

SAMDATA

Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007

Johan Håkon Bjørngaard
(Red.)

SINTEF Helse
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 2/08

ISBN 978-82-14-04511-6
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

3 Opptappingsperioden 1998-2007

Per Bernhard Pedersen

3.1 Sammendrag

Tilbudet til barn og unge

I avsnitt 3.4 gjennomgås endringene fra 1998 til 2007 i det psykiske helsevernet for barn og unge.

Opptappingsplanen hadde som mål å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet for barn og unge med 400 årsverk. Det ble i 2007 utført totalt 1 553 fagårsverk ved poliklinikkene, 829 flere, eller mer enn dobbelt så mange som i 1998 og 429 flere enn måltallet på 400.

I Opptappingsplanen er det lagt opp til å øke produktiviteten ved poliklinikkene med 50 prosent, målt ved antall tiltak per fagårsverk. I basisåret 1998 ble det utført 249 tiltak per behandler. I 2007 er dette økt til 448 (80 prosent økning). Antall pasienter per behandler har samtidig økt fra 25 til 30 (20 prosent). Målet om 50 prosent økning i antall tiltak per fagårsverk er altså nådd. Økningen har imidlertid først og fremst skjedd ved at hver pasient i gjennomsnitt har fått flere tiltak, selv om hver behandler også tar hånd om flere pasienter.

I følge Opptappingsplanen 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 2007 mottok i alt 49 479 barn og unge et behandlingstilbud, 28 845 flere enn i 1998. Dette gir en dekningsgrad på 4,5 prosent. Målet er altså ennå ikke nådd, og tallet på pasienter må økes til ca. 55 000, eller med drøyt ti prosent (5 500) fra 2007 til 2008 for at målet om fem prosent dekning skal nås innen utgangen av opptappingsperioden. Fra 2006 til 2007 økte pasienttallet til sammenligning med 2 200.

Fortsatt økning av behandlingsvolumet kan enten finne sted ved ytterligere økning i antall fagpersoner, ved at dagens kapasitet fordeles på flere pasienter, eller ved at produktiviteten fortsetter å øke - men da under forutsetning av at dette kommer nye pasienter til gode.

I følge Opptappingsplanen skulle det opprinnelig etableres 500 døgnplasser for barn og unge, om lag 200 flere enn i 1998. Innen dette fagfeltet har det imidlertid i årene etter at Opptappingsplanen ble lagt fram skjedd en faglig utvikling med flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. På denne bakgrunn har Helsedepartementet i statsbudsjettet for 2005 nedjustert behovet for døgnplasser for barn og unge fra 500 til 400 plasser. Nettotilveksten har imidlertid vært vesentlig lavere enn det reviderte måltallet. Ved utgangen av 2007 var det etablert totalt 334 plasser, 41 flere plasser enn i 1998, og 66 færre plasser enn måltallet for planen.

Ressursinnsats og ressursfordeling innen det psykiske helsevernet for voksne

I avsnitt 3.5 undersøkes økning i ressursinnsats målt ved døgnplasser og personell og i hvilken grad vi har fått en desentralisering av ressursene i tråd med Opptappingsplanens mål.

De viktigste konklusjonene som kan trekkes er:

- I strid med Opptappingsplanens 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. Så langt har plasstallet i stedet blitt redusert til 4 769.
- Nedgangen i plasstallet kan føres tilbake til en langt kraftigere nedbygging av sykehjemsplasser enn forutsatt, og sykehjemmene var i 2007 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 1 865, slik at Opptappingsplanens 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, og ligger nå 400 plasser under måltallet på 3 100.
- Det har vært en kraftig økning i personellinnsatsen. Den registrerte årsverksinnsatsen har økt med ca 3 050 årsverk. Korrigert for endringer i registreringspraksis blir økningen ca 2 900 årsverk. Dette er likevel langt mer enn Opptappingsplanens måltall på 2 300.
- Personellets utdanningsnivå er betydelig hevet, og opptappingsplanens mål for kompetanseheving er mer enn oppfylt. Andelen universitets- og høyskoleutdannede har økt kraftigere ved institusjoner utenfor sykehusene (der denne andelen i utgangspunktet var lavere) enn ved sykehusene. Den sterkere veksten skyldes ikke bare utflyttingen og utbyggingen av poliklinikkene, den har også kommet døgnavdelingene til gode. Døgnavdelinger utenfor sykehus har nå en høyere andel høyskoleutdannet personell enn sykehusavdelingene. Andel psykologer er langt på vei den samme. Andel leger er imidlertid fortsatt betydelig lavere.
- Det har gjennom perioden vært en kraftig styrking av personellinnsatsen (årsverk per belagt plass) ved DPS-ene.
- Det har også vært en vesentlig utbygging av poliklinikkene. Veksten i den polikliniske virksomheten har skjedd ved DPS-ene.
- Også sykehusavdelingene har i opptappingsperioden hatt en vesentlig styrking av personellinnsatsen.
- En vesentlig del av opptappingsmidlene (63 prosent) skulle etter planen gå til utbygging av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene. Utbyggingen av disse avdelingene skulle i tillegg finansieres ved tilførsel av ressurser fra sykehjemmene. Sykehjemmene har imidlertid blitt nedbygd langt hurtigere enn forutsatt, og har langt på vei finansiert utbyggingen av avdelingene ved DPS-ene. Avdelinger utenfor sykehusene har dermed bare mottatt 23 prosent av de økte personellressursene. Opptappingsmidlene har i større grad gått til utbyggingen av poliklinikkene (49 prosent, mot 21 prosent etter planen) og til sykehusavdelingene (28 prosent, mot 17 etter planen).

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 likhetstegn 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 og 40,6 prosent i 2007. En vesentlig del av økningen har imidlertid blitt hentet fra sykehjemmene. Disse betjente også (om enn i varierende grad) lokalsamfunnet der de var lokalisert. Om vi i stedet ser på fordelingen i/utenfor sykehus blir grad av desentralisering mindre. For døgnplassenes del har man da fått en sentralisering (andel døgnplasser ved sykehus har økt fra 52 prosent i 1998 til 57 prosent i 2007). Andel personell utenfor sykehusene har likevel økt, fra 36,6 prosent i 1998 til 42,2 prosent i 2007.

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 avsnitt 3.6 undersøkes også om omstruktureringen av tjenesten har resultert i økt tilgjengelighet og desentralisering av behandlingsaktiviteten. De viktigste funnene er:

- Opptrappingsplanen la opp til å stanse nedgangen i pasientbelegget (oppholdsdøgn). På dette punktet har Opptrappingsplanen ikke lyktes. Nedgangen har særlig kommet ved sykehjemmene/andre institusjoner. Disse er per 2007 på det nærmeste avvirket.
- Høy beleggsprosent gjennom hele perioden antyder press på døgnavdelingene ved sykehusene. Dette kan ha påvirket varigheten av oppholdene. På tross av nedgangen i plasstallet ved de øvrige døgnavdelinger, har beleggsprosenten ved disse blitt betydelig redusert i løpet av opptrappingsperioden, og er nå betydelig lavere enn ved sykehusavdelingene. I den videre planleggingen av tjenesten bør en derfor vurdere fordelingen av plasser og/eller arbeidsoppgaver mellom sykehus og DPS.
- Tallet på 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, og nedgangen har vært kraftigere utenfor enn ved sykehusene. Gjennomsnittlig varighet av oppholdene var i 2007 den samme ved sykehusavdelingene og ved DPS-avdelingene.
- Det har vært en kraftig vekst i den polikliniske aktiviteten i opptrappingsperioden. Økningen har i sin helhet kommet ved DPS-ene. Økningen har langt oversteget måltallene for Opptrappingsplanen.
- Personellfaktoren har økt betydelig i løpet av opptrappingsperioden. Økningen har vært kraftigere ved avdelinger utenfor sykehusene enn ved sykehusavdelingene. Økningen utenfor sykehus skyldes imidlertid først og fremst redusert pasientbelegg ved disse avdelingene.
- Det har vært en betydelig vekst i antall utskrivninger per årsverk i opptrappingsperioden, og økningen har vært kraftigere ved avdelingene utenfor sykehus enn ved sykehusavdelingene.

Det har altså vært en kraftig økning og desentralisering av den polikliniske virksomheten, og tilgangen til polikliniske tjenester har blitt vesentlig styrket. Sykehjemmene har blitt bygget ned raskere enn forutsatt, og er nå på det nærmeste avvirket. Utbyggingen av døgnavdelingene ved DPS har dermed langt på vei blitt finansiert gjennom utviklingen 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 særlig ved døgnavdelingene utenfor sykehusene. Tallet på utskrivninger har gått vesentlig opp, og varigheten av oppholdene har

blitt betydelig redusert. Ut fra dette målet har vi dermed likevel fått en desentralisering av behandlingsaktiviteten, selv om ressursøkningen har vært begrenset.

3.2 Innledning

Vi vil i dette kapitlet se på noen sentrale utviklingstrekk innen det psykiske helsevernet i løpet av opptrappingsperioden. Opptrappingsplanen (St prp nr 63 (1997-98), heretter bare omtalt som 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. Innen tjenestene for voksne så en imidlertid, i tillegg til økt ressursinnsats, behov for en vesentlig omstrukturering og desentralisering av tjenestene, for å øke tilgjengeligheten til tjenesten, og gjøre disse bedre tilpasset til brukernes behov.

Et av hovedgrepene i planen var å erstatte sykehjems plasser med plasser for aktiv behandling gjennom utbygging av distriktpsikiatriske sentre. 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. 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, produktivitetsøkning og tjenesteproduksjon. Disse vil bli kommentert underveis.

I avsnitt 3.4 undersøker vi utviklingen innen tjenestene for barn og unge.

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 kort kommentere datagrunnlaget i avsnitt 3.3.

Opptrappingsplanen trådte i kraft 1.1.1999, og skulle i utgangspunktet strekke seg over åtte år, dvs. ut 2006. Den ble senere forlenget med to år, slik at planen nå løper fram til 2008. Årets rapport beskriver dermed utviklingen fram til og med opptrappingsperiodens niende og nest siste år. Som basis for å studere utviklingen i perioden bruker vi tall for 1998.

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 2006 og 2007.

3.3 Datagrunnlag

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

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

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

For et sykehus ble det for statistikkåret 2006 avdekket at 240 årsverk knyttet til fellesfunksjoner ikke var blitt belastet/rapportert for tidligere år. Dette har sannsynligvis pågått siden midt på 1990-tallet (før Opptrappingsplanen trådte i kraft). Tallene er bare korrigert for perioden 2005 til 2007. 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 Helse, og senere Norsk pasientregister.

I avsnitt 3.6 benyttes i tillegg pasientopplysninger (utskrivninger, oppholdsdøgn). Disse er basert på det nasjonale pasientdatasettet innsamlet av SINTEF Helse og senere 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 samleoppgaver institusjonene årlig sender SSB over refusjonsberettigede konsultasjoner. Fra og med statistikkåret 2002 er informasjon om konsultasjonene hentet fra pasientdata innsamlet av Norsk pasientregister, i de tilfeller disse ansees å ha tilfredsstillende kvalitet.

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

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 SAMDATAs hjemmesider www.sintef.no/samdata.

3.4 Utviklingen i det psykiske helsevernet for barn og unge

3.4.1 Innledning

I Opptrappingsplanen framheves det at det psykiske helsevernet 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 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

I følge planen skulle om lag 2/3 av ressursøkningen (460 av 700 millioner) gå til døgn- og dagavdelingene, mens 1/3 skulle gå til styrking av den polikliniske virksomheten

Noen av disse måltallene er 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 er 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 for 2005 understrekes det at det er et fortsatt behov for rekruttering av fagpersoner utover målet om 400 flere behandlerårsverk, dersom dette anses nødvendig for å nå fem prosent av alle barn og unge innen utgangen av 2008.

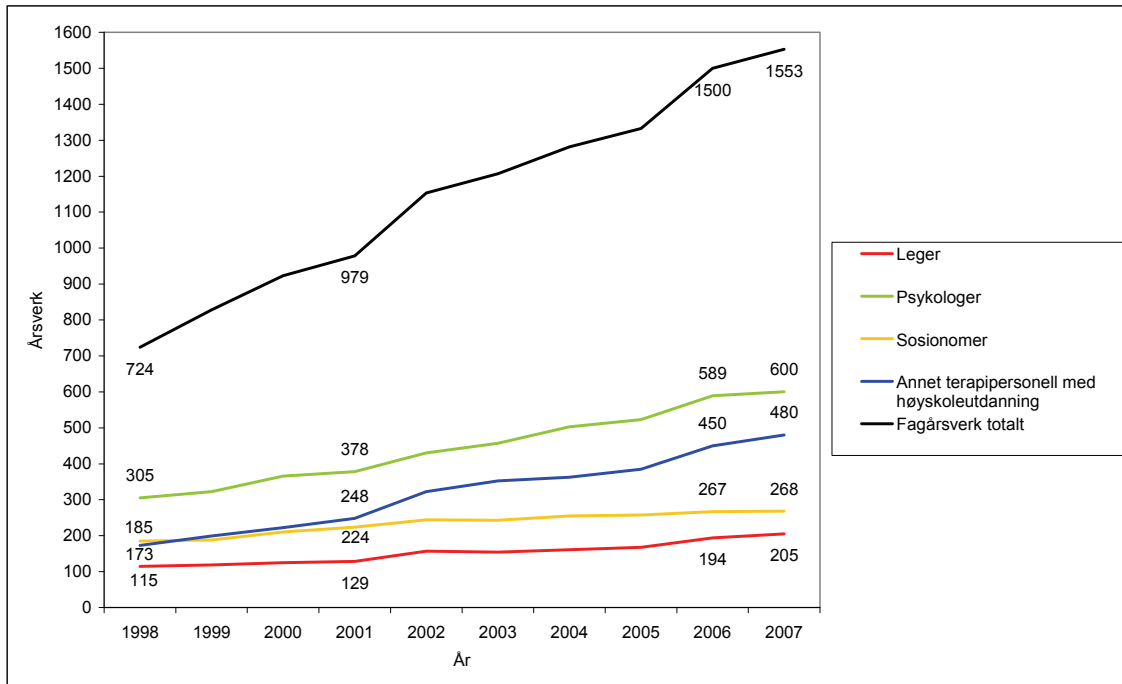
3.4.2 Fagpersonell ved poliklinikkene

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 2007 har denne andelen økt til nær 98 prosent av behandlede pasienter, selv om noen av disse også mottar et annet dag- og/eller døgntilbud.

I tråd med faglige anbefalinger, for å ytterligere styrke denne delen av tjenesten og for å øke tilgjengeligheten til polikliniske tilbud, er ett av Opptrappingsplanens mål å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet med 400 årsverk. Med fagpersoner menes personell med minimum treårig helsefaglig utdanning på høyskolenivå. I St.prp. nr. 1 (2005-2006) konkluderer

deres det med at målet om å øke antall fagpersonell med 400 var nådd ved utgangen av 2004, men at det er behov for å vurdere behovet for personell på ny, ettersom dekningsgraden ikke er nådd.

Figur 3.1 viser utviklingen i antall polikliniske årsverk i de ulike grupper fagpersonell i perioden 1998-2007.



Datakilde: SSB

Figur 3.1 Polikliniske fagårsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Nasjonale tall. 1998-2007

Det ble i 2007 utført 1 553 fagårsverk ved poliklinikkene, 829 flere, eller mer enn dobbelt så mange som i 1998 og 429 flere enn måltallet på 400.

