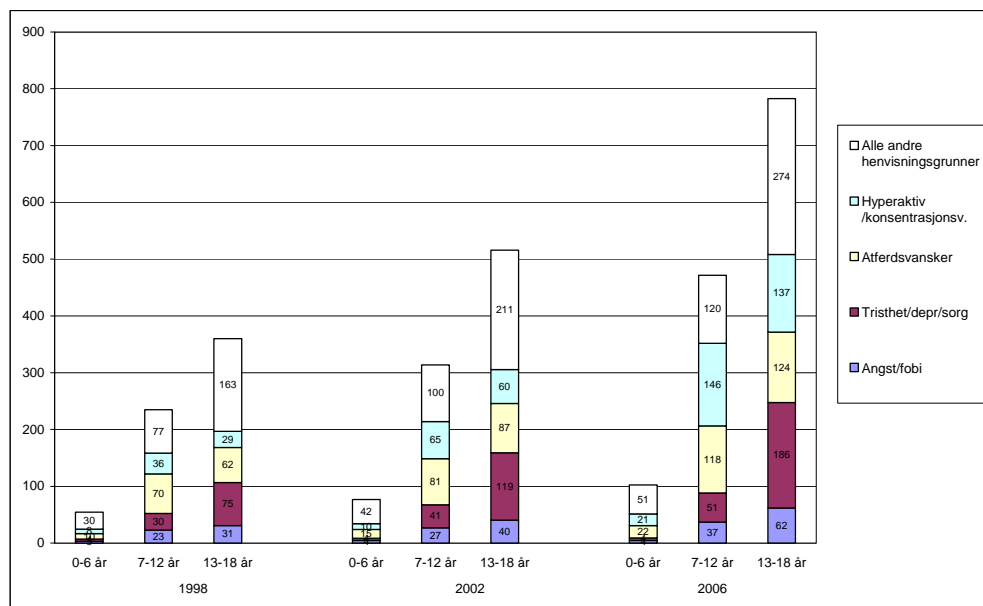
Er imidlertid veksten i de ulike henvisningskategoriene lik for begge kjønn og ulike aldersgrupper? Figur 7.8 og 7.9 viser de fire hyppigst brukte henvisningsårsakene fordelt på henholdsvis kjønn og alder.



Figur 7.8 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2006.

Figur 7.8 viser at det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder hvilke henvisningsgrunner som blir hyppigst brukt ved henvisning til psykisk helsevern. Mens behandlingsratene for gutter var størst for atferdsvansker i 1998 og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i 2006, var ratene for jenter høyest for tristhet/depresjon/sorg begge år. Det er signifikant forskjell mellom gutter og jenter når det gjelder henvisningsgrunn begge år (kvikvadrattest 1998; $\chi^2 = 1597,6$ $df=4$, $p < 0.001$) (kvikvadrattest 2006; $\chi^2 = 3534,0$ $df=4$, $p < 0.001$). Veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2006 var imidlertid størst for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker for begge kjønn.

Figur 7.9 viser behandlingsrater for de fire viktigste henvisningsgrunner fordelt på aldersgrupper i 1998, 2002 og 2006. For førskolebarn (0-6 år) utgjør barn henvist for atferdsvansker den største pasientgruppen for alle de tre utvalgte årene (10, 15 og 22 pasienter 10 000 innbygger). For barn i alderen 7-12 år er atferdsvansker viktigste henvisningsgrunn i 1998 og 2002 (70 og 81 pasienter 10 000 innbyggere), men i 2006 er barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den største pasientgruppen (146 pasienter 10 000 innbyggere). Tristhet, depresjon og sorg er viktigste henvisningsårsak for ungdom (13-18 år) både i 1998, 2002 og 2006 (75, 119 og 186 pasienter 10 000 innbyggere). For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.



Figur 7.9 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på alder. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998, 2002 og 2006²¹.

7.3.7 Pasientgrupper med høy prioritet ved inntak i psykisk helsevern

Ved inntak av pasienter for elektiv behandling i psykisk helsevern for barn og unge, blir pasientene tatt inn etter prioritering og satt på venteliste. Etter henvisning blir pasienten vurdert i forhold til "Rett til nødvendig helsehjelp" fra barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og i forhold til når denne retten eventuelt må innfris. Ifølge nasjonale lover og forskrifter (Pasientrettighetsloven § 2-1, FOR-2004-07-07-1121) skal ventetiden for vurdering ikke overstige 10 dager.

I henhold til prioriteringskriterier for "Rett til nødvendig helsehjelp" og angivelse av lengste medisinsk forsvarlige ventetid²², ønsker vi i våre analyser spesielt å studere pasienter som har denne retten til helsehjelp og som i hovedsak skal få denne innfridd i løpet av en måned. Dette er pasienter som det psykiske helsevernet prioriterer først ved inntak.

Følgende kriterier benyttes:

- Alvorlig depresjon med /uten suicidalproblematikk
- Mistanke om psykose
- Alvorlig anorektisk utvikling eller annen alvorlig spiseforstyrrelse

Ved hjelp av variabelen henvisningsgrunn, har vi forsøkt å skille ut denne gruppen pasienter. For de tre angitte pasientgruppene brukes følgende henvisningsgrunner:

- tristhet/depresjon/sorg og suicidalfare
- psykotiske trekk
- spiseproblemer

²¹ Pasienter over 18 år er ikke inkludert.

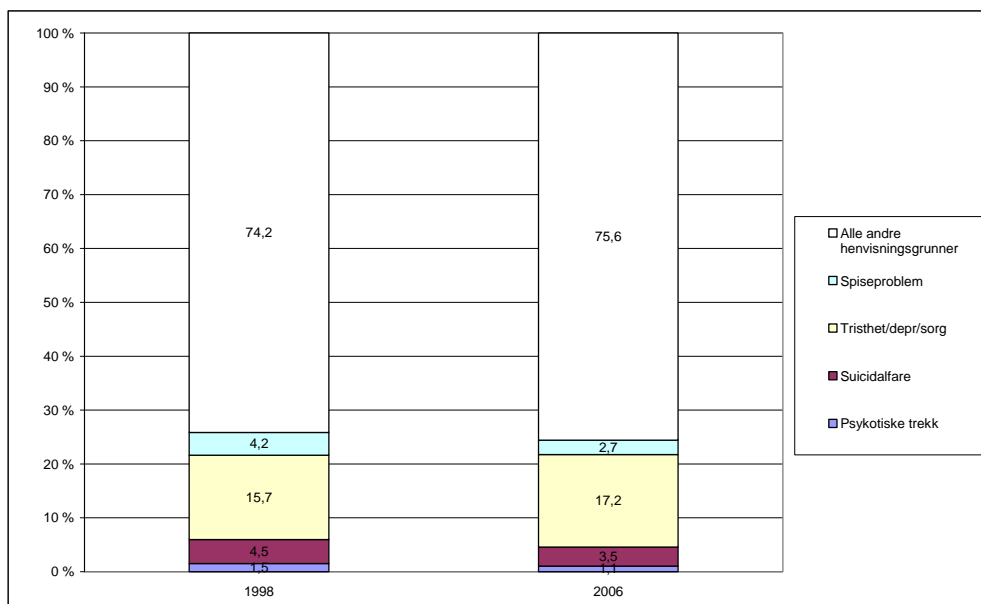
²² Interne retningslinjer utarbeidet av foretak i sektoren, se f.eks Retningslinjer Helse Sør RHF eller Intern retningslinje St. Olavs Hospital, 2007.

