

SAMDATA



SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 2/08

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

**SINTEF****SINTEF Helse**

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007

FORFATTER(E)

Johan Håkon Bjørngaard (red), Anne Mette Bjerkan, Ragnild Bremnes, Trond Hatling, Silje Kaspersen, Per Bernhard Pedersen, Marit Sitter og Tove E. Waagan

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A7840	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Linda Haugan	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04511-6	PROSJEKTNR. 78I127.30	ANTALL SIDER OG BILAG 222
ELEKTRONISK ARKIVKODE SAMDATA Sekorrapport for det psykiske helsevernet 2007		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) <i>Johan Håkon Bjørngaard</i> Johan Håkon Bjørngaard	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Knut Bergslund
ARKIVKODE E	DATO 2008-09-11	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	<i>Britt Venner</i>

SAMMENDRAG

Rapporten inneholder en gjennomgang av utvikling under Opptrappingsplanen for psykisk helse, bruk av tvungent psykisk helsevern ved døgnopphold, organisering av tjenestetilbudet, ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområder og pasientsammensetning.

Kraftig vekst i behandlingsvirksomheten utenfor sykehusene

Døgnavdelingene utenfor de psykiatriske sykehusene behandler langt flere pasienter i dag enn for ni år siden, og varigheten av oppholdene her har gått kraftig ned. I dag foregår døgnbehandling utenfor sykehusene i all hovedsak ved Distriktpsikiatriske Sentre (DPS). Gjennom det siste tiåret har det også vært en kraftig økning og desentralisering av den polikliniske virksomheten i det psykiske helsevernet.

Stor vekst i antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge

Om lag 4,5 prosent av barn og unge mottok behandling i det psykiske helsevernet i 2007, mot 2,0 prosent i 1998. For å nå målet om fem prosent dekning må årets veksttakt bli om lag 11 prosent mot om lag fem prosent fra 2006 til 2007.

Ressursveksten har ikke redusert omfanget av tvangsinnleggelse

Til tross for en kraftig ressursvekst til det psykiske helsevernet i virkeperioden til Opptrappingsplanen, har ikke omfanget av tvangsinnleggelse blitt redusert. Etter endringen av lov om psykisk helsevern i 2001, har antallet tvangsinnleggelse per 10 000 voksne innbyggere vært relativt stabilt. Kapasitetsøkning ser ikke ut til å være nok i seg selv for å redusere dette, trass i antakelser om at økt ressursbruk ville bidra til lavere terskel for behandling for alvorlig syke og dermed redusere behovet for tvangsbruk.

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

Forord

SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 er en av fire rapporter som beskriver utviklingstrekk og status for spesialisthelsetjenesten. SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 ble publisert i juli, mens sektorrapporter for somatisk spesialisthelsetjeneste og for rusbehandling utgis samtidig med denne rapporten.

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

I forhold til tidligere år er publiseringsformen lagt vesentlig om. Mye av det stoffet en tradisjonelt har funnet i sektorrapporten vil en nå finne i SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007, eller på SAMDATAs nettsider (www.sintef.no/samdata). Sektorrapportene vil i større grad fokusere på analyser av ulike tema. Denne rapporten tar opp:

- Utvikling under Opptappingsplanen for psykisk helse
- Tvungent psykisk helsevern ved døgnopphold
- Organisering av tjenestetilbudet
- Ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområder
- Pasientsammensetning

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

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

Fra SINTEF Helse har følgende deltatt i arbeidet med denne rapporten: Knut H. Bergsland, Anne Mette Bjerkan, Johan Håkon Bjørngaard, Ragnild Bremnes, Mona K. Eidem, Silje Kaspersen, Hanne Kvam, Per Bernhard Pedersen, Trond Hatling, Marit Sitter og Tove E. Waagan. Johan Håkon Bjørngaard har vært prosjektleder. Kjartan S. Anthun har vært prosjektleder for kontrollen av regnskapsdata, mens Linda Midttun har vært prosjektleder og koordinator for SAMDATA-prosjektet samlet sett.

Trondheim, september 2008

Johan Håkon Bjørngaard (red)

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
1 Bakgrunn og leserveiledning	11
2 Sammendrag.....	15
2.1 Det psykiske helsevernet under opptrapping – 1998 til 2007	15
2.2 Utvidet sammendrag	16
3 Opptrappingsperioden 1998-2007	23
3.1 Sammendrag	23
3.2 Innledning	26
3.3 Datagrunnlag	27
3.4 Utviklingen i det psykiske helsevernet for barn og unge.....	28
3.4.1 Innledning.....	28
3.4.2 Fagpersonell ved poliklinikkene.....	28
3.4.3 Dekningsgrad	29
3.4.4 Produktiviteten ved poliklinikkene for barn og unge.....	31
3.4.5 Døgnplasser	32
3.5 Utvikling i ressursinnsats og -fordeling i det psykiske helsevernet for voksne	33
3.5.1 Utviklingen i døgnplasskapasiteten	34
3.5.2 Utviklingen i samlet personellinnsats og -fordeling	35
3.5.3 Er fordelingen av personelløkningen i samsvar med målene for Opptrappingsplanen?	39
3.5.4 Personelløkning i behandlergruppene.....	40

3.5.5	Legeårsverk	40
3.5.6	Psykologårsverk.....	42
3.5.7	Høyskoleutdannet personell.....	44
3.5.8	Andel personell med universitets- og høyskoleutdanning.....	46
3.6	Utvikling i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne	48
3.6.1	Gjennomsnittlig belegg	48
3.6.2	Beleggsprosent	49
3.6.3	Utskrivninger fra døgnopphold	51
3.6.4	Polikliniske konsultasjoner.....	53
3.6.5	Personellfaktor ved døgnavdelingene	54
3.6.6	Utskrivninger per årsverk.....	55
3.7	Oppsummering - måltall	56
4	Driftskostnader og øremerkede tilskudd i helseregionene 1998-2007 ...	65
4.1	Sammendrag	65
4.2	Innledning	66
4.3	Utvikling i driftskostnader	66
4.3.1	Kostnadsutvikling i regionene	67
4.3.2	Regional utvikling i relativ kostnadsfordeling mellom PHV-BU og PHV-V	71
4.4	Øremerkede tilskudd og polikliniske refusjoner.....	72
4.4.1	Øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet.....	72
4.4.2	Polikliniske refusjoner	76
4.5	Økning i kostnader sammenholdt med økningen i personell.....	77
4.5.1	Kostnad per årsverk i opptrappingsplanperioden	78
4.6	Vedleggstabeller	80
5	Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge – 1998-2007.....	83
5.1	Sammendrag	83
5.2	Innledning	84
5.3	Data og metode.....	84
5.3.1	Sentrale variabler.....	85

5.4	Utvikling på nasjonalt nivå	86
5.4.1	Utvikling i antall behandlede pasienter	86
5.4.2	Dekningsgrad	87
5.4.3	Behandlingsrater for ulike pasientgrupper	89
5.4.4	Pasientsammensetning og problemområde (henvisningsgrunn).....	93
5.4.5	Pasientgrupper med høy prioritet ved inntak.....	97
5.5	Vedleggstabeller	102
6	Tvangsinnleggelses ved døgnbehandling i det psykiske helsevernet ...	103
6.1	Sammendrag	103
6.2	Innledning	104
6.3	Om lovgrunnlaget	105
6.4	Data	106
6.4.1	Datagrunnlag - tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg for voksne	106
6.4.2	Datagrunnlag - tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg for barn og unge	108
6.5	Omfang av tvang ved henvisning i det psykiske helsevernet for voksne	108
6.6	Omfang av omgjøring av tvangshenvisninger for voksne.....	109
6.7	Omfang av vedtak om tvungent psykisk helsevern for voksne	110
6.8	Spesialistens begrunnelse for tvungent psykisk helsevern for voksne.....	112
6.9	Befolkningsbaserte rater i tvungent psykisk helsevern for voksne.....	113
6.9.1	Utvikling for vedtak om tvungent psykisk helsevern for voksne 2001-2007	113
6.9.2	Regionale forskjeller i bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne.....	115
6.10	Vedtak om tvungent psykisk helsevern for barn og unge 2006-2007	117
6.11	Vedleggstabeller	119
7	Organisering av tjenestene til voksne 1998 og 2007	135
7.1	Sammendrag	135
7.2	Innledning	136
7.3	Data og metode.....	137
7.4	Volum og fordeling av personellinnsats mellom institusjons- og tjenestetyper	137
7.4.1	Endringer på regionnivå	137

7.4.2	Fordeling av personellressurser i helseforetaksområdene	142
7.5	Fordeling av døgnplasser.....	147
7.5.1	Utviklingen i døgnplasser i regionene.....	147
7.5.2	Forskjeller mellom foretaksområdene i døgnplassdekning.....	149
7.6	Utskrivninger fra døgnavdelingene.....	152
7.6.1	Utviklingen i utskrivninger i regionene	152
7.6.2	Forskjeller mellom helseforetaksområdene i utskrivningsrater.....	154
7.7	Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype.....	157
7.7.1	Utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner i regionene	157
7.7.2	Forskjeller mellom helseforetaksområder i konsultasjonsrater.....	159
8	Ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområdene.....	163
8.1	Sammendrag	163
8.2	Innledning	165
8.3	Variabler og metode	165
8.4	Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge	166
8.4.1	Samvariasjon – ressurs- og forbruksindikatorer i det psykiske helsevernet for barn og unge.....	167
8.4.2	Personelldekning og dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge.....	168
8.4.3	Sammenstilling av indikatorer i det psykiske helsevernet for barn og unge.....	169
8.4.4	Dekningsgrad og produktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge	175
8.5	Helseforetaksområder i det psykisk helsevernet for voksne	177
8.5.1	Samvariasjon – ressurs- og forbruksindikatorer i det psykiske helsevernet for voksne	177
8.5.2	Personelldekning og døgnrater i det psykiske helsevernet for voksne.....	178
8.5.3	Sammenstilling av ressurs- og forbruksindikatorer i det psykiske helsevernet for voksne	179
8.5.4	Ressursinnsats og kapasitetsutnyttning det psykiske helsevernet for voksne	186
8.6	Ressurs- og forbruksprofil blant HF-områdene i tjenestene til barn, unge og voksne	187
9	Diagnoser ved døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne	195
9.1	Sammendrag	195
9.2	Innledning	195

9.3	Datagrunnlag	196
9.4	Fordeling av pasienter i ulike diagnosegrupper	197
9.5	Geografiske forskjeller i pasientsammensetning mellom ulike helseforetaksområder	199
9.5.1	Geografiske forskjeller i omfang av utskrivninger av pasienter med schizofreni spektrum lidelser.....	199
9.5.2	Geografiske forskjeller i omfang av utskrivninger av pasienter med affektive lidelser	203
	Tabell- og figuroversikt	207
	Tabelloversikt.....	207
	Figuroversikt.....	212
	Litteraturliste	221

1 Bakgrunn og leserveiledning

SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 er en av fire rapporter som beskriver utviklingstrekk og status for spesialisthelsetjenesten.

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

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

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

I forhold til tidligere år er publiseringsformen lagt vesentlig om. SAMDATA Nøkkeltall har som formål å gi en samlet oversikt over styringsindikatorer og utvikling for den somatiske sektoren og det psykiske helsevernet på et tidligst mulig tidspunkt. Mye av det stoffet en tradisjonelt har funnet i sektorrapporten vil en nå finne der, eller på SAMDATAs nettsider på www.sintef.no/samdata.

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

Sektorrapportens innhold og oppbygging

En hovedoppgave for SAMDATA er å frambringe kunnskap om utviklingen i det psykiske helsevernet i lys av Opptappingsplanens ulike mål. I kapittel 3, tar vi utgangspunkt i de konkrete målene og drøfter grad av måloppnåelse ni år ut i planperioden. Kapittel 4 tar for seg utviklingen i driftskostnader og øremerkede tilskudd under planperioden, og kapittel 5 viser utviklingen for ulike pasientgrupper i det psykiske helsevernet for barn og unge.

I kapittel 6 beskrives omfanget av tvangsinnleggelse i 2007 og utvikling i vedtak om tvangsinnleggelse etter endringen av psykisk helsevernloven i 2001. Opptappingsplanen lagt opp til en omfattende omstrukturering og desentralisering av tjenestetilbudet for voksne. Sentralt i dette arbeidet står utbyggingen av de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS-ene). I kapittel 7 undersøker vi, med utgangspunkt i fordelingen av ressurser og bruk av tjenester, om/i hvilken utstrekning vi har fått en slik desentralisering av tjenestene. I kapitlet presenterer vi også tall som viser forskjeller i struktur helseregionene i mellom.

I SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet presenteres det en lang rekke indikatorer på helseforetaksnivå. I kapittel 8 ser vi flere av disse indikatorene i en sammenheng. Hensikten med dette kapitlet er å synliggjøre forskjeller i tilbudsprofil.

I kapittel 9 viser omfanget av pasienter i ulike diagnosegrupper i døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne.

Tolking og bruk av SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet

I SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 presenteres gjennomsnittstall for landet som helhet, for regionale helseforetak og for grupper av institusjoner. Vi finner grunn til å understreke at gjennomsnittet ikke nødvendigvis uttrykker det "riktige" nivå verken for ressursbruk, kapasitet eller aktivitet. Det er heller ikke slik at en stor eller liten spredning omkring gjennomsnittstall uten videre sier noe om grad av fordelingsrettferdighet.

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

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

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

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

Kvalitetssikring av data

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

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

2 Sammendrag

2.1 Det psykiske helsevernet under opptrapping – 1998 til 2007

Kraftig vekst i behandlingsvirksomheten utenfor sykehusene

Døgnavdelingene utenfor de psykiatriske sykehusene behandler langt flere pasienter i dag enn for ni år siden (8 083 ble utskrevet i 1998 mot 19 026 i 2007), og varigheten av oppholdene her har gått kraftig ned. Samtidig er det et faktum at denne delen av det psykiske helsevernet har fått tilført mindre ressurser enn det den nasjonale Opptrappingsplanen forutsatte.

I dag foregår døgnbehandling utenfor sykehusene i all hovedsak ved Distriktpspsykiatriske Sentre (DPS). Utbyggingen av sentrene har langt på vei blitt finansiert ved at de tradisjonelle psykiatriske sykehjemmene er blitt avviklet. Nedbyggingen av sykehjemmene har gått raskere enn forutsatt, og dette har frigjort midler for utbygging av DPS-ene.

Den økte behandlingsaktiviteten utenfor sykehusene innebærer at døgntilbudet er blitt desentralisert, trass i en begrenset økning i personellinnsatsen. Desentralisering er et viktig mål for den tiårige Opptrappingsplanen (1998-2008). Gjennom det siste tiåret har det også vært en kraftig økning og desentralisering av den polikliniske virksomheten i det psykiske helsevernet.

Stor vekst i antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge, men antallet døgnplasser har ikke økt som planlagt

Nær 49 500 barn og unge mottok behandling i det psykiske helsevernet i 2007. Det er nesten 29 000 flere enn i 1998. Økningen er likevel ikke stor nok til at Opptrappingsplanens mål på dette feltet vil bli nådd med dagens veksttakt.

4,5 prosent av alle barn og unge mottok behandling i det psykiske helsevernet i fjor. Målet i Opptrappingsplanen var at denne andelen skulle økes fra to til fem prosent innen utgangen av 2008. For å nå dette målet må årets veksttakt bli om lag 11 prosent mot om lag fem prosent fra 2006 til 2007.

I følge Opptrappingsplanen skulle det psykiske helsevernet etablere 400 døgnplasser for barn og unge innen utgangen av 2008, om lag 100 flere enn i 1998. Nettotilveksten har imidlertid vært vesentlig lavere enn målet tilsier. Ved utgangen av 2007 var det etablert totalt 334 plasser, 41 flere plasser enn i 1998, men 66 færre plasser enn det som var målet.

Ressursveksten har ikke redusert omfanget av tvangsinnleggelser

Til tross for en kraftig ressursvekst til det psykiske helsevernet i virkeperioden til Opptrappingsplanen, har ikke omfanget av tvangsinnleggelser blitt redusert.

Etter endringen av lov om psykisk helsevern i 2001, har antallet *tvangsinnleggelse* per 10 000 voksne innbyggere vært relativt stabilt. Antall *pasienter* som til enhver tid er underlagt tvungent psykisk helsevern, har gått ned i samme periode (Pedersen og Bjerkan, 2008). Dette tyder på at oppholdstidene for pasienter som blir tvangsinnlagt har gått ned.

Tall fra andre land indikerer at Norge ligger i høyt i bruk av tvangsinnleggelse. Kapasitetsøkning ser ikke ut til å være nok i seg selv for å redusere dette, trass i antakelser om at økt ressursbruk ville bidra til lavere terskel for behandling for alvorlig syke og dermed redusere behovet for tvangsbruk. Det kan derfor se ut til at det er behov for mer spesifikke satsinger hvis man ønsker å redusere bruken av tvang ved innleggelse.

2.2 Utvidet sammendrag

Utviklingen i opptrappingsperioden (kapittel 3)

Tilbudet til barn og unge

Opptrappingsplanen hadde som mål å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet for barn og unge med 400 årsverk. Det ble i 2007 utført totalt 1553 fagårsverk ved poliklinikkene, 829 flere, eller mer enn dobbelt så mange som i 1998 og 429 flere enn måltallet på 400.

I Opptrappingsplanen 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 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 2007 var dekningsgraden på 4,5 prosent. Målet er altså ennå ikke nådd, og tallet på pasienter må økes med drøyt ti prosent fra 2007 til 2008 for at målet om fem prosent dekning skal nås.

I følge Opptrappingsplanen skulle det opprinnelig etableres 500 døgnplasser for barn og unge, om lag 200 flere enn i 1998. Målet har senere blitt nedjustert til 400 plasser. Nettotilveksten har imidlertid vært vesentlig lavere. Ved utgangen av 2007 var det etablert totalt 334 plasser, 41 flere plasser enn i 1998, og 66 færre plasser enn måltallet for planperioden.

Ressursinnsats og ressursfordeling i tjenestene for voksne

I strid med Opptrappingsplanens forutsetninger har det vært en kraftig nedgang i tallet på døgnplasser. I følge planen skulle plasstallet øke fra 5 980 i 1998 til cirka 6 400 i 2008. Så langt har plasstallet i stedet blitt redusert til 4 769. Nedgangen kan særlig 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 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, 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 Opptrappingsplanens måltall på 2 300.

Personellens utdanningsnivå er betydelig hevet, og opptrappingsplanens mål for kompetanseheving er mer enn oppfylt. Andelen universitets- og høyskoleutdannede har økt

kraftigere ved institusjoner utenfor sykehusene (der denne andelen i utgangspunktet var lavere) enn ved sykehusene. Den sterkere veksten skyldes ikke bare utflyttingen og utbyggingen av poliklinikkene, den har også kommet døgnavdelingene til gode.

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 og veksten i den polikliniske virksomheten har skjedd ved DPS-ene. Også sykehusavdelingene har i opptrappingsperioden hatt en vesentlig styrking av personellinnsatsen.

En vesentlig del av opptrappingsmidlene (63 prosent) skulle etter planen gå til utbygging av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene. Utbyggingen av disse avdelingene skulle i tillegg finansieres ved tilførsel av ressurser fra sykehjemmene. Sykehjemmene har imidlertid blitt nedbygd langt hurtigere enn forutsatt, og har langt på vei finansiert utbyggingen av avdelingene ved DPS-ene. Avdelinger utenfor sykehusene har dermed bare mottatt 23 prosent av de økte personellressursene. Opptrappingsmidlene 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).

Økning i behandlingsaktiviteten

Høy beleggprosent gjennom hele perioden antyder press på døgnavdelingene ved sykehusene. På tross av nedgangen i plasstallet ved de øvrige døgnavdelinger, har beleggprosenten ved disse blitt vesentlig redusert i løpet av opptrappingsperioden, og er nå betydelig lavere enn ved sykehusavdelingene. I den videre planleggingen av tjenesten bør en derfor vurdere fordelingen av plasser og/eller arbeidsoppgaver mellom sykehus og DPS.

Tallet på utskrivninger har fortsatt å stige. 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 innen sykehusene. Gjennomsnittlig varighet av oppholdene var i 2007 den samme ved sykehusavdelingene og ved DPS-avdelingene.

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

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 avviklet. Utbyggingen av døgnavdelingene ved DPS har dermed langt på vei blitt finansiert gjennom avviklingen av sykehjemmene. Ressursøkningen ved avdelinger utenfor sykehusene har dermed vært lavere enn forutsatt i Opptrappingsplanen. På tross av begrenset økning i personellinnsatsen, er det særlig ved døgnavdelingene utenfor sykehusene vi finner de største endringene i behandlingsaktiviteten. Tallet på utskrivninger har gått vesentlig opp, og varigheten av oppholdene har blitt vesentlig redusert. Ut fra dette målet har vi dermed likevel fått en desentralisering av behandlingsaktiviteten, selv om ressursøkningen har vært begrenset.

Veksten i driftskostnader og øremerkede midler fortsetter (kapittel 4)

Målet om en økning i driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 2,1 milliarder 1998-kroner i løpet av opptrappingsplanperioden ble nådd i 2006, og veksten fortsetter i 2007. På nasjonalt nivå var kostnadsveksten i det psykiske helsevernet 35 prosent fra 1998 til 2007. Det psykiske helsevernet for barn og unge har hatt en høyere kostnadsvekst (82 prosent) enn det psykiske helsevernet for voksne (29 prosent). I 2007 var driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 14,8 milliarder kroner.

Øremerkede midler og polikliniske refusjoner har finansiert vel én tredjedel av kostnadsveksten fra 1998 til 2007. Ser vi på andelen driftskostnader som er finansiert av øremerkede midler det enkelte år, finner vi at denne øker ut over i perioden. Ettersom

kostnadsandelen som finansieres av de regionale helseforetakene bestemmes ut i fra hvor mye som finansieres fra polikliniske refusjoner og øremerkede midler, betyr dette at en stadig synkende andel av driftskostnadene har vært finansiert av RHF-ene selv.

Vi har sammenholdt utviklingen i driftskostnader med økningen i personell, og finner som tidligere år at økningen i kostnadene ligger noe over økningen i personell. Forskjellen er større i perioden 1998-2007 enn den var i perioden 1998-2006. Det er også til dels store regionale forskjeller det enkelte år gjennom perioden. I 2007 hadde Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF større vekst i personell enn kostnader i det psykiske helsevernet for barn og unge, mens bare Helse Nord RHF hadde større vekst i personell enn kostnader i det psykiske helsevernet for voksne. Kostnaden per årsverk i regionene har økt fra 1998 til 2007, og lå på 726 000 kroner på nasjonalt nivå i 2007. Endret personellsammensetning med flere høyt utdannede, kan være med å forklare denne veksten.

Flere barn og unge fikk behandling (kapittel 5)

49 479 pasienter mottok et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Dette er en økning på 140 prosent i løpet av perioden 1998-2007. Poliklinisk behandling har i hele perioden i omfang vært den dominerende behandlingsformen (mellom 93 og 98 prosent).

Et sentralt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse er at fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen skal motta et tilbud i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dekningsgraden har økt i løpet av perioden, fra 2,0 prosent i 1998 til 4,5 prosent i 2007.

Gutter har høyere behandlingsrater sammenlignet med jenter; dette gjelder for hele perioden 1998-2007. Veksten i behandlingsratene har også i løpet av perioden 1998-2007 vært sterkere for gutter enn for jenter. Disse resultatene betyr at gutter i større grad enn jenter mottar et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet.

Ungdom 13-17 år har hatt den sterkeste veksten i andel og antall behandlede pasienter i perioden 1998-2007, mens barn i førskolealder har den laveste behandlingsraten og veksten i perioden fra 1998 til 2007. Ungdom 13-17 år framstår dermed som den mest prioriterte aldersgruppen i det psykiske helsevernet for barn og unge.

De hyppigst forekommende henvisningsårsakene til behandling i det psykiske helsevernet var i hele perioden atferdsvansker, hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, tristhet/depresjon/sorg og angst/fobi. I 1998 utgjorde disse fire 58 prosent av alle henvisninger til behandling i det psykiske helsevernet. Tilsvarende tall for 2007 var 67 prosent. Viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet varierte både med hensyn til pasientens kjønn og alder. Jenter ble i større grad enn gutter henvist med bakgrunn i problematikk relatert til tristhet/depresjon og sorg, mens gutter i større grad ble henvist med bakgrunn i atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. For ungdom mellom 13 og 18 år var tristhet/depresjon/sorg den hyppigst forekommende henvisningsårsaken. For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Pasientgrupper med høy prioritet utgjorde til sammen om lag 26 prosent av det totale pasienttallet i 1998 og om lag 24 prosent i 2007. Den relative veksten ser altså ut til å ha kommet innen andre pasientgrupper enn de som blir prioritert høyt ved inntak.

Store geografiske forskjeller i vedtak om tvangsinnleggelse (kapittel 6)

Om lag 12 prosent av innleggelsene til sykehus godkjent for tvungent psykisk helsevern (eksklusive institusjonsoverføringer) skjedde som tvungent psykisk helsevern, mens det for 16 prosent ble fattet vedtak om tvungen undersøkelse. Ved DPS og andre institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse ble det gjort vedtak om tvungent psykisk helsevern for fem

prosent av innleggelsene og vedtak om tvungen undersøkelse for to prosent av innleggelsene. Samlet ble det fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern for om lag 11 prosent av innleggelsene, og om tvungen undersøkelse for og om lag 13 prosent av innleggelsene til institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. Andel tvangsvedtak for alle institusjoner (også de som ikke var godkjent for tvangsinnleggelse) er estimert til åtte prosent for tvungent psykisk helsevern og ni prosent for tvungen undersøkelse.

Tvungent psykisk helsevern for voksne benyttes i størst grad med begrunnelse i pasientens behov for behandling. I alt 78 prosent av vedtakene om tvungent psykisk helsevern ble begrunnet med behandlingskriteriet alene. Tre prosent av vedtakene ble begrunnet ved farekriteriet alene, mens 19 prosent ble begrunnet med begge kriteriene.

I 2001 var det om lag 16,5 vedtak om tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere (tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse), mens det tilsvarende var 18,6 i 2007. Tar vi hensyn til usikkerheten som følge av manglende datarapportering gjennom perioden er det imidlertid ikke mulig å konkludere med at dette representerer en reell økning i omfanget av tvangsinnleggelse i perioden.

Det var betydelige forskjeller i omfanget av tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse (ekskl. institusjonsoverføringer) mellom sykehusområder (opptaksområde for et sykehus). Sykehusområdene Sørlandet og Østfold hadde i alt 27 vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse per 10 000 voksne innbyggere, mens Førde sykehusområde hadde tilsvarende seks per 10 000 voksne innbyggere. Det kan være mange årsaker til disse forskjellene (se Bremnes et al 2008 for en utdypende diskusjon av mulige årsaksmekanismer). Forskjellene er imidlertid så store at det er et behov for å undersøke nærmere hva som ligger i disse.

I det psykiske helsevernet for barn og unge 2007 var det i alt 113 vedtak om tvungen undersøkelse og 43 vedtak om tvungent psykisk helsevern – totalt 156 vedtak. Dette var en markert nedgang fra nivået i 2006, men her er det viktig å ta høyde for at det er relativt lave tall begge år. Målt per 10 000 innbyggere i den relevante aldersgruppa (16-18 år) var det i alt 8,4 vedtak om tvungen undersøkelse/psykisk helsevern i 2007 mot 14 i 2006.

Store endringer i organisering, men fortsatt store regionale forskjeller (kapittel 7)

I alle regioner har det vært en nedgang i personellandelen knyttet opp mot sykehusene. Alle regioner har også en kraftig økning i andelen av personellressursene ved DPS-ene. En vesentlig andel av veksten utenfor sykehusene har gått til utbygging av poliklinikker ved DPS-ene. For døgnavdelinger utenfor sykehus er situasjonen annerledes. Det er en nesten påfallende grad av samsvar mellom sum andel personell ved DPS-avdelinger og øvrige avdelinger utenfor sykehus i 1998 og 2007. Det kan langt på vei se ut for at utbygging av DPS-avdelinger har vært betinget av hvilket omfang sykehjemssektoren har hatt.

De regionale helseforetakene har hatt en svært ulik profil på prioriteringen av ressursøkningen i opptrappingsperioden. I Helse Sør-Øst RHF har 40 prosent av personellveksten gått til sykehusavdelingene, vesentlig mer enn i Helse Nord RHF (22 prosent) og Helse Vest RHF (11 prosent), mens Helse Midt-Norge her har hatt nedgang. Helse Vest RHF (35 prosent) og Helse Nord (29 prosent) har en noe sterkere nettoøkning ved avdelinger utenfor sykehus enn Helse Sør-Øst RHF (20 prosent), mens Helse Midt-Norge RHF også her har en svak nedgang. I Helse Midt-Norge RHF har hele økningen kommet ved poliklinikkene. En har i tillegg omfordelt midler fra avdelingene, både i og utenfor sykehusene.

I alle helseregioner har det vært en økning i andel døgnplasser ved DPS. Økningen har imidlertid i alle regioner vært lavere enn nedgangen i andel sykehjemsplasser. Andel sykehusplasser har dermed økt i alle regioner. Størst andel finner vi i Helse Sør-Øst RHF og

Helse Nord RHF (begge 59 prosent). Andelen er noe lavere i Midt-Norge (55 prosent) og i Helse Vest RHF (52 prosent).

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

Det har i alle regioner vært en betydelig økning i den polikliniske aktiviteten, og økningen har i alle regioner kommet ved DPS-ene. I alle regioner er $\frac{3}{4}$ eller mer av aktiviteten nå lagt til DPS-ene.

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

Store strukturforskjeller mellom helseforetakene (kapittel 8)

I det psykiske helsevernet for barn og unge, har helseregion Sør-Øst relativt høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene. Fire av 11 helseforetaksområder ga i 2007 et behandlingstilbud til mer enn fem prosent av befolkningen i opptaksområdet. Helseregion Vest har de laveste ressurs- og forbruksratene blant helseregionene, men det er klare forskjeller mellom helseforetaksområdene i regionen. Helseregion Midt-Norge har relativt lave rater både når det gjelder ressursinnsats og forbruk av tjenester, alle under gjennomsnittet for landet. I likhet med tidligere år topper helseregion Nord regiontallene når det gjelder ressurs- og forbruksrater. Med en personell- og døgnplassdekning langt over landsgjennomsnittet, gis over seks prosent av barn og unge i regionen et behandlingstilbud.

I det psykiske helsevernet for voksne, preges helseregion Sør-Øst av helseforetaksområder med ulike ressurs- og forbruksprofiler. Det er betydelige forskjeller i tilgjengelighet målt i polikliniske konsultasjonsrater, oppholds- og døgnrater, samt i dekning av personell mellom foretaksområdene. Helseforetaksområdene i helseregion Vest preges langt på vei av høy døgnplassdekning og høyt forbruk av døgntjenester. Helseregion Vest har den laveste konsultasjonsraten blant regionene, men forskjellene i tilgjengelighet til polikliniske tjenester mellom HF-områdene er relativt stor. Forskjellene er betydelig mindre målt i antall døgnopphold, og i personell- og døgnplassdekning. Helseregion Midt-Norge preges av høyt poliklinisk forbruk i tre av fire foretaksområder. Det er relativt små forskjeller mellom helseforetaksområdene i tilgjengelighet til det psykiske helsevernet, både målt i polikliniske konsultasjoner og opphold i døgninstitusjoner. Helseregion Nord er preget av høy personelldekning og mange døgnopphold i tre av fire HF-områder. Det er stor forskjell mellom helseforetaksområdene i personell- og døgnplassdekning, og i tilgjengeligheten til tjenestene, målt i døgnopphold.

Man kan til dels konstatere en felles profil for helseforetaksområdene mellom tjenestene til barn og unge, og tjenestene til voksne. Mens vi ser en signifikant sammenheng mellom personelldekning til de to målgruppene, finner vi ingen tilsvarende samvariasjon i døgnplassdekningen. Når det gjelder befolkningens bruk av tjenester, kan vi for begge målgrupper se høye forbruksrater i helseregion Nord. I helseregion Sør-Øst er det tendens til et skille i forholdet mellom døgnbaserte og polikliniske tjenester mellom helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør for begge målgrupper. I Helse Vest ser man motsatt profil mellom målgruppene i forbruk av tjenester. Barn og unge har forbruksrate under landsgjennomsnittet, mens voksne har et høyt forbruk av døgntjenester. I helseregion Midt-Norge er det relativt lav ressursinnsats i begge målgrupper, men forbruksprofilen er ulik. Det er høyt poliklinisk forbruk blant voksne og relativt lav dekningsgrad for behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge.

Store forskjeller i utskrivningsrater innen samme diagnosegruppe (kapittel 9)

For landet som helhet var det om lag 31 utskrivninger per 10 000 voksne (18 år eller eldre) innbyggere i pasientgruppen schizofreni spektrum lidelser. Forskjellene mellom helseforetaksområdene var imidlertid betydelige. Mens Akershus hadde om lag 16 utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere for denne gruppen, hadde områdene for Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmark over 60 utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere.

Det var også store forskjeller i befolkningsbaserte utskrivningsrater mellom helseforetaksområdene for pasientgruppen affektive lidelser. Vestfold, Ringerike og Akershus hadde de laveste utskrivningsratene (om lag 24 per 10 000 voksne innbyggere). Finnmark skiller seg ut med 65 utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere i denne pasientgruppen. For landet totalt var det om lag 38 utskrivninger i diagnosegruppene affektive lidelser per 10 000 voksne innbyggere. Utskrivningsratene for både schizofreni spektrum lidelser og affektive lidelser var høyt korrelert med de total utskrivningsratene. Utskrivningspraksisen for disse diagnosekategoriene gjenspeiler med andre ord den generelle utskrivningspraksisen i de forskjellige helseforetakene.

Nøkkeltall 1998–2007

Tabell 2.1 Nøkkeltall for aktivitet, personell, døgnplasser, driftskostnader og kapasitetsutnyttning i det psykiske helsevernet. 1998-2007.

