

SAMDATA

Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008

Per Bernhard Pedersen
(Red.)

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

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

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

3 Utviklingen i opptrappingsperioden 1999-2008

Per Bernhard Pedersen

3.1 Sammendrag

Tilbudet til barn og unge

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

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

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

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

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

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

Ressursinnsats og ressursfordeling innen det psykiske helsevernet for voksne

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

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

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

utgangspunktet var lavere) enn ved sykehusene. Den sterkere veksten skyldes ikke bare utflyttingen og utbyggingen av poliklinikkene, den har også kommet døgnavdelingene til gode. Døgnavdelinger utenfor sykehus har nå en like høy andel universitets- og høyskoleutdannet personell som sykehusavdelingene. Andel leger er imidlertid fortsatt betydelig lavere.

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

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

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

Behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne

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

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

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

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

3.2 Innledning

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

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

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

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

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

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

De distriktpsikiatriske sentrene skulle være

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

Det ble i planen lagt opp til en betydelig desentralisering av tjenestene for voksne. I følge planen skulle nivået på driftskostnadene til det psykiske helsevernet for voksne i løpet av perioden øke med 1,463 milliarder 1998-kroner (2,3 milliarder 2008-kroner), eller med ca. 14 prosent. Av dette skulle 550 millioner gå til styrking av døgnkapasiteten ved DPS-ene. I tillegg kom 450 millioner frigjort ved omgjøring/nedlegging av døgnplasser ved sykehjemmene. Ytterligere 268 millioner skulle settes av til flere dagopphold ved DPS-ene, 268 millioner skulle gå til å øke den polikliniske kapasiteten, mens 105 millioner skulle gå til flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer. Økningen i driftskostnadene ved sykehusene var avgrenset til 216 millioner, knyttet til plasser for personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Til tiltak for spesielle grupper var det satt av 56 millioner. Om vi holder de privatpraktiserende og tiltakene for spesielle grupper utenfor, skulle med andre ord 63 prosent av økningen gå til avdelingene ved DPS-ene, 17 prosent til sykehusavdelingene og 21 prosent til poliklinisk virksomhet.

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

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

I avsnitt 3.5 og 3.6 benytter vi tre institusjonskategorier: Sykehus, DPS og sykehjem/andre institusjoner. I DPS-ene har vi også tatt med frittstående poliklinikker. Sykehjem/andre institusjoner omfatter foruten sykehjemmene et fåtall ettervernshjem, alderspsykiatriske institusjoner mv.

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

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

Innledningsvis vil vi i avsnitt 3.3 kort kommentere datagrunnlaget.

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

3.3 Datagrunnlag

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

Som indikator på årsverksinnsatsen benytter vi altså punkttellinger ved utgangen av året, og ikke den faktiske personellinnsatsen i løpet av året. Dette kan ha betydning for produktivetsberegninger mv. i de tilfeller personellinnsatsen har endret seg i løpet av året.

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

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

midt på 1990-tallet (før Opptrappingsplanen trådte i kraft). Tallene er bare korrigert for perioden 2005 til 2008. I forbindelse med rusreformen er også enkelte avdelinger blitt overført til den spesialiserte rusomsorgen. Dette gjelder om lag 80 årsverk. Tallene i dette kapitlet er ikke korrigert for slike endringer.

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

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

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

Opplysninger om tallet på polikliniske konsultasjoner er fram til 2001 hentet fra de samleoppgavene institusjonene årlig sender SSB over refusjonsberettigede konsultasjoner. Fra og med statistikkåret 2002 er informasjon om konsultasjonene hentet fra pasientdata innsamlet av Norsk pasientregister, i de tilfeller disse ansees å ha tilfredsstillende kvalitet.

Det er knyttet statlige refusjoner til konsultasjonene. Oppgaver over de polikliniske konsultasjonene bør derfor ha rimelig høy kvalitet. Imidlertid ble det fra 2005 innført refusjon for aktiviteter det tidligere ikke var anledning til å kreve refusjon for (se NAV 2007: Rundskriv F01.12.2000 nr 1389). Dette kan i noen grad ha påvirket tallet på refusjonsberettigede konsultasjoner.

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

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

3.4 Utviklingen i det psykiske helsevernet for barn og unge

3.4.1 Innledning

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

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

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

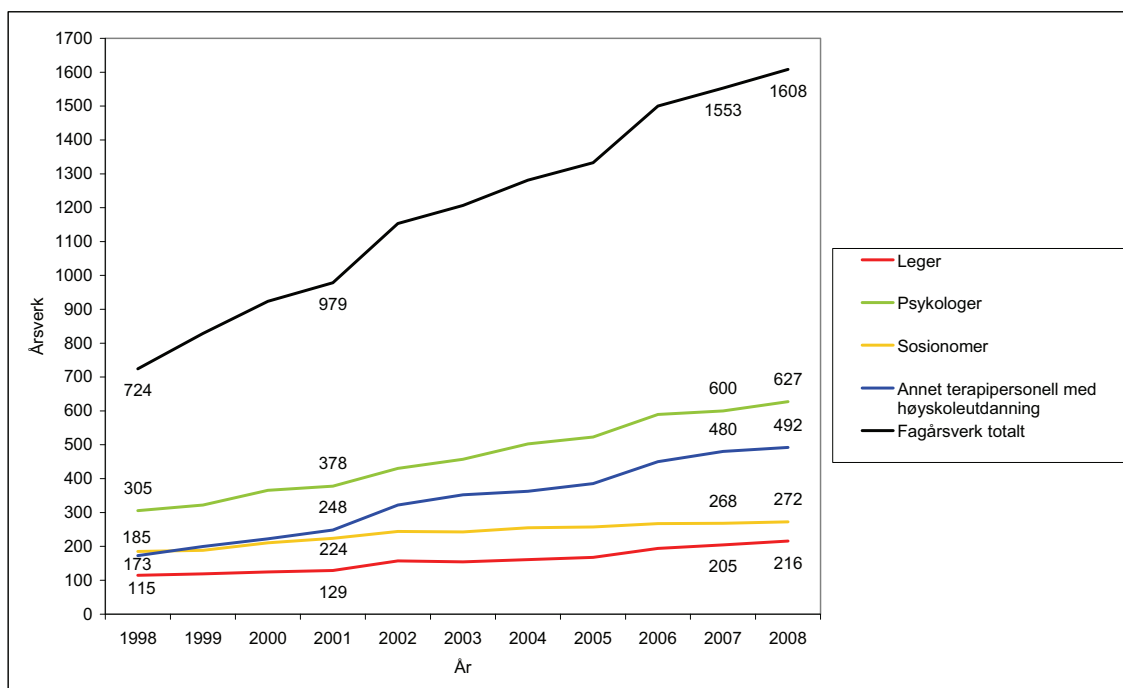
Noen av disse måltallene ble justert underveis. I Statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ble behovet for døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge nedjustert med 100 plasser, til totalt 400, dvs. om lag 100 flere enn ved planperiodens start. Begrunnelsen var at alternative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

3.4.2 Fagpersonell ved poliklinikkene

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

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

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



Datakilde: SSB

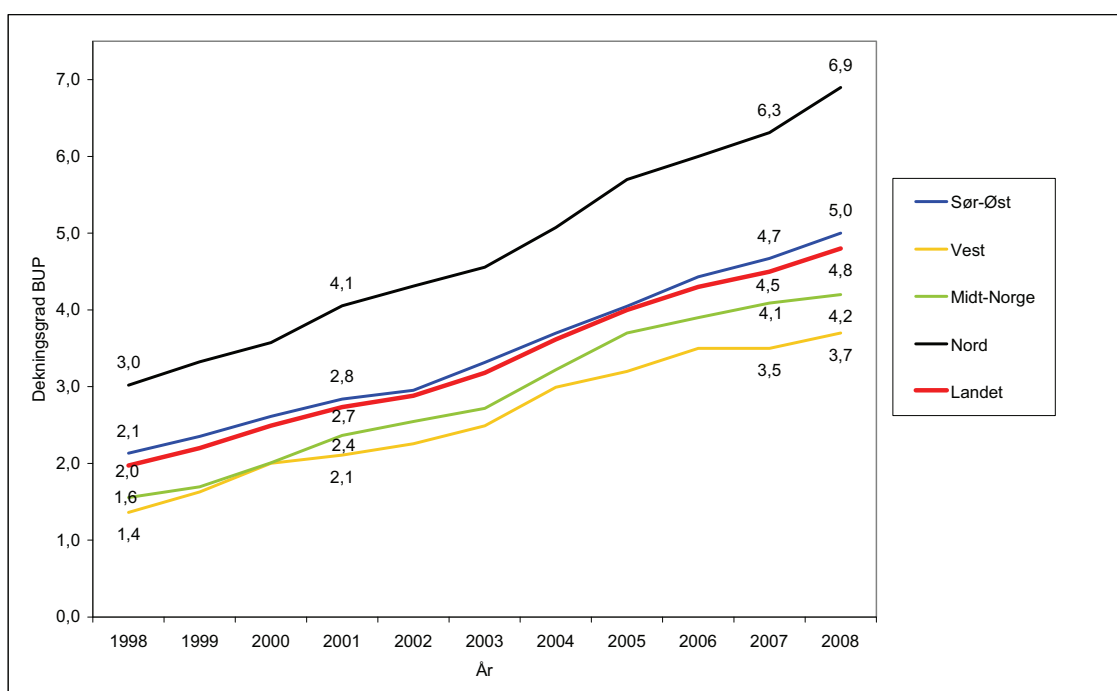
Figur 3.1 Polikliniske fagårsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Nasjonale tall. 1998-2008

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

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

3.4.3 Dekningsgrad

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



Datakilde: NPR

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

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

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

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

3.4.4 Produktiviteten ved poliklinikkene for barn og unge

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

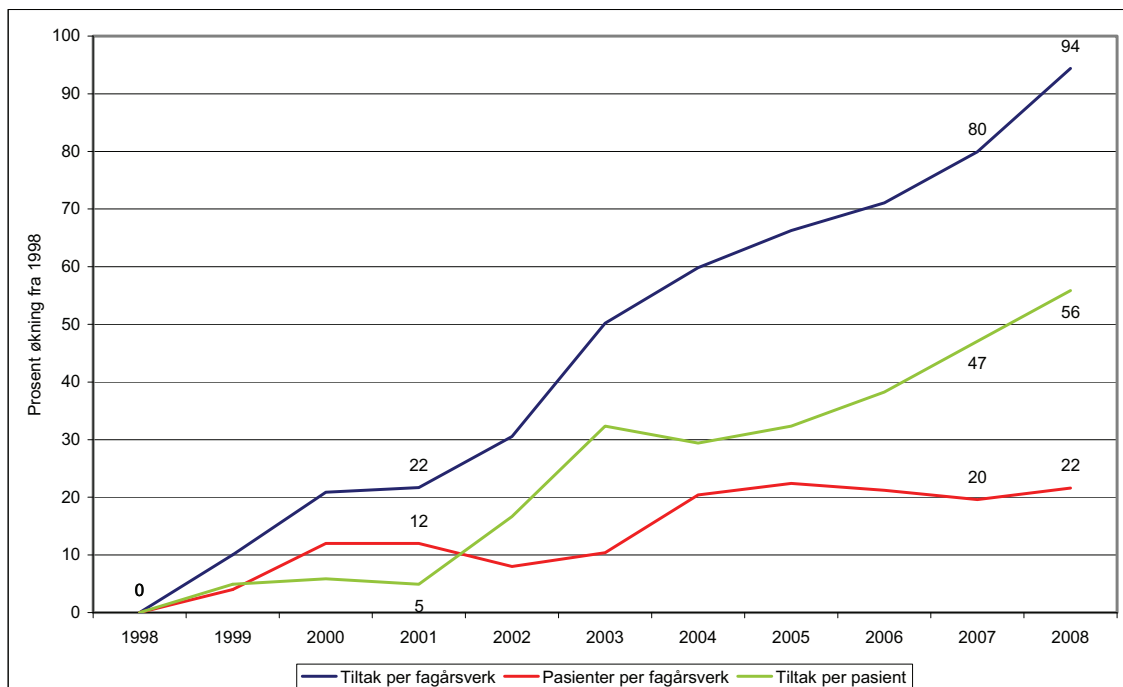
Tabell 3.1 viser utviklingen i antall tiltak per fagårsverk, tiltak per pasient og pasienter per fagårsverk. Figur 3.3 viser de prosentvise endringene siden 1998.