Da vi ikke kan skille på alvorlighetsgrad ved depresjon, vil nok den første henvisningsgrunnen omfatte flere enn de pasientene som har alvorlig depresjon, som er et av kriteriene beskrevet over. Dette innebærer at vi i den videre analyse av prioriterte pasienter vil favne noe bredere enn kriteriene tilsier. Det må tas hensyn til dette i vurdering og tolkning av resultatene.

I tillegg til de omtalte kriteriene er alvorlige samhandlingsavvik hos barn under skolealder og alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser og katastrofer også prioritert innenfor samme gruppe, men da de er vanskelig å skille ut på grunnlag av henvisningsgrunn, er de ikke med i den videre analysen.

Hovedformålet med å presentere utviklingen for pasientene som prioriteres høyest ved inntak i psykisk helsevern, er å studere om det er denne pasientgruppen som primært står for veksten i opptrappingsperioden, eller om det er andre grupper av pasienter som har større vekst. I og med endringer i pasientrettighetsloven § 2-1 som ga pasientene rett til en individuell frist for behandling, først ble gjeldende fra 2004, er det ikke sikkert at de samme prioriteringene ble gjort før dette tidspunkt. I denne analysen må vi imidlertid forutsette at de samme pasientgruppene i hele perioden har blitt prioritert ved inntak.

Figur 7.10 viser hvor stor prosentandel de prioriterte pasientgruppene utgjør av pasientene i psykisk helsevern i 1998 og 2006, samt alle andre henvisningsgrunner samlet. I figur 7.11 presenteres behandlingsrater for de prioriterte pasientgruppene for perioden 1998 til 2006, og i figur 7.12 vises rater for gutter og jenter i 1998 og 2006.



Figur 7.10 Prosentandel barn og unge i psykisk helsevern fordelt etter henvisningsgrunner som har høyeste prioritet ved inntak i psykisk helsevern for barn og unge. 1998 og 2006.

Figuren over viser at de prioriterte pasientgruppene utgjorde til sammen omlag 26 prosent av barn og unge i psykisk helsevern i 1998, og 24 prosent i 2006.

Av de prioriterte pasientgruppene utgjør pasienter henvist for tristhet, depresjon og sorg den største gruppen begge år (15,7 og 17,2 prosent). Som nevnt innledningsvis inkluderer denne pasientgruppen trolig flere pasienter enn de med alvorlige depresjoner, og fremstår derfor i denne sammenhengen som noe større enn de i realiteten er.

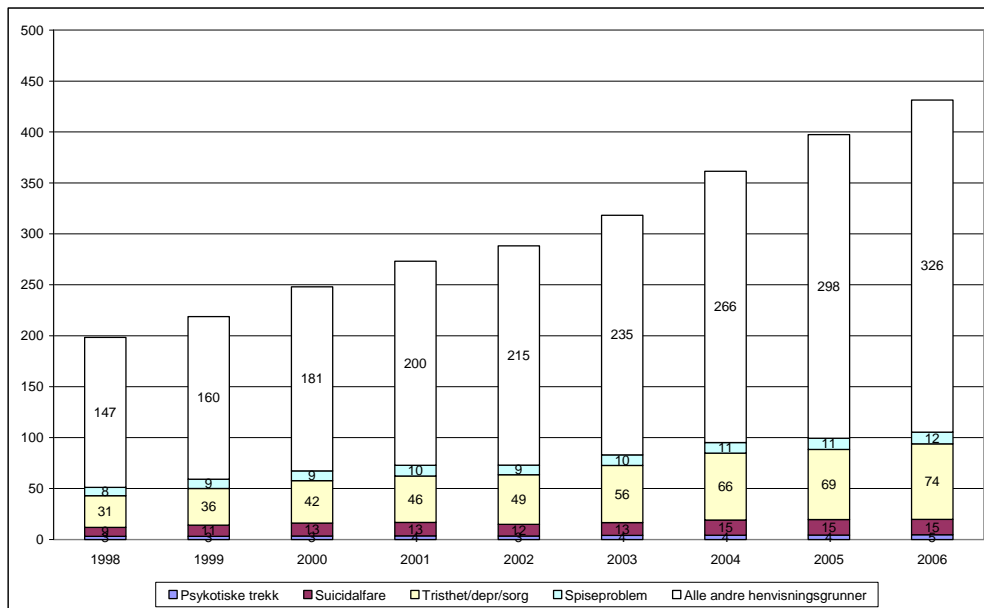
Pasienter henvist for suicidalfare utgjør den nest største gruppen begge år (4,5 og 3,5 prosent), deretter kommer spiseproblemer (4,2 og 2,7 prosent). Andelen barn og unge

henvist for psykotiske trekk er den minste gruppen av prioriterte pasienter både i 1998 og 2006, og utgjør en relativt liten andel av pasientmassen begge år (1,5 og 1,1 prosent).

Andelen barn henvist for tristhet/depresjon og sorg har økt i perioden, mens andelen henvist for suicidalfare, psykotiske trekk og spiseproblemer har relativt sett gått ned. Deler av økningen i tristhet/depresjon og sorg tilfaller sannsynligvis pasienter med moderate og lettere depresjoner, og i og med at dette er pasienter med lavere prioritet skulle de i figuren over tilhørt gruppen "alle andre henvisningsgrunner". Andelen denne gruppa utgjør skulle derfor vært høyere enn det som framkommer i figuren over.

Dette betyr at den relative veksten i psykisk helsevern for barn og unge har kommet innenfor andre pasientgrupper enn for de som blir prioritert høyest ved inntak.

Man finner samme tendens når man ser på utviklingen relatert til befolkningsveksten i perioden. I figur 7.11 presenteres behandlingsrater fordelt på henvisningsgrunn med høyeste prioritet ved inntak for elektiv behandling i psykisk helsevern.



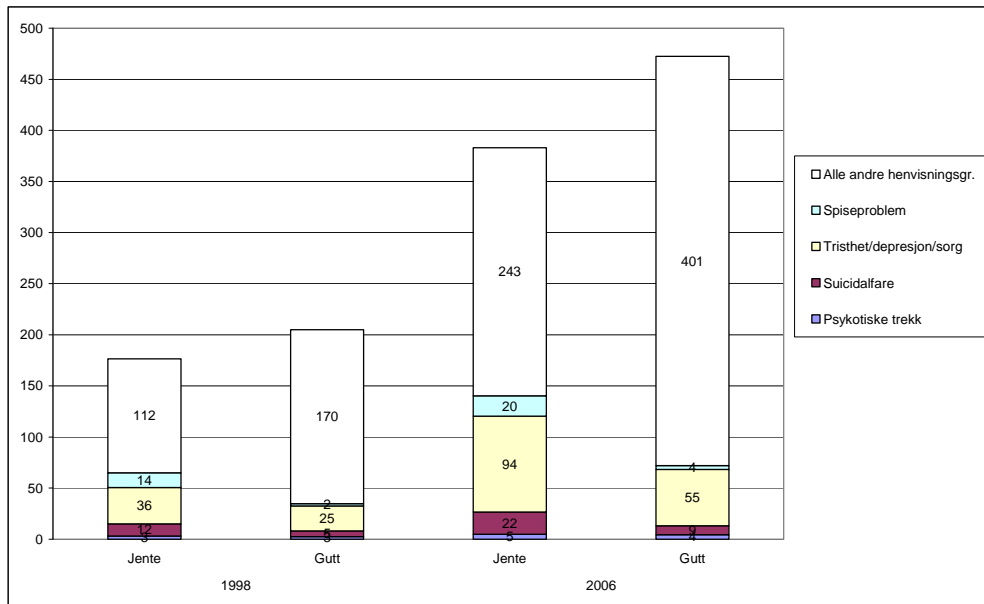
Figur 7.11 Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2006.

