



SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008 2/09



SAMDATA

Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008

Per Bernhard Pedersen
(Red.)

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 2/09

ISBN 978-82-14-04803-2
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim



SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim

Besøksadresse:
Teknobyen innovasjonssenter
Abels gt 5
7030 Trondheim

Telefon: 73 59 03 00
Telefaks: 932 70 800

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

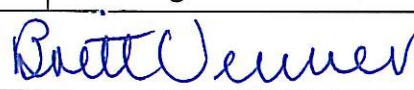
SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008

FORFATTER(E)

Per Bernhard Pedersen (red.), Heidi Jensberg, Jorid Kalseth, Silje Lill Kaspersen, Vidar Halsteinli, Solveig O. Ose og Marit Sitter

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

| | | | |
|--|---------------------------|---|---|
| RAPPORTNR. SINTEF A12373 | GRADERING Åpen | OPPDRAGSGIVERS REF. Linda Haugan | |
| GRADER. DENNE SIDE Åpen | ISBN 978-82-14-04803-2 | PROSJEKTNR. 60H020.30 | ANTALL SIDER OG BILAG 259 |
| ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\60H02030 SAMDATA PH 2009\Sektorrapport\Rapport | | PROSJEKTLIDER (NAVN, SIGN.) Per Bernhard Pedersen | VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Knut Bergsland |
| ARKIVKODE E | DATO 2009-09-15 | GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef |  |

SAMMENDRAG

Rapporten gir en gjennomgang av utviklingen innen det psykiske helsevernet under Opptrappingsperioden for psykisk helse, endringer i pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge, bruk av tvungent psykisk helsevern ved døgnopphold, organisering av tjenestetilbudet samt ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområdene. Rapporten behandler også produktivitetsutviklingen ved poliklinikker for barn og unge. For første gang presenteres et kapittel som sammenstiller personellinnsats innenfor det kommunale psykiske helsearbeidet med tilsvarende tall for det statlige psykiske helsevernet.

I løpet av Opptrappingsperioden har det vært en betydelig bedring i tilgjengeligheten både til døgnbehandling og til poliklinisk behandling innenfor det psykiske helsevernet for voksne. Det har vært en betydelig økning av utskrivningstallet særlig ved de distriktpspsykiatriske sentrene. Også utbyggingen av poliklinikkene har skjedd ved DPS-ene. Vi har dermed fått en desentralisering av tilbudet. Tallet på døgnplasser har imidlertid blitt redusert med 24 prosent. Etter å ha økt fra 2001 til 2005, har antall tvangsinnleggelser blitt redusert, særlig fra 2007 til 2008.

Innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge har dekningsgraden (pasienter i prosent av befolkningen 0-17 år) økt fra 2,0 til 4,8 prosent. Målet om 5,0 prosent dekning er dermed på det nærmeste oppfylt. I løpet av perioden har det bare blitt 30 flere døgnplasser for barn og unge, langt færre enn forutsatt.

Måltallene for økning av driftskostnadene ble i all hovedsak oppfylt innen planperiodens opprinnelige avslutning (2006), og har senere økt ytterligere. Også måltallene for personelløkning er mer enn oppfylt, og kompetansenivået er betydelig hevet. Både innenfor tjenestene til barn og unge og innen tjenestene til voksne har ressursøkningen i større grad blitt dreid mot poliklinisk virksomhet enn opprinnelig forutsatt i Opptrappingsplanen.

| STIKKORD | NORSK | ENGELSK |
|------------|-------------------|------------------------|
| GRUPPE 1 | Helse | Health |
| GRUPPE 2 | Psykisk helsevern | Mental Health Services |
| EGENVALGTE | Aktivitet | Activity |
| | Kostnader | Costs |
| | | |

Forord

SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008 er en av fire rapporter som beskriver utviklingstrekk og status for spesialisthelsetjenesten. SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 ble publisert i juli, mens sektorrapporter for somatisk spesialisthelsetjeneste og for rusbehandling utgis samtidig med denne rapporten.

Formålet med SAMDATA er å presentere sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten. Dette skal gi grunnlag for planlegging, styring og forskning i denne delen av helsetjenesten. Utgangspunktet for SAMDATA er hovedmålene i den nasjonale helsepolitikken – god tilgang til helsetjenester av god kvalitet og effektiv utnyttelse av ressursene. De spesifikke målene i Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63, 1997-98) er en viktig referanseramme for arbeidet.

Årets rapport fokuserer på følgende tema:

- Opptappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet ved utgangen av 2008. Årets rapport har et eget kapittel som oppsummerer utviklingen i opptappingsperioden, og hvilke mål man har nådd.
- Tilgjengeligheten til tjenester for barn og unge har blitt vesentlig styrket. I et eget kapittel undersøker vi hvilke grupper som har nytt godt av den økte kapasiteten.
- Helsedirektoratet har tidligere utarbeidet en handlingsplan for reduksjon og kvalitets-sikring av tvangsbruken i det psykiske helsevernet. I et kapittel undersøker vi endringer i omfanget av tvangsinnleggelse.
- Gjennom Opptappingsplanen la man opp til en desentralisering av tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet for voksne. I et kapittel undersøkes i hvilken grad man har oppnådd en slik desentralisering, og hvordan grad av desentralisering varierer mellom ulike regionale og lokale helseforetak.
- Lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted er en sentral målsetting for norsk helsepolitikk. Et eget kapittel ser på forskjeller i tjenestetilbud og bruk av tjenester mellom helseforetaksområdene.
- Økt dekningsgrad i tjenestene for barn og unge skulle i følge Opptappingsplanen delvis nås gjennom økt produktivitet ved poliklinikkene. Et eget kapittel analyserer produktivitetsutviklingen fra 2007 til 2008.
- Regjeringen lanserte i sommer en samhandlingsreform med vekt på økt integrering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. For første gang presenteres i årets rapport en sammenstilling av personellinnsatsen i det psykiske helsevernet og i det kommunale psykiske helsearbeidet innenfor de enkelte helseforetaksområdene.

Vi viser ellers til Nøkkeltallsrapporten samt "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på nettstedet www.sintef.no/samdata, som gir ytterligere tall for det psykiske helsevernet.

Arbeidet med SAMDATA-prosjektet har vært utført av SINTEF Helsetjenesteforskning på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vår kontaktperson i Helsedirektoratet har vært Linda Haugan.

Det er benyttet ulike datakilder i denne rapporten. Pasientdatasettene er samlet inn og kvalitetskontrollert av Norsk pasientregister (NPR). Data for døgnplasser og årsverk baserer seg på institusjonsdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB). I de tilfeller pasientdata (NPR) ikke er komplette, benyttes også aktivitetstall fra SSBs institusjonsstatistikk. Personelldata for det psykiske helsearbeidet i kommunene er innhentet av Helsedirektoratet. Vi vil takke NPR, SSB og direktoratet for velvillig bistand og godt samarbeid. Regnskapsdata for institusjoner og helseforetak underlagt de regionale helseforetakene, samt regnskapsdata fra de regionale helseforetak og fra private institusjoner, er innhentet og kvalitetskontrollert av SSB i samarbeid med SINTEF Helsetjenesteforskning.

Fra SINTEF har følgende deltatt i arbeidet med denne rapporten: Knut H. Bergsland, Johan Håkon Bjørngaard, Heidi Jensberg, Jorid Kalseth, Silje Kaspersen, Solveig Osborg Ose, Per Bernhard Pedersen, Marit Sitter og Tove E. Waagan. Per Bernhard Pedersen har vært prosjektleder. Kjartan S. Anthun har vært prosjektleder for kontrollen av regnskapsdata, mens Linda Midttun har vært prosjektleder og koordinator for SAMDATA-prosjektet samlet sett.

Trondheim, september 2009

Per Bernhard Pedersen (red)

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Forord | 1 |
| Innholdsfortegnelse | 3 |
| 1 Bakgrunn og leserveiledning..... | 9 |
| 2 Sammendrag | 13 |
| 2.1 Det psykiske helsevernet under opptrappingsperioden 1999 til 2008..... | 13 |
| 2.2 Utvidet sammendrag..... | 14 |
| 3 Utviklingen i opptrappingsperioden 1999-2008..... | 23 |
| 3.1 Sammendrag | 23 |
| 3.2 Innledning..... | 26 |
| 3.3 Datagrunnlag..... | 27 |
| 3.4 Utviklingen i det psykiske helsevernet for barn og unge | 28 |
| 3.4.1 Innledning..... | 28 |
| 3.4.2 Fagpersonell ved poliklinikkene | 29 |
| 3.4.3 Dekningsgrad | 30 |
| 3.4.4 Produktiviteten ved poliklinikkene for barn og unge | 31 |
| 3.4.5 Døgnplasser | 32 |
| 3.4.6 Driftskostnader | 33 |
| 3.4.7 Har ressursøkningen gått dit den skulle? | 34 |
| 3.5 Utvikling i ressursinnsats og -fordeling i det psykiske helsevernet for voksne | 34 |
| 3.5.1 Utviklingen i døgnplasskapasiteten | 35 |
| 3.5.2 Utviklingen i samlet personellinnsats og -fordeling..... | 36 |
| 3.5.3 Er fordelingen av personelløkningen i samsvar med målene for Opptrappingsplanen? | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 3.5.4 Personelløkning i behandlergruppene | 41 |
| 3.5.5 Andel personell med universitets- og høyskoleutdanning | 47 |
| 3.5.6 Driftskostnader | 49 |
| 3.6 Utvikling i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne..... | 50 |
| 3.6.1 Gjennomsnittlig belegg | 50 |
| 3.6.2 Beleggsprosent | 51 |
| 3.6.3 Utskrivninger fra døgnopphold | 52 |
| 3.6.4 Polikliniske konsultasjoner | 54 |
| 3.6.5 Personellfaktor ved døgnavdelingene | 56 |
| 3.6.6 Utskrivninger per årsverk | 57 |
| 3.7 Oppsummering - måltall | 58 |
| 4 Barn og unge i det psykiske helsevernet – 1998-2008..... | 65 |
| 4.1 Sammendrag | 65 |
| 4.2 Innledning og problemstilling | 66 |
| 4.3 Data og metode | 66 |
| 4.4 Utvikling for barn og unge i det psykiske helsevernet 1998-2008..... | 67 |
| 4.4.1 Utvikling i antall barn og unge som har mottatt behandling i opptrappingsperioden | 67 |
| 4.4.2 Utvikling i dekningsgraden for barn og unge i opptrappingsperioden | 68 |
| 4.4.3 Dekningsgrad i helseregionene..... | 69 |
| 4.4.4 Polikliniske tiltak – nasjonal og regional utvikling | 70 |
| 4.5 Utvikling i behandlingsrater for ulike pasientgrupper..... | 72 |
| 4.5.1 Behandlingsrater etter kjønn..... | 72 |
| 4.5.2 Behandlingsrater for ulike aldersgrupper | 73 |
| 4.5.3 Behandlingsrater etter kjønn og alder | 74 |
| 4.5.4 Pasientsammensetning og problemområde (henvisningsgrunn) | 75 |
| 4.5.5 Utvikling i Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom | 79 |
| Vedleggstabeller | 83 |
| 5 Tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne | 87 |
| 5.1 Sammendrag | 87 |

| | |
|--|------------|
| 5.2 Innledning..... | 88 |
| 5.3 Om lovgrunnlaget..... | 88 |
| 5.4 Data..... | 89 |
| 5.4.1 Datagrunnlag – tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg for voksne..... | 89 |
| 5.5 Omfang av tvang ved spesialistvedtak..... | 92 |
| 5.6 Befolkningsbaserte rater i tvungent psykisk helsevern for voksne..... | 93 |
| 5.6.1 Regionale forskjeller i bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne..... | 95 |
| Vedleggstabeller..... | 97 |
| 6 Organisering av tjenestene til voksne i 1998 og 2008..... | 107 |
| 6.1 Sammendrag..... | 107 |
| 6.2 Innledning..... | 108 |
| 6.3 Data og metode..... | 109 |
| 6.4 Volum og fordeling av personellinnsats mellom institusjons- og tjenestetyper..... | 109 |
| 6.4.1 Endringer på regionnivå..... | 109 |
| 6.4.2 Fordeling av personellressurser i helseforetaksområdene..... | 114 |
| 6.4.3 Fordeling av psykiatere og psykologer i helseforetaksområdene..... | 119 |
| 6.5 Fordeling av døgnplasser..... | 124 |
| 6.5.1 Utviklingen i døgnplasser i regionene..... | 124 |
| 6.5.2 Forskjeller i døgnplassdekning mellom foretaksområdene..... | 126 |
| 6.6 Utskrivninger fra døgnavdelingene..... | 129 |
| 6.6.1 Utviklingen i utskrivninger i regionene..... | 129 |
| 6.6.2 Forskjeller i utskrivningsrater mellom helseforetaksområdene..... | 131 |
| 6.7 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype..... | 134 |
| 6.7.1 Utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner i regionene..... | 134 |
| 6.7.2 Forskjeller i konsultasjonsrater mellom helseforetaksområder..... | 136 |
| 7 Ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområdene i 2008..... | 141 |
| 7.1 Sammendrag..... | 141 |
| 7.2 Innledning og problemstilling..... | 142 |
| 7.3 Variabler og metode..... | 143 |

| | |
|--|------------|
| 7.4 Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge 2008 | 144 |
| 7.4.1 Profiler i det psykiske helsevernet for barn og unge | 145 |
| 7.4.2 Hvilke faktorer bidrar til høy dekningsgrad for barn og unge? | 147 |
| 7.5 Helseforetaksområder i det psykisk helsevernet for voksne i 2008 | 150 |
| 7.5.1 Profiler i det psykiske helsevernet for voksne | 152 |
| 7.6 Ressursinnsats i tjenestene til barn og unge og tjenestene til voksne samlet | 155 |
| 7.7 Ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for barn og unge | 159 |
| 7.7.1 Regionale profiler i PHBU i opptrappingsperioden 1998-2008 | 159 |
| 7.7.2 Ressurs- og forbruksprofiler i HF-områdene i 2008 - PHBU | 162 |
| 7.8 Ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for voksne | 168 |
| 7.8.1 Regionale profiler i PHV i opptrappingsperioden 1998-2008 | 168 |
| 7.8.2 Ressurs- og forbruksprofiler i HF-områdene i 2008 - PHV | 170 |
| 8 Produktivitet i psykisk helsevern: Poliklinikker for barn og unge | |
| 2007-2008 | 187 |
| 8.1 Sammendrag | 187 |
| 8.2 Innledning | 187 |
| 8.3 Datagrunnlag | 188 |
| 8.4 Produktivitetsindikatorer for poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge 2007-2008 | 188 |
| 8.5 DEA-baserte produktivitetsindikatorer for poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge 2007 og 2008 | 191 |
| 8.6 Oppsummering | 194 |
| Vedleggstabeller | 195 |
| 9 Sammenstilling av personellinnsats: Det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet 2007 | 197 |
| 9.1 Sammendrag | 197 |
| 9.2 Innledning | 199 |
| 9.2.1 Forkortelser | 200 |
| 9.3 Om data | 201 |
| 9.3.1 Datagrunnlag og definisjoner | 201 |

| | |
|---|-----|
| 9.4 Personell i helseregionene..... | 202 |
| 9.5 Personell i helseforetaksområdene | 205 |
| 9.5.1 Antall årsverk per innbygger i helseforetaksområdene | 207 |
| 9.5.2 Årsverk per innbygger og kommunestørrelse | 211 |
| 9.6 Variasjon i behov mellom helseforetaksområder..... | 213 |
| 9.6.1 Kort om behovsindeksene utarbeidet i NOU 2008:2 | 213 |
| 9.6.2 Behovsindekser per HF-område..... | 214 |
| 9.6.3 Behov for helsetjenester og årsverksinnsats | 216 |
| 9.7 Personell i psykisk helsearbeid i kommunen fordelt på tiltakskategorier | 220 |
| 9.8 Personell fordelt på utdanningskategorier..... | 225 |
| 9.9 Organisering av personell i det psykiske helsearbeidet | 231 |
| Vedleggstabeller | 234 |
| Tabell- og figuroversikt | 243 |
| Tabelloversikt..... | 243 |
| Figuroversikt..... | 248 |
| Litteraturliste | 257 |

1 Bakgrunn og leserveiledning

SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008 er en av fire rapporter som beskriver utviklingstrekk og status for spesialisthelsetjenesten.

Formålet med SAMDATA er å presentere sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten. Dette skal gi grunnlag for planlegging, styring og forskning i denne delen av helsetjenesten. Utgangspunktet for SAMDATA er hovedmålene i den nasjonale helsepolitikken – god tilgang til helsetjenester av god kvalitet og effektiv utnyttelse av ressursene. St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (heretter omtalt som Psykiatrimeldingen) og de spesifikke målene i St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, heretter omtalt som Opptrappingsplanen, danner et naturlig utgangspunkt for arbeidet med rapporten.

Det overordnede mål for Opptrappingsplanen er å utvikle en kvalitativt og kvantitativt bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. I følge Opptrappingsplanens verdigrunnlag skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Dette forutsetter bedre tilgjengelighet til kvalitativt bedre tjenester. I Opptrappingsplanen defineres konkrete mål og virkemidler for å oppnå dette, blant annet gjennom økt ressursinnsats, omstrukturering og desentralisering av tilbudene og økt effektivitet.

Gjennom SAMDATA-prosjektet søker vi å belyse hvordan det psykiske helsevernet utvikler seg i forhold til disse målene – både nasjonalt, regionalt og på helseforetaksnivå. Vi har særlig lagt vekt på mulighetene for sammenligning over tid og mellom enheter og områder.

Foreliggende rapport må sees i sammenheng med rapporten SAMDATA Nøkkeltall. Nøkkeltallsrapporten har som formål å gi en samlet oversikt over styringsindikatorer og utvikling for den somatiske sektoren og det psykiske helsevernet på et tidligst mulig tidspunkt. Mye av det stoffet en tradisjonelt har funnet i sektorrapporten vil en nå finne der, eller i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på nettstedet www.sintef.no/samdata.

Nøkkeltallsrapporten fokuserer på utviklingen nasjonalt, på regionnivå og på helseforetaksnivå. På nettsidene er det indikatorer for institusjoner, grunnlagsdata og nærmere omtale av datagrunnlag og beregningsmetoder. I sektorrapportene vil vi i større grad fokusere på analyser av ulike tema.

Sektorrapportens innhold og oppbygging

Årets rapport fokuserer på følgende tema:

- Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet ved utgangen av 2008. Årets rapport har et eget kapittel som oppsummerer utviklingen i opptrappingsperioden, og hvilke mål man har nådd.
- Tilgjengeligheten til tjenester for barn og unge har blitt vesentlig styrket. I et eget kapittel undersøker vi hvilke grupper som har nytt godt av den økte kapasiteten.

- Helsedirektoratet har tidligere utarbeidet en handlingsplan for reduksjon og kvalitetssikring av tvangsbruken i det psykiske helsevernet. I et kapittel undersøker vi endringer i omfanget av tvangsinnleggelse.
- Gjennom Opptappingsplanen la man opp til en desentralisering av tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet for voksne. I et kapittel undersøkes i hvilken grad man har oppnådd en slik desentralisering, og hvordan grad av desentralisering varierer mellom ulike regionale og lokale helseforetak.
- Lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted er en sentral målsetting for norsk helsepolitikk. Et eget kapittel ser på forskjeller i tjenestetilbud og bruk av tjenester mellom helseforetaksområdene.
- Økt dekningsgrad i tjenestene for barn og unge skulle i følge Opptappingsplanen delvis nås gjennom økt produktivitet ved poliklinikkene. Et eget kapittel analyserer produktivitetsutviklingen fra 2007 til 2008.
- Regjeringen lanserte i sommer en samhandlingsreform med vekt på økt integrering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. For første gang presenteres i årets rapport en sammenstilling av personellinnsatsen i det psykiske helsevernet og i det kommunale psykiske helsearbeidet innenfor de enkelte helseforetaksområdene.

Tolking og bruk av SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet

I SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008 presenteres gjennomsnittstall for landet som helhet, for regionale helseforetak og for grupper av institusjoner. Vi finner grunn til å understreke at gjennomsnittet ikke nødvendigvis uttrykker det "riktige" nivå verken for ressursbruk, kapasitet eller aktivitet. Det er heller ikke slik at en stor eller liten spredning omkring gjennomsnittstall uten videre sier noe om grad av fordelingsrettferdighet.

En rekke faktorer kan ligge bak de forskjellene som avdekkes i rapporten. I tillegg til mer kjente og generelle forklaringer vil det alltid være spesielle, lokale forhold som frambringer forskjeller. Vi kjenner til noen slike forhold, men er samtidig klar over at vi ikke har full oversikt over disse. Forskjeller som skyldes registreringsmåte og datakvalitet har vi så langt som mulig forsøkt å eliminere.

Forskjellene kan også tolkes i et lengre tidsspenn. Siden starten av syttitallet har utviklingen i det psykiske helsevernet vært preget av de-institusjonalisering, hvor langtids institusjonsopphold har veket for mer kortvarige aktive behandlingsepisoder. I tillegg har nye pasientgrupper kommet inn under kappen "psykisk helsevern". Denne endringen er sammenfallende med endringer som også har funnet sted i de fleste land det er naturlig å sammenligne seg med. Forskjeller på ett tidspunkt kan derfor også sees som et uttrykk for at ikke alle har kommet like langt i denne utviklingen.

Flere tabeller i denne rapporten viser indikatorer fordelt etter institusjonstype. Klassifiseringen av institusjonstyper har så langt det har vært mulig tatt utgangspunkt i institusjonenes funksjon og spesialiseringsgrad. Kategorien sykehus omfatter i hovedsak virksomhet med ett helseforetak eller en region som opptaksområde og som yter spesialisert behandling. Kategorien distriktpsikiatriske sentre gjelder institusjoner som har et avgrenset opptaksområde hvor de skal yte allmennpsykiatrisk hjelp på ulike omsorgsnivå. Utviklingen av slike tilbud har nå kommet ganske langt, men kan i enkelte tilfeller også romme tilbud som er under utvikling. Utover disse institusjonstypene har vi nå bare et fåtall sykehjem og andre døgninstitusjoner.

Vi vil også minne om at denne rapporten først og fremst vil kunne avdekke kvantitative forskjeller. I tallmaterialet som vi presenterer kan det inngå kvalitative forskjeller som er viktige, men som ikke kommer til uttrykk.

Kvalitetssikring av data

For å kunne gjennomføre gode beregninger av både ressursutvikling og produktivitet i den norske spesialisthelsetjenesten, er både SINTEF og SSB avhengige av at de data som rapporteres fra helseforetakene og regionene er av en god nok kvalitet til å kunne brukes til slike analyser. På tross av ny kontoplan og endringer i innsamling av årsverksdata, er det likevel store forskjeller i hvordan regnskapene føres, utgifter fordeles og personell inkluderes. Dette gjør det arbeidskrevende å lage gode sammenligningstall, og kan bare gjennomføres i god dialog med de enkelte foretak. SINTEF legger stor vekt på å presentere sammenlignbare data og har derfor etter beste evne foretatt kvalitetssikring og tilrettelegging av de ulike datasett i samråd med SSB og NPR.

De regionale helseforetakene overtok ansvaret for rusinstitusjoner og spesialisert rusomsorg fra 1. januar 2004. Som en følge av dette har enkelte avdelinger som tidligere rapporterte under det psykiske helsevernet fra 2004 og utover rapportert under tverrfaglig spesialisert rusbehandling, uten at det nødvendigvis har skjedd noen endring i avdelingenes arbeidsoppgaver. Dette vil i noen grad kunne påvirke utviklingstallene.

2 Sammendrag

2.1 Det psykiske helsevernet under opptrappingsperioden 1999 til 2008

Økt tilgjengelighet til tjenestene i det psykiske helsevernet for voksne

I løpet av opptrappingsperioden har behandlingstilbudet i det psykiske helsevernet for voksne blitt vesentlig utvidet og styrket. Tallet på utskrivninger har steget fra 29 200 i 1998 til 49 200 i 2008, en økning på 68 prosent. Det har ikke vært noen tilsvarende økning i antall opphold per pasient. Økningen gjenspeiler derfor langt på vei at flere mennesker har fått et døgnbasert behandlingstilbud. Økningen har særlig skjedd ved døgnavdelinger utenfor sykehusene. Vi har på denne måten også fått en desentralisering av tilbudet.

På tross av økt antall utskrivninger har tallet på døgnplasser blitt redusert med nær ¼. I følge Opptrappingsplanen skulle plasstallet ha økt. Nedgangen har særlig kommet ved sykehjemmene. Disse var på det nærmeste avvirket allerede i 2004.

Økningen i antall utskrivninger har bare vært mulig gjennom en vesentlig nedkorting av oppholdenes varighet, fra gjennomsnittlig 110 døgn i 1998 til 28 døgn i 2008.

Personellfaktoren (årsverk per belagt plass) har blitt vesentlig hevet, både ved sykehusavdelingene og ved de øvrige avdelingene. Det har likevel vært en betydelig økning i antall utskrivninger per årsverk. Det har også vært en økning i avdelingspersonellens utdanningsnivå. Økningen er størst ved avdelingene utenfor sykehus, der utdanningsnivået i utgangspunktet var lavere.

Det har også vært en kraftig vekst i den polikliniske virksomheten. Fra 1998 til 2008 økte antall konsultasjoner fra 476 tusen til 1,1 million, en økning på nær 131 prosent. Produktivitetsveksten (konsultasjoner per behandler) har vært langt svakere enn forutsatt i Opptrappingsplanen. Antall årsverk ved poliklinikkene har i løpet av perioden blitt fordoblet.

I følge planen skulle driftskostnadene øke med 23 prosent. Dette målet var langt på vei nådd allerede ved planperiodens opprinnelige utløp i 2006. I 2008 lå driftskostnadene 31 prosent over nivået i 1998 (faste priser).

Utbyggingen av det psykiske helsevernet for voksne har i opptrappingsperioden har fått en kraftigere poliklinisk vinkling enn forutsatt i planen. Personellinnsatsen ved sykehusavdelingene har også økt kraftigere enn forutsatt. Utbyggingen av DPS-avdelingene har langt på vei blitt finansiert gjennom avviklingen av sykehjemmene.

Basert på et utvalg institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet har vi estimert utviklingen i antall tvangsinnleggelses (spesialistvedtak) fra 2001 og fremover. På tross av Opptrappingsplanens vektlegging av frivillighet, økte antall tvangsinnleggelses fram til 2006. Antallet har senere gått ned, særlig det siste året i Opptrappingsperioden. Pga. fortsatt mangelfull rapportering av tvangsdata knytter det seg likevel usikkerhet til resultatene.

Stor vekst i antall barn og unge som får behandling, men døgntilbudet har ikke økt som planlagt

I 2008 mottok 53 111 barn og unge behandling i det psykiske helsevernet. Dette tilsvarer en dekningsgrad på 4,8 prosent av alle barn og unge. Opptrappingsplanen forutsatte en økning fra 2,0 til 5,0 prosent i løpet av opptrappingsperioden, og man har altså langt på vei nådd dette målet. Det er imidlertid fortsatt store regionale forskjeller. Nær dobbelt så mange barn og unge i Nord-Norge (6,9 prosent) som på Vestlandet (3,7 prosent) mottar nå et behandlingstilbud.

Døgnavdelingene har ikke blitt utbygd i tråd med Opptrappingsplanens forutsetninger. Plasstallet skulle her øke fra ca. 300 til ca. 500 i løpet av perioden, senere nedjustert til 400. Ved utløpet av perioden var det totalt 323 plasser, bare 30 flere enn i 1998.

Også utbyggingen av tjenestene til barn og unge har på denne måten fått en kraftigere poliklinisk vinkling enn forutsatt i planen. En langt større andel av personellressursene enn forutsatt har gått til poliklinikkene, mens en langt mindre andel har gått til døgn- og dagavdelingene. Personellinnsatsen har i løpet av perioden økt med 75 prosent. Målet om 69 prosent økning av driftskostnadene var oppnådd allerede ved planens opprinnelige utløp i 2006. I 2008 lå driftskostnadene 88 prosent over nivået i 1998.

2.2 Utvidet sammendrag

Utviklingen i opptrappingsperioden (kapittel 3)

Tilbudet til barn og unge

Opptrappingsplanen la opp til en vesentlig styrking av tjenestetilbudet for barn og unge. Driftskostnadene skulle økes med 636 millioner 1998-kroner (1,001 milliard 2008-kroner), eller med 69 prosent. Dette målet ble nådd i 2006, dvs. innenfor den opprinnelige opptrappingsperioden. Ved utgangen av perioden var driftskostnadene (eksklusive avskrivninger) økt til 2,737 milliarder, en økning på 1,281 milliarder eller 88 prosent (faste 2008-priser) fra 1998.

Opptrappingsplanen hadde som mål å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Det ble i 2008 utført 1 608 fagårsverk ved poliklinikkene, 884 flere, eller mer enn dobbelt så mange som i 1998 og 484 flere enn måltallet på 400.

Opptrappingsplanen forutsatte en økning i produktiviteten ved poliklinikkene på 50 prosent, målt ved antall tiltak per fagårsverk. I løpet av opptrappingsperioden har antall tiltak per fagårsverk økt med 94 prosent. Opptrappingsplanens måltall er i den forstand mer enn oppfylt. Økt produktivitet har imidlertid først og fremst ført til at det blir utført flere tiltak per pasient (56 prosent økning). Korrigert for endringer i pasientsammensetning er den samlede produktivetsveksten anslått til 21 prosent.

I følge Opptrappingsplanen skulle det opprinnelig etableres 500 døgnplasser for barn og unge, om lag 200 flere enn i 1998. Måltallet er senere nedjustert til totalt 400. Veksten i døgnplasser har imidlertid vært vesentlig lavere enn planlagt. Ved planperiodens avslutning var det kun 323 døgnplasser, 30 flere plasser enn ved starten på opptrappingsperioden.

En vesentlig høyere andel av ressursveksten enn opprinnelig planlagt har gått til poliklinisk og ambulant virksomhet fremfor drift av døgn- og dagavdelinger.

Ressursinnsats og ressursfordeling innen det psykiske helsevernet for voksne

I strid med Opptrappingsplanens forutsetninger har det vært en kraftig nedgang i tallet på døgnplasser. I følge planen skulle plasstallet øke fra 5 980 i 1998 til cirka 6 400 i 2008. Plasstallet er i stedet redusert til 4 557. Nedgangen i plasstallet kan føres tilbake til en langt kraftigere nedbygging av sykehjemsplasser enn forutsatt, og sykehjemmene var allerede i

2004 på det nærmeste avvirket. Det har vært en betydelig økning i plasstallet ved DPS-ene. Målet om 2 040 døgnplasser ble nådd i 2004, men plasstallet har siden blitt redusert til 1 833, slik at Opptrappingsplanens mål ikke lenger er oppfylt. Ved sykehusene skulle tallet på døgnplasser øke med 160 i forhold til nivået i 1996. Plasstallet har i stedet blitt redusert til 2 539, og ligger nå 561 plasser under måltallet på 3 100.

Det har vært en betydelig økning i personellinnsatsen. Ved utgangen av planperioden var den registrerte økningen på totalt 3 072 årsverk. Korrigert for endret registreringspraksis blir økningen om lag 2 900 årsverk, vesentlig mer enn måltallet på 2 300.

Det har vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved DPS-ene. En vesentlig del av utbyggingen av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene er imidlertid finansiert gjennom en raskere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt.

Det har gjennom hele perioden vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved poliklinikkene. Årsverksinnsatsen er fordoblet, fra 1 535 årsverk i 1998 til 3 073 i 2008. Veksten har i sin helhet kommet ved DPS-ene.

Det har også vært en ikke ubetydelig økning i personellinnsatsen ved sykehusene. Korrigert for endringer i registreringspraksis har årsverksinnsatsen ved sykehusene økt med cirka 560 årsverk, mens veksten ved sykehusavdelingene alene var på cirka 690 årsverk, ettersom årsverksinnsatsen ved sykehuspoliklinikkene samtidig har blitt redusert.

Samlet sett har en vesentlig høyere andel av ressursveksten enn forutsatt gått til sykehusavdelinger og særlig poliklinikker, mens en lavere andel (etter fratrukk for de nedlagte sykehjemmene) har gått til DPS-avdelingene.

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.

Med en vekst på 22,5 prosent var måltallet på 22,8 prosent vekst i driftskostnadene på det nærmeste nådd i 2006, dvs. innenfor den opprinnelige opptrappingsperioden. Ved utløpet av planperioden (2008) var økningen 3,110 milliarder eller 31 prosent (faste 2008-priser).

Behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne

Tilgangen til døgnbehandling har blitt vesentlig styrket. Antall utskrivninger har økt fra 29 000 i 1998 til 49 000 i 2008. 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 utskrivninger gjenspeiler redusert varighet av oppholdene, fra 110 dager i 1998 til 28 dager i 2008. Nedgangen har vært kraftigere utenfor enn ved sykehusene. Gjennomsnittlig varighet av oppholdene var i 2008 om lag den samme ved sykehusavdelingene som ved DPS-avdelingene.

Høy beleggsprosent gjennom det meste av perioden antyder press på døgnavdelingene ved sykehusene. Dette kan ha påvirket varigheten av oppholdene. Beleggsprosenten ved sykehusene har imidlertid gått ned de siste par årene, slik at presset synes å avta. Beleggsprosenten ved de øvrige avdelingene har gjennom hele perioden vært lavere enn ved sykehusene.

Det har vært en kraftig vekst i den polikliniske aktiviteten i opptrappingsperioden. Antall konsultasjoner har økt med 131 prosent. Økningen har i sin helhet kommet ved DPS-ene. Økningen har langt oversteget måltallene for Opptrappingsplanen.

Personellfaktoren har økt betydelig i løpet av opptrappingsperioden. Økningen har vært kraftigere ved avdelinger utenfor sykehusene enn ved sykehusavdelingene. Økningen utenfor sykehus skyldes imidlertid først og fremst redusert pasientbelegg ved disse avdelingene. Det

har vært en betydelig vekst i antall utskrivninger per årsverk i opptrappingsperioden, og økningen har vært kraftigere ved avdelingene utenfor sykehus enn ved sykehusavdelingene.

Det har altså vært en kraftig økning og desentralisering av den polikliniske virksomheten, og tilgjengeligheten til polikliniske behandling har blitt vesentlig styrket. Sykehjemmene har blitt bygget ned raskere enn forutsatt, og er på det nærmeste avviklet. Utbyggingen av døgnavdelingene ved DPS har dermed langt på vei blitt finansiert gjennom avviklingen av sykehjemmene. Ressursøkningen ved avdelinger utenfor sykehusene har altså vært lavere enn forutsatt i Opptrappingsplanen. På tross av begrenset økning i personellinnsatsen, finner vi de største endringene i behandlingsaktiviteten ved døgnavdelingene utenfor sykehusene. Tallet på utskrivninger har gått vesentlig opp, og varigheten av oppholdene har blitt betydelig redusert. Ut fra dette målet har vi dermed likevel fått en desentralisering av behandlingsaktiviteten ved døgnavdelingene, selv om ressursøkningen ved avdelingene utenfor sykehusene har vært begrenset.

Flere barn og unge får behandling (kapittel 4)

Fra 1998 til 2008 økte antallet pasienter fra 20 634 til 53 111, en vekst på 157 prosent. Dekningsgraden (pasienter i prosent av antall barn og unge) økte fra 2,0 prosent i 1998 til 4,8 prosent i 2008. Målet om fem prosent dekning er derfor langt på vei innfridd på nasjonalt nivå.

Gjennom hele perioden har det vært høyere behandlingsrater blant gutter enn blant jenter. Mens 1,8 prosent av jentene hadde et behandlingstilbud i 1998, var dekningsgraden for gutter 2,1 prosent. Ved opptrappingsplanens slutt var dekningsgraden 4,2 prosent for jenter og 5,3 prosent for gutter. Forskjellene mellom gutter og jenter som mottok behandling økte derfor i løpet av perioden.

Det er også klare forskjeller i tilgangen til tjenesten for ulike aldersgrupper. Ungdom over 12 år hadde den høyeste behandlingsraten per innbygger i hele opptrappingsperioden, mens de yngste barna hadde den laveste raten samtlige år. Det er også i ungdomsgruppen vi finner den sterkeste økningen de siste årene. Mens 1,0 prosent av førskolebarn mottok et behandlingstilbud i 2008, var behandlingsraten for ungdomsgruppen 7,6 prosent. Blant barn i alderen 6-12 år mottok 4,9 prosent behandling. Barn i førskolealder synes å ha blitt prioritert sterkere i Opptrappingsplanens slutfase, hvor vi ser en sterkere vekst de siste tre år.

Fra 1998 og fram til 2004 var behandlingsratene høyest for barn og unge henvist for atferdsvansker. Fra 2005 til 2008 var flest henvist pga hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. For guttene var behandlingsratene i 1998 størst for pasienter henvist for atferdsvansker. I 2008 utgjorde hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den vanligste årsaken. Blant jenter var behandlingsratene begge år høyest for pasienter henvist for tristhet/depresjon/sorg. Den relative veksten i behandlingsratene var imidlertid for begge kjønn sterkest for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Blant førskolebarn (0-6 år) utgjorde barn med atferdsvansker den største pasientgruppen. Det samme gjaldt barn i alderen 7-12 år i første del av opptrappingsperioden, mens hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker var viktigste henvisningsgrunn i 2008. Tristhet, depresjon og sorg var viktigste henvisningsårsak for ungdom (13-18 år). For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Store geografiske forskjeller i vedtak om tvangsinnleggelse (kapittel 5)

I årets kapittel har vi på grunn av dårlig datakvalitet ikke kunnet måle omfanget av innleggelse henvist under tvang. Av samme grunn presenterer vi heller ikke fordeling av hvilke tilleggskriterier som er benyttet.

Andel tvangsvedtak for innleggelse til alle institusjoner er estimert til fire prosent for TPH og sju prosent for tvungen undersøkelse.

I 2001 var det om lag 16,5 vedtak om tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere 18 år og eldre (tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse), stigende til 20,6 i 2005. Raten har siden sunket. Mest markert er nedgangen i raten fra 2007 til 2008, fra 18,6 til 15,5 vedtak per 10 000 innbyggere. Omfanget av tvungen undersøkelse har vært omtrent uendret gjennom perioden 2001 til 2008. Økningen fram til 2005, og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, er derfor særlig knyttet til vedtak om tvungent psykisk helsevern. Fra 2007 til 2008 sank raten fra 8,6 til 5,3 vedtak per 10 000 innbyggere. Økningen i antall vedtak om tvungent psykisk helsevern fra 2001 til 2005, og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, synes å være reell. Ut over dette er usikkerheten knyttet til mangelfull rapportering for stor til å trekke entydige konklusjoner.

Det var betydelige forskjeller i omfanget av vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse mellom sykehusområder (opptaksområde for et sykehus). Sykehusområde Sørlandet og sykehusområde Troms og Finnmark hadde i alt 25 vedtak om TPH/tvungen undersøkelse per 10 000 innbyggere, mens sykehusområde Førde hadde fem slike vedtak per 10 000 innbyggere. Det synes med andre ord å være betydelige forskjeller i praktiseringen av psykisk helsevernloven og dermed i kvalitetssikringen av tvangsbruken. Forskjellene kan imidlertid ha mange ulike årsaker, og fortjener nærmere kartlegging og analyse.

Store endringer i organisering, men fortsatt store regionale forskjeller (kapittel 6)

I alle regioner har det vært en nedgang i personellandelen knyttet opp mot sykehusene. Alle regioner har også hatt en kraftig økning i andelen av personellressursene ved DPS-ene. En vesentlig andel av veksten utenfor sykehusene er knyttet til utbyggingen av poliklinikker ved DPS-ene. For døgnavdelinger utenfor sykehus er situasjonen annerledes. Det er en nesten påfallende grad av samsvar mellom sum andel personell ved DPS-avdelinger og øvrige avdelinger utenfor sykehus i 1998 og 2008. Det kan langt på vei se ut som at omfanget av DPS-avdelinger har vært betinget av hvilket omfang sykehjemssektoren hadde.

De regionale helseforetakene har hatt en svært ulik profil på hvor personelløkningen har gått. I Helse Sør-Øst RHF har 37 prosent av økningen gått til sykehusavdelingene, vesentlig mer enn i Helse Nord RHF (14 prosent) og Helse Midt-Norge RHF (8 prosent). Helse Vest RHF har her hatt en nedgang. Helse Vest RHF (39 prosent) og Helse Nord (38 prosent) har en noe sterkere nettoøkning ved avdelinger utenfor sykehus enn Helse Sør-Øst RHF (16 prosent), mens Helse Midt-Norge RHF har en svak nedgang. I Helse Midt-Norge RHF har det meste av økningen gått til poliklinikkene, mot 2/3 i Helse Vest RHF og cirka halvparten i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF.

41 prosent av årsverkene i det psykiske helsevernet for voksne var i 2008 knyttet til DPS-ene. Andelen er lavere i Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF (37-39 prosent) enn i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF (47-49 prosent).

I alle helseregioner har det vært en økning i andel døgnplasser ved DPS. Økningen har imidlertid i alle regioner vært lavere enn nedgangen i andel sykehjemsplasser. Andel sykehusplasser har dermed økt i alle regioner.

Det har i alle regioner vært en betydelig økning i den polikliniske aktiviteten, og økningen har i alle regioner kommet ved DPS-ene.

Det er fortsatt betydelige forskjeller i hvilken grad en har fått bygd ut et desentralisert døgn-tilbud, både mellom RHF-ene og mellom foretaksområder internt i disse.

Store strukturforskjeller mellom foretakene (kapittel 7)

Tjenestetilbudet til barn og unge

Det psykiske helsevernet for barn og unge har i hele opptrappingsperioden vært preget av store ulikheter med hensyn til ressursinnsats og forbruk av tjenester, både mellom helse-regioner og helseforetaksområder. Til tross for en utjevning i tjenestetilbudet etter foretaksreformen i 2002, var det fortsatt betydelige forskjeller i 2008. Forskjellene mellom HF-områdene var størst når det gjaldt tilgangen til døgn-tjenester ($CV=0,52$), men også dekningsgraden for behandlede pasienter totalt varierte betydelig ($CV=0,25$).

Vi har undersøkt hvordan helseforetakene prioriterer mellom døgn-/dagbehandling og poliklinisk behandling. For mange foretak fant vi ikke noe klart mønster, med enten høy eller lav personelldekning for begge tjenestetypene. Noen foretaksområder hadde imidlertid en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk personelldekning eller høy dekning for døgn-/dagvirksomheten. Innenfor helseregionene Sør-Øst og Midt-Norge var det en negativ samvariasjon mellom de to driftsformene, det vil si at enkelte HF-områder vektla en poliklinisk behandling, mens andre områder hadde høy dekning i døgn-/ dagbaserte tjenester. I helseregion Nord hadde tre av fire foretaksområder høy innsats både i poliklinisk og døgn-/dagbasert virksomhet. I helseregion Vest var situasjonen motsatt. Der hadde tre av fire HF-områder relativt lav personelldekning for begge typer driftsformer.

Det var også en tendens til at helseforetak med lav produktivitet, målt i antall behandlede polikliniske pasienter per fagarvsverk, hadde lavere dekningsgrad for behandlede pasienter enn helseforetak med høy produktivitet. Sammenheng mellom produktivitet og dekningsgrad for behandlede pasienter var imidlertid ikke signifikant. Noen HF-områder med høy dekning og lav produktivitet bryter med dette mønstret. Disse så ut til å kompensere med sterkt poliklinisk fokus i behandlingstilbudet (høy poliklinisk personellinnsats), og oppnådde på den måten høy dekningsgrad selv om produktiviteten var lav. Motsatt hadde HF-områder med høy produktivitet og lav dekningsgrad relativt høy døgnplasskapasitet og personellinnsats i avdelinger.

Tjenestetilbudet til voksne

Også innen tjenestene til voksne fant vi ulike mønstre i prioriteringen av poliklinisk versus døgnbaserte tjenester. Et mindretall av HF-områdene hadde en driftsform med høye døgnrater som dro landsgjennomsnittet opp. Den største andelen av foretakene hadde derfor en driftsform med relativt lave døgnrater, ofte i kombinasjon med poliklinisk aktivitet rundt landsgjennomsnittet. Noen få foretaksområder hadde en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk aktivitet (Ringerike og Vestfold) eller med et stort volum på døgnaktiviteten (Ullevål, Asker og Bærum, Bergen, Nordland, Finnmark). Et fåtall foretaksområder hadde enten høy eller lav aktivitet for begge driftformer.

Døgn-tjenestene i foretaksområdene hadde ulike kombinasjoner av lengde og omfang på døgnoppholdene. Et flertall av foretaksområdene (15 av 23) hadde relativt korte døgnopphold. Enkelte områder skilte seg ut med mange korte opphold (Finnmark, Sørlandet og UNN), mens andre karakteriseres med få og lange opphold (Asker og Bærum, Ullevål og Diakonhjemmet). Kun ett foretaksområde markerte seg med mange og lange døgnopphold (Lovisenberg).

Det var betydelige forskjeller mellom foretaksområdene i utskrivningsrate og personelldekning i døgninstitusjonene ($CV=0,24$ og $CV=0,25$). Forskjellene mellom HF-områdene var også stor for polikliniske konsultasjonsrater ($CV=0,26$).

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudene samlet sett

Helseforetaksområdene hadde i 2008 til dels sammenfallende profil når det gjaldt poliklinisk personellinnsats mellom tjenestene til barn og unge, og tjenestene til voksne. Helseforetaksområder med høy poliklinisk dekning i tjenestene til barn og unge, hadde en tendens til å ha høye polikliniske rater også i tjenestene til voksne, og omvendt. Det var ingen tilsvarende samvariasjon når det gjaldt døgnbaserte tjenester, målt i personellinnsats.

Økt produktivitet i poliklinikker for barn og unge (kapittel 8)

Et sentralt mål i Opptrappingsplanen har vært å øke tilgjengeligheten til behandling for barn og unge. Økt produktivitet i poliklinikkene skulle bidra til dette og opptrappingsplanen la til grunn 50 prosent økning i produktiviteten, målt som tiltak per behandler per dag. Vi har benyttet to tilnærminger for å beskrive poliklinikkens utvikling med fokus på 2007 og 2008. Vi viser først hvordan de tre partielle indikatorene tiltak per fagårsverk, tiltak per pasient og pasienter per fagårsverk har utviklet seg, og dernest presenterer vi estimater på produktivitetstendring basert på bruk av Data Envelopment Analysis (DEA). Estimatenes er gjort med basis i en modell hvor antall pasienter fordelt på åtte ulike grupper etter alder, kjønn og henvisningsgrunn danner output.

Fra 2007 til 2008 økte tiltak per fagårsverk med hele 8,2 prosent på nasjonalt nivå. Antall pasienter per fagårsverk økte med 2,2 prosent, slik at økt behandlingsaktivitet i stor grad var knyttet til økt behandlingsintensitet, i det antall tiltak per pasient økte med 5,9 prosent. Alle helseregioner hadde i 2008 en økning i antall tiltak per fagårsverk. Samlet sett gir de partielle indikatorene et klart inntrykk av økt produktivitet i 2008, og hvor økt produktivitet har bidratt til at flere pasienter fikk behandling.

DEA-estimatene indikerer på samme måte som de partielle indikatorene en vesentlig produktivitetsøkning fra 2007 til 2008. Gjennomsnittstall for poliklinikkene i hvert enkelt regionalt helseforetak viser at det først og fremst er i Helse Midt-Norge og Helse Nord vi finner en signifikant forbedring.

For landet sett under ett var gjennomsnittlig produktivitetsnivå 71 prosent av det nivået de poliklinikkene som danner fronten (beste praksis) hadde. Poliklinikkens gjennomsnittlige produktivitetsnivå i 2008 var høyest i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Det er fremdeles store forskjeller i produktivitet mellom poliklinikkene, både nasjonalt og innen de respektive regionale helseforetakene.

Personellinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid og i det statlige psykiske helsevernet (kapittel 9)

I årets rapport presenteres for første gang en samlet oversikt over personellinnsatsen både innenfor det kommunale psykiske helsearbeidet, og i det psykiske helsevernet, og hvordan denne varierer mellom helseregioner og foretaksområder. Data er fra 2007, ettersom data for 2008 ennå ikke foreligger for det kommunale psykiske helsearbeidet.

I 2007 var det 12 029 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunene og 20 382 årsverk i det psykiske helsevernet – totalt 32 411 årsverk som arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer. Målt som årsverk per 1 000 innbyggere var det 2,5 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen og 4,3 årsverk i det psykiske helsevernet. Helseregion Nord har flest årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet, og ligger sammen med kommunene i helseregion Sør-Øst også høyt når det gjelder psykisk helsearbeid for barn og unge. Grupperer vi tallene etter helseforetaksområde, finner vi kommunene i Telemark HF-område på topp med gjennomsnittlig 4,5 årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet, mens kommunene i Buskerud HF-område skårer lavest med 1,7 årsverk per 1 000 innbyggere. Vi finner en viss tendens til at helseforetaksområder som har mange kommuner med få innbyggere (<5 000) har flere årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet sammenliknet med landsgjennomsnittet. Vi finner ingen signifikante sammenhenger mellom årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet og årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet.

Vi har sammenstilt Magnussen-utvalgets (NOU 2008:2) behovsberegninger for helsetjenester til psykisk syke med årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet og i det psykiske helsevernet – på helseforetaksområdenivå. Det var en høy ($r=0,64$) og signifikant sammenheng mellom årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene og Magnussen-utvalgets behovsindeks. Under gjennomsnittlig behov for slike helsetjenester

synes å gi under gjennomsnittlig årsverksinnsats per innbygger, mens over gjennomsnittlig behov gir økt årsverksinnsats per innbygger i det psykiske helsearbeidet for barn og unge.

Det er også en viss samvariasjon mellom behovsindeks og årsverksinnsats i det psykiske helsevernet for barn og unge ($r=0,34$), men sammenhengen er ikke signifikant. Det er derimot ingen sammenheng mellom behovsindeksene og årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet for voksne ($r=0,16$) eller det psykiske helsevernet for voksne ($r=0,07$). Én av forklaringene på at det psykiske helsearbeidet (for barn og unge) later til å være mer sensitivt for behovet for tjenester enn det psykiske helsevernet, kan være at psykisk helsearbeid er et relativt nytt område – bygd opp gjennom Opptrappingsplanen og basert på behovskartlegginger for slike tjenester gjort i kommunene ved Opptrappingsplanens start.

I det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene går 54 prosent av årsverkene på landsbasis til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, 35 prosent til helsestasjoner og skolehelsetjeneste, mens de resterende 11 prosentene går til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak. I tjenester for voksne går 42 prosent av årsverkene på landsbasis til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, 40 prosent til oppfølging i bolig, 9 prosent til aktivitets- og/eller dagsenter, 6 prosent til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak, mens de resterende 2 prosentene går til andre aktiviteter. Her er det imidlertid store forskjeller mellom helseforetaksområdene.

Det er 2,7 årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år i psykisk helsearbeid for barn og unge. Det tilsvarende tallet i tjenester for voksne er 2,5 årsverk. I gjennomsnitt finner vi flest årsverk per innbygger i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid for barn og unge (1,5 per 1 000 innbyggere 0-17 år), mens tilsvarende tall for voksne er 1,1 årsverk per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.

80 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge besto av universitets- eller høyskoleutdannet personell. I psykisk helsearbeid for voksne er andelen 54 prosent. I det psykiske helsevernet er andelen fagårsverk; 78 prosent i psykisk helsevern for barn og unge, og 61 prosent i psykisk helsevern for voksne. Det er altså rekruttert en høyere andel høyt utdannet personell i tjenester for barn og unge i både primær- og spesialisthelsetjenesten. På helseforetaksområdenivå er imidlertid variasjonen mellom HF-områdene større i tjenester for barn og unge, sammenliknet med tjenester for voksne.

Vi har også sett på hvordan kommunene i de ulike HF-områdene har organisert sitt psykiske helsearbeid – har de valgt å ha egne enheter, egne spesialiserte tjenester – eller har de valgt å integrere psykisk helsearbeid i øvrige tjenester? På landsbasis finner vi at 43 prosent av kommunene har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet for barn og unge etter en integrert modell, der psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggere med psykiske problemer/lidelser benytter. I det psykiske helsearbeidet for voksne har imidlertid 44 prosent av kommunene valgt å etablere en egen tjeneste – med personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid.

Nøkkeltall 1998–2008

Tabell 2.1 Nøkkeltall for aktivitet, personell, døgnplasser, driftskostnader og kapasitetsutnyttning i det psykiske helsevernet. 1998-2008

| | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2007 | 2008 | Prosent endring 1998-2008 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------------------------|
| Aktivitet: | | | | | | | | |
| Behandlede pasienter – PHV-BU | 20 634 | 26 320 | 30 467 | 39 340 | 47 280 | 49 479 | 53 111 | 157 |
| Sum polikliniske tiltak – PHV-BU ¹ | 186 | 260 | 349 | 496 | 642 | 717 | 817 | 339 |
| Polikliniske konsultasjoner – PHV-V ¹ | 476 | 521 | 617 | 759 | 931 | 988 | 1 099 | 131 |
| Utskrivninger – PHV-V | 29 214 | 32 919 | 37 208 | 41 249 | 47 549 | 47 681 | 49 195 | 70 |
| - utskrivninger sykehus PHV-V | 21 081 | 23 370 | 25 042 | 26 091 | 29 705 | 28 655 | 29 378 | 39 |
| - utskrivninger DPS PHV-V | 5 738 | 7 203 | 10 526 | 14 557 | 17 479 | 18 724 | 19 396 | 238 |
| Personell: | | | | | | | | |
| Årsverk PHV | 15 809 | 16 500 | 17 895 | 18 619 | 20 040 | 20 382 | 20 490 | 30 |
| - årsverk PHV-BU | 2 155 | 2 408 | 2 882 | 3 033 | 3 507 | 3 682 | 3 763 | 75 |
| - årsverk PHV-V | 13 654 | 14 092 | 15 013 | 15 585 | 16 533 | 16 700 | 17 726 | 30 |
| Døgnplasser: | | | | | | | | |
| Døgnplasser PHV-BU | 293 | 297 | 312 | 326 | 335 | 334 | 323 | 10 |
| Døgnplasser PHV-V | 5 980 | 5 769 | 5 445 | 5 169 | 4 980 | 4 746 | 4 557 | -24 |
| - døgnplasser sykehus PHV-V | 3 070 | 2 989 | 2 982 | 2 814 | 2 838 | 2 689 | 2 539 | -17 |
| - døgnplasser DPS PHV-V | 1 492 | 1 634 | 1 845 | 2 091 | 1 939 | 1 865 | 1 833 | 23 |
| Kostnader: | | | | | | | | |
| Driftskostnader PHV ² | 11 567 | 12 108 | 13 010 | 13 607 | 14 902 | 15 608 | 15 958 | 38 |
| - driftskostnader PHV-BU ² | 1 456 | 1 555 | 1 867 | 2 177 | 2 519 | 2 638 | 2 737 | 88 |
| - driftskostnader PHV-V ² | 10 111 | 10 553 | 11 143 | 11 430 | 12 383 | 12 970 | 13 221 | 31 |
| Kapasitetsutnyttelse: | | | | | | | | |
| Tiltak per fagårsverk i poliklinikker PHV-BU | 249 | 301 | 325 | 398 | 426 | 447 | 484 | 94 |
| Pasienter per fagårsverk i poliklinikker PHV-BU | 25 | 28 | 27 | 30 | 30 | 29,8 | 30,4 | 22 |
| Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker PHV-V | 388 | 383 | 352 | 400 | 410 | 401 | 415 | 7 |
| Personellfaktor på sykehus PHV-V | 2,8 | 2,8 | 3,2 | 3,5 | 3,6 | 3,2 | 3,3 | 21 |
| Behandlerfaktor på sykehus PHV-V | 1,4 | 1,6 | 1,6 | 1,9 | 2,0 | 2,1 | 2,3 | 63 |
| Utskrivninger per årsverk på sykehus PHV-V | 2,8 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,2 | 3,2 | 3,3 | 21 |
| Personellfaktor på DPS PHV-V | 1,7 | 1,9 | 2,0 | 2,2 | 2,5 | 2,8 | 2,9 | 71 |
| Behandlerfaktor på DPS PHV-V | 0,7 | 0,9 | 1,0 | 1,2 | 1,4 | 1,5 | 1,6 | 133 |
| Utskrivninger per årsverk på DPS PHV-V | 2,8 | 3,0 | 3,4 | 3,8 | 4,5 | 4,5 | 4,6 | 63 |

Datakilde: NPR, SSB og SINTEF

1 I hele 1000

2 Millioner, faste 2008 kroner

3 Utviklingen i opptrappingsperioden 1999-2008

Per Bernhard Pedersen

3.1 Sammendrag

Tilbudet til barn og unge

Opptrappingsplanen la opp til en vesentlig styrking av tjenestetilbudet for barn og unge. Driftskostnadene skulle økes med 636 millioner 1998-kroner (1,001 milliard 2008-kroner), eller med 69 prosent. Dette målet ble nådd i 2006, dvs. innenfor den opprinnelige planperioden. Ved utgangen av opptrappingsperioden (2008) var driftskostnadene (eksklusive avskrivninger) økt til 2,737 milliarder, en økning på 1,281 milliarder eller 88 prosent (faste 2008-priser) fra 1998.

I følge Opptrappingsplanen skulle dekningsgraden, det vil si andel av alle barn og unge som mottar behandling i det psykiske helsevernet, økes fra 2,0 prosent i 1996 til 5,0 prosent i løpet av opptrappingsperioden. I 2008 mottok i alt 53 111 barn og unge et behandlingstilbud, nær 32 500 flere enn i 1998. Dette gir en dekningsgrad på 4,8 prosent. På landsbasis har man altså langt på vei nådd målet om fem prosents dekningsgrad. Det er imidlertid betydelige forskjeller i dekningsgrad mellom regionene.

Opptrappingsplanen hadde som mål å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet for barn og unge med 400 årsverk. Det ble i 2008 utført 1 608 fagårsverk ved poliklinikkene, 884 flere, eller mer enn dobbelt så mange som i 1998 og 484 flere enn måltallet på 400. Økningen har særlig kommet innfor psykologgruppen og gruppen av "annet terapipersonell med høyskoleutdanning", begge med en økning på drøyt 300 årsverk. Økningen er mindre for sosionomgruppen og legegruppen, begge med rundt 100 flere årsverk.

Opptrappingsplanen forutsatte en økning i produktiviteten ved poliklinikkene på 50 prosent, målt ved antall tiltak per fagårsverk. I løpet av opptrappingsperioden har antall tiltak per fagårsverk økt med 94 prosent, fra i gjennomsnitt 249 tiltak per behandler per år i 1998 til 484 tiltak per behandler i 2008. Opptrappingsplanens måltall er i den forstand mer enn oppfylt. Økt produktivitet har imidlertid først og fremst ført til at det blir utført flere tiltak per pasient (56 prosent økning). Korrigert for endringer i pasientsammensetning er den samlede produktivitetsveksten, målt ved pasienter per årsverk anslått til 21 prosent.

I følge Opptrappingsplanen skulle det opprinnelig etableres 500 døgnplasser for barn og unge, om lag 200 flere enn i 1998. I Statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ble dette måltallet imidlertid nedjustert med 100 plasser, til totalt 400, eller om lag 100 flere enn ved planperiodens start. Veksten i døgnplasser har imidlertid vært vesentlig lavere enn planlagt. Ved planperiodens avslutning var det kun 30 flere plasser enn ved starten på opptrappingsperioden, en økning på ti prosent. Veksten har vært langt lavere enn forutsatt, også ut fra det reviderte plantallet.

En vesentlig høyere andel av ressursveksten enn opprinnelig planlagt har gått til poliklinisk og ambulant virksomhet fremfor drift av døgn- og dagavdelinger.

Ressursinnsats og ressursfordeling innen det psykiske helsevernet for voksne

I kapitlet undersøkes økning i ressursinnsats målt ved døgnplasser, personell og driftskostnader, og i hvilken grad vi har fått en desentralisering av ressursene i tråd med Opptrappingsplanens mål. De viktigste konklusjonene som kan trekkes er:

- I strid med Opptrappingsplanens forutsetninger har det vært en kraftig nedgang i tallet på døgnplasser. I følge planen skulle plasstallet øke fra 5 980 i 1998 til cirka 6 400 i 2008. Plasstallet er i stedet redusert til 4 557.
- Nedgangen i plasstallet kan føres tilbake til en langt kraftigere nedbygging av sykehjemsplasser enn forutsatt, og sykehjemmene var allerede i 2004 på det nærmeste avvirket.
- Det har vært en betydelig økning i plasstallet ved DPS-ene. Målet om 2 040 døgnplasser ble nådd i 2004, men plasstallet har siden blitt redusert til 1 833, slik at Opptrappingsplanens måltall ikke lenger er oppfylt.
- Ved sykehusene skulle tallet på døgnplasser øke med 160 i forhold til nivået i 1996. Plasstallet har i stedet blitt redusert til 2 539, og ligger nå 561 plasser under måltallet på 3 100.
- I følge Opptrappingsplanen skulle årsverksinnsatsen øke med totalt 2 300 årsverk i løpet av perioden. Ved utgangen av planperioden var økningen totalt 3 072 årsverk. Det har i løpet av perioden vært foretatt enkelte endringer i registreringspraksis. Dette har anslagsvis gitt en netto økning på 160 registrerte årsverk¹. Holdes disse utenfor, får vi likevel en økning i antall årsverk på ca. 2 900. Planen er på dette punktet mer enn oppfylt.
- Det har vært en kraftig nedgang i personellinnsatsen ved sykehjem/andre institusjoner, og sykehjemmene var allerede ved utgangen av 2004 på det nærmeste avvirket.
- Det har vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved DPS-ene. En vesentlig del av utbyggingen av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene er imidlertid finansiert gjennom en raskere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt. Av den samlede økning i personellinnsatsen ved DPS-avdelingene på 2 068 årsverk, kommer 1 464 årsverk, eller 71 prosent, fra sykehjemmene.
- Det har gjennom hele perioden vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved poliklinikkene. Årsverksinnsatsen er fordoblet, fra 1 535 årsverk i 1998 til 3 073 i 2008. Veksten har i sin helhet kommet ved DPS-ene.
- Det har også vært en ikke ubetydelig økning i personellinnsatsen ved sykehusene, på tross av at deler av den polikliniske virksomheten har blitt flyttet ut til DPS-ene. Korrigeret for endringer i registreringspraksis har årsverksinnsatsen ved sykehusene økt med cirka 560 årsverk, mens veksten ved sykehusavdelingene alene var på cirka 690 årsverk, ettersom årsverksinnsatsen ved sykehuspoliklinikkene samtidig har blitt redusert.
- Samlet sett har en vesentlig høyere andel av ressursveksten enn forutsatt gått til sykehusavdelinger og særlig poliklinikker, mens en lavere andel (etter fratrukket for de nedlagte sykehjemmene) har gått til DPS-avdelingene.
- 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

¹ Fra 2005 ble antall årsverk knyttet til fellesfunksjoner ved et sykehus økt med 241 ut fra nye beregninger. I forbindelse med rusreformen ble anslagsvis 80 årsverk overført russektoren. Nettovirkningen av disse endringene i registreringspraksis er med andre ord ca. 160 ekstra årsverk.

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 like høy andel universitets- og høyskoleutdannet personell som sykehusavdelingene. Andel leger er imidlertid fortsatt betydelig lavere.

- Med en vekst på 22,5 prosent var måltallet på 22,8 prosent vekst i driftskostnadene på det nærmeste nådd i 2006, dvs. innenfor den opprinnelige opptrappingsperioden. Ved utløpet av planperioden (2008) var økningen 3,110 milliarder eller 31 prosent (faste 2008-priser).

I hvilken grad vi har fått en desentralisering av ressursene i tråd med målet for Opptrappingsplanen, avhenger dermed i noen grad av perspektivet. DPS-ene er de eneste institusjonene som er knyttet opp mot mindre, geografiske områder. Hvis vi setter likhets-tegn mellom desentraliserte tjenester og tjenester ved DPS, har målene om desentralisering langt på vei blitt oppfylt. Andelen personell ved DPS-ene har økt fra 23,2 prosent i 1998 til 41,2 prosent ved utgangen av planperioden. En vesentlig del av økningen er imidlertid hentet fra sykehjemmene. Disse betjente også (om enn i varierende grad) lokalsamfunnet der de var lokalisert. Om vi i stedet ser på fordelingen i/utenfor sykehus blir grad av desentralisering dermed mindre. For døgnplassenes del har man fått mer sentralisering (andel døgnplasser ved sykehus har økt fra 52 prosent i 1998 til 56 prosent i 2008). Andel personell utenfor sykehusene har likevel økt, fra 36,6 prosent til 42,9 prosent.

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

Behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne

I kapitlet undersøker vi også om omstruktureringen av tjenesten har resultert i økt tilgjengelighet og desentralisering av behandlingsaktiviteten. De viktigste funnene er:

- Opptrappingsplanen forutsatte at plasstallet skulle opprettholdes, og forutsatte dermed indirekte at pasientbelegget (tallet på oppholdsdøgn) ikke skulle reduseres vesentlig. På dette punktet har Opptrappingsplanen ikke lyktes. Gjennomsnittsbelegget har i løpet av perioden blitt redusert med 28 prosent, fra 5 294 i 1998 til 3 789 i 2008. Nedgangen har særlig kommet ved sykehjemmene/andre institusjoner. Disse var allerede i 2004 på det nærmeste avvirket.
- Høy beleggsprosent gjennom det meste av perioden antyder press på døgnavdelingene ved sykehusene. Dette kan ha påvirket varigheten av oppholdene. Beleggsprosenten ved sykehusene har imidlertid gått ned de siste par årene, slik at presset synes å avta. Beleggsprosenten ved de øvrige avdelingene har gjennom hele perioden vært lavere enn ved sykehusene. På tross av nedgangen i plasstallet ved disse avdelingene har beleggsprosenten også blitt betydelig redusert.
- Tallet på utskrivninger har fortsatt å stige. 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 utskrivninger gjenspeiler redusert varighet av oppholdene, fra 110 dager i 1998 til 28 dager i 2008. Nedgangen har vært kraftigere utenfor enn ved sykehusene. Gjennomsnittlig varighet av oppholdene var i 2008 om lag den samme ved sykehusavdelingene som ved DPS-avdelingene, hhv. 27 og 28 dager.
- Det har vært en kraftig vekst i den polikliniske aktiviteten i opptrappingsperioden. Antall konsultasjoner har økt med 131 prosent. Økningen har i sin helhet kommet ved DPS-ene. Økningen har langt oversteget måltallene for Opptrappingsplanen.

- Personellfaktoren har økt betydelig i løpet av opptrappingsperioden. Økningen har vært kraftigere ved avdelinger utenfor sykehusene enn ved sykehusavdelingene. Økningen utenfor sykehus skyldes imidlertid først og fremst redusert pasientbelegg ved disse avdelingene.
- Det har vært en betydelig vekst i antall utskrivinger per årsverk i opptrappingsperioden, og økningen har vært kraftigere ved avdelingene utenfor sykehus enn ved sykehusavdelingene.

Det har altså vært en kraftig økning og desentralisering av den polikliniske virksomheten, og tilgangen til polikliniske tjenester har blitt vesentlig styrket. Sykehjemmene har blitt bygget ned raskere enn forutsatt, og er på det nærmeste avviklet. Utbyggingen av døgnavdelingene ved DPS har dermed langt på vei blitt finansiert gjennom avviklingen av sykehjemmene. Ressursøkningen ved avdelinger utenfor sykehusene har altså vært lavere enn forutsatt i Opptrappingsplanen. På tross av begrenset økning i personellinnsatsen, finner vi de største endringene i behandlingsaktiviteten ved døgnavdelingene utenfor sykehusene. Tallet på utskrivinger har gått vesentlig opp, og varigheten av oppholdene har blitt betydelig redusert. Ut fra dette målet har vi dermed likevel fått en desentralisering av behandlingsaktiviteten ved døgnavdelingene, selv om ressursøkningen ved avdelingene utenfor sykehusene har vært begrenset.

3.2 Innledning

Opptrappingsplanen for psykisk helse trådte i kraft 1.1.1999. Den skulle opprinnelig løpe ut 2006, men ble senere forlenget til utgangen av 2008. Vi vil i dette kapitlet se nærmere på noen sentrale utviklingstrekk innen det psykiske helsevernet i løpet av denne perioden. Som basis for å studere endringer i perioden benytter vi data for 1998, siste året før planen trådte i kraft.

Opptrappingsplanen la opp til en vesentlig styrking av ressursinnsatsen innen sektoren. Planen hadde imidlertid noe ulik vinkling innen tjenestene for barn og unge enn innen tjenestene for voksne.

I tjenestene for barn og unge var målene først og fremst knyttet til en vesentlig utbygging av eksisterende tjenester, for å styrke tilgjengeligheten til tjenestene. Driftskostnadene skulle økes med 636 millioner 1998-kroner (1,001 milliarder 2008-kroner), dvs. med 69 prosent. Utviklingen innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge blir behandlet i avsnitt 3.4.

Innen tjenestene for voksne så en, i tillegg til økt ressursinnsats, behov for en vesentlig omstrukturering og desentralisering av tjenestene, for å øke tilgjengeligheten til tjenestene og gjøre disse bedre tilpasset til brukernes behov.

Et av hovedgrepene i planen var å erstatte sykehjemsplasser med plasser for aktiv behandling gjennom utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS). I følge planen skulle det framtidige tjenestetilbudet for voksne bygge på tre pilarer:

- Spesialiserte sykehusavdelinger
- Distriktpsikiatriske sentre med poliklinikker, døgn- og dagavdelinger, som skulle ivareta alle/de fleste allmennpsykiatriske oppgaver
- Privatpraktiserende psykologer og psykiatere med driftsavtale

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)

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 (2,3 milliarder 2008-kroner), eller med ca. 14 prosent. 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.

Planen omfatter også en rekke måltall for økning i ressursinnsats, produktivitetssøkning og tjenesteproduksjon. Disse vil bli kommentert underveis.

Avsnitt 3.5 og 3.6 omhandler utviklingen innen tjenestene for voksne. I avsnitt 3.5 undersøker vi utviklingen i ressursinnsats totalt og fordelt på ulike virksomhetstype, målt ved døgnplasser og personell. I avsnitt 3.6 undersøker vi i hvilken grad omstrukturering og ressursøkning har slått ut i økt produktivitet i, og tilgjengelighet til tjenestene.

I avsnitt 3.5 og 3.6 benytter vi 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.

I avsnitt 3.7 gis en kort oppsummering av de kvantitative måltallene i Opptrappingsplanen og grad av måloppnåelse for disse, nasjonalt og på regionnivå.

Innledningsvis vil vi i avsnitt 3.3 kort kommentere datagrunnlaget.

Utviklingen vil bli kommentert med utgangspunkt i figurer. Vi har i figurene satt inn tall for årene 1998 (basisår for Opptrappingsplanen), 2001 (basisår for eierskapsreformen) samt for 2007 og 2008.

3.3 Datagrunnlag

Gjennomgangen bygger på de samleoppgavene over personellinnsats og døgnplasser som institusjonene årlig sender Statistisk sentralbyrå. Disse blir kvalitetskontrollert i samarbeid med SINTEF. 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.

Oppgavene bygger i noen grad på skjønn. Dette gjelder særlig fordeling av fellespersonell (teknisk og merkantilt personell), mellom somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern 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 Opptrappingsplanen trådte i kraft). Tallene er bare korrigert for perioden 2005 til 2008. I forbindelse med rusreformen er også enkelte avdelinger blitt overført til den spesialiserte rusomsorgen. Dette gjelder om lag 80 årsverk. Tallene i dette kapitlet er ikke korrigert for slike endringer.

Oppgavene over døgnplasser bygger på punktregistrering av plasser i drift ved utgangen av året.

I avsnitt 3.4 benyttes, i tillegg til oppgavene fra SSB, pasientdata fra det psykiske helsevernet for barn og unge innsamlet av SINTEF og senere av Norsk pasientregister.

I avsnitt 3.6 benyttes i tillegg pasientopplysninger (utskrivninger, oppholdsdøgn). Disse er basert på det nasjonale pasientdatasettet innsamlet av SINTEF og senere av Norsk pasientregister. Tall hentet fra pasientdata blir kontrollert opp mot de samleoppgavene institusjonene sender SSB. Ved store avvik (normalt mer enn +/- 20 prosent avvik på utskrivning og/eller oppholdsdøgn) benyttes i stedet SSBs samleoppgaver.

Opplysninger om tallet på polikliniske konsultasjoner er fram til 2001 hentet fra de samleoppgavene 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.

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 NAV 2007: Rundskriv F01.12.2000 nr 1389). Dette kan i noen grad ha påvirket tallet på refusjonsberettigede konsultasjoner.

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

For nærmere omtale av datagrunnlaget viser vi for øvrig til "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på nettstedet www.sintef.no/samdata.

3.4 Utviklingen i det psykiske helsevernet for barn og unge

3.4.1 Innledning

I Opptrappingsplanen ble det fremhevet at det psykiske helsevernet for barn og unge var et fagfelt som fortsatt trengte betydelig styrking. I tillegg til utbygging av institusjonsplasser var det behov for økt kapasitet til konsultasjon og veiledning til andre helse- og sosialinstanser. De konkrete hovedmålene i Opptrappingsplanen var opprinnelig:

- 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet
- Produktivitetsøkning på 50 prosent ved poliklinikkene
- Tjenesten skal årlig kunne gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år,
- 205 flere døgnplasser til barn og ungdom, totalt 500 plasser ved slutten av planperioden, og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling

For å nå disse målene var det forutsatt en vekst i driftskostnadene (eksklusive avskrivninger mv.) på 636 millioner 1998-kroner (1,001 milliard 2008-kroner). Dette tilsvarer en vekst på 69 prosent. I følge planen skulle om lag 2/3 av ressursøkningen gå til døgn- og dagavdelingene, mens 1/3 skulle gå til styrking av den polikliniske virksomheten

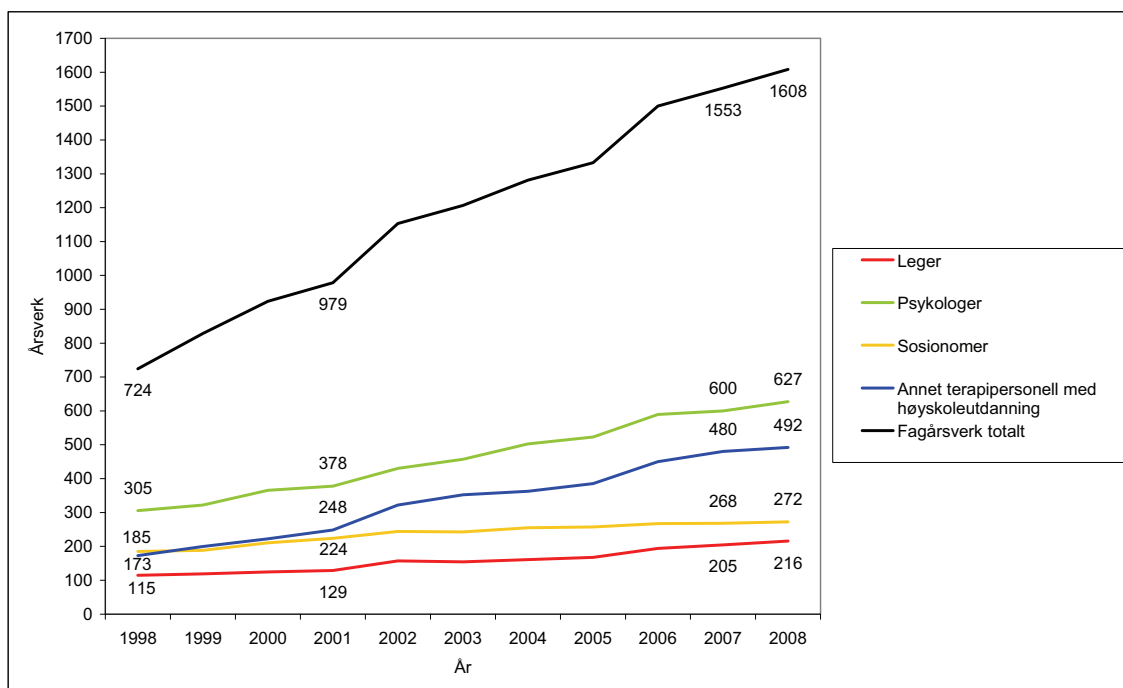
Noen av disse måltallene ble justert underveis. I Statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ble behovet for døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge nedjustert med 100 plasser, til totalt 400, dvs. om lag 100 flere enn ved planperiodens start. Begrunnelsen var at alternative behandlingsformer som poliklinikk, ambulante tiltak, lokale lavterskeltilbud og tettere samarbeid med familie og førstelinjetjenesten kan være bedre tilbud til målgruppen. I bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetak er det også understreket at en måtte fortsette rekruttering av fagpersoner utover målet om 400 flere behandlerårsverk, dersom dette ble ansett nødvendig for å nå fem prosent av alle barn og unge innen utgangen av planperioden.

3.4.2 Fagpersonell ved poliklinikkene

I det psykiske helsevernet for barn og unge er poliklinisk virksomhet en svært sentral del av behandlingstilbudet. I opptrappingsperioden har andelen polikliniske pasienter årlig utgjort over 90 prosent av totalt antall behandlede pasienter. I 2008 har denne andelen økt til nær 98 prosent. Noen av de polikliniske pasientene mottar imidlertid også et annet dag- og/eller døgntilbud.

I tråd med faglige anbefalinger, for ytterligere å styrke denne delen av tjenesten og for å øke tilgjengeligheten til polikliniske behandling, var ett av Opptrappingsplanens mål å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet med 400 årsverk. Med fagpersoner menes personell med universitetsutdanning og/eller minimum treårig helsefaglig utdanning på høyskolenivå. I St.prp. nr. 1 (2005-2006) ble det konkludert med at målet om å øke antall fagpersonell med 400 var nådd ved utgangen av 2004, men at det var behov for å vurdere behovet for personell på ny, ettersom dekningsgraden ikke var nådd.

Figur 3.1 viser utviklingen i antall polikliniske årsverk i de ulike grupper fagpersonell i perioden 1998-2008.



Datakilde: SSB

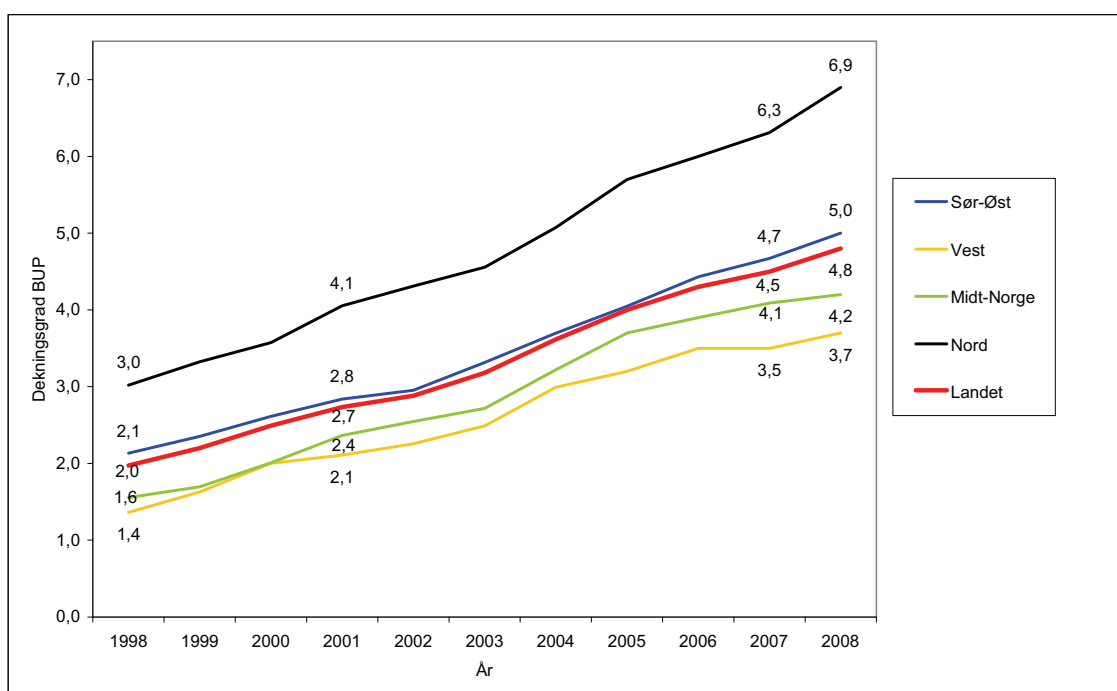
Figur 3.1 Polikliniske fagårsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Nasjonale tall. 1998-2008

Det ble i 2008 utført 1 608 fagårsverk ved poliklinikkene, 884 flere, eller mer enn dobbelt så mange som i 1998 og 484 flere enn måltallet på 400. Økningen har særlig kommet innfor

psykologgruppen og gruppen av "annet terapipersonell med høyskoleutdanning", begge med en økning på drøyt 300 årsverk. Økningen er mindre for sosionomgruppen og legegruppen, begge med rundt 100 flere årsverk.

3.4.3 Dekningsgrad

I følge Opptrappingsplanen skulle dekningsgraden, det vil si andel av alle barn og unge som mottar behandling i det psykiske helsevernet, økes fra 2,0 prosent i 1996 til 5,0 prosent innen utgangen av 2008. I 2008 mottok i alt 53 111 barn og unge et behandlingstilbud, nær 32 500 flere enn i 1998. Dette gir en dekningsgrad på 4,8 prosent. På landsbasis har man altså langt på vei nådd målet om fem prosents dekningsgrad. Det er imidlertid betydelige forskjeller i dekningsgrad mellom regionene. Figur 3.2 viser utviklingen i dekningsgrad per helseregion og nasjonalt.



Datakilde: NPR

Figur 3.2 Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall behandlede pasienter i prosent av innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2008

Det er betydelige forskjeller i dekningsgrad, og disse forskjellene har holdt seg relativt stabile over tid. Helseregion Nord (6,9 prosent) og helseregion Sør-Øst (5,0 prosent) har begge nådd måltallet for perioden. Helseregion Midt-Norge (4,2 prosent) og særlig helseregion Vest (3,7 prosent) har ved utgangen av opptrappingsperioden fortsatt en dekningsgrad langt under måltallet.

Riksrevisjonen har i en rapport kritisert dekningsgradsmålet (Dokument 3:7 (2006-2007)). Det ble hevdet at dekningsgraden kunne økes ved å redusere behandlingsfrekvensen, og i stedet strekke behandlingen ut over tid. Flere pasienter ville på denne måten bli regnet som under behandling det enkelte år, og dekningsgraden ville dermed øke. SINTEF har i annen sammenheng undersøkt betydningen av dette (Bjerkan 2008). Vi fant at andelen overførte pasienter økte over tid, i tråd med Riksrevisjonens antakelse. Betydningen for endring i dekningsgrad var imidlertid begrenset. Av en samlet økning i pasientallet på 142 prosent fra

1998 til 2006 ble det anslått at 14 prosentpoeng kunne føres tilbake til økt behandlingstid. Det ble også påpekt at det kan være gode faglige grunner for å øke behandlingstiden.

3.4.4 Produktiviteten ved poliklinikkene for barn og unge

Foruten økt tilførsel av fagårsverk var det i Opptreppingsplanen forutsatt at dekningsgraden skulle økes gjennom økt produktivitet ved poliklinikkene. En økning på 50 prosent, målt som antall tiltak per fagårsverk ble ansett som realistisk. Et tiltak er en konsultasjon (terapi, samtale, utredning) med barnet eller familien til stede (direkte tiltak), men også veiledning til andre instanser, møter, telefonkonsultasjoner, annet indirekte arbeid e.l. (indirekte tiltak).

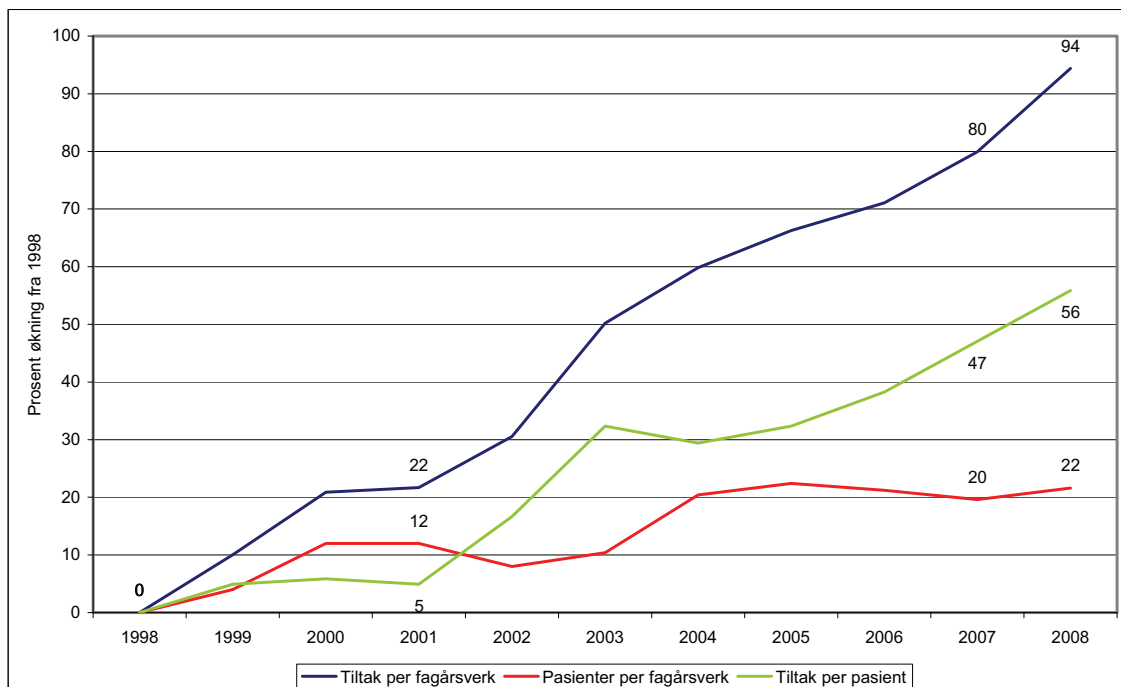
Tabell 3.1 viser utviklingen i antall tiltak per fagårsverk, tiltak per pasient og pasienter per fagårsverk. Figur 3.3 viser de prosentvise endringene siden 1998.

Tabell 3.1 Polikliniske tiltak per fagårsverk, polikliniske tiltak per pasient og polikliniske pasienter per fagårsverk.¹ Antall og prosent endring. 1998-2008

| | 1998 | 2001 | 2007 | 2008 | Prosent endring 1998-2008 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|---------------------------|
| Tiltak per fagårsverk | 249 | 305 | 447 | 484 | 94 |
| - herav direkte tiltak per fagårsverk | 172 | 200 | 332 | 359 | 109 |
| Tiltak per pasient | 10,2 | 10,6 | 15,0 | 15,9 | 56 |
| Pasienter per fagårsverk | 25 | 29 | 29,8 | 30,4 | 22 |

Datakilde: NPR, SSB og SINTEF

1) Fagårsverk er årsverk blant poliklinisk personale med universitets- eller høyskoleutdanning, og er beregnet som gjennomsnittet ved utgangen av angjeldende og foregående år.



Datakilde: NPR

Figur 3.3 Prosentvis endring i produktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge målt ved antall tiltak, pasienter per fagårsverk og tiltak per pasient. 1998-2008

I løpet av opptrappingsperioden har antall tiltak per fagårsverk økt med 94 prosent, fra i gjennomsnitt 249 tiltak per behandler per år i 1998 til 484 tiltak per behandler i 2008. Opptrappingsplanens måltall er i den forstand mer enn oppfylt. Økt produktivitet har imidlertid først og fremst ført til at det blir utført flere tiltak per pasient (56 prosent økning). Imidlertid har det også vært en økning på drøyt 20 prosent i antall pasienter per behandler.

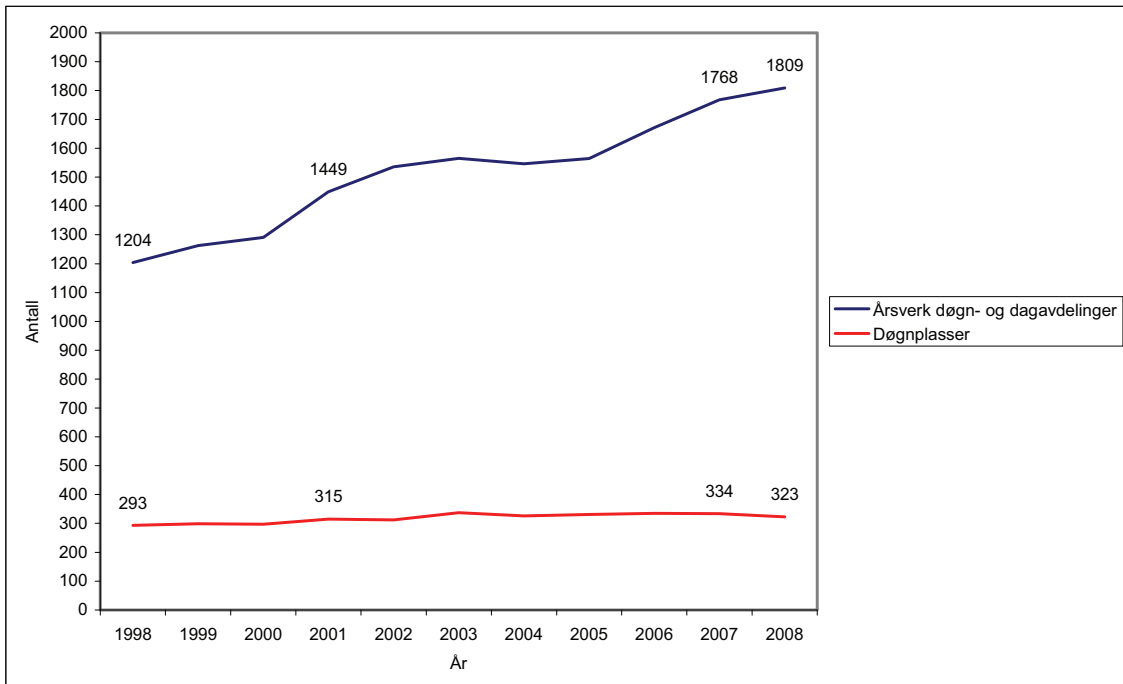
I et senere kapittel i denne rapporten (kapittel 8) er produktivitet utviklingen for poliklinikkene analysert med en alternativ metodisk tilnærming. Den ikke-parametriske metoden Data Envelopment Analysis (DEA) er brukt til å estimere produktivitet utviklingen basert på en modell med to inputvariabler (fagårsverk leger og psykologer og fagårsverk annet høyskoleutdannet personell) og åtte outputvariabler basert på antall behandlede pasienter. For hver poliklinikk ble pasientene delt i to grupper etter kjønn, deretter etter alder (0-12 år, 13 år eller mer) og dernest i to kategorier av henvisningsgrunner. På denne måten er det tatt hensyn til endret pasientsammensetning de siste ti årene. Resultatene viser en gjennomsnittlig produktivitetsvekst på 21 prosent (90 prosent konfidensintervall: 18, 25), og i dette estimatet inngår altså ikke tiltak som aktivitetsmål.

DEA-estimatet viser at det har vært produktivitetsforbedring i opptrappingsperioden, men estimatet er betydelig lavere enn den produktivitetsveksten indikatoren tiltak per behandler viser. Spørsmålet er hvordan den kraftige økningen i tiltak og spesielt tiltak per pasient skal oppfattes. Økningen kan ha sammenheng med endret praksis for registrering av tiltak i de pasientadministrative systemene, noe som i så fall gjør sammenlikning over tid problematisk. Økningen kan også være et uttrykk for at hver pasient i gjennomsnitt har fått mer omfattende behandling. Det siste reiser spørsmålet om prioritering mellom "gamle" og "nye" pasienter, og om flere tiltak er et uttrykk for økt kvalitet. Dette blir stående som ubesvarte spørsmål, men usikkerheten rundt hvordan tiltaksøkningen skal oppfattes gjør at tiltak per fagårsverk kan "overvurdere" det som kan karakteriseres som reell produktivitetsvekst. DEA-estimatet basert kun på antall pasienter som aktivitetsmål og hvor det tas hensyn til endret pasientsammensetning, kan slik sett være et bedre anslag på produktivitetsfremgangen for poliklinikkene.

3.4.5 Døgnplasser

I Opptrappingsplanen ble det opprinnelig foreslått å øke antall døgnplasser innen det psykiske helsevernet for barn og unge med 207 - fra 293 ved starten av planperioden til 500 ved utløpet av planperioden. Plasser i behandlingshjem skulle i tillegg omgjøres eller erstattes av klinikkavdelinger med en mer aktiv behandlingsprofil². I Statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ble dette måltallet imidlertid nedjustert med 100 plasser, til totalt 400 plasser. Figur 3.4 viser utviklingen i antall døgnplasser og antall årsverk ved døgn- og dagavdelinger.

² Pga. endringer i organisering og rapportering av virksomhetsdata i kjølevannet av eierskapsreformen, er det ikke lenger mulig å skille mellom disse to institusjonstypene i statistikken. De vil derfor bli behandlet under ett.



Datakilde: SSB

Figur 3.4 Døgnplasser og årsverk ved døgn- og dagavdelinger i det psykiske helseverne for barn og unge. 1998-2008.

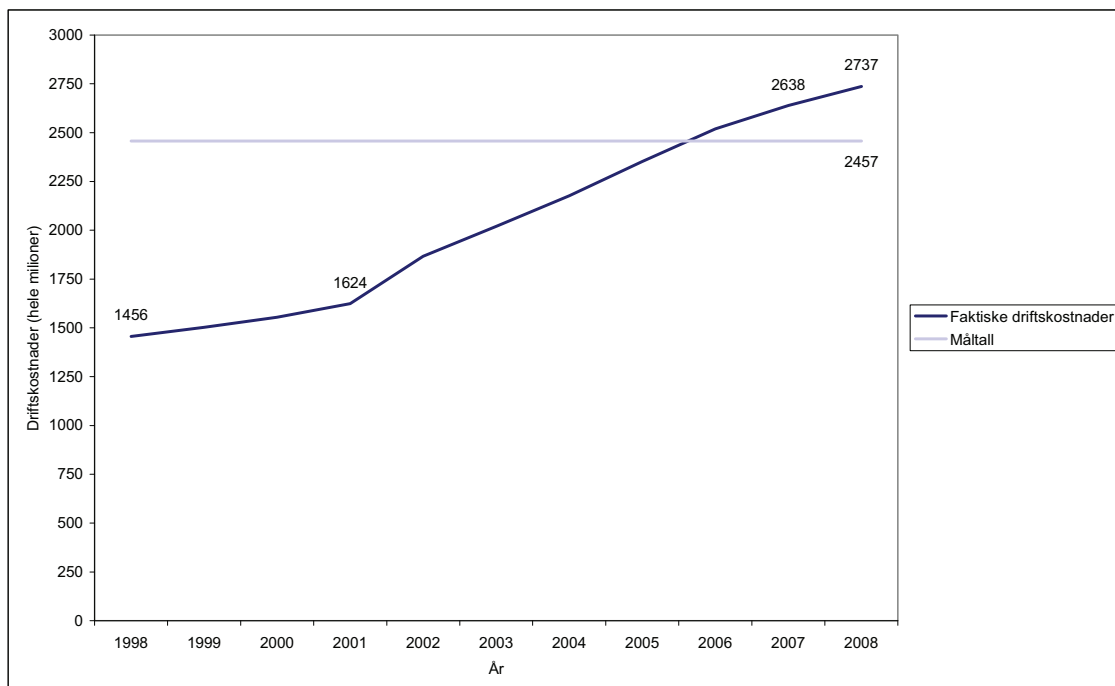
Veksten i døgnplasser har vært vesentlig lavere enn planlagt, og viser også en svak nedgang siste år. Ved planperiodens avslutning var det bare 30 flere plasser enn ved starten på opptrappingsperioden, en økning på ti prosent. Veksten har vært langt lavere enn forutsatt, også ut fra det reviderte plantallet.

Det kan være gode faglige og faglig-politiske grunner for dette. Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det 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. Det er på denne bakgrunn Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet for 2005 nedjusterte behovet for døgnplasser for barn og unge. De opprinnelige måltallene for døgnplasser anses altså ikke lenger som like relevante.

Institusjonsplasser er imidlertid også kostbare i drift, og når svært få pasienter. Det er nærliggende å anta at tjenesten har prioritert utbyggingen av poliklinikkene framfor utbyggingen av døgnplasser for lettere å nå målet om fem prosents dekning. I tillegg kan det se ut som man har vektlagt økt bemanning på eksisterende døgn- og dagtilbud, siden personellveksten her har vært betydelig større (64 prosent) enn veksten i antall døgnplasser (10 prosent).

3.4.6 Driftskostnader

Opptrappingsplanen la opp til en vesentlig styrking av tjenestetilbudet for barn og unge. Driftskostnadene skulle økes med 636 millioner 1998-kroner (1,001 milliard 2008-kroner), eller med 69 prosent. Figur 3.5 viser utviklingen i de samlede driftskostnadene til tjenestene for barn og unge (faste 2008-priser, eksklusive avskrivninger mv.)



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 3.5 Driftskostnader (eksklusive avskrivninger mv.) til det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998-2008. Millioner kroner. Faste priser (2008)

Veksttakten økte særlig fra 2002 og fremover. Dette sammenfaller med den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Målet om 69 prosent vekst ble nådd i 2006, dvs. innenfor den opprinnelige planperioden. Etter dette har veksttakten avtatt noe. Ved utgangen av opptrappingsperioden (2008) var driftskostnadene (eksklusive avskrivninger) likevel økt til 2,737 milliarder, en økning på 1,281 milliarder eller 88 prosent fra 1998 (faste 2008-priser).

3.4.7 Har ressursøkningen gått dit den skulle?

I følge Opptrappingsplanen skulle 2/3 av de økte driftskostnadene gå til døgn- og dagavdelingene, mens 1/3 skulle gå til poliklinikkene. Som vi har sett ble målsettingene revidert underveis i opptrappingsperioden. I praksis har 38 prosent av ressursøkningen, målt ved personellinnsats, gått til døgn- og dagavdelingene, mens 62 prosent har gått til poliklinisk og ambulant virksomhet.

3.5 Utvikling i ressursinnsats og -fordeling i det psykiske helsevernet for voksne

Opptrappingsplanen la opp til en omfattende desentralisering og omstrukturering av tjenestetilbudet for voksne. Vi vil i dette avsnittet undersøke ressursutvikling og ressursfordeling, målt ved døgnplasser (3.5.1) og personellinnsats totalt (3.5.2). I avsnitt 3.5.3 sammenholdes fordelingen av personelløkningen med Opptrappingsplanens forslag til fordeling av de økte ressursene. Opptrappingsplanen la særlig vekt på å øke innslaget av fagutdannet personell. I avsnitt 3.5.4-3.5.6 undersøker vi derfor økningen i antall årsverk utført av hhv. leger, psykologer og høyskoleutdannet personell.

3.5.1 Utviklingen i døgnplasskapasiteten

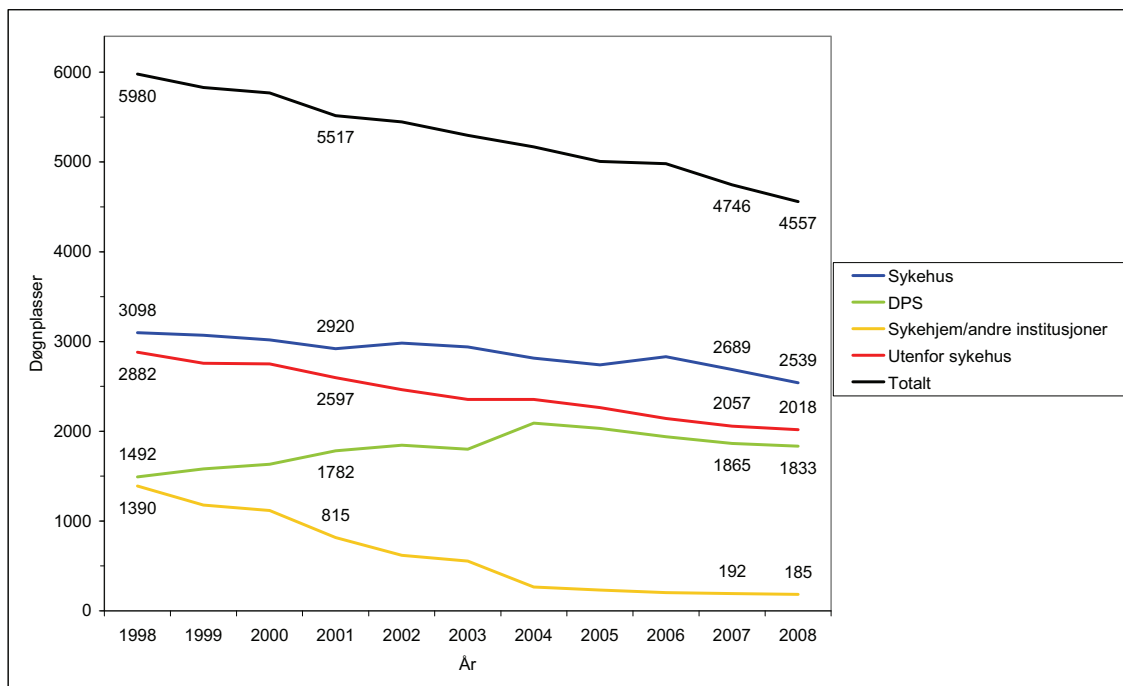
Tallet på døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne nådde sitt maksimum i 1973, med totalt 13 763 plasser. Fram til 1998 var plasstallet mer enn halvert, til 5 980 plasser (Pedersen 1999).

På dette punktet la Regjeringen i Opptappingsplanen opp til et brudd i utviklingen som hadde funnet sted. Ved sykehusene skulle det etableres 160 nye døgnplasser for personer dømt til psykisk helsevern. Plasstallet ved sykehusene skulle for øvrig holdes på samme nivå som i 1996. Dette tilsvarer totalt 3 130 døgnplasser ved sykehusene ved utgangen av opptrappingsperioden, 160 flere enn i 1996 og 30 flere enn i 1998. De distriktpspsykiatriske sentrene skulle bygges ut til totalt 2 040 plasser, det vil si om lag 1 000 flere plasser enn i 1996 og 550 flere plasser enn i 1998. Veksten skulle delvis komme gjennom 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 3 300 døgnplasser utenfor sykehusene ved utgangen av opptrappingsperioden.