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

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

Datakilde: NPR, SSB og SINTEF

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



Datakilde: NPR

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

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

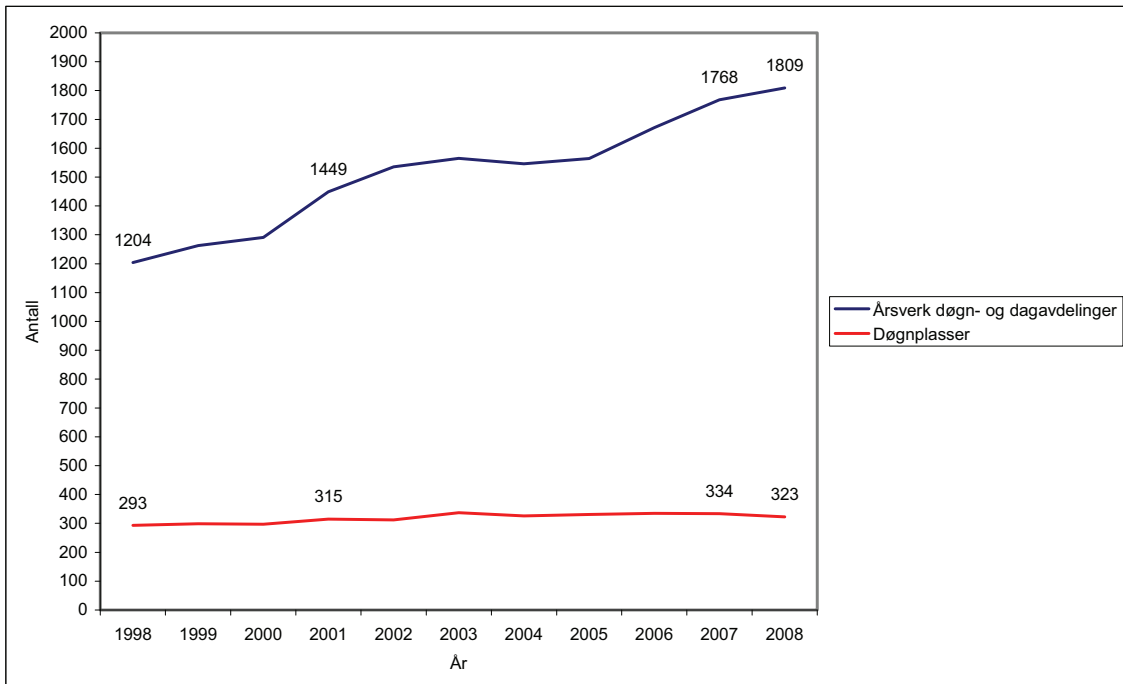
I et senere kapittel i denne rapporten (kapittel 8) er produktivitetutviklingen for poliklinikkene analysert med en alternativ metodisk tilnærming. Den ikke-parametriske metoden Data Envelopment Analysis (DEA) er brukt til å estimere produktivitetutviklingen basert på en modell med to inputvariabler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

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

3.4.5 Døgnplasser

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

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



Datakilde: SSB

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

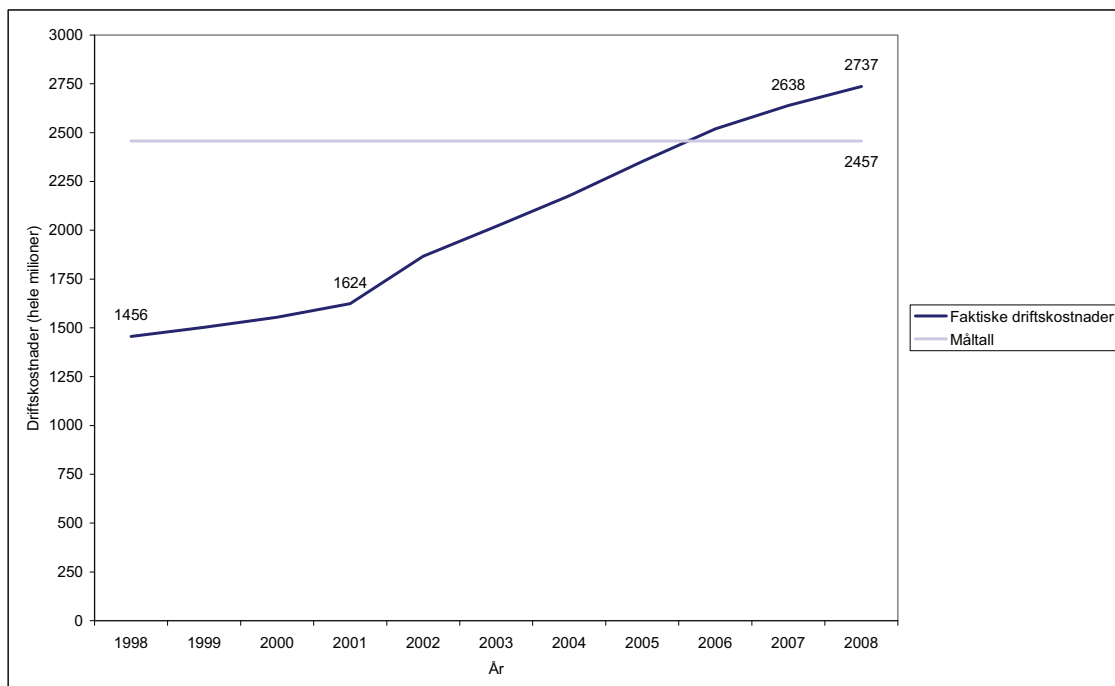
Veksten i døgnplasser har vært vesentlig lavere enn planlagt, og viser også en svak nedgang siste år. Ved planperiodens avslutning var det bare 30 flere plasser enn ved starten på opptrappingsperioden, en økning på ti prosent. Veksten har vært langt lavere enn forutsatt, også ut fra det reviderte plantallet.

Det kan være gode faglige og faglig-politiske grunner for dette. Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det i årene etter at Opptrappingsplanen ble lagt fram skjedd en faglig utvikling med flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. Det er på denne bakgrunn Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet for 2005 nedjusterte behovet for døgnplasser for barn og unge. De opprinnelige måltallene for døgnplasser anses altså ikke lenger som like relevante.

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

3.4.6 Driftskostnader

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



Datakilde: SSB og SINTEF

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

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

3.4.7 Har ressursøkningen gått dit den skulle?

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

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

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

3.5.1 Utviklingen i døgnplasskapasiteten

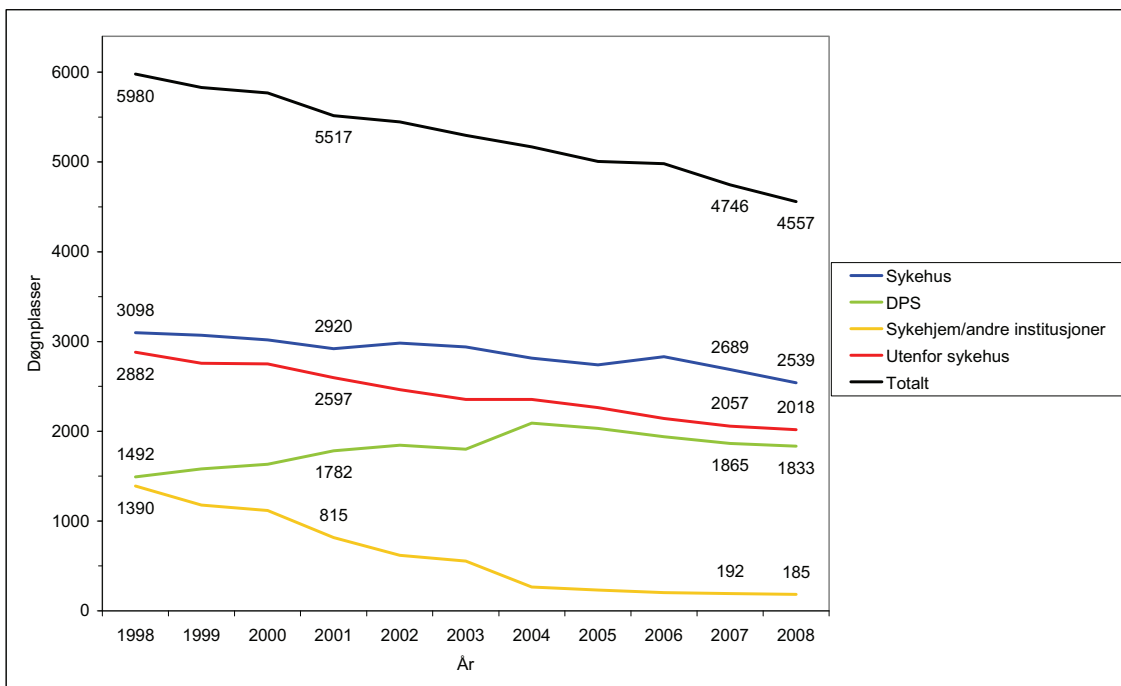
Tallet på døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne nådde sitt maksimum i 1973, med totalt 13 763 plasser. Fram til 1998 var plasstallet mer enn halvert, til 5 980 plasser (Pedersen 1999).

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

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

Dette innebærer minimum 3 300 døgnplasser utenfor sykehusene ved utgangen av opptrappingsperioden.