	1998	2000	2002	2004	2006	2007	Prosent endring 1998-2007
Aktivitet:							
Behandlede pasienter – PHV-BU	20 634	26 320	30 467	39 340	47 280	49 479	140
Sum polikliniske tiltak – PHV-BU ¹	186	260	349	496	642	717	285
Polikliniske konsultasjoner – PHV-V ¹	476	521	617	759	931	988	108
Utskrivninger – PHV-V	29 214	32 919	37 208	41 249	47 549	47 681	63
- utskrivninger sykehus PHV-V	21 081	23 370	25 042	26 091	29 705	28 655	36
- utskrivninger DPS PHV-V	5 738	7 203	10 526	14 557	17 479	18 724	226
Personell:							
Årsverk PHV	15 809	16 500	17 895	18 619	20 040	20 387	29
- årsverk PHV-BU	2 155	2 408	2 882	3 033	3 507	3 682	71
- årsverk PHV-V	13 654	14 092	15 013	15 585	16 533	16 705	22
Døgnplasser:							
Døgnplasser PHV-BU	293	297	312	326	335	334	14
Døgnplasser PHV-V	5 980	5 769	5 445	5 169	4 980	4 769	-20
- døgnplasser sykehus PHV-V	3 070	2 989	2 982	2 814	2 838	2 712	-12
- døgnplasser DPS PHV-V	1 492	1 634	1 845	2 091	1 939	1 865	25
Kostnader:							
Driftskostnader PHV ²	10 903	11 412	12 263	12 824	14 047	14 764	35
- driftskostnader PHV-BU ²	1 373	1 465	1 760	2 051	2 375	2 498	82
- driftskostnader PHV-V ²	9 530	9 947	10 503	10 773	11 672	12 266	29
Kapasitetsutnyttelse:							
Tiltak per fagårsverk i poliklinikker PHV-BU	249	301	325	398	426	448	80
Pasienter per fagårsverk poliklinikker PHV-BU	25	28	27	30	30	30	20
Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker PHV-V	388	383	352	400	410	401	3
Personellfaktor på sykehus PHV-V	2,7	2,8	3,2	3,5	3,6	3,7	37
Behandlerfaktor på sykehus PHV-V	1,4	1,6	1,6	1,9	2,0	2,1	50
Utskrivninger per årsverk på sykehus PHV-V	2,8	3,0	3,0	3,0	3,2	3,2	29
Personellfaktor på DPS PHV-V	1,7	1,9	2,0	2,2	2,5	2,8	65
Behandlerfaktor på DPS PHV-V	0,7	0,9	1,0	1,2	1,4	1,5	114
Utskrivninger per årsverk på DPS PHV-V	2,8	3,0	3,4	3,8	4,5	4,5	61

Datakilde: NPR, SSB og SINTEF Helse

¹ I hele 1000² Millioner, faste 2007 kroner

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 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. 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 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, 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 Opptrappingsplanens måltall på 2 300.
- Personellets utdanningsnivå er betydelig hevet, og opptrappingsplanens mål for kompetanseheving er mer enn oppfylt. Andelen universitets- og høyskoleutdannede har økt kraftigere ved institusjoner utenfor sykehusene (der denne andelen i utgangspunktet var lavere) enn ved sykehusene. Den sterkere veksten skyldes ikke bare utflyttingen og utbyggingen av poliklinikkene, den har også kommet døgnavdelingene til gode. Døgnavdelinger utenfor sykehus har nå en høyere andel høyskoleutdannet personell enn sykehusavdelingene. Andel psykologer er 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 opptrappingsperioden hatt en vesentlig styrking av personellinnsatsen.
- En vesentlig del av opptrappingsmidlene (63 prosent) skulle etter planen gå til utbygging av døgn- og dagavdelinger ved DPS-ene. Utbyggingen av disse avdelingene skulle i tillegg finansieres ved tilførsel av ressurser fra sykehjemmene. Sykehjemmene har imidlertid blitt nedbygd langt hurtigere enn forutsatt, og har langt på vei finansiert utbyggingen av avdelingene ved DPS-ene. Avdelinger utenfor sykehusene har dermed bare mottatt 23 prosent av de økte personellressursene. Opptrappingsmidlene 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 beleggprosent 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 beleggprosenten 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 sykehjemsplasser 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.

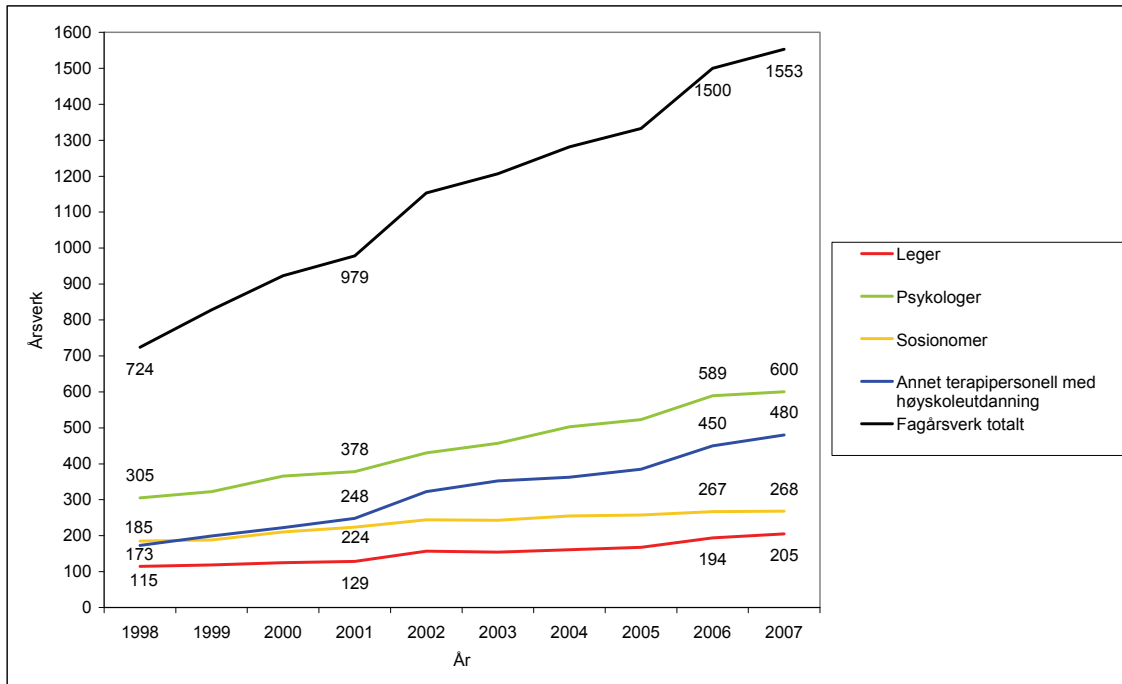
3.4.2 Fagpersonell ved poliklinikkene

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.

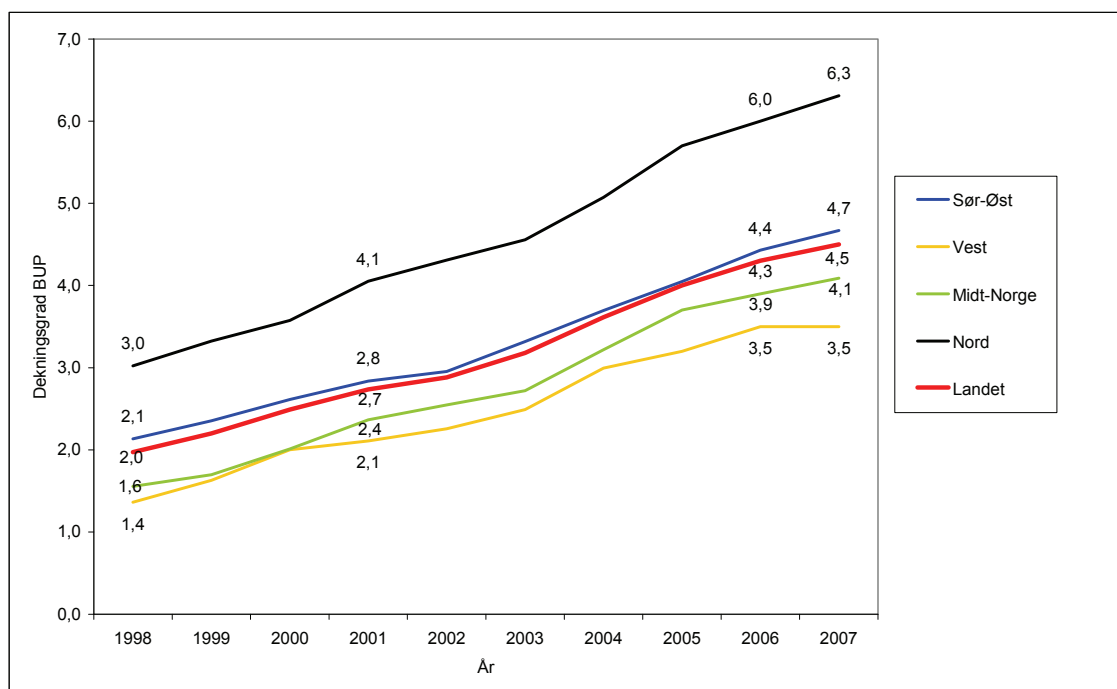
Som ledd i den fortsatte prioriteringen av det psykiske helsevernet for barn og unge oppfordres de regionale helseforetakene i Bestillerdokument for 2006 om å sørge for at helseforetak med lav dekningsgrad i tilbudet til barn og unge må gjennomgå sitt tjenestetilbud og sin ressursfordeling. Tiltak må 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).

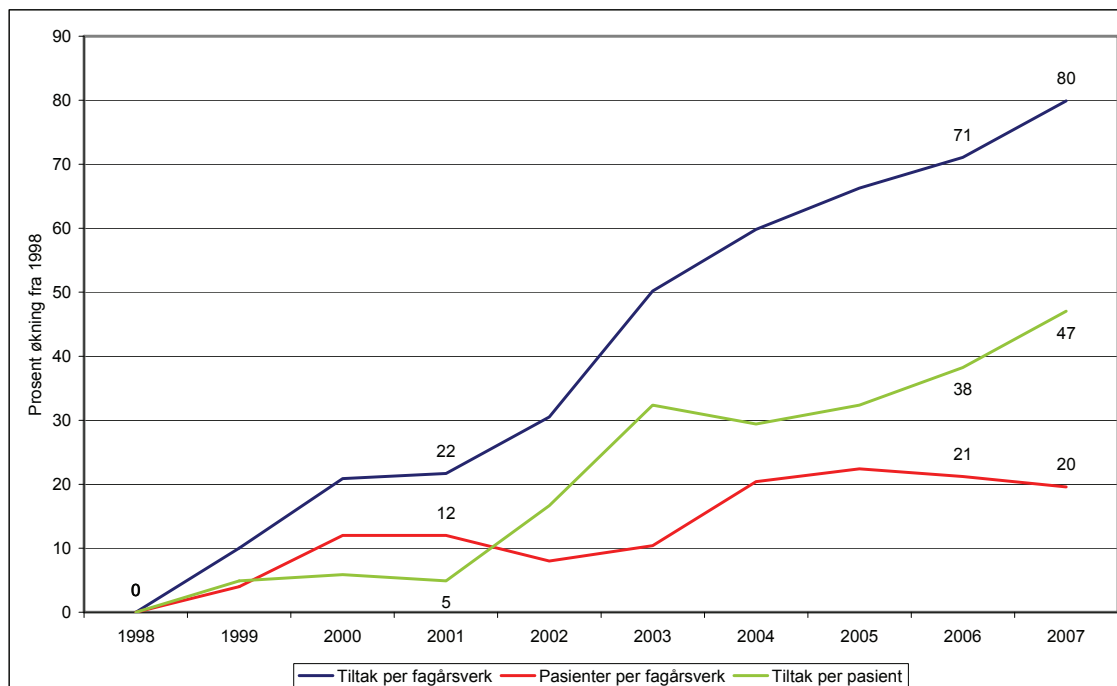
Tabell 3.1 viser utviklingen i antall tiltak per fagårsverk, tiltak per pasient og pasienter per fagårsverk. Figur 3.3 viser de prosentvise endringene siden 1998.

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

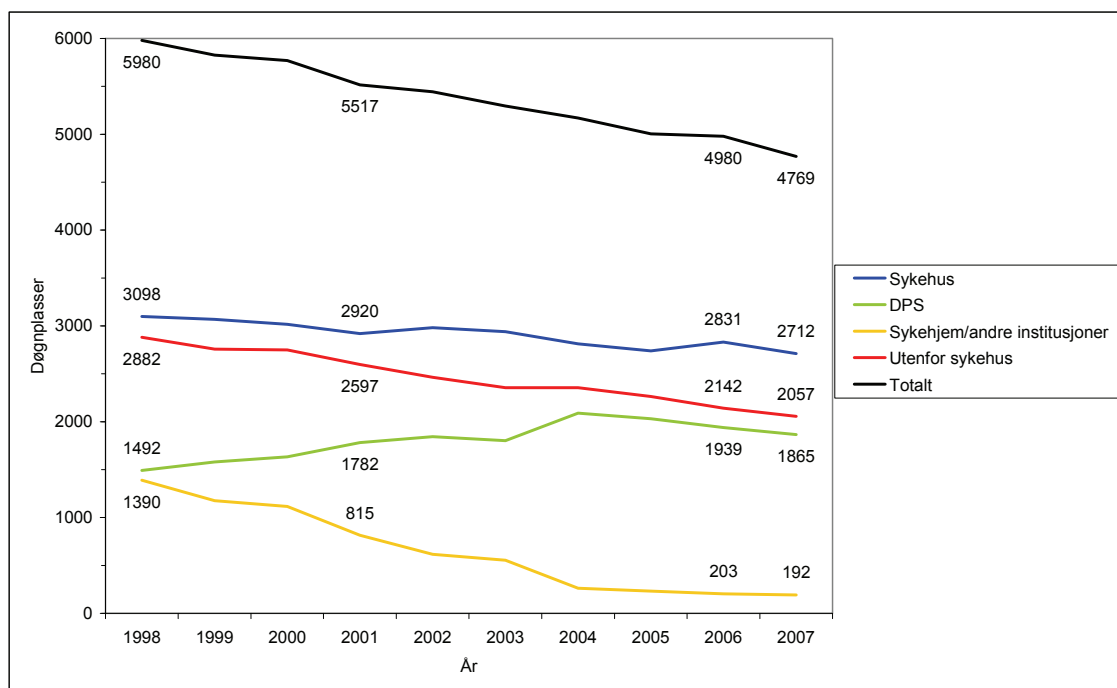
Tallet på døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne nådde sitt maksimum i 1973, med totalt 13 763 plasser. Fram til 1998 var plasstallet mer enn halvert, til 5 980 plasser (Pedersen 1999).

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.

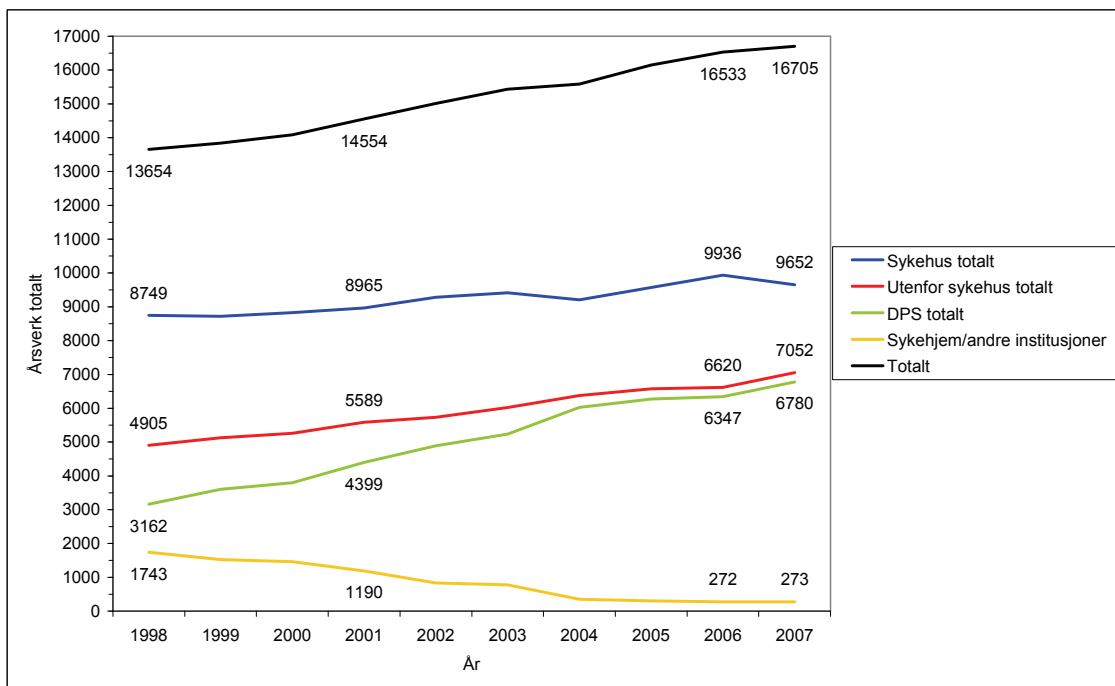
Nedgangen i det samlede plasstallet kan dermed langt på vei tilskrives en langt kraftigere nedbygging av sykehjem/andre institusjoner enn forutsatt i Opptrappingsplanen. Sykehjemmene var ved utgangen av 2007 på det nærmeste avvirket. Plasstallet var totalt 192 plasser ved sykehjem og andre institusjoner, 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

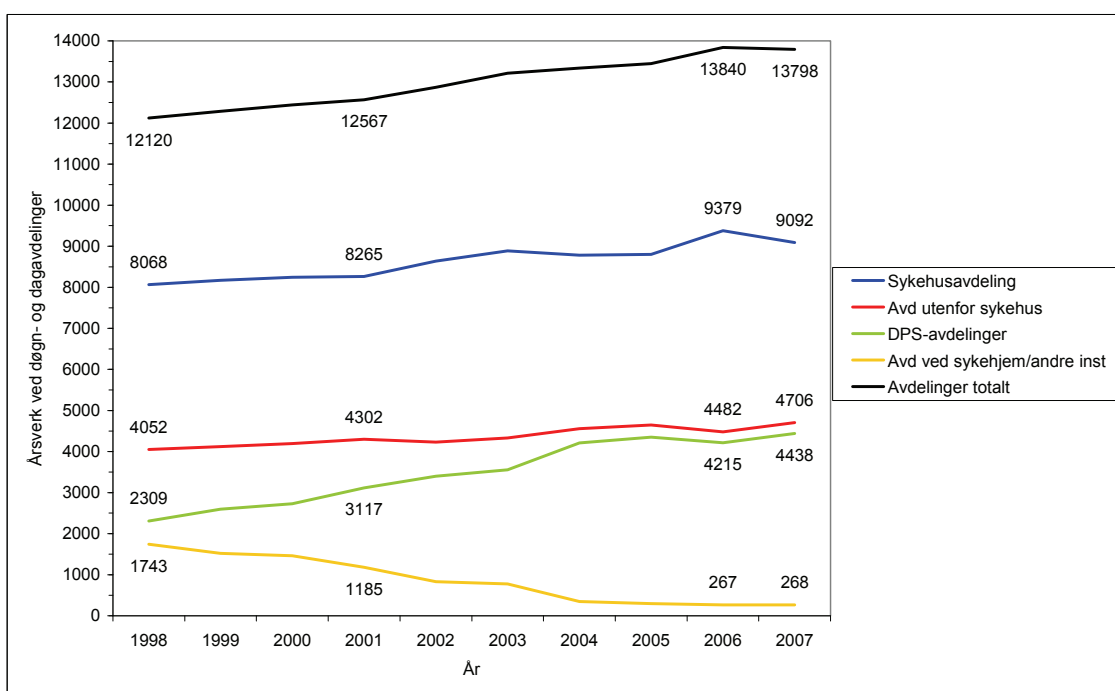
I følge Opptrappingsplanen skulle personellinnsatsen i det psykiske helsevernet for voksne øke med 2 300 årsverk i løpet av opptrappingsperioden. Veksten skulle særlig gå til utbyggingen av den polikliniske kapasiteten, og til styrking av personellfaktoren ved DPS-enes døgn- og dagavdelinger. Av den 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.



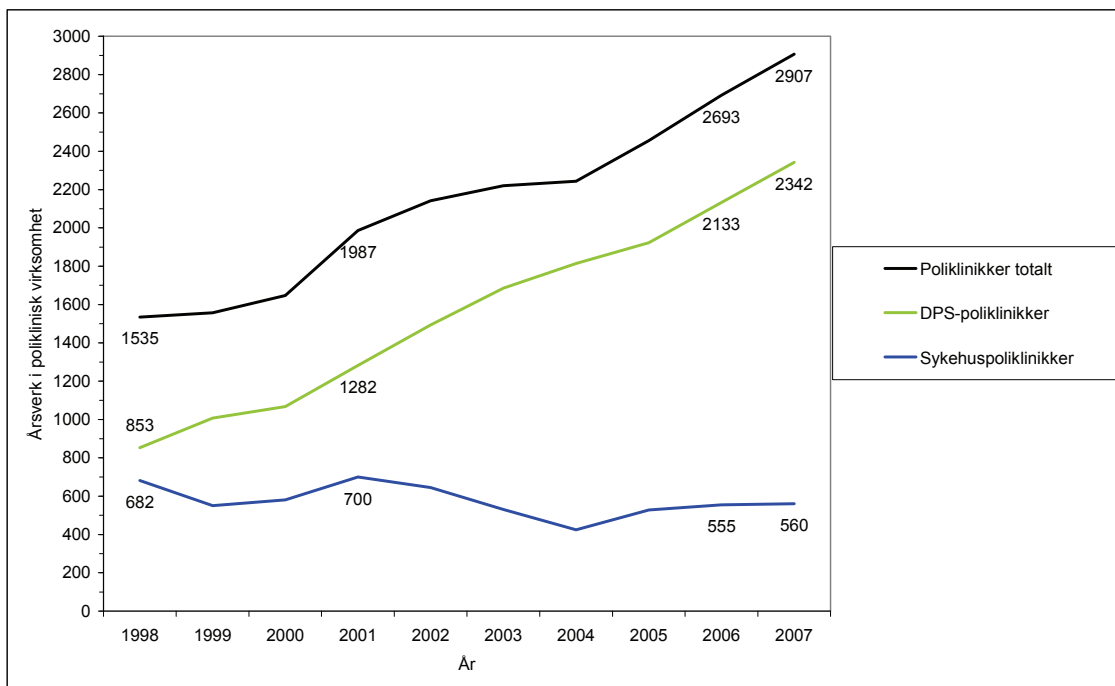
Datakilde: SSB

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

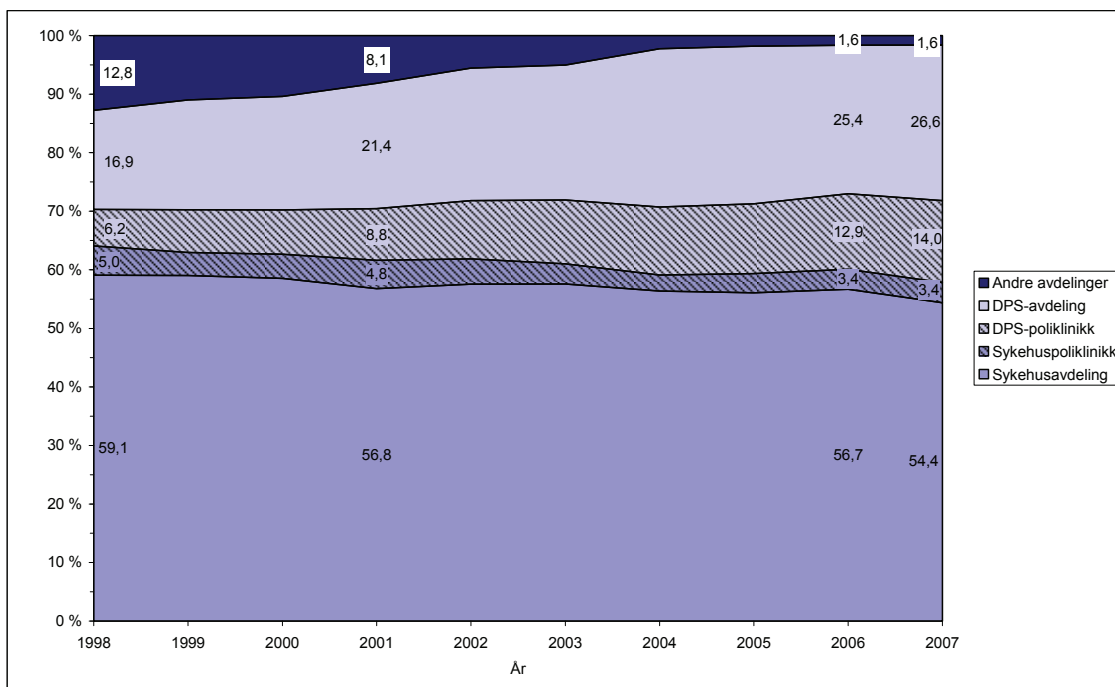
De viktigste resultatene er:

- 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.

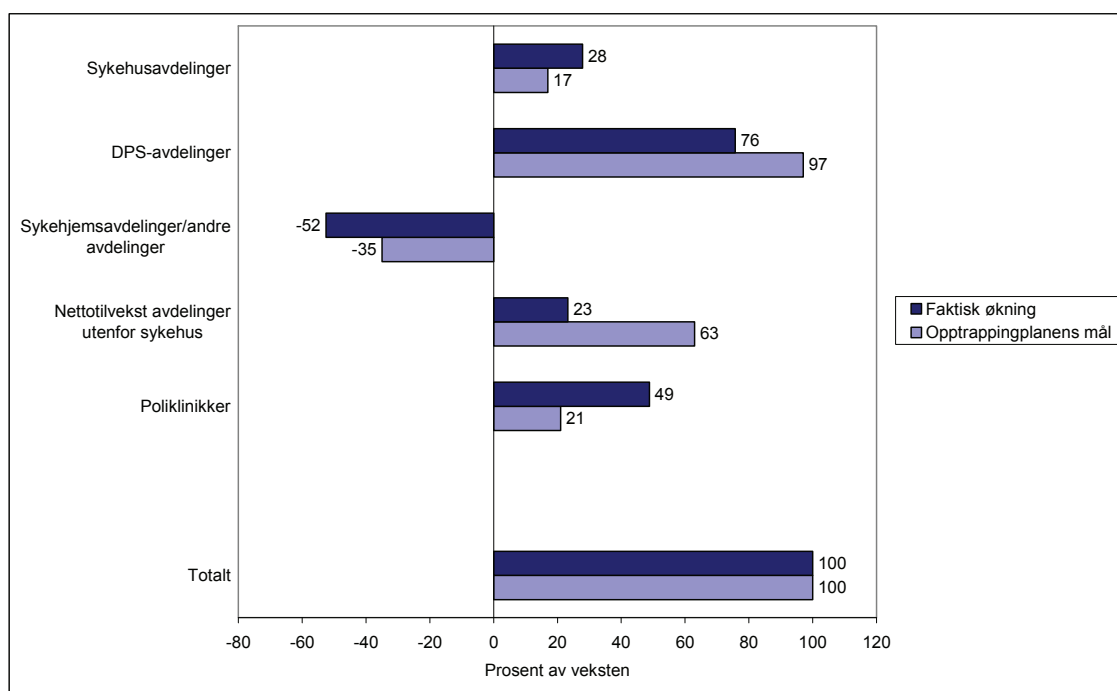
Om vi ser på tallene for DPS-ene isolert, har det altså vært en kraftig desentralisering av personellressursene. DPS-enes andel har samlet sett økt kraftig. Imidlertid betjente også sykehjemmene – om enn i varierende grad – lokalområdet. Avdelingene ved sykehjemmene har hatt en kraftigere nedgang i andelen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

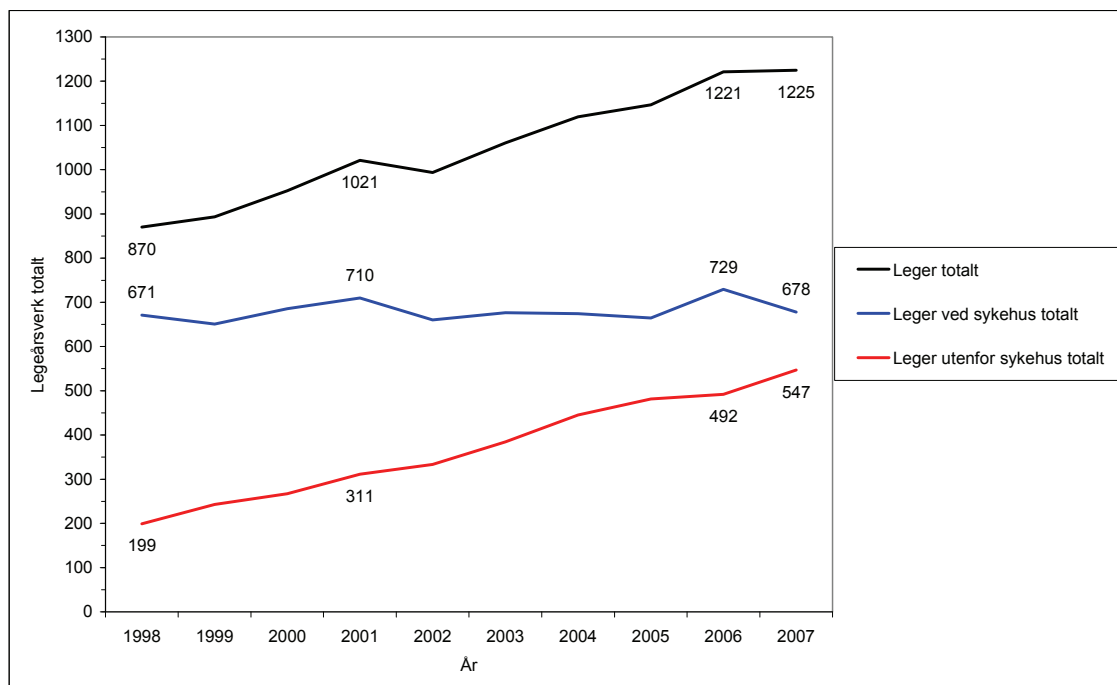
3.5.4 Personelløkning i behandlergruppene

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.

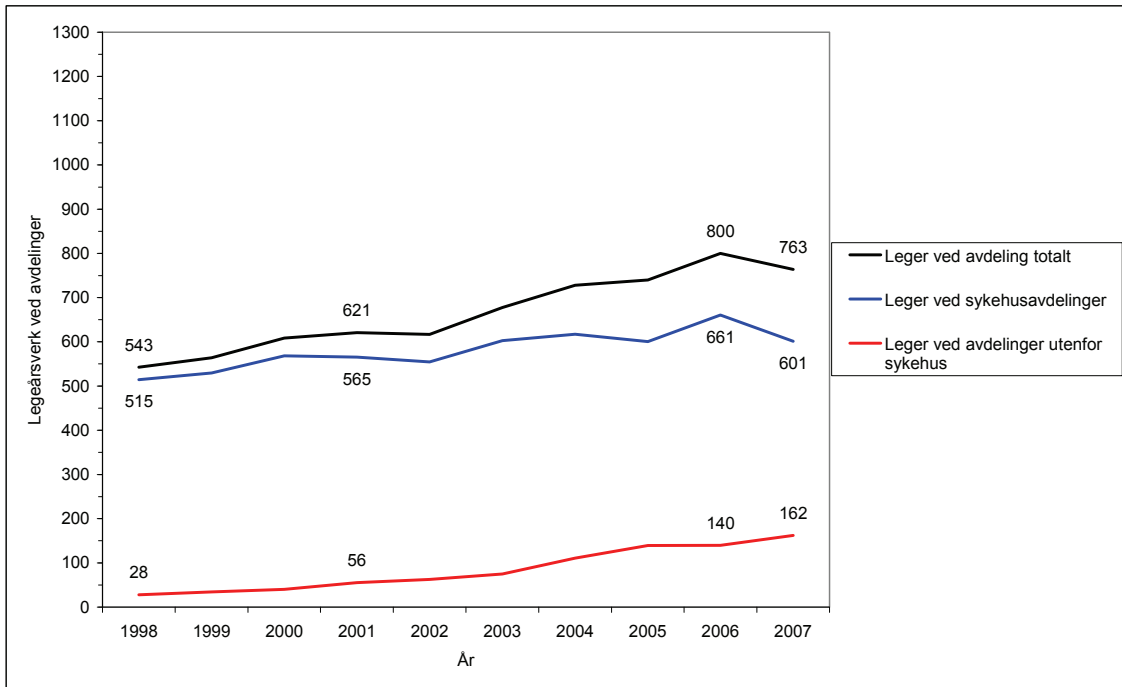
3.5.5 Legeårsverk

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.