Ved utgangen av perioden skulle det altså i sum være cirka 6 400 døgnplasser ved institusjonene. Figur 3.6 viser utviklingen i plasstall over perioden 1998-2008, fordelt etter institusjonstype.



Datakilde: SSB

Figur 3.6 Døgnplasser etter institusjonstype og totalt. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

Det samlede tallet på døgnplasser har blitt kontinuerlig redusert gjennom hele perioden. Ved utgangen av 2008 var det i alt 4 557 døgnplasser mot Opptappingsplanens måltall på 6 400.

Ved sykehusene har plasstallet blitt redusert fra 3 100 i 1998 til 2 539 ved utgangen av 2008. Dette tilsvarer en reduksjon på 559 plasser eller 18 prosent. Etter planen skulle plasstallet i stedet ha økt med 30 plasser. Planen forutsatte 160 plasser for mennesker som dømmes til psykiatrisk behandling. Det kan se ut for at behovet for slike plasser ble overvurdert. I følge data fra pasienttellingen 20. november 2007 (Lilleeng et al. 2009) var det maksimalt 60-65 pasienter på registreringstidspunktet som enten var blitt innlagt ved dom og/eller var under dom på registreringstidspunktet.

Nedgangen i plasstallet har likevel vært kraftigere utenfor sykehusene. Plasstallet har her blitt redusert fra 2 882 plasser i 1998 til 2 018 plasser i 2008, en nedgang på 864 plasser (30 prosent).

Ved DPS-ene var det ved utgangen av planperioden 1 833 døgnplasser, mot Opptrappingsplanens måltall på 2 040. Plasstallet har gått ned de senere årene. Plasstallet økte fram til 2004 og måltallet ble nådd dette året. Plasstallet har senere blitt redusert med om lag 260 plasser. Nedgangen skyldes i noen grad overføring av plasser til russektoren i forbindelse med rusreformen. Det har imidlertid også vært en reell nedgang i plasstallet ved flere foretak.

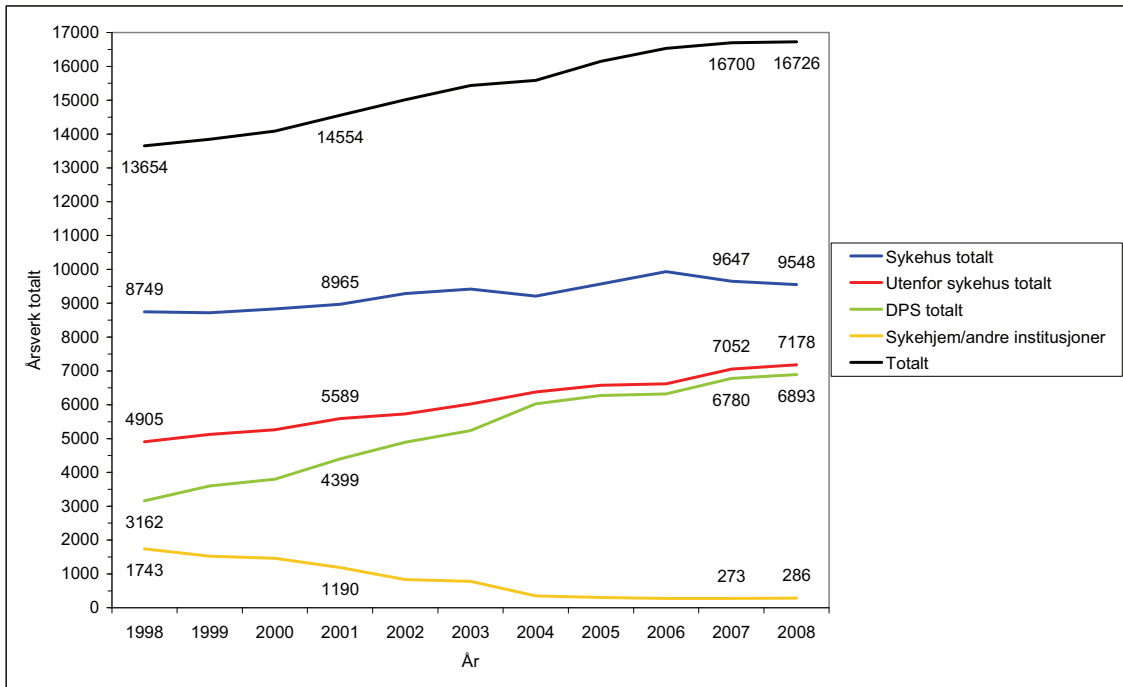
Nedgangen i det samlede plasstallet kan dermed først og fremst tilskrives en langt kraftigere nedbygging av sykehjem/andre institusjoner enn forutsatt i Opptrappingsplanen. Sykehjemmene var ved utgangen av planperioden på det nærmeste avvirket. Plasstallet var totalt 185 plasser ved sykehjem og andre institusjoner, 1 200 færre enn i 1998, og 1 075 færre enn måltallet på 1 260 plasser ved utgangen av opptrappingsperioden.

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 40 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 øvrige institusjoner blir konklusjonen dermed den motsatte: sykehusene har økt sin andel av plasstallet fra 52 til 56 prosent, og 61 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 inkluderer kan resultatet likevel være at vi har fått en desentralisering av tilbudet, på tross av at tallet på sykehjems plasser har gått kraftigere ned enn økningen i plasstallet ved DPS-ene.

3.5.2 Utviklingen i samlet personellinnsats og -fordeling

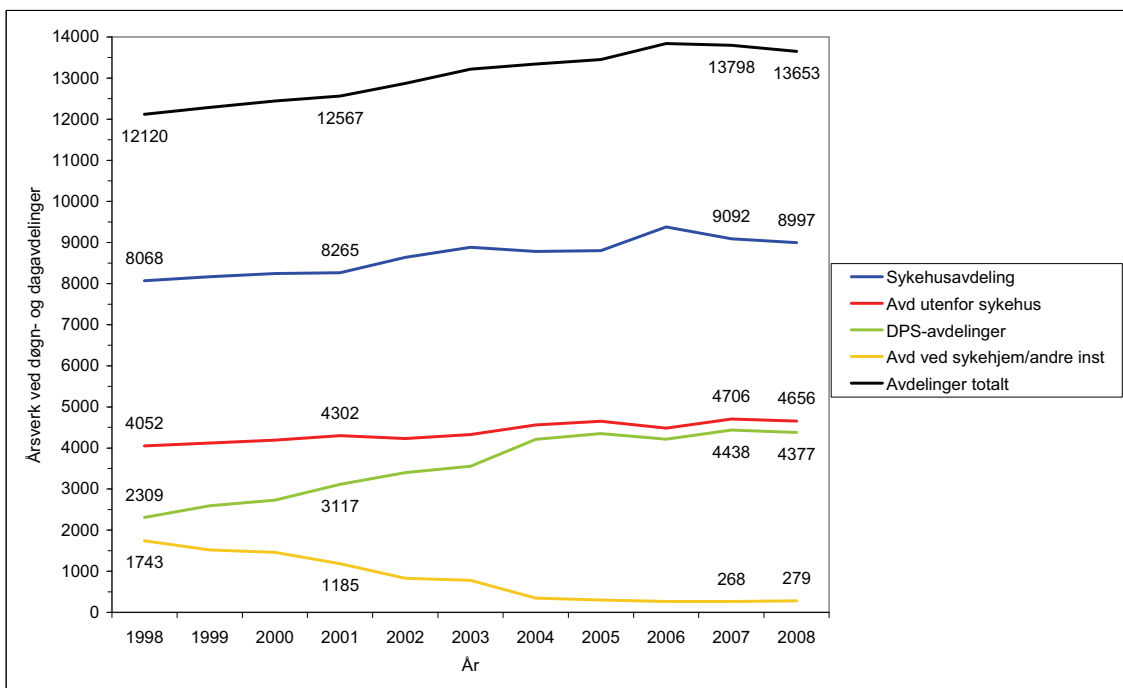
I følge Opptrappingsplanen skulle personellinnsatsen i det psykiske helsevernet for voksne øke med 2 300 årsverk i løpet av opptrappingsperioden. Veksten skulle særlig gå til utbyggingen av den polikliniske kapasiteten, og til styrking av personellfaktoren ved DPS-enes døgn- og dagavdelinger. Utviklingen er illustrert i figur 3.7.-3.9. Figur 3.7 viser utviklingen i samlet personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Figur 3.8 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 3.9. Omfanget av poliklinisk virksomhet ved sykehjem/andre institusjoner har vært ubetydelig, og er derfor utelatt fra figuren.



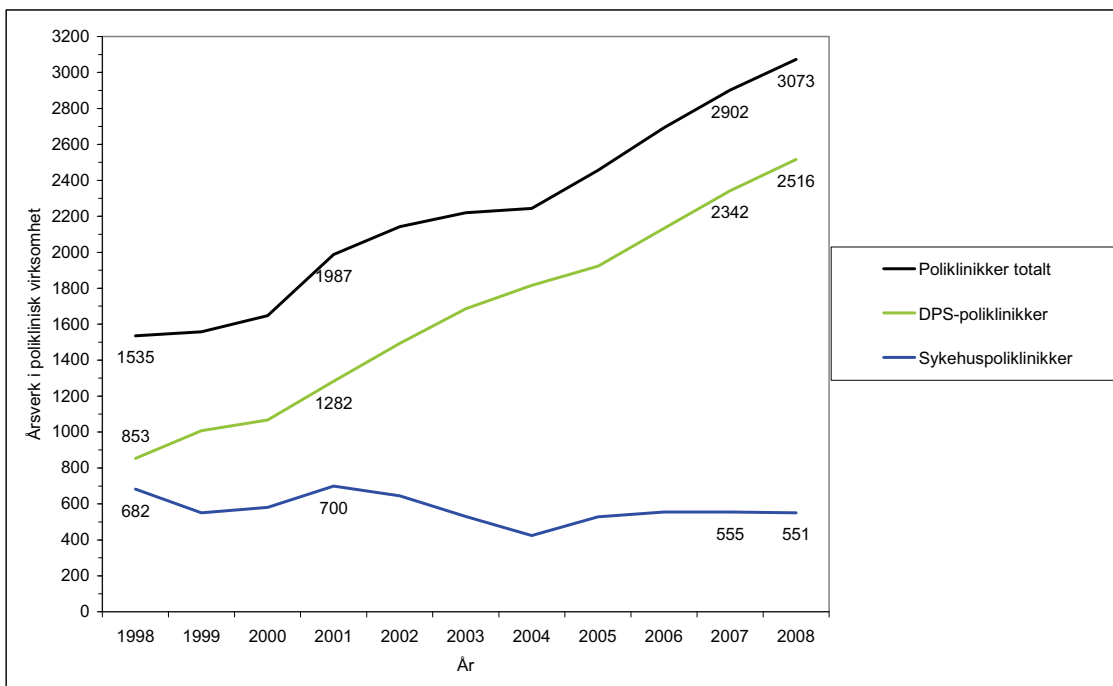
Datakilde: SSB

Figur 3.7 Årsverksinnsats totalt etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2008



Datakilde: SSB

Figur 3.8 Årsverksinnsats ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2008



Datakilde: SSB

Figur 3.9 Årsverksinnsats ved poliklinikkene, totalt og etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

De viktigste resultatene er:

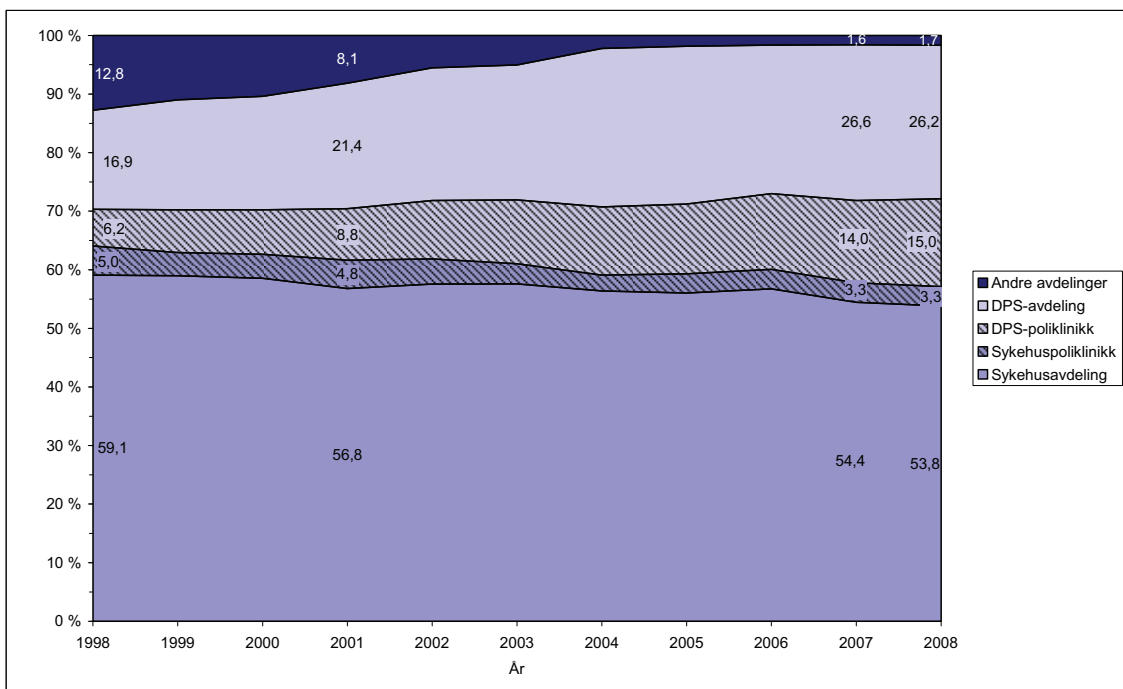
- I følge Opptappingsplanen skulle årsverksinnsatsen øke med totalt 2 300 årsverk i løpet av perioden. Ved utgangen av planperioden var økningen totalt 3 072 årsverk. Det har i løpet av perioden vært foretatt enkelte endringer i registreringspraksis. Dette har anslagsvis gitt en netto økning på 160 registrerte årsverk³. Holdes disse utenfor, får vi likevel en økning i antall årsverk på ca. 2 900. Planen er på dette punktet mer enn oppfylt.
- Det har vært en kraftig nedgang i personellinnsatsen ved sykehjem/andre institusjoner, og sykehjemmene var allerede ved utgangen av 2004 på det nærmeste avvirket.
- Det har vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved DPS-ene. En vesentlig del av utbyggingen av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene er imidlertid finansiert gjennom en raskere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt. Av den samlede økning i personellinnsatsen ved DPS-avdelingene på 2 068 årsverk, kommer 1 464 årsverk, eller 71 prosent, fra sykehjemmene.
- Det har gjennom hele perioden vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved poliklinikkene. Årsverksinnsatsen er fordoblet, fra 1 535 årsverk i 1998 til 3 073 i 2008. Veksten har i sin helhet kommet ved DPS-ene.
- Det har også vært en ikke ubetydelig økning i personellinnsatsen ved sykehusene, på tross av at deler av den polikliniske virksomheten har blitt flyttet ut til DPS-ene. Korrigert for endringer i registreringspraksis har årsverksinnsatsen ved sykehusene

³ Fra 2005 ble antall årsverk knyttet til fellesfunksjoner ved et sykehus økt med 241 ut fra nye beregninger. I forbindelse med rusreformen ble anslagsvis 80 årsverk overført russektoren. Nettovirkningen av disse endringene i registreringspraksis er med andre ord ca. 160 ekstra årsverk.

økt med cirka 560 årsverk, mens veksten ved sykehusavdelingene alene var på cirka 690 årsverk, ettersom årsverksinnsatsen ved sykehuspoliklinikkene samtidig har blitt redusert.

- Målet om 22,8 prosents økning i driftskostnadene ble lagt på vei nådd innenfor den opprinnelige planperioden (2006). Fram til og med 2008 var den samlede veksten på 31 prosent.

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 3.9 som viser den prosentvise 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

Figur 3.10 Prosentvis fordeling av personell etter institusjonstype og driftsform. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

DPS-ene har økt sin andel av personellet fra 23,2 prosent i 1998 til 41,2 prosent ved utgangen av planperioden. Andelen personell utenfor sykehus har økt fra 35,9 prosent i 1998 til 43,0 prosent i 2008. Økningen her har i sin helhet kommet ved poliklinikkene. Andel personell ved avdelinger utenfor sykehus gikk ned fra 29,7 prosent i 1998 til 27,9 prosent i 2008. Sykehusavdelingene har tilsvarende redusert sin andel av personellet fra 59,1 prosent i 1998 til 53,8 prosent i 2008. Poliklinikkene har økt sin andel av personellet fra 11,2 prosent i 1998 til 18,3 prosent i 2008. Økningen har særlig 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. Imidlertid betjente også sykehjemmene – om enn i varierende grad – lokalområdet. Avdelingene ved sykehjemmene har hatt en kraftigere nedgang i andelen av personellet enn økningen ved DPS-avdelingene.

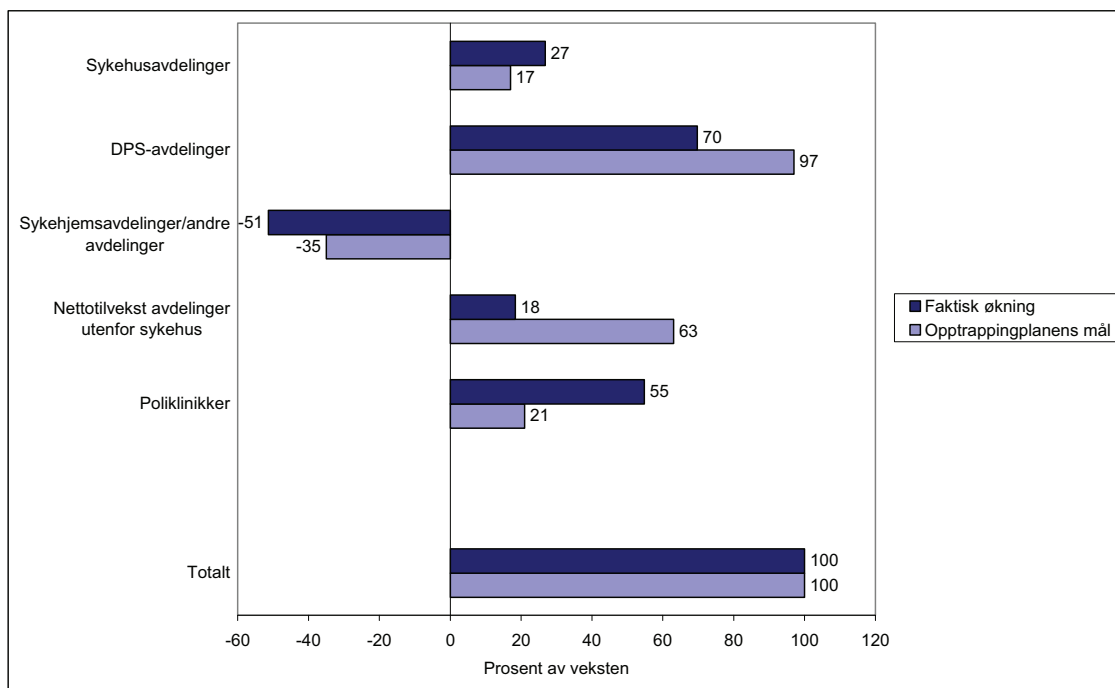
Økt grad av desentralisering skyldes dermed særlig utbyggingen av poliklinikkene, og at denne utbyggingen har kommet ved DPS-ene.

3.5.3 Er fordelingen av personelløkningen i samsvar med målene for Opptappingsplanen?

Selv om vi har hatt en vesentlig styrking av DPS og poliklinikk i løpet av opptappingsperioden, avviker likevel utviklingen på enkelte punkter fra de målene som ble skissert i Opptappingsplanen.

Om lag 80 prosent av driftskostnadene i sektoren går til lønn og sosiale kostnader. Det er dermed mulig å sammenligne fordelingen av den foreslåtte økningen i driftskostnader i følge Opptappingsplanen med den faktiske fordelingen av tilveksten i ressurser, målt i årsverk. Resultatet er vist i figur 3.11.

I følge Opptappingsplanen skulle de samlede driftskostnadene øke med 1 463 millioner 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 millioner. 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 som svarer til 97 prosent av økningen, og netto (når midler fra sykehjem trekkes fra) 63 prosent.



Datakilde: SSB

Figur 3.11 Faktisk økning i personellinnsats (prosent av økningen) sammenholdt med Opptappingsplanens prosentvise fordeling av økte driftskostnader 1998-2008

Om vi ser på den faktiske økningen i personellinnsats i perioden, får vi en helt annen fordeling enn den forutsatte: Sykehusavdelingene har blitt tilført 27 prosent av personelløkningen mot 17 prosent av driftskostnadene i følge planen⁴. Poliklinikkene har blitt tilført 55 prosent av personellressursene mot 21 prosent av driftskostnadene i følge planen. DPS-avdelingene har brutto økt personellinnsatsen tilsvarende 70 prosent av økningen, men økningen har i hovedsak blitt finansiert gjennom en kraftigere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt. Nettotilveksten ved avdelinger utenfor sykehus blir dermed 18 prosent, mot 63 prosent i følge planen.

3.5.4 Personelløkning i behandlergruppene

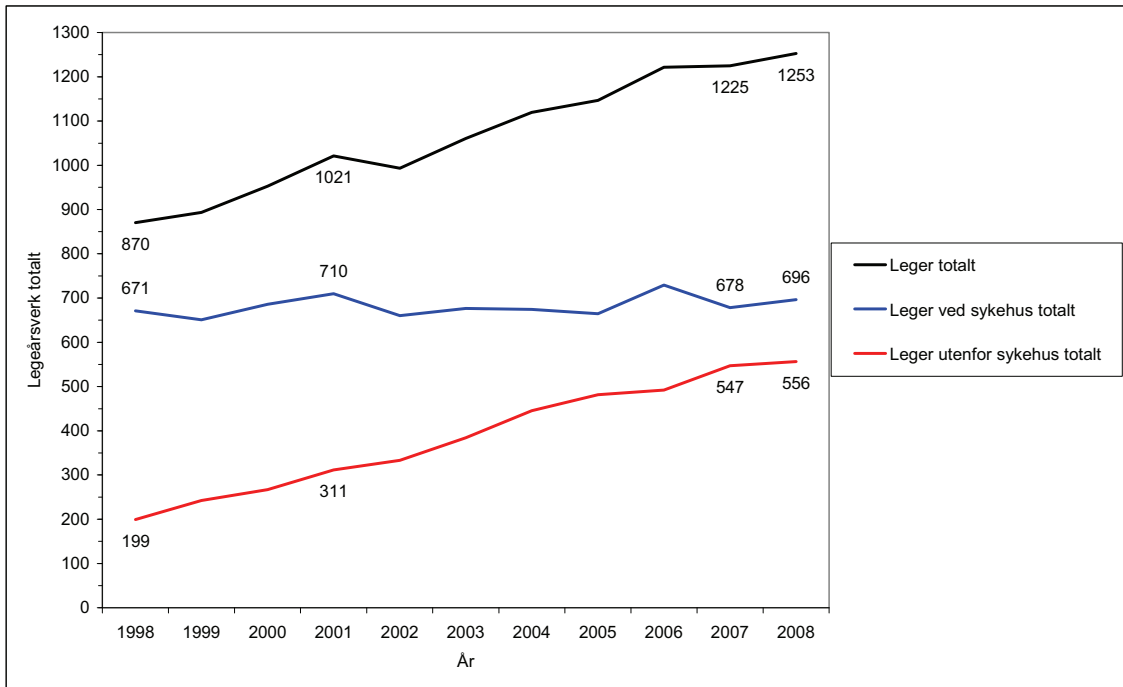
I følge Opptrappingsplanen skulle universitets- eller høyskoleutdannet personell utgjøre 72 prosent av økningen i årsverksinnsatsen på 2 300 årsverk. Dette tilsvarer 1 656 årsverk for utdanningsgruppene. Disse omfatter leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, barnevernspedagoger og ergoterapeuter). I løpet av perioden har det blitt 383 flere legeårsverk, 685 flere psykologårsverk og 2 009 flere årsverk utført av høyskoleutdannet personell, totalt 3 076 årsverk. Årsverk utført av universitets- og høyskoleutdannet personell har altså økt like mye som personellveksten totalt, som igjen har økt kraftigere enn Opptrappingsplanens mål. Målet om økt kompetanse blant personellet er dermed mer enn oppfylt.

Økt innslag av disse faggruppene vil trolig være en forutsetning for at DPS-ene skal kunne fungere som aktive behandlingsinstitusjoner. Vi har derfor undersøkt hvordan tilveksten av fagpersonell har fordelt seg på ulike institusjonstyper og driftsformer.

Legeårsverk

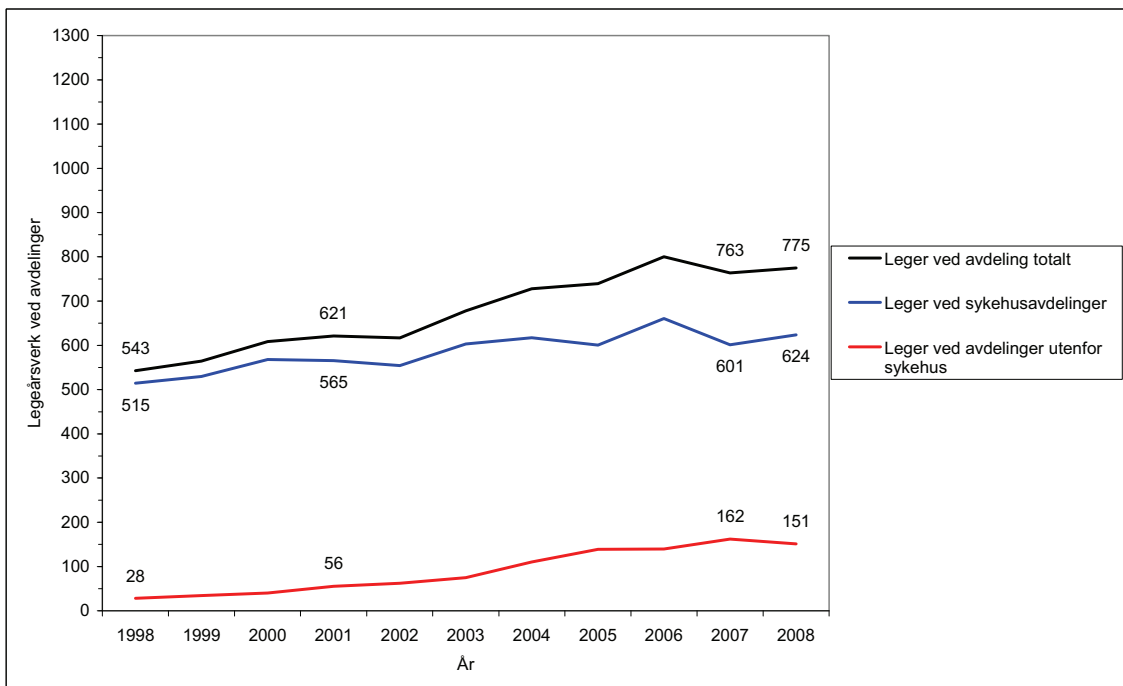
Vi vil først se på legegruppen. Utviklingen er vist i figur 3.12-3.14 for hhv. leger totalt, leger ved døgn- og dagavdelinger og leger ved poliklinikkene. I alle tilfeller fordelte på sykehus kontra øvrige institusjoner. Innslaget av leger ved sykehjem/andre institusjoner er ubetydelig. Tallene for leger utenfor sykehus er derfor tilnærmet identisk med tallet på leger ved DPS.

⁴ Ved beregning av økningen, er 241 årsverk knyttet til endret registrering av fellespersonell ved et sykehus trukket ut.



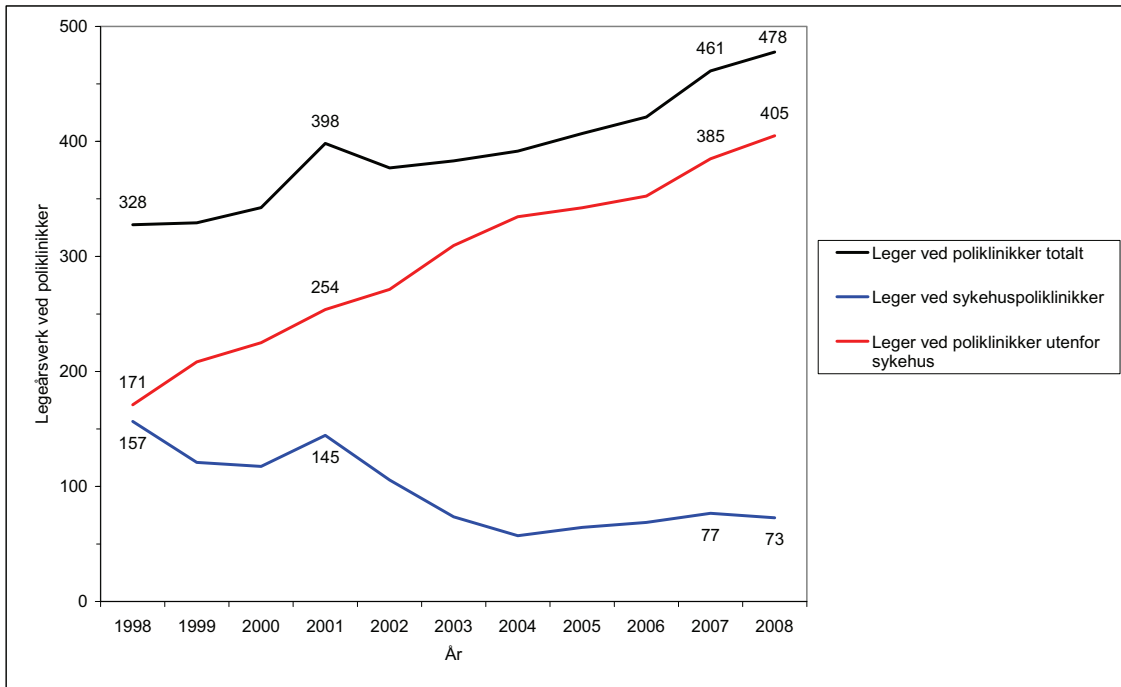
Datakilde: SSB

Figur 3.12 Legeårsverk totalt etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008



Datakilde: SSB

Figur 3.13 Legeårsverk ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008



Datakilde: SSB

Figur 3.14 Legeårsverk ved poliklinikk etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

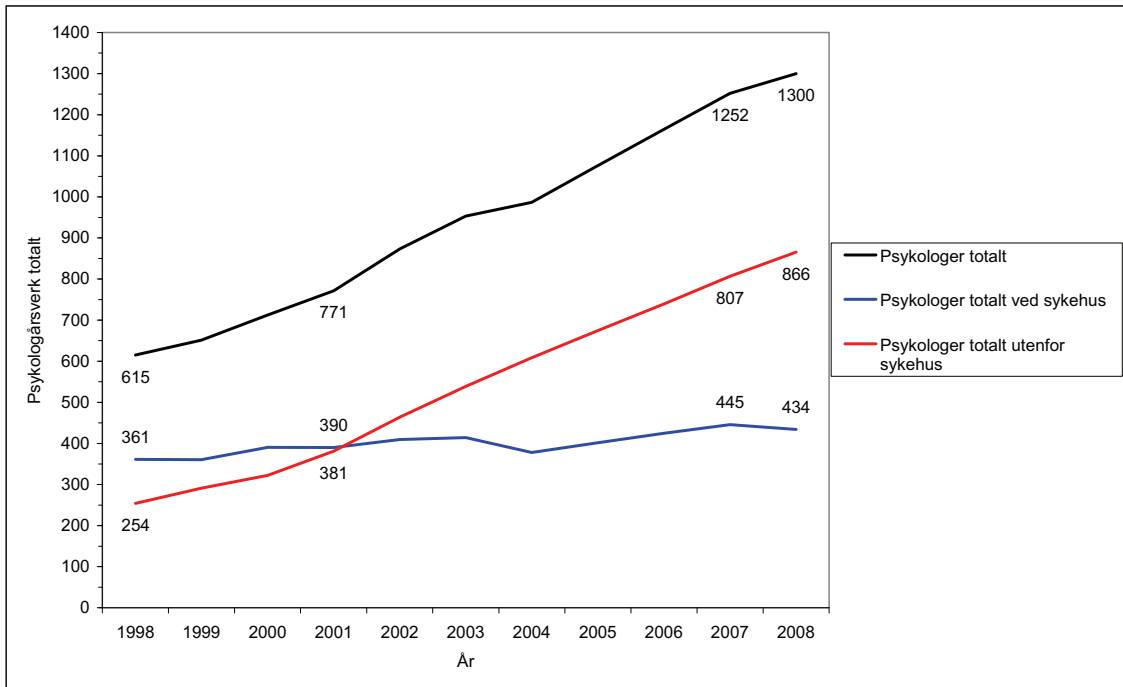
Det samlede antall legeårsverk i det psykiske helsevernet for voksne har i løpet av opptrappingsperioden økt med 383, eller 44 prosent, fra 870 i 1998 til 1 253 i 2008. Av den samlede tilveksten har 109 årsverk, eller 28 prosent gått til sykehusavdelingene. Avdelingene utenfor sykehus har hatt en økning på 123 årsverk, tilsvarende 32 prosent av tilveksten. Ved poliklinikkene har økningen vært 150 årsverk/39 prosent. Årsverksinnsatsen ved sykehuspoliklinikkene har gått ned, slik at tilveksten ved poliklinikk utenfor sykehus har vært enda kraftigere.

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 DPS-enes døgnavdelinger kan derfor være underestimert. En kan likevel stille spørsmålsteget om tallet på legeårsverk ved DPS-avdelingene er tilstrekkelig til å ivareta de oppgaver disse døgnavdelingene i følge Opptrappingsplanen skulle ivareta.

Ved DPS-avdelingene var det ved utløpet av planperioden 148 legeårsverk svarende til 0,08 årsverk per døgnplass. Ved sykehusene var det til sammenligning 0,25 legeårsverk per plass. Noe av forskjellen gjenspeiler generelt høyere bemanningstall ved sykehusene.

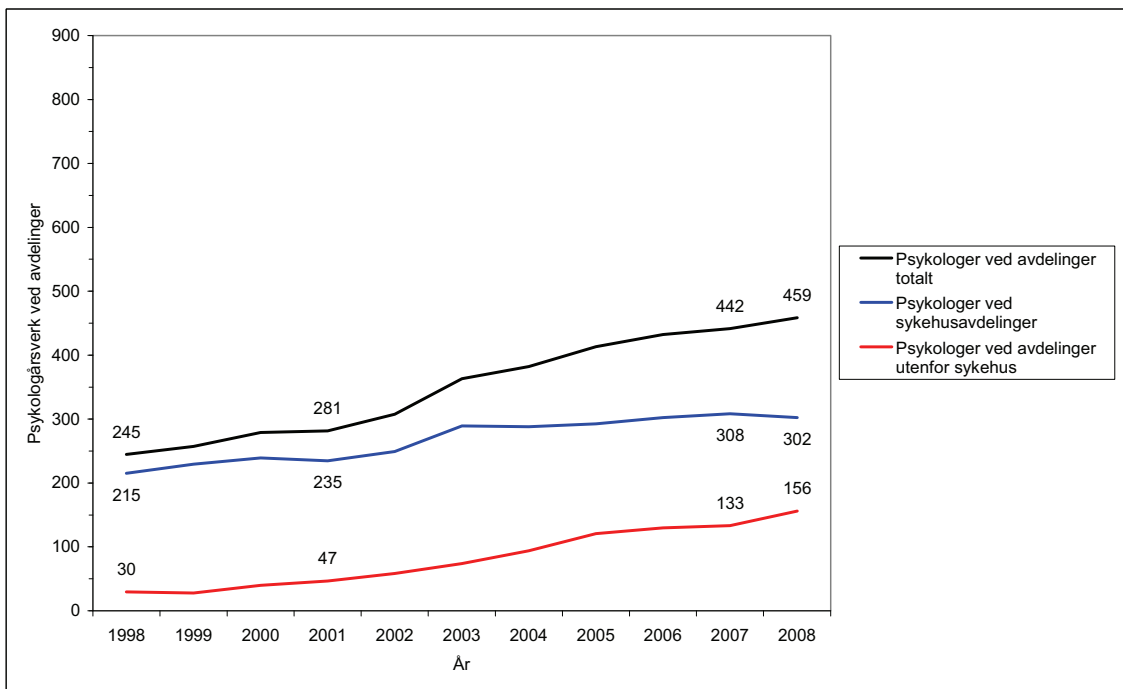
Psykologårsverk

Figur 3.15-3.17 gir en oversikt over fordelingen av psykologårsverkene mellom ulike institusjonstyper og driftsformer over perioden 1998-2008. Figur 3.15 viser psykologårsverk totalt, figur 3.16 ved døgn- og dagavdelinger og figur 3.17 ved poliklinikk. 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.



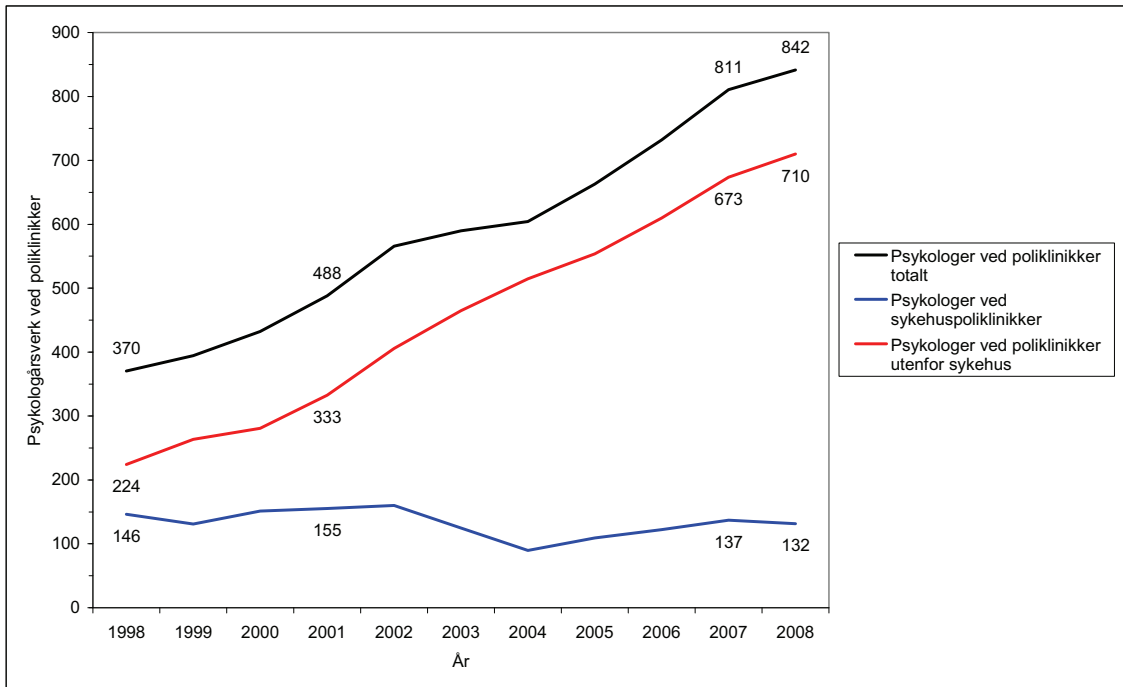
Datakilde: SSB

Figur 3.15 Psykologårsverk totalt i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008



Datakilde: SSB

Figur 3.16 Psykologårsverk ved døgn- og dagavdelinger i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008



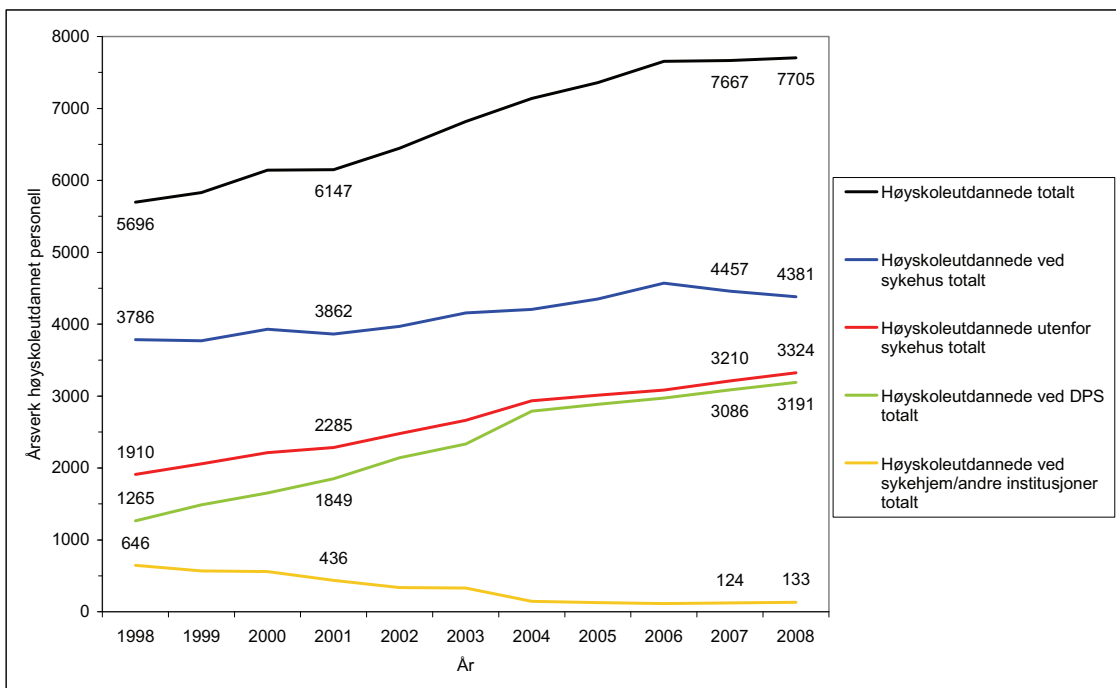
Datakilde: SSB

Figur 3.17 Psykologårsverk ved poliklinikk i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

I løpet av opptrappingsperioden har antall psykologårsverk blitt mer enn fordoblet, fra 615 årsverk i 1998 til 1 300 årsverk i 2008. Brorparten av tilveksten, 69 prosent, har gått til poliklinikkene, og da særlig til poliklinikkene ved DPS-ene. Også døgnavdelingene, både ved sykehusene (13 prosent) og ved DPS-ene (18 prosent) har hatt en andel av økningen i opptrappingsperioden. Psykologdekningen ved DPS-avdelingene er nå 0,08 psykologårsverk per døgnplass, mot 0,12 ved sykehusavdelingene.

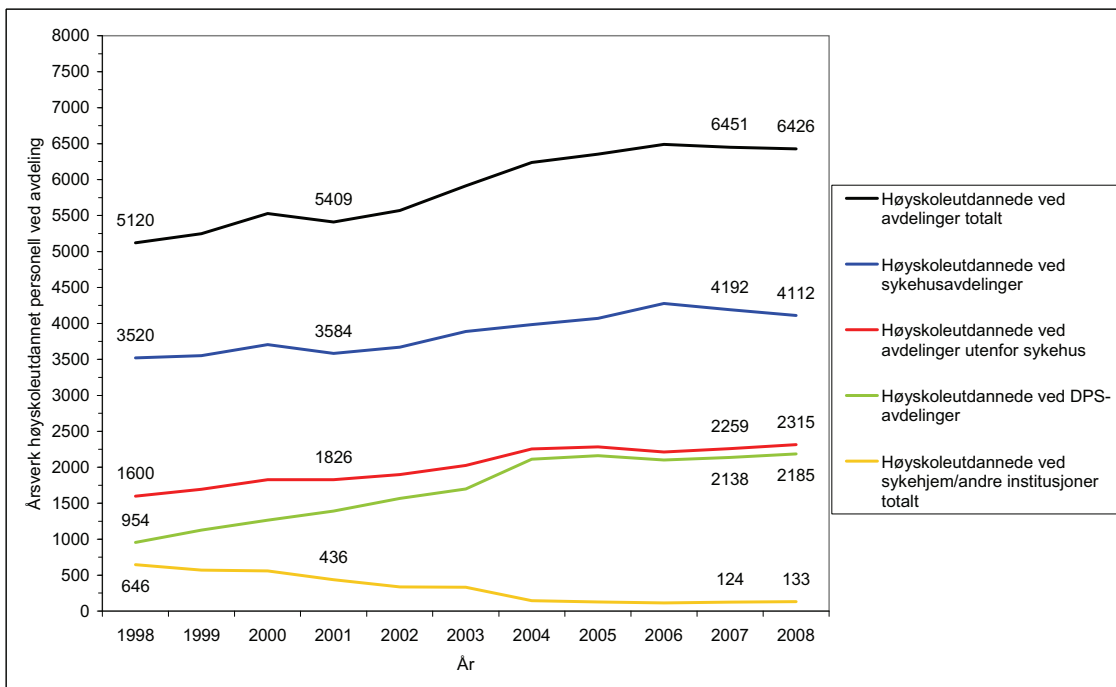
Høyskoleutdannet personell

Figur 3.18 viser personelltilvekst totalt for høyskolegruppen, fordelt etter institusjonstype. Figur 3.19 og 3.20 viser den tilsvarende utviklingen ved hhv. døgn- og dagavdelingene og ved poliklinikkene. Omfanget av poliklinisk personell er ubetydelig ved sykehjem/andre institusjoner. I figur 3.20 er derfor egne tall for DPS og sykehjem/andre institusjoner utelatt, ettersom sum personell ved poliklinikk utenfor sykehusene er tilnærmet lik sum personell ved DPS-poliklinikkene.



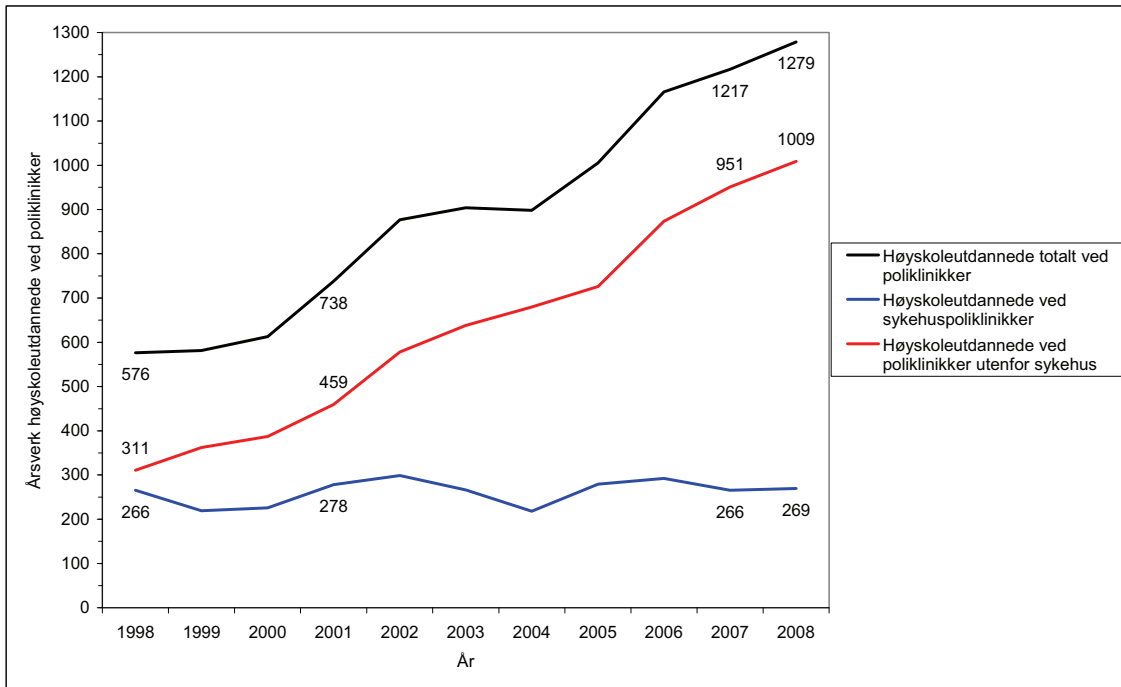
Datakilde: SSB

Figur 3.18 Årsverk totalt utført av høyskoleutdannet personell etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008



Datakilde: SSB

Figur 3.19 Årsverk ved døgnet og dagavdelinger utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008



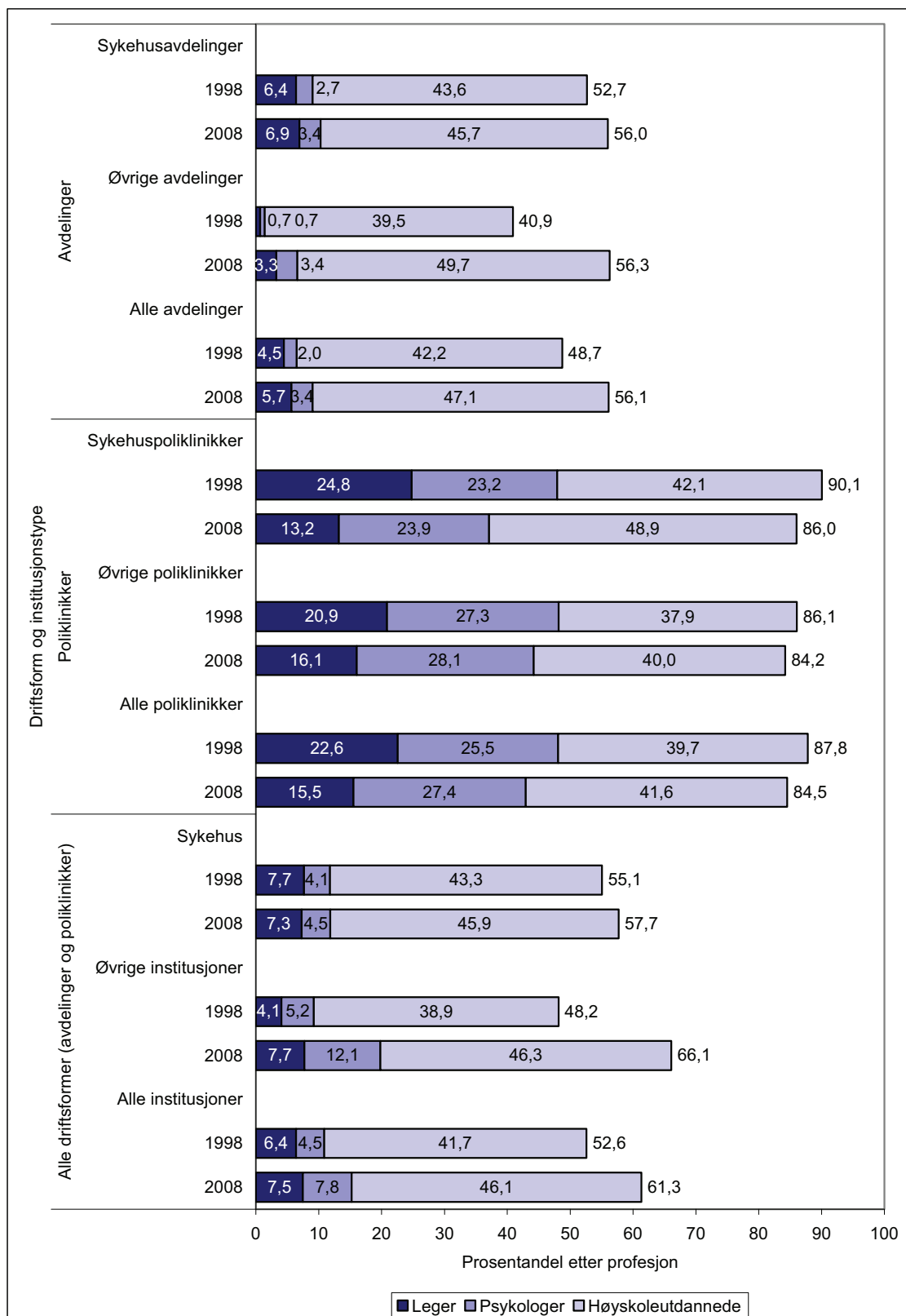
Datakilde: SSB

Figur 3.20 Årsverk ved poliklinikker utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

Antall årsverk utført av høyskoleutdannet personell har økt fra 5 696 i 1998 til 7 705 i 2008, en økning på 2 009 årsverk, eller 35 prosent. Økningen har vært kraftigere utenfor (1 414 flere årsverk) enn ved sykehusene (595 flere årsverk). Veksten utenfor sykehusene er relativt jevnt fordelt mellom avdelinger (715) og poliklinikker (698).

3.5.5 Andel personell med universitets- og høyskoleutdanning

Opptrappingsplanen har hatt som mål å øke utdanningsnivået ved institusjonene. Vi vil derfor avslutningsvis undersøke hvordan utdanningsnivået har utviklet seg i løpet av perioden. Figur 3.21 viser andel leger, andel psykologer og andel personell med høyskoleutdanning i prosent av årsverksinnsatsen totalt for årene 1998 og 2008. Det gis egne tall for hhv. sykehusavdelinger og øvrige avdelinger, sykehuspoliklinikker og øvrige poliklinikker, samt for institusjonene samlet.



Datakilde: SSB

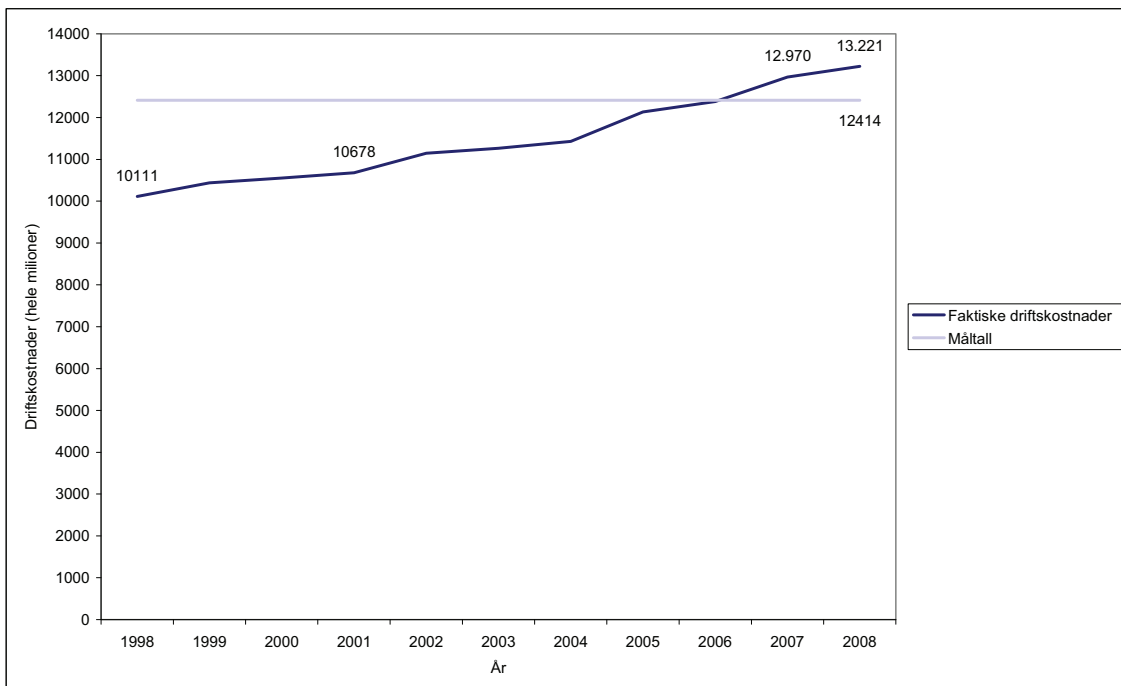
Figur 3.21 Prosentandel årsverk utført av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell etter driftsform og institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

Det har i løpet av perioden vært en betydelig heving av personalets utdanningsnivå. Andelen leger og psykologer har samlet sett økt fra 10,9 prosent i 1998 til 15,3 prosent ved utgangen av perioden. For universitets- og høyskolegruppene samlet har andelen økt fra 52,6 prosent i 1998 til 61,3 prosent.

Økningen i utdanningsnivå har vært betydelig sterkere utenfor enn innenfor sykehusene. Utenfor sykehusene var utdanningsnivået i utgangspunktet betydelig lavere enn innenfor. Endringen utenfor sykehusene skyldes ikke bare utflytting og utbygging av poliklinikkene (der innslaget av universitets- og høyskoleutdannede er betydelig høyere enn ved avdelingene) til DPS-ene. Også ved døgnavdelingene utenfor sykehusene har det vært en kraftig heving av utdanningsnivået. Døgnavdelingene utenfor sykehus hadde i 2008 samme andel universitets- og høyskoleutdannede som sykehusavdelingene, mens de ved starten av perioden hadde en betydelig lavere andel universitets- og høyskoleutdannet personell. Andel legeårsverk er imidlertid fortsatt lavere ved avdelingene utenfor sykehusene.

3.5.6 Driftskostnader

I følge planen skulle nivået på driftskostnadene til det psykiske helsevernet for voksne øke med 1,463 milliarder 1998-kroner (2,303 milliarder 2008-kroner) i løpet av opptrappingsperioden. Dette tilsvarer en vekst på 22,8 prosent. Figur 3.22 viser utviklingen i løpet av perioden.



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 3.22 Driftskostnader (eksklusive avskrivninger mv.) til det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2008. Millioner kroner. Faste priser (2008)

Med en vekst på 22,5 prosent var måltallet på det nærmeste nådd i 2006, dvs. innenfor den opprinnelige opptrappingsperioden. Ved utløpet av perioden (2008) var økningen 3,110 milliarder eller 31 prosent (faste 2008-priser).

3.6 Utvikling i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne

Vi har i foregående avsnitt sett på ressursøkning og ressursfordeling innen sektoren. Som vi så har den polikliniske virksomheten blitt flyttet ut fra sykehusene, og vesentlig styrket. Økningen i årsverksinnsatsen ved avdelinger utenfor sykehusene har imidlertid vært begrenset, og langt mindre enn forutsatt i Opptreppingsplanen. Kompetansenivået ved avdelinger utenfor sykehus har imidlertid blitt vesentlig styrket. Vi vil i dette avsnitt undersøke hvilke konsekvenser omstruktureringen har hatt for behandlingstilbudet.

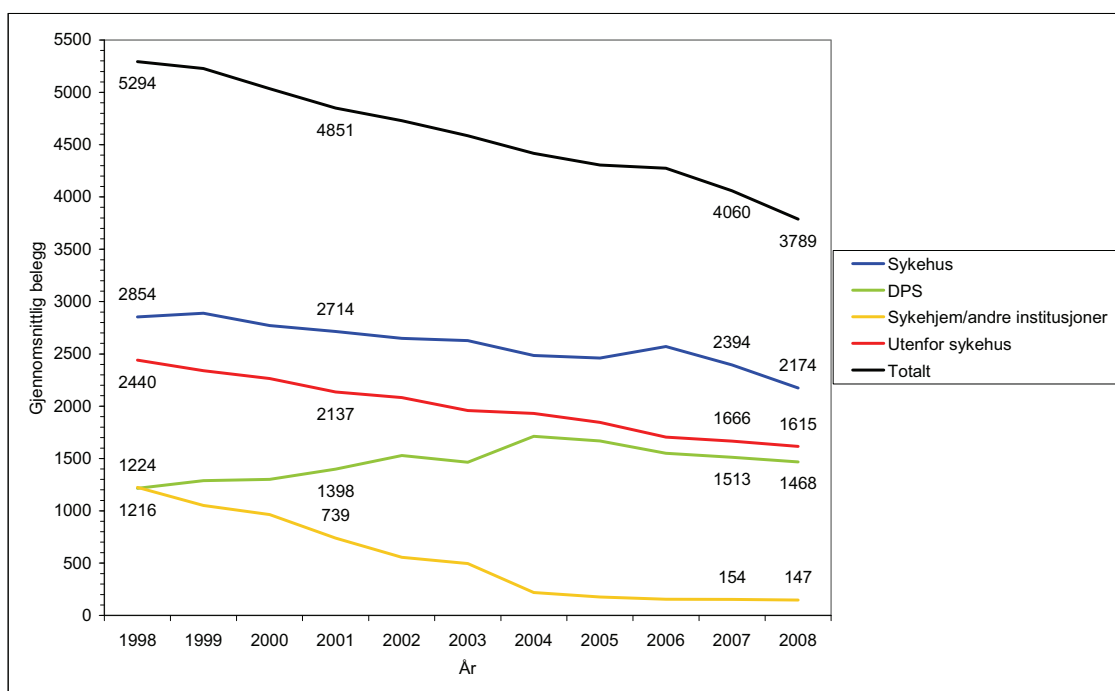
3.6.1 Gjennomsnittlig belegg

Vi vil i dette avsnittet undersøke endringen i det gjennomsnittlig pasientbelegget (oppholdsdøgn/365).

Vi så i avsnitt 3.5.1 at det har vært en vesentlig reduksjon i tallet på døgnplasser, på tross av at plasstallet i følge Opptreppingsplanen skulle holdes på samme nivå som i 1996 (med tillegg av 160 sykehusplasser for personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern).

Opptreppingsplanen hadde ingen egne mål knyttet til pasientbelegg/antall oppholdsdøgn. Ettersom tallet på døgnplasser skulle opprettholdes, må man imidlertid kunne anta at en langt på vei også ønsket å stanse nedgangen i pasientbelegget⁵.

Figur 3.23 viser utviklingen i gjennomsnittlig belegg, fordelt etter institusjonstype.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.23 Gjennomsnittlig pasientbelegg etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

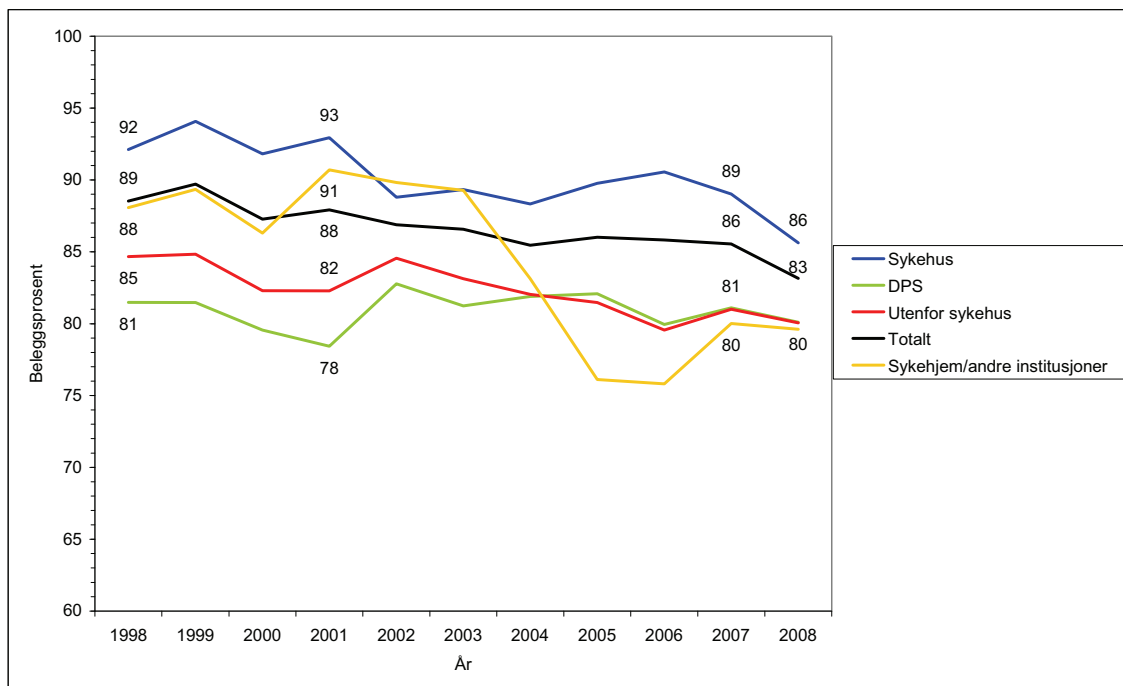
Resultatene er langt på vei de samme som vi fant for døgnplassene – pasientbelegget har sunket gjennom hele perioden. Fra 1998 til 2008 gikk gjennomsnittsbelegget ned fra 5 294

⁵ Selv om plasstallet hadde blitt opprettholdt, måtte man likevel ha forventet noe nedgang i belegget pga økt pasientsirkulasjon.

til 3 789, en reduksjon på 1 505, eller 28 prosent. Ved sykehusavdelingene sank belegget fra 2 854 til 2 174, det vil si med 680 pasienter eller 24 prosent. DPS-ene har i samme periode økt belegget fra 1 216 til 1 468, en økning på 252 pasienter eller 21 prosent. Imidlertid har det vært en langt kraftigere nedgang i belegget ved sykehjemmene/øvrige institusjoner enn økningen ved DPS-ene. Samlet sett har dermed belegget ved institusjoner utenfor sykehus blitt redusert med 972 pasienter, fra 2 440 til 1 468, eller 40 prosent.

3.6.2 Beleggsprosent

Som vi så i avsnitt 3.5.1 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 framstilt grafisk i figur 3.24.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.24 Beleggsprosent etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

For institusjonene samlet har beleggsprosenten blitt redusert i løpet av perioden, fra 89 prosent i 1998 til 83 prosent i 2008. Utviklingen har imidlertid ikke vært den samme ved alle institusjonstypene. Beleggsprosenten har gjennom hele perioden gjennomgående vært høyest ved sykehusene, og har i det meste av perioden holdt seg over eller opp mot 90 prosent. I 2007 og 2008 har det imidlertid vært en markert nedgang i beleggsprosenten ved sykehusene.

For institusjonene utenfor sykehus har det samlet sett vært en relativt entydig utvikling i retning lavere beleggsprosent. For perioden som helhet har beleggsprosenten blitt redusert med syv prosentpoeng, fra 88 prosent i 1998 til 80 prosent i 2008. DPS-ene har tradisjonelt hatt en lavere beleggsprosent enn sykehjemmene, og etter hvert som fordelingen av plasser mellom sykehjem og DPS har blitt forskjøvet, har beleggsprosenten utenfor sykehus blitt tilsvarende redusert. Belegget ved DPS-ene har gjennom hele perioden (med unntak av ett

år) holdt seg mellom 80 og 82 prosent. Ved sykehjemmene lå beleggsprosenten fram til 2003 vesentlig høyere, rundt 90 prosent⁶.

Langtidsinstitusjoner uten akutfunksjoner 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 skifte av pasienter. Institusjoner som ivaretar akutfunksjoner/øyeblikkelig hjelp-funksjoner må i tillegg ha plasser i beredskap, og bør derfor ha noe lavere beleggsprosent. Med økt gjennomstrømning og økt omfang av akutfunksjoner ved DPS-ene er det naturlig at beleggsprosenten ved institusjoner utenfor sykehusene har gått noe ned. En beleggsprosent rundt 80 antyder imidlertid samtidig at press på døgnplassene ikke kan forklare den nedgangen i varigheten av oppholdene som har funnet sted (se nedenfor).

Sykehusene skal ivareta øyeblikkelig hjelp-funksjoner. Dette krever plasser i beredskap. På tross av dette har sykehusene gjennom det meste av perioden hatt en beleggsprosent nært opp til, eller over 90 prosent. På sykehusene kan derfor mangel på døgnplasser ha lagt et press på utskrivningene. Nedgang i beleggsprosent de siste årene antyder imidlertid at dette presset kan være i ferd med å avta.

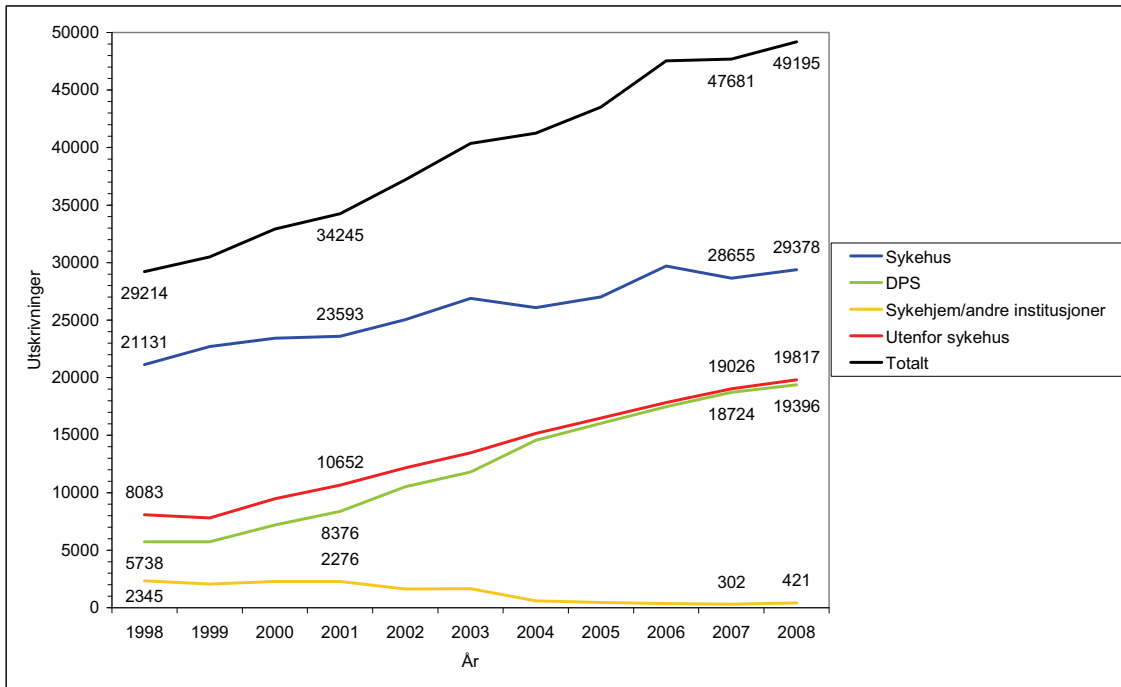
Det kan med andre ord se ut for at presset har vært sterkere på sykehusplassene enn på plassene utenfor sykehusene, til tross for at plasstallet ved institusjonene utenfor sykehus har blitt vesentlig kraftigere redusert enn plasstallet ved sykehusene. Presset på sykehusplassene har imidlertid blitt redusert de siste par årene.

3.6.3 Utskrivninger fra døgnopphold

Ett av målene for Opptappingsplanen 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 tallet på utskrivninger (avsluttede døgnopphold).

Figur 3.25 viser antall utskrivninger per år, fordelt etter institusjonstype.

⁶ Beleggsprosenten har senere sunket, men dette er uten betydning, ettersom sykehjemmene nå på det nærmeste er avviklet.



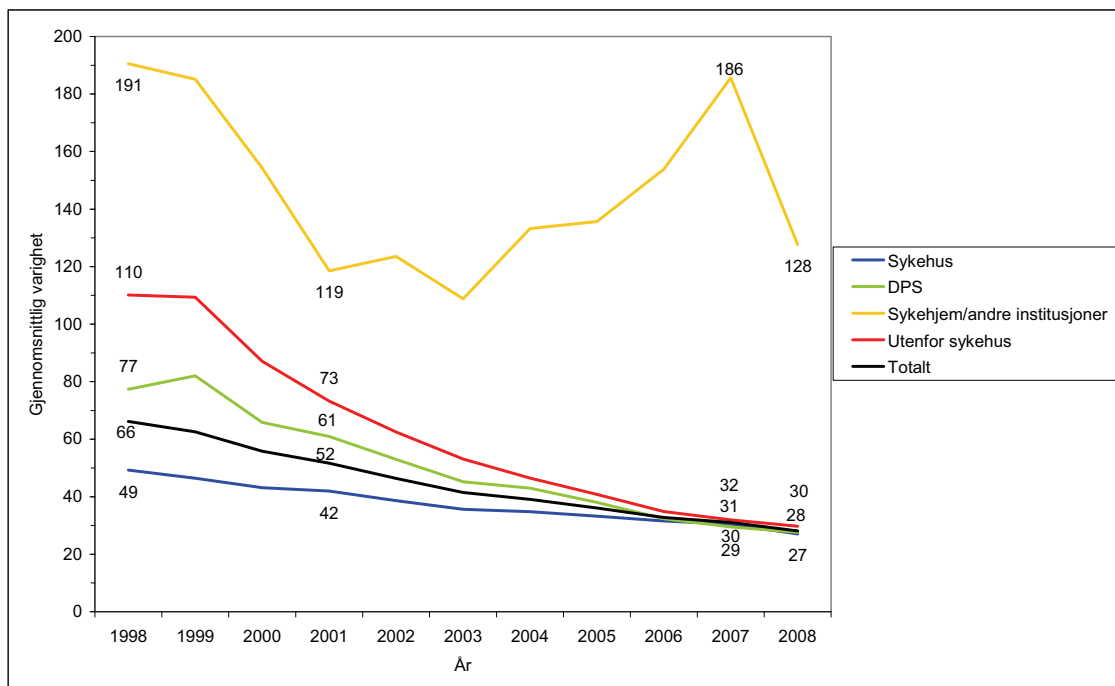
Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.25 Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

Det har i perioden vært en formidabel vekst i antall utskrivninger. Totalt har tallet på utskrivninger økt fra 29 200 i 1998 til 49 200 i 2008, en økning på 68 prosent. SINTEF har i annen sammenheng (Pedersen, Lilleeng og Sitter 2008) undersøkt om/i hvilken grad dette skyldes at de samme pasientene legges inn flere ganger, eller om økningen i utskrivningstallene representerer økt tilgjengelighet for en større andel av befolkningen. Vi fant at bare en mindre del av økningen kunne føres tilbake til flere opphold/reinnleggelser for samme pasient ved samme institusjon. Økningen representer derfor sannsynligvis langt på vei en tilsvarende økning i befolkningens tilgang til døgn tjenester.

59 prosent av den samlede økningen har kommet ved institusjonene utenfor sykehusene. Disse institusjonene har i løpet av perioden økt sin andel av utskrivningene fra 28 til 40 prosent, og antall utskrivninger ved disse institusjonene har økt med 145 prosent.

Som vi så i avsnitt 3.6.1 har tilgjengelighet målt ved oppholdsdøgn gått ned. I dette avsnittet har vi funnet det motsatte resultatet, når tilgjengelighet måles ved tallet på utskrivninger. Dette gjenspeiler en markert nedgang i oppholdenes varighet. Vi har undersøkt hvordan denne har utviklet seg i løpet av perioden, se figur 3.26.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.26 Gjennomsnittlig varighet av avsluttede døgnopphold etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

Holder vi utviklingen ved sykehjemmene etter 2003 utenfor, har det for alle institusjonstyper vært en betydelig nedgang i den gjennomsnittlige varigheten av oppholdene. For institusjonene samlet ble gjennomsnittlig varighet redusert fra 66 døgn i 1998 til 28 døgn i 2008. Gjennomsnittlig varighet er med andre ord mer enn halvert.

Nedgangen har både absolutt og relativt vært betydelig sterkere utenfor sykehusene enn ved sykehusene. Utenfor sykehusene gikk den gjennomsnittlige varigheten ned fra 110 døgn i 1998 til 30 døgn i 2008, en reduksjon på 73 prosent. Ved sykehusene har gjennomsnittlig varighet i samme periode blitt redusert fra 49 til 27 døgn. Varigheten av oppholdene ved DPS-ene (28 døgn) er nå på samme nivå som ved sykehusene.

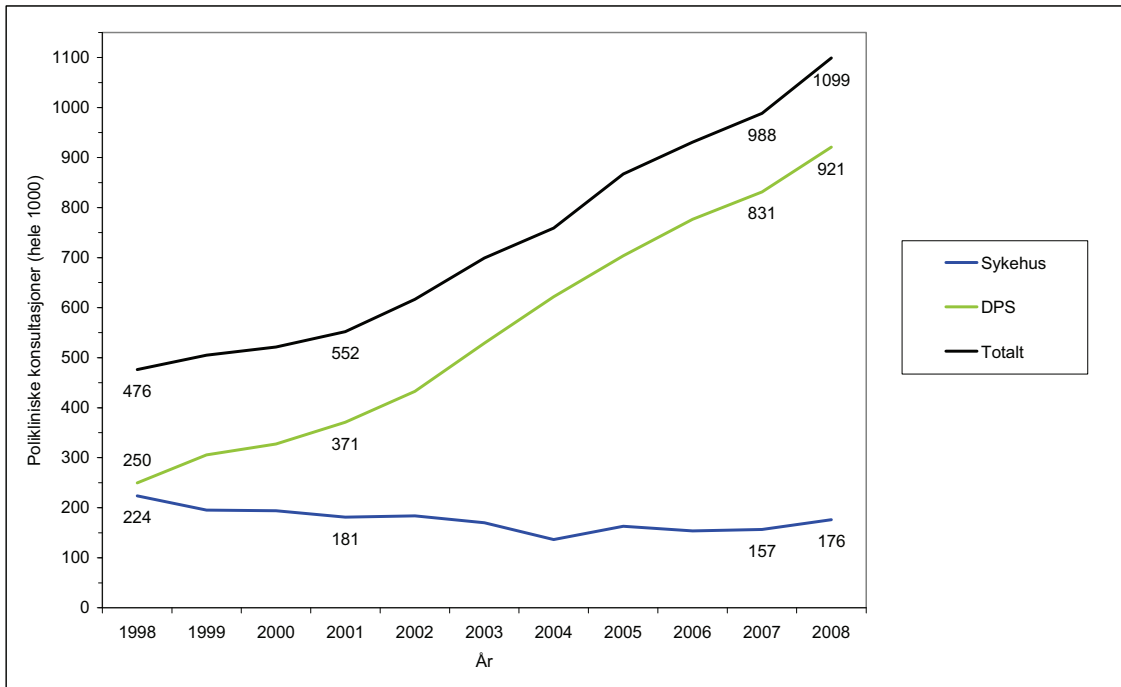
Sykehjemmene viser en avvikende utvikling fra 2003 og utover. Dette må sees på bakgrunn av at institusjonstypen nå på det nærmeste er avviklet.

3.6.4 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 perioden⁷. Veksten skulle dels komme gjennom økt tilførsel av personell, dels gjennom en 50 prosent økning i antall konsultasjoner per fagårsverk.

Figur 3.27 viser utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner, fordelt etter type institusjon poliklinikken har vært tilknyttet. Den polikliniske virksomheten ved sykehjem/andre institusjoner har gjennom hele perioden vært ubetydelig, og er derfor utelatt fra figuren.

⁷ Det er uklart om/i hvilken grad/på hvilken måte økt kapasitet hos privatpraktiserende spesialister skulle regnes med i dette tallet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.27 Polikliniske konsultasjoner (hele 1000) etter type institusjon poliklinikken er tilknyttet. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

Det har vært en formidabel vekst i den polikliniske aktiviteten, og veksten har i sin helhet kommet ved DPS-ene.

I følge planen skulle antall konsultasjoner øke til 660 000 konsultasjoner, 50 prosent flere enn i 1996 og 39 prosent flere enn i 1998. Den faktiske økningen fra 1998 er langt kraftigere, 131 prosent.

Deler av økningen kan ha sin bakgrunn i at virksomhet som tidligere ble klassifisert som dagvirksomhet, nå defineres som poliklinisk virksomhet. I følge Opptrappingsplanen skulle antall oppholdsdager ved DPS-ene øke med 50 prosent. Den registrerte virksomheten har imidlertid sunket.

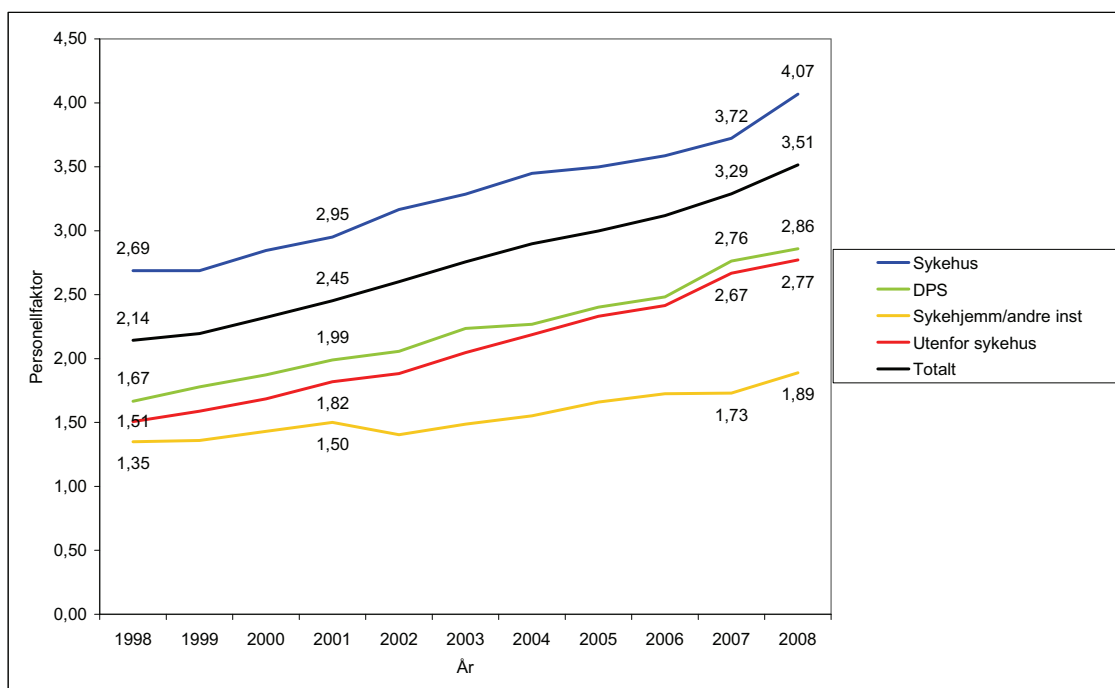
Utviklingen etter 2004 kan i noen grad også være påvirket av endringer i takstsystemet for poliklinikkene (se NAV (2007): Rundskriv F01.12.2000 nr. 1389). Måltallet var imidlertid oppnådd før dette og veksten har uansett vært langt kraftigere enn planlagt.

Økningen i konsultasjonstallet skulle dels komme som følge av en økning i antall konsultasjoner per behandlerårsverk. Departementet så det i følge planen som realistisk å øke produktiviteten, målt ved antall konsultasjoner per behandler, med 50 prosent. I utgangspunktet skulle måltallet dermed kunne nås gjennom økt produktivitet alene. Det var imidlertid også satt av betydelige midler til nye fagstillinger. I 2008 ble det utført 415 konsultasjoner per fagårsverk, mot 388 i 1998. Dette svarer til en økning i produktiviteten på syv prosent. Økningen i den polikliniske kapasiteten skyldes med andre ord i all hovedsak tilførsel av flere behandlere. Som vi så i avsnitt 3.5.3, har også årsverksinnsatsen ved poliklinikkene økt kraftigere enn forutsatt i planen. Den lave produktivitetsøkningen vil i noen grad være påvirket av økt vektlegging av ambulant behandling, en behandlingsform som nødvendigvis vil kreve mer tid enn ordinær kontorbasert praksis. Vi minner også om at poliklinikkene har en rekke andre oppgaver enn direkte pasientbehandling, som rådgivning og samarbeid med kommunene og utdanningsvirksomhet.

3.6.5 Personellfaktor ved døgnavdelingene

I følge Opptrappingsplanen var det et sentralt mål å etablere til sammen 2 040 døgnplasser for aktiv behandling utenfor sykehus. En betydelig andel (om lag 2/3 av ressursøkningen, se avsnitt 3.5.3) skulle gå til dette formålet. For sykehusene var det ikke spesifisert noen økning i personellfaktoren (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 (her målt ved årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) har utviklet seg, totalt og for ulike institusjonstyper. I figur 3.28 er utviklingen framstilt grafisk.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.28 Personellfaktor (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

Det har gjennom hele perioden vært en betydelig vekst i personellfaktoren. Samlet har denne økt fra 2,14 i 1998 til 3,51 i 2008, dvs. med 64 prosent⁸. Veksten har vært noe lavere utenfor sykehus (1,19 årsverk) enn ved sykehus (1,38 årsverk)⁹.

Som vi så i avsnitt 3.5.2 har avdelingene utenfor sykehus hatt en vekst i personellinnsatsen på 15 prosent i løpet av opptrappingsperioden. Belegget ved disse avdelingene har i samme periode blitt redusert med 34 prosent. Økningen i personellfaktoren skyldes dermed i større grad redusert belegg enn økt personellinnsats. Til sammenligning har sykehusavdelingene

⁸ Tallene vil i noen grad kunne være påvirket av redusert registrering av dagvirksomhet. Vi har i beregningen trukket ut ressurser til denne ut fra formelen at en oppholdsdag krever ressurser tilsvarende ½ oppholdsdøgn. Når antall registrerte oppholdsdager går ned, vil dermed bemanningsfaktoren automatisk øke. Vi har i annen sammenheng beregnet personellfaktoren uten slik korreksjon for perioden 1998 til 2006 (Pedersen og Bjerkan 2008). Uten korreksjon var økningen 39 prosent, mens den tilsvarende økningen med korreksjon blir 46 prosent.

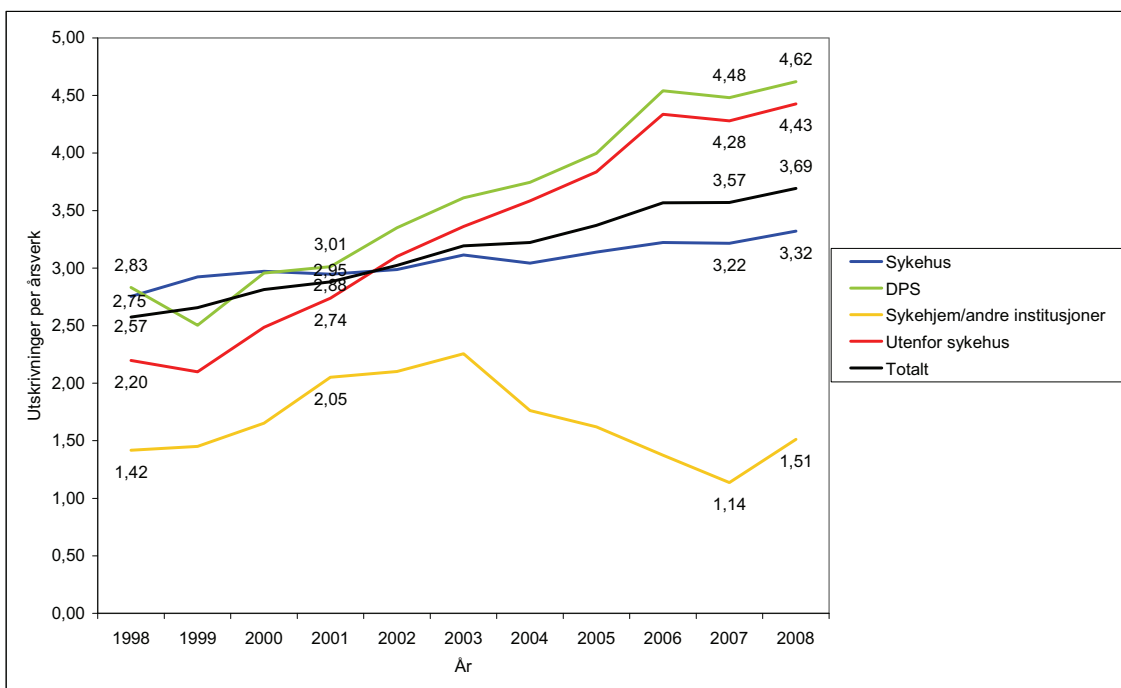
⁹ Ved sykehusene kom ¼ av økningen fra 2007 til 2008. Økningen siste år skyldes nedgang i belegg snarere enn økt bemanning.

hatt en økning i personellinnsatsen på 12 prosent, mens belegget har blitt redusert med 24 prosent.

Som vi så i avsnitt 3.5.8 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.

3.6.6 Utskrivninger per årsverk

Vi vil i dette avsnittet undersøke hvordan tallet på utskrivninger per årsverk har utviklet seg i løpet av opptrappingsperioden. Vi har tidligere sett at belegget har blitt redusert og at varigheten av de enkelte opphold har blitt kraftigere redusert. Samtidig vet vi at personellfaktoren har økt. Spørsmålet blir dermed om disse faktorene samlet sett slår ut på produktiviteten, målt ved utskrivninger per årsverk. Figur 3.29 viser produktivitetsutviklingen ved døgnavdelingene over perioden 1998-2008.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.29 Utskrivninger (avsluttet institusjonsopphold) per årsverk etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

Det vært en betydelig økning i produktiviteten målt ved antall utskrivninger per årsverk. For institusjonene samlet har det vært en økning fra 2,57 i 1998 til 3,69 i 2008, dvs. en økning på 44 prosent.

Produktivitetsøkningen har vært betydelig kraftigere ved avdelingene utenfor sykehus enn ved sykehusavdelingene. Utenfor sykehusene økte tallet fra 2,20 i 1998 til 4,43, dvs. en dobling. Ved sykehusene var økningen mer beskjeden, fra 2,75 til 3,32, eller med 21 prosent. DPS-ene har nå passert sykehusene, målt i antall utskrivninger per årsverk. Sykehjemmene viser redusert produktivitet fra 2004 og utover. Denne institusjonstypen er imidlertid på det nærmeste er avviklet, og derfor er uten interesse for utviklingen på landsbasis.

3.7 Oppsummering - måltall

Opptrappingsplanen inneholder en rekke konkrete måltall knyttet til ressursinnsats og tilgjengelighet. De viktigste er oppsummert i tabell 3.2. Tabell 3.3-3.6 viser den tilsvarende utviklingen for hver av helseregionene.

Tabell 3.2 Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Nasjonal utvikling

| Landet | 1998 | 2008 | Endring 1998-2008 | |
|---|--------|--------|-------------------|---------|
| | | | Absolutte tall | Prosent |
| Driftskostnader PHV-samlet (faste 2008-priser) | 11 567 | 15 932 | 4 365 | 38 |
| Driftskostnader PHV-BU (faste 2008-priser) | 1 456 | 2 735 | 1 279 | 88 |
| Driftskostnader PHV-V (faste 2008-priser) | 10 111 | 13 197 | 3 086 | 31 |
| Totalt døgnplasser PHV-BU | 293 | 323 | 30 | 10 |
| Polikliniske legeårsverk PHV-BU | 115 | 216 | 101 | 88 |
| Polikliniske psykologårsverk PHV-BU | 305 | 627 | 322 | 106 |
| Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU | 185 | 272 | 87 | 47 |
| Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU | 175 | 492 | 317 | 181 |
| Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU | 780 | 1 608 | 828 | 106 |
| Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU | 249 | 448 | 199 | 80 |
| Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU | 10 | 16 | 6 | 56 |
| Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU | 25 | 30 | 5 | 22 |
| Dekningsgrad PHV-BU | 2,0 | 4,8 | 2,8 | 140 |
| Årsverk PHV-V | 13 654 | 16 726 | 3 072 | 23 |
| Legeårsverk PHV-V | 870 | 1 253 | 383 | 44 |
| Psykologårsverk PHV-V | 615 | 1 300 | 685 | 111 |
| Sykepleierårsverk PHV-V | 4 533 | 6 129 | 1 596 | 35 |
| Årsverk annet høyskoleutdannet personell PHV-V | 1 164 | 1 576 | 412 | 35 |
| Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V | 7 182 | 10 258 | 3 076 | 43 |
| Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V | 3 974 | 3 348 | -626 | -16 |
| Årsverk annet personell PHV-V | 2 498 | 3 120 | 622 | 25 |
| Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V | 53 | 61 | 8 | |
| Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn | 45 | 296 | 250 | 551 |
| Årsverk univers./høysk. personell PHV-V i DPS-døgn | 982 | 2 471 | 1 489 | 152 |
| Døgnplasser PHV-V i DPS | 1 492 | 1 833 | 341 | 23 |
| Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS | 0,03 | 0,16 | 0,13 | 430 |
| Årsverk univers./høysk. per døgnplass PHV-V i DPS | 0,66 | 1,35 | 0,69 | 105 |
| Årsverk per døgnplass PHV-V i DPS | 1,53 | 2,36 | 0,83 | 54 |
| Avtalespesialister leger | 167 | 183 | 16 | 10 |
| Avtalespesialistårsverk psykologer | 388 | 419 | 31 | 8 |
| Sum avtalespesialistårsverk | 555 | 602 | 47 | 8 |
| Døgnplasser Sykehus PHV-V | 3 098 | 2 539 | -559 | -18 |
| Døgnplasser DPS PHV-V | 1 492 | 1 833 | 341 | 23 |
| Døgnplasser sykehjem PHV-V | 1 298 | 127 | -1 171 | -90 |
| Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V | 92 | 58 | -34 | -37 |
| Totalt døgnplasser PHV-V | 5 980 | 4 557 | -1 423 | -24 |
| Polikliniske fagårsverk PHV-V | 1 227 | 2 647 | 1 420 | 116 |
| Polikliniske konsultasjoner PHV-V (hele 1000) | 476 | 1 099 | 623 | 131 |
| Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V | 388 | 415 | 27 | 7 |

Datakilde: NPR og SSB

Driftskostnader

Måltall: Driftskostnadene til det psykiske helsevernet skulle totalt øke med 2,1 milliarder 1998-kroner (3,304 milliarder 2008-kroner), herav 1,463 milliarder (2,303 milliarder 2008-kroner) til tjenester for voksne, og 636 millioner (1,001 milliarder 2008-kroner) til tjenester for barn og unge.

Resultat: Måltallene er overskredet med 783 millioner (34 prosent) for tjenestene til voksne, 278 millioner (28 prosent) for tjenestene til barn og unge, totalt 1,062 milliarder (32 prosent) (alle tall i 2008-priser).

Det psykiske helsevernet for barn og unge

Måltall: Antall døgnplasser økes fra ca. 300 til ca. 500. Behovet er senere nedjustert til 400.

Resultat: Netto tilvekst 30 plasser siden 1998, 77 plasser færre enn det reviderte måltallet.

Måltall: 400 flere fagårsverk i poliklinisk virksomhet.

Resultat: Antall fagårsverk har økt med 828, mer enn en dobling av kapasiteten, og mer enn det dobbelte av måltallet.

Måltall: Antall tiltak per behandler økes med 50 prosent.

Resultat: Antall tiltak per behandler har økt med 80 prosent. Måltallet er dermed oppfylt. Antall pasienter per behandler har imidlertid bare økt med 22 prosent.

Måltall: Dekningsgraden, det vil si andel av alle barn og unge som mottar behandling økes fra 2,0 til 5,0 prosent.

Resultat: Dekningsgraden har økt fra 2,0 prosent i 1998 til 4,8 prosent ved utløpet av planperioden, og målet er dermed langt på vei oppfylt. Helseregion Nord (6,9 prosent) og helseregion Sør-Øst (5,0 prosent) har begge nådd målet. Helseregion Midt-Norge (4,2 prosent) og særlig helseregion Vest (3,7 prosent) ligger imidlertid betydelig under.

Årsverk, det psykiske helsevernet for voksne

Måltall: Antall årsverk i det psykiske helsevernet for voksne skal øke med 2 300.

Resultat: Ved utgangen av av opptrappingsperioden var økningen 3 072 årsverk. Korrigert for endringer i registreringspraksis er økningen ca. 2 900, dvs. 600 flere årsverk enn forutsatt i planen.

Måltall: 72 prosent av økningen på 2 300 årsverk, dvs. 1 656 årsverk, skal utføres av personell med utdanning på universitets- eller høyskolenivå.

Resultat: I 2008 ble det utført 3 076 flere årsverk av personell med universitets- eller høyskoleutdanning enn i 1998. Utdanningsgruppene har økt like mye som den samlede økningen i personellinnsats, som igjen har økt mer enn måltallet. Målet er dermed mer enn oppfylt.

Døgnavdelinger ved DPS

Måltall: Det etableres totalt 2 040 døgnplasser for aktiv behandling ved distriktpsikiatriske sentre. Personellfaktoren (årsverk per plass) og innslaget av fagutdannet personell skal heves.

Resultat: Målet om 2 040 døgnplasser ble nådd i 2004, men plasstallet er senere redusert til 1 833. Personellfaktoren målt ved årsverk per plass er økt med 54 prosent. Innslaget av personell med universitets og høyskoleutdannet personell har økt.

Avtalespesialister

Måltall: Antall årsverk for kliniske psykologer og psykiatere med driftsavtale økes med 50 prosent.

Resultat: Det er uklart om økningen skal sees i forhold til nivået i 1996 eller i 1998. Fra 1997 til 1998 ble antall avtaleårsverk mer enn tredoblet. Ut fra nivået i 1996 er måltallet mer enn oppfylt.

Døgnplasser, det psykiske helsevernet for voksne

Måltall: Det skal etableres 160 plasser ved sykehusene for personer som dømmes til psykisk helsevern. Plasstallet ved sykehusene skal for øvrig holdes på samme nivå som i 1996 (2 938). Samlet plasstall ved sykehusene blir dermed 3 100.

Resultat: Det samlede plasstallet ble i løpet av perioden redusert til 2 539, om lag 560 plasser færre enn måltallet.

Måltall: Tallet på sykehjemsplasser reduseres gradvis, men i mindre grad enn økningen ved DPS, slik at tallet på plasser utenfor sykehusene opprettholdes.

Fra 1998 til 2008 ble antall døgnplasser ved sykehjemmene redusert fra 1 298 til 127 plasser, det vil si langt kraftigere enn økningen ved DPS.

Måltall: Totalt forutsetter Opptrappingsplanen en økning fra 6 255 plasser i 1996 til om lag 6 400 døgnplasser ved utløpet av planperioden.

Resultat: Plasstallet har i stedet blitt redusert til 4 557, om lag 1 850 færre enn måltallet.

Poliklinikker for voksne

Måltall: Antall polikliniske konsultasjoner skal øke med 50 prosent (220 000 konsultasjoner) i forhold til nivået i 1996 (438 000 konsultasjoner), det vil si totalt 660 000 konsultasjoner.

Resultat: Det ble i 2008 utført totalt 1 099 000 konsultasjoner, det vil si langt flere enn måltallet. Noe av veksten kan skyldes endret registreringspraksis, fra dagopphold til poliklinisk behandling. I tillegg ble refusjonssystemet lagt om fra 2005. Måltallet for planen var imidlertid på det tidspunkt allerede mer enn oppfylt.

Måltall: 50 prosent flere konsultasjoner per behandler ved poliklinikkene.

Resultat: Fra 1998 til 2008 økte antall konsultasjoner per behandler med syv prosent. Veksten i den polikliniske virksomheten skyldes dermed større økning i antall behandlere enn forutsatt i planen.