Polikliniske årsverk for leger har økt fra 115 årsverk i 1998 til 205 i 2006. Dette tilsvarer en økning på 78 prosent i løpet av perioden. Antall polikliniske årsverk for psykologer har økt fra 305 i 1998 til 600 i 2007, en økning på 295 årsverk eller 97 prosent. Minst relativ vekst har det vært for sosionomgruppen, der årsverkstallet har økt fra 185 i 1998 til 268 årsverk i 2007, en økning på 83 årsverk eller 45 prosent. Størst økning, både absolutt og relativt, finner vi for gruppen med annen høyskoleutdanning. Årsverkstallet har her økt med 307 årsverk eller 177 prosent, fra 173 i 1998 til 480 i 2007.

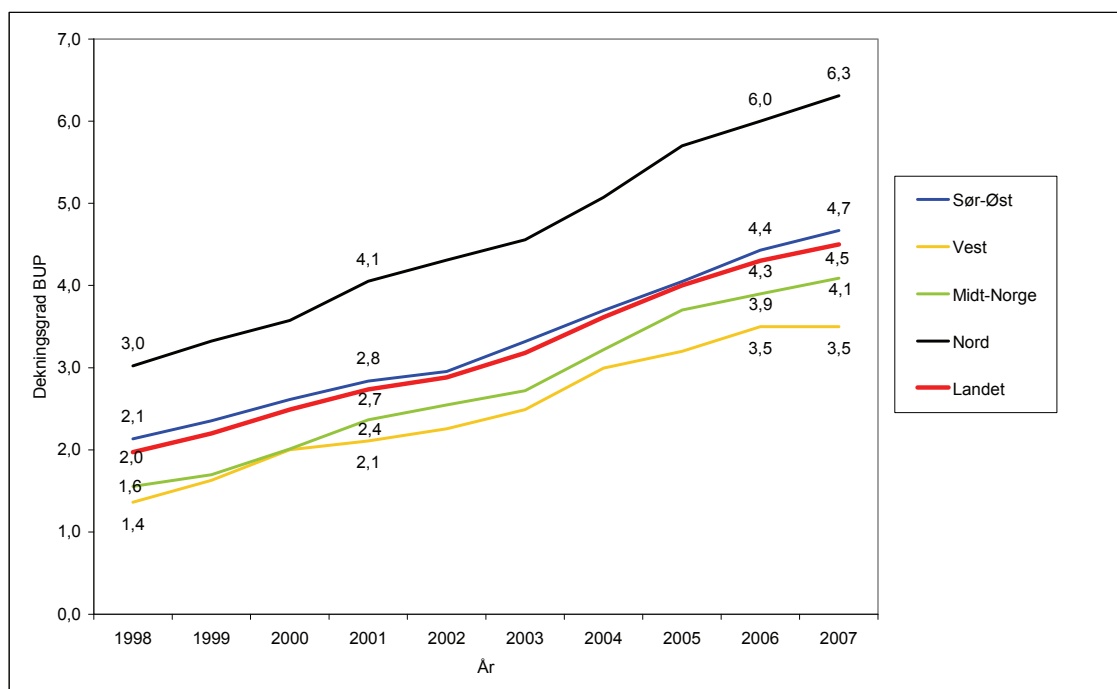
Som ledd i den fortsatte prioriteringen av det psykiske helsevernet for barn og unge oppfordres de regionale helseforetakene i Bestillerdokument for 2006 om å sørge for at helseforetak med lav dekningsgrad i tilbudet til barn og unge må gjennomgå sitt tjenestetilbud og sin ressursfordeling. Tiltak må settes i verk for å sikre at målet om fem prosent i nasjonal dekningsgrad nås innen 2008. Tilstrekkelig antall kvalifisert fagpersonell er det kraftigste virkemidlet for å nå flere barn og unge med et tilbud.

3.4.3 Dekningsgrad

I følge Opptappingsplanen 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 2007 mottok i alt 49 479 barn og unge et behandlingstilbud,

28 845 flere enn i 1998. Dette gir en dekningsgrad på 4,5 prosent. Målet er altså ennå ikke nådd, og tallet på pasienter må økes til ca. 55 000, eller med drøyt ti prosent (5 500) fra 2007 til 2008 for at målet om fem prosent dekning skal nås innen utgangen av opptrappingsperioden. Fra 2006 til 2007 økte pasienttallet til sammenligning med 2 200.

Det er i tillegg 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. 1998-2007

Det er betydelige forskjeller i dekningsgrad, og disse forskjellene har holdt seg relativt stabile over tid. Helseregion Nord er fortsatt den eneste regionen som har nådd måltallet på fem prosent. Helseregion Sør-Øst ligger også an til å nå måltallet, forutsatt samme økning fra 2007 til 2008 som fra 2006 til 2007. Helseregion Vest og helseregion Midt-Norge ligger med dekningsgrad på hhv. 4,1 og 3,5 prosent betydelig lenger unna måltallet, og vil måtte ha en betydelig sterkere vekst fra 2007 til 2008 enn de foregående årene om målet skal nås innen utgangen av opptrappingsperioden.

Videre vekst i behandlingsskapasitet kan både skje i form av nye behandlerårverk og ved at dagens kapasitet fordeles på flere (i gjennomsnitt færre tiltak per pasient enn i dag), eller ved at produktiviteten fortsetter å øke – men da med den forutsetning at dette kommer nye pasienter til gode.

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 Helse 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 pasienttallet på 142 prosent fra 1998 til 2006 ble det anslått at 14 prosentpoeng kunne føres tilbake til økt be-

handlingstid. 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

Økt produktivitet (målt som tiltak per fagårsverk) er i Opptrappingsplanen et virkemiddel for å øke tilgjengeligheten til polikliniske tjenester for barn og unge. Flere skal få poliklinisk behandling, både som følge av at det blir flere behandlere og ikke minst som følge av at hver behandler i gjennomsnitt utfører flere tiltak per dag. I Opptrappingsplanen la en til grunn at produktiviteten, målt ved antall tiltak per behandler, kunne økes med 50 prosent.

Et tiltak er en konsultasjon (terapi, samtale, utredning) med barnet eller familien (direkte tiltak), men også veiledning til andre instanser, møter, annet indirekte arbeid e.l. (indirekte tiltak).

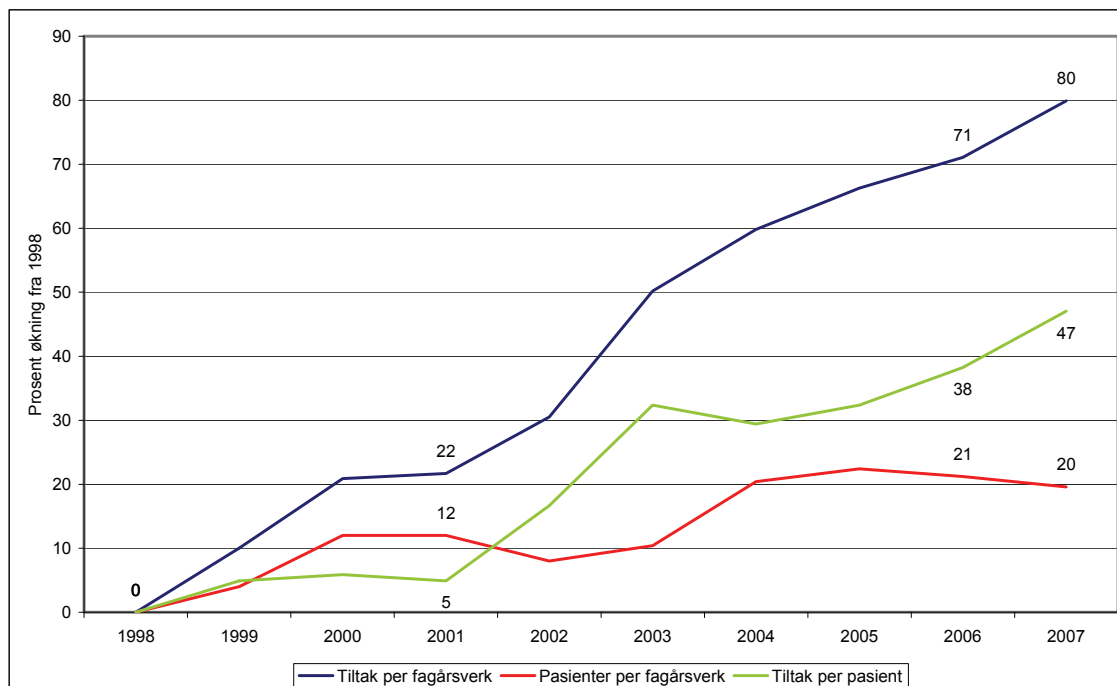
Tabell 3.1 viser utviklingen i antall tiltak per fagårsverk, tiltak per pasient og pasienter per fagårsverk. Figur 3.3 viser de prosentvise endringene siden 1998.

Tabell 3.1 Polikliniske tiltak per fagårsverk, polikliniske tiltak per pasient og polikliniske pasienter per fagårsverk.¹⁾
Antall og prosent endring. 1998-2007

	1998	2001	2006	2007	Prosent endring 1998-2007
Tiltak per fagårsverk	249	305	426	448	80
- herav direkte tiltak per fagårsverk	172	200	314	331	92
Tiltak per pasient	10,2	10,6	14,0	15,0	47
Pasienter per fagårsverk	25	29	30	30	20

Datakilde: NPR, SSB og SINTEF Helse

1) Fagårsverk er årsverk blant poliklinisk personale med universitets- eller høyskoleutdanning, og er beregnet som gjennomsnittet ved utgangen av angjeldende og forutgående 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. 1998-2007

I løpet av opptrappingsperioden har antall tiltak per fagårsverk økt med 80 prosent, fra i gjennomsnitt 249 tiltak per behandler per år i 1998 til 448 tiltak per behandler i 2007. 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 (47 prosent økning). Imidlertid har det også vært en 20 prosent økning i antall pasienter per behandler.

SINTEF Helse har i annen sammenheng analysert produktivitetens utviklingen ved poliklinikkene fram til 2006 (Halsteinli, 2008). Produktivitetens økning er her beregnet ved å inkludere flere mål på aktivitet og benytte den ikke-parametriske metoden Data Envelopment Analysis (DEA). Fra 1998 til 2006 økte antall tiltak per fagårsverk med 71 prosent, noe som tydelig indikerer at poliklinikkene har respondert på myndighetenes forventninger. Dersom en tar hensyn til at pasientsammensetningen har endret seg, er produktivitetens økning beregnet til å ligge i intervallet 21-31 prosent.

3.4.5 Døgnplasser

I Opptrappingsplanen ble det opprinnelig foreslått å øke antall døgnplasser innen det psykiske helsevernet for barn og unge med 205 - fra 295 ved starten av planperioden til 500 i 2006. Plasser i behandlingshjem skulle i tillegg omgjøres eller erstattes av klinikkavdelinger med en mer aktiv behandlingsprofil¹. I Statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ble dette måltallet imidlertid nedjustert med 100 plasser, til totalt 400 plasser ved slutten av planperioden, altså om lag 100 flere enn ved planperiodens start, og i tråd med de faktiske planene i de regionale helseforetakene. Tabell 3.2 viser hvordan døgnplassstilbudet har utviklet seg fram til 2007.

¹ 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.

Tabell 3.2 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og prosent endring, 1996-2007

	1996	1998	2001	2006	2007	Endring 1996-2007	
						Absolutte tall	Prosent
Totalt	301	293	315	335	334	33	11

Datakilde: SSB

Veksten i døgnplasser har vært vesentlig lavere enn planlagt, og ett år før planens avslutning har det netto kun tilkommet 33 flere døgnplasser enn i 1996, totalt 334 plasser. Institusjonsplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge er imidlertid ikke et entydig begrep, men omfatter et vidt spekter av tilbud.² Veksten har uansett vært betydelig lavere enn forutsatt i planen.

Opptappingsplanen la i utgangspunktet opp til en betydelig sterkere økning av ressursinnsatsen ved døgn- og dagavdelingene enn ved poliklinikkene. Hhv. 350 millioner 1998-kroner (50 prosent) skulle gå til døgnbehandling og 110 millioner (16 prosent) til dagbehandling, mens 240 millioner, eller 34 prosent skulle gå til poliklinikkene. I praksis har imidlertid anslagsvis 63 prosent av veksten gått til poliklinisk og ambulant virksomhet, målt ut fra personellinnsatsen.

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 Opptappingsplanen 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 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 enn døgnplassveksten.

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

Opptappingsplanen 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 Opptappingsplanens forslag til fordeling av de økte ressursene. Opptappingsplanen 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.

² 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 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.

3.5.1 Utviklingen i døgnplasskapasiteten

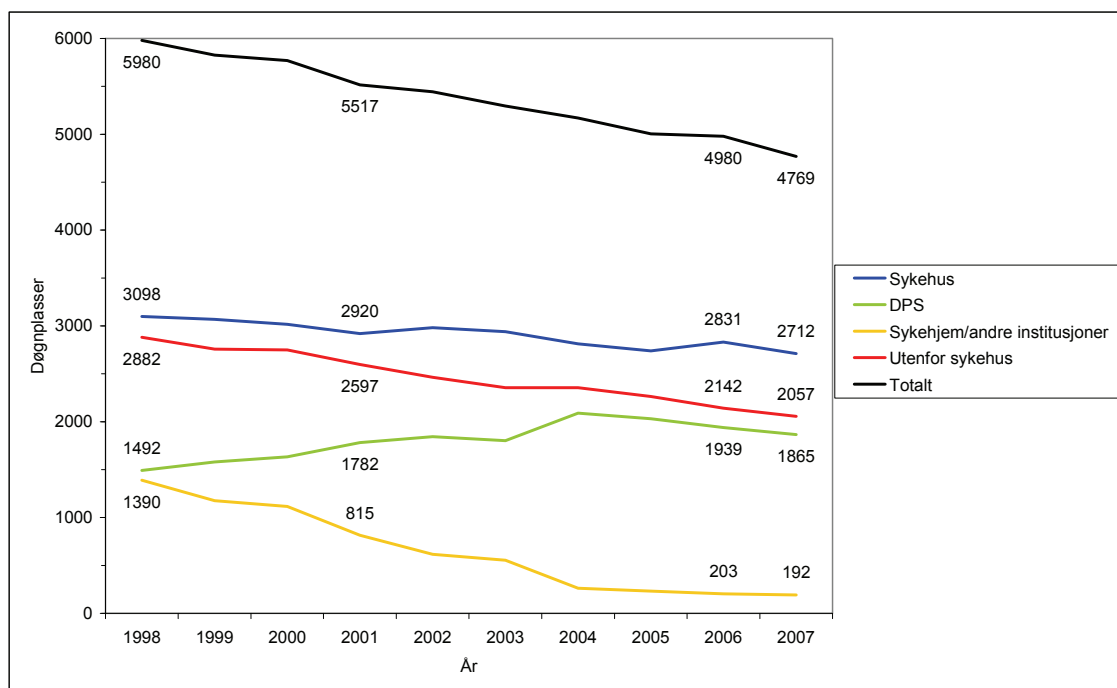
Tallet på døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne nådde sitt maksimum i 1973, med totalt 13 763 plasser. Fram til 1998 var plasstallet mer enn halvert, til 5 980 plasser (Pedersen 1999).