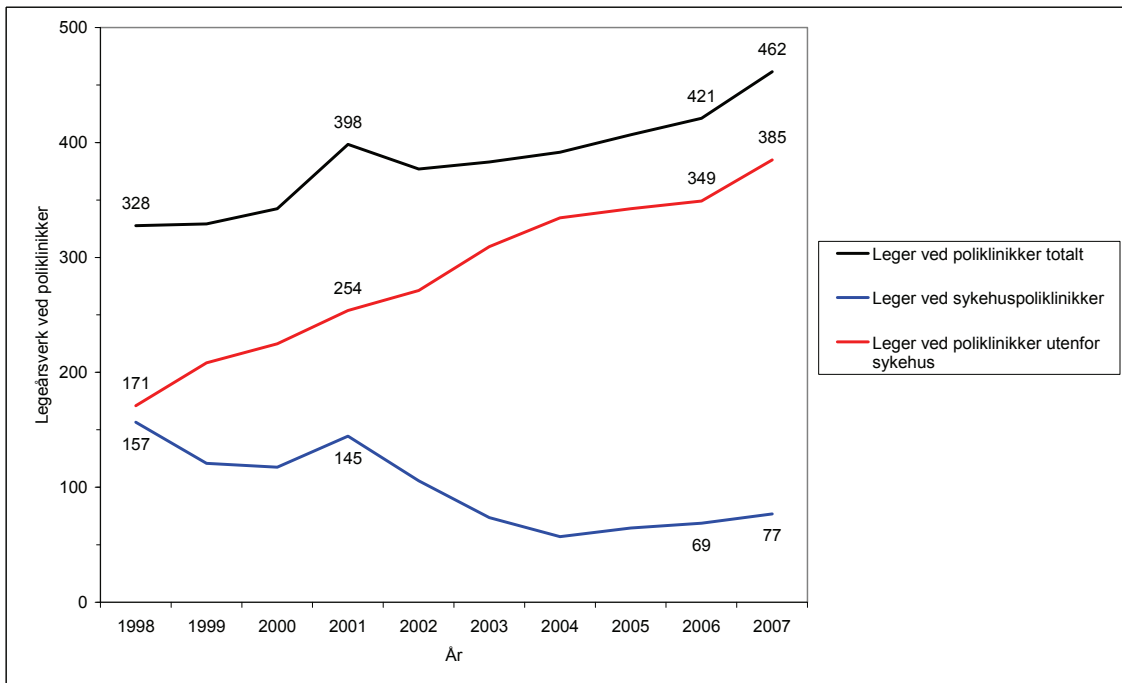
Datakilde: SSB

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

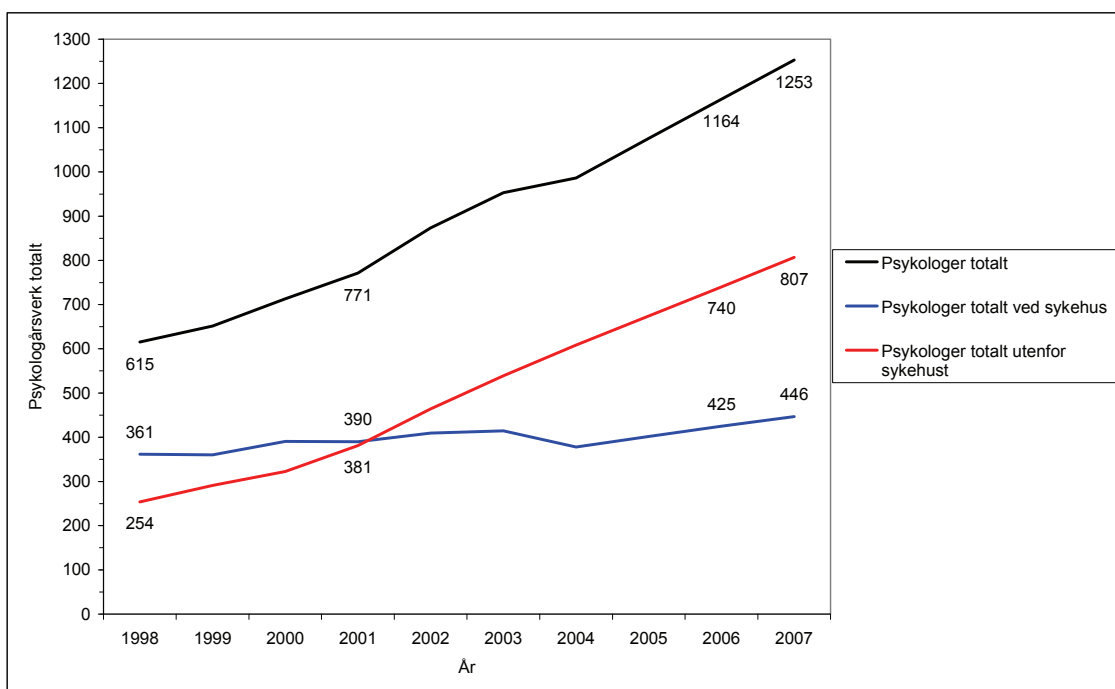
Det samlede antall legeårsverk i det psykiske helsevernet for voksne har økt med 355 årsverk, eller 41 prosent, fra 870 i 1998 til 1 225 i 2006. Av den samlede tilveksten har 86 årsverk, eller 24 prosent gått til sykehusavdelingene. Avdelingene utenfor sykehus har hatt en økning på 134 årsverk, tilsvarende 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 spørsmålsteget om tallet på legeårsverk ved DPS-avdelingene er tilstrekkelig til å ivareta de funksjonene som er lagt til disse døgnavdelingene.

Ved DPS-avdelingene var det i 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.

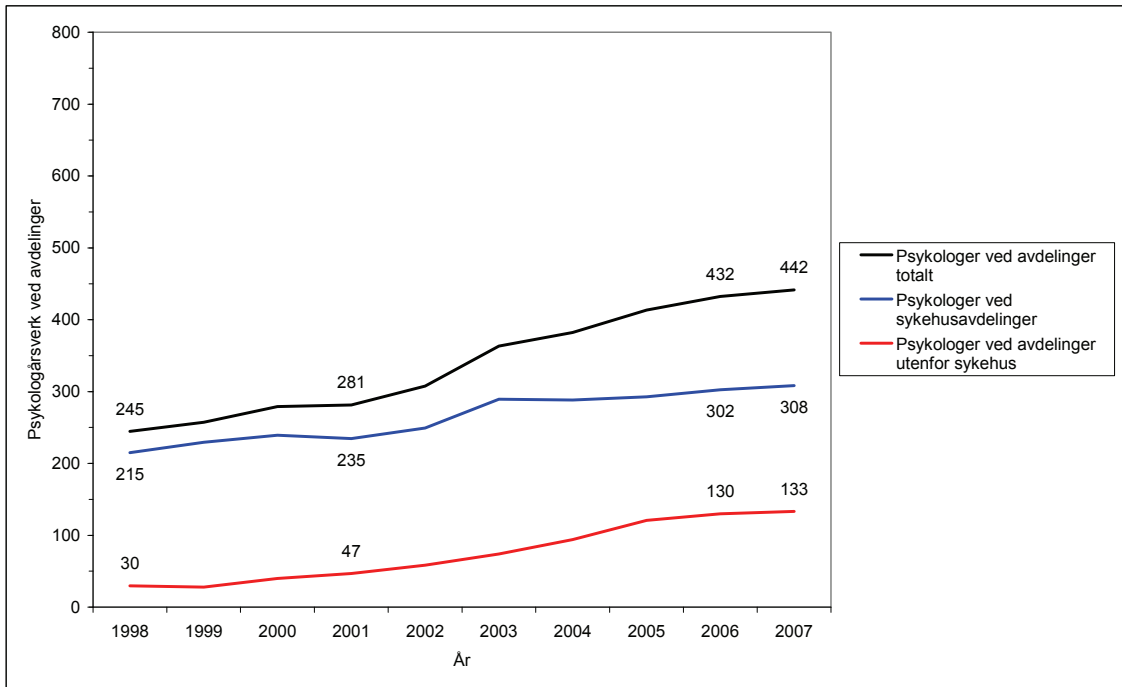
3.5.6 Psykologårsverk

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.



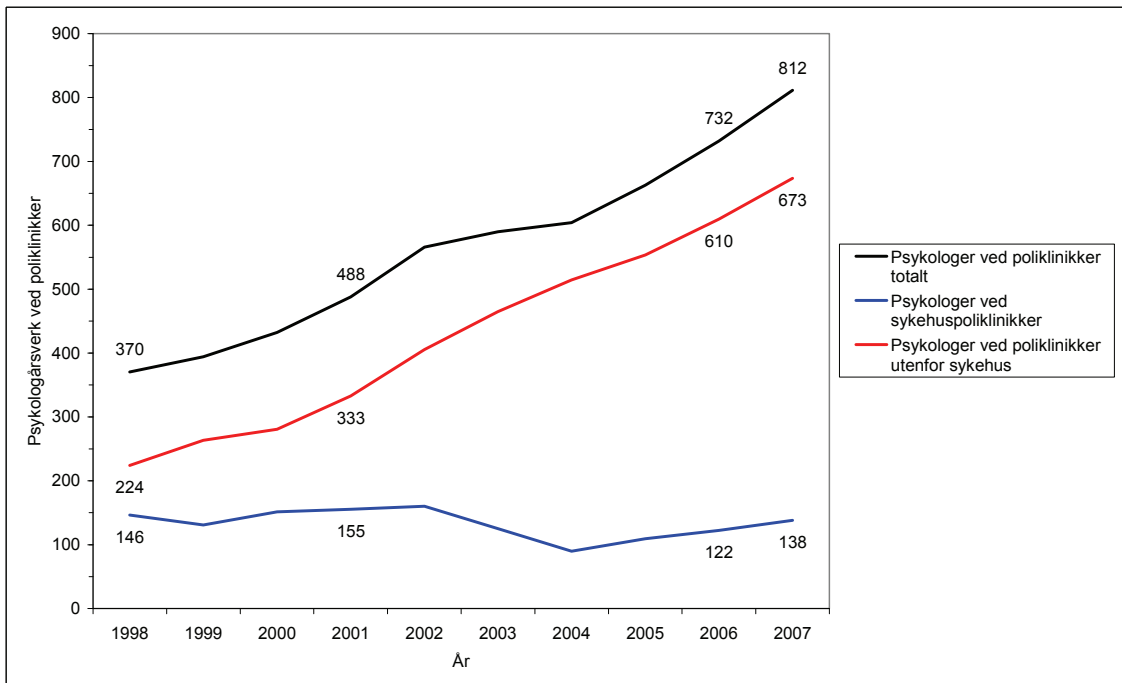
Datakilde: SSB

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



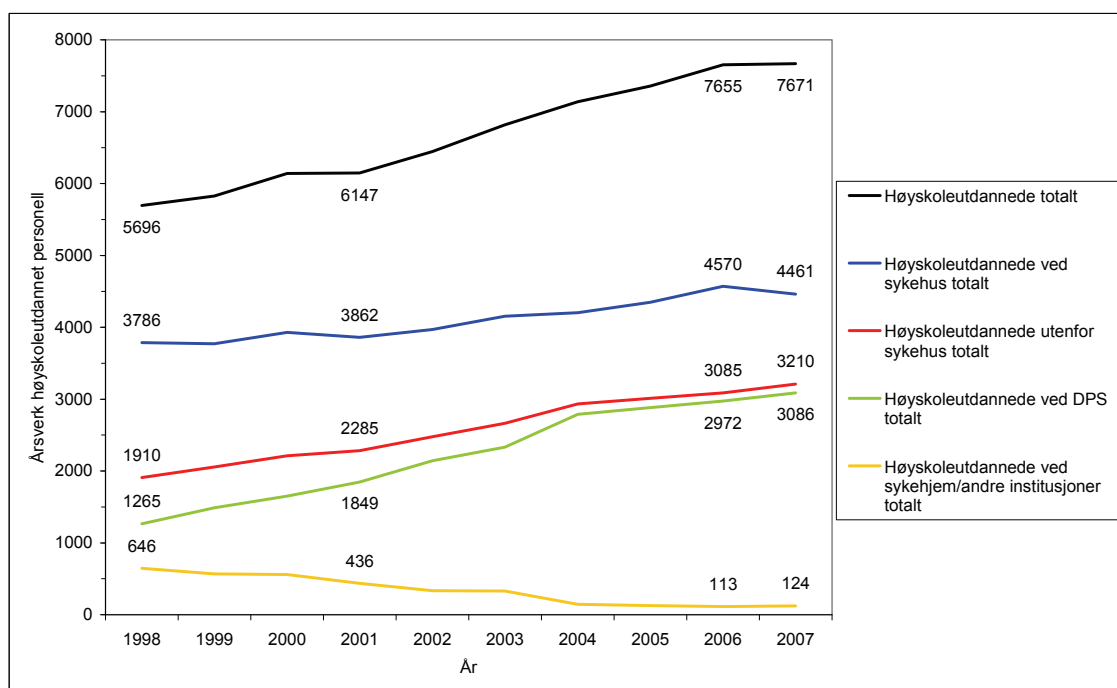
Datakilde: SSB

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.

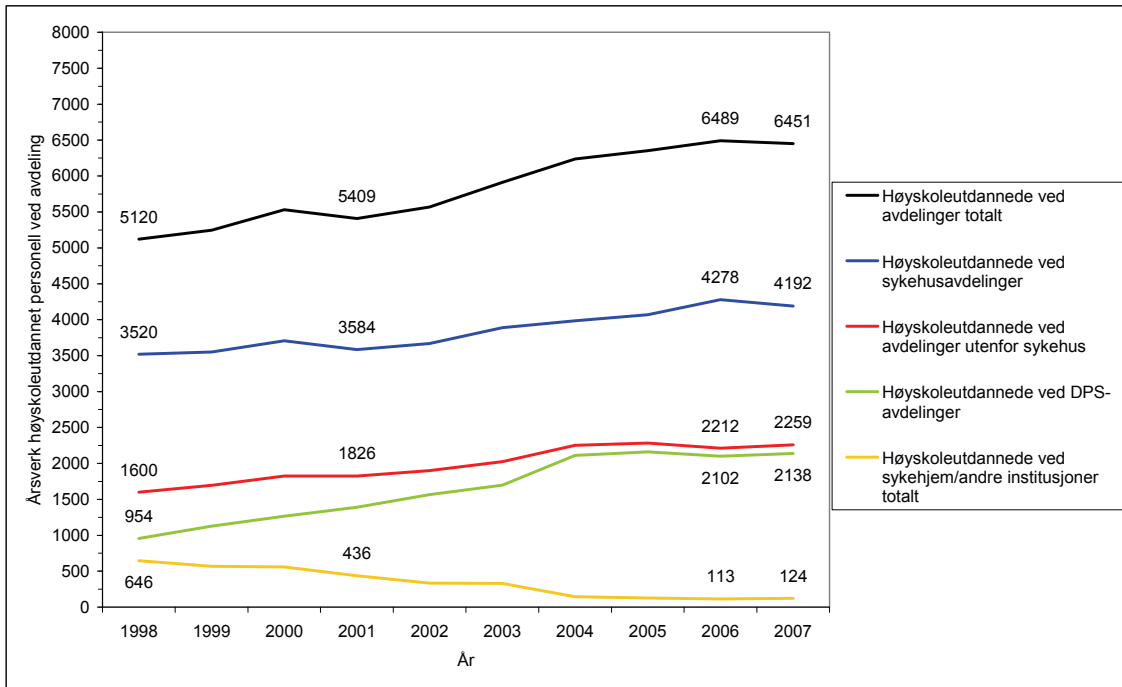
3.5.7 Høyskoleutdannet personell

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.



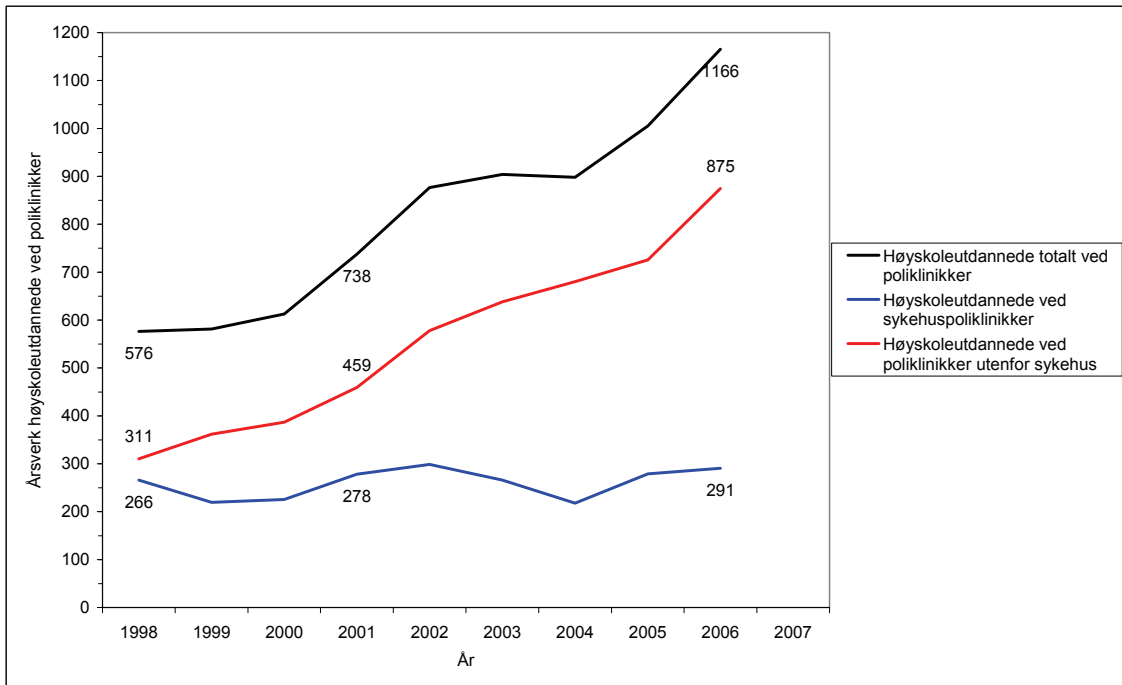
Datakilde: SSB

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



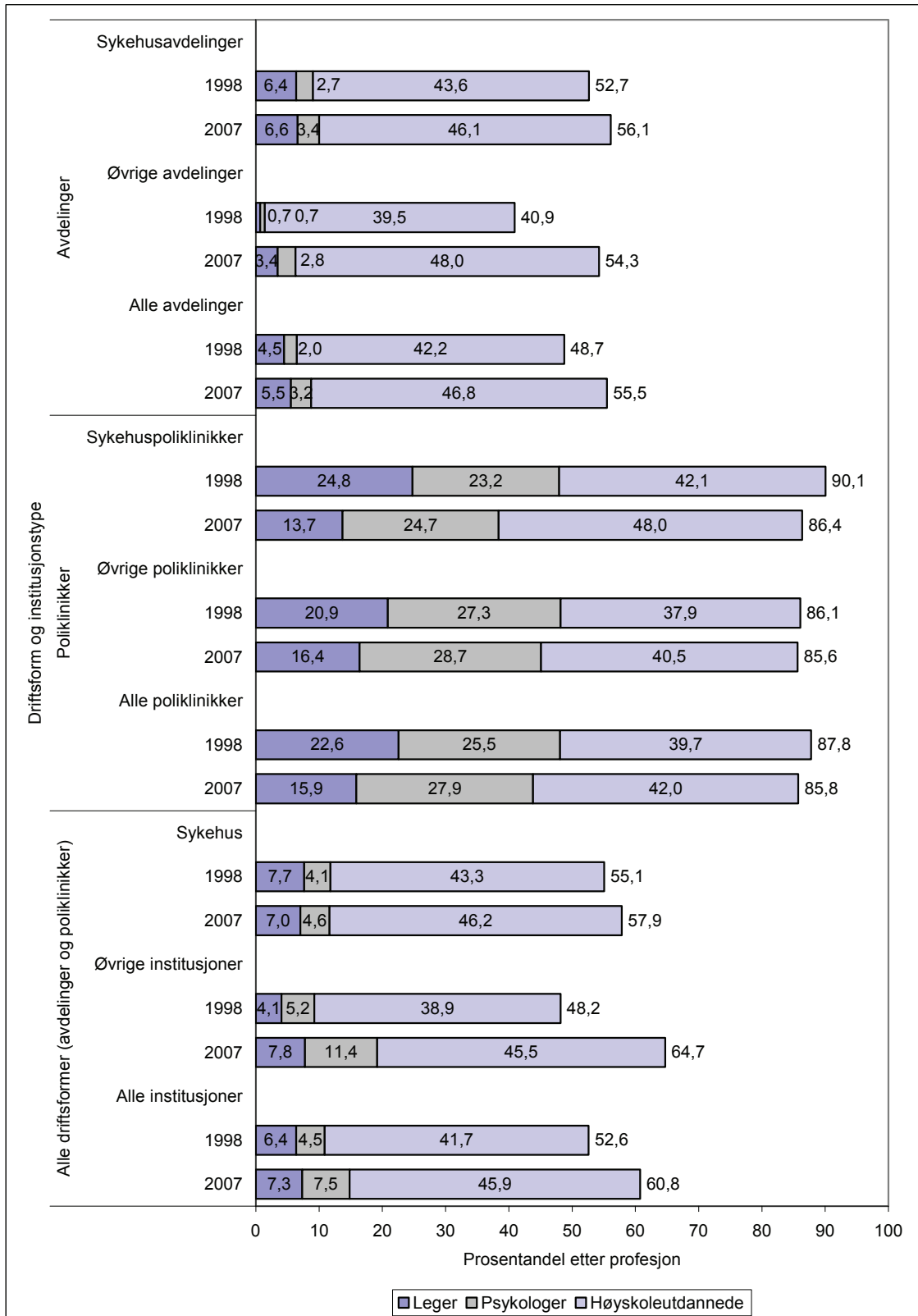
Datakilde: SSB

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

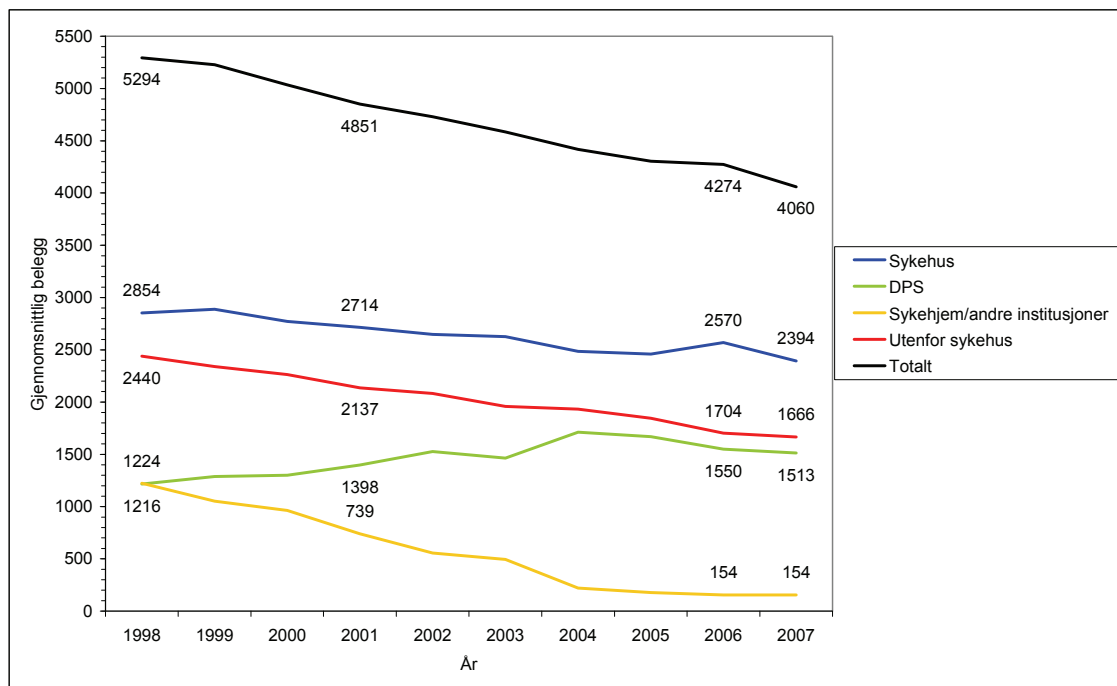
Vi vil i dette avsnittet undersøke endringen i det gjennomsnittlig pasientbelegget (oppholdsdøgn/365).

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 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.



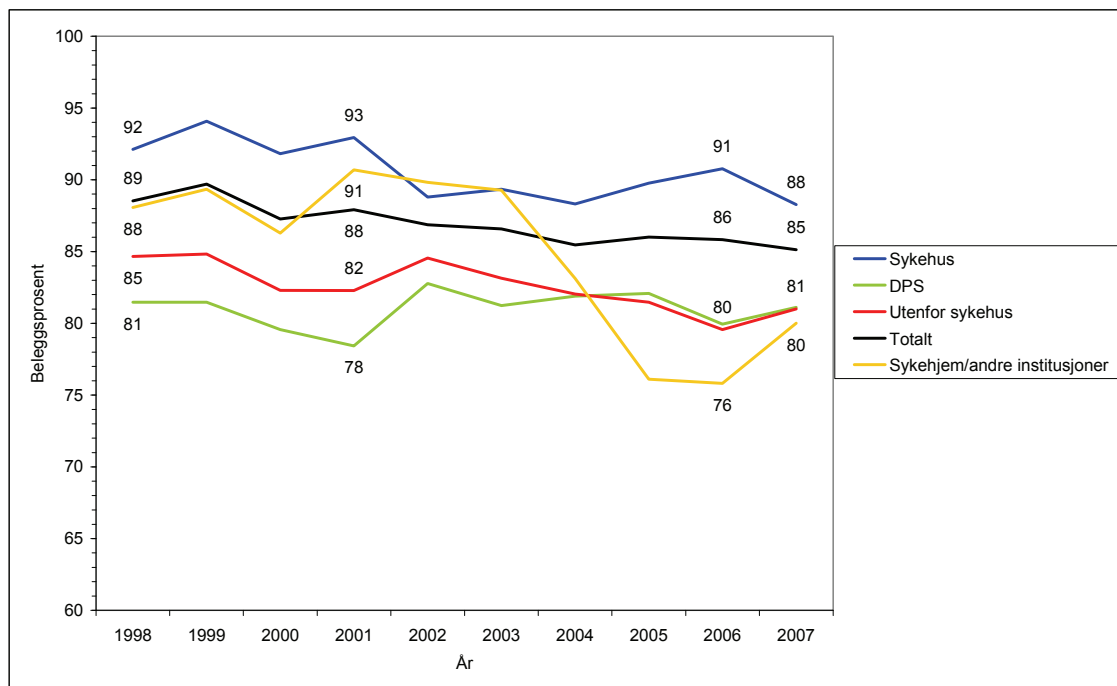
Datakilde: NPR og SSB

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.

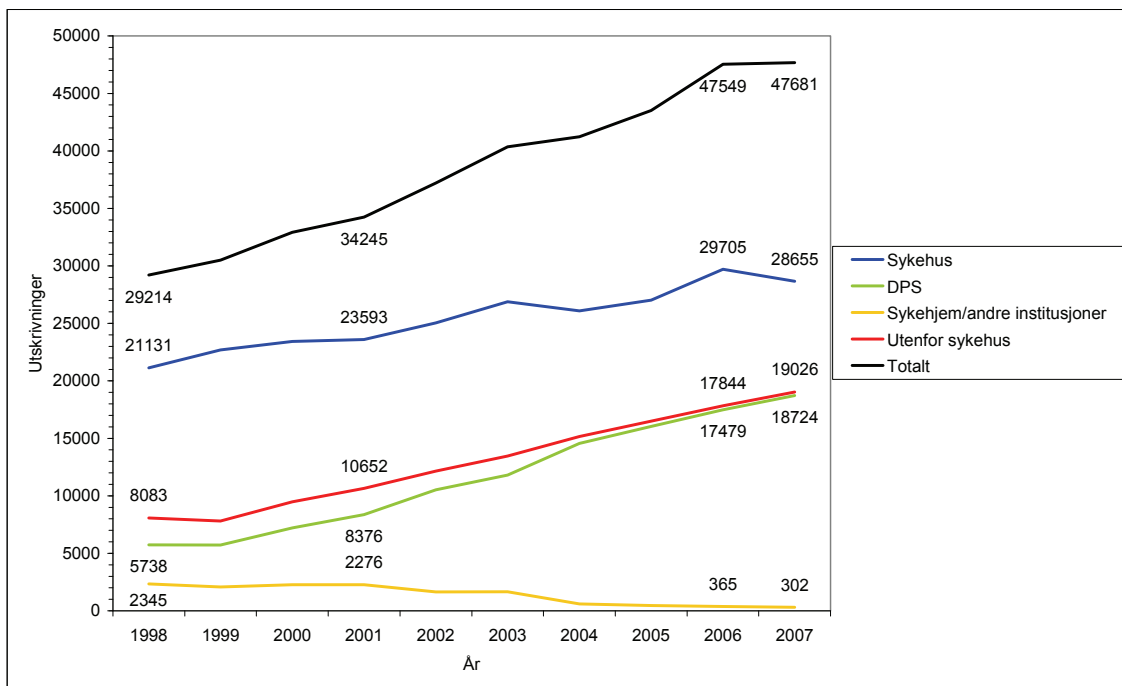
Det kan med andre ord se ut for at presset er sterkere på sykehusplassene enn på plassene utenfor sykehusene, til tross for at plasstallet ved institusjonene utenfor sykehus har blitt vesentlig kraftigere redusert enn plasstallet ved sykehusene.

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.

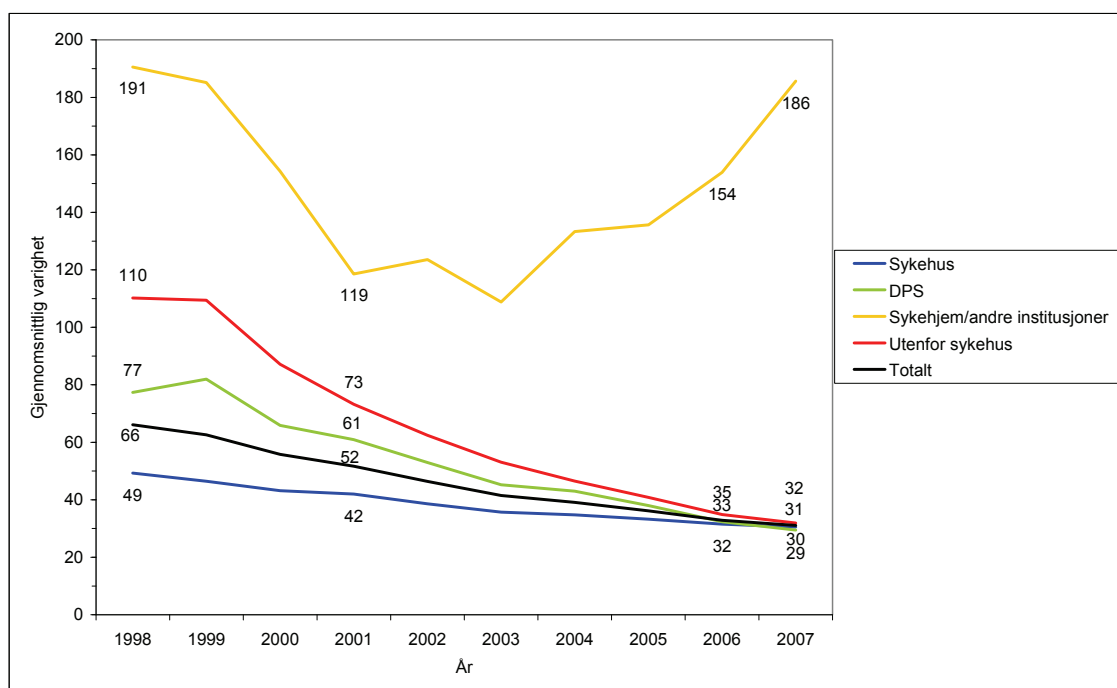


Datakilde: NPR og SSB

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.

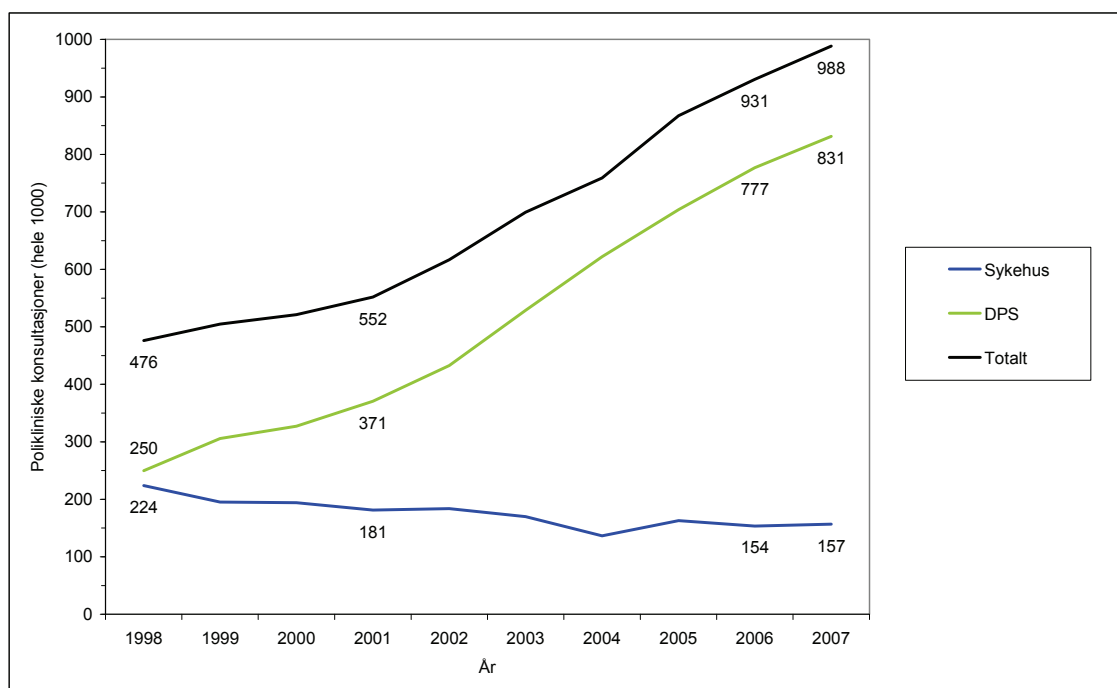
Nedgangen har både absolutt og relativt vært betydelig sterkere utenfor enn ved sykehusene. Utenfor sykehusene gikk den gjennomsnittlige varigheten ned fra 110 døgn i 1998 til 32 døgn i 2007, en reduksjon på 71 prosent. Ved sykehusene har gjennomsnittlig varighet i samme periode blitt redusert fra 49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

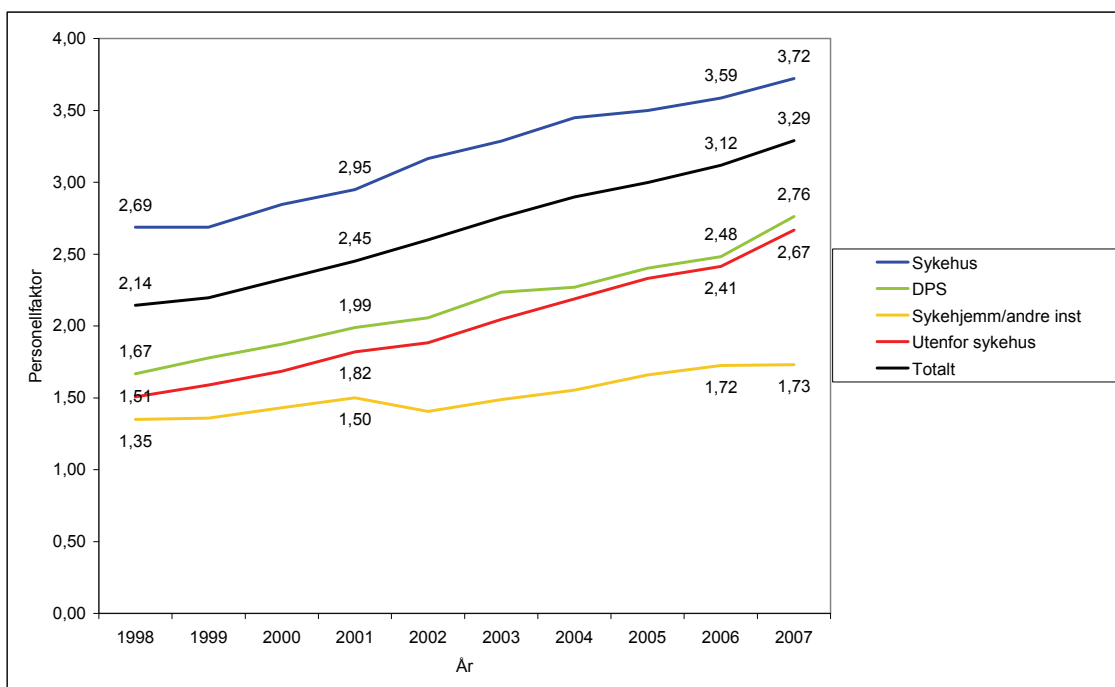
Utviklingen etter 2004 kan i noen grad også være påvirket av endringer i takstsystemet for poliklinikkene (se NAV (2007): Rundskriv F01.12.2000 nr. 1389). Måltallet var imidlertid oppnådd før dette og veksten har uansett vært langt kraftigere enn planlagt.