Tabell 3.3 Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Utvikling for Helse Sør-Øst RHF

| Helse Sør-Øst RHF | 1998 | 2008 | Endring 1998-2008 | |
|---|---------|---------|-------------------|---------|
| | | | Absolutte tall | Prosent |
| Driftskostnader PHV-samlet | 6 825 | 9 104 | 2 279 | 33 |
| Driftskostnader PHV-BU | 962 | 1 551 | 589 | 61 |
| Driftskostnader PHV-V | 5 863 | 7 553 | 1 690 | 29 |
| Døgnplasser PHV-BU | 191 | 183 | -8 | -4 |
| Polikliniske legeårsverk PHV-BU | 65 | 102 | 37 | 56 |
| Polikliniske psykologårsverk PHV-BU | 163 | 347 | 184 | 113 |
| Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU | 106 | 143 | 37 | 35 |
| Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU | 97 | 274 | 177 | 182 |
| Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU | 432 | 866 | 434 | 100 |
| Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU | 255 | 555 | 300 | 118 |
| Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU | 11 | 17 | 6 | 55 |
| Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU | 24 | 32 | 8 | 33 |
| Dekningsgrad PHV-BU | 2,1 | 5,0 | 2,9 | 138 |
| Årsverk PHV-V | 7 658 | 9 600 | 1 942 | 25 |
| Legeårsverk PHV-V | 518 | 762 | 244 | 47 |
| Psykologårsverk PHV-V | 335 | 719 | 384 | 115 |
| Sykepleierårsverk PHV-V | 2 596 | 3 299 | 703 | 27 |
| Årsverk annet høyskoleutdannet personell PHV-V | 651 | 836 | 185 | 28 |
| Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V | 4 101 | 5 616 | 1 515 | 37 |
| Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V | 2 199 | 2 003 | -196 | -9 |
| Årsverk annet personell PHV-V | 1 358 | 1 981 | 623 | 46 |
| Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V | 54 | 58 | 5 | |
| Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn | 28 | 142 | 114 | 405 |
| Årsverk univers.-/høysk. PHV-V i DPS-døgn | 593 | 1 187 | 594 | 100 |
| Døgnplasser PHV-V i DPS | 854 | 949 | 95 | 11 |
| Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS | 0,03 | 0,15 | 0,12 | 355 |
| Årsverk univers.-/høysk. per døgnplass PHV-V i DPS | 0,69 | 1,25 | 0,56 | 80 |
| Årsverk per døgnplass PHV-V i DPS | 1,62 | 2,35 | 0,73 | 45 |
| Avtalespesialister leger | 127 | 140 | 13 | 10 |
| Avtalespesialister psykologer | 254 | 278 | 24 | 9 |
| Sum avtalespesialistårsverk | 381 | 418 | 37 | 10 |
| Døgnplasser Sykehus PHV-V | 1 894 | 1 473 | -421 | -22 |
| Døgnplasser DPS PHV-V | 854 | 949 | 95 | 11 |
| Døgnplasser sykehjem PHV-V | 601 | 112 | -489 | -81 |
| Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V | 66 | 48 | -18 | -27 |
| Totalt døgnplasser PHV-V | 3 415 | 2 582 | -833 | -24 |
| Polikliniske fagårsverk PHV-V | 688 | 1 411 | 723 | 105 |
| Polikliniske konsultasjoner PHV-V | 273 218 | 634 368 | 361 150 | 132 |
| Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V | 397 | 449 | 52 | 13 |

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 3.4 Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Utvikling for Helse Vest RHF

| Helse Vest RHF | 1998 | 2008 | Endring 1998-2008 | |
|---|--------|---------|-------------------|---------|
| | | | Absolutte tall | Prosent |
| Driftskostnader PHV-samlet | 2 149 | 3 126 | 977 | 45 |
| Driftskostnader PHV-BU | 248 | 519 | 271 | 109 |
| Driftskostnader PHV-V | 1 901 | 2 607 | 706 | 37 |
| Døgnplasser PHV-BU | 52 | 61 | 9 | 17 |
| Polikliniske legeårsverk PHV-BU | 20 | 48 | 28 | 138 |
| Polikliniske psykologårsverk PHV-BU | 57 | 139 | 82 | 143 |
| Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU | 27 | 47 | 20 | 76 |
| Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU | 20 | 66 | 46 | 229 |
| Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU | 124 | 300 | 176 | 142 |
| Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU | 242 | 394 | 152 | 63 |
| Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU | 11 | 15 | 4 | 38 |
| Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU | 23 | 27 | 4 | 17 |
| Dekningsgrad PHV-BU | 1,4 | 3,7 | 2,3 | 164 |
| Årsverk PHV-V | 2 737 | 3 199 | 462 | 17 |
| Legeårsverk PHV-V | 158 | 204 | 46 | 29 |
| Psykologårsverk PHV-V | 112 | 262 | 150 | 134 |
| Sykepleierårsverk PHV-V | 948 | 1 372 | 424 | 45 |
| Årsverk annet høyskoleutdannet personell PHV-V | 218 | 272 | 54 | 25 |
| Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V | 1 435 | 2 110 | 675 | 47 |
| Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V | 805 | 642 | -163 | -20 |
| Årsverk annet personell PHV-V | 497 | 448 | -49 | -10 |
| Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V | 52 | 66 | 14 | |
| Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn | 6 | 100 | 94 | 1 482 |
| Årsverk univers.-/høysk. personell PHV-V i DPS-døgn | 105 | 707 | 602 | 574 |
| Døgnplasser PHV-V i DPS | 159 | 472 | 313 | 197 |
| Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS | 0,04 | 0,21 | 0,17 | 433 |
| Årsverk univers.-/høysk. per døgnplass PHV-V i DPS | 0,66 | 1,50 | 0,84 | 127 |
| Årsverk per døgnplass PHV-V i DPS | 1,41 | 2,33 | 0,92 | 65 |
| Avtalespesialister leger | 26 | 30 | 4 | 15 |
| Avtalespesialister psykologer | 83 | 93 | 10 | 12 |
| Sum avtalespesialistårsverk | 109 | 123 | 14 | 13 |
| Døgnplasser Sykehus PHV-V | 577 | 484 | -93 | -16 |
| Døgnplasser DPS PHV-V | 159 | 472 | 313 | 197 |
| Døgnplasser sykehjem PHV-V | 542 | 0 | -542 | -100 |
| Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V | 16 | 0 | -16 | -100 |
| Totalt døgnplasser PHV-V | 1 294 | 956 | -338 | -26 |
| Polikliniske fagårsverk PHV-V | 195 | 486 | 291 | 149 |
| Polikliniske konsultasjoner PHV-V | 84 622 | 200 770 | 116 148 | 137 |
| Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V | 434 | 413 | -21 | -5 |

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 3.5 Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Utvikling for Helse Midt-Norge RHF

| Helse Midt-Norge RHF | 1998 | 2008 | Endring 1998-2008 | |
|---|--------|---------|-------------------|---------|
| | | | Absolutte tall | Prosent |
| Driftskostnader PHV-samlet | 1 446 | 1 948 | 502 | 35 |
| Driftskostnader PHV-BU | 170 | 333 | 163 | 96 |
| Driftskostnader PHV-V | 1 276 | 1 615 | 339 | 27 |
| Døgnplasser PHV-BU | 26 | 40 | 14 | 54 |
| Polikliniske legeårsverk PHV-BU | 17 | 43 | 26 | 153 |
| Polikliniske psykologårsverk PHV-BU | 49 | 78 | 29 | 59 |
| Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU | 21 | 40 | 19 | 90 |
| Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU | 28 | 71 | 43 | 154 |
| Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU | 115 | 232 | 117 | 101 |
| Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU | 244 | 368 | 124 | 51 |
| Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU | 12 | 14 | 2 | 13 |
| Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU | 21 | 27 | 6 | 29 |
| Dekningsgrad PHV-BU | 1,6 | 4,2 | 2,6 | 163 |
| Årsverk PHV-V | 1 868 | 2 096 | 228 | 12 |
| Legeårsverk PHV-V | 98 | 159 | 61 | 62 |
| Psykologårsverk PHV-V | 76 | 173 | 97 | 127 |
| Sykepleierårsverk PHV-V | 634 | 843 | 209 | 33 |
| Årsverk annet høyskoleutdannet personell PHV-V | 178 | 205 | 27 | 15 |
| Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V | 986 | 1 380 | 394 | 40 |
| Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V | 497 | 363 | -134 | -27 |
| Årsverk annet personell PHV-V | 385 | 354 | -31 | -8 |
| Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V | 53 | 66 | 13 | |
| Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn | 0 | 31 | 31 | 52 317 |
| Årsverk univers.-/høysk. personell PHV-V i DPS-døgn | 177 | 277 | 100 | 56 |
| Døgnplasser PHV-V | 351 | 229 | -122 | -35 |
| Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS | 0,00 | 0,14 | 0,14 | 80 242 |
| Årsverk univers.-/høysk. per døgnplass PHV-V i DPS | 0,50 | 1,21 | 0,70 | 140 |
| Årsverk per døgnplass PHV-V i DPS | 1,15 | 2,00 | 0,85 | 74 |
| Avtalespesialister leger | 9 | 7 | -2 | -22 |
| Avtalespesialister psykologer | 28 | 32 | 4 | 14 |
| Sum avtalespesialistårsverk | 37 | 39 | 2 | 5 |
| Døgnplasser Sykehus PHV-V | 408 | 324 | -84 | -21 |
| Døgnplasser DPS PHV-V | 351 | 229 | -122 | -35 |
| Døgnplasser sykehjem PHV-V | 74 | 15 | -59 | -80 |
| Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V | 0 | 6 | 6 | |
| Totalt døgnplasser PHV-V | 833 | 574 | -259 | -31 |
| Polikliniske fagårsverk PHV-V | 176 | 384 | 208 | 118 |
| Polikliniske konsultasjoner PHV-V | 66 266 | 159 700 | 93 434 | 141 |
| Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V | 377 | 416 | 39 | 10 |

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 3.6 Måltall for Opptreppingsplanen 1998-2008. Utvikling for Helse Nord RHF

| Helse Nord RHF | 1998 | 2008 | Endring 1998-2008 | |
|---|--------|---------|-------------------|---------|
| | | | Absolutte tall | Prosent |
| Driftskostnader PHV-samlet | 1 124 | 1 717 | 593 | 53 |
| Driftskostnader PHV-BU | 160 | 333 | 173 | 108 |
| Driftskostnader PHV-V | 963 | 1 384 | 421 | 44 |
| Døgnplasser PHV-BU | 24 | 39 | 15 | 63 |
| Polikliniske legeårsverk PHV-BU | 12 | 24 | 12 | 98 |
| Polikliniske psykologårsverk PHV-BU | 49 | 64 | 15 | 30 |
| Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU | 31 | 42 | 11 | 34 |
| Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU | 29 | 82 | 53 | 182 |
| Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU | 121 | 211 | 90 | 74 |
| Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU | 228 | 475 | 247 | 108 |
| Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU | 9 | 15 | 6 | 67 |
| Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU | 25 | 32 | 7 | 28 |
| Dekningsgrad PHV-BU | 3,0 | 6,3 | 3,3 | 110 |
| Årsverk PHV-V | 1 391 | 1 831 | 440 | 32 |
| Legeårsverk PHV-V | 96 | 128 | 32 | 33 |
| Psykologårsverk PHV-V | 92 | 146 | 54 | 59 |
| Sykepleierårsverk PHV-V | 355 | 615 | 260 | 73 |
| Årsverk annet høyskoleutdannet personell PHV-V | 117 | 263 | 146 | 125 |
| Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V | 660 | 1 152 | 492 | 75 |
| Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V | 474 | 341 | -133 | -28 |
| Årsverk annet personell PHV-V | 258 | 337 | 79 | 31 |
| Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V | 47 | 63 | 16 | |
| Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn | 11 | 22,14 | 11 | 101 |
| Årsverk univers.-/høysk. personell PHV-V i DPS-døgn | 108 | 301 | 193 | 180 |
| Døgnplasser PHV-V i DPS | 128 | 183 | 55 | 43 |
| Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS | 0,09 | 0,12 | 0,04 | 41 |
| Årsverk univers.-/høysk. per døgnplass PHV-V i DPS | 0,84 | 1,64 | 0,80 | 96 |
| Årsverk per døgnplass PHV-V | 2,13 | 3,00 | 0,88 | 41 |
| Avtalespesialister leger | 6 | 6 | 0 | 0 |
| Avtalespesialister psykologer | 12 | 15 | 3 | 25 |
| Sum avtalespesialistårsverk | 19 | 21 | 2 | 11 |
| Døgnplasser Sykehus PHV-V | 219 | 258 | 39 | 18 |
| Døgnplasser DPS PHV-V | 128 | 183 | 55 | 43 |
| Døgnplasser sykehjem PHV-V | 81 | 0 | -81 | -100 |
| Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V | 10 | 4 | -6 | -60 |
| Totalt døgnplasser PHV-V | 438 | 445 | 7 | 2 |
| Polikliniske fagårsverk PHV-V | 169 | 366 | | |
| Polikliniske konsultasjoner PHV-V | 52 073 | 104 060 | | |
| Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V | 309 | 284 | | |

Datakilde: NPR og SSB

4 Barn og unge i det psykiske helsevernet – 1998-2008

Marit Sitter

4.1 Sammendrag

I dette kapitlet undersøker vi utvikling og endring i pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge (0-17 år) i løpet av opptrappingsperioden. Vi har sett på hvilke grupper av barn og unge som har mottatt tilbud, og innenfor hvilke pasientgrupper veksten har funnet sted. Pasientsammensetningen er belyst med utgangspunkt i pasientenes kjønn, alder og problemområde.

Det har i løpet av opptrappingsperioden vært en kraftig vekst i antallet barn og unge som har mottatt behandling. Fra 1998 til 2008 økte antallet pasienter fra 20 634 til 53 111, en vekst på 157 prosent. Dekningsgraden (pasienter i prosent av antall barn og unge) økte fra 2,0 prosent i 1998 til 4,8 prosent i 2008. Målet om fem prosent dekning er derfor langt på vei innfridd på nasjonalt nivå.

Til tross for målet om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted, har det gjennom hele perioden vært store regionale forskjeller i dekningsgraden. Ved Opptrappingsplanens slutt hadde helseregion Nord og helseregion Sør-Øst nådd målet om fem prosent dekningsgrad. Helseregion Midt-Norge, og særlig helseregion Vest lå fortsatt betydelig under måltallet.

Gjennom hele perioden har det vært høyere behandlingsrater blant gutter enn blant jenter. Mens 1,8 prosent av jentene hadde et behandlingstilbud i 1998, var dekningsgraden for gutter 2,1 prosent. Ved opptrappingsplanens slutt var dekningsgraden 4,2 prosent for jenter og 5,3 prosent for gutter. Forskjellene mellom gutter og jenter som mottok behandling økte derfor fra 1998 til 2008. Mens behandlingsratene for jenter økte med 133 prosent i perioden, var tilsvarende tall for gutter 152 prosent.

Det er også klare forskjeller i tilgangen til tjenesten for ulike aldersgrupper. Ungdom 13 år og eldre hadde den høyeste behandlingsraten per innbygger i hele opptrappingsperioden, mens de yngste barna hadde den laveste raten samtlige år. Det er også i ungdomsgruppen vi finner den sterkeste økningen de siste årene. Mens 1,0 prosent av førskolebarn mottok et behandlingstilbud i 2008, var behandlingsraten for ungdomsgruppen 7,6 prosent. Blant barn i alderen 6-12 år mottok 4,9 prosent behandling. Barn i førskolealder synes å ha blitt prioritert sterkere i Opptrappingsplanens slutfase, hvor vi ser en sterkere vekst de siste tre år.

Fra 1998 og fram til 2004 var behandlingsratene høyest for barn og unge henvist for atferdsvansker. Fra 2005 til 2008 var flest henvist pga hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Det har gjennom hele perioden vært klare forskjeller mellom kjønnene i bakgrunnen for henvisningene. For guttene var behandlingsratene i 1998 størst for pasienter henvist for atferdsvansker. I 2008 utgjorde hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den vanligste årsaken. Blant jenter var behandlingsratene høyest for pasienter henvist for tristhet/depresjon/sorg

begge år. Den relative veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2008 var imidlertid sterkest for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker for begge kjønn.

Det var også forskjeller i henvisningsgrunn i ulike aldersgrupper. Blant førskolebarn (0-6 år) utgjorde barn med atferdsvansker den største pasientgruppen. Det samme gjaldt barn i alderen 7-12 år i første del av opptrappingsperioden, mens hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker var viktigste henvisningsgrunn i 2008. Tristhet, depresjon og sorg var viktigste henvisningsårsak for ungdom (13-18 år). For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Avslutningsvis i dette kapitlet har vi presentert pasientenes fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Opplysningene om diagnose har gjennom hele perioden vært mangelfullt registrert. Andelen pasienter som mangler diagnose har imidlertid gått ned fra 47,0 prosent i 1998 til 33,5 prosent i 2008.

Blant pasientene som er diagnostisert har andelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser økt fra 15 prosent i 1998 til 26 prosent i 2008. Tilsvarende ser vi en nedgang i andelen pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser, fra 35 prosent i 1998 til 17 prosent i 2008. Prosentandelen med affektive lidelser har økt fra omlag fem prosent til nær sju prosent. Videre ser vi at pasienter med Z-diagnoser har økt markant i perioden, fra fem prosent i 1998 til nær 20 prosent i 2008.

4.2 Innledning og problemstilling

Et overordnet mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse var å styrke tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer (St.prp. nr. 63, 1997-1998, St.meld. nr. 25, 1996-97). Dette omfattet både utbygging av kommunale tilbud og styrking av det psykiske helsevernet. Det ble knyttet konkrete måltall til utbyggingen av tjenestene både når det gjaldt kapasitet, produktivitet og dekningsgrad. Et av de sentrale målene for spesialisthelsetjenesten var å gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen innen planperiodens slutt. Med en dekningsgrad på 4,8 prosent i 2008, er dette målet langt på vei innfridd på nasjonalt nivå.

Hvilke pasientgrupper har så blitt ivaretatt gjennom spesialisthelsetjenestens økte tilbud? Er pasientsammensetningen endret i perioden, ved at nye pasientgrupper har fått tilbud om behandling? Eller er forholdet mellom pasientgruppene fortsatt den samme som ved starten av opptrappingsperioden?

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 2008. Utviklingstall presenteres i hovedsak på nasjonalt nivå.

4.3 Data og metode

Analysene i kapitlet er basert på pasientdata for barn og unge i psykisk helsevern og omfatter statistikkårne 1998 til 2008. Datasettene for årgangene 1998 til 2002, ble innsamlet av HIADATA AS etter avtale med Norsk Forening for Barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI), og kvalitetskontrollert av SINTEF i samråd med HIADATA AS. Fra 2003 ble datasettene innhentet og kvalitetskontrollert av Norsk pasientregister (NPR), 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 ulik 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 kompletthet 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 aldergrupper for samtlige år. For årgangene 1998 og 2008 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. En tidligere SINTEF-studie viser imidlertid at det er et tydelig samsvar mellom henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten og hvilke diagnoser som settes i det psykiske helsevernet for barn og unge (Sitter, 2008).

Avslutningsvis i kapitlet presenteres fordelingen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i opptrappingsperioden. Til tross for at variablene som måler tilstander/diagnoser er beheftet med manglende responser for samtlige år, ønsker vi å vise hvordan utviklingen har vært både for andelen ubesvarte samt fordelingen for de øvrige diagnosekategoriene fra 1998 til 2008.

I analysene i dette kapitlet presenteres relative fordelinger og dekningsgrad på nasjonalt nivå ved hjelp av grafiske fremstillinger for perioden 1998 til 2008 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 CV¹⁰.

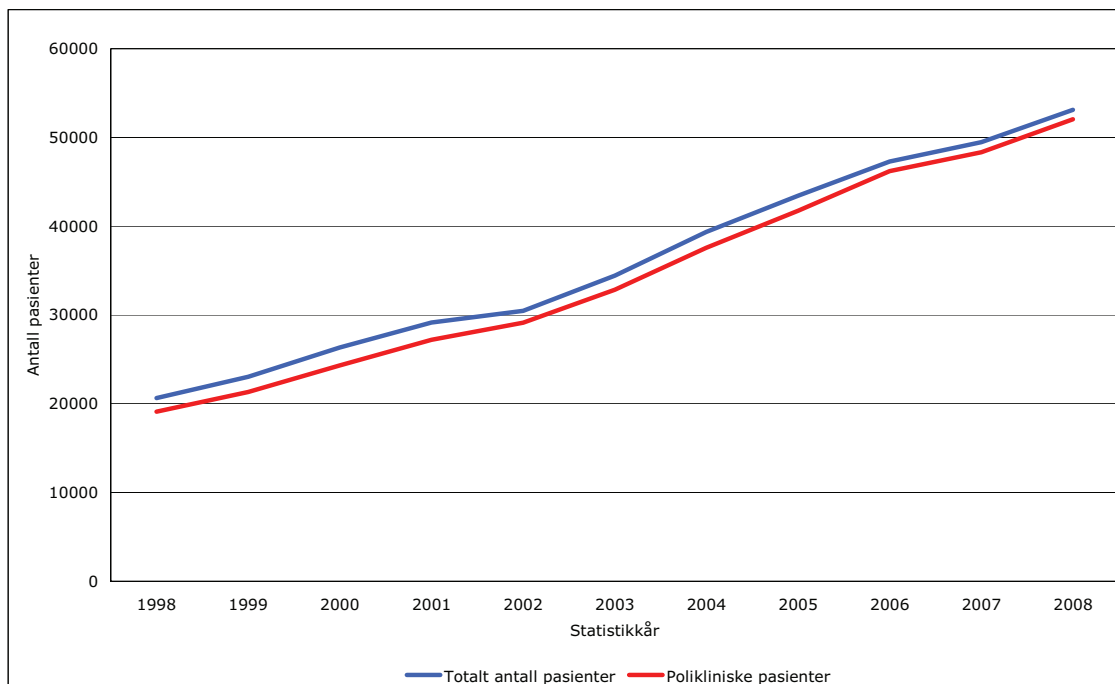
4.4 Utvikling for barn og unge i det psykiske helsevernet 1998-2008

4.4.1 Utvikling i antall barn og unge som har mottatt behandling i opptrappingsperioden

Barn og unge har vært et prioritert satsingsområde i Opptrappingsplanen for psykisk helse, og ett av de mest sentrale målene var å gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år innen planperiodens slutt.

Figur 1.1 viser utviklingen i antall pasienter som har mottatt et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 1998 til 2008, fordelt på omsorgsnivå.

¹⁰ CV er definert som standardavviket dividert med gjennomsnittet.



Datakilde: NPR

Figur 4.1 Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998–2008

Det har vært en jevn og kraftig vekst i antall pasienter som har mottatt behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge fra Opptrappingsplanens start i 1999 og fram til avslutningen i 2008. Totalt økte pasienttallet fra 20 634 pasienter i 1998 til 53 111 pasienter i 2008, en vekst på 157 prosent¹¹. Dette betyr at om lag 33 000 flere pasienter fikk behandling i 2008 enn i basisåret 1998.

Polikliniske pasienter har i hele perioden utgjort den største andelen av pasientmassen. I 1998 mottok 93 prosent av pasientene et poliklinisk tilbud. Tilsvarende tall for 2008 var 98 prosent¹². Økt satsing på polikliniske og ambulante tilbud i opptrappingsperioden har gjort at veksten i antallet polikliniske pasienter har økt sterkt (172 prosent).

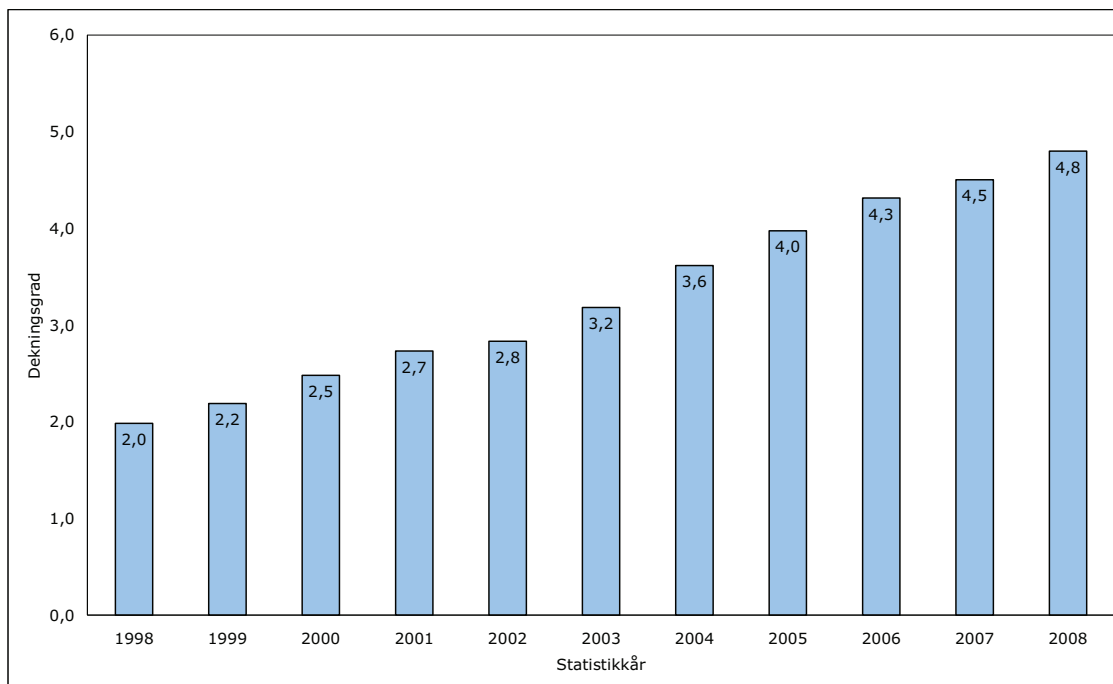
4.4.2 Utvikling i dekningsgraden for barn og unge i opptrappingsperioden

Ved Opptrappingsplanens start ble den nasjonale dekningsgraden for pasienter i det psykiske helsevernet beregnet til å omfatte to prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. For å nå 5-prosentmålet var det nødvendig med en kraftig kapasitetsvekst i form av nye behandlerårsverk og økte økonomiske rammer. I tillegg ble det satt fokus på økt produktivitet i poliklinikkene, for derigjennom å oppnå at hver fagperson behandlet flere pasienter. Ved utgangen av 2008 hadde det polikliniske personellet økt med 105 prosent og årsverk knyttet til døgn- og dagbehandling med 50 prosent. Driftskostnadene økte med 88 prosent i samme periode (SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 1/09).

I figur 4.2 ser vi utviklingen i dekningsgrad (antall behandlede i prosent av befolkningen) i perioden 1998 til 2008.

¹¹ Antallet pasienter som presenteres er alle pasienter som mottar behandling i det enkelte statistikkår. Dette innebærer at pasienter som behandles over flere år, vil være med i tallgrunnet for samtlige år de mottar behandling.

¹² Da enkelte pasienter både mottar poliklinisk og døgn- /dagbehandling, vil antall pasienter samlet sett være lavere enn summen av pasienter på ulike omsorgsnivå. Dette gjelder også ved presentasjon av andelen polikliniske og døgn-/dagpasienter.



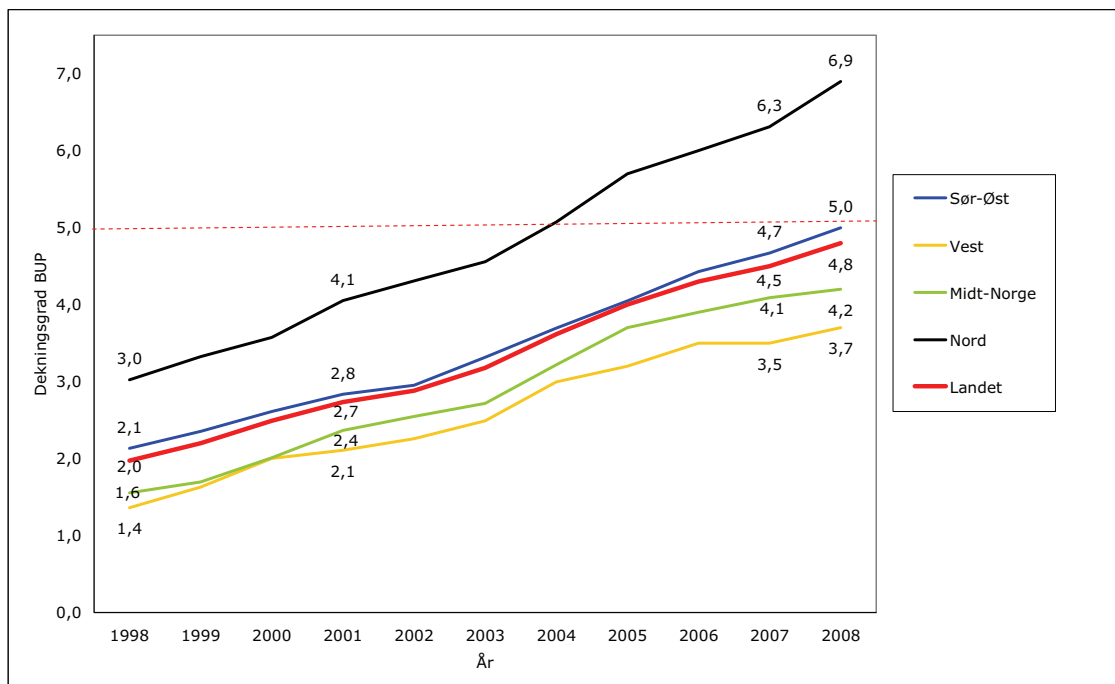
Figur 4.2 Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonalt nivå. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998-2008

I løpet av opptrappingsperioden økte dekningsgraden for barn og unge fra 2,0 prosent per 100 innbyggere i 1998 til 4,8 prosent i 2008. Målet om fem prosent dekning av barne- og ungdomsbefolkningen var derfor langt på vei innfridd på nasjonalt nivå ved utgangen av opptrappingsperioden.

4.4.3 Dekningsgrad i helseregionene

På regionalt nivå har det i hele opptrappingsperioden vært store forskjeller mellom helseregionene i andelen barn og unge som har mottatt behandling. Til tross for at lik tilgang til tjenester uavhengig av bosted fortsatt er et sentralt helsepolitisk mål, har tilgjengeligheten til denne tjenesten vært ulik for barne- og ungdomsbefolkningen i helseregionene i hele opptrappingsperioden.

Figur 4.3 gir en oversikt over utviklingen i dekningsgrad i helseregionene fra 1998 til 2008. For å få sammenlignbare tall for hele perioden, ble tidligere helseregion Sør og helseregion Øst slått sammen i årene fra 1998 til 2006 under benevnelsen helseregion Sør-Øst.



Datakilde: NPR

Figur 4.3 Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Regionalt nivå. 1998-2008

Det har i perioden 1998-2008 vært en klar vekst i andelen barn og unge som har mottatt behandling i samtlige helseregioner. Helseregionene hadde imidlertid ulikt utgangspunkt ved Opptrappingsplanens start i 1998. Helseregion Nord ga allerede i 1998 et behandlingstilbud til tre prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i sitt opptaksområde, og har i hele opptrappingsperioden hatt en langt høyere dekningsgrad enn de øvrige regionene. Motsatt hadde helseregion Vest lavest dekning for barn og unge i hele 10-årsperioden. Helseregion Midt-Norge lå i første del av perioden omtrent på samme nivå som helseregion Vest, men hadde utover perioden sterkere vekst enn region Vest. Helseregion Sør-Øst hadde nest høyeste dekning blant helseregionene samtlige år.

Ved utgangen av planperioden ga helseregion Nord tilbud til nær syv prosent av barne- og ungdomsbefolkningen, mens helseregion Vest hadde en dekning på 3,7 prosent. Til tross for denne forskjellen i tilgangen til tjenestene i 2008, har det skjedd en tilnærming mellom regionene i perioden ved at forskjellene i dekningsgrad har blitt mindre (CV=0,35 i 1998, CV=0,28 i 2008).

Figur 4.3 viser at to av helseregionene, Nord og Sør-Øst, har nådd femprosentmålet ved Opptrappingsplanens slutt i 2008. De to øvrige helseregionene, og spesielt helseregion Vest, men har fortsatt et behandlingstilbud til en betydelig lavere andel av barne- og ungdomsbefolkningen enn måltallet.

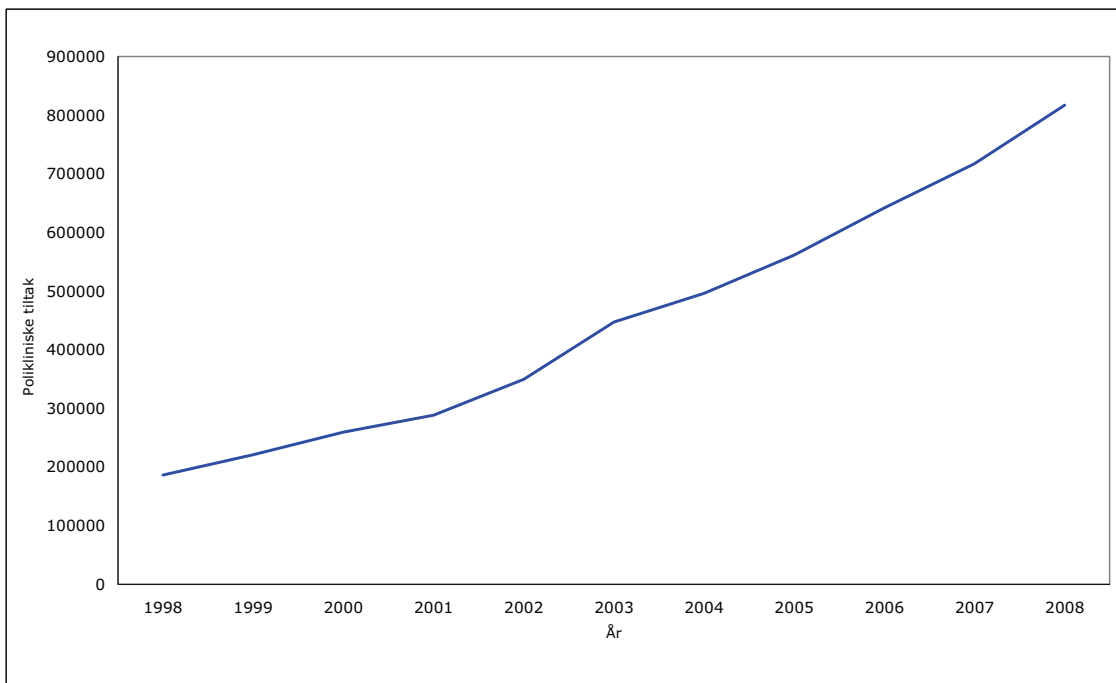
Det er for øvrig store forskjeller innad i helseregionene og mellom helseforetaksområdene i dekningsgrad og tilgjengelighet til tjenestene. Dette er belyst nærmere i kapittel 7.

4.4.4 Polikliniske tiltak – nasjonal og regional utvikling

Ved poliklinisk behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, blir behandlingen målt i antall polikliniske tiltak. Tiltakene kan både være direkte og indirekte. Direkte tiltak er enten utredning, observasjon eller behandling (terapi/samtale), mens indirekte tiltak er i

hovedsak ulike former for samarbeid med andre instanser som har en rolle overfor den enkelte pasient.

Figur 4.4 viser utviklingen i antall polikliniske tiltak som ble utført i det psykiske helsevernet i opptrappingsperioden.

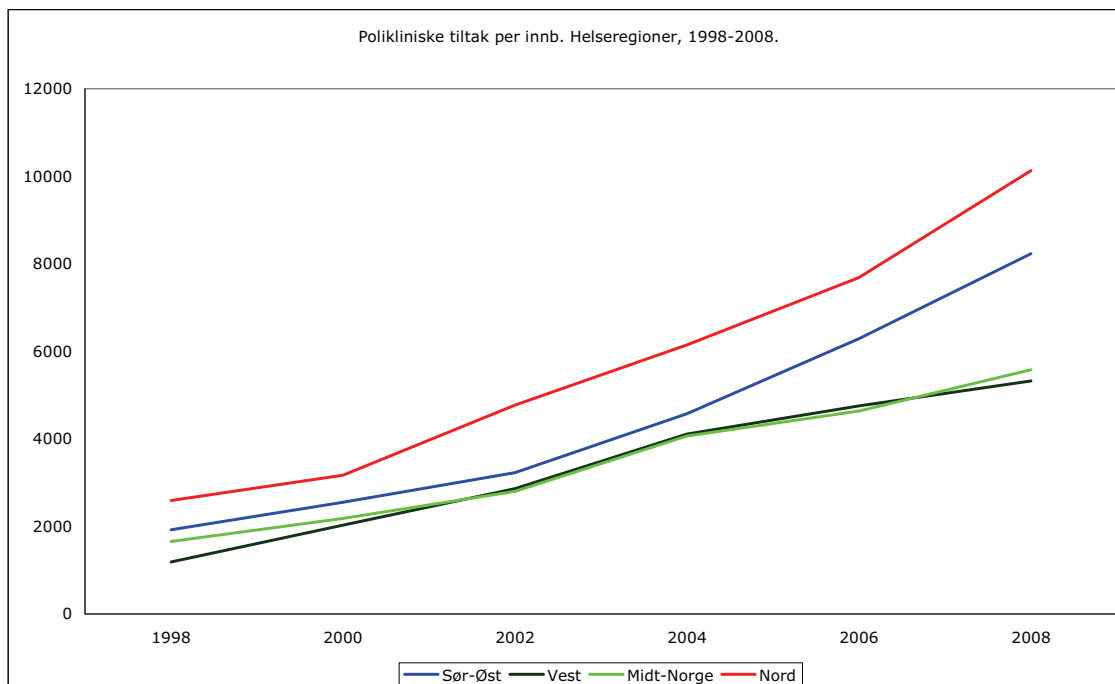


Datakilde: NPR

Figur 4.4 Antall polikliniske tiltak i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998–2008.

Antallet polikliniske tiltak i det psykiske helsevernet for barn og unge økte fra om lag 186 000 i 1998 til 817 000 i 2008. Dette utgjør en vekst på 339 prosent i perioden. Sammenstilt med veksten i behandlede polikliniske pasienter i samme periode (172 prosent), viser dette at hver pasient i gjennomsnitt mottar over 60 prosent flere tiltak i 2008 enn i 1998.

Figur 4.5 viser omfanget av polikliniske tiltak sett i relasjon til befolkningsstørrelsen i de ulike helseregionene fra 1998 til 2008.



Datakilde: NPR

Figur 4.5 Polikliniske tiltak per 10 000 innbyggere (0-17 år), i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseregioner. 1998-2008¹³

I hele opptrappingsperioden hadde barn og unge i helseregion Nord et høyere tiltaksnivå per innbygger enn i de øvrige regionene. Både i 1998 og 2008 mottok befolkningen i helseregion Nord om lag dobbelt så mange tiltak per innbygger som befolkningen i helseregion Vest. Helseregionene Vest og Midt-Norge lå i store deler av opptrappingsperioden om lag på samme nivå, men både ved periodens start og slutt var omfanget av tiltak per innbygger høyest i helseregion Midt-Norge. Befolkningen i helseregion Sør-Øst hadde nest høyeste tiltaksnivå i hele opptrappingsperioden.

Forskjellene mellom helseregionene i polikliniske tiltak per innbygger har holdt seg tilnærmet stabile i perioden (Variasjonskoeffisienten CV=0,318 i 1998, CV= 0,312 i 2008).

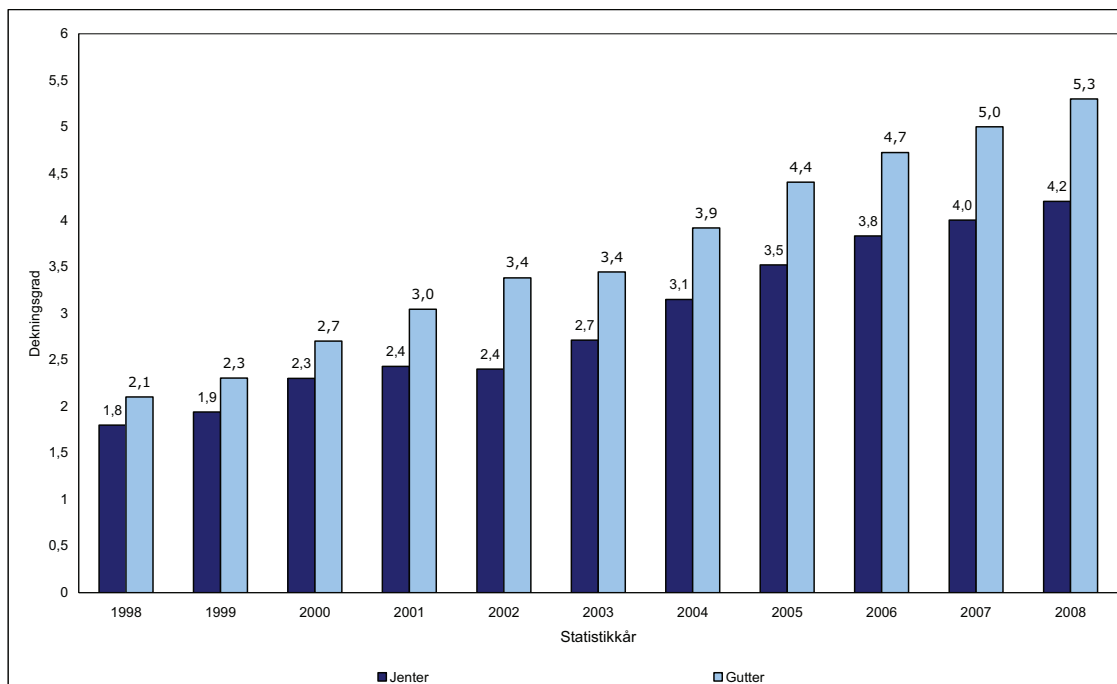
4.5 Utvikling i behandlingsrater for ulike pasientgrupper

I dette avsnittet vil vi analysere pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge i opptrappingsperioden. Dette for å undersøke om det har vært endringer i hvilke pasientgrupper som mottar behandling i løpet av 10-årsperioden. I det etterfølgende vil vi derfor ha fokus på pasientsammensetning mht kjønn, alder og viktigste henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten.

4.5.1 Behandlingsrater etter kjønn

I dette avsnittet belyses pasientsammensetning i forhold til kjønn, og i figur 4.6 presenteres forskjeller i behandlingsrater for gutter og jenter som mottok behandling i det psykiske helsevernet i perioden 1998 til 2008.

¹³ I 2008 er pasientdata for barn og unge i det psykiske helsevernet fra NPR til forskjell fra tidligere år organisert på kontaktnivå i stedet for oppholdsserier. Dette gir som konsekvens at polikliniske tiltak ikke er direkte sammenliknbare med tidligere år.



Datakilde: NPR

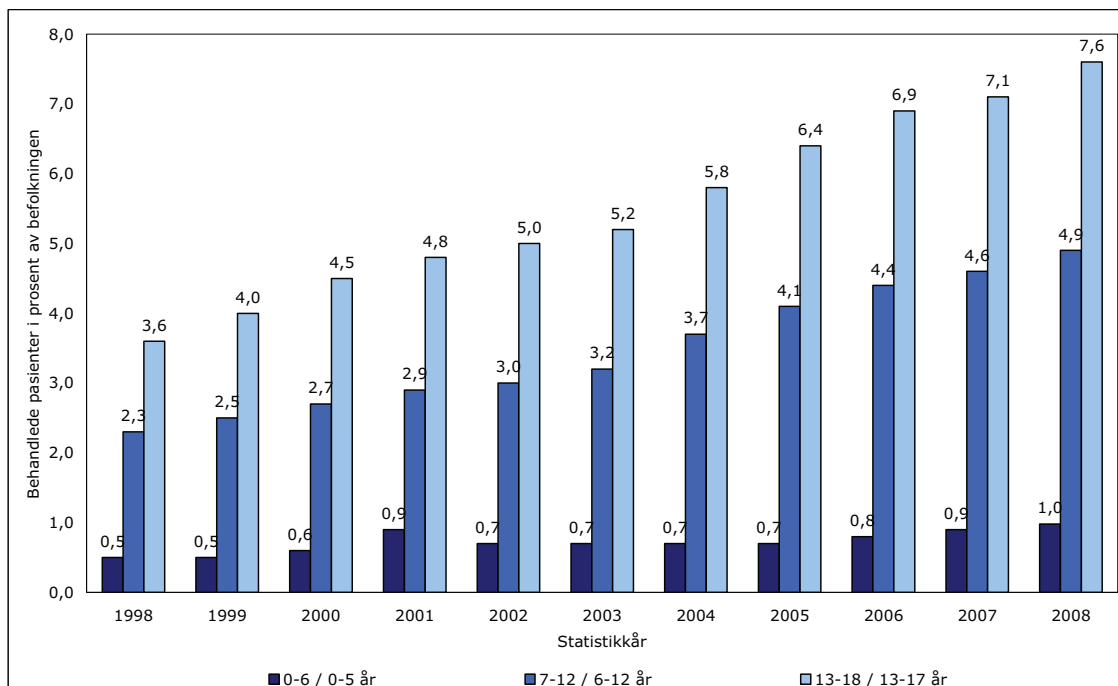
Figur 4.6 Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt på kjønn. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2008

Gjennom hele perioden har det vært høyere behandlingsrater blant gutter enn blant jenter. Mens 1,8 prosent av jentene hadde et behandlingstilbud i 1998, var dekningsgraden for gutter 2,1 prosent. Ved opptrappingsplanens slutt var dekningsgraden 4,2 prosent for jenter og 5,3 prosent for gutter. Forskjellene mellom gutter og jenter som mottok behandling økte derfor fra 1998 til 2008. Mens behandlingsratene for jenter økte med 133 prosent i perioden, var tilsvarende tall for gutter 152 prosent.

4.5.2 Behandlingsrater for ulike aldersgrupper

Figur 4.7 viser behandlingsratene for ulike aldersgrupper for perioden 1998 til 2008. 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 sammenliknbar¹⁴.

¹⁴ På grunn av konsesjonskrav har vi ikke fødselsårsvariabel for årgangene 1998 til 2005. For 2008 har vi imidlertid konsesjon for denne variabelen, og dette gjør det mulig å lage sammenliknbare aldersgrupper for 1998 og 2008 (0-6 år, 7-12 år og 13-18 år). Ved beregning av relativ vekst fra 1998 til 2008 er de sammenliknbare endringstallene satt i parentes.



Datakilde: NPR

Figur 4.7 Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt etter alder. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998 og 2008

Figuren over viser at ungdom (13–17/18 år) hadde den klart høyeste behandlingsraten per innbygger i hele opptrappingsperioden, mens de yngste barna hadde den laveste raten samtlige år. Mens 1 prosent av førskolebarn mottok et behandlingstilbud i 2008, var behandlingsraten for ungdomsgruppen 7,6 prosent samme år.

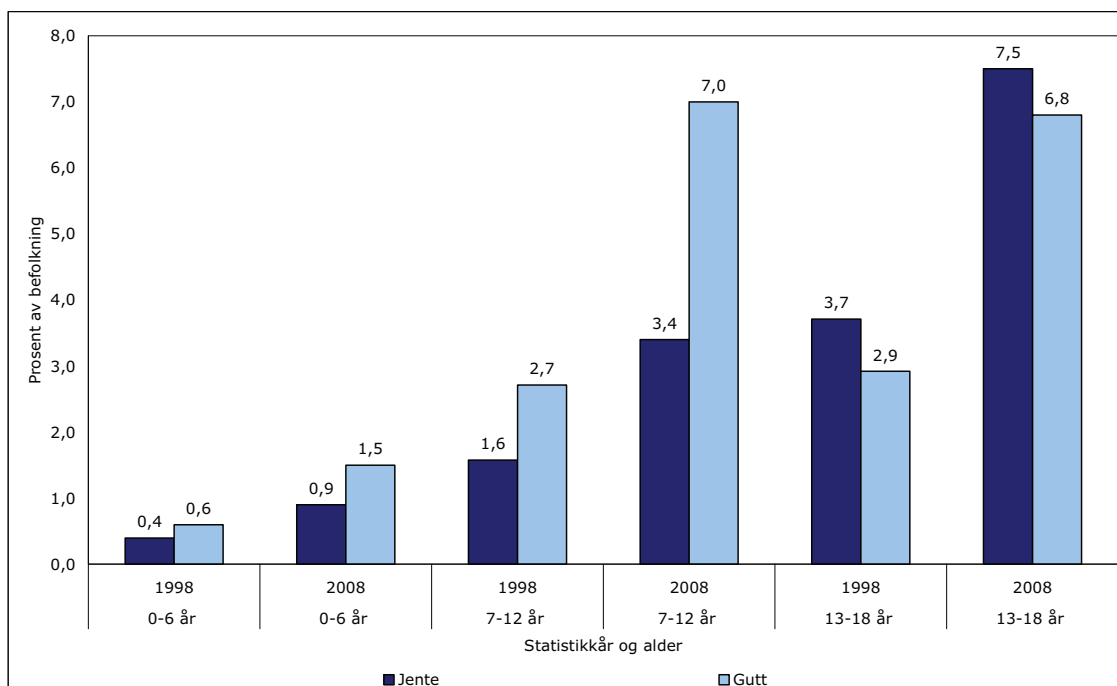
Dekningsgraden økte for samtlige tre aldersgrupper i opptrappingsperioden. Veksten var sterkest for barn alderen 6 til 12 år med en økning på 113 prosent i løpet av perioden 1998 til 2008. Blant de eldste var økningen i behandlingsraten på 111 prosent, mens raten for de yngste barna økte med 100 prosent.

Mens ungdomsgruppen hadde høyeste dekning samtlige år, hadde barn i førskolealder den laveste behandlingsraten og veksten i løpet av planperioden. Likevel synes denne gruppa til å ha blitt prioritert sterkere i Opptrappingsplanens slutfase, veksten i behandlingsraten økte med 43 prosent fra 2005 til 2008.

4.5.3 Behandlingsrater etter kjønn og alder

Figur 4.8 presenterer fordelingen for kjønn og alder samlet. Dette for å undersøke kjønnsforskjeller i behandlingsraten i ulike aldersgrupper.

For å muliggjøre en sammenligning mellom statistikkåret 1998 og 2008 ble aldersinndelingen for 2008 data omgruppert. Aldersinndelingen ble omgruppert inn i følgende kategorier: 0-6 år, 7-12 år og 13-18 år. Dette medfører at det er en diskrepans mellom tall for 2008 i figur 5.5 (hvor aldersinndelingen er 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år) og 5.6.



Datakilde: NPR

Figur 4.8 Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn og alder for 1998 og 2008

Figuren viser at gutter hadde de høyeste behandlingsratene for barn opp til 12 år. Dette gjaldt både i 1998 og 2008. Jenter hadde derimot høyere behandlingsrater blant ungdom begge år.

Fra 1998 til 2008 økte dekningsgraden sterkere for gutter enn for jenter i alle aldersgrupper. Dette bidro til å øke forskjellene mellom gutter og jenter ytterligere for de to yngste alderkategoriene. For pasienter i den eldste aldersgruppen bidro denne veksten til en tilnærming i dekningsgrad mellom kjønnene, i og med at jenter hadde den høyeste raten for denne gruppen i 1998.

4.5.4 Pasientsammensetning og problemområde (henvisningsgrunn)

Har veksten i behandlede pasienter i opptrappingsperioden spesielt vært knyttet til enkelte typer lidelser blant barn og ungdom, eller har økningen vært likt fordelt mellom de ulike kategoriene av problemområder? I dette avsnittet presenteres pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge etter pasientenes problemområde for opptrappingsplansperioden.

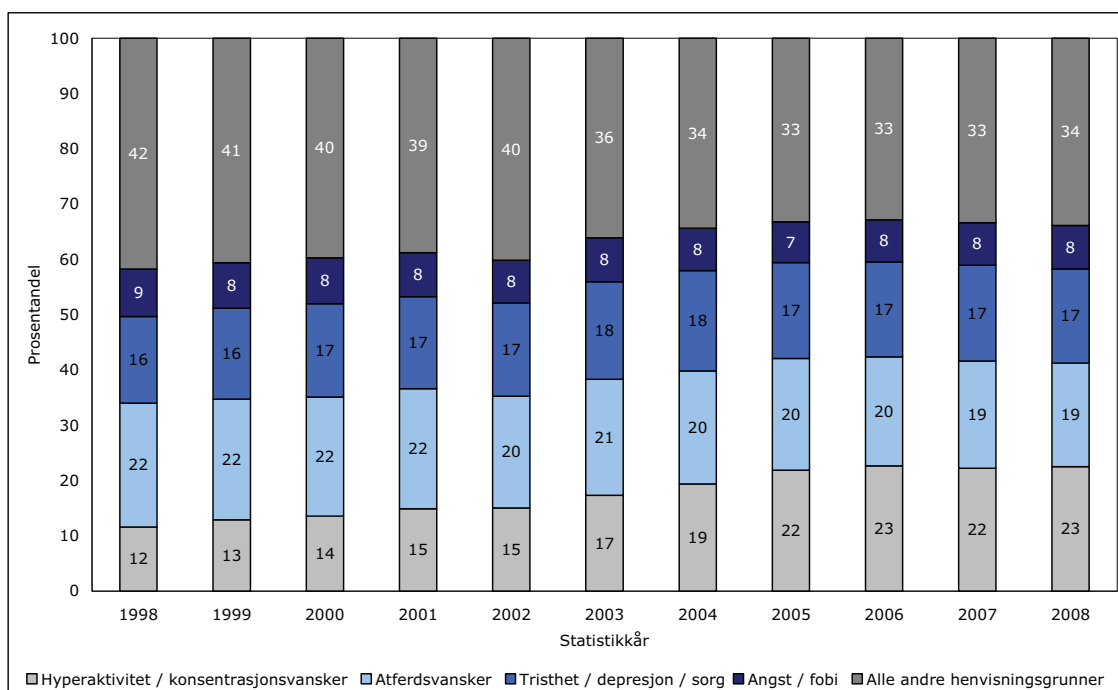
På grunn av mangelfull registrering av tilstander/diagnoser i pasientdatasettene, benyttes barnets viktigste henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten for å beskrive pasientenes problemområde og studere endringer i pasientsammensetning i perioden. Denne variabelen gjenspeiler førstelinjens definisjon av barnets problem, og tilsvarer nødvendigvis ikke spesialisthelsetjenestens vurdering av problemet. En tidligere SINTEF-studie viser imidlertid at det er et tydelig samsvar mellom henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten og hvilke diagnoser som settes i det psykiske helsevernet for barn og unge (Sitter, 2008).

Også når det gjelder variabelen henvisningsgrunn mangler vi opplysninger for en del av pasientene. For å kunne studere utviklingen over tid, har vi derfor korrigert behandlings-

ratene som presenteres forholdsmessig for mangelfull registrering for hvert av årene¹⁵. Fordi gruppene er små, standardiseres ratene i forhold til 10 000, og ikke per 100 innbyggere som i det foregående.

De hyppigst forekommende henvisningsårsakene til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge er 1) hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, 2) atferdsvansker, 3) tristhet/depresjon/sorg og 4) angst/fobi. På grunn av dette har vi i det etterfølgende valgt å legge vekt på disse, og samle de øvrige henvisningsårsakene til en kategori kalt "andre henvisningsgrunner".

I figur 4.9 presenteres prosentandelen pasienter for de fire hyppigst brukte henvisningsårsakene i det psykiske helsevernet fra 1998 til 2008. I tillegg vises andelen for alle andre henvisningsgrunner samlet.



Datakilde: NPR

Figur 4.9 Prosentandel barn og unge i psykisk helsevern fordelt etter viktigste henvisningsgrunn. 1998-2008

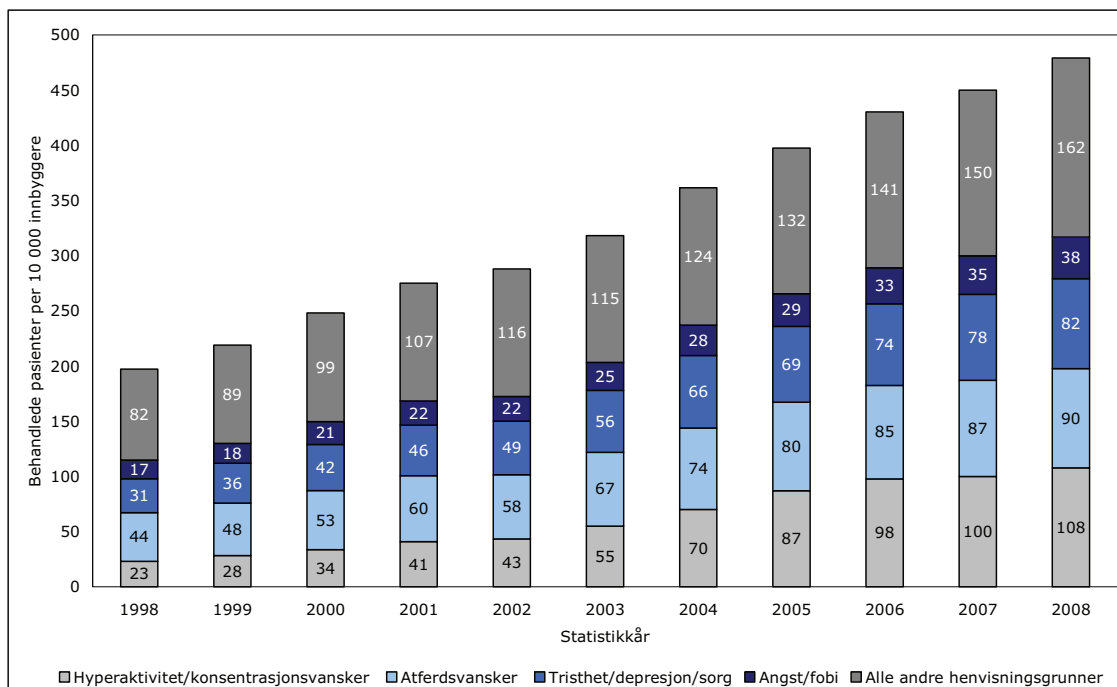
For pasienter som mottok behandling i det psykiske helsevernet i 1998 utgjorde de fire største årsakene til henvisning 58 prosent. I 2008 utgjorde de samme henvisningsgrunnene til sammen 67 prosent.

Økningen i perioden har primært vært knyttet til barn og unge henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. I opptrappingsperioden økte andelen pasienter i denne gruppen fra 12 prosent i 1998 til 23 prosent i 2008. Figuren viser også at andelen pasienter henvist for atferdsvansker gikk noe ned i perioden. Mens 22 prosent av pasientene ble henvist til behandling med bakgrunn i denne typen problematikk i 1998, gikk andelen gradvis ned til 19 prosent av pasientene i 2008. Andelen pasienter som ble henvist på bakgrunn av tristhet, depresjon eller sorg økte med ett prosentpoeng i perioden, mens andelen med angst/fobi gikk ned fra 1998 til 2008 med ett prosentpoeng.

¹⁵ Andel ubesvarte er fordelt på de ulike henvisningskategoriene i forhold til den prosentvise fordelingen for variabelen for hvert av årene.

Figur 4.9 viser også en reduksjon i andelen pasienter (42 til 34 prosent) i gruppen "andre henvisningsgrunner". Denne reduksjonen består i hovedsak av nedgang i prosentandel pasienter med suicidalfare, hemmet atferd, spiseproblemer og kategorien "ingen".

I figur 4.10 er det tatt hensyn til befolkningsutviklingen, og behandlingsrater for pasienter med de fire hyppigste henvisningsgrunnene for samtlige år i perioden presenteres.



Datakilde: NPR

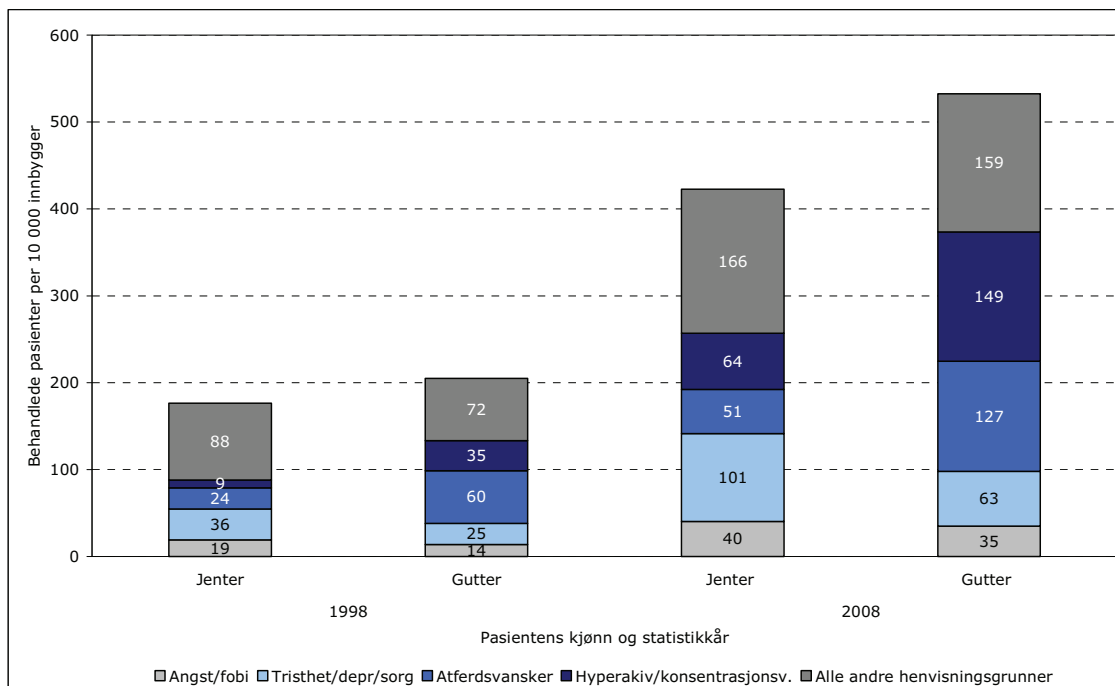
Figur 4.10 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn i psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998-2008

Barn og unge henvist for atferdsvansker, tristhet/depresjon/sorg og angst/fobi har også de høyeste befolkningsbaserte behandlingsratene i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 1998 til 2008.

Fra 1998 til 2004 var behandlingsraten for barn henvist på grunn av atferdsvansker høyest blant disse fire (44-74 pasienter per 10 000 innbyggere). Fra 2005 ble hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den største enkeltgrunnen til henvisning til behandling i det psykiske helsevernet. Mens 87 pasienter per 10 000 innbyggere ble henvist med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i 2005, var tallet steget til 108 pasienter per 10 000 innbyggere i 2008. Behandlingsrater for pasienter henvist med bakgrunn i problematikk relatert til tristhet/depresjon/sorg og angst/fobi økte også i løpet av opptrappingsperioden. I 1998 ble 31 pasienter per 10 000 innbyggere behandlet med bakgrunn i tristhet/depresjon/sorg. Tilsvarende tall for 2008 var 82 pasienter per 10 000 innbyggere. Pasienter henvist for tristhet/depresjon/sorg var fram til 2003 den nest største pasientgruppen, men fra 2004 utgjorde barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker en større pasientgruppe.

Dersom man ser på økningen i behandlingsrate fordelt på de ulike årsakene til henvisning, har barn med hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker hatt den klart kraftigste veksten (370 prosent) i perioden 1998 til 2008. Behandlingsraten for barn henvist for tristhet/depresjon/sorg økte 165 prosent, mens gruppene henvist for atferdsvansker og angst/fobi hadde en vekst på henholdsvis 105 og 124 prosent. Til sammenlikning økte samlekategorien av andre henvisningsgrunner med 98 prosent i opptrappingsperioden.

I figur 4.11 og 4.12 undersøkes veksten i de ulike henvisningskategoriene fordelt etter kjønn og ulike aldersgrupper.

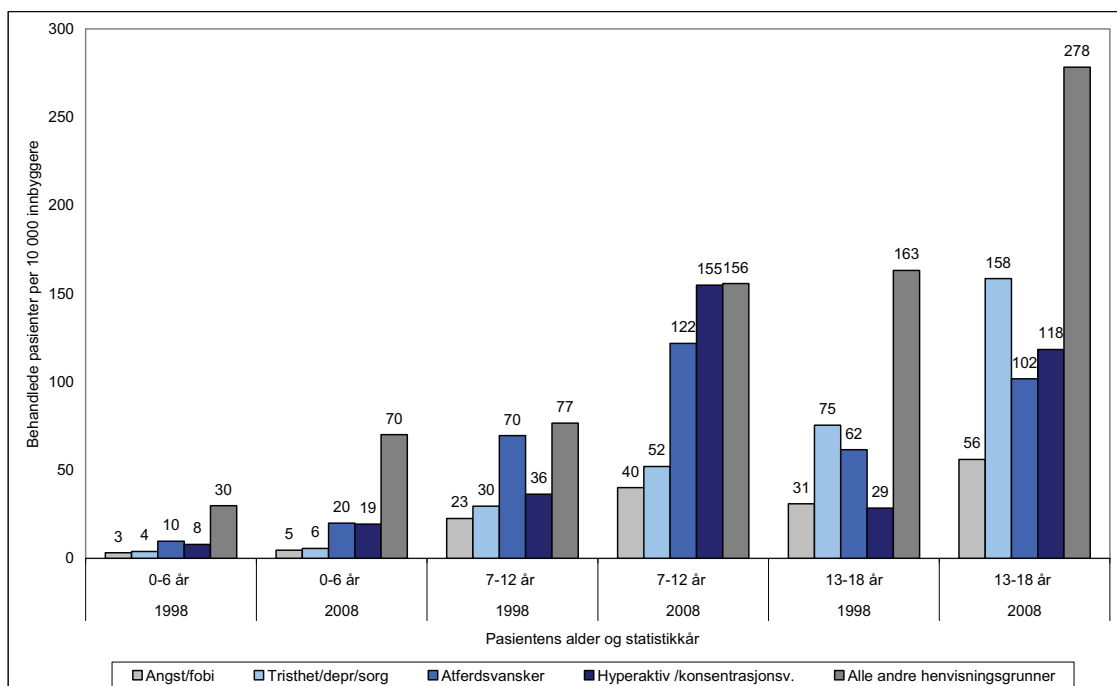


Datakilde: NPR

Figur 4.11 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2008

Det var klare kjønnsforskjeller i henvisningsgrunner til det psykiske helsevernet både ved Opptrappingsplanens start og slutt. For gutter var behandlingsratene i 1998 størst for pasienter henvist for atferdsvansker. I 2008 utgjorde hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den vanligste årsaken til henvisning for denne gruppen. Blant jenter var behandlingsratene høyest for pasienter henvist for tristhet/depresjon/sorg begge år. Veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2008 var imidlertid for begge kjønn størst for pasienter henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Vi har også undersøkt utviklingen i henvisningsgrunner fordelt etter pasientens alder. Figur 4.12 viser behandlingsrater for de fire hyppigste henvisningsgrunnene fordelt etter pasientens alder i 1998 og 2008.



Datakilde: NPR

Figur 4.12 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på alder. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2008¹⁶

For førskolebarn (0-6 år) utgjorde barn henvist for atferdsvansker den største pasientgruppen både i 1998 og 2008 (10 og 20 pasienter per 10 000 innbyggere). For barn i alderen 7-12 år var atferdsvansker viktigste henvisningsgrunn i 1998 (70 pasienter per 10 000 innbyggere), men i 2008 ble flest barn i denne alderen henvist til behandling i det psykiske helsevernet med bakgrunn i problematikk relatert til hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (155 pasienter per 10 000 innbyggere). For ungdom mellom 13 og 18 år var tristhet/depresjon/sorg den vanligste henvisningsårsaken begge år (75 og 158 pasienter per 10 000 innbyggere). For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

4.5.5 Utvikling i Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

Avslutningsvis i dette kapitlet presenteres fordelingen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for opptrappingsperioden. Til tross for at variablene som måler tilstander/diagnoser er beheftet med manglende responser for samtlige år, ønsker vi å vise hvordan utviklingen har vært både for andelen ubesvarte og fordelingen for de øvrige diagnosekategoriene.

Figur 4.13 viser fordelingen for Opptreppingsplanens start- og sluttår, samt fordeling etter halvgått planperiode i 2003. For å kunne sammenlikne de ulike år, er prosenteringen gjort i forhold til summen av pasienter som er diagnostisert, dvs at pasientene uten diagnose er holdt utenfor beregningen. Summen av diagnosekategoriene og gruppen uten diagnose overstiger derfor 100 prosent.

For perioden 1998 til 2008 ser vi en endring i fordeling for noen av de største kategori-blokkene. Andelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser har økt fra 15 prosent i 1998 til nær 26 prosent i 2008. Tilsvarende ser vi en nedgang i andelen pasienter med andre

¹⁶ Pasienter over 18 år er ikke inkludert.

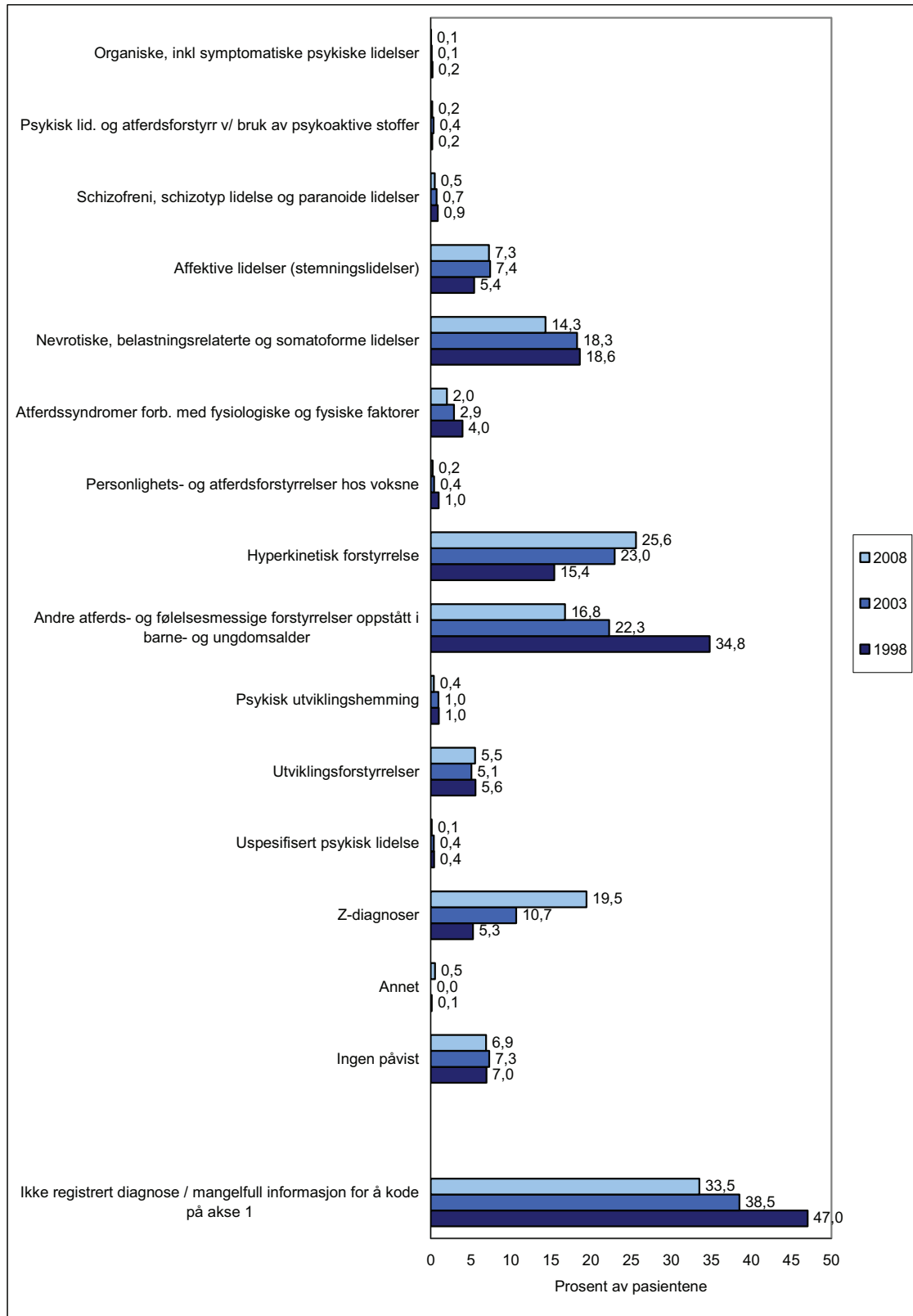
atferds- og følelsesmessige forstyrrelser fra 35 prosent i 1998 til 17 prosent i 2008. Prosentandelen med affektive lidelser har økt fra omlag 5 prosent til nær 7 prosent. Videre ser vi at pasienter med Z-diagnoser har økt markant i perioden, fra 5 prosent i 1998 til nær 20 prosent i 2008.

Det er et positivt utviklingstrekk at en større andel av pasientene er diagnostisert på Akse 1 i 2008 enn ved starten av opptrappingsperioden. Andelen pasienter som mangler diagnose har gått ned fra 47,0 prosent i 1998 til 33,5 prosent i 2008.

Det er viktig å være oppmerksom på at fordelingen gjelder samtlige pasienter som har mottatt behandling i statistikkåret, uavhengig av når i året de er henvist og behandling satt i gang. I fortsettelsen skal vi skille mellom pasienter henvist samme år og pasienter henvist året før eller tidligere. Dette for å få et bilde av hvordan diagnose fordeler seg når pasienten har vært i systemet over en periode.

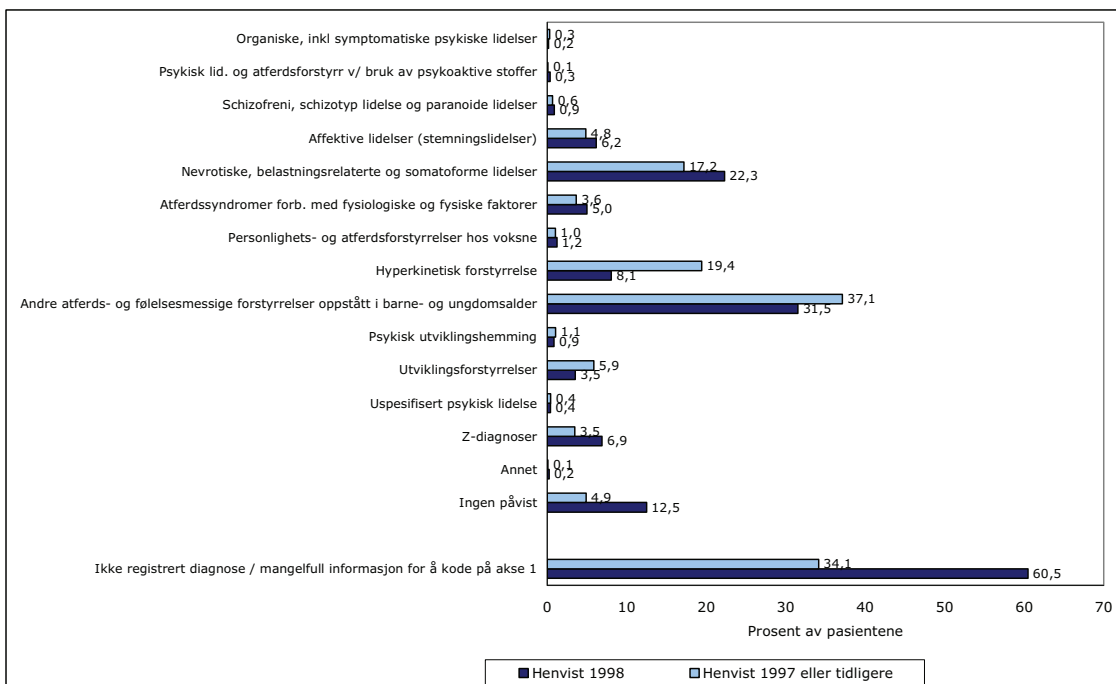
I figur 4.14 presenteres fordelingen på Akse 1 for pasienter behandlet i 1998, fordelt på nyhenviste og overførte pasienter fra tidligere år. Figuren viser at blant pasienter som var henvist samme år (1998) var over 60 prosent uten diagnose. Tilsvarende andel for pasienter som hadde vært i behandlingsapparatet et år eller mer var 34 prosent. For pasienter behandlet i 2008 (figur 4.15) var tilsvarende tall 53 prosent for nyhenviste og 19 prosent for overførte pasienter. Dette indikerer at en større andel av pasientene blir diagnostisert i 2008 enn ved Opptrappingsplanens start, og at dette skjer tidligere i behandlingsforløpet i 2008 enn i 1998.

Det kan se ut som at enkelte diagnosekategorier settes tidligere i behandlingsforløpet enn andre. For eksempel er andelen pasienter med schizofreni/paranoide lidelser, nevrotiske lidelser, atferdssyndromer og til dels affektive lidelser, nesten like høy blant nyhenviste som blant overførte pasienter. For diagnosekategoriene hyperkinetiske forstyrrelser, utviklingsforstyrrelser og andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser, er andelen diagnostiserte langt høyere blant pasienter som har vært i behandling minimum et år sammenliknet med nyhenviste pasienter. Dette kan indikere at for enkelte kategorier av psykiske lidelser tar det lengre tid å fastsette en diagnose enn ved andre typer lidelser. En annen forklaring kan være at dette er pasientgrupper som mottar behandling i det psykiske helsevernet over en lengre tidsperiode enn de førstnevnte, og på denne måten fremstår i statistikken med en større prosentandel blant overførte pasienter.



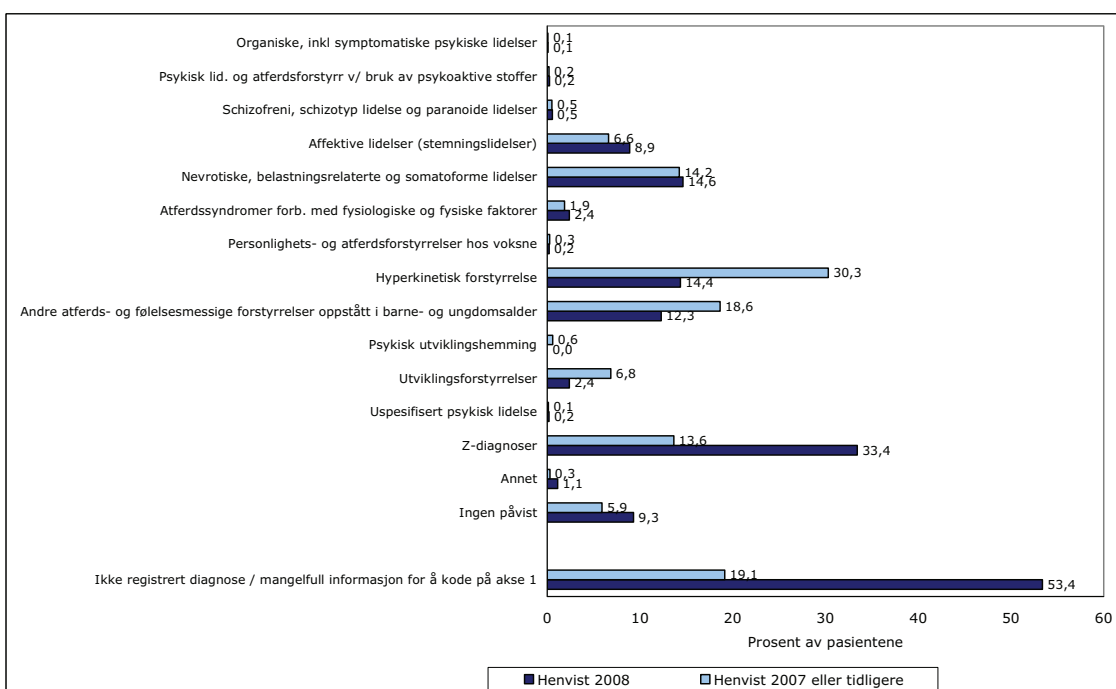
Datakilde: NPR

Figur 4.13 Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. 1998, 2003 og 2008



Datakilde: NPR

Figur 4.14 Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Nyhenviste og overførte pasienter. 1998



Datakilde: NPR

Figur 4.15 Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Nyhenviste og overførte pasienter. 2008

Vedleggstabeller

Tabell 4.1 Antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Totalt og poliklinisk. 1998–2008

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Endr. 1998- 2008 | Pro- sent endr. |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------------|-----------------------|
| Totalt antall pasienter | 20 634 | 23 048 | 26 320 | 29 149 | 30 467 | 34 434 | 39 340 | 43 426 | 47 280 | 49 479 | 53 111 | 32 477 | 157 |
| Herav: Polikliniske pasienter | 19 097 | 21 321 | 24 372 | 27 211 | 29 137 | 32 838 | 37 565 | 41 722 | 46 214 | 48 332 | 52 038 | 32 941 | 172 |

Datakilde: NPR

Tabell 4.2 Viktigste henvisningsgrunn for barnet. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og prosentandel. 1998 og 2008¹

| | 1998 | | 2008 | |
|--------------------------------------|---------------|---------|---------------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Autistiske trekk | 440 | 2,4 | 1 273 | 2,7 |
| Psykotiske trekk | 279 | 1,5 | 430 | 0,9 |
| Suicidalfare | 831 | 4,5 | 1 585 | 3,4 |
| Hemmet atferd | 885 | 4,8 | 1 366 | 2,9 |
| Angst/fobi | 1 596 | 8,6 | 3 702 | 7,9 |
| Tvangstrekk | 417 | 2,2 | 1 022 | 2,2 |
| Tristhet/depresjon/sorg | 2 905 | 15,7 | 8 008 | 17,0 |
| Skolefravær | 487 | 2,6 | 1 067 | 2,3 |
| Atferdsvansker | 4 156 | 22,4 | 8 825 | 18,7 |
| Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker | 2 150 | 11,6 | 10 593 | 22,5 |
| Rusmiddelmisbruk | 69 | 0,4 | 117 | 0,2 |
| Asosial/kriminalitet | 85 | 0,5 | 122 | 0,3 |
| Lærevansker | 360 | 1,9 | 949 | 2,0 |
| Språk/talevansker | 165 | 0,9 | 427 | 0,9 |
| Syn/hørselsproblem | 39 | 0,2 | 38 | 0,1 |
| Spiseproblem | 779 | 4,2 | 1 258 | 2,7 |
| Andre somatiske symptomer | 727 | 3,9 | 1 370 | 2,9 |
| Annet | 1 789 | 9,6 | 4 709 | 10,0 |
| Ingen | 392 | 2,1 | 219 | 0,5 |
| Sum pasienter | 18 551 | 100 | 47 080 | 100 |
| Ubesvart | 1 968 | 9,6 | 5 794 | 11,0 |
| Totalt antall pasienter | 20 519 | | 52 874 | |

Datakilde: NPR

1) I 2008 ble totalt 53 111 pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tre institusjoner hadde ikke levert data for 2008, og vi har derfor benyttet 2007-tall som estimat for disse institusjonene. Vi har derfor ikke disse pasientene med i fordelingen over henvisningsgrunner/tilstander i tabell 4.2 og tabell 4.3. Det er derfor en differanse mellom totalt antall pasienter for 2008 i tabell 4.1 og 4.2/4.3.

Tabell 4.3 Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998 og 2008¹

| | 1998 | | | 2008 | | |
|---|--------|-----------------------------|--|--------|-----------------------------|--|
| | Antall | Prosent av pasienter totalt | Prosent av antall diagnostiserte pasienter | Antall | Prosent av pasienter totalt | Prosent av antall diagnostiserte pasienter |
| Ingen påvist | 758 | 3,7 | 7,0 | 2 428 | 4,6 | 6,9 |
| Organiske, inkl symptomatiske lidelser | 26 | 0,1 | 0,2 | 24 | 0,0 | 0,1 |
| Psykisk lid. og atferdsforstyr v/bruk av psykoaktive stoffer (F10-F19) | 21 | 0,1 | 0,2 | 70 | 0,1 | 0,2 |
| Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F20-F29) | 95 | 0,5 | 0,9 | 178 | 0,3 | 0,5 |
| Affektive lidelser (stemningslidelser) (F30-F39) | 591 | 2,9 | 5,4 | 2 558 | 4,8 | 7,3 |
| Nevrotiske, belastnings-relaterte og somatoforme lidelser (F40-F48) | 2 024 | 9,9 | 18,6 | 5 043 | 9,5 | 14,3 |
| Atferdssyndromer forb. med fysiologiske og fysiske faktorer (F50-F59) | 432 | 2,1 | 4,0 | 708 | 1,3 | 2,0 |
| Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F60-F69) | 110 | 0,5 | 1,0 | 87 | 0,2 | 0,2 |
| Hyperkinetisk forstyrrelse (F90) | 1 675 | 8,2 | 15,4 | 9 002 | 17,0 | 25,6 |
| Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barn- og ungdoms-alder (F91-F98) | 3 783 | 18,4 | 34,8 | 5 895 | 11,1 | 16,8 |
| Psykisk utviklingshemming (F70-F79) | 111 | 0,5 | 1,0 | 144 | 0,3 | 0,4 |
| Utviklingsforstyrrelser (F80-F89) | 607 | 3,0 | 5,6 | 1 943 | 3,7 | 5,5 |
| Uspesifisert psykisk lidelse (F99) | 47 | 0,2 | 0,4 | 47 | 0,1 | 0,1 |
| Z-diagnoser | 574 | 2,8 | 5,3 | 6 841 | 12,9 | 19,5 |
| Annet | 16 | 0,1 | 0,1 | 186 | 0,4 | 0,5 |
| Sum diagnostiserte pasienter | 10 870 | 53,0 | 100 | 35 154 | 66,5 | 100 |
| Ikke registrert diagnose/ mangelfull informasjon for å kode på Akse 1 | 9 649 | 47,0 | | 17 720 | 33,5 | |
| Totalt antall pasienter | 20 519 | 100 | | 52 874 | 100 | |

Datakilde: NPR

1) I 2008 ble totalt 53 111 pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tre institusjoner hadde ikke levert data for 2008, og vi har derfor benyttet 2007-tall som estimat for disse institusjonene. Vi har derfor ikke disse pasientene med i fordelingen over henvisningsgrunner/tilstander i tabell 4.2 og tabell 4.3. Det er derfor en differanse mellom totalt antall pasienter for 2008 i tabell 4.1 og 4.2/4.3.

5 Tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne

Heidi Jensberg

5.1 Sammendrag

Andel tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne i 2008

I årets kapittel har vi på grunn av dårlig datakvalitet ikke kunnet måle omfanget av innleggelse henviset under tvang. Av samme grunn presenterer vi heller ikke fordeling av hvilke tilleggskriterier som er benyttet.

For om lag fem prosent av innleggelsene til sykehus godkjent for tvungent psykisk helsevern ble det fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH) etter at tvangshenvisning var vurdert av spesialist. For tolv prosent ble det fattet vedtak om tvungen undersøkelse. Ved DPS og andre institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse ble det gjort vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH) for fem prosent av innleggelsene, mens det ble gjort vedtak om tvungen undersøkelse for to prosent av innleggelsene. Samlet ble det fattet vedtak om TPH for om lag fem prosent av innleggelsene, og tvungen undersøkelse for om lag ti prosent av innleggelsene til institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. Andel tvangsvedtak for innleggelse til alle institusjoner (også de som ikke var godkjent for tvangsinnleggelse) er estimert til fire prosent for TPH og sju prosent for tvungen undersøkelse.

Vedtak om tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne fra 2001 til 2008

For å vurdere endring i omfang av vedtak om tvangsinnleggelse (ekskl. institusjonsoverføringer) i perioden 2001 til 2008 har vi tatt høyde for usikkerhet som følge av at vi ikke har hatt komplette data for alle institusjoner i denne perioden. Vi har derfor beregnet antall innleggelse ved tvang under tre forskjellige forutsetninger: De vi mangler data for er lik de vi har data for (1), de vi mangler data for har et nivå likt de fem institusjonene med lavest andel tvangsinnleggelse (2) eller høyest andel tvangsinnleggelse (3) for det enkelte år. I 2001 var det om lag 16,5 vedtak om tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere 18 år og eldre (tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse), stigende til 20,6 i 2005. Raten har siden sunket. Mest markert er nedgangen i raten fra 2007 til 2008, fra 18,6 til 15,5 vedtak per 10 000 innbyggere.

Omfanget av tvungen undersøkelse har vært omtrent uendret gjennom perioden 2001 til 2008. Økningen fram til 2005, og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, er derfor særlig knyttet til vedtak om tvungent psykisk helsevern. Fra 2007 til 2008 sank raten fra 8,6 til 5,3 vedtak per 10 000 innbyggere.

Økningen i antall vedtak om tvungent psykisk helsevern fra 2001 til 2005, og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, synes å være reell. Ut over dette er usikkerheten knyttet til mangelfull rapportering for stor til å trekke entydige konklusjoner.

Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne i 2008

Det var betydelige forskjeller i omfanget av vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse mellom sykehusområder (opptaksområde for et sykehus). Sykehusområde Sørlandet og sykehusområde Troms og Finnmark hadde i alt 25 vedtak om TPH/tvungen undersøkelse per 10 000 innbyggere, mens sykehusområde Førde hadde fem slike vedtak per 10 000 innbyggere. Det synes med andre ord å være betydelige forskjeller i praktiseringen av psykisk helsevernloven og dermed i kvalitetssikringen av tvangsbruken. Forskjellene kan imidlertid ha mange ulike årsaker, og fortjener nærmere kartlegging og analyse.

5.2 Innledning

Følgende tema blir belyst i dette kapitlet:

- Omfanget av tvangsinnleggelser til døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne 2008
- Endring i antall tvangsinnleggelser til døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 voksne innbyggere fra 2001 til 2008
- Geografiske forskjeller i antall vedtak om tvangsinnleggelser til døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 voksne innbyggere i 2008

Først beskrives lovgrunnlaget og datagrunnlaget. I tidligere år har vi vist omfanget av tvang ved henvisning, endring fra henvisning til spesialistvedtak og omfanget av tvang ved spesialistvedtak. I år vil vi kun vise omfang av spesialistvedtak. Dette skyldes høy andel mangelfulle data på de øvrige tvangsvariablene i Norsk pasientregister (NPR) for 2008. Det vil derfor heller ikke bli redegjort for bruk av tilleggskriterier ved tvungent psykisk helsevern, da kvaliteten på disse data er meget dårlige i år. For oversikt over representativitet og manglende rapportering vises til tabell 5.6.

Tvangsinnleggelser til døgnbehandling er definert som opphold for personer som blir begjært tvangsinnlagt for undersøkelse og/eller behandling i det psykiske helsevernet. Frivillige innleggelser omfatter de som er henvist etter eget ønske. Disse begrepene må forstås formelt. Hvordan innleggelsen oppfattes av pasienten kan i stor grad variere (se f.eks. Bjørngaard og Hatling, 2003).

Omfanget av tvangsinnleggelser kan måles både som andel av alle innleggelser og som befolkningsbaserte rater. Andelen tvangsinnleggelser er følsom for forskjeller i tjenestetilbudet; et område med få institusjonsplasser kan ha en høy andel tvangsinnleggelser fordi det bare er de sykeste som kan gis et tilbud. Tvangsinnleggelser målt i forhold til befolkningens mengde for dette området kan samtidig være lav, fordi få individer totalt sett behandles i institusjon. Hvilken av disse indikatorene man benytter vil avhenge av hva man ønsker å belyse. Så lenge det er ønskelig å si noe om omfang er det hensiktsmessig at begge målene tas med.

Tidligere undersøkelser har avdekket til dels store forskjeller i praksis mellom institusjoner og områder i det psykiske helsevernet (se for eksempel Bremnes et al 2008; Bjørngaard og Hatling 2005; Bjørngaard og Hatling 2003)). Den offentlige helsepolitikken gir klare signaler om at dagens praksis; både omfang og forskjeller i bruk av tvang, skal reduseres (St.meld. nr. 25 (1996-97), Sosial- og Helsedirektoratet 2006).

5.3 Om lovgrunnlaget

Med hjemmel i Psykisk helsevernloven av 2. juni 1999, er det mulig å legge inn og holde tilbake pasienter uten deres samtykke. Tvangsbruk i det psykiske helsevernet i Norge kan deles i tre hovedgrupper; tvungent psykisk helsevern (TPH), tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Dette kapitlet studerer tvungent psykisk helsevern (TPH) ved norske døgninsti-

tusjoner. I tidligere rapporter har vi skilt mellom henvisning og spesialistvedtak. Grunnet dårlig datakvalitet på henvisningsvariabel i NPR-data i år, vil vi kun presentere spesialistvedtak.

Henvisning til tvungent psykisk helsevern omfatter en legeerklæring og en begjæring som begge skal være uavhengig av den institusjonen pasienten legges inn til¹⁷. I løpet av 24 timer etter at innleggelsen har funnet sted, skal spesialist ansvarlig for vedtak vurdere om begjæringen om tvang skal opprettholdes eller om oppholdet skal baseres på frivillighet. Spesialistvedtaket kan bare endres fra tvang til frivillighet og ikke motsatt¹⁸. Vedtaket er knyttet til to hovedformer: Tvingen undersøkelse, avgrenset til ti dager¹⁹, for å avklare om kriteriene for tvungent psykisk helsevern er til stede og tvungent psykisk helsevern.

Ved vedtak om tvungent psykisk helsevern må pasienten være alvorlig sinnslidende (jf. Psykisk helsevernlovens § 3.3 med merknader). I tillegg må minst ett av to tilleggskriterier være tilstede. Tvungent psykisk helsevern kan benyttes dersom dette er nødvendig for å hindre at pasienten enten får sin utsikt til bedring vesentlig redusert eller dersom det er stor sannsynlighet for at pasientens tilstand forverres i nær framtid. Kriteriet omtales ofte som behandlingskriteriet. Tvungent psykisk helsevern kan også benyttes med begrunnelse i det såkalte farekriteriet – dvs. hvis pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv.

5.4 Data

5.4.1 Datagrunnlag – tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg for voksne

Analysene i kapitlet bygger på opplysninger om døgnopphold²⁰ ved institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne (se tabell 5.1 for en oversikt over omfanget av godkjente institusjoner målt ved andel oppholdsdøgn). Datamaterialet er innhentet og kontrollert av Norsk Pasientregister (NPR) og tilrettelagt av SINTEF Helsetjenesteforskning. Det skilles mellom døgninstitusjoner med og uten godkjenning for innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Klassifisering av institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern er gjort i henhold til Helsedirektoratets oversikt per februar 2009 og omfatter institusjoner med permanent eller midlertidig godkjennelse. Målt ved antall oppholdsdøgn²¹ var 95 prosent av aktiviteten i sykehusene og 48 prosent av aktiviteten i DPS-ene i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Analysene av tvungent psykisk helsevern er basert på data fra utvalg av døgninstitusjoner, godkjent for tvungent psykisk helsevern og med tilstrekkelig god datakvalitet. Definisjon av hva som er gode data vil nødvendigvis baseres på skjønn. Pasientdata for 2008 er kvalitets-sikret på institusjonsnivå, og institusjoner og innleggelse er ekskludert fra datamaterialet i henhold til definerte ekskluderingskriterier:

¹⁷ Etter lovendring 1.1.2007 er tutorordningen opphevet, det er nok med undersøkelse av ekstern lege som begjærer vedkommende innlagt.

¹⁸ Etter lovendring 1.1.2007 kan vedtak unntaksvis omgjøres fra frivillig til tvang.

¹⁹ Kan utvides med ti dager etter samtykke fra kontrollkomisjonens leder.

²⁰ En person kan ha flere døgnopphold i løpet av et år, eventuelt ved flere institusjoner. Data som leveres til NPR er ikke personentydige, og man kan ikke følge behandlingsforløpet til personer som behandles ved flere institusjoner, for eksempel ved overføring fra sykehus til distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det vil følgelig ikke være mulig å si eksakt hvor mange pasienter som legges inn det enkelte år.

²¹ Oppholdsdøgn brukes som indikator på aktivitet fordi man ikke har komplett informasjon om innleggelse i data fra NPR. Opplysninger om oppholdsdøgn kan kompletteres med opplysninger fra SSB for institusjoner som ikke har levert komplette pasientdata.

Registrering av innleggelsesformalitet ved overføringer er usikker

Bruk av tvungent psykisk helsevern begrenses til å omfatte innleggelse fra egen bolig. Dette gjelder ca. 79 prosent av innleggelsene. Innleggelse fra andre avdelinger og institusjoner ekskluderes på grunn av store forskjeller i rapporteringspraksis for innleggelsesformalitet ved slike overføringer (jf. Bjørngaard og Hatling, 2005). Hele institusjonen er tatt ut dersom det mangler opplysninger om hvorfra pasienten er lagt inn for mer enn 20 prosent av døgnoppholdene.

Registrering av døgnaktivitet ved institusjonene er ikke komplett

Institusjoner som ikke har levert pasientdata, eller som har levert pasientdata der opplysningene avviker mer enn 20 prosent fra de samleoppgavene institusjonene har rapportert til Statistisk sentralbyrå (SSB) i samme periode, er utelatt fra materialet. Dette begrunnes i en antagelse om at samleoppgavene er mer komplette enn data på pasientnivå fra NPR. Dette stemmer ikke nødvendigvis for alle institusjoner og representerer en potensiell feilkilde i datamaterialet.

Registrering av henvisningsformalitet er mangelfull

Blant de gjenværende 47 institusjonene med 82 prosent av oppholdsdøgnene har 21 institusjoner god kvalitet på henvisningsparagraf. Dette utgjør 28 prosent av oppholdsdøgnene ved godkjente institusjoner. Frafallet er betydelig høyere enn tidligere år. I 2007 hadde vi data med tilfredsstillende kvalitet for 39 institusjoner med 78 prosent av oppholdsdøgnene ved institusjoner godkjent for tvungent vern. Vi anser frafallet som så høyt at det ikke gir mening å presentere tall for omfanget av tvangshenvisninger i dette kapitlet.

Spesialistvedtak

Frafallet er lavere for opplysninger om spesialistvedtak. Blant de gjenværende 47 institusjonene med 82 prosent av oppholdsdøgnene har elleve institusjoner over 20 prosent manglende informasjon opp spesialistvedtaket. Det gjenstår likevel 36 institusjoner med i alt 67 prosent av oppholdsdøgnene. Dette er tre færre institusjoner og ti prosentpoeng²² færre oppholdsdøgn enn i 2007 (39 institusjoner med 78 prosent av oppholdsdøgnene). Presentasjonen i rapporten vil bli avgrenset til disse.

Tilleggsriterier

Tidligere rapporter har hatt en gjennomgang av tilleggskriteriene (behandlingskriteriet, at pasienten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret; og/eller farekriteriet, at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse). For spesialistvedtaket foreligger her data med tilfredsstillende kvalitet for 33 institusjoner med 70 prosent av oppholdsdøgnene godkjent for tvungent vern med døgnopphold. Imidlertid synes dataformatet å ha blitt endret, slik at bare ett av kriteriene har blitt registrert, selv om begge er til stede. Som en konsekvens av dette har en i materialet totalt bare 64 pasienter der farekriteriet er registrert. Til sammenligning oppfylte i fjor totalt 500 pasienter farekriteriet. Vi antar nedgangen neppe skyldes endret praksis for

²² Den relativt store andelen oppholdsdøgn skyldes at to store institusjoner, Sykehuset Østfold og Ullevål universitetssykehus er blant de institusjonene som har falt ut på grunn av ukompletthet i data i 2008.

tvangsinnleggelse. Tall basert på dette materialet blir dermed mer villedende enn veiledende, og vil derfor bli utelatt fra rapporten.

Tabell 5.1 gir en oversikt over datakomplettethet for utvalget som benyttes i kapitlet. Datakomplettethet estimeres ved utvalgets andel av alle oppholdsdøgn generert i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Tabell 5.6 i vedlegg gir en oversikt over andel manglende registrering av de ulike tvangsvariablene i NPR-data etter institusjon.

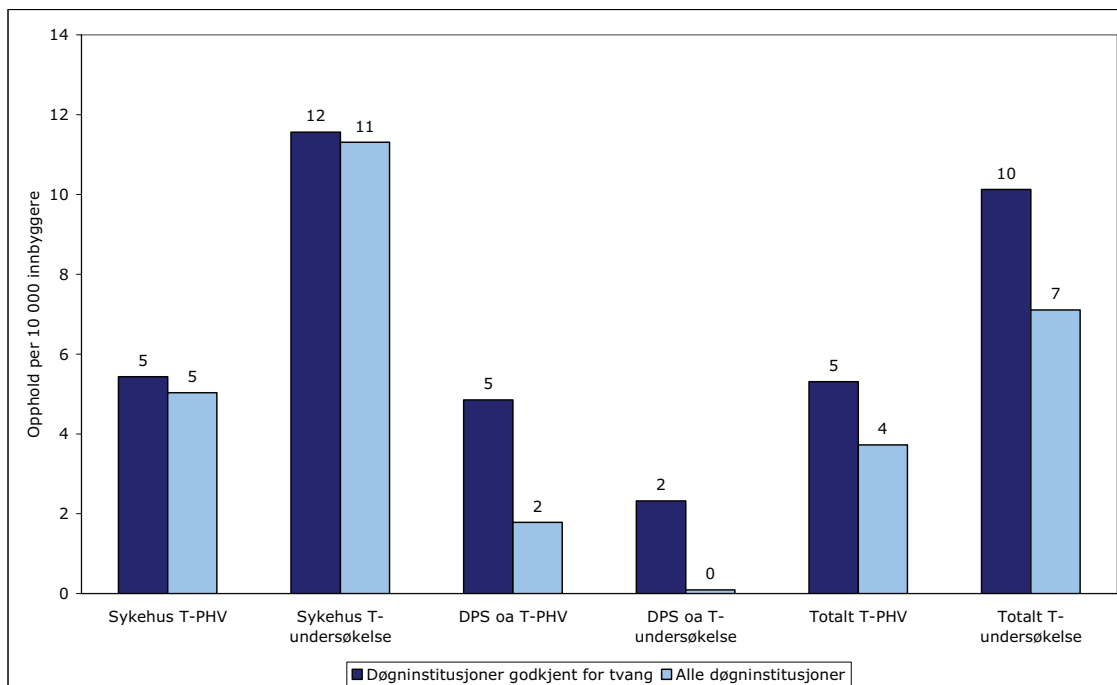
Tabell 5.1 Antall oppholdsdøgn og aktivitet, målt ved andel oppholdsdøgn som dekkes av analysen av tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet for voksne. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2008

| Døgninstitusjoner godkjent for TPH | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------|--|---|
| RHF | Oppholdsdøgn totalt i 2008 | Antall oppholdsdøgn 2008 | Andel oppholdsdøgn 2008 | | |
| | | | Antall | Populasjon Alle døgninst godkjent for tvungent psykisk helsevern | Godkjente og komplette døgninst (andel av godkjente inst for TPH) |
| Helse Sør-Øst | 785 082 | 545 382 | 68 | 24 | 68 |
| - Sykehus | 463 012 | 422 171 | 72 | 17 | 72 |
| - DPS oa | 322 070 | 123 211 | 56 | 45 | 56 |
| Helse Vest | 298 631 | 249 805 | 97 | 48 | 97 |
| - Sykehus | 155 612 | 155 612 | 95 | 39 | 95 |
| - DPS oa | 143 019 | 94 193 | 100 | 63 | 100 |
| Helse Midt-Norge | 171 879 | 147 292 | 100 | 0 | 0 |
| - Sykehus | 96 041 | 96 041 | 100 | 0 | 0 |
| - DPS oa | 75 838 | 51 251 | 100 | 0 | 0 |
| Helse Nord | 127 545 | 94 888 | 90 | 40 | 90 |
| - Sykehus | 78 820 | 78 820 | 92 | 32 | 92 |
| - DPS oa | 48 725 | 16 068 | 78 | 78 | 78 |
| Totalt | 1 383 137 | 1 037 367 | 82 | 28 | 67 |
| - Sykehus | 793 485 | 752 644 | 82 | 21 | 69 |
| - DPS oa | 589 652 | 284 723 | 80 | 45 | 62 |
| - Sykehus | 793 485 | 752 644 | 82 | 21 | 69 |
| Antall institusjoner | 108 | 59 | 47 | 21 | 36 |

Datakilde: NPR og SSB

5.5 Omfang av tvang ved spesialistvedtak

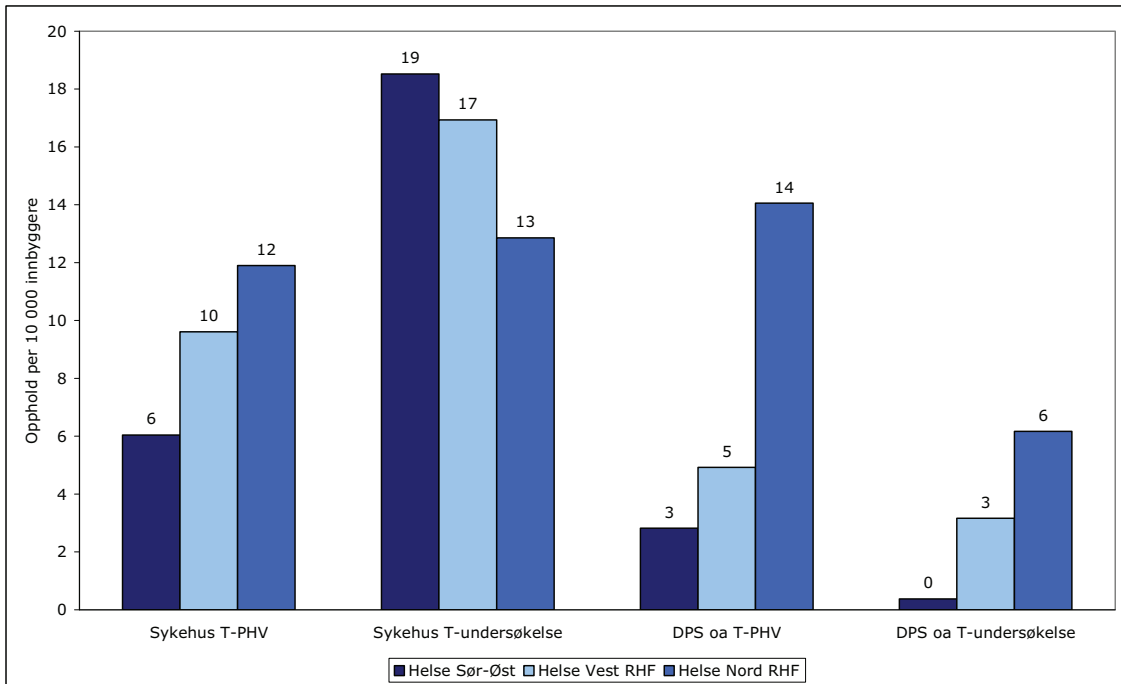
Endelig vedtak om bruk av tvungent psykisk helsevern fattes av spesialist ved enheten pasienten henvises til. Figur 5.1 viser hvor stor prosent av innleggelsene fra eget bosted som fikk vedtak om tvangsinnleggelse, henholdsvis for sykehus og DPS.