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



Datakilde: SSB

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

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

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

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

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

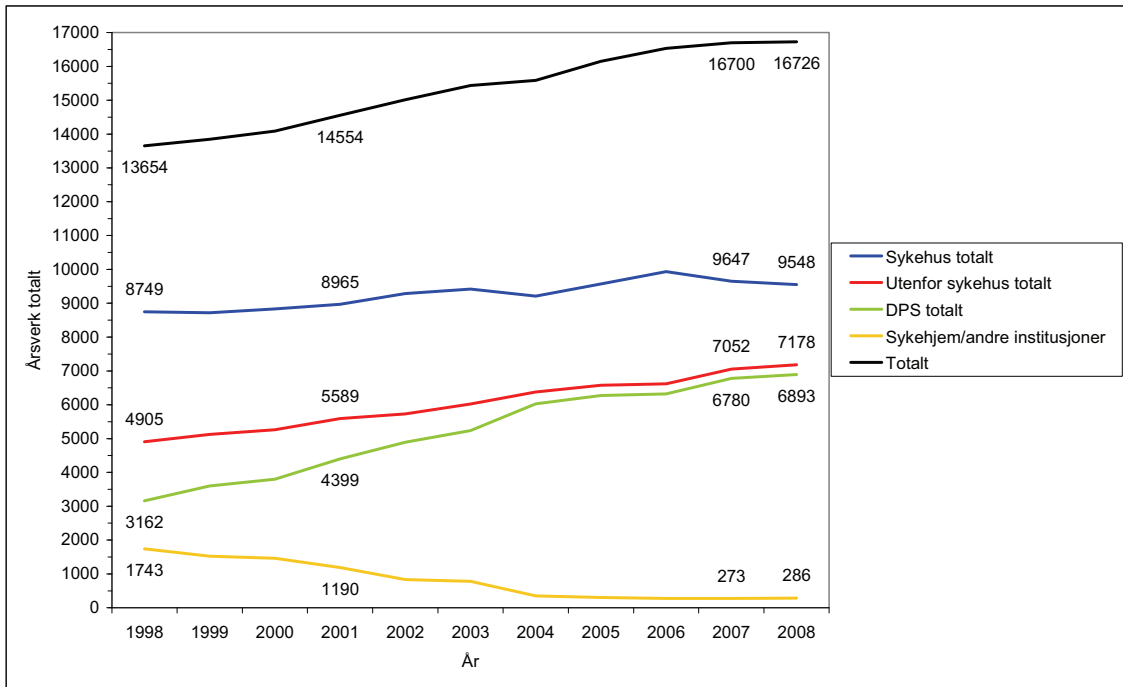
Nedgangen i det samlede plasstallet kan dermed først og fremst tilskrives en langt kraftigere nedbygging av sykehjem/andre institusjoner enn forutsatt i Opptrappingsplanen. Sykehjemmene var ved utgangen av planperioden på det nærmeste avvirket. Plasstallet var totalt 185 plasser ved sykehjem og andre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

I hvilken grad vi har fått en desentralisering av døgnplassene avhenger dermed av perspektivet. Ser vi på plassene ved DPS-ene isolert har disse økt sin andel av plasstallet fra 25 til 40 prosent, og vi har slik sett både absolutt og relativt fått en desentralisering av plassene. Sykehjemmene betjente imidlertid også i varierende grad befolkningen i det området de var plassert. Hvis vi ser desentralisering ut fra forholdet mellom sykehus og øvrige institusjoner blir konklusjonen dermed den motsatte: sykehusene har økt sin andel av plasstallet fra 52 til 56 prosent, og 61 prosent av nedgangen i plasstallet har kommet utenfor sykehusene. Det har i perioden vært en betydelig utbygging av bo- og omsorgstilbud i kommunene, og mange av de tidligere sykehjemspasientene har fått et tilbud her. Om også dette inkluderer kan resultatet likevel være at vi har fått en desentralisering av tilbudet, på tross av at tallet på sykehjems plasser har gått kraftigere ned enn økningen i plasstallet ved DPS-ene.

3.5.2 Utviklingen i samlet personellinnsats og -fordeling

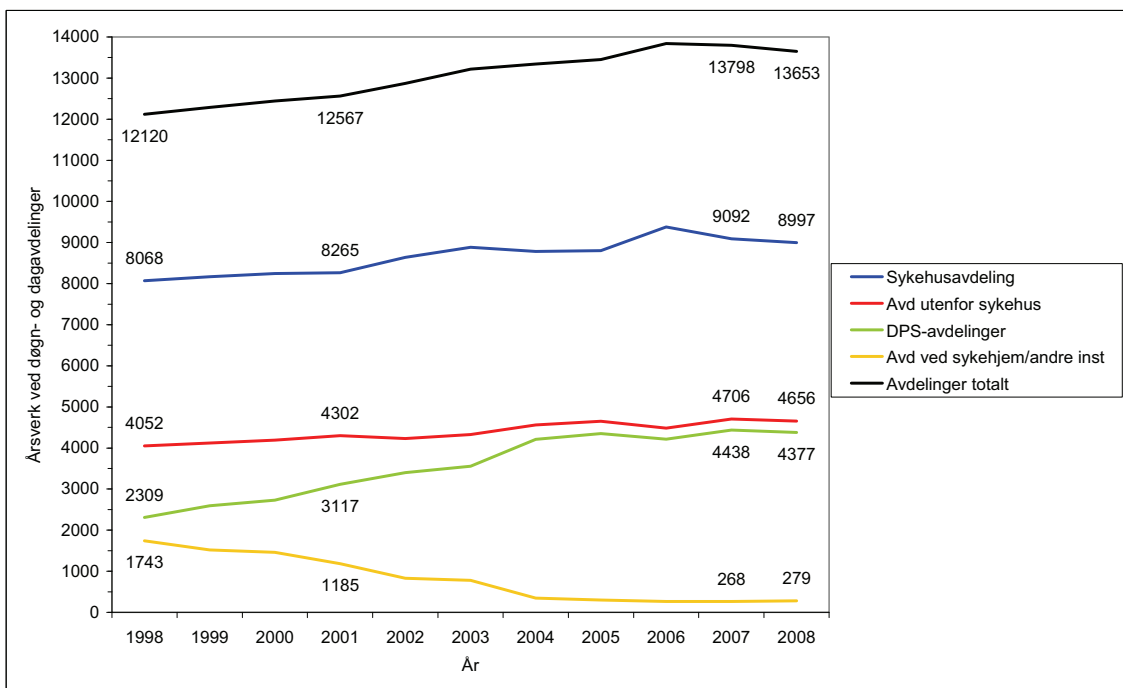
I følge Opptrappingsplanen skulle personellinnsatsen i det psykiske helsevernet for voksne øke med 2 300 årsverk i løpet av opptrappingsperioden. Veksten skulle særlig gå til utbyggingen av den polikliniske kapasiteten, og til styrking av personellfaktoren ved DPS-enes døgn- og dagavdelinger. Utviklingen er illustrert i figur 3.7.-3.9. Figur 3.7 viser utviklingen i samlet personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Figur 3.8 viser den tilsvarende utviklingen for personell knyttet opp mot døgn- og dagavdelinger. Ettersom utbyggingen av DPS delvis skulle finansieres gjennom nedleggelse og/eller konvertering av sykehjem til DPS-avdelinger, har vi i tillegg lagt inn egne linjer for sum institusjoner utenfor sykehus (DPS pluss sykehjem/andre institusjoner).

Utviklingen ved poliklinikkene er vist i figur 3.9. Omfanget av poliklinisk virksomhet ved sykehjem/andre institusjoner har vært ubetydelig, og er derfor utelatt fra figuren.



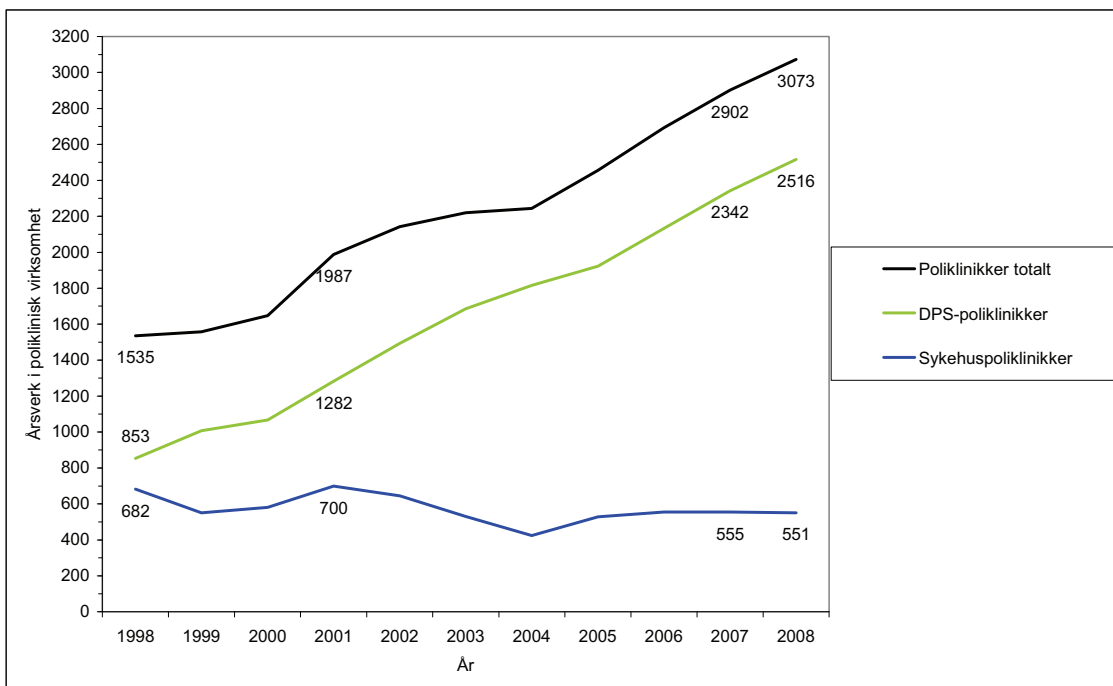
Datakilde: SSB

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



Datakilde: SSB

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



Datakilde: SSB

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

De viktigste resultatene er:

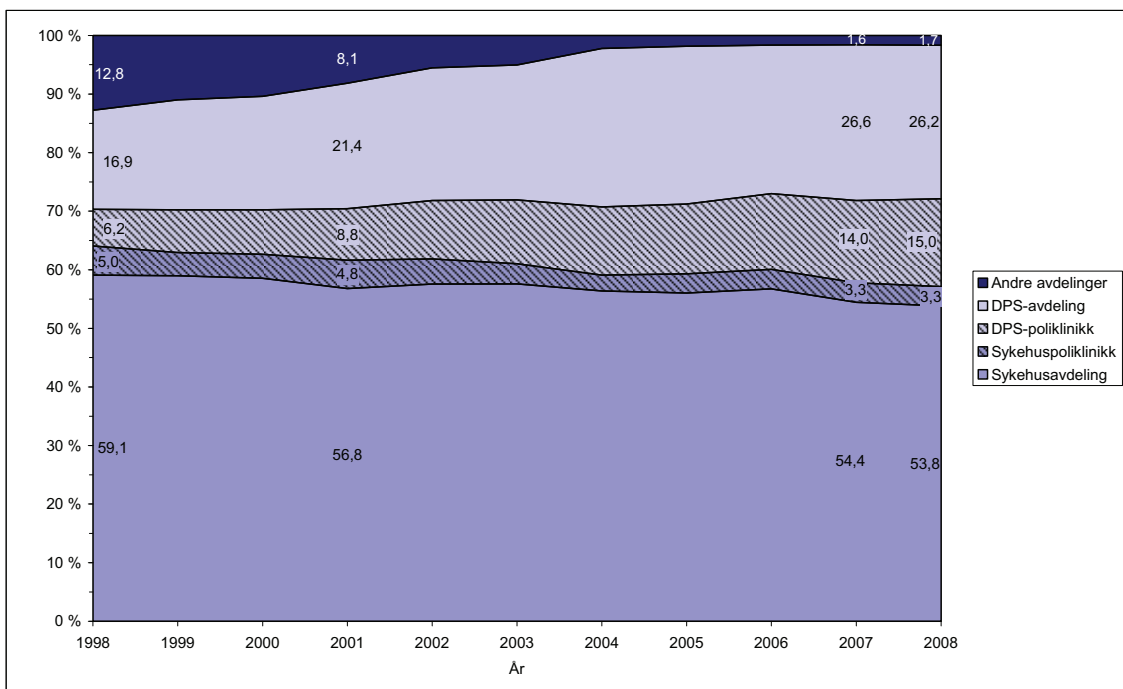
- I følge Opptappingsplanen skulle årsverksinnsatsen øke med totalt 2 300 årsverk i løpet av perioden. Ved utgangen av planperioden var økningen totalt 3 072 årsverk. Det har i løpet av perioden vært foretatt enkelte endringer i registreringspraksis. Dette har anslagsvis gitt en netto økning på 160 registrerte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

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

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

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

Vi har hittil konsentrert oss om tilveksten for de enkelte institusjonstyper og driftsformer. Vi vil nå undersøke de fordelingsmessige konsekvensene, i hvilken grad vi har fått en desentralisering av tjenesten. Dette er illustrert i figur 3.9 som viser den prosentvise fordelingen av personellinnsatsen mellom institusjonstyper og tjenester. Poliklinisk virksomhet ved sykehjem/andre institusjoner har gjennom hele perioden vært ubetydelig (synkende fra 0,4 prosent til 0,0 prosent), og er derfor utelatt fra figuren.