Behandlingsraten for barn som blir prioritert først ved inntak, har totalt økt fra 53 til 106 pasienter per 10 000 innbyggere fra 1998 til 2006. Dette utgjør en prosentvis vekst på 115 prosent. Behandlingsraten for barn henvist for andre årsaker har tilsvarende økt med 122 prosent i perioden. Trolig er veksten for sistnevnte gruppe enda sterkere med tanke på at deler av pasientgruppen med lettere/moderate depresjoner skulle inngått i denne gruppen.

Det er med andre ord en større vekst i behandlingsratene for andre grupper av pasienter enn de som prioriteres først og innen en måned. Dette indikerer at veksten i psykisk helsevern

har gitt rom for større behandlingstilbud til pasienter som ikke inngår i gruppen blant de høyest prioriterte²³.

Er imidlertid fordeling og vekst lik for gutter og jenter? Figur 7.12 viser behandlingsraten for gutter og jenter som har lidelser som blir prioritert ved inntak i psykisk helsevern.



Figur 7.12 Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2006.

Figuren viser at det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder behandlingsrater for prioriterte pasientgrupper. Ratene er størst for jenter for de utvalgte pasientgruppene både i 1998 og i 2006, mens ratene for alle andre henvisningsgrunner er størst for gutter begge år.

Det er signifikant forskjell mellom gutter og jenter når det gjelder prioriterte pasientgrupper begge år (kvikvadrattest 1998; $\chi^2 = 1176,2$ df=4, $p < 0.001$) (kvikvadrattest 2006; $\chi^2 = 2809,0$ df=4, $p < 0.001$).

Veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2006 var imidlertid størst for tristhet, depresjon og sorg for begge kjønn.

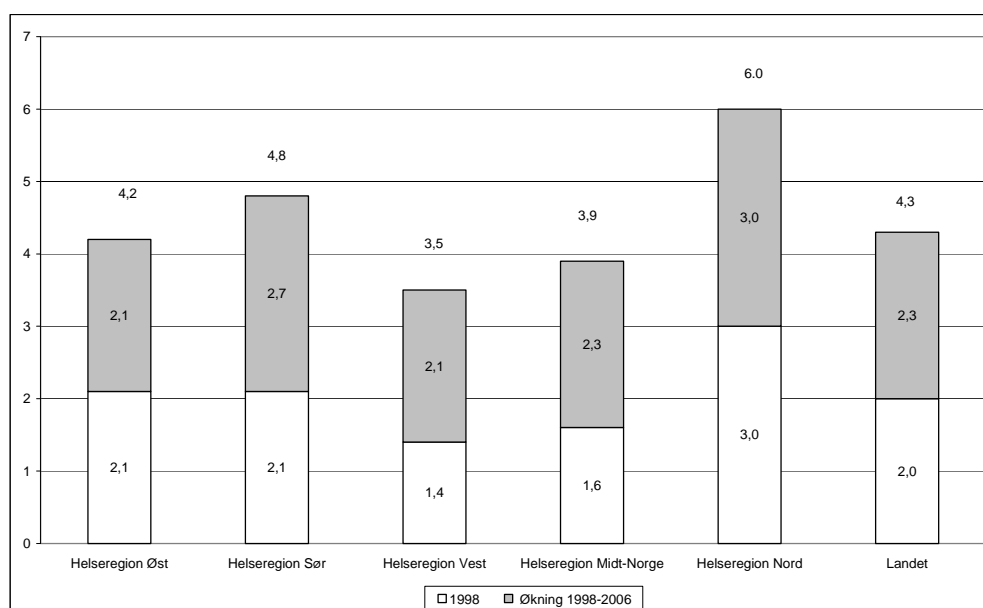
²³ Det kan her være snakk om pasienter med moderate eller lettere depresjon eller annen affektiv lidelse, nevropsykiatriske tilstander, atferdsforstyrrelser, alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom, angst/tvang/fobi, selvskading, mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (Asperger, Tourette, ADD, ADHD etc), avhengighetsproblematikk (spill, rus) og tilknytningsproblematikk.

7.4 Regionale variasjoner i dekningsgrad for barn og unge

I Opptrappingsplanen og regjeringens Strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) er et overordnet mål å gi alle barn og unge likverdige tilbud og utviklingsmuligheter, uavhengig av hvor i landet man bor. Målet er som tidligere nevnt at fem prosent av barn og unge får et behandlingstilbud fra det psykiske helsevernet. Tidligere studier (Samdata-rapportene) og Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer (2006-2007), viser imidlertid at det er forskjeller i behandlingstilbudet både på kommunalt og regionalt nivå.

I denne delen av kapitlet settes fokus på spesialisthelsetjenestens dekning av barne- og ungdomsbefolkningen i de ulike helseregionene i opptrappingsperioden. Formålet med å presentere tall på regionalt nivå, er å kartlegge regionale variasjoner i dekning, og å studere om veksten i perioden spesielt har kommet befolkningen i enkelte helseregioner til gode.

Vi studerer antall pasienter i forhold til regiontilknytning og befolkningstørrelse i 1998 og 2006. Figur 7.13 viser dekningsgrad for barn og unge i 1998 og økning i dekning fra 1998 til 2006 fordelt på helseregion. Totalt viser søylene den totale dekningsgraden for regionene i 2006.



Figur 7.13 Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for 1998 og 2006, samt økning i raten over perioden. Helseregioner.

Figuren over viser at det relativt stor variasjon i dekningsgrad mellom helseregionene i psykisk helsevern for barn og unge. Rangeringen av regionene er den samme både i 1998 og 2006, Helseregion Nord behandler flest pasienter per innbygger, deretter følger Helseregion Sør, Øst og Midt-Norge, og laveste behandlingsrate begge år har Helseregion Vest. Variasjonen mellom regionene har imidlertid blitt noe mindre i perioden, variasjonskoeffisienten CV²⁴ har gått ned fra 0,29 i 1998 til 0,23 i 2006.

²⁴ CV er definert som standardavviket dividert med gjennomsnittet.