Datakilde: NPR

Figur 5.1 Prosentandel vedtak om tvangsinnleggelse ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern og estimert andel av innleggelse til alle døgninstitusjoner for voksne. Etter institusjonstype. 2008

For sykehus godkjent for tvangsinnleggelse var om lag fem prosent av innleggelsene som tvungent psykisk helsevern, mens om lag tolv prosent var innleggelse til tvungen undersøkelse. Tilsvarende tall for DPS og andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse var henholdsvis fem prosent for tvungent psykisk helsevern og to prosent for tvungen undersøkelse. Samlet var omtrent fem prosent av innleggelsene til tvungent psykisk helsevern i døgninstitusjoner godkjent for tvang, mens ti prosent var innleggelse til tvungen undersøkelse. Sett i forhold til alle døgninnleggelse, inklusive institusjoner ikke godkjent for tvang, var om lag fire prosent innleggelse som tvungent psykisk helsevern og sju prosent som tvungen undersøkelse.



Datakilde: NPR

Figur 5.2 Prosentandel innleggelses med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype, 2008.

For sykehus godkjent for tvangsinnleggelses hadde Helse Nord RHF en høyere andel tvungent psykisk helsevern sammenlignet med de andre regionale helseforetakene. Helse Vest RHF hadde den høyeste andelen tvungen undersøkelse. Blant DPS-er og øvrige institusjoner har Helse Nord RHF den høyeste andelen både for tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse, mens Helse Sør-Øst RHF har den laveste andelen.

5.6 Befolkningsbaserte rater i tvungent psykisk helsevern for voksne

Utvikling for vedtak om tvungent psykisk helsevern for voksne 2001-2008

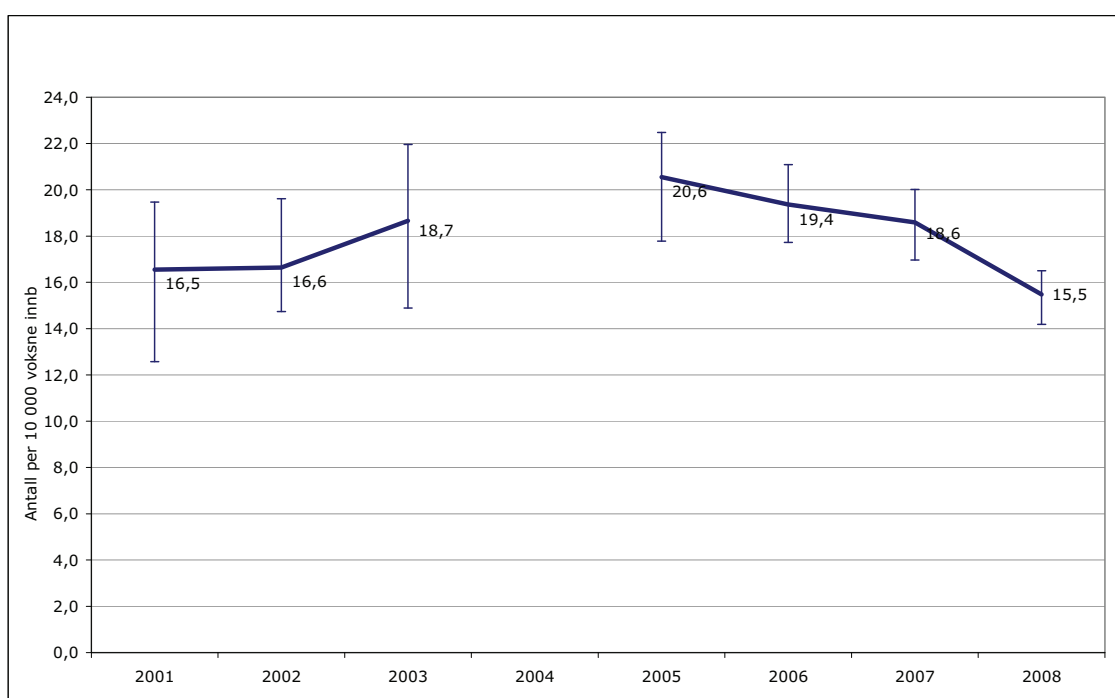
Den manglende kompletthet i data, samt dårlig kvalitet på innrapporterte data, gjør det problematisk å gi et nøyaktig tall på paragrafanvendelse det enkelte år. I Pedersen et. al (2008) presenteres høye og lave estimat for det totale omfanget av tvangsinnleggelses i perioden 2001-2007. Dette videreføres for 2008 i dette avsnittet. Antall vedtak om innleggelse til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre estimeres innenfor et intervall for hvert år. Det totale omfanget av innleggelses til henholdsvis sykehus og DPS og andre døgninstitusjoner, godkjent for psykisk helsevern, beregnes for hvert år med utgangspunkt i data fra institusjoner med tilstrekkelig gode data. Innrapporterte døgnopphold hvor spesialistvedtak ikke er angitt, fordeles mellom de ulike typene vedtak i henhold til marginalfordeling i utvalget det enkelte år. For estimert andel innleggelses med mangelfull rapportering antas videre tre typer fordeling mellom de ulike spesialistvedtakene:

1. Høyt estimat, hvor vi overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med lavest andel vedtak om frivillighet.
2. Lavt estimat, hvor vi overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med høyest andel vedtak om frivillighet.

3. Observert/gjennomsnittlig estimat, hvor vi overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for alle institusjoner.

Denne metoden gir et trepunktsestimat for totalt omfang av vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Dersom institusjonene som ikke leverer data av godkjent kvalitet i gjennomsnitt ikke har høyere eller lavere andel vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern enn de fem observerte institusjonene med henholdsvis laveste og høyeste andel frivillige innleggelses, vil det faktiske omfanget av tvangsinnleggelses ligge innenfor det estimerte intervaller.

De estimerte intervallerens bredde vil avhenge av flere faktorer, men først og fremst av hvor stor andel av innleggelsene vi estimerer data for. Intervalleret blir smalere og mer presist når datakomplettetheten øker. Se Bremnes et al. (2008) for en grundigere beskrivelse. Figur 5.3 viser utviklingen fra 2001 til 2008 i antall innleggelses per 10 000 voksne (18 år eller eldre) innbyggere etter spesialistvedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samlet.



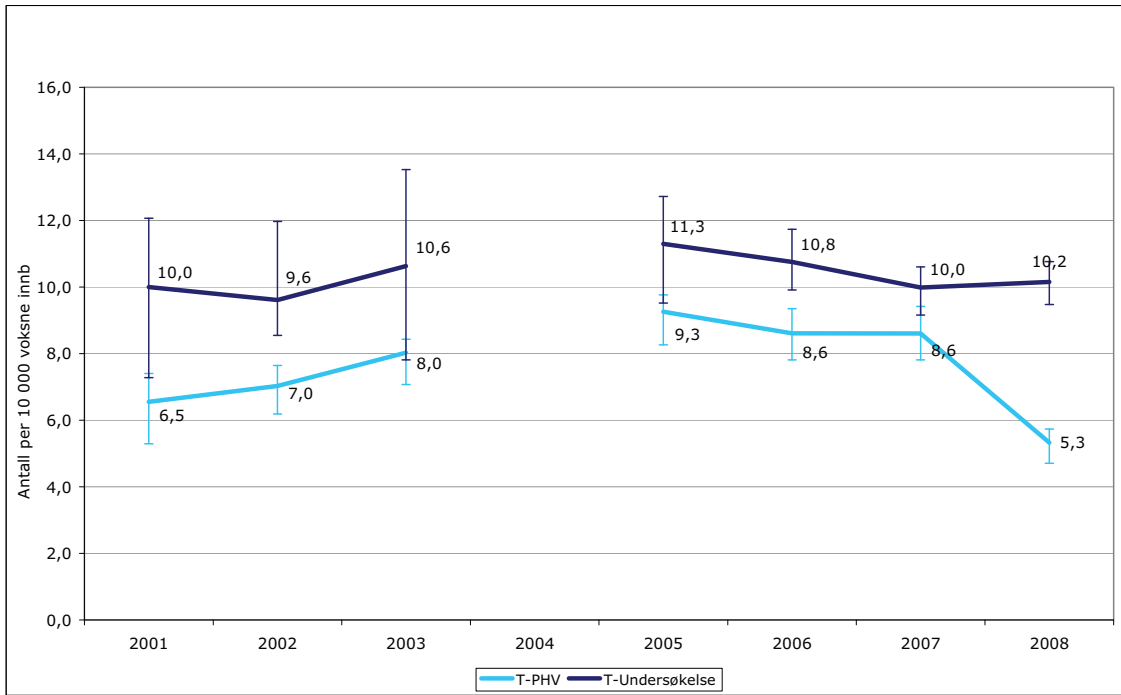
Datakilde: NPR og SSB

Figur 5.3 Antall innleggelses per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001-2008 (ikke 2004)

I 2008 var det om lag 15,5 tvangsinnleggelses fra eget bosted per 10 000 voksne innbyggere. I 2001 var tilsvarende tall om lag 16,5 per 10 000 voksne innbyggere. Hvis de institusjonene som har mangelfulle data om tvangsinnleggelses har noenlunde samme praksis som institusjonene med akseptable data, har det vært en økning i raten fram til 2005, og senere en nedgang, særlig i perioden 2007-2008. Samtidig er det viktig å ta forbehold om muligheten for avvikende praksis ved de institusjonene vi mangler data fra. Høyt og lavt estimat i 2001 var på hhv. 13 og 19 per 10 000 innbyggere mens tilsvarende tall var 14 og 16 i 2008. Vi kan derfor ikke konkludere med hensyn til endringer i omfanget av tvangsinnleggelsesvedtak i perioden 2001 til 2008, målt i forhold til befolkningens mengde. Nedgangen siste år synes likevel å være reell og gjennomgående, og ikke knyttet til sammensetning av institusjonene som inngår i utvalget.

I forhold til internasjonale sammenligninger av tvangsinnleggelsesrater i ulike europeiske land (Zinkler and Priebe 2002, Salize and Dressing 2004, Priebe et al. 2005), indikerer disse tallene at Norge har høye tvangsinnleggelsesrater i forhold til andre land. Grunnet ulike forhold knyttet til datakvalitet er det dog framholdt av slike sammenligninger bør fortolkes med forbehold (Høyer 2008).

I figur 5.4 er ratene for de to typene tvangsvedtak vist hver for seg.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 5.4 Antall innleggelsesrater per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne, 2001-2008 (ikke 2004)

Omfanget av tvungen undersøkelse per 10 000 voksne innbyggere har vært omtrent uendret fra 2001 til 2008 – om lag 10 innleggelsesrater per 10 000 voksne innbyggere. Økningen i raten for tvangsinnleggelsesrater fram til 2005, og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, er derfor knyttet til vedtak om tvungent psykisk helsevern. Fra 2007 til 2008 sank raten fra 8,6 til 5,3 vedtak per 10 000 innbyggere.

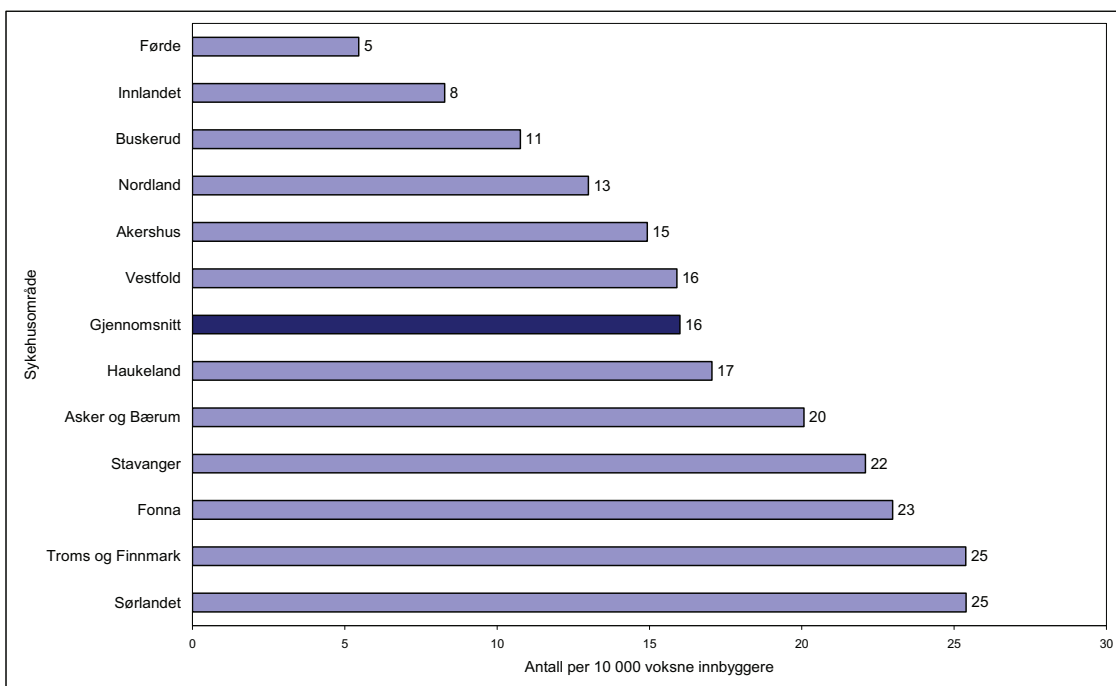
Økningen i antall vedtak om tvungent psykisk helsevern fra 2001 til 2005 og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, synes å være reell. Ut over dette er usikkerheten knyttet til mangelfull rapportering for stor til å trekke entydige konklusjoner.

5.6.1 Regionale forskjeller i bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne

For å kunne si noe om regionale forskjeller i bruk av tvang, ble alle døgnenheter i det psykiske helsevernet for voksne gruppert i 19 sykehusområder med tilhørende tilknytningsområder²³. Døgnenheter godkjent for tvungent psykisk helsevern tilknyttet sykehusområder med tilstrekkelig god datakvalitet for samtlige enheter inngår. Med utgangspunkt i

²³ Det ville være ønskelig å ta utgangspunkt i pasientenes bostedsområde når man ser på regional variasjon i bruk av tvang, men fordi pasientdata ikke dekker mer enn 67 prosent av aktiviteten ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern, var ikke dette mulig. Ved bruk av sykehusområdenes tilknytningsområder kan forskjeller i omfang av gjestepasienter påvirke resultatet noe.

dette ble det beregnet rater for omfang av tvang ved vedtak per 10 000 voksne innbyggere for 12 av de 19 sykehusområdene²⁴.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 5.5 Vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Estimert antall per 10 000 voksne innbyggere. Sykehusområde. 2008

I figur 5.5 viser vi omfanget av spesialistvedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 voksne innbyggere. I Førde sykehusområde var det om lag fem vedtak om tvangsinnleggelse per 10 000 voksne innbyggere, mens samme tall for Sørlandet sykehusområde og Troms og Finnmark sykehusområde var 25. Det synes med andre ord å være betydelige forskjeller i praktiseringen av psykisk helsevernloven og dermed i kvalitets-sikringen av tvangsbruken). Forskjellene kan imidlertid ha mange ulike årsaker (se Bremnes et al. 2008 for en utdypende diskusjon av mulige årsaksmekanismer), og fortjener nærmere kartlegging og analyse.

²⁴ Utvalget dekker hele landet med unntak av Helse Midt-Norge RHF, Sykehuset Østfold HF, Ullevål og Aker, og Sykehuset Telemark HF.

Vedleggstabeller

Tabell 5.2 Antall oppholdsdøgn ved alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne, og andel aktivitet målt ved oppholdsdøgn, i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2008

| RHF | Antall oppholdsdøgn 2008 | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | Alle døgninstitusjoner | Institusjoner godkjent for TPH |
| Helse Sør-Øst RHF | 785 082 | 69 |
| Sykehus | 463 012 | 91 |
| DPS oa | 322 070 | 38 |
| Helse Vest RHF | 298 631 | 84 |
| Sykehus | 155 612 | 100 |
| DPS oa | 143 019 | 66 |
| Helse Midt-Norge RHF | 171 879 | 86 |
| Sykehus | 96 041 | 100 |
| DPS oa | 75 838 | 68 |
| Helse Nord RHF | 127 545 | 74 |
| Sykehus | 78 820 | 100 |
| DPS oa | 48 725 | 33 |
| Totalt | 1 383 137 | 75 |
| Sykehus | 793 485 | 95 |
| DPS oa | 589 652 | 48 |
| Antall institusjoner | 108 | 59 |

Datakilde: SSB og NPR

Tabell 5.3 Spesialistvedtak ved innleggelser til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. 2008

| | Spesialistvedtak | Antall | Prosent | Representativitet i prosent av oppholdsdøgn ¹ |
|---------|----------------------|--------|---------|--|
| Samlet | Frivillig | 17 471 | 78 | 82 |
| | Frivillig kontrakt | 103 | 0 | |
| | Tvungen undersøkelse | 3 072 | 14 | |
| | TPH | 1 605 | 7 | |
| | Annen lovhjemmel | 29 | 0 | |
| | Totalt | 22 280 | 100 | |
| | Ikke registrert | 11 | | |
| Sykehus | Frivillig | 12 496 | 74 | 82 |
| | Frivillig kontrakt | 91 | 1 | |
| | Tvungen undersøkelse | 2 927 | 17 | |
| | TPH | 1 302 | 8 | |
| | Annen lovhjemmel | 26 | 0 | |
| | Totalt | 16 853 | 100 | |
| | Ikke registrert | 6 | | |
| DPS oa | Frivillig | 4 975 | 91 | 80 |
| | Frivillig kontrakt | 12 | 0 | |
| | Tvungen undersøkelse | 145 | 3 | |
| | TPH | 303 | 6 | |
| | Annen lovhjemmel | 3 | 0 | |
| | Totalt | 5 444 | 100 | |
| | Ikke registrert | 5 | | |

Datakilde: NPR og SSB

1) Jf. tabell 5.1

Tabell 5.4 Spesialistvedtak ved innleggelse til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Regionale helseforetak 2008

| RHF | Spesialistvedtak | Antall | Antall | Prosent | Representativitet Prosent av oppholdsøgn ¹ |
|-------------------|------------------|----------------------|--------|---------|---|
| Helse Sør-Øst RHF | Sykehus | Frivillig | 7 726 | 75 | 72 |
| | | Frivillig kontrakt | 12 | 0 | |
| | | Tvungen undersøkelse | 1 905 | 19 | |
| | | TPH | 621 | 6 | |
| | | Annen lovhemmel | 15 | 0 | |
| | | Totalt | 10 279 | 100 | |
| | | Ikke registrert | 4 | | |
| | DPS | Frivillig | 1 778 | 96 | 56 |
| | | Frivillig kontrakt | 5 | 0 | |
| | | Tvungen undersøkelse | 7 | 0 | |
| | | TPH | 52 | 3 | |
| | | Annen lovhemmel | 1 | 0 | |
| | | Totalt | 1 843 | 100 | |
| | | Ikke registrert | 4 | | |
| Helse Vest RHF | Sykehus | Frivillig | 3 124 | 72 | 95 |
| | | Frivillig kontrakt | 74 | 2 | |
| | | Tvungen undersøkelse | 740 | 17 | |
| | | TPH | 420 | 10 | |
| | | Annen lovhemmel | 11 | 0 | |
| | | Totalt | 4 369 | 100 | |
| | | Ikke registrert | 2 | | |
| | DPS | Frivillig | 2 557 | 92 | 100 |
| | | Frivillig kontrakt | 0 | 0 | |
| | | Tvungen undersøkelse | 88 | 3 | |
| | | TPH | 137 | 5 | |
| | | Annen lovhemmel | 2 | 0 | |
| | | Totalt | 2 784 | 100 | |
| | | Ikke registrert | 1 | | |

Data for Helse Midt-Norge RHF er underkjent

| RHF | Spesialistvedtak | Antall | Antall | Prosent | Representativitet Prosent av oppholdsøgn ¹ |
|----------------|------------------|----------------------|--------|---------|---|
| Helse Nord RHF | Sykehus | Frivillig | 1 646 | 75 | 92 |
| | | Frivillig kontrakt | 5 | 0 | |
| | | Tvungen undersøkelse | 282 | 13 | |
| | | TPH | 261 | 12 | |
| | | Annen lovhjemmel | 0 | 0 | |
| | | Totalt | 2 194 | 100 | |
| | | Ikke registrert | 0 | | |
| | DPS | Frivillig | 640 | 79 | 78 |
| | | Frivillig kontrakt | 7 | 1 | |
| | | Tvungen undersøkelse | 50 | 6 | |
| | | TPH | 114 | 14 | |
| | | Annen lovhjemmel | 0 | 0 | |
| | | Totalt | 811 | 100 | |
| | | Ikke registrert | 0 | | |

Datakilde: NPR og SSB

1) Jf. tabell 5.1

Tabell 5.5 Spesialistvedtak ved innleggelse til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner godkjent for tvungen psykiatri helsevern. Etter institusjon. 2008

| RHF/HF/Institusjon | Spesialistvedtak | | | | | |
|--|------------------|----------------------|-----|-------------------|-----------------|---------------------|
| | Prosentgrunnlag | | | | Antall | |
| | Frivillig | Tvungen undersøkelse | TPH | Annet lovgrunnlag | Prosentgrunnlag | Uten angitt hjemmel |
| Helse Sør-Øst RHF | | | | | | |
| Akershus Universitetssykehus HF | | | | | | |
| Akershus Universitetssykehus | 74 | 25 | 1 | 0 | 1 344 | 1 |
| Sykehuset Asker og Bærum HF | | | | | | |
| Blakstad sykehus | 62 | 31 | 7 | 0 | 645 | 0 |
| Aker universitetssykehus HF | | | | | | |
| Aker universitetssykehus | 73 | 22 | 5 | 0 | 896 | 0 |
| Sykehuset Innlandet HF | | | | | | |
| Sykehuset Innlandet | 87 | 11 | 2 | 0 | 1 884 | 0 |
| Sykehuset Buskerud HF | | | | | | |
| Drammen psykiatriske senter | 95 | 0 | 5 | 0 | 277 | 3 |
| Sykehuset Buskerud | 74 | 19 | 6 | 0 | 932 | 3 |
| Blefjell sykehus HF | | | | | | |
| Kongsberg sykehus | 99 | 1 | 0 | 0 | 216 | 0 |
| Psykiatrien i Vestfold HF | | | | | | |
| Søndre Vestfold DPS | 86 | 0 | 14 | 0 | 138 | 0 |
| Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen | 75 | 16 | 9 | 0 | 1 032 | 0 |
| Sykehuset i Telemark HF | | | | | | |
| DPS Porsgrunn | 98 | 0 | 1 | 0 | 209 | 1 |
| DPS Skien | 94 | 1 | 4 | 1 | 192 | 0 |
| Sørlandet sykehus HF | | | | | | |
| DPS Aust-Agder | 100 | 0 | 0 | 0 | 525 | 0 |
| Sørlandet sykehus Kristiansand | 71 | 21 | 8 | 0 | 1 852 | 0 |
| Direkte under Helse Sør-Øst RHF | | | | | | |
| DPS Vinderen | 97 | 1 | 2 | 0 | 286 | 0 |
| Diakonhjemmets sykehus | 77 | 22 | 1 | 0 | 663 | 0 |
| Lovisenberg diakonale sykehus | 74 | 10 | 16 | 0 | 923 | 0 |
| Oslo Hospital | 76 | 21 | 2 | 1 | 108 | 0 |

| RHF/HF/Institusjon | Spesialistvedtak | | | | | |
|--|------------------|-------------------------|-----|----------------------|----------------------|---------------------------|
| | Prosentgrunnlag | | | | Antall | |
| | Frivillig | Tvungen undersøkelse | TPH | Annet lovgrunnlag | Prosent- grunnlag | Uten angitt hjemmel |
| Helse Vest RHF | | | | | | |
| Helse Stavanger HF | | | | | | |
| Dalane DPS | 100 | 0 | 0 | 0 | 83 | 0 |
| Ryfylke DPS | 99 | 0 | 1 | 0 | 155 | 0 |
| Sandnes DPS | 96 | 1 | 3 | 0 | 195 | 0 |
| Sola DPS | 95 | 1 | 4 | 0 | 330 | 0 |
| Stavanger DPS | 100 | 0 | 0 | 0 | 209 | 0 |
| Stavanger universitetssjukehus | 74 | 13 | 13 | 0 | 1 502 | 1 |
| Helse Fonna HF | | | | | | |
| Folgefonn DPS | 100 | 0 | 0 | 0 | 97 | 1 |
| Haugaland DPS | 82 | 9 | 9 | 0 | 456 | 0 |
| Haugesund sjukehus | 72 | 13 | 14 | 1 | 425 | 1 |
| Valen sjukehus | 60 | 26 | 13 | 1 | 243 | 0 |
| Helse Bergen HF | | | | | | |
| Björgvin DPS | 100 | 0 | 0 | 0 | 450 | 0 |
| Haukeland universitetssjukehus | 69 | 24 | 7 | 0 | 1 703 | 0 |
| Helse Førde HF | | | | | | |
| Indre Sogn psykiatrisenter | 96 | 1 | 3 | 0 | 100 | 0 |
| Nordfjord psykiatrisenter | 99 | 1 | 0 | 0 | 116 | 0 |
| Helse Førde, Psykiatrisk klinikk | 92 | 4 | 4 | 0 | 496 | 0 |
| Direkte under Helse Vest RHF | | | | | | |
| Jæren DPS | 81 | 7 | 12 | 0 | 593 | 0 |
| Helse Nord RHF | | | | | | |
| Nordlandssykehuset HF | | | | | | |
| Nordlandssykehuset, Salten | 84 | 10 | 7 | 0 | 1 243 | 0 |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge HF | | | | | | |
| Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn | 80 | 6 | 14 | 0 | 811 | 0 |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge | 64 | 17 | 19 | 0 | 951 | 0 |

Datakilde: NPR

Tabell 5.6 Andel manglende rapportering på de ulike tvangsvariablene etter institusjon. 2008

| Institusjon | Samsvar mellom NPR data og SSBs samleoppgave X=ja O=nei | Andel manglende rapportering på tvangsvariablene | | | | Inkl i analysene (Datakvalitet vurdert som OK) X=ja O=nei |
|--|---|--|------------------|---|--|---|
| | | Henvisningsformalitet | Spesialistvedtak | Begrunnelse for vedtak (Behandlingskriteriet) | Begrunnelse for vedtak (Farekriteriet) | |
| Helse Sør-Øst RHF | | | | | | |
| Sykehuset Østfold HF | | | | | | |
| Sykehuset Østfold | O | 13 | 0 | 79 | 100 | O |
| DPS Fredrikstad | O | 89 | 0 | 0 | 0 | O |
| Akershus Universitetssykehus HF | | | | | | |
| Akershus Universitetssykehus | X | 65 | 0 | 72 | 100 | X |
| Asker og Bærum HF | | | | | | |
| Blakstad sykehus | X | 53 | 0 | 54 | 100 | X |
| Aker universitetssykehus HF | | | | | | |
| Aker universitetssykehus | X | 71 | 0 | 36 | 100 | X |
| Ullevål universitetssykehus HF | | | | | | |
| Ullevål universitetssykehus | O | 19 | 24 | 91 | 100 | O |
| Sykehuset Innlandet HF | | | | | | |
| Sykehuset Innlandet | X | 26 | 0 | 73 | 100 | X |
| DPS Gjøvik | O | 90 | 0 | 50 | 100 | O |
| Sykehuset Buskerud HF | | | | | | |
| Sykehuset Buskerud | X | 13 | 0 | 84 | 98 | X |
| Drammen psykiatriske senter | X | 24 | 1 | 77 | 100 | X |
| Blefnjell sykehus HF | | | | | | |
| DPS Notodden/Seljord | O | 2 | 2 | 100 | 100 | O |
| Kongsberg sykehus | X | 17 | 0 | 67 | 100 | X |
| Sykehuset i Vestfold HF | | | | | | |
| Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen | X | 0 | 0 | 100 | 100 | X |
| Søndre Vestfold DPS | X | 0 | 0 | 100 | 100 | X |
| Sykehuset Telemark HF | | | | | | |
| Sykehuset Telemark | O | 4 | 0 | 44 | 100 | O |
| DPS Porsgrunn | X | 13 | 0 | 33 | 100 | X |
| DPS Skien | X | 2 | 0 | 10 | 100 | X |

| Institusjon | Samsvar mellom NPR data og SSBs samleoppgave X=ja O=nei | Andel manglende rapportering på tvangsvariablene | | | | Inkl i analysene (Datakvalitet vurdert som OK) X=ja O=nei |
|---------------------------------|---|--|------------------|---|--|---|
| | | Henvisningsformalitet | Spesialistvedtak | Begrunnelse for vedtak (Behandlingskriteriet) | Begrunnelse for vedtak (Farekriteriet) | |
| Sørlandet sykehus HF | | | | | | |
| Sørlandet sykehus Kristiansand | X | 39 | 0 | 46 | 100 | X |
| DPS Aust-Agder | X | 15 | 0 | 0 | 0 | X |
| Direkte under Helse Sør-Øst RHF | | | | | | |
| Oslo Hospital | X | 96 | 0 | 100 | 100 | X |
| Diakonhjemmets sykehus | X | 71 | 0 | 100 | 100 | X |
| Lovisenberg diakonale sykehus | X | 1 | 0 | 37 | 100 | X |
| DPS Vinderen | X | 10 | 0 | 100 | 100 | X |
| Grefsenlia BOB | X | 0 | 0 | 0 | 0 | O |
| Furukollen psykiatriske senter | X | 0 | 0 | 0 | 0 | O |
| Skjelfoss psykiatriske senter | X | 0 | 0 | 0 | 0 | O |
| Helse Vest RHF | | | | | | |
| Helse Stavanger HF | | | | | | |
| Stavanger universitetssjukehus | X | 0 | 0 | 52 | 100 | X |
| Stavanger DPS | X | 0 | 0 | 0 | 100 | X |
| Sandnes DPS | X | 0 | 0 | 33 | 100 | X |
| Dalane DPS | X | 0 | 0 | 0 | 0 | X |
| Ryfylke DPS | X | 0 | 0 | 0 | 100 | X |
| Sola DPS | X | 2 | 0 | 13 | 100 | X |
| Helse Fonna HF | | | | | | |
| Valen sjukehus | X | 47 | 0 | 39 | 100 | X |
| Haugesund sjukehus | X | 20 | 0 | 49 | 100 | X |
| Haugaland DPS | X | 51 | 0 | 15 | 100 | X |
| Folgefonn DPS | | 30 | 1 | 0 | 0 | X |
| Helse Bergen HF | | | | | | |
| Haukeland universitetssjukehus | X | 58 | 0 | 53 | 100 | X |
| Björgvin DPS | X | 65 | 0 | 100 | 100 | X |

| Institusjon | Samsvar mellom NPR data og SSBs samleoppgave X=ja O=nei | Andel manglende rapportering på tvangsvariablene | | | | Inkl i analysene (Datakvalitet vurdert som OK) X=ja O=nei |
|---|---|--|------------------|---|--|---|
| | | Henvisningsformalitet | Spesialistvedtak | Begrunnelse for vedtak (Behandlingskriteriet) | Begrunnelse for vedtak (Farekriteriet) | |
| Helse Førde HF | | | | | | |
| Helse Førde, Psykiatrisk klinikk | X | 14 | 0 | 100 | 100 | X |
| Indre Sogn psykiatrisenter | X | 5 | 0 | 100 | 100 | X |
| Nordfjord psykiatrisenter | X | 9 | 0 | 100 | 100 | X |
| Direkte under Helse Vest RHF | | | | | | |
| NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus | X | 0 | 0 | 0 | 0 | O |
| Jæren DPS | X | 0 | 0 | 100 | 100 | X |
| Helse Midt-Norge RHF | | | | | | |
| Helse Sunnmøre HF | | | | | | |
| Ålesund sjukehus | X | 100 | 17 | 100 | 100 | O |
| Ålesund DPS | X | 100 | 67 | 100 | 100 | O |
| Helse Nordmøre og Romsdal HF | | | | | | |
| Molde sjukehus | X | 100 | 66 | 100 | 100 | O |
| St. Olavs Hospital HF | | | | | | |
| St. Olavs Hospital | X | 100 | 15 | 100 | 100 | O |
| Orkdal DPS | X | 100 | 63 | 100 | 100 | O |
| Tiller DPS | X | 100 | 25 | 100 | 100 | O |
| Leistad DPS | X | 100 | 14 | 100 | 100 | O |
| Helse Nord Trøndelag HF | | | | | | |
| Sykehuset Namsos | X | 100 | 39 | 100 | 100 | O |
| Sykehuset Levanger | X | 100 | 96 | 100 | 100 | O |
| DPS Stjørdal | X | 100 | 100 | 0 | 0 | O |
| DPS Kolvereid | X | 100 | 14 | 100 | 100 | O |
| Helse Nord RHF | | | | | | |
| Nordlandssykehuset HF | | | | | | |
| Nordlandssykehuset, Salten | X | 52 | 0 | 45 | 100 | X |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge HF | | | | | | |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge | X | 10 | 0 | 46 | 100 | X |
| Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn | X | 15 | 0 | 22 | 100 | X |
| DPS Sør-Troms | X | 0 | 0 | 0 | 0 | O |

| Institusjon | Samsvar mellom NPR data og SSBs samleoppgave X=ja O=nei | Andel manglende rapportering på tvangsvariablene | | | | Inkl i analysene (Datakvalitet vurdert som OK) X=ja O=nei |
|---|---|--|------------------|---|--|---|
| | | Henvísningsformalitet | Spesialistvedtak | Begrunnelse for vedtak (Behandlingskriteriet) | Begrunnelse for vedtak (Farekriteriet) | |
| Direkte under Helse Nord RHF | | | | | | |
| Viken senter for psykiatri og sjelesorg | X | 0 | 0 | 0 | 0 | O |
| Antall institusjoner | X=59 | | | | | X=36 |

Datakilde: NPR

6 Organisering av tjenestene til voksne i 1998 og 2008

Per Bernhard Pedersen

6.1 Sammendrag

I dette kapitlet undersøker vi forskjeller og endringer i struktur på tjenestetilbudet til voksne i de regionale helseforetakene i løpet av opptrappingsperioden. Vi undersøker i tillegg forskjeller i struktur mellom helseforetaksområdene i 2008. Som indikatorer benyttes fordelingen av personellinnsats, døgnplasser, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner.

I alle regioner har det vært en nedgang i personellandelen knyttet opp mot sykehusene. Alle regioner har også en kraftig økning i andelen av personellressursene ved DPS-ene. En vesentlig andel av veksten utenfor sykehusene er knyttet til utbyggingen av poliklinikker ved DPS-ene. For døgnavdelinger utenfor sykehus er situasjonen annerledes. Det er en nesten påfallende grad av samsvar mellom sum andel personell ved DPS-avdelinger og øvrige avdelinger utenfor sykehus i 1998 og 2008. Det kan langt på vei se ut som at omfanget av DPS-avdelinger har vært betinget av hvilket omfang sykehjemssektoren hadde.

De regionale helseforetakene har hatt en svært ulik profil på hvor personelløkningen har gått. I Helse Sør-Øst RHF har 37 prosent av økningen gått til sykehusavdelingene, vesentlig mer enn i Helse Nord RHF (14 prosent) og Helse Midt-Norge RHF (8 prosent). Helse Vest RHF har her hatt en nedgang. Helse Vest RHF (39 prosent) og Helse Nord (38 prosent) har en noe sterkere nettoøkning ved avdelinger utenfor sykehus enn Helse Sør-Øst RHF (16 prosent), mens Helse Midt-Norge RHF har en svak nedgang. I Helse Midt-Norge RHF har det meste av økningen gått til poliklinikkene, mot 2/3 i Helse Vest RHF og cirka halvparten i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF.

41 prosent av årsverkene i det psykiske helsevernet for voksne var i 2008 knyttet til DPS-ene. Andelen er lavere i Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF (37-39 prosent) enn i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF (47-49 prosent). Halvparten av årsverkene utført av psykiatere og 2/3 av årsverkene utført av psykologer var i 2008 knyttet til DPS-ene.

I alle helseregioner har det vært en økning i andel døgnplasser ved DPS. Økningen har imidlertid i alle regioner vært lavere enn nedgangen i andel sykehjems plasser. Andel sykehusplasser har dermed økt i alle regioner. Andelen er lavere i Helse Vest RHF (51 prosent) enn i de øvrige regionene (56-58 prosent).

Det har i alle regioner vært en betydelig økning i aktiviteten målt ved utskrivninger. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har økningen vært jevnt fordelt mellom avdelinger i og utenfor sykehus. I Helse Nord RHF, og særlig Helse Vest RHF har en større andel av veksten kommet utenfor sykehusene.

Det har i alle regioner vært en betydelig økning i den polikliniske aktiviteten, og økningen har i alle regioner kommet ved DPS-ene. I Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF var i 1998 det meste av den polikliniske virksomheten lokalisert til sykehusene. Andelen er nå i

begge RHF-ene redusert til rundt 25 prosent, noe høyere enn i Helse Nord RHF (16 prosent) og Helse Sør-Øst (11 prosent).

Det er fortsatt betydelige forskjeller i hvilken grad en har fått bygd ut et desentralisert døgn-tilbud, både mellom RHF-ene og mellom foretaksområder internt i disse.

6.2 Innledning

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

- Spesialiserte sykehusavdelinger
- Distriktpsikiatriske sentre med poliklinikker, døgn- og dagavdelinger, som skulle ivareta de fleste allmennpsykiatriske oppgaver
- Privatpraktiserende psykologer og psykiatere med driftsavtale

Et distriktpsikiatrisk senter 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)

Det ble i planen lagt opp til en desentralisering av tjenestene for voksne. Økningen i ressursinnsats skulle hovedsakelig komme ved poliklinikkene og ved DPS-ene.

I kapittel 3 undersøkte vi om vi har fått en desentralisering i tråd med Opptrappingsplanens mål. Vi fant at det har vært en kraftig økning og desentralisering av den polikliniske virksomheten, og tilgangen til polikliniske tjenester har blitt vesentlig styrket. Sykehjemmene har imidlertid blitt bygget ned raskere enn forutsatt, og er nå på det nærmeste avviklet. Utbyggingen av døgnavdelingene ved DPS har dermed langt på vei blitt finansiert gjennom avviklingen av sykehjemmene. Ressursøkningen ved avdelinger utenfor sykehusene har dermed vært lavere enn forutsatt i Opptrappingsplanen. På tross av begrenset økning i personellinnsatsen, er det likevel særlig ved døgnavdelingene utenfor sykehusene vi finner de største endringene i behandlingsaktiviteten. Tallet på utskrivninger har gått vesentlig opp, og varigheten av oppholdene har blitt vesentlig redusert. Vi har på denne måten fått en desentralisering av behandlingsaktiviteten, selv om ressursøkningen ved avdelinger utenfor sykehusene har vært begrenset.

Fylkeskommunene, og senere de regionale helseforetakene, var før Opptrappingsplanen kommet ulike langt i utbyggingen av DPS-funksjonene. Enkelte fylker hadde også en langt sterkere vektlegging av sykehusfunksjonene kontra mer desentraliserte funksjoner. Vi ønsker derfor å undersøke hvordan de regionale helseforetakene har ivarett utbyggingen av DPS-funksjonen. Har vi fått en utjevning mellom helseregionene, eller består fortsatt forskjellene i ressursinnsats og behandlingsaktivitet knyttet til sentraliserte kontra desentraliserte funksjoner? Dette vil bli gjort med utgangspunkt i data for personellinnsats, døgnplasser, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner for årene 1998 og 2008. Opptrappingsplanen trådte i kraft fra 1.1.1999. 1998 danner dermed basis for å beskrive utviklingen i perioden.

Det er i tidligere SAMDATA-rapporter påvist betydelige forskjeller mellom helseforetak og helseforetaksområder, også innad i de enkelte helseregioner. Vi vil derfor også beskrive forskjeller i organiseringen helseforetakene imellom. Dette blir gjort med utgangspunkt i data for 2008.

I avsnitt 6.4 undersøker vi fordelingen av ressurser, målt ved årsverk mellom ulike typer institusjoner og driftsformer. Av særlig interesse er om DPS-ene har en tilstrekkelig dekning av spesialister. Vi har derfor også innarbeidet tall for dekningsgrad og fordeling av psykiatere og psykologer mellom ulike institusjonstyper. I avsnitt 6.5 undersøker vi fordelingen av

døgnplassene. Avsnitt 6.6 viser volum og fordeling av utskrivninger fra døgnopphold, mens avsnitt 6.7 viser volum og fordeling av de polikliniske konsultasjonene.

Gjennomgangen vil fokusere på fordelingen av tjenester i form av prosentandeler. Volumet på tjenestene kan imidlertid også være av betydning når resultatene skal tolkes. Vi presenterer derfor også absoluttall og befolkningsbaserte rater, uten at dette vil bli kommentert.

6.3 Data og metode

Resultatene på regionnivå er basert på institusjonenes regiontilknytning (regionalt helseforetak). For å få sammenlignbare tall over tid, er tallene for Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Modum bad slått sammen til Helse Sør-Øst RHF også for 1998.

Enkelte helseforetak har ikke egne sykehusavdelinger, og mottar i stedet sykehus tjenester fra andre helseforetak. Uten korreksjon for slik planlagt bruk vil forskjeller i organisering framstå som mer ulik enn det er grunnlag for. I tabeller og figurer som omhandler organisasjonsforskjeller mellom helseforetak, har vi derfor fordelt ressursene (døgnplasser og avdelingspersonell) ut på foretaksområdene ut fra andel oppholds døgn innbyggerne i det enkelte foretaksområde har hatt ved den enkelte institusjon²⁵. Poliklinisk personell er på samme måte fordelt ut fra andel av konsultasjonene. For omtale av beregningsmåten viser vi til Vedlegg PV7 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på nettstedet www.sintef.no/samdata. Også utskrivninger og polikliniske konsultasjoner er fordelt etter pasientenes bosted.

I dette kapitlet ser vi på fordeling etter institusjonstype og driftsform. Vi benytter tre institusjonstyper, sykehus, distriktpsikiatriske sentre (DPS), inklusive frittstående poliklinikker, og andre institusjoner. Denne gruppen består av sykehjem og et fåtall andre institusjoner (ettervernshjem, alderspsikiatriske institusjoner mv.). Vi har også fordelt personell etter driftsform, der vi skiller mellom døgn- og dagavdelinger ved sykehus, døgn- og dagavdelinger ved DPS, andre døgn- og dagavdelinger, samt poliklinisk og ambulant virksomhet.

Ved ett sykehus i helseregion Sør-Øst ble det fra 2006 foretatt endringer i registreringen av fellespersonell. Som en konsekvens av dette økte årsverkstallet med 241 årsverk. Fellespersonellet har sannsynligvis vært underrapportert siden midt på 1990-tallet. For å få sammenlignbare tall, har personelltallene for 1998 blitt oppjustert tilsvarende.

Datagrunnlaget for dette kapitlet er for øvrig det samme som ble benyttet i kapittel 3. For en gjennomgang viser vi til avsnitt 3.3, samt til "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på nettstedet www.sintef.no/samdata.

6.4 Volum og fordeling av personellinnsats mellom institusjons- og tjenestetyper

Vi vil først se på endringer i personellinnsats på regionnivå fra 1998 til 2008. Vi vil deretter se på forskjeller mellom helseforetaksområdene.

6.4.1 Endringer på regionnivå

Tabell 6.1 viser fordelingen av personell etter regionalt helseforetak. Tabell 6.2 viser regionvise rater for fordeling av personell etter institusjonstype for årene 1998 og 2008. Utbyggingen av DPS-avdelingene skulle delvis finansieres ved hjelp av ressurser fra sykehjemmene. I tabellene har vi derfor også lagt inn tall for avdelinger totalt utenfor sykehus og

²⁵ Med "helseforetaksområde" menes det geografiske området (kommuner, bydeler) der et helseforetak har hovedansvaret for spesialisthelsetjenestene til befolkningen. I deler av Oslo utøves dette ansvaret av private institusjoner, og altså ikke av et helseforetak i juridisk forstand. For enkelhets skyld benyttes likevel betegnelsen "helseforetaksområde" også om disse områdene.

for institusjoner totalt utenfor sykehus. Tabell 6.3 viser den prosentvise fordelingen av økningen i personellinnsats i løpet av perioden. Figur 6.1 og 6.2 viser den prosentvise fordelingen av personellinnsatsen etter hhv. institusjonstype og driftsform i regionene i 1998 og 2008.

Tabell 6.1 Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall¹. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008

| | Etter institusjonstype og region | | | | Etter driftsform og region | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| | 1998 | 2008 | 1998-2008 | | 1998 | 2008 | 1998-2008 |
| Helse Sør-Øst RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 5 128 | 5 663 | 535 | Sykehusavdelinger | 4 829 | 5 457 | 628 |
| DPS | 1 985 | 3 720 | 1 735 | DPS-avdelinger | 1 401 | 2 240 | 839 |
| Andre institusjoner | 786 | 217 | -569 | Andre døgnavdelinger | 786 | 214 | -572 |
| Utenfor sykehus | 2 771 | 3 937 | 1 166 | Avd. utenfor sykehus | 2 187 | 2 454 | 267 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 884 | 1 689 | 805 |
| Totalt | 7 899 | 9 600 | 1 701 | Totalt | 7 899 | 9 600 | 1 701 |
| Helse Vest RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 1 752 | 1 702 | -50 | Sykehusavdelinger | 1 574 | 1 553 | -21 |
| DPS | 296 | 1 498 | 1 202 | DPS-avdelinger | 228 | 1 098 | 870 |
| Andre institusjoner | 688 | 0 | -688 | Andre døgnavdelinger | 688 | 0 | -688 |
| Utenfor sykehus | 984 | 1 498 | 514 | Avd. utenfor sykehus | 916 | 1 098 | 182 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 246 | 548 | 302 |
| Totalt | 2 737 | 3 199 | 462 | Totalt | 2 737 | 3 199 | 462 |
| Helse Midt-Norge RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 1 334 | 1 289 | -45 | Sykehusavdelinger | 1 154 | 1 173 | 19 |
| DPS | 428 | 769 | 341 | DPS-avdelinger | 403 | 458 | 55 |
| Andre institusjoner | 106 | 39 | -67 | Andre døgnavdelinger | 106 | 39 | -67 |
| Utenfor sykehus | 534 | 808 | 274 | Avd. utenfor sykehus | 509 | 497 | -12 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 205 | 427 | 222 |
| Totalt | 1 868 | 2 096 | 228 | Totalt | 1 868 | 2 096 | 228 |
| Helse Nord RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 776 | 895 | 119 | Sykehusavdelinger | 752 | 814 | 62 |
| DPS | 453 | 906 | 453 | DPS-avdelinger | 278 | 581 | 303 |
| Andre institusjoner | 162 | 30 | -132 | Andre døgnavdelinger | 162 | 27 | -135 |
| Utenfor sykehus | 615 | 936 | 321 | Avd. utenfor sykehus | 440 | 608 | 168 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 200 | 409 | 209 |
| Totalt | 1 391 | 1 831 | 440 | Totalt | 1 391 | 1 831 | 440 |
| Landet totalt | | | | | | | |
| Sykehus | 8 990 | 9 548 | 558 | Sykehusavdelinger | 8 309 | 8 997 | 688 |
| DPS | 3 162 | 6 893 | 3 731 | DPS-avdelinger | 2 309 | 4 377 | 2 068 |
| Andre institusjoner | 1 743 | 286 | -1 457 | Andre avdelinger | 1 743 | 279 | -1 464 |
| Utenfor sykehus | 4 905 | 7 178 | 2 273 | Avd. utenfor sykehus | 4 052 | 4 656 | 604 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 1 535 | 3 073 | 1 538 |
| Landet totalt | 13 895 | 16 726 | 2 831 | Landet totalt | 13 895 | 16 726 | 2 831 |

Datakilde: SSB

1) For å få sammenlignbare tall over tid, er en institusjon i Helse Vest som i 1998 var klassifisert som "annen" døgnenhet omkodet til sykehus. Ett sykehus i Helse Sør-Øst har fra 2006 endret fordelingen av fellespersonell. For å få sammenlignbare tall er årsverksinnsatsen for 1998 derfor oppjustert med 241 årsverk.

Tabell 6.2 Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall¹. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2008

| | 1998 | 2008 | 1998- 2008 | | 1998 | 2008 | 1998- 2008 |
|-----------------------------|-------------|-------------|---------------|-------------------------|-------------|-------------|---------------|
| Helse Sør-Øst RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 27,0 | 27,3 | 0,3 | Sykehusavdelinger | 25,4 | 26,3 | 0,9 |
| DPS | 10,5 | 17,9 | 7,5 | DPS-avdelinger | 7,4 | 10,8 | 3,4 |
| Andre institusjoner | 4,1 | 1,0 | -3,1 | Andre døgnavdelinger | 4,1 | 1,0 | -3,1 |
| Utenfor sykehus | 14,6 | 19,0 | 4,4 | Avd. utenfor sykehus | 11,5 | 11,8 | 0,3 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 4,7 | 8,1 | 3,5 |
| Totalt | 41,6 | 46,3 | 4,7 | Totalt | 41,6 | 46,3 | 4,7 |
| Helse Vest RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 25,9 | 22,6 | -3,3 | Sykehusavdelinger | 23,3 | 20,6 | -2,6 |
| DPS | 4,4 | 19,9 | 15,5 | DPS-avdelinger | 3,4 | 14,6 | 11,2 |
| Andre institusjoner | 10,2 | 0,0 | -10,2 | Andre døgnavdelinger | 10,2 | 0,0 | - |
| Utenfor sykehus | 14,6 | 19,9 | 5,3 | Avd. utenfor sykehus | 13,5 | 14,6 | 1,0 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 3,6 | 7,3 | 3,6 |
| Totalt | 40,5 | 42,5 | 2,0 | Totalt | 40,5 | 42,5 | 2,0 |
| Helse Midt-Norge RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 27,8 | 25,2 | -2,7 | Sykehusavdelinger | 24,1 | 22,9 | -1,2 |
| DPS | 8,9 | 15,0 | 6,1 | DPS-avdelinger | 8,4 | 9,0 | 0,5 |
| Andre institusjoner | 2,2 | 0,8 | -1,5 | Andre døgnavdelinger | 2,2 | 0,8 | -1,5 |
| Utenfor sykehus | 11,1 | 15,8 | 4,6 | Avd. utenfor sykehus | 10,6 | 9,7 | -0,9 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 4,3 | 8,3 | 4,1 |
| Totalt | 39,0 | 41,0 | 2,0 | Totalt | 39,0 | 41,0 | 2,0 |
| Helse Nord RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 22,1 | 25,1 | 3,0 | Sykehusavdelinger | 21,4 | 22,8 | 1,4 |
| DPS | 12,9 | 25,4 | 12,5 | DPS-avdelinger | 7,9 | 16,3 | 8,4 |
| Andre institusjoner | 4,6 | 0,8 | -3,8 | Andre døgnavdelinger | 4,6 | 0,8 | -3,8 |
| Utenfor sykehus | 17,5 | 26,2 | 8,8 | Avd. utenfor sykehus | 12,5 | 17,0 | 4,5 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 5,7 | 11,5 | 5,8 |
| Totalt | 39,6 | 51,3 | 11,8 | Totalt | 39,6 | 51,3 | 11,8 |
| Landet totalt | | | | | | | |
| Sykehus | 26,4 | 25,8 | -0,6 | Sykehusavdelinger | 24,4 | 24,3 | -0,1 |
| DPS | 9,3 | 18,7 | 9,4 | DPS-avdelinger | 6,8 | 11,8 | 5,1 |
| Andre institusjoner | 5,1 | 0,8 | -4,3 | Andre avdelinger | 5,1 | 0,8 | -4,4 |
| Utenfor sykehus | 14,4 | 19,4 | 5,0 | Avd. utenfor sykehus | 11,9 | 12,6 | 0,7 |
| | | | | Poliklinisk og ambulant | 4,5 | 8,3 | 3,8 |
| Landet totalt | 40,8 | 45,3 | 4,5 | Landet totalt | 40,8 | 45,3 | 4,5 |

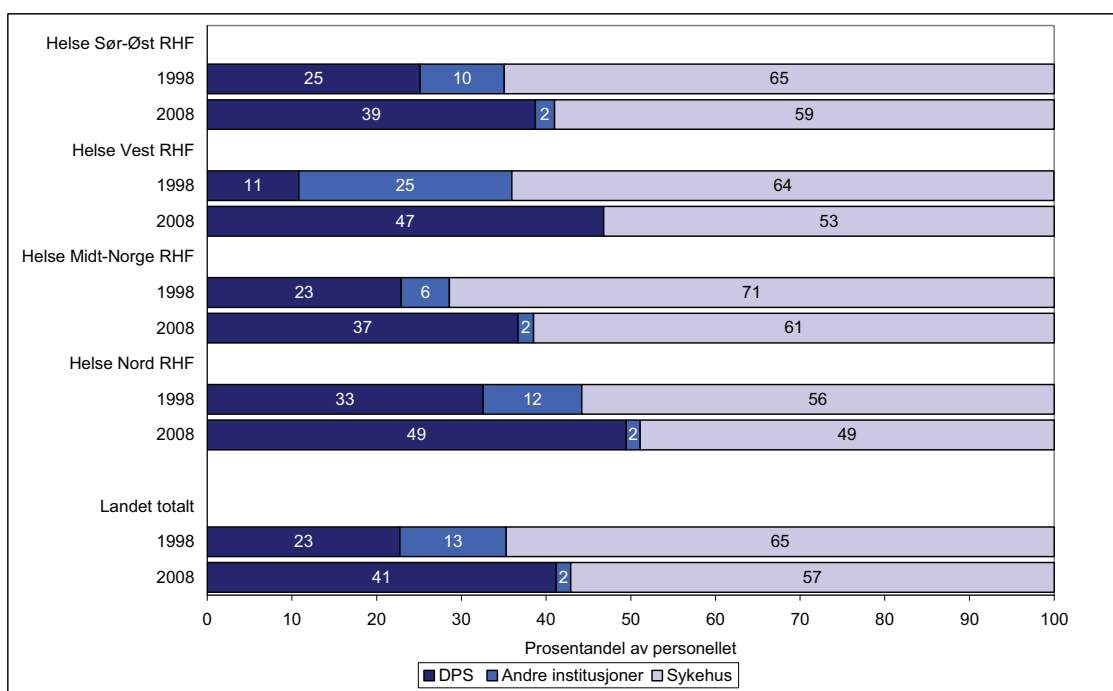
Datakilde: SSB

1) For å få sammenlignbare tall over tid, er en institusjon i Helse Vest som i 1998 var klassifisert som "annen" døgnenhet omkodet til sykehus. Ett sykehus i Helse Sør-Øst har fra 2006 endret fordelingen av fellespersonell. For å få sammenlignbare tall er årsverksinnsatsen for 1998 derfor oppjustert med 241 årsverk.

Tabell 6.3 Prosentvis fordeling av personelløkning (årsverk) etter institusjonstype og driftsform fra 1998 til 2008. Det psykiske helsevernet for voksne

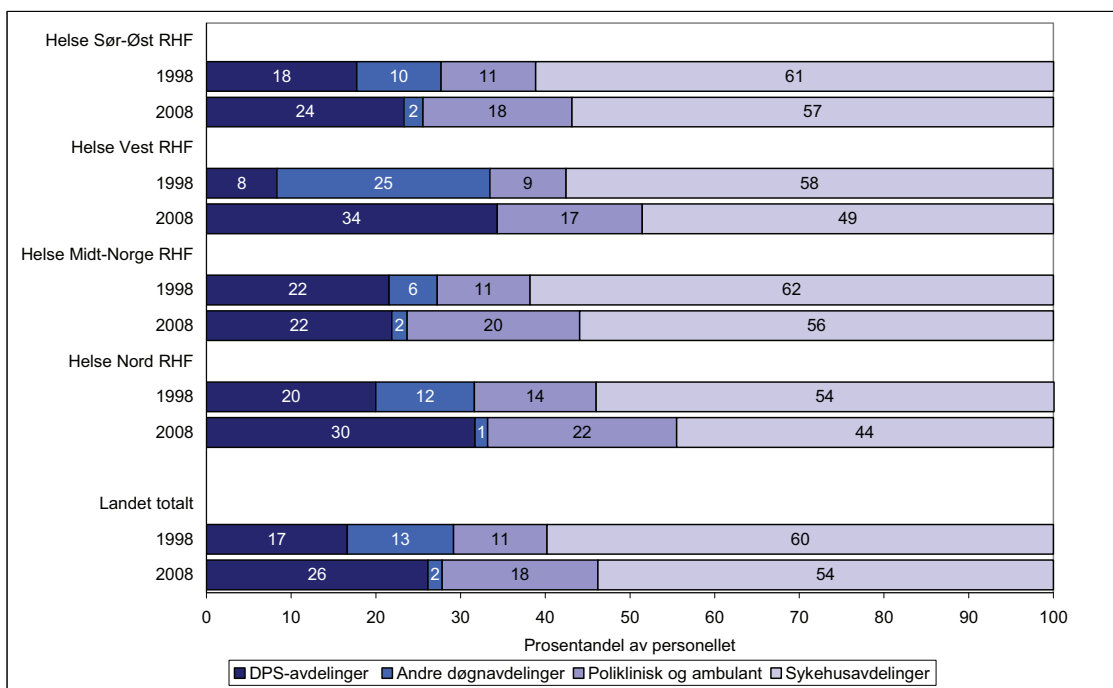
| | Helse Sør-Øst RHF | Helse Vest RHF | Helse Midt-Norge RHF | Helse Nord RHF | Landet |
|-------------------------|-------------------|----------------|----------------------|----------------|--------|
| Etter institusjonstype | | | | | |
| Sykehus | 31 | -11 | -20 | 103 | 20 |
| DPS | 102 | 260 | 150 | 103 | 132 |
| Andre institusjoner | -33 | -149 | -29 | -30 | -51 |
| Utenfor sykehus | 69 | 111 | 120 | 73 | 80 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Etter driftsform | | | | | |
| Sykehusavdelinger | 37 | -5 | 8 | 14 | 24 |
| DPS-avdelinger | 49 | 188 | 24 | 69 | 73 |
| Andre døgnavdelinger | -34 | -149 | -29 | -31 | -52 |
| Avd. utenfor sykehus | 16 | 39 | -5 | 38 | 21 |
| Poliklinisk og ambulant | 47 | 65 | 97 | 48 | 54 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Datakilde: SSB



Datakilde: SSB

Figur 6.1 Personell etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2008



Datakilde: SSB

Figur 6.2 Personell etter driftsform. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2008

Vi vil først se på fordelingen av personell etter institusjonstype (se figur 6.1). Helse Midt-Norge RHF hadde i utgangspunktet en større andel av ressursene knyttet opp mot sykehusene (71 prosent) enn Helse Sør-Øst RHF (65 prosent) og Helse Vest RHF (64 prosent). I Helse Nord RHF var andelen betydelig lavere (56 prosent). I alle regioner har det vært en nedgang i personellandelen knyttet opp mot sykehusene på mellom seks (Helse Sør-Øst RHF) og ti prosentpoeng (Helse Midt-Norge RHF). Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har nå cirka 60 prosent av ressursene knyttet opp mot sykehusene, mot 53 prosent i Helse Vest RHF og 49 prosent i Helse Nord RHF.

Endringen gjenspeiler likevel ulik prioritering av opptrappingsmidlene. I Helse Sør-Øst RHF har 31 prosent og i Helse Nord RHF har 27 prosent av økningen i opptrappingsperioden gått til sykehusene, mens Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF har hatt en nedgang i personellressurser knyttet opp mot sykehusene (se tabell 6.3).

Alle regioner har hatt en kraftig økning i andelen av personellressursene ved DPS-ene. Kraftigst har økningen vært i Helse Vest RHF (fra elleve til 47 prosent). Helse Vest RHF hadde i utgangspunktet en langt lavere andel ressurser ved DPS-ene enn de øvrige regionene. Det har imidlertid vært en betydelig økning også i de øvrige regionene (14-16 prosentpoeng). En vesentlig andel av økningen er hentet fra sykehjemmene/andre institusjoner. DPS-ene har imidlertid også blitt tilført en vesentlig del av personelløkningen i perioden, 69 prosent av økningen i Helse Sør-Øst RHF og 73 prosent i Helse Nord RHF. I Helse Vest RHF og i Helse Midt-Norge RHF er i tillegg personellressurser flyttet ut fra sykehusene, slik at DPS-ene ut over ressurser fra sykehjemmene har hatt en økning tilsvarende hhv. 111 og 120 prosent av den totale økningen i personellinnsatsen.

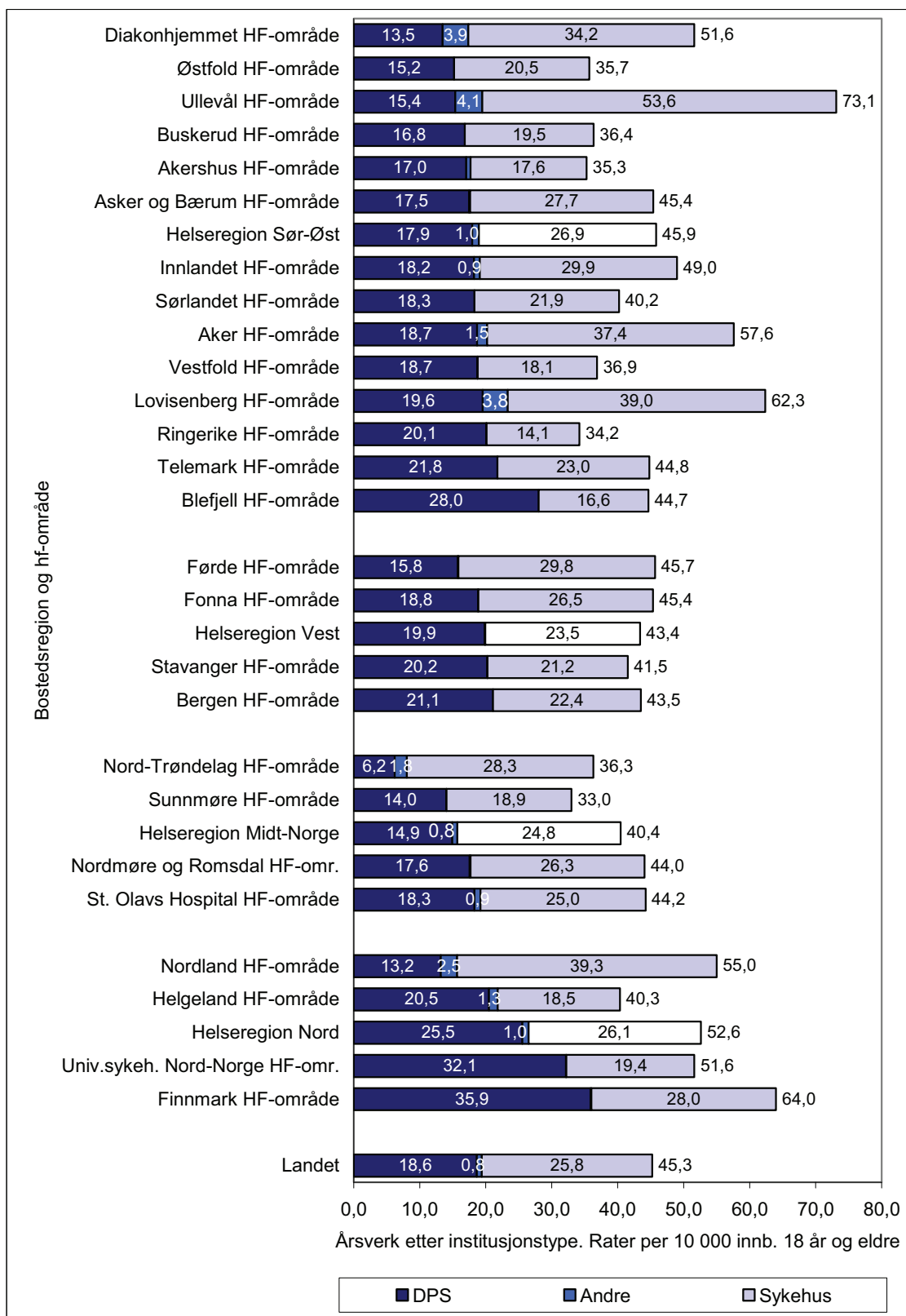
En vesentlig andel av veksten utenfor sykehusene er knyttet til utbyggingen av poliklinikker ved DPS-ene. Ser vi på fordelingen av ressurser etter driftsform (Figur 6.2) er det en nesten påfallende grad av samsvar mellom sum andel personell ved DPS-avdelinger og øvrige avdelinger utenfor sykehus i 1998 og 2008. På landsbasis, i Helse Sør-Øst RHF, i Helse Vest RHF og i Helse Nord RHF er prosentdifferansen kun ett til to prosentpoeng. I Helse Midt-Norge RHF har prosentandelen blitt redusert med fire prosentpoeng. Det kan langt på vei se ut for

at utbygging av DPS-avdelinger har vært betinget av hvilket omfang sykehjemssektoren hadde i utgangspunktet. I Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har opp mot 40 prosent av ressursøkningen gått til avdelinger utenfor sykehusene. Andelen er betydelig lavere i Helse Sør-Øst RHF (16 prosent), mens det har vært en nedgang i Helse Midt-Norge RHF.

De regionale helseforetakene har altså hatt en svært ulik profil på hvordan de økte ressursene har blitt brukt. I Helse Sør-Øst RHF og i Helse Nord RHF har cirka 30 prosent av ressursøkningen gått til sykehusavdelingene, mens Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF har hatt nedgang i personellinnsatsen ved sykehusavdelingene. Helse Midt-Norge RHF har satset betydelig mer enn de øvrige regioner på utbygging av poliklinikker, med en økning tilsvarende 97 prosent av den totale veksten. I de øvrige regioner varierer andelen mellom 65 prosent (Helse Vest RHF) og knapt 50 prosent (Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF).

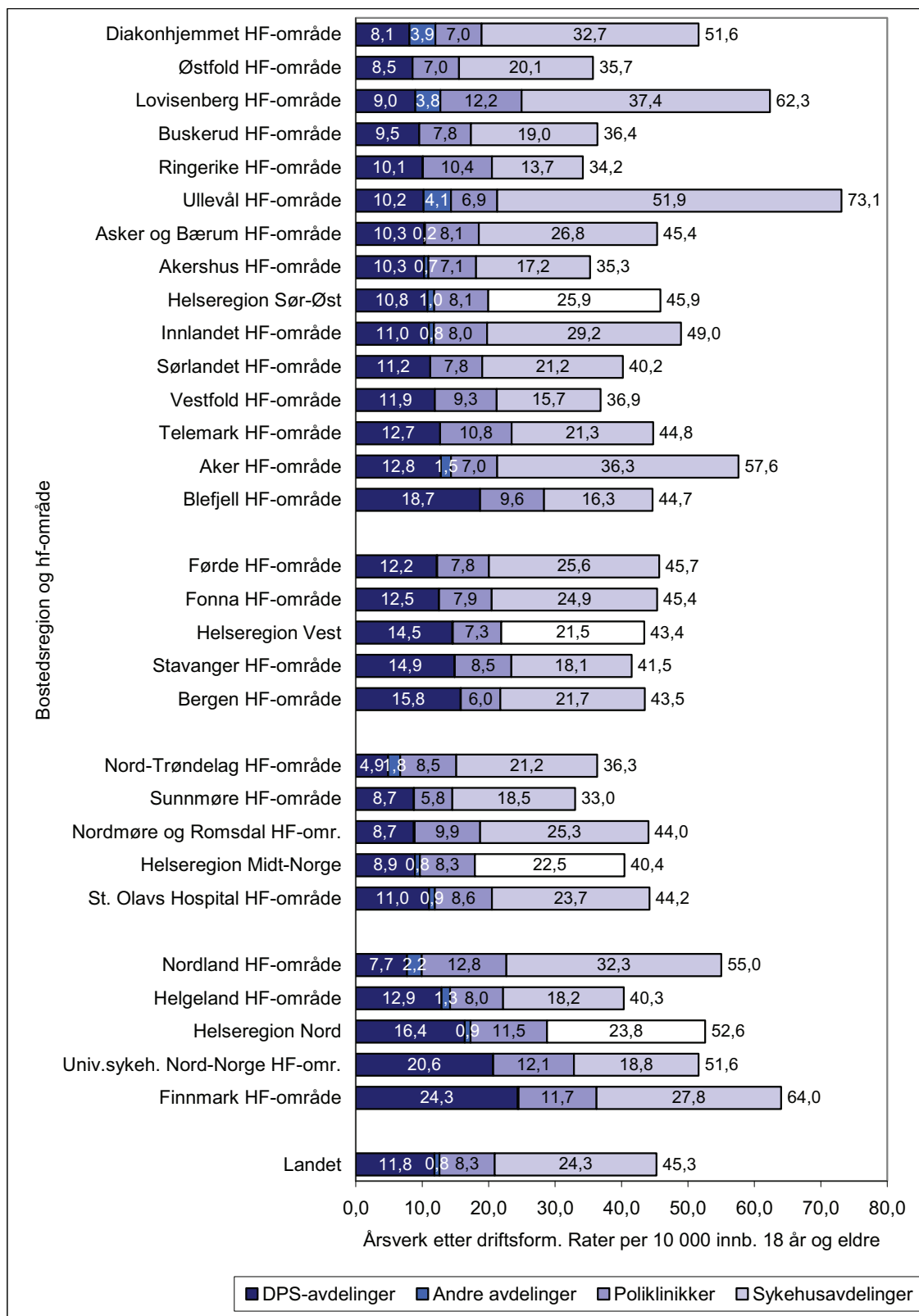
6.4.2 Fordeling av personellressurser i helseforetaksområdene

Figur 6.3 viser estimerte personellrater for helseforetaksområdene i 2008, fordelt etter institusjonstype. Figur 6.4 viser den tilsvarende fordelingen etter driftsform. Figur 6.5 og 6.6 viser den prosentvise fordelingen. Vi minner om at personellressursene ved den enkelte institusjon her er fordelt ut på helseforetaksområdene etter pasientenes bosted (se avsnitt 6.3). Det kan derfor forekomme mindre avvik mellom tallene på regionnivå i dette avsnittet og i avsnitt 6.4.1, der personellressursene var fordelt etter foretakstilknytning.



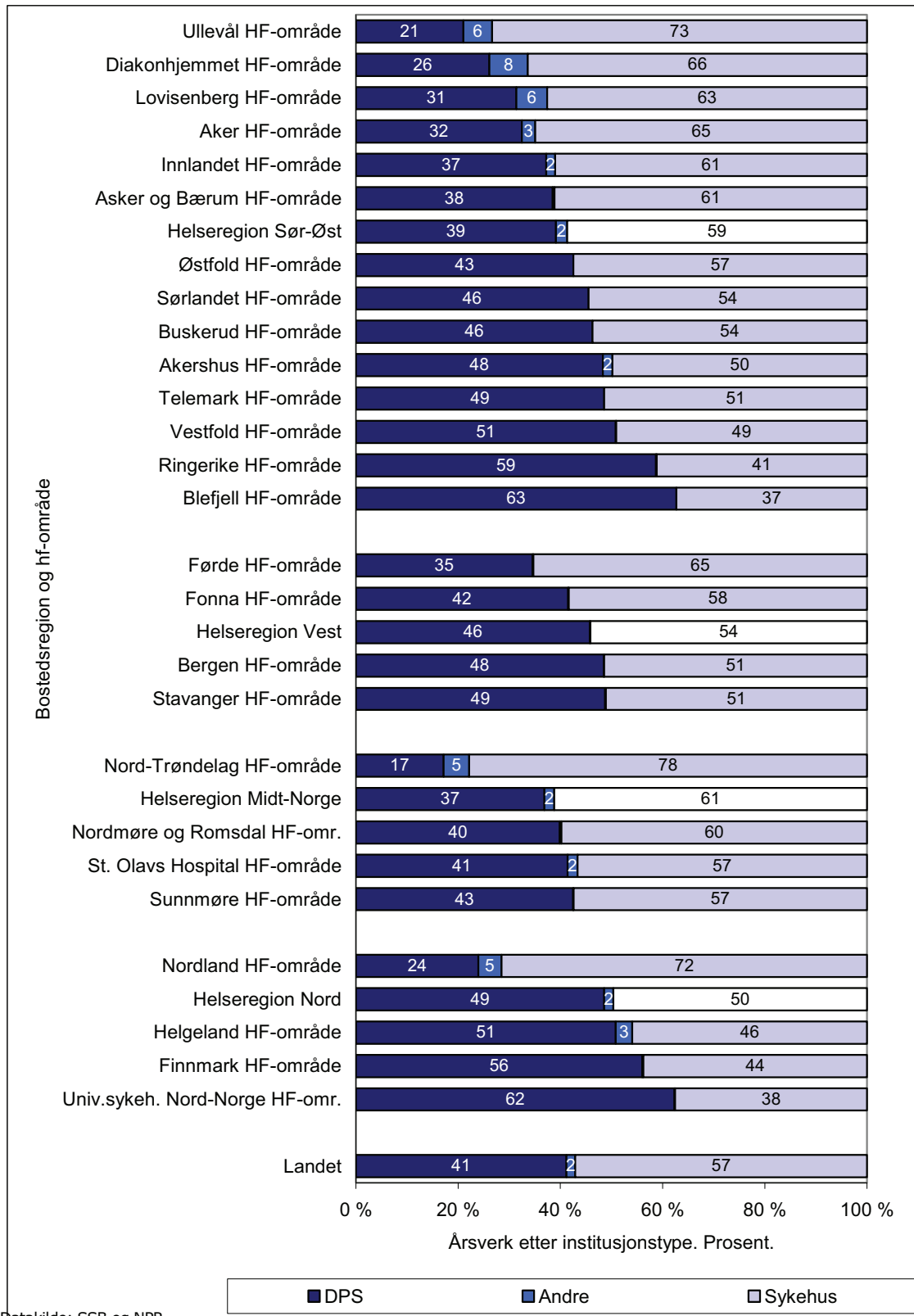
Datakilde: SSB og NPR

Figur 6.3 Personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008

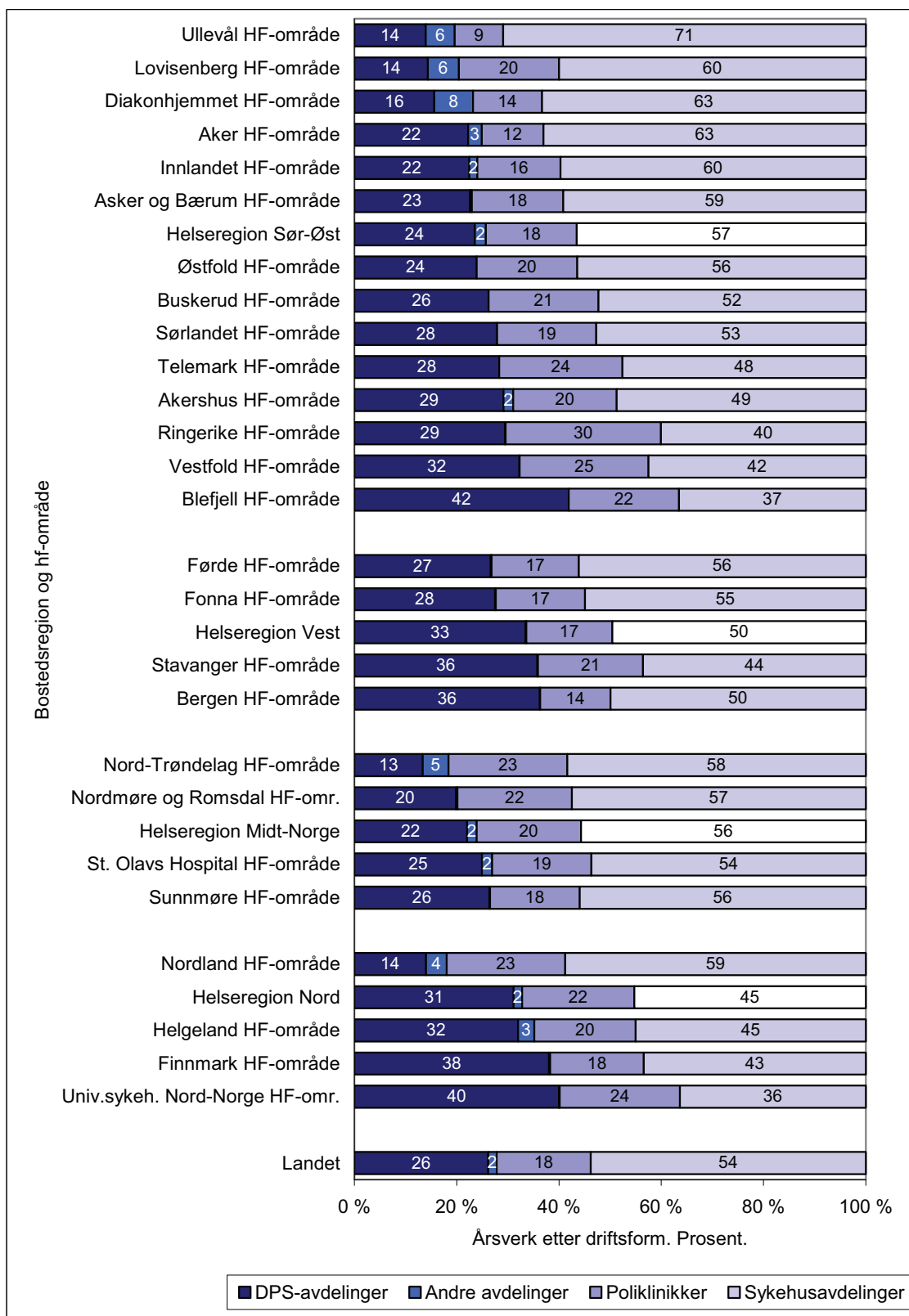


Datakilde: SSB og NPR

Figur 6.4 Personellinnsats fordelt etter driftsform. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008



Figur 6.5 Personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008



Datakilde: SSB og NPR

Figur 6.6 Personellinnsats fordelt etter driftsform. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008

Det er betydelige forskjeller i ressursfordeling mellom helseforetaksområdene internt i Helse Sør-Øst. Foretaksområdene i Oslo har gjennomgående en langt lavere andel av personellressursene knyttet opp mot distriktpspsykiatriske tilbud enn de øvrige foretaksområdene, og da særlig områdene i tidligere Helseregion Sør. Lavest er andelen i Ullevål HF-område (21 prosent), høyest i Blefjell HF-område (63 prosent). Et tilsvarende mønster finner vi også for fordelingen av ressursene etter driftsform. Ullevål HF-område og Lovisenberg HF-område har bare 14 prosent av personellressursene knyttet opp mot DPS-avdelinger, mot 42 prosent i Blefjell HF-område. Tilsvarende forskjeller finner vi også for poliklinikkene. I Ullevål HF-område er kun ni prosent av personellressursene knyttet til poliklinisk virksomhet, mot 30 prosent i Ringerike HF-område.

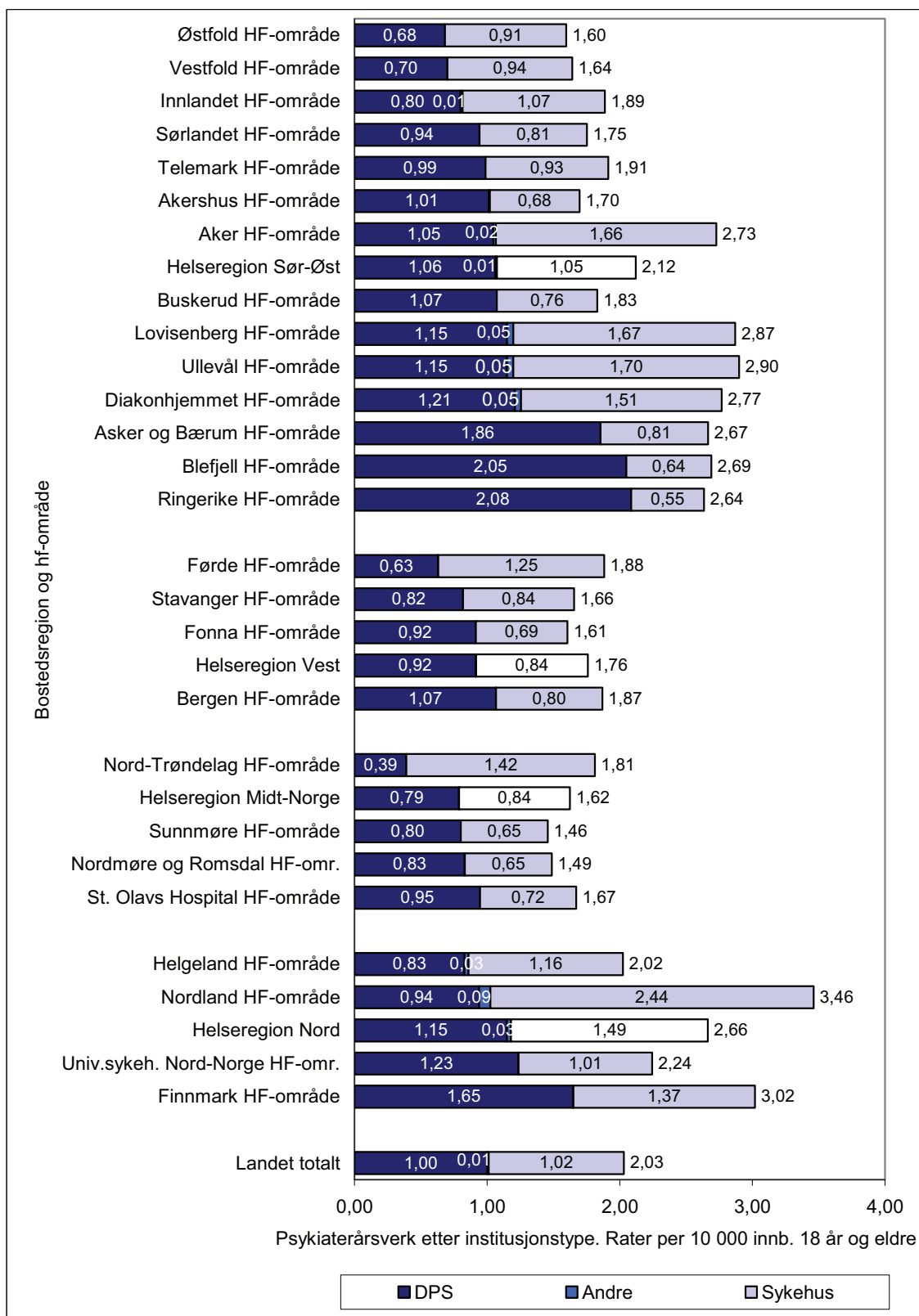
De lave andelenene knyttet til DPS-avdelinger og poliklinikker i Oslo gjenspeiler i noen grad lave rater knyttet til disse tjenestene, men først og fremst at disse områdene har en langt høyere personelldekning ved sykehusavdelingene enn de øvrige områdene (både målt ved rate og prosentandel). Selv om tallene er korrigert for bruk av ressurser fra andre foretaksområder, gjenspeiler nok resultatet for Blefjell (og også Ringerike) HF-område at de ikke har utbygd egne sykehusavdelinger. Sammenlignet med Oslo finner vi imidlertid en betydelig høyere andel av virksomheten knyttet opp mot DPS og DPS-avdelinger også i andre HF-områder med egne sykehusavdelinger.

I de øvrige helseregionene er forskjellene mindre uttalt. Alle kjennetegnes ved at ett område har en lavere andel DPS-aktivitet enn de øvrige foretaksområdene i regionen. I helseregion Vest gjelder dette Førde HF-område, i helseregion Midt-Norge, Nord-Trøndelag HF-område, og i helseregion Nord, Nordland HF-område²⁶. Vi kan også merke oss forskjeller i prioriteringen av den polikliniske virksomheten. I helseregion Vest varierer personellandelen ved poliklinikkene fra 14 prosent i Bergen HF-område til 21 prosent i Stavanger HF-område. Intern i helseregion Midt-Norge er forskjellene mindre, fra 19 prosent i St. Olavs Hospital HF-område til 23 prosent i Nord-Trøndelag HF-område. I helseregion Nord varierer andelen fra 18 prosent i Finnmark HF-område til 24 prosent i UNN HF-område. Vi vil imidlertid minne om at ressursene, målt ved personellraten snarere enn prosentandeler, vil kunne gi et annet bilde.

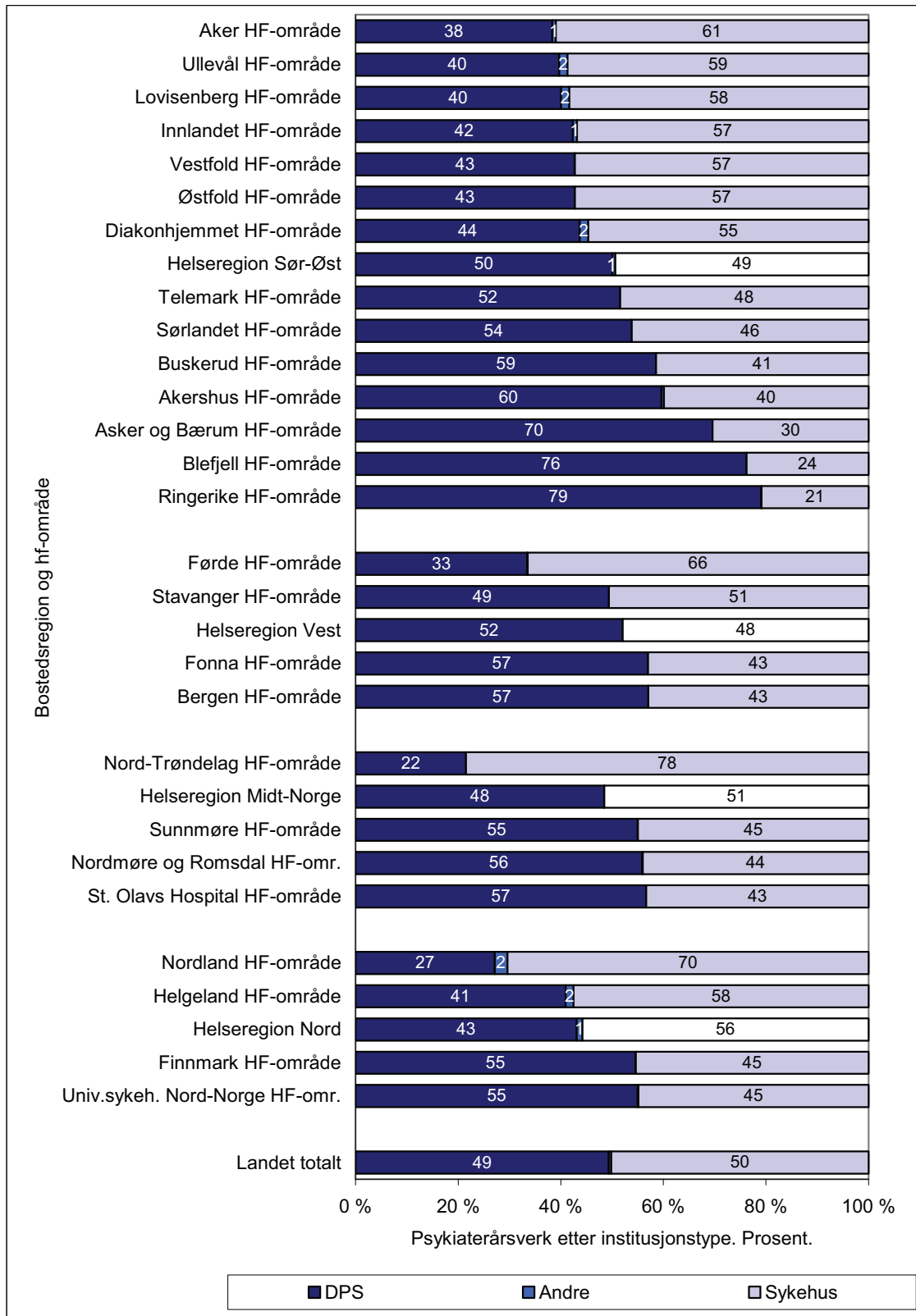
6.4.3 Fordeling av psykiatere og psykologer i helseforetaksområdene

DPS-ene skal ivareta en vesentlig andel av den allmennpsykiatriske virksomheten. Det har i den forbindelse vært reist spørsmål ved om DPS-ene har en tilstrekkelig spesialistbemanning til å kunne ivareta disse funksjonene. I forbindelse med årets rapport har vi derfor utarbeidet en oversikt over bemanningen av psykiatere og psykologer fordelt etter institusjonstype. Figur 6.7 viser rater for psykiatere fordelt etter institusjonstype i helseforetaksområdene. Figur 6.8 viser den prosentvise fordelingen. Figur 6.9 og 6.10 viser de tilsvarende fordelingene av psykologårsverkene.

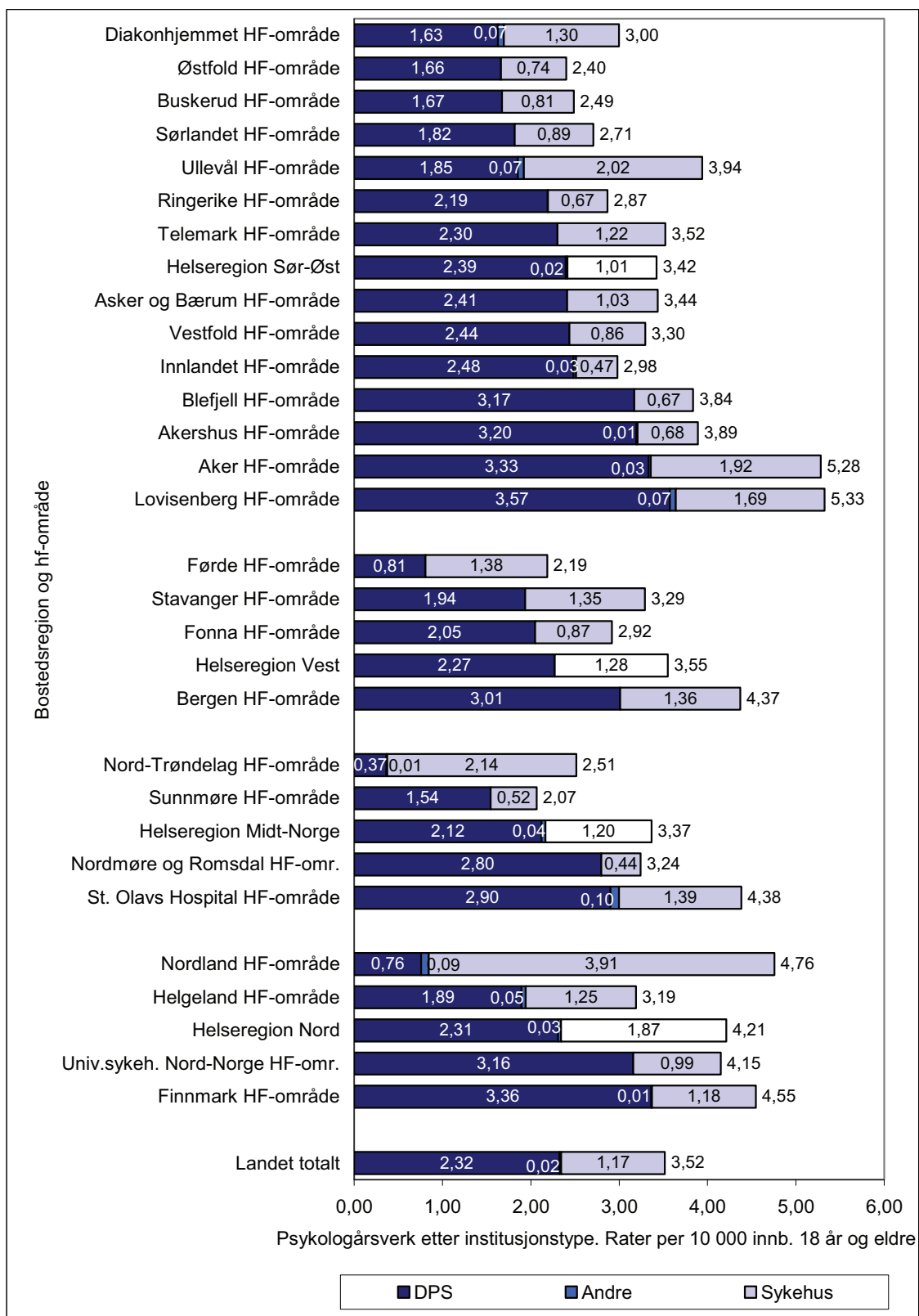
²⁶ Helse Førde har fra 2008 skilt ut en egen DPS-avdeling fra sykehuset, men av data-tekniske årsaker har det vært nødvendig å behandle denne som en del av sykehuset.



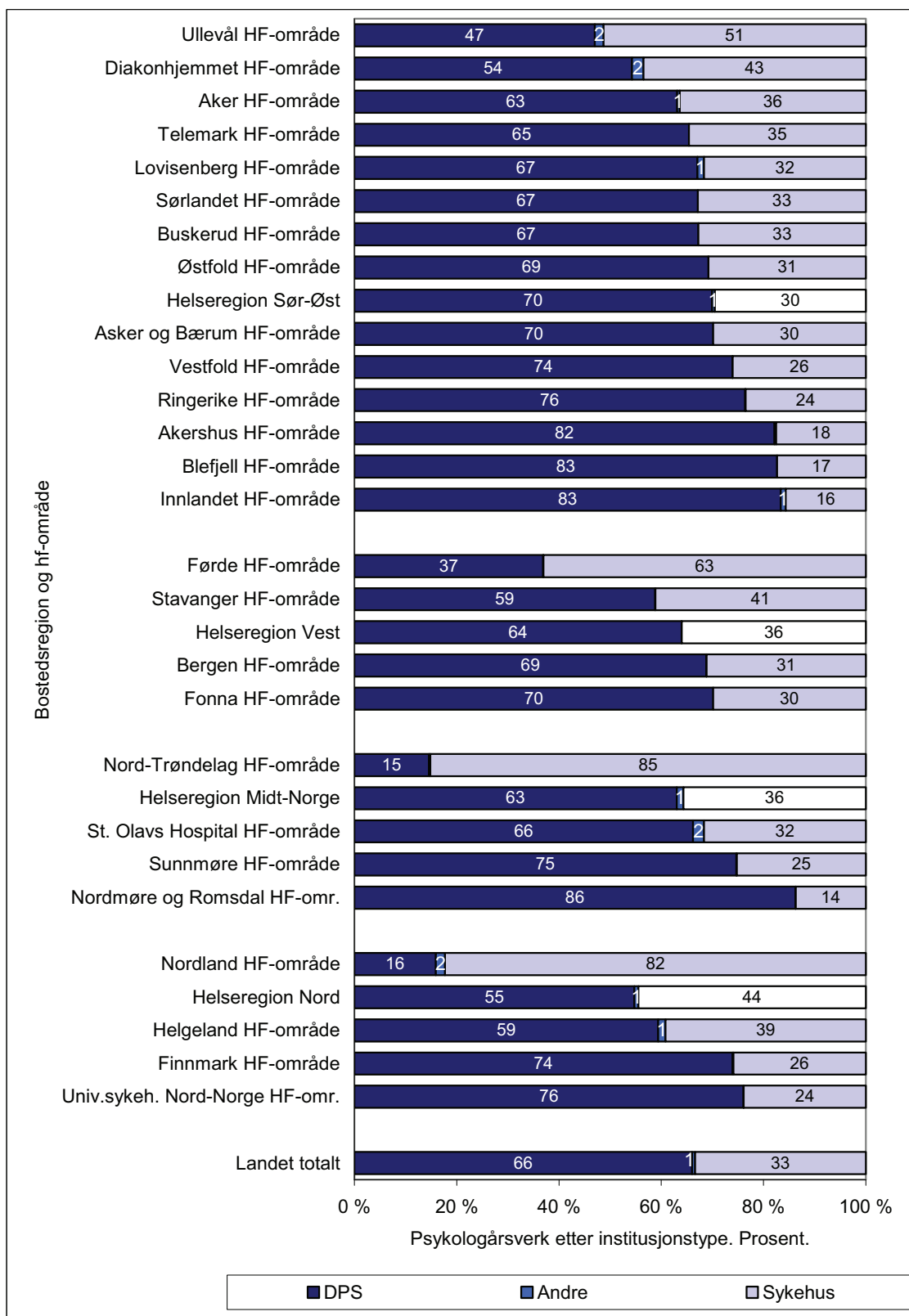
Figur 6.7 Psykiaterårsverk fordelt etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008



Figur 6.8 Psykiaterårsverk fordelt etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008



Figur 6.9 Psykologårsverk fordelt etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008



Figur 6.10 Psykologårverk fordelt etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008

På landsbasis ble det i 2008 utført 751 årsverk av psykiatere i det psykiske helsevernet for voksne (privatpraktiserende ikke medregnet). Dette gir en dekning på 2,0 årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Av disse ble 371 årsverk, dvs. 49 prosent, utført ved DPS-ene. Dette gir på landsbasis en rate på 1,0 psykiaterårsverk ved DPS per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. På regionnivå varierer raten for DPS-ene fra 1,15 i helseregion Nord til 0,79 i helseregion Midt-Norge. Prosentandelen varierer tilsvarende fra 52 prosent i helseregion Vest til 43 prosent i helseregion Nord (helseregion Nord har en langt høyere samlet dekning av psykiatere enn de øvrige regionene). Innad i regionene finner vi langt på vei de samme skjevhetene i fordelingen av psykiaterne som vi fant for personellfordelingen samlet.

Det ble i 2008 utført i alt 1300 psykologårsverk i det psykiske helsevernet for voksne (privatpraktiserende psykologer er igjen holdt utenfor). Dette gir en rate på 3,5 psykologårsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Av disse ble 858, eller 66 prosent utført ved DPS-ene. Dette gir på landsbasis en rate på 2,3 psykologårsverk per 10 000 innbyggere ved DPS-ene. Raten varierer fra 2,39 i helseregion Øst til 2,12 i helseregion Midt-Norge. Andelen varierer tilsvarende fra 70 prosent i helseregion Sør-Øst til 55 prosent i helseregion Nord. Innad i helseregionene finner vi variasjoner tilsvarende de vi fant for personelldekning totalt.

6.5 Fordeling av døgnplasser

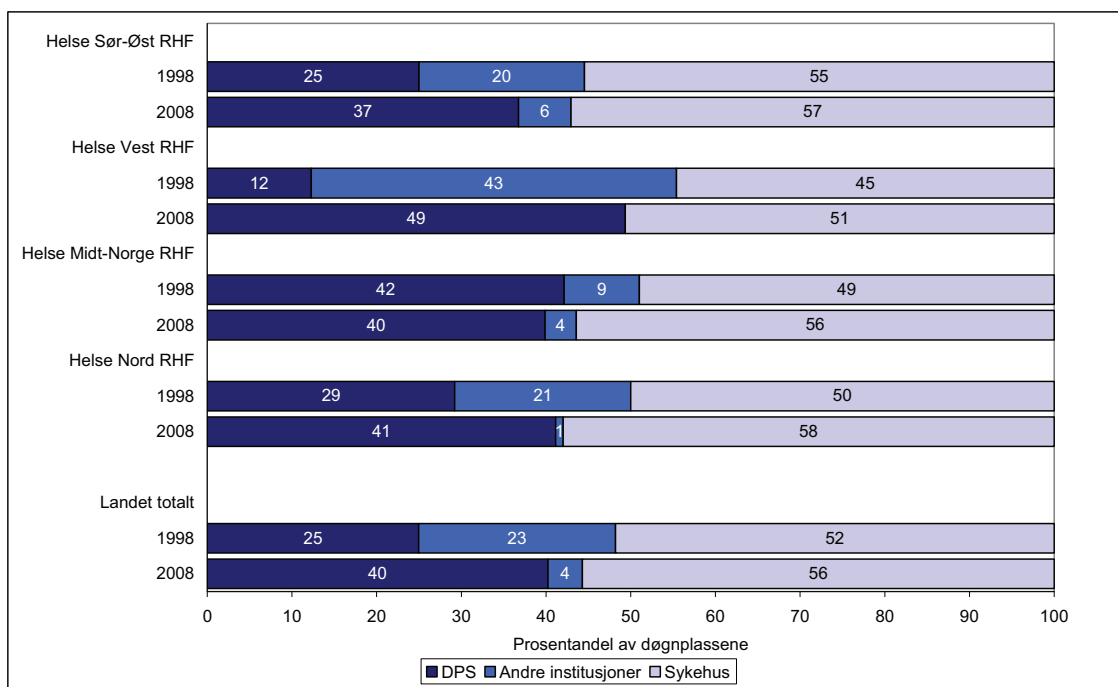
6.5.1 Utviklingen i døgnplasser i regionene

Tabell 6.4 viser hvordan fordelingen av døgnplasser har endret seg fra 1998 til 2008, nasjonalt og etter region. Tabellen viser både absoluttall og befolkningsbaserte rater. Figur 6.11 viser den prosentvise fordelingen av plassene.

