

# Opptrappingsplanen for psykisk helse – status etter fire år

Helge Hagen  
(red)

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

Rapport 3/03

ISBN 82-446-0996-6  
ISSN 0802-4979

SINTEF © Unimed Helsetjenesteforskning  
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: Kari Fagerberg, TAPIR Trykkeri AS

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim



**SINTEF Unimed**  
Helsetjenesteforskning

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

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Opptappingsplanen for psykisk helse – status etter fire år**

FORFATTER(E)

Helge Hagen (red)

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A035019	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-446-0996-6	PROSJEKTNR. 781004.30	ANTALL SIDER OG BILAG 79
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853\Prosjekt\781004.30		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helge Hagen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2003-12-14	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Vidar Halsteinli, ass.forskningsssjef	

## SAMMENDRAG

Opptappingsplanen for psykisk helse er en åtteårig plan med konkrete tiltak og økonomiske virkemidler for å styrke tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser, både kvantitativt og kvalitativt. Planperioden startet i 1999 og skal avsluttes i 2006. Fullføringen av Opptappingsplanen vil være en av de regionale helseforetakenes mest sentrale oppgaver. I denne rapporten vurderes grad av måloppnåelse for 14 av hovedmålene i Opptappingsplanen ved utgangen av 2002 - halvveis i planperioden. Noen tema som er blitt særlig aktualisert i løpet av planperioden er tatt opp i egne kapitler:

– produktivitet ved poliklinikkene, bruk av tvang og ventetid fra henvisning til behandling.

Det kan oppsummeres at første halvdel av planperioden har gitt resultater som viser at de fleste målene i Opptappingsplanen kan være innen rekkevidde. Antall pasienter som behandles i psykisk helsevern har økt, hovedsakelig på grunn av flere behandlere. Det har skjedd store strukturendringer i psykisk helsevern for voksne. Den viktigste satsingen er utbyggingen av faglig selvstendige DPS'er som prioriterer poliklinisk behandling, ambulant virksomhet og aktive behandlingsplasser. Døgnbaserte omsorgsplasser i sykehjem er redusert betydelig i planperioden, og vil trolig være avviklet som del av spesialisthelsetjenesten innen 2006. Det behandles 10 000 flere barn og unge per år enn ved starten av perioden, hovedsakelig poliklinisk. Det er likevel lite sannsynlig at målet om å gi bistand til 5 prosent av barn og unge innen 2006 vil nås over hele landet i løpet av planperioden. Det er altså fremdeles betydelig avstand mellom målene og dagens situasjon. Dette må ses i lys av at hoveddelen av tilskudd til drift og investeringer gjenstår. Noen av målene synes å være for lite ambisiøse, mens andre trolig ikke vil nås over hele landet i løpet av planperioden. Planperioden er derfor foreslått forlenget med to år.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental Health
EGENVALGTE	Statistikk	Statistics
	Velferd	Welfare



# Forord

Formålet med SAMDATA-prosjektet er å presentere bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer og analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten. Vårt mål er at dette skal bidra til et bedre grunnlag for styring, planlegging, evaluering og forskning om sykehussektoren. I 2003 publiseres SAMDATA Psykisk helsevern i to separate rapporter – SAMDATA Psykisk Helsevern Tabeller og den foreliggende SAMDATA Psykisk Helsevern Rapport.

Tema for årets SAMDATA-rapport er Opptrappingsplanen. Ved utgangen av 2002 hadde den vært formelt virksom i fire år – vi er altså halvveis i planperioden. Rapporten tar for seg grad av måloppnåelse for de ulike delmål, med særlig vekt på tema som har blitt aktualisert i løpet av planperioden: produktivitet ved poliklinikkene, bruk av tvang, og ventetid fra henvisning til behandling.

Rapporten er utarbeidet ved SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet. Kontaktperson har vært Marit Getz Wold.

Forfatterne av hvert enkelt kapittel har hatt hovedansvaret for bearbejding og kvalitetskontroll av de data som inngår i de respektive kapitlene. Prosjektsekretær Hanne Kvam har hatt ansvaret for å sy sammen alle bidragene fra forskerne.

Trondheim, desember 2003

Helge Hagen



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse .....	3
Tabelloversikt .....	6
Figuroversikt .....	9
1 Innledning og oppsummering.....	11
Helge Hagen	
1.1 Status for Opptrappingsplanen midtveis i planperioden.....	12
1.2 Produktivitet og tilgjengelighet.....	14
1.3 Tvangsinnleggelse .....	15
1.4 Variasjoner i ventetid for barn og unge .....	15
2 Status for Opptrappingsplanen for psykisk helse midtveis i planperioden .....	17
Helge Hagen	
2.1 Innledning .....	17
2.2 Avgrensning av perioden .....	18
2.3 Psykisk helsevern for voksne .....	18
2.4 Kvalitativ styrking .....	19
2.5 Kvantitativ styrking .....	22
2.6 Psykisk helsevern for barn- og unge .....	26
2.7 Oppsummering og avsluttende kommentar .....	30
Vedlegg: Tall for de enkelte helseregioner .....	35

3	Produktivitet og tilgjengelighet ved poliklinikkene .....	43
	Johan Håkon Bjørngaard og Trond Hatling	
3.1	Datagrunnlag .....	44
3.2	Utviklingen fra 2001 til 2002 .....	45
3.3	Forskjeller mellom poliklinikkene .....	48
3.4	Konsekvenser for dekning .....	50
3.5	Oppsummering .....	54
4	Tvangsinnleggelser .....	57
	Trond Hatling, Johan Håkon Bjørngaard og Torgeir Husby	
4.1	Om lovgrunnlaget .....	57
4.1.1	Frivillig psykisk helsevern .....	58
4.1.2	Tvungent psykisk helsevern .....	58
4.2	Datagrunnlaget .....	60
4.2.1	Om klassifisering av institusjoner .....	61
4.3	Omfang av tvang ved henvisning .....	61
4.4	Spesialistvedtak ved henvisning til tvungent psykisk helsevern .....	62
4.5	Omfang av tvang etter spesialistvedtaket .....	64
4.6	Tilleggsriterier .....	65
4.7	Har det skjedd en endring i bruken av tvangsinnleggelser i løpet av siste tiårsperiode? .....	66
4.8	Befolkningsbaserte rater for tvang etter spesialistvedtaket .....	68
4.9	Oppsummering .....	69
5	Variasjoner i ventetid for barn og unge .....	71
	Helle Wessel Andersson	
5.1	Innledning .....	71
5.2	Datagrunnlag og metode .....	71
5.2.1	Analyser .....	72
5.3	Resultater .....	72
5.3.1	Ventetider på nasjonalt nivå .....	72



5.3.2	Variasjoner i ventetid mellom helseregioner .....	73
5.4	Variasjoner i ventetid innen helseregioner .....	74
5.4.1	Variasjoner i ventetid mellom pasientkategorier .....	75
5.4.2	Oppsummering .....	76
	Referanseliste .....	77

## Tabelloversikt

Tabell 2.1	Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori. Antall og endring 1998-2002. ....	19
Tabell 2.2	Antall årsverk og bemanningsfaktorer ved distriktpsikiatriske tilbud etter personellkategori. 1998-2002. ....	20
Tabell 2.3	Årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med fylkeskommunale driftsavtale. Absolutte tall og endring fra 1997 til 2002. ....	21
Tabell 2.4	Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2002. Antall og prosent endring. ....	23
Tabell 2.5	Antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne 1996, 1998 og 2002. Antall og prosent endring. Hele tusen. ....	24
Tabell 2.6	Antall polikliniske årsverk blant fagutdannet personale <sup>1)</sup> totalt, per år og per virkedag. 1998-2002. Antall og prosent endring. ....	25
Tabell 2.7	Antall oppholdsdager i psykisk helsevern for voksne 1996, 1998 og 2002. Antall og prosent endring. Hele tusen. ....	26
Tabell 2.8	Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2002. Antall og prosent endring. ....	27
Tabell 2.9	Polikliniske fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1996-2002. ....	28
Tabell 2.10	Tiltak totalt og direkte tiltak. Poliklinisk virksomhet blant barn og unge. Absolutte tall og endring 1998-2002. ....	28
Tabell 2.11	Aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2002. ....	29
Tabell 3.1	Antall direkte tiltak, antall pasienter og produktivitet i poliklinisk virksomhet for barn og unge. 2001 - 2002. ....	45
Tabell 3.2	Direkte tiltak per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Regionale helseforetak. 2002 og endring fra 2001. ....	46
Tabell 3.3	Konsultasjoner, pasienter og produktivitet i poliklinisk virksomhet for voksne. 2001 - 2002. ....	47
Tabell 3.4	Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker for voksne. Regionale helseforetak. 2002 og endring fra 2001. ....	47

Tabell 3.5	Ressursinnsats, produktivitet og dekningsgrad i prosent av befolkningen. 2002 .....	51
Tabell 4.1	Mulige utfall av henvisende leges vurdering av innleggelsesformalitet. ....	60
Tabell 4.2	Tabell over hvor stor del av aktiviteten som vi har data om tvangsinnleggelser for. Døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser i 2002. ....	61
Tabell 4.3	Antall innleggelser til døgnbehandling etter henvisningsformalitet. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehusavdelinger godkjent for tvangsinnleggelser. ....	62
Tabell 4.4	Antall innleggelser til døgnbehandling etter henvisningsformalitet. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. ....	62
Tabell 4.5	Spesialistvedtak for innleggelser til døgnbehandling henvist for observasjon og/eller tvungent psykisk helsevern. Sykehus og sykehusavdelinger i 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent. ....	63
Tabell 4.6	Spesialistvedtak for innleggelser til døgnbehandling henvist for observasjon og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henvist ved tvang til institusjoner utenfor sykehus i 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent. ....	64
Tabell 4.7	Antall innleggelser til døgnbehandling etter spesialistvedtak. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehusavdelinger godkjent for tvangsinnleggelser. ....	64
Tabell 4.8	Antall innleggelser til døgnbehandling etter spesialistvedtak. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. ....	65
Tabell 4.9	Tilleggsriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Sykehusinnleggelser til døgnbehandling med vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent. ....	66
Tabell 4.10	Tilleggsriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Innleggelser til døgnbehandling utenfor sykehus med vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent. ....	66
Tabell 4.11	Andel frivillige innleggelser, observasjon og tvangsinnleggelser 1992-2002, med kildehenvisning. Sykehus og sykehusavdelinger. Prosent. ....	67
Tabell 5.1	Antall pasienter etter ventetid for poliklinisk behandling. 2002. ....	73
Tabell 5.2	Ventetider etter bostedsregion. Median, gjennomsnitt og standardavvik. 2002. ....	73

Tabell 5.3	Ventetider etter bostedsregion. Antall og andel pasienter som har ventet mer eller mindre enn 3 måneder. 2002. ....	74
Tabell 5.4	Høyeste og laveste middelveier for ventetid ved helseregionenes institusjoner. 2002. ....	74
Tabell 5.5	Variasjoner i ventetid mellom pasientkategorier. 2002.....	75

## Figuroversikt

Figur 3.1	Poliklinikker for voksne og barn og unge etter antall konsultasjoner/direkte tiltak per fagårsverk. 2002. Datakilde: NPR og SSB.....	48
Figur 3.2	Poliklinikker for voksne og barn og unge etter antall direkte tiltak/konsultasjoner per pasient. 2002. Datakilde: NPR.....	49
Figur 3.3	Poliklinikker for voksne og barn og unge etter antall pasienter per fagårsverk. 2002. Datakilde: NPR og SSB.....	50
Figur 3.4	Poliklinisk dekningsgrad i prosent av befolkningen under 17 år som funksjon av endring i antall direkte tiltak per fagårsverk. 2002.....	52
Figur 3.5	Poliklinisk dekningsgrad i prosent av befolkningen 18 år eller eldre som funksjon av endring i antall konsultasjoner per fagårsverk. 2002. ....	53
Figur 4.1	Vedtak om observasjon og tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbyggere 18 år og over. Sykehus og andre døgninstitusjoner.....	68
Figur 4.2	Tvang ved henvisning og tvang etter spesialistvedtak per 10 000 innbyggere 18 år og over. Sykehus og andre døgninstitusjoner.....	69



# 1 Innledning og oppsummering

Helge Hagen

I St.meld.nr.25 (1996-97) "Åpenhet og helhet" ble det erkjent mangler ved alle ledd i behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Tilbudene ble betegnet som mangelfullt utbygde, med for høye terskler for å få hjelp, for dårlig oppfølging etter utskrivning, og for svakt samarbeid med kommunale helse- og sosialtjenester. Det ble ansett som nødvendig med omfattende omstrukturering og styrking av det spesialiserte psykiske helsevernet mht både tilgjengelighet og kvalitet. For å rette opp disse manglene og utvikle tjenestene i tråd med de overordnede prinsippene i stortingsmeldingen, vedtok Stortinget i 1998 en åtteårig opptrappingsplan (St. prp. nr. 63 (1997-98)) med en rekke kvalitative og kvantitative tiltak og økonomiske virkemidler.

Når det gjaldt tjenestetilbudet for voksne, tok Opptrappingsplanen utgangspunkt i de store strukturproblemene innen dette feltet. Det ble ansett å være behov for en omfattende omstrukturering av tjenestene, med utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPSer) og utvikling og spesialisering av sykehusavdelingene. Psykiatriske sykehjem skulle enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS-er, eller gradvis trappes ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene ble bygd ut.

Psykisk helsevern for barn og ungdom ble ansett å trenge betydelig utbygging og styrking i form av økt poliklinisk kapasitet og nye institusjonsplasser, og det ble ansett som nødvendig å utvikle nye og utadrettede arbeidsformer, med tettere samarbeid med kommunale helse- og sosialtjenester, bl.a. barnevernet. Planen legger opp til at 5 prosent av befolkningen under 18 år skal gis tilbud om bistand fra psykisk helsevern for barn og ungdom i 2006, mot ca 2 prosent i 1998.

De viktigste virkemidlene for å nå målene har vært tildeling av øremerkede midler og krav om utarbeiding av planer. Gjennomføringen av Opptrappingsplanen skal skje innenfor gjeldende ansvarsdeling mellom de regionale helseforetakene og statlige myndigheter. Opptrappingsplanen innebærer at staten går inn med særskilte virkemidler som et bidrag til gjennomføringen. Utgangspunktet er det ansvaret som ligger til de regionale helseforetakene, de definerte rammer og måltall som er fastlagt i Opptrappingsplanen og de årlige budsjettproposisjonene.

Videreføringen av Opptrappingsplanens tiltak overfor spesialisthelsetjenesten har bydd på særskilte utfordringer i 2002, i og med at nye regionale helseforetak med ansvar for spesialisthelsetjenesten ble etablert 1.1.2002. Det statlige eierskapet skal prinsipielt styrke mulighetene til å gjennomføre en slik politisk bestemt satsning, men samtidig er helseforetakene gitt en betydelig grad av frihet i gjennomføringen av sine samlede oppgaver. Tallene for første år med statlig eierskap tyder på at helseforetakene har tatt intensjonene i opptrappingsplanen på alvor. Det er en markert økning i bemanningen i 2002 sammenliknet med tidligere år, og brutto driftsutgifter til psykisk helsevern har også økt vesentlig i 2002.

I denne rapporten settes søkelyset på gjennomføringen av Opptrappingsplanen midtveis i planperioden 1999-2006. I kapittel to vurderes status for 14 av hovedmålene i Opptrappingsplanen. I de siste to-tre årene er det satt et særlig søkelys på de prioriterte målene om økt produktivitet og tilgjengelighet ved poliklinikkene, redusert bruk av tvang og nedkorting av ventelistene. Disse tema tas derfor opp i egne kapitler.

I det følgende gis en oppsummering av de enkelte kapitler.

## 1.1 Status for Opptappingsplanen midtveis i planperioden

### Bemanning

I Opptappingsplanen fremheves bemanning som et vesentlig kvalitetselement. Målet er dels en generell bemanningsøkning for å sikre økt behandlingsskapasitet, og dels en spesifikk økning av andelen årsverk med universitets- og høyskoleutdanning for å bidra til kompetanseheving. Den største årsverksveksten skulle skje ved DPSene og ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene. Halvveis i planperioden har antall årsverk i psykisk helsevern totalt økt raskt. Dersom veksten videreføres på tilsvarende nivå i resten av planperioden, vil måltallene for den generelle årsverksveksten mer enn oppfylles ved utgangen av opptappingsperioden.

Opptappingsplanen forutsetter at 75 prosent av økningen i årsverksinnsatsen i planperioden skal være personell med universitets- eller høyskoleutdanning. Hittil i planperioden har vel 80 prosent av årsverksveksten innen psykisk helsevern for voksne og over 90 prosent av årsverksveksten innen psykisk helsevern for barne- og ungdom hatt slik bakgrunn. Det kan synes som at målet om kompetanseheving har vært for lite ambisiøse.

Ved DPSene er antall årsverk for både leger, psykologer og personale med treårig helsefaglig utdanning mer enn fordoblet. Også bemanningsfaktoren (årsverk per døgnplass) blant leger og psykologer ved DPSene er fordoblet i løpet av planperioden. Innen psykisk helsevern for barne- og ungdom har antall årsverk for leger, psykologer og personell med treårig helsefaglig utdanning økt i størrelsesorden 40 prosent. Det har således skjedd en markant kompetanseheving innen begge de prioriterte områdene DPSene og psykisk helsevern for barne- og ungdom. Likevel synes det mange steder å være langt igjen før det er nok fagpersonell ved DPS'ene til at de kan fungere som faglig selvstendige enheter med hovedansvar for allmennpsykiatriske tjenester i definerte geografiske opptaksområder.

I Opptappingsplanen var målsettingen å få 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale. I 1998 fant det sted en reform der det ble inngått nye avtaler med tidligere avtaleløse spesialister, noe som førte til at antall avtaleårsverk det året ble nær tredoblet. Når Opptappingsplanens tall for 1996 tas som utgangspunkt, er målsettingen om økning i antall avtaleårsverk overopplyst. Dette var imidlertid ingen reell kapasitetsøkning, men en omdefinering av avtalene for privatpraktiserende uten at det ble flere årsverk. Den viktigste utfordringen når det gjelder de privatpraktiserende i tiden fremover, er å få i stand et tettere samarbeid med psykisk helsevern for øvrig. De faglige ressursene som de privatpraktiserende spesialistene utgjør, bør utnyttes bedre ved at de trekkes inn i et mer forpliktende samarbeid med DPSene med avtalt oppgavefordeling.

### Døgnplasser

Da Opptappingsplanen ble utarbeidet, var grunnlaget for behovsanslag for døgnplasser både innen psykisk helsevern for barn og ungdom og for voksne mangelfullt. I følge planen skulle antall døgnplasser i sykehusavdelinger for voksne holdes omtrent på nivået fra 1996. I tillegg skulle det bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern. Dette innebærer 3100 sykehusplasser ved slutten av planperioden. For alle fylker som i 1996 lå vesentlig under landsgjennomsnittet mht sykehusplasser, er det gitt støtte til utbyggingsprosjekter ved sykehus, eller slike prosjekter er planlagt realisert senere i perioden. Summen av eksisterende og prosjekterte sykehusplasser er omtrent like mange som planen legger opp til.

I psykisk helsevern for voksne er etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) den mest omfattende oppgaven. Et DPS skal være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde, med poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse. Av de 78 planlagte DPSene er 64 opprettet, mens ytterligere 14 er under bygging eller prosjektering. Av de 64 DPSene som i dag er opprettet er det kun 29 som anses som ferdig utbygd. De øvrige trenger byg-



ningsmessige endringer, utvikling og oppbygging av nye funksjoner og utvidelse av personellgruppen.

Opptrappingsplanen har som mål å få bygget 1025 nye plasser for aktiv behandling ved DPSene, til totalt 2040 døgnplasser. I henhold til klassifiseringen i SAMDATA har det vært en økning på 830 døgnplasser ved ulike distriktpsykiatriske tilbud, til 1845 plasser. I departementets liste over byggeprosjekter som skal realiseres i resten av perioden, er det avsatt midler til ytterligere ca 620 nye døgnplasser ved DPSene. Til sammen gir dette 2465 døgnplasser på slutten av opptrappingsperioden, omlag 400 flere enn opprinnelig planlagt.

Det er imidlertid store geografiske forskjeller i realiseringen av DPS-utbyggingen, og en del steder er utbyggingen og omstruktureringen kommet kortere enn forutsatt.

DPSene etableres dels ved nybygg, og dels ved omorganisering og ombygning av eksisterende institusjoner som psykiatriske sykehjem. Fordi mange av disse enhetene er inne i en utviklingsprosess med endring av arbeidsformene og mer kvalifisert personell, lar det seg vanskelig gjøre å tallfeste hvor mange av de nåværende plassene som tilfredsstillt kravene til aktiv behandling på spesialistnivå. Om det beregnede antall på 2040 døgnplasser for aktiv behandling vil nås i 2006, vil være avhengig av flere forhold, og ikke bare av antall nye plasser som bygges finansiert av Opptrappingsplanen. Totaltallet vil være sterkt avhengig av endringer i plasstallet når eldre institusjoner bygges om lokalt og forandrer sine arbeidsformer. Denne type lokale endringer av plasstallene foreligger det ikke oversikt over.

De psykiatriske sykehjemmene har gjennomgått en langt kraftigere nedbygging enn planlagt, og institusjonskategorien vil antakelig være omtrent avvirket i 2006. Forutsetningen for en slik kraftig nedbygging er at utbyggingen av DPS-er og styrkingen av kommunale tilbud gir bedre tilbud til de brukergruppene som har benyttet sykehjemmene.

Veksten i antall døgnplasser for barn og ungdom er lavere enn det som følger av målsetningen, og det ligger an til at det vil være ca. 100 færre plasser i 2006 enn planlagt. En høy andel av nybygde plasser går med til å erstatte tidligere plasser og heve kvaliteten, slik at netto vekst er forholdsvis lav. Samtidig er det utviklet nye arbeidsformer som utgjør alternativer til innleggelse (intensive ambulante og oppsøkende arbeidsformer). Dette tilsier at behovet for døgnplasser kan nedjusteres, og det synes ikke å være grunnlag for å opprettholde den opprinnelige målsetningen om 500 døgnplasser (Sosial- og helsedirektoratet, rapport IS-1127, 2003).

#### Dagbehandling

Det finnes ikke statistikk basert på standardisert rapportering som kan vise utviklingen i antall dagopphold fra 1996 til i dag. Dette gjør det vanskelig å tallfeste den reelle endringen i dagbehandlingstilbudene. I tillegg til at det er behov for fagutvikling for å fremme virksomme metoder for dagbehandling, må selve begrepet dagbehandling avgrenses og defineres på en slik måte at det blir mulig å følge utviklingen i dagbehandlingskapasiteten statistisk.

#### Poliklinisk aktivitet

I psykisk helsevern for voksne var det 180 000 flere polikliniske konsultasjoner i 2002 enn i 1996. Dette utgjør 82 prosent av den planlagte økningen for hele opptrappingsperioden. Veksten i antall polikliniske konsultasjoner er primært skjedd som en følge av veksten i antall årsverk ved poliklinikkene. Antall konsultasjoner per fagårsverk har ikke endret seg vesentlig.

Psykisk helsevern for barn og ungdom behandler stadig flere pasienter, noe som viser at tilgjengeligheten øker. Poliklinikkene har hatt en gunstig utvikling av produktiviteten, og ligger an til å innfri målsetningen om 50 prosent produktivitsvekst. Men det virker urealistisk at målsetningen om å gi tilbud til 5 prosent av barnebefolkningen kan innfris for alle deler av landet i 2006. For å nå dette målet må den gjennomsnittlige årlige økningen i antall behandlede pasienter i årene 2003 – 2006 være omlag 2900 flere per år enn hva dagens vekstrate legger opp til.

## Sluttvurdering

Alt i alt kan det oppsummeres at første halvdel av planperioden har gitt konkrete resultater som viser at de fleste målene i Opptrappingsplanen kan være innen rekkevidde. Det er imidlertid fremdeles betydelig avstand mellom målene og dagens situasjon. Dette må ses i lys av at hoveddelen av tilskudd til drift og investeringer i henhold til Sosial- og helsedirektoratet gjenstår (Rapport IS-1127, 2003).

## 1.2 Produktivitet og tilgjengelighet

I dette kapitlet har vi sett på produktivetsnivået i poliklinikker for barn og unge og voksne slik det var i 2001 og 2002. Produktiviteten er både målt ved konsultasjoner per fagårsverk (konsultasjonsproduktivitet) og pasient per fagårsverk (pasientproduktivitet).

I forhold til styringssignalene om en økning i konsultasjonsproduktivitet på 30 prosent i løpet av 2002 og 2003, viser tallene for 2002 at en ligger langt etter, særlig i voksenpoliklinikkene. I poliklinikker for barn og unge var det en økning på syv prosent, med store forskjeller mellom de fem regionale helseforetakene. To var om lag halvveis i forhold til målet, mens de tre øvrige forble tilnærmet uendret. I poliklinikker for voksne var det for landet som helhet ingen endring i konsultasjonsproduktivitet fra 2001 til 2002, også her med store forskjeller mellom RHF-ene. Kun Helse Sør hadde en økning av betydning, mens de øvrige enten sto stille eller hadde en negativ utvikling. For begge sektorene har det skjedd en betydelig økning i antall fagårsverk, og det store antallet nye fagansatte kan sannsynligvis forklare en del av den svake produktivetsutviklingen.

Vi er ikke kjent med hvordan det nasjonale målet om 30 prosent økning i konsultasjonsproduktivitet er videreført fra de regionale helseforetakene til det enkelte helseforetak (HF), og deretter ut til den enkelte poliklinikk. En mekanisk videreføring av 30 prosent vekst for alle poliklinikker vil etter vår vurdering være problematisk. Det påligger derfor et stort ansvar for både RHF-ene og HF-ene for å formidle kravene til den enkelte poliklinikk ut fra utgangsnivå og differensiering.