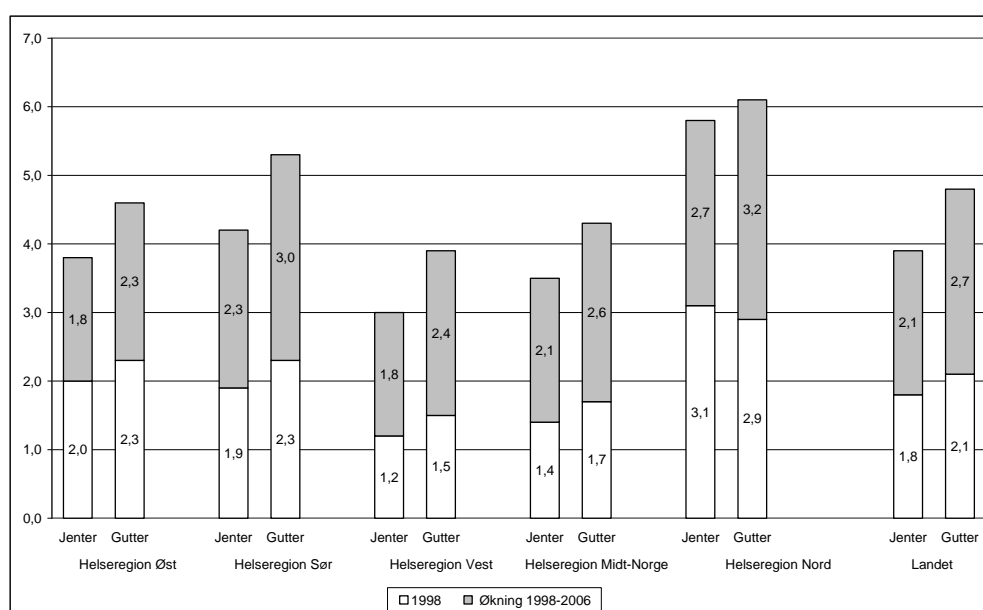
Dersom man ser på veksten i perioden 1998 til 2006, har Helse Nord hatt den største økningen i behandlingsraten med en vekst på 3,0 pasienter per 100 innbyggere. Deretter kommer Helseregion Sør og Midt-Norge med en økning på henholdsvis 2,7 og 2,3 pasienter per 100 innbyggere. Helse Øst og Helse Vest har den laveste veksten i perioden med en økning på 2,1 per 100 innbygger.

Dette betyr at pasientene i helseregion Nord som i utgangspunktet hadde høyeste dekning for barn og unge i 1998, også har hatt den sterkeste veksten blant helseregionene i perioden. Dette indikerer at befolkningen i helseregion Nord har fått ytterligere bedre spesialisthelsetilbud sammenliknet med barne- og ungdomsbefolkningen i andre deler av landet. Helse Vest som i utgangspunktet hadde laveste dekning, har også hatt lavest vekst i perioden.

7.4.1 Kjønn

Resultater fra analysene på nasjonalt nivå viste at gutter i hele opptrappingsperioden har hatt høyere behandlingsrater enn jenter. I dette avsnittet vil vi undersøke om dette mønsteret gjelder alle regioner, eller om kjønnsfordelingen varierer for de ulike helseregionene.

Figur 7.14 viser behandlingsratene for jenter og gutter i helseregionene i 1998 og 2006.



Figur 7.14 Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2006, samt økning i raten over perioden. Helseregioner.

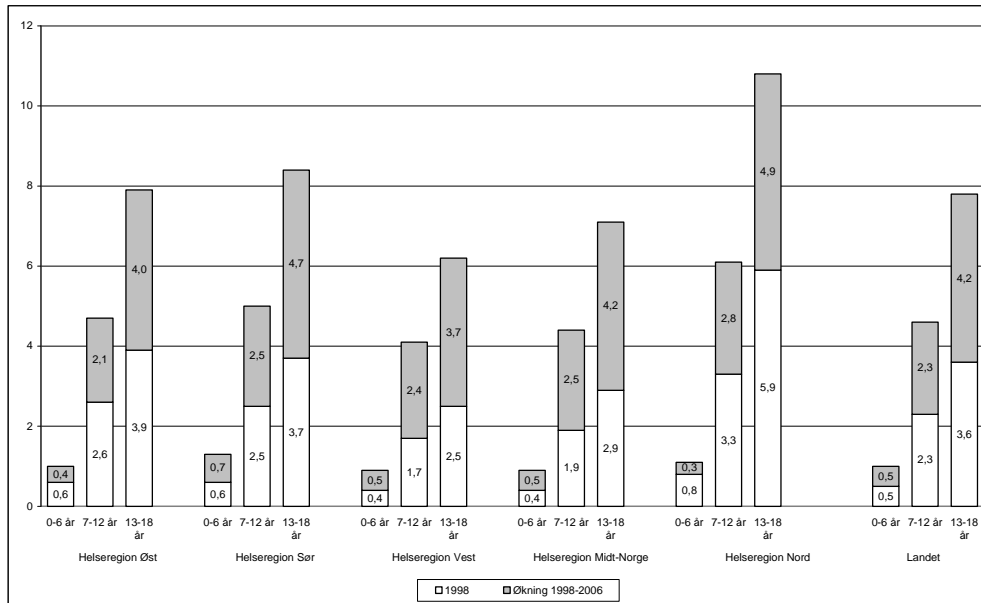
For samtlige helseregioner er det høyere dekningsgrad for gutter enn jenter i 2006. Dette var også tilfelle i 1998, med unntak av Helseregion Nord som hadde høyere behandlingsrate for jenter enn gutter i opptrappingsperioden startfase.

Fra 1998 til 2006 har veksten i dekningsgrad vært større for gutter enn jenter i alle regioner. Størst har ratene og veksten vært for gutter i helseregion Nord. Samme region har også høyeste rate og størst vekst for jenter.

7.4.2 Alder

Analyser på nasjonalt nivå viste at det var store forskjeller i behandlingsrate mellom de ulike aldersgruppene i hele perioden fra 1998 til 2006. I denne delen av kapitlet vil vi studere om det er like store variasjoner i aldersfordeling i samtlige helseregioner.

Figur 7.15 viser behandlingsratene for de ulike aldersgruppene i helseregionene i 1998 og 2006. Aldersinndelingen for 2006-tall er omgruppert og gjort sammenlignbare med grupperingen i 1998.



Figur 7.15 Prosent av barn og unge 0-17 år som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998 og 2006, samt økning i raten over perioden. Helseregioner.

For begge år og for alle regioner er behandlingsraten høyest for ungdomsgruppen (13-18 år). I 2006 har denne aldersgruppen en nasjonal rate på 7,8, fulgt av barneskolegruppen (6-12 år) med 4,6 prosents dekning. For førskolebarna (0-6 år) er behandlingsraten betydelig lavere (1 prosent). Økningen i ratene i perioden 1998 til 2006 følger samme mønster i alle helseregioner, med størst vekst for ungdomsgruppen og minst for førskolegruppen.

For de to eldste aldersgruppene har Helseregion Nord den høyeste dekningen både i 1998 og 2006, samt den største veksten i perioden blant helseregionene. Helse Vest har lavest dekning og lavest vekst for barn fra 12 år og oppover. Forskjellene i dekning er mindre når det gjelder førskolebarn, Helseregion Sør har den høyeste dekning i 2006 med 1,3 pasienter per 100 innbyggere, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge har laveste dekning med 0,9 prosent.

For samtlige regioner er det en signifikant mindre andel barn under 12 år i 2006 enn i 1998, og en signifikant større andel barn over 12 år²⁵.

²⁵ Helseregion Øst (kvikvadrat =123.0, df=1, p<0.001), Helseregion Sør (kvikvadrat =22.0, df=1, p<0.001), Helseregion Vest (kvikvadrat =17.5, df=1, p<0.001), Helseregion Midt-Norge (kvikvadrat =13.6, df=1, p<0.001), Helseregion Nord (kvikvadrat =24.3, df=1, p<0.001).