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

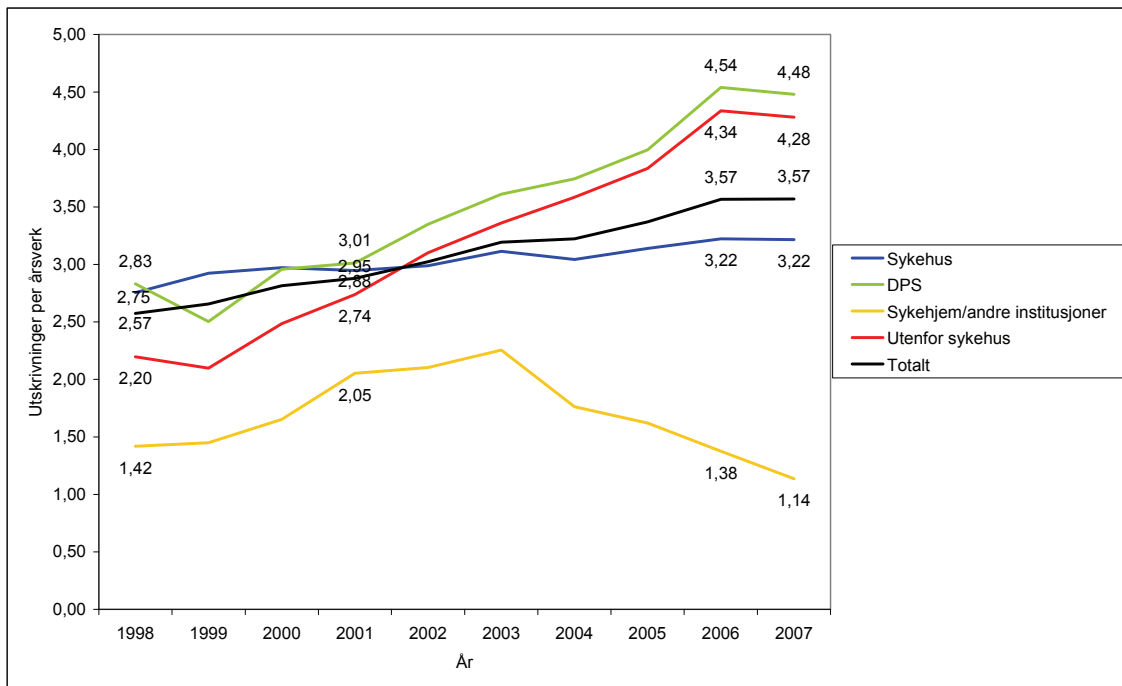
Det har gjennom hele perioden vært en betydelig vekst i personellfaktoren. Samlet har denne økt fra 2,14 i 1998 til 3,29 i 2007, eller med 53 prosent⁸. Veksten har vært noe kraftigere utenfor sykehus (1,16 årsverk) enn ved sykehus (1,03 årsverk).

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 Opptappingsplanen 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

4 Driftskostnader og øremerkede tilskudd i helseregionene 1998-2007

Silje L. Kaspersen

4.1 Sammendrag

Veksten i driftskostnader og øremerkede tilskudd forsetter

Opptappingsplanens mål om en økning i driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 2,1 milliarder 1998-kroner ble nådd i 2006, og veksten i denne delen av spesialisthelsetjenesten fortsetter i 2007. På nasjonalt nivå var driftskostnadsveksten i det psykiske helsevernet på 35 prosent fra 1998 til 2007, fra 10,9 til 14,8 milliarder 2007-kroner. Herav økte det psykiske helsevernet for barn og unge kostnadene (ekskl. kapitalkostnader) med 82 prosent, mens veksten i det psykiske helsevernet for voksne var 29 prosent. På nasjonalt nivå har det psykiske helsevernet samlet benyttet 1,9 milliarder kroner av øremerkede opptappingsplanmidler i 2007. Dette innebærer en realvekst på 175 prosent fra 1998, der veksten fra 2006 til 2007 var 15 prosent. Polikliniske refusjoner økte med 152 millioner (25 prosent) fra 1998 til 2007. Øremerkede midler og polikliniske refusjoner har finansiert omtrent én tredjedel av kostnadsveksten i perioden, og andelen av totale kostnader som har vært finansiert av øremerkede midler har økt over tid.

Veksten i driftskostnader har altså vært størst i det psykiske helsevernet for barn og unge gjennom opptappingsplanperioden, og det er også her variasjonen mellom regionene er mest framtreddende. Veksten fra 1998 til 2007 innebærer mer enn en dobling i kostnadene i Helse Nord RHF (116 prosent) og Helse Vest RHF (104 prosent), deretter følger Helse Midt-Norge RHF (88 prosent), mens Helse Sør-Øst RHF relativt sett har økt minst med 54 prosent.

I tråd med statlige styringssignaler, registreres et positivt taktskifte i veksten i det psykiske helsevernet for barn og unge i alle regioner fra 2001 til 2002, noe som sammenfaller med iverksetting av sykehusreformen. Korrigert for gjestepasientoppkjøret og justert for prisstigningen i perioden, har Helse Sør-Øst RHF økt sine driftskostnader jevnt på mellom fem til sju prosent hvert år siden 2002 i tjenester for barn og unge. Helse Vest RHF økte driftskostnadene med ca. 13 prosent hvert av årene fra 2002 til 2005, men sank til henholdsvis fem og én prosent vekst i 2006 og 2007. Helse Midt-Norge RHF vokste relativt mye fra 2001 til 2002 (21 prosent), og hadde også den relativt høyeste realveksten i 2003 og 2005, men hadde som eneste region negativ realvekst fra 2006 til 2007. Helse Nord RHF har variert mye over tid, og gikk fra å ha den laveste realveksten i driftskostnader fra 2005 til 2006, til å ha den høyeste realveksten fra 2006 til 2007 (11 prosent).

Hvis vi ser på vekst i bruken av øremerkede midler i regionene, er det Helse Nord RHF og Helse Vest RHF som har hatt den høyeste veksten fra 1998 til 2007, og det er også disse regionene som har brukt flest opptappingskroner per innbygger i 2006 og 2007. I 2007 ble det brukt 402 kroner per innbygger av opptappingsplanmidlene på nasjonalt nivå.

En sammenlikning av utviklingen i driftsutgifter med utvikling i personell, viser at kostnadsveksten i det psykiske helsevernet nasjonalt har vært større enn veksten i antall årsverk fra 1998 til 2007, men på regionalt nivå er det forskjeller. I 2007 hadde Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF større vekst i personell enn kostnader i det psykiske helsevernet for barn og unge, mens bare Helse Nord RHF hadde større vekst i personell enn kostnader i det psykiske helsevernet for voksne dette året.

4.2 Innledning

I dette kapitlet gis en presentasjon av utvikling i utvalgte økonomi- og personellvariabler i det psykiske helsevernet fra 1999 til 2007. Vi tar for oss utviklingen i helseregionene både når det gjelder totale driftskostnader, øremerkede midler og inntekter fra polikliniske refusjoner – og ser også på disse variablene i forhold til innbyggertallet i regionene. Videre sammenholdes endringer i driftskostnader med endring i personelltall, og vi ser på forskjellen i kostnader per årsverk i helseregionene. Tabellgrunnlag for grafiske illustrasjoner presenteres i avsnitt 4.6.

I perioden 1998-2001 er regnskapstall for det psykiske helsevernet på fylkeskommunalt nivå slått sammen til nåværende regional inndeling av helseforetakene. Modum Bad, Rikshospitalet og Statens senter for BUP (sistnevnte gjelder 1998-tallene) er lagt til tallene i Helse Sør-Øst RHF, selv om disse i deler av perioden 1998-2007 har mottatt statlige stimuleringsmidler.

Hva angår øremerkede opptrappingsplanmidler ble det i SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08 presentert et foreløpig tall for 2007 basert på hva helseforetakene oppga å ha regnskapsført som inntekter av disse midlene. Etter å ha sammenholdt regnskapstallene i SAMDATA og rapporteringsskjema for tilskudd til styrking av det psykiske helsevernet som helseforetakene leverer til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), er tallet for 2007 oppjustert fra 1,86 milliarder kroner i Nøkkeltallsrapporten, til 1,90 milliarder kroner i sektorrapporten. Endringen omfatter særlig korrigerering av tall i Helse Vest RHF og Helse Nord-Trøndelag HF.

Opptrappingsplanen trådte i kraft fra 1. januar 1999. Vi benytter derfor 1998 som basisår for å beregne endringen i perioden. Som i tidligere SAMDATA-rapporter er deflator for prisvekst i konsumet av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen, utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB), benyttet for beregne 2007-priser tilbake i tid. For definisjoner og kostnads- og finansieringstall på helseforetaks- og institusjonsnivå vises det til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08 og SAMDATAs nettsider www.sintef.no/samdata

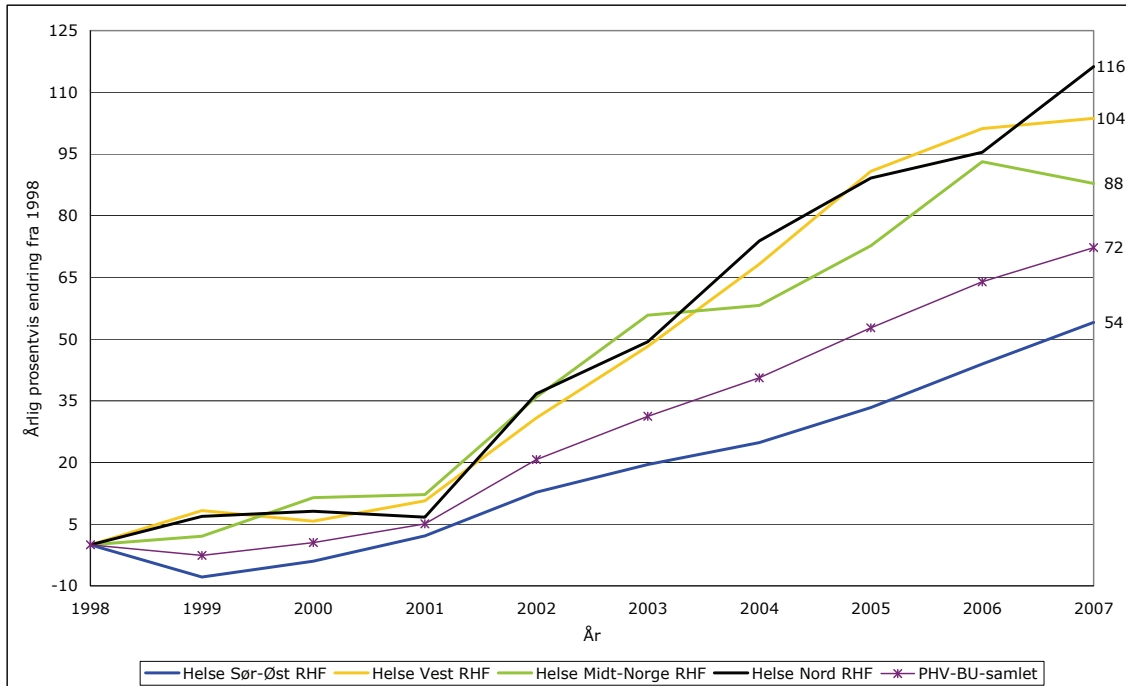
4.3 Utvikling i driftskostnader

Opptrappingsplanen skal innebære en styrking av det psykiske helsevernet tilsvarende 2,1 milliarder 1998-kroner i økte driftskostnader i løpet av planperioden. Dette målet ble nådd allerede i løpet av den opprinnelige opptrappingsplanperioden fra 1999-2006, det gjorde også målet om at minst 30 prosent av økningen skulle skje innen tjenester til barn og unge. Justert for prisstigningen har de samlede driftkostnadene (ekskl. kapitalkostnader) i det psykiske helsevernet økt med 3,9 milliarder 2007-kroner fra 1998 til 2007, mens målet, omregnet i 2007-kroner, var å oppnå vekst på 3,1 milliarder kroner.

På nasjonalt nivå har realveksten i totale driftskostnader i det psykiske helsevernet for barn og unge fra 1998 til 2007 vært på 82 prosent. Den tilsvarende veksten i det psykiske helsevernet for voksne har vært på 29 prosent, mens det samlede psykiske helsevernet økte driftskostnadene med 35 prosent i denne perioden. Det vises til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08, kapittel 4, s. 115, for utvikling på nasjonalt nivå i utvalgte år.

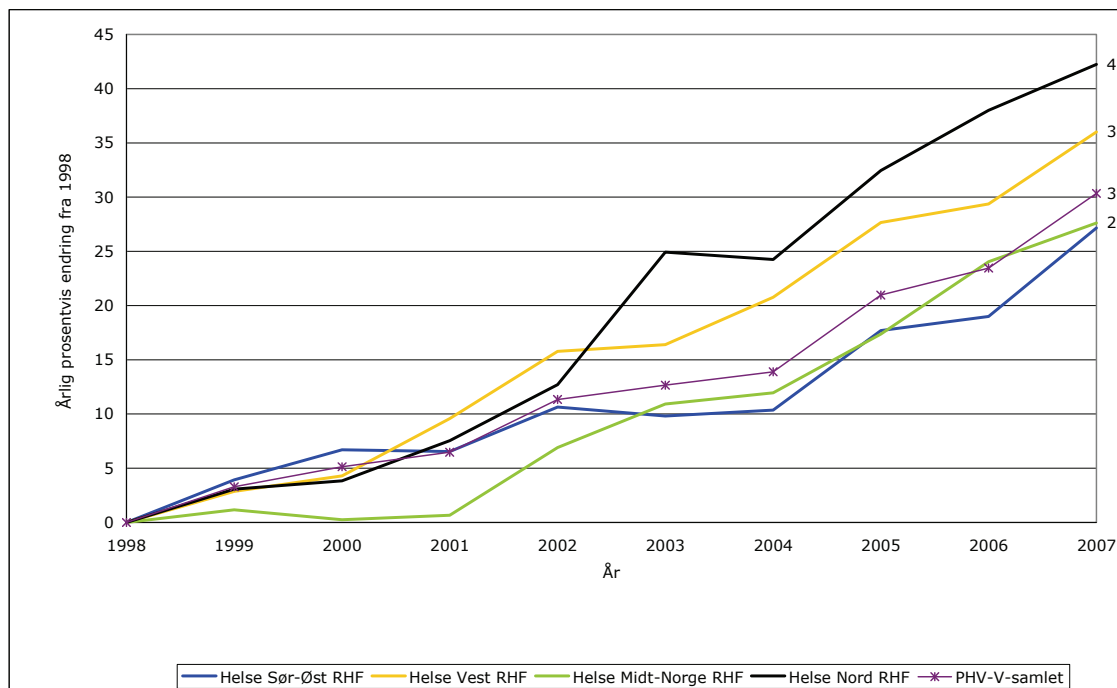
4.3.1 Kostnadsutvikling i regionene

I figur 4.1 og 4.2 vises årlig utvikling i driftskostnader i henholdsvis det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU) og voksne (PHV-V) på regionalt helseforetaksnivå fra 1998 til 2007. Utviklingen er beregnet som årlig prosentvis endring i forhold til nivået i 1998. Tallgrunnlaget er korrigert for gjestepasientoppgjøret, og vil derfor avvike noe fra tallene på nasjonalt nivå presentert i avsnittet over.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 4.1 Utvikling i driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentvis endring fra 1998 til 2007, målt i forhold til nivået i 1998. Regionalt nivå og PHV-samlet. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Deflatert (2007-kroner)



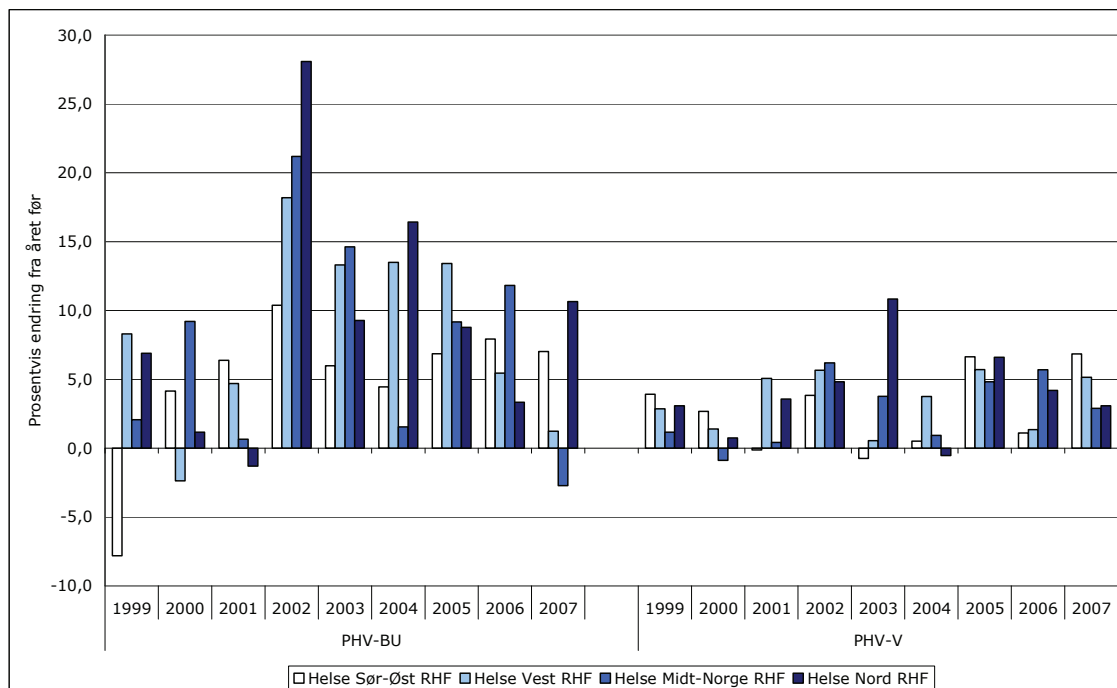
Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 4.2 Utvikling i driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis endring fra 1998 til 2007, målt i forhold til nivået i 1998. Regionalt nivå og PHV-samlet. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Deflatert (2007-kroner)

Korrigert for gjestepasientoppgjøret har realveksten i det samlede psykiske helsevernet fra 1998 til 2007 vært på 36 prosent – fra 10,8 milliarder 2007-kroner i 1998 til 14,8 milliarder kroner i 2007. Det psykiske helsevernet for barn og unge har økt med 72 prosent i den samme perioden, mens det psykiske helsevernet for voksne har hatt en økning på 30 prosent.

Det er større forskjeller mellom helseregionene når det gjelder utviklingen i driftskostnader til det psykiske helsevernet for barn og unge, sammenliknet med tjenester for voksne. Mens Helse Sør-Øst RHF har økt sine driftskostnader med 54 prosent i tjenester for barn og unge fra 1998 til 2007, var den tilsvarende økningen i Helse Nord RHF på 116 prosent. Den prosentvise endringen vil selvfølgelig påvirkes av at Helse Sør-Øst RHF hadde et høyere nivå på driftskostnadene i 1998. Forskjellen i utvikling mellom Helse Sør-Øst RHF og de andre regionene blir større etter 2001, men det må tas forbehold om at sammenlikningsgrunnlaget er mer usikkert i årene før 2002, da driftsansvaret for spesialisthelsetjenesten lå hos fylkeskommunen. I tjenestene for voksne er utviklingen i større grad samstemt, fortsatt med størst prosentvis økning i Helse Nord RHF (som også hadde det laveste utgangspunktet), mens Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har hatt relativt lik utvikling fra 2002.

I figur 4.3 presenteres endringen i totale driftsutgifter i regionene fra år til år i perioden 1999-2007. Tallgrunnlaget er korrigert for gjestepasientoppgjøret og prisjustert til 2007-kroner. Figuren illustrerer hvordan forskjellene i utvikling har vært størst i det psykiske helsevernet for barn og unge, med et markant taktskifte i veksten i flere av regionene etter at sykehusreformen ble iverksatt fra 2002.

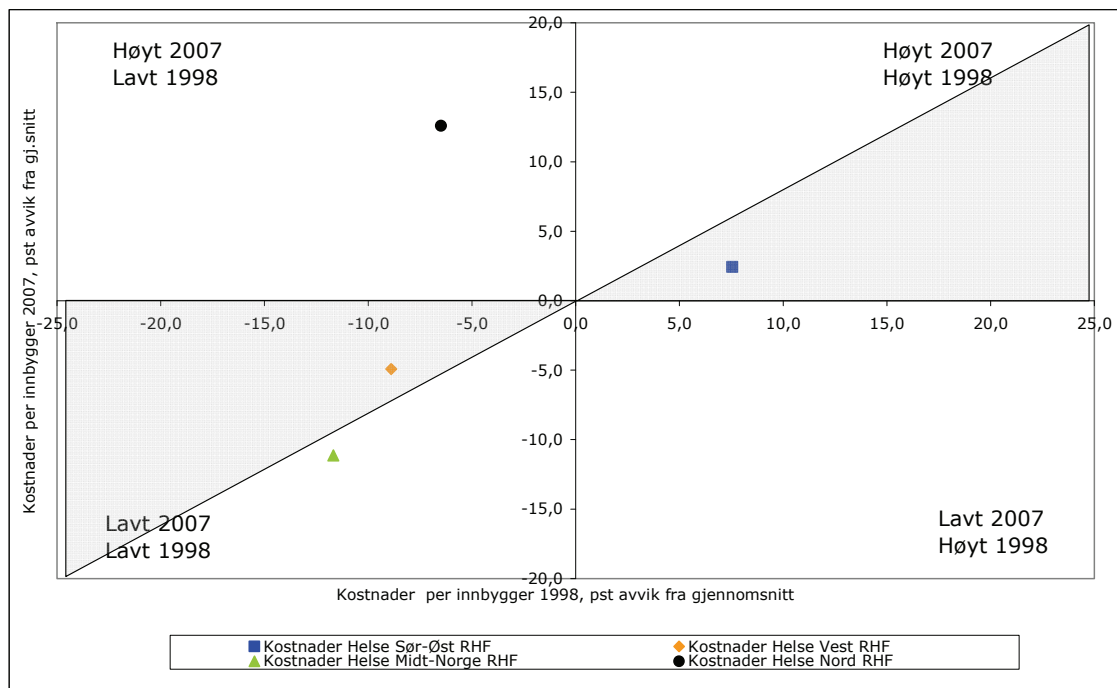


Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 4.3 Driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) i PHV-BU og PHV-V. Prosentvis endring fra året før i perioden 1998-2007. Korrigert for gjestepasientoppjøret. Deflatert (2007-kroner)

Utviklingen i driftskostnader gjennom perioden sier lite om hvilke behov og prioriteringer som ligger til grunn for pengebruken. I SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08 (kapittel 2) har vi sett kostnadsutviklingen (per innbygger) i sammenheng med det relative ressursbehovet i de ulike regionene i 2007, basert på behovsindeksen beregnet i NOU 2008:2. Her fant vi rimelig godt samsvar mellom kostnader per innbygger og ressursbehovsindeksen for det psykiske helsevernet i tre av regionene. For Helse Midt-Norge RHF lå imidlertid det relative kostnadsnivået en del lavere enn ressursbehovsindeksen, mens dette nivået ligger noe over gjennomsnittet for de tre andre regionene.

Man kan beregne ressursbehovsindekser tilbake i tid for å si noe om utvikling i kostnadene i forhold til utvikling i behovet for tjenester fra det psykiske helsevernet, men et slikt arbeid vil være svært omfattende, og ligger utenfor rammene av dette prosjektet. Det vi imidlertid har gjort, er å beregne rater på helseregionalt nivå som uttrykker kostnad per innbygger relativt til landsgjennomsnittet i 1998 og 2007. Dette illustreres i figur 4.4.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

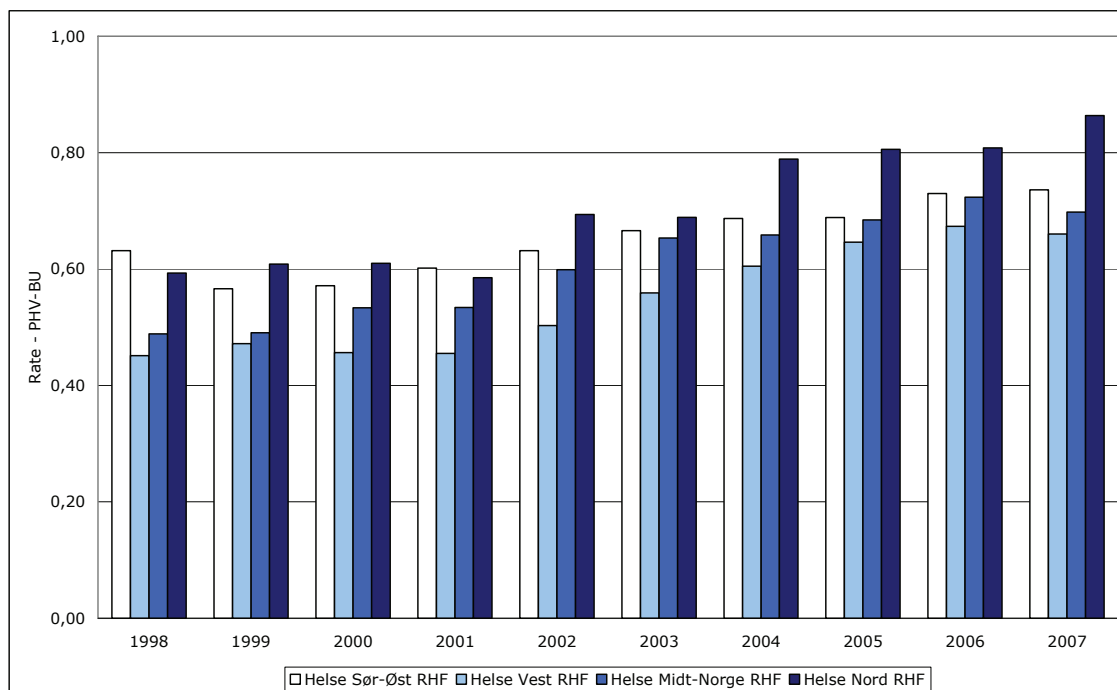
Figur 4.4 Driftskostnader i det samlede psykiske helsevernet per innbygger i 1998 (x-aksen) og 2007 (y-aksen) målt som prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet i 1998 og 2007. Driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) er korrigert for gjestepasientoppjøret. Helseregioner

I 1998 var landsgjennomsnittet for kostnader per innbygger til det psykiske helsevernet 1 650 1998-kroner (2 448 2007-kroner). Dette tallet hadde steget til 3 123 kroner per innbygger i 2007. Figuren illustrerer hvordan Helse Sør-Øst RHF hadde en kostnad per innbygger til det samlede psykiske helsevernet som lå ca. åtte prosent over landsgjennomsnittet i 1998, mens regionen hadde beveget seg seks prosentpoeng nærmere landsgjennomsnittet, til 2,4 prosent, i 2007. Både Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF lå lavt i forhold til gjennomsnittet både i 1998 og 2007. Helse Midt-Norge RHF ligger omtrent like lavt (-11 og -12 prosent) begge år (jf. ressursbehovsindeksresultatet), mens Helse Vest RHF har beveget seg fra å ligge ca. ni prosent til ca. fem prosent under landsgjennomsnittet fra 1998 til 2007. Befolkningsstruktur og befolkningsutvikling har mye å si for resultatene her, Helse Vest RHF har for eksempel hatt en sterk befolkningsvekst fra 1998-2007, mens Helse Nord RHF har hatt befolkningsnedgang.

Helse Nord RHF er den regionen som skiller seg mest ut i forhold til denne variabelen – og har vært både høyt og lavt i perioden. I 1998 var kostnaden til det psykiske helsevernet per innbygger i Helse Nord RHF 1 542 kroner, tilsvarende et negativt avvik fra gjennomsnittet på ca. sju prosent. I 2007 ligger Helse Nord RHF nesten 13 prosent over landsgjennomsnittet, og bruker 3 516 kroner på det psykiske helsevernet per innbygger. Helseregion Nord var også den av regionene hvor kostnadene per innbygger var høyest relativt til ressursbehovsindeksen. Det vil si at de har prioritert å bruke mer penger i det psykiske helsevernet enn det behovet strengt tatt skulle tilsi (gitt at ressursbehovsindeksen gir et godt estimat på virkeligheten). Sammen med Helse Vest RHF var Helse Nord RHF den regionen som i 2007 prioriterte det psykiske helsevernet høyest, relativt til kostnader per innbygger i somatisk spesialisthelsetjeneste (jf. SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08, s. 51).

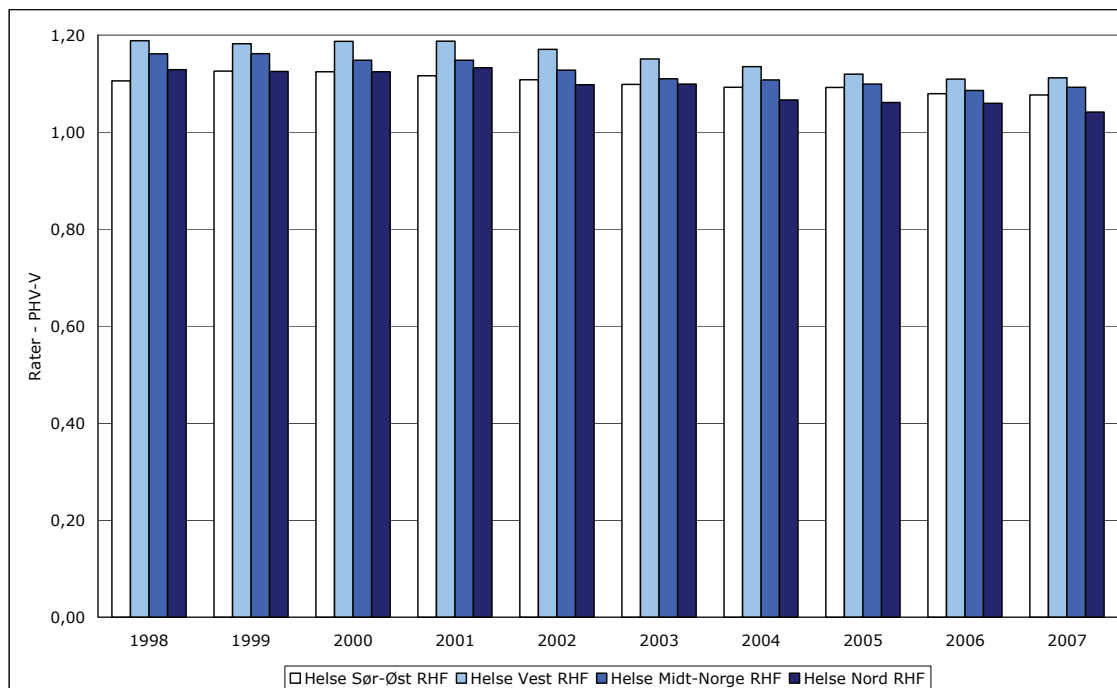
4.3.2 Regional utvikling i relativ kostnadsfordeling mellom PHV-BU og PHV-V

Det er forskjeller mellom helseregionene i hvordan de relativt sett prioriterer mellom det psykiske helsevernet for barn og unge og det psykiske helsevernet for voksne. Én variabel som vil kunne påvirke behovet for tjenester, er befolknings sammensetningen av nettopp barn og unge og voksne, i de ulike regionene. I figur 4.5 og figur 4.6 presenteres regionenes relative kostnader i PHV-BU og PHV-V sett i forhold til befolkningsandelen (i gruppene 0-17 og over 18 år) i perioden 1998-2007.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 4.5 Regionenes relative kostnader (ekskl. kapitalkostnader) til PHV-BU. Andel av totale driftskostnader brukt i PHV-BU dividert på andel av total befolkning i kategorien 0-17 år i den respektive region. 1998-2007. Løpende priser



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 4.6 Regionenes relative kostnader (ekskl. kapitalkostnader) til PHV-V. Andel av totale driftskostnader brukt på PHV-V dividert på andel av total befolkning som er over 18 år i den respektive region. 1998-2007. Løpende priser

En rate lik 1 innebærer at kostnadsandelen som går til hhv. PHV-BU og PHV-V er lik befolkningsandelen i de to respektive gruppene. Vi ser at Helse Nord RHF har prioritert det psykiske helsevernet for barn og unge høyt gjennom perioden, relativt til andelen barn og unge i regionen. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har hatt den samme andelen barn og unge i befolkningen gjennom hele perioden. Helse Vest RHF har hatt den høyeste andelen barn og unge i befolkningen – i 1998 (2007) var 26 (25) prosent av befolkningen her under 18 år. Samtidig har regionen, sammenliknet med de øvrige, hatt den laveste andelen kostnader i det psykiske helsevernet for barn og unge.