Antall tiltak/konsultasjoner per pasient har økt i begge sektorer. Resultatet er at pasientproduktiviteten, antall pasienter per fagårsverk, går ned med om lag fem-seks prosent fra 2001 til 2002. For å nå målet om fem prosent dekningsgrad i barne- og ungdomsbefolkningen, og generelt en økning for voksenbefolkningen, er det i årene framover minst like viktig å se på behandlingsintensitet som på antall konsultasjoner per fagårsverk.

Det er store forskjeller mellom de ulike poliklinikkens konsultasjonsproduktivitet. Konsultasjonsproduktiviteten i poliklinikker for barn og unge varierer fra under 150 til nesten 500 direkte tiltak per fagårsverk. Den tilsvarende variasjonsbredden i voksenpoliklinikkene går fra i underkant av 170 til i overkant av 600 konsultasjoner per fagårsverk.

Omlag 2,7 prosent av barn og unge mottok et poliklinisk tilbud i 2002. Den totale dekningsgraden som også inkluderer pasienter i døgn- og dagbehandling, var på 2,9 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i 2002. De øvrige 0,2 prosent av deknningen la imidlertid beslag på i overkant av halvparten av personellinnsatsen. Spørsmålet er om det lar seg gjøre å utvikle polikliniske behandlingstilbud – for eksempel ambulant virksomhet – som kan redusere behovet for døgntilbud? Produktiviteten til ambulante tilbud vil igjen være bestemt av hva man sammenligner med. Sammenligner man ambulante team med kontorbasert individualbehandling, vil disse framstå som lavproduktive. Ses derimot slike team i forhold til hvilke ressurser som kreves i en døgninstitusjon, vil de framstå som svært produktive. Når det gjøres sammenligninger, er det derfor viktig å ta hensyn til hvilke oppgaver de ulike poliklinikkene er satt til å løse.

Psykisk helsevern som helhet har så langt ikke klart å etablere rutiner som sikrer pasientdataopplysninger om helt sentrale forhold som for eksempel pasientenes diagnoser og alvorlighetsgrad. I psykisk helsevern for voksne er det endog poliklinikker som ikke har fungerende systemer for registrering av hvilke pasienter de har til behandling. Her hviler det

et stort ansvar på ledelsen i helseforetakene og poliklinikkene, sammen med fagfolkene i de enkelte poliklinikkene.

### 1.3 Tvangsinnleggelser

Redusert bruk av tvang er et prioritert mål for helsemyndighetene. I kapittel fire har vi derfor sett på bruk av tvang og frivillighet ved innleggelser fra eget bosted til psykisk helsevern i 2001 og 2002. For begge årene var omlag 40 prosent av henvisningene for døgnbehandling ved sykehusavdelinger til observasjon eller tvungent psykisk helsevern. I henhold til spesialistvedtaket var om lag to av tre innleggelser frivillige, mens ca 21 prosent av sykehusinnleggelsene var til observasjon og mellom 13 og 14 prosent til tvungent psykisk helsevern. For de øvrige døgninstitusjonene var de aller fleste innleggelsene, etter spesialistvedtaket, frivillig, en og to prosent til observasjon og tre og fem prosent til tvungent psykisk helsevern.

Omfanget av tvangsinnleggelser målt både som henvisninger og spesialistvedtak i forhold til befolkningsstørrelsen varierte i 2002 betydelig mellom fylkene. Hvis en unntar Østfold var variasjonen størst når det gjaldt tvungent psykisk helsevern. Østfold skiller seg spesielt ut ved å ha svært mange innleggelser til observasjon.

Det var i 2002 ennå et stykke igjen til de regionale helseforetakene kan sies å ha oppfylt Helsedepartementets forventning om å dokumentere omfanget av tvangsinnleggelser. Vi kan derfor ikke trekke noen klar konklusjon om hvorvidt det har skjedd en reduksjon i andelen tvangsinnleggelser i løpet av de siste årene. Derimot er det sannsynlig at det har skjedd en dreining i sammensetning av tvangsinnleggelser, slik at en større andel av dem skjer som observasjon, og en mindre andel som tvungent psykisk helsevern.

### 1.4 Variasjoner i ventetid for barn og unge

Også ventelistesituasjonen har vært gjenstand for betydelig oppmerksomhet den senere tid. I kapittel fem belyses årsaker til forskjeller i ventetid for barn og unge. Ventetid på behandling er en indikator på tilgjengelighet av tjenester. Ventetiden vil påvirkes av alvorlighetsgrad ved den psykiske lidelsen, og av inntaksordninger ut i fra prioriteringskriterier. I tillegg påvirkes trolig ventetid av et komplisert samspill mellom etterspørsel og tilbud, herunder valg av behandlingsmetoder og ideologier, ressursinnsats og effektivitet.

I lys av helsepolitiske målsettinger om et tilgjengelig og rettferdig fordelt psykisk helsevern, har kapitlet fokus på variasjoner i ventetid mellom helseregioner, innen helseregioner, og mellom pasientkategorier. Resultatene, som er basert på opplysninger om barn og unge som mottok poliklinisk behandling i 2002, viser at selv om nær 40 prosent av barn og unge som henvises til spesialisert psykisk helsevern har ventet mindre enn 1 måned på behandling, er det fremdeles tre av 10 barn som venter mer enn 3 måneder etter at de er henvist.

Gjennomsnittlig og median ventetid varierer noe mellom helseregionene. Analysene viser at barn og unge bosatt i helseregion Nord hadde kortest ventetid, mens de som er bosatt i helseregion Sør måtte vente lengst. Slik variasjon kan forklares med forskjeller mellom institusjonene i etterspørsel, kapasitet, effektivitet. I tillegg vil institusjonens "produksjonsform", som f.eks. valget mellom å gi mye behandling til få, versus litt behandling til mange, kunne påvirke pasientstrømmen gjennom institusjonen.

Alle faktorer som er undersøkt, relatert til pasientkarakteristika, er statistisk signifikant relatert til ventetid. Følgende pasientkarakteristika er assosiert med lengre ventetid: gutt, 6-12 år, utagerende atferdsproblem, og henvist fra skolesektor. Datamaterialet gir imidlertid ikke grunnlag for å vurdere om institusjonene prioriterer de mest hjelpetrengende pasientene. Til dette vil man trenge gode data om alvorlighetsgrad ved pasientens psykiske lidelse.



## 2 Status for Opptappingsplanen for psykisk helse midtveis i planperioden

Helge Hagen

### 2.1 Innledning

Opptappingsplanen er en åtteårig plan (1999-2006) med konkrete tiltak og økonomiske virkemidler for å styrke tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser, både kvantitativt og kvalitativt. Innen spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) som omtales i dette kapitlet, påpekes det behov for både utbygging og omstrukturering av tjenestetilbudene for å bedre kvaliteten og gjøre dem mer tilpasset brukernes behov.

I dette kapitlet vurderes status for Opptappingsplanen etter fire år, altså midtveis i planperioden. I vedlegg 1 vises også grad av måloppnåelse for de enkelte regionale helseforetak.

Finansieringen av Opptappingsplanen skjer hovedsakelig gjennom statlige øremerkede midler, basert blant annet på fylkeskommunale planer der det er redegjort for hvilke konkrete tiltak som planlegges gjennomført i løpet av planperioden.

Etter at staten – gjennom de regionale helseforetakene – overtok eierskapet til spesialisthelsetjenesten i 2002, er de regionale foretakene imidlertid gitt anledning til å vurdere prioriteringen av de ulike investeringsprosjektene på ny.

Det er verd å merke seg at statlige øremerkede tilskudd til psykisk helsevern for alvor skjøt fart fra og med 1996. "Opptappingen" innen psykisk helsevern hadde altså foregått i flere år før Opptappingsplanen ble formelt godkjent av myndighetene (Halsteinli, V 2000). Dette førte til betydelig vekst både i bemanning og aktivitet i siste del av 1990-tallet (Hagen, H 2000; Pedersen, Per B 2001).

I Opptappingsplanen er økningen i driftsutgifter til psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) stipulert til 2,1 milliarder kroner, dvs 2,6 milliarder 2002-kroner. Midtveis i planperioden har brutto driftsutgifter til psykisk helsevern økt med 1,1 milliarder kroner (omregnet til 2002-kroner), altså 42 prosent av den totale stipulerte økningen i planperioden. Av denne økningen fant 600 millioner sted de tre første årene i planperioden, mens økningen fra 2001 til 2002 var 500 millioner. Av denne realøkningen siste år utgjorde økte polikliniske refusjoner med 100 millioner kroner, mens 150 millioner var øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen. Resten ble finansiert gjennom basistilskuddet til de regionale helseforetak.

Som følge av overgangen til statlig eierskap er det en viss usikkerhet knyttet til sammenliknbarheten mellom 2002 og tidligere år når det gjelder brutto utgifter. Dette har sammenheng med omorganiseringer og endringer i regnskapsføringen. Årsverkstallene tyder imidlertid på at det har vært en særskilt vekst i 2002, slik at utgiftstallene må antas å reflektere en reell vekst til tross for usikkerheten.

For å nå målet om en økning på 2,6 milliarder i økte brutto driftsutgifter (2002-kroner), må økningen i utgiftene ligge på et relativt høyt nivå også i siste del av planperioden. I gjennomsnitt økte utgiftene med 275 millioner per år de første fire årene. Fra 2003 til 2006 må gjennomsnittlig årlig økning ligge på 375 millioner kroner. Hvor mye av dette som vil måtte finansieres av RHF-enes basistilskudd, vil være avhengig av økningen i polikliniske refusjoner og av økningen i det særskilte "tilskudd til styrking av psykisk helsevern" (dvs de såkalte opptrappingsplanmidlene). Gitt en relativt presset økonomisk situasjon i RHF-ene, er det grunn til å tro at opptrappingsplanmidlene må økes vesentlig for å sikre en fullføring av planen.

## 2.2 Avgrensning av perioden

Opptrappingsplanen ble godkjent i mai 1998, men baserer seg på tallgrunnlag og dokumentasjon fra driftsåret 1996. Når Opptrappingsplanen skal evalueres står en derfor ovenfor det problem at endringsmålene i planen tar utgangspunkt i virksomheten i 1996, mens det samtidig understrekes at endringene skal finne sted *i løpet av planperioden* (1999-2006). Det er her en tidsmessig diskrepans som skyldes tidsintervallet fra basisanalysene ble foretatt til Opptrappingsplanen ble endelig godkjent. I dette kapitlet evalueres status ved utgangen av driftsåret 2002, altså midtveis i planperioden. Dette er seks år etter beregningsgrunnlaget (1996), og fire år etter at den "offisielle" opptrappingsperioden startet (1999). Fordi tallmaterialet for de respektive år refererer seg til situasjonen *ved slutten av året*, er endringene beregnet med utgangspunkt i data fra driftsåret 1998. Derved er det i realiteten endringer fra og med 1 januar 1999 som registreres.

## 2.3 Psykisk helsevern for voksne

Opptrappingsplanen påpekte at det var store strukturproblemer innen psykisk helsevern for voksne. Stortinget sluttet seg til proposisjonens forslag om flere døgnplasser for aktiv behandling, økt dagbehandling, kvalitativ styrking av behandlingstilbudene og økt poliklinisk kapasitet. Ut fra Stortingets behandling av stortingsmeldingen skal psykisk helsevern for voksne omfatte sykehusavdelinger, distriktpsikiatriske sentra (DPS'er) og privatpraktiserende spesialister med fylkeskommunal driftsavtale. Sykehjem skal enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS, eller trappes gradvis ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene bygges ut. Generelt legges det stor vekt på samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, og kommunenes ansvar for mennesker med psykiske lidelser blir understreket.

Opptrappingsplanen angir følgende *hovedmål* for psykisk helsevern til voksne:

### Kvalitativ styrking

- 2300 flere årsverk i løpet av planperioden
- Økt innslag av leger, psykologer og høgskoleutdannet personell
- Bemanningsøkning per plass ved DPS'ene
- 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale
- Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsbruk

### Kvantitativ styrking:

- Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på nivået fra 1996. Det bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern.
- Utbygging av distriktpsikiatriske sentra: totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende.

- Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca 220 000 konsultasjoner (50 prosent økning fra nivået i 1996).
- Produktivitetsøkning på 50 prosent ved poliklinikker for voksne
- Økning i antall dagopphold i DPS'er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996.

## 2.4 Kvalitativ styrking

I Opptrappingsplanen fremheves bemanning som et vesentlig kvalitetselement. Det er satt av midler til kompetansehevede tiltak for personell; som etter- og videreutdanning, forskning og spesielle rekrutteringstiltak.

Mål 1: Antall årsverk skal øke med 2 300 i løpet av planperioden.

En økning på 2300 årsverk i psykisk helsevern for voksne innen 2006 innebærer en gjennomsnittlig økning på 288 årsverk per år. I løpet av Opptrappingsplanens første fire år økte antall årsverk med 1404, altså gjennomsnittlig 350 årsverk per år. Dette er en raskere vekst enn forutsatt i Opptrappingsplanen, noe som tilsier at målet trolig vil nås allerede i 2005 dersom veksttakten opprettholdes.

Det er grunn til å merke seg at veksttakten har vært mest markert de siste to år; fra 2000 til 2001 økte årsverksinnsatsen med 443, og fra 2001 til 2002 med 500 årsverk.

Mål 2: Økt innslag av leger, psykologer og høgskoleutdannet personell

I Opptrappingsplanen legges til grunn at 72 prosent av økningen i årsverksinnsatsen skal utføres av universitets- eller høgskoleutdannet personell ("kvalifisert" personell). Kvalifisert personell er definert som leger, psykologer og høgskoleutdannet personell (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, barnevernspedagoger og miljøterapeuter). "Annet personell" representerer både gruppen med mindre enn høgskoleutdanning (hjelpepleiere og ufaglærte) samt administrativt personell.

Tabell 2.1 viser antall årsverk utført av personell med helsefaglig utdanning av tre års varighet eller mer.

Tabell 2.1 Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori. Antall og endring 1998-2002.

Årsverk	1998	2002	Endring 1998-2002	
			Antall	Prosent
Leger	871	995	124	14
Psykologer	615	874	259	42
Sykepleiere	4 533	5 074	541	12
Høgskoleutd. terapipersonell	783	1 372	589	75
- Øvrig personell <sup>1)</sup>	6 852	6 744	-108	-2
<b>Årsverk totalt</b>	<b>13 654</b>	<b>15 058</b>	<b>1404</b>	<b>10</b>

1) Hjelpepleiere, ufaglært personale, pleie- og miljøpersonale med mindre enn 3-årig helsefaglig utdanning.

Kilde: SSB

I perioden 1998-2002 (opptrappingsperioden) økte antall årsverk blant *alle typer* "kvalifisert" personell" (leger, psykologer, sykepleiere og høgskoleutdannet terapipersonell), mens antall

årsverk blant øvrig personell (hjelpepleiere, ufaglært personale, pleie- og miljøpersonale med mindre enn 3-årig helsefaglig utdanning) ble redusert. Det er altså ikke tvil om at det har skjedd en vesentlig endring i personellsituasjonen innen psykisk helsevern for voksne i retning av bedre kvalifisert personell.

Det er også grunn til å merke seg at veksten i årsverk hovedsakelig har funnet sted ved poliklinisk virksomhet, som har hatt en økning på 40 prosent i planperioden, mens antallet årsverk i psykiatriske døgnavdelinger økte med 6,5 prosent.

Ved opptrappingsplanens oppstart ble 6 802 (50 prosent) av årsverkene utført av kvalifisert personell. 72 prosent av den stipulerte økningen på 2 300 årsverk i løpet av planperioden tilsier en økning på 1 656 årsverk for kvalifisert personell – hvilket innebærer at man ved planperiodens slutt legger opp til 8 458 slike årsverk. I 2002 var antallet 8 315. Det resterende behov for kvalifisert personell i løpet av planperioden er altså 143 årsverk, et mål som med dagens endringstakt etter alt å dømme vil nås allerede i 2003.

I lys av at det mange steder synes å være langt igjen før det er nok fagpersonell - og da særlig leger og psykologer - ved DPS'ene til at de kan fungere som faglig selvstendige enheter, kan det synes som at målene om kompetanseheving i psykisk helsevern for voksne har vært for lite ambisiøse.

I Opptrappingsplanen antas at mangel på leger og psykologer i noen år utover 2006 kan kompenseres med økt bruk av personell med høyskoleutdanning. Totalt mener departementet at det vil bli en rimelig balanse mellom den økte etterspørsel og sannsynlig tilgang på personell i løpet av planperioden. Utdanningskapasiteten for universitets- og høyskoleutdannet personell er vesentlig øket de siste 10 årene, og den oppmerksomhet og de økte ressurser som Opptrappingsplanen har medført synes å ha ført til at rekrutteringen til fagfeltet er bedret.

### Mål 3: Bemanningsøkning per plass ved DPS'ene<sup>1</sup>.

I 1998 ble det utført 2 763 årsverk ved distriktpsikiatriske tilbud ("DPS'er"), eller 1,9 årsverk per heldøgns plass, se tabell 2.2. I 2002 ble det utført 4 682 årsverk ved sentrene, eller 2,5 årsverk per heldøgns plass. Antall årsverk per plass har altså steget betydelig, og forventes å stige videre i perioden.

Tabell 2.2 Antall årsverk og bemanningsfaktorer ved distriktpsikiatriske tilbud etter personellkategori. 1998-2002.

Årsverk	1998	2002
Leger og psykologer	284	711
Universitets- og høyskoleutdannet personell totalt <sup>1)</sup>	1 391	2 760
Årsverk totalt	2 763	4 682
Antall senger	1 492	1 845
<i>Bemanningsfaktorer</i>		
Leger/psykologer per plass	0,19	0,38
Universitets- og høyskoleutdannet personell totalt per plass	0,93	1,50
Total bemanningsfaktor	1,9	2,5

1) Se definisjon over.

Kilde: SSB

<sup>1</sup> Se avsnittet om DPS'er for nærmere presisering og diskusjon av begrepet "DPS".



Det har også skjedd en markert kompetanseheving ved de distriktpspsykiatriske tilbud, ved at årsverksinnsatsen blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning har økt mer enn blant de øvrige grupper av personale i løpet av perioden. Bemanningsfaktoren blant leger og psykologer er fordoblet, mens bemanningsfaktoren blant personale med treårig helsefaglig utdanning eller mer har økt med over 60 prosent.

Det er som nevnt likevel grunn til å anta at mangel på leger og psykologer vil være en hindring for at slike sentra skal kunne utvikle seg til selvstendige faglige enheter, slik det legges opp til i plandokumentene. Inntil videre synes mangelen på fagstab å bli løst ved å redusere ambisjonsnivået for distriktpspsykiatriske tilbud.

**Mål 4:** 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale.

For å vurdere dette delmålet er det helt avgjørende hvilket år som brukes som utgangspunkt. Som Opptrappingsplanen gjør rede for, fant det i 1998 sted en reform der det ble inngått nye avtaler med tidligere avtaleløse spesialister, noe som førte til at antall avtaleårsverk det året ble nær tredoblet. Regnes 1996 som utgangsåret er altså målsettingen overoppfylt flere ganger bare i 1998, og det skulle følgelig ikke være grunnlag for ytterligere vekst senere i planperioden. Som det fremgår av tabell 2.4 har det heller ikke vært noen nevneverdig endring i antall årsverk for avtalespesialister etter 1998. Regnes derimot 1998 som utgangsåret, tilsier 50 prosent ytterligere vekst i resten av planperioden en ny rekruttering til privat praksis i sterk og problematisk konkurranse med rekrutteringen til de offentlige tilbudene.

Det er nærliggende å anta at reformen i 1998 var ment som et "engangsløft" for å styrke tilgjengeligheten til spesialisert behandling fra privatpraktiserende spesialister.

Tabell 2.3 Årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med fylkeskommunale driftsavtale. Absolutte tall og endring fra 1997 til 2002.

Avtalespesialister i psykisk helsevern	1997	1998	2002	Endring 1997-2002
	Absolutte tall			
Psykiatere	56	167	163	107
Psykologer	98	388	403	305
Sum	154	555	566	412

Kilde: SSB

**Mål 5:** Redusert bruk av tvang.

Psykisk helsevernloven hjemler bruk av tvang overfor personer med alvorlig sinnslidelse (psykose) som trenger behandling, når det ikke er mulig å få i stand nødvendig behandling frivillig. Det er et mål at tvangsbruken skal reduseres, samt at nødvendig tvungen behandling og tvangsbruk skjer i faglig forsvarlige former med respekt for pasientens verdighet.

I Norge gjennomføres en høy andel av behandlingstiltakene innen psykisk helsevern med tvang. Status i dag er at:

- tvangsbruken innen psykisk helsevern synes høy og stabil
- det er store forskjeller mellom institusjonene når det gjelder hvor stor andel av pasientene som mottas til tvungent psykisk helsevern
- registreringen av tvangsbruk er mangelfull
- det er behov for kvalitetssikring av tvangsbruken

De siste årene har andelen av hhv tvang og frivillighet ved innleggelser i psykisk helsevern vært stabil ved de sykehusene der dette er registrert. Det vil si at ca. 60 prosent innskrives frivillig og 40 pst. etter vedtak om tvungent psykisk helsevern, der tvungen undersøkelse i institusjon utgjør ca. 25 pst. og tvungent døgnopphold ca. 15 prosent. Disse tallene er uendret også fra 2001 til 2002, se kapittel fire.

9 av 31 sykehus har imidlertid ikke hatt rutiner for å fremskaffe statistikk for antall tvangsinnleggelser ved sykehuset. For de sykehusene som har sendt inn tilfredsstillende data, er det meget store forskjeller sykehusene imellom.

Også tall for bruk av mekaniske tvangsmidler tyder på at det er store forskjeller mellom institusjonene, både når det gjelder antall ganger slike midler er brukt, og for antall pasienter og antall timer. Psykisk helsevernloven regulerer skjerming under 48 timer, men få institusjoner har systematiske registreringsrutiner som gir opplysninger om skjerming.

Det kan konkluderes med at bruk av tvang ikke synes å være redusert i planperioden, og at registreringen av tvangsbruk er mangelfull.

## 2.5 Kvantitativ styrking

Mål 6: Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på nivået fra 1996. Det bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern.

Stortingsproposisjonen gikk inn for å opprettholde antall sykehusplasser i psykisk helsevern for voksne. I tillegg ble det vurdert å være behov for 160 nye plasser for personer som dømmes til psykiatrisk behandling. Utover dette var det ikke lagt opp til å øke antall døgnplasser ved sykehusene.

I 1996 som var proposisjonens utgangspunkt, var det 2940 sykehusplasser i psykisk helsevern for voksne i Norge. Med en vekst på 160 nye plasser for dømte, tilsier dette 3100 plasser ved slutten av planperioden.

I 2002 var det 2982 døgnplasser i sykehusavdelinger for voksne, altså en økning på 42 plasser i forhold til 1996, se tabell 2.4. Dette er et resultat av at de fleste fylker som i 1996 lå vesentlig under gjennomsnittet for landet med hensyn til sykehusplasser, har fått støtte til utbyggingsprosjekter, eller slike prosjekter er planlagt realisert senere i perioden. Halveis i planperioden gjenstår totalt 118 nye plasser som må etableres i resten av opptrappingsperioden for å nå målsettingen. I departementets foreløpige liste over investeringsprosjekter som skal realiseres fram til 2006, inngår utbygging av totalt 90 nye plasser ved sykehus, hvorav 62 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern. Sammen med eksisterende antall plasser tilsier dette 3072 døgnplasser ved sykehusavdelinger ved slutten av planperioden. Summen av eksisterende og prosjekterte sykehusplasser er altså omtrent like mange som planen legger opp til.

Det er i dag 50 døgnplasser ved regionale og 133 ved fylkesvise sikkerhetsavdelinger. Man regner med at behovet for slike plasser er rimelig godt dekket. Behovet for økt sykehuskapasitet som følge av de nye lovbestemmelsene om den strafferettslige særreaksjonen "dom til tvunget psykisk helsevern", som trådte i kraft 1. januar 2002, er vurdert i samtlige fylkesvise planer. De regionale helseforetakene har i noen fylker planlagt og til dels etablert nye slike døgnplasser.

Mål 7: Utbygging av distriktpsikiatriske sentra: totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende.

I psykisk helsevern for voksne er etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) den mest omfattende oppgaven. Et DPS skal være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde, med

poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse. Samarbeid med helse- og sosialtjenesten i kommunene skal være en meget vesentlig oppgave (jf. Helsetilsynets veiledningshefte 1-2001 "Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder"). De godkjente fylkesvise planene med merknader er utgangspunkt for den videre utbyggingen. Av de 78 planlagte DPS'ene er 64 opprettet, mens ytterligere 14 er under bygging eller prosjektering. Av de 64 DPS'ene som i dag er opprettet er det kun 29 som anses som ferdig utbygd. De øvrige trenger bygningsmessige endringer, utvikling og oppbygging av nye funksjoner og utvidelse av personellgruppen.

Behovet for døgnplasser ved DPS'er er i Opptrappingsplanen anslått til 2 040. Dette tallet fremkom som summen av eksisterende antall plasser ved bo- og behandlingssentra i 1996 (1 014)<sup>2</sup> og et beregnet merbehov på 1 025 plasser i løpet av planperioden. Fra 1996 til 2002 er plasstallet i henhold til klassifiseringen i SAMDATA Psykisk helsevern Tabeller økt med 831, til 1845 plasser, se tabell 2.4. I departementets liste over byggeprosjekter som skal realiseres i resten av perioden, er det avsatt midler til ytterligere ca 620 nye døgnplasser ved DPS'ene. Til sammen gir dette 2465 døgnplasser ved slutten av opptrappingsperioden, altså betydelig flere enn målet i Opptrappingsplanen.

Tabell 2.4 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2002. Antall og prosent endring.