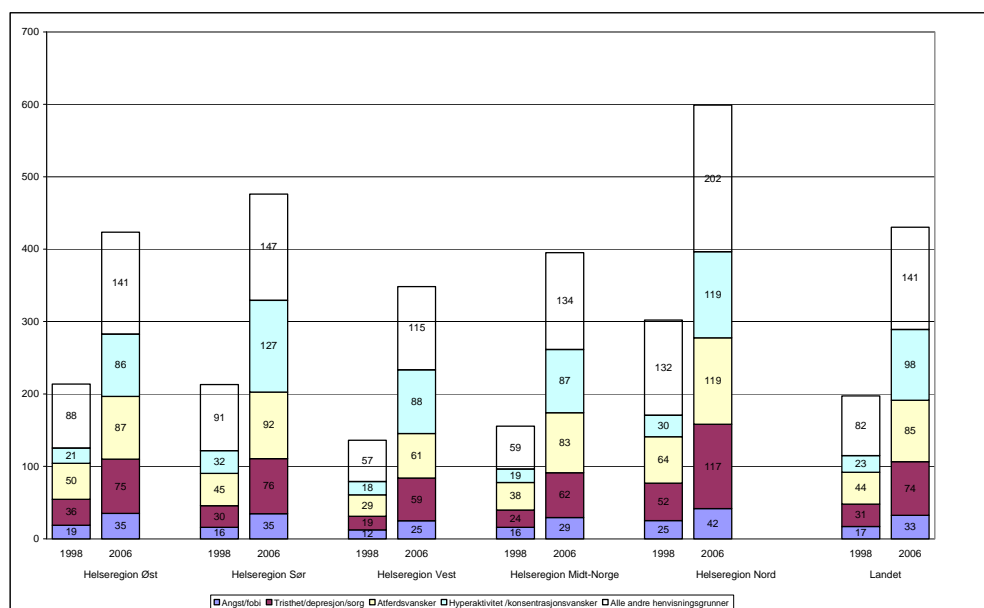
Dette betyr at de eldste barna som i utgangspunktet hadde de høyeste behandlingsratene i alle regioner, har styrket sin stilling ytterligere ved å ha den sterkeste veksten i samtlige helseregioner.

7.4.3 Henvisningsgrunn

På nasjonalt nivå har pasienter med hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker hatt den største veksten i perioden og utgjør i 2006 nær en av fire henvisninger (23 prosent) til spesialisthelsetjenesten. I dette avsnittet vil vi studere om det variasjon mellom helseregionene i henvisningsprofil.

Figur 7.16 viser behandlingsratene for de hyppigste henvisningsgrunnene i 1998 og 2006, fordelt på regionnivå og for landet totalt. I tillegg presenteres raten for alle andre henvisningsgrunner. Figur 7.17 viser tilsvarende endringene i rate fra 1998 til 2006.

Fordi gruppene er små, standardiseres ratene i forhold til 10 000, og ikke per 100 innbyggere.



Figur 7.16 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner 1998 og 2006.

Atferdsvansker, tristhet/depresjon/sorg, hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker og angst/fobi er de fire viktigste årsakene til henvisning fra førstelinjetjenesten til psykisk helsevern i alle de fem helseregionene i 1998 og 2006.

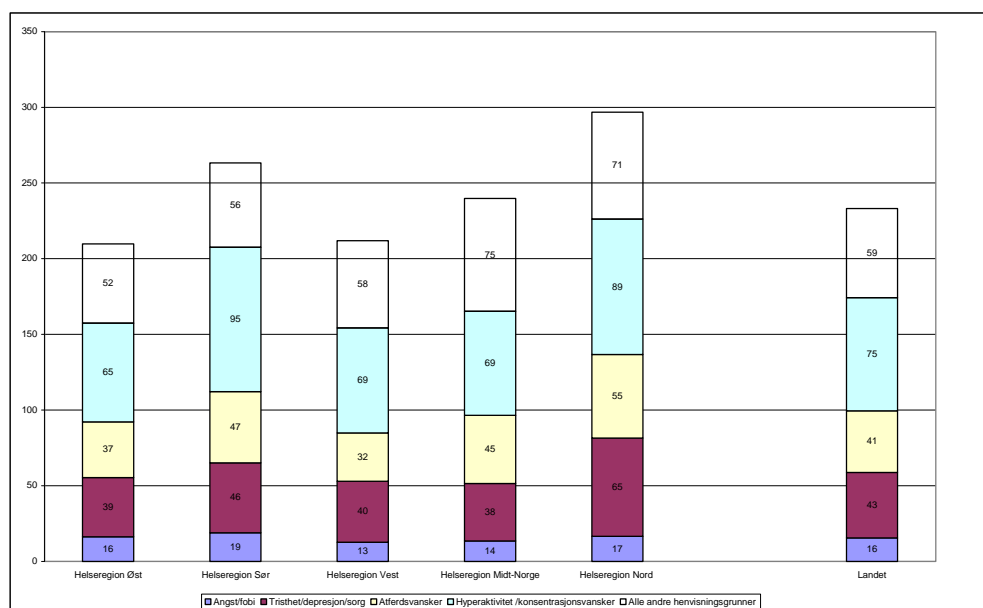
I 1998 var det høyest behandlingsrate for barn henvist for atferdsvansker i samtlige regioner, i 2006 har hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker blitt den hyppigst brukte henvisningsgrunn i fire av fem regioner. I Helse Øst utgjør fortsatt atferdsvansker den største gruppen med en behandlingsrate på 87 pasienter per 10 000 innbyggere, men hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker kommer like bak (86 per 10 000). I helseregion Nord er behandlingsratene like høye (199 per 10 000) for pasientene henvist med de to henvisningsgrunnene i 2006.

Tristhet/depresjon/sorg er den tredje største henvisningsgrunnen for samtlige regioner i 2006. Helseregion Nord har den klart høyeste behandlingsraten (117 per 10 000), men hadde også betydelig høyere rate enn de øvrige regionene i 1998. For de andre regionene varierer behandlingsraten mellom 59 (helseregion Vest) og 76 per 10 000 innbygger (helseregion Sør) i 2006.

Behandlingsratene for angst og fobier er betydelig lavere enn for de andre henvisningsgrunnene. På landsbasis var behandlingsratene i 1998 og 2006 henholdsvis 17 og 33 pasienter per 10 000 innbyggere under 18 år. Helseregion Nord hadde høyeste behandlingsrate begge år, mens Helse Vest har laveste rate både i 1998 og 2006.

Samlekategorien for alle andre henvisningsgrunner har høyeste dekning i helseregion Nord og laveste i helseregion Vest begge år.

Dette betyr at henvisningsmønsteret er relativt likt i de fem helseregionene begge år med tanke på hvilke henvisningsgrunner som benyttes hyppigst og i mindre grad. Det er imidlertid klare forskjeller mellom regionene begge år når det gjelder behandlingsrater for de ulike problemområdene.



Figur 7.17 Økning i behandlingsrate etter viktigste henvisningsgrunn 1998 -2006 innen psykisk helsevern for barn og unge. Endring i rate per 10 000 innbyggere 0-17 år.

Det har vært kraftig vekst i behandlingsratene for barn og unge i samtlige regioner fra 1998 til 2006. De fire mest brukte henvisningsgrunnene fra førstelinjetjenesten stod for 75 prosent av økningen i behandlingsratene på landsbasis i perioden.

For samtlige regioner er det størst økning i behandlingsratene for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i perioden 1998 til 2006²⁶. På landsbasis øker behandlingsraten med 75 pasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år. Veksten har vært størst i helseregion Sør (95 per 10 000), lavest i helseregion Øst (65 per 10 000). Helseregion Sør hadde høyeste behandlingsrate for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i utgangspunktet i 1998 og har økt

²⁶ Gjelder enkeltårsak til henvisning. I helseregion Midt-Norge er det størst økning for samlekategorien for andre henvisningsgrunner.

raten ytterligere i forhold til andre regioner. Helse Øst har generelt den laveste økningen i aktivitet i perioden.