Datakilde: SSB

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

DPS-ene har økt sin andel av personellet fra 23,2 prosent i 1998 til 41,2 prosent ved utgangen av planperioden. Andelen personell utenfor sykehus har økt fra 35,9 prosent i 1998 til 43,0 prosent i 2008. Økningen her har i sin helhet kommet ved poliklinikkene. Andel personell ved avdelinger utenfor sykehus gikk ned fra 29,7 prosent i 1998 til 27,9 prosent i 2008. Sykehusavdelingene har tilsvarende redusert sin andel av personellet fra 59,1 prosent i 1998 til 53,8 prosent i 2008. Poliklinikkene har økt sin andel av personellet fra 11,2 prosent i 1998 til 18,3 prosent i 2008. Økningen har særlig kommet ved DPS-ene.

Om vi ser på tallene for DPS-ene isolert, har det altså vært en kraftig desentralisering av personellressursene. DPS-enes andel har samlet sett økt kraftig. Imidlertid betjente også sykehjemmene – om enn i varierende grad – lokalområdet. Avdelingene ved sykehjemmene har hatt en kraftigere nedgang i andelen av personellet enn økningen ved DPS-avdelingene.

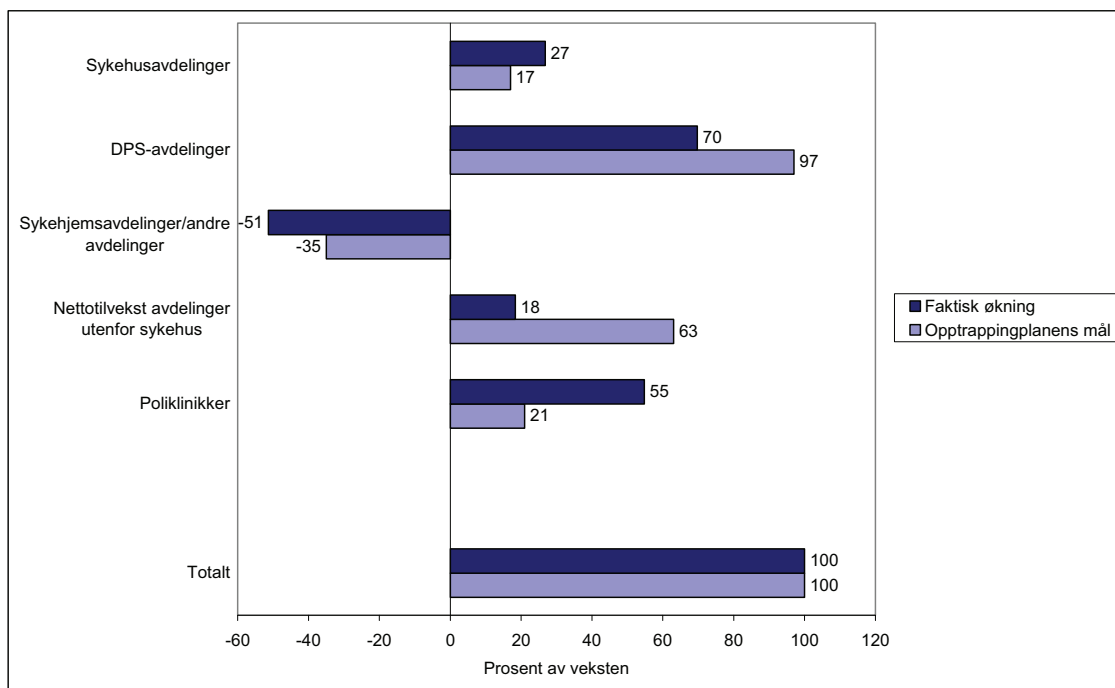
Økt grad av desentralisering skyldes dermed særlig utbyggingen av poliklinikkene, og at denne utbyggingen har kommet ved DPS-ene.

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

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

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

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



Datakilde: SSB

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

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

3.5.4 Personelløkning i behandlergruppene

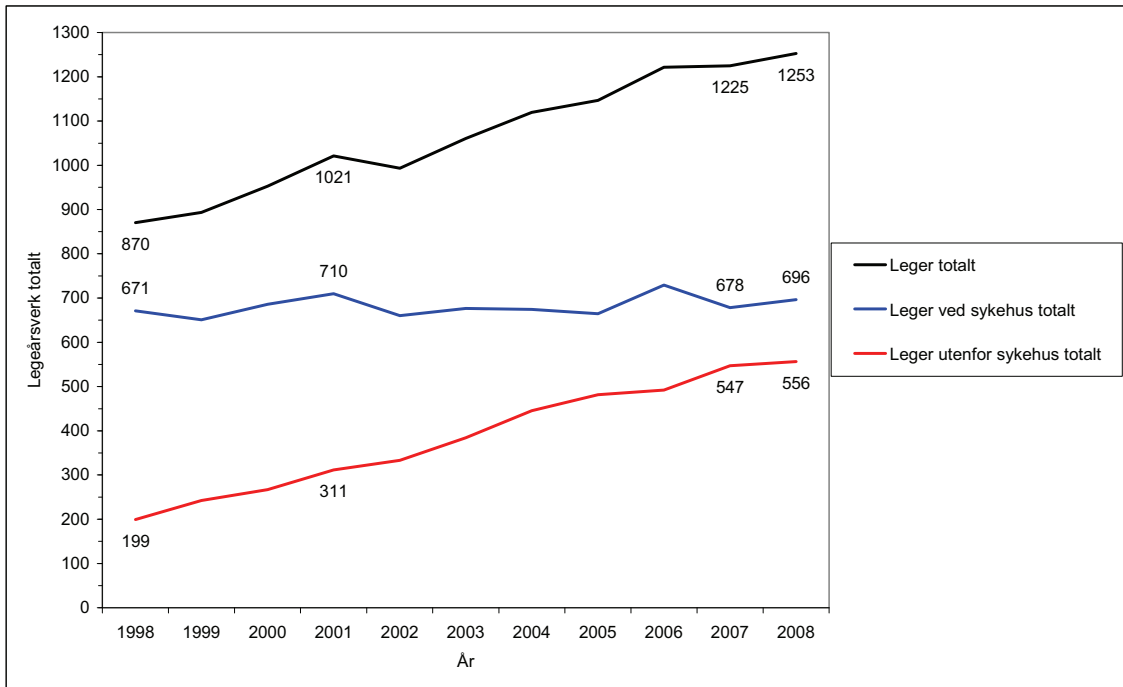
I følge Opptrappingsplanen skulle universitets- eller høyskoleutdannet personell utgjøre 72 prosent av økningen i årsverksinnsatsen på 2 300 årsverk. Dette tilsvarer 1 656 årsverk for utdanningsgruppene. Disse omfatter leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer,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

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

Legeårsverk

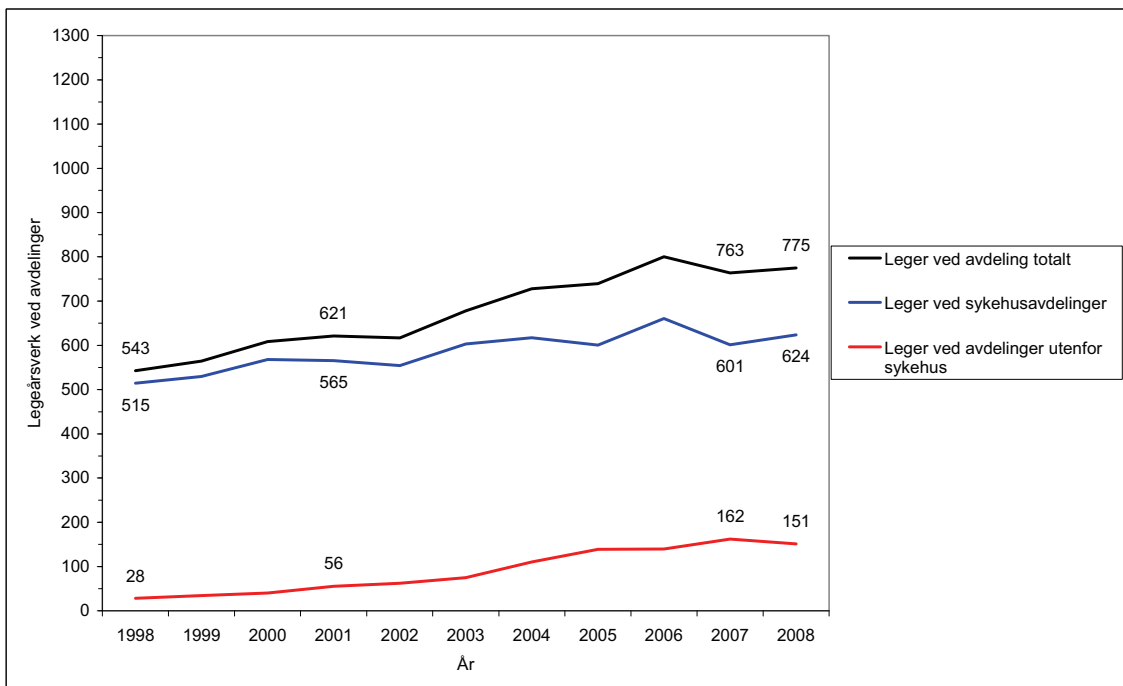
Vi vil først se på legegruppen. Utviklingen er vist i figur 3.12-3.14 for hhv. leger totalt, leger ved døgn- og dagavdelinger og leger ved poliklinikkene. I alle tilfeller fordelte på sykehus kontra øvrige institusjoner. Innslaget av leger ved sykehjem/andre institusjoner er ubetydelig. Tallene for leger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