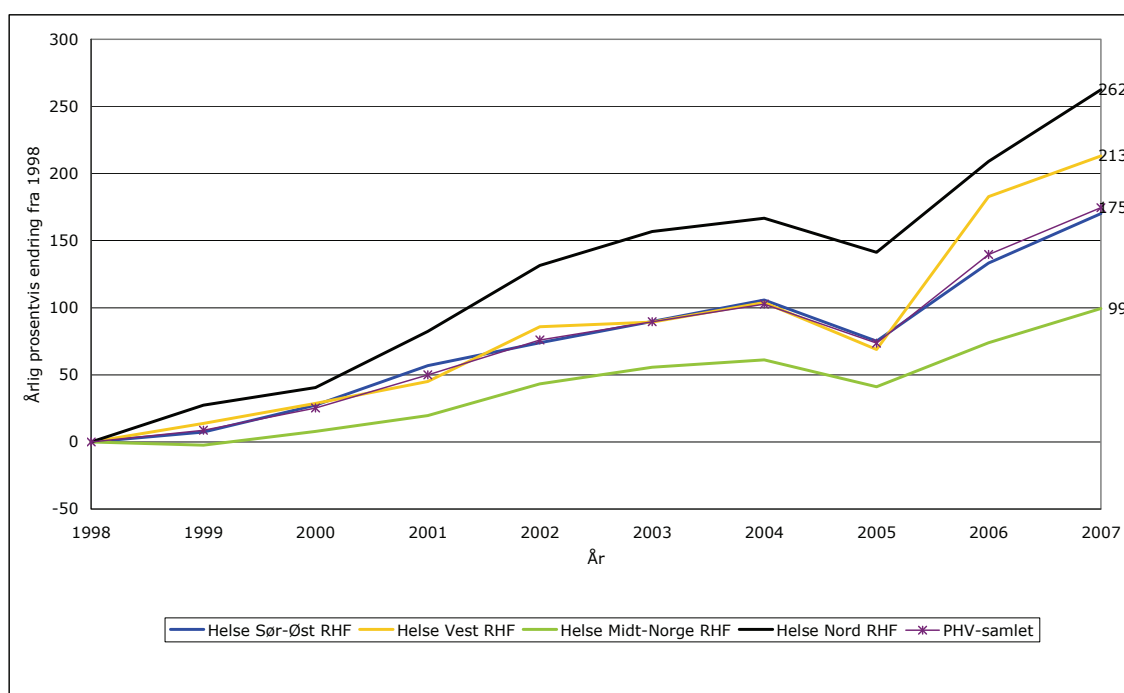
4.4 Øremerkede tilskudd og polikliniske refusjoner

4.4.1 Øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet

I følge St.prp. nr. 63 (1997-98) skulle Opptappingsplanen hovedsakelig finansieres av friske midler ved hjelp av øremerkede tilskudd, økte polikliniske refusjoner og økt brukerbetaling. Det øremerkede tilskuddet skal komme i tillegg til, og ikke i stedet for, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen. I de fire årene før Opptappingsplanen trådte i kraft (1995-1998), ble det også gitt øremerkede midler til det psykiske helsevernet på fylkeskommunalt nivå. Dette gav et noe kunstig høyt nivå på vekstbanen i opptrappingsplanperiodens første år. I statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ble nivået justert ned ved at vel 460 millioner kroner, et beløp tilsvarende de øremerkede tilskuddene som ble gitt før Opptappingsplanen startet, ble overført til basisbevilgningen (fra kapittel 743 post 75 til kapittel 732 postene 71-75 i statsbudsjettet). Som følge av denne omfordelingen mellom postene i statsbudsjettet, reduseres nivået på øremerkede midler fra 2004 til 2005 (se figur 4.7), men bestillerdokumentene til RHF-ene uttrykte klart at midlene

som ble flyttet til basisbevilgningen skulle brukes til å dekke driftskostnader til opptrappingstiltak i det psykiske helsevernet.

Gjennom regnskapskontrollen i SAMDATA kartlegger SINTEF Helse hvor mye av de øremerkede midlene til styrking av det psykiske helsevernet som er inntektsført (brukt på drift) i de innrapporterte regnskapene hvert år i det enkelte HF. Deretter sammenliknes resultatene fra regnskapskontrollen med rapporteringsskjema for øremerkede midler som samles inn av Helse- og omsorgsdepartementet, og avvik undersøkes. For eksempel har det vært vanskelig å kartlegge beløpet som er brukt på drift ved det enkelte HF i Helse Vest RHF, da noe av opptrappingsplanmidlene her gis over rammebevilgningen fra RHF til HF. I Helse Vest RHF har vi derfor benyttet beløpet fra HOD-rapporteringen i sin helhet. I de andre regionene ligger regnskapstallene til grunn. Langt fra alle helseforetakene klarer å skille mellom opptrappingsplanmidler benyttet i henholdsvis det psykiske helsevernet for barn og unge og det psykiske helsevernet for voksne, og vi opererer derfor bare med samlet sum øremerkede midler i regionene og på nasjonalt nivå.



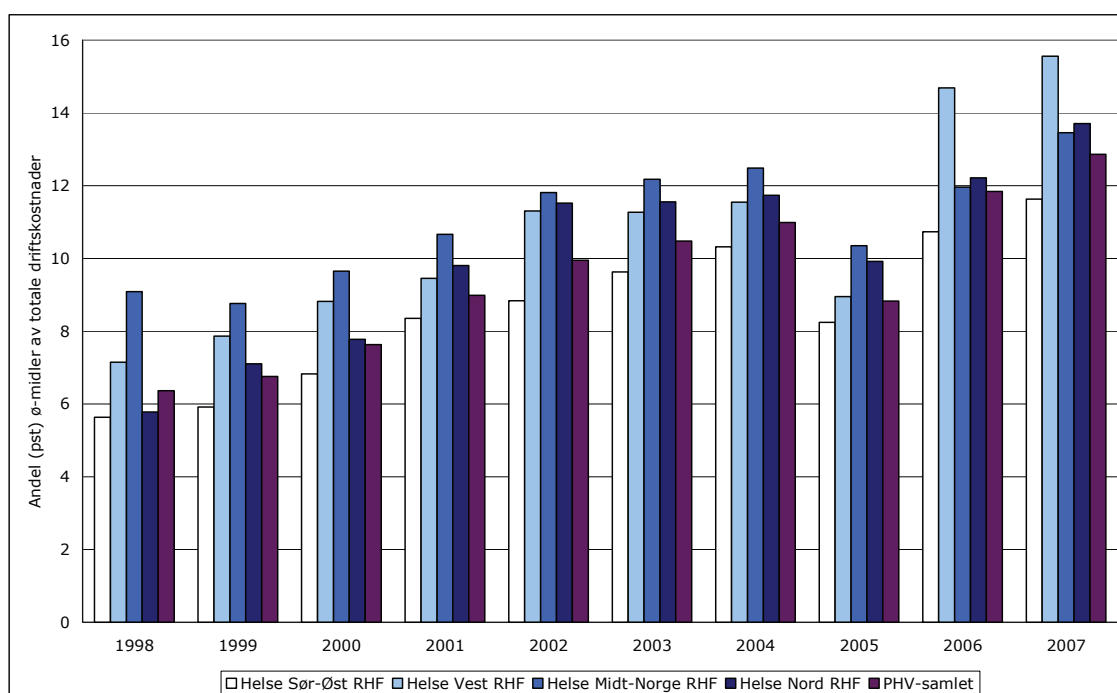
Datakilde: SINTEF Helse og HOD

Figur 4.7 Utvikling i bruk av øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet. Prosentvis endring i perioden 1999-2007, målt i forhold til nivået i 1998. Deflatert (2007-kroner)

Figur 4.7 viser utvikling i øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet, framstilt som prosentvis endring i perioden 1999-2007, målt i forhold til nivået på øremerkede midler i 1998 (2007-kroner). Nasjonalt har nivået på benyttede øremerkede opptrappingsplanmidler økt fra 693 millioner 2007-kroner i 1998 til 1,9 milliarder kroner i 2007, dvs. en økning på 175 prosent. Fra 2006 til 2007 økte bruken av øremerkede midler med ca. 15 prosent i det samlede psykiske helsevernet.

I regionene har Helse Sør-Øst RHF hatt en vekst på linje med den nasjonale utviklingen, mens Helse Nord RHF har økt med 262 prosent – fra 61 millioner kroner i 1998 til 222 millioner kroner i 2007. Helse Vest RHF har økt noe mer enn landsgjennomsnittet fra 2005, mens Helse Midt-Norge RHF har hatt en dobling i bruken av opptrappingsmidler fra 1998-2007. Helse Nord RHF har hatt den høyeste veksten de to siste årene i perioden med 17 prosent, mens Helse Vest har vokst relativt minst med 11 prosent.

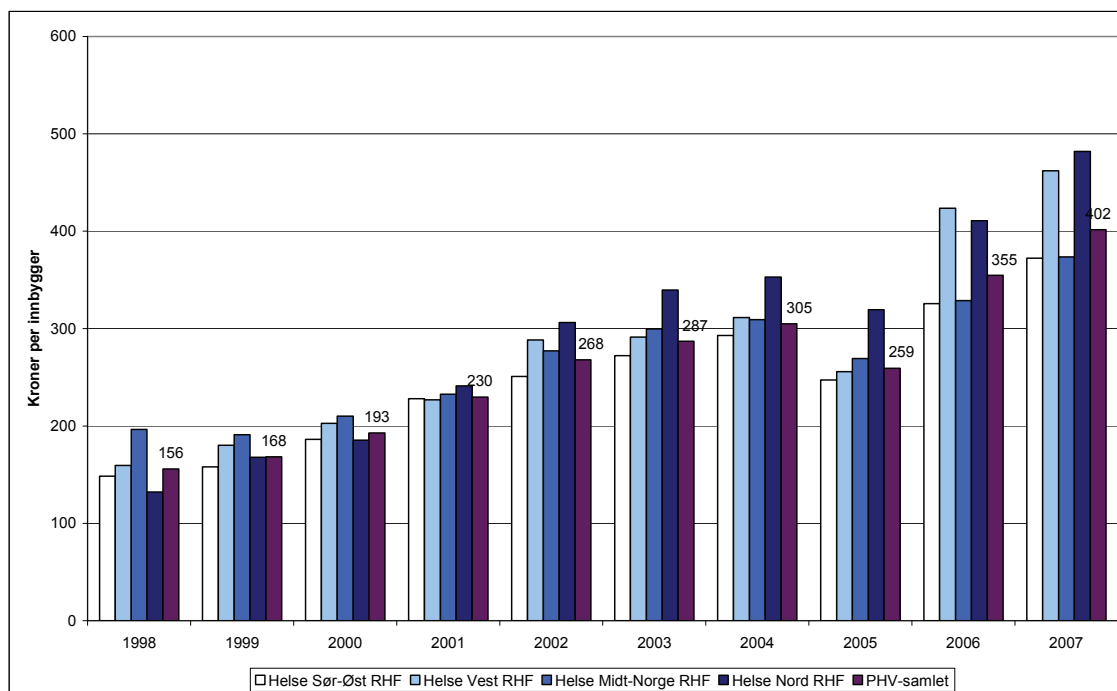
Perioden sett under ett har omtrent 31 prosent av økningen i driftskostnader fra 1998-2007 vært finansiert av øremerkede midler. Polikliniske refusjoner har stått for rundt 4 prosent av opptrappingen, mens de regionale helseforetakene har finansiert det resterende. Hvis vi forutsetter at de øremerkede midlene som helseforetakene oppgir å ha brukt til drift, nøyaktig tilsvarer driftskostnadene som har påløpt til å trappe opp det psykiske helsevernet (vi velger å se bort fra kapitalkostnader), kan vi beregne hvor stor andel av de totale driftskostnadene (ekskl. kapitalkostnader) som har vært finansiert av øremerkede midler i den enkelte region. Dette er framstilt på regionalt nivå og i perioden 1998-2007 i figur 4.8.



Datakilde: SINTEF Helse og HOD

Figur 4.8 Andel øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet av totale driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader og korrigert for gjestepasientoppgjøret). Prosent. Regionalt nivå og det psykiske helsevernet samlet. 1998-2007

Av figuren går det fram at andelen øremerkede midler av totale driftskostnader øker utover i opptrappingsperioden for alle regioner. Andelen synker i 2005, men dette skyldes den tidligere omtalte omfordelingen mellom øremerkede midler og rammefinansiering. At andelen av driftskostnadene som finansieres av øremerkede midler øker, betyr at de regionale helseforetakene i mindre grad selv har vært nødt til å bidra med midler til veksten i det psykiske helsevernet.

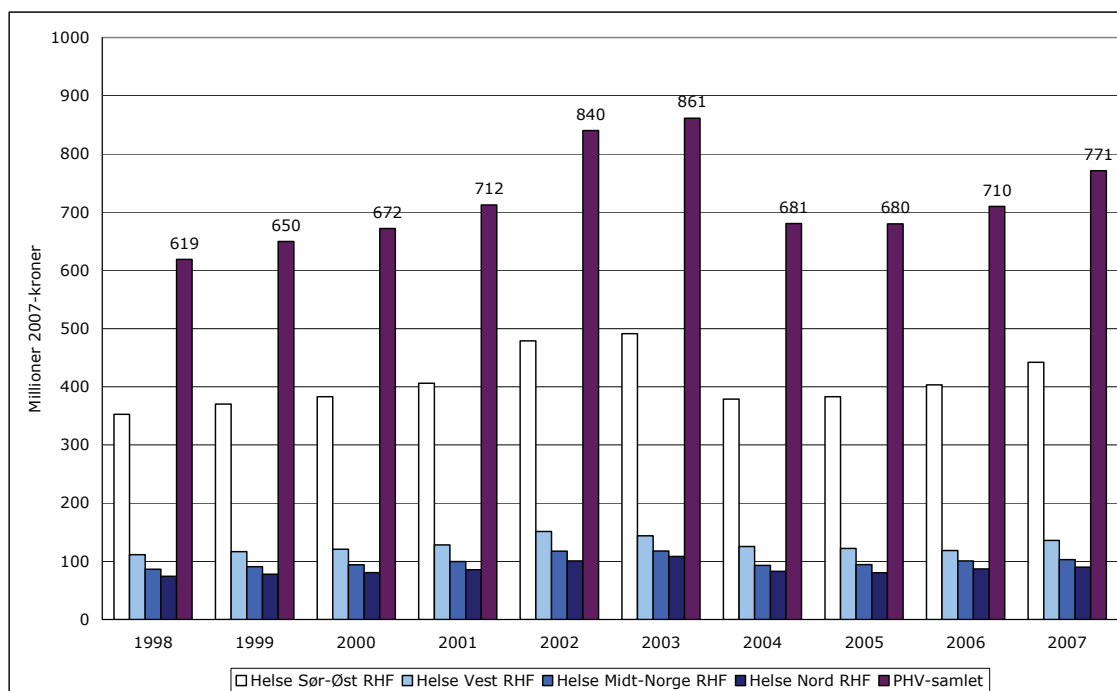


Datakilde: SINTEF Helse og HOD

Figur 4.9 Utvikling i bruk av øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet. Regionalt nivå. Kroner per innbygger. Deflatert (2007-kroner)

Figur 4.9 viser den årlige utviklingen i øremerkede opptappingsplanmidler per innbygger fra 1998 til 2007. Økningen i perioden har vært på 246 kroner per innbygger, eller 158 prosent, på nasjonalt nivå (PVH-samlet). Fra og med 2001, og bortsett fra i 2006, har Helse Nord RHF ligget på topp i øremerkede kroner per innbygger sammenliknet med de øvrige regionene. I 2007 ble det benyttet 482 kroner per innbygger i Helse Nord RHF. Til sammenlikning lå Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF på henholdsvis 373 og 372 kroner per innbygger, mens Helse Vest RHF brukte 462 kroner per innbygger. Helse Nord RHF er også den regionen som har hatt størst økning fra 1998 (350 kroner per innbygger), mens Helse Midt-Norge RHF har vokst relativt minst med 177 kroner per innbygger.

4.4.2 Polikliniske refusjoner



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 4.10 Utvikling i polikliniske refusjoner i det psykiske helsevernet i perioden 1998-2007. Regionalt nivå og PHV-samlet. Millioner kroner. Deflatert (2007-kroner)

I figur 4.10 ser vi på den regionale (real)utviklingen i nivået på polikliniske refusjonsinntekter i det psykiske helsevernet fram mot 2007. Nivået på tilskudd mottatt som polikliniske refusjoner var stigende fram til og med 2003, da 861 millioner 2007-kroner ble refundert, og øker igjen i 2006 og 2007. Nedgangen etter 2003 skyldes omlegging av takst-systemet, der satsene for polikliniske refusjoner ble justert ned. Dette ble gjort både innen somatikk og det psykiske helsevernet som et forsøk på å motvirke uønskede vridnings-effekter i somatisk spesialisthelsetjeneste som følge av at refusjonssatsen innen Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble satt ned fra 60 til 40 prosent. Bakgrunnen var et ønske om å rette økt styringsmessig oppmerksomhet mot at ressursene brukes på prioriterte områder, og reduksjon av den aktivitetsfinansierte delen av RHF-enes inntekter skulle bidra til dette (St. prp.nr. 1 (2003-2004)).

I stort sett hele opptrappingsplanperioden har hver av helseregionene ligget på en nærmest konstant andel av de totale polikliniske refusjonsinntektene. Helse Sør-Øst RHF står i gjennomsnitt for omtrent 57 prosent av totale polikliniske refusjoner hvert av årene, Helse Vest RHF står for omtrent 18 prosent, Helse Midt-Norge RHF for omtrent 14 prosent, mens Helse Nord RHF står for omtrent 12 prosent av de polikliniske refusjonene.

Økt pasientbetaling var også nevnt som kilde til finansiering av Opptappingsplanen da denne ble vedtatt. Pasientbetaling er bare aktuelt i det psykiske helsevernet for voksne, og finansierer en relativt beskjeden del av de totale kostnadene. I 2006 og 2007 var nivået på pasientbetaling på henholdsvis 77 og 75 millioner kroner – tilsvarende 0,6 og 0,5 prosent av de totale driftskostnadene de respektive år. Sammen med RHF-enes egenfinansiering er øremerkede tilskudd fortsatt den klart største finansieringskomponenten i Opptappingsplanen.

4.5 Økning i kostnader sammenholdt med økningen i personell

Lønn og sosiale kostnader utgjorde 83 prosent av de 14,8 milliarder kronene det psykiske helsevernet benyttet til drift i 2007. Dette er nøyaktig ett prosentpoeng mer enn lønnsandelen av totale driftskostnader i 2006. Personell er den viktigste innsatsfaktoren i utførelsen av det psykiske helsevernet, og det er naturlig å forvente at endringen i driftskostnader fra år til år følger utviklingen i personell.

Når det gjelder sammenlikning av kostnader og personell i spesialisthelsetjenesten, er det visse forbehold som må tas. For eksempel kan registreringspraksis for innleid personell, både når det gjelder kostnadsføring og årsverk, variere mellom helseforetakene. Lønn til personell innleid fra bemanningsbyrå utbetales som oftest av bemanningsbyrået, og vil ikke framgå som lønnskostnader i regnskapene, men føres ofte på artskonto for "Diverse andre kjøp av helsetjenester" eller "Annen ekstern tjeneste". Samtidig skal innleid personell telles med i personellstatistikken som samles inn av Statistisk sentralbyrå, og som benyttes i SAMDATA. Dette innebærer at lønnskostnader per årsverk sannsynligvis vil underestimeres, og vi har derfor valgt å benytte totale driftskostnader for å si noe om hva et årsverk "koster" i den enkelte region.

I tabell 4.1 ser vi den prosentvise endringen i driftskostnader sammenliknet med prosentvis endring i årsverk fra Opptrappingsplanens begynnelse og fram til 2007.

Tabell 4.1 Prosentvis endring i totale driftskostnader ekskl. kapitalkostnader (2007-kroner) og årsverksinnsats i det psykiske helsevernet, fordelt på tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. Nasjonalt nivå. 1998-2007

	Prosent endring i driftskostnader 1998-2007	Prosent endring i årsverk 1998-2007
Det psykiske helsevernet samlet	35	29
- herav PHV-BU	82	72
- herav PHV-V	29	24

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

I det psykiske helsevernet samlet har kostnadsveksten vært seks prosentpoeng høyere enn personellveksten i perioden 1998-2007. I det psykiske helsevernet for barn og unge er forskjellen på ti prosentpoeng, mens forskjellen i tjenester for voksne er fem prosentpoeng. Sammenliknet med veksten i perioden 1998-2006⁹, er forskjellen mellom vekst i årsverk og driftskostnader blitt større til 2007. Dette kan skyldes ulik praksis i forhold til fordeling av felleskostnader, som har en tendens til å endre seg noe fra år til år i de ulike helseforetakene (Anthun og Torvik, 2006). Hvis det er slik at omfordeling av kostnader har vært annerledes enn omfordeling av personellressurser i helseforetakene, vil dette kunne påvirke tallene våre.

På regionalt nivå er det en del forskjeller over tid i differansen mellom vekst i kostnader og vekst i personell. I 2007 hadde Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF større vekst i personell enn kostnader i det psykiske helsevernet for barn og unge, mens bare Helse Nord RHF hadde større vekst i personell enn kostnader i det psykiske helsevernet for voksne. I årene før 2007 er et til dels stor variasjon mellom regionene. Disse framkommer i tabell 4.2 under.

⁹ Se tilsvarende tabell i SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 2/07.

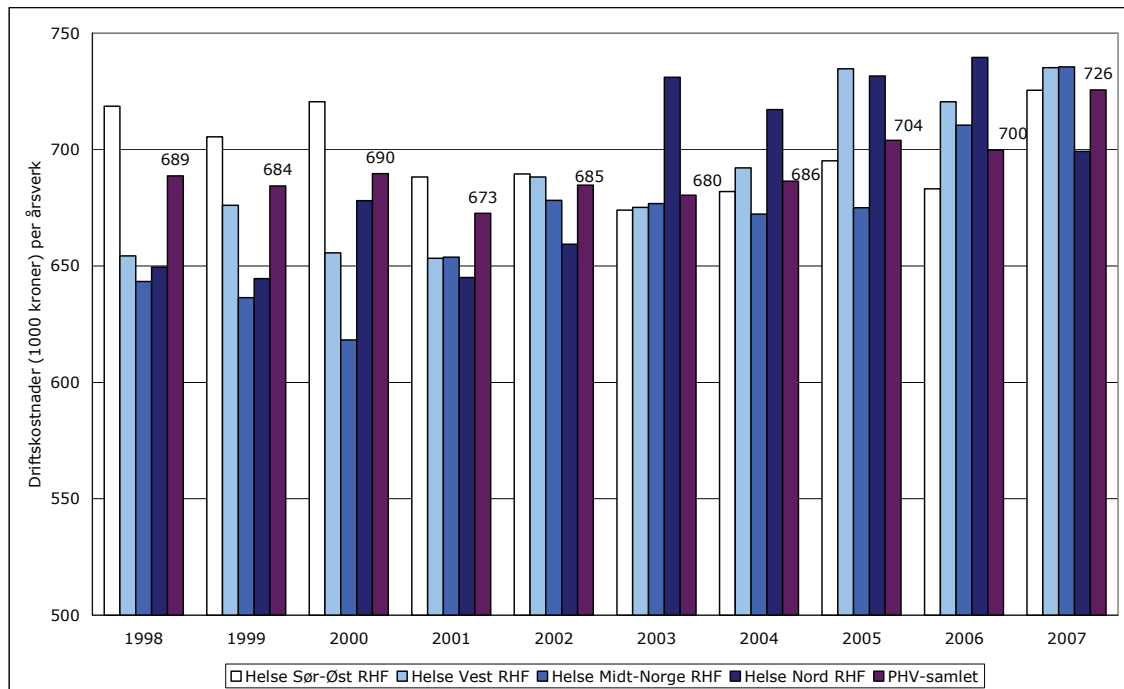
Tabell 4.2 Differanse mellom prosentvis endring i antall årsverk og prosentvis endring i driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) i det psykiske helsevernet. Prosentpoeng. Regionalt nivå. 1999, 2000, 2002-2007

	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst RHF								
PHV-BU	10,1	1,4	-3,4	-1,9	-5,8	-2,0	2,9	-1,1
PHV-V	0,5	-2,7	0,2	3,0	-0,3	-2,0	1,6	-7,3
Helse Vest RHF								
PHV-BU	-2,5	11,8	-6,8	-7,2	-8,3	-6,9	0,2	2,4
PHV-V	-3,4	1,9	-5,5	3,3	-1,7	-6,1	2,4	-3,0
Helse Midt-Norge RHF								
PHV-BU	5,9	-5,1	-10,8	-12,3	4,5	2,2	-2,8	5,0
PHV-V	0,4	4,0	-3,0	2,4	0,0	-0,9	-5,8	-5,2
Helse Nord RHF								
PHV-BU	8,5	8,2	-15,0	-8,2	-9,4	-6,0	5,6	-4,5
PHV-V	-0,6	-7,5	-0,7	-11,4	4,1	-1,2	-2,8	8,7

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

4.5.1 Kostnad per årsverk i opptrappingsplanperioden

Personellinnsats er som nevnt den viktigste innsatsfaktoren i det psykiske helsevernet, og en interessant øvelse kan da være å se på hvor høye kostnadene per årsverk har vært i de ulike regionene. I figur 4.11 har vi dividert totale driftskostnader (som også vil omfatte kostnader til innleid personell) i det psykiske helsevernet med antall årsverk i regionen det respektive år. Kostnadstallene er korrigert for gjestepasientoppjøret og justert til 2007-kroner for hele perioden.



Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 4.11 Driftskostnader per årsverk i det psykiske helsevernet samlet. Korrigert for gjestepasientoppgjøret. Regionalt nivå. Deflatert (2007-kroner)

Mens driftskostnader per årsverk i det psykiske helsevernet i gjennomsnitt lå på 689 000 2007-kroner i 1998, var denne prisen steget til 726 000 kroner per årsverk i 2007. Mens kostnadene i Helse Sør-Øst RHF per årsverk lå relativt høyt i årene før sykehusreformen, har dette jevnet seg mer ut mot slutten av perioden. Helse Nord RHF har ligget relativt høyt i store deler av perioden, men har sunket fra 2006 til 2007 – regionen er den av regionene som har hatt høyest personellvekst mellom disse årene med seks prosent i PHV-BU og nær 12 prosent i PHV-V (jf. også SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08, kapittel 2.8 og kapittel 6).

Det er selvfølgelig ulike behov og prioriteringer som ligger bak driftskostnadene i den enkelte region, men andelen som går til lønn er relativt lik mellom tre av regionene i 2007. Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF ligger på rundt 84 prosent av driftskostnadene til lønn, Helse Sør-Øst RHF har en andel på 83 prosent, mens Helse Nord RHF ligger under de andre med 80 prosent av de totale kostnadene i det psykiske helsevernet i lønnskostnader. En kan dermed argumentere for at det er i Helse Nord RHF det knyttes mest usikkerhet til begrepet driftskostnader per årsverk. Vi har dessverre ikke informasjon om den eksakte andelen driftskostnader som går til innleid personell, eller den eksakte andelen innleid personell, i den enkelte region, men en lavere andel lønnskostnader i helseregion Nord kan bety at andelen innleid personell er større her. Dessuten ligger andelen av totale kostnader til syke-transport nesten dobbelt så høyt i Helse Nord RHF, sammenliknet med Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. En annen faktor som også vil spille inn, er endringen i personell-sammensetning i perioden. Andelen personell med høyere utdanning (og dermed høyere lønn) har økt gjennom opptrappingsperioden, og hvis lønnsøkningen for denne gruppen er større enn det prisjusteringen tar hensyn til, vil dette føre til økte kostnader per årsverk.

4.6 Vedleggstabeller

Tabell 4.3 Prisvekst i forhold til påfølgende år og akkumulert prisvekst i perioden 1998-2006. 2007=1. Beregnet av Statistisk sentralbyrå

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,037	1,081	1,048	1,055	1,019	1,019	1,037*	1,061
Akkumulert prisvekst til 2007	1,484	1,365	1,263	1,205	1,142	1,121	1,100	1,061

* Sammenliknet med fjorårets SAMDATA-rapporter har prisveksten i 2005 blitt justert opp fra 3,4 til 3,7 prosent.

Tabell 4.4 Utvikling i totale driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) til det psykiske helsevernet for barn og unge og det psykiske helsevernet for voksne. Korrigert for gjestepasientoppjøret. Regionalt nivå. 1998-2007. Millioner kroner. Deflatert (2007-kroner)

	1998	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst RHF								
PHV-BU	907	871	1 023	1084	1 132	1 210	1 306	1 397
PHV-V	5 526	5 896	6 114	6 068	6 099	6 504	6 577	7 027
Helse Vest RHF								
PHV-BU	234	247	306	347	394	446	471	477
PHV-V	1 792	1 869	2 075	2 086	2 165	2 288	2 319	2 438
Helse Midt-Norge RHF								
PHV-BU	160	178	217	249	253	276	308	300
PHV-V	1 203	1 206	1 286	1 334	1 347	1 412	1 492	1 535
Helse Nord RHF								
PHV-BU	151	163	206	226	263	286	295	327
PHV-V	908	943	1 024	1 135	1 129	1 203	1 253	1 292
PHV-samlet	10 881	11 374	12 252	12 529	12 780	13 625	14 021	14 792
herav PHV-BU	1 452	1 460	1 752	1 905	2 041	2 218	2 380	2 501
herav PHV-V	9 430	9 915	10 499	10 624	10 739	11 407	11 641	12 292

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Tabell 4.5 Relative kostnader i det psykiske helsevernet for barn og unge og det psykiske helsevernet for voksne. Andel av totale kostnader (korrigert for gjestepasientoppgjør) i hhv. PHV-BU og PHV-V dividert på andel av total befolkning i kategorien 0-17 år og over 18 år. Rate. Regionalt nivå. 1998-2007. Løpende priser

	1998	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst RHF								
PHV-BU	0,63	0,57	0,63	0,67	0,69	0,69	0,73	0,74
PHV-V	1,11	1,12	1,11	1,10	1,09	1,09	1,08	1,08
Helse Vest RHF								
PHV-BU	0,45	0,46	0,50	0,56	0,61	0,65	0,67	0,66
PHV-V	1,19	1,19	1,17	1,15	1,13	1,12	1,11	1,11
Helse Midt-Norge RHF								
PHV-BU	0,49	0,53	0,60	0,65	0,66	0,68	0,72	0,70
PHV-V	1,16	1,15	1,13	1,11	1,11	1,10	1,09	1,09
Helse Nord RHF								
PHV-BU	0,59	0,61	0,69	0,69	0,79	0,81	0,81	0,86
PHV-V	1,13	1,12	1,10	1,10	1,07	1,06	1,06	1,04

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.6 Driftskostnader i det samlede psykiske helsevernet per innbygger i 1998 og 2007 målt som prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet i 1998 og 2007. Driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) er korrigert for gjestepasientoppjøret. Nominelle tall i 1998. Helseregioner

	1998		2007	
	Kostnad per innbygger	Avvik fra landsgj.snitt	Kostnad per innbygger	Avvik fra landsgj.snitt
Helse Sør-Øst RHF	1 774	7,5	3 198	2,4
Helse Vest RHF	1 503	-8,9	2 969	-4,9
Helse Midt-Norge RHF	1 457	-11,7	2 775	-11,1
Helse Nord RHF	1 542	-6,5	3 516	12,6
Landsgjennomsnitt	1 650		3 123	

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.7 Utvikling i øremerkede midler til det psykiske helsevernet i 1998-2007. Regionalt nivå og PHV-samlet. Millioner kroner. Deflatert (2007-kroner)

	1998	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst RHF	363	631	689	746	636	846	980
Helse Vest RHF	145	269	274	295	245	410	454
Helse Midt-Norge RHF	124	177	193	200	175	215	247
Helse Nord RHF	61	142	157	163	148	189	222
PHV-samlet	693	1 219	1 313	1 405	1 203	1 661	1 903

Datakilde: SINTEF Helse og Helse- og omsorgsdepartementet.

Tabell 4.8 Andel øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet av totale driftskostnader (ekskl. kapital-kostnader og korrigert for gjestepasientoppgjøret). Prosent. Regionalt nivå og det psykiske helsevernet samlet. 1998-2007

	1998	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst RHF	6	9	10	10	8	11	12
Helse Vest RHF	7	11	11	12	9	15	16
Helse Midt-Norge RHF	9	12	12	12	10	12	13
Helse Nord RHF	6	12	12	12	10	12	14
PHV-samlet	6	10	10	11	9	12	13

Datakilde: SINTEF Helse og Helse- og omsorgsdepartementet.

Tabell 4.9 Utvikling i øremerkede midler til det psykiske helsevernet i 1998-2007. Regionalt nivå og PHV-samlet. Kroner per innbygger. Deflatert (2007-kroner)

	1998	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst RHF	148	251	272	293	247	326	372
Helse Vest RHF	159	288	291	311	256	424	462
Helse Midt-Norge RHF	197	277	300	309	269	329	373
Helse Nord RHF	132	306	340	353	319	411	482
PHV-samlet	156	268	287	305	259	355	402

Datakilde: SINTEF Helse og Helse- og omsorgsdepartementet.

Tabell 4.10 Utvikling i polikliniske refusjoner i det psykiske helsevernet i 1998-2007. Regionalt nivå og PHV-samlet. Millioner kroner. Deflatert (2007-kroner)

	1998	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst RHF	353	479	491	379	383	403	442
Helse Vest RHF	111	151	144	126	122	119	136
Helse Midt-Norge RHF	87	118	118	93	95	101	103
Helse Nord RHF	74	101	109	83	80	87	90
PHV-samlet	619	840	861	681	680	710	771

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

5 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge – 1998-2007

Anne Mette Bjerkan

5.1 Sammendrag

Dette kapitlet undersøker utviklingen og endringen i pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge i løpet av perioden 1998 til 2007. Formålet er å kartlegge hvilke grupper av barn og unge som i løpet av perioden har mottatt et tilbud fra det psykiske helsevernet, samt også i hvilke grupper veksten i pasientmassen har funnet sted. Pasientsammensetningen presenteres på nasjonalt nivå, med utgangspunkt i pasientens kjønn, alder og viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet.