Behandlingsratene for tristhet/depresjon/sorg har også økt betydelig i perioden (43 per 10 000 innbyggere). For helseregion Nord har man en langt kraftigere vekst enn for de andre helseregionene (65 per 10 000). Regionen hadde også i 1998 en betydelig høyere behandlingsrate enn de øvrige regionene. Laveste økning finner man i helseregion Midt-Norge (38 per 10 000). Denne regionen hadde nest laveste behandlingsrate i 1998.

Atferdsvansker har også en betydelig vekst i perioden med 41 pasienter per 10 000 innbyggere på landsbasis. Økningen er her størst i helseregion Nord (55 per 10 000), mens den i de øvrige regionene varierer mellom 32 (helseregion Vest) og 47 per 10 000 (helseregion Sør).

Behandlingsratene for angst/fobi har økt med 16 pasienter per 10 000 innbyggere på landsbasis fra 1998 til 2006. Størst økning finner man i helseregion Sør (19 per 10 000), lavest i helseregion Vest (13 per 10 000).

Behandlingsratene for de øvrige henvisningsgrunnene har økt mest i helseregion Midt-Norge (75 per 10 000) og minst i helseregion Sør (56 per 10 000).

Dette betyr at hyperaktivitet og angst/forbi har henholdsvis sterkeste og svakeste vekst som enkeltgrunn til henvisning fra førstelinjen i alle regioner fra 1998 til 2006. Veksten for pasienter henvist for tristhet/depresjon/sorg og atferdsvansker er noe ulikt rangert i de fem regionene.

7.5 Oppsummering og diskusjon

7.5.1 Sentrale funn

I dette kapitlet har vi studert veksten i psykisk helsevern for barn og unge i opptrappingsperiodens åtte første år, fra 1998 til 2006. Formålet med kapitlet har vært å kartlegge hvilke grupper av barn og unge som i løpet av perioden har mottatt tilbud fra det psykiske helsevernet, og innenfor hvilke grupper veksten har funnet sted. Det er presentert nasjonale utviklingstrekk for pasientsammensetning med utgangspunkt i kjønns- og aldersfordeling og henvisningsgrunn for perioden 1998 til 2006. Videre er regionale variasjoner belyst med hensyn til de samme variablene for årene 1998 og 2006.

Pasientdata for barn og unge i psykisk helsevern er benyttet som datagrunnlag. Data er innsamlet av Hiadata på oppdrag fra Norsk Forening For Barne- og Ungdomspsykiatriske Institusjoner (1998-2002), og Norsk pasientregister, Sosial- og helsedirektoratet (2003-2006).

KRAFTIG VEKST BLANT BARN OG UNGE SOM FÅR BEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN

På nasjonalt nivå har det vært en kraftig vekst i antall barn og unge som har mottatt et behandlingstilbud innen det psykiske helsevernet fra 1998 til 2006. I perioden økte pasienttallet fra 20 634 til 47 280, en vekst på 129 prosent. Dekningsgraden har økt fra 2 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i 1998 til 4,3 prosent i 2006. Målet om å gi fem prosent av barn og unge et behandlingstilbud vil nås innen planperiodens slutt dersom veksten fortsetter i samme takt i 2007 og 2008.

POLIKLINISKE PASIENTER – HØYESTE ANDEL OG STERKEST VEKST

Barn og unge som mottar et poliklinisk behandlingstilbud utgjør majoriteten av pasientene i barne- og ungdomspsykiatrien, og det er innenfor denne gruppen av pasienter at veksten har vært sterkest (142 prosent) i perioden. Antallet barn og unge i dag- og/eller

døgnbehandling har til sammenlikning økt med 60 prosent. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til kvaliteten på data for døgn- og dagvirksomheten.

HØYESTE BEHANDLINGSRATE OG VEKST BLANT GUTTER

Analysene viser at behandlingsratene for gutter er høyere enn ratene for jenter for samtlige år fra 1998 til 2006. Samtidig ser man at forskjellene mellom gutter og jenter som mottar behandling har økt, ved at gutter har hatt sterkere vekst enn jenter i perioden. Det er en signifikant større forskjell mellom kjønnene i 2006 enn i 1998.

HØYEST DEKNING OG VEKST BLANT UNGDOM

Det er også klare forskjeller i dekning for ulike aldersgrupper. Barn over 12 år har den klart høyeste behandlingsraten i hele perioden, mens aldersgruppen 0-5/6 år har laveste rate. Mens dekningen for ungdom over 12 år var nær sju prosent i 2006, mottok knapt en prosent av førskolebarn behandling samme år. Forskjellene mellom aldersgruppene er forsterket i perioden, ved at veksten har vært størst for de eldste og lavest for de yngste.

DEKNINGSGRADEN ØKER MEST FOR GUTTER I ALLE ALDESKATEGORIER

En samlet analyse av kjønn og alder, viser at gutter har de høyeste behandlingsratene opp til 12 år, mens jentene har høyeste rate for aldersgruppen 13 til 18 år. Fra 1998 til 2006 har imidlertid gutter en sterkere vekst i behandlingsraten enn jenter i samtlige alderskategorier. Det betyr at mens forskjellene mellom kjønnene har økt for barn under 12 år i perioden, er den redusert for ungdom mellom 13 og 18 år.

FRA ATFERDSVANSKER TIL HYPERAKTIVITET OG KONSENTRASJONSVANSKER SOM VIKTIGSTE HENVISNINGSGRUNN

Fra 1998 til 2004 var behandlingsraten høyeste for barn henvist på grunn av atferdsvansker, mens fra 2005 ble hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den største enkeltgrunnen til henvisning fra førstelinjen. Størst har veksten vært i behandlingsraten for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, dernest kommer tristhet/depresjon/sorg, atferdsvansker og angst/fobi. Disse fire henvisningsgrunnene stod for 75 prosent av økningen i behandlingsratene i perioden 1998 til 2006.

JENTER HENVISES FOR TRISTHET, DEPRESJON OG SORG – GUTTER FOR HYPERAKTIVITET OG KONSENTRASJONSVANSKER

Det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder hvilke henvisningsgrunner som blir hyppigst brukt ved henvisning til psykisk helsevern. Mens behandlingsratene for gutter var størst for atferdsvansker i 1998 og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i 2006, var ratene for jenter høyest for tristhet/depresjon/sorg begge år. Den relative veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2006 var imidlertid for begge kjønn sterkest for hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker.

BARN HENVISES FOR ATFERDSVANSKER OG HYPERAKTIVITET/KONSENTRASJONSVANSKER - UNGDOM FOR TRISTHET, DEPRESJON OG SORG

Det er også forskjeller i henvisningsgrunn for de ulike alderskategoriene. Blant førskolebarn (0-6 år) utgjør barn med atferdsvansker den største pasientgruppen i hele perioden. Det samme gjelder barn i alderen 7-12 år i første del av opptrappingsperioden, mens hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker er viktigste henvisningsgrunn i 2006. Tristhet, depresjon og sorg er viktigste henvisningsårsak for ungdom (13-18 år) i hele perioden. For

samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

VEKSTEN I PSYKISK HELSEVERN HAR GITT STØRRE ROM FOR BEHANDLINGSTILBUD TIL PASIENTGRUPPER MED LAVERE PRIORITET

I psykisk helsevern for barn og unge blir pasienter med alvorlig depresjon, suicidalproblematikk, mistanke om psykose og alvorlige spiseforstyrrelser prioritert ved inntak av pasienter for elektiv behandling. Ratene er større for jenter enn gutter for de prioriterte pasientgruppene både i 1998 og i 2006. Det har i perioden vært en svakere vekst i behandlingsraten for barn som blir prioritert først ved inntak, enn barn henvist for andre årsaker. Dette indikerer at veksten i psykisk helsevern har gitt større rom for behandlingstilbud til pasienter som ikke inngår i gruppen blant de høyest prioriterte.