Institusjonstype	1996	1998	2002	Endring 1996-2002	
				Absolutte tall	Prosent
Sykehus	2 938	3 070	2 982	44	1
DPS	1 014	1 487	1 845	831	82
Sykehjem	2 058	1 298	544	-1 514	-74
Andre døgninstitusjoner	245	120	74	-171	-70
<b>Totalt</b>	<b>6 255</b>	<b>5 975</b>	<b>5 445</b>	<b>-810</b>	<b>-13</b>

DPS'ene etableres dels ved nybygg, og dels ved omorganisering og ombygning av eksisterende institusjoner som psykiatriske sykehjem. Fordi mange av disse enhetene er inne i en utviklingsprosess med endring av arbeidsformene og mer kvalifisert personell, lar det seg vanskelig gjøre å tallfeste hvor mange av de nåværende plassene som tilfredsstiller kravene til aktiv behandling på spesialistnivå. Om det beregnede antall på 2040 døgnplasser for aktiv behandling ved reelle DPS'er vil nås i 2006, vil være avhengig av flere forhold, og ikke bare av antall nye plasser som bygges finansiert av Opptrappingsplanen. Totaltallet vil være sterkt avhengig av endringer i plasstallet når eldre institusjoner bygges om lokalt og forandrer sine arbeidsformer. Denne type lokale endringer av plasstallene foreligger det foreløpig ikke oversikt over.

#### Psykiatriske sykehjem

I Opptrappingsplanen var det regnet med å redusere antall psykiatriske sykehjemsplasser etter hvert som DPS'ene ble bygget ut, til 1400 plasser i 2006. Antall plasser ved sykehjemmene har sunket vesentlig kraftigere enn dette, til 544 plasser allerede i 2002. Det synes altså åpenbart at plasstallet ved sykehjemmene i 2006 vil bli langt lavere enn de 1400 plassene som er anslått i Opptrappingsplanen. De psykiatriske sykehjemmene har altså gjennomgått en langt kraftigere nedbygging enn planlagt, og institusjonskategorien vil antakelig være omtrent avvirket i 2006.

<sup>2</sup> Dette tallet, som opprinnelig ble angitt til 1 040, er senere i SAMDATA-sammenheng korrigert til 1 014, slik at det "korrigerede" planmålet for antall plasser i DPS'er i 2006 er 2 040 i stedet for 2 065.

Den raske nedbyggingen av psykiatriske sykehjem gjør at det totale antall plasser i psykisk helsevern for voksne er redusert med ca 800 siden 1996. Det var en klar forutsetning i Opptrappingsplanen at reduksjon i antall sykehjemsplasser skulle kompenseres ved utbygging av aktive døgnplasser ved DPS'er og styrket omsorgstilbud i kommunene, slik at tilbudet til de brukergruppene som tidligere har benyttet sykehjemmene ikke blir dårligere.

Det er gitt tilsagn om statlige tilskudd til i alt 1 600 omsorgsboliger (Sosial- og helsedirektoratet, rapport IS-1127, 2003). I hvilket omfang disse er realisert, og tatt i bruk av de tidligere brukergruppene fra sykehjemmene har vi ikke opplysninger om.

Det er med andre ord vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er redusert, når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene ses under ett. Dette beror på om de brukergruppene som tidligere benyttet sykehjemmene får tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud i kommunene, og om samarbeidet mellom 1. og 2.linjen fungerer i samsvar med pasientenes behov, f eks gjennom poliklinisk behandling og annen oppfølging.

Det kan oppsummeres at man i løpet av planperioden har fått færre omsorgsplasser i sykehjem, og flere behandlingsplasser. Til tross for reduksjon i det totale sengetallet har befolkningens tilbud om hjelp for psykiske lidelser ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern økt de fire første årene i planperioden, målt ved antall behandlede pasienter som mottar tilbud. Samtidig er det flere behandlere, med høyere kompetanse ved slike institusjoner enn før.

**Mål 8:** Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca 220000 konsultasjoner (50 prosent økning fra nivået i 1996).

Opptrappingsplanen går inn for å øke den polikliniske behandlingen med 220 000 konsultasjoner i løpet av planperioden. Det er uklart hvorvidt - og hvordan - privat avtalepraksis skal medregnes. Årlige opplysninger om antall konsultasjoner hos private avtalespesialister på landsbasis foreligger ikke.

Når privat avtalepraksis holdes utenfor, har den polikliniske virksomheten økt med 177 000 konsultasjoner i perioden 1996-2002. Dette tilsvarer 80 prosent av den planlagte økningen i løpet av hele planperioden. I de første fire årene av selve planperioden har antall konsultasjoner økt med 139 000, se tabell 2.5.

Tabell 2.5 Antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne 1996, 1998 og 2002. Antall og prosent endring. Hele tusen.

Antall polikliniske konsultasjoner	1996	1998	2002	Endring 1996-98	Endring 1998-2002
Totalt	438	476	615	177	139

Dersom denne veksten fortsetter også i tiden fremover vil målet om 220 000 flere konsultasjoner i forhold til nivået i 1996 nås innen utgangen av 2004. SINTEF Unimed har estimert at hver polikliniske pasient fikk sju konsultasjoner i 2002. Gitt at dette var tilfelle også i 1998, har antall individer som mottok poliklinisk behandling økt fra 68 000 individer i 1998, til 88 000 i 2002. Midtveis i planperioden synes det altså som at offentlige poliklinikker når fram til anslagsvis 20 000 flere individer enn ved starten av perioden.

**Mål 9:** Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for voksne

Veksten i antall polikliniske konsultasjoner har primært skjedd som en følge av veksten i antall årsverk ved poliklinikkene. Produktiviteten ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene har ikke økt som forutsatt. Innen psykisk helsevern for voksne har produktivitetsmålet vært

antall konsultasjoner per behandler per virkedag. Målt på denne måten var produktiviteten tilnærmet stabil de første årene, mens den i 2001 sank fra 1,67 til 1,54 konsultasjoner per behandler per virkedag. Produktiviteten var tilnærmet uendret fra 2001 til 2002. Midtveis i opptrappingsperioden er altså produktiviteten ved voksenpsykiatriske poliklinikker redusert med omlag 10 prosent, i skarp kontrast til den planlagte produktivitetsveksten på 50 prosent. Tabell 2.6 viser utviklingen i produktivitet i løpet av planperioden.<sup>3</sup>

Tabell 2.6 Antall polikliniske årsverk blant fagutdannet personale <sup>1)</sup> totalt, per år og per virkedag. 1998-2002. Antall og prosent endring.

	1998	2000	2001	2002	Prosent endring 1998-2002
Antall årsverk blant fagstab <sup>2)</sup>	1 227	1 362	1 547	1 750	43
Antall polikliniske konsultasjoner	476 000	521 000	549 000	615 000	29
Antall konsultasjoner per år	388	383	355	351	-10
Antall konsultasjoner per virkedag <sup>3)</sup>	1,68	1,67	1,54	1,53	-10

1) Polikliniske årsverk blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning, minus merkantilt personale

2) Gjennomsnittet for angjeldende og forutgående år

3) 230 dager i året

Det er nærliggende å anta at denne produksjonsreduksjonen kan være knyttet til den store tilveksten av nye behandlere de siste år. Det må nødvendigvis medgå mye tid for å gi- og få opplæring. En eventuelt midlertidig reduksjon i effektivitet kan således tenkes å være en investering i fremtiden, ved at man på sikt legger grunnlaget for å kunne få en større øking i kapasitet og effektivitet. Det vil ta minst ett år før effektene av satsingen i 2001/2002 på poliklinisk virksomhet lar seg avlese.

Antall konsultasjoner per behandler er omlag dobbelt så høy som i psykisk helsevern for barn og unge. Mesteparten av tiden går likevel med til andre gjøremål enn direkte pasientkonsultasjoner. Dette kan ha flere årsaker; blant annet at personalet ved poliklinikkene i utstrakt grad må betjene og rådgive døgnerheter som følge av integrasjonen med døgnerhetene ved de nye DPS'ene, noe som forutsetter nært samarbeid mellom poliklinikk og døgnerhet.

Poliklinikkene skal altså ha flere- og ulike typer funksjoner utover det å drive direkte pasientbehandling - det er ikke "rene" poliklinikker i tradisjonell (somatisk) forstand det er tale om. Å evaluere produktivitet ved slike enheter forutsetter derfor at alle typer virksomheter inngår i analysene. "Poliklinikkene" har i alle fall tre typer oppgaver:

- nært samarbeid, eventuelt samorganisering med døgnerheter
- direkte pasientbehandling
- samarbeid og rådgivning ovenfor kommunene

Vurderingen av effektiviteten ved de polikliniske enhetene beror med andre ord på at man har en oppfatning av hva som er "ideell" vektlegging av de ulike aspekter ved driften.

<sup>3</sup> Antall årsverk blant polikliniske behandlere registreres ved en punkttelling ved slutten av året. Antall konsultasjoner er derimot basert på produksjonen gjennom hele året. Dette innebærer at poliklinikker som ansetter behandlere ved slutten av året får lav produktivitet, fordi behandlerne telles med som hele årsverk, uten å ha rukket å produsere konsultasjoner. For å minimere denne feilkilden har vi i tabellen under benyttet gjennomsnittstall for to år av gangen for å beregne antall årsverk. Antall årsverk i 1998 er således gjennomsnittet av antall årsverk i 1997 og 1998, antallet i 2002 gjennomsnittet for antall årsverk i 2001 og 2002 osv. Ved denne fremgangsmåten legges da til grunn at nye behandlere som en gjennomsnittsbetraktning starter sin polikliniske virksomhet jevnt fordelt gjennom hele året.

Mål 10: Økning i antall dagopphold i DPS'er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996.

I Opptappingsplanen det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen med 90.000 dagopphold i løpet av opptappingsperioden. Veksten i dagbehandlingen skal skje ved DPS'ene, mens dagbehandlingen ved sykehusene forutsettes holdt omtrent på samme nivå som i 1996. I henhold til statistikk innhentet av SSB er volumet av dagbehandling redusert med 190 000 dagopphold (50 prosent) fra 1996 til 2002, se tabell 2.7.

Tabell 2.7 Antall oppholdsdager i psykisk helsevern for voksne 1996, 1998 og 2002. Antall og prosent endring. Hele tusen.

Antall oppholdsdager	1996	1998	2001	2002	Prosent endring 1996-2002
Totalt	379	302	252	189	-50

Denne nedgangen kan ikke anses for å være reell, men skyldes endrede registreringsrutiner og sprikende og endret forståelse av begrepene "oppholdsdag" vs "dagopphold". MBDS, som ble innført i 2000 blant annet for å rydde opp i begrepsbruken, har ennå ikke "satt seg" i institusjonenes registreringspraksis, noe som fører til at mange institusjoner ikke leverer data om slik virksomhet overhodet. Pasientdata innhentet av NPR, og som baserer seg på MBDS, er således ikke komplette for de siste driftsår hva angår dagbehandling. Heller ikke tall fra SSB, som baserer seg på samletall fra institusjonene (pasientdata aggregert til institusjonsnivå av institusjonene selv), gir sikre holdepunkter for det faktiske omfang av dagbehandling.

Dagbehandling synes å dekke hele spektret av behandlingsopplegg fra tilfeldige oppmøter ved dagsentra på den ene siden, til strukturerte og arbeidsintensive behandlingsopplegg for utvalgte pasientgrupper på den andre. Slik sett dekker begrepet ytterpunkter når det gjelder grad av spesialisering. Det synes ellers som at dagbehandling i økende grad defineres som poliklinisk virksomhet, og derved i noen grad kan forklare økningen i registrerte antall polikliniske konsultasjoner. Den registrerte reduksjon i dagbehandling kan dessuten skyldes at deler av denne type oppgaver i økende grad tas hånd om i pasientenes hjemkommuner. Det er forøvrig betydelig faglig usikkerhet når det gjelder hvordan dagbehandling bør drives, hvordan virksomheten bør organiseres, og hva som er et meningsfullt mål for dagbehandlingskapasitet. Alt i alt synes det svært vanskelig å tallfeste den reelle økningen i dagbehandling/dagtilbud så langt i planperioden.

## 2.6 Psykisk helsevern for barn- og unge

Psykisk helsevern for barn- og unge har vært et nasjonalt satsingsområde de siste årene. Staten har ved bruk av en rekke ulike stimuleringstiltak forsøkt å bidra til både økt omfang og økt kvalitet på tilbudet. I Opptappingsplanen fremheves det at psykisk helsevern for barn- og unge er et fagfelt som fortsatt trenger betydelig styrking. I tillegg til utbygging av institusjonsplasser er det behov for økt kapasitet til konsultasjon og veiledning til andre helse- og sosialinstanser. De konkrete hovedmålene i Opptappingsplanen er:

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

**Mål 11: 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling**

I Opptrappingsplanen er det beregnet behov for totalt 500 døgnplasser for barn og unge ved slutten av planperioden – 205 flere enn i 1996. Tabell 2.8 viser hvordan plasstallet har utviklet seg.

Tabell 2.8 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2002. Antall og prosent endring.

Institusjonstype	1996	1998	2002	Endring 1996-2002	
				Absolutte tall	Prosent
Klinikker	136	170	224	88	65
Behandlingshjem	160	155	88	-55	-34
Totalt	296	325	312	16	5

Veksten i døgnplasser har vært vesentlig lavere enn planlagt, og hittil er det bare blitt netto 16 døgnplasser flere enn i 1996, eller totalt 312 plasser. Veksten utgjør bare 8 pst. av måltallet. Det er bygget totalt 62 nye døgnplasser for barn og ungdom finansiert av opptrappingsmidler til og med 2002, men samtidig har eksisterende avdelinger redusert plasstallet for å få bedre lokaler, og en del plasser er omdefinert fra døgnplasser til dagplasser. Det er planlagt bygget 120 nye døgnplasser i resten av perioden, men en del av disse skal erstatte eksisterende plasser. Totalt kan det anslås at det vil være ca 400 døgnplasser i 2006, ca 100 lavere enn det beregnede målet i St.prp. nr. 63.<sup>4</sup>

Lokale omdefineringer av plassene gir svingninger i statistikken for antall døgnplasser fra et år til et annet. De er store forskjeller mellom helseregionene, og antall døgnplasser pr 10 000 barn/unge varierte i 2002 fra 2,0 i Helse Sør til 4,2 i Helse Øst.

På dette feltet ligger man altså ikke an til å komme i mål – verken når det gjelder det totale volum på nasjonalt nivå – eller når det gjelder geografisk spredning av døgnplasstilbudet.

Innen psykisk helsevern for barn og ungdom 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. Av denne grunn hevder Sosial- og helsedirektoratet (Rapport 10/2003) at de opprinnelige måltallene for døgnplasser ikke lenger er like relevante. Behandlingskapasiteten i psykisk helsevern for barn og ungdom i de enkelte foretak må vurderes samlet, slik at institusjonskapasitet, utbygging av poliklinikkene og omfanget av bruken av nye behandlingsmetoder vurderes i sammenheng i den enkelte helseregion.

**Mål 12: 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet.**

Med fagpersoner menes personell med minimum treårig helsefaglig utdanning. Tabell 2.9 viser utviklingen i antall polikliniske årsverk i de ulike grupper fagpersonell i perioden 1996-2002. Sett under ett har antall fagpersoner økt med 434 årsverk. Målet om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet i forhold til nivået i 1996 er altså allerede oppfylt.

<sup>4</sup> Institusjonsplasser for barn- og unge skal dekke behovet for akutt-plasser for ungdom, døgnplasser for ungdom med sikte på noe lengre tids behandling, døgn- eller dagplasser for barn og plasser for familiebehandling. Institusjonsplasser i barne- og ungdomspsykiatrien er derfor ingen enhetlig størrelse fordi det kan dreie seg om rene døgnplasser, rene dagplasser, kombinerte døgn- og dagplasser, samt avdelinger med plass til en eller flere familier. Statistikken for døgnbasert institusjonsbehandling må derfor leses med forsiktighet.

Tabell 2.9 Polikliniske fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1996-2002.

Årsverk ved poliklinikker for barn og unge	Endring i totale tall				
	1996	1998	2002	1996-2002	1998-2002
Psykiatere og andre leger	105	115	157	52	42
Psykologer	266	305	430	164	125
Sosionomer	179	185	244	65	59
Annet terapipers. m/høyskoleutd.	169	175	322	153	141
<b>Fagårsverk totalt</b>	<b>719</b>	<b>780</b>	<b>1153</b>	<b>434</b>	<b>373</b>

Kilde: SSB

I første halvdel av planperioden (1999-2002) har antall fagpersoner til poliklinisk virksomhet økt med 373, altså 93 årsverk per år. Med en slik veksttakt også neste år, vil målet om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet nås i løpet av 2003, også når vi kun ser på økning i løpet av planperioden. Rekrutteringen av fagpersonale til poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge er altså i god gjenge i forhold til de mål som er satt. I hvilken grad dette har ført til tilsvarende økning i konsultasjoner og produktivitet, kommer vi tilbake til i avsnittet under.

### Mål 13: Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for barn og unge

Innen psykisk helsevern for barn og ungdom har produktivetsmålet vært antall "tiltak" per behandler<sup>5</sup>. Et "tiltak" er en konsultasjon med barnet eller familien, veiledning til førstelinjen, samarbeidsmøte e.l., og det har vært kvantifisert en målsetting om 50 prosent produktivitetsøkning målt på denne måten. Halvveis i planperioden har antall tiltak per behandler økt med 26 prosent, fra 1,12 tiltak per virkedag i 1998 til 1,41 i 2002, se tabell 2.10. Midtveis i planperioden har økningen vært ganske nøyaktig halvparten av det stipulerte – man synes altså å være "i rute" når det gjelder å nå målet. Målet om produktivitetsøkning på 50 prosent tilsier at hver behandler skal ha 1,68 tiltak per virkedag ved slutten av planperioden. Det kan diskuteres om dette er en noe lav målsetting.

Tabell 2.10 Tiltak totalt og direkte tiltak. Poliklinisk virksomhet blant barn og unge. Absolutte tall og endring 1998-2002.

	1998		2002		Endring fra 1998 – 2002	
	Totalt	Per dag	Totalt	Per dag	Antall tiltak	Prosent
Totalt antall tiltak per fagårsverk	258	1,12	325	1,41	67	26
Direkte tiltak per fagårsverk	179	0,78	214	0,93	34	19

Kilde: Sintef Unimed og SSB

<sup>5</sup> Antall årsverk blant polikliniske behandlere registreres ved en punkttelling ved slutten av året. Antall konsultasjoner er derimot basert på produksjonen gjennom hele året. Dette innebærer at poliklinikker som ansetter behandlere ved slutten av året får lav produktivitet, fordi behandlerne telles med som hele årsverk, uten å ha rukket å produsere konsultasjoner. For å minimere denne feilkilden har vi i tabellen under benyttet gjennomsnittstall for to år av gangen for å beregne antall årsverk. Antall årsverk i 1998 er således gjennomsnittet av antall årsverk i 1997 og 1998, antallet i 2002 gjennomsnittet for antall årsverk i 2001 og 2002 osv. Ved denne fremgangsmåten legges da til grunn at nye behandlere som en gjennomsnittsbetraktning starter sin polikliniske virksomhet jevnt fordelt gjennom hele året.



Disse tallene inkluderer samtlige tiltak – både der hvor pasienten eller foresatte er tilstede og øvrige tiltak med ulike samarbeidsparter uten pasientens tilstedeværelse. Antall registrerte tiltak per virkedag hvor pasienten er tilstede ("direkte tiltak") var 0,78 i 1998 og 0,93 i 2002, en økning på 19 prosent. Økningen i slik direkte pasientkontakt per behandler er altså mindre enn når alle tiltak ses under ett. Midtveis i planperioden har fremdeles hver behandler under ett direkte pasientrelatert tiltak per virkedag.

Direkte pasientrelatert virksomhet, slik den registreres i BUP-databasen, utgjør altså fremdeles bare en liten del av de samlede gjøremål. I hvilken grad disse tall avspeiler hvor tidkrevende det er å bygge opp de nødvendige samarbeidsrelasjoner og nettverk (familie, skole, barnevern etc) som er nødvendige i arbeidet med barn og unge, og i hvilken grad tallene uttrykker et betydelig potensiale for produktivitetssøking (flere direkte tiltak per behandler), blir nærmere diskutert i neste kapittel i denne rapporten.

I alminnelighet bør tallene leses med forsiktighet, fordi registreringspraksis og definisjoner i forbindelse med begrepene direkte og indirekte pasientkontakt kan ha endret seg, blant annet på grunn av den store oppmerksomhet dette tema har fått de siste par år.

Mål 14: Tjenesten skal kunne gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år hvert år

Tabell 2.11 viser utviklingen i aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge fra 1998 til 2002.

Tabell 2.11 Aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2002.

	1998	2002	Endring fra 1998 – 2002	
			Antall	Prosent
Totalt antall behandlede pasienter	20 634	31 096	10 462	51
- poliklinisk behandling	19 097	28 919	9 822	51
- dag- og/eller døgntil behandling	1 537	2 177	640	42
Behandlede pasienter i prosent av barn- og unge 0-17 år	2,0	2,9		

Kilde: Sintef Unimed og SSB

I 2002 fikk 31 000 barn og unge behandling gjennom psykisk helsevern<sup>6</sup>. Av disse fikk 29 000 eller 93 prosent poliklinisk behandling. Det ble behandlet 10 000 flere pasienter i 2002 enn i 1998 (51 prosent økning). Denne volumøkningen har ført til at dekningsgraden (andel barn og unge som mottar tilbud) økte fra 2,0 til 2,9 prosent.

Gitt at antall individer 18 år og yngre holdes på dagens nivå, tilsier målet om å nå fem prosent i 2006 at det psykiske helsevernet da skal nå fram til 53 400 barn og unge. Dette er 22 300 flere enn i 2002, hvilket tilsier at den gjennomsnittlige årlige økningen i antall behandlede pasienter i årene 2003 – 2006 må ligge på ca 5500.

Av tabell 2.11 fremgår det at den årlige økningen i første del av planperioden var ca 2 600 barn og unge. Det psykiske helsevernet må altså nå ut til 2900 flere barn og unge per år enn hva dagens vekstrate legger opp til.

Et viktig spørsmål her er om det er antall *registrerte* pasienter som skal tilsvare fem prosent, eller om fem prosent også skal omfatte såkalte NN-saker hvor det psykiske helsevern yter råd og veiledning knyttet til enkeltpasienter uten å registrere pasienten. Pasientdata inne-

<sup>6</sup> Det foreligger ikke data om hvorvidt dette er genuint ulike individer, - men lokale undersøkelser viser at det hører med til sjeldenhetene at en og samme pasient mottar tilbud ved to ulike anledninger i løpet av samme år.

holder ikke informasjon om omfanget av NN-sakene og omfanget er ikke tallfestet på nasjonalt nivå. Det er likevel ikke tvil om at psykisk helsevern for barn og unge står overfor et løft i behandlingsvolum, noe som stiller sektoren overfor betydelige utfordringer. Det er særlig kapasiteten og produktiviteten i poliklinikkene som har betydning for behandlingsvolumet.

Selv om poliklinikkene har hatt en gunstig utvikling av produktiviteten, og ligger an til å innfri målsetningen om 50 prosent produktivitetsvekst, virker det lite realistisk at målsetningen om å gi tilbud til 5 prosent av barnebefolkningen kan innfris for alle deler av landet i 2006. Selv om en øker tilførselen av midler sterkt i siste halvdel av perioden som forutsatt, synes en økning fra å behandle 2,9 prosent av barnebefolkningen i 2002 til 5 prosent i 2006 å forutsette endringer i tilbudsstrukturen utover hva som har vært tilfelle til i dag. Dette tema er nærmere omtalt i neste kapittel.

## 2.7 Oppsummering og avsluttende kommentar

Opptrappingsplanen for psykisk helse er en åtteårig plan med konkrete tiltak og økonomiske virkemidler for å styrke tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser, både kvantitativt og kvalitativt. Planperioden startet i 1999 og skal avsluttes i 2006. Fullføringen av Opptrappingsplanen vil være en av de regionale helseforetakenes mest sentrale oppgaver.

I dette kapitlet er status for 14 av hovedmålene i Opptrappingsplanen vurdert ved utgangen av 2002; midtveis i planperioden.

I Opptrappingsplanen er økningen i driftsutgifter til psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) stipulert til 2,1 milliarder kroner, dvs 2,6 milliarder 2002-kroner. Midtveis i planperioden har brutto driftsutgifter til psykisk helsevern økt med 1,1 milliarder kroner (omregnet til 2002-kroner), altså 42 prosent av den totale stipulerte økningen i planperioden. Av denne økningen fant 600 millioner sted de tre første årene i planperioden, mens økningen fra 2001 til 2002 var 500 millioner. Av denne realøkningen siste år utgjorde økte polikliniske refusjoner 100 millioner kroner, mens 150 millioner var øremerkede midler gjennom Opptrappingsplanen. Resten ble finansiert gjennom basistilskuddet til de regionale helseforetak.

For å nå målet om en økning på 2,6 milliarder i økte brutto driftsutgifter (2002-kroner), må økningen i utgiftene, og antageligvis særskilte statlige tilskudd, ligge på et høyere nivå siste del av planperioden enn i første. Opptrappingsplanen tilsier med andre ord økt vekst i årene som kommer.

Status for de enkelte delmål:

### ***Psykisk helsevern for voksne***

#### ***1. Økt bemanning.***

I første del av planperioden har antall årsverk økt i raskere takt enn målene tilsier. Økningen har vært omlag 350 nye årsverk per år. Dette er en raskere vekst enn forutsatt i Opptrappingsplanen, noe som tilsier at målet trolig vil nås allerede i 2005. Veksttakten har vært særlig markert de siste to år. Fra 2001 til 2002 økte antall årsverk med 500.