Tabell 6.4 Døgnplasser etter institusjonstype. Det psykisk helsevernet for voksne. Absolutte tall og rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak 1998 og 2008

| | Antall | | | | Rate per 10 000 innb. 18 år og eldre | | |
|-----------------------------|--------|-------|-------------------|---------|--------------------------------------|------|-------------------|
| | 1998 | 2008 | Endring 1998-2008 | | 1998 | 2008 | Endring 1998-2008 |
| | | | Absolutt | Prosent | | | |
| Helse Sør-Øst RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 1 894 | 1 473 | 421 | 22 | 10,0 | 7,1 | -2,9 |
| DPS | 854 | 949 | -95 | -11 | 4,5 | 4,6 | 0,1 |
| Andre institusjoner | 667 | 160 | 507 | 76 | 3,5 | 0,8 | -2,7 |
| Utenfor sykehus | 1 521 | 1 109 | 412 | 27 | 8,0 | 5,3 | -2,7 |
| Totalt | 3 415 | 2 582 | 833 | 24 | 18,0 | 12,4 | -5,6 |
| Helse Vest RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 577 | 484 | 93 | 16 | 8,5 | 6,4 | -2,1 |
| DPS | 159 | 472 | -313 | -197 | 2,4 | 6,3 | 3,9 |
| Andre institusjoner | 558 | 0 | 558 | 100 | 8,3 | 0,0 | -8,3 |
| Utenfor sykehus | 717 | 472 | 245 | 34 | 10,6 | 6,3 | -4,3 |
| Totalt | 1 294 | 956 | 338 | 26 | 19,3 | 12,7 | -6,6 |
| Helse Midt-Norge RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 408 | 324 | 84 | 21 | 8,5 | 6,3 | -2,2 |
| DPS | 351 | 229 | 122 | 35 | 7,3 | 4,5 | -2,8 |
| Andre institusjoner | 74 | 21 | 53 | 72 | 1,5 | 0,4 | -1,1 |
| Utenfor sykehus | 425 | 250 | 175 | 41 | 8,9 | 4,9 | -4,0 |
| Totalt | 833 | 574 | 259 | 31 | 17,4 | 11,2 | -6,2 |
| Helse Nord RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 219 | 258 | -39 | -18 | 6,2 | 7,2 | 1,0 |
| DPS | 128 | 183 | -55 | -43 | 3,6 | 5,1 | 1,5 |
| Andre institusjoner | 91 | 4 | 87 | 96 | 2,6 | 0,1 | -2,5 |
| Utenfor sykehus | 219 | 187 | 32 | 15 | 6,2 | 5,2 | -1,0 |
| Totalt | 438 | 445 | -7 | -2 | 12,5 | 12,5 | 0,0 |
| Landet totalt | | | | | | | |
| | | | 0 | | | | |
| Sykehus | 3 098 | 2 539 | 559 | 18 | 9,1 | 6,9 | -2,2 |
| DPS | 1 492 | 1 833 | -341 | -23 | 4,4 | 5,0 | 0,6 |
| Andre institusjoner | 1 390 | 185 | 1 205 | 87 | 4,1 | 0,5 | -3,6 |
| Utenfor sykehus | 2 882 | 2 018 | 864 | 30 | 8,5 | 5,5 | -3,0 |
| Totalt | 5 980 | 4 557 | 1 423 | 24 | 17,6 | 12,3 | -5,3 |

Datakilde: SSB



Datakilde: SSB

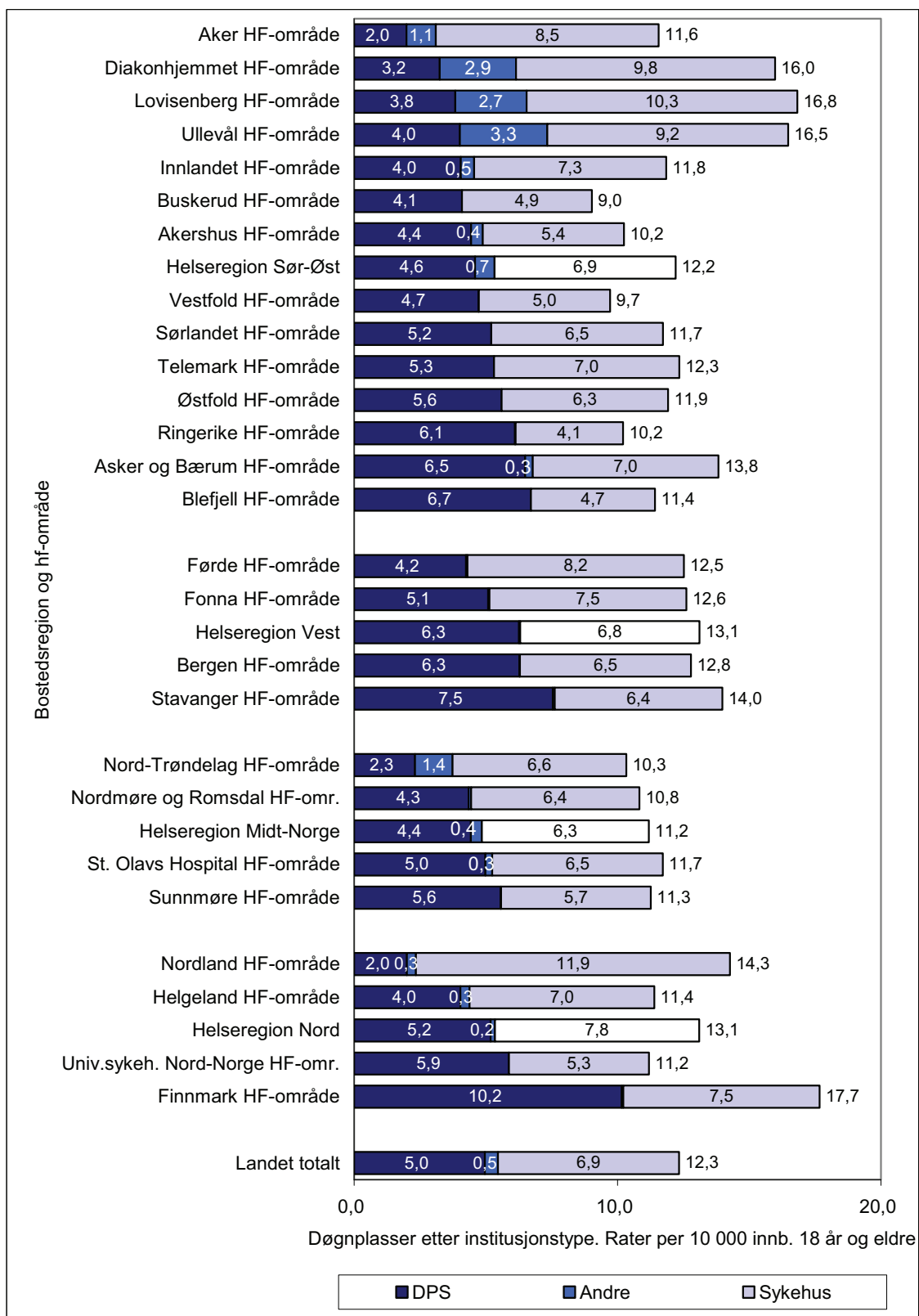
Figur 6.11 Døgnplasser etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2008

I alle helseregioner har det vært en økning i andel døgnplasser ved DPS. Størst økning finner vi i Helse Vest RHF, som i 1998 fortsatt hadde et en betydelig andel sykehjemsplasser. Sykehjemmene er nå avviklet i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF finnes fortsatt et fåtall sykehjemsplasser.

Økningen i andel DPS-plasser har i alle regioner vært lavere enn nedgangen i andel sykehjemsplasser. Andel sykehusplasser har dermed økt i alle regioner. Andelen er lavere i Helse Vest (51 prosent) enn i de øvrige foretakene (56-58 prosent).

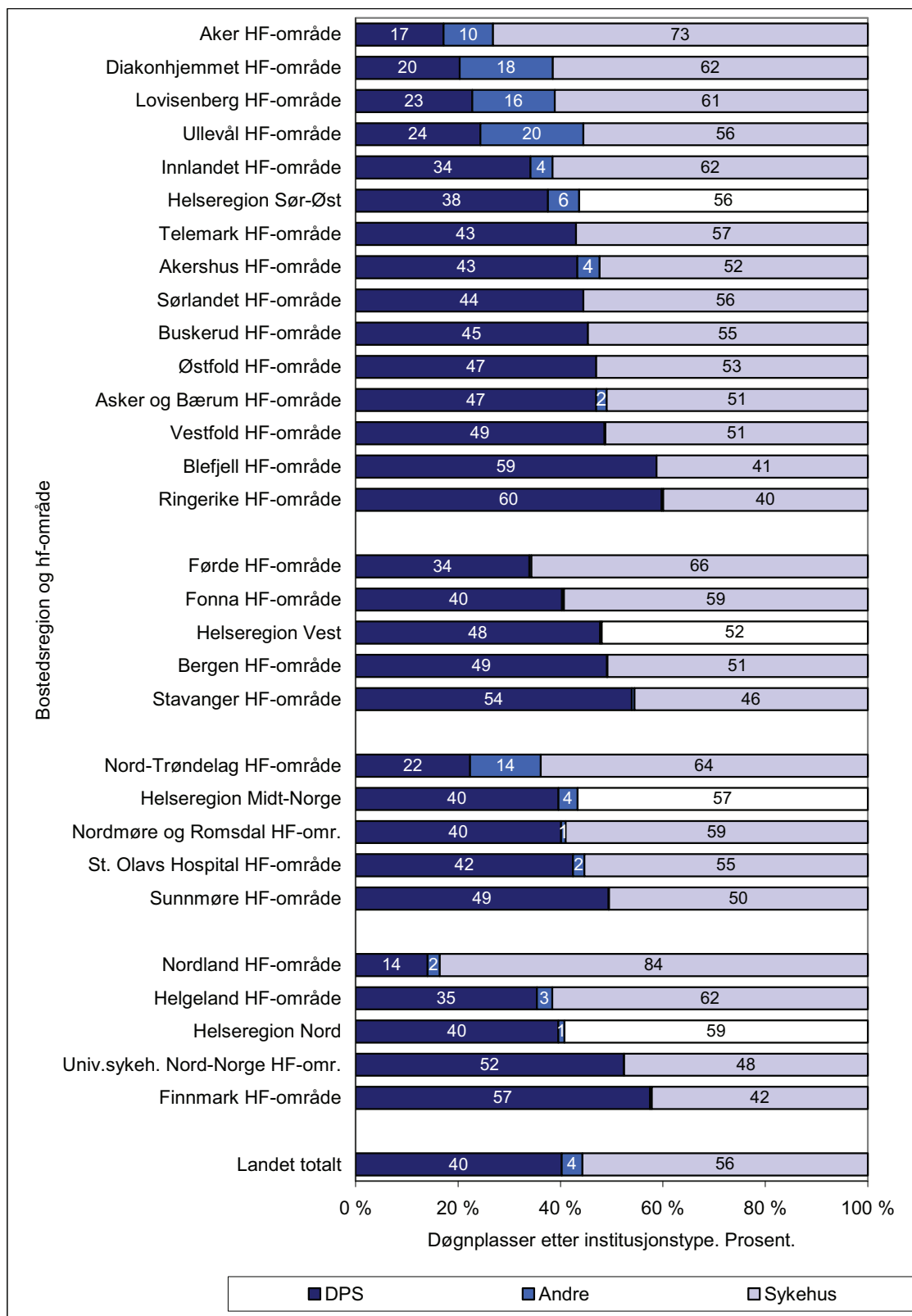
6.5.2 Forskjeller i døgnplassdekning mellom foretaksområdene

Figur 6.12 viser rater for døgnplasser etter helseforetaksområde i 2008, mens figur 6.13 viser den prosentvise fordeling.



Datakilde: SSB og NPR

Figur 6.12 Døgnplasser etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF

Figur 6.13 Døgnplasser etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008

Gjennomgangen viser langt på vei det samme mønsteret som vi fant for fordeling av personell etter driftsform. Helseforetaksområdene i Oslo har, sammen med Nord-Trøndelag og Nordland, en langt lavere andel plasser ved DPS enn de øvrige helseforetaksområdene (14-24 prosent). Oslo og Nord-Trøndelag har i tillegg fortsatt en ikke ubetydelig andel plasser ved sykehjem. Størst andel sykehusplasser finner vi i Nordland (84 prosent), Aker (73 prosent), Førde (66 prosent) og Nord-Trøndelag (64 prosent) HF-områder.

6.6 Utskrivninger fra døgnavdelingene

Vi vil i dette avsnittet først undersøke i hvilken grad vi på regionnivå har fått en desentralisering av virksomheten ved døgnavdelingene. Som indikator bruker vi utskrivninger. Vi vil deretter se på forskjeller mellom HF-områdene i grad av desentralisering i 2008.

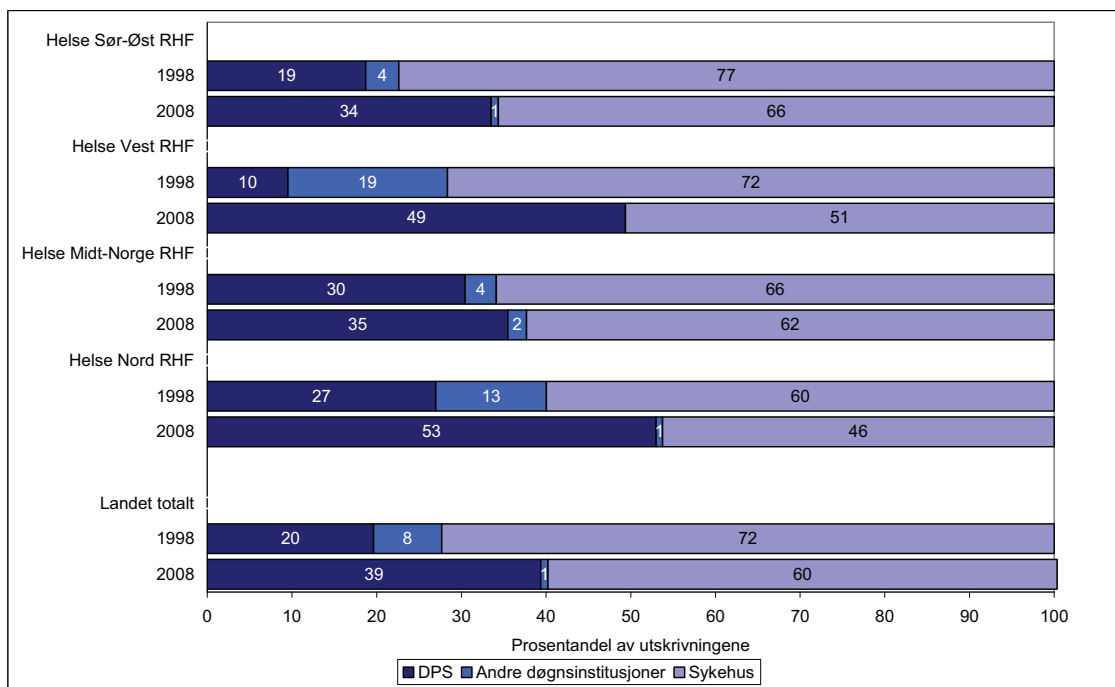
6.6.1 Utviklingen i utskrivninger i regionene

Tabell 6.5 viser hvordan tallet på utskrivninger etter institusjonstype har endret seg i regionene fra 1998 til 2008. Tabellen omfatter både absoluttall og rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Den prosentvise fordelingen er vist i figur 6.14.

Tabell 6.5 Utskrivninger etter institusjonstype. Absoluttall og rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008

| | Absoluttall | | Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre | | | | |
|-----------------------------|---------------|---------------|---|-------------|--------------|--------------|-------------------|
| | 1998 | 2008 | Endring 1998-2008 | | 1998 | 2008 | Endring 1998-2008 |
| | | | Absolutt | Prosent | | | |
| Helse Sør-Øst RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 11 539 | 17 165 | 5 626 | 48,8 | 60,8 | 82,7 | 21,9 |
| DPS | 2 790 | 8 769 | 5 979 | 214,3 | 14,7 | 42,3 | 27,6 |
| Andre døgninstitusjoner | 582 | 223 | -359 | -61,7 | 3,1 | 1,1 | -2,0 |
| Utenfor sykehus | 3 372 | 8 992 | 5 620 | 166,7 | 17,8 | 43,3 | 25,6 |
| Totalt | 14 911 | 26 157 | 11 246 | 75,4 | 78,5 | 126,1 | 47,5 |
| Helse Vest RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 4 446 | 5 150 | 704 | 15,8 | 65,8 | 68,4 | 2,7 |
| DPS | 592 | 5 024 | 4 432 | 748,6 | 8,8 | 66,8 | 58,0 |
| Andre døgninstitusjoner | 1 167 | 0 | -1 167 | -100,0 | 17,3 | 0,0 | -17,3 |
| Utenfor sykehus | 1 759 | 5 024 | 3 265 | 185,6 | 26,0 | 66,8 | 40,7 |
| Totalt | 6 205 | 10 174 | 3 969 | 64,0 | 91,8 | 135,2 | 43,4 |
| Helse Midt-Norge RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 3 236 | 4 324 | 1 088 | 33,6 | 67,6 | 84,5 | 16,9 |
| DPS | 1 496 | 2 463 | 967 | 64,6 | 31,2 | 48,1 | 16,9 |
| Andre døgninstitusjoner | 181 | 152 | -29 | -16,0 | 3,8 | 3,0 | -0,8 |
| Utenfor sykehus | 1 677 | 2 615 | 938 | 55,9 | 35,0 | 51,1 | 16,1 |
| Totalt | 4 913 | 6 939 | 2 026 | 41,2 | 102,6 | 135,6 | 33,0 |
| Helse Nord RHF | | | | | | | |
| Sykehus | 1 910 | 2 739 | 829 | 43,4 | 54,3 | 76,8 | 22,5 |
| DPS | 860 | 3 140 | 2 280 | 265,1 | 24,5 | 88,1 | 63,6 |
| Andre døgninstitusjoner | 415 | 46 | -369 | -88,9 | 11,8 | 1,3 | -10,5 |
| Utenfor sykehus | 1 275 | 3 186 | 1 911 | 149,9 | 36,3 | 89,4 | 53,1 |
| Totalt | 3 185 | 5 925 | 2 740 | 86,0 | 90,6 | 166,2 | 75,6 |
| Landet totalt | | | | | | | |
| Sykehus | 21 131 | 29 378 | 8 247 | 39,0 | 62,1 | 79,5 | 17,4 |
| DPS | 5 738 | 19 369 | 13 631 | 237,6 | 16,9 | 52,4 | 35,6 |
| Andre døgninstitusjoner | 2 345 | 421 | -1 924 | -82,0 | 6,9 | 1,1 | -5,7 |
| Utenfor sykehus | 8 083 | 19 790 | 11 707 | 144,8 | 23,7 | 53,5 | 29,8 |
| Totalt | 29 214 | 49 195 | 19 981 | 68,4 | 85,8 | 133,1 | 47,3 |

Datakilde: SSB, NPR og SINTEF



Datakilde: NPR og SSB

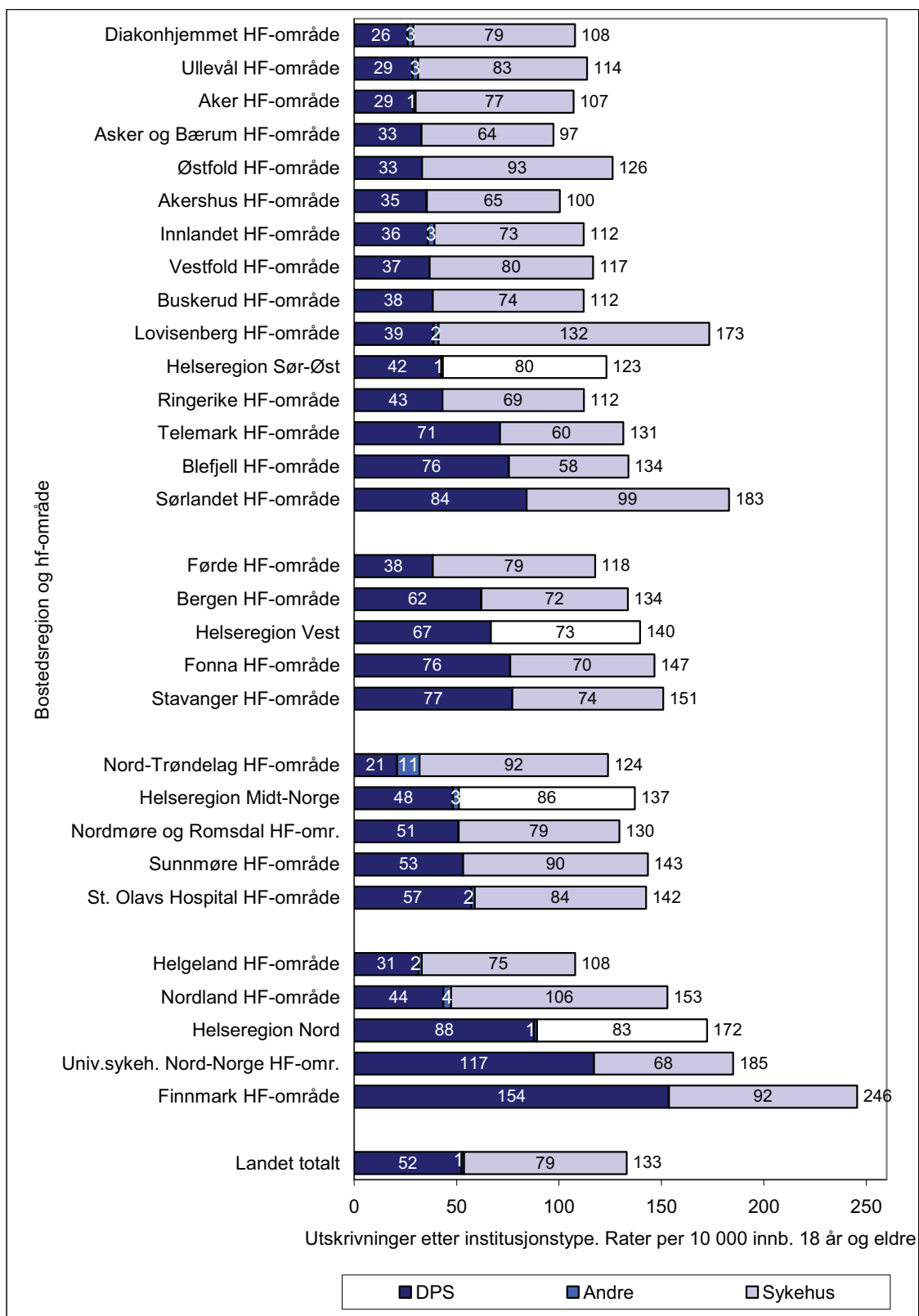
Figur 6.14 Utskrivninger etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008

Det har i alle regioner vært en betydelig økning i aktiviteten målt ved utskrivninger (se tabell 6.5). Den prosentvise veksten har vært størst i Helse Nord (86 prosent) og Helse Sør-Øst RHF (75 prosent), mindre i Helse Vest RHF (64 prosent) og Helse Midt-Norge RHF (41 prosent). I Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har økningen vært jevnt fordelt mellom avdelinger i og utenfor sykehus (om lag 50 prosent av økningen på hver). I Helse Nord RHF, og særlig Helse Vest RHF har en større andel av veksten kommet utenfor sykehusene.

På landsbasis har andelen utskrivninger utenfor sykehus økt med tolv prosentpoeng, fra 28 til 40 prosent (se figur 6.14). Det er imidlertid store regionvise forskjeller. Mens andelen har økt fra 28 til 49 prosent i Helse Vest RHF, er økningen betydelig mindre i Helse Midt-Norge RHF (fire prosentpoeng). Helse Nord RHF (14 prosentpoeng) og Helse Sør-Øst RHF (11 prosentpoeng) faller i en mellomposisjon. Helse Nord RHF har nå flere utskrivninger fra avdelinger utenfor enn i sykehus (54 prosent), mens Helse Vest RHF ligger tett opp mot halvparten (46 prosent). I Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF kommer fortsatt over 60 prosent av utskrivningene fra sykehusene.

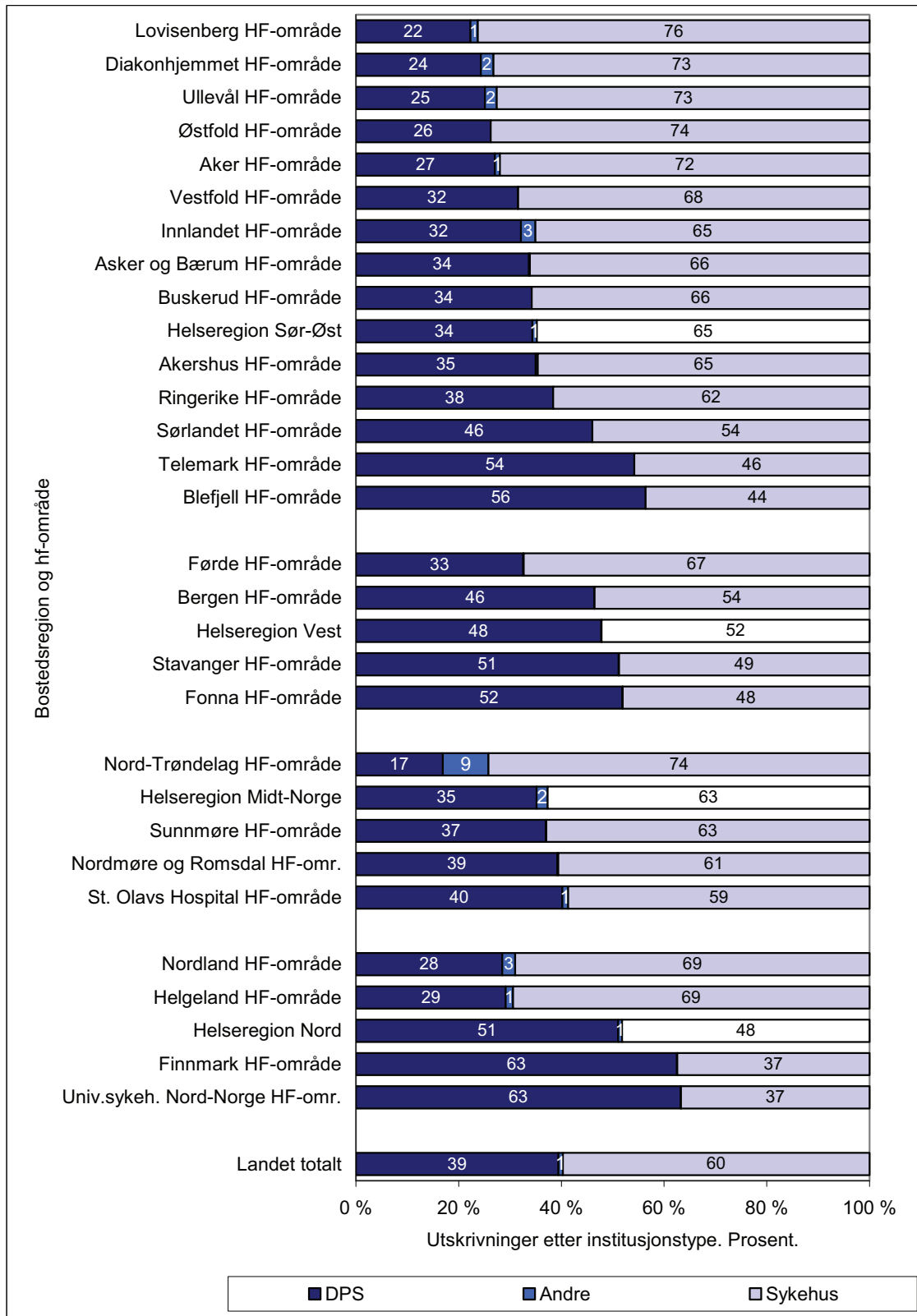
6.6.2 Forskjeller i utskrivningsrater mellom helseforetaksområdene

Figur 6.15 viser forskjeller i utskrivningsrater etter helseforetaksområde i 2008, totalt og etter institusjonstype. Figur 6.16 viser den prosentvise fordelingen.



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF

Figur 6.15 Utskrivninger etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF

Figur 6.16 Utskrivninger etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008

Det er betydelige forskjeller mellom HF-områdene i grad av desentralisering, også internt i helseregionene. I helseregion Sør-Øst varierer andelen utskrivninger utenfor sykehus fra 24 prosent (Lovisenberg HF-område) til 56 prosent (Blefjell HF-område). I helseregion Vest varierer andelen fra 33 prosent (Førde HF-område) til 52 prosent (Fonna HF-område). I Midt-Norge skiller Nord-Trøndelag HF-område seg ut med en lavere andel utskrivninger utenfor sykehusene (26 prosent) enn de øvrige HF-områdene (37-41 prosent). I helseregion Nord skiller Nordland og Helgeland HF-områder seg ut med en betydelig lavere andel utskrivninger utenfor sykehus (begge 31 prosent) enn i de øvrige HF-områdene (52-63 prosent).

6.7 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype

Vi vil i dette avsnittet se på fordelingen av den polikliniske aktiviteten mellom ulike institusjonstyper, målt ved antall konsultasjoner. Vi vil igjen først se på utviklingen på regionnivå fra 1998 til 2008. Vi vil deretter se på forskjeller mellom foretaksområdene i 2008.

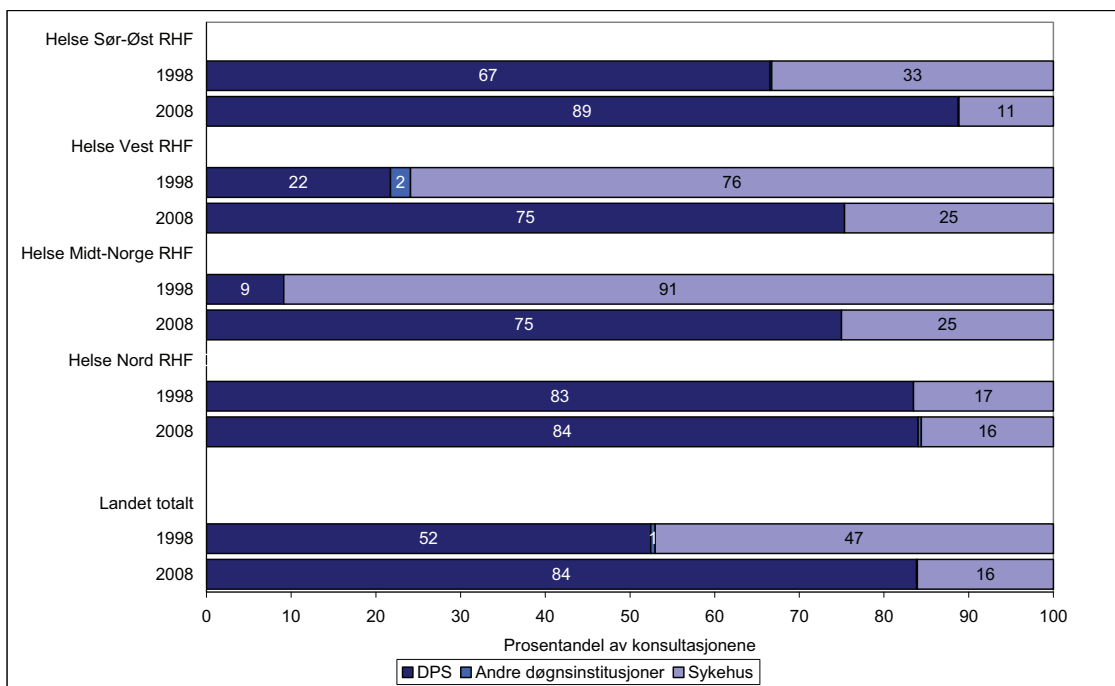
6.7.1 Utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner i regionene

Tabell 6.6 viser utviklingen i den polikliniske aktiviteten, fordelt på ulike institusjonstyper. Figur 6.17 viser den prosentvise fordelingen.

Tabell 6.6 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Absoluttall og rater per 10 000 innbyggere. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008

| | Absoluttall | | | Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre | | |
|-------------------------|-------------|-----------|--------------------------|--|-------|--------------------------|
| | 1998 | 2008 | Endring 1998- 2008 | 1998 | 2008 | Endring 1998- 2008 |
| Helse Sør-Øst RHF | | | | | | |
| Sykehus | 90 877 | 70 718 | -20 159 | 479 | 341 | -138 |
| DPS | 181 798 | 562 802 | 381 004 | 958 | 2 712 | 1 755 |
| Andre døgninstitusjoner | 543 | 848 | 305 | 3 | 4 | 1 |
| Totalt | 273 218 | 634 368 | 361 150 | 1 439 | 3 057 | 1 618 |
| Helse Vest RHF | | | | | | |
| Sykehus | 64 242 | 49 530 | -14 712 | 950 | 658 | -292 |
| DPS | 18 384 | 151 240 | 132 856 | 272 | 2 010 | 1 738 |
| Andre døgninstitusjoner | 1 996 | 0 | -1 996 | 30 | 0 | -30 |
| Totalt | 84 622 | 200 770 | 116 148 | 1 252 | 2 668 | 1 416 |
| Helse Midt-Norge RHF | | | | | | |
| Sykehus | 60 211 | 39 940 | -20 271 | 1 257 | 780 | -476 |
| DPS | 6 055 | 119 760 | 113 705 | 126 | 2 340 | 2 214 |
| Andre døgninstitusjoner | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totalt | 66 266 | 159 700 | 93 434 | 1 383 | 3 121 | 1 737 |
| Helse Nord RHF | | | | | | |
| Sykehus | 8 601 | 16 230 | 7 629 | 245 | 455 | 211 |
| DPS | 43 472 | 87 443 | 43 971 | 1 237 | 2 453 | 1 216 |
| Andre døgninstitusjoner | 0 | 387 | 387 | 0 | 11 | 11 |
| Totalt | 52 073 | 104 060 | 51 987 | 1 481 | 2 919 | 1 438 |
| Landet totalt | | | | | | |
| Sykehus | 223 931 | 176 418 | -47 513 | 658 | 477 | -180 |
| DPS | 249 709 | 921 245 | 671 536 | 733 | 2 493 | 1 759 |
| Andre døgninstitusjoner | 2 539 | 1 235 | -1 304 | 7 | 3 | -4 |
| Totalt | 476 179 | 1 098 898 | 622 719 | 1 398 | 2 973 | 1 575 |

Datakilde: SSB og NPR



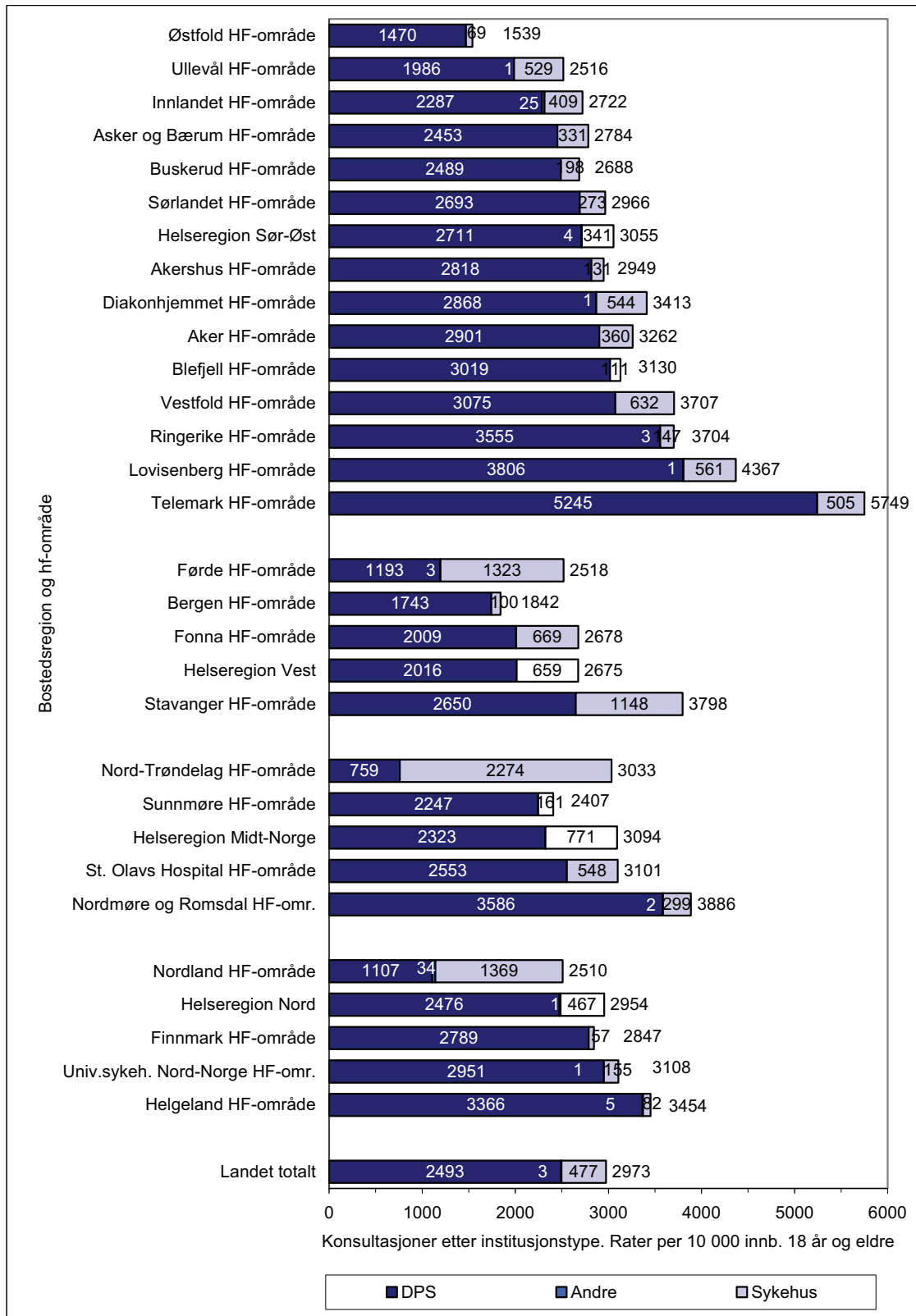
Datakilde: SSB

Figur 6.17 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008

Tabell 6.6 og figur 6.13 viser et entydig bilde. Det har i alle regioner vært en betydelig økning i den polikliniske aktiviteten, og økningen har i alle regioner kommet ved DPS-ene. Helse Nord RHF unntatt, har det i alle RHF-ene også vært en nedgang i den polikliniske aktiviteten ved sykehusene. I Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF var i 1998 det meste av den polikliniske virksomheten lokalisert til sykehusene (hhv. 76 og 91 prosent). Andelen er nå i begge RHF redusert til 25 prosent, dvs. noe høyere enn i Helse Nord RHF (16 prosent) og Helse Sør-Øst (11 prosent).

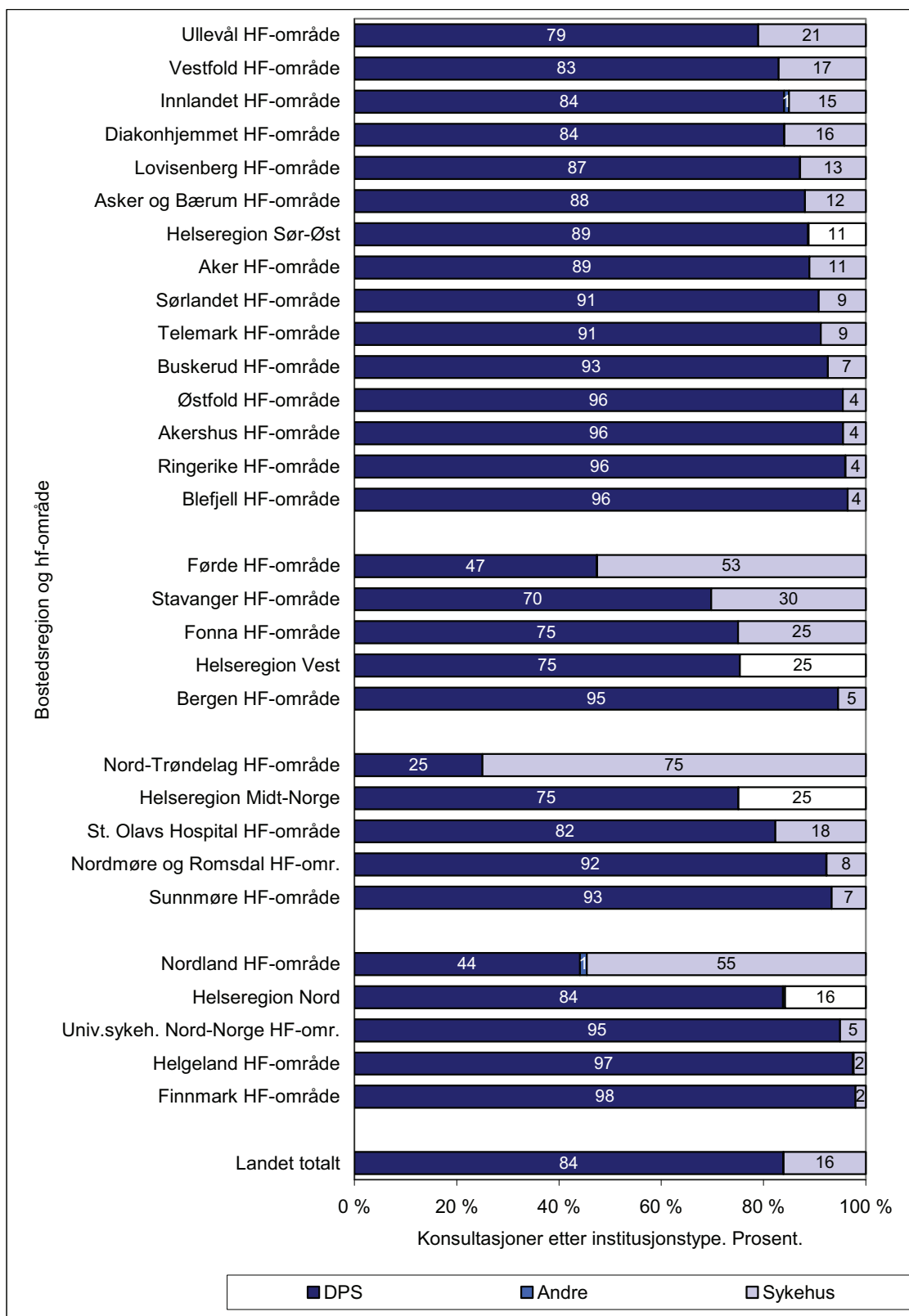
6.7.2 Forskjeller i konsultasjonsrater mellom helseforetaksområder

Figur 6.18 viser rater for fordelingen av konsultasjoner etter institusjonstype i HF-områdene, mens figur 6.19 viser den prosentvise fordelingen.



Datakilde: SSB og NPR

Figur 6.18 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype, Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008



Datakilde: SSB og NPR

Figur 6.19 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008

Vi kan merke oss at det fortsatt er betydelige forskjeller i den samlede konsultasjonsraten, spesielt innad i Helse Sør-Øst RHF. Derimot er det bare små forskjeller innad i denne regionen hva gjelder lokaliseringen av virksomheten. Andelen konsultasjoner ved DPS varierer mellom 79 og 96 prosent. I de øvrige regioner er det igjen Førde, Nord-Trøndelag og Nordland HF-områder som skiller seg ut ved en høyere andel av aktiviteten knyttet opp mot sykehusene.

7 Ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområdene i 2008

Marit Sitter

7.1 Sammendrag

Etter at den 10-årige Opptappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008, vil et sentralt spørsmål være om man har kommet nærmere målet om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. I dette kapitlet undersøker vi hva som karakteriserer helseforetaksområdene i hver region med hensyn til ressursinnsats og bruk av tjenester ved utgangen av opptappingsperioden. Dette for å kartlegge om foretaksområdene fortsatt har ulike profiler i behandlingstilbudet til befolkningen i 2008.

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudet til barn og unge

Det psykiske helsevernet for barn og unge har i hele opptappingsperioden vært preget av store ulikheter med hensyn til ressursinnsats og forbruk av tjenester, både mellom helse-regioner og helseforetaksområder. Til tross for en utjevning i tjenestetilbudet etter foretaks-reformen i 2002 (Pedersen, 2007), var det fortsatt betydelige forskjeller i 2008. Forskjellene mellom HF-områdene var størst når det gjaldt tilgangen til døgn-tjenester ($CV=0,52$), men også dekningsgraden for behandlede pasienter totalt varierte betydelig ($CV=0,25$) i Opptappingsplanens sluttår.

Vi har undersøkt hvordan helseforetakene prioriterer mellom døgn-/dagbehandling og poliklinisk behandling. For mange foretak fant vi ikke noe klart mønster, med enten høy eller lav personelldekning for begge tjenestetyper. Noen foretaksområder hadde imidlertid en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk personelldekning eller høy dekning for døgn-/dagvirksomheten. Innenfor helseregionene Sør-Øst og Midt-Norge var det en negativ samvariasjon mellom de to driftsformene, det vil si at enkelte HF-områder vektla poliklinisk behandling mens andre områder hadde høy dekning i døgn-/dagbaserte tjenester. I helseregion Nord hadde tre av fire foretaksområder både høy innsats i poliklinisk og døgn-/dagbasert virksomhet. I helseregion Vest var situasjonen motsatt, der hadde tre av fire HF-områder relativt lav personelldekning for begge typer driftsformer.

Analyser av ulike faktorerets betydning for dekningsgraden i det psykiske helsevernet for barn og unge, viste at det var en positiv sammenheng mellom helseforetaksområdenes personelldekning og omfanget av behandlede pasienter per innbygger i 2008. Helseforetaksområder med høy personelldekning tenderte til å ha høyere dekningsgrad for behandlede pasienter enn HF-områder med lavere årsverksinnsats.

Det var også en tendens til at helseforetak med lav produktivitet, målt i antall behandlede polikliniske pasienter per fagårsverk, hadde lavere dekningsgrad for behandlede pasienter enn helseforetak med høy produktivitet. Sammenheng mellom produktivitet og dekningsgrad var imidlertid ikke signifikant. Noen HF-områder med høy dekning og lav produktivitet bryter med dette mønstret. Disse så ut til å kompensere med sterkt poliklinisk fokus i

behandlingstilbudet (høy poliklinisk personellinnsats), og nådde på den måten høy dekningsgrad selv om produktiviteten var lav. Motsatt hadde HF-områder med høy produktivitet og lav dekningsgrad relativt høy døgnplasskapasitet og personellinnsats i avdelinger.

For nærmere omtale av de enkelte foretaksområdene, se avsnitt 7.7.

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudet til voksne

Også innen tjenestene til voksne fant vi ulike mønstre i prioriteringen av poliklinisk versus døgnbaserte tjenester. Et mindretall av HF-områdene hadde en driftsform med høye døgnrater, som dro landsgjennomsnittet opp. Den største andelen av foretakene hadde derfor en driftsform med relativt lave døgnrater, ofte i kombinasjon med poliklinisk aktivitet rundt landsgjennomsnittet. Noen få foretaksområder hadde en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk aktivitet (Ringerike, Vestfold) eller med et stort volum på døgnaktiviteten (Ullevål, Asker og Bærum, Bergen, Nordland, Finnmark). Et fåtall foretaksområder hadde enten høy eller lav aktivitet for begge driftformer i tjenestene til voksne.

Døgn tjenestene i foretaksområdene hadde ulike kombinasjoner av lengde og omfang på døgnoppholdene. Et flertall av foretaksområdene (15) hadde relativt korte døgnopphold. Enkelte områder skilte seg ut med mange korte opphold (Finnmark, Sørlandet, UNN), mens andre karakteriseres med få og lange opphold (Asker og Bærum, Ullevål, Diakonhjemmet). Kun ett foretaksområde markerte seg med mange og lange døgnopphold (Lovisenberg).

Det var betydelige forskjeller mellom foretaksområdene i utskrivningsrate og personelldekning i døgninstitusjonene (CV=0,24 og CV=0,25). Forskjellene mellom HF-områdene var også stor for polikliniske konsultasjonsrater (CV=0,26).

For nærmere omtale av de enkelte foretaksområdene, se avsnitt 7.8.

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudene samlet

Helseforetaksområdene hadde i 2008 til dels sammenfallende profil når det gjaldt poliklinisk personellinnsats mellom tjenestene til barn og unge og tjenestene til voksne. Helseforetaksområder med høy poliklinisk dekning i tjenestene til barn og unge, hadde en tendens til å ha høye polikliniske rater også i tjenestene til voksne, og omvendt.

Åtte foretaksområder hadde poliklinisk personelldekning over landsgjennomsnittet for begge målgrupper, hvorav tre fra helseregion Nord (Nordland, UNN, Finnmark), tre fra helseregion Sør-Øst (Ringerike, Blefjell og Vestfold) og to fra region Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal, St. Olavs Hospital). Seks foretaksområder hadde dekning under landsgjennomsnittet for begge målgrupper. Dette gjaldt tre HF-områder i helseregion Sør-Øst (Østfold, Innlandet, Sørlandet), to i region Vest (Fonna, Bergen) og ett i Midt-Norge (Sunnmøre).

Det var ingen tilsvarende samvariasjon når det gjaldt døgnbasert omsorg, målt i personellinnsats.

7.2 Innledning og problemstilling

Etter en 10-årig Opptappingsplan for psykisk helse, vil et sentralt spørsmål være om man har oppnådd likverdige spesialisthelsetjenester i og mellom helseregionene i det psykiske helsevernet. Tidligere SAMDATA-rapporter har vist at til tross for utjevning mellom foretaksområdene etter foretaksreformen i 2002, har tendensen vært betydelige forskjeller mellom regioner og HF-områder i ressursinnsats og forbruk av tjenester.

I dette kapitlet ønsker vi å undersøke hva som karakteriserer helseforetaksområdene innad i hver region med hensyn til ressurstilgang og befolkningens bruk av tjenester i 2008.

Ved å sammenstille og studere utvalgte indikatorer for ressursinnsats og forbruk for det enkelte helseforetaksområde, ønsker vi å synliggjøre ulike profiler med hensyn til behandlingstilbud til befolkningen i opptaksområdene. For å operere med sammenliknbare indikatorer for ressursinnsats og bruk av tjenester, benyttes rater per innbyggere og rater i prosent av landsgjennomsnittet.

Vi vil først studere profiler i helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for barn og unge (fra avsnitt 7.4), deretter gjøres tilsvarende analyser for det psykiske helsevernet for voksne (fra avsnitt 7.5). Deretter sees tjenestene til de to befolkningsgruppene i sammenheng (avsnitt 7.6). I avsnitt 7.7 og 7.8 gis mer detaljerte analyser av ressurs- og forbruksprofiler blant HF-områdene i den enkelte helseregion for de to målgruppene.

7.3 Variabler og metode

For å belyse ressursinnsats i det psykiske helsevernet for henholdsvis barn og unge og voksne, benyttes indikatorer for personelldekning (per 10 000 innbyggere) og døgnplassdekning (per 10 000 innbyggere). Personellet er splittet i poliklinisk/ambulant personell og avdelingspersonell. Beregningene av ratene tar utgangspunkt i antall årsverk og antall døgnplasser ved utgangen av året. Ressurstillene er korrigert for bruken av tjenester fra andre regioner og foretaksområder (se PV7 "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på nettstedet www.sintef.no/samdata).

Indikatorer for bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge er dekningsgrad for behandlede polikliniske pasienter (per 100 innbyggere 0-17 år), og dekningsgrad for behandlede pasienter totalt (per 100 innbyggere 0-17 år). Indikatorene viser antall individer eller brukere under behandling innen tjenestene til barn og unge i relasjon til befolkningsstørrelsen i helseforetaksområdene. Ratene er fordelt etter omsorgsnivå, poliklinisk og totalt.

Som indikatorer for bruk av behandlingstjenester for voksne benyttes antall døgnopphold (både avsluttede og uavsluttede), antall utskrivninger, antall oppholdsdøgn og antall polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere over 18 år. Ratene er beregnet etter pasientens bostedsområde.

For å belyse hvordan produktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge er relatert til dekningsgrad og sammensetning av behandlingstilbudet, benyttes indikatoren pasienter per fagårsverk i poliklinikker. Med fagårsverk i poliklinisk virksomhet menes antall årsverk utført av universitets- eller høyskoleutdannet personell. For nærmere beskrivelse, se kapittel 8.

Med "helseforetaksområde" menes det geografiske området (kommuner, bydeler) der et helseforetak har hovedansvaret for spesialisthelsetjenestene til befolkningen. I deler av Oslo utøves dette ansvaret av private institusjoner, og altså ikke av et helseforetak i juridisk forstand. For enkelhets skyld benyttes likevel betegnelsen "helseforetaksområde" også om disse områdene.

For definisjoner, beregningsmåter og datagrunnlag, se PV2, PV3 og PV7 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på nettstedet www.sintef.no/samdata.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike ressurs- og forbruksindikatorne, vil vi presentere en korrelasjonsmatrise med korrelasjonskoeffisienten Pearsons r for begge målgrupper. I tillegg til de presenterte indikatorene, vil en indikator for gjennomsnittlig varighet av opphold inngå i matrisen for tjenestene til voksne. Denne er definert som oppholdsdøgnraten dividert med utskrivningsraten i helseforetaksområdene.

Som mål på forskjeller mellom regioner og mellom helseforetaksområder, vil vi bruke variasjonskoeffisienten (CV), definert som standardavvik dividert med gjennomsnitt. Vi vil imidlertid også presentere standardavviket som 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, og er basert på

avvikene for de enkelte observasjonene i fordelingen fra gjennomsnittet for fordelingen. Dette innebærer at en ikke kan foreta sammenligninger på tvers av fordelinger med ulik målestokk. Standardavviket tar heller ikke hensyn til nivået på fordelingen. For å korrigere for slike relative forskjeller benytter vi variasjonskoeffisienten (standardavviket delt på gjennomsnittet) som gir informasjon om de relative snarere enn de absolutte forskjellene.

7.4 Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge 2008

Ved å sammenstille indikatorer for ressursinnsats og forbruk i det psykiske helsevernet for barn og unge, ønsker vi å kartlegge HF-områdenes ulike sammensetninger av behandlingstilbudet til befolkningen i opptaksområdene etter at Opptappingsplanen er avsluttet.

Først presenteres en korrelasjonsmatrise for de utvalgte ressurs- og forbruksindikatorene (tabell 7.1). Deretter illustreres ulike profiler i tjenestene til barn og unge (figur 7.1), og hvilke faktorer som bidrar til høy dekningsgrad (figur 7.2 og 7.3).

Tabell 7.1 Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) mellom ressurs- og forbruksrater. Personelldekning, døgnplassdekning, dekningsgrad polikliniske pasienter og dekningsgrad pasienter totalt. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseforetaksområder. 2008

| | Personell- dekning totalt | Poliklinisk personell- dekning | Personell- dekning avdelinger | Døgnplass- dekning | Deknings- grad pasienter totalt | Deknings- grad polikliniske pasienter |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--|--|
| Personelldekning totalt | 1 | 0,554** | 0,853** | 0,582** | 0,645** | 0,625** |
| Poliklinisk personelldekning | 0,554** | 1 | 0,038 | 0,015 | 0,529** | 0,513* |
| Personelldekning avdelinger | 0,853** | 0,038 | 1 | 0,688** | 0,442* | 0,429* |
| Døgnplassdekning | 0,582** | 0,015 | 0,688** | 1 | 0,199 | 0,186 |
| Dekningsgrad pasienter totalt | 0,645** | 0,529* | 0,442* | 0,199 | 1 | 0,995** |
| Dekningsgrad polikliniske pasienter | 0,625** | 0,513* | 0,429* | 0,186 | 0,995** | 1 |

N=23

Datakilde: NPR og SSB

* p < 0.05, ** p < 0.01 (2-sidig test)

Tabell 7.1 viser at:

- HF-områder med høy personelldekning har signifikant høyere polikliniske personelldekning, døgnplassdekning og behandlingsrater enn HF-områder med lav personelldekning.
- HF-områder med høy poliklinisk personelldekning har signifikant høyere personelldekning totalt og behandlingsrater enn HF-områder med lav poliklinisk personelldekning.
- HF-områder med høy døgnplassdekning har signifikant høyere personelldekning enn HF-områder med lav døgnplassdekning.

- HF-områder med høy behandlingsrate for polikliniske pasienter har signifikant høyere personelldekning totalt og poliklinisk, og behandlingsrate totalt enn HF-områder med lav dekningsgrad for polikliniske pasienter.
- HF-områder med høy total dekningsgrad for barn og unge har signifikant høyere personelldekning totalt og poliklinisk, og polikliniske behandlingsrater enn HF-områder med lav dekningsgrad.
- HF-områder med høy dekning av døgnplasser har ikke lavere dekningsgrad, verken for polikliniske pasienter eller dekningsgrad totalt enn HF-områder med lavere døgnplassdekning. Høy døgnplassdekning er kun korrelert med høy personelldekning, noe som indikerer at døgnbehandling er et ressurskrevende behandlingstilbud.

7.4.1 Profiler i det psykiske helsevernet for barn og unge

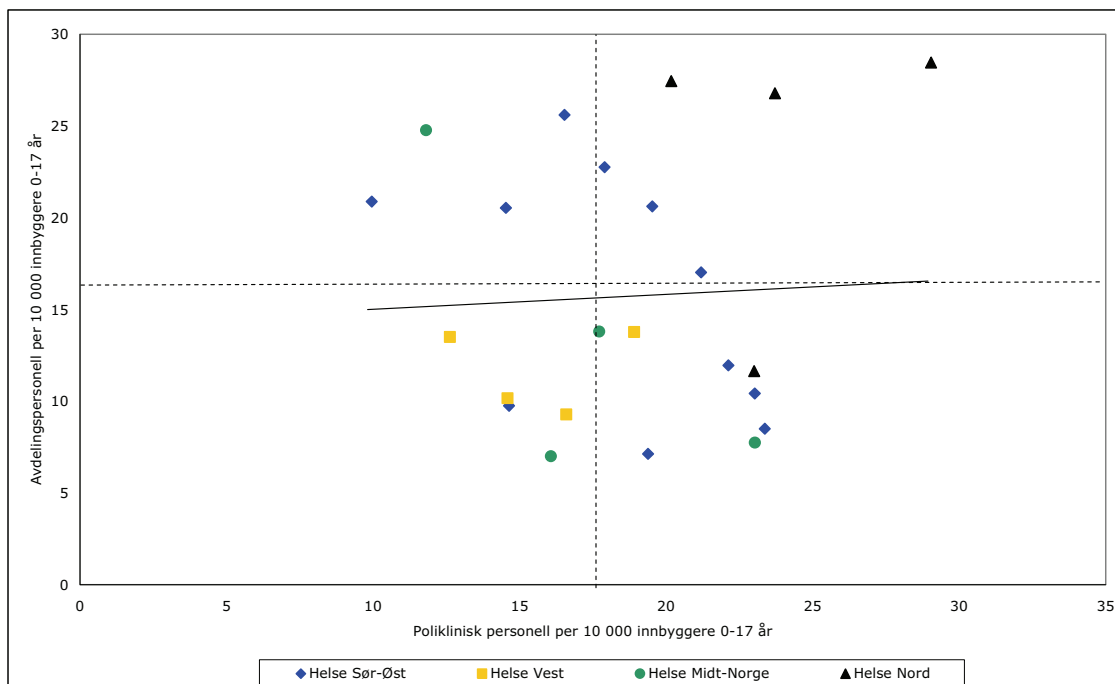
Tabell 7.1 viste at det ikke er en signifikant sammenheng mellom personelldekning i poliklinikk og avdeling (Pearsons $r=0,038$) mellom helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette betyr at det ikke er et klart mønster i HF-områdenes valg av enten en poliklinisk eller døgn-/dagbasert profil. Vi skal i dette avsnittet se hvordan foretaksområdene fordeler seg langs aksene som beskriver ulike typer driftsformer.

I figur 7.1 presenteres forholdet mellom indikatorene grafisk. Langs x-aksen vises poliklinisk personell per 10 000 innbyggere og langs y-aksen døgn-/dagpersonell per 10 000 innbyggere (0-17 år).

De ulike helseforetakenes regiontilhørighet er markert med ulike symboler og farger.

I figurene er landsgjennomsnittet for de ulike indikatorene markert med en vertikal og en horisontal stippet linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser HF-områder med personelldekning over landsgjennomsnittet for både poliklinisk og avdelingspersonell.
- Kvadranten nederst til høyre viser HF-områder med poliklinisk personell over landsgjennomsnittet og avdelingspersonell under gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten øverst til venstre viser HF-områder med poliklinisk personell under landsgjennomsnittet og avdelingspersonell over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten ned til venstre viser HF-områder med dekning for både poliklinisk og avdelingspersonell lavere enn landsgjennomsnittet.



Figur 7.1 Personellinnsats i poliklinisk og døgn-/dagvirksomhet i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseforetaksområder. 2008

Figuren viser at det ikke var noen sammenheng mellom HF-områdenes dekning av poliklinisk personell og avdelingspersonell (Pearsons $r=0,038$) i 2008. Dette betyr at det ikke er et klart mønster i HF-områdenes valg av enten en poliklinisk eller døgn-/dagbasert profil. Helseforetaksområdene ser ut til å ha ulike kombinasjoner av døgn-/dagbasert og poliklinisk virksomhet, og fordeler seg relativt jevnt mellom de fire kvadrantene.

HF-områder i øverste høyre kvadrant kjennetegnes av både å ha høy personelldekning per innbygger både i poliklinisk og døgnbasert virksomhet. Seks foretaksområder har denne kombinasjonen, hvorav tre foretaksområder tilhører helseregion Sør-Øst (Akershus, Asker og Bærum, Oslo og Follo) og tre helseregion Nord (Helgeland, UNN, Finnmark). To av foretakene i region Nord skiller seg ut med svært høye rater for begge driftsformer, mens HF-områdene fra Sør-Øst ligger nærmere landsgjennomsnittet for begge indikatorer.

Hvis vi holder de tre foretaksområdene i Helse Nord utenfor analysen, blir det en negativ samvariasjon mellom de to indikatorene, dvs. at foretaksområder med høy poliklinisk dekning, har lav dekning for døgnvirksomhet og omvendt.

I nederste venstre kvadrant ser vi HF-områder med motsatt profil, dvs. lav personelldekning både i poliklinisk og døgn-/dagbasert virksomhet. Fem HF-områder faller innenfor denne kvadranten; ett fra helseregion Sør-Øst (Telemark), tre fra Vest (Stavanger, Fonna, Bergen) og ett fra region Midt-Norge (Sunnmøre).

I de to gjenstående kvadrantene finner vi HF-områder som har en mer rendyrket tilbudsprofil, enten med høy poliklinisk personelldekning eller med høy dekning i døgn-/dagbasert virksomhet.

HF-områder i nederste høyre kvadrant kjennetegnes av relativt høy poliklinisk dekning og lavt nivå på dekningen for døgn-/dagvirksomheten. Her er åtte foretaksområder plassert; fire fra helseregion Sør-Øst (Buskerud, Blefjell, Ringerike, Vestfold), to fra Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal, St. Olavs Hospital), ett fra Vest (Førde) og ett fra region Nord (UNN).

I øverste venstre kvadrant er HF-områder med høy dekning av døgn-/dagpersonell og lav poliklinisk personelldekning plassert. Tre foretaksområder fra Sør-Øst (Østfold, Innlandet,

Sørlandet) og ett fra helseregion Midt-Norge (Nord-Trøndelag) har en tilbudsprofil hvor døgn-/dagbaserte tilbud ser ut til å være mer vektlagt enn polikliniske tilbud.

Det er ikke et klart mønster i HF-områdenes valg mellom enten en poliklinisk eller døgn-/dagbasert profil i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2008. HF-områdene har ulike kombinasjoner av polikliniske versus døgnbaserte tjenester. Noen foretaksområder har imidlertid en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk personelldekning eller høy dekning for døgn-/dagvirksomheten. Innenfor helseregionene Sør-Øst og Midt-Norge er det en negativ samvariasjon mellom de to driftsformene, det vil si at enkelte HF-områder vektlegger en poliklinisk profil mens andre områder har høy dekning i døgn-/dagbaserte tjenester. I helseregion Nord har tre av fire foretaksområder både høy innsats i poliklinisk og døgn-/dagbasert virksomhet. I helseregion Vest er situasjonen motsatt, der har tre av fire HF-områder relativt lav personelldekning for begge typer driftsformer.

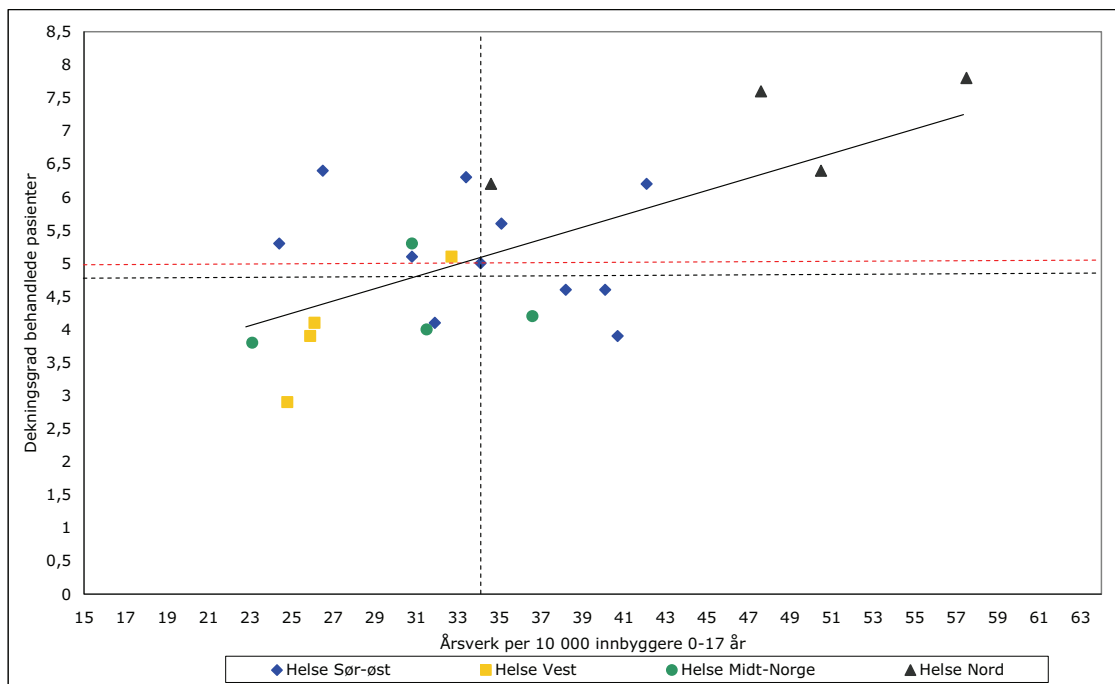
7.4.2 Hvilke faktorer bidrar til høy dekningsgrad for barn og unge?

Personelldekning og dekningsgrad

Tabell 7.1 viste at det er en signifikant sammenheng mellom personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge (Pearsons $r=0,64$). I figur 7.2 presenteres denne sammenhengen grafisk. Langs x-aksen vises antall årsverk per 10 000 innbyggere og langs y-aksen antall behandlede pasienter per 100 innbyggere (0-17 år). De ulike helseforetakenes regiontilhørighet er markert med ulike symboler og farger.

I figuren er landsgjennomsnittet for personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter markert med en vertikal og en horisontal stiplet linje. I tillegg er femprosent dekningsgrad, som er Opptrappingsplanens måltall, markert med rød stiplet linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten nederst til høyre viser personelldekning over landsgjennomsnittet og dekningsgrad for behandlede pasienter under gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten øverst til venstre viser personelldekning under landsgjennomsnittet og dekningsgrad over snittet for landet.
- Kvadranten ned til venstre viser personelldekning og dekningsgrad lavere enn landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.2 Personelldekning (x-aksen) og dekningsgrad for behandlede pasienter (y-aksen) i det psykiske helsevernet for barn og unge 0-17 år. Helseforetaksområder. 2008

Figuren bekrefter at det er en positiv sammenheng mellom helseforetaksområdenes personelldekning og omfanget av behandlede pasienter per innbygger. Helseforetaksområder med høy personelldekning har en tendens til å ha høyere dekningsgrad for behandlede pasienter enn HF-områder med lav årsverksinnsats. Samtidig ser vi at en del foretaksområder ligger utenfor denne aksen, spesielt finner vi flere foretak i øverste venstre kvadrant, dvs. høy dekningsgrad og lav personelldekning.

Når det gjelder foretaksområdenes regiontilhørighet, ser vi at alle HF-områder i helseregion Nord ligger i øverste høyre kvadrant, dvs. høy personelldekning og høy dekningsgrad. I tillegg er to foretaksområder fra helseregion Sør-Øst i samme kategori.

Med unntak for ett helseforetaksområde (Førde), ligger alle HF-områder i helseregion Vest i nedre venstre kvadrant, med lav personelldekning og lav dekningsgrad for behandlede pasienter. Det samme gjelder for to av helseregion Midt-Norges foretaksområder (Sunnmøre, St. Olavs Hospital), samt ett foretak fra helseregion Sør-Øst (Buskerud).

Tre helseforetaksområder fra helseregion Sør-Øst (Akershus HF-område Asker og Bærum HF-område, Oslo og Follo HF-område), befinner seg i nederste høyre kvadrant med høy personelldekning og lavere dekningsgrad for behandlede pasienter enn landsgjennomsnittet. Disse foretaksområdene har døgnplasskapasitet over landsgjennomsnittet (tabell 7.4). Som omtalt tidligere vil døgnbasert behandling være ressurskrevende og trolig delvis forklare hvorfor dekningsgraden er relativt lav for disse foretakene.

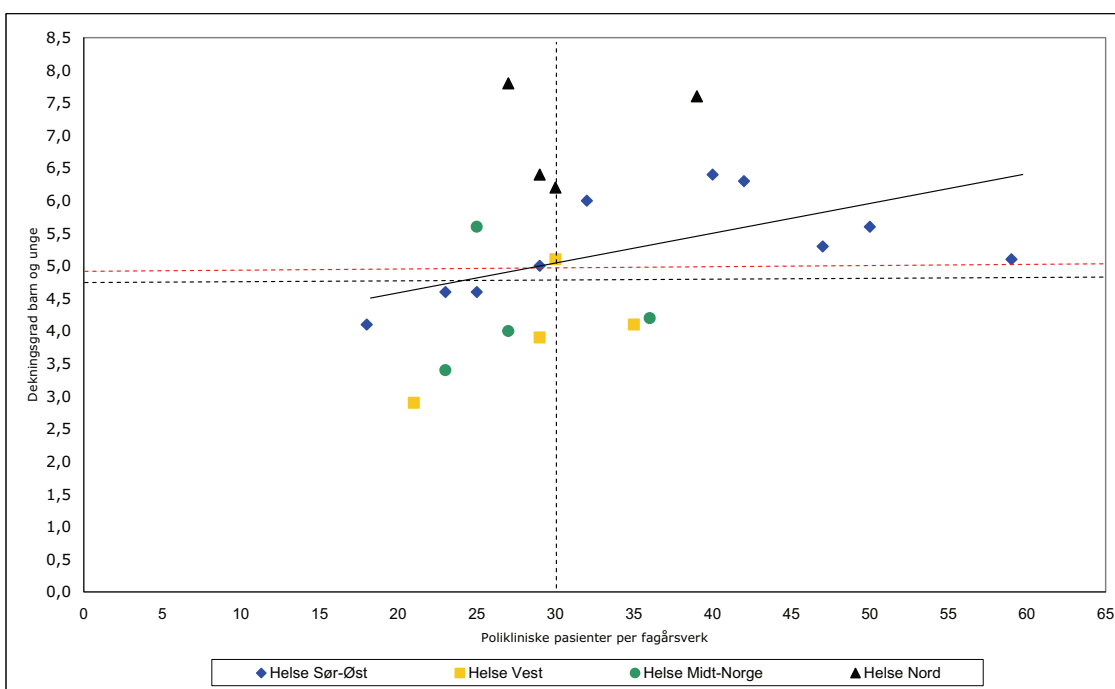
Øverste venstre kvadrant kjennetegnes med lav personellkapasitet og høy dekningsgrad, og her er seks HF-områder lokalisert; fire helseforetaksområder fra helseregion Sør-Øst (Ringerike, Blefjell, Telemark, Sørlandet), ett fra helseregion Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal) og ett fra region Vest (Førde). Med unntak for Telemark og Sørlandet HF-områder er dette er foretaksområder som i stor grad har en poliklinisk profil med høy poliklinisk personelldekning og høy dekningsgrad.

Produktivitet og dekningsgrad

I figur 7.3 har vi sammenstilt dekningsgrad for polikliniske pasienter (y-aksen) i HF-områdene og en indikator for produktivitet i poliklinikker for barn og unge; antall polikliniske pasienter per fagårsverk (langs x-aksen).

I figuren er landsgjennomsnittet for dekningsgrad og produktivetsindikatoren markert med en henholdsvis vertikal og horisontal stiplet linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med følgende kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser høy produktivitet og dekningsgrad for behandlede pasienter over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten nederst til høyre viser produktivitet over landsgjennomsnittet og dekningsgrad for behandlede pasienter under gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten øverst til venstre viser lav produktivitet og dekningsgrad over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten ned til venstre viser lav produktivitet og lav dekningsgrad sammenliknet med landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.3 Dekningsgrad for behandlede pasienter (per 100 innbyggere 0-17 år) og produktivitet (polikliniske pasienter per fagårsverk). Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2008

Figuren viser en svak positiv, men ikke signifikant samvariasjon mellom produktivitet i helseforetakene og andelen av behandlede pasienter i foretaksområdene (Pearsons $r=0,35$). Dersom helseforetaket med høyeste produktivitet, Sørlandet HF-område, holdes utenfor analysen, er sammenheng (Pearsons $r=0,43$) mellom dekningsgrad og produktivitet signifikant.

Til tross for at sammenhengen ikke er så sterk, ser vi at helseforetak med lav produktivitet, målt i antall behandlede pasienter per fagårsverk, har en tendens til å ha lavere dekningsgrad for behandlede pasienter enn helseforetak med høy produktivitet. For eksempel har Stavanger helseforetak laveste dekningsgrad og nest laveste produktivitet

blant foretaksområdene, mens helseforetakene Ringerike, Blefjell og Nordland både kan skilte med høy produktivitet og dekningsgrad for barn og unge.

Samtidig ser vi at en del foretak ligger utenfor denne akse, spesielt finner vi flere foretak i øverste venstre kvadrant, dvs. lav produktivitet og høy dekningsgrad sett i forhold til landsgjennomsnittet. De aktuelle helseforetakene kjennetegnes enten av høy poliklinisk personellinnsats og lav døgnplasskapasitet, eller både høy kapasitet når det gjelder døgn- og poliklinisk virksomhet. Nederste høyre kvadrant viser to foretak med relativt høy produktivitet, men med dekningsgrad under landsgjennomsnittet i opptaksområdene. Disse har begge døgnplasskapasitet over og poliklinisk personellinnsats under landsgjennomsnittet (Fonna og Nord-Trøndelag).

Når det gjelder foretakenes regiontilhørighet, ser vi at øvre høyre kvadrant har seks foretaksområder fra helseregion Sør-Øst og ett fra region Nord, mens HF-områder lokalisert i nederste venstre del av figuren både har tilhørighet i helseregion Sør-Øst, Vest og Midt-Norge. Tre av foretaksområdene i Helse Nord har produktivitet på eller under landsgjennomsnittet, mens dekningsgraden er høy for samtlige fire foretaksområder og befinner seg derfor i øvre del av figuren.

Til tross for en positiv samvariasjon, er det som nevnt ingen signifikant sammenheng mellom produktivitet og dekningsgrad for behandlede pasienter. HF-områder med høy dekning og lav produktivitet bryter med dette mønstret. Flere av disse HF-områdene ser ut til å kompensere med sterkt poliklinisk fokus i behandlingstilbudet (høy poliklinisk personellinnsats), og oppnår på den måten høy dekningsgrad uten nødvendigvis høy produktivitet. Motsatt har begge HF-områder med høy produktivitet og dekningsgrad under gjennomsnittet relativt høy døgnplasskapasitet og personellinnsats i avdelinger.

7.5 Helseforetaksområder i det psykisk helsevernet for voksne i 2008

I dette avsnittet vil vi kartlegge hvordan forskjeller i innsats og tilgjengelighet mellom helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for voksne fremstår ved Opptrappingsplanens slutt i 2008.

I dette avsnittet presenteres først en korrelasjonsmatrise for de utvalgte ressurs- og forbruksindikatorene (tabell 7.2). Deretter ser vi på ulike profiler i helseforetaksområdene i figur 7.4 og 7.5.

Tabell 7.2 Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) mellom ressurs- og forbruksrater i helseforetaksområdene. Poliklinisk personelldekning, personelldekning døgn/dag, personelldekning totalt, døgnplassdekning, døgnoppholdsrate, utskrivningsrater, døgnrater, polikliniske konsultasjonsrater samt gjennomsnittlig varighet av døgnopphold. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseforetaksområder. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

| | Personell- dekning polikl | Personell- dekning døgn/dag | Personell- dekning | Døgn- plass- dekning | Døgnopp- holdsrate | Utskriv- ningsrate | Døgnrate | Konsul- tasjons- rate | Gjennom- snittlig varighet opphold |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|-----------------------------|---|
| Poliklinisk personelldekning | 1 | 0,135 | 0,321 | 0,226 | 0,542** | 0,541** | 0,156 | 0,480* | -0,314 |
| Personelldekning døgn/dag | 0,135 | 1 | 0,982** | 0,78** | 0,307 | 0,258 | 0,756** | -0,042 | 0,466* |
| Personelldekning | 0,321 | 0,982** | 1 | 0,795** | 0,398* | 0,351 | 0,752** | 0,052 | 0,385 |
| Døgnplassdekning | 0,226 | 0,786** | 0,795** | 1 | 0,498** | 0,443* | 0,894** | 0,013 | 0,429* |
| Døgnoppholdsrate | 0,542** | 0,307 | 0,398* | 0,498** | 1 | 0,997** | 0,318 | 0,034 | -0,485* |
| Utskrivningsrater | 0,541** | 0,258 | 0,351 | 0,443* | 0,997** | 1 | 0,253 | 0,023 | -0,543** |
| Døgnrater | 0,156 | 0,756** | 0,752** | 0,894** | 0,318 | 0,252 | 1 | 0,153 | 0,651** |
| Polikliniske konsultasjonsrater | 0,480* | -0,042 | 0,052 | 0,013 | 0,034 | 0,023 | 0,153 | 1 | 0,063 |
| Gjennomsnittlig varighet opphold | -0,314 | 0,466* | 0,385 | 0,429* | -0,485* | -0,543* | 0,651** | 0,063 | 1 |

N=26

Datkilde: NPR og SSB

* p < 0.05, ** p < 0.01 (2-sidig test)

Tabell 7.2 viser at:

- HF-områder med høy personelldekning har signifikant høyere døgnplassdekning, døgnopphold, utskrivninger og døgnrater per innbyggere enn HF-områder med lav personelldekning.
- HF-områder med høy poliklinisk personelldekning har høyere konsultasjonsrater, oppholdsrate og utskrivningsrater enn HF-områder med lav personelldekning i poliklinisk virksomhet.
- HF-områder med høy personelldekning for døgn- og dagvirksomhet har høyere døgnplassdekning, døgnrater og lengre gjennomsnittlig varighet av oppholdene enn HF-områder med lav personelldekning.
- HF-områder med høy døgnplassdekning har signifikant høyere personelldekning, flere døgnopphold og utskrivninger samt høyere døgnrater per innbygger enn HF-områder med lav døgnplassdekning.
- HF-områder med høy døgnoppholdsrate har signifikant høyere personelldekning, døgnplassdekning og antall utskrivninger og opphold av kortere varighet enn HF-områder med færre opphold.
- HF-områder med høy utskrivningsrate har signifikant høyere poliklinisk personelldekning, døgnplassdekning og oppholdsrate, samt opphold av kortere varighet enn helseforetaksområder med lavere utskrivningsrate.

- HF-områder med høye døgnrater har signifikant høyere personelldekning for døgn og dagvirksomhet, døgnplassdekning, døgnoppholdsrate samt opphold av lengre varighet enn HF-områder med lave døgnrater.
- HF-områder med høye konsultasjonsrater har signifikant høyere poliklinisk personelldekning.
- HF-områder med lang gjennomsnittlig varighet for døgnopphold har signifikant høyere døgnrater, døgnplassdekning og personelldekning for døgn- og dagvirksomhet, samt lavere oppholdsrate og utskrivningsrate enn HF-områder med kortere varighet på døgnopphold.
- Høy personelldekning generelt påvirker bare i begrenset grad personelldekningen ved poliklinikkene.

7.5.1 Profiler i det psykiske helsevernet for voksne

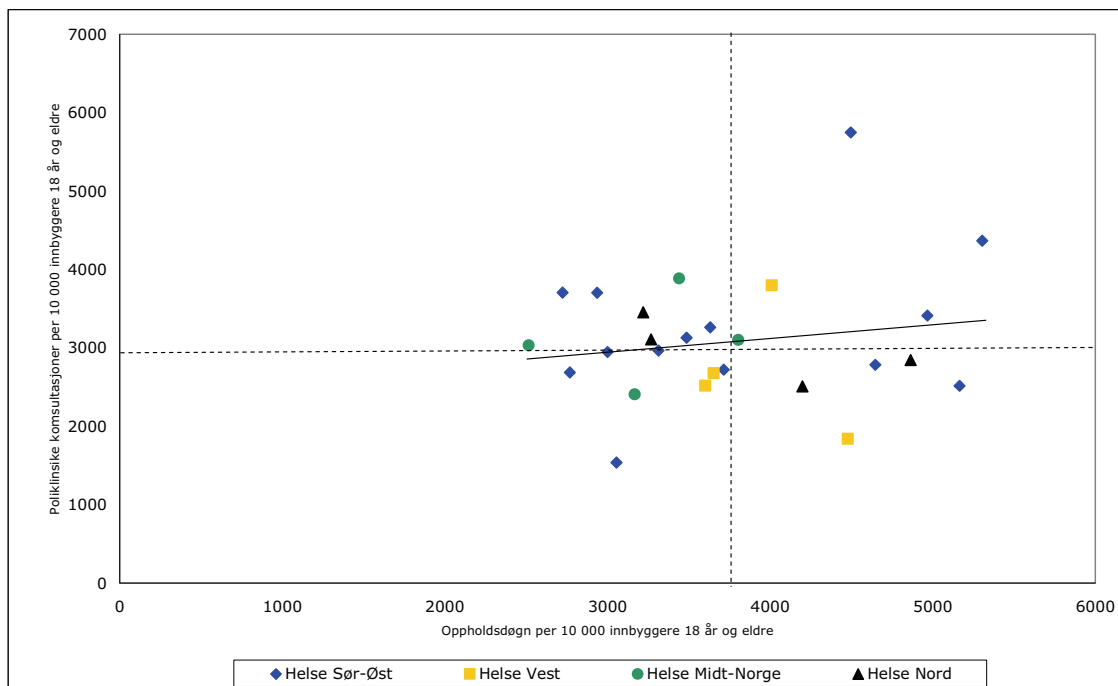
Tabell 7.2 viste at det verken er en signifikant sammenheng mellom omfanget av oppholds-døgn og polikliniske konsultasjoner (Pearsons $r=0,153$), eller mellom oppholdsdøgn og utskrivninger (Pearsons $r=0,252$) mellom helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for voksne. Dette betyr at det ikke er et klart mønster i HF-områdenes valg av enten en poliklinisk eller døgnbasert profil. Det er heller ikke en entydig tendens at døgnavdelingene i HF-områdene enten har mange og korte opphold, eller færre opphold av lengre varighet, eller omvendt. Vi skal i dette avsnittet se hvordan foretaksområdene fordeler seg langs disse aksene som beskriver ulike typer driftsformer.

I figur 7.4 og 7.5 presenteres forholdet mellom disse indikatorene grafisk. Langs x-aksen vises antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere og langs y-aksen antall polikliniske konsultasjoner/utskrivninger per 10 000 innbyggere.

De ulike helseforetakenes regiontilhørighet er markert med ulike symboler og farger.

I figurene er landsgjennomsnittet for de ulike indikatorene markert med en vertikal og en horisontal stippet linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser HF-områder med oppholdsdøgn og konsultasjoner/utskrivninger over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten nederst til høyre viser HF-områder med oppholdsdøgn over landsgjennomsnittet og konsultasjoner/utskrivninger under gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten øverst til venstre viser HF-områder med oppholdsdøgn under landsgjennomsnittet og konsultasjoner/utskrivninger over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten ned til venstre viser HF-områder med oppholdsdøgn og konsultasjoner/utskrivninger lavere enn landsgjennomsnittet.



Figur 7.4 Oppholds døgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder. 2008

Figur 7.4 viser at det ikke er noen sammenheng mellom HF-områdenes omfang av oppholds døgn og polikliniske konsultasjoner (Pearsons $r=0,153$). Hvis vi holder Telemark HF-område, som skiller seg ut med et svært høyt konsultasjonsnivå, utenfor analysen, blir det ingen samvariasjon mellom de to indikatorene, og trendlinjen flater ut. Dette betyr at det ikke er et klart mønster i HF-områdenes valg av enten en poliklinisk eller døgnbasert profil. Helseforetaksområdene ser ut til å ha ulike kombinasjoner av døgnbasert og poliklinisk virksomhet, og fordeler seg relativt jevnt mellom de fire kvadrantene.

HF-områder i øverste høyre kvadrant kjennetegnes av både å ha høy døgnrate og høy poliklinisk konsultasjonsrate per innbygger, dvs. mange eller lange døgnopphold i døgnavdelingene. Fem foretaksområder har denne kombinasjonen, hvorav tre foretaksområder tilhører helseregion Sør-Øst (Lovisenberg, Diakonhjemmet, Telemark), ett region Vest (Stavanger) og ett helseregion Midt-Norge (St. Olavs Hospital). Telemark skiller seg ut med svært høye rater for begge driftsformer, mens St. Olavs Hospital ligger nær landsgjennomsnittet for begge indikatorer.

I nederste venstre kvadrant ser vi HF-områder med motsatt profil, dvs. lav døgnaktivitet og lav poliklinisk aktivitet. Fem HF-områder fra Sør-Øst faller innenfor denne kvadranten (Østfold, Akershus, Innlandet, Buskerud, Sørlandet), to fra helseregion Vest (Fonna og Førde) og ett fra region Midt-Norge (Sunnmøre). HF-områdene Akershus og Sørlandet ligger imidlertid helt opp mot landsgjennomsnittet for poliklinisk aktivitet.

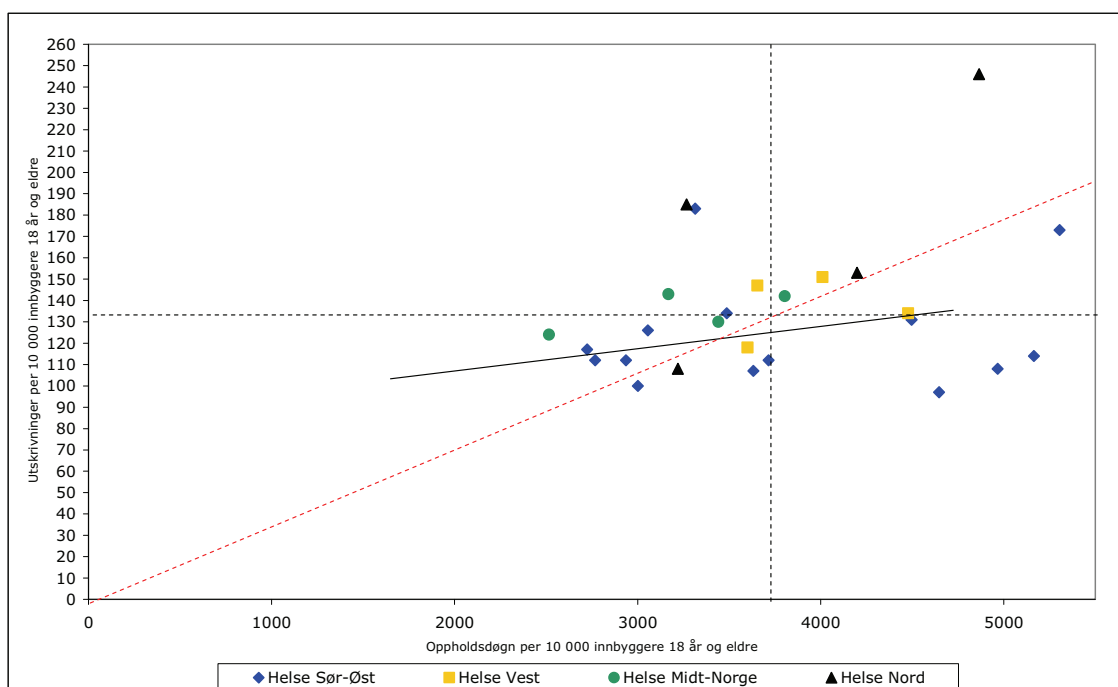
I de to gjenstående kvadrantene finner vi HF-områder som har en mer rendyrket tilbudsprofil, enten med høy poliklinisk aktivitet eller med stort volum på døgnaktiviteten.

HF-områder i øverste venstre kvadrant kjennetegnes av relativt høy poliklinisk aktivitet og lavt nivå på døgnaktiviteten, målt i antall oppholds døgn. Her er åtte foretaksområder plassert; fire fra helseregion Sør-Øst (Aker, Ringerike, Blefjell, Vestfold), to fra Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal, Nord-Trøndelag) og to fra helseregion Nord (Helgeland, UNN). Foretaksområdene i denne kvadranten ligger relativt samlet, flere nært landsgjennomsnittet for polikliniske konsultasjoner. Dette indikerer at disse foretakene har relativt lik driftsform. Ringerike og Vestfold har den tydeligste polikliniske profilen blant disse foretaksområdene.

I nederste høyre kvadrant er HF-områder med høy døgnaktivitet og lav poliklinisk aktivitet plassert. To foretaksområder fra Sør-Øst (Asker og Bærum, Ullevål) og to fra region Nord (Nordland, Finnmark), samt ett fra helseregion Vest (Bergen) har en tilbudsprofil hvor døgnbaserte tilbud ser ut til å være mer vektlagt enn polikliniske tilbud.

Dette viser at HF-områder i det psykiske helsevernet for voksne i 2008 har ulike kombinasjoner av poliklinisk versus døgnbaserte tjenester. Et mindretall av HF-områdene har en driftsform med høye døgnrater, men disse drar gjennomsnittet opp. Den største andelen av foretakene har derfor relativt lave døgnrater, ofte i kombinasjon med poliklinisk aktivitet rundt landsgjennomsnittet. Noen få foretaksområder har en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk aktivitet eller med et stort volum på døgnaktiviteten. Et fåtall foretaksområder har høy/lav aktivitet for begge driftsformer.

I figur 7.5 skal vi belyse varighet av døgnoppholdene i avdelingene ved å sammenstille omfanget av HF-områdenes oppholdsdøgn og utskrivninger. Rød stiplet linje markerer HF-områdenes gjennomsnittlige oppholdstid. Foretak som ligger under denne linja har oppholdstid over landsgjennomsnittet, mens de som ligger over har kortere varighet på oppholdene.



Figur 7.5 Oppholdsdøgn og utskrivninger per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder. 2008

Det er heller ingen signifikant sammenheng mellom helseforetakenes rater for oppholdsdøgn og utskrivninger (Pearsons $r=0,252$), men ulike kombinasjoner av døgnoppholdenes lengde og omfang.

Flest foretaksområder ligger i nedre venstre kvadrant med et relativt lavt nivå på ratene for døgn og utskrivninger. I denne kategorien befinner det seg sju foretaksområder fra helseregion Sør-Øst, ett fra Vest, to fra Midt-Norge og ett fra helseregion Nord. Foretakene som ligger over den røde stipla linja, som markerer gjennomsnittlig oppholdstid, har en driftsform med relativt få og korte døgnopphold (Østfold, Buskerud, Ringerike, Vestfold, Nordmøre og Romsdal, Nord-Trøndelag), mens foretakene under linja har få og relativt lange døgnopphold (Akershus, Helgeland, Førde, Aker, Innlandet).

I nedre høyre kvadrant finner man HF-områder med mange oppholdsdøgn og få utskrivninger per innbygger, dvs. en profil med få opphold med relativt lang varighet. Fire helseforetaksområder i Helse Sør-Øst har denne typen døgndrift; Asker og Bærum, Ullevål, Diakonhjemmet og Telemark. Sistnevnte foretaksområde har imidlertid en utskrivningsrate helt opp mot landsgjennomsnittet, og har derfor flere opphold enn de andre foretakene i denne kategorien.

Foretakene i øverste høyre kvadrant kan karakteriseres med et relativt høyt nivå både på døgn- og utskrivningsratene. Dette gir en driftform med mange døgnopphold i institusjonene. Her befinner det seg seks foretaksområder, hvorav to er fra helseregion Nord, to fra Vest og ett fra henholdsvis regionene Sør-Øst og Midt-Norge. Finnmark markerer seg spesielt med et svært høyt nivå på utskrivningsratene. Med unntak for ett foretaksområde, har disse foretakene relativt korte døgnopphold (Stavanger, Bergen, St. Olavs Hospital Nordland, Finnmark). Kun Lovisenberg HF-område har mange opphold av lengre varighet enn den gjennomsnittlige oppholdstiden.

Til slutt ser vi at fem foretaksområder befinner seg i øvre venstre kvadrant. Disse HF-områdene karakteriseres med lavt nivå på oppholdsdøgn og høyt nivå på utskrivninger, dvs. en døgntjeneste med mange korte opphold. Dette er HF-områdene Blefjell, Sørlandet, Fonna, Sunnmøre og UNN. Blant disse skiller Sørlandet og UNN seg ut med den klareste profilen, mens de øvrige har utskrivningsrater nærmere landsgjennomsnittet.

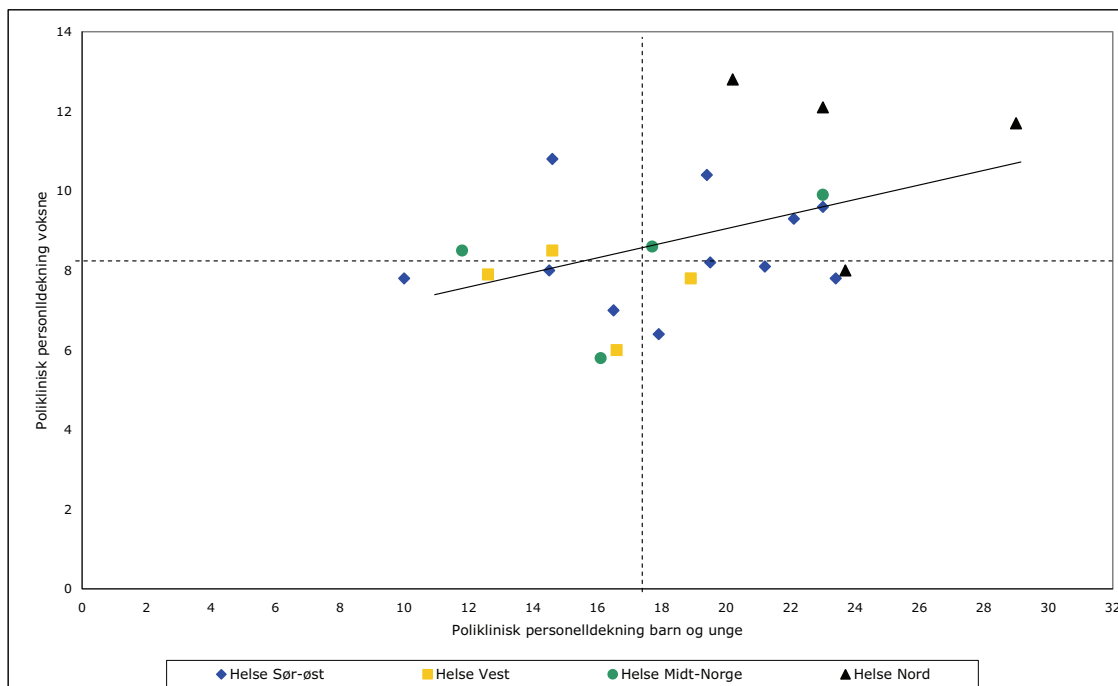
Døgntjenestene i foretaksområdene har med andre ord ulike kombinasjoner av lengde og omfang på døgnoppholdene. Et flertall av foretaksområdene (15) har relativt korte døgnopphold. Enkelte områder skiller seg ut med mange korte opphold (Finnmark, Sørlandet og UNN), mens andre karakteriseres med få og lange opphold (Asker og Bærum, Ullevål og Diakonhjemmet). Kun ett foretaksområde utmerker seg med mange og lange døgnopphold (Lovisenberg).

7.6 Ressursinnsats i tjenestene til barn og unge og tjenestene til voksne samlet

Vi har så langt sett atskilt på tilbudet til henholdsvis barn og unge, og voksne i det psykiske helsevernet. I dette avsnittet vil vi undersøke om det er noen sammenheng mellom tilbudet til de to målgruppene i ressursinnsats i poliklinisk og døgnbasert virksomhet. Er det slik at HF-områder med høye personellrater for barn og unge også har høye rater for voksne og omvendt? Og er det eventuelt slik at tjenestene til begge målgrupper enten har vektlagt polikliniske eller døgnbaserte tjenester?

Indikatorene for ressursinnsats er identiske for de to målgruppene, og det er derfor mulig å sammenlikne rater for personell, fordelt på poliklinisk personell og avdelingspersonell. Indikatorene for bruk av tjenester er imidlertid ulike i tjenestene til barn og unge, og voksne og vil derfor ikke tas med i denne analysen.

Figur 7.6 viser den polikliniske personelldekningen i helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og tjenestene til voksne (y-aksen). Figur 7.7 og 7.8 illustrerer personelldekningen i prosent av landsgjennomsnittet for henholdsvis poliklinisk personell og avdelingspersonell.



Datakilde: NPR og SSB

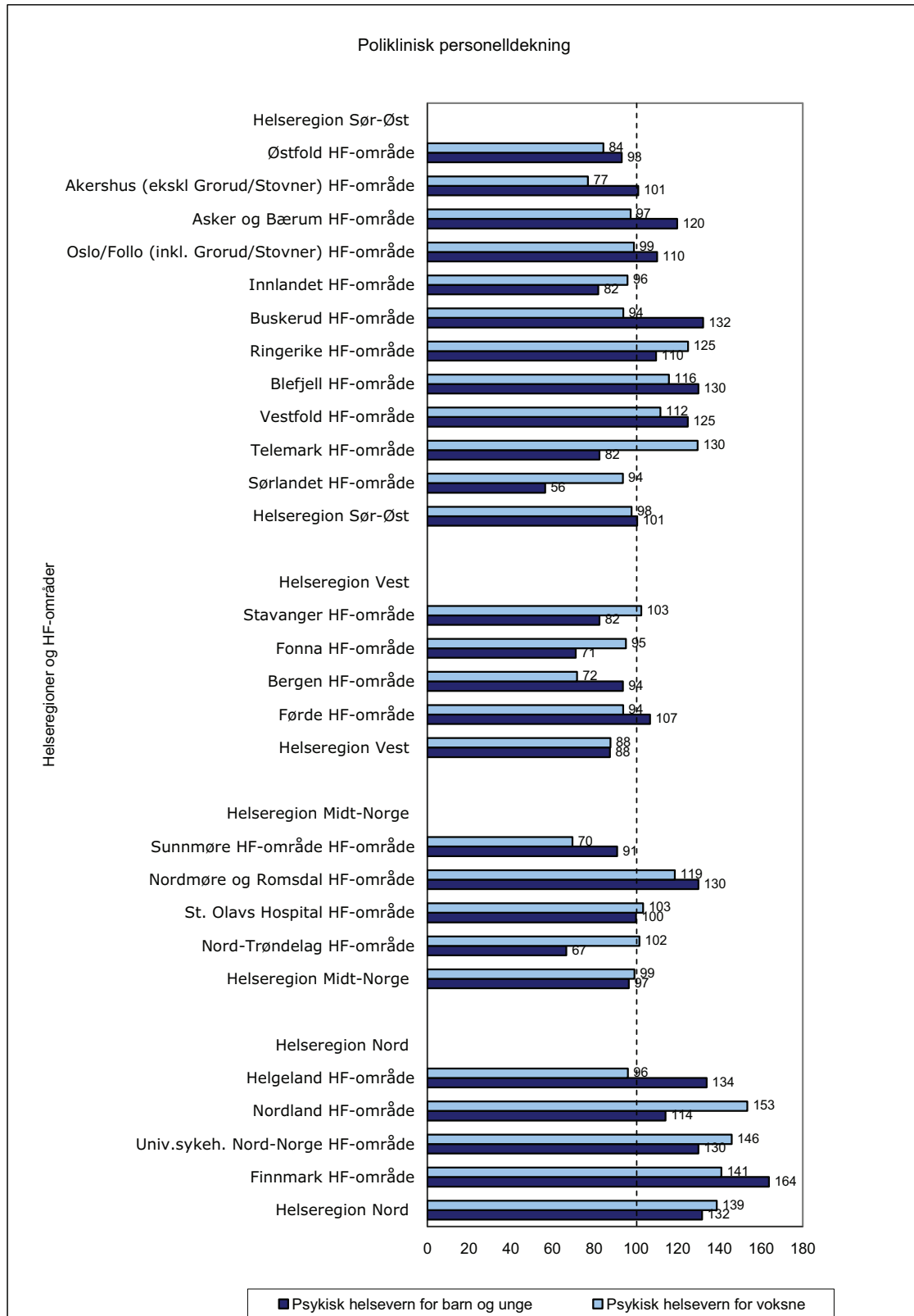
Figur 7.6 Poliklinisk personelldekning i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og voksne (y-aksen). Årsverk per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder. 2008

Figuren viser at det er en signifikant positiv sammenheng mellom ressursinnsatsen i tjenestene til barn, unge og voksne (Pearsons $r=0,44$), målt i polikliniske årsverk per innbyggere. Dette betyr at helseforetaksområder med høy poliklinisk personelldekning i tjenestene til barn og unge, har en tendens til å ha høye polikliniske personellrater også i tjenestene for voksne, og omvendt.

Åtte foretaksområder har poliklinisk personelldekning over gjennomsnittet for begge målgrupper, hvorav tre er fra helseregion Nord (Nordland, UNN, Finnmark), tre fra helseregion Sør-Øst (Ringerike, Blefjell og Vestfold) og to fra Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal og St. Olavs Hospital). Seks foretaksområder har dekning under landsgjennomsnittet for begge målgrupper. Dette gjelder tre HF-områder i helseregion Sør-Øst (Østfold, Innlandet, Sørlandet), to i Vest (Fonna, Bergen) og ett i Midt-Norge (Sunnmøre).