REGIONALE VARIASJONER I DEKNING, MEN FELLES MØNSTER FOR KJØNN OG ALDER – GUTTER OG UNGDOM HØYESTE BEHANDLINGSRATE I ALLE REGIONER

Til tross for at det er relativt stor variasjon i dekningsgrad mellom helseregionene både i 1998 og 2006, har variasjonen blitt noe mindre i perioden. Rangeringen mellom regionene er den samme i 1998 og 2006, helseregion Nord behandler flest pasienter per innbygger og helseregion Vest færrest. I perioden 1998 til 2006 er det også størst vekst i dekningsgrad i helseregion Nord, og lavest i helseregion Øst og Vest.

Gutter har høyeste dekning i 2006 og vekst i perioden i samtlige helseregioner. Helse Nord har høyeste behandlingsrate for både gutter og jenter begge år, samt sterkest vekst for begge kjønn i perioden blant helseregionene.

For begge år og for alle regioner er behandlingsraten og veksten størst for ungdomsgruppen (13 - 18 år). Barn i alderen 0-6 år har tilsvarende laveste rate og vekst i samtlige regioner både i 1998 og 2006. Helse Nord har høyeste behandlingsrate og vekst i perioden for barn over 12 år, mens helseregion Sør har sterkest vekst og høyeste behandlingsrate i 2006 for de yngste.

LIKT HENVISNINGSMØNSTER, MEN REGIONALE FORSKJELLER I DEKNING

I perioden 1998 til 2006 har den vanligste henvisningsgrunnen fra førstelinja til psykisk helsevern gått fra å være atferdsvansker til hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i fire av fem helseregioner. I helse Øst er atferdsvansker fortsatt den største henvisningsgrunnen i 2006. Atferdsvansker utgjør dermed den nest største henvisningsgrunnen i de øvrige regionene, mens tristhet/depresjon/sorg er den tredje største i samtlige regioner. Behandlingsratene for angst og fobi er betydelig lavere enn for de andre henvisningsgrunnene i alle regioner.

Behandlingsratene for barn henvist for hyperaktivitet /konsentrasjonsvansker øker mest i perioden i alle regioner. Størst har veksten vært i helseregion Sør, lavest i helseregion Øst. Behandlingsratene for atferdsvansker og tristhet, depresjon og sorg har også økt betydelig, sterkest har veksten vært i helseregion Nord. Størst økning i ratene for angst/fobi finner man i helseregion Sør, lavest i helseregion Vest. Behandlingsratene for de øvrige henvisningsgrunnene samlet har økt mest i helse Midt-Norge.

Dette betyr at henvisningsmønstret er relativt likt i de fem helseregionene begge år med tanke på hvilke henvisningsgrunner som benyttes hyppigst og i mindre grad. Det er imidlertid klare forskjeller mellom regionene begge år når det gjelder behandlingsrater for de ulike problemområdene.

7.5.2 Diskusjon

Den kraftige veksten i behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge er i tråd med Opptrappingsplanenes mål, og er en konsekvens av økt kapasitet og produktivitet i sektoren. Et sentralt spørsmål er om veksten i antall behandlede pasienter representerer nye pasienter eller om økt behandlingstid forklarer deler av økningen. Dette er blant annet omhandlet i Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer (2006/2007). Dette vil bli behandlet nærmere i eget analysekapittel i tredje delrapport.

At gutter i større og økende grad mottar behandling enn jenter, skyldes trolig både forhold knyttet til type lidelse/vansker og behandlingsapparatets prioriteringer. Vi har sett at det er store kjønnsforskjeller når det gjelder hvilke lidelser barna henvises for, jenter for følelsesmessige forhold som tristhet, depresjon og sorg, og gutter for atferdsproblematikk. At gutters problemer er mer synlig for skole, hjem og andre som omgir barnet enn jenters mer innadvendte reaksjoner, kan bidra til at gutter i større grad henvises til spesialisthelsetjenesten. At jenters og gutters vansker oppstår og/eller blir mer synlige ved ulik alder, kan trolig forklare hvorfor gutter utgjør majoriteten av pasienter under 12 år, mens jenter dominerer i ungdomsalder. I tillegg kan veksten blant gutter i alle alderskategorier skyldes at den økte kapasiteten i sektoren gir større rom for å behandle problemområder som ikke har høyeste prioritet, og at gutter i større grad har lidelser som faller inn i denne kategorien (eks atferdsproblematikk). En mulig forklaring kan også være at gutters problematikk i større grad krever lengre behandlingstid, og at de dermed blir lengre i systemet, og på denne måten fremstår i statistikken med et større omfang.

Resultatene viser at det er store forskjeller når det gjelder behandlingsrate for ulike aldersgrupper. Vi kan ikke med sikkerhet si om resultatene gjenspeiler de ulike aldersgruppernes behov for spesialisthjelp. Undersøkelser tyder nok derimot på at barn i småskolealder har større behov for hjelp enn tidligere antatt. Undersøkelsen "Barn i Bergen" (Heiervang et al, 2007) viser at forekomsten av psykiske vansker hos barn mellom 8-10 år er rundt 7 prosent. Prevalenstill fra studien foretatt i 2002-2004, viser at barn med atferdsvansker og emosjonelle tilstander utgjør de mest vanlige lidelsene (3,2 og 3,3 prosent), fulgt av pasienter med ADHD (1,7 prosent). I foreliggende rapport ser vi at andelen barn i aldersgruppen 7-12 år som mottar behandling i psykisk helsevern for barn og unge har økt fra 2,2 til 4,7 prosent i perioden 1998 til 2006, og at behandlingsratene for barn med atferdsvansker og tristhet, depresjon og sorg var på henholdsvis 1,1 og 0,5 prosent i denne aldersgruppen i 2006. Barn med hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker hadde en behandlingsrate på 1,4 prosent på samme tidspunkt. I studien fra "Barn i Bergen" er det i tillegg til prevalensstudier, undersøkt hvordan helsetjenestebruken er for denne pasientgruppen (Heiervang et al, 2007). Resultatene vedrørende tjenestebruk er i rimelig samsvar med funnene i foreliggende rapport, hvor man ser at barn med ADHD har god dekning av spesialisthelsetjenester sammenliknet med prevalenstill, mens barn med emosjonelle tilstander har lav dekning. Barn med atferdsvansker er i en mellomposisjon når det gjelder prevalenstill og tjenestebruk. Trolig vil mange av disse kunne få nødvendig hjelp fra kommunale tjenester som helsestasjon, fastlege og PP-tjeneste, men en relativt lav behandlingsrate blant førskolebarn i psykisk helsevern, spesielt blant jenter, kan indikere at flere i denne aldersgruppen trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Sammenlikningen av prevalenstill fra "Barn i Bergen" og behandlingsrater for de største henvisningsgrunnene til psykisk helsevern, tyder på at spesielt barn med atferdsvansker og emosjonelle tilstander har et større behov for behandlingstilbud fra det psykiske helsevernet enn det som gis til disse gruppene i dag.