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 3.4 viser utviklingen i plasstall over perioden 1998-2007, fordelt etter institusjonstype.



Datakilde: SSB

Figur 3.4 Døgnplasser etter institusjonstype og totalt. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

Det samlede tallet på døgnplasser har blitt kontinuerlig redusert gjennom hele perioden. Ved utgangen av 2007 var det i alt 4 769 døgnplasser mot Opptappingsplanens måltall på 6 400.

Ved sykehusene har plasstallet bare gått svakt ned. Ved utgangen av 2007 var det ved sykehusene totalt 2 712 plasser, det vil si om lag 400 plasser færre enn måltallet.

Opptrappingsplanen foreslo å bygge ut 160 nye sykehusplasser for personer som dømmes til psykiatrisk behandling. I budsjettproposisjonen for 2006 og 2007 drøftes behovet for fortsatt utbygging av sikkerhetsplasser. Fram til 2004 var det etablert 88 nye sikkerhetsplasser, og behovet for videre utbygging var anslått til å være ca. 30 observasjons- og utredningsplasser.

Nedgangen i plasstallet har likevel i all hovedsak kommet utenfor sykehusene. Plasstallet har her blitt redusert fra 2 882 plasser i 1998 til 2057 plasser i 2007, en nedgang på 825 plasser.

Ved DPS-ene var det ved utgangen av 2007 1 865 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 200 plasser. Nedgangen skyldes delvis omklassifisering av DPS-plasser til sykehusplasser, overføring av plasser til russektoren i forbindelse med rusreformen, samt midlertidige stengninger i forbindelse med modernisering/overflytting til nye lokaler. Det har imidlertid også vært en reell nedgang i plasstallet ved flere foretak.

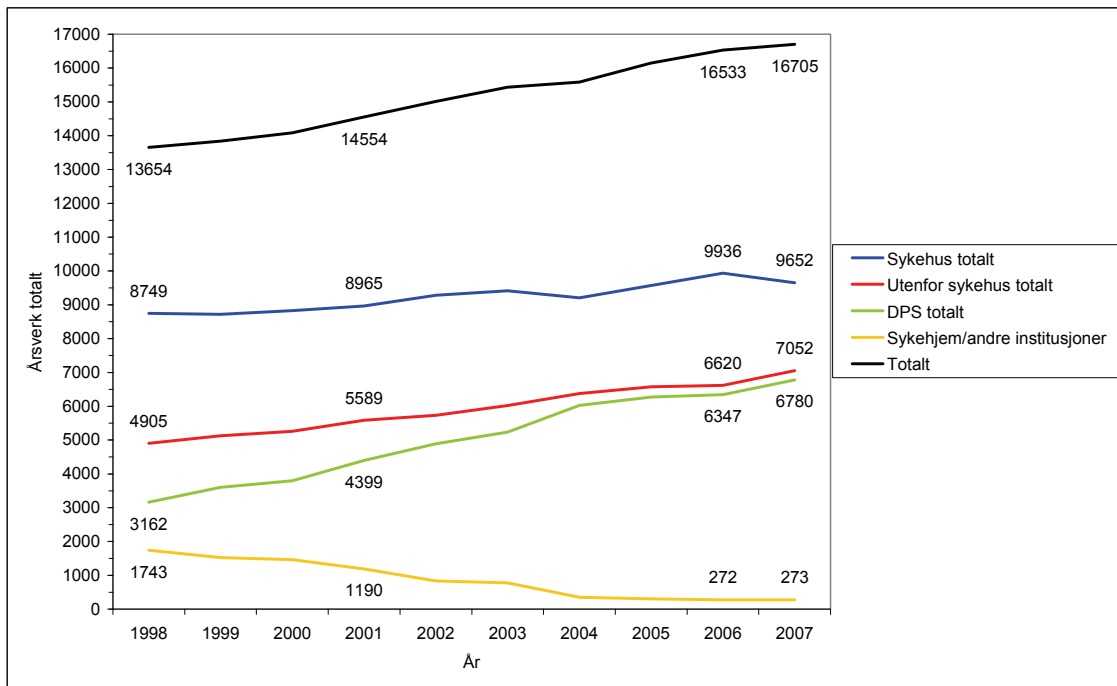
Nedgangen i det samlede plasstallet kan dermed langt på vei tilskrives en langt kraftigere nedbygging av sykehjem/andre institusjoner enn forutsatt i Opptrappingsplanen. Sykehjemmene var ved utgangen av 2007 på det nærmeste avvirket. Plasstallet var totalt 192 plasser ved sykehjem og andre institusjoner, 1 200 færre enn i 1998, og 1 060 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 39 prosent, og vi har slik sett både absolutt og relativt fått en desentralisering av plassene. Sykehjemmene betjente imidlertid også i varierende grad befolkningen i det området de var plassert. Hvis vi ser desentralisering ut fra forholdet mellom sykehus og øvrige institusjoner blir konklusjonen dermed den motsatte: sykehusene har økt sin andel av plasstallet fra 52 til 57 prosent, og 68 prosent av nedgangen i plasstallet har kommet utenfor sykehusene. Det har i perioden vært en betydelig utbygging av bo- og omsorgstilbud i kommunene, og mange av de tidligere sykehjemspasientene har fått et tilbud her. Om også dette inkluderes kan resultatet likevel være at vi ha fått en desentralisering av tilbudet, på tross av at tallet på sykehjemsplasser har gått kraftigere ned enn økningen i plasstallet ved DPS-ene.

3.5.2 Utviklingen i samlet personellinnsats og -fordeling

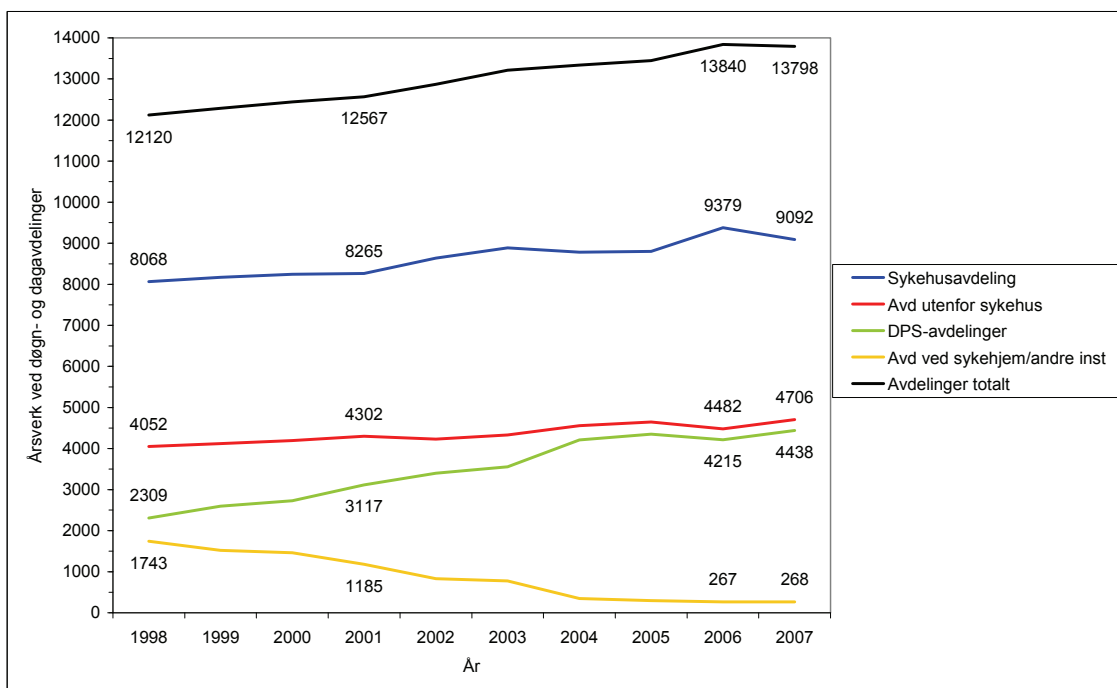
I følge Opptrappingsplanen skulle personellinnsatsen i det psykiske helsevernet for voksne øke med 2 300 årsverk i løpet av opptrappingsperioden. Veksten skulle særlig gå til utbyggingen av den polikliniske kapasiteten, og til styrking av personellfaktoren ved DPS-enes døgn- og dagavdelinger. Av den samlede økningen på 2 300 var det forutsatt at 72 prosent (1 656 årsverk) skulle komme blant personell med minst treårig høyskoleutdanning. Utviklingen er illustrert i figur 3.5.-3.7. Figur 3.5 viser utviklingen i samlet personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Figur 3.6 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 3.7. Omfanget av poliklinisk virksomhet ved sykehjem/andre institusjoner har vært ubetydelig, og er derfor utelatt fra figuren.



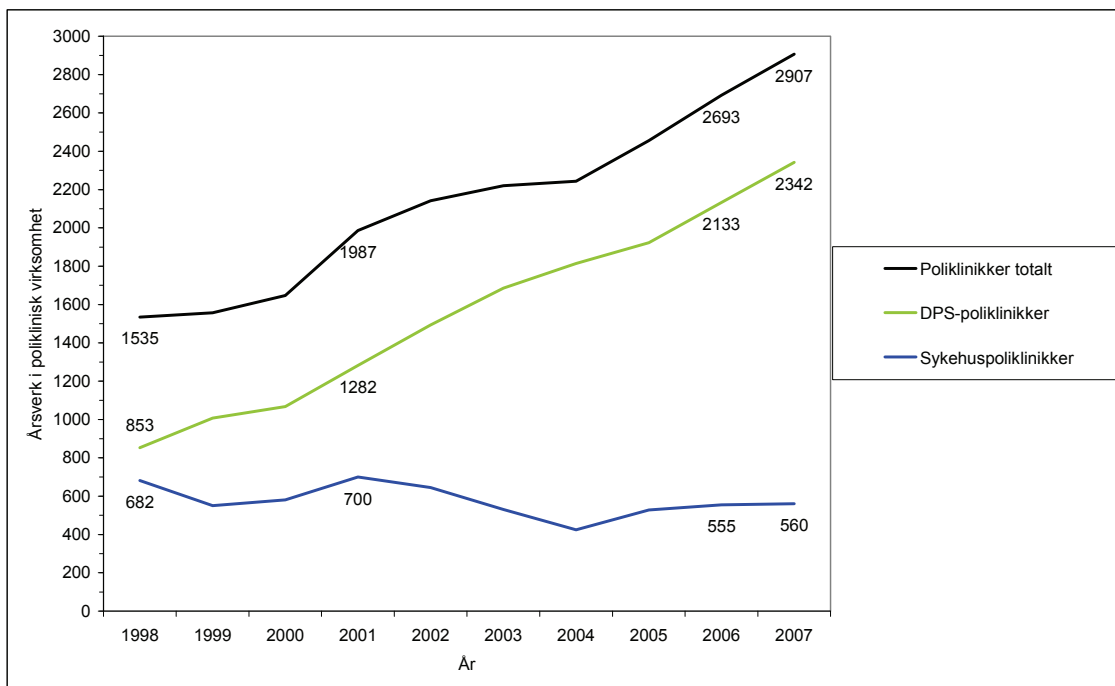
Datakilde: SSB

Figur 3.5 Årsverksinnsats totalt etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2007



Datakilde: SSB

Figur 3.6 Årsverksinnsats ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2007



Datakilde: SSB

Figur 3.7 Årsverksinnsats ved poliklinikkene, totalt og etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

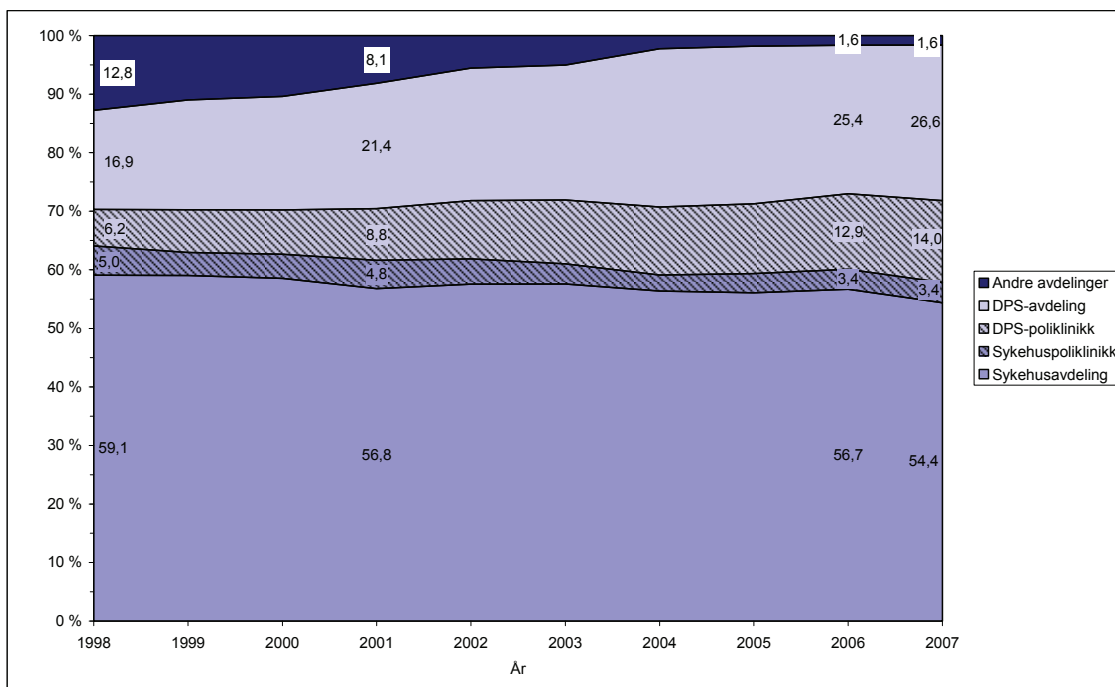
De viktigste resultatene er:

- I følge Opptrappingsplanen skulle årsverksinnsatsen øke med totalt 2 300 årsverk i løpet av perioden. Ved utgangen av 2007 var økningen totalt 3 050 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 gjennom hele perioden vært en nedgang i personellinnsatsen ved sykehjem/andre institusjoner, og sykehjemmene er nå på det nærmeste avviklet.
- Det har vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved DPS-ene.
- Det har 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 økt med cirka 660 årsverk, mens veksten ved sykehusavdelingene alene var på cirka 780 årsverk, ettersom årsverksinnsatsen ved sykehuspoliklinikkene samtidig har blitt redusert.
- Det har gjennom hele perioden vært en betydelig økning i personellinnsatsen ved poliklinikkene. Årsverksinnsatsen er nær fordoblet, fra 1 535 årsverk i 1998 til 2 907 i 2007. Veksten har i all hovedsak kommet ved DPS-ene.
- En vesentlig del av utbyggingen av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene er finansiert gjennom en raskere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt. Av den samlede

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.

økning i personellinnsatsen ved DPS-avdelingene på 2 129 årsverk, kommer 1 475 årsverk, eller 69 prosent, fra sykehjemmene.

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 3.8 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 3.8 Prosentvis fordeling av personell etter institusjonstype og driftsform. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

DPS-ene har økt sin andel av personellet fra 23,2 prosent i 1998 til 40,6 prosent i 2007. Andelen personell utenfor sykehus har økt fra 35,9 prosent i 1998 til 42,2 prosent i 2007. Økningen har i all hovedsak kommet ved poliklinikkene. Andel personell ved avdelinger utenfor sykehus gikk ned fra 29,7 prosent i 1998 til 28,2 prosent i 2007. Sykehusavdelingene har tilsvarende redusert sin andel av personellet fra 59,1 prosent i 1998 til 54,4 prosent i 2007. Poliklinikkene har økt sin andel av personellet fra 11,2 prosent i 1998 til 16,5 prosent i 2006. Økningen har særlig kommet ved DPS-ene.