#### ***2. Kompetanseheving.***

Opptrappingsplanen forutsetter at 72 prosent av de nye årsverkene i psykisk helsevern for voksne skal utføres av personell med universitets- eller høyskoleutdanning. Andelen årsverk blant universitets- eller høyskoleutdannet personell av den totale personelløkningen i første halvdel av planperioden har vært i overkant av 80 prosent, altså betydelig høyere enn målsettingen. I henhold til målet i Opptrappingsplanen er det resterende behovet for slike årsverk i resten av planperioden i underkant av 150, et mål som med dagens endringstakt etter alt å

dømme vil nås allerede i 2003. I lys av at det mange steder synes å være langt igjen før det er nok leger, psykologer og annet fagpersonell ved DPS'ene til at de kan fungere som faglig selvstendige enheter, kan det synes som at målene om kompetanseheving i psykisk helsevern for voksne har vært for lite ambisiøse.

3. Bemanningsøkning per plass ved DPS'ene.

Bemanningsfaktoren blant leger og psykologer er fordoblet ved DPS'ene, mens bemanningsfaktoren blant kvalifisert personell sett under ett har økt med over 60 prosent i løpet av planperioden. Det er likevel grunn til å anta at mangel på leger, psykologer og høyskoleutdannet personell vil være en kritisk faktor for at slike sentra skal kunne utvikle seg til selvstendige faglige enheter alle steder i landet innen 2006, slik det legges opp til i plandokumentene.

4. 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale.

I 1998 fant det sted en reform der det ble inngått nye avtaler med tidligere avtaleløse spesialister, noe som førte til at antall avtaleårsverk det året ble nær tredoblet. Regnes 1996 som utgangsåret er altså målsettingen overoppfylt flere ganger bare i 1998, og det skulle følgelig ikke være grunnlag for ytterligere vekst senere i planperioden. Regnes derimot 1998 som utgangsåret, tilsier 50 prosent ytterligere vekst i resten av planperioden en ny rekruttering til privat praksis i sterk og problematisk konkurranse med rekrutteringen til de offentlige tilbudene. Den viktigste utfordringen når det gjelder de privatpraktiserende i tiden fremover, er trolig å få i stand et tettere samarbeid med psykisk helsevern for øvrig.

5. Redusert bruk av tvang.

De siste årene har andelen av hhv tvang og frivillighet ved innleggelse i psykisk helsevern vært stabil ved de sykehusene der dette er registrert. Det vil si at ca. 60 prosent innskrives frivillig og 40 prosent etter vedtak om tvungent psykisk helsevern, der tvungen undersøkelse i institusjon utgjør ca 25 prosent og tvungent døgnopphold ca 15 prosent. Tvangsbruken innen psykisk helsevern synes altså høy og stabil.

6. Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på nivået fra 1996. Det bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern.

Dette innebærer 3100 sykehusplasser ved slutten av planperioden. I 2002 var det 2982 døgnplasser i sykehusavdelinger for voksne, altså en økning på 42 plasser i forhold til 1996. Dette er et resultat av at de fleste fylker som i 1996 lå vesentlig under gjennomsnittet for landet med hensyn til sykehusplasser, har fått støtte til utbyggingsprosjekter, eller slike prosjekter er planlagt realisert senere i perioden. Halvveis i planperioden gjenstår totalt 118 nye plasser som må etableres i resten av opptrappingsperioden for å nå målsettingen. I departementets foreløpige liste over investeringsprosjekter som skal realiseres fram til 2006, inngår utbygging av totalt 90 nye plasser ved sykehus, hvorav 62 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern. Sammen med eksisterende antall plasser tilsier dette 3072 døgnplasser ved sykehusavdelinger ved slutten av planperioden. Dette er 28 plasser færre enn det som skal til for å øke plasstallet fra 1996 med 160 døgnplasser.

7. Utbygging av distriktpsikiatriske sentra: totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende.

Av de 78 planlagte DPSene er 64 opprettet, mens ytterligere 14 er under bygging eller prosjektering. Totalt er det kun 29 som anses som ferdig utbygd. Opptrappingsplanen har som mål å få bygget 1025 nye plasser for aktiv behandling ved DPSene, til totalt 2040 døgnplasser. I henhold til klassifiseringen i SAMDATA har det vært en økning på 830 døgnplasser ved ulike distriktpsikiatriske tilbud, til 1845 plasser. I departementets liste over byggeprosjekter som skal realiseres i resten av perioden, er det avsatt midler til ytterligere ca 620 nye døgnplasser ved DPSene. Til sammen gir dette 2465 døgnplasser på slutten av opptrappingsperioden. Det er

imidlertid store geografiske forskjeller i realiseringen av DPS-utbyggingen, og en del steder er utbyggingen og omstruktureringen kommet kortere enn forutsatt. Fordi mange av disse enhetene er inne i en utviklingsprosess med endring av arbeidsformene og mer kvalifisert personell, lar det seg vanskelig gjøre å tallfeste hvor mange av de nåværende plassene som tilfredsstillende kravene til aktiv behandling på spesialistnivå. Om det beregnede antall på 2040 døgnplasser for aktiv behandling vil nås i 2006, vil være avhengig av flere forhold, og ikke bare av antall nye plasser som bygges finansiert av Opptappingsplanen.

De psykiatriske sykehjemmene har gjennomgått en langt kraftigere nedbygging enn planlagt, og institusjonskategorien vil antakelig være omtrent avvirket i 2006. I løpet av planperioden har man altså fått færre omsorgsplasser i sykehjem, og flere behandlingsplasser. Den raske nedbyggingen av psykiatriske sykehjem gjør at det totale antall plasser i psykisk helsevern for voksne er redusert med ca 800 siden 1996. Det var en klar forutsetning i Opptappingsplanen at reduksjon i antall sykehjemsplasser skulle kompenseres ved utbygging av aktive døgnplasser ved DPS'er og styrket omsorgstilbud i kommunene, slik at tilbudet til de brukergruppene som tidligere har benyttet sykehjemmene ikke blir dårligere.

Det foreligger ikke nasjonal statistikk over omfanget av omsorgsboliger ol på kommunalt nivå i 2002, med det er gitt konkrete tilsagn om statlige tilskudd til i alt 1 600 omsorgsboliger (Sosial- og helsedirektoratet, rapport IS-1127, 2003).

Det er med andre ord vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er redusert, når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene ses under ett. Dette beror på om de brukergruppene som tidligere benyttet sykehjemmene får tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud i kommunene, og om samarbeidet mellom 1. og 2.linjen fungerer i samsvar med pasientenes behov, f eks gjennom poliklinisk behandling og annen oppfølging.

8. Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca 220 000 konsultasjoner (50 prosent økning fra nivået i 1996).

Når privat avtalepraksis holdes utenfor, har den polikliniske virksomheten økt med 177 000 konsultasjoner i perioden 1996-2002. Dette tilsvarer 80 prosent av den stipulerte økningen i løpet av planperioden. Dersom denne veksten fortsetter også i tiden fremover vil målet være nådd innen utgangen av 2004.

9. Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for voksne.

Midtveis i planperioden er produktiviteten (antall konsultasjoner per fagårsverk) redusert med omlag 10 prosent, i skarp kontrast til den planlagte økningen på 50 prosent. Det er nærliggende å anta at årsaken kan være knyttet til den store tilveksten av nye behandlere de siste år.

10. Økning i antall dagopphold i DPS'er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996.

Det finnes ikke statistikk basert på standardisert rapportering som kan vise utviklingen i antall dagopphold fra 1996 til i dag. Dette gjør det vanskelig å tallfeste den reelle endringen i dagbehandlingstilbudene. I tillegg til at det er behov for fagutvikling for å fremme virksomme metoder for dagbehandling, må selve begrepet dagbehandling avgrenses og defineres på en slik måte at det blir mulig å følge utviklingen i dagbehandlingskapasiteten statistisk.

**Psykisk helsevern for barn og unge**

11. 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling.

Veksten i antall døgnplasser for barn og ungdom er lavere enn det som følger av målsetningen, og det ligger an til at det vil være ca. 100 færre plasser i 2006 enn planlagt. Samtidig er det utviklet nye arbeidsformer som utgjør alternativer til innleggelse (intensive ambulante og oppsøkende arbeidsformer). I henhold til Sosial- og helsedirektoratet tilsier dette at behovet for døgnplasser kan nedjusteres, og det synes ikke å være grunnlag for å opprettholde den opprinnelige målsetningen om 500 døgnplasser.

12. 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet.

I første del av planperioden har antall fagårsverk økt med 373 (60 per år). Med en slik veksttakt også neste år, vil målet nås allerede i løpet av 2003.

13. Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for barn og unge.

Midtveis i planperioden har økningen vært ganske nøyaktig halvparten av det stipulerte – man synes altså å være "i rute" når det gjelder å nå målet. Målet om produktivitetsøkning på 50 prosent tilsier at hver behandler skal ha 1,68 tiltak per virkedag ved slutten av planperioden. Det kan diskuteres om dette er en noe lav målsetting.

14. Tjenesten skal kunne gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år hvert år.

Psykisk helsevern for barn og ungdom behandler stadig flere pasienter. Men det virker urealistisk at målsetningen om å gi tilbud til 5 prosent av barnebefolkningen kan innfris for alle deler av landet i 2006. For å nå dette målet må den gjennomsnittlige årlige økningen i antall behandlede pasienter i årene 2003 – 2006 være omlag 2900 flere per år enn hva dagens vekstrate legger opp til.



## Vedlegg: Tall for de enkelte helseregioner

## Brutto driftsutgifter per innbygger.

Brutto driftsutgifter<sup>1)</sup> til psykisk helsevern for voksne per innbygger 18 år og eldre. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Kroner per innbygger 18 år og eldre		Endring 1998-2002		Prosent av gjennomsnittet for landet 2002.
	1998	2002	Kroner	Prosent	
Helseregion Øst	2 475	2 727	252	10	110
Helseregion Sør	1 901	2 252	351	19	91
Helseregion Vest	2 178	2 477	299	14	100
Helseregion Midt-Norge	2 139	2 207	68	3	89
Helseregion Nord	2 126	2 403	277	13	97
Landet	2 221	2 479	258	12	100

1) 2002-kroner

Brutto driftsutgifter<sup>1)</sup> til psykisk helsevern for barn og unge per innbygger 0-17 år. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Kroner per innbygger 18 år og eldre		Endring 1998-2002		Prosent av gjennomsnittet for landet 2002.
	1998	2002	Kroner	Prosent	
Helseregion Øst	1 500	1 634	134	9	121
Helseregion Sør	855	1 231	376	44	91
Helseregion Vest	809	1 064	255	32	79
Helseregion Midt-Norge	809	1 172	363	45	86
Helseregion Nord	996	1 532	536	54	113
Landet	1 066	1 355	289	27	100

1) 2002-kroner

Brutto driftsutgifter<sup>1)</sup> til psykisk helsevern samlet per innbygger. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Kroner per innbygger 18 år og eldre		Endring 1998-2002		Prosent av gjennomsnittet for landet 2002.
	1998	2002	Kroner	Prosent	
Helseregion Øst	2 263	2 484	221	10	112
Helseregion Sør	1 657	2 012	355	21	91
Helseregion Vest	1 828	2 116	288	16	96
Helseregion Midt-Norge	1 820	1 957	137	8	88
Helseregion Nord	1 855	2 194	339	18	99
Landet	1 951	2 213	262	13	100

1) 2002-kroner

## Psykisk helsevern for voksne.

### Personelldekning og kompetanseheving.

Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Personelldekning 1988	Personelldekning 2002	Prosent av gj.snittet for landet 2002	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	42,1	47,6	110	13
Helseregion Sør	37,0	39,8	92	8
Helseregion Vest	40,5	42,4	98	5
Helseregion Midt-Norge	39,0	38,6	89	-1
Helseregion Nord	39,2	42,8	99	9
Landet	40,1	43,3	100	8

Modum Bad er lagt til Helseregion Sør

Andel av personalet i psykisk helsevern for voksne med 3-årig utdanning eller mer. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Andel med 3-årig utdanning 1988	Andel med 3-årig utdanning 2002
Helseregion Øst	51,3	52,7
Helseregion Sør	50,2	55,8
Helseregion Vest	49,3	55,1
Helseregion Midt-Norge	49,3	59,1
Helseregion Nord	45,0	59,6
Landet	49,8	55,2

Modum Bad er lagt til Helseregion Sør



## Utbygging og bemanningsøkning ved distriktpsikiatriske tilbud (DPS'er)

Antall årsverk per 10 000 voksne innbyggere ved DPS'er. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Personelldekning 1998	Personelldekning 2002	Prosent av gj.snittet for landet 2002	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	6,6	13,5	100	104
Helseregion Sør	12,5	16,0	119	28
Helseregion Vest	3,9	11,0	81	282
Helseregion Midt-Norge	8,4	9,5	70	13
Helseregion Nord	7,7	18,7	136	143
Landet	7,6	13,5	100	78

Antall årsverk per døgnplass i DPS'er. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Antall årsverk per plass 1998	Antall årsverk per plass 2002	Prosent av gj.snittet for landet 2002	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	2,4	2,8	112	17
Helseregion Sør	1,9	2,6	104	37
Helseregion Vest	1,7	2,3	92	35
Helseregion Midt-Norge	1,1	1,8	72	64
Helseregion Nord	2,8	3,1	124	11
Landet	1,9	2,5	100	32

## Døgnplasser for voksne

Antall døgnplasser totalt per 10 000 voksne innbyggere. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Døgnplassdekning 1998	Døgnplassdekning 2002	Prosent av gj.snittet for landet 2002	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	18,0	16,1	103	-11
Helseregion Sør	18,0	15,4	98	-14
Helseregion Vest	19,1	17,8	113	-7
Helseregion Midt-Norge	17,4	14,0	89	-20
Helseregion Nord	12,5	12,7	81	+2
Landet	17,6	15,7	100	-11

Modum Bad er lagt til Helseregion Sør

Antall døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere ved DPS'er. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Døgnplassdekning 1998	Døgnplassdekning 2002	Prosent av gj.snittet for landet 2002	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	2,8	4,8	91	71
Helseregion Sør	6,5	6,2	117	-5
Helseregion Vest	2,4	4,9	92	104
Helseregion Midt-Norge	7,3	5,4	102	-26
Helseregion Nord	2,7	6,1	115	126
Landet	4,1	5,3	100	29

## Poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for voksne

Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 voksne innbyggere. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Polikl. konsultasjoner per 1000 innbyggere 1998	Polikl. konsultasjoner per 1000 innbyggere 2002	Prosent av gj.snittet for landet	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	145	183	103	26
Helseregion Sør	141	197	111	40
Helseregion Vest	125	154	87	23
Helseregion Midt-Norge	138	164	93	19
Helseregion Nord	142	177	100	25
Landet	139	177	100	27

## Psykisk helsevern for barn og unge

### Personellinnsats og kompetanseheving

Antall årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Personelldekning 1988	Personelldekning 2002	Prosent av gj.snittet for landet 2002	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	29,0	33,7	126	16
Helseregion Sør	15,3	21,6	81	41
Helseregion Vest	15,9	21,3	79	34
Helseregion Midt-Norge	16,5	21,9	82	33
Helseregion Nord	21,5	32,5	121	51
Landet	20,8	26,8	100	29

Antall årsverk fagstab per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2002. Helseregioner.

	Personelldekning fagstab 1988	Personelldekning fagstab 2002	Prosent av gj.snittet for landet 2002	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	21,3	26,2	123	23
Helseregion Sør	11,4	16,8	79	47
Helseregion Vest	12,3	18,0	85	46
Helseregion Midt-Norge	13,2	18,4	86	39
Helseregion Nord	16,1	25,2	118	57
Landet	15,7	21,3	100	36

## Døgninstitusjoner for barn- og unge

Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere 0-17 år 1998 og 2002. Helseregioner.

	Døgnplassdekning 1998	Døgnplassdekning 2002	Prosent av gj.snittet for landet 2002	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	4,3	4,2	145	-2
Helseregion Sør	2,2	2,0	69	-9
Helseregion Vest	2,4	2,1	72	-12
Helseregion Midt-Norge	1,7	2,1	72	24
Helseregion Nord	2,2	3,2	110	45
Landet	2,8	2,9	100	4

## Poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge

Antall direkte tiltak per virkedag fagstab 1998 og 2002. Helseregioner.

	Antall direkte tiltak per virkedag fagstab 1998	Antall direkte tiltak per virkedag fagstab 2002	Prosent av gj.snittet for landet 2002	Prosent endring 1998-2002
Helseregion Øst	0,78	0,90	97	15
Helseregion Sør	0,99	1,06	114	7
Helseregion Vest	0,71	0,89	96	25
Helseregion Midt-Norge	0,79	0,84	90	6
Helseregion Nord	0,71	1,00	108	41
Landet	0,78	0,93	100	19

Antall polikliniske fagstillinger (3 års helsefaglig utdanning eller mer) 1998 og 2002. Helseregioner.

	1998	2002	Prosent økning	Økning antall	Per 10 000 innb under 17 år
Helseregion Øst	310	374	21	64	26,2
Helseregion Sør	119	173	45	54	16,8
Helseregion Vest	124	206	66	82	18,0
Helseregion Midt-Norge	103	148	44	45	18,4
Helseregion Nord	121	156	29	35	25,2
Landet	777	1 057	35	280	21,3

Andel av befolkningen under 18 år som mottar tilbud

	1998	2002	Prosent økning	Prosent av gj.snittet for landet 2002
Helseregion Øst	2,1	3,0	43	103
Helseregion Sør	2,0	2,9	45	100
Helseregion Vest	1,4	2,3	64	79
Helseregion Midt-Norge	1,5	2,6	73	90
Helseregion Nord	3,0	4,3	43	148
Landet	2,0	2,9	45	100



### 3 Produktivitet og tilgjengelighet ved poliklinikkene

Johan Håkon Bjørngaard og Trond Hatling

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse vil man blant annet øke tilgjengeligheten til tjenestene i det psykiske helsevernet. Et virkemiddel for å få til dette er økt produktivitet i poliklinikkene. Kravet som er satt i Opptrappingsplanen er en økning i den polikliniske produktiviteten på 50 prosent i løpet av planperioden. På bakgrunn av oppslag i mediene er det klart at den politiske ledelsen representert ved helseministeren ikke har vært fornøyd med utviklingen så langt. I Aftenposten sa blant annet helseminister Høybråten:

«Jeg vil i styringsopplegget for sykehusene i 2003 stille krav om et betydelige høyere antall pasienter pr. behandler pr. dag. Det må man kunne klare ved å redusere litt på møteaktivitet og egenutvikling, sier Høybråten.» (Intervju med Aftenposten 16.9.2002)

I styringsdokumentene til de enkelte regionale helseforetakene (RHF-er) er helseministerens utsagn konkretisert. I styringsdokumentene for 2003 er det formulert et krav om økning i produktivitet på 30 prosent i perioden 2002 – 2003 (uttrykt som antall konsultasjoner/tiltak per fagårsverk). Forventningen om økning i produktivitet gjelder for alle RHF-ene, uavhengig av utgangsnivå (Helsedepartementet 2002). I dette kapitlet ser vi hvor langt RHF-ene har kommet i første halvdel av denne perioden – altså 2002.

Dette kapitlet omhandler produktivitet i poliklinikker det første året etter den statlige overtakelsen – både for voksne og barn. Produktivitet defineres som forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet. Jo høyere aktiviteten er for en gitt ressursinnsats, desto høyere er produktiviteten. Poliklinisk aktivitet er i denne sammenhengen målt som antall pasienter behandlet og hvor mange konsultasjoner eller tiltak hver pasient har fått. Ressursinnsatsen er målt ved omfanget av polikliniske fagårsverk. Det er et poeng å skille mellom to produktivetsmål; antall konsultasjoner/tiltak per behandler (konsultasjonsproduktivitet) og antall pasienter per behandler (pasientproduktivitet).

Konsultasjoner i poliklinisk virksomhet må ses i sammenheng med hvor mange pasienter som mottar denne behandlingen. Poliklinikkene arbeider i et spenningsfelt mellom det å yte et godt tilbud til den enkelte pasient på den ene side, og det å gi et tilbud til den befolkningen de har et ansvar for på den andre side. Så lenge det er flere som har behov for hjelp enn antall som tas inn til behandling, vil dette være en sentral problemstilling for poliklinikkene. Antall konsultasjoner per pasient er en indikator på hvordan man balanserer forholdet mellom tilbudet til den enkelte pasient og det å håndtere befolkningsansvaret.

De statlige styringssignalene er ikke entydige på hva man vil med den økte konsultasjonsproduktiviteten. Likevel er det klart at man ønsker at flere skal få hjelp og at produktivitet er et middel for å nå dette målet. Undersøkelser har imidlertid vist at det er lettere å oppnå en økning i konsultasjonsproduktiviteten gjennom å øke antall konsultasjoner per pasient, enn ved å øke antallet pasienter (Hatling et al 2002). Vi vil derfor hevde at man er nødt til å se kravene om økt produktivitet i sammenheng med behandlingsintensiteten overfor den enkelte pasient.

I dette kapitlet tar vi for oss tre aspekter ved produktivitet i poliklinisk virksomhet:

1. Endring i produktivitet fra 2001 til 2002. I hvilken grad responderer RHF-ene på de statlige styringssignalene? Vi ser i tillegg på hvordan innsats per pasient har endret seg i samme periode.
2. Spredning i produktivitet mellom de enkelte poliklinikkene. Fordi det ikke finnes en etablert faglig gullstandard for poliklinisk behandling er det vanskelig å gi normative føringer for hvor høy produktivitet skal eller bør være. En innfallsvinkel er derfor å se på den faktiske variasjonsbredden. Hvis det er store forskjeller mellom poliklinikkene innebærer dette betydelige ledelsesmessige og kliniske utfordringer for fagfeltet. Hvordan skal man balansere mellom poliklinikkens oppgaver på en best mulig måte?
3. Forholdet mellom konsultasjonsproduktivitet og hvor mange som mottar hjelp. Hvilken betydning har ulikheter i konsultasjonsproduktivitet for tilgjengeligheten til det psykiske helsevernet, det vil si at flest mulig skal få hjelp med sin lidelse? Hvor mange ville fått hjelp hvis man endret konsultasjonsproduktiviteten og/eller behandlingsintensiteten i den polikliniske virksomheten?

Poliklinikkene har også andre oppgaver enn det som kun gjelder den direkte pasientbehandlingen, for eksempel faglig veiledning og kontakt med den øvrige helsetjenesten (Halsteinli et al. 2003). I dette kapitlet måler vi kun den aktiviteten som omhandler pasientbehandling. Poliklinikker med spesielle funksjoner – for eksempel med mye forskning eller ekstern kontakt med andre instanser – kan ha et lavt antall konsultasjoner, uten at dette betyr at de «gjør lite».

### 3.1 Datagrunnlag

#### *Aktivitet i poliklinikker for barn og unge*

Behandlede pasienter og tiltak er hentet fra pasientdata for BUP, innhentet av Norsk pasientregister. En pasient *kan* i løpet av statistikkåret ha flere saker. Det etableres til vanlig en ny sak i tilfeller der pasienten etter en avsluttet behandlingsperiode rehenvises til BUP, men omfanget av rehenvisninger er lavt. For å forenkle fremstillingen skiller vi ikke mellom antall saker og antall pasienter, men bruker konsekvent begrepet *pasient*. Teknisk sett er det likevel snakk om antall saker (se vedlegg 7 i SAMDATA Psykisk Helsevern Tabeller 2002 for nærmere beskrivelse av datagrunnlaget).

Behandlingen registreres som direkte og indirekte tiltak. Direkte tiltak omfatter direkte pasientrettet arbeid som for eksempel individualbehandling eller undersøkelse. Dette er tiltaksformer som det er knyttet refusjon til. De indirekte tiltakene omfatter indirekte pasientarbeid som møter og konsultasjoner med samarbeidspartnere.

Direkte tiltak i poliklinikker for barn og unge er tilnærmet identisk med refusjonsberettigede konsultasjoner i voksenpoliklinikkene. I dette kapitlet viser vi resultater for begge sektorene – både voksen- og barn og unge-poliklinikker. For å kunne sammenligne sektorene benytter vi derfor i dette kapitlet kun mål for den direkte pasientrettede innsatsen. I SAMDATA Psykisk helsevern tabeller 2002 er også den indirekte aktiviteten inkludert i indikatorene for produktivitet.

#### *Aktivitet i poliklinikker for voksne*

Polikliniske konsultasjoner og antall pasienter er hentet fra pasientdata slik de er levert fra institusjonene til Norsk pasientregister. Ikke alle poliklinikker har levert data for den polikliniske virksomheten for 2001 og 2002. Dette skyldes at ikke alle har kommet like langt i å innarbeide det nye datasettet som ble gjort obligatorisk i 2000.

I de tilfellene hvor det ikke er data av godkjent kvalitet, eller at data mangler helt, har vi tatt utgangspunkt i opplysningene gitt til Statistisk Sentralbyrå over antall refusjonsberettigede



konsultasjoner. For disse har vi imidlertid ikke opplysninger om hvor mange pasienter dette gjelder.

Dette betyr at vi har data om antall konsultasjoner fra alle voksenpoliklinikkene, mens vi har data om antall pasienter fra et utvalg poliklinikker fra de to årene. I 2001 har vi data om antall pasienter fra i alt 29 poliklinikker og tilsvarende 50 poliklinikker i 2002. I 2002 var det til sammenligning 89 institusjoner med poliklinisk virksomhet totalt.

En pasient *kan* i løpet av statistikkåret ha flere behandlingsepisoder. Det gjelder i tilfeller der pasienten har avsluttet en behandlingsperiode, for så å rehenvises til poliklinikken. For å forenkle fremstillingen skiller vi ikke mellom antall behandlingsepisoder og antall pasienter, men bruker konsekvent begrepet *pasient*. Teknisk sett er det likevel snakk om antall behandlingsepisoder.

Polikliniske konsultasjoner for voksne er synonymt med direkte tiltak for barn og unge, og omhandler direkte pasientkontakt som det ytes refusjon for (se vedlegg 9 i SAMDATA psykisk helsevern tabeller 2002 for nærmere beskrivelse av datagrunnlaget).