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



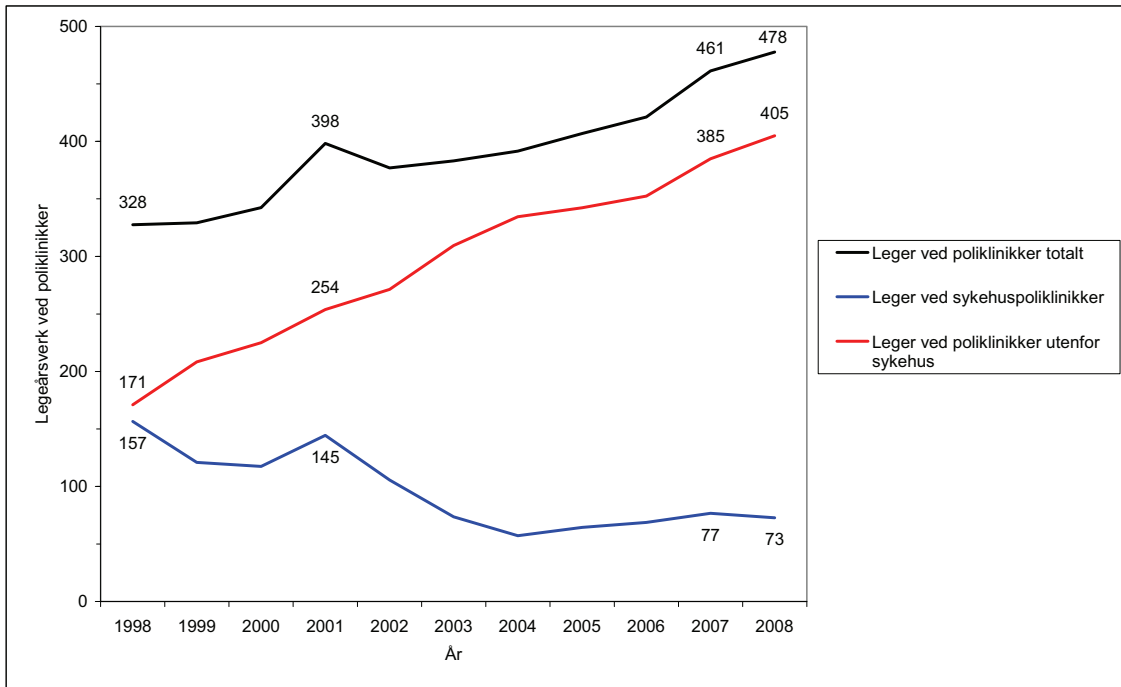
Datakilde: SSB

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



Datakilde: SSB

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



Datakilde: SSB

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

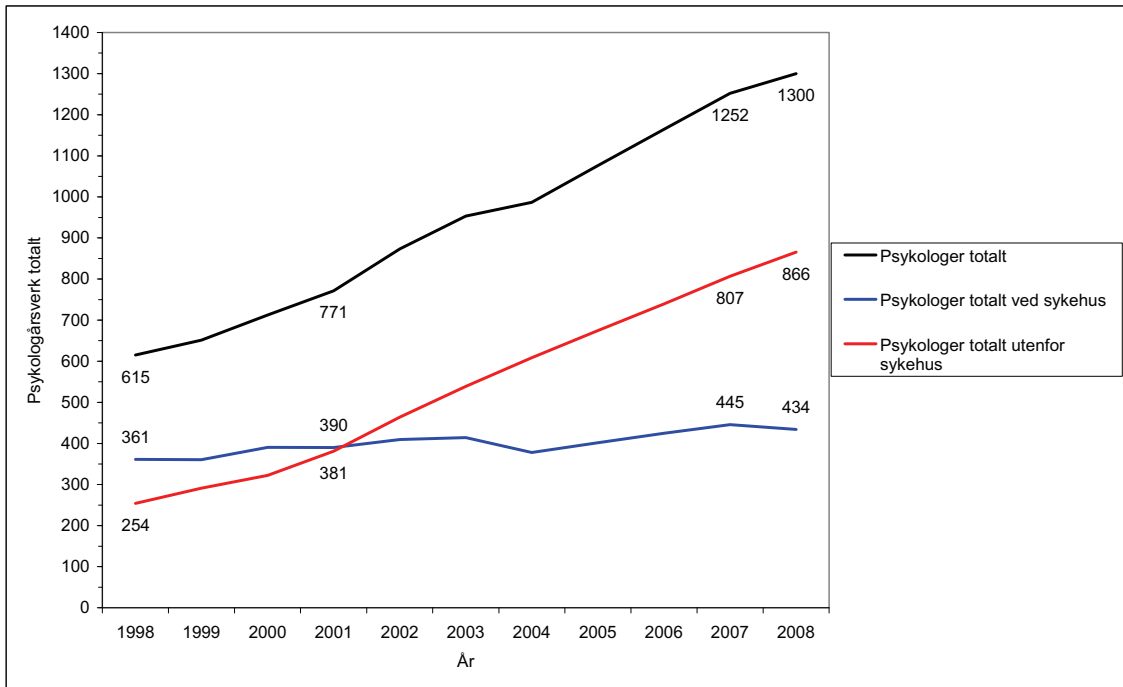
Det samlede antall legeårsverk i det psykiske helsevernet for voksne har i løpet av opptrappingsperioden økt med 383, eller 44 prosent, fra 870 i 1998 til 1 253 i 2008. Av den samlede tilveksten har 109 årsverk, eller 28 prosent gått til sykehusavdelingene. Avdelingene utenfor sykehus har hatt en økning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

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

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

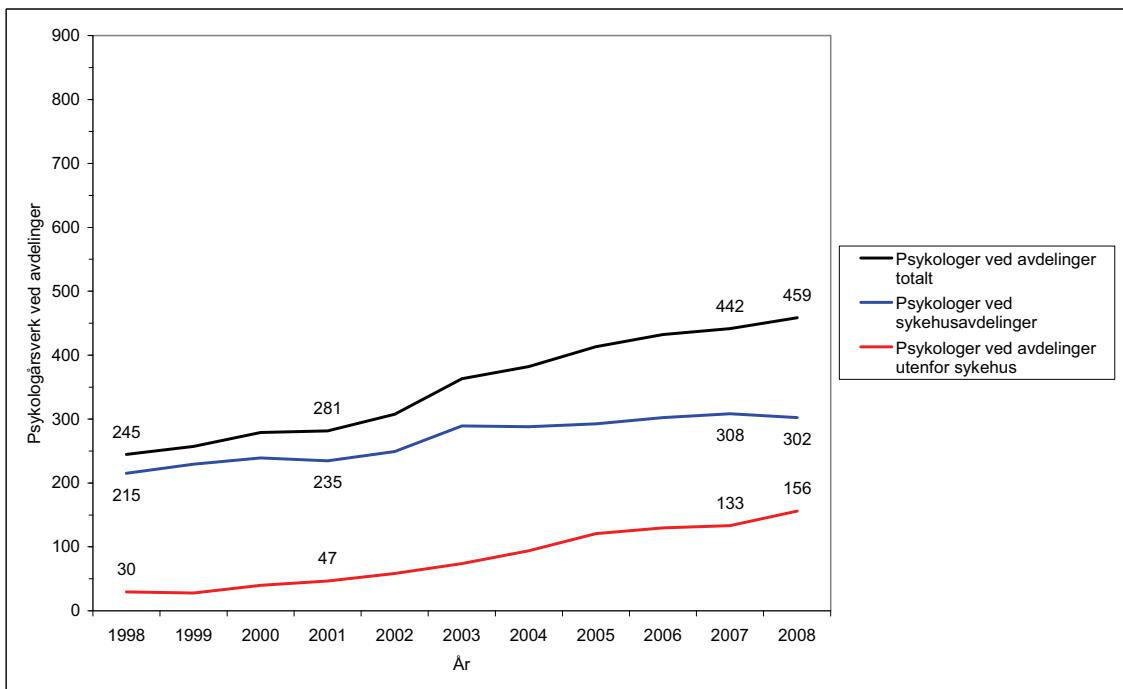
Psykologårsverk

Figur 3.15-3.17 gir en oversikt over fordelingen av psykologårsverkene mellom ulike institusjonstyper og driftsformer over perioden 1998-2008. Figur 3.15 viser psykologårsverk totalt, figur 3.16 ved døgn- og dagavdelinger og figur 3.17 ved poliklinikk. Bare et fåtall psykologer har vært ansatt ved sykehjem/andre institusjoner. Tall for psykologer utenfor sykehus er dermed tilnærmet identisk med tallene for DPS, og disse er derfor utelatt fra figuren.