Analysene i kapitlet viser at det i perioden 1998 til 2006 har skjedd endringer i hvilke pasientgrupper som tas til behandling i forhold til henvisningsgrunn. Gjenspeiler dette endringer i sykdomsbilde, eller er det "trender" innenfor behandlingsapparatet som gjør at nye grupper løftes fram? En annen mulig forklaring kan være at kapasitetsøkningen i større grad gir rom for tilbud til andre pasientgrupper enn tidligere. Trolig er det en kombinasjon av flere forklaringsfaktorer som virker sammen. Det vil bli gitt et mer utfyllende bilde av

endringer i barn og unges problemområder i årets Samdata-prosjekt, hvor tilstander/diagnoser i psykisk helsevern belyses nærmere i et av analyseprosjektene.

Resultatene i kapitlet viser også at veksten for prioriterte grupper er lavere enn for andre pasientgrupper. På grunn av noe upresise grupperinger ved bruk av variabelen henvisningsgrunn, er trolig veksten enda sterkere blant de som ikke prioriteres først ved inntak enn synliggjort i kapitlet. Det er mulig at kommunale tilbud kan være et alternativt behandlingstilbud til deler av denne pasientgruppen. Ventetidsgarantien som trer i kraft 1. september 2008, som innebærer at ingen barn og unge under 23 år med rett til nødvendig helsehjelp skal vente mer enn tre måneder (65 virkedager) før behandlingen for pasienter starter, taler for en klar prioritering mellom hvilke pasienter som skal motta tilbud fra spesialisthelsetjenesten og førstelinjen.

Regionale variasjoner i dekningsgrad, skyldes i stor grad historikk og ulik kapasitet i helseregionene. Det er liten grunn til å tro at regionale forskjeller i årsak til henvisning skyldes ulik sykkelighet i regionene. Det kan derimot ha sammenheng med ulik kompetanse og sykdomsforståelse i førstelinjen, eller ulik erfaring hos de henvisende instanser i kommunene med spesialisthelsetjenestens prioriteringer ved inntak. Dette kan påvirke hvilke årsaker som legges til grunn for henvisningene.

Vedlegg til kapittel 7

Tabell 7.1 Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2006.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Endring 1998 - 2006	Prosent endring
Totalt antall pasienter	20 634	23 048	26 320	29 149	30 467	34 434	39 340	43 426	47 280	26 646	129
Herav:											
Polikliniske pasienter	19 097	21 321	24 372	27 211	29 137	32 838	37 565	41 722	46 214	27 117	142
Dag- og døgn-pasienter	15 37	1 727	1 948	2 203	2 177	2 165	2 534	3 004	2 461	924	60

Tabell 7.2 Viktigste henvisningsgrunn barnet. Antall og prosentandel. 1998 og 2006.

	1998		2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 Autistiske trekk	440	2,4	1 089	2,6
2 Psykotiske trekk	279	1,5	460	1,1
3 Suicidalfare	831	4,5	1 494	3,5
4 Hemmet atferd	885	4,8	1 301	3,1
5 Angst/fobi	1 596	8,6	3 212	7,6
6 Tvangstrekk	417	2,2	893	2,1
7 Tristhet/depresjon/sorg	2905	15,7	7 294	17,2
8 Skolefravær	487	2,6	847	2,0
9 Atferdsvansker	4 156	22,4	8 359	19,7
10 Hyperaktivitet / konsentrasjonsvansker	2 150	11,6	9611	22,6
11 Rusmiddelmisbruk	69	0,4	141	0,3
12 Asosial/kriminalitet	85	0,5	87	0,2
13 Lærevansker	360	1,9	947	2,2
14 Språk/talevansker	165	0,9	402	0,9
15 Syn/hørselsproblem	39	0,2	35	0,1
16 Spiseproblem	779	4,2	1 135	2,7
17 Andre somatiske symptomer	727	3,9	1 123	2,6
18 Annet	1 789	9,6	3 828	9
19 Ingen	392	2,1	178	0,4
Total	18 551	100	42 436	100
Ubesvart	1 968	9,6	4 844	10,2
Totalt for landet	20 519		47 280	

Litteraturliste

Barn i Bergen (2008): Funn fra Barn i Bergen. Regionsenter for barn og unges psykiske helse Vest (RBUP.Vest).

Bjørngaard JH, Pedersen PB, Kaspersen SL, Bremnes R, Bjerkan AM og Waagan TE (2007): Psykisk helsevern i opptrappingsperioden Kapittel 6 i Pedersen et. al (2007)

Forskrift om ventelisteregistrering (FOR 2000-12-07 nr 1233)

Heggstad T, Lilleeng SE (2003): Measuring readmissions: focus on the time factor. *Int J Qual Health Care* 15(2):147-54.

Heggstad T, Lilleeng SE: (1996): Reinnleggelser ved psykiatriske sykehus. Trondheim; SINTEF NIS. STF78 A96519

Heiervang et al. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10- years- olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46:4, April 2007.

Lilleeng SE, Hagen H (2005):Tjenestetilbudet til individer - Fra episodedata til individdata innen psykisk helsevern. Trondheim; SINTEF Helse, STF78 A055031

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter

NAV (2007): Rundskriv F01.12.2000 nr. 1389. Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, med senere endringer.

Norvoll R (red)(2002): *Samfunn og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Pedersen PB (1999): De-institusjonaliseringen av psykiatritjenesten i Norge 1950-96. En statistisk dokumentasjon. Trondheim; SINTEF Unimed Rapport STF78 M99504

Pedersen PB (2002a): *Deinstitusjonaliseringen av det psykiske helsevernet*. Kapittel 9 (s. 187-203) i Norvoll R (red)(2002)

Pedersen PB (red)(2002b): *Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner*. Trondheim; SINTEF Unimed Rapport 7/01

Pedersen PB (red)(2006): *SAMDATA Psykisk helsevern. Sektorrapport 2005*. Trondheim; SINTEF Helse Rapport 2/06

Pedersen PB, Bjerkan AM, Bjørngaard JH, Bremnes R, Halsteinli V, Hatling T, Kaspersen S, Lilleeng SE, Sitter M, Venner B, og Waagan TE (2007): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006. Trondheim; SINTEF Helse Rapport A2152

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. (2003). "...sammen om psykisk helse".

Retningslinjer Helse Sør RHF. Prioriteringskriterier for rett til nødvendig helsehjelp med angivelse av lengste medisinske forsvarlige ventetid. Utarbeidet av faggruppe BUP Helse Sør.

Formatted: Norwegian (Bokmål)

Formatted: Norwegian (Bokmål)

Riksrevisjonen (2006-2007): Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dokument nr. 3:7 (2006-2007).

Solstad, K. (red) (2007): SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 1/07, Trondheim; SINTEF Helse. Rapport A1702.

Sosial- og helsedepartementet (1999): Rundskriv I-24/99. Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Tilskudd til styrking av tilbudet i fylkeskommunene 1999. Fylkeskommunale planer for opptapping av psykisk helsevern.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006): Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1388..

St. meld. nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

St. prp. nr. 63 (1097-1998). Opptappingsplanen fir psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet.

St. prp. nr 1 (2004-2005). Helse- og omsorgsdepartementet. Statsbudsjettet for 2005.

St Olavs Hospital (2007). Intern retningslinje; Inntak ved elektiv behandling BUP-klinikk: Barne og ungdomspsikiatrisk klinikk, 1. juli 2007.