### *Ressursinnsats*

Personellinnsatsen er beskrevet med betegnelsen «årsverk». I datamaterialet omfatter dette «antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte per 31. desember» som er registrert. 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. For å redusere dette problemet anvender vi gjennomsnittet fra to punkttellinger. For eksempel er antall årsverk for 2001 satt lik gjennomsnittet for registrerte årsverk for 2000 og 2001.

Vi benytter betegnelsen *fagårsverk* og mener antall årsverk totalt minus merkantilt personale. Årsaken til det er at vi i denne sammenhengen setter søkelyset på produktiviteten til personale som kan utføre pasientrettet arbeid; det vil si fagpersoner med høyskole- eller universitetsutdanning.

## 3.2 Utviklingen fra 2001 til 2002

### *Poliklinikker for barn og unge*

I tabell 3.1 viser vi utviklingen i aktivitet og ressursinnsats i poliklinikker for barn og unge fra 2001 til 2002.

Tabell 3.1 Antall direkte tiltak, antall pasienter og produktivitet i poliklinisk virksomhet for barn og unge. 2001 - 2002.

	2001	2002	%-endring
Antall direkte tiltak	189 196	226 094	20
Antall behandlede pasienter	27 211	28 919	6
Antall fagårsverk	954	1 067	12
Direkte tiltak per fagårsverk	200	214	7
Direkte tiltak per pasient	7,0	7,8	12
Pasienter per fagårsverk	29	27	-5

Datkilde: SSB og NPR

Antall direkte tiltak har økt med omlag 20 prosent fra 2001 til 2002, mens antall fagårsverk har hatt en økning på omlag 12 prosent. Målt ved antall direkte tiltak per fagårsverk har da konsultasjonsproduktiviteten økt med omlag syv prosent.

Antall behandlede pasienter har imidlertid ikke økt i takt med økningen i antall direkte tiltak. Det har blitt seks prosent flere pasienter i poliklinisk behandling fra 2001 til 2002 og antall direkte tiltak per pasient har altså gått opp. Antall pasienter per fagårsverk har tilsvarende gått ned med fem prosent. Den økte konsultasjonsproduktiviteten har altså gått til å øke innsatsen per pasient i stedet for å øke tilgjengeligheten.

Det har vært en gradvis økning i konsultasjonsproduktiviteten i poliklinikker for barn og unge helt fra 1998 til 2001 (Bjørngaard 2002). Direkte tiltak per pasient har endret seg lite i samme periode. Dette betyr at pasientproduktiviteten økte og i underkant av 3 000 flere pasienter mottok et tilbud som følge av det. Utviklingen fra 2001 til 2002 er altså et brudd med trenden fra tidligere år, siden direkte tiltak per pasient øker og pasienter per fagårsverk faktisk går ned.

Man har altså en utvikling i tråd med styringssignalene til helseforetakene på nasjonalt nivå med hensyn til direkte tiltak per fagårsverk – altså konsultasjonsproduktivet. Spørsmålet er imidlertid om det er i tråd med intensjonen i de statlige styringssignalenes at denne økte konsultasjonsproduktiviteten tas ut i flere direkte tiltak per pasient i stedet for flere pasienter per fagårsverk. Siden man har langt igjen før målet er nådd om at psykisk helsevern skal gi tilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen, er det et interessant helsepolitisk spørsmål om dette er en riktig prioritering. Skal man satse på mer behandling til hver pasient all den tid det er mange som venter på behandling?

Vi skal nå se hvordan de enkelte RHF-ene har utviklet seg fra 2001 til 2002. I den neste tabellen ser vi utviklingen for hver region.

Tabell 3.2 Direkte tiltak per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Regionale helseforetak. 2002 og endring fra 2001.

Fylke	Dir tiltak per fagårsv. i 2002	%-endring 2001 – 2002	Dir tiltak per pas 2002	%-endring 2001 - 2002	Pas per fagårsv. 2002	%-endring 2001 - 2002
Helse Øst	207	12	8,0	13	26	0
Helse Sør	244	3	7,2	12	34	-8
Helse Vest	204	3	8,3	16	25	-12
Helse Midt-Norge	194	-3	7,9	5	25	-8
Helse Nord	230	14	7,7	15	30	0
Landet	214	7	7,8	12	27	-5

Datakilde: NPR og SSB

Ser vi kun på endring i direkte tiltak per fagårsverk, har Helse Øst og Nord nesten halvveis i forhold til kravet om 30 prosent økning i løpet av 2002-2003. Helse Sør og Helse Vest har en vekst på tre prosent, mens Helse Midt-Norge har en nedgang på tre prosent.

Vi ser at alle RHF-ene har en økning i antall direkte tiltak per pasient. Samtidig er denne økningen større enn økningen i direkte tiltak per fagårsverk i alle RHF-ene. Dette betyr at ingen av RHF-ene har hatt en økning i antall pasienter per fagårsverk. Helse Øst og Helse Nord behandlet like mange per fagårsverk i 2001 og 2002, Helse Sør og Helse Midt-Norge har en nedgang på åtte prosent, mens Helse Vest har en nedgang på 12 prosent.

#### *Poliklinikker for voksne*

Neste tabell viser den nasjonale utviklingen fra 2001 til 2002 for poliklinikker for voksne. Vi har data om antall konsultasjoner fra alle poliklinikkene, mens opplysninger om antall pasienter omfatter et utvalg poliklinikker (se avsnitt 3.1 om datagrunnlaget). I de poliklinikkene hvor vi vet hvor mange pasienter man har hatt til behandling, kan vi si hvor mange konsultasjoner per pasient man hadde i gjennomsnitt. Disse poliklinikkene danner grunnlaget

for estimeringen av antall behandlede pasienter for landet som helhet<sup>7</sup>. Det er derfor noe usikkerhet knyttet til de estimatene hvor pasienter inngår. Det er flere poliklinikker med pasientdata i 2002 enn 2001 og usikkerheten er derfor trolig større for estimatet for 2001 enn 2002. Av den grunn har vi ikke beregnet prosentvis endring fra 2001 til 2002 der hvor de nasjonale tallene er estimerte.

Tabell 3.3 Konsultasjoner, pasienter og produktivitet i poliklinisk virksomhet for voksne. 2001 - 2002.

	2001	2002	%-endring
Antall konsultasjoner	542 147	614 732	13
Antall behandlede pasienter (estimat) <sup>1</sup>	82 000	88 000	
Antall fagårsverk	1 540	1 750	14
Konsultasjoner per fagårsverk	352	351	0
Konsultasjoner per pasient (estimat) <sup>1</sup>	6,6	7,0	
Pasienter per fagårsverk (estimat) <sup>1</sup>	53	50	

Datakilde: NPR og SSB

<sup>1</sup> Anslag basert på konsultasjoner per pasient i de poliklinikkene vi har pasientdata fra

Antall konsultasjoner til voksne har økt med 13 prosent, mens antall fagårsverk har økt med omlag 14 prosent. Dette innebærer at konsultasjonsproduktiviteten målt som konsultasjoner per fagårsverk har stått stille i perioden.

Tatt i betraktning at antall konsultasjoner per pasient og pasienter per fagårsverk er estimater er det liten grunn til å hevde at det har skjedd noen særlig endring fra 2001 til 2002. Det var flere konsultasjoner per pasient i 2002 enn 2001, men dette kan skyldes at flere poliklinikker lå til grunn for tallet for 2002 enn 2001.

I neste tabell ser vi utviklingen i produktivitet i helseregionene målt som konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker for voksne fra 2001 til 2002. Data er ikke komplette nok til å vise utviklingen i konsultasjoner per pasient på regionnivå.

Tabell 3.4 Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker for voksne. Regionale helseforetak. 2002 og endring fra 2001.

Fylke	Konsultasjoner per fagårsverk i 2001	Konsultasjoner per fagårsverk i 2002	%-endring 2001 - 2002
Helse Øst	374	375	0
Helse Sør	362	392	8
Helse Vest	327	331	1
Helse Midt-Norge	336	308	-8
Helse Nord	314	301	-4
Landet	350	351	0

Datakilde: NPR og SSB

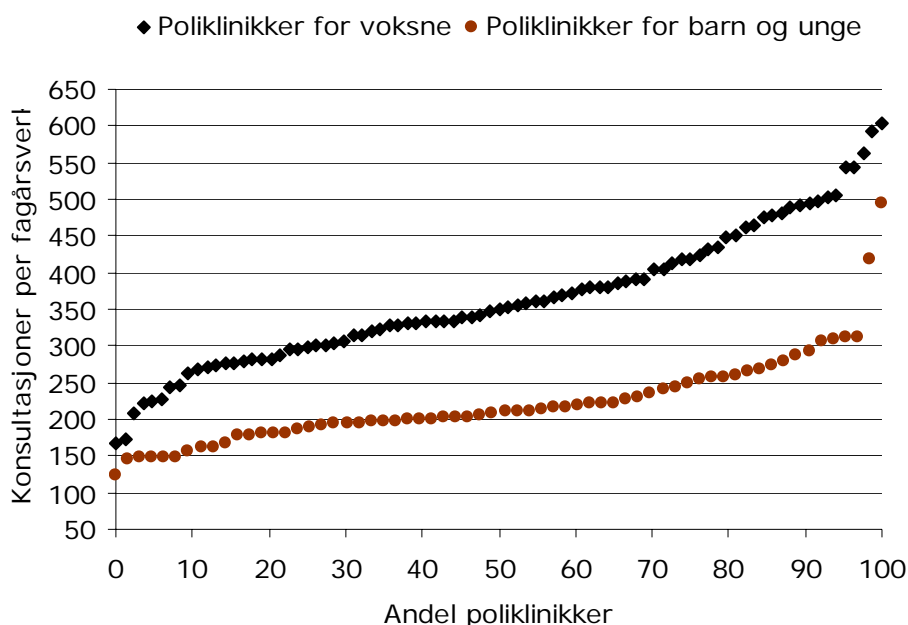
Helse Sør er det eneste foretaket som er i nærheten av en utvikling i tråd med de statlige styringssignalene om en 30 prosent økning i antall konsultasjoner per fagårsverk i løpet av 2002-2003, selv om også de ligger langt etter. Helse Øst og Helse Vest står stort sett stille,

<sup>7</sup> Antall konsultasjoner/antall konsultasjoner per pasient.

mens Helse Midt-Norge går tilbake med åtte prosent og Helse Nord har redusert produktiviteten med fire prosent.

### 3.3 Forskjeller mellom poliklinikkene

Det er store forskjeller i antall konsultasjoner per fagårsverk i offentlige poliklinikker for både voksne og barn og unge i 2002. I figuren under har vi rangert poliklinikkene i de to sektorene etter antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk. Poliklinikker som har veldig høy eller lav konsultasjonsproduktivitet og som har spesielle funksjoner er holdt utenfor i denne figuren. Dette er gjort for at man i størst mulig grad kan se på ulik aktivitetsprofil blant poliklinikker med sammenlignbare oppgaver.



Figur 3.1 Poliklinikker for voksne og barn og unge etter antall konsultasjoner/direkte tiltak per fagårsverk. 2002. Datakilde: NPR og SSB

Som det går fram av figur 3.1 er spredningen i konsultasjonsproduktivitet fra i overkant av 100 til i overkant av 300 direkte tiltak per fagårsverk i barn og unge-poliklinikkene, med unntak av to poliklinikker som har over 400 direkte tiltak per fagårsverk. Det er med andre ord svært stor spredning mellom poliklinikkene i forhold til denne målestokken. Variasjonsbredden er enda større i voksenpoliklinikkene.

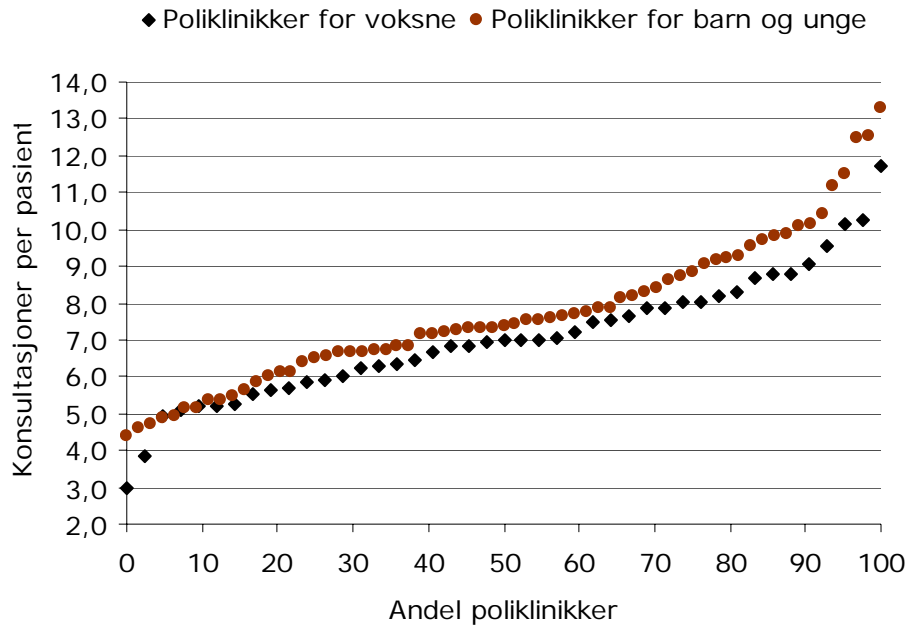
Hva skyldes så denne variasjonsbredden? Ulik pasientsammensetning kan være en årsak. En annen forklaring kan ligge i ulike profesjonelle tilnærminger som krever ulik ressursinnsats. En tredje forklaring kan ligge i ulik kompetansebehov i poliklinikkene. I en undersøkelse i 2002 ble det kartlagt hva behandlerne i offentlige poliklinikker brukte tiden på over en periode på to uker (Hatling et al. 2003). Analysen viste at det som skilte behandlerne med henholdsvis mye og lite tid til pasientkontakt, i hovedsak var tid til kompetansehevende tiltak.

Det er verdt å merke seg at med unntak av de to voksenpoliklinikkene med lavest konsultasjonsproduktivitet, ligger halvparten av poliklinikkene for barn og unge under nivået til de med lavest produktivitet i voksenpoliklinikkene. Når poliklinikker for voksne framstår som mer produktive enn behandlerne i barn og unge-poliklinikkene, er det viktig å ha i mente at pasientgrunnlaget fra de to sektorene er svært forskjellige. Den tidligere nevnte undersøkelsen av hva man bruker tid på i offentlige poliklinikker viser særlig to ting som det er

verdt å fremheve i forhold til oppgaveprioritering mellom sektorene (Hatling et.al. 2003). For det første brukte behandlerne i poliklinikker for voksne omlag ni prosentpoeng mer av den totale tida til direkte pasientkontakt enn det som var tilfellet for behandlerne i barn og ungepoliklinikkene. For det andre brukte voksenbehandlerne vesentlig mer tid på individualbehandling enn det behandlerne i poliklinikker for barn og unge gjorde.

Den neste figuren viser hvordan poliklinikkene fordeler seg med hensyn til direkte tiltak per pasient i gjennomsnitt. Poliklinikkene er rangert i stigende rekkefølge etter hvor mange konsultasjoner/direkte tiltak hver enkelte pasient i gjennomsnitt mottok i 2002.

Det framgår av figur 3.2 at det er betydelig variasjonsbredde. I poliklinikker for barn og unge er det en spredning fra i overkant av fire til i overkant av 13 direkte tiltak per pasient, og denne fordelingen er relativt lik også for voksenpoliklinikkene.

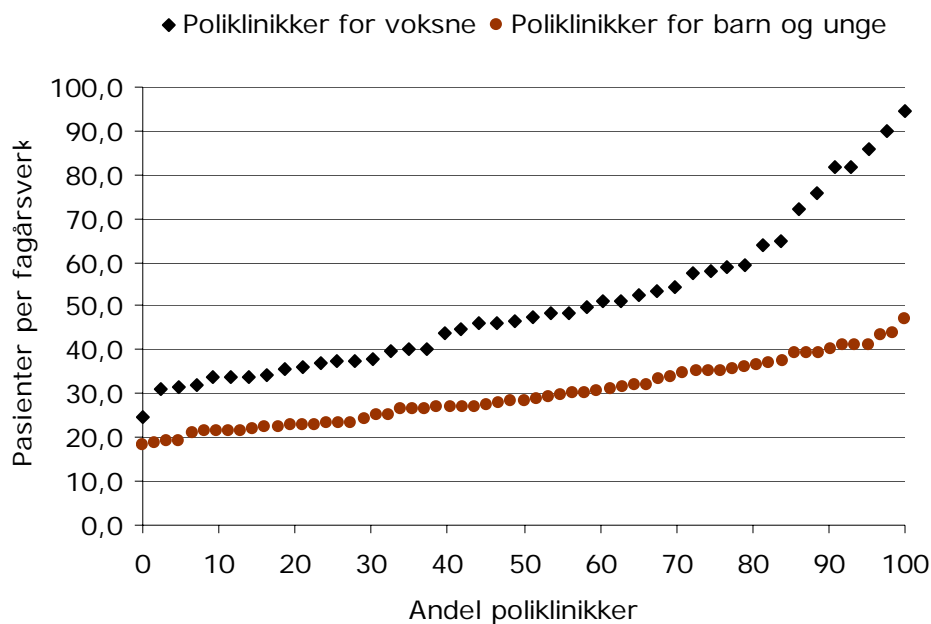


Figur 3.2 Poliklinikker for voksne og barn og unge etter antall direkte tiltak/konsultasjoner per pasient. 2002. Datakilde: NPR

Konsultasjoner per pasient er en indikator på hvordan man balanserer tilbudet til den enkelte pasient opp mot ansvaret man har for å gi et tilbud til de som venter på behandling. De poliklinikkene som har flest konsultasjoner per pasient må enten ha omlag tre ganger så høy produktivitet eller tre ganger så mange fagårsverk for å nå like mange pasienter som poliklinikkene med lavest antall konsultasjoner per pasient. Antall konsultasjoner per pasient har altså mye å si for tilgjengeligheten. Det er imidlertid høyst usikkert om de forskjellene vi ser i figur 3.2 er uttrykk for en bevisst balansering mellom behandlingstilbudet til den enkelte på den ene siden og det manglende tilbudet til de som venter på hjelp på den annen? Forskjeller i antall konsultasjoner per pasient mellom poliklinikkene kan også ha andre årsaker. Ulik pasientsammensetning kan være en årsak. Ulik profesjonell tilnærming til behandling av ulike typer lidelser en annen. Det kan også være noe ulike registreringspraksis av konsultasjoner og direkte tiltak rundt omkring i de ulike poliklinikkene.

Kombinasjonen av antallet konsultasjoner per fagårsverk og konsultasjoner per pasient gir pasienter per fagårsverk. Pasienter per fagårsverk er dermed en indikator på de ulike polikli-

nikkenes tilgjengelighet i forhold til ressursinnsatsen. Figur 3.3 viser spredningen mellom poliklinikkene i landet i forhold til pasient per fagårsverk<sup>8</sup>.



Figur 3.3 Poliklinikker for voksne og barn og unge etter antall pasienter per fagårsverk. 2002. Datakilde: NPR og SSB

Også med tanke på hvor mange pasienter som nås per fagårsverk er det svært store forskjeller mellom poliklinikkene. Det finnes poliklinikker for barn og unge som nesten når 50 pasienter per fagårsverk, mens det på den andre siden er noen som bare når i underkant av 20. I det psykiske helsevernet for voksne er variasjonsbredden enda større, her går spennet fra under 30 til over 90 pasienter per fagårsverk. Som vi ser av figuren er forskjellene innad i de to sektorene stort sett de samme for de første 80 prosent av poliklinikkene. De 20 prosent av voksenpoliklinikkene med høyest pasientproduktivitet avviker imidlertid ganske mye, sammenlignet med de øvrige.

### 3.4 Konsekvenser for dekning

Opptrappingsplanen for psykisk helse har mål for både kvantitative og kvalitative sider ved tjenestetilbudet. Det er framhevet at flere skal få hjelp og at ventetidene skal reduseres. For psykisk helsevern for barn og unge er dette målsatt ved at fem prosent av barn og unge skal få et tilbud av spesialisttjenesten innen planperioden er over. I dette avsnittet skal vi se på ulike alternative modeller for konsultasjonsproduktivitet for den polikliniske virksomheten. Hvor mange ville fått hjelp hvis konsultasjonsproduktiviteten økte?

Tabell 3.5 viser den polikliniske ressursinnsatsen målt som fagårsverk, samt produktivitetsindikatorer for de to sektorene. I alt 2,7 prosent av barn og unge fikk et poliklinisk tilbud, med den aktiviteten og ressursinnsatsen man hadde i 2002<sup>9</sup>.

Den polikliniske ressursinnsatsen var tilnærmet dobbelt så høy per innbygger i psykisk helsevern for barn og unge som for voksne. Dekningen i befolkningen er imidlertid relativt lik

<sup>8</sup> I psykisk helsevern for voksne inngår 50 av i alt 89 poliklinikker, jf avsnitt 7.1.

<sup>9</sup> Den totale raten som også inkluderer pasienter i døgnet- og dagbehandling, var på 2,9 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i 2002. De øvrige 0,2 prosent av deknningen la imidlertid beslag på i overkant av halvparten av personellinnsatsen (se SAMDATA psykisk helsevern tabeller 2002).

i de to sektorene. Dette skyldes at man har vesentlig høyere konsultasjonsproduktivitet i vokssensektoren enn i barn og unge-sektoren.

Tabell 3.5 Ressursinnsats, produktivitet og dekningsgrad i prosent av befolkningen. 2002

	Antall fagårsverk per 10 000 innb	Produktivitet			Dekningsgrad i prosent av befolkningen
		Direkte tiltak per fagårsverk	Direkte tiltak per pasient	Pasienter per fagårsverk	
Psykisk helsevern for barn og unge	9,9	214	7,8	27	2,7 <sup>2</sup>
Psykisk helsevern for voksne	5,0	351	7,0 <sup>1</sup>	51 <sup>1</sup>	2,5 <sup>3</sup>

Datakilde: NPR og SSB.

<sup>1</sup> Anslag basert på opplysninger fra de 50 poliklinikkene vi har pasientdata fra for 2002.

<sup>2</sup> Per innbygger 0-17 år.

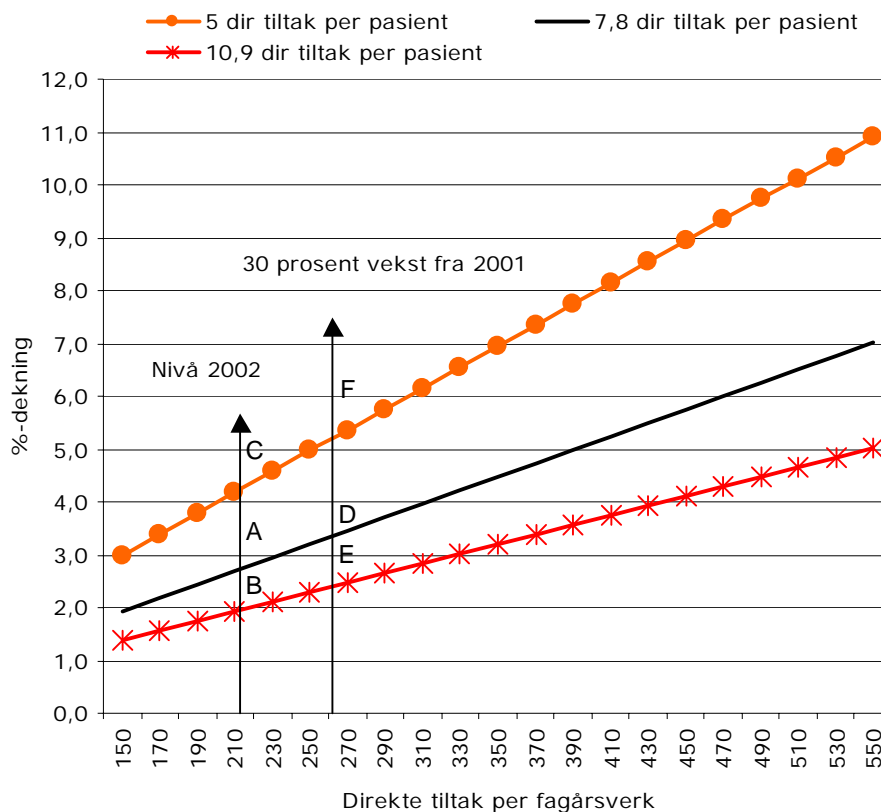
<sup>3</sup> Per innbygger 18 år eller eldre.

Vi skal nå se på hvor mange som ville ha mottatt hjelp hvis man endret konsultasjonsproduktiviteten. Utgangspunktet er den påviste spredningen i konsultasjoner/direkte tiltak per fagårsverk mellom poliklinikkene vi har vist i figur 3.1. Antall pasienter behandlet er en funksjon av antall fagårsverk, konsultasjoner per pasient og antall konsultasjoner per fagårsverk. I denne sammenhengen tar vi utgangspunkt i antall fagårsverk man hadde i 2002. Vi viser dernest hvor mange som ville fått et behandlingstilbud som følge av endring i konsultasjonsproduktivitet. Effekten av konsultasjonsproduktivitet på dekningsgrad er beregnet ved tre ulike nivå av konsultasjoner per pasient for hver av sektorene:

- Effekten av konsultasjonsproduktivitet for dekningsgrad når antall konsultasjoner/direkte tiltak per pasient er lik gjennomsnittet for landet i 2002.
- Effekten av konsultasjonsproduktivitet for dekningsgrad når antall konsultasjoner/direkte tiltak per pasient er lik gjennomsnittet for de ti poliklinikkene med høyest behandlingsintensitet i 2002.
- Effekten av konsultasjonsproduktivitet for dekningsgrad når antall konsultasjoner/direkte tiltak per pasient er lik gjennomsnittet for de ti poliklinikkene med lavest behandlingsintensitet i 2002.

Figur 3.4 viser hvordan dette slår ut for hvor mange barn og unge som ville mottatt hjelp, mens figur 3.5 viser tilsvarende for voksne.