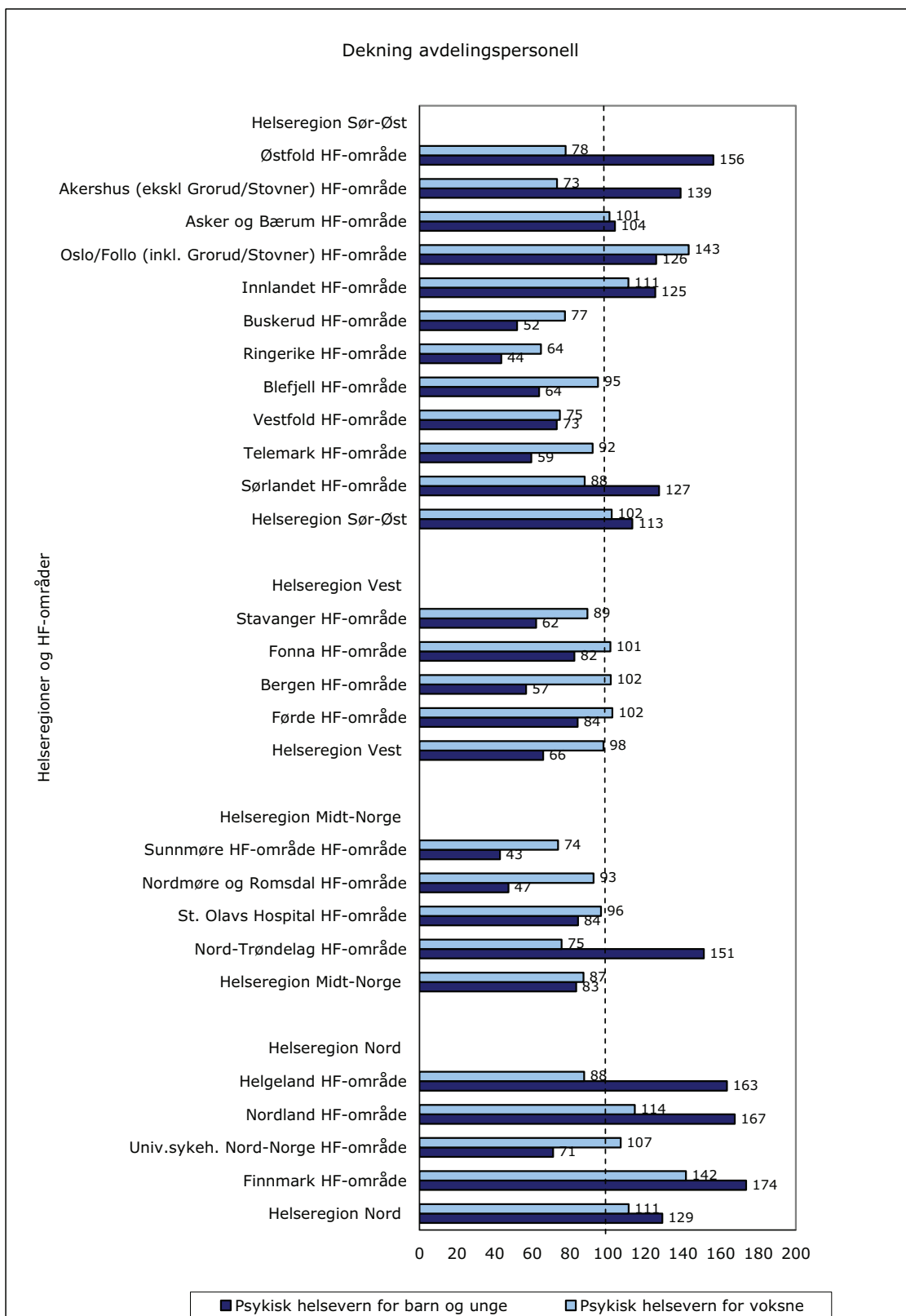
Ni foretaksområder faller utenfor denne aksen, hvorav seks HF-områder har høye rater for barn og unge og lave rater for voksne sett i relasjon til landsgjennomsnittet (Akershus, Asker og Bærum, Oslo og Follo, Buskerud, Førde og Helgeland), mens tre foretaksområder har relativt høye rater for voksne og lave for barn og unge (Telemark, Stavanger, Nord-Trøndelag).

Det er ingen signifikant sammenheng mellom de to tjenesteområdene når det gjelder dekningen av personell i avdelinger (døgn-/dagavdelinger) i helseforetaksområdene. Figur 7.8 viser dekningen i de ulike foretaksområdene for de to målgruppene, i prosent av landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR

Figur 7.7 Poliklinisk personelldeknning i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder. 2008



Datakilde: NPR

Figur 7.8 Dekning avdelingspersonell i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder. 2008

7.7 Ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for barn og unge

Før vi presenterer en mer detaljert analyse av helseforetakenes ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for barn og unge for 2008, skal vi se kort på utviklingen i opptrappingsperioden. I og med at helseforetak ble organisatorisk enhet ved den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten i 2002, har vi ikke mulighet til å sammenligne HF-områdenes utvikling i opptrappingsperioden²⁷. For å oppnå sammenlignbare enheter for begge år, har vi laget regionrater for 1998, basert på tall for fylkene som inngår i de enkelte helseregioner. For 1998 er helseregionene Øst og Sør holdt atskilt, da helseregion Sør-Øst først ble opprettet i 2006.

Deretter viser vi regionvise ressurs- og forbruksrater for hvert HF-område i 2008. Under omtalen av hver region vil figurer illustrere ratene i prosent av landsgjennomsnittet for HF-områdene. I vedleggstabellene 7.3 og 7.4 vises ratene for alle indikatorer, samt hvordan de ulike helseforetaksområdene skiller seg fra landsgjennomsnittet. Variasjonskoeffisient CV i vedleggstabell 7.7 viser variasjonen mellom HF-områdene i den enkelte region og mellom helseregionene.

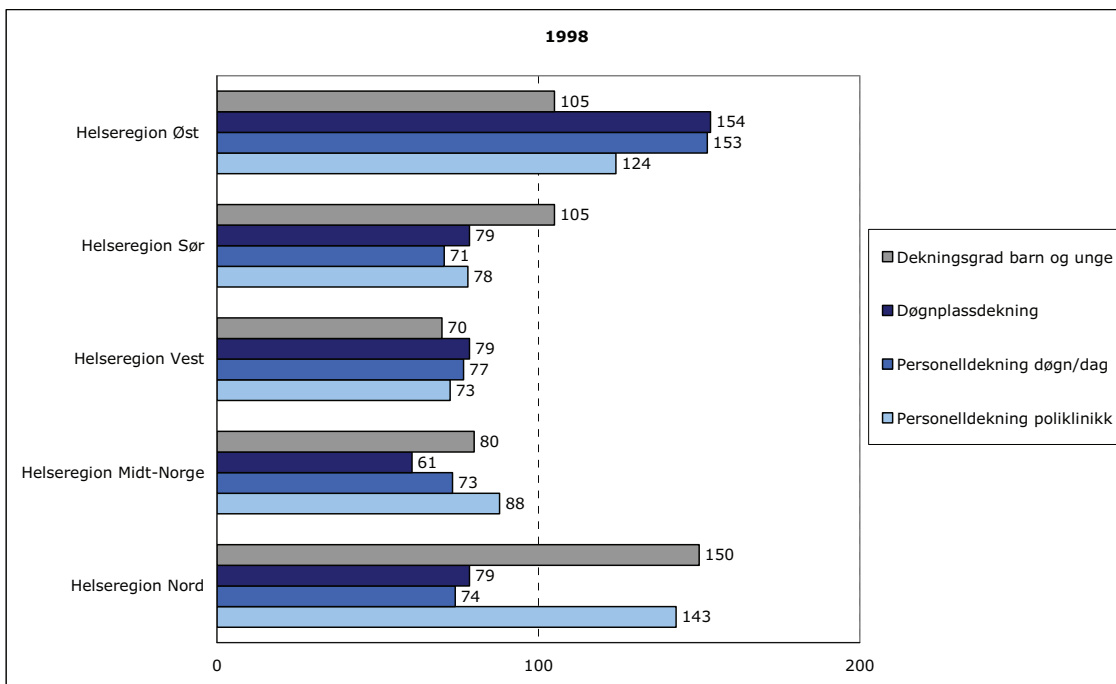
Da det er små differanser i forbruksratene mellom polikliniske pasienter og pasienter totalt, er dekningsgrad for polikliniske pasienter utelatt i figurene 7.9 til 7.14.

Det er viktig å være oppmerksom på at i og med at ressurstallene er korrigert for bruk av tjenester av pasienter fra andre helseforetaksområder (gjestepasienter), vil for eksempel HF-områder med en høy andel gjestepasienter i døgntjenester utenfor eget HF-område, framstå med lavere døgnplassdekning/døgnpersonell enn om pasientene hadde mottatt behandling i eget HF-område. Motsatt vil HF-områder som kjøper døgntjenester framstå med høyere døgnplassdekning/døgnpersonell enn hva antall døgnplasser/personell tilhørende eget HF tilsier.

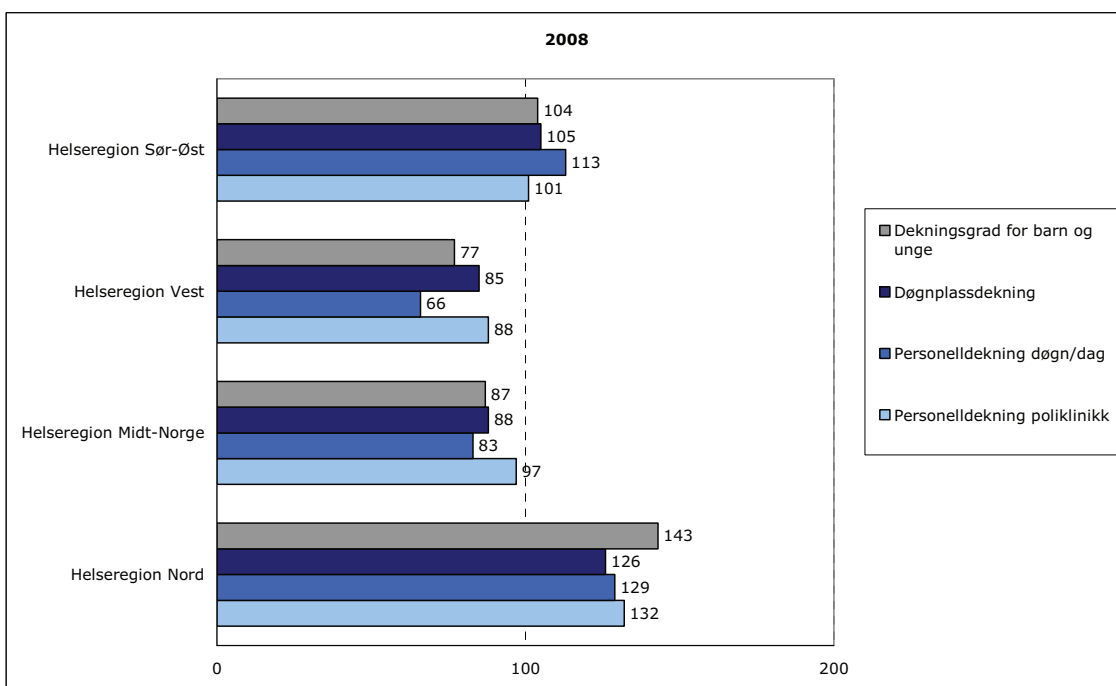
7.7.1 Regionale profiler i PHBU i opptrappingsperioden 1998-2008

Figur 7.9 og 7.10 viser henholdsvis ressurs- og forbruksrater på regionnivå i 1998 og 2008, i prosent av landsgjennomsnittet.

²⁷ På grunn av konsesjonsvilkår har man ikke kommunenummer for datafiler for 1998. Det er derfor ikke mulig å reanalysere eldre årganger.



Figur 7.9 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgnavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlete pasienter etter helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlete pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. 1998



Figur 7.10 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgnavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlete pasienter etter helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlete pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. 2008

Karakteristisk for fylkene som utgjorde helseregion Øst i 1998, var høy ressursinnsats og dekningsgrad. Ved inngangen til opptrappingsperioden lå innsatsfaktorene i døgnbasert virksomhet omlag 50 prosent over gjennomsnittet for landet. Samtidig var den polikliniske personellinnsatsen høy (124 prosent av landsgjennomsnittet), og andelen av barn og unge som mottok behandling utgjorde 2,1 prosent av befolkningen i region Øst, 5 prosent over landsgjennomsnittet.

I helseregion Sør hadde man samme dekningsgrad som helseregion Øst for barne- og ungdomsbefolkningen ved opptrappingsperiodens startpunkt, men langt lavere ressursinnsats. Personell- og døgnplassdekningen lå omlag 20-30 prosent under landsgjennomsnittet i 1998.

I 2006 ble de to helseregionene slått sammen til helseregion Sør-Øst. Denne regionen utgjorde i 2008 over halvparten av barne- og ungdomsbefolkningen i Norge, og størrelsen på denne enheten påvirket derfor gjennomsnittstallene kraftig. I 2008 lå derfor ratene for helseregion Sør-Øst nært landsgjennomsnittet, og profilen utgjorde en kombinasjon av profilene i tidligere region Øst og Sør. Samlet så regionen i 2008 ut til å vektlegge døgnaktiviteten noe høyere enn den polikliniske aktiviteten, sett i relasjon til landsgjennomsnittet. I 2008 fikk fem prosent av barn og unge under 18 år i helseregion Sør-Øst behandling i det psykiske helsevernet. Dette tilsvarer Opptrappingsplanens måltall, og andelen barn og unge under behandling i regionen lå ved opptrappingsperiodens slutt 4 prosent over gjennomsnittet for landet.

Helseregion Vest har i hele opptrappingsperioden hatt ressurs- og forbruksrater under gjennomsnittet for landet. Men nivået på døgnplasser og poliklinisk personell lå nærmere landsgjennomsnittet i 2008 enn i 1998, spesielt har kapasiteten i poliklinisk virksomhet økt i perioden. Personellrater i døgnbasert virksomhet var imidlertid på et relativt lavere nivå i 2008 enn i 1998. Dette kan tyde på at regionen samlet har vektlagt en mer poliklinisk profil i løpet av perioden. Regionen ga behandling til en større andel av barn og unge i 2008 enn i 1998, og har nærmet seg dekningsgraden for landet i perioden. Ved utgangen av opptrappingsperioden var det imidlertid fortsatt helseregion Vest som hadde laveste ressursinnsats og forbruk av tjenester blant regionene.

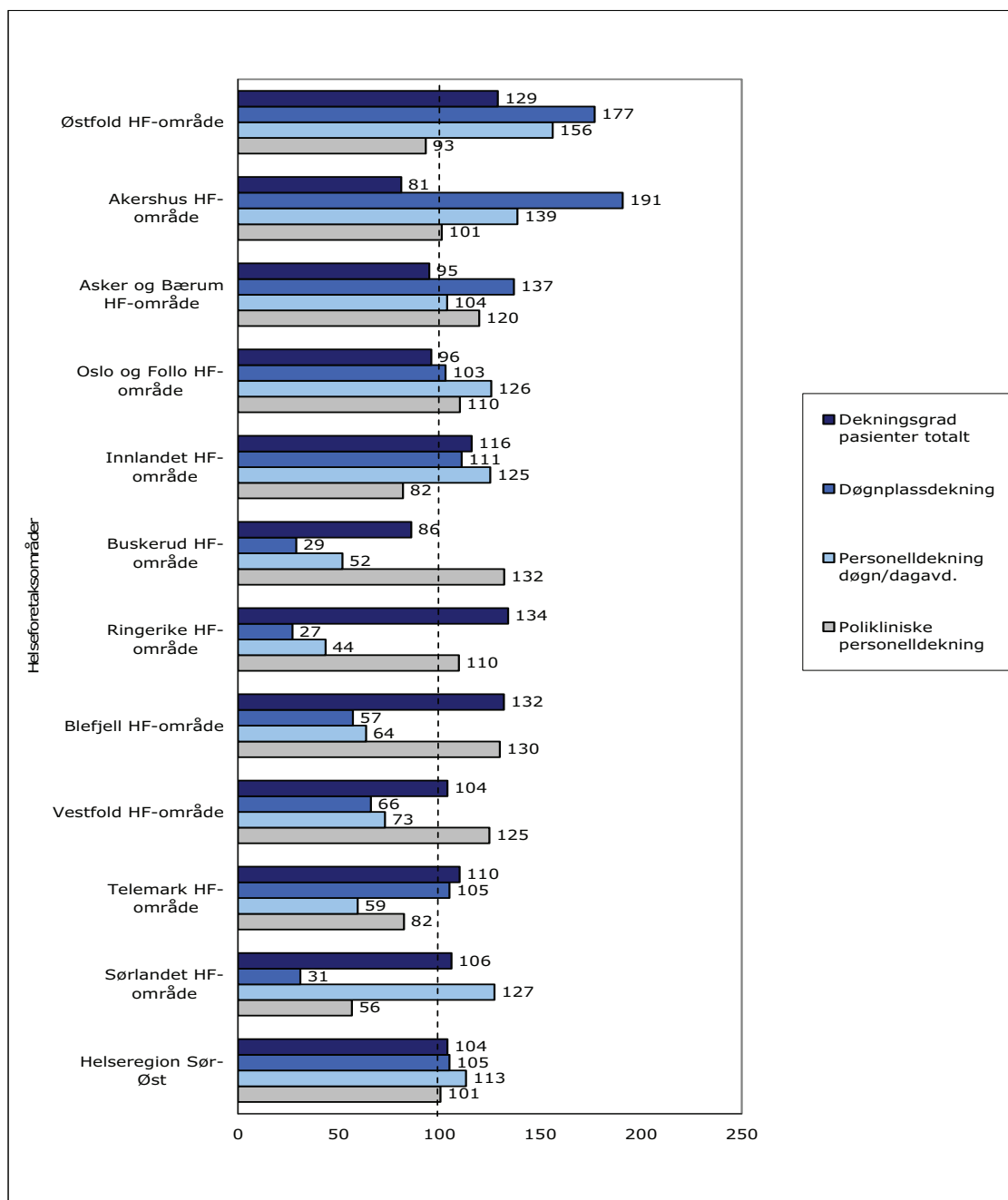
I helseregion Midt-Norge har tilgjengeligheten til det psykiske helsevernet for barn og unge blitt bedret i opptrappingsperioden, både i forhold til befolkningsstørrelsen og relativt til de andre regionene. Det har spesielt vært en bedring i forhold til kapasiteten i døgnbasert behandling, og i poliklinisk personelltilgang i perioden fra 1998 til 2008. Fra å ha den laveste døgnplassdekningen, nær 40 prosent under landsgjennomsnittet i 1998, lå dekningsgraden kun 12 prosent under landsgjennomsnittet i 2008. På samme måte har personelldekningen i poliklinisk virksomhet økt fra å utgjøre 88 prosent til 97 prosent av gjennomsnittet for landet fra 1998 til 2008. Andelen av barne- og ungdomsbefolkningen som mottok behandling var også nærmere gjennomsnittet for landet i 2008 enn i 1998, og lå på 4,2 prosent ved utgangen av planperioden. Til tross for at helseregion Midt-Norge både i 1998 og 2008 hadde ressurs- og forbruksrater under gjennomsnittet for landet, har regionen nærmet seg landsgjennomsnittet i løpet av perioden.

Helseregion Nord har i hele opptrappingsperioden hatt et høyt forbruk av tjenester til barn og unge, og ga allerede i 1998 et behandlingstilbud til 3,0 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i regionen. I løpet av opptrappingsperioden har det imidlertid skjedd en markant bedring av tilgjengeligheten til døgnbehandling i regionen. I 1998 var ressursinnsatsen (personell og døgnplasser) knyttet til døgnbasert virksomhet langt under landsgjennomsnittet, på nivå med helseregion Sør og Vest. Helseregionen hadde imidlertid den høyeste personelldekningen knyttet til poliklinisk virksomhet blant regionene på dette tidspunktet. Ved utgangen av opptrappingsperioden hadde befolkningen i helseregion Nord den beste tilgjengeligheten blant regionene til både polikliniske tilbud og døgnbehandling, og nær sju prosent (6,9 prosent) av barn og unge i regionen mottok behandling i 2008.

7.7.2 Ressurs- og forbruksprofiler i HF-områdene i 2008 - PHBU

HF-områder i helseregion Sør-Øst

Figur 7.11 viser en sammenstilling av ressurs- og forbruksrater for helseforetaksområdene i helseregion Sør-Øst i 2008.



Figur 7.11 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Sør-Øst. 2008

Behandlingstilbudet til barne- og ungdomsbefolkningen i helseregion Sør-Øst var i 2008 preget av relativt høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene. For regionen samlet var ratene over landsgjennomsnittet for samtlige utvalgte ressurs- og forbruksindikatorer. Samtidig var forskjellene i behandlingstilbudet til befolkningen i de ulike helseforetaksområdene innad i regionen relativt stor.

I 2008 var det fortsatt et skille mellom helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør i bruk av døgnbaserte versus polikliniske tjenester. Mens samtlige helseforetaksområder i gamle helseregion Øst hadde høy ressursinnsats knyttet til døgnvirksomhet, hadde HF-områdene i tidligere helseregion Sør langt lavere ressursinnsats knyttet til denne typen virksomhet. Samtidig hadde flere av HF-områdene i tidligere Øst (Østfold, Akershus, Asker og Bærum, Oslo og Follo) høy poliklinisk personelldekning. For disse foretaksområdene ser det ut til at man har vektlagt å ha begge typer virksomhet av et visst omfang.

Helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør vektla i større grad polikliniske behandlingstilbud enn døgntjenester ved utgangen av opptrappingsperioden. Fire av seks HF-områder hadde poliklinisk personelldekning over landsgjennomsnittet, mens kun ett HF-område hadde personelldekning for avdelingene over gjennomsnittet for landet.

Variasjonen i tilgjengelighet til døgntjenester mellom HF-områdene bekreftes av høy variasjonskoeffisient for døgnplassdekning og avdelingspersonell i helseregion Sør-Øst (CV=0,62 og CV=0,41, tabell 7.7).

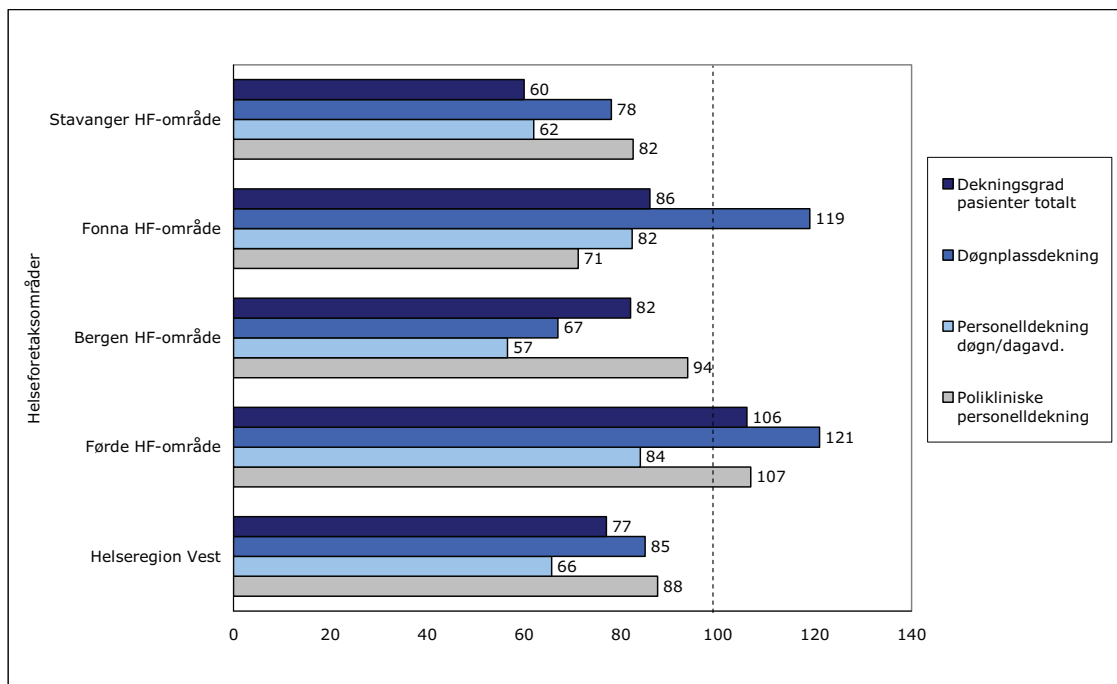
Det kan se ut til at HF-områder med høy poliklinisk kapasitet ga behandlingstilbud til en større andel av sin barne- og ungdomsbefolkning enn HF-områder med lav poliklinisk personellinnsats og større fokus på virksomheten i avdelinger.

Fire av seks helseforetaksområder i tidligere Helse Sør hadde parallelt med lav døgnplasskapasitet høy dekningsgrad for behandlede pasienter (fem prosent eller mer). Ringerike foretaksområde hadde eksempelvis svært lav døgnplassdekning (0,8 plasser per 10 000 innbyggere, 27 prosent av landsgjennomsnittet), og høy dekningsgrad (6,4 prosent) for befolkningen i foretaksområdet. Dette utgjorde i 2008 regionens høyeste dekningsgrad, 34 prosent over landsgjennomsnittet. Motsatt hadde Akershus foretaksområde regionens høyeste døgnplassdekning, og regionens laveste dekningsgrad for behandlede pasienter. Samtidig hadde Akershus også høy poliklinisk kapasitet. På samme måte ser vi at Buskerud HF-område hadde høy poliklinisk personelldekning og relativt lav dekningsgrad. Det er med andre ord ikke noe en-til-en-forhold mellom tjenesteprofil og dekningsgrad; alle HF-områder hadde ved Opptrappingsplanens slutt både døgn- og polikliniske behandlingstilbud til sin barne- og ungdomsbefolkning, men med ulik sammensetning og drift av tilbudene nådde man en ulik andel av befolkningen.

Oppsummert hadde helseregion Sør-Øst i 2008 høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene for sin befolkning. Tall for regionen samlet viste at samtlige ressurs- og forbruksindikatorer hadde verdier over gjennomsnittet for landet. Syv av 11 helseforetaksområder ga et behandlingstilbud til 5 prosent eller mer av befolkningen i opptaksområdene. Av disse hadde tre HF-områder en poliklinisk profil (Ringerike, Blefjell og Vestfold) og tre en blandingsprofil med relativt høy innsats i både poliklinisk og døgnbasert virksomhet (Østfold, Innlandet, Telemark). Blant foretakene med lavere dekningsgrad, hadde tre av fire HF-områder høy døgnplasskapasitet og personellinnsats i avdelinger, parallelt med relativt høy poliklinisk personelldekning. Ved utgangen av opptrappingsperioden var det fortsatt et skille mellom HF-områder i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør, i bruk av døgnbaserte versus polikliniske tjenester.

HF-områder i helseregion Vest

Figur 7.4 viser en sammenstilling av ressurs- og forbruksrater for helseforetaksområdene i helseregion Vest i 2008.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.12 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlete pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlete pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Vest. 2008

Helseregion Vest var i 2008 fortsatt preget av relativt lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tall for regionen samlet viser de laveste ratene blant regionene. Innad i helseregion Vest var det imidlertid forskjeller i både ressursinnsats og tilgjengelighet mellom HF-områdene.

Førde helseforetaksområde skilte seg i 2008 ut fra de andre HF-områdene i regionen med relativt høy ressursinnsats og bruk av tjenester. Døgnplassdekningen lå ved opptrappingsperiodens slutt 21 prosent over gjennomsnittet for landet, og andel barn og unge som mottok behandling utgjorde 5,1 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i HF-området. Denne dekningsgraden lå seks prosent over landsgjennomsnittet i 2008. Personelldekningen for poliklinisk virksomhet var også over landsgjennomsnittet, mens dekningen av personell til døgnbasert behandling var lavere enn snittet for landet. Førde foretaksområde hadde med andre ord større ressurstilgang og tilgjengelighet til både polikliniske og døgnbaserte tjenester for sin befolkning i 2008 enn de øvrige foretaksområdene i helseregion Vest.

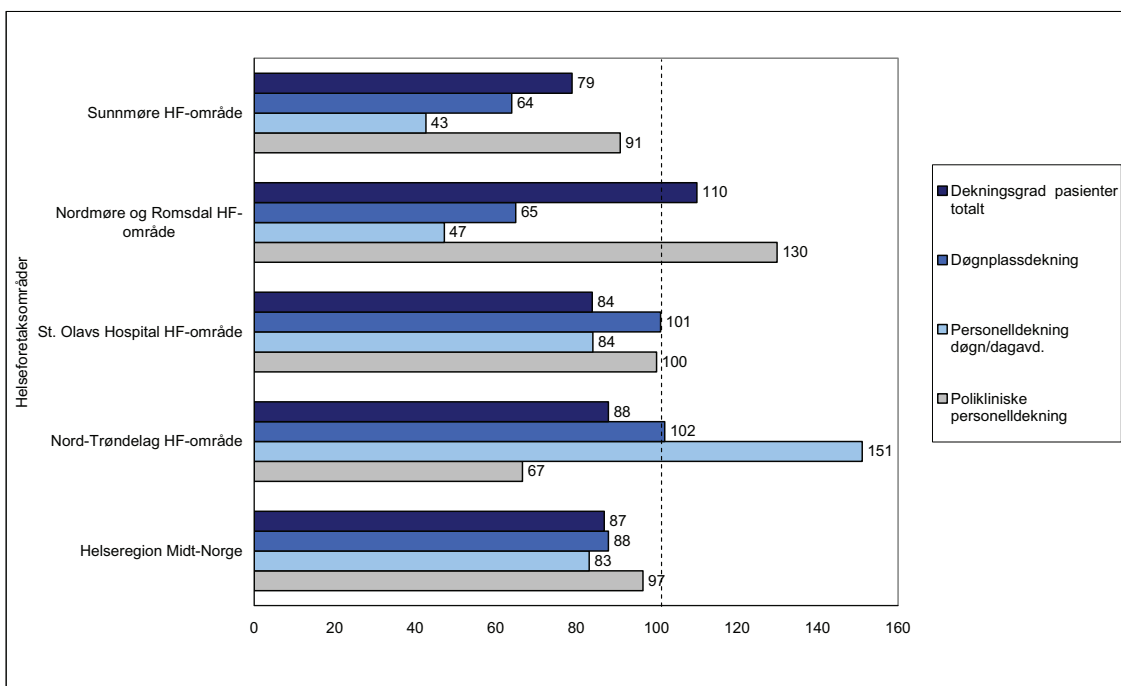
Fonna HF-område hadde også god kapasitet i døgnbaserte tjenester i 2008, med en døgnplassdekning på 119 prosent av landsgjennomsnittet. Mens dette foretaksområdet har vektlagt døgnbehandlingen i sitt tilbud til barn og unge, har Bergen helseforetaksområde motsatt profil. Med relativt høy dekning av poliklinisk personell (94 prosent av landsgjennomsnittet) og laveste døgnplassdekning og personellinnsats for døgnbasert virksomhet i regionen (67 og 57 prosent av landsgjennomsnittet), hadde Bergen HF-område i 2008 et klarere poliklinisk fokus. Med til dels ulik profil ga de to foretakene et behandlingstilbud til omtrent samme andel av barne- og ungdomsbefolkningen i sine opptaksområder ved utgang av opptrappingsperioden, Fonna med 4,1 prosent og Bergen 3,9 prosent.

Stavanger HF-område lå i 2008 lavest av foretaksområdene når det gjaldt personellinnsats og bruk av tjenester. Både dekningsgrad og personellinnsats lå under landsgjennomsnittet, og ut fra de valgte indikatorene skilte ikke foretaket seg ut med en klar tilbudsprofil.

Oppsummert hadde helseregion Vest i 2008 lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene sammenliknet med de andre regionene. Tall for regionen samlet viser at samtlige indikatorer hadde verdier under gjennomsnittet for landet. Forskjellene i tilgjengelighet til tjenestene mellom HF-områdene innad i helseregion Vest var imidlertid større enn for de andre regionene, målt i andel barn og unge som mottok behandling. Mens Stavanger HF-område ga et tilbud til 2,9 prosent av sin befolkning, var Førde eneste HF-område med tilbud til over 5 prosent. Dette foretaket hadde regionens høyeste ressursinnsats både i poliklinisk og døgnbasert virksomhet ved utgangen av opptrappingsperioden. Mens Bergen HF-område vektla poliklinisk virksomhet, hadde Fonna mer fokus på døgnbasert virksomhet. De to foretaksområdene hadde tilnærmet lik dekningsgrad i 2008 med hhv. 3,9 og 4,1 prosent.

HF-områder i helseregion Midt-Norge

Figur 7.5 viser en sammenstilling av ressurs- og forbruksrater for helseforetaksområdene i helseregion Midt-Norge i 2008.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.13 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Midt-Norge. 2008.

Helseregion Midt-Norge hadde i likhet med helseregion Vest relativt lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2008. Tall for regionen samlet var under landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer, men noe høyere enn for helseregion Vest. Internt i regionen hadde HF-områdene i 2008 ulike profiler i sitt tilbud til barn og unge. Største var forskjellene i tilgjengelighet til døgnbasert virksomhet ($CV=0,62$ for døgn-/dagpersonell). Forskjellene mellom HF-områdene var mindre i tilgjengeligheten til tjenesten totalt, målt i behandlede pasienter ($CV=0,15$).

Nordmøre og Romsdals helseforetaksområde vektla i 2008 i stor grad en poliklinisk behandlingsprofil. Med høy poliklinisk personelldekning (130 prosent av landsgjennomsnittet), lav døgnplassdekning (65 prosent av landsgjennomsnittet) og en personelldekning for døgn-

virksomhet som utgjorde under halvparten av landsgjennomsnittet, ga de et behandlingstilbud til 5,3 prosent av barn og unge i sitt opptaksområde.

Sunnmøre HF-område hadde også en poliklinisk forbruksprofil med relativt høy poliklinisk personelldekning og lav døgnplassdekning samt personelldekning til denne typen aktivitet. Men personellinnsatsen var lavere enn for Nordmøre og Romsdal, og dekningsgraden (3,6 prosent) var langt under gjennomsnittet for landet og femprosentmålet.

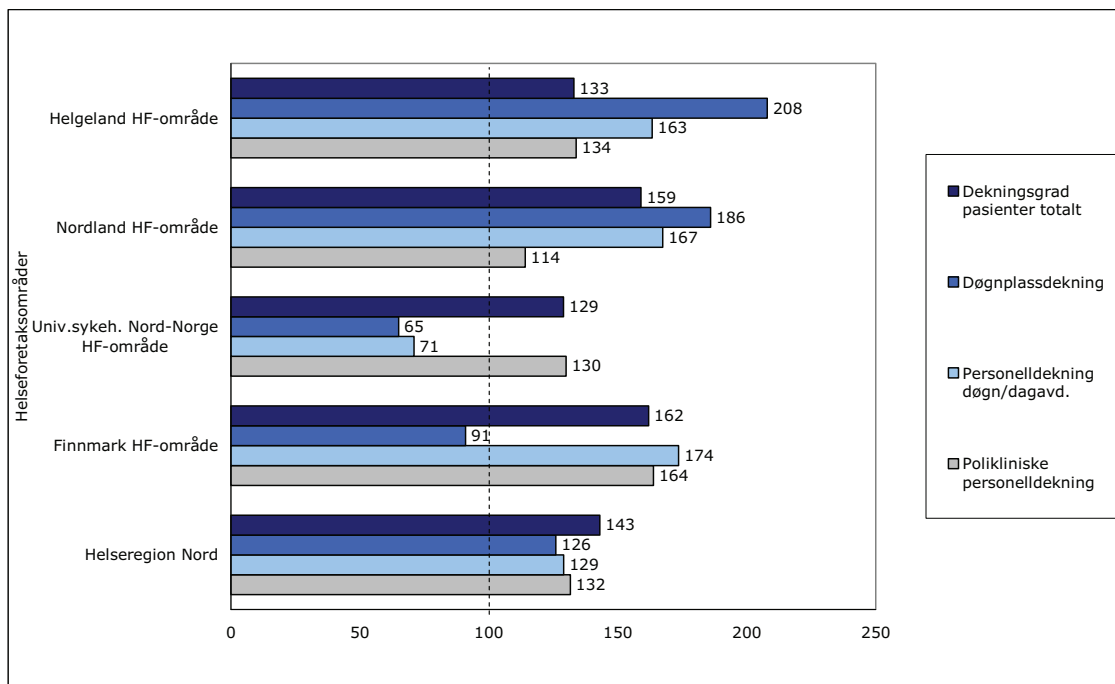
Nord-Trøndelag HF-område vektla døgn-/dagtilbudet i større grad enn det polikliniske tilbudet, sett i relasjon til landet for øvrig. Med døgnplassdekning over landsgjennomsnittet og bemanning til døgn-/dagbaserte tjenester 50 prosent over gjennomsnittet, samt regionens laveste personelldekning for poliklinisk virksomhet, hadde foretaket en klar vektlegging av døgn-/dagbaserte tjenester i 2008. Helseforetaket ga tilbud til 4,2 prosent av befolkningen i opptaksområdet ved opptrappingsperiodens slutt.

St. Olavs Hospital foretaksområde hadde i større grad en blandingsprofil med både relativt høy døgnplassdekning og poliklinisk personelldekning (hhv. 101 og 100 prosent av landsgjennomsnittet). Prosentandelen barn og unge som mottok behandling utgjorde 4,0 prosent av befolkningen under 18 år i foretakets opptaksområde. Denne dekningsgraden lå 16 prosent under landsgjennomsnittet for behandlede pasienter.

Oppsummert hadde helseregion Midt-Norge i 2008 relativt lave rater både når det gjaldt ressursinnsats og forbruk av tjenester, alle under gjennomsnittet for landet. Nordmøre og Romsdal HF-område hadde en klar poliklinisk profil og dette var det eneste helseforetaksområdet i helseregion Midt-Norge som ga et behandlingstilbud til over fem prosent av befolkningen i sitt opptaksområde i 2008. Sunnmøre HF-område hadde også en poliklinisk forbruksprofil med relativt høy poliklinisk personelldekning, men personellinnsatsen var lavere i dette foretaket og dekningsgraden langt under landsgjennomsnittet (3,6 prosent). Nord-Trøndelag HF-område vektla i motsetning til de andre HF-områdene døgn-/dagtilbudet i større grad enn det polikliniske tilbudet. St. Olavs Hospital foretaksområde hadde en blandingsprofil med både relativt høy døgnplassdekning og poliklinisk personelldekning. Disse foretakene hadde tilnærmet lik tilgjengelighet til sine tjenester i 2008, med en dekningsgrad på henholdsvis 4,2 og 4,0 prosent.

HF-områder i helseregion Nord

Figuren under viser en sammenstilling av ressurs- og forbruksrater for helseforetaksområdene i helseregion Nord i 2008.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.14 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Nord. 2008

I 2008 hadde samtlige helseforetaksområder i regionen personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter godt over gjennomsnittet for landet. Det var små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene i de ulike foretaksområdene, målt i behandlede pasienter (CV=0,12, tabell 7.7). Det var imidlertid betydelige forskjeller mellom foretaksområdene i kapasitet i døgn-/dagbasert virksomhet (CV=0,51).

Også i helseregion Nord hadde foretaksområdene ulike forbruksprofiler ved utgangen av opptrappingsperioden. Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmark HF-område vektla i størst grad poliklinisk behandling, med svært høy dekning av poliklinisk personell, og relativt lav døgnplassdekning. Spesielt gjaldt dette opptaksområdet til Universitetssykehuset i Nord-Norge.

HF-områdene Helgeland og Nordland hadde derimot god kapasitet både innen poliklinisk og døgnbasert virksomhet i 2008. Begge foretak hadde høy dekning av poliklinisk personell (134 og 114 prosent av landsgjennomsnittet) parallelt med høye rater for døgnpersonell- og døgnplassdekning (208 og 186 prosent av landsgjennomsnittet).

Helseregion Nord hadde også ved utgangen av opptrappingsperioden de høyeste ressurs- og forbruksratene i det psykiske helsevernet for barn og unge blant regionene. Med en personelldekning 30 prosent over landsgjennomsnittet og en døgnplassdekning 26 prosent over gjennomnittet, fikk nær sju prosent av alle barn og unge i regionen et behandlingstilbud i 2008. Alle helseforetaksområdene hadde god tilgjengelighet til tjenestene, men ulike profiler i sitt tjenestetilbud. Mens spesielt ett foretaksområde (UNN) hadde prioritert poliklinisk virksomhet i størst grad, hadde to foretaksområder (Helgeland og Nordland) vektlagt både høy tilgjengelighet til døgn tjenester og polikliniske tjenester. Alle HF-områder i regionen ga tjenester til over seks prosent av sin barne- og ungdomsbefolkning i 2008.

7.8 Ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for voksne

Før vi presenterer helseforetakenes ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for voksne i 2008, skal vi se kort på den regionale utviklingen i opptrappingsperioden. Figur 7.15 og 7.16 viser henholdsvis ressurs- og forbruksrater på regionnivå i 1998 og 2008, i prosent av landsgjennomsnittet.

Deretter undersøkes forholdet mellom de ulike indikatorene på foretaksnivå for hver av helseregionene. Under omtalen av hver region vil figurer illustrere ressurs- og forbruksrater i prosent av landsgjennomsnittet for HF-områdene. I vedleggstabellene 7.5 og 7.6 vises ratene for alle indikatorer, samt hvordan de ulike helseforetaksområdene skiller seg fra landsgjennomsnittet. Da det er små differanser i de relative forbruksratene mellom døgnopphold og utskrivninger, er utskrivningene utelatt i figurene 7.17 til 7.24.

Variasjonskoeffisient CV i vedleggstabell 7.8 viser variasjonen mellom HF-områdene i den enkelte region og mellom helseregionene.

7.8.1 Regionale profiler i PHV i opptrappingsperioden 1998–2008

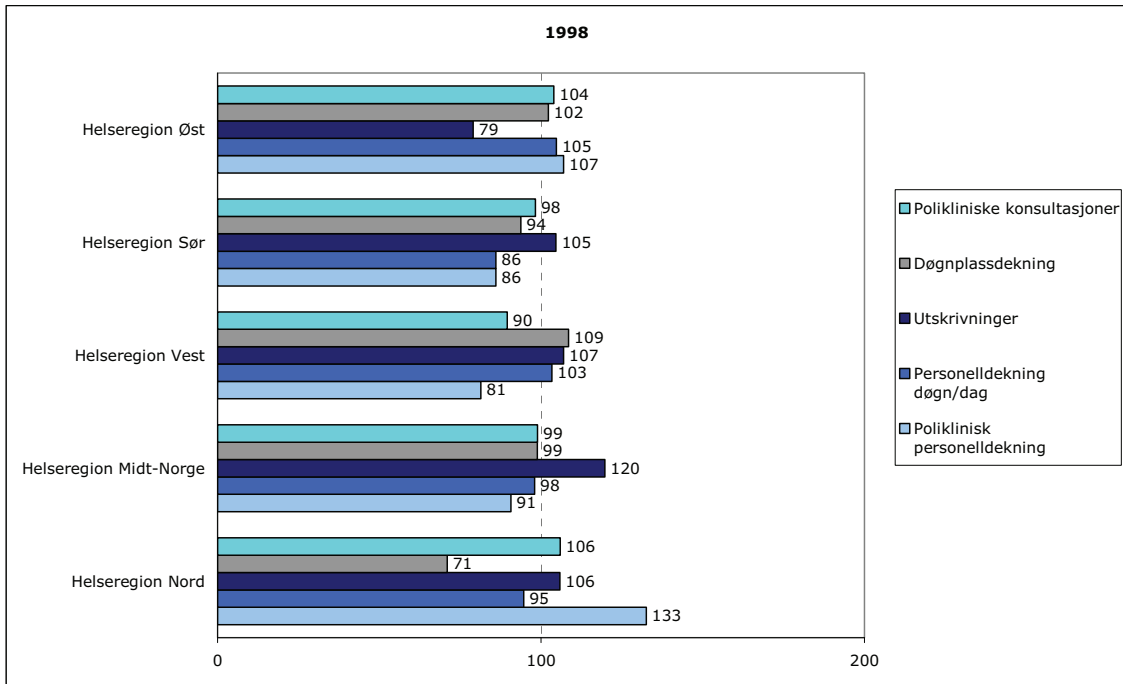
Tidligere helseregion Øst var i 1998 preget av stor personell- og døgnplasskapasitet, og høy konsultasjonsrate. Kombinert med relativt lave utskrivningsrater indikerer dette at pasientene i denne regionen hadde forholdsvis lange døgnopphold i institusjon ved opptrappingsperiodens start. Helseregion Sør hadde motsatt høye utskrivningsrater og lavere døgnplassdekning, noe som tyder på kortere opphold i døgninstitusjonene. Personellkapasiteten var lavere i Sør enn i Øst, og under landsgjennomsnittet. Ved inngangen til opptrappingsperioden var det relativt høy poliklinisk aktivitet i begge regioner, noe høyere i Øst.

Ved Opptrappingsplanens slutt i 2008 var helseregion Øst og Sør slått sammen til helseregion Sør-Øst, og den samlede profilen for denne enheten blir på grunn av regionens størrelse svært nær landsgjennomsnittet. Man kan imidlertid se at utskrivningsratene på dette tidspunktet var lavere enn for de øvrige regionene, noe som kan indikere døgnopphold med gjennomsnittlig lengre varighet enn i de andre regionene.

Til tross for vekst i både ressursinnsats og aktivitet i perioden, var behandlingsprofilen i helseregion Vest lite endret fra 1998 til 2008. På begge tidspunkt hadde regionen hovedvekt på døgnbasert virksomhet med høy døgnplassdekning og utskrivningsrater over landsgjennomsnittet. Den polikliniske aktiviteten lå begge år 10 prosent under landsgjennomsnittet, mens dekningen av poliklinisk personell lå nærmere gjennomsnittet for landet i 2008 enn ved opptrappingsperiodens start.

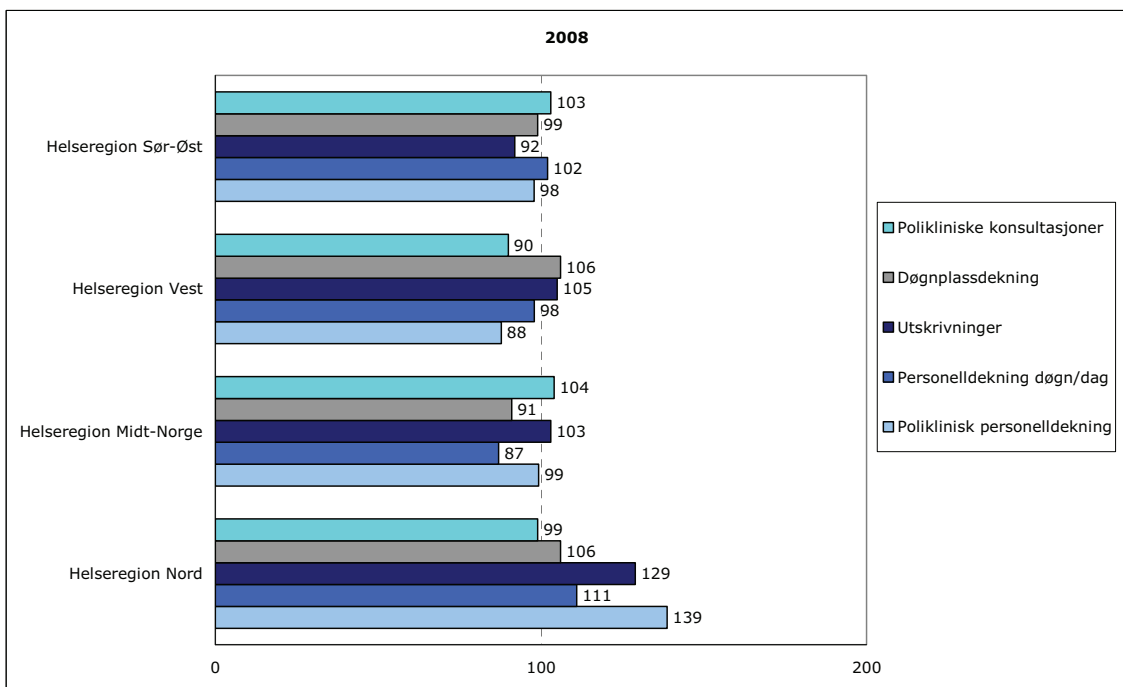
I helseregion Midt-Norge var det en styrking av det polikliniske tilbudet i opptrappingsperioden, både raten for polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning økte i perioden. Kapasiteten (personell og døgnplasser) i døgnbasert virksomhet og utskrivninger fra døgninstitusjoner, hadde et lavere nivå i 2008 enn i 1998 sett i forhold til landsgjennomsnittet.

I helseregion Nord økte kapasiteten i døgnbasert behandling markant i perioden. Døgnplassdekningen lå omlag 30 prosent under landsgjennomsnittet i 1998 og 6 prosent over gjennomsnittet i 2008. Tilsvarende økte utskrivningsraten og personelldekningen tilknyttet denne typen virksomhet. Den polikliniske aktiviteten og personelldekningen var på et høyt nivå allerede i 1998. Kapasiteten økte ytterligere i 10-årsperioden, men raten for polikliniske konsultasjoner gikk relativt sett noe tilbake, og lå i 2008 opp mot landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.15 Poliklinisk personellinnsats, personellinnsats avdeling, utskrivninger, døgnplassdekning og polikliniske konsultasjoner etter helseregion. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998



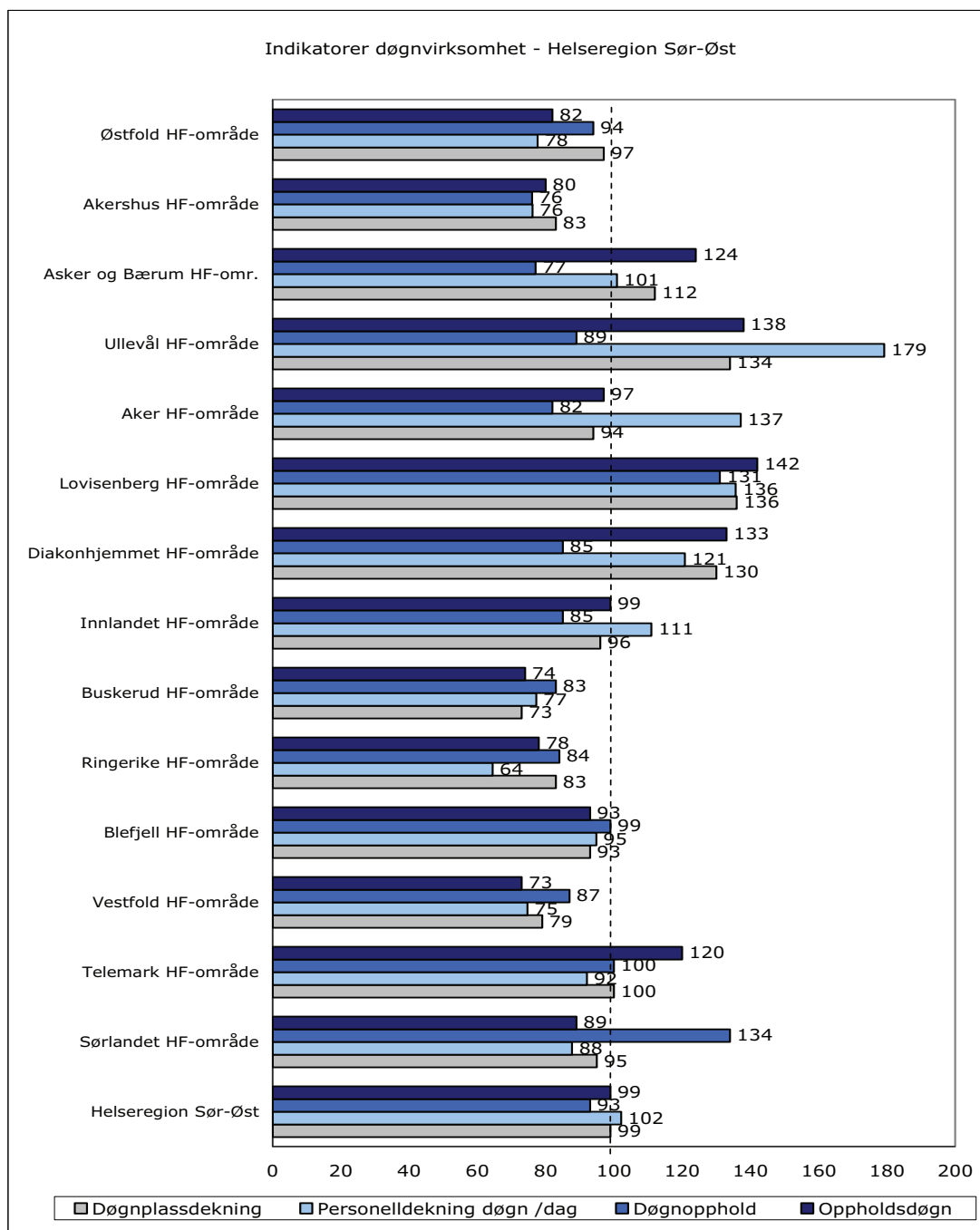
Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.16 Poliklinisk personellinnsats, personellinnsats avdeling, utskrivninger, døgnplassdekning og polikliniske konsultasjoner etter helseregion. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

7.8.2 Ressurs- og forbruksprofiler i HF-områdene i 2008 - PHV

HF-områder i helseregion Sør-Øst

Figurene 7.17 og 7.18 viser en sammenstilling av ulike ressurs- og forbruksindikatorer i helseforetaksområdene i helseregion Sør-Øst. Først presenteres indikatorer knyttet til døgn- og dagvirksomheten i regionen, deretter til poliklinisk virksomhet.



Datakilde: NPR og SSB

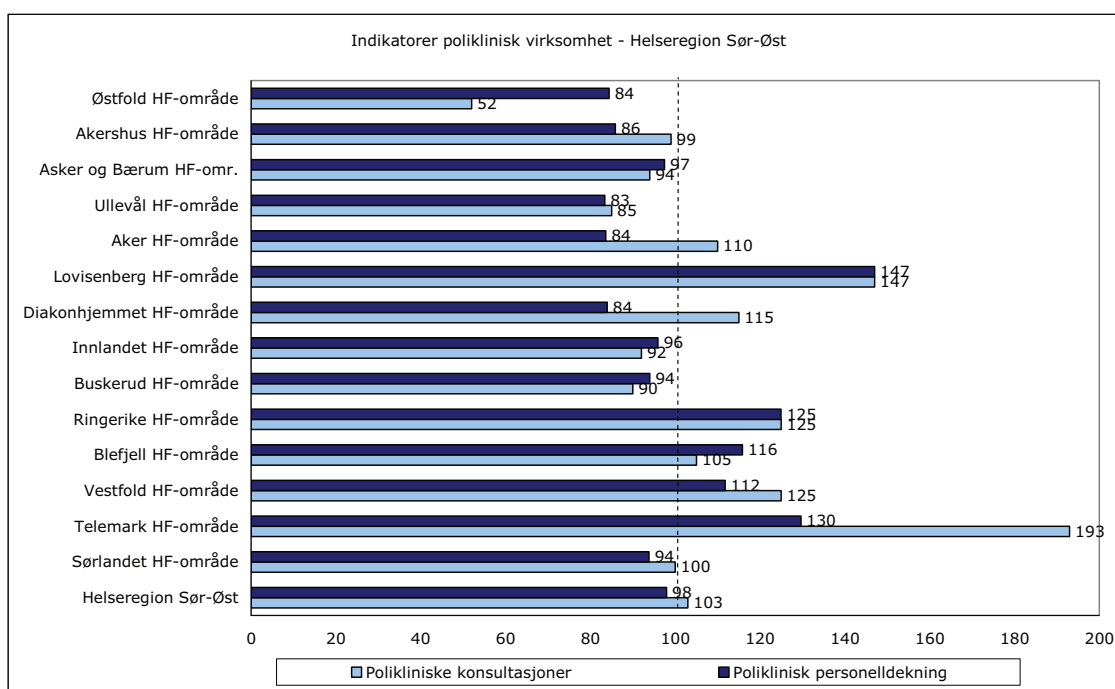
Figur 7.17 Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Sør-Øst. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2008

Figurene 7.17 og 7.18 illustrerer at det i 2008 var relativt store variasjoner både i ressursinnsats og forbruksrater mellom foretaksområdene i helseregion Sør-Øst.

Forskjellene mellom HF-områder omfatter både virksomhetene i avdelingene (CV=0,31 for personelldekning døgn/dag) og poliklinisk aktivitet (CV=0,30 for polikliniske forbruksrater). Ved Opptreppingsplanens slutt var det også relativt stor variasjon mellom helseforetaksområdene i oppholds- og utskrivningsrater (CV=0,19, CV=0,20) i døgninstitusjonene, samt i antall oppholdsdøgn (CV=0,26). Kun helseregion Nord hadde større forskjeller mellom sine helseforetaksområder i døgnplassdekning og i oppholds- og utskrivningsrater på dette tidspunktet.

HF-områder/sectorer i Oslo-området (Ullevål, Aker, Lovisenberg, Diakonhjemmet) hadde i 2008 regionens største kapasitet innen døgnvirksomhet, i form av høye rater for personellinnsats og døgnplasser. I kombinasjon med høye døgnrater, spesielt for Ullevål og Lovisenberg, var aktiviteten innen døgnbasert behandling relativt høy. Lavere oppholds- og utskrivningsrater enn omfanget av oppholdsdøgn, indikerer at det var relativt lange behandlingsopphold i døgninstitusjonene i Oslo-regionen i 2008. Befolkningen i dette området mottok også polikliniske konsultasjoner i et større omfang enn gjennomsnittet for landet, for sektorene Aker (110 prosent), Lovisenberg (147 prosent) og Diakonhjemmet (115 prosent).

For de øvrige helseforetakene i tidligere helseregion Øst ser vi samme tendens til relativt lange døgnopphold i institusjonene (med unntak for Østfold HF-område), mens det polikliniske tilbudet lå noe under landsgjennomsnittet for disse foretakene ved utgangen av opptreppingsperioden.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.18 Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Sør-Øst. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2008

For helseforetaksområdene i tidligere helseregion Sør var det i 2008 motsatt tendens når det gjaldt bruk av døgn tjenester, dvs. relativt korte døgnopphold. Sørlandet helseforetaksområde hadde svært høye oppholds- og utskrivningsrater (34 og 38 prosent over lands-

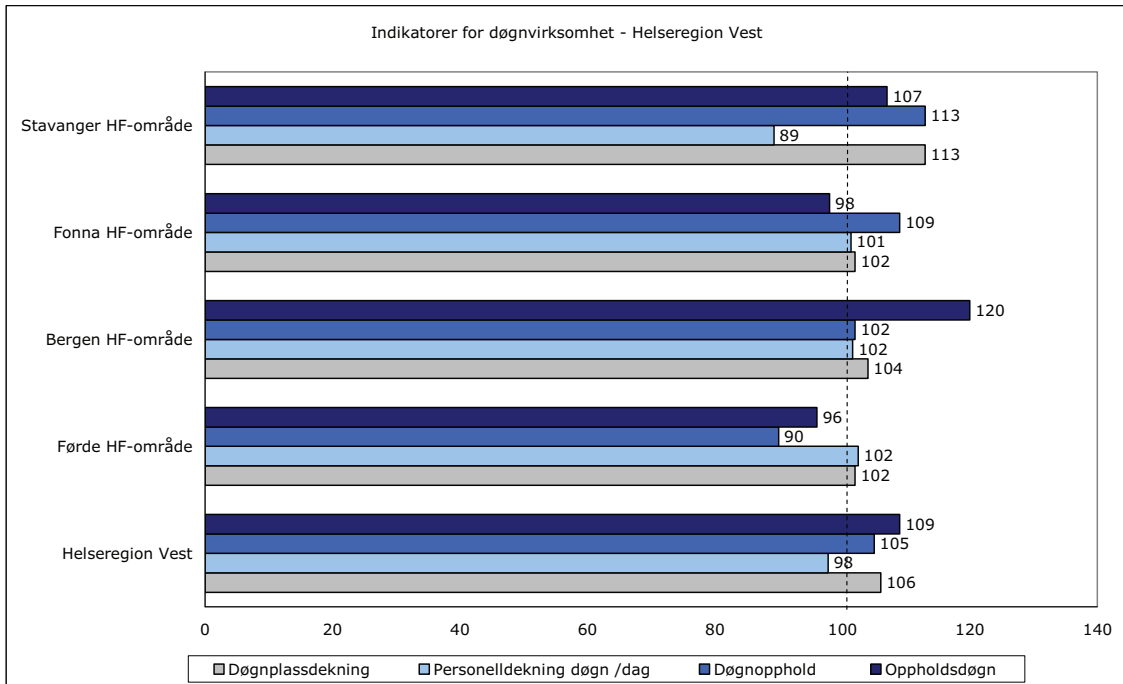
gjennomsnittet), parallelt med ressursinnsats og døgnrater under landsgjennomsnittet. Behandlingstilbudet for befolkningen i dette foretaksområdet var preget av flere og kortere døgnopphold enn i resten av regionen. Telemark HF-område var imidlertid et unntak i tidligere region Sør med relativt lange døgnopphold i 2008.

Foretaksområdene i tidligere helseregion Sør hadde imidlertid langt høyere polikliniske forbruksrater og til dels høyere poliklinisk personellinnsats. Befolkningen i Ringerike, Blefjell, Vestfold, Telemark og Sørlandet helseforetaksområder hadde i 2008 konsultasjonsrater på eller over landsgjennomsnittet (mellom 100-193 prosent av gjennomsnittet). Buskerud foretaksområde hadde også relativt høyere rater for poliklinisk behandling enn forbruksrater for døgnbaserte tjenester. Døgnplassdekningen i disse foretakene var alle på eller under landsgjennomsnittet ved Opptappingsplanens slutt.

Helseregion Sør-Øst hadde i 2008 helseforetaksområder med ulike ressurs- og forbruksprofiler; HF-områdene i tidligere Helse Øst hadde høyere ressursdekning i døgnvirksomhet, lengre døgnopphold og lavere polikliniske forbruksrater enn helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør. Befolkningen i Oslo-området (Aker, Lovisenberg, Diakonhjemmet) hadde i imidlertid både regionens største kapasitet innen døgnvirksomhet samt polikliniske konsultasjoner i et større omfang enn landsgjennomsnittet. Til tross for gjennomsnittlige konsultasjonsrater for helseregionen samlet, var det store forskjeller i tilgjengelighet mellom foretaksområdene målt i polikliniske forbruksrater og poliklinisk personelldekning ved utgangen av opptappingsperioden. Det var også betydelige forskjeller i tilgjengeligheten målt i antall døgnopphold. Tall for helseregionen samlet viser oppholds- og utskrivningsrater under landsgjennomsnittet, samt gjennomsnittlige rater for ressursinnsats (personell og døgnplasser) og oppholdsdøgn. Dette indikerer at helseregionen relativt sett hadde færre og lengre døgnopphold enn gjennomsnittet for landet.

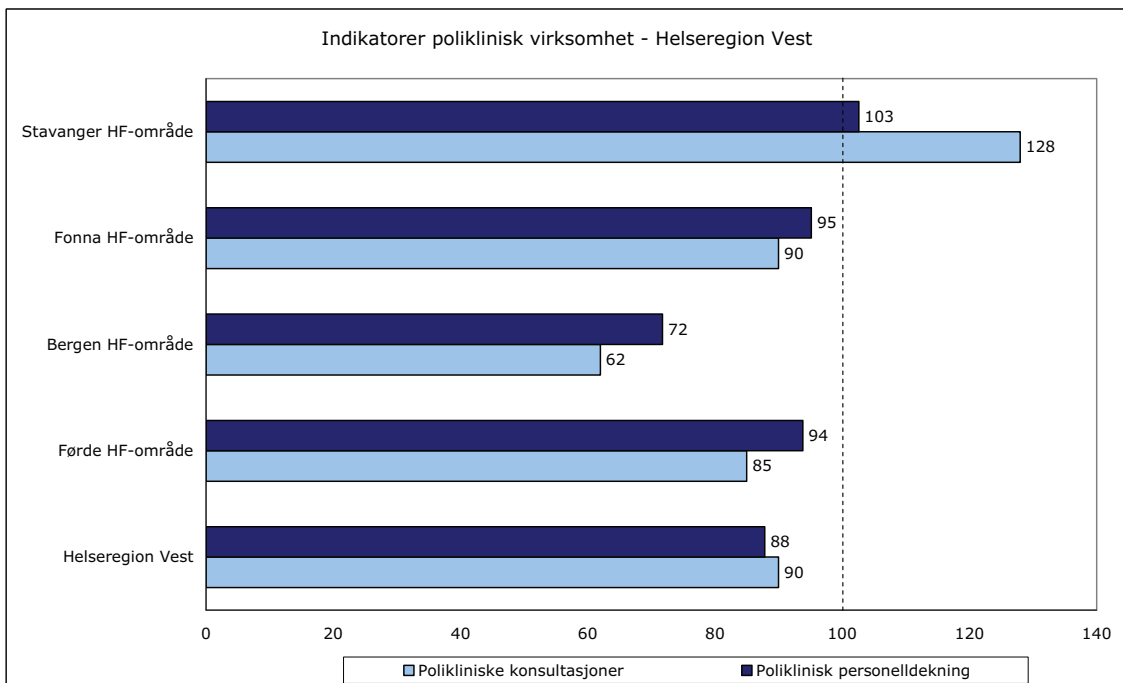
HF-områder i helseregion Vest

Det var i 2008 mindre forskjeller mellom helseforetaksområdene innad i helseregion Vest enn i helseregion Sør-Øst, spesielt i ressursinnsats og forbruksrater i døgnbasert virksomhet. Forskjellene mellom HF-områdene innad i Helse Vest var størst for polikliniske konsultasjonsrater (CV=0,29) og polikliniske årsverk (CV=0,14), mens forskjellene i personell- og døgnplassdekning var svært lave (CV=0,04 og CV=0,06).



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.19 Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Vest. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.20 Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Vest. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

Alle foretaksområder i regionen hadde døgnplassdekning over gjennomsnittet for landet og med unntak for Stavanger HF-område, hadde samtlige foretaksområder også personelldekning for døgnvirksomheten over landgjennomsnittet.

Befolkningen i Bergen HF-område hadde lengre døgnopphold (høye døgnrater i kombinasjon med gjennomsnittlige oppholds- og utskrivningsrater) enn befolkningen i Fonna og Stavanger foretaksområder (døgnoppholds- og utskrivningsrater over landsgjennomsnittet). Befolkningen i disse HF-områdene hadde til gjengjeld høyere poliklinisk forbruk og poliklinisk personelldekning. Stavanger hadde i 2008 regionens høyeste konsultasjonsrater, 28 prosent over landsgjennomsnittet. For Bergen HF-område lå den polikliniske konsultasjonsraten om lag 40 prosent under gjennomsnittet for landet.

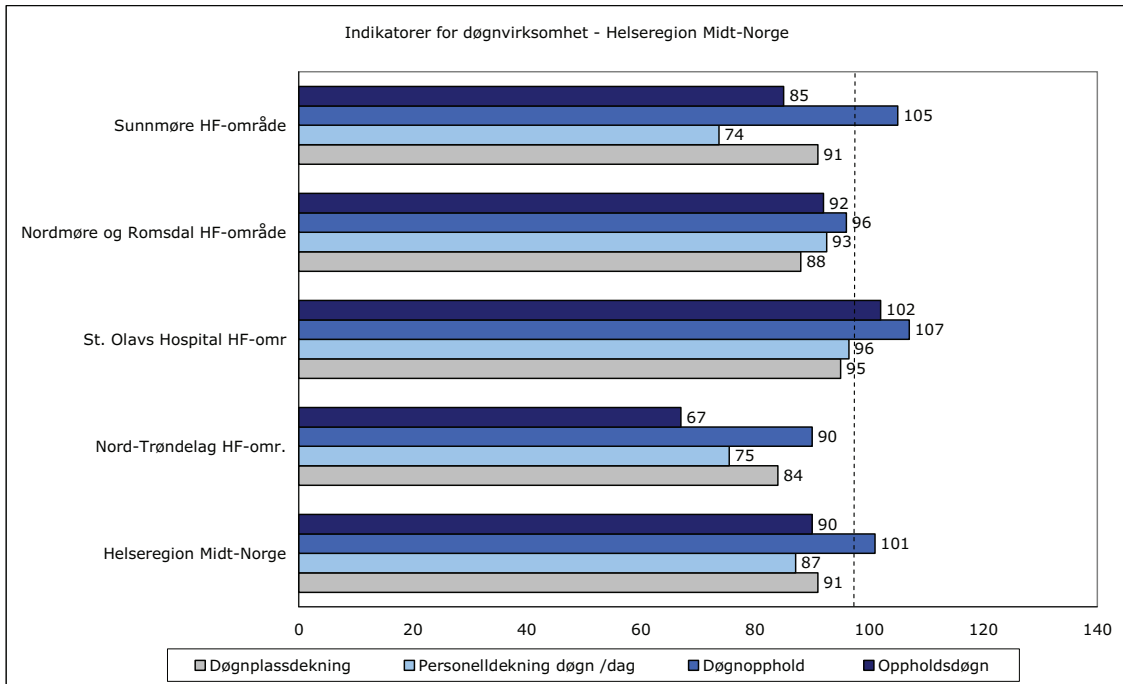
Førde helseforetaksområde hadde i likhet med Bergen relativt sett høyere ressursinnsats og forbruksrater for døgnbaserte enn poliklinisk tjenester. Forholdet mellom døgnrater og oppholdsrate, indikerer at befolkningen i HF-området i 2008 hadde relativt lange døgnopphold i institusjonene sammenliknet med landsgjennomsnittet.

Helseforetaksområdene i Helse Vest hadde i 2008 langt på vei en ressurs- og forbruksprofil med høy døgnplassdekning og høyt forbruk av døgntjenester. Befolkningen i Bergen og Førde HF-områder hadde lengre døgnopphold enn befolkningen i Fonna og Stavanger foretaksområder. I tillegg hadde Stavanger, som regionens eneste HF-område, høye polikliniske konsultasjonsrater. Helseregionen samlet hadde både døgnplassdekning, døgnrater og oppholdsrate over gjennomsnittet for landet i 2008. Døgnratene var imidlertid relativt høyere enn oppholdsratene, som tilsier at døgnoppholdenes varighet i regionen var lengre enn landsgjennomsnittet. Det var relativt små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene mellom helseforetaksområdene målt i antall døgnopphold. Helse Vest hadde samlet den laveste polikliniske konsultasjonsraten blant regionene, men forskjellene mellom helseforetakene i tilgjengelighet til polikliniske tjenester var relativt stor.

HF-områder i helseregion Midt-Norge

Ved utgangen av opptrappingsperioden hadde helseregion Midt-Norge den høyeste forbruksraten for polikliniske konsultasjoner blant helseregionene, og laveste ressursinnsats per innbygger både for totalt personell og døgnplasser. Den polikliniske personelldekningen var imidlertid bedre, kun helseregion Nord hadde et høyere nivå i 2008.

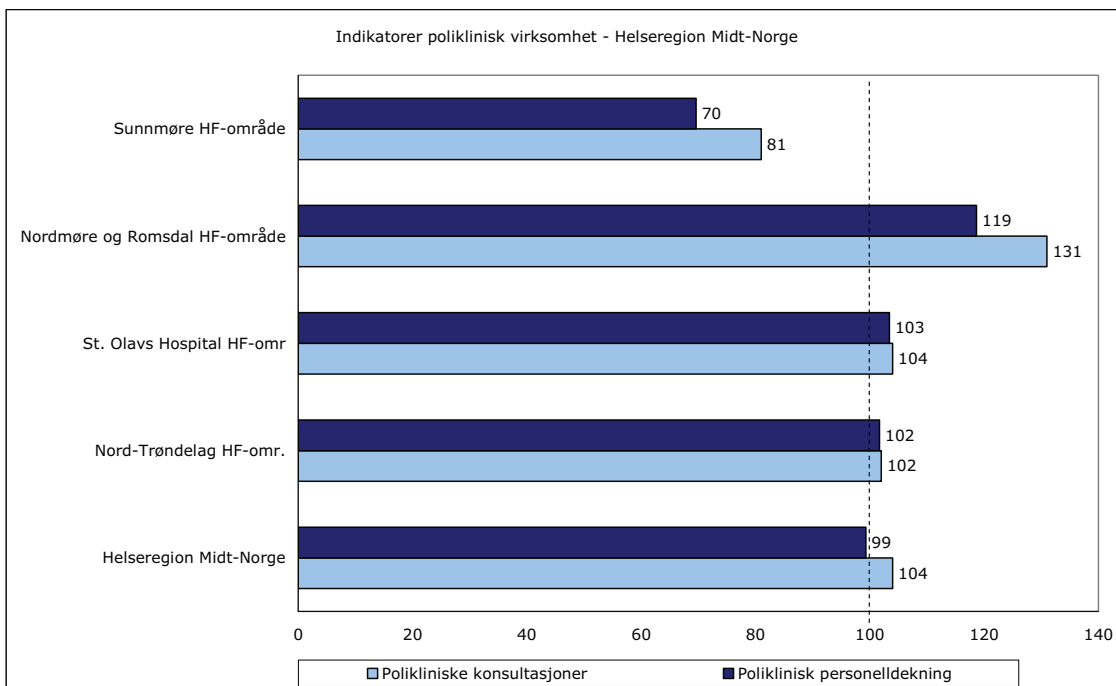
Helseregion Midt-Norge hadde i 2008 de minste forskjellene mellom foretaksområdene for indikatorene som omhandler det døgnbaserte tjenestetilbudet. Både for døgnplassdekning ($CV=0,05$), oppholds- og utskrivningsrater ($CV=0,08$ og $CV=0,06$) hadde regionen de laveste variasjonskoeffisientene (tabell 7.8). Forskjellene mellom foretaksområdene var større når det gjaldt det polikliniske tilbudet, for poliklinisk personelldekning ($CV=0,21$) hadde regionen de største interne forskjellene blant regionene.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.21 Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

Innad i regionen hadde alle HF-områder i 2008 personelldekning knyttet til døgnvirksomhet og døgnplassdekning under landsgjennomsnittet. Med unntak av Sunnmøre foretaksområde, hadde imidlertid samtlige helseforetaksområder polikliniske forbruksrater og poliklinisk personelldekning over landsgjennomsnittet. Sunnmøre og St. Olavs Hospital HF-områder hadde i tillegg høye rater for døgnopphold og utskrivninger. Nordmøre og Romsdal og Nord-Trøndelag HF-områder hadde derimot oppholds- og utskrivningsrater under gjennomsnittet for landet, noe som tilsier færre døgnopphold enn landsgjennomsnittet. Alle foretaksområder hadde relativt lavere døgnrate enn oppholds- og utskrivningsrater, og dette indikerer at døgnoppholdene var av relativt kort varighet.



Datakilde: NPR og SSB

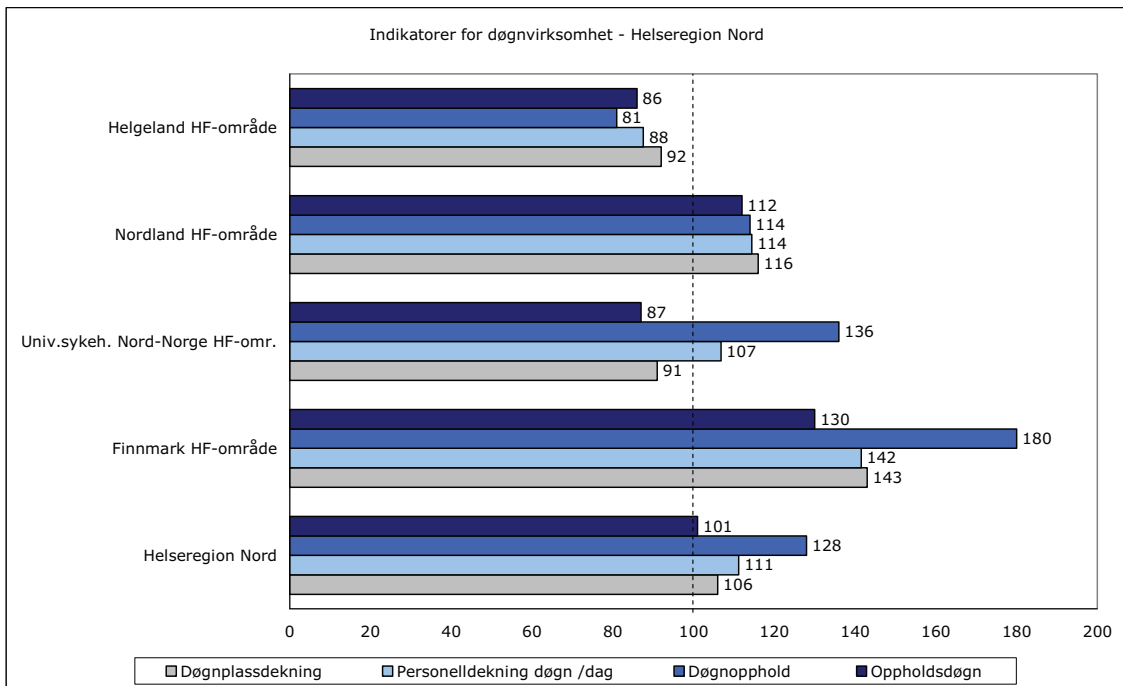
Figur 7.22 Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

Oppsummert hadde helseregion Midt-Norge i 2008 et relativt høyt poliklinisk forbruk i tre av fire foretaksområder. I tillegg tenderte alle HF-områder til å ha relativt korte opphold i døgninstitusjonene. To foretaksområder hadde imidlertid flere opphold enn gjennomsnittet for landet. Mens regionen hadde den høyeste polikliniske forbruksraten og den nest høyeste polikliniske personelldekningen blant helseregionene, hadde samtlige foretaksområder i regionen lavere ressursinnsats enn landsgjennomsnittet for den døgnbaserte virksomheten.

HF-områder i helseregion Nord

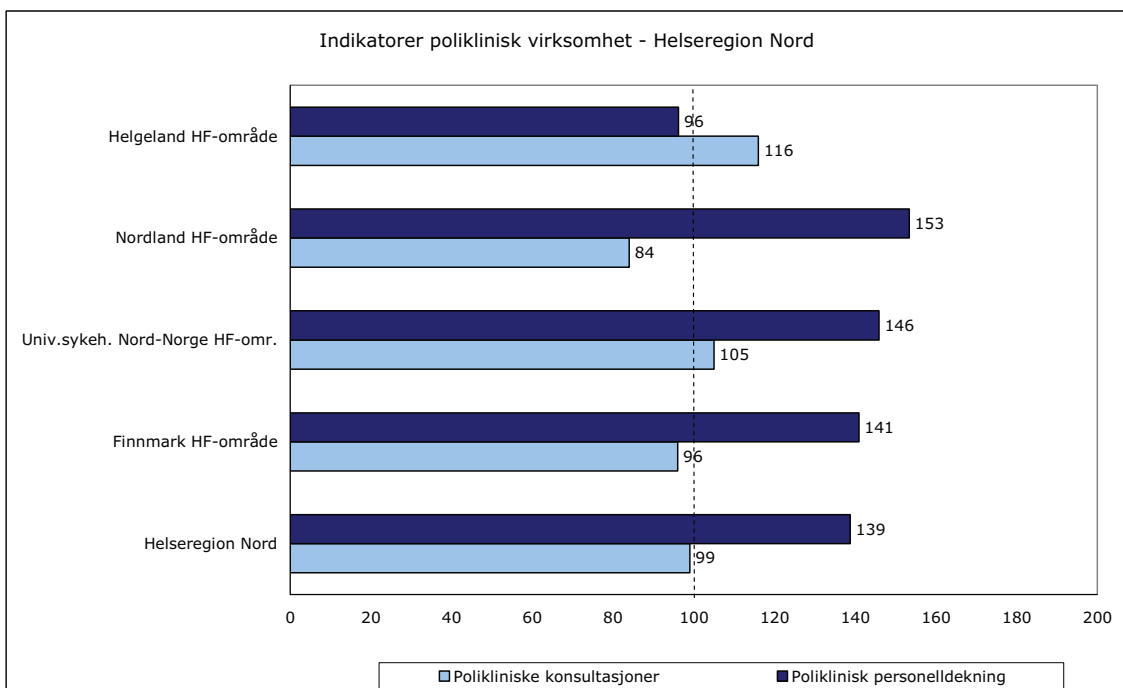
Ved Opptappingsplanens slutt var helseregion Nord preget av høye ressurs- og forbruksrater både innenfor døgnbasert og poliklinisk virksomhet. For regionen samlet, var både kapasitet og forbruk på eller over landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer.

Det var imidlertid klare forskjeller mellom HF-områdenes tjenestetilbud i 2008, spesielt i døgnbasert virksomhet. Forskjellene mellom foretaksområdene var størst blant regionene i antall døgnopphold per innbyggere (CV=0,32) og døgnplassdekning (CV=0,22). Dette indikerer at HF-områdene hadde ulike nivå med hensyn til døgnbaserte tjenester. De minste forskjellene innad i regionen ser vi for polikliniske forbruksrater (CV=0,13) (tabell 7.8).



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.23 Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Nord. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.24 Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Nord. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

Med unntak for Helgeland HF-område, som hadde en klar poliklinisk profil, hadde de øvrige foretaksområdene en klar døgnprofil i 2008. Mens befolkningen i opptaksområdet til Universitetssykehuset i Nord-Norge hadde mange korte opphold (høye utskrivnings- og oppholds-rater og lav døgnrate), indikerer forholdet mellom døgn- og oppholds-rater at befolkningen i Nordland HF-område hadde opphold av noe lengre varighet. Finnmark foretaksområde hadde svært mange opphold per innbyggere, landets høyeste oppholds- og utskrivnings-rater (180 og 184 prosent av landsgjennomsnittet), samtidig som de hadde den høyeste personell- og døgnplassdekning med rater over 140 prosent av landsgjennomsnittet. Foretaket hadde derfor også relativt høye døgnrater (130 prosent av landsgjennomsnittet), men på grunn av spesielt høye oppholds- og utskrivnings-rater, hadde døgnoppholdene gjennomsnittlig kort varighet. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF-område kombinerte i 2008 mange opphold i døgninstitusjoner med relativt høy poliklinisk aktivitet. Den polikliniske personelldekningen lå nær 50 prosent over landsgjennomsnittet ved utgangen av opptappingsperioden.

Helgeland HF-område hadde i 2008 ressurs- og forbruksrater for døgn-tjenester under landsgjennomsnittet. Men en relativt høyere døgnrate enn oppholds- og utskrivnings-rater, indikerer at døgnoppholdene hadde gjennomsnittlig lengre varighet enn i de andre foretaksområdene i regionen. Foretaket hadde til gjengjeld regionens høyeste konsultasjonsrate (16 prosent over landsgjennomsnittet), dette til tross for at den polikliniske personelldekningen var noe under gjennomsnittet for landet og lavest blant HF-områdene i regionen.

Figur 7.24 viser at de øvrige HF-områdene i Nord hadde svært høy personelldekning i poliklinisk virksomhet. Både Finnmark (141 prosent), UNN (146 prosent) og Nordland (153 prosent) HF-områder hadde alle personellrater langt over landsgjennomsnittet, mens antall konsultasjoner per innbygger lå betydelig under dette nivået med hhv. 96, 105 og 84 prosent av landsgjennomsnittet.

Oppsummert var helseregion Nord i 2008 preget av høy personelldekning og mange døgnopphold/ utskrivninger i tre av fire HF-områder. To foretaksområder hadde en poliklinisk profil, hvor det ene kombinerte behandlingstilbudet med mange korte døgnopphold, mens det andre hadde færre og lengre opphold i døgninstitusjonene. Mens tall for helseregion Nord viser at regionen hadde ressurs- og forbruksrater på eller over landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer, var det ved utgangen av planperioden stor forskjell i tilgjengelighet til tjenestene målt i antall døgnopphold.

Tabell 7.3 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Årsverk og døgnplasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Det psykiske helsevernet for barn og unge. 2008

| Bostedsregion/HF-område | Ressursinnsats | | | | Behandlede pasienter | |
|--------------------------------|---------------------------------|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | Årsverk per 10 000 innb 0-17 år | Polikl årsverk per 10 000 innb 0-17 år | Døgn-/dag-årsverk per 10 000 innb 0-17 år | Døgn-plasser per 10 000 innb 0-17 år | Pasienter totalt per 100 innb 0-17 år | Polikl pasienter per 100 innb 0-17 år |
| Østfold HF-område | 42,1 | 16,5 | 25,6 | 5,2 | 6,2 | 5,8 |
| Akershus HF-område | 40,7 | 17,9 | 22,8 | 5,6 | 3,9 | 3,8 |
| Asker og Bærum HF-område | 38,2 | 21,2 | 17,0 | 4,0 | 4,6 | 4,4 |
| Oslo og Follo HF-område | 40,1 | 19,5 | 20,6 | 3,0 | 4,6 | 4,5 |
| Innlandet HF-område | 35,1 | 14,5 | 20,5 | 3,3 | 5,6 | 5,6 |
| Buskerud HF-område | 31,9 | 23,4 | 8,5 | 0,8 | 4,1 | 4,1 |
| Ringerike HF-område | 26,5 | 19,4 | 7,1 | 0,8 | 6,4 | 6,4 |
| Blefjell HF-område | 33,4 | 23,0 | 10,4 | 1,7 | 6,3 | 6,3 |
| Vestfold HF-område | 34,1 | 22,1 | 12,0 | 1,9 | 5 | 5 |
| Telemark HF-område | 24,4 | 14,6 | 9,7 | 3,1 | 5,3 | 5,3 |
| Sørlandet HF-område | 30,8 | 10,0 | 20,9 | 0,9 | 5,1 | 5,1 |
| Helseregion Sør-Øst | 36,3 | 17,8 | 18,6 | 3,1 | 5 | 4,9 |
| Stavanger HF-område | 24,8 | 14,6 | 10,2 | 2,3 | 2,9 | 2,9 |
| Fonna HF-område | 26,1 | 12,6 | 13,5 | 3,5 | 4,1 | 4,1 |
| Bergen HF-område | 25,9 | 16,6 | 9,3 | 2,0 | 3,9 | 3,8 |
| Førde HF-område | 32,7 | 18,9 | 13,8 | 3,5 | 5,1 | 5,1 |
| Helseregion Vest | 26,3 | 15,5 | 10,8 | 2,5 | 3,7 | 3,7 |
| Sunnmøre HF-område | 23,1 | 16,1 | 7,0 | 1,9 | 3,8 | 3,4 |
| Nordmøre og Romsdal HF-omr. | 30,8 | 23,0 | 7,7 | 1,9 | 5,3 | 5,2 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 31,5 | 17,7 | 13,8 | 3,0 | 4,0 | 4,0 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 36,6 | 11,8 | 24,8 | 3,0 | 4,2 | 4,2 |
| Helseregion Midt-Norge | 30,8 | 17,1 | 13,7 | 2,6 | 4,2 | 4,1 |
| Helgeland HF-område | 50,5 | 23,7 | 26,8 | 6,1 | 6,4 | 6,4 |
| Nordland HF-område | 47,6 | 20,2 | 27,5 | 5,4 | 7,6 | 7,6 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr. | 34,6 | 23,0 | 11,6 | 1,9 | 6,2 | 6,1 |
| Finnmark HF-område | 57,5 | 29,0 | 28,5 | 2,7 | 7,8 | 7,5 |
| Helseregion Nord | 44,4 | 23,3 | 21,2 | 3,7 | 6,9 | 6,8 |
| Totalt | 34,1 | 17,7 | 16,4 | 2,9 | 4,8 | 4,7 |

Tabell 7.4 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for barn og unge. 2008

| Bostedsregion/HF-område | Ressursinnsats | | | | Behandlede pasienter | |
|--------------------------------|---|--|---|--|---|---|
| | Årsverk per 10 000 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet | Polikl årsverk per 10 000 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet | Døgn-/dag-årsverk per 10 000 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet | Døgn-plasser per 10 000 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet | Pasienter totalt per 100 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet | Polikl pasienter per 100 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet |
| Østfold HF-område | 124 | 93 | 156 | 177 | 125 | 123 |
| Akershus HF-område | 119 | 101 | 139 | 191 | 83 | 80 |
| Asker og Bærum HF-område | 112 | 120 | 104 | 137 | 95 | 94 |
| Oslo og Follo HF-område | 118 | 110 | 126 | 103 | 96 | 95 |
| Innlandet HF-område | 103 | 82 | 125 | 111 | 116 | 118 |
| Buskerud HF-område | 93 | 132 | 52 | 29 | 86 | 88 |
| Ringerike HF-område | 78 | 109 | 44 | 27 | 134 | 136 |
| Blefjell HF-område | 98 | 130 | 64 | 57 | 132 | 134 |
| Vestfold HF-område | 100 | 125 | 73 | 66 | 104 | 105 |
| Telemark HF-område | 72 | 83 | 59 | 105 | 110 | 112 |
| Sørlandet HF-område | 90 | 56 | 127 | 31 | 106 | 108 |
| Helseregion Sør-Øst | 107 | 100 | 113 | 105 | 104 | 104 |
| Stavanger HF-område | 73 | 82 | 62 | 78 | 60 | 61 |
| Fonna HF-område | 77 | 71 | 82 | 119 | 86 | 87 |
| Bergen HF-område | 76 | 94 | 57 | 67 | 82 | 80 |
| Førde HF-område | 96 | 107 | 84 | 121 | 106 | 107 |
| Helseregion Vest | 77 | 87 | 66 | 85 | 77 | 78 |
| Sunnmøre HF-område | 68 | 91 | 43 | 64 | 72 | 72 |
| Nordmøre og Romsdal HF-omr. | 90 | 130 | 47 | 65 | 117 | 110 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 92 | 100 | 84 | 101 | 84 | 84 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 107 | 67 | 151 | 102 | 88 | 89 |
| Helseregion Midt-Norge | 90 | 97 | 83 | 88 | 87 | 87 |
| Helgeland HF-område | 148 | 134 | 163 | 208 | 133 | 135 |
| Nordland HF-område | 140 | 114 | 167 | 186 | 159 | 161 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr. | 102 | 130 | 71 | 65 | 129 | 130 |
| Finmark HF-område | 169 | 164 | 174 | 91 | 162 | 160 |
| Helseregion Nord | 130 | 131 | 129 | 126 | 143 | 144 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 7.5 Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

| Bostedsregion/ HF-område | Polikl årsverk per 10 000 innb | Døgn-/ dag- årsverk per 10 000 innb | Årsverk per 10 000 innb | Plasser per 10 000 innb | Døgn- opphold per 10 000 innb | Utskriv- inger per 10 000 innb | Døgn per 10 000 innb | Konsulta- sjoner per 10 000 innb |
|----------------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------------|---|--|-------------------------------|---|
| Østfold HF-område | 7,0 | 28,7 | 35,7 | 11,9 | 135 | 126 | 3 056 | 1 539 |
| Akershus HF-område | 7,1 | 28,1 | 35,3 | 10,2 | 108 | 100 | 3 001 | 2 949 |
| Asker og Bærum HF- område | 8,1 | 37,3 | 45,4 | 13,8 | 110 | 97 | 4 647 | 2 784 |
| Ullevål HF-område | 6,9 | 66,2 | 73,1 | 16,5 | 128 | 114 | 5 165 | 2 516 |
| Aker HF-område | 7,0 | 50,7 | 57,6 | 11,6 | 117 | 107 | 3 632 | 3 262 |
| Lovisenberg HF-område | 12,2 | 50,1 | 62,3 | 16,8 | 187 | 173 | 5 305 | 4 367 |
| Diakonhjemmet HF- område | 7,0 | 44,6 | 51,6 | 16 | 122 | 108 | 4 967 | 3 413 |
| Innlandet HF-område | 8,0 | 41,0 | 49 | 11,8 | 122 | 112 | 3 715 | 2 722 |
| Buskerud HF-område | 7,8 | 28,5 | 36,4 | 9 | 118 | 112 | 2 768 | 2 688 |
| Ringerike HF-område | 10,4 | 23,8 | 34,2 | 10,2 | 120 | 112 | 2 936 | 3 704 |
| Blefjell HF-område | 9,6 | 35,0 | 44,7 | 11,4 | 142 | 134 | 3 487 | 3 130 |
| Vestfold HF-område | 9,3 | 27,6 | 36,9 | 9,7 | 124 | 117 | 2 724 | 3 707 |
| Telemark HF-område | 10,8 | 34,0 | 44,8 | 12,3 | 143 | 131 | 4 496 | 5 749 |
| Sørlandet HF-område | 7,8 | 32,4 | 40,2 | 11,7 | 191 | 183 | 3 314 | 2 966 |
| Helseregion Sør-Øst | 8,1 | 37,7 | 45,9 | 12,2 | 133 | 123 | 3 704 | 3 055 |
| Stavanger HF-område | 8,5 | 33,0 | 41,5 | 14 | 162 | 151 | 4 010 | 3 798 |
| Fonna HF-område | 7,9 | 37,4 | 45,4 | 12,6 | 155 | 147 | 3 654 | 2 678 |
| Bergen HF-område | 6,0 | 37,5 | 43,5 | 12,8 | 145 | 134 | 4 478 | 1 842 |
| Førde HF-område | 7,8 | 37,9 | 45,7 | 12,5 | 128 | 118 | 3 601 | 2 518 |
| Helseregion Vest | 7,3 | 36,1 | 43,4 | 13,1 | 151 | 140 | 4 097 | 2 675 |
| Sunnmøre HF-område | 5,8 | 27,2 | 33 | 11,3 | 151 | 143 | 3 168 | 2 407 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 9,9 | 34,2 | 44 | 10,8 | 137 | 130 | 3 441 | 3 886 |
| St. Olavs Hospital HF- område | 8,6 | 35,6 | 44,2 | 11,7 | 153 | 142 | 3 804 | 3 101 |
| Nord-Trøndelag HF- område | 8,5 | 27,9 | 36,3 | 10,3 | 129 | 124 | 2 516 | 3 033 |
| Helseregion Midt-Norge | 8,3 | 32,2 | 40,4 | 11,2 | 145 | 137 | 3 362 | 3 094 |

| Bostedsregion/ HF-område | Polikl årsverk per 10 000 innb | Døgn-/ dag- årsverk per 10 000 innb | Årsverk per 10 000 innb | Plasser per 10 000 innb | Døgn- opphold per 10 000 innb | Utskriv- inger per 10 000 innb | Døgn per 10 000 innb | Konsulta- sjoner per 10 000 innb |
|-------------------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------------|---|--|-------------------------------|---|
| Helgeland HF-område | 8,0 | 32,3 | 40,3 | 11,4 | 115 | 108 | 3 220 | 3 454 |
| Nordland HF-område | 12,8 | 42,3 | 55 | 14,3 | 163 | 153 | 4 199 | 2 510 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 12,1 | 39,5 | 51,6 | 11,2 | 195 | 185 | 3 268 | 3 108 |
| Finmark HF-område | 11,7 | 52,3 | 64 | 17,7 | 257 | 246 | 4 865 | 2 847 |
| Helseregion Nord | 11,5 | 41,1 | 52,6 | 13,1 | 183 | 172 | 3 765 | 2 954 |
| Totalt | 8,3 | 36,9 | 45,3 | 12,3 | 143 | 133 | 3 742 | 2 973 |

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 7.6 Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre i prosent av nivået på landsbasis. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

| | Polikli årsverk i prosent av landsgj.- sn | Døgn-/ dag- årsverk i prosent av landsgj.sn | Årsverk i prosent av landsgj.sn | Plasser i prosent av landsgj.sn | Døgnopph i prosent av landsgj.sn | Utskrivinger i prosent av landsgj.sn | Døgn i prosent av landsgj.sn | Konsulta- sjoner i prosent av landsgj.sn |
|--------------------------|--|--|--|--|---|--|---------------------------------------|--|
| Østfold HF-område | 84 | 78 | 79 | 97 | 94 | 95 | 82 | 52 |
| Akershus HF-område | 86 | 76 | 78 | 83 | 76 | 75 | 80 | 99 |
| Asker og Bærum HF-område | 97 | 179 | 100 | 112 | 77 | 73 | 124 | 94 |
| Ullevål HF-område | 83 | 137 | 162 | 134 | 89 | 85 | 138 | 85 |
| Aker HF-område | 84 | 136 | 127 | 94 | 82 | 80 | 97 | 110 |
| Lovisenberg HF-område | 147 | 121 | 138 | 136 | 131 | 130 | 142 | 147 |
| Diakonhjemmet HF-område | 84 | 111 | 114 | 130 | 85 | 81 | 133 | 115 |
| Innlandet HF-område | 96 | 64 | 108 | 96 | 85 | 84 | 99 | 92 |
| Buskerud HF-område | 94 | 95 | 80 | 73 | 83 | 84 | 74 | 90 |
| Ringerike HF-område | 125 | 75 | 76 | 83 | 84 | 84 | 78 | 125 |
| Blefjell HF-område | 116 | 92 | 99 | 93 | 99 | 101 | 93 | 105 |
| Vestfold HF-område | 112 | 88 | 81 | 79 | 87 | 88 | 73 | 125 |
| Telemark HF-område | 130 | 102 | 99 | 100 | 100 | 99 | 120 | 193 |
| Sørlandet HF-område | 94 | 89 | 89 | 95 | 134 | 138 | 89 | 100 |
| Helseregion Sør-Øst | 98 | 101 | 101 | 99 | 93 | 92 | 99 | 103 |
| Stavanger HF-område | 103 | 102 | 92 | 113 | 113 | 113 | 107 | 128 |
| Fonna HF-område | 95 | 102 | 100 | 102 | 109 | 110 | 98 | 90 |
| Bergen HF-område | 72 | 98 | 96 | 104 | 102 | 100 | 120 | 62 |
| Førde HF-område | 94 | 74 | 101 | 102 | 90 | 88 | 96 | 85 |
| Helseregion Vest | 88 | 93 | 96 | 106 | 105 | 105 | 109 | 90 |

| | Polikl årsverk i prosent av landsgj.- sn | Døgn-/ dag- årsverk i prosent av landsgj.sn | Årsverk i prosent av landsgj.sn | Plasser i prosent av landsgj.sn | Døgnopph i prosent av landsgj.sn | Utskrivinger i prosent av landsgj.sn | Døgn i prosent av landsgj.sn | Konsulta- sjoner i prosent av landsgj.sn |
|--------------------------------------|---|--|--|--|---|--|---------------------------------------|--|
| Sunnmøre HF- område | 70 | 96 | 73 | 91 | 105 | 108 | 85 | 81 |
| Nordmøre og Romsdal HF- område | 119 | 75 | 97 | 88 | 96 | 97 | 92 | 131 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 103 | 87 | 98 | 95 | 107 | 107 | 102 | 104 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 102 | 88 | 80 | 84 | 90 | 93 | 67 | 102 |
| Helseregion Midt- Norge | 99 | 114 | 89 | 91 | 101 | 103 | 90 | 104 |
| Helgeland HF- område | 96 | 107 | 89 | 92 | 81 | 81 | 86 | 116 |
| Nordland HF- område | 153 | 142 | 122 | 116 | 114 | 115 | 112 | 84 |
| Univ.sykeh. Nord- Norge HF-omr. | 146 | 111 | 114 | 91 | 136 | 139 | 87 | 105 |
| Finnmark HF- område | 141 | 100 | 141 | 143 | 180 | 184 | 130 | 96 |
| Helseregion Nord | 139 | 78 | 116 | 106 | 128 | 129 | 101 | 99 |
| Totalt | 100 | 76 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 7.7 Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk, døgnplasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2008

| | | Personell- dekning totalt | Personell- dekning polikl. Virksom- het | Personell- dekning døgn- og dagvirk- somhet | Døgnplass- dekning | Deknings- grad polikl. pasienter | Deknings- grad pasienter totalt |
|--|----|---------------------------------|---|---|-----------------------|--|--|
| Forskjeller mellom helseforetaksområder: | | | | | | | |
| Helse Sør-Øst | SD | 5,73 | 4,17 | 6,53 | 1,7 | 0,86 | 0,86 |
| | CV | 0,17 | 0,23 | 0,41 | 0,62 | 0,17 | 0,17 |
| Helse Vest | SD | 3,59 | 2,69 | 2,28 | 0,78 | 0,90 | 0,90 |
| | CV | 0,13 | 0,17 | 0,20 | 0,28 | 0,23 | 0,23 |
| Helse Midt-Norge | SD | 5,56 | 4,62 | 8,23 | 0,63 | 0,74 | 0,67 |
| | CV | 0,18 | 0,27 | 0,62 | 0,26 | 0,18 | 0,15 |
| Helse Nord | SD | 9,58 | 3,67 | 8,03 | 2,03 | 0,76 | 0,81 |
| | CV | 0,20 | 0,15 | 0,34 | 0,51 | 0,11 | 0,12 |
| Landet | SD | 8,74 | 4,56 | 7,3 | 1,51 | 1,25 | 1,26 |
| | CV | 0,25 | 0,24 | 0,45 | 0,52 | 0,25 | 0,25 |
| Forskjeller mellom helseregioner: | | | | | | | |
| | SD | 7,79 | 3,38 | 4,69 | 0,55 | 1,37 | 1,4 |
| | CV | 0,22 | 0,18 | 0,29 | 0,18 | 0,28 | 0,28 |

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 7.8 Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk, døgnplasser, døgnopphold, utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2008

| | | Perso- nell- dekn. totalt | Perso- nell- dekn. poli | Perso- nell- dekn. døgn/ dag | Døgn- plass- dekn. | Døgn- opp- hold | Utskriv- inger | Døgn | Kon- sulta- sjoner |
|--|----|------------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------|-----------------------|-------------------|------|--------------------------|
| Forskjeller mellom helseforetaksområder: | | | | | | | | | |
| Helse Sør-Øst | SD | 11,58 | 1,68 | 11,75 | 2,51 | 25,74 | 25,50 | 991 | 976 |
| | CV | 0,25 | 0,19 | 0,31 | 0,20 | 0,19 | 0,20 | 0,26 | 0,30 |
| Helse Vest | SD | 1,94 | 1,07 | 2,31 | 0,69 | 14,75 | 14,88 | 404 | 811 |
| | CV | 0,04 | 0,14 | 0,06 | 0,05 | 0,10 | 0,10 | 0,10 | 0,29 |
| Helse Midt-Norge | SD | 5,62 | 1,72 | 4,29 | 0,60 | 11,47 | 9,28 | 543 | 606 |
| | CV | 0,14 | 0,21 | 0,13 | 0,05 | 0,08 | 0,06 | 0,16 | 0,19 |
| Helse Nord | SD | 9,79 | 2,14 | 8,28 | 3,04 | 59,56 | 58,01 | 792 | 399 |
| | CV | 0,19 | 0,19 | 0,19 | 0,22 | 0,32 | 0,33 | 0,20 | 0,13 |
| Landet | SD | 10,02 | 1,94 | 9,58 | 2,26 | 33,39 | 32,98 | 831 | 823 |
| | CV | 0,21 | 0,22 | 0,25 | 0,18 | 0,23 | 0,24 | 0,22 | 0,26 |
| Forskjeller mellom helseregioner: | | | | | | | | | |
| | SD | 5,20 | 1,85 | 3,69 | 0,91 | 21,35 | 20,70 | 301 | 189 |
| | CV | 0,11 | 0,21 | 0,10 | 0,07 | 0,14 | 0,14 | 0,08 | 0,06 |

Datakilde: NPR og SSB

8 Produktivitet i psykisk helsevern: Poliklinikker for barn og unge 2007-2008

Vidar Halsteinli

8.1 Sammendrag

Et sentralt mål i Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp. nr. 63, 1997-98) har vært å øke tilgjengeligheten til behandling for barn og unge. Økt produktivitet i poliklinikkene skulle bidra til dette og Opptappingsplanen la til grunn 50 prosent økning i produktiviteten, målt som tiltak per behandler per dag. Vi har benyttet to tilnærminger for å beskrive poliklinikkens utvikling med fokus på 2007 og 2008. Vi viser først hvordan de tre partielle indikatorene tiltak per fagårsverk, tiltak per pasient og pasienter per fagårsverk har utviklet seg, og dernest presenterer vi estimater på produktivitetsendring basert på bruk av Data Envelopment Analysis (DEA). Estimatene er gjort med basis i en modell hvor antall pasienter fordelt på åtte ulike grupper etter alder, kjønn og henvisningsgrunn danner output.