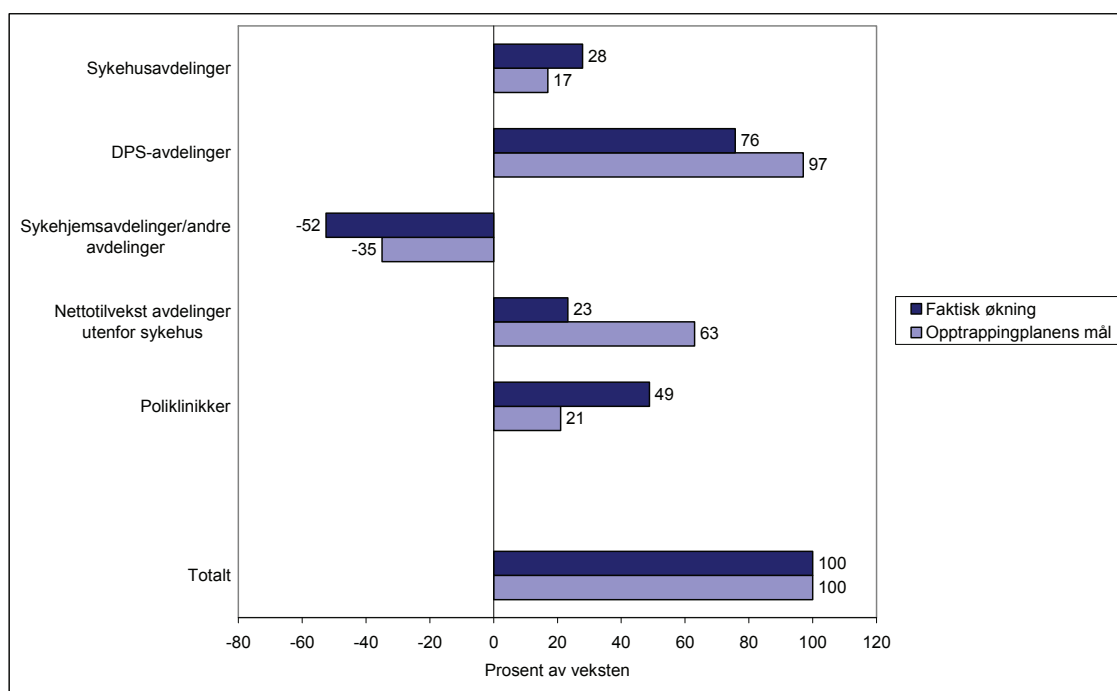
Om vi ser på tallene for DPS-ene isolert, har det altså vært en kraftig desentralisering av personellressursene. DPS-enes andel har samlet sett økt kraftig. Imidlertid betjente også sykehjemmene – om enn i varierende grad – lokalområdet. Avdelingene ved sykehjemmene har hatt en kraftigere nedgang i andelen 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. Andelen av personellet ved døgn- og dagavdelinger som befinner seg ved sykehusavdelingene har bare blitt redusert fra 66,6 til 65,9 prosent.

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

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

Om lag 80 prosent av driftskostnadene i sektoren går til lønn og sosiale kostnader. Det er dermed mulig å sammenligne fordelingen av den foreslåtte økningen i driftskostnader i følge Opptrappingsplanen med den faktiske fordelingen av tilveksten i ressurser, målt i årsverk. Resultatet er vist i figur 3.9.

I følge Opptrappingsplanen 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 3.9 Faktisk økning i personellinnsats (prosent av økningen) sammenhold med Opptrappingsplanens prosentvise fordeling av økte driftskostnader

Om vi ser på den faktiske økningen personellinnsats i perioden, får vi en helt annen fordeling enn den forutsatte: Sykehusavdelingene har blitt tilført 28 prosent av personelløkningen mot 17 prosent av driftskostnadene i følge planen⁴. Poliklinikkene har blitt tilført 49 prosent av personellressursene mot 21 prosent av driftskostnadene i følge planen. DPS-avdelingene har

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

brutto økt personellinnsatsen tilsvarende 76 prosent av økningen, men økningen har i hovedsak blitt finansiert gjennom en kraftigere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt. Nettotilveksten ved avdelinger utenfor sykehuset blir dermed 23 prosent, mot 63 prosent i følge planen.

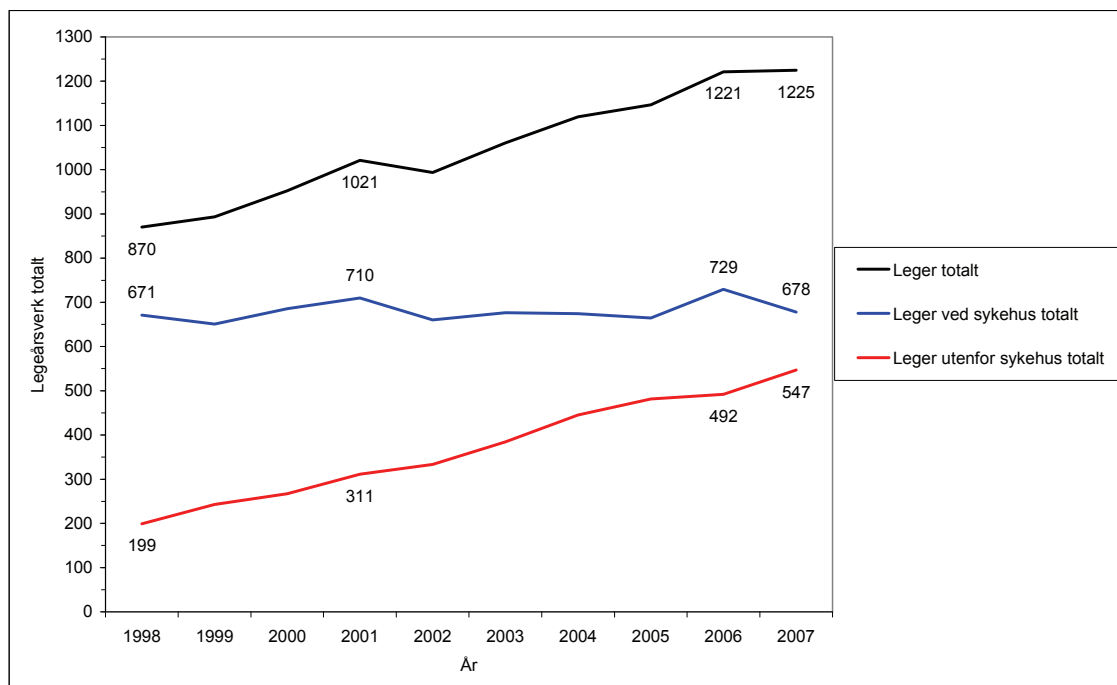
3.5.4 Personelløkning i behandlergruppene

I følge Opptreppingsplanen skal 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 355 flere legeårsverk, 638 flere psykologårsverk og 2 967 flere årsverk utført av høyskoleutdannet personell, totalt 3 960 årsverk. Årsverk utført av universitets- og høyskoleutdannet personell har altså økt kraftigere enn personellveksten totalt, som igjen har økt kraftigere enn Opptreppingsplanens 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 behandlingstilbud. Vi har derfor undersøkt økningen for disse gruppene og hvordan tilveksten har fordelt seg på ulike institusjonstyper og driftsformer.

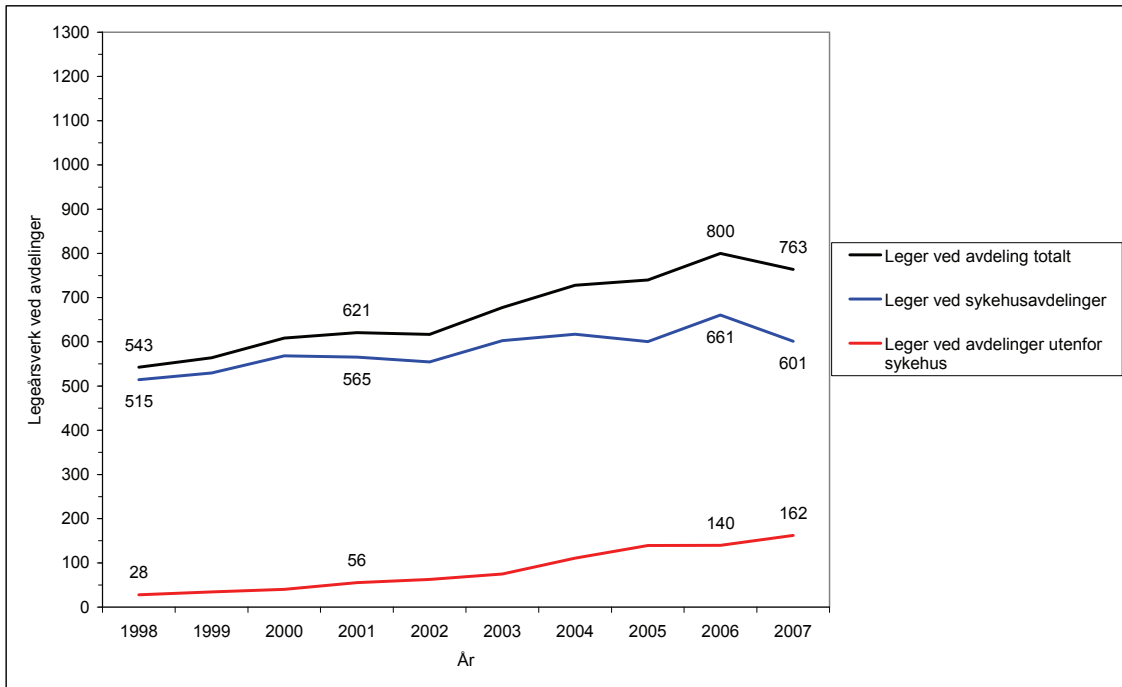
3.5.5 Legeårsverk

Vi vil først se på legegruppen. Utviklingen er vist i figur 3.10-3.12 for hhv. leger totalt, leger ved døgn- og dagavdelinger og leger ved poliklinikkene. I alle tilfelle fordelte på sykehus kontra øvrige institusjoner. Innslaget av leger ved sykehjem/andre institusjoner er ubetydelig. Tallene for leger utenfor sykehus er derfor tilnærmet identisk med tallet på leger ved DPS.



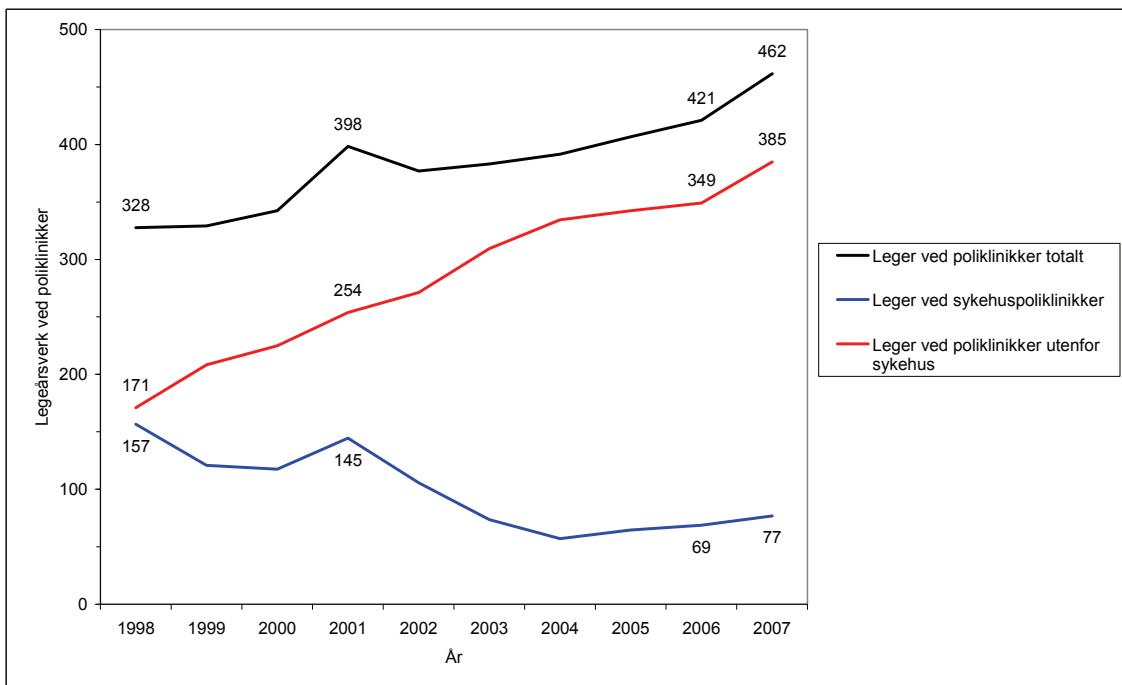
Datakilde: SSB

Figur 3.10 Legeårsverk totalt etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007



Datakilde: SSB

Figur 3.11 Legeårsverk ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007



Datakilde: SSB

Figur 3.12 Legeårsverk ved poliklinikker etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

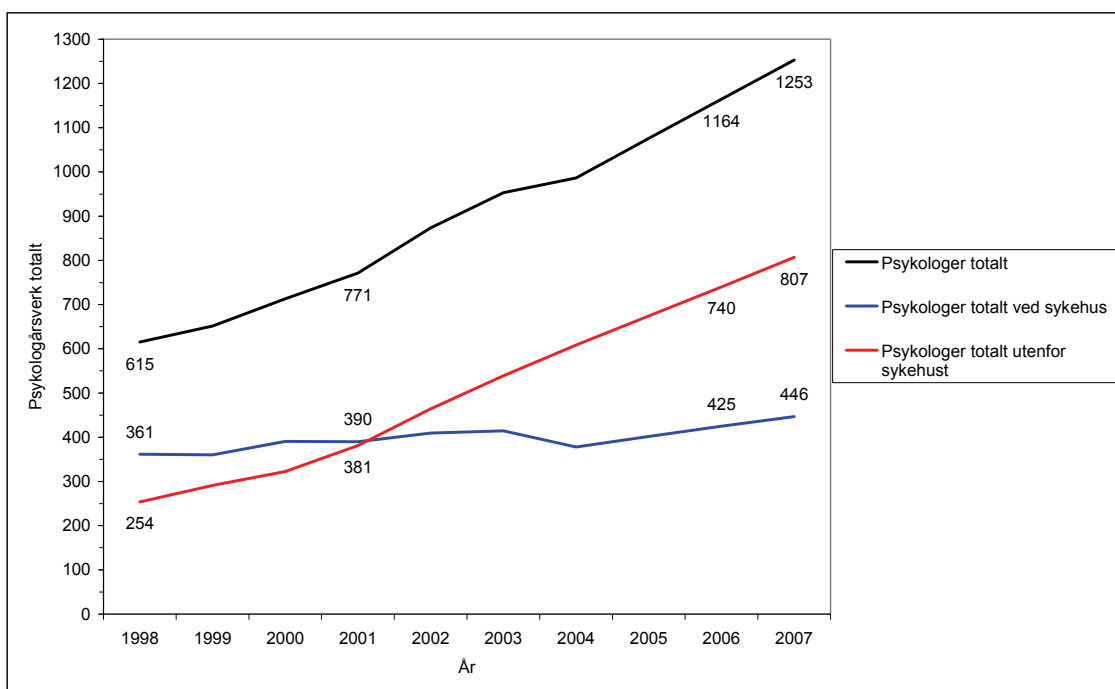
Det samlede antall legeårsverk i det psykiske helsevernet for voksne har økt med 355 årsverk, eller 41 prosent, fra 870 i 1998 til 1 225 i 2006. Av den samlede tilveksten har 86 årsverk, eller 24 prosent gått til sykehusavdelingene. Avdelingene utenfor sykehus har hatt en økning på 134 årsverk, tilsvarende 38 prosent av tilveksten. Også ved poliklinikkene har økningen vært 134 årsverk / 38 prosent. Årsverksinnsatsen ved sykehuspoliklinikkene har gått ned, slik at tilveksten ved poliklinikker 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 døgnavdelingene kan derfor være underestimert. En kan likevel stille spørsmålstejn ved om tallet på legeårsverk ved DPS-avdelingene er tilstrekkelig til å ivareta de funksjonene som er lagt til disse døgnavdelingene.