Den midterste linjen i diagrammet viser hvordan dekningen blant barn og unge endres som følge av endring i konsultasjonsproduktivitet, men fortsetter med praksisen for 2002 hva gjelder direkte tiltak per pasient. Den øverste linjen viser tilsvarende sammenheng, men da med utgangspunkt i gjennomsnittet for de ti poliklinikkene med lavest antall direkte tiltak per pasient. Den nederste linjen i diagrammet viser hvordan endring i produktivitet ville slå ut med gjennomsnittet for de ti poliklinikkene med høyest behandlingsinnsats per pasient.



Figur 3.4 Poliklinisk dekningsgrad i prosent av befolkningen under 17 år som funksjon av endring i antall direkte tiltak per fagårsverk. 2002.

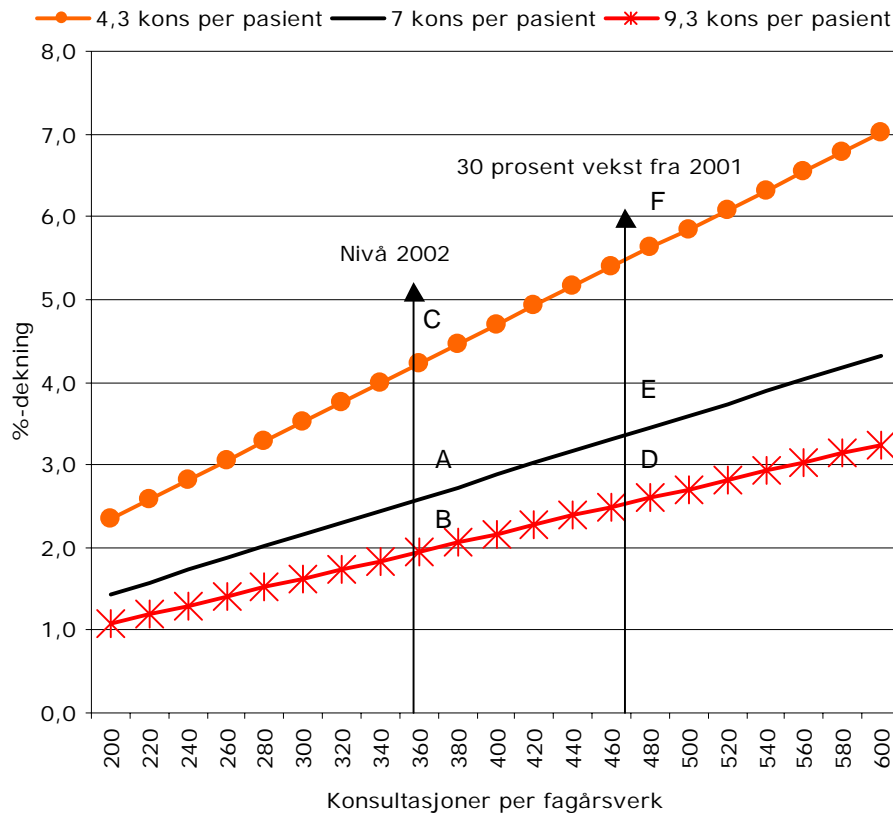
Ut fra figuren kan vi oppsummere noen tall for hva dekningsgraden ville vært ved endring i konsultasjonsproduktivitet og behandlingsintensitet:

- Punkt A viser dekningsgraden i 2002 på omlag 2,7 prosent som en konsekvens av kombinasjonen mellom konsultasjonsproduktivitet og direkte tiltak per pasient.
- Punkt B viser en dekningsgrad i 2002 på omlag 1,9 prosent – nivået man ville ha hatt i landet hvis gjennomsnittlig antall direkte tiltak per pasient ble økt til det nivået som de ti mest behandlingsintensive poliklinikkene hadde.
- Punkt C viser en dekningsgrad på i overkant av fire prosent. Dette viser hvor mange som ville fått hjelp ved kun å redusere antall direkte tiltak på landsbasis til nivået til de ti poliklinikkene med lavest behandlingsintensitet.
- Punkt D viser hva dekningsgraden vil være ved en økning i konsultasjonsproduktivitet på 30 prosent fra nivået for landet som helhet i 2002, vel og merke uten at man endrer antall direkte tiltak per pasient. Med en slik modell ville omlag 3,3 prosent fått hjelp.
- Punkt E estimerer en dekningsgrad på omlag 2,4 prosent ved en 30 prosent økning i konsultasjonsproduktivitet, men med en økning i innsatsen per pasient til nivået for de ti poliklinikkene med den høyeste behandlingsintensiteten per pasient.
- Punkt F viser en dekningsgrad på 5,2 prosent; Nivået man ville hatt med 30 prosent økning i konsultasjonsproduktivitet, men med fem direkte tiltak per pasient (nivået til de ti poliklinikkene med lavest behandlingsintensitet per pasient).

Dette viser at konsultasjonsproduktivitet har stor betydning for hvor mange som mottar et poliklinisk tilbud i det psykiske helsevernet for barn og unge. Samtidig er det svært viktig at dette settes i sammenheng med hvor mye behandling som skal gis til hver pasient.



Den neste figuren viser de tilsvarende konsekvensene for poliklinikker for voksne. Den midterste linjen viser konsekvensen av kun endring i konsultasjonsproduktiviteten. Den øverste linjen viser konsultasjonsproduktivitetsens betydning for dekning ved 4,3 konsultasjoner per pasient (nivået til de ti med færrest antall konsultasjoner per pasient). Den nederste linjen viser hva dekningsgraden ville være ved ulik konsultasjonsproduktivitet ved 9,3 konsultasjoner per pasient (nivået til de ti poliklinikkene med flest konsultasjoner per pasient).



Figur 3.5 Poliklinisk dekningsgrad i prosent av befolkningen 18 år eller eldre som funksjon av endring i antall konsultasjoner per fagårsverk. 2002.

Punktene A til F oppsummerer noen tall for hva dekningsgraden ville vært ved endring i konsultasjonsproduktivitet og behandlingsintensitet:

- Punkt A viser dekningsgraden i 2002 på omlag 2,5 prosent som en konsekvens av kombinasjonen mellom konsultasjonsproduktivitet og konsultasjoner per pasient.
- Punkt B viser dekningsgraden i 2002 på omlag 1,9 prosent – nivået man ville ha hatt i landet hvis gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient ble økt til det nivået som de ti mest behandlingsintensive poliklinikkene hadde.
- Punkt C viser en dekning på i overkant av fire prosent. Dette viser hvor mange som ville fått hjelp ved kun å redusere antall konsultasjoner på landsbasis til nivået til de ti poliklinikkene med lavest behandlingsintensitet.
- Punkt D viser hva dekningsgraden vil være ved en økning i konsultasjonsproduktivitet på 30 prosent vel og merke uten at man endrer antall konsultasjoner per pasient. Med en slik modell ville omlag 3,3 prosent fått hjelp.
- Punkt E estimerer en dekning på omlag 2,5 prosent ved en 30 prosent økning i konsultasjonsproduktivitet, men med en økning i innsatsen per pasient til nivået for de ti

poliklinikkene med den høyeste behandlingsintensiteten per pasient (9,3 konsultasjoner per pasient).

- Punkt F viser en dekning på 5,3 prosent; Nivået man ville hatt med 30 prosent økning i konsultasjonsproduktiviteten, men med 4,3 konsultasjoner per pasient (nivået til de ti poliklinikkene med lavest behandlingsintensitet per pasient).

For voksenpoliklinikkene ga kombinasjonen av fagårsverk, produktivitet og innsats per pasient en poliklinisk dekning på omlag 2,5 prosent i 2002. Den midterste linjen i diagrammet viser at økt konsultasjonsproduktivitet ville bidratt vesentlig til å øke dekningsgraden i voksenbefolkningen. En økning i tråd med de statlige styringssignalene om 30 prosent økning i perioden 2002 til 2003, opp til omlag 460 konsultasjoner per fagårsverk, ville gitt en dekning på 3,3 prosent av befolkningen, gitt uendret antall konsultasjoner per pasient.

Hvis man reduserte antall konsultasjoner per pasient til gjennomsnittet for de ti poliklinikkene med lavest innsats per pasient (4,3 konsultasjoner per pasient), ville i overkant av fire prosent av den voksne befolkningen fått et behandlingstilbud. Hvis man når kravet til helseforetakene om 30 prosent økning med en slik modell, ville omlag 5,3 prosent av de voksne fått hjelp.

Hvis man i stedet økte innsatsen per pasient til nivået for de ti poliklinikkene med den høyeste behandlingsintensiteten per pasient (9,3 konsultasjoner per pasient) ville i underkant av to prosent fått et poliklinisk tilbud i 2002. En økning av produktiviteten med 30 prosent med en slik behandlingsinnsats per pasient ville gitt en dekning på omlag 2,5 prosent.

Figur 3.4 og 3.5 viser at det statlige fokuset på økning i konsultasjonsproduktivitet de siste par årene er viktig for hvor mange pasienter man når med det polikliniske tilbudet. Samtidig viser de to figurene at behandlingsintensitet, som ikke har vært et tema i det hele tatt, også har svært stor betydning for dekningsgraden i befolkningen.

### 3.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på produktivetsnivået i poliklinikker for barn og unge og voksne slik det var i 2001 og 2002. Produktiviteten er både målt ved konsultasjoner per fagårsverk (konsultasjonsproduktivitet) og pasient per fagårsverk (pasientproduktivitet).

I forhold til styringssignalene om en økning i konsultasjonsproduktivitet på 30 prosent i løpet av 2002 og 2003, viser tallene for 2002 at en ligger langt etter, særlig i voksenpoliklinikkene. I poliklinikker for barn og unge var det en økning på syv prosent, med store forskjeller mellom de fem regionale helseforetakene. To var om lag halvveis i forhold til målet, mens de tre øvrige forble tilnærmet uendret. I poliklinikker for voksne var det for landet som helhet ingen endring i konsultasjonsproduktivitet fra 2001 til 2002, også her med store forskjeller mellom RHF-ene. Kun Helse Sør hadde en økning av betydning, mens de øvrige enten sto stille eller hadde en negativ utvikling. For begge sektorene har det skjedd en betydelig økning i antall fagårsverk, og det store antallet nye fagansatte kan sannsynligvis forklare en del av den svake produktivetsutviklingen.

Samtidig ser vi en økt behandlingsintensitet per pasient i begge sektorer. Resultatet er at pasientproduktiviteten, antall pasienter per fagårsverk, går ned med om lag fem-seks prosent fra 2001 til 2002. For å nå målet om fem prosent dekningsgrad i barne- og ungdomsbefolkningen, og generelt en økning for voksenbefolkningen, er det i årene framover minst like viktig å se på behandlingsintensitet som på antall konsultasjoner per fagårsverk.

I denne sammenhengen kan det være grunn til å se nærmere på hvordan aktiviteten registreres. 2002 var første år med regionale helseforetak og fokus på resultater og innføring kan ha medført økt bevissthet om registrering av tiltak og konsultasjoner. Dette gjelder både for å nå måltall for aktivitet, og for å sikre inntekt. Intensjonen bak de statlige kravene til RHF-ene om økt konsultasjonsproduktivitet var neppe at dette skulle skje gjennom endring av registreringsrutiner.

Det er store forskjeller mellom de ulike poliklinikkenes konsultasjonsproduktivitet. Konsultasjonsproduktiviteten i poliklinikker for barn og unge varierer fra under 150 til nesten 500 direkte tiltak per fagårsverk. Den tilsvarende variasjonsbredden i voksenpoliklinikkene går fra i underkant av 170 til i overkant av 600 konsultasjoner per fagårsverk. Vi er ikke kjent med hvordan det nasjonale målet om 30 prosent økning i konsultasjonsproduktivitet er videreført fra de regionale helseforetakene til det enkelte helseforetak (HF), og deretter ut til den enkelte poliklinikk. En mekanisk videreføring av 30 prosent vekst for alle poliklinikker vil etter vår vurdering være problematisk. Det påligger derfor et stort ansvar for både RHF-ene og HF-ene for å formidle kravene til den enkelte poliklinikk ut fra utgangsnivå. I tillegg bør det nevnes at de ulike poliklinikkenes funksjoner bør vektlegges.

Samtidig er det viktig at man ser produktiviteten i den polikliniske virksomheten i et større perspektiv. Omlag 2,7 prosent av barn og unge mottok et poliklinisk tilbud i 2002. Den totale dekningsgraden som også inkluderer pasienter i døgn- og dagbehandling, var på 2,9 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i 2002. De øvrige 0,2 prosent av deknningen la imidlertid beslag på i overkant av halvparten av personellinnsatsen. I psykisk helsevern for voksne var hele 86 prosent av årsverkene tilnyttet døgn- eller dagvirksomhet. Spørsmålet er om det lar seg gjøre å utvikle polikliniske behandlingstilbud – for eksempel ambulant virksomhet – som kan redusere behovet for døgntilbud? Produktiviteten til slike tilbud vil igjen være bestemt av hva man sammenligner med. Sammenligner man ambulante team med kontorbasert individualbehandling, vil disse framstå som lavproduktive. Ses derimot slike team i forhold til hvilke ressurser som kreves i en døgninstitusjon, vil de framstå som svært produktive. Vi vil derfor hevde at det er viktig framover å ta hensyn til hvilke oppgaver de ulike poliklinikkene er satt til å løse. Dette krever en bedre klassifisering av poliklinisk virksomhet. I tillegg er det avgjørende at sentrale sider ved den kliniske virksomheten blir dokumentert. Psykisk helsevern som helhet har så langt ikke klart å etablere rutiner som sikrer pasientdataopplysninger om helt sentrale forhold som for eksempel pasientenes diagnoser og alvorlighetsgrad. I psykisk helsevern for voksne er det endog poliklinikker som ikke har fungerende systemer for registrering av hvilke pasienter de har til behandling. I så måte hviler det et stort ansvar på ledelsen i helseforetakene og poliklinikkene, sammen med fagfolkene i de enkelte poliklinikkene.



## 4 Tvangsinnleggelser

Trond Hatling, Johan Håkon Bjørngaard og Torgeir Husby

I dette kapitlet er tvangsinnleggelser definert som opphold for personer som blir begjært tvangsinnlagt for undersøkelse og/eller behandling i psykisk helsevern. Frivillige innleggelser omfatter de som er henvist etter eget ønske. Disse begrepene må forstås formelt. Hvordan innleggelsen oppfattes av pasienten kan i stor grad variere (se for eksempel Monahan et al., 1999, Høyer, 2000).

Omfanget av tvangsinnleggelser kan måles både som andel av alle innleggelser og som befolkningsbaserte rater. Andelen tvangsinnleggelser er følsomt for forskjeller i tjenestetilbudets omfang; 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 befolkningstetthet for dette området kan samtidig være lav, fordi få individer totalt sett behandles i institusjon. Hvilken av disse man benytter vil avhenge av hva man ønsker å belyse. Så lenge det er ønskelig å si noe om omfang er det hensiktsmessig at begge målene tas med (Riecher-Rössler and Rössler 1993).

Tidligere undersøkelser har avdekket til dels store forskjeller i praksis mellom institusjoner og fylker i det psykiske helsevernet (se for eksempel Hagen, 2000 og Hagen, Lilleeng og Sitter, 1999). Den offentlige helsepolitikken er klar i forhold til dagens praksis; både omfang og forskjeller i bruk av tvang skal reduseres (St meld 25 (1996-97)).

I Helsedepartementets styringsdokument for de regionale helseforetakene for 2002 heter det under pkt. 4.3 Opptrappingsplanen for psykisk helse at "*Tvangsbruken innen psykisk helsevern skal reduseres. (Det enkelte regionale helseforetak) må etablere systemer for å dokumentere omfanget av tvangsinnleggelser, og etablere strategier for økt frivillighet.*" (Helsedepartementet 2001). Det er også bebudet en handlingsplan i forhold til tvang fra nasjonale helsemyndigheter, denne er i skrivende stund ikke klar.

Tre hovedspørsmål vil bli belyst i dette kapitlet:

- Andel og rate av tvangsinnleggelse i 2001 og 2002
- I hvilken grad dokumenterer helseforetakene tvangsinnleggelser?
- Har det skjedd en reduksjon i andel tvangsinnleggelser?

### *Oppbygging av kapitlet*

Først beskrives lovgrunnlaget og datagrunnlaget, bygd på en gjennomgang i Bjørngaard og Hatling (2003). Dernest viser vi omfanget av tvang ved henvisning, endring fra henvisning til spesialistvedtak og omfanget av tvang ved spesialistvedtak. I et eget avsnitt redegjøres for bruk av tilleggskriterier ved tvungent psykisk helsevern. Deretter presenteres tidligere publiserte tall om tvangsinnleggelser på nasjonalt nivå, hvor vi drøfter om det har skjedd en nedgang. Til slutt viser vi en fylkesvis fordeling av befolkningsbaserte rater.

### 4.1 Om lovgrunnlaget

Psykisk helsevernloven av 2. juli 1999 trådte i kraft 1. januar 2001. Henvisninger til paragrafer vil i det følgende referere til denne loven. Med noen mindre endringer er de to hovedformene for psykisk helsevern (frivillig og tvungent) bevart fra Lov om psykisk helsevern av

1961. Lovgrunnlaget i henhold til psykisk helsevernloven gjennomgås kort her. For en grundig gjennomgang, se Hagen, Riedl og Østbøl (2002).

#### 4.1.1 Frivillig psykisk helsevern

Frivillig psykisk helsevern (§2-1) er hovedregelen; psykisk helsevern skal primært etableres på frivillig grunnlag og med utgangspunkt i pasientens eget samtykke. Den faglig ansvarlige ved institusjonen kan riktignok begjære at den som søker frivillig psykisk helsevern gir samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern (§3-1) i inntil tre uker (§2-2), men forutsetningen for denne muligheten for tvangstilbakeholdelse er at pasienten gir sitt samtykke til den.

Det er ikke anledning til å iverksette tvungen behandling (§4-4) eller innskrenkninger i forbindelsene med omverden (§4-5 annet ledd) så lenge vedkommende er under frivillig vern. Dette gjelder også i de tilfeller pasienten har samtykket til vern etter §2-2.

Det er ikke tillatt å overføre pasienter fra frivillig psykisk helsevern til tvungent psykisk helsevern (§2-3). Hvis institusjonen vurderer at behovet for tvungent psykisk helsevern er til stede, må pasienten først utskrives, før en så kan starte en prosess mot etablering av tvungent psykisk helsevern.

#### 4.1.2 Tvungent psykisk helsevern

Tvungent psykisk helsevern har to hovedformer; tvungent psykisk helsevern og videre undersøkelse (observasjon). Den siste formen vil i resten av dette kapitlet bli benevnt observasjon. Både lovmessig og reelt er det hensiktsmessig å skille prosessen fram mot (mulig) tvungent psykisk helsevern i to faser; henvisningsfasen og innleggelsesfasen. Henvisningsfasen er institusjonsekstern, hvor både den som foretar legeundersøkelsen og den som begjærer innleggelse skal være uavhengig av mottakende institusjon. I innleggelsesfasen er det institusjonsinterne vurderinger som gjøres.

En henvisning består av to komponenter, legeundersøkelsen og begjæringen. Det er et krav at begge komponenter skal foreligge før mottakende institusjon kan fatte vedtak om observasjon eller vedtak om tvungent psykisk helsevern. Av praktiske hensyn, bl.a. postgang, er det gitt adgang til å fatte vedtak selv om dette ikke foreligger skriftlig. Begjæringen bekräftes i så fall muntlig av tutor, og begjæringen sendes, uten opphold, i posten.

Legeundersøkelsen er hjemlet i §3-4/§3-5. Mens §3-4 anvendes når vedkommende godtar at det foretas en legeundersøkelse, hjemler §3-5 at legeundersøkelsen kan gjennomføres mot vedkommendes vilje. Hvis det fattes vedtak om legeundersøkelse etter §3-5, bør selve legeundersøkelsen gjennomføres av en annen lege enn den som fattet vedtaket (Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern 1. desember 2000, §3 første ledd). I merknadene til den samme forskriftens §2 heter det at legen som gjennomfører legeundersøkelsen (§3-4 eller §3-5) ikke bør ha tilknytning til den institusjonen hvor det tvungne psykiske helsevernet eventuelt skal etableres. Dette begrunnes med at de to legeundersøkelsene (i henvisningsfasen og innleggelsesfasen) skal foretas av faglig uavhengige personer. I legeundersøkelsen skal det oppgis om vilkåret for tvungent psykisk helsevern er oppfylt (§3-3), eller om det er tvil om dette er oppfylt. § 3-3 *Vilkår for tvungent psykisk helsevern* har et hovedkriterium og to tilleggskriterier, hvor hovedkriteriet og minst et tilleggskriterium må være til stede. I hovedkriteriet heter det at tvungent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse. I de to tilleggskriteriene heter det at tvungent psykisk helsevern kan anvendes dersom dette er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

- 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 (det såkalte behandlingskriteriet), eller

- utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (det såkalte farekriteriet).

Begjæringen er hjemlet i §3-6/§3-7, og skal være basert på vurderingene gjort i legeundersøkelsen. Begjærende instans er offentlig myndighet eller pasientens nærmeste, hvor offentlig myndighet er gitt primæransvaret. Hvem som inngår i disse begrepene reguleres i §1-3. §3-6 *Begjæring om videre undersøkelse (observasjon)* anvendes når legeundersøkelsen (§3-4 eller §3-5) reiser tvil om vilkåret for psykisk helsevern er oppfylt. §3-7 *Begjæring om tvungent psykisk helsevern* anvendes når legeundersøkelsen ikke reiser slik tvil.

Hvilken paragraf begjæringen er hjemlet i har konsekvenser for mottakende institusjons vedtaksmulighet. Mottakende institusjon kan ikke fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern hvis det er fremsatt begjæring om observasjon, mens det motsatte er mulig. Tilsvarende krever vedtak om tvungent psykisk helsevern etter at undersøkelsesperioden er over (se nedenfor) at begjæringen omfatter dette. Helsedepartementet har forutsatt at en begjæring kan omfatte begge deler (Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v. av 21 desember 2000, merknad til §4).

Institusjonen som mottar begjæringen skal selv gjennomføre en legeundersøkelse før eventuell innleggelse. Basert på begjæringen, mottatte legeopplysninger og egen legeundersøkelse fattes vedtak om videre oppfølging. Vedtak fattes med hjemmel i §3-8 *Vedtak om videre undersøkelse (observasjon) og vedtak om tvungent psykisk helsevern*. Vedtaket skal fattes innen 24 timer, og kan enten være

- a) at vedkommende skal undersøkes videre - §3-8, jf §3-6. Vedtaket er tidsmessig avgrenset til ti kalenderdager. Det er ikke anledning til å behandle vedkommende uten eget samtykke (§4-4). Undersøkelsen kan skje både med og uten døgnomsorg, det vil si at pasienten eksempelvis kan bli undersøkt ved en psykiatrisk poliklinikk.
- b) at vedkommende tas under tvungent psykisk helsevern - §3-1. En forutsetning for et slikt vedtak er at en vurderer at hovedvilkåret og minst ett av tilleggskriteriene gitt i §3-3 er til stede. Tvungent psykisk helsevern kan skje både med og uten døgnomsorg, og behandlingen kan derfor skje også ved en dagavdeling eller poliklinikk. Forutsetningen er at institusjonen er godkjent som ansvarlig for tvungent psykisk helsevern. Det er, i motsetning til i Lov om psykisk helsevern av 1961, ikke lenger et krav at pasienten skal ha vært underlagt døgnomsorg først.
- c) at det verken er grunnlag for observasjon eller tvungent psykisk helsevern, og at vedkommende kan gis tilbud om frivillig innleggelse (§2-1 eller §2-2), et annet tilbud innen psykisk helsevern (eksempelvis poliklinisk tilbud) eller ikke noe tilbud i det hele tatt.

Tabell 4.1 oppsummerer mulige utfall av en henvisnings- og innleggelsesprosess. Henvisende instans sin begjæring er angitt i de tre kolonnene, og for hver av hovedformene i spesialistvedtaket angis om dette er et mulig utfall, gitt begjæringens innhold.

Tabell 4.1 Mulige utfall av henvisende leges vurdering av innleggelsesformalitet.

Spesialistvedtak	Henvisende lege/begjæring		
	Frivillig <sup>10</sup>	Observasjon	Tvungent psykisk helsevern
Frivillig	Mulig	Mulig utfall	Mulig utfall
Frivillig kontrakt	Mulig	Mulig utfall	Mulig utfall
Observasjon u/døgnopphold	Ikke mulig	Mulig utfall	Mulig utfall
Observasjon m/døgnopphold	Ikke mulig	Mulig utfall	Mulig utfall
Tvungent psykisk helsevern u/døgnopphold	Ikke mulig	Ny begjæring	Mulig utfall
Tvungent psykisk helsevern m/døgnopphold	Ikke mulig	Ny begjæring	Mulig utfall

To viktige forhold kan leses ut av tabell 4.1. Det er for det første ikke mulig for institusjonen å omgjøre frivillig psykisk helsevern til tvungent psykisk helsevern (jf §2-3). For det andre kan mottakende institusjon overprøve alle vurderinger gjort av henvisende instans i retning mindre inngripende formalitet, men ikke motsatt. Det fordrer i så fall ny begjæring.

## 4.2 Datagrunnlaget

Analysene bygger på opplysninger om døgnopphold ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet, innhentet av Norsk pasientregister (NPR). Omfang av tvang og frivillighet er i dette kapitlet avgrenset til innleggelse fra eget bosted i 2001 og 2002 (i overkant av 70 prosent av innleggelsene).