Fra 2007 til 2008 økte tiltak per fagårsverk med hele 8,2 prosent på nasjonalt nivå. Antall pasienter per fagårsverk økte med 2,2 prosent, slik at økt behandlingsaktivitet var i stor grad knyttet til økt behandlingsintensitet i det antall tiltak per pasient økte med 5,9 prosent. Alle helseregioner hadde i 2008 en økning i antall tiltak per fagårsverk. Samlet sett gir de partielle indikatorene et klart inntrykk av økt produktivitet i 2008, og hvor økt produktivitet har bidratt til at flere pasienter fikk behandling.

DEA-estimatene indikerer på samme måte som de partielle indikatorene en vesentlig produktivitetsøkning fra 2007 til 2008. Gjennomsnittstall for poliklinikkene i hvert enkelt regionalt helseforetak viser at det først og fremst er i Helse Midt-Norge og Helse Nord vi finner en signifikant forbedring.

For landet sett under ett var gjennomsnittlig produktivitetsnivå 71 prosent av det nivået de poliklinikkene som danner fronten (beste praksis) hadde. Poliklinikkens gjennomsnittlige produktivitetsnivå i 2008 var høyest i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Det er fremdeles store forskjeller i produktivitet mellom poliklinikkene, både nasjonalt og innen de respektive regionale helseforetakene.

8.2 Innledning

I dette kapitlet presenteres produktivitetsindikatorer for poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge, med fokus på 2007 og 2008. Et sentralt mål i Opptappingsplanen har vært å øke tilgjengeligheten til behandling for barn og unge. To virkemidler skulle i første rekke bidra til å nå dette målet: Flere behandlere i poliklinisk virksomhet og dernest økt produktivitet. Opptappingsplanen la til grunn 50 prosent økning i produktiviteten, målt som tiltak per behandler per dag. Fra 1998 til 2007 økte tiltak per fagårsverk med 80 prosent, noe som tydelig indikerer at poliklinikkene har respondert på myndighetenes forventinger. Spørsmålet er imidlertid om tiltak per behandler på en dekkende måte fanger opp reell produktivitetsvekst. Antall pasienter per fagårsverk økt med 20 prosent og antall tiltak per

pasient økte med 50 prosent. I tillegg har pasientsammensetningen endret seg i perioden: Andel pasienter med atferdsrelaterte lidelser har økt, det har vært et økt innslag av gutter og det har blitt flere pasienter over 13 år.

En alternativ analyse av produktivitetsutviklingen for perioden 1998 til 2007 hvor det også ble tatt hensyn til endret pasientsammensetning, ga et anslag på mellom 21 og 31 prosent produktivitetsvekst (Halsteinli, 2008). De alternative estimatene er basert på bruk av metoden Data Envelopment Analysis (DEA) og det ble benyttet modeller med flere input- og outputvariabler. For det første ble ressursinnsatsen splittet i to inputvariabler: Fagårsverk av leger og psykologer og fagårsverk for annet høyskoleutdannet personell. Derneft ble både tiltak og pasienter benyttet som outputvariabler, samt at pasienter ble splittet i åtte grupper basert på kjønn, alder og henvisningsgrunn.

I dette kapitlet fokuserer vi på poliklinikkenes produktivitet i 2007 og 2008, og vi har benyttet to tilnæringer for å beskrive utvikling og nivå. For det første viser vi hvordan de tre partielle indikatorene knyttet til produktivitet utviklet seg fra 2007 til 2008. Mens tiltak per fagårsverk beskriver gjennomsnittlig omfang av behandlingsaktivitet per behandler, illustrerer tiltak per pasient og pasienter per fagårsverk hvordan økt behandlingsaktivitet enten har ført til mer behandling til den enkelte (behandlingsintensitet) og/eller har kommet nye pasienter til gode. Derneft bygger vi videre på Halsteinli (2008) og presenterer estimater på relativt produktivitetsnivå basert på bruk av DEA. Siden gjennomsnittlig tiltak per pasient har økt betraktelig de siste årene, har vi valgt å benytte en modell hvor antall pasienter fordelt på åtte ulike grupper danner output. Modellen og metode beskrives nærmere nedenfor.

8.3 Datagrunnlag

Antall behandlede pasienter og tiltak er hentet fra pasientdata fra NPR. For at en behandlingsepisode skal bli definert som "en behandlet pasient" kreves det at poliklinikken har utført et tiltak overfor pasienten i løpet av året. I de tilfellene hvor det kun har vært indirekte tiltak i inntaks- og ventetidsfasen og hvor behandling er uaktuelt etter ventetidens slutt, er episodene likevel ekskludert. Polikliniske tiltak kan være av direkte eller indirekte type. Direkte tiltak er enten utredning/observasjon eller behandling (terapi/samtale) der pasient og/eller foreldre deltar. Indirekte tiltak er i hovedsak ulike former for samarbeidsmøter med skole, barnevern, helsesøster eller andre samarbeidsinstanser.

Med fagårsverk menes antall årsverk utført av universitetsutdannet og høyskoleutdannet personell. For året 2008 er antall fagårsverk beregnet ved å ta gjennomsnittet for registrerte årsverk 2007 og 2008, og tilsvarende for 2007.

For en nærmere beskrivelse av definisjoner og datagrunnlag, samt institusjonsvise resultater, viser vi til vedleggsrapport til SAMDATA Nøkkeltall, "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008", som er tilgjengelig på www.sintef.no/samdata.

8.4 Produktivitetsindikatorer for poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge 2007-2008

Fra 2007 til 2008 økte tiltak per fagårsverk med hele 8,2 prosent på nasjonalt nivå. Antall pasienter per fagårsverk økte med 2,2 prosent, slik at økt behandlingsaktivitet var i stor grad knyttet til økt behandlingsintensitet i det antall tiltak per pasient økte med 5,9 prosent.

Tabell 8.1 Poliklinisk virksomhet for barn og unge: Tiltak, behandlede pasienter, fagårsverk og indikatorer på produktivitet. Nasjonale tall. 2007-2008

| | 2007 | 2008 | Prosent endring |
|---|---------|---------|-----------------|
| Poliklinisk aktivitet - nasjonale tall: | | | |
| Antall tiltak | 717 000 | 817 000 | 13,9 |
| Antall behandlede pasienter | 48 332 | 52 038 | 7,7 |
| For institusjoner som inngår i beregning av produktivitet: | | | |
| Antall tiltak | 695 339 | 784 517 | 12,8 |
| - direkte | 515 841 | 582 606 | 12,9 |
| - indirekte | 179 498 | 201 911 | 12,5 |
| Antall behandlede pasienter | 46 308 | 49 344 | 6,6 |
| Antall fagårsverk | 1 554 | 1 621 | 4,3 |
| Tiltak per fagårsverk | 447 | 484 | 8,2 |
| - direkte tiltak per fagårsverk | 332 | 359 | 8,3 |
| - indirekte tiltak per fagårsverk | 115 | 125 | 7,8 |
| Tiltak per pasient | 15,0 | 15,9 | 5,9 |
| - direkte tiltak per pasient | 11,1 | 11,8 | 6,0 |
| - indirekte tiltak per pasient | 3,9 | 4,1 | 5,6 |
| Pasienter per fagårsverk | 29,8 | 30,4 | 2,2 |

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 8.2 gir en beskrivelse av omfanget av aktivitet og ressursinnsats i de poliklinikkene som ligger til grunn for beregningen av de regionale helseforetakenes produktivitet for 2007 og 2008. Samlet sett er det en sektor preget av både økt ressursinnsats og aktivitet.

Tabell 8.2 Behandlede pasienter, tiltak og fagårsverk i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Regionale helseforetak. 2008 og endring fra 2007

| Region | Antall behandlede pasienter 2008 | Prosent endring 2007-2008 | Sum tiltak (direkte og indirekte) 2008 | Prosent endring 2007-2008 | Antall fagårsverk 2008 | Prosent endring 2007-2008 |
|------------------|----------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| Helse Sør-Øst | 26 885 | 6,4 | 460 710 | 15,3 | 831 | 5,3 |
| Helse Vest | 8 897 | 7,6 | 129 800 | 4,8 | 330 | 2,8 |
| Helse Midt-Norge | 6 352 | 3,5 | 85 993 | 6,3 | 234 | 4,1 |
| Helse Nord | 7 210 | 8,6 | 108 014 | 18,7 | 227 | 3,2 |
| Totalt | 49 344 | 6,6 | 784 517 | 12,8 | 1 621 | 4,3 |

Tabell 8.3 viser produktivetsindikatorerne for de fire regionale helseforetakene. Alle helse-regioner hadde i 2008 en økning i antall tiltak per fagårsverk. Det samme gjelder tiltak per pasient, med unntak av Helse Vest. Tabell 8.4 viser at reduksjonen i tiltak per pasient i Helse Vest skyldes en reduksjon i antall *indirekte* tiltak per pasient.

Tabell 8.3 Tiltak per fagårsverk og per pasient, pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Regionale helseforetak. 2008 og endring fra 2007

| Region | Sum tiltak per fagårsverk 2008 | Prosent endring 2007-2008 | Sum tiltak per pasient 2008 | Prosent endring 2007-2008 | Antall pasienter per fagårsverk 2008 | Prosent endring 2007-2008 |
|------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Helse Sør-Øst | 555 | 9,5 | 17,1 | 8,3 | 32 | 1,1 |
| Helse Vest | 394 | 2,0 | 14,6 | -2,6 | 27 | 4,7 |
| Helse Midt-Norge | 368 | 2,1 | 13,5 | 2,7 | 27 | -0,6 |
| Helse Nord | 475 | 15,0 | 15,0 | 9,3 | 32 | 5,3 |
| Totalt | 484 | 8,2 | 15,9 | 5,9 | 30 | 2,2 |

Helse Nord og Helse Vest hadde størst økning i pasienter per fagårsverk. Helse Vest hadde i utgangspunktet et lavt nivå på pasienter per fagårsverk sammenliknet med Helse Nord (og Helse Sør-Øst).

Samlet sett gir de partielle indikatorene et klart inntrykk av økt produktivitet i 2008, og hvor økt produktivitet har bidratt til at flere pasienter fikk behandling. Økt produktivitet har følgelig bidratt til økt tilgjengelighet til behandling i BUP-poliklinikker.

Tabell 8.3 viser at Helse Sør-Øst og Helse Nord i 2008 hadde et vesentlig høyere nivå både på tiltak per fagårsverk og pasienter per fagårsverk enn de to andre regionale helseforetakene. Det er med andre ord fremdeles betydelige nivåforskjeller mellom de regionale foretakene.

Tabell 8.4 Direkte og indirekte tiltak per pasient i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Regionale helseforetak. 2008 og endring fra 2007

| | Direkte tiltak per pasient 2008 | Prosent endring 2007-2008 | Indirekte tiltak per pasient 2008 | Prosent endring 2007-2008 |
|------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Helse Sør-Øst | 12,7 | 7,8 | 4,5 | 9,8 |
| Helse Vest | 11,9 | 1,2 | 2,7 | -16,3 |
| Helse Midt-Norge | 10,7 | 3,0 | 2,9 | 1,7 |
| Helse Nord | 9,6 | 8,0 | 5,4 | 11,5 |
| Totalt | 11,8 | 6,0 | 4,1 | 5,6 |

8.5 DEA-baserte produktivetsindikatorer for poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge 2007 og 2008

Nedenfor presenteres produktivetsindikatorer for poliklinikkene basert på bruk av den ikke-parametriske DEA-metoden. Mens produktivitet kan defineres som aktivitet i forhold til ressursinnsats, kan effektivitet defineres relativt som den enkelte poliklinikks produktivetsnivå sett i forhold til hva som er mulig å oppnå. Effektivitet eller relativ produktivitet vil ha en verdi mellom 0 og 1, og innebærer at poliklinikkens sammenliknes med et "oppnåelig" nivå. Hva som er mulig å oppnå må følgelig operasjonaliseres.

I denne analysen har vi flere innsatsfaktorer og flere produkter. Normalt ville en brukt priser til å veie sammen ulike produkter og innsatsfaktorer. Farrel (1957) foreslo et sett med effektivitetsbegreper som løser problemet med manglende priser, gitt at en kjenner grensen for det som fysisk er mulig å produsere ved gitt ressursinnsats (oppnåelig nivå). Disse begrepene har fått stor betydning i måten effektivitet måles på, og de definisjonene vi bruker i fortsettelsen har sin opprinnelse herfra:

Teknisk effektivitet måler forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet i kvantifiserbare enheter, og er et relativt uttrykk for poliklinikkens produktivitet gitt den størrelsen (antall fagårsverk) som den har. Det er ikke gitt at det er mulig for poliklinikkene å oppnå samme produktivitet uavhengig av størrelse. En stor poliklinikk kan være *teknisk effektiv*, men likevel ineffektiv i forhold til størrelsen i en situasjon med stordriftsulemper. Stordriftsulemper er tidligere påvist for nettopp BUP-poliklinikker (Halsteinli et al, 2001). *Teknisk produktivitet* måler derfor forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet når det også tas hensyn til mulighet for produktivetsforbedring ved å endre til optimal skala. Teknisk produktivitet gir følgelig uttrykk for det som teoretisk sett er mulig gitt at poliklinikkene ble organisert som enheter innenfor intervallet for optimal skala. I denne analysen har vi estimert teknisk produktivitet.

Vår datamodell bygger som nevnt på to inputvariabler (fagårsverk leger og psykologer og fagårsverk annet høyskoleutdannet personell) og åtte outputvariabler basert på antall behandlede pasienter. Tiltak er med andre ord ikke benyttet som outputvariabel i denne sammenheng, og vi viser til Halsteinli (2008) for en nærmere drøfting av modeller hvor også tiltak inngår. For hver poliklinikk ble pasientene delt i to grupper etter kjønn, deretter etter alder (0-12 år, 13 år eller mer) og dernest i to kategorier av henvisningsgrunner som benevnes gruppe A og B. Henvisningsgrunner i gruppe A omfatter pasienter henvist for atferdsvansker, hyperaktivitet alternativt konsentrasjonsvansker, autistiske trekk eller psykotiske trekk. Gruppe B omfatter alle andre henvisningsgrunner.

Tankegangen i denne analysen er altså å sammenlikne hvordan poliklinikkene utnyttet sine personellressurser i forhold til hva som var "best mulig". Et naturlig utgangspunkt er å anta at "best mulig" er det samme som "beste praksis". DEA er brukt for å bestemme den effektive fronten bestående av de poliklinikkene som definerer den maksimale produksjonen som

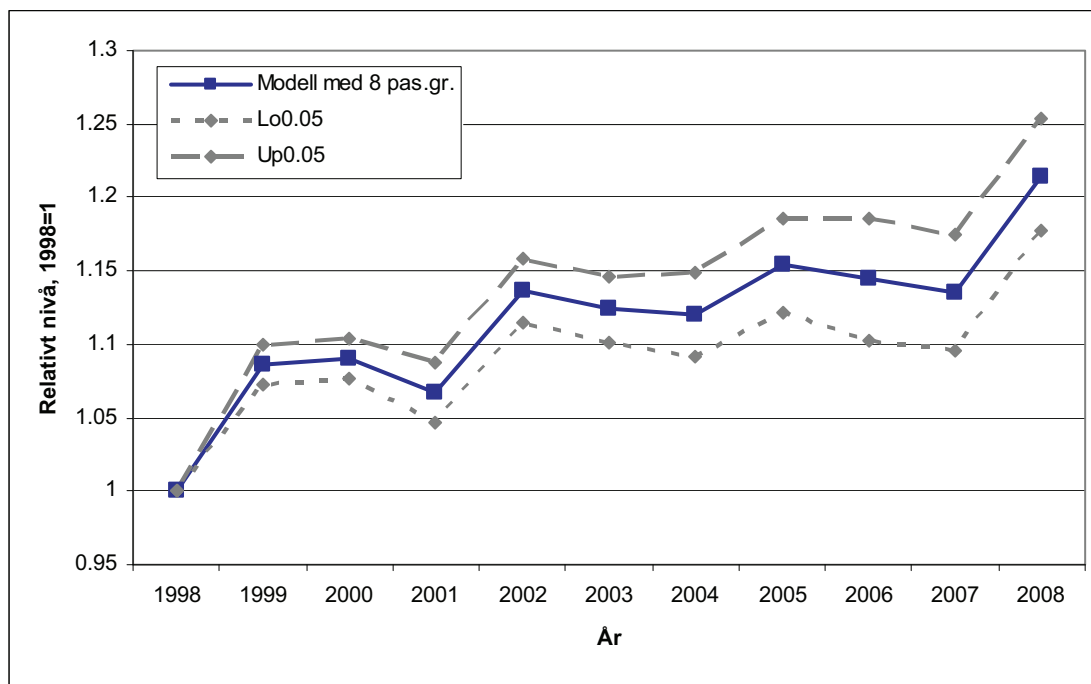
er mulig, gitt nivået på innsatsfaktorene. De øvrige poliklinikkene sammenliknes med de enhetene som ligger på fronten (eller en konveks kombinasjon av disse).

Metoden har flere viktige forutsetninger knyttet til seg, blant annet at det forutsettes at målefeil ikke eksisterer. Dette er en problematisk forutsetning siden endret/ulik registreringspraksis *kan* oppfattes som målefeil. Metoden har likevel åpenbare fordeler ved at den åpner for at poliklinikkene blir sammenliknet med enheter på fronten som er mest mulig lik seg selv mht pasientsammensetning. I tillegg har vi benyttet såkalt bootstrapping for å beregne konfidensintervall, og på denne måten tatt høyde for statistisk usikkerhet.

Den effektive fronten ble altså bestemt av observasjonene i datamaterialet, og enheter for alle år ble tillatt å ligge på fronten. Når materialet dekker kun 2007 og 2008 er det med andre ord observasjoner fra begge år som kan utgjøre fronten. I figuren nedenfor har vi imidlertid vist utviklingen for hele perioden 1998 til 2008, og i dette tilfellet kan observasjoner også fra årene før 2007 ligge på fronten.

Produktivitetsendring er beregnet ved den såkalte Malmquist-indeksen (M) som for hver poliklinikk uttrykker teknisk produktivitet ett år i forhold til teknisk produktivitet et basisår. I figuren nedenfor er 1998 basisår, mens i tabell 8.5 er 2007 basisår.

Figur 8.1 illustrerer produktivitetsutviklingen ved poliklinikkenes *gjennomsnittlige* relative nivå for perioden 1998 til 2008. Figuren er basert på et panel av 32 poliklinikker som har data for alle år.



Figur 8.1 Relativt nivå teknisk produktivitet med 1998 som basisår. DEA-estimat og bootstrabasert 90 prosent konfidensintervall. Gjennomsnitt for panel av poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge med data for alle år 1998-2008 (N=32).

Figuren viser at produktiviteten økte i første del av perioden (1998-2002). Perioden 2002 til 2007 er imidlertid preget av uendret produktivitet, men i 2008 var det igjen økt produktivitet. DEA-estimatet indikerer på samme måte som de partielle indikatorene presentert i avsnitt 8.3, en vesentlig produktivitetsøkning fra 2007 til 2008.

Tabell 8.5 viser produktivitetsendring fra 2007 til 2008 spesielt. For landet sett under ett er det en signifikant produktivetsforbedring på seks prosent. Hvis vi ser på gjennomsnittstall for poliklinikkene i hvert enkelt regionalt helseforetak, er det først og fremst i Helse Midt-

Norge og Helse Nord vi finner en signifikant forbedring. I gjennomsnitt hadde poliklinikkene i Helse Sør-Øst og Helse Vest liten eller ingen forbedring.

Tabell 8.5 Gjennomsnittlig relativ teknisk produktivitet for poliklinikker i 2008 relativt til 2007 (basisår). Bootstrapped 90 prosent konfidensintervall (CI). Regionale helseforetak og nasjonalt.

| | N | Relativ teknisk produktivitet 2008 mot 2007, gjennomsnitt | CI nedre | CI øvre |
|-------------------|----|---|----------|---------|
| Helse Sør-Øst RHF | 24 | 1,03 | 1,00 | 1,06 |
| Helse Vest RHF | 7 | 0,99 | 0,96 | 1,01 |
| Helse Midt-Norge | 6 | 1,12 | 1,08 | 1,16 |
| Helse Nord RHF | 14 | 1,11 | 1,06 | 1,15 |
| Landet | 51 | 1,06 | 1,04 | 1,08 |

Resultatet for Helse Midt-Norge og Helse Vest gir et annet bilde enn den partielle indikatoren pasienter per fagårsverk fra tabell 8.3. I tabellen over fremstår poliklinikkene i Helse Midt-Norge med en klar produktivitetsforbedring i 2008, mens pasienter per fagårsverk (tabell 8.3) var uendret. Det motsatt er tilfelle for Helse Vest. For Helse Vest kan det ha hatt betydning at en poliklinikk som manglet tilstrekkelig informasjon om pasientkarakteristika, måtte utelates fra DEA-analysen. I tillegg er det viktig å gjøre oppmerksom på at DEA-indikatorerne er uveide gjennomsnitt for poliklinikkene, mens de partielle indikatorene er basert på veide²⁸ gjennomsnitt. Generelt er det også viktig å huske på at DEA-estimatene tar hensyn til forskjeller i pasientsammensetning, i motsetning til den partielle indikatoren.

Tabell 8.6 viser gjennomsnittlig produktivetsnivå i 2008. For landet sett under ett var gjennomsnittlig produktivetsnivå 71 prosent av det nivået de poliklinikkene som danner fronten (beste praksis) hadde. Det indikerer med andre ord at det fremdeles er betydelige produktivetsforskjeller og at det således er rom for ytterligere forbedringer.

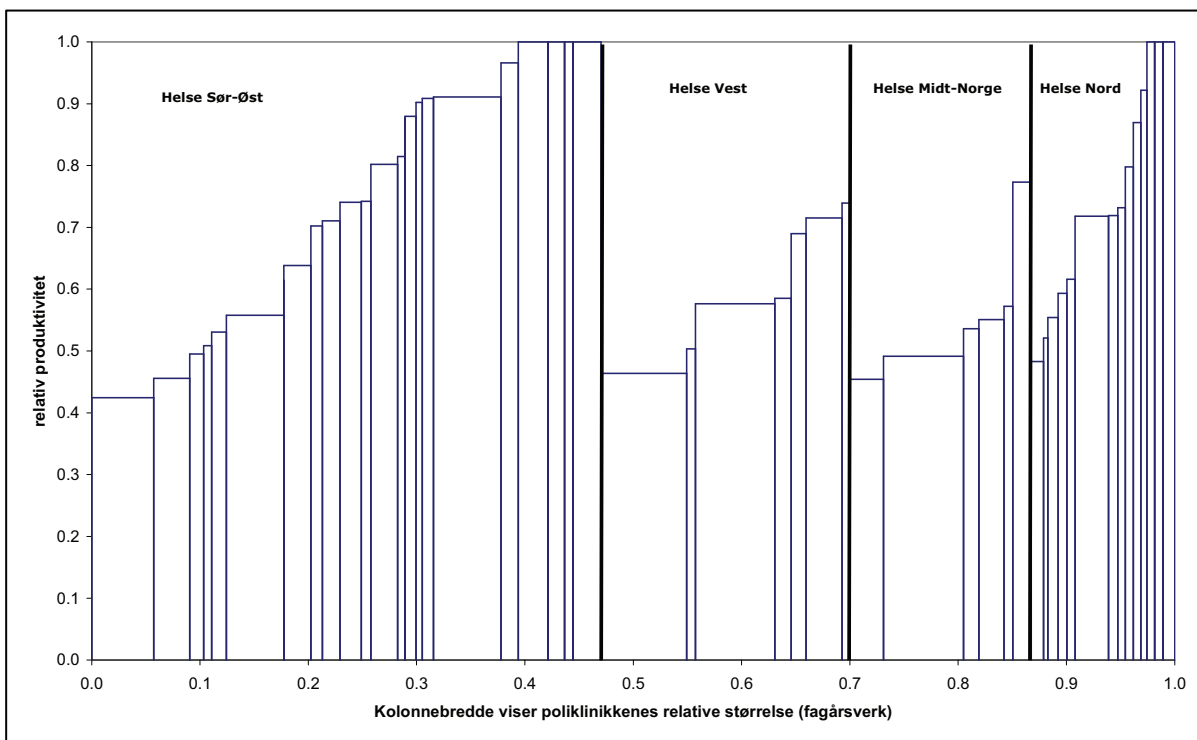
Tabell 8.6 bekrefter også resultatene for de partielle indikatorene om at Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde poliklinikker som var mer effektive enn Helse Vest og Helse Midt-Norge.

Tabell 8.6 DEA-estimat for teknisk produktivitet for BUP poliklinikker 2008. Bootstrapped 90 prosent konfidensintervall (CI). Regionale helseforetak og nasjonalt.

| | N | Teknisk produktivitet, gjennomsnitt | CI nedre | CI øvre |
|-------------------|----|--|----------|---------|
| Helse Sør-Øst RHF | 24 | 0,76 | 0,69 | 0,82 |
| Helse Vest RHF | 7 | 0,61 | 0,56 | 0,65 |
| Helse Midt-Norge | 6 | 0,56 | 0,52 | 0,60 |
| Helse Nord RHF | 14 | 0,75 | 0,67 | 0,83 |
| Landet | 51 | 0,71 | 0,66 | 0,77 |

Figuren nedenfor gir en grafisk fremstilling av produktivetsnivået for poliklinikkene i 2008.

²⁸ Poliklinikkene tillegges vekt etter størrelse.



Figur 8.2 Relativt produktivitetstnivå. Teknisk produktivitet for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i 2008. N=51.

Figur 8.2 viser for det første at det er spesielt stor spredning i produktivitet blant poliklinikkene i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Dernest illustrerer figuren at det er store forskjeller i poliklinikkens størrelse målt med antall fagårsverk. Helse Nord er kjennetegnet med mange og relativt sett små poliklinikker. Ulik størrelse skyldes nok delvis at det er noe varierende praksis hvorvidt poliklinikkene rapporteres samlet for et helt helseforetak eller ikke, noe som delvis kan ha med intern organisering å gjøre. St. Olavs Hospital HF rapporterer f.eks. samlet og utgjør en stor enhet. Med dette i mente, viser figuren at det er en tendens til at store poliklinikker har relativt sett lav produktivitet. Men som vi ser av søylene for Helse Sør-Øst er det også store poliklinikker med relativt sett høy produktivitet. For fremtiden kan det være av interesse å se nærmere på helseforetakenes organisering av BUP-poliklinikker og undersøke sammenhengen mellom poliklinikkstørrelse og produktivitet i lys av dette.

8.6 Oppsummering

Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge har vært kjennetegnet av økt ressursinnsats og økt aktivitet de siste årene. Fra 2007 til 2008 bedret poliklinikkens gjennomsnittlige produktivitet seg med anslagsvis seks prosent (DEA-estimat). En forklaring på dette kan være at poliklinikkene på en annen måte enn tidligere har vært i stand til å bruke de siste års nyansatte i aktivt pasientarbeid. Produktivitetsfremgangen var mest fremtredende i Helse Nord og Helse Midt-Norge. Poliklinikkens gjennomsnittlige produktivitetstnivå i 2008 var høyest i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Det er fremdeles store forskjeller i produktivitet mellom poliklinikkene, både nasjonalt og innen de respektive regionale helseforetakene.

Vedleggstabeller

Tabell 8.7 Tiltak per fagårsverk og per pasient, pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Helseforetak. 2008 og endring fra 2007

| | Sum tiltak per fagårsverk 2008 | Prosent endring 2007-2008 | Sum tiltak per pasient 2008 | Prosent endring 2007-2008 | Antall pas. per fagårsverk 2008 | Prosent endring 2007-2008 |
|---------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|
| Sykehuset Østfold HF | 480 | -4,2 | 15,2 | 3,1 | 32 | -7,1 |
| Akershus univ. sh. HF | 551 | 6,4 | 20,2 | 2,3 | 27 | 4,1 |
| Sh. Asker og Bærum HF | 454 | 1,3 | 18,0 | 8,5 | 25 | -6,7 |
| Aker univ. sykehus HF | 532 | 16,4 | 20,3 | 22,6 | 26 | -5,1 |
| Ullevål univ. sykehus HF | 480 | 0,1 | 21,5 | -7,8 | 22 | 8,6 |
| Sykehuset Innlandet HF | 695 | 25,5 | 14,0 | 4,9 | 50 | 19,6 |
| Sykehuset i Buskerud HF | 319 | 7,9 | 17,5 | 20,2 | 18 | -10,2 |
| Ringerike sykehus HF | 449 | 14,9 | 11,2 | 24,9 | 40 | -8,0 |
| Sum Blefjell sykehus HF | 464 | 7,7 | 11,0 | 7,4 | 42 | 0,3 |
| Psykiatrien i Vestfold HF | 491 | 16,2 | 16,8 | 15,3 | 29 | 0,8 |
| Sykehuset i Telemark HF | 812 | 11,6 | 17,5 | 13,2 | 47 | -1,4 |
| Sørlandet sykehus HF | 1 059 | 18,7 | 18,1 | 19,5 | 59 | -0,7 |
| Dir. under Helse Sør-Øst | 555 | 2,2 | 17,2 | 4,5 | 32 | -2,1 |
| Sum Helse Sør-Øst RHF | 555 | 9,5 | 17,1 | 8,3 | 32 | 1,1 |
| Helse Stavanger HF | 360 | -6,2 | 17,3 | -6,9 | 21 | 0,7 |
| Helse Fonna HF | 389 | -1,8 | 11,2 | 2,0 | 35 | -3,8 |
| Helse Bergen HF | 433 | 12,4 | 14,7 | -0,2 | 29 | 12,6 |
| Helse Førde HF | 373 | -1,7 | 12,4 | -2,5 | 30 | 0,9 |
| Dir. under Helse Vest | 426 | 5,4 | 18,3 | 6,7 | 23 | -1,3 |
| Sum Helse Vest RHF | 394 | 2,0 | 14,6 | -2,6 | 27 | 4,7 |
| Helse Sunnmøre HF | 391 | 5,7 | 16,6 | 9,3 | 23 | -3,3 |
| Helse Nordm. og R. HF | 401 | 2,6 | 15,9 | -0,8 | 25 | 3,4 |
| St. Olavs Hospital HF | 352 | -0,7 | 13,2 | 2,6 | 27 | -3,2 |
| Helse Nord-Trøndelag HF | 335 | 5,4 | 9,3 | 0,8 | 36 | 4,6 |
| Helse Midt-Norge RHF | 368 | 2,1 | 13,5 | 2,7 | 27 | -0,6 |
| Helgelandssykehuset HF | 414 | 16,5 | 14,0 | 8,8 | 29 | 7,1 |
| Nordlandssykehuset HF | 524 | 20,0 | 13,6 | 7,3 | 39 | 11,9 |
| Univ. sh. Nord-Norge HF | 473 | 10,9 | 15,9 | 10,7 | 30 | 0,2 |
| Helse Finnmark HF | 457 | 13,9 | 16,6 | 10,5 | 27 | 3,1 |
| Helse Nord RHF | 475 | 15,0 | 15,0 | 9,3 | 32 | 5,3 |
| Sum Landet | 484 | 8,2 | 15,9 | 5,9 | 30 | 2,2 |

9 Sammenstilling av personellinnsats: Det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet 2007

Silje L. Kaspersen, Solveig Osborg Ose og Jorid Kalseth

9.1 Sammendrag

Inspirert av Samhandlingsreformen presenter SAMDATA for første gang en sammenstilling av personellinnsatsen i det psykiske helsearbeidet i kommunen og det statlige psykiske helsevernet. Tallene gjelder for 2007 (2008-tall for kommunene er foreløpig ikke tilgjengelig), og presenteres på nasjonalt nivå, helseregionnivå og per helseforetaksområde. I 2007 var det 12 029 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunene og 20 382 årsverk i det psykiske helsevernet – totalt 32 411 årsverk som arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det var en høyere andel årsverk i tjenester til barn og unge i det psykiske helsearbeidet i kommunen (25 prosent) enn i det psykiske helsevernet (18 prosent).

Årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet og i det psykiske helsevernet

Målt som årsverk per 1 000 innbyggere var det 2,5 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen og 4,3 årsverk i det psykiske helsevernet i 2007. Helseregion Nord har flest årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet, og ligger sammen med kommunene i helseregion Sør-Øst også høyt når det gjelder psykisk helsearbeid for barn og unge. Grupperer vi tallene etter helseforetaksområde, finner vi kommunene i Telemark HF-område på topp med gjennomsnittlig 4,5 årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet, mens kommunene i Buskerud HF-område skårer lavest med 1,7 årsverk per 1 000 innbyggere. I det psykiske helsevernet er det Finnmark HF-område som ligger på topp med hele 6,4 årsverk per 1 000 innbyggere, mens Sunnmøre HF-område ligger lavest med 3,0 årsverk per 1 000 innbyggere. Vi finner en viss tendens til at helseforetaksområder som har mange kommuner med få innbyggere (<5 000) har flere årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet (se figur 9.5) sammenliknet med landsgjennomsnittet. Vi finner ingen signifikante sammenhenger mellom årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet og årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet. Det er derimot en svak signifikant positiv sammenheng mellom årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet for barn og unge og årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet for voksne.

Behovet for helsetjenester til psykisk syke og årsverksinnsats

Vi har sammenstilt Magnussen-utvalgets (NOU 2008:2) behovsberegninger for helsetjenester til psykisk syke med årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet og i det psykiske helsevernet – på helseforetaksområdenivå (se avsnitt 9.6). Dette for å se om det er tendens til at årsverksinnsatsen i kommune- og/eller spesialisthelsetjeneste varierer

systematisk med behovet for denne type helsetjenester. Regresjonsanalyser på kommunenivå i Ose et al. (2009), har allerede vist signifikant sammenheng mellom etterspørsel etter tjenestene og årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene – målt med lignende variabler som de som inngår i Magnussen-utvalgets behovsindekser.

Det er en høy ($r=0,64$) og signifikant sammenheng mellom årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene og Magnussen-utvalgets behovsindeks. Under gjennomsnittlig behov for slike helsetjenester synes å gi under gjennomsnittlig årsverksinnsats per innbygger, mens over gjennomsnittlig behov gir økt årsverksinnsats per innbygger i det psykiske helsearbeidet for barn og unge.

Det er også en viss samvariasjon mellom behovsindeks og årsverksinnsats i det psykiske helsevernet for barn og unge ($r=0,34$), men sammenhengen er ikke signifikant. Det er derimot ingen sammenheng mellom behovsindeksene og årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet for voksne ($r=0,16$) eller det psykiske helsevernet for voksne ($r=0,07$). Én av forklaringene på at det psykiske helsearbeidet (for barn og unge) later til å være mer sensitivt for behovet for tjenester enn det psykiske helsevernet, kan være at psykisk helsearbeid er et relativt nytt område – bygd opp gjennom Opptappingsplanen og basert på behovskartlegginger for slike tjenester gjort i kommunene ved Opptappingsplanens start.

Personell i psykisk helsearbeid i kommunen fordelt på tiltakskategorier

I kapittel 9.7 presenterer vi årsverkene i det psykiske helsearbeidet i kommunene fordelt på ulike tiltakskategorier – både som andel av totale årsverk i psykisk helsearbeid og som årsverk per 1 000 innbyggere i de ulike helseforetaksområdene. I tjenester for barn og unge går 54 prosent av årsverkene på landsbasis til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, 35 prosent til helsestasjoner og skolehelsetjeneste, mens de resterende 11 prosentene går til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak. I tjenester for voksne går 42 prosent av årsverkene på landsbasis til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, 40 prosent til oppfølging i bolig, 9 prosent går til aktivitets- og/eller dagsenter, 6 prosent går til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak, mens de resterende 2 prosent går til andre aktiviteter. Ser vi på andelene per helseforetaksområde er variasjonene store – tabell 9.10 gir en oversikt over variasjonen på HF-områdenivå.

Det er 2,7 årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år i psykisk helsearbeid for barn og unge. Det tilsvarende tallet i tjenester for voksne er 2,5 årsverk. I gjennomsnitt finner vi flest årsverk per innbygger i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid for barn og unge (1,5 per 1 000 innbyggere 0-17 år), mens tilsvarende tall for voksne er 1,1 årsverk per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.

Personell med universitets- og høyskoleutdanning

Våre tall for 2007 viser at 80 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge besto av universitets- eller høyskoleutdannet personell. I psykisk helsearbeid for voksne er andelen 54 prosent. I det psykiske helsevernet er andelen fagårsverk 78 prosent i psykisk helsevern for barn og unge, og 61 prosent i psykisk helsevern for voksne. Det er altså rekruttert en høyere andel høyt utdannet personell i tjenester for barn og unge i både primær- og spesialisthelsetjenesten. På helseforetaksområdenivå er imidlertid variasjonen mellom HF-områdene større i tjenester for barn og unge, sammenliknet med tjenester for voksne. Andel årsverk med universitets- og/eller høyskoleutdanning i begge tjenesteområdene er vist i tabell 9.13, mens antall årsverk fordelt på utdanningskategori per 10 000 innbyggere er vist i tabell 9.14 og tabell 9.15.

Organisering av personell i det psykiske helsearbeidet

Til slutt i dette kapitlet ser vi på hvordan kommunene i de ulike HF-områdene har organisert sitt psykiske helsearbeid – har de valgt å ha egne enheter, egne spesialiserte

tjenester – eller har de valgt å integrere psykisk helsearbeid i øvrige tjenester? Kommunene har rapportert separat for tjenester til barn og unge og tjenester til voksne. Det er gjort grundige analyser på kommunenivå av dette datagrunnlaget i Ose et al. (2009) – som viser at valg av modell for organisering av det psykiske helsearbeidet faller sammen med kjennetegn ved befolkningen i kommunen. Behovet for kommunale boliger og omsorgsboliger varierer også systematisk med valgt organiseringsmodell (ibid.).

På landsbasis finner vi at 43 prosent av kommunene har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet for barn og unge etter en integrert modell, der psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggere med psykiske problemer/lidelser benytter. I det psykiske helsearbeidet for voksne har imidlertid 44 prosent av kommunene valgt å etablere en egen tjeneste – med personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. Variasjonen på HF-områdenivå er stor, og finnes presentert i tabell 9.17 og 9.18.

Grunnlagsdata for tabeller og figurer som presenteres i dette kapitlet er gitt i et vedlegg bakerst i kapitlet.

9.2 Innledning

I juni 2009 la Regjeringen Stoltenberg II fram Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), der tre hovedutfordringer i dagens helsetjenester er identifisert:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Som del av løsningsstrategien for disse utfordringene skisserer Samhandlingsreformen bl.a. en ny framtidig kommunerolle, der det vil vurderes om oppgaver som per i dag ikke løses i tilstrekkelig grad, eller som dels løses i spesialisthelsetjenesten, kan gi bedre pasientrelaterte og samfunnsmessige løsninger hvis de løses i kommunene (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 26). Det vil videre legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak, og den forventede veksten i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av økning i de frie inntektene i kommunene. Samhandling er i reformen definert som følger:

“Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.”

(St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13)

For å samhandle godt - og evne å fordele oppgaver og ressurser på en rasjonell måte både innad i, og mellom, kommune- og spesialisthelsetjenestene, er det viktig at de ulike tjenestene kjenner hverandres virksomhet. Anvendbare og sammenliknbare styringsdata på alle nivå i helsetjenesten er et verktøy som vil være avgjørende i så måte. I Samhandlingsreformen nevnes mangelen på gode styringsdata spesielt i forbindelse med fastlegene, mens det generelt planlegges tett oppfølging på økonomi og kvalitet i de nye kommunale helsetjenestene:

“Kommunal medfinansiering forutsetter at kommunene får tilgang på relevant styringsinformasjon, slik at de har et grunnlag for å vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring.”

(St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 94)

I 2008 utførte SINTEF en kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom helseforetak og kommuner (Kalseth og Paulsen, 2008). Det er slik at alle helse-

foretak med eget opptaksområde har samarbeidsavtaler som dekker både somatisk helse-tjeneste og psykisk helsevern (rusfeltet er i mindre grad dekket av avtalene). Et av hovedfunnene i rapporten er at over halvparten (56 prosent) av kommunene som svarte på undersøkelsen mener det er behov for et mer formalisert samarbeid. Representantene for helseforetakene er mer enige i at det er tett dialog mellom helseforetak og kommuner, og at det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid, enn det kommunene er. Om-trent en tredjedel av kommunene er delvis eller helt uenig i dette. Tilsvarende var 54 prosent av kommunene delvis eller helt uenig i utsagnet om at "kommunen blir betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet" (ibid.). Det later med andre ord til at samarbeidet mellom instansene oppfattes forskjellig i spesialist- og kommunehelsetjeneste.

SINTEF har gjennom SAMDATA en lang tradisjon med å publisere styringsdata for spesialisthelsetjenesten, og har i de senere årene også publisert en rekke rapporter på området psykisk helsearbeid i kommunene²⁹. Vi har dessuten gjennomført og analysert pasienttelling i det psykiske helsevernet både i poliklinikk og døgninstitusjoner med jevne mellomrom siden 1979 – senest i 2007/2008 (Lilleeng et al. 2009).

De konkrete og kvantitative målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008, har gjort at utviklingen i det psykiske helsearbeidet i kommunene har vært spesielt godt fulgt opp av helsemyndighetene de 10 siste årene. Høsten 2008 gjorde SINTEF kvalitetskontroll og analyser av den første obligatoriske rapporteringen på total årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet i samtlige norske kommuner (Ose et al. 2009). I årets sektor-rapport for det psykiske helsevernet har vi koblet sammen data fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten, og har for første gang anledning til å presentere en sammenstilling av personellinnsatsen i arbeidet med psykisk helse for begge tjenesteområdene for 2007. Hensikten med sammenstillingen er å gi informasjon om den samlede ressursinnsatsen i det enkelte helseforetak, i helseregionene og på nasjonalt nivå.

I tillegg til å presentere totalt antall årsverk i begge tjenester gruppert etter helsefore-taksområde og helseregion, presenteres tall per innbygger i henholdsvis barne- og ungdomsbefolkningen (0-17 år) og voksenbefolkningen (18 år og eldre). Med referanse til behovsanalyser for helseregionene utført av inntektsutvalget (NOU 2008:2), ser vi videre på variasjon i behov mellom helseforetaksområder. Vi tar også for oss hvordan årsverkene er fordelt på ulike tiltak og utdanningskategorier. Til slutt i kapitlet tar vi også for oss ulike modeller for organisering av personell i det psykiske helsearbeidet.

Det hadde vært interessant å sammenlikne personelldekningen per pasient i spesialist-helsetjenesten med personelldekningen per bruker i psykisk helsearbeid, men det finnes ikke gode data på antall brukere som mottar tjenester fra psykisk helsearbeid i kommunene. Det ville dessuten måtte gjøres en rekke forutsetninger/antakelser ved sammenlikning av pasienter i spesialisthelsetjenesten med brukere i kommunehelse-tjenesten.

9.2.1 Forkortelser

I tabeller, og der det for øvrig synes hensiktsmessig, vil vi benytte følgende forkortelser i dette kapitlet:

- Det psykiske helsevernet forkortes PHV
- Det psykiske helsevernet for barn og unge forkortes PHV-BU
- Det psykiske helsevernet for voksne forkortes PHV-V

- Det psykiske helsearbeidet i kommunen forkortes PHA
- Det psykiske helsearbeidet i kommunen for barn og unge forkortes PHA-BU
- Det psykiske helsearbeidet i kommunen for voksne forkortes PHA-V

²⁹ For en oversikt over relevante rapporter omhandlende psykisk helse og kommunehelsetjenesten, se <http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Kommunehelsetjenesten/>

9.3 Om data

I dette kapitlet presenteres en oversikt over årsverk i det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet i kommunen for 2007. De endelige tallene for psykisk helsearbeid i kommunene i 2008 er først tilgjengelige samtidig som denne rapporten overleveres oppdrags giver, og kommer dermed for sent til å inngå her. Foreløpige tall fra kommunenes rapportering tyder imidlertid ikke på store endringer fra 2007 til 2008. Grunnlagsmaterialet er tilrettelagt ved at kommunedata er aggregert til helseforetaks- og helseregionnivå.

Der materialet tillater det, presenteres separate tall for hhv. det psykiske helsevernet/helsearbeidet for barn og unge og det psykiske helsevernet/helsearbeidet for voksne. Både i det psykiske helsevernet og i det psykiske helsearbeidet i kommunen er personellinnsatsen en dominerende innsatsfaktor, og personell blir dermed en viktig indikator for ressursinnsats og ressursfordeling. Der vi benytter helseforetaksområde eller region som aggregeringsnivå for personelltall i kommunene, må dette *ikke* forstås som at helseforetaksområdene eller de regionale helseforetakene er ansvarlige for kommunenes personell. Når vi presenterer primær- og spesialisthelsetjeneste i samme tabell har dette kun praktiske årsaker på dette tidspunktet.

Det gjøres oppmerksom på at Sykehuset Innlandet og Sandnes DPS ikke leverte komplette personelldata for det psykiske helsevernet for voksne for 2007. Her er personelltall for 2006 derfor benyttet som estimat for antall årsverk i 2007. For informasjon vedrørende kvalitetskontroll og datakvalitet av årsverksdata i det psykiske helsearbeidet vises det til Vedlegg 1 i Ose et al. (2009)³⁰.

I avsnitt 9.4 presenteres tall for personell i begge tjenesteområder per helseregion i 2007. Avsnitt 9.5 tar for seg personelltall i begge tjenesteområder per helseforetaksområde, mens avsnitt 9.6 framstiller variasjon i behov per helseforetaksområde. Personell i psykisk helsearbeid i kommunen fordelt på tiltakskategorier presenteres i avsnitt 9.7. Personell fordelt på ulike utdanningskategorier presenteres i avsnitt 9.8, mens avsnitt 9.9 tar for seg ulike former for organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunen.

9.3.1 Datagrunnlag og definisjoner

Det psykiske helsevernet

Tallmaterialet for det psykiske helsevernet er basert på personellopplysninger om alle institusjoner innen det psykiske helsevernet. Statistisk sentralbyrå (SSB) står ansvarlig for innhenting og kontroll av data. SINTEF har i samarbeid med SSB i tillegg gjennomført en kvalitetskontroll av data i forbindelse med tilrettelegging av data for bruk i SAMDATA-prosjektet.

Personellinnsatsen beskrives med betegnelsen "årsverk". I datamaterialet er det "antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte per 31. desember" som er registrert. Elever, hospitanter, praktikanter og medisinske studenter er ikke medregnet. En skal inkludere alle andre ansatte, som er lønnet av institusjonen, uavhengig om de lønnes over ordinært budsjett eller over konto for ekstrahjelp. Personellsituasjonen ved utgangen av året brukes med andre ord som en indikator for antall årsverk som faktisk er utført. Tilfeldige svingninger i løpet av året og bruk av overtid blir dermed ikke fanget opp av de registrerte data.

Det bør også nevnes at tallene i noen grad vil kunne påvirkes av organisasjonsform, eksempelvis om det psykiske helsevernet er integrert i et somatisk sykehus eller ikke. I førstnevnte tilfelle vil fordelingen av fellespersonell i noen grad måtte skje ut fra skjøn. I

³⁰ Rapporten kan lastes ned på følgende nettsadresse:

<http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Kommunehelsetjenesten/Kommunale-tiltak-i-psykisk-helsearbeid-2007/>

dette kapitlet er *ikke* opplysninger om privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer som har driftsavtale med helseforetakene med i beregningsgrunnlaget. Omfanget av dette er gitt i rapporten SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007, tabell 6.11 og 6.12.

Det psykiske helsearbeidet i kommunen

Datagrunnlaget for personellinnsats (årsverk) i det psykiske helsearbeidet i kommunene er samlet inn av Helsedirektoratet i samarbeid med rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen. SINTEF har i samarbeid med disse instansene gjennomført kvalitetskontroll av innkomne data. Utdypende analyser av data, samt omtale av datakontroll og datakvalitet er nærmere omtalt i Ose et al. (2009).

Rundskriv IS-24/2007 inneholder to skjema for rapportering om kommunenes psykiske helsearbeid for 2007. Det vises til dette rundskrivet for informasjon om hvilke variabler det rapporteres på³¹.

- Rapporteringsskjema 1: Skjemaet er knyttet til kommunenes bruk av øremerkede midler over Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. Kommunene har rapportert om bruk av øremerkede midler i hele opptappingsperioden³².
- Rapporteringsskjema 2: Skjemaet var nytt i 2008 (gjelder 2007-tall) og omfatter alle kommunale tiltak (årsverk fordelt på ulike typer tiltak) innen psykisk helsearbeid – både tiltak finansiert av statlige tilskudd og tiltak finansiert med kommunale midler.

Personellinnsatsen i det psykiske helsearbeidet i kommunen telles annerledes enn i det psykiske helsevernet. Årsverkene skal være basert på en representativ uke mot slutten av året og hvor den ukentlige arbeidstiden er omregnet til heltid. Ansatte med fødselspermisjon skal ikke telles med. Ansatte med kortere fravær enn 4 måneder skal regnes med, eventuelle vikarer for disse skal ikke medregnes. Overtid telles ikke med.

Det ble stilt som vilkår for utbetaling av statlig øremerkede tilskudd gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 at rapporteringen på både Rapporteringsskjema 1 og Rapporteringsskjema 2 skulle være mottatt og funnet tilfredsstillende av Fylkesmannen. I dette kapitlet benytter vi utelukkende informasjon om total innsats i det psykiske helsearbeidet i kommunene fra Rapporteringsskjema 2.

Befolkningsgrunnlag og antall kommuner per helseregion/helseforetaksområde

Tabell 9.19 og 9.20 i vedlegget til kapitlet gir en oversikt over antall kommuner som faller inn under hver helseregion og hvert helseforetaksområde. Det vises for øvrig til vedlegg PV1 i "Definisjoner og datagrunnlag til Nøkkeltallsrapport" for 2007, som kan lastes ned på www.samdata.no³³ for oversikt over befolkning og kommuner som hører inn under det enkelte helseforetaksområde.

9.4 Personell i helseregionene

I det følgende presenteres personelltall for det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet aggregert på helseregionnivå for 2007. Fremstillingen er fordelt på

³¹ IS-24/2007 kan lastes ned på denne adressen: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/opptappingsplanen_for_psykisk_helse_1999_2008_rapportering_for_2007_81762

³² Kommunenes bruk av statlig øremerkede midler i forbindelse med Opptappingsplanen er senest dokumentert i Kaspersen et al. (2008).

³³ Nærmere bestemt <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/SAMDATA-2007/Nokkeltall-2007/>

årsverk som går til henholdsvis barn og unge, voksne og totalt. For en dypere analyse av årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet generelt, vises det til kapittel 6 i Ose et al. (2009). Her går det blant annet fram at de kommunene som bruker flest årsverk per innbygger er små, spredtbygde kommuner med over gjennomsnittlig etterspørsel etter kommunale tjenester i psykisk helsearbeid. Den viktigste etterspørselsfaktoren for disse tjenestene er andel uføre med psykiatrisk diagnose i kommunen. Funnene bekreftes i Bjørkeng (2009), som har sett spesielt på kommunenes prioritering av psykisk helsearbeid for barn og unge.

I 2007 var det 12 029 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen og 20 382 årsverk i det psykiske helsevernet – til sammen 32 411 årsverk (se tabell 9.1). Av disse var 25 769 (80 prosent) knyttet til tjenester for voksne og 6 643 knyttet til tjenester for barn og unge. Det var en høyere andel årsverk i tjenester til barn og unge i det psykiske helsearbeidet i kommunen (25 prosent) enn i det psykiske helsevernet (18 prosent).

Kommunene i helseregion Sør-Øst har den høyeste andelen årsverk i tjenester for barn og unge (26 prosent) i det psykiske helsearbeidet i kommunen, mens kommunene i helseregion Vest ligger lengst under landsgjennomsnittet med 21 prosent av årsverkene til barn og unge (se tabell 9.2). I det psykiske helsevernet er det helseregion Nord som har flest årsverk i tjenester for barn og unge med 20 prosent, mens helseregion Vest også her har den laveste andelen av helseregionene med 17 prosent. Disse resultatene analyseres nærmere senere i kapitlet, og diskuteres kort opp mot arbeidet gjort i Lilleeng et al. (2009) under:

I Lilleeng et al. (2009) grupperte man pasienter som mottok poliklinisk behandling i psykisk helsevern etter bostedsregion, og fant at helseregion Vest har en større andel av pasientene med alvorlige psykiske lidelser (25 prosent) sammenliknet med de andre regionene, men likevel lavest antall pasienter i psykisk helsevern per innbygger. Den høye andelen pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan være med å forklare hvorfor tjenester for voksne prioriteres i helseregion Vest. Videre har man benyttet behovsindeks beregnet i inntektsfordelingsutvalget (NOU 2008:2)³⁴, og funnet at regionene Vest og Midt-Norge har et behov som ligger fem prosent under landsgjennomsnittet.

Målt som årsverk per 1 000 innbyggere var det i 2007 2,5 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen og 4,3 årsverk i det psykiske helsevernet, landet sett under ett (se tabell 9.3). Kommunene i helseregion Sør-Øst og Nord ligger relativt høyt i årsverk for barn og unge per innbygger – både i det psykiske helsearbeidet i kommunen og i det psykiske helsevernet. I det psykiske helsearbeidet for voksne er det kommunene i helseregion Midt-Norge og helseregion Nord som ligger høyest med hhv. 2,9 og 2,7 årsverk per 1 000 innbyggere, mens i det psykiske helsevernet for voksne er det særlig helseregion Nord som utmerker seg med flest årsverk per innbygger – fulgt av helseregion Sør-Øst. Tallene er illustrert grafisk i figur 9.1.

Tabell 9.1 Antall årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) fordelt på barn og unge, voksne og totalt. Helseregion. 2007

| Helseregion | PHA-BU | PHA-V | PHA | PHV-BU | PHV-V | PHV |
|-------------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Sør-Øst | 1 747 | 4 912 | 6 659 | 2 095 | 9 517 | 11 612 |
| Vest | 464 | 1 772 | 2 236 | 663 | 3 302 | 3 965 |
| Midt-Norge | 440 | 1 444 | 1 884 | 457 | 2 033 | 2 490 |
| Nord | 310 | 941 | 1 251 | 468 | 1 847 | 2 315 |
| Landet | 2 961 | 9 069 | 12 029 | 3 682 | 16 700 | 20 382 |

Datakilde: SSB og SINTEF

³⁴ Behovsanalysene som ligger bak fordelingsnøkklene presentert i NOU 2008:2 er beregnet ut fra merforbruk eller økt prevalens for risikogrupper som ugifte, uføre, sosialhjelpsmottakere og utdanningsnivå. I analysene av psykisk helsearbeid er det i tillegg inkludert andel av kontakter hos fastlegen som skyldes psykiske lidelser og problemer som en indikator for etterspørselen eller behovet for kommunale tjenester.

Tabell 9.2 Andel årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) som går til henholdsvis barn og unge, og voksne. Prosent. Helseregion. 2007

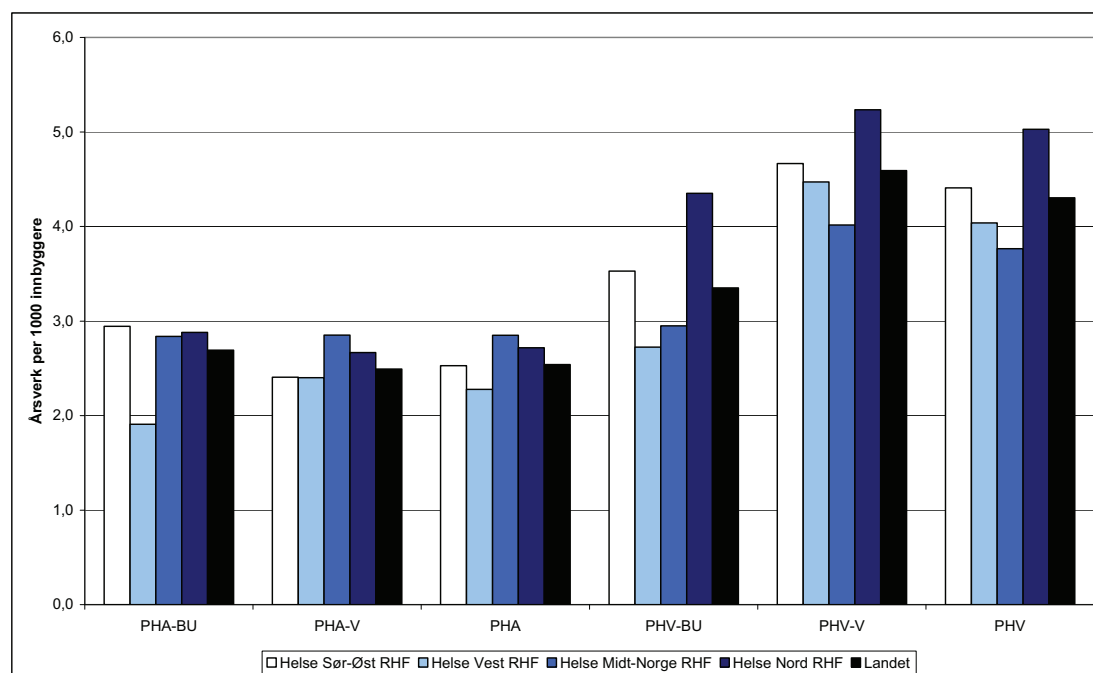
| Helseregion | PHA-BU | PHA-V | PHA | PHV-BU | PHV-V | PHV |
|-------------|--------|-------|-----|--------|-------|-----|
| Sør-Øst | 26 | 74 | 100 | 18 | 82 | 100 |
| Vest | 21 | 79 | 100 | 17 | 83 | 100 |
| Midt-Norge | 23 | 77 | 100 | 18 | 82 | 100 |
| Nord | 25 | 75 | 100 | 20 | 80 | 100 |
| Landet | 25 | 75 | 100 | 18 | 82 | 100 |

Datakilde: SSB og SINTEF

Tabell 9.3 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i henholdsvis befolkningen 0-17 år og 18 år og eldre. Helseregion. 2007

| Helseregion | PHA-BU | PHA-V | PHA | PHV-BU | PHV-V | PHV |
|-------------|--------|-------|-----|--------|-------|-----|
| Sør-Øst | 2,9 | 2,4 | 2,5 | 3,5 | 4,6 | 4,4 |
| Vest | 1,9 | 2,4 | 2,3 | 2,7 | 4,5 | 4,1 |
| Midt-Norge | 2,8 | 2,9 | 2,8 | 3,0 | 4,0 | 3,8 |
| Nord | 2,9 | 2,7 | 2,7 | 4,3 | 5,4 | 5,1 |
| Landet | 2,7 | 2,5 | 2,5 | 3,3 | 4,6 | 4,3 |

Datakilde: SSB og SINTEF



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.1 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i henholdsvis befolkningen 0-17 år, 18 år og eldre og totalt. Helseregion. 2007

9.5 Personell i helseforetaksområdene

I tabell 9.4 er personelltallene for 2007 framstilt som antall årsverk per helseforetaksområde. I det psykiske helsevernet er årsverk tilknyttet private helseinstitusjoner med driftsavtale inkludert under de respektive helseregionene (omtalt som "Direkte under Helse Sør-Øst" osv.).

Tabell 9.4 Antall årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) fordelt på barn og unge, voksne og totalt. Helseforetak og kommuner i helseforetakets opptaksområde. 2007

| Helseforetak og kommuner i HF-området | PHA-BU | PHA-V | PHA | PHV-BU | PHV-V | PHV |
|---------------------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| Østfold HF-område | 184 | 454 | 638 | 247 | 696 | 942 |
| Akershus HF-område | 115 | 292 | 408 | 224 | 729 | 953 |
| Asker og Bærum HF-område | 52 | 318 | 370 | 117 | 520 | 637 |
| Oslo og Follo HF-område | 449 | 1 191 | 1 640 | 486 | 2 285 | 2 772 |
| Innlandet HF-område | 262 | 843 | 1 106 | 215 | 1 388 | 1 603 |
| Buskerud HF-område | 68 | 156 | 224 | 136 | 531 | 667 |
| Ringerike HF-område | 50 | 93 | 143 | 24 | 106 | 131 |
| Blefjell HF-område | 89 | 234 | 323 | 39 | 185 | 224 |
| Vestfold HF-område | 197 | 350 | 547 | 179 | 623 | 803 |
| Telemark HF-område | 125 | 427 | 552 | 75 | 406 | 481 |
| Sørlandet HF-område | 156 | 553 | 708 | 190 | 838 | 1 027 |
| Direkte under Helse Sør-Øst | 0 | 0 | 0 | 163 | 1 210 | 1 373 |
| Stavanger HF-område | 154 | 520 | 673 | 231 | 889 | 1 120 |
| Fonna HF-område | 91 | 313 | 404 | 98 | 578 | 677 |
| Bergen HF-område | 162 | 628 | 790 | 224 | 1 059 | 1 284 |
| Førde HF-område | 58 | 311 | 370 | 88 | 353 | 441 |
| Direkte under Helse Vest | 0 | 0 | 0 | 22 | 422 | 443 |
| Sunnmøre HF-område | 86 | 276 | 362 | 76 | 263 | 339 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 88 | 294 | 382 | 67 | 433 | 499 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 172 | 590 | 761 | 217 | 926 | 1 143 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 94 | 284 | 378 | 97 | 412 | 509 |
| Helgeland HF-område | 38 | 131 | 168 | 68 | 116 | 184 |
| Nordland HF-område | 112 | 247 | 359 | 171 | 613 | 784 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 103 | 396 | 499 | 151 | 841 | 992 |
| Finnmark HF-område | 57 | 168 | 225 | 78 | 205 | 283 |
| Direkte under Helse Nord | 0 | 0 | 0 | 0 | 72 | 72 |
| Landet | 2 961 | 9 069 | 12 029 | 3 682 | 16 700 | 20 382 |

Datakilde: SSB og SINTEF

Tabell 9.5 viser andel årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen og i det psykiske helsevernet som går til henholdsvis barn og unge og voksne.

Tabell 9.5 Andel årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) som går til henholdsvis barn og unge og voksne. Prosent. Helseforetak og kommuner i helseforetakets opptaksområde. 2007

| Helseforetak og kommuner i HF-området | PHA-BU | PHA-V | PHA | PHV-BU | PHV-V | PHV |
|---------------------------------------|--------|-------|-----|--------|-------|-----|
| Østfold HF-område | 29 | 71 | 100 | 26 | 74 | 100 |
| Akershus HF-område | 28 | 72 | 100 | 24 | 76 | 100 |
| Asker og Bærum HF-område | 14 | 86 | 100 | 18 | 82 | 100 |
| Oslo og Follo HF-område | 27 | 73 | 100 | 18 | 82 | 100 |
| Innlandet HF-område | 24 | 76 | 100 | 13 | 87 | 100 |
| Buskerud HF-område | 30 | 70 | 100 | 20 | 80 | 100 |
| Ringerike HF-område | 35 | 65 | 100 | 19 | 81 | 100 |
| Blefjell HF-område | 28 | 72 | 100 | 17 | 83 | 100 |
| Vestfold HF-område | 36 | 64 | 100 | 22 | 78 | 100 |
| Telemark HF-område | 23 | 77 | 100 | 16 | 84 | 100 |
| Sørlandet HF-område | 22 | 78 | 100 | 18 | 82 | 100 |
| Direkte under Helse Sør-Øst | . | . | . | 12 | 88 | 100 |
| Stavanger HF-område | 23 | 77 | 100 | 21 | 79 | 100 |
| Fonna HF-område | 22 | 78 | 100 | 15 | 85 | 100 |
| Bergen HF-område | 20 | 80 | 100 | 17 | 83 | 100 |
| Førde HF-område | 16 | 84 | 100 | 20 | 80 | 100 |
| Direkte under Helse Vest | . | . | . | 5 | 95 | 100 |
| Sunnmøre HF-område | 24 | 76 | 100 | 22 | 78 | 100 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 23 | 77 | 100 | 13 | 87 | 100 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 23 | 77 | 100 | 19 | 81 | 100 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 25 | 75 | 100 | 19 | 81 | 100 |
| Helgeland HF-område | 22 | 78 | 100 | 37 | 63 | 100 |
| Nordland HF-område | 31 | 69 | 100 | 22 | 78 | 100 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 21 | 79 | 100 | 15 | 85 | 100 |
| Finnmark HF-område | 25 | 75 | 100 | 28 | 72 | 100 |
| Direkte under Helse Nord | . | . | . | . | 100 | 100 |
| Landet | 25 | 75 | 100 | 18 | 82 | 100 |

Datakilde: SSB og SINTEF

På landsbasis går 25 prosent av årsverkene i det psykiske helsearbeidet i kommunen til tjenester for barn og unge, mens det tilsvarende tallet i det psykiske helsevernet er 18 prosent. Det later til å være en sammenheng der helseforetaksområder som andelsmessig ligger høyere enn landsgjennomsnittet i den ene sektoren (PHA-BU), også ligger høyere enn landsgjennomsnittet i den andre sektoren (PHV-BU). Dette er tilfelle i 14 av 23 helseforetaksområder, når vi regner med de som ligger akkurat på gjennomsnittet. En bivariat korrelasjonsanalyse gir Pearsons $r=0,64$ ($P<0,001$). Det mest illustrerende eksemplet på det motsatte finner vi i Helgeland helseforetaksområde. Her er andelen årsverk i psykisk helsearbeid for barn og unge tre prosentpoeng under landgjennomsnittet med 22 prosent, mens andelen årsverk i psykisk helsevern for barn og unge ligger 19 prosentpoeng over landsgjennomsnittet med 37 prosent.

9.5.1 Antall årsverk per innbygger i helseforetaksområdene

Tabell 9.6 viser antall årsverk per 1 000 innbyggere i befolkningen 0-17 år og 18 år og eldre i begge tjenesteområder. Merk at for det psykiske helsevernet er årsverkene fordelt til HF-område basert på pasientens bostedsområde. Tabellen er illustrert grafisk i figur 9.9-9.11 i vedlegg. I figurene vil man enkelt kunne se om det respektive helseforetaksområde har flest årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet eller det psykiske helsevernet.

Tabell 9.6 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i henholdsvis befolkningen 0-17 år og 18 år og eldre. Helseforetak og kommuner i helseforetakets opptaksområde. 2007

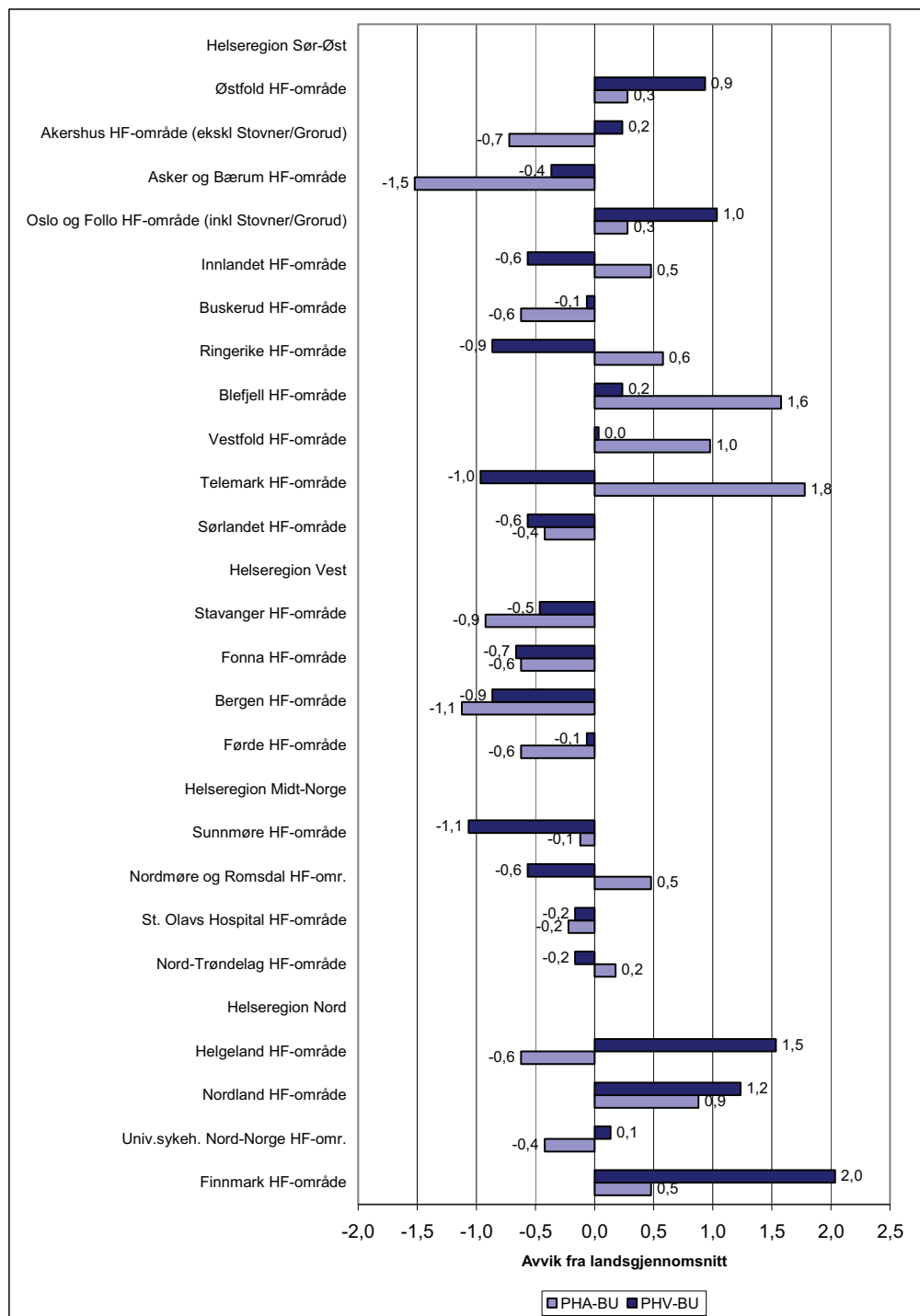
| Helseforetaksområde | PHA-BU | PHA-V | PHA | PHV-BU | PHV-V | PHV |
|--|--------|-------|-----|--------|-------|-----|
| Østfold HF-område | 3,1 | 2,2 | 2,4 | 4,3 | 3,6 | 3,7 |
| Akershus HF-område (ekskl. Stovner/Grorud) | 2,1 | 1,7 | 1,8 | 3,6 | 3,3 | 3,4 |
| Asker og Bærum HF-område | 1,3 | 2,7 | 2,3 | 3,0 | 4,5 | 4,1 |
| Oslo og Follo HF-område (inkl. Stovner/Grorud) | 3,1 | 2,2 | 2,4 | 4,4 | 6,2 | 5,9 |
| Innlandet HF-område | 3,3 | 2,9 | 3,0 | 2,8 | 4,8 | 4,4 |
| Buskerud HF-område | 2,2 | 1,5 | 1,7 | 3,3 | 4,0 | 3,9 |
| Ringerike HF-område | 3,4 | 1,7 | 2,1 | 2,5 | 3,4 | 3,2 |
| Blefjell HF-område | 4,4 | 3,2 | 3,4 | 3,6 | 4,1 | 4,0 |
| Vestfold HF-område | 3,8 | 2,0 | 2,4 | 3,4 | 3,7 | 3,6 |
| Telemark HF-område | 4,6 | 4,5 | 4,5 | 2,4 | 4,0 | 3,6 |
| Sørlandet HF-område | 2,4 | 2,7 | 2,6 | 2,8 | 4,2 | 3,9 |
| Stavanger HF-område | 1,9 | 2,2 | 2,1 | 2,9 | 4,6 | 4,1 |
| Fonna HF-område | 2,2 | 2,5 | 2,4 | 2,7 | 4,4 | 4,0 |
| Bergen HF-område | 1,7 | 2,1 | 2,0 | 2,5 | 4,5 | 4,0 |
| Førde HF-område | 2,2 | 3,9 | 3,5 | 3,3 | 4,5 | 4,2 |
| Sunnmøre HF-område | 2,7 | 2,8 | 2,8 | 2,3 | 3,2 | 3,0 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 2,8 | 4,6 | 4,2 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 2,6 | 2,7 | 2,7 | 3,2 | 4,3 | 4,1 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 3,0 | 2,8 | 2,9 | 3,2 | 3,6 | 3,5 |
| Helgeland HF-område | 2,2 | 2,3 | 2,2 | 4,9 | 3,9 | 4,2 |
| Nordland HF-område | 3,7 | 2,5 | 2,8 | 4,6 | 5,4 | 5,2 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 2,4 | 2,8 | 2,7 | 3,5 | 5,4 | 5,0 |
| Finnmark HF-område | 3,3 | 3,0 | 3,1 | 5,4 | 6,7 | 6,4 |
| Landet | 2,7 | 2,5 | 2,5 | 3,3 | 4,6 | 4,3 |

Datakilde: SSB og SINTEF

I det psykiske helsearbeidet i kommunen har Buskerud og Akershus helseforetaksområder færrest årsverk per 1 000 innbyggere med henholdsvis 1,7 og 1,8, mens Førde og Telemark helseforetaksområder har flest årsverk per 1 000 innbyggere i denne sektoren (3,5 og 4,5 årsverk). I det psykiske helsevernet skiller Sunnmøre og Ringerike helseforetaksområde seg ut med færrest årsverk per 1 000 innbyggere (3,0 og 3,2 årsverk), mens Finnmark helseforetaksområde ligger godt over landsgjennomsnittet med hele 6,4 årsverk

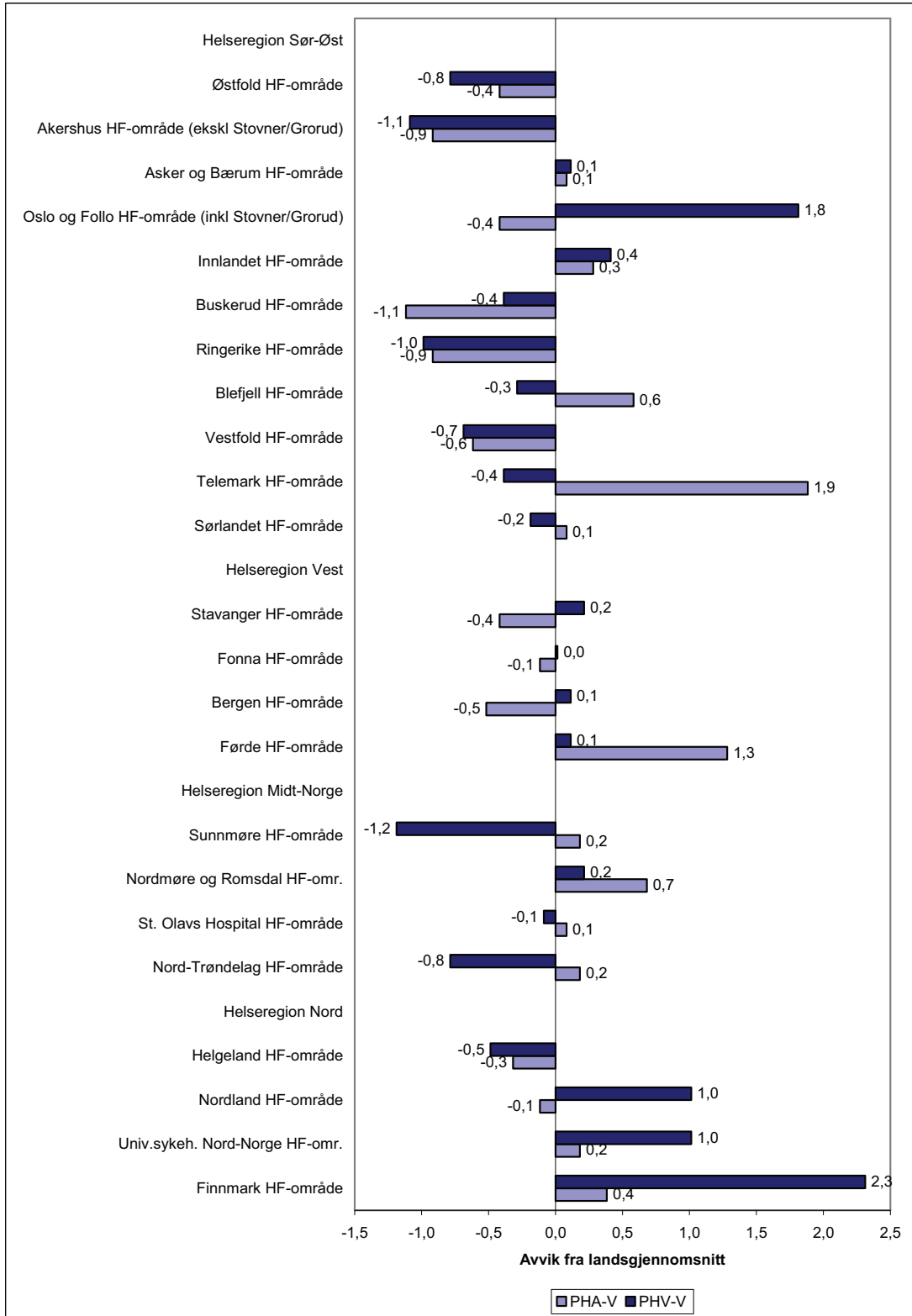
per 1 000 innbyggere i det psykiske helsevernet. En bivariat korrelasjonsanalyse viser at det ikke er signifikante sammenhenger mellom antall årsverk per innbygger i kommune- og spesialisthelsetjeneste, men at det er en svak sammenheng mellom antall årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet for barn og unge og det psykiske helsevernet for voksne (Pearsons $r=0,48$, $P=0,02$).

I figur 9.2-9.4 illustreres resultatene i tabell 9.6 som avvik fra (uveid) landsgjennomsnitt.



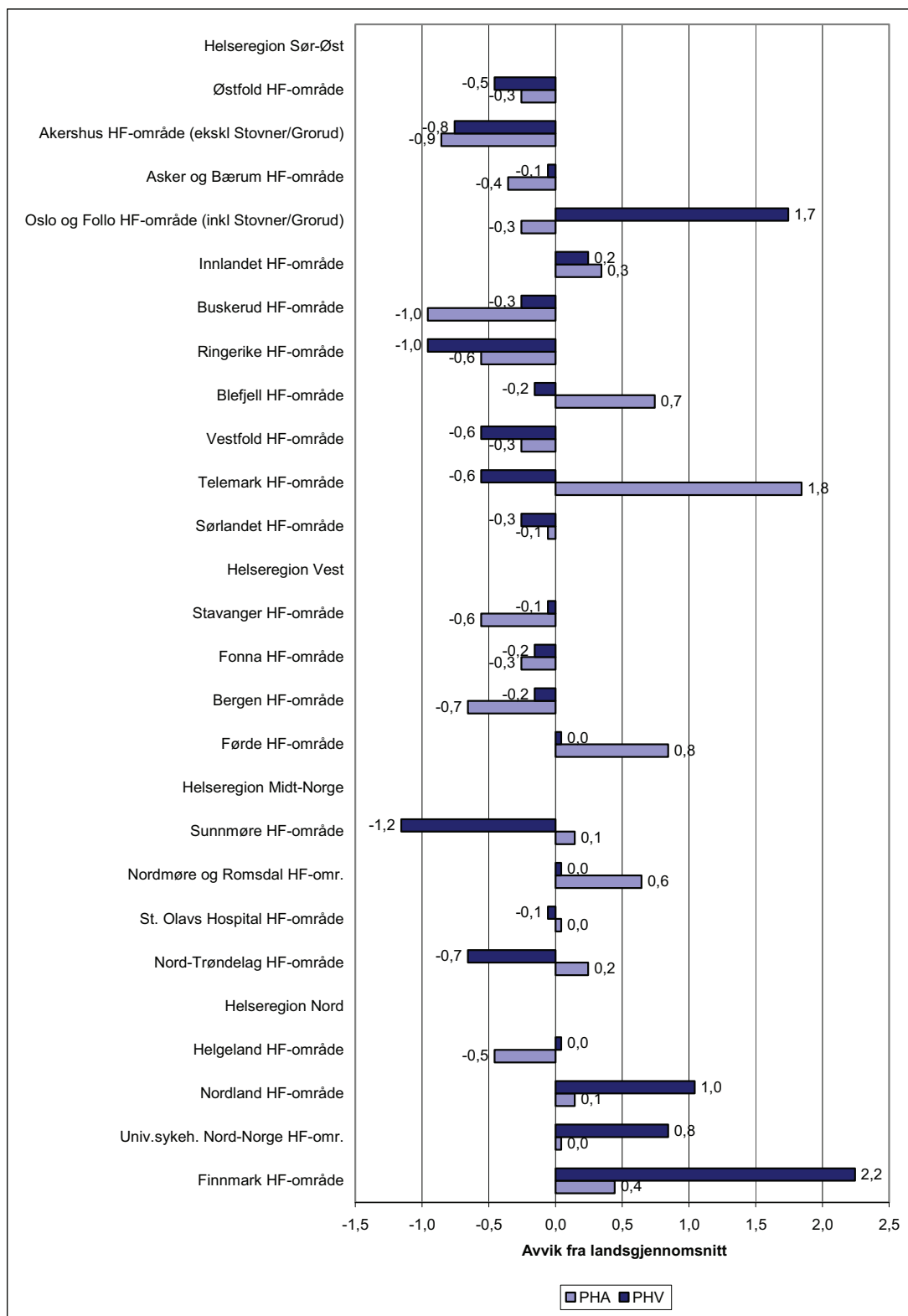
Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.2 Avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 0-17 år i det psykiske helsearbeidet i kommunen for barn og unge (PHA-BU) og i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU). Helseforetaksområder. 2007



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.3 Avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre i det psykiske helsearbeidet i kommunen for voksne (PHA-V) og i det psykiske helsevernet for voksne (PHV-V). Helseforetaksområder. 2007



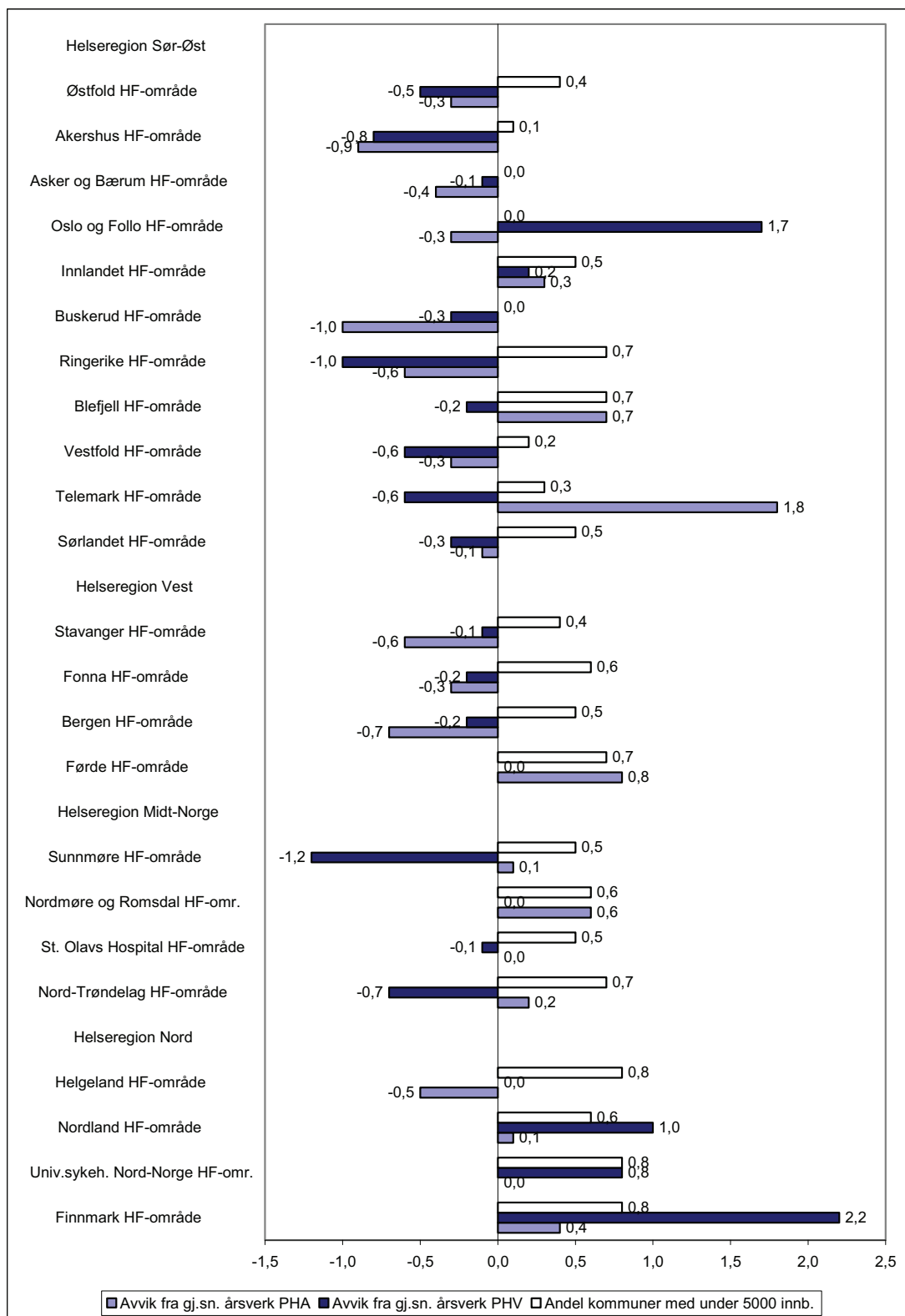
Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.4 Avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) totalt. Helseforetaksområder. 2007

9.5.2 Årsverk per innbygger og kommunestørrelse

Over halvparten (55 prosent) av norske kommuner hadde i 2007 færre enn 5 000 innbyggere. I Ose et al. (2009) så vi en tendens til at de minst innbyggerrike kommunene i gjennomsnitt hadde flest årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet. Bjørkeng (2009) finner dessuten at små kommuner benytter en større andel av årsverkene i psykisk helsearbeid på tjenester til barn og unge. Kanskje skyldes dette få årsverk i psykisk helsearbeid generelt i de små kommunene – slik at prosentandelen som arbeider i tjenester for barn og unge blir høy for å tilfredsstille minimumskravet til tjenestene (ibid.).

I figur 9.5 under har vi lagt inn avvik fra gjennomsnittet (uveid) i årsverk per 1 000 innbyggere i PHA og PHV, og andel kommuner i helseforetaksområdet som har færre enn 5 000 innbyggere. I sju av helseforetaksområdene har 70 prosent eller mer av kommunene færre enn 5 000 innbyggere. Dette gjelder Ringerike, Blefjell, Førde, Nord-Trøndelag, Helgeland, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Finnmark. Ser vi nærmere på hvordan disse HF-områdene ligger an i antall årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsevernet, finner vi at tre av sju har negativt avvik, mens to (Førde og Helgeland) ligger på landsgjennomsnittet. Av de 16 HF-områdene som har fra 60 prosent eller færre av kommunene med mindre enn 5 000 innbyggere, har 12 av dem negative avvik fra landsgjennomsnittet i PHV. I fire av de sju HF-områdene med 70 prosent eller mer av kommunene med under 5 000 innbyggere, er det flere årsverk per innbygger i psykisk helsearbeid i kommunen enn landsgjennomsnittet – UNN ligger akkurat på landsgjennomsnittet. Bare Ringerike og Helgeland HF-områder ligger under landsgjennomsnittet i PHA. For øvrig er det lite systematisk variasjon å spore – tre av de ni HF-områdene som ligger over gjennomsnittet i antall årsverk i det psykiske helsearbeidet, ligger samtidig under gjennomsnittet i antall årsverk i det psykiske helsevernet. 10 av 23 HF-områder ligger under landsgjennomsnittet i begge tjenesteområdene – de fleste av disse ligger i Helseregion Sør-Øst.



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.5 Avvik fra gjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) totalt. Andel kommuner i helseforetaksområdet med under 5 000 innbyggere. Helseforetaksområder. 2007

9.6 Variasjon i behov mellom helseforetaksområder

I NOU 2008:2 gjorde Magnussen-utvalget beregninger av ressursbehovet i de regionale helseforetakene, og utarbeidet nye kostnadsnøkler for fordeling av statlige midler til somatikk, psykisk helsevern og rus. Utvalget har funnet det godt dokumentert at sosiale og økonomiske indikatorer har betydning for psykisk helsetilstand i befolkningen, og dermed forbruket av helsetjenester (ibid.). I dette kapitlet har vi tatt utgangspunkt i Magnussen-utvalgets behovsindekser for det psykiske helsevernet på kommunenivå – og aggregert tallene per helseforetaksområde. Deretter har vi undersøkt om det synes å være sammenheng mellom behov i HF-områdene og antall årsverk i det psykiske helsearbeidet og i det psykiske helsevernet for henholdsvis voksne og barn og unge. Oss bekjent er dette første gang behovsindeksene presenteres på helseforetaksområdenivå.

Som nevnt innledningsvis i kapitlet, må det tas forbehold om at årsverksrapporteringen innebærer skjønnsmessige vurderinger – både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ettersom 2007 var første rapporteringsår for totale årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene, kan man argumentere for at det er heftet særlig usikkerhet til hvordan kommunene har tolket retningslinjer for hva som skal telles med og ikke. Med tiden vil man ha en tidsserie tilgjengelig, og dermed ha noe mer kontroll med hva som er "normalt" nivå og endring i den enkelte kommune.

9.6.1 Kort om behovsindeksene utarbeidet i NOU 2008:2

Det vises til NOU 2008:2 "Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak" for en grundig redegjørelse av behovsnøkklens oppbygging. I det følgende gir vi en kort oppsummering av innholdet i behovsnøkkel for det psykiske helsevernet slik Magnussen-utvalget framstiller det.

Utvalget har gjennomført separate analyser av data for voksne og data for barn og unge. Analysene viser at alder, andel ugifte, andel uføretrygdde med psykiatrisk diagnose og andel med kun grunnskole (ikke utdanning ut over grunnskole) har betydning for forbruket av helsetjenester. Videre gir andel barn som bor med én forelder, barnevernstiltak og andel utføretrygdde økt behov for tjenester fra det psykiske helsevernet, og er derfor inkludert i behovsnøkkel. Data ga ikke mulighet til å undersøke eventuelt merforbruk av tjenester i innvandrerbefolkningen. Undersøkelser viser imidlertid at utbredelsen av psykiske problemer er nesten 2,5 ganger høyere blant fremmedkulturelle innvandrere enn blant majoritetsbefolkningen - og utvalget fant grunnlag for å gi ikke-vestlige innvandrere en skjønnsmessig innvektning i behovsnøkkel for psykisk helsevern (vekt basert på antakelse om at forbruket blant ikke-vestlige innvandrere er dobbelt så høyt som for gjennomsnittet). Dette kriteriet, beregnet kun i det psykiske helsevernet for voksne, bidrar til å øke det relative behovet i Helse Sør-Øst.

Følgende to tabeller er hentet direkte fra NOU 2008: 2 på hhv. s. 77 og 78, og gir en oversikt over variablene som utgjør behovsindeksene og deres vekter i hhv. psykisk helsevern for barn og unge og voksne:

Tabell 9.7 Resultater for psykisk helsevern for barn og unge. Behovsnøkkel. NOU 2008:2

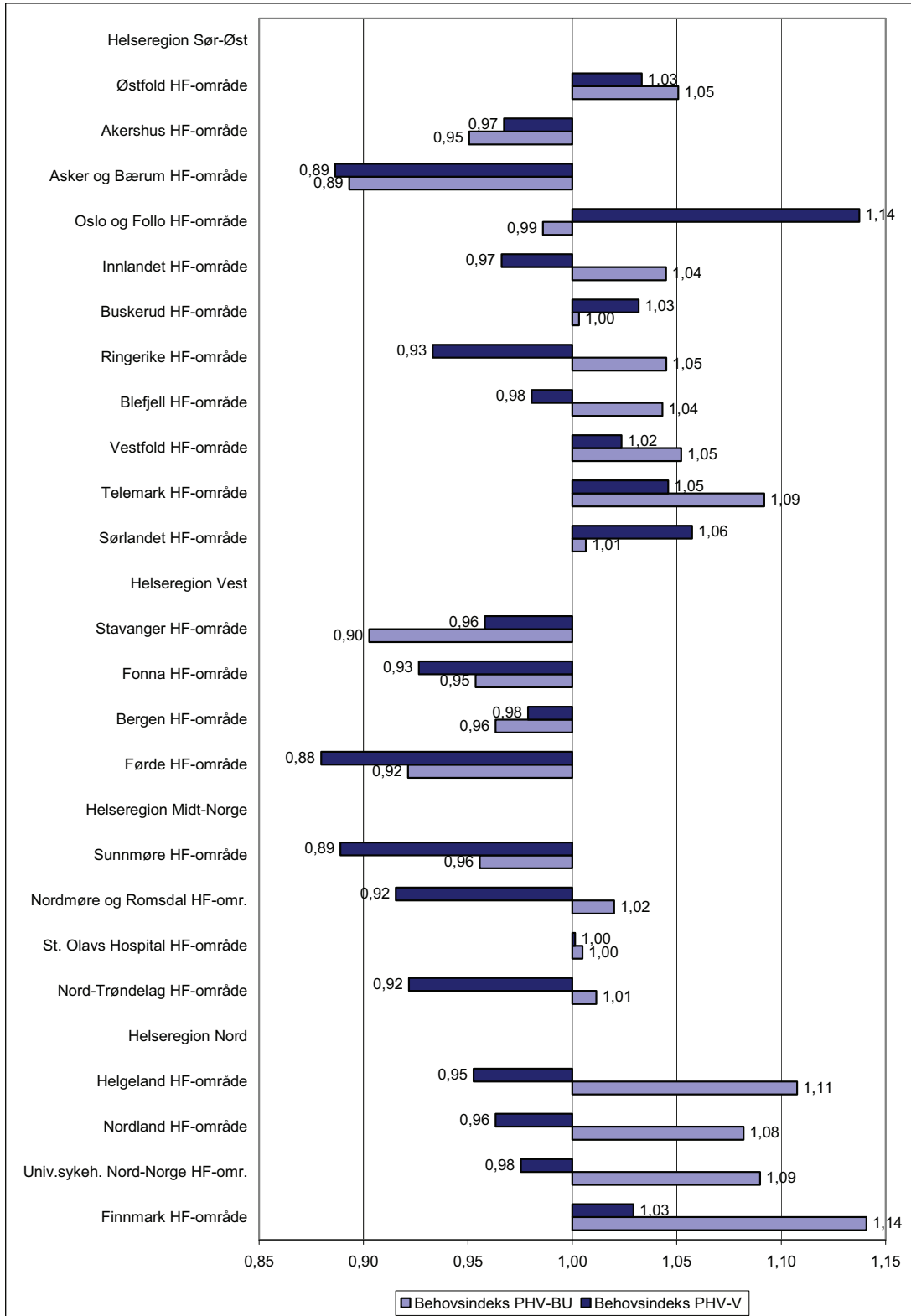
| Variabel | Vekt | |
|------------------------------|-------|------------------------|
| 0-5 år | 0,006 | |
| 6-12 år | 0,153 | |
| 13-17 år | 0,278 | Sum alderskriterier: |
| 18-19 år | 0,107 | 0,544 |
| Barn som bor med én forelder | 0,272 | |
| Barnevernstiltak | 0,123 | Sum sosiale kriterier: |
| Uføretrygdde | 0,061 | 0,456 |
| Sum | 1,000 | |

Tabell 9.8 Resultater for psykisk helsevern for voksne. Behovsnøkkel. NOU 2008:2

| Variabel | Vekt | |
|--|-------|-----------------------|
| 13-17 år | 0,005 | |
| 18-29 år | 0,170 | |
| 30-39 år | 0,151 | |
| 40-49 år | 0,098 | |
| 50-59 år | 0,060 | |
| 60-69 år | 0,034 | |
| 70-79 år | 0,048 | Sum alderskriterier: |
| 80 år + | 0,033 | 0,599 |
| Ugifte 40 år + | 0,059 | |
| Uføretrygdede med PH-diagnose 18-39 år | 0,114 | |
| Uføretrygdede med PH-diagnose 40-69 år | 0,137 | |
| Kun grunnskole 18-29 år | 0,073 | Sum sosiale kriterier |
| Kun grunnskole 30-59 år | 0,018 | 0,401 |
| Sum | 1,000 | |

9.6.2 Behovsindekser per HF-område

I tabell 9.9 er beregnede behovsindekser for henholdsvis barn og unge og voksne med psykiske lidelser gitt per HF-område – sortert fra laveste til høyeste behov. Figur 9.6 gir de samme tallene, men per helseregion. Verdi > 1 betyr at kommunene i HF-området har en befolkning som antas å ha et større behov for tjenester relatert til psykisk helse i den aktuelle aldersgruppen enn gjennomsnittsbefolkningen på landsbasis. Verdi < 1 betyr lavere behov for slike tjenester.



Figur 9.6 Behovsindekser for helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Magnussen-utvalget. Helseforetaksområder. Landsgjennomsnitt = 1

Tabell 9.9 Behovsindekser for helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Magnussen-utvalget. Helseforetaksområde. Landsgjennomsnitt = 1

| Psykisk helsevern for barn og unge | | Psykisk helsevern for voksne | |
|------------------------------------|-------|--|-------|
| Asker og Bærum HF-område | 0,893 | Førde HF-område | 0,880 |
| Stavanger HF-område | 0,903 | Asker og Bærum HF-område | 0,886 |
| Førde HF-område | 0,921 | Sunnmøre HF-område | 0,889 |
| Akershus HF-område | 0,951 | Nordmøre og Romsdal HF-område | 0,915 |
| Fonna HF-område | 0,954 | Nord-Trøndelag HF-område | 0,922 |
| Sunnmøre HF-område | 0,956 | Fonna HF-område | 0,926 |
| Bergen HF-område | 0,963 | Ringerike HF-område | 0,933 |
| Oslo og Follo HF-område | 0,986 | Helgeland HF-område | 0,953 |
| Buskerud HF-område | 1,003 | Stavanger HF-område | 0,958 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 1,005 | Nordland HF-område | 0,963 |
| Sørlandet HF-område | 1,006 | Innlandet HF-område | 0,966 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 1,011 | Akershus HF-område (ekskl. Stovner/Grorud) | 0,967 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 1,020 | Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 0,975 |
| Blefjell HF-område | 1,043 | Bergen HF-område | 0,979 |
| Innlandet HF-område | 1,045 | Blefjell HF-område | 0,980 |
| Ringerike HF-område | 1,045 | St. Olavs Hospital HF-område | 1,001 |
| Østfold HF-område | 1,051 | Vestfold HF-område | 1,024 |
| Vestfold HF-område | 1,052 | Finnmark HF-område | 1,029 |
| Nordland HF-område | 1,082 | Buskerud HF-område | 1,032 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 1,090 | Østfold HF-område | 1,033 |
| Telemark HF-område | 1,092 | Telemark HF-område | 1,046 |
| Helgeland HF-område | 1,108 | Sørlandet HF-område | 1,057 |
| Finnmark HF-område | 1,141 | Oslo og Follo HF-område (inkl. Stovner/Grorud) | 1,138 |

Kommunene i HF-områdene i Vest utmerker seg med å ha behovsindekser under landsgjennomsnittet både når det gjelder barn og unge og voksne, mens kommunene i HF-områdene i helseregion Nord har et over gjennomsnittlig behov for psykiske helsetjenester til barne- og ungdomsbefolkningen. I tilsvarende analyser gjort i somatisk spesialisthelsetjeneste for 2007 (Petersen, 2008) fant man det samme for disse to regionene når man så behov i sammenheng med forbruk av spesialisthelsetjenester. Oslo og Follo HF-område ligger klart høyest når det gjelder behov for psykiske helsetjenester i voksenbefolkningen. Her er det interessant å se at i analysene av behov og forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester (ibid.) ligger hovedstadsområdet under landsgjennomsnittet både i behov og forbruk. Kommunene i Førde, Asker og Bærum og Sunnmøre HF-områder skårer lavest på behovsindeksen for voksne. St. Olavs Hospital HF-område ligger omtrent på landsgjennomsnittet for begge aldersgrupper.

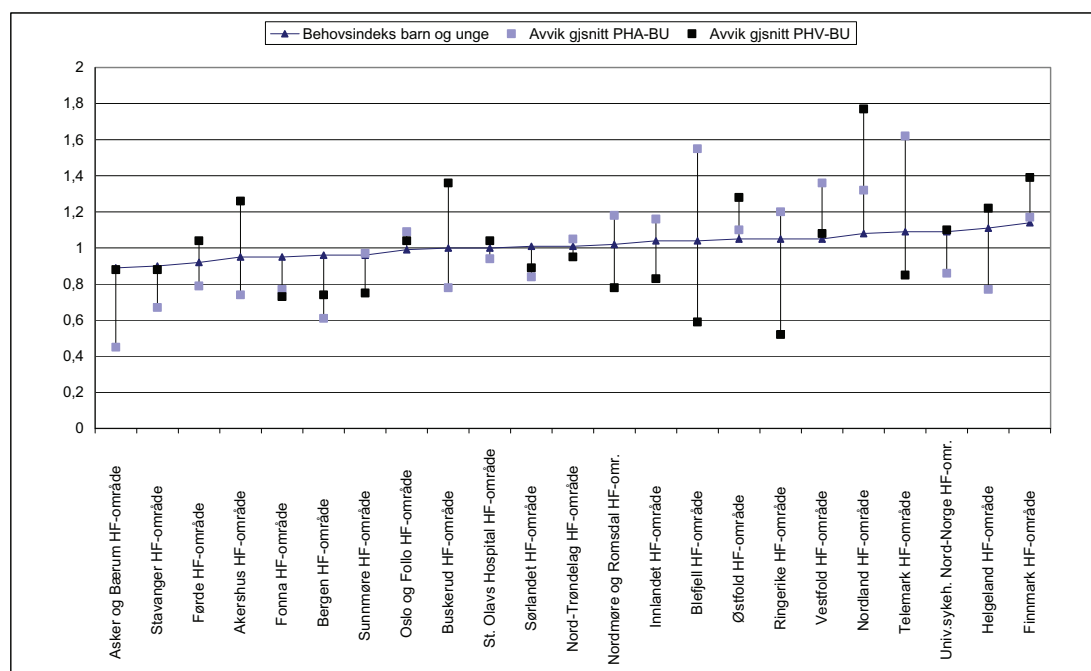
9.6.3 Behov for helsetjenester og årsverksinnsats

Ose et al. (2009) gjorde grundige analyser på kommunenivå av forklaringsfaktorer for variasjon i årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet. Flere av de samme forklaringsvariablene som inngår i Magnussen-utvalgets behovsnøkler, var også inkludert i regresjonsanalysene av kommunale tiltak i psykisk helsearbeid for 2007 (ibid.).