Ved DPS-avdelingene var det i 2007 160 legeårsverk svarende til 0,09 årsverk per døgnplass. Ved sykehusene var det til sammenligning 0,25 legeårsverk per plass. Noe av forskjellen gjenspeiler generelt høyere bemanningstall ved sykehusene. Som vi skal se har sykehusene imidlertid også gjennomgående noe høyere beleggsprosent.

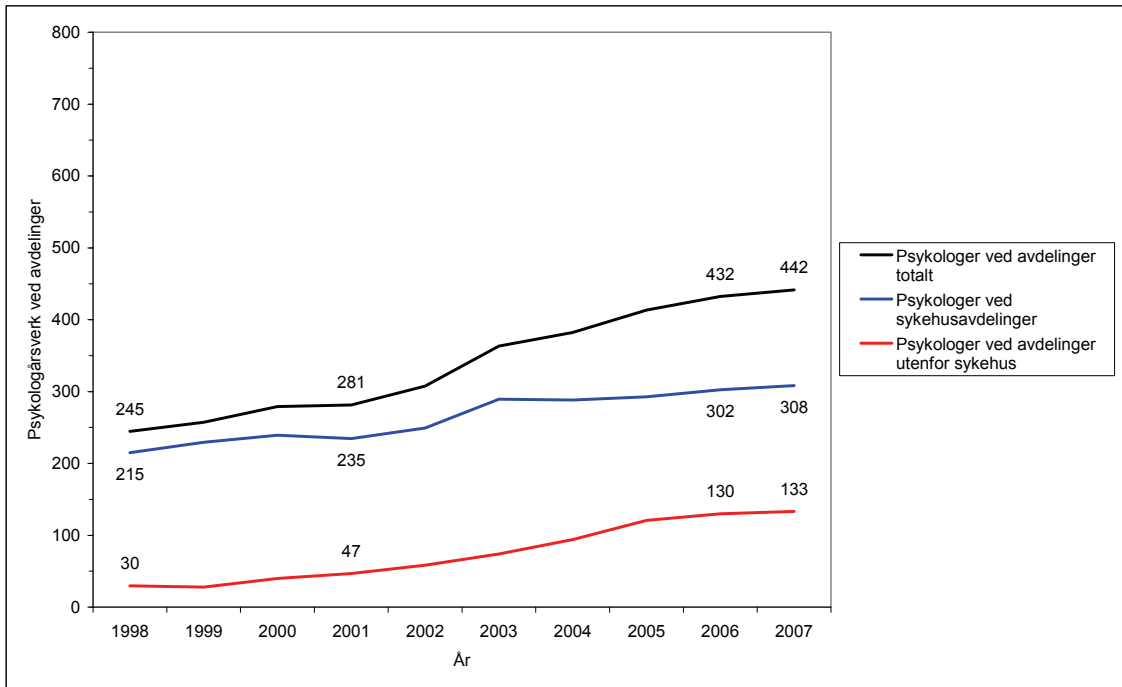
3.5.6 Psykologårsverk

Figur 3.13-3.15 gir en oversikt over fordelingen av psykologårsverkene mellom ulike institusjonstyper og driftsformer over perioden 1998-2007. Figur 3.13 viser psykologårsverk totalt, figur 3.14 ved døgn- og dagavdelinger og figur 3.15 ved poliklinikker. 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.



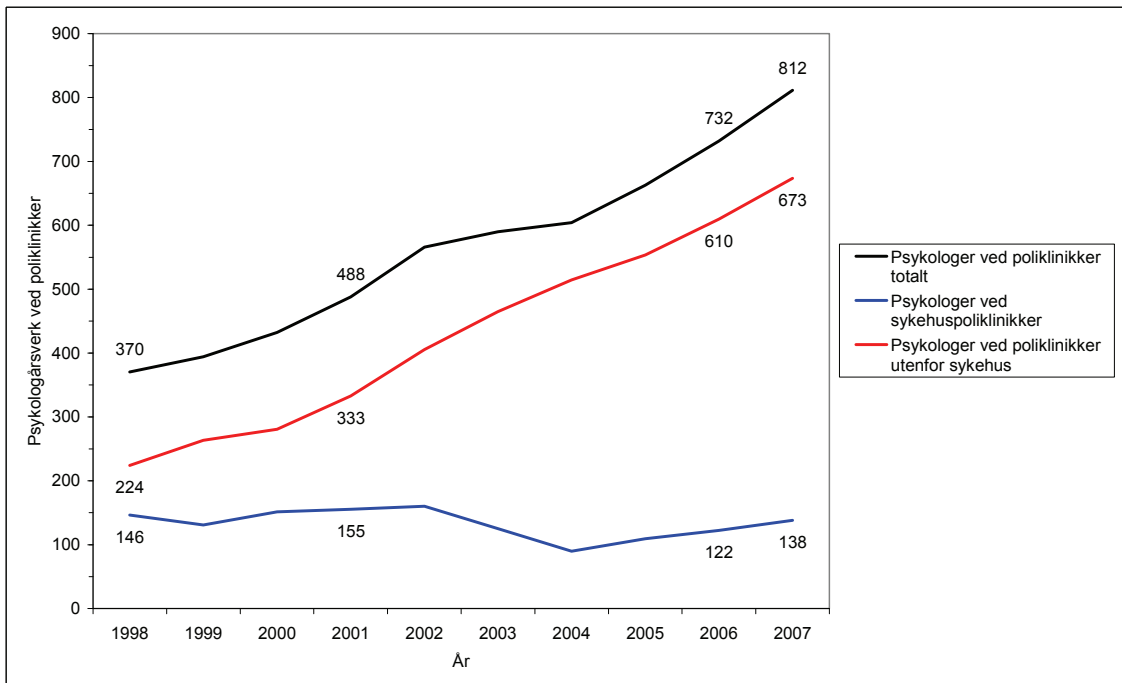
Datakilde: SSB

Figur 3.13 Psykologårsverk totalt i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007



Datakilde: SSB

Figur 3.14 Psykologårsverk ved døgn- og dagavdelinger i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007



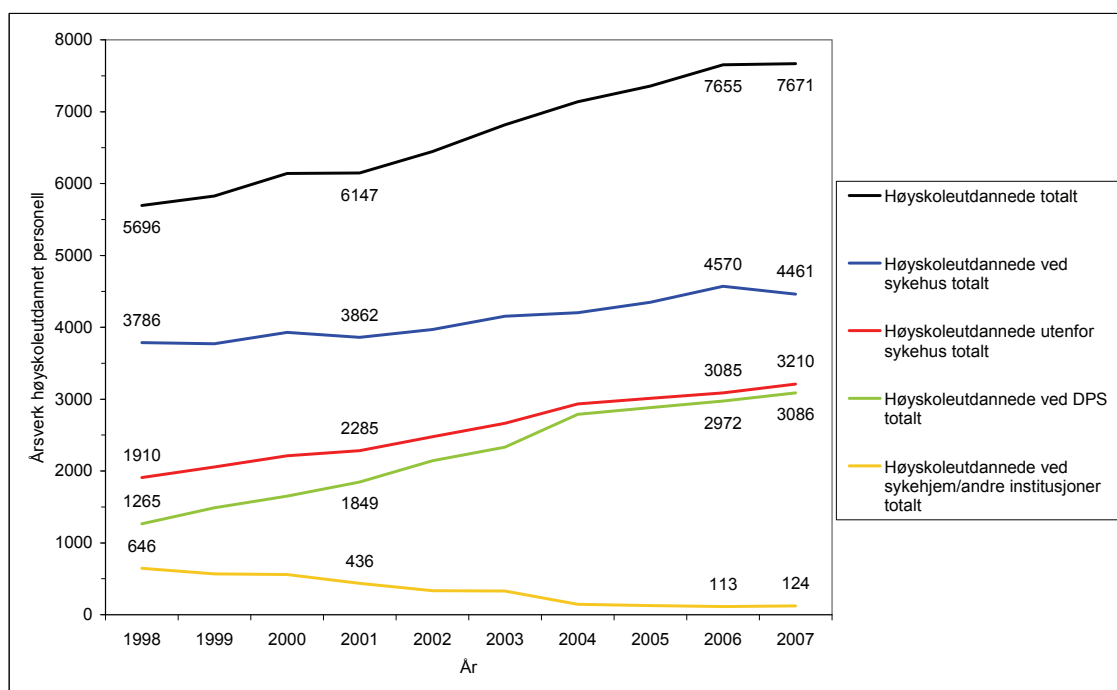
Datakilde: SSB

Figur 3.15 Psykologårsverk ved poliklinikker i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

I løpet av opptrappingsperioden har antall psykologårsverk blitt fordoblet, fra 615 årsverk i 1998 til 1 253 årsverk i 2007. Brorparten av tilveksten, 69 prosent, har gått til poliklinikkene, og da særlig til poliklinikkene ved DPS-ene. Også døgnavdelingene ved sykehusene (15 prosent) og ved DPS-ene (16 prosent) har hatt en andel av økningen i opptrappingsperioden. Psykologdekningen ved DPS-avdelingene er nå 0,07 psykologårsverk per døgnplass, mot 0,11 ved sykehusavdelingene.

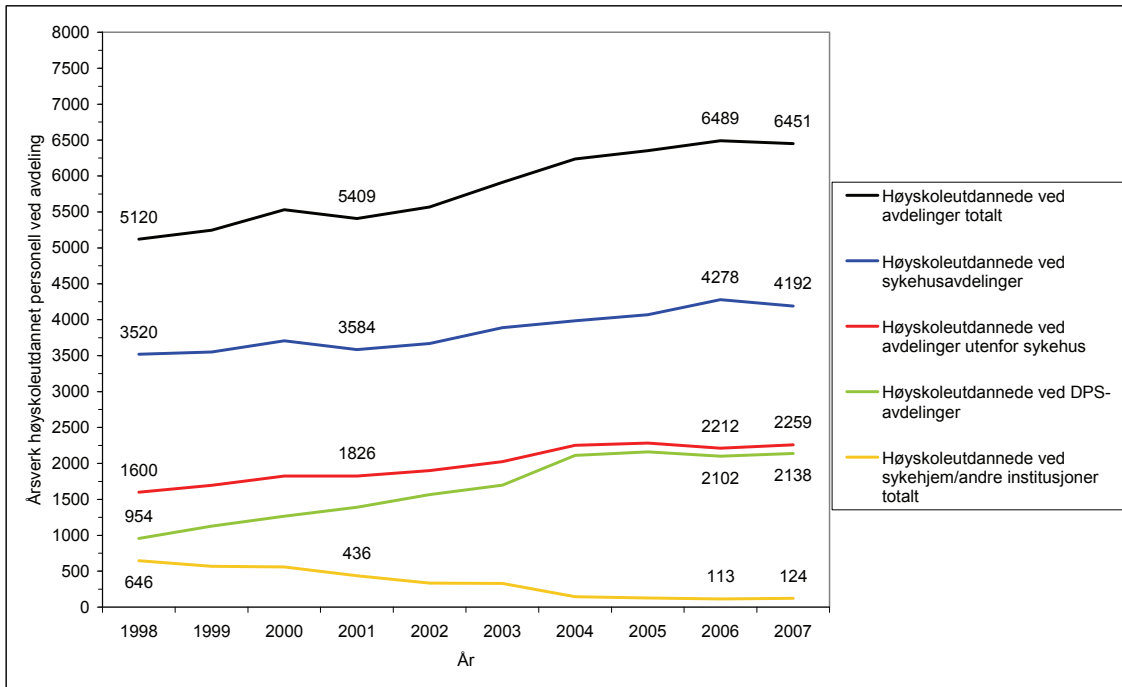
3.5.7 Høyskoleutdannet personell

Figur 3.16 viser personelltilvekst totalt for høyskolegruppen, fordelt etter institusjonstype. Figur 3.17 og 3.18 viser den tilsvarende utviklingen ved hhv. døgn- og dagavdelingene og ved poliklinikkene. Omfanget av poliklinisk personell er ubetydelig ved sykehjem/andre institusjoner. I figur 3.18 er derfor egne tall for DPS og sykehjem/andre institusjoner, etter som sum personell utenfor sykehusene er tilnærmet lik sum personell ved DPS.