I løpet av perioden 1998 til 2007 har antall barn og unge som mottar et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet økt kraftig. Antall pasienter økte fra 20 634 i 1998 til 49 479 i 2007, noe som representerer en økning på 140 prosent. Dekningsgraden (prosent av befolkningen) har økt fra 2,0 prosent i 1998 til 4,5 prosent i 2007. Målet er altså ennå ikke nådd, og tallet på pasienter må økes med drøyt ti prosent fra 2007 til 2008 for at målet om fem prosent dekning skal nås.

Dekningsgraden i det psykiske helsevernet for barn og unge har også økt i alle landets helseregioner, med høyest dekning i helseregion Nord og lavest dekning i helseregion Vest. Men, fortsatt har bare helseregion Nord nådd Opptreppingsplanens mål om å gi et behandlingstilbud til fem prosent av befolkningen yngre enn 18 år.

Poliklinisk behandling er i omfang den dominerende behandlingsformen, og polikliniske pasienter har i løpet av hele perioden utgjort majoriteten av pasientmassen i det psykiske helsevernet. I løpet av perioden 1998 til og med 2007 økte antall polikliniske pasienter med 153 prosent, fra 19 097 pasienter i 1998 til 48 332 polikliniske pasienter i 2007. Dette utgjør en sterkere vekst enn for det totale pasienttallet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antallet barn og unge som mottar et døgn- eller dagtilbud har steget med 51 prosent i løpet av perioden. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til datakvaliteten for denne type behandling.

Gutter har høyere behandlingsrate enn jenter i det psykiske helsevernet, og forskjellen har økt i løpet av perioden. Gutter har hatt en sterkere vekst i behandlingsraten (155 prosent) enn jenter (141 prosent). Forskjellene i behandlingsratene mellom gutter og jenter var signifikante i alle årene fra 1998 til og med 2007. Gutter har også de høyeste behandlingsratene opp til fylte 12 år, mens jenter har den høyeste behandlingsraten fra 13 år og oppover. Generelt har gutter hatt en sterkere vekst i behandlingsrater enn jenter i perioden, dette gjelder uavhengig av aldersgruppe. Dette betyr at mens forskjellene mellom kjønnene har økt for barn under 12 år i perioden har den blitt redusert for ungdom mellom 13 og 18 år.

Pasienter mellom 13-17/18 år har den klart høyeste behandlingsraten i det psykiske helsevernet for barn og unge, mens de yngste pasientene (0-5/6 år) har den laveste behandlingsraten. Generelt har dekningsgraden økt i alle aldersgrupper, men er høyest for de eldste pasientene. I 2007 ble dekningsgraden for pasienter mellom 13-17 år beregnet til 7,1

prosent. Til sammenligning ble dekningsgraden for de yngste pasientene beregnet til 0,9 prosent. Forskjellene mellom aldersgruppene var signifikante i alle årene, men har blitt forsterket i perioden, ved at veksten har vært størst for de eldste pasientene og lavest for de yngste pasientene.

Fra 1998 til 2004 var behandlingsratene høyest for barn og unge henvist til behandling med bakgrunn i atferdsvansker. Fra 2005 og ut 2007 har derimot hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker vært den største enkeltgrunnen til henvisning til behandling i det psykiske helsevernet. Veksten i behandlingsrater har vært størst for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, etterfulgt av tristhet/depresjon/sorg, atferdsvansker og angst/fobi. Totalt i perioden økte antall pasienter henvist med bakgrunn i disse fire henvisningsgrunnene med 176 prosent.

Resultatene viste klare kjønnsforskjeller med hensyn til viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet. Mens ratene for gutter var høyest for atferdsvansker i 1998 og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i 2007 var ratene for jenter høyest for tristhet/depresjon og sorg begge årene. Den relative veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2007 var imidlertid for begge kjønn sterkest for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Det er også forskjeller i henvisningsgrunn i ulike aldersgrupper. Blant førskolebarn (0-6 år) utgjør barn med atferdsvansker den største pasientgruppen i hele perioden. Det samme gjelder barn i alderen 7-12 år i første del av opptrappingsperioden, mens hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker er viktigste henvisningsgrunn i 2007. Tristhet, depresjon og sorg er viktigste henvisningsårsaker for ungdom (13-18 år) i hele perioden. For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

I det psykiske helsevernet for barn og unge blir pasienter med alvorlig depresjon, suicidalproblematikk, mistanke om psykose og alvorlige spiseforstyrrelser prioritert ved inntak av pasienter for elektiv behandling. Ratene var større for jenter enn gutter for de prioriterte pasientgruppene både i 1998 og i 2007. Det har i perioden vært en svakere vekst i behandlingsraten for barn som blir prioritert først ved inntak, enn barn henvist for andre årsaker. Dette indikerer at veksten i det psykiske helsevernet har gitt større rom for å gi et behandlingstilbud til pasienter som ikke inngår i gruppen blant de høyest prioriterte pasientene.

5.2 Innledning

Et av Opptrappingsplanens overordnede mål er å styrke tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer (St.prp. Nr. 63, 1997-1998, St.meld. Nr 25, 1996-97). Dette målet skal nås både ved at det kommunale tilbudet bygges ut, og ved at tilbudet i spesialisthelsetjenesten styrkes. I Opptrappingsplanen er det også knyttet konkrete måltall til utbyggingen av tjenestene både når det gjelder kapasitet, produktivitet og dekningsgrad. Et av de sentrale målene for spesialisthelsetjenesten er at den årlig skal gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Målet om fem prosents dekning skal være oppnådd innen Opptrappingsplanens slutt i 2008.

Dette kapitlet undersøker pasientsammensettingen i det psykiske helsevernet for barn og unge. Fokus vil i det etterfølgende rettes mot å undersøke nasjonale utviklingstrekk i løpet av perioden. Hovedtendensene vil bli redegjort for med hensyn til pasientenes kjønns- og alderssammensetting og videre også med viktigste henvisningsgrunn til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge.

5.3 Data og metode

Datagrunnlaget for dette kapitlet er pasientdata for barn og unge i det psykiske helsevernet, og omfatter her statistikkårene fra 1998 til og med 2007. Fra 1998 til 2002 ble data-materialet samlet inn av HIADATA AS etter avtale med Norsk Forening for Barne- og Ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI). Data er kvalitetskontrollert av SINTEF i samarbeid

med HIADATA AS. Datamaterialet i perioden fra 2003 til og med 2007 er innhentet og kvalitetskontrollert av Norsk Pasientregister (NPR). Materialet er i stor grad basert på det pasientadministrative systemet BUP-data, med Visma Unique AS som systemleverandør.

I løpet av perioden har pasientdata for barn og unge i blitt mer komplette. I de tilfellene hvor vi blir kjent med manglende data, benyttes det et estimat for de aktuelle institusjonene for beregning av tall på regionnivå. Dette betyr at vi har komplette rater for alle statistikkårene. Med unntak for enkelte år, inngår samtlige av landets offentlige institusjoner i det psykiske helsevernet for barn og unge i datasettene. Begrensninger i datamaterialet er i stor grad knyttet til ulik registreringspraksis innad i sektoren. Vi gjør spesielt oppmerksom på at datakvaliteten knyttet til dag og døgnvirksomhet er beheftet med usikkerhet. Disse tallene må derfor leses og tolkes med forsiktighet.

Vi vil påpeke at det som omtales som *antall pasienter* ikke nødvendigvis det samme som *antall personer* som mottok behandling i en institusjon. Det som er registrert i datamaterialet er antall personer som mottok behandling i en institusjon i løpet av disse årene. Dersom en pasient mottar behandling ved flere institusjoner i løpet av et statistikkår vil han eller hun registreres/telles flere ganger. Det samme gjelder dersom en institusjon leverer flere rapporter/filer og det finnes pasienter som har registrerte episoder i flere av rapportene. Pasienten vil i dette tilfellet framstå som flere pasienter. Dette problemet er imidlertid lite i omfang.

5.3.1 Sentrale variabler

I dette kapittelet brukes følgende variabler: "pasientens kjønn", "pasientens alder" og "viktigste henvisningsgrunn barnet". Aldersinndelingen er endret i perioden og på grunn av mangel på konsesjon for fødselsårsvariabelen for årgangene fra 1998 til 2004, har vi ikke sammenliknbare aldersgrupper for samtlige år. For årgangene 1998 og 2007 har vi imidlertid sammenliknbare grupperinger, noe som gjør det mulig å belyse endringer i løpet av perioden for de samme alderskategoriene.

"Viktigste henvisningsgrunn barnet" er brukt for å belyse pasientsammensettingen med hensyn til pasientens psykiske vansker/lidelser. Denne variabelen gjenspeiler førstelinjetjenestens definisjon av problemet og brukes til å belyse pasientens problemområde for perioden. Årsaken til at vi har valgt å bruke denne variabelen er at opplysninger om diagnose/tilstand er beheftet med mangelfulle registreringer. Ved å bruke henvisningsgrunn gjenspeiles førstelinjetjenestens definisjon av barnets problem. Det er imidlertid viktig å påpeke at dette ikke nødvendigvis er sammenfallende med spesialisthelsetjenestens vurdering av barnets lidelse. Man bør være oppmerksom på denne begrensningen i tolkningen av resultatene.

Dette kapitlet presenterer relative fordelinger og dekningsgrad på nasjonalt nivå primært ved hjelp av grafiske framstillinger. Dekningsgraden i landets ulike helseregioner vil kun presenteres for det totale pasienttallet i årene fra 1998 til 2007, og kategoriseres således ikke inn i omsorgsnivå¹⁰.

Ved hjelp av kji-kvadrat tester (Pearsons X^2) og korrelasjonstester (Phi & Cramers V) analyseres gruppeforskjeller i det enkelte statistikkår og videre også hvorvidt forskjeller mellom grupper blir statistisk signifikant større eller mindre i perioden 1998 til 2007.

Opplysninger om kjønn og alder er i stor grad komplette, og det er derfor ikke korrigeret for ubesvarte responser ved presentasjon av dekningsgrad fordelt på kjønn og/eller alder. Manglende utfylte data på de aktuelle variablene vil medføre en liten diskrepans mellom total dekningsgrad og summen av de fordelte ratene. For aldersvariabelen er i tillegg pasienter over 18 år ikke inkludert i de presenterte aldersgruppene, men inngår i totalratene. For variabelen henvisningsgrunn er andelen ubesvarte noe høyere (mellom 6 og 11 prosent), og

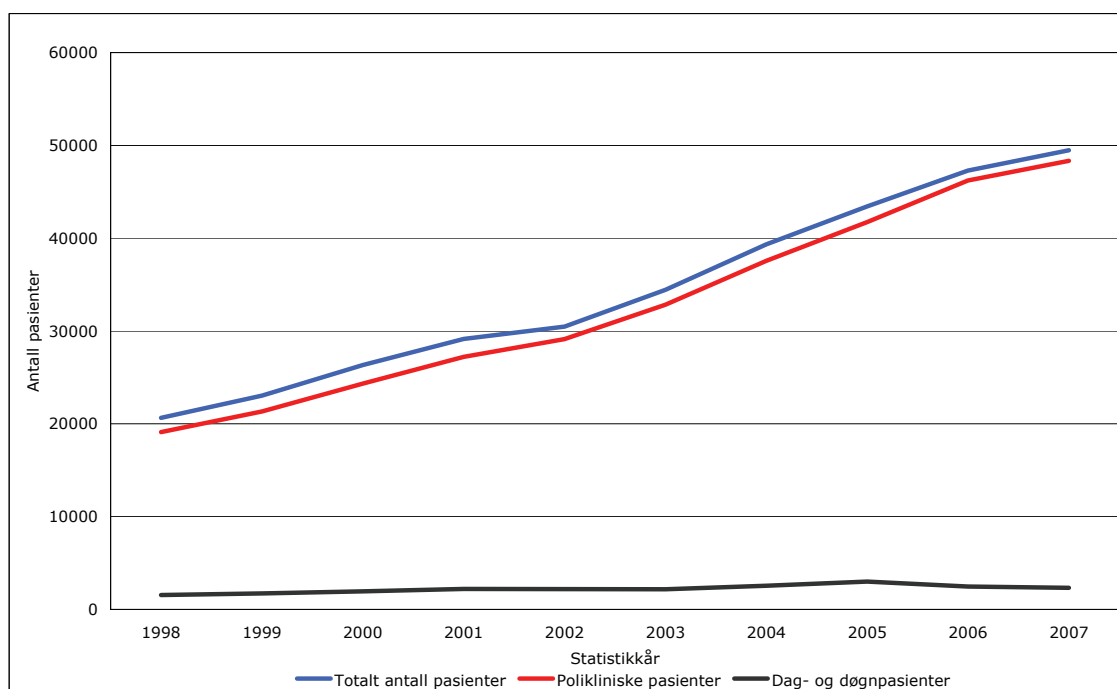
10 For en mer utfyllende redegjørelse av endringer i og utviklingen i pasientsammensetting og dekningsgrad ulike helseregioner henvises leseren til rapporten "Evaluering av Opptreppingsplene for psykisk helse – supplerende analyser. Delrapport I" (Pedersen, Lilleeng og Sitter, 2008)

det er derfor korrigert for manglende utfylte data ved presentasjon av dekningsgrad fordelt etter henvisningsgrunn. For enkelte år er totalt pasienttall i pasientdata for barn og unge korrigert i ettertid.

5.4 Utvikling på nasjonalt nivå

5.4.1 Utvikling i antall behandlede pasienter

Barn og unge er et prioritert satsningsområde i Opptappingsplanen for psykisk helse. I 2003 lanserte Regjeringen en egen strategiplan for barn og unges psykiske helse, denne planen "... sammen om psykisk helse ..." er et uttrykk for en samlet strategi og en helhetlig politisk tenkning for å styrke tilbudet til barn og unge med psykiske vansker. Til sammen 100 konkrete tiltak er presentert for å bidra til å realisere strategiplanen. Ett av de mest sentrale målene i Opptappingsplanen for psykisk helse er at det psykiske helsevernet for barn og unge skal gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år. Figur 5.1 viser utviklingen i antall pasienter som har mottatt et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 1998 til 2007, fordelt etter omsorgsnivå.



Datakilde: NPR

Figur 5.1 Antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2007

Det har vært en kraftig vekst i antall pasienter som mottar behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge fra Opptappingsplanens start i 1999 fram til og med 2007.

Pasienttallet har økt fra 20 634 pasienter i 1998 til 49 479 pasienter i 2007. Dette representerer en økning på 140 prosent i løpet av perioden¹¹.

Poliklinisk behandling er i omfang den dominerende behandlingsformen, og polikliniske pasienter har i hele perioden utgjort den største andelen av pasientmassen (se figur 5.1). I 1998 mottok 93 prosent av pasientene et poliklinisk tilbud, tilsvarende tall for 2007 er 98 prosent¹². I løpet av perioden 1998 til 2007 har antall polikliniske pasienter økt med 153 prosent, og utgjør med dette en sterkere vekst enn veksten for pasienttallet totalt i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsaken til dette henger trolig sammen med en økt satsning på polikliniske og ambulante tilbud i den samme perioden.

Pasienter som mottar dag eller døgnbehandling utgjør en relativt liten andel av pasientmassen som behandles i det psykiske helsevernet. I 2007 mottok 4,7 prosent av pasientene et slikt tilbud. Enkelte pasienter mottar behandling på flere omsorgsnivå, og dette forklarer hvorfor summen av polikliniske pasienter og dag/døgnpasienter overstiger 100 prosent. I løpet av perioden som helhet har det vært en økning i antall dag og døgnpasienter på 51 prosent¹³.

5.4.2 Dekningsgrad

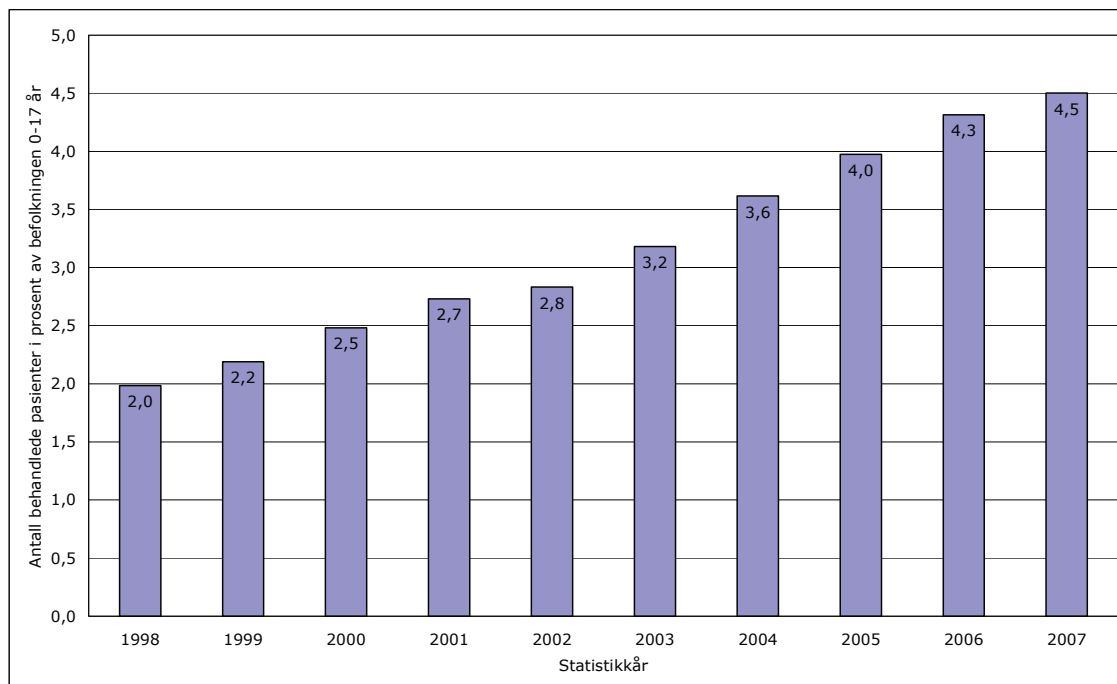
Ved Opptappingsplanens start i 1999 ble den nasjonale dekningsgraden for pasienter i det psykiske helsevernet beregnet til to prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Som nevnt tidligere var et av hovedmålene i Opptappingsplanen at tjenesten årlig skal tilby hjelp til fem prosent av alle barn og unge under 18 år. Konkret innebærer dette at ca 55 000 barn og unge skal kunne motta et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet innen utgangen av planperioden i 2008. I 2007 mottok 49 479 pasienter behandling, dette betyr at om lag 29 000 flere pasienter fikk behandling sammenlignet med basisåret 1998.

Figur 5.2 presenterer utviklingen i dekningsgrad (antall behandlede i prosent av befolkningen) i løpet av perioden 1998 til 2007.

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

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

13 Det er knyttet usikkerhet til kvaliteten på data for døgn- og dagvirksomheten. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Fra 2005 til 2007 er det en tilsynelatende nedgang i pasienter i døgn- og dagbehandling. Dette skyldes i all hovedsak endring i registreringspraksis ved enkelte institusjoner og kan trolig ikke tilskrives en reell aktivitetsnedgang (Samdata Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 1/07).

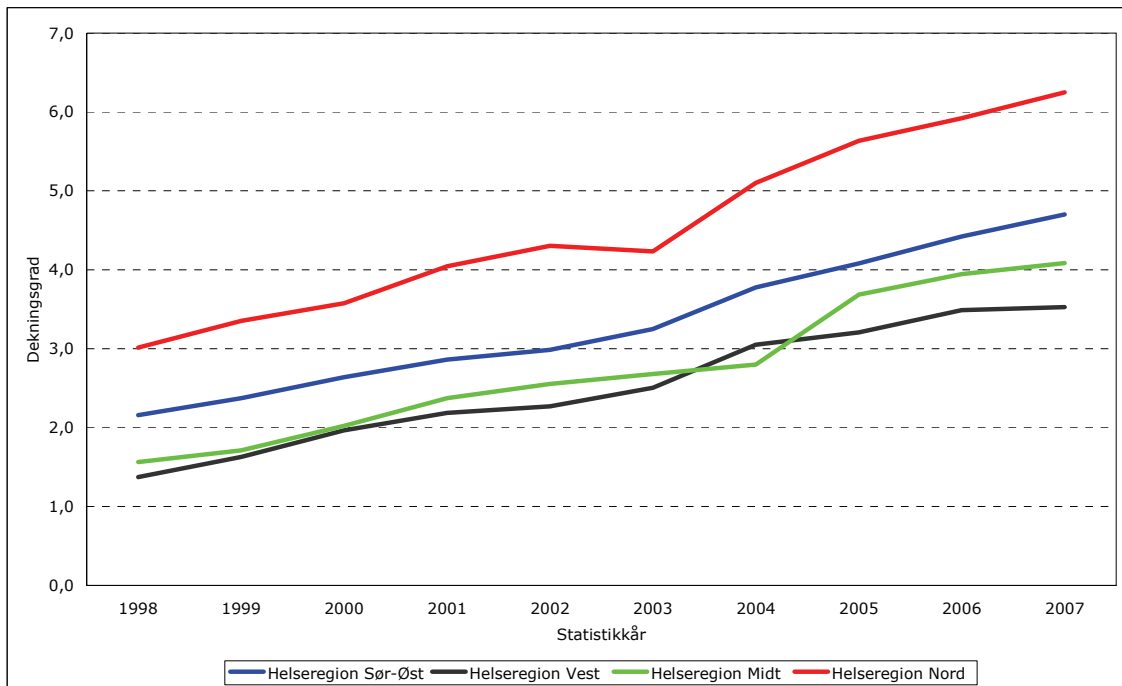


Datakilde: NPR

Figur 5.2 Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Nasjonalt nivå. 1998 – 2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998 – 2007

Dekningsgraden for barn og unge har økt fra 2,0 per 100 innbyggere i 1998 til 4,5 per 100 innbyggere i 2007. Målet er altså ennå ikke nådd, og tallet på pasienter må økes med drøyt ti prosent fra 2007 til 2008 for at målet om fem prosent dekning skal nås.

Figur 5.3 gir en oversikt over dekningsgraden i landets helseregioner i perioden fra 1998 til 2007. For å få sammenlignbare tall for hele perioden ble tidligere helseregion Sør og helseregion Øst slått sammen i årene fra 1998 til 2006 under benevnelsen region Sør-Øst.



Datakilde: NPR

Figur 5.3 Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Regionalt nivå. 1998-2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998 – 2007

Dekningsgraden varierer mellom landets helseregioner, men at den har økt i alle regionene. Høyest dekningsgrad i 2007 finner vi i helseregion Nord (6,3 prosent) og lavest dekning finner vi i helseregion Vest (3,5 prosent). Disse helseregionene hadde også den høyeste og laveste dekningsgraden i 1998 (se figur 5.3). Helseregion Sør-Øst og helseregion Midt-Norge hadde i 2007 en dekningsgrad på henholdsvis 4,7 prosent og 4,1 prosent. I 1998 ble dekningsgraden i disse regionene beregnet til henholdsvis 3,0 og 1,4 prosent. Figur 5.3 viser også at én helseregion har oppnådd målet om å gi et behandlingstilbud til fem prosent av den totale barne- og ungdomsbefolkningen ett år før Opptreppingsplanens slutt.

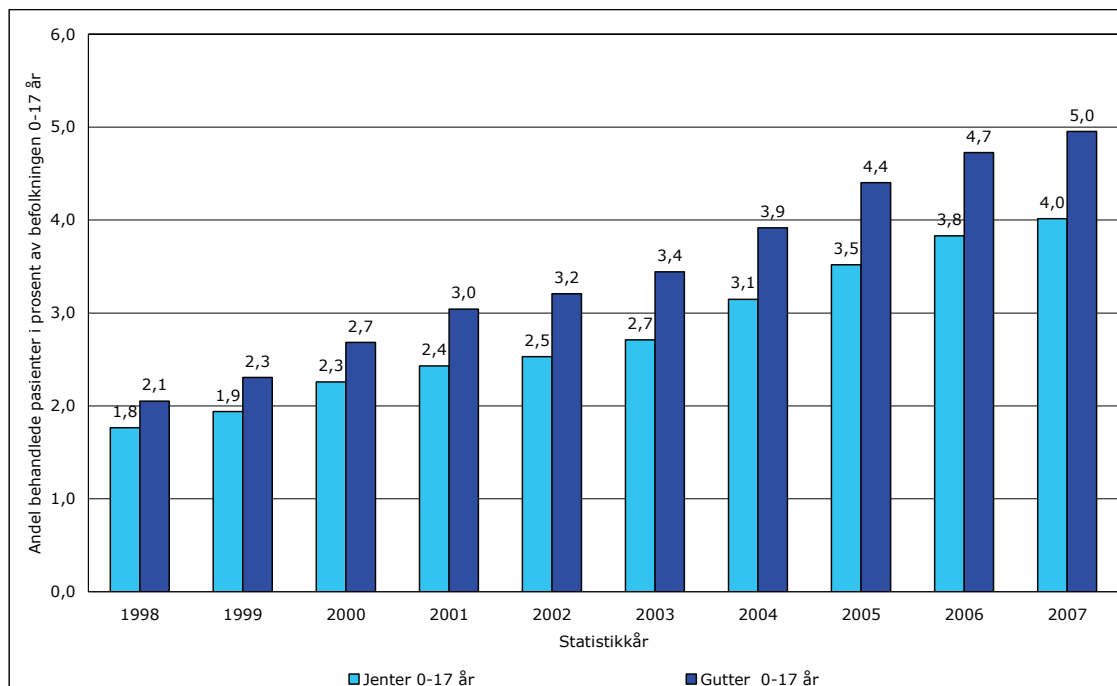
Formålet med dette kapitlet er som nevnt å undersøke pasientsammensettingen i det psykiske helsevernet for barn og unge. I det etterfølgende vil vi derfor undersøke pasientsammensettingen og endringer i denne i perioden 1998 til 2007 med fokus på pasientens kjønn, alder og viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet.

5.4.3 Behandlingsrater for ulike pasientgrupper

I dette avsnittet ser vi på behandlingsrater for gutter og jenter samt for ulike aldersgrupper som mottok behandling i det psykiske helsevernet i perioden 1998 til 2007.

Kjønn

Figur 5.4 viser dekningsgraden for barn og unge i det psykiske helsevernet, fra 1998 til 2007 fordelt etter pasientens kjønn.



Datakilde: NPR

Figur 5.4 Dekningsgrad for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. 1998 - 2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2007

Behandlingsratene for gutter er høyere sammenlignet med behandlingsratene for jenter. Dette gjelder for samtlige år fra 1998 til 2007. I 1998 mottok 1,8 prosent av jenter i alderen 0-17 år et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet, tilsvarende rater for gutter var på 2,1 prosent. Figur 1.4 viser at mønsteret har vært det samme i samtlige statistikkår for perioden 1998 til 2007. I 2007 mottok 4,0 prosent av jenter et behandlingstilbud sammenlignet med 5,0 prosent av gutter i alderen 0-17 år. Forskjellene mellom kjønnene er signifikante for hele perioden ($p < 0,001$)¹⁴.

Forskjellen mellom gutter og jenter som mottar behandling virker å ha økt noe fra 1998 til 2007. I antall behandlede pasienter har gutter hatt den sterkeste veksten, med en økning i behandlingsraten på 155 prosent, tilsvarende tall for jenter er 141 prosent. En Pearsons kji-kvadrattest viser at forskjellene mellom gutter og jenter var signifikant større i 2007 enn i 1998 ($\chi^2 = 35,9$, $df = 2$, $p < 0,001$).

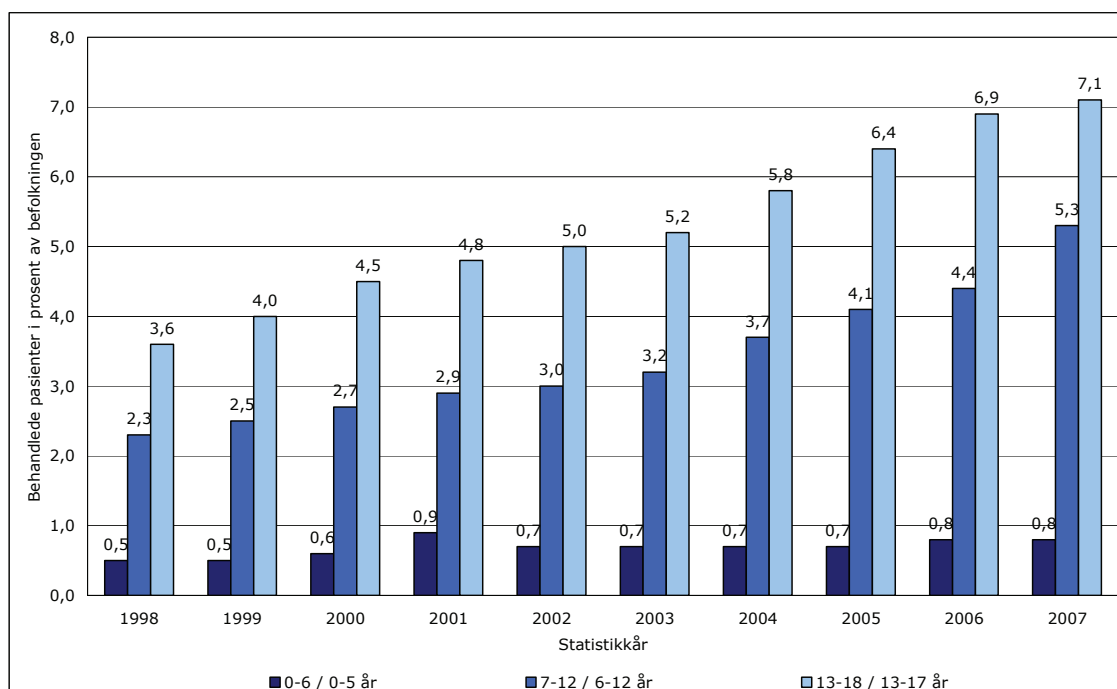
Dette innebærer at gutter som i utgangspunktet hadde den høyeste behandlingsraten i 1998, og i tillegg har hatt den sterkeste veksten i perioden, i større grad enn jenter mottar et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet.

Alder

Figur 5.5 viser behandlingsratene for ulike aldersgrupper i perioden 1998 til 2007. På grunn av endring i aldersinndelingen i pasientdatasettene i løpet av perioden, opereres det med ulike aldersgrupperinger før og etter 2003. Fra 1998 til 2002 er pasientene fordelt på følgende aldersgrupper; 0-6 år, 7-12 år og 13 til og med 18 år. Fra 2003 til 2007 er følgende aldersinndeling brukt; 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år. Dette medfører endringer i alle alderskategorier, og at pasienter som fyller 18 i statistikkåret ikke er inkludert i fordelingene etter

14 Phi og Cramers V.

2003. På grunn av dette skiftet vil utviklingen før og etter 2003 ikke være fullstendig sammenliknbar¹⁵.



Datakilde: NPR

Figur 5.5 Dekningsgrad for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt etter alder. 1998 - 2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998-2007

Det er ungdom (13 – 17/18 år) som hadde den klart høyeste behandlingsraten i det psykiske helsevernet i hele perioden, mens de yngste barna (fra 0-5/6 år) hadde den laveste behandlingsraten i samtlige år. I 2007 mottok 0,8 prosent av de yngste barna behandling, sammenlignet med 7,1 prosent av ungdom mellom 13 og 17 år. Dekningsgraden for barn mellom 6 til og med 12 år ble beregnet til 5,3 prosent, en økning fra 2,3 prosent fra 1998 (7-12 år). Forskjellene mellom aldersgruppene er signifikante i alle de inkluderte årene ($p < 0,001$)¹⁶.

Dekningsgraden har økt i alle aldersgrupper i løpet av perioden (se figur 5.5). Størst er økningen blant de eldste (13-17/18 år) pasientene. I 1998 ble dekningsgraden blant ungdom mellom 13-17/18 år beregnet til 3,6 prosent, tilsvarende tall for 2007 viser en dekningsgrad på 7,1 prosent for denne aldersgruppen. Totalt har behandlingsraten for pasienter mellom 13-17/18 år økt med 159 prosent, mens raten for de yngste barna har økt med 45 prosent fra 1998 til 2007. Dekningsgraden for barn mellom 6 og 12 år har økt med 158 prosent i løpet av perioden 1998 til 2007. Mellom 2006 og 2007 økte dekningsgraden for pasienter mellom 6 og 12 år fra 4,4 prosent til 5,3 prosent, som utgjør den sterkeste veksten blant denne pasientgruppen siden Opptrappingsplanens oppstart.

En Pearsons kji-kvadrat test viste at det har vært en signifikant endring i alderssammensettingen i løpet av perioden 1998 til 2007 ($\chi^2=198,0$, $df=2$, $p > 0,001$). Andelen pasienter

15 På grunn av konsesjonskrav har vi ikke fødselsårsvariabel for årgangene 1998 til 2004. For perioden 2005-2007 har vi imidlertid konsesjon for denne variabelen, og dette gjør det mulig å lage sammenliknbare aldersgrupper for 1998 og 2006 (0-6 år, 7-12 år og 13-18 år).