Overføringer mellom avdelinger og institusjoner er holdt utenfor i denne sammenhengen (i underkant av 30 prosent av innleggelsene). Det er stor variasjon i hvordan man registrerer opplysninger om innleggelsesformalitet ved overføringer mellom institusjoner og avdelinger. I enkelte tilfeller kan det være snakk om at man ikke registrerer inntaksopplysninger på nytt ved overføringer mellom institusjoner, mens man andre steder registrerer for alle som kommer inn til institusjonen. Forskjellene kan her ligge i graden av faglig samorganisering mellom institusjonene. Det er heller ikke slik at begrepet institusjon er entydig. Det som defineres som institusjon ett sted, kan dermed kalles avdeling et annet. Dette betyr at tvangsinnleggelse som skjer ved henvisning fra en annen institusjon eller avdeling ikke inngår som del av tallgrunnlaget for dette kapitlet.

I de tilfeller pasienten har blitt overført mellom avdelinger ved samme institusjon, regnes dette som ett opphold. En person kan ha flere opphold i løpet av ett år, eventuelt ved flere institusjoner. På grunnlag av våre avidentifiserte data er det derfor ikke mulig å si eksakt hvor mange individer som ble tvangsinnlagt.

Vi har utelatt fra materialet institusjoner som enten ikke leverer pasientdata eller har levert data hvor ikke alle oppholdene er registrert. I tillegg er det noen som ikke registrerer data av tilfredsstillende kvalitet for innleggelsesformalitet. Hvis en institusjon mangler opplysninger om formalitet for mer enn 20 prosent av innleggelsene er disse utelatt. Tabellen under viser en oversikt over hvor stor del av aktiviteten i 2002 som vi har komplette data for.

<sup>10</sup> Det må ikke nødvendigvis foreligge en henvisning. Ved øyeblikkelig hjelp kan pasienten, evt. med bistand, henvende seg direkte til institusjonen (jf §2 i Forskrift om øyeblikkelig hjelp av 21. desember 2000).



Tabell 4.2 Tabell over hvor stor del av aktiviteten som vi har data om tvangsinnleggelse for. Døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse i 2002.

	Antall innleggelse i 2002	Prosent av total
Totalt antall innleggelse i institusjoner godkjent for tvang i 2002	28220	100
Totalt antall innleggelse i institusjoner godkjent for tvang med pasientdata for 2002	20674	73
Totalt antall innleggelse i institusjoner godkjent for tvang med pasientdata for 2002 og 2001	16259	58

Kilde NPR og SSB

Det var i alt 28 220 innleggelse til institusjoner godkjent for tvang i 2002. For 2002 har vi opplysninger om innleggelsesformalitet for 73 prosent av aktiviteten, målt ved innleggelse. For å se på endring fra 2001 til 2002, må vi ta utgangspunkt i data fra institusjoner som også hadde data av tilfredsstillende karakter også i 2001. Da står vi igjen med opplysninger som dekker 58 prosent av aktiviteten.

Fra de institusjonene med tilfredsstillende datakvalitet for begge åra, ble 12 894 innlagt fra eget bosted i 2002 og 12 048 i 2001. I figur 4.1 og figur 4.2, som viser befolkningsbaserte rater, tar vi utgangspunkt i data for bare 2002 og da dekker dette materialet i alt 73 prosent av aktiviteten.

#### 4.2.1 Om klassifisering av institusjoner

I henhold til Sosial- og helsedirektoratets oversikt var per juni 2003 31 sykehus/sykehusavdelinger og 30 andre institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg. Vi benytter data for institusjoner for døgnbehandling fordi det er i hovedsak ved disse institusjonene tvangsinnleggelse skjer (St meld 25 1996-97, Hatling og Krogen 1998, Hagen 2001).

Pasienter til poliklinisk behandling eller dagbehandling er ikke inkludert i denne analysen, heller ikke data fra døgninstitusjoner som kun er godkjent for tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. I så måte er det viktig å huske at vi ikke sier noe om tvang og frivillighet for alle henvisninger til det psykiske helsevernet, men er avgrenset til de som henvises fra eget bosted til en døgninstitusjon godkjent for tvangsinnleggelse.

Vi viser til to typer døgninstitusjoner godkjent for tvang i dette kapitlet; sykehus og døgninstitusjoner utenfor sykehus som i hovedsak omfatter distriktpsikiatriske tilbud. I SAM-DATA psykisk helsevern opererer vi med ulike typer institusjoner for døgnbehandling; sykehus, distriktpsikiatriske tilbud, sykehjem og andre døgninstitusjoner. I utgangspunktet skal sykehusfunksjonen i de enkelte fylker ha sammenlignbare oppgaver. Sykehusnivået skal omfatte akutt- og øyeblikkelig hjelp-mottak, oppfølgende behandling i døgnavdeling særlig for pasienter innlagt uten samtykke, behandling i sikkerhetsavdeling og ulike spesialavdelinger (St meld 25 (1996-97)). Distriktpsikiatriske tilbud omfatter sektorisert behandlingstilbud på lokalsykehusnivå, slik de er beskrevet i den samme stortingsmeldingen.

### 4.3 Omfang av tvang ved henvisning

I tabell 4.3 viser vi henvisninger til sykehus og avdelinger ved sykehus etter henvisningsformalitet. Loven stiller ikke krav om at det skal skilles mellom observasjon og tvungent psykisk helsevern (jf lovgjennomgangen tidligere), og disse kategoriene er derfor slått sammen til tvungent psykisk helsevern.

Tabell 4.3 Antall innleggelser til døgntilrettelagt etter henvisningsformalitet. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehusavdelinger godkjent for tvangsinnleggelser.

Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser	2001		2002		Endring 2001 – 2002	
	Antall	%	Antall	%	Antall	% - end.
Frivillig	5 885	58,7	6 588	59,4	703	11,9
Tvungent PHV	4 109	41,0	4 469	40,3	360	8,8
Annen lovhjemmel	30	0,3	30	0,3	0	0,0
Sum	10 024	100	11 087	100	1 063	10,6
Ikke registrert	348		196		-152	-43,7

Kilde NPR

Tallene er basert på data fra institusjoner som har levert data av godkjent kvalitet for både 2001 og 2002.

Nær 60 prosent av henvisningene var frivillige, både i 2001 og 2002. Det var en økning på om lag 11 prosent i antallet innleggelser fra 2001 til 2002, og en noe større andel av denne økningen skjedde etter frivillige henvisning. Samtidig som vi dermed ser en viss reduksjon i andelen henvisninger etter tvang, øker det absolutte antallet tvangshenvisninger med om lag ni prosent.

I den neste tabellen viser vi innleggelser etter henvisningsformalitet for andre døgntilrettelagte institusjoner. Av samme grunn som for sykehus og avdelinger ved sykehus er det heller ikke her skilt mellom observasjon eller tvungen omsorg.

For denne institusjonskategorien skjer om lag ni av ti innleggelser etter frivillig henvisning. Den moderate økningen i antallet henvisninger fra 2001 til 2002 skjer utelukkende som henvisninger til tvungent psykisk helsevern, og vi finner derfor en økning i både andel og absolutt antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern for denne institusjonskategorien. I takt med at distriktpsikiatriske sentra skal ta over mange av de oppgavene som tidligere har vært lagt til sykehusnivå er det vel ikke uventet at man får en viss økning også av tvangsinnleggelser til slike institusjoner.

Tabell 4.4 Antall innleggelser til døgntilrettelagt etter henvisningsformalitet. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser.

Institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser	2001		2002		Endring 2001 – 2002	
	Antall	%	Antall	%	Antall	% - endring
Frivillig	1 474	92,0	1 440	89,9	-34	-2,3
Tvungent PHV	120	7,5	151	9,4	31	25,8
Annen lovhjemmel	8	0,5	10	0,6	2	25,0
Sum	1 602	100	1 601	100	-1	-0,1
Ikke registrert	74		10		-64	-86,5

Kilde NPR

Tallene er basert på data fra institusjoner som har levert data av godkjent kvalitet for både 2001 og 2002.

#### 4.4 Spesialistvedtak ved henvisning til tvungent psykisk helsevern

I de to neste tabellene ser vi hvor stor andel av henvisningene til tvungent psykisk helsevern som ble endret når de ble vurdert av spesialist, henholdsvis for tvangshenvisninger til sykehus og til døgntilrettelagte institusjoner utenfor sykehus. Her inkluderes bare henvisninger om tvangs-

innleggelse, siden frivillig henvisning ikke kan endres. Spørsmålet som ønskes belyst her er hvorvidt det er samsvar mellom henvisende leges vurdering og spesialistvedtaket.

Tabell 4.5 Spesialistvedtak for innleggelser til døgnbehandling henvist for observasjon og/eller tvungent psykisk helsevern. Sykehus og sykehusavdelinger i 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent.

Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser	2001		2002	
	Antall	%	Antall	%
Frivillig	497	12,3	663	14,9
Frivillig kontrakt	4	0,1	8	0,2
Observasjon u/døgn	5	0,1	8	0,2
Observasjon m/døgn	2 145	53,1	2 322	52,3
Tvungent PHV u/døgn	5	0,1	2	0,0
Tvungent PHV m/døgn	1 385	34,3	1 434	32,3
Annen lovhjemmel	2	0,0	1	0,0
Sum	4 043	100,0	4 438	100,0
Ikke registrert	66		31	

Det er en viss endring av henvisningsformalitet for tvangshenvisningene til sykehus, samlet sett blir 12-15 prosent av alle henvisningene på tvang underkjent, det vil si omgjort til frivillig innleggelse. Her har det skjedd en viss økning i forhold til pasientdata for 2000, hvor om lag ti prosent ble omgjort (Bjørngaard et al. 2001). Det er vanskelig å vurdere denne økningen, særlig fordi det var en del usikkerhet knyttet til datakvaliteten for data om spesialistvedtak i den undersøkelsen.

Hvorvidt dette er tvangshenvisninger det ikke er lovhjemmel for, er ikke like selvsagt. Noe kan skyldes at pasientens tilstand kan ha endret seg i løpet av tiden fra innleggelse til spesialistvurdering. Det er grunn til å anta at dette særlig gjelder for innleggelser til observasjon, hvor det i forhold til §3 i Lov om psykisk helsevern av 1961 var mange av oppholdene som var korttids krisehjelp (Dahl et al., 1985). Men det kan også være vurderinger av henvisende lege som ikke er i tråd med psykisk helsevernloven. I tillegg kan det være snakk om at pasienten overtales til å godta et behandlingsopplegg uten tvang.

Svært få tvangshenvisninger til døgninstitusjoner utenfor sykehus ble endret til frivillig status ved spesialistens vurdering, en betydelig mindre andel enn for sykehus. Samtidig er det urovekkende mange innleggelser i denne institusjonskategorien hvor man ikke har registrert spesialistvedtak for de som er henvist til tvang.

Tabell 4.6 Spesialistvedtak for innleggelser til døgntil behandling henviset for observasjon og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henviset ved tvang til institusjoner utenfor sykehus i 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent.

Institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser	2001		2002	
	Antall	%	Antall	%
Frivillig	1	1,7	2	1,9
Frivillig kontrakt	0	0,0	0	0,0
Observasjon u/døgn	0	0,0	0	0,0
Observasjon m/døgn	14	23,3	28	25,9
Tvungent PHV u/døgn	4	6,7	4	3,7
Tvungent PHV m/døgn	41	68,3	74	68,5
Annen lovhemmel	0	0,0	0	0,0
Sum	60	100,0	108	100,0
Ikke registrert	60		43	

#### 4.5 Omfang av tvang etter spesialistvedtaket

Som redegjort for under gjennomgangen av lovgrunnlaget kan mottakende institusjon overprøve alle vurderinger gjort av henvisende instans i retning mindre inngripende formalitet, men ikke motsatt.

I tabell 4.7 viser vi spesialistvedtaket ved godkjente sykehus og avdelinger ved sykehus i 2001 og 2002, fordelt på hovedkategoriene i lovverket.

Noe over 1/3 av innleggelsene i sykehus skjer som tvangsinnleggelser, både for 2001 og 2002. De fleste som tvangsinnlegges, blir innlagt til observasjon. Vi ser her den samme tendensen fra 2001 til 2002 som for henvisninger; det er en økning i det totale antallet innleggelser på om lag ni prosent, andelen tvangsinnleggelser reduseres svakt mens antallet tvangsinnleggelser stiger, særlig for observasjon. Frivillig kontrakt brukes overfor en meget liten andel av innleggelsene, og vi ser her en reduksjon både i andel og faktisk antall.

Tabell 4.7 Antall innleggelser til døgntil behandling etter spesialistvedtak. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehusavdelinger godkjent for tvangsinnleggelser.

Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser	2001		2002		Endring 2001 – 2002	
	Antall	%	Antall	%	Antall	% -endring
Frivillig	6 497	63,7	7 261	65,1	764	12
Frivillig kontrakt	128	1,3	92	0,8	-36	-28
Observasjon	2 157	21,1	2 339	21,0	182	8
Tvang	1 398	13,7	1 449	13,0	51	4
Annen lovhemmel	19	0,2	21	0,2	2	11
Sum	10 199	100,0	11 162	100,0	963	9
Ikke registrert	173		121		-52	-30

Kilde NPR

Tallene er basert på data fra institusjoner som har levert data av godkjent kvalitet for både 2001 og 2002.

I tabell 4.8 framstilles spesialistvedtaket ved andre døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg i 2001 og 2002, fordelt på hovedkategoriene i lovverket.

Tabell 4.8 Antall innleggelse til døgntil behandling etter spesialistvedtak. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelse ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelse.

Institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelse	2001		2002		Endring 2001 - 2002	
	Antall	%	Antall	%	Antall	% - endring
Frivillig	1 483	96,0	1 447	92,8	-36	-2
Frivillig kontrakt	0	0,0	0	0,0	0	0
Observasjon	14	0,9	28	1,8	14	100
Tvang	48	3,1	80	5,1	32	67
Annen lovhemmel	0	0,0	5	0,3	5	0
Sum	1 545	100	1 560	100	15	1
Ikke registrert	131		51		-80	-61

Kilde NPR

Tallene er basert på data fra institusjoner som har levert data av godkjent kvalitet for både 2001 og 2002.

Det alt overveiende av innleggelse i døgnavdelinger ved slike institusjoner skjer frivillig. I forhold til sykehus er forholdet mellom de to formene for tvungen omsorg her motsatt, en av fire i tvangskategorien innlegges til observasjon. Dette er som forventet, ettersom formålet med undersøkelsen er utredning, og dermed fordrer kompetanse en i større grad finner ved sykehusene. Som for henvisning skjer den moderate økningen i antallet innleggelse utelukkende som tvungent psykisk helsevern, og vi får dermed både en økning i andel og antall innleggelse til tvungent psykisk helsevern for denne institusjonskategorien fra 2001 til 2002. Hvorvidt økningen vi observerer i observasjon fra 2001 til 2002 er en gradvis endring i DPS-enes funksjon i retning mer fullverdige lokalsykehusfunksjoner, et utslag av endret praksis eller tilfeldigheter, gjenstår å se.

#### 4.6 Tilleggsriterier

En observerte de siste tjue årene av Lov om psykisk helseverns virketid en endring i bruk av tilleggsriterier ved innleggelse etter §5 (Hagen, 2001). Bruken av overlastkriteriet gikk kraftig ned, bruken av behandlingskriteriet hadde en jevn økning mens bruken av farekriteriet etter en viss stigning var noenlunde stabilt. I psykisk helsevernloven av 1999 fjernet man overlastkriteriet, og sto dermed igjen med to tilleggsriterier (jf lov gjennomgangen tidligere).

I de to neste tabellene vises bruken av tilleggsriterier for innleggelse til tvungent psykisk helsevern.

Tabell 4.9 Tilleggskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Sykehusinnleggelse til døgntil behandling med vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent.

Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse	2001		2002	
	Antall	%	Antall	%
Vilkår 1 Utsikt til helbredelse reduseres*	574	71,3	882	77,3
Vilkår 2 Fare for seg selv/andre**	44	5,5	47	4,1
Vilkår 1 samt vilkår 2	187	23,2	212	18,6
Totalt	805	100	1 141	100
Ikke registrert tilleggskriterier	593		308	

\* For å hindre at pasienten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at pasienten i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret.

\*\* For å hindre at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

Det er vanskelig å si noe sikkert om utviklingen fra 2001 til 2002, da en stor andel av disse innleggelsene manglet tilleggsvilkår i 2001. Det har vært en tilnærmet halvering i innleggelse som mangler registrering av tilleggskriterier. Begge år skjer om lag 95 prosent av sykehusinnleggelsene til tvungent psykisk helsevern hjemlet i behandlingskriteriet, enten alene eller sammen med farekriteriet.

Tabell 4.10 viser tallene for institusjoner godkjent for tvang, men som ikke er sykehus. Resultatet avviker i liten grad fra tallene for sykehusinnleggelsene. Siden det er så få tvangsinnleggelse til disse institusjonene er det imidlertid stor usikkerhet knyttet til disse tallene.

Tabell 4.10 Tilleggskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Innleggelse til døgntil behandling utenfor sykehus med vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2001 og 2002. Absolutte tall og prosent.

Institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelse	2001		2002	
	Antall	%	Antall	%
Vilkår 1 Utsikt til helbredelse reduseres*	34	82,9	37	84,1
Vilkår 2 Fare for seg selv/andre**	3	7,3	5	11,4
Vilkår 1 samt vilkår 2	4	9,8	2	4,5
Totalt	41	100	44	100
Ikke registrert tilleggskriterier	7		36	

\* For å hindre at pasienten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at pasienten i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret.

\*\* For å hindre at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

#### 4.7 Har det skjedd en endring i bruken av tvangsinnleggelse i løpet av siste tiårsperiode?

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, og dets forløper SINTEF NIS, har over år publisert opplysninger om tvangsinnleggelse i psykisk helsevern. Med den oppmerksomhet som i lang tid har vært omkring bruken av tvang i psykisk helsevern blir et viktig spørsmål om det i løpet av denne perioden har skjedd endring i bruken av tvangsinnleggelse. Her vil vi i denne omgang avgrense oss til nasjonalt nivå og til andel tvangsinnleggelse.

I og med at det fra og med 2000 ble skilt mellom henvisningsparagraf og spesialistvedtak i pasientrekorden, og i den grad begge er publisert, oppgis disse.

Tabell 4.11 Andel frivillige innleggelser, observasjon og tvangsinnleggelser 1992-2002, med kildehenvisning. Sykehus og sykehusavdelinger. Prosent.

År	Begjæring/spesialist	Frivillig	Observasjon	Tvungent PHV	(N)	Referanse
1992	Ukjent	42	17	38	11 948	Heggestad (1994)
1993	Ukjent	47	18	35	13 630	Heggestad (1995)
1994	Ukjent	46	19	32	15 139	Heggestad (1996)
1995	Ukjent	44	20	34	16 627	Krogen (1997a)
1996	Ukjent	46	21	31	17 566	Krogen (1997b)
1996	Ukjent	54	20	26	13 376	Løvdahl og Lilleeng (1998)
2000	Henv.	53	27	20	9 842	Bjørngaard et al. (2001)
2001	Henv.	59		41 <sup>11</sup>	10 024	Dette kapitlet
2001	Spesialist	65	21	14	10 199	Dette kapitlet
2002	Henv.	59		40 <sup>12</sup>	11 087	Dette kapitlet
2002	Spesialist	66	21	13	11 162	Dette kapitlet

Tallene i tabellen over kan ikke sammenliknes direkte og følgende momenter bør tillegges stor vekt i tolkingen:

- *Utvalgskriterier.* Hvilke grupper det presenteres tall for har stor betydning for omfanget av tvang og frivillighet. Om resultatet er beregnet ut fra utskrivninger, innleggelser, innleggelser i en gitt tidsperiode eller kun innleggelser fra eget bosted (altså ikke overføringer fra andre institusjoner), vil ha betydning for sammensetningen av tvang og frivillighet.
- *Utvalg av institusjoner.* I 2001 og 2002 inngår kun institusjoner godkjent for tvang i beregningsgrunnlaget. Det betyr at institusjoner som Modum bad og Sollie nervesanatorium ikke inngår, mens de delvis har vært inkludert tidligere. Dette bidrar til at en tidligere har underestimert tvangsinnleggesandelen.
- *Omfang av mangelfull registrering.* For å vurdere om det har skjedd endring bør man ta utgangspunkt i de samme enhetene. Det har i lang tid vært et problem for mange institusjoner å levere komplette data om tvang og frivillighet. Siden variasjonen mellom enkeltinstitusjoner kan det ha stor betydning om en institusjon leverer data eller ikke.
- *Hvilken type formalitet er angitt.* En svakhet med data fra før 2000 er at man ikke skilte mellom henvisningsformalitet og spesialistvedtaket. Med tanke på at det er en viss andel av endring ved spesialistvedtaket, kan dette ha betydning for både omfang og sammensetning av tvang og frivillighet.

<sup>11</sup> Begjæringen kan omfatte begge formene (jfr. lovgjennomgangen tidligere), og det er derfor ikke skilt mellom disse.

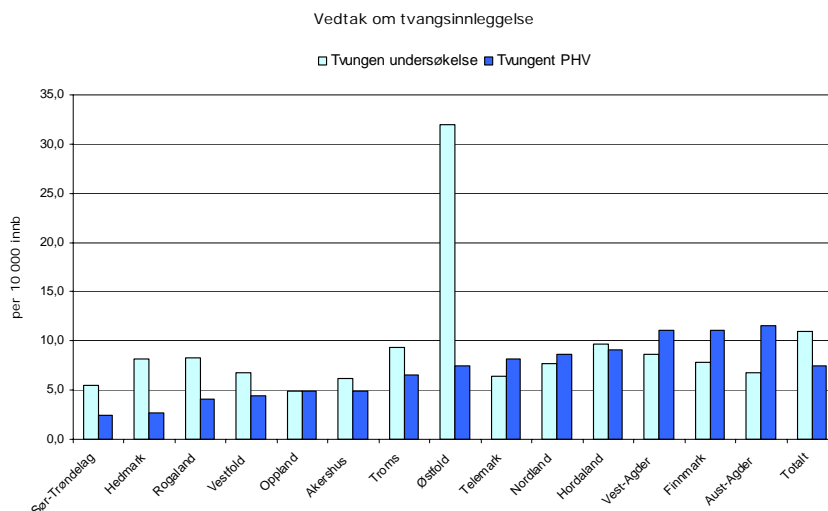
<sup>12</sup> Begjæringen kan omfatte begge formene (jfr. lovgjennomgangen tidligere), og det er derfor ikke skilt mellom disse.

Det er altså vanskelig å konkludere ut fra tabellen over at andelen tvangsinnleggelses har gått ned, selv om tallene som er presentert indikerer en slik utvikling. Grunnet varierende kvalitet på pasientdata for det enkelte år ikke vært mulig å følge de samme institusjoner over år. Det har hele tiden vært påvist store fylkesvise variasjoner i tvangsinnleggelsesandel, og variasjonene mellom år er derfor til en viss grad avhengig av om institusjoner og fylker med tradisjonelt høy eller lav andel inngår. Dette forholdet vil både kunne overestimere og underestimere andelen tvang. I Løvdahl og Lilleeng (1998) inngår tallmateriale fra de samme 20 sykehus og sykehusavdelinger over en fireårsperiode (1992-96)<sup>13</sup>. De finner stort sett lik andel tvangsinnleggelse, rundt 40 prosent, og de fleste av disse skjer som tvungent psykisk helsevern. Det skjer samtidig en viss forskyvning mot at flere innleggelses skjer som observasjon og færre som tvangsinnleggelses.

Selv om det ikke er forsvarlig å trekke konklusjoner i forhold til andel tvangsinnleggelses, kan det synes som det skjer en forskyvning mellom tvungent psykisk helsevern og observasjon. Mens tvungent psykisk helsevern var i klar overvekt for ti år siden (rundt 60 prosent av tvangsinnleggelsesene), er nå forholdet motsatt, hvor observasjon utgjør om lag 60 prosent. Samtidig er det viktig å ta høyde for at man før 2000 ikke skilte mellom henvisningsformalitet og spesialistvedtak. Hvis det har vært en endring i måten å registrere formalitet på, kan dette ha hatt betydning for de resultatene vi ser i tabell 4.11.

#### 4.8 Befolkningsbaserte rater for tvang etter spesialistvedtaket

I figur 4.1 viser vi antall vedtak om observasjon og tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbyggere 18 år og over. I figuren inngår både sykehus, sykehusavdelinger og andre døgninstitusjoner.



Figur 4.1 Vedtak om observasjon og tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbyggere 18 år og over. Sykehus og andre døgninstitusjoner.

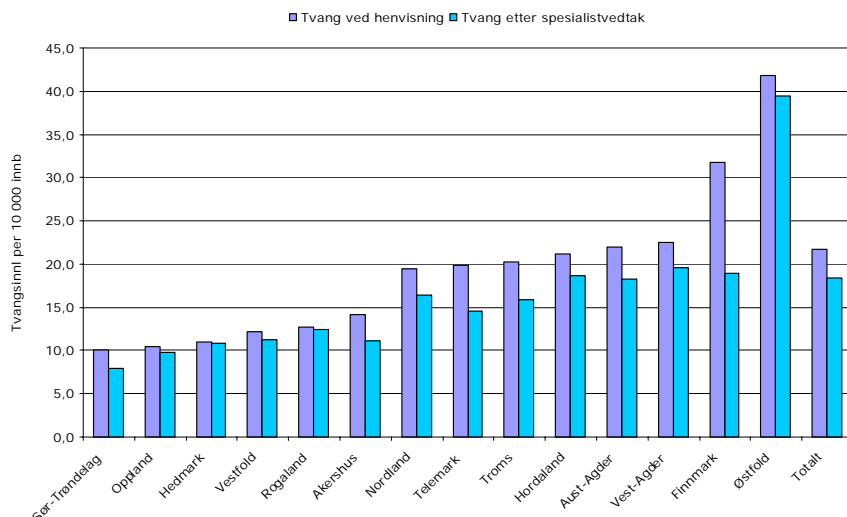
Vi ser av figuren at det er stor forskjell i den befolkningsbaserte raten av tvungent psykisk helsevern, jevnt stigende fra 2,5 til 11,5, med et forholdstall på 1:4 mellom den laveste og den høyeste. Vi finner ikke en tilsvarende fordeling når det gjelder observasjon. Med unntak av Østfold har alle fylker en rate mellom 3,9 og 7,2, et forholdstall på under 1:2 mellom

<sup>13</sup> Noen få har enkelte mangler for enkeltår



lavest og høyest. Det er dermed ikke nødvendigvis slik at lave rater tvungent psykisk helsevern følges av en tilsvarende lav rate av observasjon.