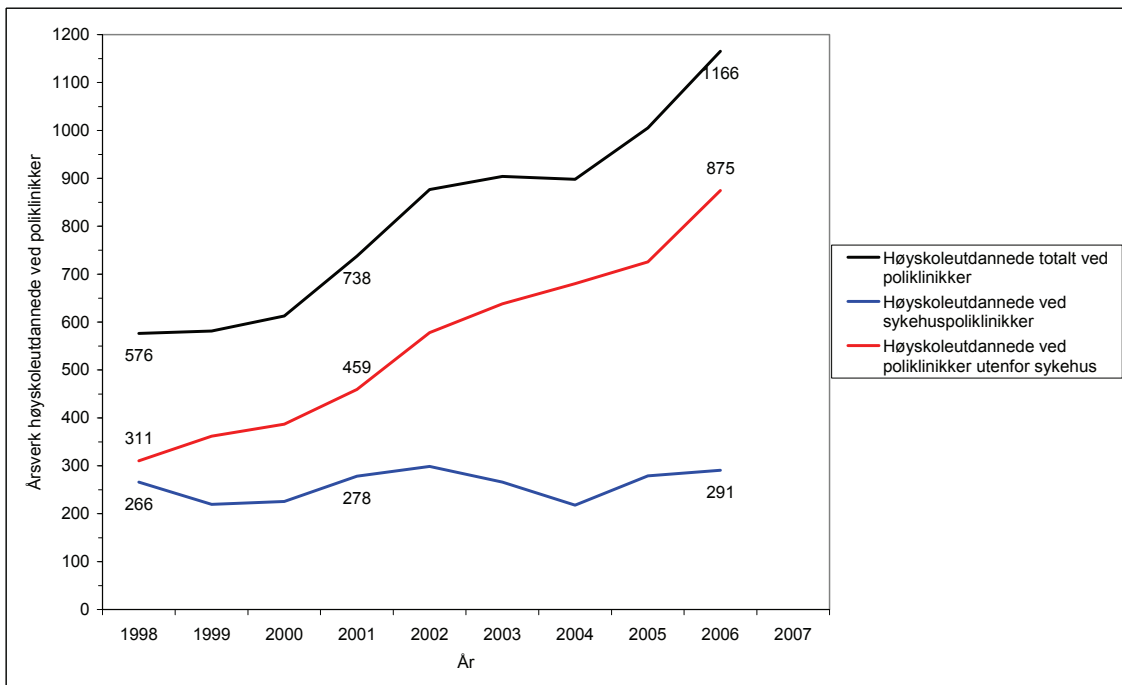
Datakilde: SSB

Figur 3.16 Årsverk totalt utført av høyskoleutdannet personell etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007



Datakilde: SSB

Figur 3.17 Årsverk ved døgn og dagavdelinger utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007



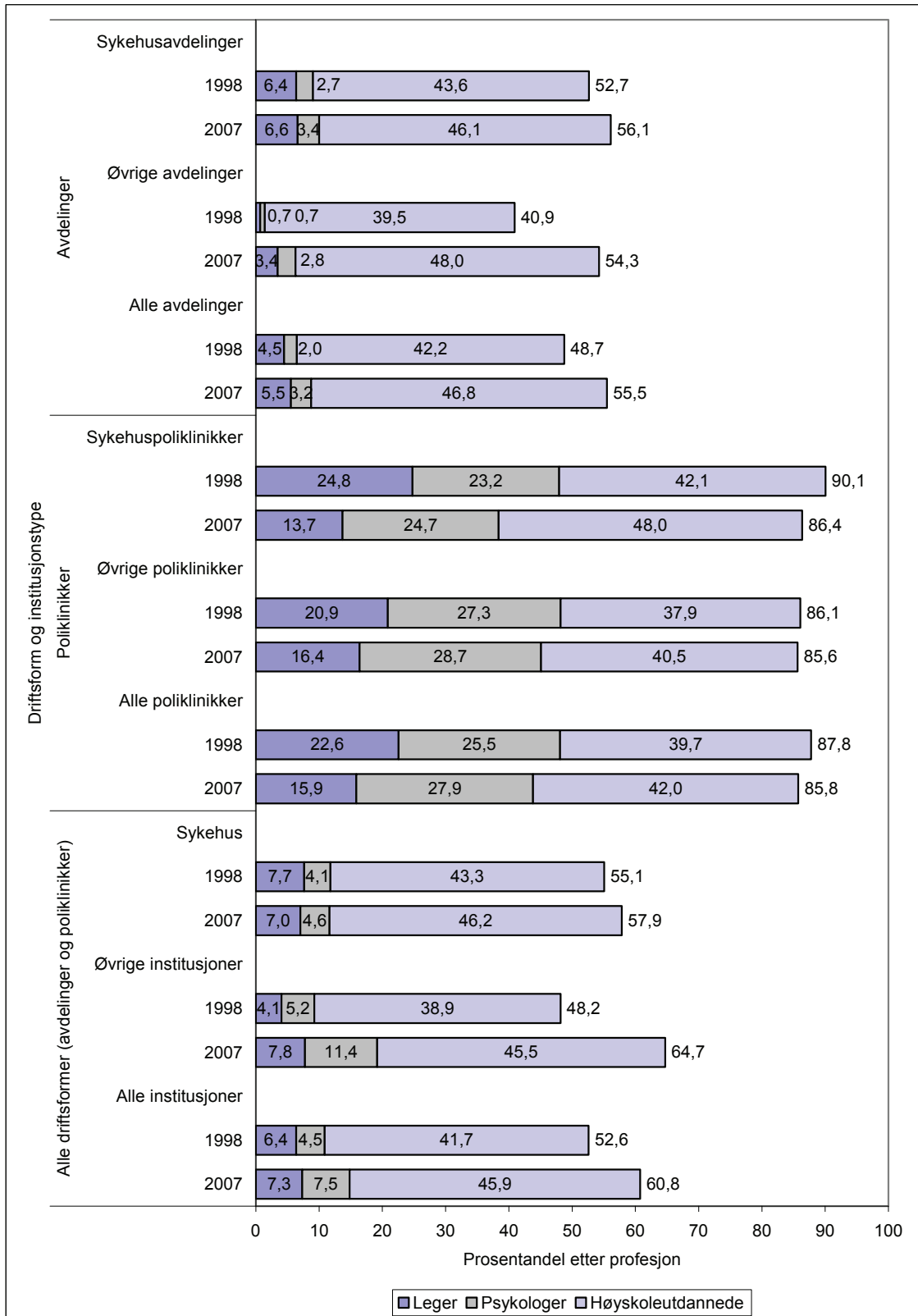
Datakilde: SSB

Figur 3.18 Årsverk ved poliklinikker utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

Antall årsverk utført av høyskoleutdannet personell har økt fra 5 698 i 1998 til 7 671 i 2007, en økning på 1 975 årsverk, eller 35 prosent. Økningen har vært kraftigere utenfor (1 300 flere årsverk) enn ved sykehusene (675 flere årsverk). Veksten utenfor sykehusene er relativt jevnt fordelt mellom avdelinger (659) og poliklinikker (564).

3.5.8 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 3.19 viser andel leger, andel psykologer og andel personell med høyskoleutdanning i prosent av årsverksinnsatsen totalt for årene 1998 og 2006. Det gis egne tall for hhv. sykehusavdelinger og øvrige avdelinger, sykehuspoliklinikker og øvrige poliklinikker, samt for institusjonene samlet.



Datakilde: SSB

Figur 3.19 Prosentandel årsverk utført av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell etter driftsform og institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

For institusjonene samlet har det vært en betydelig heving av personalets utdanningsnivå. Andelen leger og psykologer har økt fra 10,9 prosent i 1998 til 14,8 prosent i 2007. For universitets- og høyskolegruppen samlet har andelen økt fra 52,6 prosent i 1998 til 60,8 prosent i 2007.

Økningen i utdanningsnivå har vært betydelig sterkere utenfor enn ved sykehusene. Utenfor sykehusene var utdanningsnivået i utgangspunktet betydelig lavere. Dette skyldes ikke bare at poliklinikkene (der innslaget av universitets- og høyskoleutdannede er betydelig høyere enn ved avdelingene) har blitt flyttet ut fra sykehusene og i betydelig grad bygd ut. Også ved døgnavdelingene utenfor sykehusene har det vært en kraftig heving av utdanningsnivået. Døgnavdelingene utenfor sykehus hadde i 2007 nær samme andel universitets- og høyskoleutdannede som sykehusavdelingene. Andel legeårsverk er imidlertid fortsatt lavere ved avdelingene utenfor sykehusene.

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 Opptappingsplanen. 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

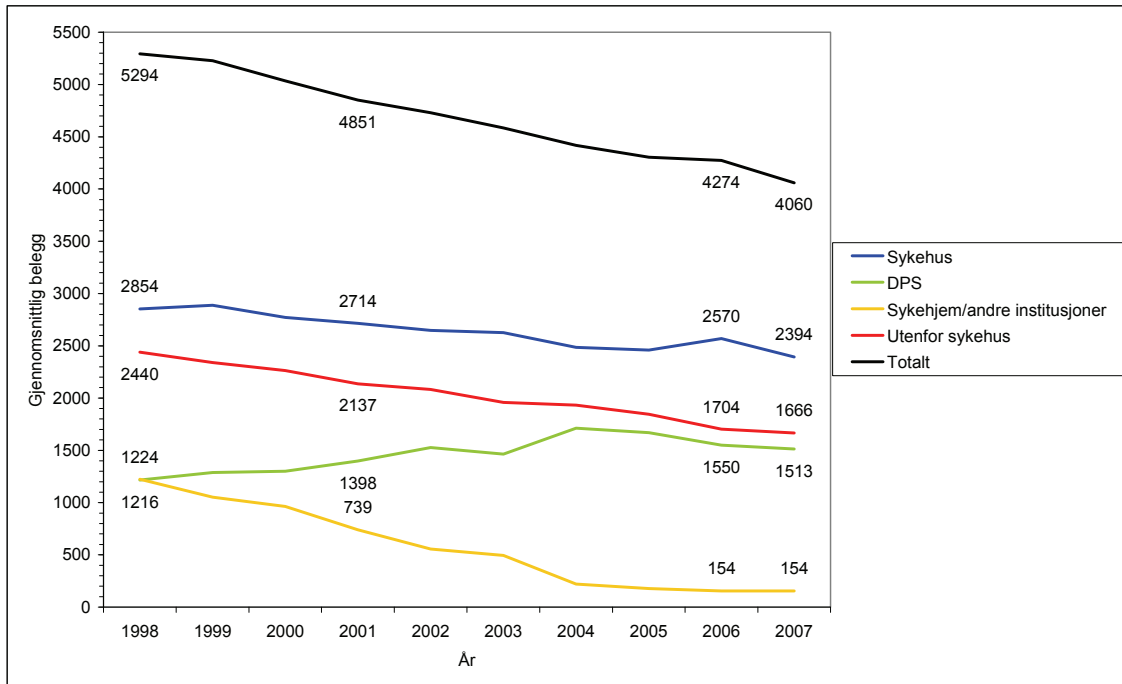
Vi vil i dette avsnittet undersøke endringen i det gjennomsnittlig pasientbelegget (oppholds-døgn/365).

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 Opptappingsplanen skulle holdes på samme nivå som i 1996, med tillegg av 160 sykehusplasser for personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern.

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

Figur 3.20 viser utviklingen i gjennomsnittlig belegg, fordelt etter institusjonstype.

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



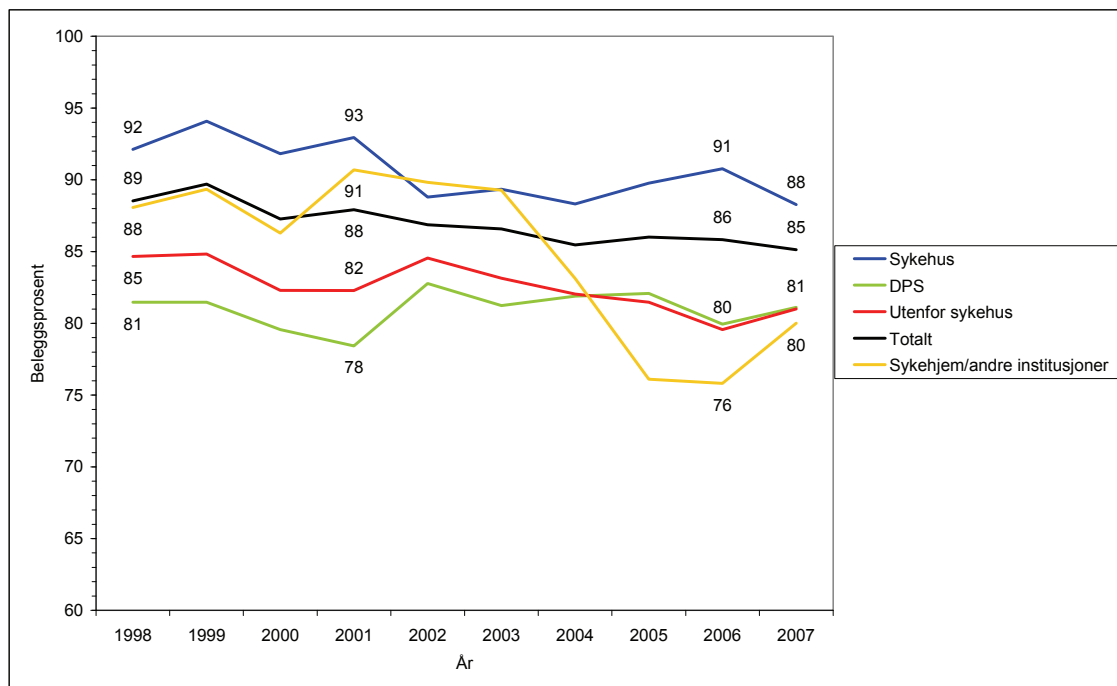
Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.20 Gjennomsnittlig pasientbelegg etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

Resultatene er langt på vei de samme som vi fant for døgnplassene – pasientbelegget har sunket gjennom hele perioden. Fra 1998 til 2007 gikk gjennomsnittsbelegget ned fra 5 294 til 4 060, en reduksjon på 1 234, eller 23 prosent. Ved sykehusavdelingene sank belegget med 2 865 til 2 394, det vil si med 471 pasienter eller 16 prosent. DPS-ene har i samme periode økt belegget fra 1 216 til 1 513, en økning på 297 pasienter eller 24 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 774 pasienter, fra 2 440 til 1 666, eller 32 prosent.

3.6.2 Beleggsprosent

Som vi så i avsnitt 3.5.1 har nedgangen i tallet på døgnplasser fortsatt under opptappingsperioden. 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 ($\text{oppholdsdøgn}/(\text{døgnplasser} \cdot 365)$). Utviklingen er framstilt grafisk i figur 3.21.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.21 Beleggsprosent etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

For institusjonene samlet har beleggsprosenten blitt svakt redusert, fra 89 prosent i 1998 til 85 prosent i 2007. Utviklingen har imidlertid ikke vært den samme ved alle institusjonstypene. Beleggsprosenten har gjennom hele perioden gjennomgående vært høyest ved sykehusene, og har i hele perioden holdt seg over eller opp mot 90 prosent.

For institusjonene utenfor sykehus har det samlet sett vært en relativt entydig utvikling i retning redusert beleggsprosent. For perioden som helhet har beleggsprosenten blitt redusert med syv prosentpoeng, fra 88 prosent i 1998 til 81 prosent i 2007. 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. Ved tidligere pasientregistreringer har det vært en betydelig andel pasienter ved sykehjemmene som etter behandlers vurdering heller burde hatt et kommunalt tilbud (se f.eks. Hagen 1997). I løpet av perioden har tilbudet i kommunene og ved poliklinikkene blitt bygget vesentlig ut. En må derfor også kunne reise spørsmålet om nedgangen i beleggsprosent også reflekterer en nedgang i behovet for slike plasser, slik DPS-funksjonen nå er definert.

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

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

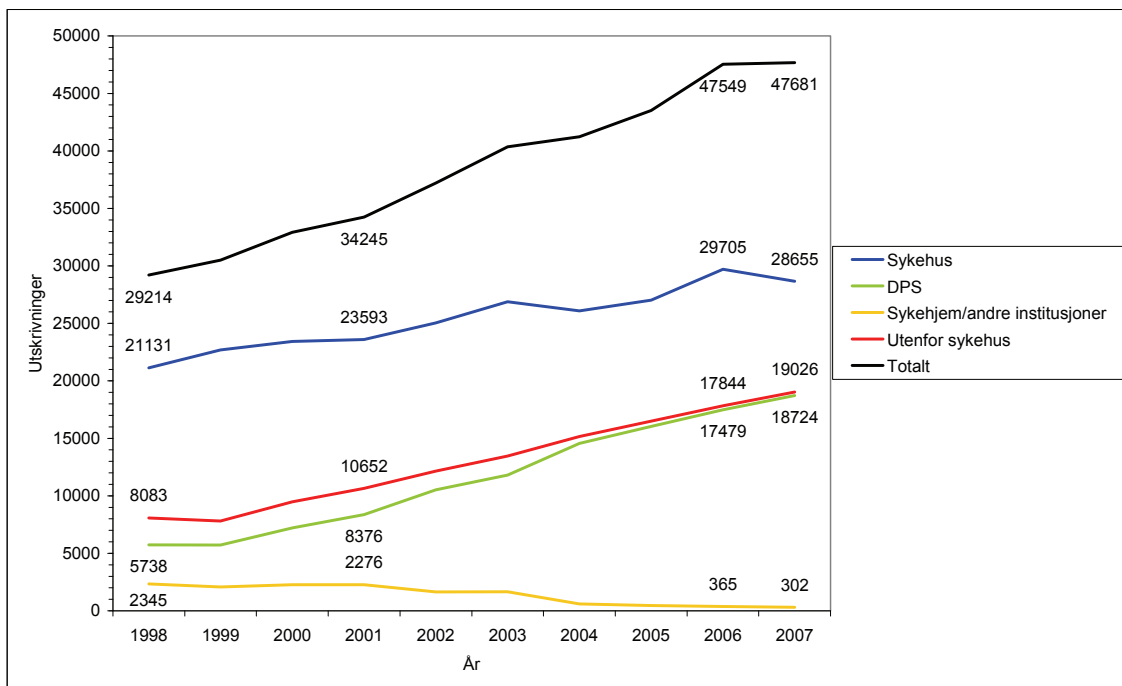
Det kan med andre ord se ut for at presset er sterkere på sykehusplassene enn på plassene utenfor sykehusene, til tross for at plasstallet ved institusjonene utenfor sykehus har blitt vesentlig kraftigere redusert enn plasstallet ved sykehusene.