16 Phi og Cramers V.

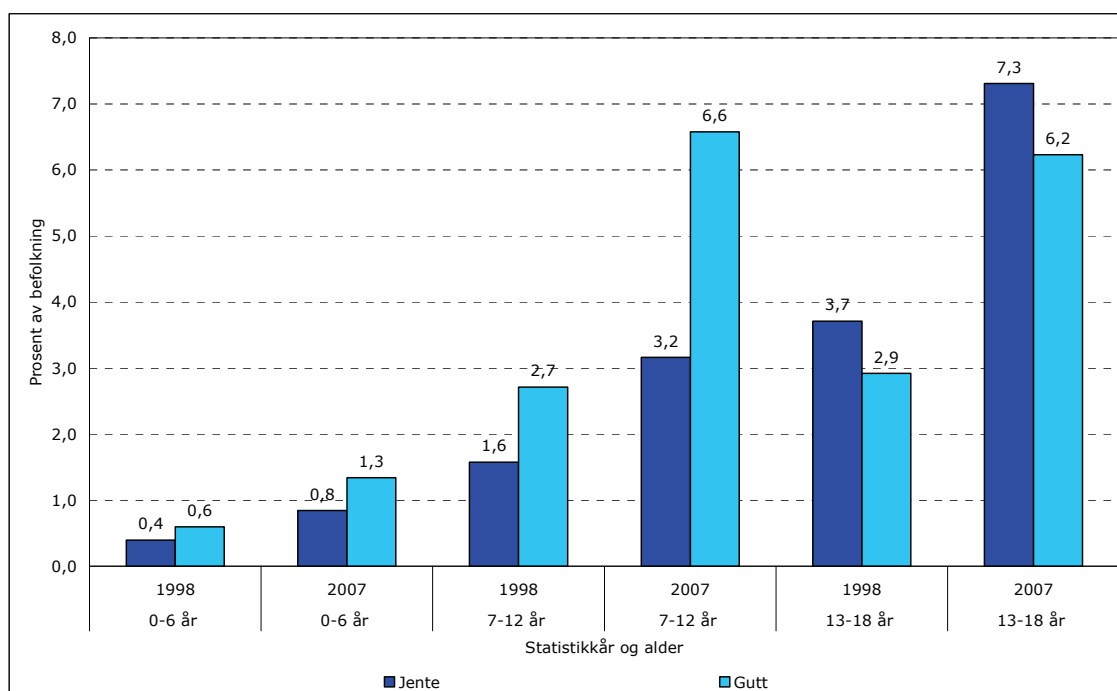
under 12 år hadde gått noe ned i løpet av perioden, til tross for at antallet pasienter har blitt fordoblet. Andelen pasienter eldre enn 13 år har økt noe i løpet av perioden som vist i figur 5.5.

Dette betyr at ungdom, som i utgangspunktet hadde den høyeste behandlingsraten i 1998 også er den gruppen pasienter som har hatt den sterkeste veksten i andel og antall behandlede pasienter. Samlet gjør dette at ungdom mellom 13 og 18 år framstår som den mest prioriterte aldersgruppen i det psykiske helsevernet for barn og unge. Barn i førskolealder har den laveste behandlingsraten og veksten i perioden.

Kjønn og alder

Figur 5.6 presenterer fordelingen for kjønn og alder samlet. Dette for å undersøke kjønnsforskjeller i behandlingsraten blant ulike aldersgrupper.

For å muliggjøre en sammenligning mellom statistikkåret 1998 og 2007 ble aldersinndelingen for 2007 data omgruppert. Aldersinndelingen ble omgruppert inn i følgende kategorier: 0-6 år, 7-12 år og 13-18 år. Dette medfører at det er en diskrepans mellom tall for 2007 i figur 5.5 (hvor aldersinndelingen er 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år) og 5.6.



Datakilde: NPR

Figur 5.6 Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn og alder for 1998 og 2007

Gutter har de høyeste behandlingsratene i det psykiske helsevernet for barn og unge opp til 12 år. Dette gjelder både for 1998 og 2007. Fra 13 år og eldre er derimot dekningen for jenter noe høyere enn for gutter. Dette gjelder både for statistikkåret 1998 og 2007. Forskjellene mellom gutter og jenter var signifikante både i 1998 og 2007 ($p < 0,001$).

Forskjellene mellom kjønnene og aldersgruppene er signifikante både i 1998 og i 2007 (Pearsons kji-kvadrattest 1998; $\chi^2 = 704,1$ $df=2$, $p < 0,001$) (kjkvadrattest 2007; $\chi^2 = 2037,7$ $df=2$, $p < 0,001$).

Dekningsgraden har økt mer for gutter enn for jenter i alle aldersgrupper. For barn opp til 12 år øker forskjellene mellom kjønnene ved at gutter har hatt en sterkere behandlingsvekst enn jenter. Resultatene viser også samme tendens for de eldste pasientene hvor veksten i dekning for jenter er mindre enn for gutter i samme periode, dette betyr at veksten i behandlingsratene er sterkere for gutter i samtlige alderskategorier.

En kjiqvadrattest viser at det er signifikant større forskjell mellom jenter og gutter i 2007 enn i 1998 for barn under 12 år ($\chi^2=54,7$, $df=2$, $p<0.001$). Forskjellen mellom kjønnene var også signifikant for pasienter eldre enn 13 år, men forskjellen var noe mindre sammenlignet med de yngste pasientene ($\chi^2=21,6$, $df=2$, $p<0.001$).

5.4.4 Pasientsammensetning og problemområde (henvisningsgrunn)

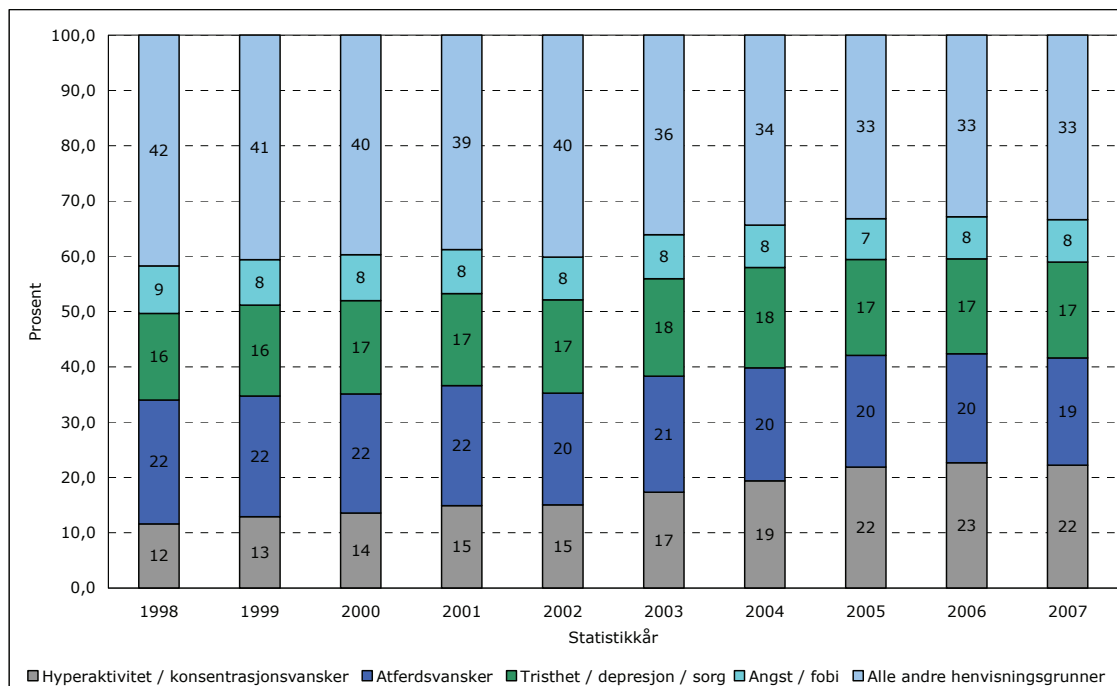
Den etterfølgende delen av dette kapittelet fokuserer på pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge etter pasientens problemområde for perioden. Pasientens problemområde presenteres som den viktigste henvisningsårsaken som er knyttet til pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge. "Viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet" gjenspeiler førstelinjetjenestens definisjon av problemet, og er derfor ikke nødvendigvis sammenfallende med spesialisthelsetjenestens definisjon av problemet. Bakgrunnen for å presentere "Viktigste henvisningsgrunn barnet" er at tilstander/diagnoser er manglende utfylt i flere av statistikkårene mellom 1998 og 2007.

Opplysninger mangler for en del av de registrerte pasientene med hensyn til variabelen "viktigste henvisningsgrunn barnet". Andel med mangelfulle data varierer mellom 5,5 og 10,8 prosent. For å kunne studere utviklingen over tid, har vi derfor korrigert behandlingsratene som presenteres i figur 5.7 forholdsmessig for mangelfull registrering for hvert av de enkelte statistikkårene¹⁷.

De hyppigst forekommende henvisningsårsakene til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge er 1) hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, 2) atferdsvansker, 3) tristhet/depresjon/sorg og 4) angst/fobi. På grunn av dette har vi i det etterfølgende valgt å legge vekt på disse, og samle de øvrige henvisningsårsakene til en kategori kalt "andre henvisningsgrunner". I figur 5.7 presenteres andelen pasienter for de fire hyppigst brukte henvisningsgrunnene for pasienter i det psykiske helsevernet i alle årene fra 1998 til 2007¹⁸. I tillegg vises andelen for alle andre henvisningsgrunner samlet.

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

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



Datakilde: NPR

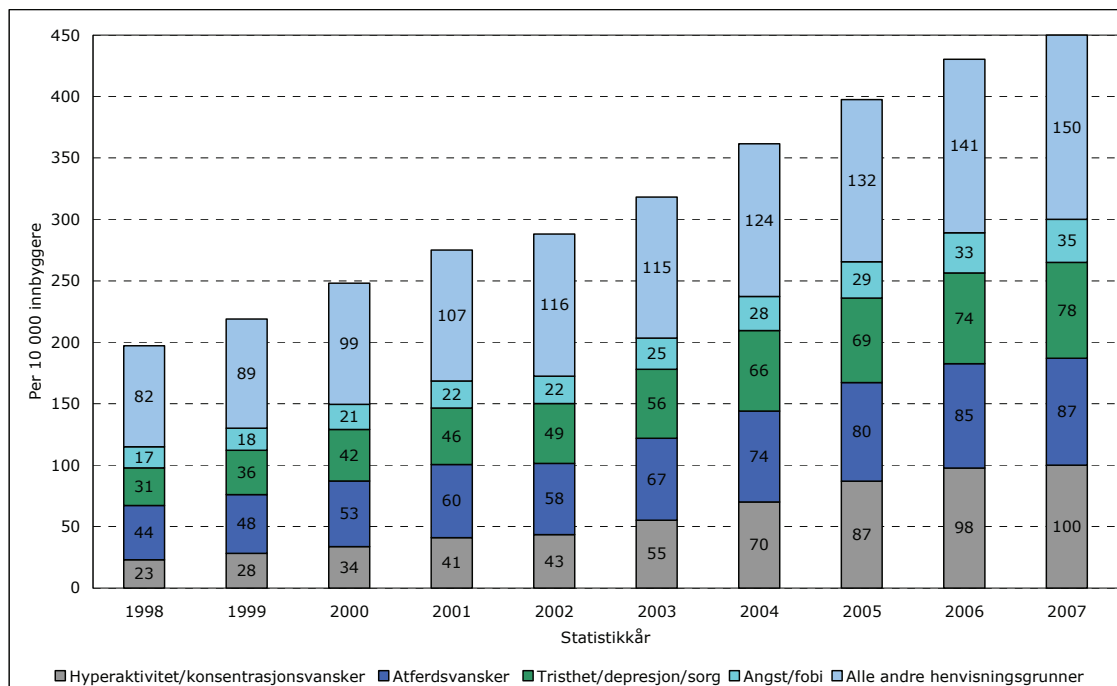
Figur 5.7 Prosentandel barn og unge i det psykiske helsevernet fordelt etter viktigste henvisningsgrunn. 1998 og 2007

I 1998 utgjorde atferdsvansker 22 prosent av henvisningsårsakene, mens tristhet/depresjon/sorg utgjorde 16 prosent av henvisningene. Hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker og angst/fobi utgjorde henholdsvis 12 og 9 prosent av henvisningsgrunnene. I løpet av perioden fra 1998 til 2007 økte andelen av disse fire henvisningsgrunnene til å utgjøre 67 prosent av totalt antall henvisninger.

I perioden 1998-2007 har andel pasienter henvist til behandling med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsproblemer økt fra 12 prosent i 1998 til 22 prosent i 2007. Figuren viser også at andelen pasienter henvist til behandling med bakgrunn i atferdsvansker har gått i motsatt retning. I 1998 ble 22 prosent av pasientene henvist til behandling med bakgrunn i denne typen problematikk, denne andelen har gått gradvis ned til å utgjøre 19 prosent av pasientene i 2007. Andelen pasienter som henvises på bakgrunn av tristhet, depresjon eller sorg har hatt en liten økning i perioden (1 prosentpoeng), mens andelen med angst /forbi har gått noe ned fra 1998 til 2007 (1 prosentpoeng).

Figur 5.7 viser også en reduksjon i andelen pasienter (42 til 33 prosent) i gruppen "andre henvisningsgrunner". Denne reduksjonen består i hovedsak av nedgang i prosentandel; suicidalfare, hemmet atferd, spiseproblemer og kategorien "ingen".

I figur 5.8 tas det hensyn til befolkningsutviklingen og figuren viser behandlingsrater for pasienter med de fire hyppigste henvisningsgrunnene for samtlige år i perioden 1998 til 2007. Også her presenteres en samlekategori for alle andre henvisningsgrunner. På grunn av at gruppene er såpass små er ratene i figuren beregnet ut fra hver 10 000 innbyggere.



Datakilde: NPR

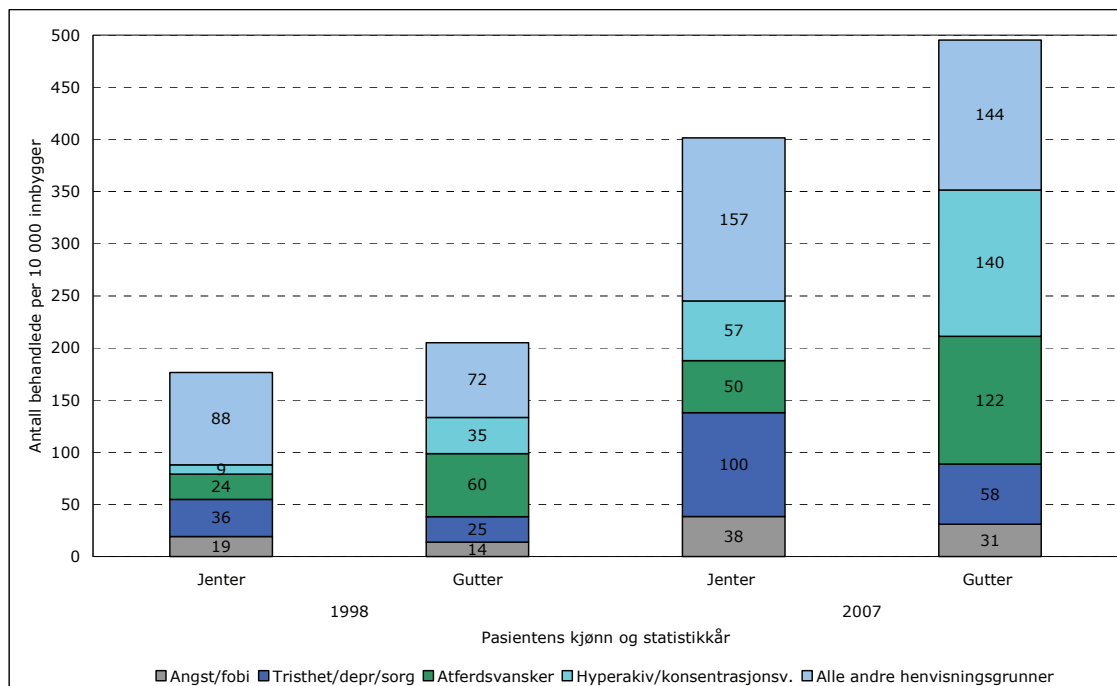
Figur 5.8 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2007

Som nevnt tidligere er atferdsvansker, tristhet/depresjon/sorg og angst/fobi de hyppigst forekommende henvisningsgrunnene for pasienter som henvises til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette gjelder for samtlige år i perioden 1998 til 2007.

I perioden fra 1998 til 2004 var behandlingsraten for barn henvist på grunn av atferdsvansker høyest blant disse fire. Resultatene presentert i figur 5.8 viser at mellom 44 og 74 pasienter per 10 000 innbyggere ble henvist til behandling med bakgrunn i denne typen problematikk i denne perioden. Fra 2005 til 2007 er det hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker som er den største enkeltgrunnen til henvisning til behandling i det psykiske helsevernet. Mellom 87 og 100 pasienter per 10 000 innbyggere ble i disse årene henvist med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. Antall pasienter per 10 000 innbyggere henvist med bakgrunn i problematikk relatert til tristhet/depresjon/sorg og angst/fobi har også økt i løpet av perioden som helhet (fra 1998-2007). I 1998 ble 31 pasienter per 10 000 innbyggere behandlet med bakgrunn i tristhet/depresjon/sorg. Tilsvarende tall for 2007 var 78 pasienter per 10 000 innbyggere. Tristhet/depresjon/sorg utgjorde fram til 2003 den nest største pasientgruppen per 10 000 innbyggere, men fra 2004 utgjorde barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker en større pasientgruppe.

Dersom man ser på økningen i behandlingsrate fordelt på de ulike årsakene til henvisning, har barn med hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker hatt den klart kraftigste veksten fra 23 pasienter per 10 000 innbyggere i 1998 til 100 pasienter per innbyggere i 2007. Dette tilsvarer en vekst på 362 prosent, eller 77 pasienter per 10 000 innbyggere i perioden 1998 til 2007. Behandlingsraten for barn henvist for tristhet/depresjon og sorg har økt med 47 pasienter per 10 000 innbyggere i perioden (167 prosent), mens gruppene henvist for atferdsvansker og angst/fobi har hatt en vekst på henholdsvis 43 og 18 pasienter per 10 000 innbyggere (167 og 115 prosent). Til sammenlikning har samlekategorien av andre henvisningsgrunner økt med 68 pasienter per 10 000 innbyggere i perioden (93 prosent).

Videre analyser ble gjennomført for å undersøke veksten i de ulike henvisningskategoriene fordelt etter kjønn og ulike aldersgrupper. Resultatene er gjengitt i figur 5.9 og figur 5.10.

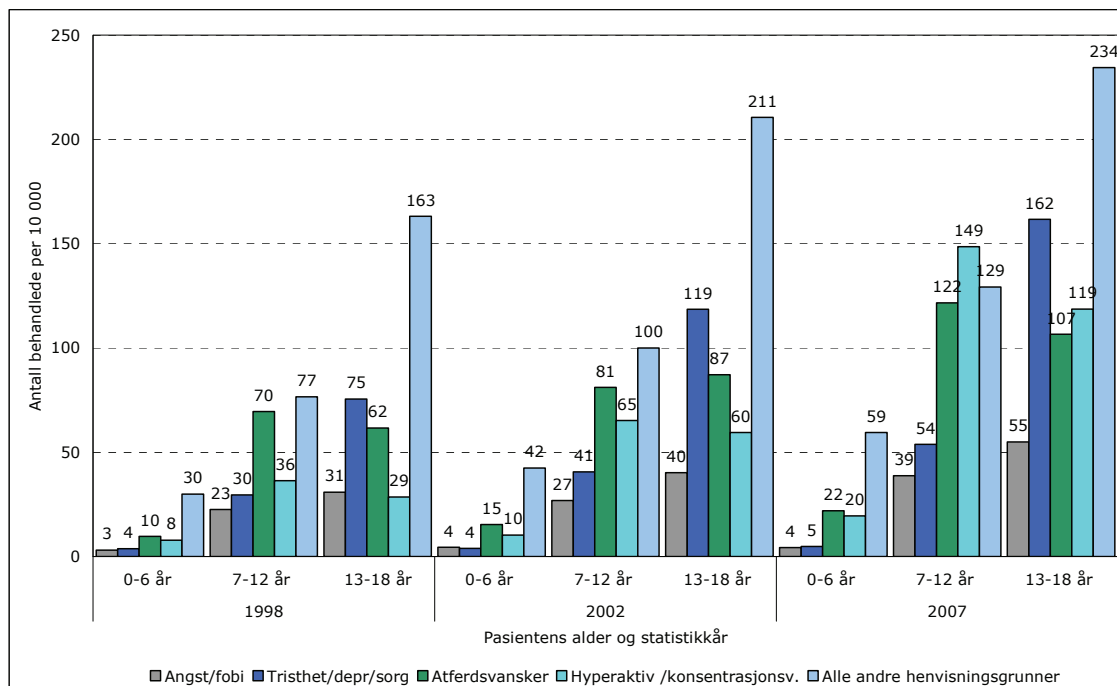


Datakilde: NPR

Figur 5.9 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på kjønn. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2007

Det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder hvilke henvisningsgrunner som blir hyppigst brukt. Resultatene viser at behandlingsratene for gutter var størst for atferdsvansker i 1998 og hyperaktivitet/konsentrasjonsproblemer i 2007. For jenter var behandlingsratene for tristhet/depresjon og sorg størst både i 1998 og 2007. Forskjellene mellom kjønnene var signifikante begge år (Pearsons kji-kvadrattest 1998; $\chi^2 = 1597,7$ df=4, $p < 0.001$) (Pearsons kji-kvadrattest 2007; $\chi^2 = 3382,7$ df=4, $p < 0.001$). Veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2007 var størst for henvisningsgrunnen hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker både for gutter og jenter.

Vi har også undersøkt utviklingen i henvisningsgrunner fordelt etter pasientens alder. Figur 5.10 viser behandlingsrater for de fire hyppigste henvisningsgrunnene fordelt etter pasientens alder i tre statistikkår: 1998, 2002 og 2007.



Datakilde: NPR

Figur 5.10 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på alder. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998, 2002 og 2007¹⁹

For førskolebarn (0-6 år) utgjør barn henvist for atferdsvansker den største pasientgruppen for alle de tre utvalgte årene (10, 15 og 22 pasienter per 10 000 innbyggere). For barn i alderen 7-12 år er atferdsvansker viktigste henvisningsgrunn i 1998 og 2002 (70 og 81 pasienter 10 000 innbyggere), men i 2007 ble flest barn i denne alderen henvist til behandling i det psykiske helsevernet med bakgrunn i problematikk relatert til hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. I 2007 ble 149 pasienter i alderen 7-12 år per 10 000 innbyggere henvist til behandling med bakgrunn i denne typen problematikk.

For ungdom mellom 13 og 18 år er tristhet/depresjon/sorg den mest hyppige henvisningsårsaken. Dette gjelder både i 1998, i 2002 og i 2007 (75, 119 og 162 pasienter per 10 000 innbyggere). For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

5.4.5 Pasientgrupper med høy prioritet ved inntak

Ved inntak av pasienter for elektiv behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, blir pasientene tatt inn etter prioritering og satt på venteliste. Etter henvisning blir pasienten vurdert i forhold til "Retten til nødvendig helsehjelp" fra det psykiske helsevernet, og i forhold til når denne retten eventuelt må innfris. Ifølge nasjonale lover og forskrifter (Pasientrettighetsloven § 2-1, FOR-2004-07-07-1121) skal ventetiden for vurdering ikke overstige 10 dager. Per 01.09.08 trådte også den nye ventelistegarantien i kraft. Ventelistegarantien for barn og unge med psykiske problemer skal sikre at ingen med rett til nødvendig helsehjelp skal måtte vente i lenger enn i maks 65 virkedager på behandling, og alle får rett til en vurdering innen 10 virkedager.

¹⁹ Pasienter over 18 år er ikke inkludert.

I henhold til prioriteringskriterier for "Rett til nødvendig helsehjelp" og angivelse av lengste medisinsk forsvarlige ventetid²⁰, vil vi som en del av dette kapitlet undersøke pasienter som har denne retten til helsehjelp og som i hovedsak skal få denne retten innfridd i løpet av en måned. Dette er pasienter som det psykiske helsevernet prioriterer først ved inntak.

Følgende prioriteringskriterier brukes:

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

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

- Tristhet/depresjon/sorg og suicidalfare
- Psykotiske trekk
- Spiseproblemer

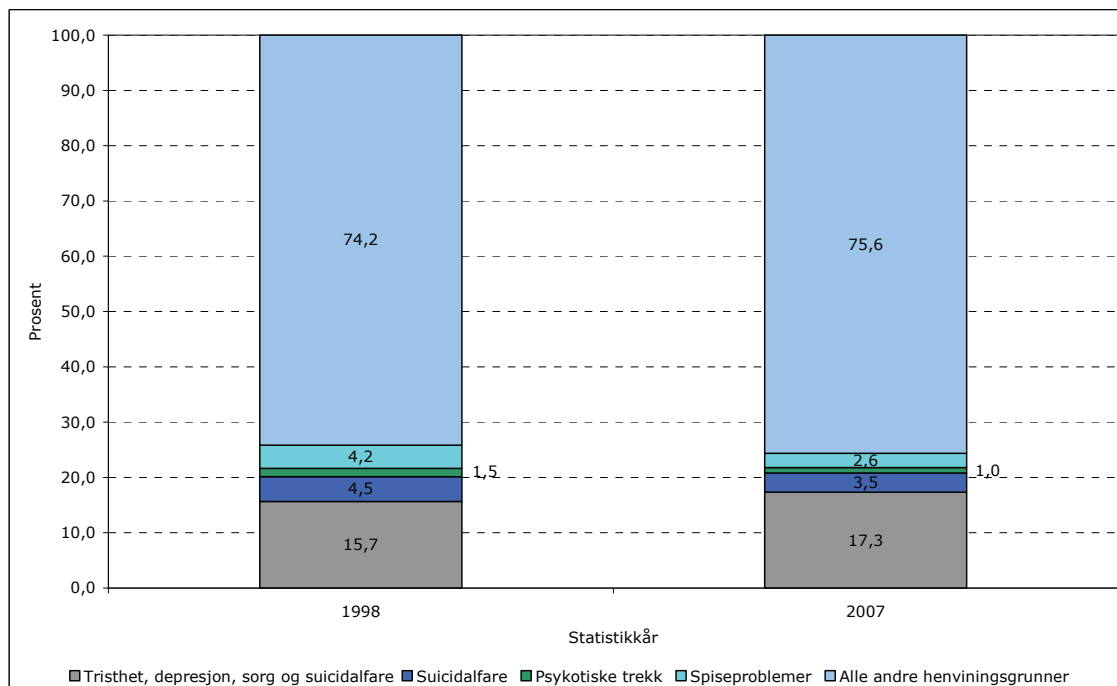
Variabelen "Viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet" inneholder ikke informasjon som gjør det mulig å skille på alvorlighetsgrad ved en depresjon. På grunn av dette vil variabelen inneholde informasjon som omfatter flere enn de pasientene som har en alvorlig depresjon. Implikasjonen er at vi i de etterfølgende analysene som omhandler prioriterte pasienter favner bredere enn de spesifikke kriteriene tilsier. Dette må tas hensyn til i tolkningen av resultatene.

I tillegg til prioriteringskriteriene nevnt ovenfor er alvorlige samhandlingsavvik hos barn under skolealder og alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser og katastrofer også prioritert innen samme gruppe. Disse er vanskelig å skille ut på grunnlag av henvisningsgrunn, og de er derfor ikke inkludert i de etterfølgende analysene.

Hovedformålet med å presentere utviklingen for pasientene som prioriteres høyest ved inntak i det psykiske helsevernet, er å undersøke om det er denne pasientgruppen som står for veksten i antall pasienter i løpet av Opptappingsperioden, eller om det er andre grupper av pasienter som har hatt større vekst i løpet av samme periode. På bakgrunn av endringer i pasientrettighetsloven § 2-1 som ga pasientene rett til en individuell frist for behandling, først ble gjeldende fra 2004, er det ikke sikkert at de samme prioriteringene ble gjort før dette tidspunkt. I de etterfølgende analysene må vi imidlertid forutsette at de samme pasientgruppene i hele perioden har blitt prioritert ved inntak til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge.

Figur 5.11 gir en oversikt over hvor stor prosentandel de prioriterte pasientgruppene utgjør av totalt antall pasienter i det psykiske helsevernet i 1998 og 2007. I tillegg til de prioriterte pasientgruppene er også "alle andre henvisningsgrunner samlet" inkludert i figuren. I figur 5.11 presenteres behandlingsrater for de prioriterte pasientgruppene for 1998 og 2007.

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



Datakilde: NPR

Figur 5.11 Prosentandel barn og unge fordelt etter henvisningsgrunner som har høyeste prioritet ved inntak i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998 og 2007

Prioriterte pasienter utgjorde til sammen om lag 26 prosent av det totale pasienttallet i 1998 og tilsvarende om lag 24 prosent av totalt antall pasienter i 2007.

Pasienter henvist med bakgrunn i tristhet/depresjon og sorg utgjør den største gruppen av pasienter både i 1998 og i 2007 (henholdsvis 15,7 prosent og 17,3 prosent). Som nevnt innledningsvis inkluderer denne pasientgruppen trolig flere pasienter enn de med alvorlige depresjoner, og framstår derfor i denne sammenhengen som noe større enn de i realiteten er.

Den nest største gruppen (både i 1998 og i 2007) består av pasienter henvist til behandling med bakgrunn i suicidalfare, henholdsvis 4,5 og 3,5 prosent av pasientene, deretter følger pasienter henvist på grunn av spiseproblemer (4,2 og 2,6 prosent). Andelen pasienter henvist med bakgrunn i psykotiske trekk utgjør den minste gruppen av de prioriterte pasientene både i 1998 og i 2007, og utgjør en liten andel av den totale pasientmassen begge år (henholdsvis 1,5 og 1,0 prosent).

Andel pasienter henvist med bakgrunn i problematikk relatert til tristhet/depresjon og sorg har økt med to prosentpoeng i perioden, mens andelen henvist til behandling med bakgrunn i problematikk relatert til psykotiske trekk, spiseproblemer og suicidalfare relativt sett har gått ned. Deler av økningen i tristhet/depresjon og sorg kan sannsynligvis tilskrives pasienter med moderate og lettere depresjoner, som tilhører gruppen "andre henvisningsgrunner". Andel pasienter i denne gruppen skulle derfor vært høyere både i 1998 og 2007.

Den totale andelen av prioriterte pasienter har gått noe ned i løpet av perioden 1998 til 2007, fra om lag 26 prosent i 1998 til 24,4 prosent i 2007. Til tross for dette har antall prioriterte pasienter økt fra 5 303 pasienter i 1998 til 12 053 pasienter i 2007, noe som representerer en økning på 127 prosent i løpet av perioden som helhet. Økningen er derimot mindre enn for pasienter som faller inn under kategorien "andre henvisningsgrunner", hvor antallet pasienter økte med 146 prosent i løpet av perioden. Denne samlekategorien inneholder henvisningsgrunner som eksempelvis atferdsvansker, hyperaktivitet/

konsentrasjonsvansker og angst/fobi. Tidligere i dette kapittelet har det også blitt vist at den sterkeste veksten i behandlingsrater er å finne blant pasienter henvist med bakgrunn i problematikk relatert til hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Oppsummert betyr disse resultatene at den relative veksten i det psykiske helsevernet for barn og unge primært har kommet innen andre pasientgrupper enn for pasienter som blir prioritert høyest ved inntak.

Dersom vi ser utviklingen relatert til befolkningsveksten finner vi samme tendens. Tabell 5.1 gir en oversikt over behandlingsrater fordelt etter henvisningsgrunn med høyest prioritet ved inntak til behandling i det psykiske helsevernet.

Tabell 5.1 Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 – 2007

	Statistikkår									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tristhet, depresjon, sorg	31	36	42	46	4	56	66	69	74	78
Suicidalfare	9	11	13	13	12	13	15	15	15	16
Psykotiske trekk	3	3	3	4	3	4	4	4	5	4
Spiseproblemer	8	9	9	10	9	10	11	11	11	12
Total prioriterte grupper	51	59	67	73	73	81	96	99	105	110
Alle andre henvisningsgrunn.	147	160	181	200	215	235	266	298	326	340
Total	198	219	248	273	288	318	362	397	431	450

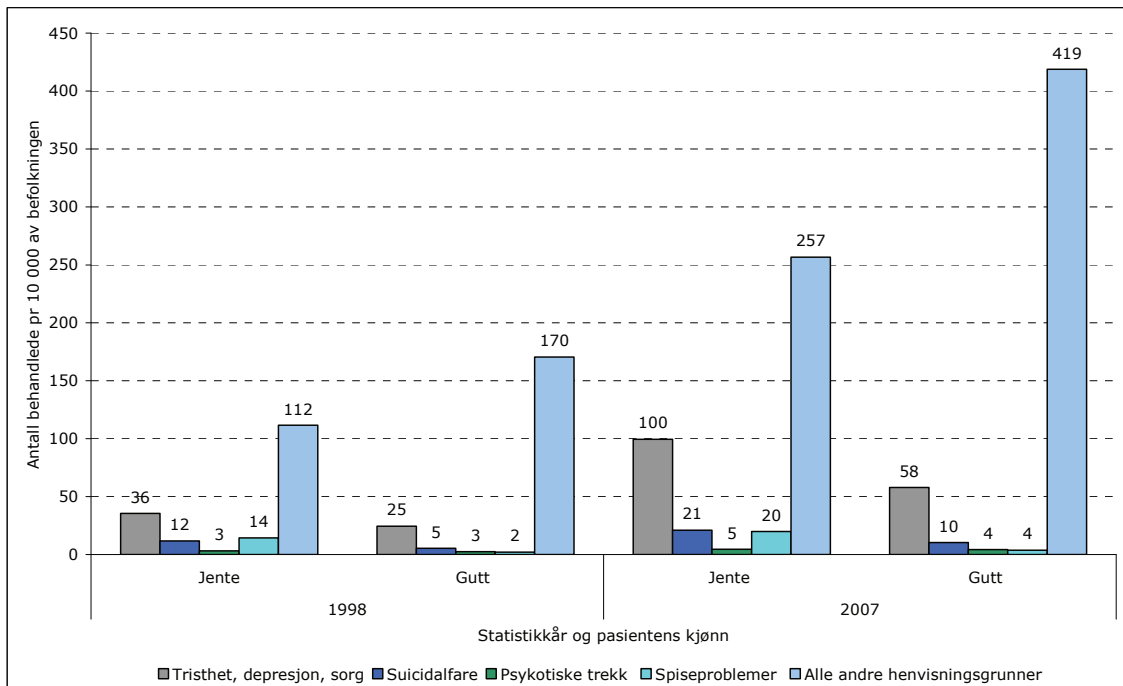
Datakilde: NPR

Behandlingsraten for barn som blir prioritert først ved inntak har økt fra 51 til 106 behandlede pasienter i perioden fra 1998 til 2007. Som nevnt tidligere utgjør dette en vekst på 6 750 pasienter, noe som tilsvarer 127 prosent. Behandlingsraten for barn henvist for andre grunner har tilsvarende økt med 146 prosent i den samme perioden. Trolig er veksten i sistnevnte gruppe enda sterkere med tanke på at deler av de prioriterte pasientene i denne sammenhengen også innbefatter pasienter henvist med bakgrunn i lettere til moderate depresjoner.