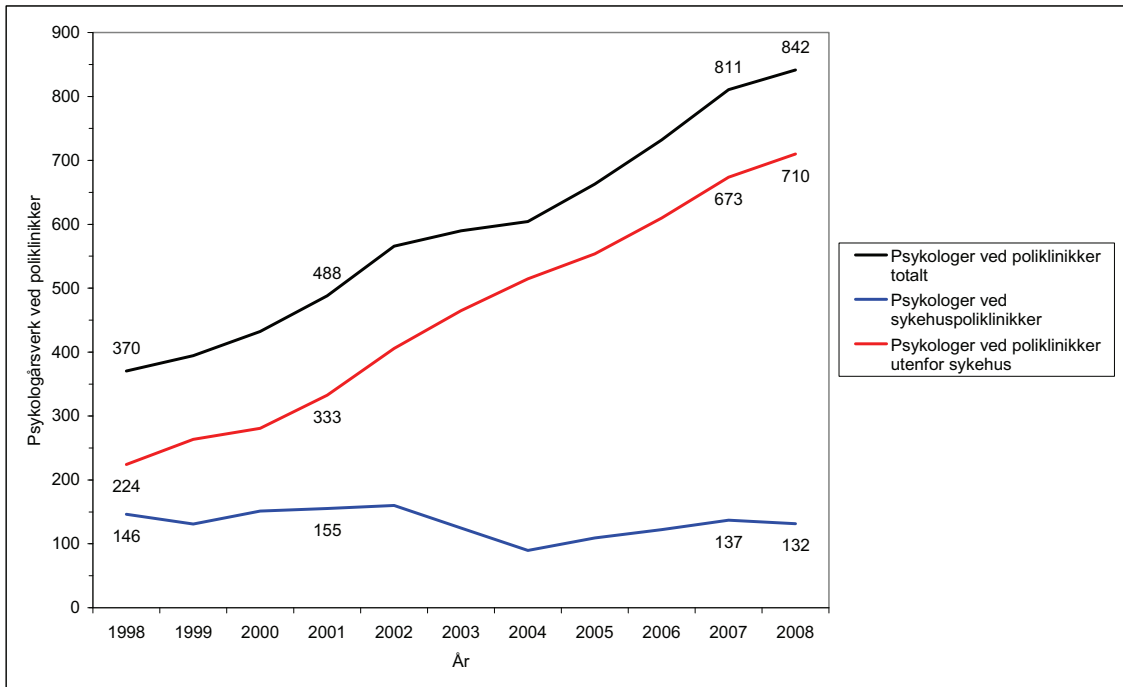
Datakilde: SSB

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



Datakilde: SSB

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



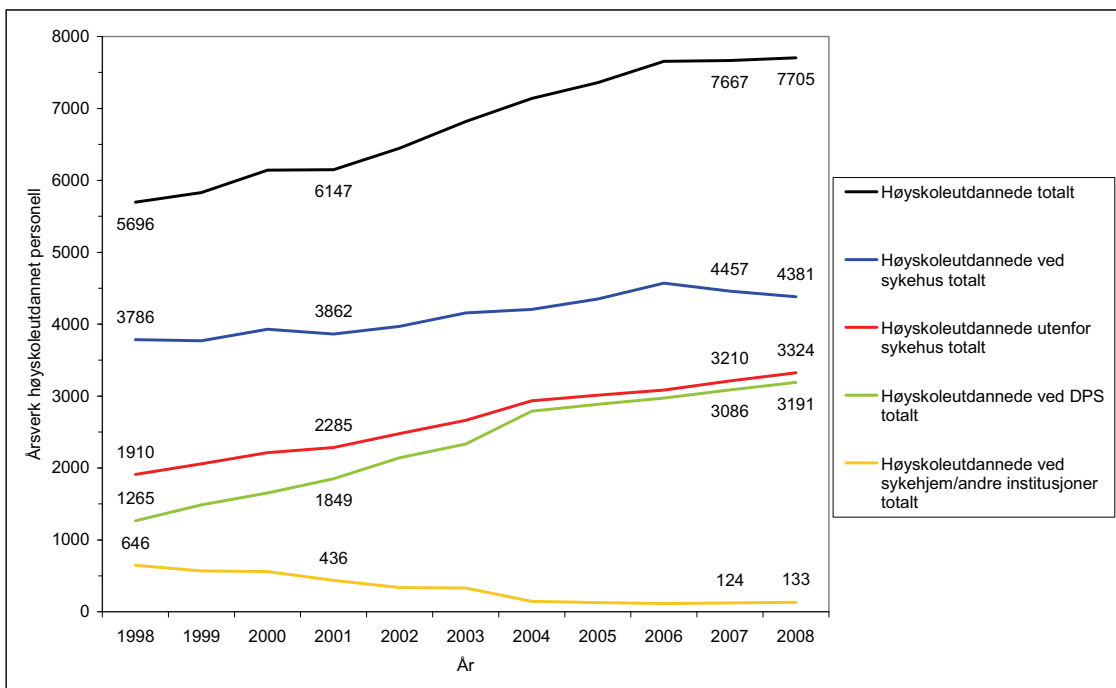
Datakilde: SSB

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

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

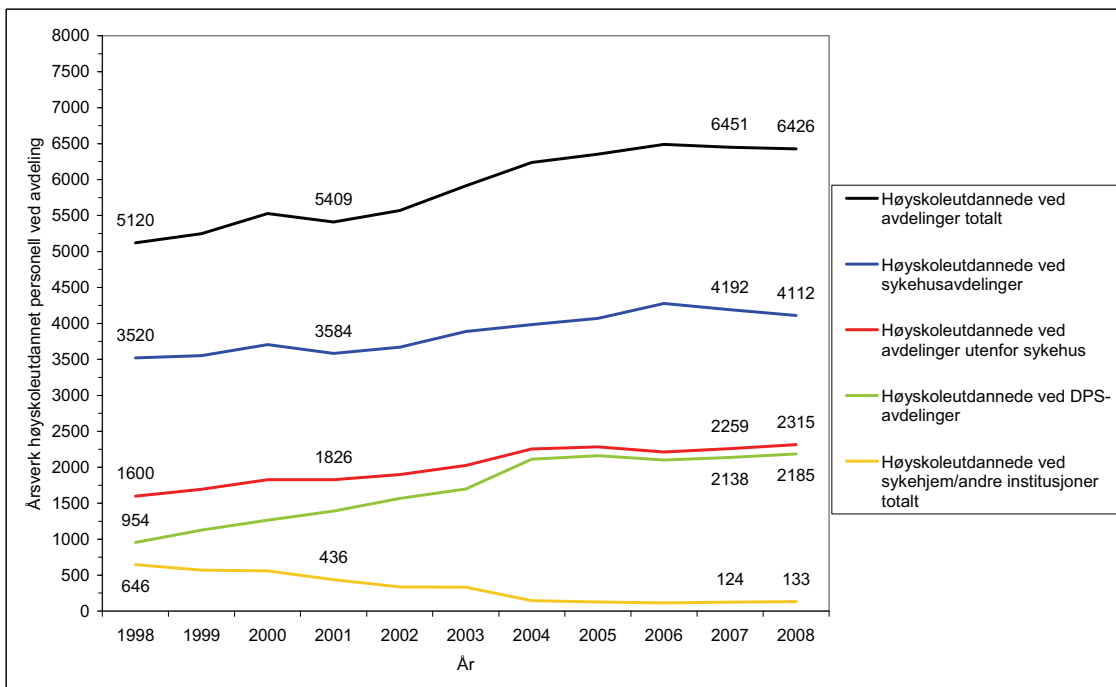
Høyskoleutdannet personell

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



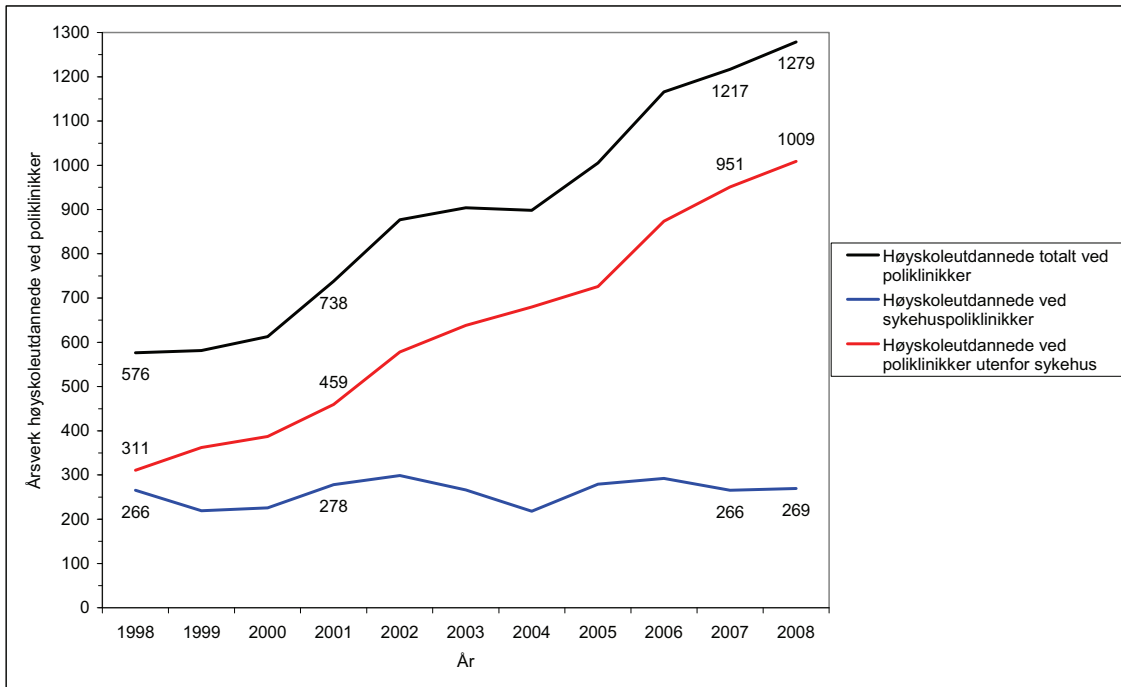
Datakilde: SSB

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



Datakilde: SSB

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



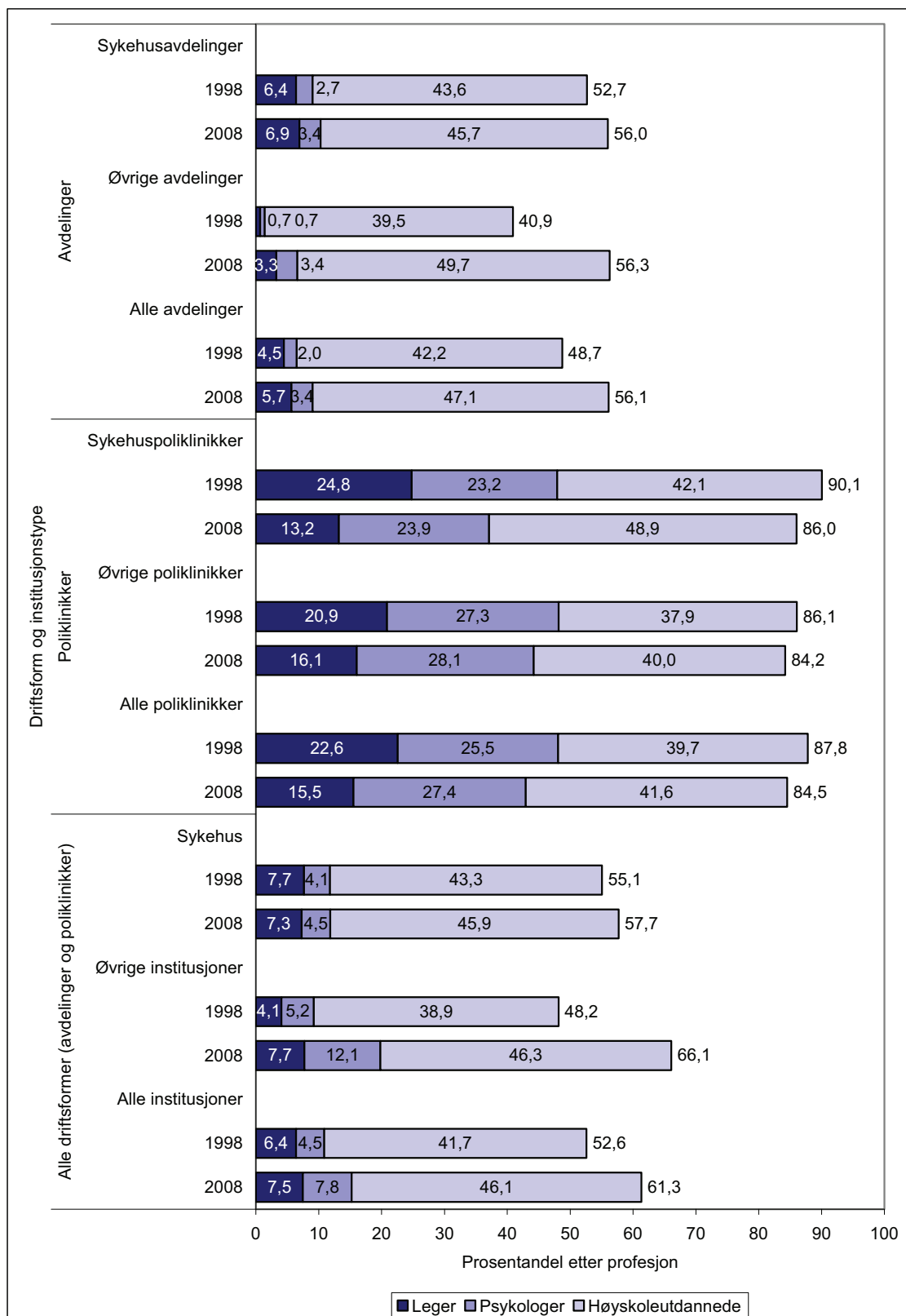
Datakilde: SSB

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

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

3.5.5 Andel personell med universitets- og høyskoleutdanning

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



Datakilde: SSB

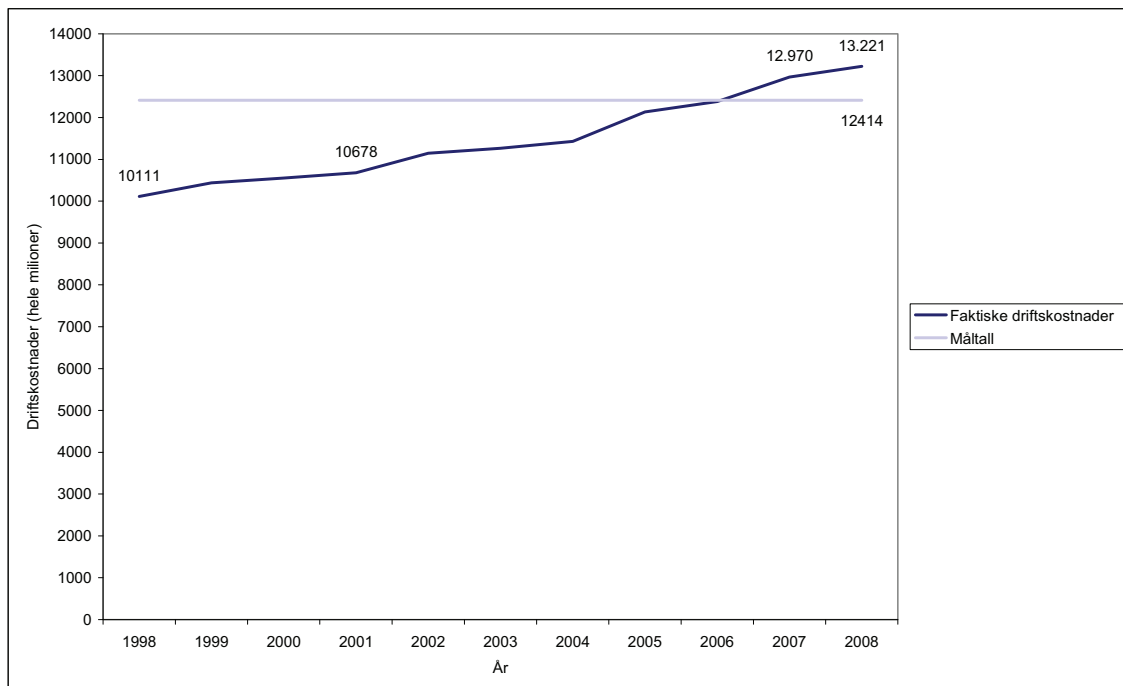
Figur 3.21 Prosentandel årsverk utført av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell etter driftsform og institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2008