Dette kan reflektere ulik utvikling i behov for plasser. I planleggingen av den videre utviklingen av tjenesten kan dette enten løses ved en omfordeling av plasser mellom DPS og sykehus, eller gjennom endringer i oppgavefordelingen mellom de to institusjonstypene. Presset på sykehusavdelingene kan imidlertid også være et uttrykk for at sykehusene må ta ansvar for pasienter som heller burde hatt et annet tilbud. En gjennomgang av tall fra pasientregistreringene i 1999 og 2007 viser at andel pasienter ved sykehus som heller burde hatt et annet tilbud har økt, mens antall og andel ved institusjoner utenfor sykehus som heller burde hatt et annet tilbud har sunket (Pedersen og Bjerkan 2008).

3.6.3 Utskrivninger fra døgnopphold

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

Figur 3.22 viser antall utskrivninger per år, fordelt etter institusjonstype.

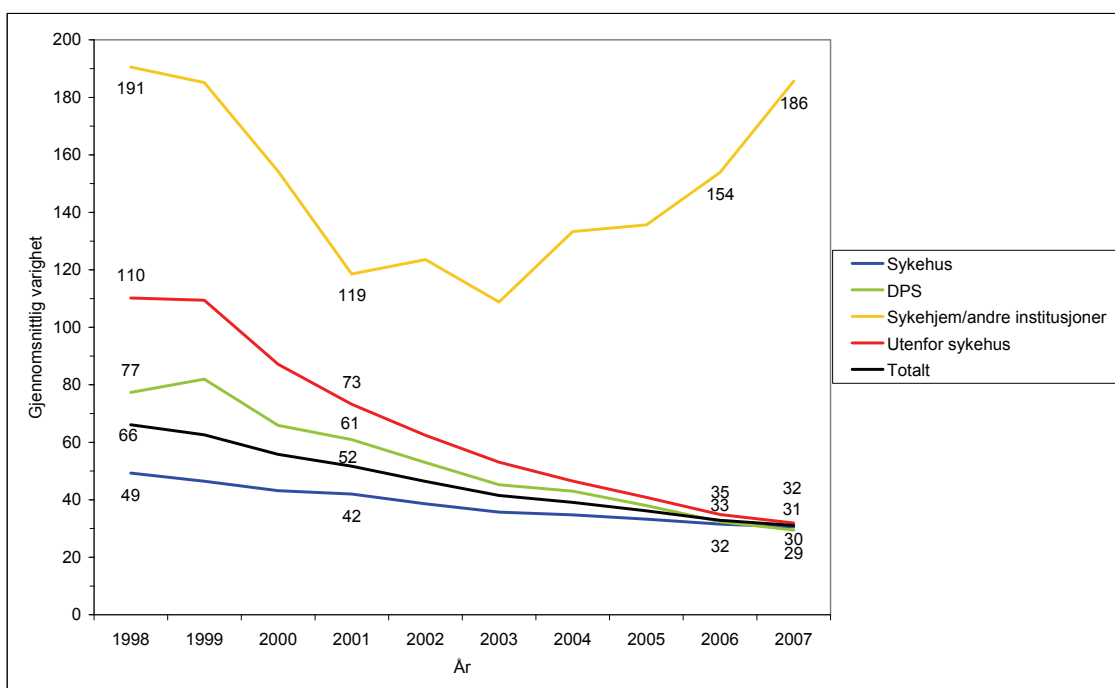


Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.22 Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

Det har i perioden vært en formidabel vekst i antall utskrivninger. Totalt har tallet på utskrivninger økt fra 29 200 i 1998 til 47 700 i 2007, en økning på 63 prosent. SINTEF Helse har i annen sammenheng (Pedersen, Lilleeng og Sitter 2008) undersøkt om/i hvilken grad dette skyldes at de samme pasientene legges inn flere ganger, eller om økningen i utskrivningstallene representerer økt tilgjengelighet for en større andel av befolkningen. Vi fant at bare en mindre del av økningen kunne føres tilbake til flere opphold/reinnleggelser for samme pasient ved samme institusjon. Økningen representerer derfor sannsynligvis langt på vei en tilsvarende økning i befolkningens tilgang til døgntjenester. 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 39 prosent, og antall utskrivninger ved disse institusjonene er mer enn fordoblet.

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. Disse resultatene gjenspeiler endret praksis med hensyn til oppholdenes varighet. Vi har derfor undersøkt hvordan denne har utviklet seg i løpet av perioden, se figur 3.23.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.23 Gjennomsnittlig varighet av avsluttede døgnoophold etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

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 31 døgn i 2007. Gjennomsnittlig varighet ble med andre ord mer enn halvert.

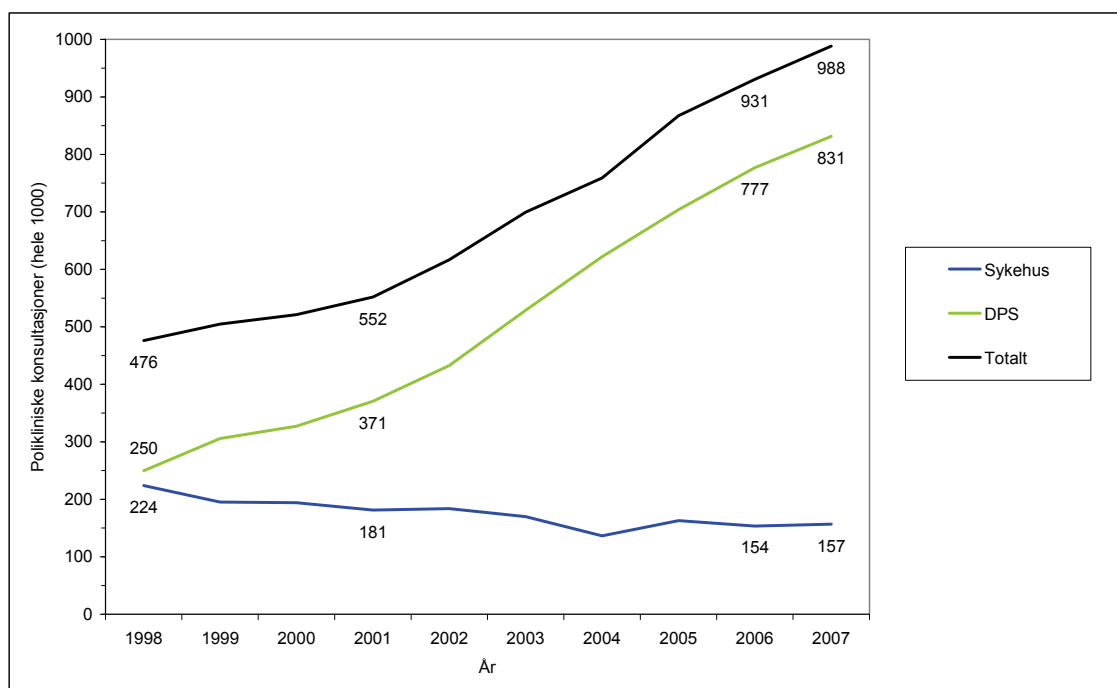
Nedgangen har både absolutt og relativt vært betydelig sterkere utenfor enn ved sykehusene. Utenfor sykehusene gikk den gjennomsnittlige varigheten ned fra 110 døgn i 1998 til 32 døgn i 2007, en reduksjon på 71 prosent. Ved sykehusene har gjennomsnittlig varighet i samme periode blitt redusert fra 49 til 30 døgn. Varigheten av oppholdene ved DPS-ene (29 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 3.24 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.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.24 Polikliniske konsultasjoner (hele 1000) etter type institusjon poliklinikken er tilknyttet. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

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, 113 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.

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

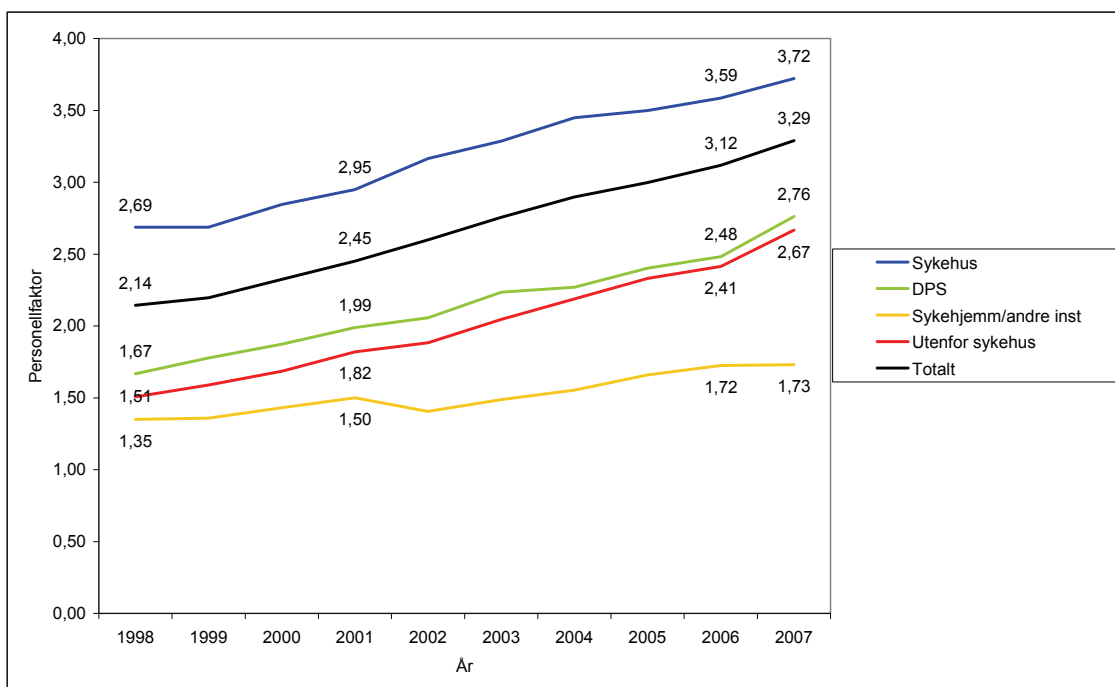
Utviklingen etter 2004 kan i noen grad også være påvirket av endringer i takstsystemet for poliklinikkene (se NAV (2007): Rundskriv F01.12.2000 nr. 1389). Måltallet var imidlertid oppnådd før dette og veksten har uansett vært langt kraftigere enn planlagt.

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 2007 ble det utført 401 konsultasjoner per fagårsverk, mot 388 i 1998. Dette svarer til en økning i produktiviteten på tre 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 bemanningsfaktoren (ut over det som måtte følge av etableringen av plasser for personer som var dømt til psykisk helsevern).

Vi vil i dette avsnittet undersøke hvordan personellfaktoren (årsverk/gjennomsnittlig antall innlagte) har utviklet seg, totalt og for ulike institusjonstyper. I figur 3.25 er utviklingen framstilt grafisk.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.25 Personellfaktor (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

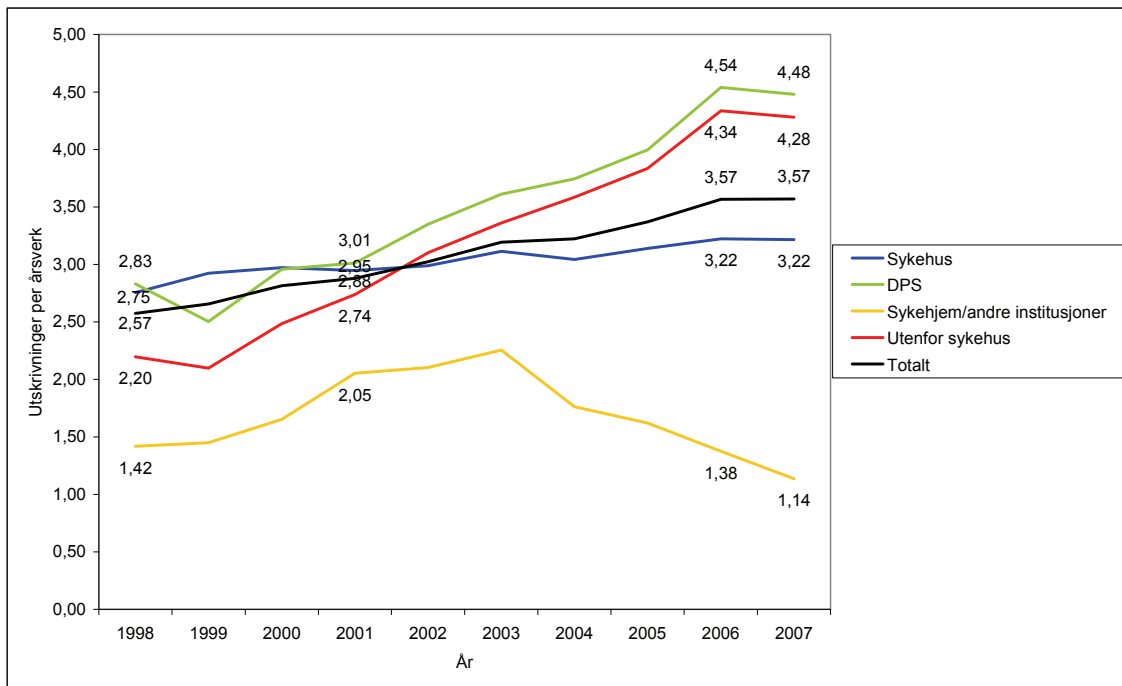
Det har gjennom hele perioden vært en betydelig vekst i personellfaktoren. Samlet har denne økt fra 2,14 i 1998 til 3,29 i 2007, eller med 53 prosent⁸. Veksten har vært noe kraftigere utenfor sykehus (1,16 årsverk) enn ved sykehus (1,03 årsverk).

Som vi så i avsnitt 3.5.3 har avdelingene utenfor sykehus hatt en vekst i personellinnsatsen på 16 prosent i løpet av opptrappingsperioden. Belegget ved disse avdelingene har i samme periode blitt redusert med 32 prosent. Økningen i personellfaktoren skyldes dermed i større grad redusert belegg enn økt personellinnsats. Til sammenligning har sykehusavdelingene hatt en økning i personellinnsatsen på 13 prosent, mens belegget har blitt redusert med 16 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. 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 3.26 viser produktivitetsutviklingen ved døgnavdelingene over perioden 1998-2007.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 3.26 Utskrivninger (avsluttede institusjonsopphold) per årsverk etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007

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 1/2 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.