I figur 4.2 viser vi de befolkningsbaserte ratene for henholdsvis tvang ved henvisning og tvang etter spesialistvedtak. Også i denne figuren inngår både sykehus og andre døgninstitusjoner.



Figur 4.2 Tvang ved henvisning og tvang etter spesialistvedtak per 10 000 innbyggere 18 år og over. Sykehus og andre døgninstitusjoner.

Som det framgår av figuren varierer den totale raten for tvangsinnleggelses (observasjon og tvungent psykisk helsevern) betydelig, fra 39,4 per 10 000 innbyggere over 17 år i Østfold til 8,0 i Sør-Trøndelag. Seks fylker har en totalrate mellom 8,0 og 12,4, mens syv fylker har en totalrate mellom 14,6 og 19,6. Østfold kommer i en særstilling på grunn av den høye raten med observasjon. Det er også store fylkesvise variasjoner når det gjelder omgjøring fra henvisning til spesialistvedtak.

## 4.9 Oppsummering

I dette kapitlet har vi først sett på bruk av tvang og frivillighet ved innleggelses fra eget bosted til psykisk helsevern i 2001 og 2002. For begge årene var omlag 40 prosent av henvisningene for døgnbehandling ved sykehus eller avdelinger ved sykehus enten til observasjon eller tvungent psykisk helsevern. For andre døgninstitusjoner var den tilsvarende prosentandelen ca åtte og ti. I henhold til spesialistvedtaket var om lag to av tre innleggelses frivillige, mens ca 21 prosent av sykehusinnleggelsene var til observasjon og mellom 13 og 14 prosent til tvungent psykisk helsevern. For de øvrige døgninstitusjonene var de aller fleste innleggelsene, etter spesialistvedtaket, frivillig, en og to prosent til observasjon og tre og fem prosent til tvungent psykisk helsevern.

Omfanget av tvangsinnleggelses målt både som henvisninger og spesialistvedtak i forhold til befolkningsstørrelsen varierte i 2002 betydelig mellom fylkene. Hvis en unntar Østfold var variasjonen størst når det gjaldt tvungent psykisk helsevern. Østfold skiller seg spesielt ut ved å ha svært mange innleggelses til observasjon.

Som vi har sett både i gjennomgangen av datagrunnlaget og i de enkelte tabeller var det i 2002 ennå et stykke igjen til de regionale helseforetakene kan sies å ha oppfylt Helsedepartementets forventning om å dokumentere omfanget av tvangsinnleggelses.

Av flere grunner er det ikke mulig å trekke noen klar konklusjon om hvorvidt vi har hatt en reduksjon i andelen tvangsinnleggelses i løpet av de siste ti årene. Derimot er det sannsynlig at det har skjedd en dreining i sammensetning av tvangsinnleggelses, slik at en større andel av dem skjer som observasjon, og en mindre andel som tvungent psykisk helsevern.

## 5 Variasjoner i ventetid for barn og unge

Helle Wessel Andersson

### 5.1 Innledning

Utgangspunktet for dette kapitlet er helsepolitiske målsettinger om økt effektivitet i det spesialiserte behandlingstilbudet for barn og unge. Tilgjengeligheten til tjenestene skal bedres ved at flere skal få hjelp, tilbudet skal bli jevnere og mer rettferdig fordelt, og ventetiden for behandling skal bli kortere.

Etter Lov om pasientrettigheter og forskrifter om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp av 01.01. 2001, er ventetidsgarantien på 3 måneder erstattet med en rett til å få en vurdering av helsetilstand innen 30 virkedager, samt informasjon om når behandling forventes igangsatt. Frist for behandling skal fastsettes individuelt, og baseres på medisinsk forsvarlighet. Departementet har imidlertid poengtert at det i tillegg til en individuell tidfesting av behandlingsoppstart, bør foreligge en generell maksimumsfrist for behandling 3 måneder etter henvisning (Helsedepartementet, 1999).

Barn og unge som henvises til spesialisthelsetjenesten har vanligvis gjennomgått en vurdering av behandlingsbehov i primærhelsetjenesten, og da i forhold til hva som oppfattes som oppgaver for det psykiske helsevernet. Det vil imidlertid kunne variere i hvor stor grad en kan angi klart hvilke lidelser eller tilstander som skal inngå i de ulike prioriteringskategoriene. Det er grunn til å tro at ventetid kan påvirkes av flere faktorer i tillegg til alvorlighetsgrad ved lidelsen og retningslinjer for prioriteringer av pasientgrupper. Slike faktorer kan blant annet være relatert til behandlingsmetoder og ideologier. I tillegg kan både variasjoner i ressursinnsats og effektivitet ved de tjenesteytende instansene være forhold som innvirker på hvor lenge de behandlingstrengende må vente.

Det sterke fokus på tilgjengelighet - og rettferdig fordeling av tjenester, samt lovendringer i retning av mer individuelle vurderinger av behandlingsbehov, gjør det interessant å rette søkelyset mot ventetid på behandling for barn og unge. Dette kapitlet belyser variasjon i ventetid på tre nivå; mellom helseregioner, innen helseregioner og mellom pasientgrupper.

### 5.2 Datagrunnlag og metode

Datamaterialet er basert på BUP- data. Materialet inneholder opplysninger om alle barn og unge som mottok offentlige tilbud innen psykisk helsevern i 2002. Ventetid er definert som differansen mellom dato da henvisning ble mottatt ved institusjonen, og dato for igangsetting av behandling<sup>14</sup>.

Analysene omfatter barn og ungdom som har mottatt poliklinisk behandling. Det totale antall pasienter som mottok spesialisert behandling i 2002 var 30994, av disse mottok 28919 polikliniske tilbud. For å gjøre datamaterialet mest mulig sammenlignbart mellom institusjonene,

---

<sup>14</sup> I gangdato er dato for når en begynner å gi en ressurs til en pasient som kommer fra venteliste.

er pasienter behandlet ved institusjoner som ikke har brukt BUP- data<sup>15</sup>, eller som har mottatt poliklinisk behandling ved behandlingshjem<sup>16</sup>, eller ved institusjon som praktiserer etter en alternativ behandlingsmodell<sup>17</sup>, ekskludert. I tillegg, er det avdekket to institusjoner der den gjennomsnittlige ventetiden er særdeles avvikende<sup>18</sup>. På grunn av usikkerhet knyttet til påliteligheten av ventetidsopplysningene er pasienter behandlet ved disse institusjonene også utelatt fra analysene i dette kapitlet. I alt 4007 pasienter manglet opplysning om dato for henvisning og/ eller dato for behandling igangsatt, eller var registrert med ugyldige datoer.

Det endelige materialet for de foreliggende analysene omfattet i alt 24 912 barn og unge som mottok behandling i psykisk helsevern i 2002. Alle mottok polikliniske tilbud og hadde gyldige datoer for henvisning og i gangsetting av behandling.

### 5.2.1 Analyser

Følgende variabler inngår analysene; bostedshelseregion og behandlende institusjon, pasientens kjønn og alder, viktigste henvisningsgrunn og henvisende instans. Alder er kategorisert som 0-5 år, 6-12 år, 13-17 år og over 17 år. Henvisningsgrunn, er kategorisert som følger; i) antatt alvorlige tilstander (psykotisk, suicid, autistisk), ii) eksternaliserende symptomer (hyperaktiv, atferdsproblemer), iii) internaslierende symptomer (angst, fobi, hemmet atferd, depressiv), iv) andre symptomer. Henvisende instans er kategorisert som; i) somatisk helsevesen, ii) pasient/pårørende, iii) skolesektor, iv) annet psykisk helsevern, og v) sosialvesen/ andre.

Variansanalyse (ANOVA) benyttes for å studere forskjeller i ventetid mellom pasientkategorier. Enveis variansanalyse sammenligner gjennomsnittene for flere grupper på en kontinuerlig variabel, som her er ventetid i antall dager. De uavhengige variablene er kalt faktorer. Faktorene er kategorisert. ANOVA analyserer variansen (gruppens spredning rundt gjennomsnittet), og sammenligner alle gruppene samtidig. ANOVA bestemmer om de observerte forskjellene mellom gruppene er statistisk signifikant forskjellige. Signifikans testes med Fisher's F-statistikk.

## 5.3 Resultater

### 5.3.1 Ventetider på nasjonalt nivå

Tabell 5.1 viser ventetidsfordelingen for pasienter som har mottatt poliklinisk behandling i 2002.

---

<sup>15</sup> Psykiatrien i Vestfold, BUPA , Ungdomspsykiatrisk avdeling Rogaland psykiatriske sykehus.

<sup>16</sup> Ungdomspsykiatrisk klinikk, Elverum, Familiehuset Førde

<sup>17</sup> Ungdomspsykiatrisk poliklinikk Sarpsborg

<sup>18</sup> Rikshospitalet, BUPA Ullevål

Tabell 5.1 Antall pasienter etter ventetid for poliklinisk behandling. 2002.

Antall dager ventet	Antall pasienter	Pst. andel pasienter
<14 dager	5 394	21,7
14-29 dager	4 513	18,1
30-59 dager	4 996	20,1
60-89 dager	2 827	11,3
90-119 dager	1 913	7,7
>119 dager	5 269	21,2
Totalt	24 912	100

Tabellen viser at nær 40 prosent av barn og unge som ble behandlet i psykisk helsevern i 2002 ventet mindre enn 1 måned før behandling ble igangsettes. Blant de med kortest ventetid (< 14 dager) er det trolig en del med akutte tilstander som mottar øyeblikkelig hjelp. Omlag 30 prosent av pasientene ventet mer enn 3 måneder på behandling.

### 5.3.2 Variasjoner i ventetid mellom helseregioner

En målsetting i norsk helsepolitikk er et rettferdig fordelt psykisk helsevern. Implisitt bør tilgjengeligheten til tjenester og behandlingstilbud være lik for barn og ungdom bosatt i ulike deler av landet. I tabell 5.2 ser vi på variasjoner i ventetider mellom helseregioner.

Tabell 5.2 Ventetider etter bostedsregion. Median, gjennomsnitt og standardavvik. 2002.

Bostedsregion	Median og gjennomsnitt ventetid			N
	Gjennomsnitt	Median	SD	
Øst	69,6	40,0	82,5	8874
Sør	97,1	52,0	115,4	3 924
Vest	84,1	46,5	100,3	4 398
Midt-Norge	84,5	47,0	108,3	3 397
Nord	60,3	33,0	74,4	4 319
Totalt	76,9	42,0	94,9	24 912

Analysene viser at barn og unge bosatt i Helseregion Nord hadde den korteste ventetiden på behandling sammenlignet med barn og unge bosatt i de øvrige helseregionene. Pasienter bosatt i Helseregion Sør ventet lengst for å få behandling i psykisk helsevern.

Dersom lovendringen fra en ventetidsgaranti på 3 måneder, til en individuell fastsetting av frist for behandling, skal representere en forbedring av tilbudet til barn og unge, kan man forvente at andelen som venter mer enn 3 måneder reduseres. I relasjon til dette er det interessant å fokusere spesielt med den gruppen barn og unge som venter lengst. Neste tabell viser hvor stor andel barn og ungdom, som ventet mer enn 3 måneder, utgjorde av det totale antall behandlede pasienter i 2002, etter pasientens bostedsregion.

Tabell 5.3 Ventetider etter bostedsregion. Antall og andel pasienter som har ventet mer eller mindre enn 3 måneder. 2002.

Bostedsregion	Ventet > 90 dg		Ventet < 90 dg	
	Antall	Pst.	Antall	Pst.
Øst	2 354	26,5	6 520	73,5
Sør	1 393	35,5	2 531	64,5
Vest	1 465	33,3	2 933	66,7
Midt-Norge	990	29,1	2 407	70,9
Nord	980	22,7	3 339	77,3
Totalt	7 182	28,8	17 730	71,2

I samsvar med forrige tabell viser også denne at Helseregion Nord kom godt ut, ved å ha den laveste andelen langtidsventende sammenlignet med de øvrige helseregionene. Helse-region Sør hadde relativt sett den høyeste andelen pasienter som ventet mer enn 3 måneder.

#### 5.4 Variasjoner i ventetid innen helseregioner

Hver av de fem helseregionene representerer store geografiske områder. Innen hvert område finnes mange psykisk helsevern institusjoner for barn og unge. Det er grunn til å tro at ventetid på behandling i stor grad vil være relatert til forhold ved den enkelte institusjon, som f eks ressurser og effektivitet, institusjonenes behandlingskultur og prioriteringer. Likefullt kan ressurser og kompetanse om psykiske lidelser hos barn og unge i det tilstøtende tjenestetilbudet, i primærhelsetjenesten, ha innvirkning på henvisningsmønsteret, og etter-spørsmål etter spesialiserte tjenester. I det følgende skal vi se hvordan den gjennomsnittlige ventetiden varierte mellom institusjoner innen helseregionene.

Tabell 5.4 Høyeste og laveste middelerverdier for ventetid ved helseregionenes institusjoner. 2002.

Helseregion	Spredning i median og gjennomsnittlig ventetid mellom institusjoner innen helseregioner				Antall inst.
	Gjennomsnitt		Median		
	Ant. dg. min.	Ant. dg. maks	Ant. dg. min.	Ant. dg. maks	
Øst	19,0	129,2	10,0	122,0	25
Sør	30,1	174,4	21,0	127,0	9
Vest	21,1	246,0	16,0	227,0	14
Midt-Norge	39,5	200,8	34,0	109,5	7
Nord	19,0	126,8	11,0	120,0	16
Landet	19,0	246,0	19,0	227,0	71

Tabellen viser en betydelig variasjon i gjennomsnittlig ventetid på poliklinisk behandling mellom institusjonene innen alle helseregionene. I helseregion Vest varierte den gjennomsnittlige ventetiden fra 3 uker ved en institusjon, til om lag 8 måneder ved en annen institusjon.

### 5.4.1 Variasjoner i ventetid mellom pasientkategorier

I analyser av hvilke faktorer som virker inn på ventetid for barn og unge vil det være interessant å studere variasjoner mellom pasientkategorier. Slik kan man få et grunnlag for å vurdere i hvilken grad institusjonene styrer inntaket av pasientene etter fastsatte prioriteringskriterier.

Det datamaterialet vi har tilgjengelig per i dag har imidlertid begrensninger i forhold til å kunne si noe om alvorlighetsgraden ved barnet eller ungdommens psykiske lidelse. De resultatene som presenteres her vil derfor ikke gi grunnlag for å vurdere hvorvidt institusjonene prioriterer de mest hjelpetrengende pasientene. Med forbehold om disse begrensningene ser vi i Tabell 5.5 på variasjoner i ventetid mellom pasientkategorier.

Tabell 5.5 Variasjoner i ventetid mellom pasientkategorier. 2002.

Faktorer	Kategorier	N	Gj.snitt ventetid	SD	F
Alder	0-5 år	1568	49,6	63,1	188,3***
	6-12 år	10 685	90,6	100,2	
	13-17 år	10 802	72,3	94,7	
	>17 år	1 853	76,9	94,9	
Kjønn	Jente	10 373	61,6	81,3	476,3***
	Gutt	14 516	88,0	102,2	
Henvisningsgrunn	Alvorlige symptomer	1 606	56,8	84,0	309,1***
	Eksternalisert atferd	8 921	102,4	110,2	
	Internalisert atferd	7 433	64,4	78,4	
	Andre symptomer	5 173	65,5	87,4	
Henvisende instans	Somatisk helse	13 871	72,3	92,4	134,0***
	Pasient/familie/nærmiljø	820	41,6	70,3	
	Skolesektor	4 684	103,7	108,4	
	Annet psykisk helsevern	1 675	70,3	84,4	
	Sosialvesen/andre	3 386	74,1	90,3	

\*\*\*P<0.001

Resultatene av ANOVA viser signifikante F- verdier for hver av pasientkategoriene. Dette indikerer at minst ett av gruppegjennomsnittene avviker fra minst et annet gjennomsnitt.

Analysen av ventetiden for pasienter etter alderskategorier viser at det var barn i aldersgruppen 6-12 år som i gjennomsnitt hadde lengst ventetid. De ventet i gjennomsnitt 41 dager lenger på et behandlingstilbud enn barn i den yngste alderskategorien, og 18 dager lenger enn ungdommer i 13-18 års alder. Resultatet kan gjenspeile at barn i den yngste aldersgruppen har høyest prioritet, og videre at det er relativt mange med behov for akutt hjelp i den eldste aldersgruppen.

Ventetiden på behandling var betydelig kortere for jenter enn for gutter. I gjennomsnitt ventet guttene 26 dager lenger enn jentene. Det faktum at gutter og jenter ofte rammes av ulike typer psykiske problemer er høyst sannsynlig en årsak til den observerte kjønnsforskjellen i ventetid. Tidligere studier har vist at gutter i større grad enn jenter sliter med atferdsproblemer og hyperaktivitet, mens jenter oftere rammes av internaliserende problemer,

som depresjon. Sannsynligvis har jenter i større grad enn gutter tilstander som er mer alvorlige, og som derfor må ha relativt høy prioritet ved inntak.

Slik henvisningsgrunner er kategorisert her, er det barn og unge som er henvist for eksterneiserende atferdsproblemer (hyperaktivitet og atferdsproblemer) som relativt sett har ventet lengst på et behandlingstilbud. De ventet i gjennomsnitt nær 102 dager, og dette er mer enn en måned lenger enn f eks barn og unge med internaliserende problematikk.

Når vi sammenligner den gjennomsnittlige ventetider for barn som er henvist fra ulike henvisende instanser finner vi at barn og unge som ble henvist fra skolesektor hadde betydelige lengre ventetid enn barn og unge som ble henvist fra andre instanser. Det er pasienter som er henvist direkte av familien, som relativt sett hadde gjennomsnittlig kortest ventetid. Den lange ventetiden for barn som henvises fra skolesektor kan skyldes at disse har psykiske problemer som etter medisinske vurdering og prioriteringskriterier ikke skal være blant de som prioriteres. Likefullt, en stor andel av barn som henvises fra skolesektor har eksternaliserte atferdsproblemer, og resultatet kan dermed også reflektere manglende kapasitet i det spesialiserte behandlingstilbudet til å behandle barn og unge denne type problematikk

#### 5.4.2 Oppsummering

En tilgjengelig tjeneste gir tilstrekkelig og riktig helsehjelp i tide. Ventetid på behandling er en indikator på tilgjengelighet av tjenester. Ventetiden vil påvirkes av alvorlighetsgrad ved den psykiske lidelsen, og av inntaksordninger ut i fra prioriteringskriterier. I tillegg påvirkes trolig ventetid av et komplisert samspill mellom etterspørsel og tilbud, herunder valg av behandlingsmetoder og ideologier, ressursinnsats og effektivitet.

I relasjon til helsepolitiske målsettinger om et tilgjengelig og rettferdig fordelt psykisk helsevern, har dette kapitlet fokuset på variasjoner i ventetid, mellom helseregioner, innen helseregioner, og mellom pasientkategorier. Resultatene viser at selv om nær 40 prosent av barn og unge som henvises til spesialisert psykisk helsevern har ventet mindre enn 1 måned på behandling, er det fremdeles tre av 10 barn som venter mer enn 3 måneder etter at de er henvist.

Gjennomsnittlig og median ventetid varierer noe mellom helseregionene. Analysene viser at barn og unge bosatt i helseregion Nord hadde kortest ventetid, mens de som er bosatt i helseregion Sør måtte vente lengst. Disse resultatene reflekterer i hovedsak de store forskjellene i gjennomsnittlig ventetid mellom institusjoner innen en helseregion. Slik variasjon kan forklares med forskjeller mellom institusjonene i etterspørsel, kapasitet, effektivitet. I tillegg vil institusjonens "produksjonsform", som f eks valget mellom å gi mye behandling til få, versus litt behandling til mange, kunne påvirke pasientstrømmen gjennom institusjonen.

Alle faktorer som er undersøkt, relatert til pasientkjennetegn, er statistisk signifikant relatert til ventetid. Følgende pasientkategorier er assosiert med lengre ventetid: gutt, 6-12 år, utagerende atferdsproblem, og henvist fra skolesektor. Datamaterialet gir imidlertid ikke grunnlag for å vurdere om institusjonene prioriterer de mest hjelpetrengende pasientene. Til dette vil man trenge gode data om alvorlighetsgrad ved pasientens psykiske lidelse.



## Referanseliste

*Bjørngaard JH (red)*

2002 SAMDATA Psykisk helsevern Tabeller 2001. Rapport 1/2002. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

*Bjørngaard JH (Red)*

2001 Samdata psykisk helsevern Tabeller. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2000. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

*Bjørngaard JH, Hatling T og T Heggstad*

2001 Tvangsinnleggelse. I Pedersen PB (Red), Samdata psykisk helsevern rapport. Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner. Rapport STF78 A015024. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

*Dahl AA, Borge N & A Spydsaug*

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

Forskrift om øyeblikkelig hjelp av 21. desember 2000.

Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v. av 21 desember 2000.

*Hagen H, Lilleeng SE og M Sitter*

1999 Variasjoner i klinisk praksis. I Hagen H. (red.), Psykiatritjenesten 1998 - på rett vei? Trondheim: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

*Hagen H*

2000 Utviklingstrekk på 90-tallet. I Hagen H (red), Psykiatritjenesten 1999.-omstilling og vekst. Trondheim: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning

*Hagen H*

2001 Pasienter i psykisk helsevern for voksne 1 november 1999. Rapport STF78 A015020. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

*Hagen H*

2002 Status for Opptrappingsplanen. I Huseby BM (red) Helseregionenes utfordringer. Sykehus og Psykisk helsevern Rapport. Trondheim: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning

*Hagen K, Riedl TR og R Østbøl*

2002 Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. Oslo, Cappelen Akademisk forlag.

*Halsteinli V*

2000 Har fylkeskommunene opprettholdt egne driftstilskudd til psykiatrien? I Hagen H. (Red.), Psykiatritjenesten 1998 - på rett vei? Trondheim: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

*Halsteinli V, Hatling T og J Kalseth*

2003 Aktivitetsbaserte poliklinikkstakster i psykisk helsevern – mellom visjon og virkelighet. Rapport STF78 A035001. Trondheim: SINTEF Unimed Psykisk helsearbeid.

- Hatling T (red), Bjørngaard JH og KI Johansen*  
2003 Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker – Delrapport 2. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Hatling T (red), Bjørngaard JH og KI Johansen*  
2002 Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Hatling T og T Krogen*  
1998 Bruk av tvang i norsk psykiatri. En empirisk gjennomgang. Trondheim: SINTEF Unimed NIS.
- Heggstad T*  
1994 Karakteristika ved behandlingen, I Pedersen PB, Heggstad T og Bergsland K. Samdata psykiatri 1992. Trondheim: SINTEF NIS-rapport 1/94.
- Heggstad T*  
1995 Karakteristika ved behandlingen - voksenpsykiatri, I Heggstad T og Pedersen PB Samdata psykiatri 1993. Trondheim: SINTEF NIS-rapport 1/95.
- Heggstad T*  
1996 Karakteristika ved behandlingen - voksenpsykiatri, I Pedersen P.B. (Red). Samdata psykiatri 1994. Trondheim: SINTEF NIS-rapport 1/96.
- Helsedepartementet*  
2002 Styringsdokument for 2003. (Hvert RHF har sitt styringsdokument, likelydende når det gjelder poliklinisk produktivitet).
- Helsedepartementet*  
2001 Styringsdokument for 2002. (Hvert RHF har sitt styringsdokument, likelydende når det gjelder tvang).
- Helsedepartementet*  
2001 Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp av 01. 01. 2001.
- Helsedepartementet*  
2001 Lov om pasientrettigheter av 01. 01. 2001.
- Helsedepartementet*  
1999 Høringsnotat. Forskrifter om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, ventelisteregistrering og reiseutgifter ved fritt sykehusvalg av 07.12.1999.
- Høyer G*  
2000 On the justification for civil commitment. Acta Psychiatrica Scandinavica 101, 65-71.
- Krogen T*  
1997a Karakteristika ved behandlingen i voksenpsykiatrien, I Hatling T. (Red.): Samdata psykiatri 1995. Trondheim: SINTEF NIS-rapport 2/97.
- Krogen T*  
1997b Karakteristika ved behandlingen i voksenpsykiatrien, I Halsteinli V (Red). Samdata psykiatri 1996. Trondheim: SINTEF NIS-rapport 8/97.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
- Lov om psykisk helsevern av 28. april nr. 2 1961.
- Løvdahl H og SE Lilleeng*  
1998 Pasienter og behandling i voksenpsykiatrien, I Halsteinli V. (Red.): Samdata psykiatri. Trondheim: SINTEF Unimed NIS-rapport 5/98.

Monahan J, Lidz CW, Hoge SK, Mulvey EP, Eisenberg MM, Roth LH, Gardner WP and N Bennett. Coercion in the provision of mental health services: The MacArthur Studies. In Morrissey J.P. and Monahan J. (Eds.), Research in Community and Mental Health. Coercion in mental health services - international perspectives, Stamford: JAI Press.

*Pedersen PB (red)*

2001 Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner. Trondheim: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning

*Riecher-Rössler A & W Rössler*

1993 Compulsory admission of psychiatric patients - an international comparison. Acta Psychiatrica Scandinavica 87, 231-236.

*Sosial- og helsedirektoratet*

2003 Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger. Rapport IS-1127.

*Statens helsetilsyn*

2002 Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder. Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002, ledet av fylkeslege Petter Øgar. Statens helsetilsyn, Oslo.

*St meld 25 (1996-97). Åpenhet og helhet.*

*St. prp 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.*