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

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

3.5.6 Driftskostnader

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



Datakilde: SSB og SINTEF

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

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

3.6 Utvikling i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne

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

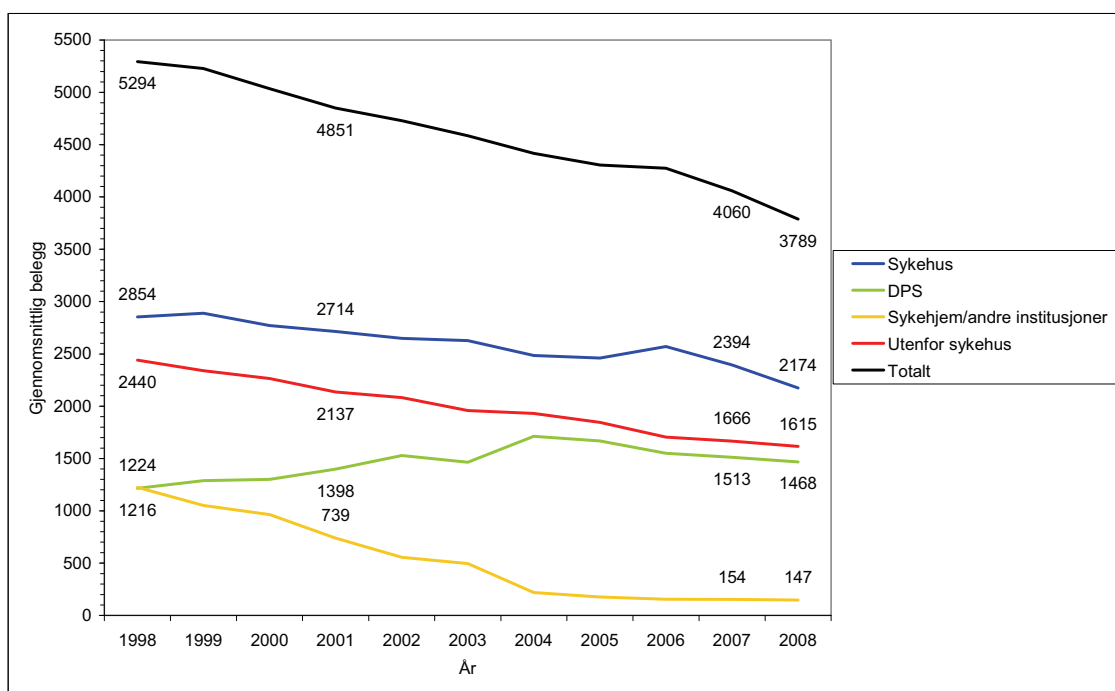
3.6.1 Gjennomsnittlig belegg

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

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

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

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



Datakilde: NPR og SSB

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

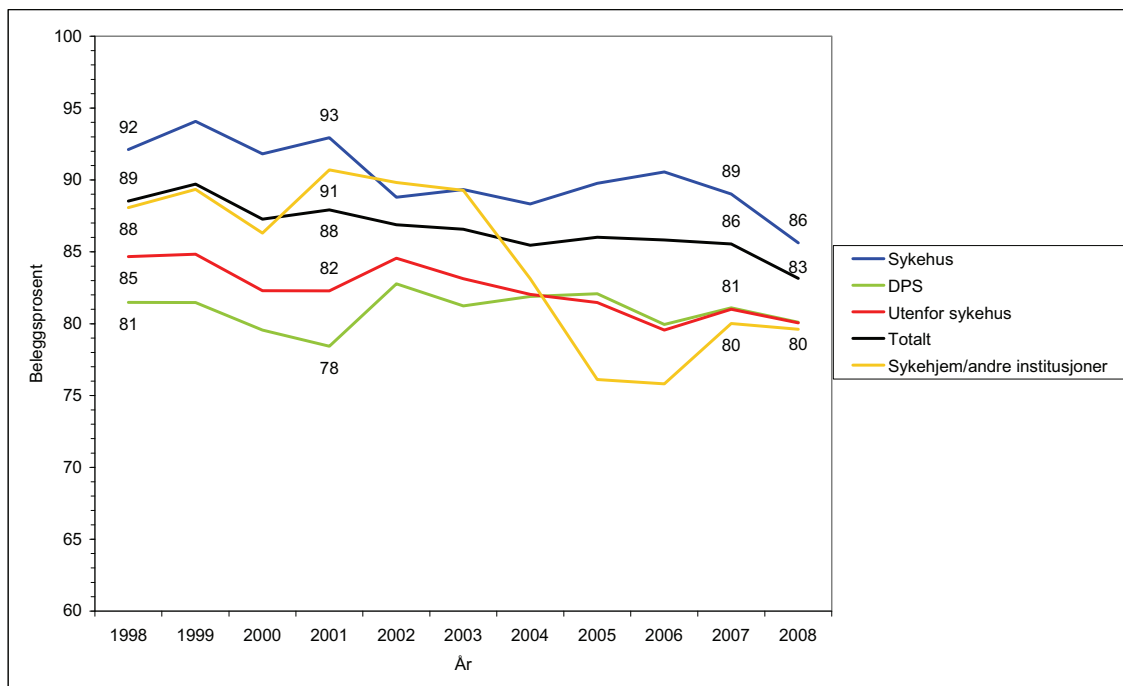
Resultatene er langt på vei de samme som vi fant for døgnplassene – pasientbelegget har sunket gjennom hele perioden. Fra 1998 til 2008 gikk gjennomsnittsbelegget ned fra 5 294

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

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

3.6.2 Beleggsprosent

Som vi så i avsnitt 3.5.1 har nedgangen i tallet på døgnplasser fortsatt under opptrappingsperioden. En kan i prinsippet tenke seg at dette har gitt økt press på gjenværende plasser, og i neste omgang ført til tidligere utskrivninger. Dette burde i så fall slå ut i økt beleggsprosent (oppholdsdøgn/(døgnplasser*365)). Utviklingen er framstilt grafisk i figur 3.24.



Datakilde: NPR og SSB

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

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

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

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

Langtidsinstitusjoner uten akutfunksjoner vil i prinsippet kunne ha en beleggsprosent nært opp mot 100. Økt pasientgjennomstrømning (kortere opphold) vil nødvendigvis føre til noe lavere beleggsprosent i forbindelse med skifte av pasienter. Institusjoner som ivaretar akutfunksjoner/øyeblikkelig hjelp-funksjoner må i tillegg ha plasser i beredskap, og bør derfor ha noe lavere beleggsprosent. Med økt gjennomstrømning og økt omfang av akutfunksjoner ved DPS-ene er det naturlig at beleggsprosenten ved institusjoner utenfor sykehusene har gått noe ned. En beleggsprosent rundt 80 antyder imidlertid samtidig at press på døgnplassene ikke kan forklare den nedgangen i varigheten av oppholdene som har funnet sted (se nedenfor).

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

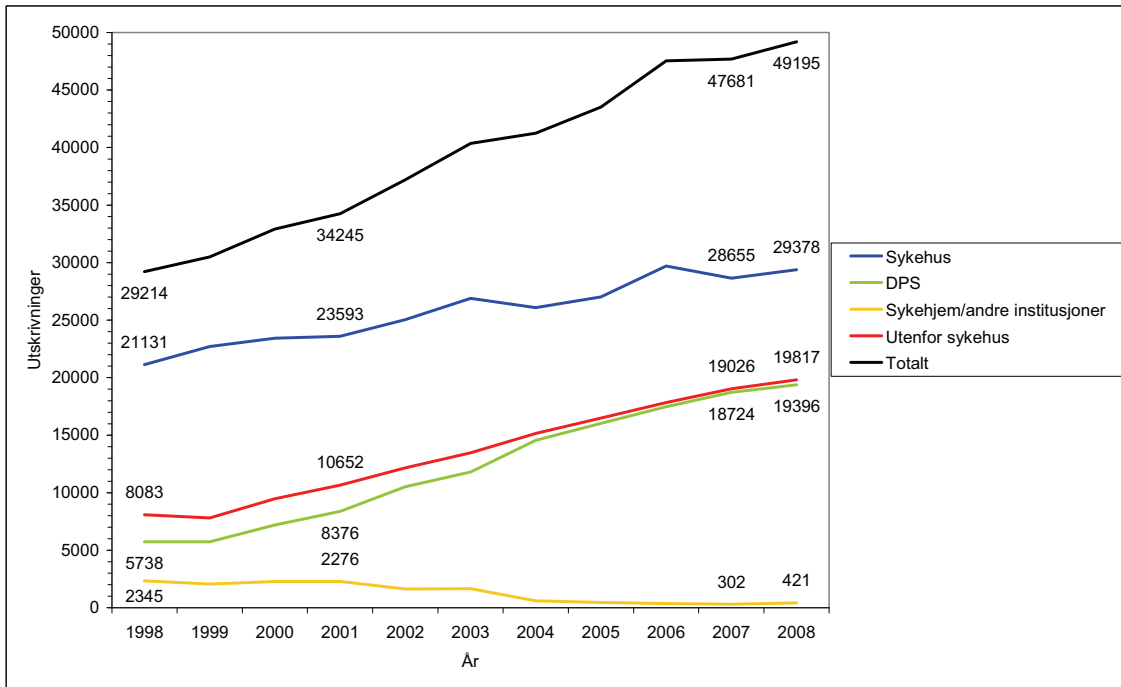
Det kan med andre ord se ut for at presset har vært sterkere på sykehusplassene enn på plassene utenfor sykehusene, til tross for at plasstallet ved institusjonene utenfor sykehus har blitt vesentlig kraftigere redusert enn plasstallet ved sykehusene. Presset på sykehusplassene har imidlertid blitt redusert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