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 3,57 i 2007, dvs. en økning på 39 prosent.

Produktivitetsøkningen har vært betydelig kraftigere ved avdelingene utenfor sykehus enn ved sykehusavdelingene. Utenfor sykehusene økte tallet fra 2,2 i 1998 til 4,28, dvs. nær en dobling. Ved sykehusene var økningen mer beskjeden, fra 2,75 til 3,22, eller med 17 prosent. DPS-ene har nå passert sykehusene, målt i antall utskrivninger per årsverk. Sykehjemmene viser redusert produktivitet mot slutten av perioden. Dette må sees på bakgrunn av at dette institusjonstypen nå på det nærmeste er 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 3.3. Tabell 3.4-3.7 viser den tilsvarende utviklingen for hver av helseregionene.

Tabell 3.3 Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2007. Nasjonal utvikling

Landet	1998	2007	Endring 1998-2007	
			Absolutte tall	Prosent
Driftskostnader PHV-samlet	10 903	14 764	3 861	35
Driftskostnader PHV-BU	1 373	2 498	1 125	82
Driftskostnader PHV-V	9 530	12 266	2 736	29
Totalt døgnplasser PHV-BU	293	334	41	14
Polikliniske legeårsverk PHV-BU	115	205	90	78
Polikliniske psykologårsverk PHV-BU	305	600	295	97
Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU	185	268	83	45
Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU	175	480	305	174
Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU	780	1 553	773	99
Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU	249	448	199	80
Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU	10,2	15	4,8	47
Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU	25	30	5	20
Dekningsgrad PHV-BU	2,0	4,5	2,5	125
Årsverk PHV-V	13 654	16 705	3 051	22
Legeårsverk PHV-V	870	1 225	355	41
Psykologårsverk PHV-V	615	1 253	638	104
Sykepleierårsverk PHV-V	4 533	6 180	1 647	36
Årsverk høyskoleutdannet personell PHV-V	1 164	1 491	327	28
Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V	7 182	10 149	2 967	41
Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V	3 974	3 556	-418	-11
Årsverk annet personell PHV-V	2 498	2 999	501	20
Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V	53	61	8	15
Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn	45	285	240	533
Årsverk univers.-/høysk. personell PHV-V i DPS-døgn	986	2 130	1 144	116
Døgnplasser PHV-V i DPS	1 492	1 865	373	25
Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS	0,03	0,15	0,12	400
Årsverk univers.-/høysk. per døgnplass PHV-V i DPS	0,66	1,14	0,48	73
Årsverk per døgnplass PHV-V i DPS	1,53	2,36	0,83	54
Avtalespesialistårsverk leger	167	177	10	6
Avtalespesialistårsverk psykologer	388	407	19	5
Sum avtalespesialistårsverk	555	584	29	5
Døgnplasser Sykehus PHV-V	3 070	2 712	-358	-12
Døgnplasser DPS PHV-V	1 492	1 865	373	25
Døgnplasser sykehjem PHV-V	1 298	133	-1 165	-90
Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V	120	59	-61	-51
Totalt døgnplasser PHV-V	5 980	4 769	-1 211	-20
Poliklinisk fagårsverk PHV-V	1 224	2 305	1 081	88
Polikliniske konsultasjoner PHV-V	476	988	512	108
Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V	388	401	13	3

Datakilde: NPR og SSB

Driftskostnader

Måltall: Driftskostnadene til det psykiske helsevernet skal totalt øke med 2,1 milliarder 1998-kroner (3,116 milliarder 2007-kroner), herav 1,463 milliarder (2,172 milliarder 2007-kroner)

til tjenester for voksne, og 636 millioner (944 millioner 2007-kroner) til tjenester for barn og unge.

Resultat: Måltallene er overskredet med 564 millioner (26 prosent) for tjenestene til voksne, 181 millioner (19 prosent) for tjenestene til barn og unge, totalt 745 millioner (24 prosent) (alle tall i 2007-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: Så langt er netto tilvekst 41 plasser siden 1998, 66 plasser færre enn måltallet.

Måltall: 400 flere fagårsverk i poliklinisk virksomhet.

Resultat: Antall fagårsverk har økt med 773, nær en dobling av kapasiteten, og nær 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 20 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 4,5 prosent i 2007. Helseregion Nord er den eneste regionen som har oppfylt måltallet. Helseregion Sør-Øst ligger an til å nå målet i 2008. Helseregion Vest (3,5 prosent) og helseregion Midt-Norge (4,1 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 2007 var økningen 3 050 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 2007 ble det utført 2 967 flere årsverk av personell med universitets- eller høyskoleutdanning enn i 1998. Utdanningsgruppene har økt mer enn den samlede økningen i personellinnsats, som igjen har økt mer enn måltallet.

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 er senere redusert til 1 865. Personellfaktoren 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 er så langt etablert 88 nye plasser i sikkerhetsavdelinger. Restbehovet er anslått til 30 plasser. Det samlede plasstallet ble fram til 2007 redusert til 2 712, om lag 400 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 2007 ble antall døgnplasser ved sykehjemmene redusert fra 1 298 til 59 plasser, det vil si langt kraftigere enn økningen ved DPS.

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

Resultat: Plasstallet har i stedet blitt redusert til 4 769. Om lag 1 600 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 2007 utført totalt 988 000 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 2007 økte antall konsultasjoner per behandler med tre prosent. Veksten i den polikliniske virksomheten skyldes dermed større økning i antall behandlere enn forutsatt i planen.

Tabell 3.4 Måltall for Opptappingsplanen 1998-2007. Utvikling for Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF	1998	2007	Endring 1998-2007	
			Absolutte tall	Prosent
Driftskostnader PHV-samlet	6 243	8 424	2 181	35
Driftskostnader PHV-BU	890	1 397	507	57
Driftskostnader PHV-V	5 353	7 027	1 674	31
Døgnplasser PHV-BU	191	194	3	2
Polikliniske legeårsverk PHV-BU	65	96	31	48
Polikliniske psykologårsverk PHV-BU	163	322	158	97
Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU	106	143	37	34
Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU	97	265	167	172
Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU	432	826	393	91
Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU	255	505	250	98
Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU	11	16	5	48
Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU	24	32	8	33
Dekningsgrad PHV-BU	2,3	4,7	2	104
Årsverk PHV-V	7 658	9 517	1 860	24
Legeårsverk PHV-V	518	728	210	40
Psykologårsverk PHV-V	335	658	323	96
Sykepleierårsverk PHV-V	2 596	3 350	754	29
Årsverk annet høyskoleutdannet personell PHV-V	651	786	135	21
Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V	4 101	5 522	1 421	35
Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V	2 199	2 034	-165	-7
Årsverk annet personell PHV-V	1 358	1 961	603	44
Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V	54	58	4	8
Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn	28	135	107	381
Årsverk univers.-/høysk. PHV-V i DPS-døgn	569	1 034	465	82
Døgnplasser PHV-V i DPS	854	955	101	12
Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS	0,03	0,14	0,11	330
Årsverk univers.-/høysk. per døgnplass PHV-V i DPS	0,67	1,08	0,42	63
Årsverk per døgnplass PHV-V i DPS	1,62	2,40	0,78	48
Avtalespesialister leger	127	135	9	7
Avtalespesialister psykologer	254	262	8	3
Sum avtalespesialistårsverk	381	397	17	4
Døgnplasser Sykehus PHV-V	1 894	1 596	-298	-16
Døgnplasser DPS PHV-V	854	955	101	12
Døgnplasser sykehjem PHV-V	601	118	-483	-80
Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V	66	42	-24	-36
Totalt døgnplasser PHV-V	3 415	2 711	-704	-21
Poliklinisk fagårsverk PHV-V	697	1 240	543	78
Polikliniske konsultasjoner PHV-V	273 218	552 370	279 152	102
Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V	399	429	30	8

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 3.5 Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2007. Utvikling for Helse Vest RHF

Helse Vest RHF	1998	2007	Endring 1998-2007	
			Absolutte tall	Prosent
Driftskostnader PHV-samlet	2 026	2 915	889	44
Driftskostnader PHV-BU	234	477	243	104
Driftskostnader PHV-V	1 792	2 438	646	36
Døgnplasser PHV-BU	52	61	9	17
Polikliniske legeårsverk PHV-BU	20	45	25	120
Polikliniske psykologårsverk PHV-BU	57	138	81	143
Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU	27	44	17	65
Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU	20	65	45	223
Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU	124	292	168	136
Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU	242	386	144	60
Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU	10,6	15,0	4	42
Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU	23	26	3	13
Dekningsgrad PHV-BU	1,5	3,5	2	133
Årsverk PHV-V	2 737	3 302	565	21
Legeårsverk PHV-V	158	217	59	37
Psykologårsverk PHV-V	112	278	167	150
Sykepleierårsverk PHV-V	948	1 421	473	50
Årsverk annet høyskoleutdannet personell PHV-V	218	231	13	6
Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V	1 435	2 147	712	50
Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V	805	776	-29	-4
Årsverk annet personell PHV-V	497	379	-118	-24
Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V	52	65	13	24
Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn	6	91	84	1 327
Årsverk univers./høysk. personell PHV-V i DPS-døgn	99	581	482	489
Døgnplasser PHV-V i DPS	159	491	332	209
Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS	0,04	0,18	0,14	362
Årsverk univers./høysk. per døgnplass PHV-V i DPS	0,62	1,18	0,56	91
Årsverk per døgnplass PHV-V i DPS	1,41	2,27	0,86	61
Avtalespesialister leger	26	29	3	12
Avtalespesialister psykologer	83	95	12	14
Sum avtalespesialistårsverk	109	124	15	14
Døgnplasser Sykehus PHV-V	549	523	-26	-5
Døgnplasser DPS PHV-V	159	491	332	209
Døgnplasser sykehjem PHV-V	542	0	-542	-100
Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V	44	0	-44	-100
Totalt døgnplasser PHV-V	1 294	1 014	-280	-22
Poliklinisk fagårsverk PHV-V	193	413	220	114
Polikliniske konsultasjoner PHV-V	84 622	175 245	90 623	107
Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V	433	370	-63	-15

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 3.6 Måltall for Opptreppingsplanen 1998-2007. Utvikling for Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF	1998	2007	Endring 1998-2007	
			Absolutte tall	Prosent
Driftskostnader PHV-samlet	1 363	1 835	472	35
Driftskostnader PHV-BU	160	300	140	88
Driftskostnader PHV-V	1 203	1 535	332	28
Døgnplasser PHV-BU	26	40	14	54
Polikliniske legeårsverk PHV-BU	17	26	10	58
Polikliniske psykologårsverk PHV-BU	49	66	17	34
Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU	21	42	21	96
Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU	28	78	50	176
Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU	115	213	97	84
Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU	244	360	116	48
Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU	12	9	-2	-20
Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU	21	27	6	29
Dekningsgrad PHV-BU	1,6	4,1	3	156
Årsverk PHV-V	1 868	2 038	170	9
Legeårsverk PHV-V	98	154	55	56
Psykologårsverk PHV-V	76	174	97	127
Sykepleierårsverk PHV-V	634	800	167	26
Årsverk annet høyskoleutdannet personell PHV-V	178	203	25	14
Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V	986	1 330	344	35
Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V	497	394	-103	-21
Årsverk annet personell PHV-V	385	315	-71	-18
Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V	53	65	12	24
Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn	0	35	35	57 567
Årsverk univers.-/høysk. personell PHV-V i DPS-døgn	177	242	65	37
Døgnplasser PHV-V	351	239	-112	-32
Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS	0,00	0,14	0,14	84 590
Årsverk univers.-/høysk. per døgnplass PHV-V i DPS	0,50	1,01	0,51	101
Årsverk per døgnplass PHV-V i DPS	1,15	1,91	0,77	67
Avtalespesialister leger	9	9	0	-2
Avtalespesialister psykologer	28	34	6	21
Sum avtalespesialistårsverk	37	43	6	15
Døgnplasser Sykehus PHV-V	408	327	-81	-20
Døgnplasser DPS PHV-V	351	239	-112	-32
Døgnplasser sykehjem PHV-V	74	15	-59	-80
Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V	0	13	13	
Totalt døgnplasser PHV-V	833	594	-239	-29
Poliklinisk fagårsverk PHV-V	163	359	196	120
Polikliniske konsultasjoner PHV-V	66 266	160 931	94 665	143
Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V	378	448	70	19

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 3.7 Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2007. Utvikling for Helse Nord RHF

Helse Nord RHF	1998	2007	Endring 1998-2007	
			Absolutte tall	Prosent
Driftskostnader PHV-samlet	1 059	1 619	560	53
Driftskostnader PHV-BU	151	327	176	117
Driftskostnader PHV-V	908	1 292	384	42
Døgnplasser PHV-BU	24	39	15	63
Polikliniske legeårsverk PHV-BU	12	26	14	111
Polikliniske psykologårsverk PHV-BU	49	66	17	34
Polikliniske sosionomårsverk PHV-BU	31	42	11	37
Andre polikliniske årsverk m/høyskoleutdanning PHV-BU	29	78	49	169
Polikliniske fagårsverk totalt PHV-BU	121	213	91	75
Polikliniske tiltak per fagårsverk PHV-BU	228	413	185	81
Polikliniske tiltak per pasient PHV-BU	9	14	5	52
Polikliniske pasienter per fagårsverk PHV-BU	25	30	5	20
Dekningsgrad PHV-BU	3,1	6,3	3	103
Årsverk PHV-V	1 391	1 847	455	33
Legeårsverk PHV-V	96	127	31	32
Psykologårsverk PHV-V	92	143	51	56
Sykepleierårsverk PHV-V	355	608	253	71
Årsverk annet høyskoleutdannet personell PHV-V	117	272	155	133
Sum årsverk universitets-/høyskoleutdanning PHV-V	660	1 150	490	74
Årsverk øvrig pleiepersonell PHV-V	474	353	-122	-26
Årsverk annet personell PHV-V	258	345	87	34
Andel årsverk med universitets-/høyskole PHV-V	47	62	15	31
Årsverk leger og psykologer PHV-V i DPS-døgn	11	25	14	128
Årsverk univers.-/høysk. personell PHV-V i DPS-døgn	97	273	177	183
Døgnplasser PHV-V i DPS	128	180	52	41
Årsverk leger og psykologer per døgnplass PHV-V i DPS	0,09	0,14	0,05	62
Årsverk univers.-/høysk. per døgnplass PHV-V i DPS	0,75	1,52	0,76	101
Årsverk per døgnplass PHV-V	2,13	2,99	0,86	41
Avtalespesialister leger	6	5	-2	-27
Avtalespesialister psykologer	12	15	3	24
Sum avtalespesialistårsverk	19	20	1	7
Døgnplasser Sykehus PHV-V	219	266	47	21
Døgnplasser DPS PHV-V	128	180	52	41
Døgnplasser sykehjem PHV-V	81	0	-81	-100
Døgnplasser andre døgninstitusjoner PHV-V	10	4	-6	-60
Totalt døgnplasser PHV-V	438	450	12	3
Poliklinisk fagårsverk PHV-V	170	292	122	72
Polikliniske konsultasjoner PHV-V	52	99 872	47 799	92
Konsultasjoner per fagårsverk PHV-V	309	301	-8	-3

Datakilde: NPR og SSB