Analysene i Ose et al. (2009) viste at det i 2007 var en signifikant sammenheng mellom årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet og kommunestørrelse (små kommuner = høy årsverksinnsats). Videre hadde andel uføre med psykiatrisk diagnose og andel arbeidsledige en signifikant effekt på årsverksinnsatsen i tjenester for voksne; det var systematisk slik at kommuner med en høyere andel uføre med psykiske lidelser hadde høyere årsverksinnsats per innbygger i tjenester for voksne, enn kommuner med relativt færre uføre med psykiske lidelser. I tjenester for barn og unge var det slik at årsverksinnsatsen systematisk økte med andel sosialhjelpsmottakere og andel arbeidsledige i kommunen. Kommunens inntekter varierte imidlertid ikke systematisk med årsverksinnsatsen for noen av aldersgruppene. Rapporten (ibid.) konkluderer blant annet med følgende: *Det er ikke først og fremst inntektene til kommunene som bestemmer årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid – det er i større grad etterspørselen fra befolkningen som påvirker variasjon i innsatsen.*

Når det gjelder årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet i kommunene er analysene i Ose et al. (2009) basert på det samme datagrunnlaget som vi har aggregert opp på HF-områdenivå i dette kapitlet. Det er derfor interessant å undersøke om vi kan spore tilsvarende tendenser når vi sammenlikner behovsindeksene fra Magnussen-utvalget med årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet og i det psykiske helsevernet – på HF-områdenivå. I SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007 (Petersen, 2008), kapittel 3, er det gjort analyser per HF-område av sammenfallet mellom behovsestimater (forventet forbruk av somatiske helsetjenester) og det faktiske forbruket av spesialisthelsetjenester. Funnene tyder på at de fleste HF-områdenes forbruksindikatorer i stor grad sammenfaller med deres forventede behov. I det følgende skal vi altså se om ressursinnsats i form av årsverk synes å variere med behov innenfor det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet.

Med HF-områdenivå som analyseenhet blir antall analyseenheter (N) såpass lav (N=23) at vi har valgt ikke å kjøre regresjonsanalyser på dette materialet. I det følgende har vi imidlertid sammenholdt behovsindeksene for hhv. barn og unge og voksne med relativt avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i begge tjenesteområder og for begge aldersgrupper. Avvik fra landsgjennomsnittet er beregnet for det enkelte HF-område som totale årsverk per 1 000 innbyggere (i PHA-BU/V og i PHV-BU/V) dividert med gjennomsnittlig (uveid) antall årsverk per 1 000 innbyggere på landsbasis. Gjennomsnittet av ratene for alle HF-områdene blir dermed lik 1. Resultatet er presentert i figur 9.7 og 9.8 under. Tallgrunnlaget i figurene er sortert fra laveste til høyeste verdi på behovsindeksene.



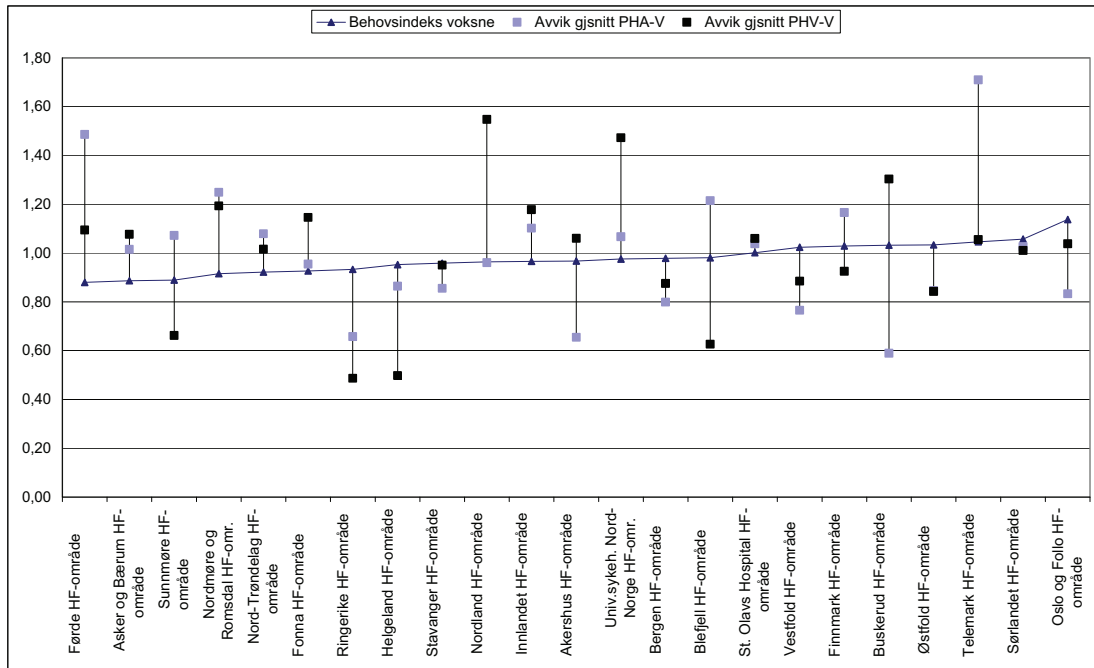
Datakilde: SINTEF og SSB

Figur 9.7 Behovsindeks for barn og unge. Relativt avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per 1000 innbyggere 0-17 år i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunen og i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseforetaksområde. 2007

I figur 9.7 ser vi kun på tjenester for barn og unge. Hvis vi først fokuserer på de åtte HF-områdene (fra Asker og Bærum til Oslo og Follo) som har en behovsindeks for barn og unge som ligger under landsgjennomsnittet (dvs. <1), ser vi at det kun er Oslo og Follo HF-område som har et marginalt positivt avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet for barn og unge (PHA-BU). Når vi beveger oss mot høyre i figuren, og behovsindeksen øker i verdi – ser vi at de fleste HF-områdene har et positivt avvik fra landsgjennomsnittet i årsverk som gjelder psykisk helsearbeid. Det er kun UNN og Helgeland HF-områder som har et relativt stort positivt avvik fra landsgjennomsnittet i behovsindeksen, og samtidig et relativt stort negativt avvik i årsverk per innbygger i PHA-BU. En enkel korrelasjonsanalyse mellom årsverk per innbygger PHA-BU og PHV-BU og behovsindeksen for barn og unge, viser også at det er en signifikant ($P < 0,001$) lineær sammenheng mellom PHA-BU og behovsindeksen (Pearsons $r = 0,64$). Vi får dermed bekreftet resultatene fra Ose et al. (2009); årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet synes å ha sammenheng med behovet for helsetjenester til psykisk syke. Én av forklaringene kan være at det psykiske helsearbeidet er en relativt ny tjeneste som har blitt bygget opp gjennom opptrappingsperioden, og at den er basert på behovskartlegginger kommunene gjorde ved opptrappingsplanens start (Ose og Kalseth, 2004).

I det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU) er det vanskeligere å spore systematiske tendenser i årsverksinnsatsen når vi ser den i sammenheng med behovsindeksen. Korrelasjonsanalyser viser en svakt positiv sammenheng ($r = 0,34$), men denne er ikke signifikant. Fra og med Sørlandet HF-område og mot høyre i figuren ligger behovsindeksen over 1 – for til sammen 13 HF-områder. Av disse 13 har sju HF-områder negative avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per innbygger i PHV-BU, de øvrige ligger over gjennomsnittet. Det vi imidlertid ser, er at Blefjell, Ringerike og Telemark HF-områder har antydning til en mulig substitusjonseffekt mellom PHA-BU og PHV-BU – disse tre områdene har kommuner med høy årsverksinnsats i psykisk helsearbeid, og relativt lavere årsverksinnsats i psykisk helsevern for barn og unge.

Figur 9.8 gir tilsvarende sammenstilling i tjenester for voksne.



Datakilde: SINTEF og SSB

Figur 9.8 Behovsindeks for voksne. Relativt avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunen og i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområde. 2007

I tjenester for voksne er det vanskeligere å spore tendenser sammenliknet med materialet for barn og unge. Korrelasjonskoeffisienten er både for det psykiske helsearbeidet i kommunene ($r=0,16$) og for det psykiske helsevernet ($r=0,07$) tilnærmet lik null. De fem HF-områdene som kommer ut med lavest behovsindeks for voksne (Førde, Asker og Bærum, Sunnmøre, Nordmøre og Romsdal og Nord-Trøndelag HF-områder) har alle positive avvik fra gjennomsnittet i PHA-V, mens kun Sunnmøre har negativt avvik fra gjennomsnittet i PHV-V. Ser vi på de 15 HF-områdene som ligger under 1 på behovsindeksen, ligger seks under gjennomsnittet i PHV-V, mens sju ligger under gjennomsnittet i PHA-V. Vi registrerer at Førde HF-område, som er regnet som HF-området med lavest behov for tjenester i psykisk helsevern for voksne (behovsindeks = 0,88), har det nest største positive avviket fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per innbygger i PHA-V. Nordland og UNN HF-områder skiller seg ut ved at de ligger under gjennomsnittet på behovsindeksen, men har de høyeste positive avvikene fra landsgjennomsnittet i årsverk per innbygger i PHV-V.

Kort oppsummert ser vi en tendens til at årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge påvirkes av behovet for helsetjenester til psykisk syke på HF-områdenivå. Under gjennomsnittlig behov synes å gi under gjennomsnittlig årsverksinnsats, mens over gjennomsnittlig behov gir økt årsverksinnsats. Også i det psykiske helsevernet for barn og unge finner vi en viss, men ikke signifikant sammenheng. For øvrig er det ingen samvariasjon av betydning. Mangelen på sammenheng kan illustrere at det finnes potensial for å tilpasse seg en mer optimal fordeling av ressursinnsatsen mellom kommune- og spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Et fremtidig analyseprosjekt bør se på kommuner og institusjoner i psykisk helsevern – er det for eksempel slik at kommuner med nær tilknytning til spesialisthelsetjenesten (institusjon lokalisert i kommunen) har substitusjonseffekter mellom PHA og PHV, og eventuelt spesielle utslag i forhold til behovsindeksene?

9.7 Personell i psykisk helsearbeid i kommunen fordelt på tiltakskategorier

I kommunenes rapportering av årsverk i det psykiske helsearbeidet er de bedt om å oppgi hvordan personellet fordeler seg på ulike tiltak innen tjenester for barn og unge og voksne. Disse tiltakskategoriene er som følger:

Tjenester for barn og unge

- Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge
- Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak

Tjenester for voksne

- Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser
- Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne
- Aktivitetssenter og/eller dagsenter
- Andre aktiviteter, kultur- og fritidstilbud
- Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak

Vi har valgt å ta med en presentasjon av hvordan årsverkene i det psykiske helsearbeidet fordeler seg på ulike tiltakskategorier med tanke på informasjonsverdien dette kan ha for spesialisthelsetjenesten. Vi ser for oss at det kan være nyttig for de som arbeider i det psykiske helsevernet å ha kunnskap om hvilke tiltak det benyttes ressurser på i kommunene og hvor stor andel av totale årsverk de ulike tiltakene utgjør.

Tabell 9.10 viser den andelsvise fordelingen av årsverk på tiltak.

Tabell 9.10 Andel årsverk i det psykiske helsearbeidet for barn og unge og voksne, som går til ulike tiltak. Prosent. Antall (N). Helseforetaksområde. 2007

| | PHA-BU | | | | | | PHA-V | | | | | | Sum | N |
|----------------------------------|--------|----|----|-----|-------|----|-------|----|----|---|-----|--------|-----|---|
| | A | B | C | Sum | N | D | E | F | G | H | Sum | | | |
| Østfold HF-område | 43 | 50 | 6 | 100 | 184 | 42 | 42 | 9 | 2 | 5 | 100 | 638 | | |
| Akershus HF-område | 33 | 54 | 13 | 100 | 115 | 37 | 37 | 45 | 9 | 4 | 100 | 408 | | |
| Asker og Bærum HF-område | 52 | 23 | 25 | 100 | 52 | 39 | 39 | 33 | 14 | 4 | 100 | 370 | | |
| Oslo og Follo HF-område | 25 | 65 | 9 | 100 | 449 | 30 | 30 | 58 | 6 | 1 | 100 | 1 640 | | |
| Innlandet HF-område | 31 | 58 | 11 | 100 | 262 | 26 | 26 | 55 | 8 | 4 | 100 | 1 106 | | |
| Buskerud HF-område | 31 | 64 | 5 | 100 | 68 | 48 | 48 | 40 | 10 | 1 | 100 | 224 | | |
| Ringerike HF-område | 44 | 44 | 13 | 100 | 50 | 25 | 25 | 53 | 14 | 5 | 100 | 143 | | |
| Blefjell HF-område | 30 | 56 | 14 | 100 | 89 | 43 | 43 | 37 | 9 | 3 | 100 | 323 | | |
| Vestfold HF-område | 36 | 39 | 26 | 100 | 197 | 51 | 51 | 32 | 8 | 2 | 100 | 547 | | |
| Telemark HF-område | 20 | 66 | 15 | 100 | 125 | 50 | 50 | 39 | 4 | 2 | 100 | 552 | | |
| Sørlandet HF-område | 47 | 45 | 8 | 100 | 156 | 34 | 34 | 49 | 11 | 2 | 100 | 708 | | |
| Stavanger HF-område | 31 | 66 | 3 | 100 | 154 | 51 | 51 | 34 | 8 | 2 | 100 | 673 | | |
| Fonna HF-område | 35 | 57 | 8 | 100 | 91 | 53 | 53 | 32 | 10 | 2 | 100 | 404 | | |
| Bergen HF-område | 40 | 54 | 6 | 100 | 162 | 46 | 46 | 36 | 10 | 2 | 100 | 790 | | |
| Førde HF-område | 39 | 47 | 14 | 100 | 58 | 40 | 40 | 40 | 13 | 4 | 100 | 370 | | |
| Sunnmøre HF-område | 38 | 48 | 14 | 100 | 86 | 33 | 33 | 50 | 11 | 2 | 100 | 362 | | |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 41 | 46 | 14 | 100 | 88 | 44 | 44 | 36 | 11 | 3 | 100 | 382 | | |
| St. Olavs Hospital HF-område | 29 | 57 | 14 | 100 | 172 | 45 | 45 | 26 | 17 | 2 | 100 | 761 | | |
| Nord-Trøndelag HF-område | 36 | 51 | 13 | 100 | 94 | 43 | 43 | 37 | 8 | 4 | 100 | 378 | | |
| Helgeland HF-område | 49 | 31 | 20 | 100 | 38 | 33 | 33 | 47 | 11 | 2 | 100 | 168 | | |
| Nordland HF-område | 48 | 44 | 8 | 100 | 112 | 51 | 51 | 33 | 11 | 2 | 100 | 359 | | |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 34 | 60 | 6 | 100 | 103 | 50 | 50 | 33 | 11 | 2 | 100 | 499 | | |
| Finnmark HF-område | 35 | 54 | 11 | 100 | 57 | 34 | 34 | 53 | 8 | 2 | 100 | 225 | | |
| Landet | 35 | 54 | 11 | 100 | 2 961 | 40 | 40 | 42 | 9 | 2 | 100 | 12 029 | | |

Datakilde: SINTEF

A= Helsestasjons- og skolehelsetjeneste. B= Behandling, oppfølging, rehab, miljøarbeid for barn og unge. C= Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak. D= Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser. E= Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne. F= Aktivitetssenter og/eller dagsenter. G= Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud. H= Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak.

Kategorien "Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse" har den høyeste andelen årsverk i begge aldersgrupper; 54 prosent i tjenester for barn og unge og 42 prosent i tjenester for voksne på landsbasis. På HF-områdenivå er variasjonene store. Når det gjelder kategorien "Personell tilknyttet boliger for voksne" varierer det fra Fonna HF-område med 53 prosent av årsverkene sine til voksne tilknyttet bolig, til Ringerike HF-område med kun 25 prosent av årsverkene sine her. I "Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne" ligger kommunene i St. Olavs Hospital HF-område nederst med 26 prosent av årsverk til voksne i slike tjenester, mens Oslo og Follo tilsvarende har 58 prosent. Også når det gjelder tiltak for barn og unge er variasjonen stor; mens kommunene i Telemark HF-område benytter 20 prosent av årsverkene sine til barn og unge i helsestasjons- og skolehelsetjenester og 66 prosent i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid for barn og unge, benytter kommunene i Asker og Bærum HF-område over halvparten (52 prosent) av årsverkene sine i helsestasjons- og skolehelsetjeneste og 23 prosent i behandling, oppfølging osv. Andelen personell som går til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak spenner fra tre prosent i kommunene i Stavanger HF-område til 26 prosent i Vestfold HF-område.

I tabell 9.11 framstilles antall årsverk i tjenester til barn og unge per 1 000 innbyggere 0-17 år i de ulike tiltakskategoriene per HF-område. Grunnlagstallene er gitt i tabell 9.21 i vedlegg.

Tabell 9.11 Antall årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år i tjenester for barn og unge. Tiltakskategorier. Helseforetaksområde. 2007

| | Helsestasjons- og skolehelsetjeneste | Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge | Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak | Sum årsverk barn og unge |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------|
| Østfold HF-område | 1,3 | 1,6 | 0,2 | 3,1 |
| Akershus HF-område | 0,7 | 1,1 | 0,3 | 2,1 |
| Asker og Bærum HF-område | 0,7 | 0,3 | 0,3 | 1,3 |
| Oslo og Follo HF-område | 0,8 | 2,0 | 0,3 | 3,1 |
| Innlandet HF-område | 1,0 | 1,9 | 0,4 | 3,3 |
| Buskerud HF-område | 0,7 | 1,4 | 0,1 | 2,2 |
| Ringerike HF-område | 1,5 | 1,5 | 0,4 | 3,4 |
| Blefjell HF-område | 1,3 | 2,5 | 0,6 | 4,4 |
| Vestfold HF-område | 1,4 | 1,5 | 1,0 | 3,8 |
| Telemark HF-område | 0,9 | 3,0 | 0,7 | 4,6 |
| Sørlandet HF-område | 1,1 | 1,1 | 0,2 | 2,4 |
| Stavanger HF-område | 0,6 | 1,2 | 0,1 | 1,9 |
| Fonna HF-område | 0,8 | 1,2 | 0,2 | 2,2 |
| Bergen HF-område | 0,7 | 0,9 | 0,1 | 1,7 |
| Førde HF-område | 0,9 | 1,0 | 0,3 | 2,2 |
| Sunnmøre HF-område | 1,0 | 1,3 | 0,4 | 2,7 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 1,3 | 1,5 | 0,4 | 3,3 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 0,8 | 1,5 | 0,4 | 2,6 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 1,1 | 1,5 | 0,4 | 3,0 |
| Helgeland HF-område | 1,0 | 0,7 | 0,4 | 2,2 |
| Nordland HF-område | 1,8 | 1,6 | 0,3 | 3,7 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 0,8 | 1,5 | 0,1 | 2,4 |
| Finnmark HF-område | 1,2 | 1,8 | 0,4 | 3,3 |
| Landet | 0,9 | 1,5 | 0,3 | 2,7 |

Datakilde: SINTEF.

Det er stor variasjon mellom kommunene i HF-områdene når det gjelder årsverk per innbygger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Mens landsgjennomsnittet ligger så vidt under ett årsverk per 1 000 innbyggere i barne- og ungdomsbefolkningen (0-17 år), har kommunene i Nordland HF-område det dobbelte; 1,8 årsverk per 1 000 innbyggere. Kommunene i Stavanger HF-område ligger i andre enden av skalaen, og har kun 0,6 årsverk per 1 000 unge innbyggere i disse tjenestene. Flest årsverk per innbygger i tjenester for barn og unge finner vi i "Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge" – i gjennomsnitt ca. 1,5 årsverk per 1 000 unge innbyggere. Her er det kommunene

i Blefjell og Telemark HF-områder som skiller seg mest positivt fra landsgjennomsnittet med hhv. 2,5 og 3,0 årsverk per 1 000 innbyggere i disse tjenestene. Asker og Bærum HF-område ligger lengst under gjennomsnittet med 0,3 årsverk per 1 000 innbyggere. Færrest årsverk per innbygger i tjenester for barn og unge finner vi i kategorien "Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak" – gjennomsnittlig 0,3 årsverk per 1 000 innbyggere i barne- og ungdomsbefolkningen. Kommunene i Vestfold HF-område har imidlertid ett årsverk per 1 000 innbyggere her – fulgt av Telemark HF-område med 0,7. Kommunene i Bergen, Stavanger, Buskerud og UNN HF-områder ligger under gjennomsnittet med 0,1 årsverk per 1 000 innbyggere i slike tiltak. I tabell 9.12 under framstilles antall årsverk i tjenester til voksne per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i de ulike tiltakskategoriene per HF-område. Grunnlagstallene er gitt i tabell 9.22 i vedlegg.

Tabell 9.12 Antall årsverk per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i tjenester for voksne. Tiltakskategorier. Helseforetaksområde. 2007

| | Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser | Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/ faglig ledelse for voksne | Aktivitets- senter og/eller dagsenter | Andre aktiviteter, kultur og fritids- tilbud | Kom- munalt tilrette- lagte arbeids- tiltak | Sum årsverk voksne |
|----------------------------------|---|--|--|--|--|--------------------------|
| Østfold HF-område | 0,9 | 0,9 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 2,2 |
| Akershus HF-område | 0,6 | 0,8 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1,7 |
| Asker og Bærum HF-område | 1,0 | 0,9 | 0,4 | 0,1 | 0,3 | 2,7 |
| Oslo og Follo HF-område | 0,7 | 1,3 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 2,2 |
| Innlandet HF-område | 0,8 | 1,6 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 2,9 |
| Buskerud HF-område | 0,7 | 0,6 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 1,5 |
| Ringerike HF-område | 0,4 | 0,9 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 1,7 |
| Blefjell HF-område | 1,4 | 1,2 | 0,3 | 0,1 | 0,3 | 3,2 |
| Vestfold HF-område | 1,0 | 0,6 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 2,0 |
| Telemark HF-område | 2,3 | 1,8 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 4,5 |
| Sørlandet HF-område | 0,9 | 1,3 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 2,7 |
| Stavanger HF-område | 1,1 | 0,8 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 2,2 |
| Fonna HF-område | 1,3 | 0,8 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 2,5 |
| Bergen HF-område | 1,0 | 0,7 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 2,1 |
| Førde HF-område | 1,6 | 1,6 | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 3,9 |
| Sunnmøre HF-område | 0,9 | 1,4 | 0,3 | 0,0 | 0,1 | 2,8 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 1,4 | 1,2 | 0,4 | 0,1 | 0,2 | 3,3 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 1,2 | 0,7 | 0,5 | 0,1 | 0,3 | 2,7 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 1,2 | 1,0 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 2,8 |
| Helgeland HF-område | 0,7 | 1,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 2,3 |
| Nordland HF-område | 1,3 | 0,8 | 0,3 | 0,0 | 0,1 | 2,5 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 1,4 | 0,9 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 2,8 |
| Finnmark HF-område | 1,0 | 1,6 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 3,0 |
| Landet | 1,0 | 1,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 2,5 |

Datakilde: SINTEF.

Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser varierer fra 0,4 årsverk per 1 000 innbyggere i kommunene i Ringerike HF-område, til hele 2,3 årsverk per 1 000 innbyggere i Telemark HF-område. Landsgjennomsnittet ligger på 1,0 årsverk per 1 000 innbyggere, 0,1 årsverk per 1 000 innbyggere under landsgjennomsnittet for ”Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne” som ligger på 1,1 årsverk per 1 000 innbyggere. I sistnevnte kategori er det igjen kommunene i Telemark HF-område som har den høyeste personelltettheten per innbygger (1,8 per 1 000 innbyggere), mens Buskerud og Vestfold HF-områder ligger nederst med 0,6 årsverk per 1 000 innbyggere her. Når det gjelder personell ved aktivitetssenter og/eller dagsenter er personelltettheten generelt lav – 0,2 årsverk per 1 000 voksne innbyggere i gjennomsnitt, og med kommunene i St. Olavs Hospital HF-område og Førde HF-område på topp med et halvt årsverk per 1 000 innbyggere, mens Akershus HF-område og Oslo og Follo HF-område ligger nederst på tabellen med 0,1 årsverk per 1 000 voksne innbyggere her. I kategorien ”Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud” er det svært få årsverk, og svært liten variasjon (0,0-0,1 per 1 000 innbyggere). Personell i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak har en noe høyere tetthet, med mellom 0,0 og 0,3 årsverk per 1 000 voksne innbyggere. Kommunene i Blefjell, Asker og Bærum og St. Olavs Hospital HF-områder topper listen med 0,3 årsverk per 1 000 innbyggere. Kommunene i Buskerud HF-område har kun ett årsverk her til sammen, og dermed tilnærmet null per 1 000 innbyggere. I Lilleeng et al. (2009) finner man for øvrig at i Helse Sør-Øst fikk om lag 2 prosent av polikliniske pasienter i psykisk helsevern arbeidsmarkedstiltak i kommunal regi, mens i Helse Nord mottok 5 prosent av de polikliniske pasientene et slikt tilbud i 2008. Størst udekket behov har pasientene i Helse Midt-Norge.

Lilleeng et al. (2009), som analyserer data for polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008, har sett på etablert og udekket behov for kommunale tjenester hos pasienter som har mottatt poliklinisk behandling. Her finner man at pasienter i poliklinisk behandling bosatt i Helse Midt-Norge i større grad har etablert omsorgsbolig med døgnbemanning – sammenliknet med pasienter i de andre helseregionene. I Helse Vest har en større andel av pasientene omsorgsbolig med tilsyn på dagtid, og en mindre andel av pasientene etablert bolig uten tilsyn. Videre er det en lavere andel pasienter som mottar hjemmetjenester hvis de er bosatt i Helse Vest eller Midt-Norge.

9.8 Personell fordelt på utdanningskategorier

I rapporteringen for det psykiske helsearbeidet er kommunene bedt om å rapportere årsverkene i åtte forskjellige utdanningskategorier – fordelt på tjenester for barn og unge og voksne. Disse kategoriene er³⁵:

- A** = Helse-/sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- B** = Helse-/sosialfag fra videregående skole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- C** = Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- D** = Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- E** = Psykologer.
- F** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- G** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- H** = Andre.

Personelldekning fordelt på utdanningskategorier i det psykiske helsevernet gis hvert år i SAMDATA-publikasjonene, senest i Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008, kapittel 6 (Midttun, 2009). En interessant størrelse å sammenlikne på tvers av primær- og spesialisthelsetjeneste, er andelen fagårsverk av totalt antall årsverk. Vi har summert antall årsverk med universitets- og høyskoleutdanning i begge tjenestene og beregnet andeler ut fra

³⁵ Vi har her valgt å gi utdanningskategoriene benevnelse fra A-H for å få bedre plass i tabellene.

totale årsverk. Resultatet presenteres i tabell 9.13 under, og funnene diskuteres opp mot tidligere forskning på området.

Tabell 9.13 Andel årsverk (prosent) med universitets-/høgskoleutdanning i henholdsvis det psykiske helsearbeidet og det psykiske helsevernet. Antall årsverk totalt (N). Helseforetaksområde. 2007

| Helseforetaksområde | PHA-BU | PHA-V | PHV-BU | PHV-V | N PHA-BU | N PHA-V | N PHV-BU | N PHV-V |
|----------------------------------|--------|-------|--------|-------|-------------|------------|-------------|------------|
| Østfold HF-område | 79 | 53 | 66 | 61 | 184 | 454 | 257 | 733 |
| Akershus HF-område | 78 | 52 | 76 | 62 | 123 | 286 | 198 | 569 |
| Asker og Bærum HF-område | 82 | 68 | 80 | 55 | 52 | 318 | 123 | 539 |
| Oslo og Follo HF-område | 83 | 63 | 71 | 53 | 449 | 1 193 | 648 | 3 414 |
| Innlandet HF-område | 86 | 49 | 77 | 59 | 248 | 843 | 221 | 1 408 |
| Buskerud HF-område | 78 | 59 | 75 | 65 | 68 | 156 | 102 | 407 |
| Ringerike HF-område | 62 | 45 | 79 | 66 | 50 | 94 | 36 | 183 |
| Blefjell HF-område | 61 | 39 | 65 | 60 | 89 | 233 | 74 | 299 |
| Vestfold HF-område | 68 | 48 | 85 | 66 | 197 | 350 | 178 | 644 |
| Telemark HF-område | 97 | 39 | 87 | 66 | 125 | 427 | 65 | 380 |
| Sørlandet HF-område | 91 | 64 | 65 | 59 | 157 | 551 | 188 | 860 |
| Stavanger HF-område | 78 | 57 | 86 | 70 | 152 | 520 | 233 | 1 062 |
| Fonna HF-område | 74 | 49 | 85 | 56 | 91 | 313 | 112 | 558 |
| Bergen HF-område | 81 | 54 | 84 | 67 | 162 | 628 | 232 | 1 361 |
| Førde HF-område | 83 | 43 | 83 | 57 | 58 | 305 | 87 | 361 |
| Sunnmøre HF-område | 81 | 50 | 90 | 68 | 85 | 275 | 74 | 313 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 81 | 58 | 89 | 57 | 90 | 293 | 75 | 411 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 84 | 62 | 78 | 67 | 172 | 588 | 211 | 938 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 75 | 46 | 82 | 67 | 88 | 287 | 101 | 365 |
| Helgeland HF-område | 91 | 59 | 79 | 65 | 34 | 130 | 86 | 227 |
| Nordland HF-område | 86 | 51 | 84 | 57 | 107 | 241 | 137 | 528 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 60 | 60 | 83 | 64 | 102 | 395 | 150 | 772 |
| Finnmark HF-område | 81 | 43 | 80 | 64 | 57 | 167 | 94 | 368 |
| Landet | 80 | 54 | 78 | 61 | 2 937 | 9 048 | 3 682 | 16 700 |

Datakilde: SSB og SINTEF.

Ådnanes og Sitter (2007) har i forbindelse med evalueringen av Opptappingsplanen analysert utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i perioden 1998-2005. Opptappingsplanen hadde ingen spesifikk målsetting om en endelig andel personell med høyere utdanning i psykisk helsevern, men det gis et mål om at veksten i universitets- og høgskoleutdannet personell skal utgjøre 72 prosent av total personelløkning i perioden. Allerede i 2005 var dette målet nådd, da veksten i universitets- og høgskoleutdannet personell finansiert av opptappingsplanmidler var 107 prosent siden Opptappingsplanens start. Når det gjelder rekruttering til det psykiske helsearbeidet i kommunene, finner forskerne (ibid.) at andelen rekrutterte med enten høyskole eller universitetsutdanning allerede i 2005 lå på 67 prosent. Psykologer har vært en vanskelig faggruppe å rekruttere i kommunene, men for øvrig har rekrutteringen av høyt utdannet personell til psykisk helsearbeid gått veldig bra. Rapporten (ibid.) diskuterer videre om

mangelen på rekrutterte psykologer har blitt kompensert med økt rekruttering av annet høyt utdannet personell. Resultatene fra Ådnanes og Sitter (2007) viser at det er i de aller minste kommunene at rekrutteringen av høyt utdannet personell har vært høyest, og at små kommuner også har høyest andel psykiatriske sykepleiere. Det er derimot i de største kommunene det er mest vanlig å gjennomføre kompetansehevende tiltak, men generelt vurderes utdanningskapasiteten i forhold til veksten i personell i psykisk helsevern og i kommunene å være tilstrekkelig.

Våre tall for 2007 viser at i gjennomsnitt besto 80 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge av universitets- eller høyskoleutdannet personell. I psykisk helsearbeid for voksne er andelen 54 prosent. I det psykiske helsevernet er andelen fagårsverk 78 prosent i psykisk helsevern for barn og unge, og 61 prosent i psykisk helsevern for voksne. Det er altså rekruttert en høyere andel høyt utdannet personell i tjenester for barn og unge i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ser vi på fordelingen per helseforetaksområde i det psykiske helsearbeidet for barn og unge, varierer andelen med universitets- eller høyskoleutdanning fra 60 prosent av årsverkene i kommuner under UNN HF-område til hele 97 prosent av årsverkene i Telemark HF-områdes kommuner. I psykisk helsearbeid for voksne er variasjonen noe mindre; fra 39 prosent av årsverkene i kommunene i Blefjell HF-område, til 68 prosent av årsverkene i Asker og Bærum HF-område. Vi gjør oppmerksom på at organiseringen av det psykiske helsearbeidet sannsynligvis vil påvirke hvordan anslagene i forbindelse med årsverksrapporteringen gjøres. Kanskje vil det spesielt være knyttet usikkerhet til tallene i kommuner som ikke har egen enhet for psykisk helsearbeid, der man må basere estimat av årsverksinnsats på ressursbruk på brukere med psykiske lidelser og problemer.

I det psykiske helsevernet for barn og unge ligger variasjonen mellom HF-områdene innen 25 prosentpoeng – fra Blefjell HF-område med 65 prosent høyt utdannede årsverk til Sunnmøre HF-område med 90 prosent. I psykisk helsevern for voksne ligger Oslo og Follo HF-område lavest med 53 prosent høyt utdannede årsverk, mens Stavanger HF-område ligger på topp med 70 prosent.

I tabell 9.14 og 9.15 framstilles antall årsverk i det psykiske helsearbeidet for barn og unge og voksne i de ulike utdanningskategoriene per 10 000 innbyggere. Grunnlagstallene de relative størrelsene baseres på er presentert i tabell 9.23 og 9.24 i vedlegg. I stedet for å kommentere tabellene verbalt, har vi laget en tabell 9.16 som lister (i rangert rekkefølge) de tre helseforetaksområdene med henholdsvis høyeste og laveste antall årsverk per innbygger i psykisk helsearbeid for barn og unge og voksne.

Tabell 9.14 Antall årsverk fordelt på utdanningskategori i psykisk helsearbeid for barn og unge per 10 000 innbyggere i befolkningen 0-17 år. Antall årsverk totalt per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområde. 2007

| Helseforetaksområde | | A | B | C | D | E | F | G | H | Totalt |
|---------------------|----------------------------------|-----|-----|-----|------|-----|-----|------|------|--------|
| Sør-Øst | Østfold HF-område | 0,9 | 3,5 | 2,9 | 8,6 | 0,4 | 2,5 | 9,8 | 2,3 | 30,8 |
| | Akershus HF-område | 0,2 | 0,2 | 1,9 | 7,0 | 2,2 | 1,3 | 4,9 | 4,4 | 22,2 |
| | Asker og Bærum HF-område | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 1,9 | 2,7 | 1,4 | 2,7 | 2,3 | 12,6 |
| | Oslo og Follo HF-område | 1,0 | 2,1 | 3,0 | 10,6 | 1,4 | 1,6 | 9,0 | 2,0 | 30,8 |
| | Innlandet HF-område | 0,7 | 1,6 | 3,4 | 15,0 | 1,1 | 0,8 | 6,3 | 2,1 | 30,9 |
| | Buskerud HF-område | 0,6 | 2,2 | 3,6 | 4,8 | 1,9 | 0,0 | 6,8 | 2,0 | 21,9 |
| | Ringerike HF-område | 2,6 | 5,9 | 4,0 | 11,9 | 1,3 | 0,1 | 3,9 | 4,2 | 34,0 |
| | Blefjell HF-område | 1,1 | 6,1 | 6,2 | 6,3 | 0,0 | 1,1 | 13,0 | 9,9 | 43,6 |
| | Vestfold HF-område | 0,0 | 2,1 | 3,8 | 13,3 | 1,2 | 1,5 | 6,2 | 10,0 | 38,2 |
| | Telemark HF-område | 0,0 | 1,0 | 8,3 | 24,9 | 1,2 | 0,2 | 9,5 | 0,4 | 45,5 |
| | Sørlandet HF-område | 0,2 | 1,1 | 4,8 | 8,7 | 0,9 | 2,0 | 5,2 | 0,8 | 23,7 |
| Vest | Stavanger HF-område | 0,3 | 2,1 | 1,7 | 4,1 | 2,1 | 2,2 | 4,4 | 1,6 | 18,6 |
| | Fonna HF-område | 0,3 | 4,6 | 3,7 | 7,4 | 1,7 | 0,6 | 2,6 | 0,8 | 21,8 |
| | Bergen HF-område | 0,5 | 1,3 | 1,4 | 6,9 | 1,9 | 1,4 | 2,3 | 1,5 | 17,2 |
| | Førde HF-område | 0,5 | 1,8 | 2,8 | 8,2 | 2,0 | 0,3 | 5,1 | 1,6 | 22,2 |
| Midt-Norge | Sunnmøre HF-område | 0,0 | 2,3 | 2,0 | 12,3 | 0,8 | 0,2 | 6,4 | 2,9 | 26,9 |
| | Nordmøre og Romsdal HF-område | 0,0 | 2,3 | 2,4 | 16,3 | 1,0 | 1,4 | 6,2 | 4,3 | 33,9 |
| | St. Olavs Hospital HF-område | 0,7 | 2,0 | 4,0 | 10,8 | 2,2 | 2,6 | 2,5 | 1,7 | 26,5 |
| | Nord-Trøndelag HF-område | 0,9 | 3,4 | 3,4 | 11,2 | 0,3 | 1,1 | 4,6 | 2,7 | 27,5 |
| Nord | Helgeland HF-område | 0,0 | 0,5 | 1,4 | 9,5 | 0,0 | 1,2 | 5,3 | 1,2 | 19,2 |
| | Nordland HF-område | 0,3 | 3,2 | 3,3 | 24,0 | 0,9 | 1,8 | 0,5 | 1,4 | 35,5 |
| | Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 0,4 | 5,8 | 3,8 | 7,9 | 1,0 | 0,3 | 1,5 | 3,4 | 24,0 |
| | Finnmark HF-område | 0,4 | 1,4 | 4,0 | 14,3 | 0,9 | 0,7 | 6,5 | 4,4 | 32,5 |
| Landet | Landet | 0,5 | 2,2 | 3,1 | 10,0 | 1,4 | 1,4 | 5,5 | 2,6 | 26,7 |

Datakilde: SINTEF

A = Helse-/ sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **B** = Helse-/sosialfag fra videregående skole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **C** = Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **D** = Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **E** = Psykologer. **F** = Andre med høgskole-/ universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **G** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **H** = Andre.

Tabell 9.15 Antall årsverk fordelt på utdanningskategori i psykisk helsearbeid for voksne per 10 000 innbyggere i befolkningen 18 år og eldre. Antall årsverk totalt per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområde. 2007

| Helseforetaksområde | | A | B | C | D | E | F | G | H | Totalt |
|---------------------|----------------------------------|-----|------|-----|------|-----|-----|-----|------|--------|
| Sør-Øst | Østfold HF-område | 2,8 | 5,2 | 4,8 | 5,2 | 0,0 | 0,8 | 0,9 | 2,5 | 22,2 |
| | Akershus HF-område | 2,2 | 3,8 | 2,9 | 4,3 | 0,2 | 0,4 | 0,9 | 2,0 | 16,7 |
| | Asker og Bærum HF-område | 1,6 | 4,0 | 5,6 | 5,4 | 0,2 | 0,7 | 6,2 | 2,8 | 26,5 |
| | Oslo og Follo HF-område | 1,3 | 3,5 | 3,7 | 6,8 | 0,1 | 0,6 | 2,6 | 3,2 | 21,8 |
| | Innlandet HF-område | 4,0 | 7,7 | 5,8 | 6,4 | 0,0 | 0,8 | 1,3 | 3,0 | 28,8 |
| | Buskerud HF-område | 2,4 | 2,7 | 3,5 | 3,0 | 0,0 | 0,0 | 2,6 | 1,2 | 15,4 |
| | Ringerike HF-område | 3,8 | 3,1 | 3,9 | 3,3 | 0,0 | 0,1 | 0,4 | 2,5 | 17,2 |
| | Blefjell HF-område | 7,1 | 8,5 | 4,7 | 4,9 | 0,0 | 0,3 | 2,6 | 3,7 | 31,7 |
| | Vestfold HF-område | 1,7 | 4,7 | 3,7 | 4,6 | 0,1 | 0,3 | 0,8 | 4,1 | 20,0 |
| | Telemark HF-område | 8,3 | 10,6 | 4,3 | 8,8 | 0,0 | 0,3 | 3,9 | 8,5 | 44,7 |
| | Sørlandet HF-område | 2,3 | 5,2 | 7,3 | 7,7 | 0,0 | 0,6 | 1,5 | 2,3 | 26,8 |
| Vest | Stavanger HF-område | 2,3 | 5,6 | 4,9 | 6,6 | 0,0 | 0,3 | 1,0 | 1,7 | 22,4 |
| | Fonna HF-område | 4,5 | 5,7 | 6,1 | 5,2 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 2,7 | 25,0 |
| | Bergen HF-område | 2,6 | 4,5 | 4,1 | 5,9 | 0,0 | 0,1 | 1,2 | 2,5 | 20,9 |
| | Førde HF-område | 4,1 | 11,6 | 5,0 | 9,7 | 0,0 | 0,3 | 1,5 | 5,9 | 38,1 |
| Midt-Norge | Sunnmøre HF-område | 2,1 | 8,6 | 5,4 | 6,7 | 0,1 | 0,2 | 1,6 | 3,2 | 27,9 |
| | Nordmøre og Romsdal HF-område | 5,6 | 4,8 | 5,9 | 11,1 | 0,2 | 0,1 | 1,6 | 3,3 | 32,6 |
| | St. Olavs Hospital HF-område | 3,6 | 4,9 | 5,6 | 7,7 | 0,3 | 1,9 | 1,4 | 1,8 | 27,1 |
| | Nord-Trøndelag HF-område | 4,6 | 8,4 | 4,4 | 6,7 | 0,0 | 1,6 | 0,3 | 2,4 | 28,5 |
| Nord | Helgeland HF-område | 3,0 | 4,2 | 8,5 | 2,4 | 0,0 | 0,2 | 2,2 | 2,0 | 22,5 |
| | Nordland HF-område | 2,6 | 6,4 | 5,3 | 6,3 | 0,0 | 0,2 | 0,6 | 3,1 | 24,5 |
| | Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 3,1 | 5,0 | 6,9 | 6,8 | 0,0 | 1,6 | 1,2 | 3,2 | 27,9 |
| | Finnmark HF-område | 2,9 | 6,7 | 7,0 | 5,6 | 0,0 | 0,1 | 0,5 | 7,6 | 30,4 |
| Landet | 3,0 | 5,4 | 4,9 | 6,3 | 0,1 | 0,6 | 1,7 | 3,0 | 24,9 | |

Datakilde: SINTEF

A = Helse-/ sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **B** = Helse-/sosialfag fra videregående skole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **C** = Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **D** = Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **E** = Psykologer. **F** = Andre med høgskole-/ universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **G** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **H** = Andre.

Tabell 9.16 HF-områder som skårer hlv. høyest og lavest på antall årsverk per 10 000 innbyggere i de ulike utdanningskategorier. Det psykiske helsearbeidet i kommunen. Tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. Helseforetaksområde, 2007

| | Helse- og sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid | Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helsearbeid | Helse-/ sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid | Helse-/ sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid | Psykologer | Andre med høgskole-/ universitets- utdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid | Andre med høgskole-/ universitets- utdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid | Andre | Sum antall årsverk |
|--|---|--|---|--|------------------------|--|---|-----------------------|------------------------|
| Tjenester for barn og unge | | | | | | | | | |
| 3 HF- områder som skårer høyest | Ringerike | Blefjell | Telemark | Telemark | Asker og Bærum | St. Olavs Hospital | Blefjell | Vestfold | Telemark |
| | Blefjell | Ringerike | Blefjell | Nordland | St. Olavs Hospital | Østfold | Østfold | Blefjell | Blefjell |
| | Oslo og Follo | UNN | Sørlandet | Nordmøre | Akershus | Stavanger | Telemark | Finnmark | Vestfold |
| 3 HF- områder som skårer lavest | Helgeland | Asker og Bærum | Helgeland | Asker og Bærum | Blefjell | Buskerud | Nordland | Telemark | Asker og Bærum |
| | Sunnmøre | Akershus | Bergen | Stavanger | Helgeland | Ringerike | UNN | Fonna | Bergen |
| | Nordmøre og Romsdal | Helgeland | Asker og Bærum | Buskerud | Nord- Trøndelag | Sunnmøre | Bergen | Sørlandet | Stavanger |
| Tjenester for voksne | | | | | | | | | |
| 3 HF- områder som skårer høyest | Telemark | Førde | Helgeland | Nordmøre og Romsdal | St. Olavs Hospital | St. Olavs Hospital | Asker og Bærum | Telemark | Telemark |
| | Blefjell | Telemark | Sørlandet | Førde | Nordmøre og Romsdal | UNN | Telemark | Finnmark | Førde |
| | Nordmøre og Romsdal | Sunnmøre | Finnmark | Telemark | Asker og Bærum | Nord-Trøndelag | Oslo og Follo | Førde | Nordmøre og Romsdal |
| 3 HF- områder som skårer lavest | Oslo og Follo | Buskerud | Akershus | Helgeland | Helgeland | Buskerud | Nord-Trøndelag | Buskerud | Buskerud |
| | Asker og Bærum | Ringerike | Buskerud | Buskerud | Buskerud | Fonna | Ringerike | Stavanger | Akershus |
| | Vestfold | Oslo og Follo | Oslo og Follo | Ringerike | Ringerike | Ringerike | Finnmark | St. Olavs Hospital | Ringerike |

9.9 Organisering av personell i det psykiske helsearbeidet

Den enkelte kommune avgjør selv hvordan den vil organisere det psykiske helsearbeidet. Med 431 kommuner (2007) er det opplagt mange former for organisering som foreligger. I forbindelse med evalueringer av Opptappingsplanen for psykiske helse 1999-2008 har SINTEF, i samarbeid med Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR), i flere prosjekter bedt kommunene rapportere på *den* av fire foreslåtte modeller for organisering av det psykiske helsearbeidet som likner mest på deres organiseringsmåte. Dette for å få en oversikt over hvordan det psykiske helsearbeidet i landet er organisert, og muliggjøre analyser som kan si noe om hva som kjennetegner kommuner med en gitt type organisering av det psykiske helsearbeidet. Vi tar forbehold om at det er gjort skjønnsmessige vurderinger i rapporteringen, og at det kan finnes måter å organisere tjenestene på som ikke fanges opp her.

De fire modellene er beskrevet under (det er rapportert separat for tjenester for voksne og barn og unge). Vi vil i det følgende også trekke inn relevante resultat fra analyser på kommunenivå gjort i kapittel 8 i Ose et al. (2009). I tabell 9.17 og 9.18 presenteres andelen av kommunene som svarer at de organiserer tjenestene etter en viss modell. Det nye bidraget i dette kapitlet er at oversikten er presentert på helseforetaksområdenivå. Slik kan det enkelte helseforetaksområde få informasjon om hvilken type organisering som er dominerende i de tilhørende kommunene. Sett i sammenheng med resultatene fra analysene på kommunenivå, kan dette være interessant i et samhandlingsperspektiv.

- **Modell 1:** Arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, på lik linje med enheter eksempelvis for pleie- og omsorg, for sosiale tjenester og for kommunale tjenester. Enheten har egen leder, eget budsjett og egen personalgruppe – som yter tjenester kun relatert til psykisk helsearbeid.
Kortversjon: Modell 1 = Egen enhet med egen leder og eget budsjett.
- **Modell 2:** Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske vansker/lidelser benytter. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert en egen enhet for psykisk helsearbeid.
Kortversjon: Modell 2 = Integrert i øvrige tjenester
- **Modell 3:** Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helsearbeid for voksne/barn og unge i stab hos rådmannen eller hos helse- og sosialsjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.
Kortversjon: Modell 3 = Integrert med klar plassering av ansvaret
- **Modell 4:** Kommunen har etablert en egen tjeneste (organisatorisk plassert under én eller flere enheter), med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. Kommunene er bedt om å oppgi om personellet er organisatorisk plassert i enhet eksempelvis for pleie og omsorg, for sosiale tjenester, for kommunale tjenester eller en annen type enhet – eller i PP-tjenesten.
Kortversjon: Modell 4 = Egen spesialisert tjeneste

43 prosent av de 416 kommunene som oppgav hvordan det psykiske helsearbeidet for barn og unge var organisert i 2007, svarer at de har modell 2 – psykisk helsearbeid integrert i øvrige tjenester. I Telemark HF-område har samtlige kommuner organisert tjenestene for barn og unge etter modell 2. I det psykiske helsearbeidet for voksne har 44 prosent av kommunene organisert tjenestene etter modell 4, mens 31 prosent har valgt modell 1.

I analysene av kommunal variasjon i organisering av tjenestene fant Ose et al. (2009) at valg av modell er sammenfallende med kjennetegn ved befolkningen i kommunen. De mest innbyggerrike kommunene velger typisk modell 1 eller 2, mens de mindre kommunene velger 3 eller 4 – de aller minste kommunene velger oftest modell 3 (integriert med klar plassering av ansvar). Av HF-områdene er det Blefjell, Sunnmøre og Helgeland som har den høyeste andelen kommuner med modell 3 (25 prosent). De aller minste kommunene har relativt høye øremerkede tilskudd og frie inntekter, men lavere skatteinntekter, sammenliknet med større kommuner. De karakteriseres videre med spredt bosetting, høy andel uføre med psykiatrisk diagnose og relativt lav årsverksinnsats og egenfinansieringsgrad.

Behovet for kommunale boliger og omsorgsboliger varierer også med valgt organiseringsmodell. Kommuner som har valgt modell 2 eller 4 har vesentlig høyere boligbehov enn kommuner som har valgt én av de to andre modellene. Når det gjelder tjenester til de ulike aldersgruppene, er det slik at en stor andel av kommunene som har valgt modellene 1 eller 3 for voksne, typisk har valgt modell 2 for barn og unge.

Tabell 9.17 Andel kommuner i hvert HF-område som har organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge i henholdsvis modell 1-4. Prosent. Helseforetaksområde. 2007

| Helseregion | Helseforetaksområde | Modell | Modell | Modell | Modell | Sum | N* |
|---------------------|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|-----|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Sør-Øst | Østfold HF-område | 33 | 33 | 7 | 27 | 100 | 15 |
| | Akershus HF-område | 29 | 50 | 0 | 21 | 100 | 14 |
| | Asker og Bærum HF-område | 0 | 50 | 0 | 50 | 100 | 2 |
| | Oslo og Follo HF-område | 50 | 33 | 0 | 17 | 100 | 6 |
| | Innlandet HF-område | 19 | 47 | 5 | 30 | 100 | 43 |
| | Buskerud HF-område | 75 | 0 | 0 | 25 | 100 | 4 |
| | Ringerike HF-område | 20 | 50 | 10 | 20 | 100 | 10 |
| | Blefjell HF-område | 19 | 19 | 25 | 38 | 100 | 16 |
| | Vestfold HF-område | 21 | 57 | 14 | 7 | 100 | 14 |
| | Telemark HF-område | 0 | 100 | 0 | 0 | 100 | 7 |
| Sørlandet HF-område | 10 | 40 | 17 | 33 | 100 | 30 | |
| Vest | Stavanger HF-område | 33 | 28 | 0 | 39 | 100 | 18 |
| | Fonna HF-område | 21 | 37 | 11 | 32 | 100 | 19 |
| | Bergen HF-område | 9 | 45 | 14 | 32 | 100 | 22 |
| | Førde HF-område | 4 | 65 | 8 | 23 | 100 | 26 |
| Midt-Norge | Sunnmøre HF-område | 6 | 50 | 25 | 19 | 100 | 16 |
| | Nordmøre og Romsdal HF-område | 11 | 53 | 5 | 32 | 100 | 19 |
| | St. Olavs Hospital HF-område | 4 | 43 | 4 | 48 | 100 | 23 |
| | Nord-Trøndelag HF-område | 19 | 31 | 15 | 35 | 100 | 26 |
| Nord | Helgeland HF-område | 6 | 19 | 25 | 50 | 100 | 16 |
| | Nordland HF-område | 26 | 26 | 11 | 37 | 100 | 19 |
| | Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 13 | 50 | 9 | 28 | 100 | 32 |
| | Finnmark HF-område | 16 | 47 | 0 | 37 | 100 | 19 |
| Landet | | 17 | 43 | 10 | 31 | 100 | 416 |

*Merk: Ikke alle kommuner har besvart spørsmålet om organisering, og antall kommuner vil derfor ikke summere seg til 431.

Tabell 9.18 Andel kommuner i hvert HF-område som har organisert det psykiske helsearbeidet for voksne i henholdsvis modell 1-4. Prosent. Antall kommuner som har besvart spørsmålet. Helseforetaksområde. 2007

| Helseregion | Helseforetaksområde | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 | Modell 4 | Sum | N* |
|-------------|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----|-----|
| Sør-Øst | Østfold HF-område | 47 | 13 | 0 | 40 | 100 | 15 |
| | Akershus HF-område | 57 | 14 | 7 | 21 | 100 | 14 |
| | Asker og Bærum HF-område | 50 | 0 | 0 | 50 | 100 | 2 |
| | Oslo og Follo HF-område | 83 | 0 | 0 | 17 | 100 | 6 |
| | Innlandet HF-område | 39 | 11 | 2 | 48 | 100 | 44 |
| | Buskerud HF-område | 75 | 0 | 0 | 25 | 100 | 4 |
| | Ringerike HF-område | 40 | 10 | 0 | 50 | 100 | 10 |
| | Blefjell HF-område | 25 | 0 | 19 | 56 | 100 | 16 |
| | Vestfold HF-område | 36 | 21 | 14 | 29 | 100 | 14 |
| | Telemark HF-område | 57 | 14 | 0 | 29 | 100 | 7 |
| | Sørlandet HF-område | 17 | 17 | 13 | 53 | 100 | 30 |
| Vest | Stavanger HF-område | 56 | 11 | 0 | 33 | 100 | 18 |
| | Fonna HF-område | 26 | 16 | 11 | 47 | 100 | 19 |
| | Bergen HF-område | 27 | 9 | 9 | 55 | 100 | 22 |
| | Førde HF-område | 27 | 23 | 4 | 46 | 100 | 26 |
| Midt-Norge | Sunnmøre HF-område | 24 | 12 | 18 | 47 | 100 | 17 |
| | Nordmøre og Romsdal HF-område | 11 | 42 | 5 | 42 | 100 | 19 |
| | St. Olavs Hospital HF-område | 9 | 18 | 5 | 68 | 100 | 22 |
| | Nord-Trøndelag HF-område | 15 | 23 | 19 | 42 | 100 | 26 |
| Nord | Helgeland HF-område | 18 | 6 | 24 | 53 | 100 | 17 |
| | Nordland HF-område | 26 | 21 | 11 | 42 | 100 | 19 |
| | Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 31 | 19 | 9 | 41 | 100 | 32 |
| | Finnmark HF-område | 37 | 32 | 0 | 32 | 100 | 19 |
| Landet | | 31 | 17 | 8 | 44 | 100 | 418 |

*Merk: Ikke alle kommuner har besvart spørsmålet om organisering, og antall kommuner vil derfor ikke summere seg til 431.

Vedleggstabeller

Tabell 9.19 Antall kommuner i hver helseregion. 2007

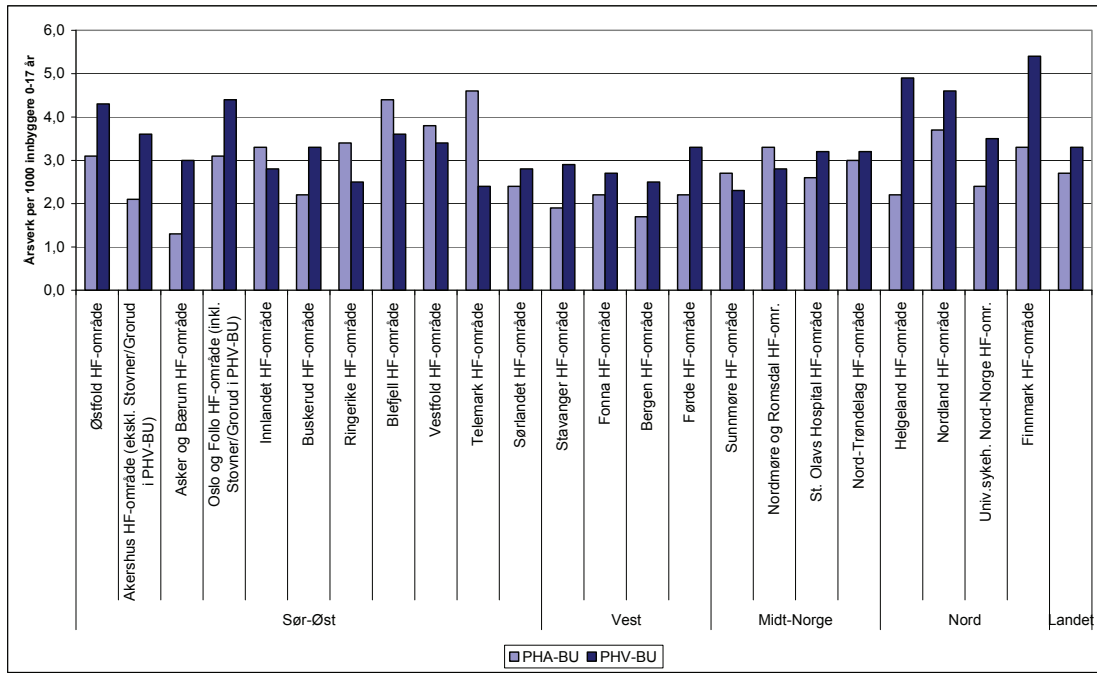
| Helseregion | Antall kommuner per region |
|-------------|----------------------------|
| Sør-Øst | 172 |
| Vest | 85 |
| Midt-Norge | 87 |
| Nord | 87 |
| Sum landet | 431 |

Datakilde: SSB.

Tabell 9.20 Antall kommuner i hvert helseforetaksområde. Andel kommuner (prosent) med færre enn 5 000 innbyggere. Helseforetaksområde. 2007

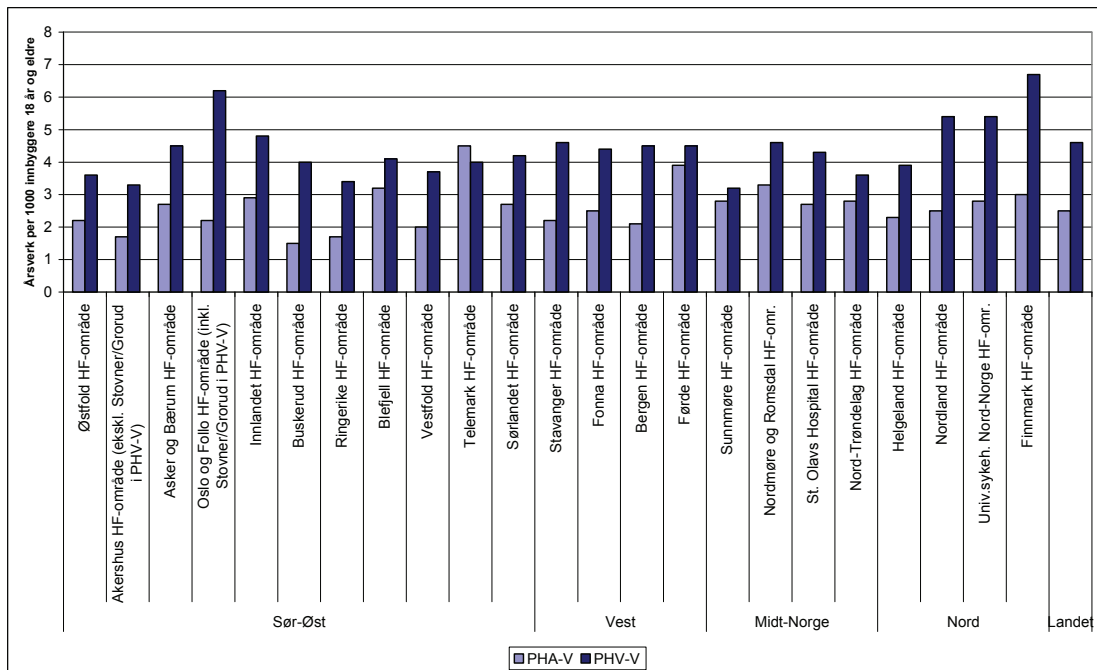
| Helseforetaksområde | Antall kommuner per HF-område | Andel kommuner med < 5 000 innbyggere |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Østfold HF-område | 17 | 35 |
| Akershus HF-område | 14 | 14 |
| Asker og Bærum HF-område | 2 | 0 |
| Oslo og Follo HF-område | 8 | 0 |
| Innlandet HF-område | 48 | 46 |
| Buskerud HF-område | 5 | 0 |
| Ringerike HF-område | 10 | 70 |
| Blefjell HF-område | 17 | 71 |
| Vestfold HF-område | 14 | 21 |
| Telemark HF-område | 7 | 29 |
| Sørlandet HF-område | 30 | 53 |
| Stavanger HF-område | 18 | 44 |
| Fonna HF-område | 19 | 58 |
| Bergen HF-område | 22 | 55 |
| Førde HF-område | 26 | 69 |
| Sunnmøre HF-område | 17 | 47 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 20 | 55 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 24 | 54 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 26 | 73 |
| Helgeland HF-område | 17 | 76 |
| Nordland HF-område | 19 | 58 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 32 | 81 |
| Finnmark HF-område | 19 | 79 |
| Sum landet | 431 | 55 |

Datakilde: SINTEF.



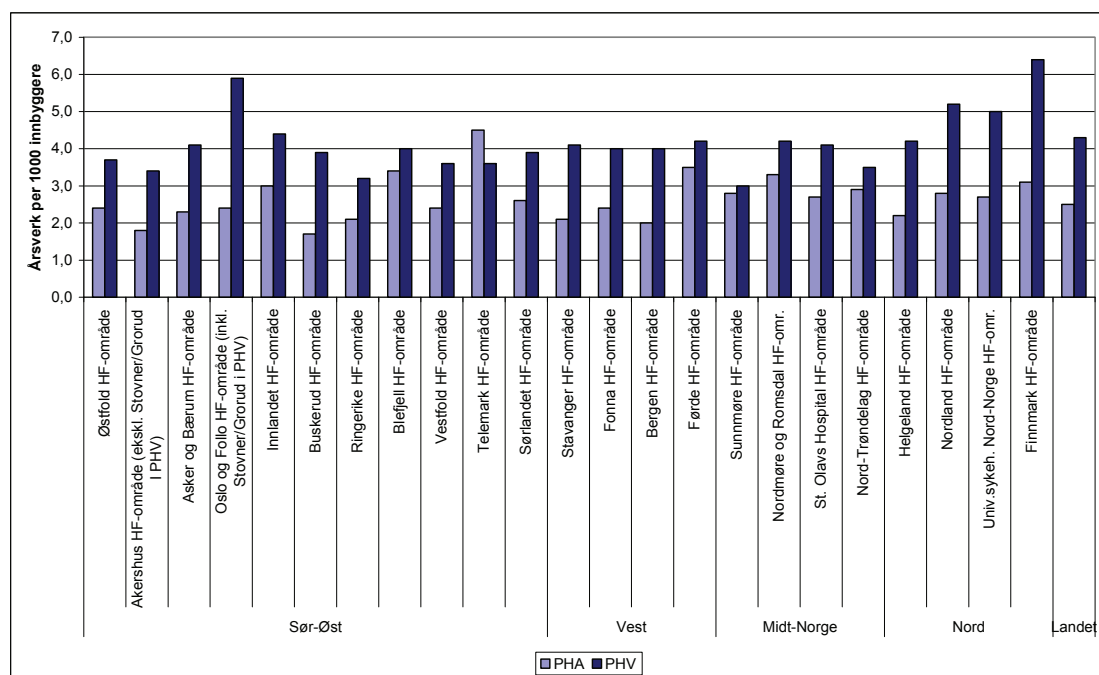
Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.9 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 0-17 år i det psykiske helsearbeidet i kommunen for barn og unge (PHA-BU) og i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU). Helseforetaksområde. 2007



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.10 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre i det psykiske helsearbeidet i kommunene for voksne (PHA-V) og i det psykiske helsevernet for voksne (PHV-V). Helseforetaksområde. 2007



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.11 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) totalt. Helseforetaksområde, 2007

Tabell 9.21 Behovsindekser basert på beregninger i NOU 2008:2 per helseforetaksområde

| Helseforetaksområde | Behovsindeks barn og unge | Behovsindeks voksne |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Østfold HF-område | 1,05 | 1,03 |
| Akershus HF-område | 0,95 | 0,97 |
| Asker og Bærum HF-område | 0,89 | 0,89 |
| Oslo og Follo HF-område | 0,99 | 1,14 |
| Innlandet HF-område | 1,04 | 0,97 |
| Buskerud HF-område | 1,00 | 1,03 |
| Ringerike HF-område | 1,05 | 0,93 |
| Blefjell HF-område | 1,04 | 0,98 |
| Vestfold HF-område | 1,05 | 1,02 |
| Telemark HF-område | 1,09 | 1,05 |
| Sørlandet HF-område | 1,01 | 1,06 |
| Stavanger HF-område | 0,90 | 0,96 |
| Fonna HF-område | 0,95 | 0,93 |
| Bergen HF-område | 0,96 | 0,98 |
| Førde HF-område | 0,92 | 0,88 |
| Sunnmøre HF-område | 0,96 | 0,89 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 1,02 | 0,92 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 1,00 | 1,00 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 1,01 | 0,92 |
| Helgeland HF-område | 1,11 | 0,95 |
| Nordland HF-område | 1,08 | 0,96 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 1,09 | 0,98 |
| Finnmark HF-område | 1,14 | 1,03 |
| Landet | 1,00 | 1,00 |

Tabell 9.22 Antall årsverk fordelt på tiltakskategorier i tjenester for barn og unge i kommunene. Helseforetaksområder. 2007

| Helseforetaksområde | Helsestasjons- og skolehelse-tjeneste | Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge | Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak | Sum årsverk barn og unge | Sum årsverk totalt |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Østfold HF-område | 79 | 93 | 12 | 184 | 638 |
| Akershus HF-område | 39 | 62 | 14 | 115 | 408 |
| Asker og Bærum HF-område | 27 | 12 | 13 | 52 | 370 |
| Oslo og Follo HF-område | 115 | 294 | 41 | 449 | 1 640 |
| Innlandet HF-område | 82 | 152 | 29 | 262 | 1 106 |
| Buskerud HF-område | 21 | 44 | 4 | 68 | 224 |
| Ringerike HF-område | 22 | 22 | 6 | 50 | 143 |
| Blefjell HF-område | 26 | 50 | 13 | 89 | 323 |
| Vestfold HF-område | 70 | 76 | 50 | 197 | 547 |
| Telemark HF-område | 24 | 82 | 18 | 125 | 552 |
| Sørlandet HF-område | 73 | 70 | 13 | 156 | 708 |
| Stavanger HF-område | 48 | 101 | 5 | 154 | 673 |
| Fonna HF-område | 32 | 52 | 7 | 91 | 404 |
| Bergen HF-område | 65 | 87 | 10 | 162 | 790 |
| Førde HF-område | 23 | 27 | 8 | 58 | 370 |
| Sunnmøre HF-område | 33 | 41 | 12 | 86 | 362 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 36 | 41 | 12 | 88 | 382 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 50 | 97 | 25 | 172 | 761 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 34 | 48 | 12 | 94 | 378 |
| Helgeland HF-område | 18 | 12 | 8 | 38 | 168 |
| Nordland HF-område | 54 | 49 | 9 | 112 | 359 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 35 | 63 | 6 | 103 | 499 |
| Finnmark HF-område | 20 | 31 | 6 | 57 | 225 |
| Landet | 1 025 | 1 604 | 332 | 2 961 | 12 029 |

Datakilde: SINTEF.

Tabell 9.23 Antall årsverk fordelt på tiltakskategorier i tjenester for voksne i kommunene. Helseforetaksområder. 2007

| Helseforetaksområde | Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser | Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/ faglig ledelse for voksne | Aktivitets- senter og/eller dagsenter | Andre aktiviteter, kultur og fritids- tilbud | Kom- munalt tilrette- lagte arbeids- tiltak | Sum årsverk voksne |
|-------------------------------------|---|--|--|--|--|--------------------------|
| Østfold HF-område | 191 | 192 | 40 | 8 | 23 | 454 |
| Akershus HF-område | 108 | 132 | 26 | 11 | 16 | 292 |
| Asker og Bærum HF-område | 123 | 104 | 45 | 13 | 33 | 318 |
| Oslo og Follo HF-område | 360 | 693 | 69 | 10 | 59 | 1 191 |
| Innlandet HF-område | 220 | 462 | 68 | 37 | 56 | 843 |
| Buskerud HF-område | 75 | 63 | 16 | 2 | 1 | 156 |
| Ringerike HF-område | 23 | 49 | 13 | 5 | 3 | 93 |
| Blefjell HF-område | 100 | 87 | 21 | 7 | 18 | 234 |
| Vestfold HF-område | 179 | 112 | 30 | 7 | 22 | 350 |
| Telemark HF-område | 215 | 167 | 17 | 8 | 19 | 427 |
| Sørlandet HF-område | 186 | 270 | 60 | 14 | 23 | 553 |
| Stavanger HF-område | 267 | 179 | 39 | 9 | 25 | 520 |
| Fonna HF-område | 167 | 101 | 30 | 7 | 8 | 313 |
| Bergen HF-område | 288 | 225 | 62 | 11 | 42 | 628 |
| Førde HF-område | 125 | 125 | 41 | 12 | 10 | 311 |
| Sunnmøre HF-område | 92 | 139 | 30 | 5 | 11 | 276 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 129 | 106 | 34 | 8 | 17 | 294 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 265 | 152 | 101 | 13 | 59 | 590 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 123 | 105 | 22 | 11 | 23 | 284 |
| Helgeland HF-område | 43 | 61 | 14 | 3 | 10 | 131 |
| Nordland HF-område | 126 | 81 | 26 | 4 | 10 | 247 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 198 | 131 | 42 | 9 | 16 | 396 |
| Finnmark HF-område | 57 | 89 | 13 | 3 | 5 | 168 |
| Landet | 3 662 | 3 824 | 858 | 217 | 509 | 9 069 |

Datakilde: SINTEF.

Tabell 9.24 Antall årsverk fordelt på utdanningskategorier i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene. Helseforetaksområder. 2007

| Helseforetaksområde | A | B | C | D | E | F | G | H | Sum antall årsverk |
|----------------------------------|------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|
| Østfold HF-område | 5,1 | 20,7 | 17,3 | 51,7 | 2,5 | 14,8 | 58,6 | 13,6 | 184,2 |
| Akershus HF-område | 1,0 | 1,3 | 10,7 | 38,7 | 12,3 | 7,0 | 27,3 | 24,4 | 122,7 |
| Asker og Bærum HF-område | 0,0 | 0,1 | 6,2 | 8,0 | 11,2 | 5,6 | 11,3 | 9,5 | 51,9 |
| Oslo og Follo HF-område | 14,4 | 31,3 | 43,2 | 155,3 | 20,9 | 23,8 | 131,9 | 28,5 | 449,3 |
| Innlandet HF-område | 5,7 | 13,0 | 27,2 | 119,9 | 9,0 | 6,3 | 50,4 | 16,7 | 248,1 |
| Buskerud HF-område | 2,0 | 6,8 | 11,0 | 15,0 | 5,8 | 0,0 | 20,9 | 6,3 | 67,8 |
| Ringerike HF-område | 3,9 | 8,7 | 5,8 | 17,4 | 1,9 | 0,2 | 5,7 | 6,2 | 49,8 |
| Blefjell HF-område | 2,2 | 12,5 | 12,6 | 12,8 | 0,0 | 2,3 | 26,5 | 20,3 | 89,2 |
| Vestfold HF-område | 0,0 | 10,6 | 19,7 | 68,7 | 6,2 | 7,8 | 32,1 | 51,8 | 196,9 |
| Telemark HF-område | 0,0 | 2,8 | 22,8 | 68,1 | 3,3 | 0,5 | 25,9 | 1,2 | 124,6 |
| Sørlandet HF-område | 1,1 | 7,3 | 31,9 | 57,5 | 6,0 | 13,2 | 34,7 | 5,1 | 156,7 |
| Stavanger HF-område | 2,5 | 17,5 | 14,1 | 33,3 | 17,4 | 18,0 | 35,5 | 13,3 | 151,5 |
| Fonna HF-område | 1,3 | 19,3 | 15,5 | 30,9 | 7,3 | 2,6 | 10,8 | 3,2 | 90,9 |
| Bergen HF-område | 4,3 | 12,0 | 13,5 | 64,9 | 18,3 | 12,8 | 22,1 | 14,3 | 162,1 |
| Førde HF-område | 1,2 | 4,7 | 7,4 | 21,4 | 5,2 | 0,7 | 13,3 | 4,1 | 58,0 |
| Sunnmøre HF-område | 0,0 | 7,4 | 6,4 | 38,8 | 2,6 | 0,6 | 20,3 | 9,1 | 85,2 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 0,0 | 6,0 | 6,4 | 43,4 | 2,7 | 3,6 | 16,6 | 11,5 | 90,2 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 4,4 | 12,7 | 26,2 | 70,1 | 14,0 | 17,0 | 16,2 | 11,1 | 171,6 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 2,9 | 10,7 | 10,9 | 35,6 | 0,8 | 3,5 | 14,7 | 8,5 | 87,5 |
| Helgeland HF-område | 0,0 | 0,9 | 2,5 | 16,6 | 0,0 | 2,1 | 9,3 | 2,1 | 33,5 |
| Nordland HF-område | 1,0 | 9,6 | 9,9 | 72,1 | 2,8 | 5,5 | 1,5 | 4,2 | 106,5 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 1,6 | 24,8 | 16,0 | 33,8 | 4,2 | 1,2 | 6,5 | 14,3 | 102,3 |
| Finnmark HF-område | 0,7 | 2,5 | 6,9 | 24,9 | 1,5 | 1,2 | 11,4 | 7,7 | 56,8 |
| Landet | 55,3 | 243,0 | 344,0 | 1 098,7 | 155,9 | 150,3 | 603,2 | 286,9 | 2 937,2 |

A = Helse-/ sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **B** = Helse-/sosialfag fra videregående skole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **C** = Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **D** = Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **E** = Psykologer. **F** = Andre med høgskole-/ universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **G** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **H** = Andre.

Tabell 9.25 Antall årsverk fordelt på utdanningskategorier i det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunene. Helseforetaksområder. 2007

| Helseforetaksområde | A | B | C | D | E | F | G | H | Sum antall årsverk |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|------|-------|-------|---------|--------------------------|
| Østfold HF-område | 57,4 | 106,4 | 97,8 | 106,5 | 0,0 | 15,6 | 19,1 | 51,4 | 454,1 |
| Akershus HF-område | 37,7 | 65,4 | 50,2 | 73,5 | 3,0 | 6,5 | 15,2 | 34,4 | 285,9 |
| Asker og Bærum HF-område | 18,8 | 47,9 | 67,6 | 64,6 | 2,0 | 8,5 | 74,9 | 34,0 | 318,3 |
| Oslo og Follo HF-område | 71,4 | 192,4 | 199,9 | 372,7 | 5,7 | 33,5 | 143,5 | 173,5 | 1 192,6 |
| Innlandet HF-område | 116,6 | 224,2 | 168,9 | 186,9 | 0,5 | 22,5 | 36,9 | 87,0 | 843,3 |
| Buskerud HF-område | 24,5 | 27,8 | 35,6 | 30,0 | 0,0 | 0,0 | 25,9 | 12,3 | 156,0 |
| Ringerike HF-område | 20,6 | 16,9 | 21,1 | 18,1 | 0,0 | 0,8 | 2,3 | 13,8 | 93,6 |
| Blefjell HF-område | 52,1 | 62,2 | 34,2 | 36,2 | 0,0 | 2,5 | 18,8 | 27,4 | 233,3 |
| Vestfold HF-område | 29,2 | 81,6 | 65,2 | 80,5 | 1,4 | 5,8 | 14,9 | 71,5 | 350,0 |
| Telemark HF-område | 79,7 | 101,2 | 40,7 | 83,7 | 0,0 | 3,0 | 37,2 | 81,2 | 426,7 |
| Sørlandet HF-område | 47,9 | 106,4 | 150,0 | 157,6 | 0,1 | 11,6 | 31,2 | 46,8 | 551,5 |
| Stavanger HF-område | 53,3 | 129,1 | 113,6 | 154,2 | 1,1 | 6,2 | 22,3 | 40,0 | 519,8 |
| Fonna HF-område | 56,6 | 70,9 | 76,0 | 65,4 | 0,0 | 0,6 | 10,3 | 33,6 | 313,4 |
| Bergen HF-område | 77,2 | 135,9 | 124,6 | 175,9 | 0,5 | 2,1 | 35,4 | 76,3 | 627,9 |
| Førde HF-område | 32,7 | 92,9 | 40,1 | 77,6 | 0,0 | 2,4 | 11,9 | 47,7 | 305,2 |
| Sunnmøre HF-område | 21,0 | 85,1 | 53,0 | 66,4 | 0,9 | 1,7 | 15,8 | 31,4 | 275,3 |
| Nordmøre og Romsdal HF-område | 50,4 | 43,5 | 53,5 | 99,8 | 1,5 | 0,6 | 14,6 | 29,4 | 293,3 |
| St. Olavs Hospital HF-område | 78,0 | 105,4 | 121,5 | 167,2 | 6,6 | 41,2 | 30,3 | 38,1 | 588,3 |
| Nord-Trøndelag HF-område | 46,8 | 84,3 | 44,5 | 67,8 | 0,0 | 16,0 | 3,3 | 24,4 | 287,0 |
| Helgeland HF-område | 17,5 | 24,6 | 49,1 | 13,9 | 0,0 | 1,1 | 12,5 | 11,5 | 130,2 |
| Nordland HF-område | 25,8 | 62,6 | 52,5 | 61,5 | 0,0 | 1,5 | 6,2 | 30,5 | 240,6 |
| Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område | 43,4 | 70,2 | 98,5 | 96,9 | 0,1 | 23,3 | 17,6 | 45,4 | 395,4 |
| Finnmark HF-område | 15,9 | 36,6 | 38,5 | 30,7 | 0,0 | 0,5 | 3,0 | 42,0 | 167,0 |
| Landet | 1 074,4 | 1 973,1 | 17 96,5 | 2 287,3 | 23,4 | 207,5 | 602,9 | 1 083,3 | 9 048,4 |

Tabell- og figuroversikt

Tabelloversikt

| | | |
|------------|--|----|
| Tabell 2.1 | Nøkkeltall for aktivitet, personell, døgnplasser, driftskostnader og kapasitetsutnyttning i det psykiske helsevernet. 1998-2008 | 21 |
| Tabell 3.1 | Polikliniske tiltak per fagårsverk, polikliniske tiltak per pasient og polikliniske pasienter per fagårsverk. Antall og prosent endring. 1998-2008 | 31 |
| Tabell 3.2 | Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Nasjonal utvikling | 58 |
| Tabell 3.3 | Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Utvikling for Helse Sør-Øst RHF | 61 |
| Tabell 3.4 | Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Utvikling for Helse Vest RHF | 62 |
| Tabell 3.5 | Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Utvikling for Helse Midt-Norge RHF | 63 |
| Tabell 3.6 | Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Utvikling for Helse Nord RHF | 64 |
| Tabell 4.1 | Antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Totalt og poliklinisk. 1998-2008 | 83 |
| Tabell 4.2 | Viktigste henvisningsgrunn for barnet. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og prosentandel. 1998 og 2008 | 84 |
| Tabell 4.3 | Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998 og 2008 | 85 |
| Tabell 5.1 | Antall oppholdsdøgn og aktivitet, målt ved andel oppholdsdøgn som dekkes av analysen av tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet for voksne. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2008 | 91 |
| Tabell 5.2 | Antall oppholdsdøgn ved alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne, og andel aktivitet målt ved oppholdsdøgn, i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2008 | 97 |

| | | |
|------------|--|-----|
| Tabell 5.3 | Spesialistvedtak ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. 2008 | 98 |
| Tabell 5.4 | Spesialistvedtak ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Regionale helseforetak 2008 | 99 |
| Tabell 5.5 | Spesialistvedtak ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjon. 2008 | 101 |
| Tabell 5.6 | Andel manglende rapportering på de ulike tvangsvariablene etter institusjon. 2008 | 103 |
| Tabell 6.1 | Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008 | 110 |
| Tabell 6.2 | Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2008 | 111 |
| Tabell 6.3 | Prosentvis fordeling av personelløkning (årsverk) etter institusjonstype og driftsform fra 1998 til 2008. Det psykiske helsevernet for voksne | 112 |
| Tabell 6.4 | Døgnplasser etter institusjonstype. Det psykisk helsevernet for voksne. Absolutte tall og rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak 1998 og 2008 | 125 |
| Tabell 6.5 | Utskrivninger etter institusjonstype. Absoluttall og rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008 | 130 |
| Tabell 6.6 | Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Absoluttall og rater per 10 000 innbyggere. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008 | 135 |
| Tabell 7.1 | Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) mellom ressurs- og forbruksrater. Personelldekning, døgnplassdekning, dekningsgrad polikliniske pasienter og dekningsgrad pasienter totalt. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseforetaksområder. 2008..... | 144 |
| Tabell 7.2 | Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) mellom ressurs- og forbruksrater i helseforetaksområdene. Poliklinisk personelldekning, personelldekning døgn/dag, personelldekning totalt, døgnplassdekning, døgnoppholdsrater, utskrivningsrater, døgnrater, polikliniske konsultasjonsrater samt gjennomsnittlig varighet av døgnopphold. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseforetaksområder. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008..... | 151 |
| Tabell 7.3 | Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Årsverk og døgnplasser per 10 000 | |

| | | |
|------------|---|-----|
| | innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Det psykiske helsevernet for barn og unge. 2008..... | 179 |
| Tabell 7.4 | Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for barn og unge. 2008 | 180 |
| Tabell 7.5 | Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008 | 181 |
| Tabell 7.6 | Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre i prosent av nivået på landsbasis. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008 | 183 |
| Tabell 7.7 | Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk, døgnplasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2008 | 185 |
| Tabell 7.8 | Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk, døgnplasser, døgnopphold, utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2008 | 186 |
| Tabell 8.1 | Poliklinisk virksomhet for barn og unge: Tiltak, behandlede pasienter, fagårsverk og indikatorer på produktivitet. Nasjonale tall. 2007-2008 | 189 |
| Tabell 8.2 | Behandlede pasienter, tiltak og fagårsverk i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Regionale helseforetak. 2008 og endring fra 2007 | 190 |
| Tabell 8.3 | Tiltak per fagårsverk og per pasient, pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Regionale helseforetak. 2008 og endring fra 2007..... | 190 |
| Tabell 8.4 | Direkte og indirekte tiltak per pasient i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Regionale helseforetak. 2008 og endring fra 2007 | 191 |
| Tabell 8.5 | Gjennomsnittlig relativ teknisk produktivitet for poliklinikker i 2008 relativt til 2007 (basisår). Bootstrapped 90 prosent konfidensintervall (CI). Regionale helseforetak og nasjonalt. | 193 |
| Tabell 8.6 | DEA-estimat for teknisk produktivitet for BUP poliklinikker 2008. Bootstrapped 90 prosent konfidensintervall (CI). Regionale helseforetak og nasjonalt..... | 193 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabell 8.7 | Tiltak per fagårsverk og per pasient, pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Helseforetak. 2008 og endring fra 2007..... | 195 |
| Tabell 9.1 | Antall årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) fordelt på barn og unge, voksne og totalt. Helseregion. 2007 | 203 |
| Tabell 9.2 | Andel årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) som går til henholdsvis barn og unge, og voksne. Prosent. Helseregion. 2007..... | 204 |
| Tabell 9.3 | Antall årsverk per 1 000 innbyggere i henholdsvis befolkningen 0-17 år og 18 år og eldre. Helseregion. 2007 | 204 |
| Tabell 9.4 | Antall årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) fordelt på barn og unge, voksne og totalt. Helseforetak og kommuner i helseforetakets opptaksområde. 2007 | 205 |
| Tabell 9.5 | Andel årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) som går til henholdsvis barn og unge og voksne. Prosent. Helseforetak og kommuner i helseforetakets opptaksområde. 2007 | 206 |
| Tabell 9.6 | Antall årsverk per 1 000 innbyggere i henholdsvis befolkningen 0-17 år og 18 år og eldre. Helseforetak og kommuner i helseforetakets opptaksområde. 2007 | 207 |
| Tabell 9.7 | Resultater for psykisk helsevern for barn og unge. Behovsnøkkel. NOU 2008:2 | 213 |
| Tabell 9.8 | Resultater for psykisk helsevern for voksne. Behovsnøkkel. NOU 2008:2 | 214 |
| Tabell 9.9 | Behovsindekser for helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Magnussen-utvalget. Helseforetaksområde. Landsgjennomsnitt = 1..... | 216 |
| Tabell 9.10 | Andel årsverk i det psykiske helsearbeidet for barn og unge og voksne, som går til ulike tiltak. Prosent. Antall (N). Helseforetaksområde. 2007 | 221 |
| Tabell 9.11 | Antall årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år i tjenester for barn og unge. Tiltakskategorier. Helseforetaksområde. 2007..... | 223 |
| Tabell 9.12 | Antall årsverk per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i tjenester for voksne. Tiltakskategorier. Helseforetaksområde. 2007..... | 224 |
| Tabell 9.13 | Andel årsverk (prosent) med universitets-/høyskoleutdanning i henholdsvis det psykiske helsearbeidet og det psykiske helsevernet. Antall årsverk totalt (N). Helseforetaksområde. 2007..... | 226 |
| Tabell 9.14 | Antall årsverk fordelt på utdanningskategori i psykisk helsearbeid for barn og unge per 10 000 innbyggere i befolkningen 0-17 år. Antall årsverk totalt per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområde. 2007 | 228 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabell 9.15 | Antall årsverk fordelt på utdanningskategori i psykisk helsearbeid for voksne per 10 000 innbyggere i befolkningen 18 år og eldre. Antall årsverk totalt per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområde. 2007..... | 229 |
| Tabell 9.16 | HF-områder som skårer hhv. høyest og lavest på antall årsverk per 10 000 innbyggere i de ulike utdanningskategorier. Det psykiske helsearbeidet i kommunen. Tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. Helseforetaksområde. 2007..... | 230 |
| Tabell 9.17 | Andel kommuner i hvert HF-område som har organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge i henholdsvis modell 1-4. Prosent. Helseforetaksområde. 2007 | 232 |
| Tabell 9.18 | Andel kommuner i hvert HF-område som har organisert det psykiske helsearbeidet for voksne i henholdsvis modell 1-4. Prosent. Antall kommuner som har besvart spørsmålet. Helseforetaksområde. 2007 | 233 |
| Tabell 9.19 | Antall kommuner i hver helseregion. 2007 | 234 |
| Tabell 9.20 | Antall kommuner i hvert helseforetaksområde. Andel kommuner (prosent) med færre enn 5 000 innbyggere. Helseforetaksområde. 2007 | 234 |
| Tabell 9.21 | Behovsindekser basert på beregninger i NOU 2008:2 per helseforetaksområde..... | 237 |
| Tabell 9.22 | Antall årsverk fordelt på tiltakskategorier i tjenester for barn og unge i kommunene. Helseforetaksområder. 2007 | 238 |
| Tabell 9.23 | Antall årsverk fordelt på tiltakskategorier i tjenester for voksne i kommunene. Helseforetaksområder. 2007 | 239 |
| Tabell 9.24 | Antall årsverk fordelt på utdanningskategorier i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene. Helseforetaksområder. 2007..... | 240 |
| Tabell 9.25 | Antall årsverk fordelt på utdanningskategorier i det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunene. Helseforetaksområder. 2007 | 241 |

Figuroversikt

| | | |
|------------|--|----|
| Figur 3.1 | Polikliniske fagårsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Nasjonale tall. 1998-2008..... | 29 |
| Figur 3.2 | Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall behandlede pasienter i prosent av innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2008 | 30 |
| Figur 3.3 | Prosentvis endring i produktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge målt ved antall tiltak, pasienter per fagårsverk og tiltak per pasient. 1998-2008 | 31 |
| Figur 3.4 | Døgnplasser og årsverk ved døgn- og dagavdelinger i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998-2008. | 33 |
| Figur 3.5 | Driftskostnader (eksklusive avskrivninger mv.) til det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998-2008. Millioner kroner. Faste priser (2008) | 34 |
| Figur 3.6 | Døgnplasser etter institusjonstype og totalt. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008..... | 35 |
| Figur 3.7 | Årsverksinnsats totalt etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2008..... | 37 |
| Figur 3.8 | Årsverksinnsats ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2008 | 37 |
| Figur 3.9 | Årsverksinnsats ved poliklinikkene, totalt og etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 38 |
| Figur 3.10 | Prosentvis fordeling av personell etter institusjonstype og driftsform. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 39 |
| Figur 3.11 | Faktisk økning i personellinnsats (prosent av økningen) sammenholdt med Opptappingsplanens prosentvise fordeling av økte driftskostnader 1998-2008 | 40 |
| Figur 3.12 | Legeårsverk totalt etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008..... | 42 |
| Figur 3.13 | Legeårsverk ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 42 |
| Figur 3.14 | Legeårsverk ved poliklinikker etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 43 |
| Figur 3.15 | Psykologårsverk totalt i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008..... | 44 |

| | | |
|------------|---|----|
| Figur 3.16 | Psykologårsverk ved døgn- og dagavdelinger i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 44 |
| Figur 3.17 | Psykologårsverk ved poliklinikker i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 45 |
| Figur 3.18 | Årsverk totalt utført av høyskoleutdannet personell etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008..... | 46 |
| Figur 3.19 | Årsverk ved døgn og dagavdelinger utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 46 |
| Figur 3.20 | Årsverk ved poliklinikker utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 47 |
| Figur 3.21 | Prosentandel årsverk utført av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell etter driftsform og institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008..... | 48 |
| Figur 3.22 | Driftskostnader (eksklusive avskrivninger mv.) til det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2008. Millioner kroner. Faste priser (2008) | 49 |
| Figur 3.23 | Gjennomsnittlig pasientbelegg etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 50 |
| Figur 3.24 | Beleggsprosent etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008..... | 51 |
| Figur 3.25 | Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 53 |
| Figur 3.26 | Gjennomsnittlig varighet av avsluttede døgnopphold etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 54 |
| Figur 3.27 | Polikliniske konsultasjoner (hele 1000) etter type institusjon poliklinikken er tilknyttet. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 55 |
| Figur 3.28 | Personellfaktor (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008..... | 56 |
| Figur 3.29 | Utskrivninger (avsluttede institusjonsopphold) per årsverk etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008 | 57 |
| Figur 4.1 | Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998-2008 | 68 |
| Figur 4.2 | Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonalt nivå. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998-2008 | 69 |
| Figur 4.3 | Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Regionalt nivå. 1998-2008..... | 70 |

| | | |
|------------|--|----|
| Figur 4.4 | Antall polikliniske tiltak i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998–2008..... | 71 |
| Figur 4.5 | Polikliniske tiltak per 10 000 innbyggere (0-17 år). i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseregioner. 1998-2008 | 72 |
| Figur 4.6 | Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt på kjønn. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2008 | 73 |
| Figur 4.7 | Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt etter alder. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998 og 2008 | 74 |
| Figur 4.8 | Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn og alder for 1998 og 2008 | 75 |
| Figur 4.9 | Prosentandel barn og unge i psykisk helsevern fordelt etter viktigste henvisningsgrunn. 1998-2008 | 76 |
| Figur 4.10 | Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn i psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998-2008 | 77 |
| Figur 4.11 | Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2008..... | 78 |
| Figur 4.12 | Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på alder. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2008 | 79 |
| Figur 4.13 | Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. 1998, 2003 og 2008 | 81 |
| Figur 4.14 | Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Nyhenviste og overførte pasienter. 1998 | 82 |
| Figur 4.15 | Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Nyhenviste og overførte pasienter. 2008 | 82 |
| Figur 5.1 | Prosentandel vedtak om tvangsinnleggelse ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern og estimert andel av innleggelse til alle døgninstitusjoner for voksne. Etter institusjonstype. 2008 | 92 |
| Figur 5.2 | Prosentandel innleggelse med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2008..... | 93 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Figur 5.3 | Antall innleggelser per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001-2008 (ikke 2004) | 94 |
| Figur 5.4 | Antall innleggelser per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001-2008 (ikke 2004) | 95 |
| Figur 5.5 | Vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Estimert antall per 10 000 voksne innbyggere. Sykehusområde. 2008 | 96 |
| Figur 6.1 | Personell etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2008 | 112 |
| Figur 6.2 | Personell etter driftsform. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2008 | 113 |
| Figur 6.3 | Personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008 | 115 |
| Figur 6.4 | Personellinnsats fordelt etter driftsform. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008 | 116 |
| Figur 6.5 | Personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008 | 117 |
| Figur 6.6 | Personellinnsats fordelt etter driftsform. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008 | 118 |
| Figur 6.7 | Psykiaterårsverk fordelt etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008 | 120 |
| Figur 6.8 | Psykiaterårsverk fordelt etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008 | 121 |
| Figur 6.9 | Psykologårsverk fordelt etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008 | 122 |
| Figur 6.10 | Psykologårsverk fordelt etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2008 | 123 |
| Figur 6.11 | Døgnplasser etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2008 | 126 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Figur 6.12 | Døgnplasser etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008 | 127 |
| Figur 6.13 | Døgnplasser etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008 | 128 |
| Figur 6.14 | Utskrivninger etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008 | 131 |
| Figur 6.15 | Utskrivninger etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008 | 132 |
| Figur 6.16 | Utskrivninger etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008 | 133 |
| Figur 6.17 | Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2008 | 136 |
| Figur 6.18 | Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype, Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008 | 137 |
| Figur 6.19 | Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008 | 138 |
| Figur 7.1 | Personellinnsats i poliklinisk og døgn-/dagvirksomhet i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseforetaksområder. 2008 | 146 |
| Figur 7.2 | Personelldekning (x-aksen) og dekningsgrad for behandlede pasienter (y-aksen) i det psykiske helsevernet for barn og unge 0-17 år. Helseforetaksområder. 2008 | 148 |
| Figur 7.3 | Dekningsgrad for behandlede pasienter (per 100 innbyggere 0-17 år) og produktivitet (polikliniske pasienter per fagårsverk). Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2008 | 149 |
| Figur 7.4 | Oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder. 2008 | 153 |
| Figur 7.5 | Oppholdsdøgn og utskrivninger per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder. 2008 | 154 |
| Figur 7.6 | Poliklinisk personelldekning i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og voksne (y-aksen). Årsverk per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder. 2008 | 156 |

| | | |
|------------|--|-----|
| Figur 7.7 | Poliklinisk personelldekning i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder. 2008 | 157 |
| Figur 7.8 | Dekning avdelingspersonell i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder. 2008 | 158 |
| Figur 7.9 | Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgnavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. 1998..... | 160 |
| Figur 7.10 | Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgnavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. 2008..... | 160 |
| Figur 7.11 | Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Sør-Øst. 2008 | 162 |
| Figur 7.12 | Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Vest. 2008..... | 164 |
| Figur 7.13 | Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Midt-Norge. 2008..... | 165 |
| Figur 7.14 | Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Nord. 2008 | 167 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Figur 7.15 | Poliklinisk personellinnsats, personellinnsats avdeling, utskrivninger, døgnplassdekning og polikliniske konsultasjoner etter helseregion. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998 | 169 |
| Figur 7.16 | Poliklinisk personellinnsats, personellinnsats avdeling, utskrivninger, døgnplassdekning og polikliniske konsultasjoner etter helseregion. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008 | 169 |
| Figur 7.17 | Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Sør-Øst. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2008 | 170 |
| Figur 7.18 | Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Sør-Øst. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2008..... | 171 |
| Figur 7.19 | Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Vest. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008 | 173 |
| Figur 7.20 | Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Vest. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008..... | 173 |
| Figur 7.21 | Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008 | 175 |
| Figur 7.22 | Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008 | 176 |
| Figur 7.23 | Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Nord. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008 | 177 |
| Figur 7.24 | Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Nord. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008..... | 177 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Figur 8.1 | Relativt nivå teknisk produktivitet med 1998 som basisår. DEA-estimat og bootstrabasert 90 prosent konfidensintervall. Gjennomsnitt for panel av poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge med data for alle år 1998-2008 (N=32). | 192 |
| Figur 8.2 | Relativt produktivetsnivå. Teknisk produktivitet for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i 2008. N=51. | 194 |
| Figur 9.1 | Antall årsverk per 1 000 innbyggere i henholdsvis befolkningen 0-17 år, 18 år og eldre og totalt. Helseregion. 2007..... | 204 |
| Figur 9.2 | Avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 0-17 år i det psykiske helsearbeidet i kommunen for barn og unge (PHA-BU) og i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU). Helseforetaksområder. 2007 | 208 |
| Figur 9.3 | Avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre i det psykiske helsearbeidet i kommunen for voksne (PHA-V) og i det psykiske helsevernet for voksne (PHV-V). Helseforetaksområder. 2007 | 209 |
| Figur 9.4 | Avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) totalt. Helseforetaksområder. 2007 | 210 |
| Figur 9.5 | Avvik fra gjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) totalt. Andel kommuner i helseforetaksområdet med under 5 000 innbyggere. Helseforetaksområder. 2007 | 212 |
| Figur 9.6 | Behovsindekser for helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Magnussen-utvalget. Helseforetaksområder. Landsgjennomsnitt = 1..... | 215 |
| Figur 9.7 | Behovsindeks for barn og unge. Relativt avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunen og i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseforetaksområde. 2007..... | 218 |
| Figur 9.8 | Behovsindeks for voksne. Relativt avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunen og i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområde. 2007 | 219 |
| Figur 9.9 | Antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 0-17 år i det psykiske helsearbeidet i kommunen for barn og unge (PHA-BU) og i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU). Helseforetaksområde. 2007 | 235 |
| Figur 9.10 | Antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre i det psykiske helsearbeidet i kommunene for voksne (PHA-V) og i det psykiske helsevernet for voksne (PHV-V). Helseforetaksområde. 2007 | 235 |

Figur 9.11 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) totalt. Helseforetaksområde. 2007 236

Litteraturliste

- Bjørkeng, B. (forthcoming): Politiske og organisatoriske egenskaper ved kommunene som påvirker ressursbruk i psykisk helsearbeid for barn og unge. Masteroppgave i Statsvitenskap, NTNU. Publiseres høsten 2009.
- Bjørngaard, J. H. & Hatling, T. (2003). Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern 2001-2002. SINTEF Rapport STF78 A035004. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Bjerkan A. M. (2008): Økt dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge: Flere nye behandlet hvert år – eller økt behandlingsvarighet og lengre tid mellom konsultasjonene? Kapittel 2 i Pedersen og Bjerkan (2008).
- Bremnes, R., Hatling, T. & Bjørngaard, J. H. (2008). Tvungent psykisk helsevern psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006. SINTEF sluttrapport nr. A4319. Trondheim: SINTEF Helse.
- Bjørngaard og Hatling 2005: Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001 - 2003". SINTEF Helse Rapport STF78 A055001.
- Dokument 3:7 (2006-2007): Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Riksrevisjonen
- Farrell, M.J. (1957). The Measurement of Productive Efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A* 120 253-290.
- Halsteinli, V, Kittelsen, SAC & Magnussen, J (2001). Scale, Efficiency and Organization in Norwegian Psychiatric Outpatient Clinics for Children. *J.Ment.Health Policy Econ.* 4(2), 79-90.
- Halsteinli V. (2008): Produktivitetsutvikling i BUP 1998-2006: Betydningen av endret pasientsammensetning. Trondheim; SINTEF Helse Rapport A6587.
- Høyer, G. (2008): Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions, *Journal of Mental Health*, 17:281-292.
- Kalseth, B. og Paulsen, B. (2008): Strategisk samarbeid – på papir og i praksis. SINTEF-rapport A8640. Trondheim.
- Kaspersen, S.L., Ose, S.O. og Hatling, T. (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999-2007. SINTEF Rapport A8811. Trondheim.
- Lilleeng SE, Ose SO, Bremnes R, Pedersen PB og Hatling T (2009): Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007. SINTEF Rapport A9712 Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn
- Lilleeng, S., Ose, S., Hjort, H., Bremnes, R., Pettersen, I. og Kalseth, J. (2009): Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008. SINTEF Rapport A11408. Trondheim.
- Midttun L. (2008). SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007. Rapport 1/08. Trondheim: SINTEF Helse.
- Midttun L. (2009). SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008. Rapport 1/09. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.

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.

NOU 2008:2. Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo 2008.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak. (Eierskapsreformen). Sosial- og helsedepartementet.

Ose S.O. og J. Kalseth (2004): Opptappingsplan for psykisk helse: Hva forklarer variasjonene i kommunale brukerrater og dekningsgrader? SINTEF Helse Rapport STF78 A045027.

Ose S.O., Kaspersen, S.L., Pettersen, I. og Kalseth, J. (2009): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF Rapport A11269.

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

Pedersen P. B. & Bjerkan A. M. (2008): Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport III. Trondheim; SINTEF Helse Rapport A7588.

Pedersen P. B., Lilleeng S. E. & Sitter M. (2008): Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport I. Rapport A640. Trondheim: SINTEF Helse

Petersen, S. (2008): SAMDATA sektorrappport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007 3/08. Trondheim: SINTEF Helse.

Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T. and Wiersma, D. (2005): Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries, *British Medical Journal*, 330:123-126.

Rundskriv IS-24/2007: Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. Rapportering for 2007.

Sitter M. (2008): Tilstander/diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Et utviklingsprosjekt om bruk av det multiaksiale klassifikasjonssystemet akse 1-6, i perioden 2005-2007. Rapport A9124. Trondheim: SINTEF Helse.

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): Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, Oslo.

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

St.meld. nr 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, 2009.

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

St.prp. nr. 1 (2005-2006). Statsbudsjettet for 2006. Helse- og omsorgsdepartementet

St.prp. nr. 63 (1997-1998). Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Salize, H.J. and Dressing, H. (2004): Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, *British Journal of Psychiatry*, 184:163-168.

Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T. and Wiersma, D. (2005): Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries, *British Medical Journal*, 330:123-126.

Zinkler, M. and Priebe, S. (2002): Detention of the mentally ill in Europe – a review, *Acta Psychiatr Scandinavia*, 106:3-8.

Ådnes, M. og Sitter, M. (2007): Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005. SINTEF Rapport A851.

Nettsteder:

<http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Kommunehelsetjenesten/>

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/opptrappingsplanen_for_psykisk_helse_1999_2008_rapportering_for_2007_81762