3.6.3 Utskrivninger fra døgnopphold

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

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

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



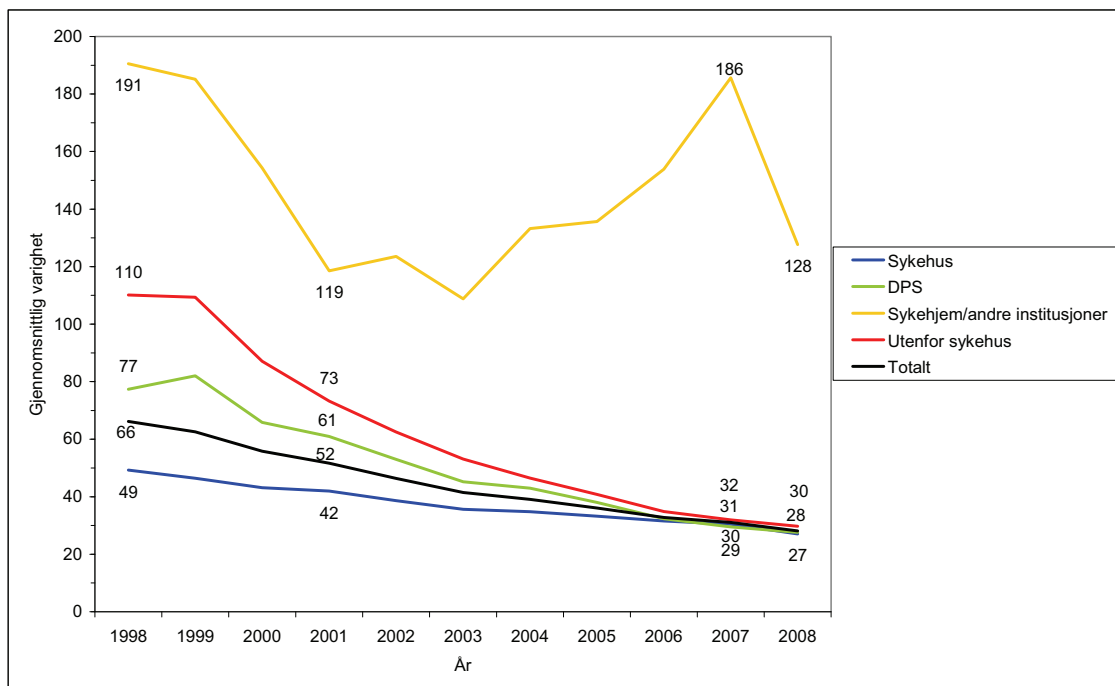
Datakilde: NPR og SSB

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

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

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

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



Datakilde: NPR og SSB

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

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

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

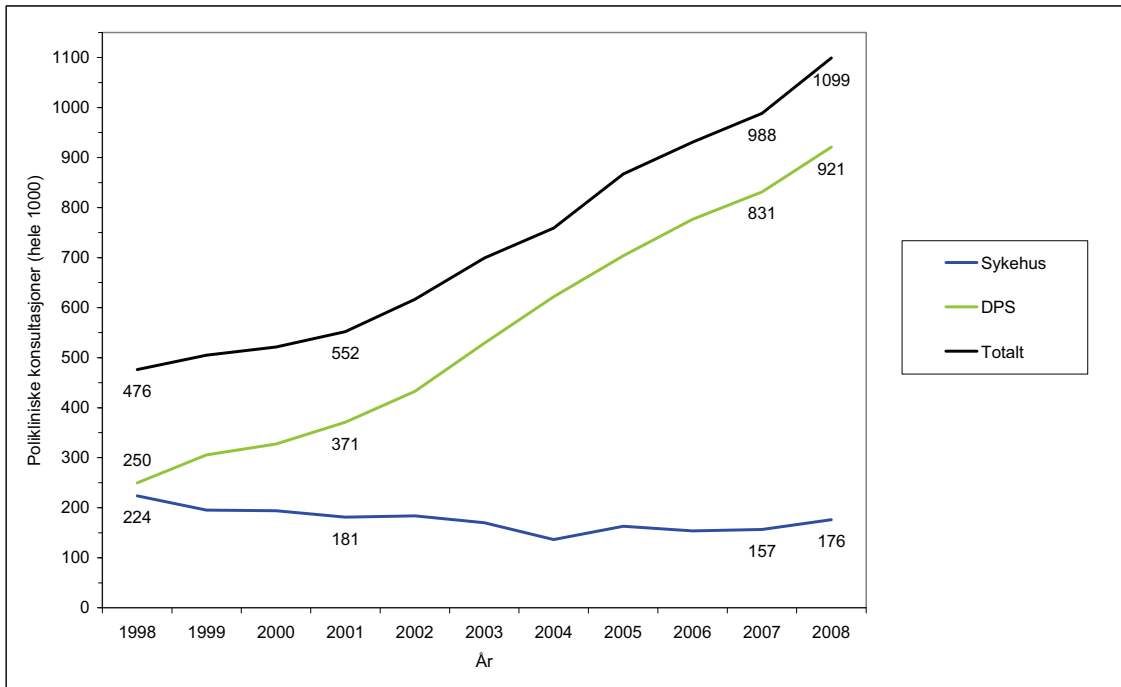
Sykehjemmene viser en avvikende utvikling fra 2003 og utover. Dette må sees på bakgrunn av at institusjonstypen nå på det nærmeste er avviklet.

3.6.4 Polikliniske konsultasjoner

I følge Opptrappingsplanen skulle antall polikliniske konsultasjoner øke med 50 prosent i forhold til nivået i 1996. Dette tilsa ca. 660 000 konsultasjoner ved utgangen av perioden⁷. Veksten skulle dels komme gjennom økt tilførsel av personell, dels gjennom en 50 prosent økning i antall konsultasjoner per fagårsverk.

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

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



Datakilde: NPR og SSB

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

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

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

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

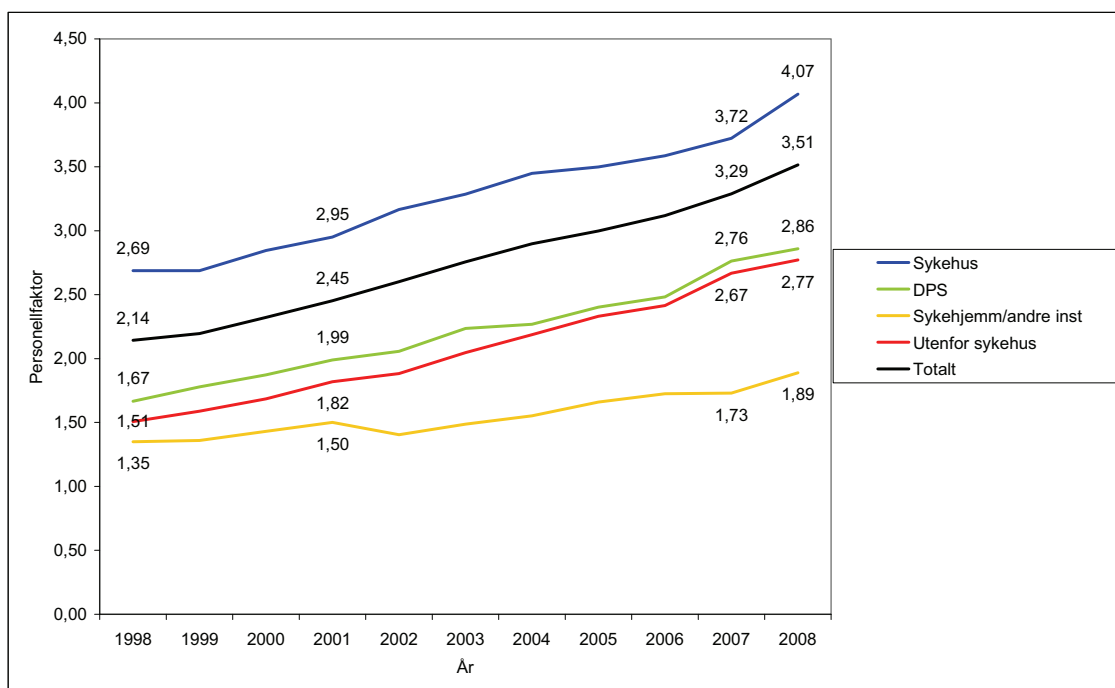
Utviklingen etter 2004 kan i noen grad også være påvirket av endringer i takstsystemet for poliklinikkene (se NAV (2007): Rundskriv F01.12.2000 nr. 1389). Måltallet var imidlertid oppnådd før dette og veksten har uansett vært langt kraftigere enn planlagt.

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

3.6.5 Personellfaktor ved døgnavdelingene

I følge Opptrappingsplanen var det et sentralt mål å etablere til sammen 2 040 døgnplasser for aktiv behandling utenfor sykehus. En betydelig andel (om lag 2/3 av ressursøkningen, se avsnitt 3.5.3) skulle gå til dette formålet. For sykehusene var det ikke spesifisert noen økning i personellfaktoren (ut over det som måtte følge av etableringen av plasser for personer som var dømt til psykisk helsevern).

Vi vil i dette avsnittet undersøke hvordan personellfaktoren (her målt ved årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) har utviklet seg, totalt og for ulike institusjonstyper. I figur 3.28 er utviklingen framstilt grafisk.



Datakilde: NPR og SSB

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

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

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

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

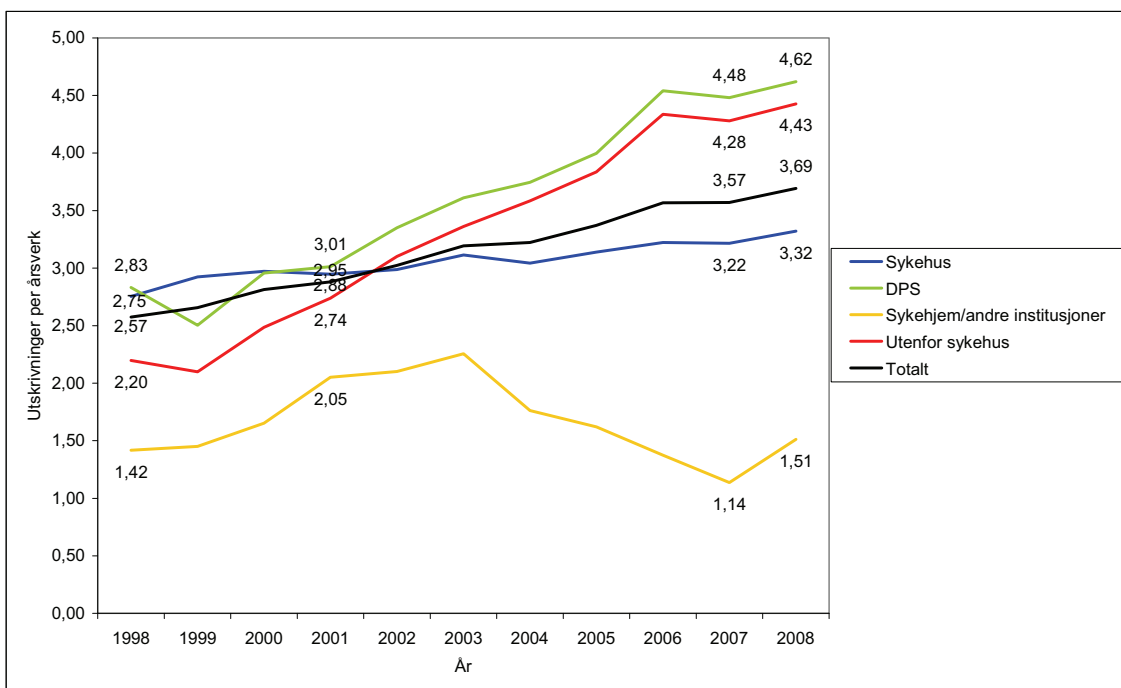
⁹ Ved sykehusene kom ¼ av økningen fra 2007 til 2008. Økningen siste år skyldes nedgang i belegg snarere enn økt bemanning.

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

Som vi så i avsnitt 3.5.8 har det i tillegg til økningen i personellfaktoren også vært en kraftig økning i andel personell med universitets- og høyskoleutdanning ved døgnavdelingene, og størst ved avdelingene utenfor sykehusene. Bemanningen av de gjenværende plassene har altså blitt styrket både kvantitativt og kvalitativt.

3.6.6 Utskrivninger per årsverk

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



Datakilde: NPR og SSB

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

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

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

3.7 Oppsummering - måltall

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

Tabell 3.2 Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2008. Nasjonal utvikling

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

Datakilde: NPR og SSB

Driftskostnader

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

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

Det psykiske helsevernet for barn og unge

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

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

Måltall: 400 flere fagårsverk i poliklinisk virksomhet.

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

Måltall: Antall tiltak per behandler økes med 50 prosent.

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

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

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

Årsverk, det psykiske helsevernet for voksne

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

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

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

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

Døgnavdelinger ved DPS

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

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

Avtalespesialister

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

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

Døgnplasser, det psykiske helsevernet for voksne

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

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

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

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

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

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

Poliklinikker for voksne

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

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

Måltall: 50 prosent flere konsultasjoner per behandler ved poliklinikkene.

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

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

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

Datakilde: NPR og SSB

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

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

Datakilde: NPR og SSB

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

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

Datakilde: NPR og SSB

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

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

Datakilde: NPR og SSB