Samlet sett indikerer disse resultatene at veksten i det psykiske helsevernet for barn og unge har bidratt til et større behandlingstilbud til pasienter som ikke inngår i gruppen blant de høyest prioriterte ²¹.

Figur 5.12 viser behandlingsrater for prioriterte grupper, fordelt etter kjønn og alder.

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



Datakilde: NPR

Figur 5.12 Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2007

Figuren viser at det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder behandlingsrater for prioriterte pasientgrupper i det psykiske helsevernet for barn og unge. Ratene er størst for jenter for de utvalgte pasientgruppene både i 1998 og i 2007, mens ratene for alle andre henvisningsgrunner er størst for gutter begge år.

Veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2007 var imidlertid for begge kjønn størst for tristhet, depresjon og sorg.

5.5 Vedleggstabeller

Tabell 5.2 Antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Endring 1998-2007	Prosent endring
Totalt antall pasienter	20 634	23 048	26 320	29 149	30 467	34 434	39 340	43 426	47 280	49 479	28 845	140
Herav: Polikliniske pasienter	19 097	21 321	24 372	27 211	29 137	32 838	37 565	41 722	46 214	48 332	29 235	153
Dag- og døgn-pasienter	1 537	1 727	1 948	2 203	2 177	2 165	2 534	3 004	2 461	2315	778	51

Datakilde: NPR

Tabell 5.3 Viktigste henvisningsgrunn for barnet. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og prosentandel. 1998 og 2007

	1998		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1. Autistiske trekk	440	2,4	1 157	2,3
2. Psykotiske trekk	279	1,5	437	0,9
3. Suicidalfare	831	4,5	1 540	3,1
4. Hemmet atferd	885	4,8	1 364	2,8
5. Angst/fobi	1 596	8,6	3 416	6,9
6. Tvangstrekk	417	2,2	944	1,9
7. Tristhet/depresjon/sorg	2 905	15,7	7 707	15,6
8. Skolefravær	487	2,6	895	1,8
9. Atferdsvansker	4 156	22,4	8 623	17,4
10. Hyperaktivitet / konsentrasjonsvansker	2 150	11,6	9 872	20,0
11. Rusmiddelmisbruk	69	0,4	151	0,3
12. Asosial/kriminalitet	85	0,5	95	0,2
13. Lærevansker	360	1,9	933	1,9
14. Språk/talevansker	165	0,9	389	0,8
15. Syn/hørselsproblem	39	0,2	35	0,1
16. Spiseproblem	779	4,2	1 143	2,3
17. Andre somatiske symptomer	727	3,9	1 263	2,6
18. Annet	1 789	9,6	4 276	8,6
19. Ingen	392	2,1	205	0,4
Total	18 551	100	44 445	89,8
Ubesvart	1 968	9,6	5 034	10,2
Totalt for landet	20 519		49 479	100,0

Datakilde: NPR

6 Tvangsinnleggelser ved døgnbehandling i det psykiske helsevernet

Ragnild Bremnes, Johan Håkon Bjørngaard, Trond Hatling og Tove E. Waagan

6.1 Sammendrag

Andel tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne i 2007

I 2007 var 39 prosent av innleggelsene ved sykehus godkjent for tvungent psykisk helsevern henvist under tvang (ekskl institusjonsoverføringer). Ved DPS og andre institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser var samme andel på om lag åtte prosent. Helse Nord RHF hadde noe lavere andel tvangshenvisninger til sykehus med 35 prosent, mens Helse Sør-Øst og Vest RHF hadde 40 prosent av sykehusinnleggelsene henvist ved tvang. Helse Midt-Norge RHF hadde ikke tilfredsstillende datakvalitet for å angi omfanget av tvangshenvisninger.

Etter at tvangshenvisningen var vurdert av spesialist, ble det for om lag 12 prosent av innleggelsene til sykehus godkjent for tvungent psykisk helsevern (ekskl institusjonsoverføringer) fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern, mens det for 16 prosent ble fattet vedtak om tvungen undersøkelse. Ved DPS og andre institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser ble det gjort vedtak om tvungent psykisk helsevern for fem prosent av innleggelsene og vedtak om tvungen undersøkelse for to prosent av innleggelsene. Samlet ble det fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern for om lag 11 prosent av innleggelsene, og om tvungen undersøkelse for om lag 13 prosent av innleggelsene til institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Andel tvangsvedtak for innleggelser til alle institusjoner (også de som ikke var godkjent for tvangsinnleggelser) er estimert til åtte prosent for tvungent psykisk helsevern og ni prosent for tvungen undersøkelse.

Tvungent psykisk helsevern for voksne benyttes i størst grad med begrunnelse i pasientens behov for behandling. I alt 78 prosent av vedtakene om tvungent psykisk helsevern ble begrunnet med behandlingskriteriet alene. Tre prosent av vedtakene ble begrunnet ved farekriteriet alene, mens 19 prosent ble begrunnet med begge kriteriene.

Vedtak om tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne fra 2001 til 2007

For å vurdere endring i omfang av vedtak om tvangsinnleggelser (ekskl. institusjonsoverføringer) i perioden 2001 til 2007 har vi tatt høyde for usikkerhet som følge av at vi ikke har hatt komplette data for alle institusjoner i denne perioden. Vi har derfor beregnet antall innleggelser ved tvang under tre forskjellige forutsetninger: De vi mangler data for er lik de vi har data for (1), de vi mangler data for har et nivå likt de fem institusjonene med lavest andel tvangsinnleggelser (2) eller høyest andel tvangsinnleggelser (3) for det enkelte år. I 2001 var det om lag 16,5 vedtak om tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere (tvungent

psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse), mens det tilsvarende var 18,6 i 2007. Tar vi hensyn til usikkerheten som følge av manglende datarapportering gjennom perioden er det imidlertid ikke mulig å konkludere med at dette representerer en reell økning i omfanget av tvangsinnleggelse i perioden.

Omfanget av vedtak om tvungen undersøkelse var om lag ti per 10 000 innbyggere både i 2001 og 2007. Omfanget av vedtak om tvungent psykisk helsevern var om lag 6,5 per 10 000 innbyggere i 2001 og 8,6 per 10 000 innbyggere i 2007. Også her må man ta høyde for usikkerheten knyttet til ufullstendige data i tolkningen av endring i nivået.

Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne i 2007

Det var betydelige forskjeller i omfanget av både henvisninger til tvungent psykisk helsevern og vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse (ekskl. institusjonsoverføringer) mellom sykehusområder (opptaksområde for et sykehus). Sykehusområde Østfold skiller seg ut med 49 tvangshenvisninger per 10 000 voksne innbyggere, mens Førde sykehusområde hadde 11 tvangshenvisninger per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.

Tilsvarende var det også store forskjeller mellom ulike sykehusområder i vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse. Sykehusområdene Sørlandet og Østfold hadde i alt 27 vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse per 10 000 voksne innbyggere, mens Førde sykehusområde hadde tilsvarende seks per 10 000 voksne innbyggere. Det kan være mange årsaker til disse forskjellene (se Bremnes et al 2008 for en utdypende diskusjon av mulige årsaksmekanismer). Forskjellene er imidlertid så store at dette indikerer et behov for å undersøke nærmere hva som ligger i disse.

Vedtak om tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2006 og 2007

I 2007 var det i alt 113 vedtak om tvungen undersøkelse og 43 vedtak om tvungent psykisk helsevern – noe som utgjorde 156 vedtak om tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for barn og unge samlet. Dette var en markert nedgang fra nivået i 2006, men her er det viktig å ta høyde for at det er relativt lave tall begge år. Målt per 10 000 innbyggere i den relevante aldersgruppa (16-18 år) var det i alt 8,4 vedtak om tvungent psykisk helsevern/undersøkelse i 2007 mot 14 i 2006.

6.2 Innledning

I henhold til *psykisk helsevernloven* er det under bestemte betingelser mulig å gi behandling uten at pasienten selv gir sitt samtykke. Selv om man både fra faglig og politisk hold ønsker at behandlingstilbudet i størst mulig grad skal foregå på frivillig grunnlag, er det mange som mottar dette under tvang (se for eksempel Bremnes et al 2008).

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

Omfanget av tvangsinnleggelse kan måles både som andel av alle innleggelse og som befolkningsbaserte rater. Andelen tvangsinnleggelse er følsom for forskjeller i tjenestetilbudets omfang; et område med få institusjonsplasser kan ha en høy andel tvangsinnleggelse fordi det bare er de sykeste som kan gis et tilbud. Tvangsinnleggelse målt i forhold til befolkningsmengde for dette området kan samtidig være lav, fordi få individer totalt sett

behandles i institusjon. Hvilken av disse man benytter vil avhenge av hva man ønsker å belyse. Så lenge det er ønskelig å si noe om omfang er det hensiktsmessig at begge målene tas med.

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

Følgende tema blir belyst i dette kapitlet:

- Omfanget av tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne 2007
- Begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet for voksne i 2007
- Endring i antall tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 voksne innbyggere fra 2001 til 2007
- Geografiske forskjeller i antall henvisninger til og vedtak om tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 voksne innbyggere i 2007
- Omfanget av tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2006 og 2007

Oppbygging av kapitlet

Først beskrives lovgrunnlaget og datagrunnlaget. Dernest viser vi omfanget av tvang ved henvisning, endring fra henvisning til spesialistvedtak og omfanget av tvang ved spesialistvedtak. I et eget avsnitt redegjøres for bruk av tilleggskriterier ved tvungent psykisk helsevern. Deretter presenteres utviklingen i antall tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere fra 2001 til 2007. I avsnitt 6.9 viser vi geografiske forskjeller i befolkningsbaserte rater. I avsnitt 6.10 viser vi nasjonale tall for vedtak om tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for barn og unge. Avsnitt 6.11 inneholder grunnlagstabeller.

6.3 Om lovgrunnlaget

Med hjemmel i psykisk helsevernloven av 2.juni 1999, er det mulig å legge inn og holde tilbake pasienter uten deres samtykke. Tvangsbruk i det psykiske helsevernet i Norge kan deles i tre hovedgrupper; tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Dette kapitlet studerer tvungent psykisk helsevern ved norske døgninstitusjoner og skiller mellom henvisning og spesialistvedtak.

Henvisning til tvungent psykisk helsevern omfatter en legeerklæring og en begjæring som begge skal være uavhengig av den institusjonen pasienten legges inn til²². I løpet av 24 timer etter at innleggelsen har funnet sted, skal spesialist ansvarlig for vedtak vurdere om begjæringen om tvang skal opprettholdes eller om oppholdet skal baseres på frivillighet. Spesialistvedtaket kan bare endres fra tvang til frivillighet og ikke motsatt²³. Vedtaket er knyttet til to hovedformer: Tvungen undersøkelse, avgrenset til ti dager²⁴, for å avklare om kriteriene for tvungent psykisk helsevern er til stede og tvungent psykisk helsevern.

Ved vedtak om tvungent psykisk helsevern må pasienten være alvorlig sinnslidende (jf. psykisk helsevernlov § 3.3 med merknader). I tillegg må minst ett av to tilleggskriterier være tilstede. Tvungent psykisk helsevern kan benyttes dersom dette er nødvendig for å hindre at pasienten enten får sin utsikt til bedring vesentlig redusert eller dersom det er stor

²² Etter lovendring 01.01.2007 er tutorordningen opphevet, det er nok med undersøkelse av ekstern lege som begjærer vedkommende innlagt.

²³ Etter lovendring 01.01.2007 kan vedtak unntaksvis omgjøres fra frivillig til tvang.

²⁴ Kan utvides med 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder.

sannsynlighet for at pasientens tilstand forverres i nær framtid. Kriteriet omtales ofte som behandlingskriteriet. Tvungent psykisk helsevern kan også benyttes med begrunnelse i det såkalte farekriteriet – dvs. hvis pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv.

6.4 Data

6.4.1 Datagrunnlag - tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg for voksne

Analysene i kapitlet bygger på opplysninger om døgnopphold²⁵ ved institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne (se tabell 6.4 for en oversikt over omfanget av godkjente institusjoner målt ved andel oppholdsdøgn). Datamaterialet er innhentet og kontrollert av Norsk Pasientregister (NPR) og tilrettelagt av SINTEF Helse. Det skilles mellom døgninstitusjoner med og uten godkjenning for innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Klassifisering av institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern er gjort i henhold til Sosial- og helsedirektoratets oversikt per juni 2007 og omfatter institusjoner med permanent eller midlertidig godkjenning. Målt ved antall oppholdsdøgn²⁶ var 95 prosent av aktiviteten i sykehusene og 50 prosent av aktiviteten i DPS-ene i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Analysene av tvungent psykisk helsevern er basert på data fra utvalg av døgninstitusjoner, godkjent for tvungent psykisk helsevern og med tilstrekkelig god datakvalitet. Definisjon av hva som er *gode* data vil nødvendigvis baseres på skjønn. Pasientdata for 2007 er kvalitets-sikkert på institusjonsnivå, og institusjoner og innleggelse er ekskludert fra datamaterialet i henhold til definerte ekskluderingskriterier:

Registrering av innleggelsesformalitet ved overføringer er usikker:

Analysen som gjelder bruk av tvungent psykisk helsevern begrenses til å omfatte innleggelse fra egen bolig. Dette gjelder ca 85 prosent av innleggelsene. Innleggelse fra andre avdelinger eller institusjoner ekskluderes på grunn av store forskjeller i rapporteringspraksis for innleggelsesformalitet ved slike overføringer (Bjørngård og Hatling, 2005). Hele institusjonen er tatt ut dersom det mangler opplysninger om hvorfra pasienten er lagt inn for mer enn 20 prosent av døgnoppholdene.

Registrering av døgnaktivitet ved institusjonene er ikke komplett:

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

²⁵ En person kan ha flere døgnopphold i løpet av et år, eventuelt også ved flere institusjoner. Data som leveres til NPR er ikke personentydige, og man kan ikke følge behandlingsforløpet til personer som behandles ved flere institusjoner, for eksempel ved overføring fra sykehus til distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det vil følgelig ikke være mulig å si eksakt hvor mange pasienter som legges inn det enkelte år.

²⁶ Oppholdsdøgn brukes som indikator på aktivitet fordi man ikke har komplett informasjon om innleggelse i data fra NPR. Opplysninger om oppholdsdøgn kan kompletteres med opplysninger fra SSB for institusjoner som ikke har levert komplette pasientdata.

Registrering av henvisningsformalitet og/eller spesialistvedtak er mangelfull:

Institusjoner som mangler opplysninger om henvisningsformalitet og/eller spesialistvedtak for mer enn 20 prosent av innleggelsene er utelatt fra materialet. Dersom manglende rapportering relativt sett forekommer hyppigere ved for eksempel frivillige henvisninger, vil man, ved høy andel mangelfull rapportering, totalt sett få en underrapportering av dette utfallet relativt til øvrige utfall. Ved å ekskludere enheter med høy andel mangelfull registrering unngår man slike potensielle skjevheter i analysedataet.

Registrering av begrunnelse for vedtak er mangelfull:

I analyser som gjelder begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern ekskluderes også institusjoner hvor registrering av begrunnelse for vedtak mangler for mer enn 20 prosent av innleggelsene til tvungent psykisk helsevern.

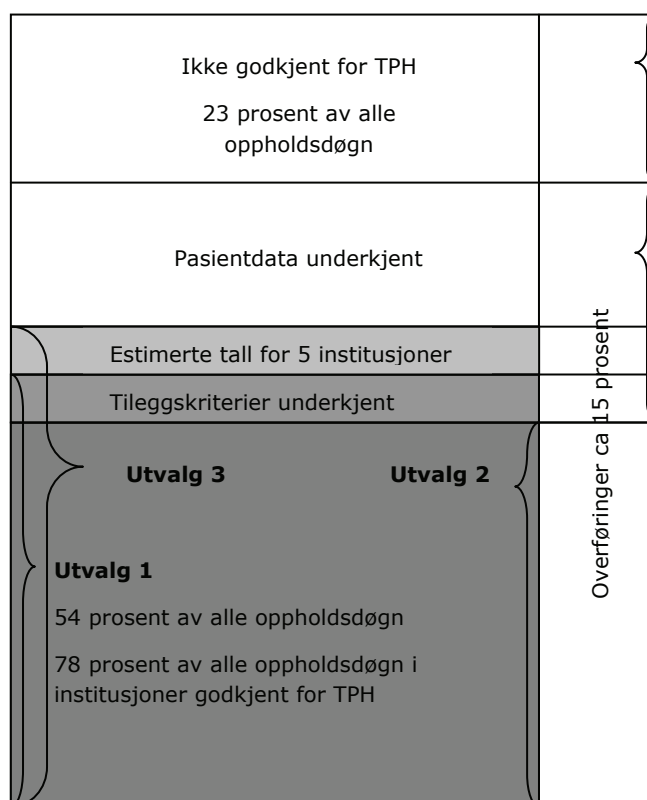
Tabell 6.1 gir en oversikt over datakomplettethet for utvalgene som benyttes i kapitlet. Datakomplettethet estimeres ved utvalgets andel av alle oppholdsdøgn generert i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. For en oversikt over hvilke institusjoner som inngår i de enkelte utvalgene henvises det til nettsidene til www.samdata.no.

Tabell 6.1 Antall oppholdsdøgn ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet for voksne og aktivitet, målt ved andel oppholdsdøgn, som dekkes av ulike utvalg for analyse av tvungent psykisk helsevern. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2007

RHF	Døgninstitusjoner godkjent for TPH			
	Antall oppholdsdøgn 2007	Andel oppholdsdøgn 2007		
	Populasjon Alle døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern	Utvalg 1 Døgninst. med god rapportering av henv.grunn og spes.vedtak	Utvalg 2 Døgninst. med god rapportering av begrunnelse for vedtak	Utvalg 3 Komplette sykehusområder
Helse Sør-Øst RHF	613 056	92	77	100
-Sykehus	473 951	100	89	100
-DPS oa	139 105	66	36	100
Helse Vest RHF	272 664	80	80	83
-Sykehus	173 896	81	81	81
-DPS oa	98 768	78	78	88
Helse Midt-Norge RHF	151 896	0	0	0
-Sykehus	98 701	0	0	0
-DPS oa	53 195	0	0	0
Helse Nord RHF	95 919	100	100	100
-Sykehus	81 970	100	100	100
-DPS oa	13 949	100	100	100
Totalt	1 133 535	78	69	83
-Sykehus	828 518	84	78	84
-DPS oa	305 017	60	46	79
Antall institusjoner	59	39	33	44

Datakilde: NPR og SSB

Ekskluderingskriteriene definert over gjelder utvalg 1 og 2 og er også illustrert ved figur 6.1. Utvalg 3 benyttes i hovedsak for å studere regionale forskjeller i bruk av tvang og er nærmere beskrevet i avsnitt 6.9.



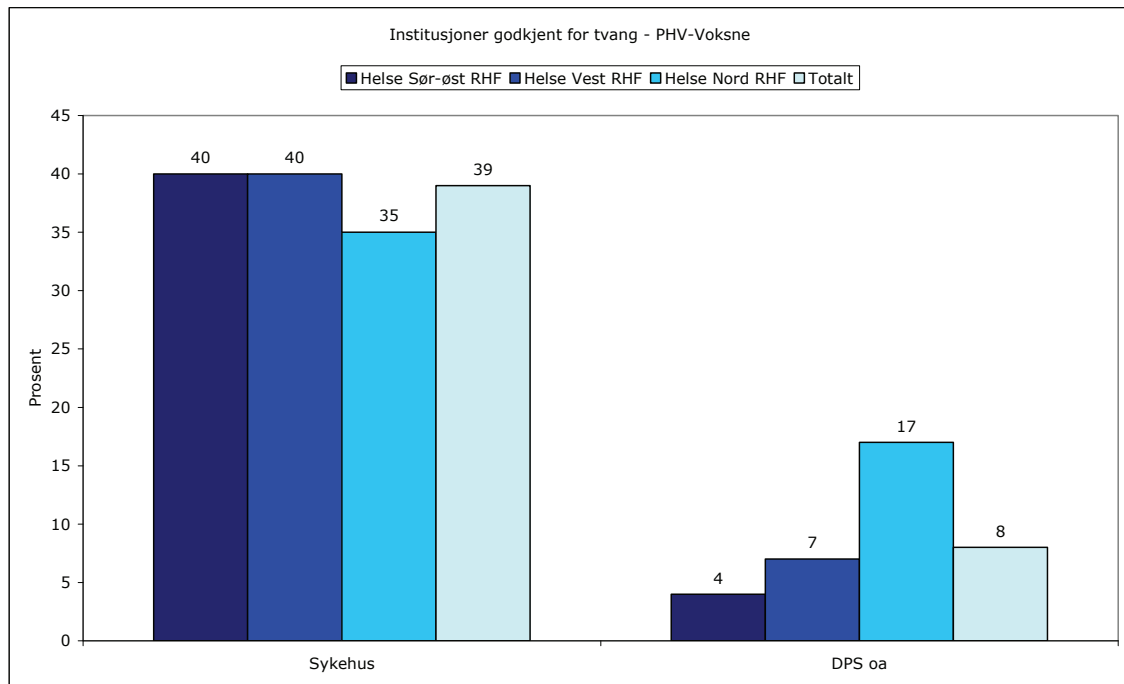
Figur 6.1 Datagrunnlag og ekskluderingskriterier. 2007

6.4.2 Datagrunnlag - tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg for barn og unge

Tallmaterialet for vedtak ved innleggelse til døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for barn og unge bygger på opplysninger innsamlet av SSB. SSB innhenter samleopplysninger fra de enkelte institusjonene, hvor institusjonene selv oppsummerer antall innleggelser fordelt etter juridisk grunnlag.

6.5 Omfang av tvang ved henvisning i det psykiske helsevernet for voksne

Vi skal nå se på henvisningsformalitet for innleggelser fra eget bosted til institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser i 2007. I hovedsak vil innleggelse til spesialisttjenesten skje på grunnlag av en henvisning fra en lege i førstelinjetjenesten. Fordi det åpnes for å henvise til både tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samtidig, er disse her slått sammen. For institusjonene samlet var 33 prosent av henvisningene til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern (se tabell 6.4). I figur 6.2 skiller vi mellom innleggelser til sykehus og til andre institusjonstyper (i hovedsak distriktpspsykiatriske tilbud).



Datakilde: NPR

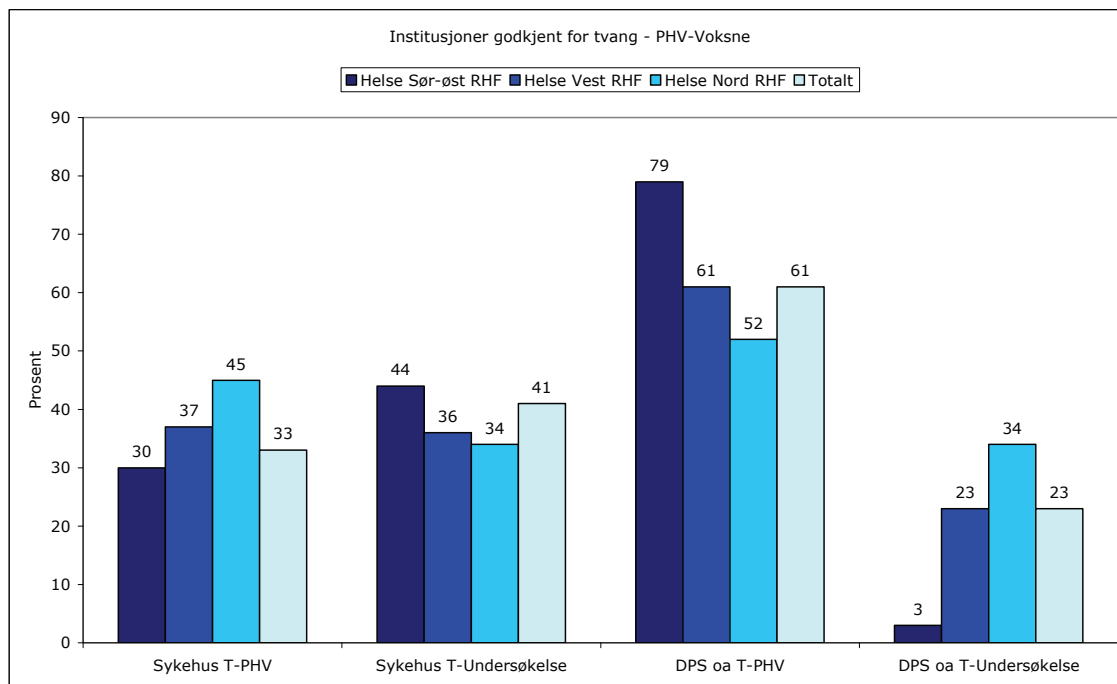
Figur 6.2 Prosentandel innleggelser med henvisninger til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype, 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)

Om lag 39 prosent av innleggelsene ble henvist til tvang ved sykehus godkjent for tvungent psykisk helsevern i 2007. En noe lavere andel (fem prosentpoeng) ble tvangshenvist til sykehus i Helse Nord RHF enn tilsvarende i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Det nasjonale omfanget av tvangshenvisninger av innleggelsene til DPS godkjent for tvangsinnleggelser var på åtte prosent i 2007, varierende fra fire prosent i Helse Sør-Øst RHF til 17 prosent i Helse Nord RHF.

6.6 Omfang av omgjøring av tvangshenvisninger for voksne

Etter henvisning til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern skal det i løpet av 24 timer etter innleggelsestidspunktet fattes et vedtak av faglig ansvarlig spesialist (basert på egen undersøkelse). I dette avsnittet viser vi hvilke vedtak som ble fattet for de som ble henvist til tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern.

Figur 6.3 viser vedtaket for de som ble tvangshenvist i 2007 for institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. I figuren inngår bare innleggelser med registrert henvisningsformalitet lik tvang, og vi studerer fordeling av spesialistvedtak for innleggelser med henvisning om tvungen undersøkelse og/ eller tvungent psykisk helsevern. I tabell 6.7 er grunnlagdata for figuren vist.



Datakilde: NPR

Figur 6.3 Prosentandel vedtak om tvang for innleggelse henvist til tvang ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)

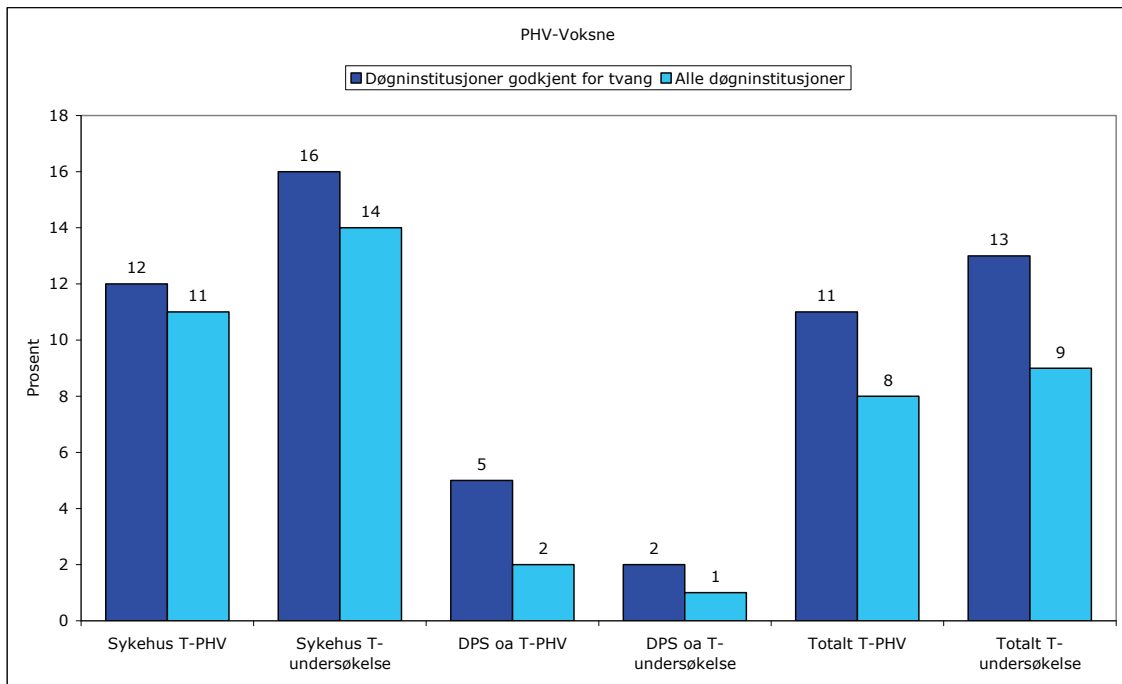
For sykehus godkjent for tvangsinnleggelse fikk om lag 33 prosent av tvangshenvisingene et vedtak om tvungent psykisk helsevern, mens 41 prosent fikk vedtak om tvungen undersøkelse. For om lag 26 prosent av innleggelsene ble tvangshenvisingene til sykehus omgjort til frivillig opphold.

For DPS oa godkjent for tvangsinnleggelse fikk 61 prosent av tvangshenvisingene et vedtak om tvungent psykisk helsevern, 23 prosent fikk vedtak om tvungen undersøkelse. I alt 15 prosent av tvangshenvisingene til DPS ble omgjort til frivillig vedtak.

Det samlede omfanget av omgjøringer til frivillig vedtak av tvangshenvisinger var relativt likt mellom de ulike RHF-ene, med en noe lavere andel omgjøringer ved sykehus i Helse Nord RHF.

6.7 Omfang av vedtak om tvungent psykisk helsevern for voksne

Endelig vedtak om bruk av tvungent psykisk helsevern fattes av spesialist ved enheten pasienten henvises til. Figur 6.4 viser vi hvor stor prosent av innleggelsene fra eget bosted som fikk vedtak om tvangsinnleggelse, hhv for sykehus og DPS. I tillegg til å vise andelen tvang ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse, har vi også estimert andelen tvangsinnleggelse inklusive innleggelse til institusjoner som ikke er godkjent for tvang.

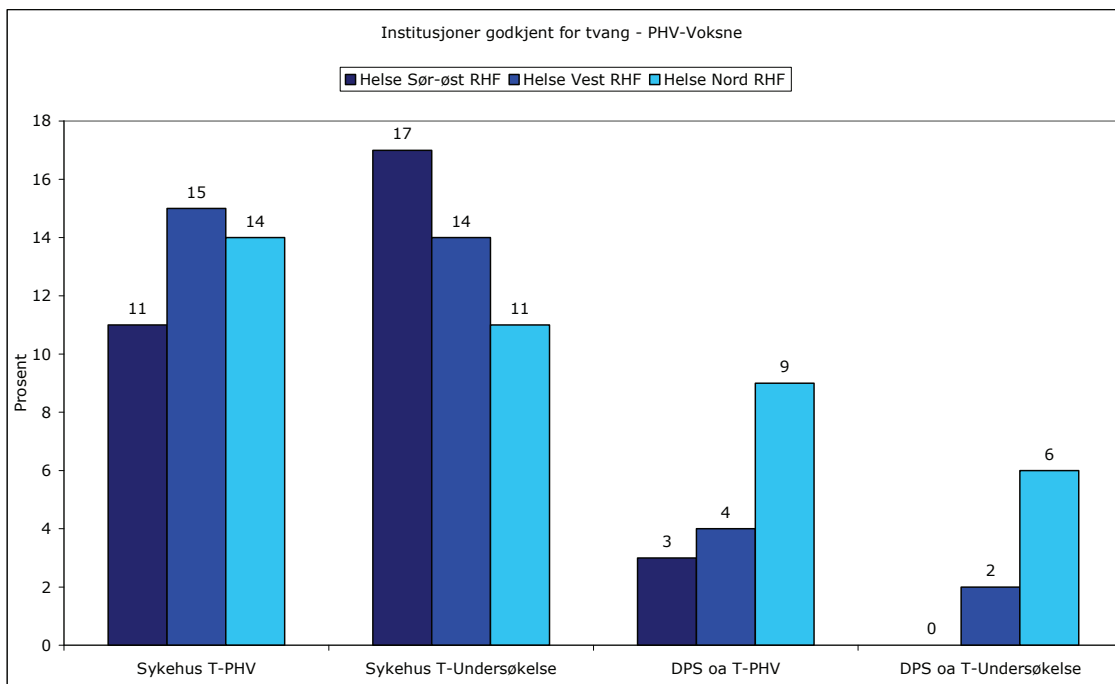


Datakilde: NPR

Figur 6.4 Prosentandel vedtak om tvangsinnleggelse ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern og estimert andel av innleggelse til alle døgninstitusjoner for voksne. Etter region og institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)

For sykehus godkjent for tvangsinnleggelse var om lag 12 prosent av innleggelsene som tvungent psykisk helsevern mens om lag 16 prosent var innleggelse til tvungen undersøkelse. Tilsvarende tall for DPS og andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse var hhv. fem prosent for tvungent psykisk helsevern og to prosent for tvungen undersøkelse. Samlet var det omtrent 11 prosent tvungent psykisk helsevern av innleggelsene til døgninstitusjonene godkjent for tvang, mens 13 prosent var innleggelse til tvungen undersøkelse. Sett i forhold til alle døgninnleggelse – inklusive institusjoner ikke godkjent for tvang var om lag åtte prosent som tvungent psykisk helsevern og ni prosent som tvungen undersøkelse.

I figur 6.5 ser vi omfanget av vedtak om hhv. tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern målt som andel innleggelse til institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse i de ulike RHF-ene. Vi skiller mellom innleggelse til sykehus og til andre institusjonstyper (i hovedsak distriktpsikiatriske tilbud).



Datakilde: NPR

Figur 6.5 Prosentandel innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)

For sykehus godkjent for tvangsinnleggelser var det en noe lavere andel vedtak om tvungent psykisk helsevern i Helse Sør-Øst RHF sammenlignet med Helse Vest og Nord RHF. Helse Sør-Øst RHF hadde imidlertid høyere andel vedtak om tvungen undersøkelse enn tilsvarende andel for Vest og Nord RHF. Helse Nord RHF hadde en høyere andel vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse enn Helse Sør-Øst og Vest RHF ved DPS.

6.8 Spesialistens begrunnelse for tvungent psykisk helsevern for voksne

Hovedkriteriet for tvungent psykisk helsevern er alvorlig psykisk lidelse, men i tillegg må minst ett av to tilleggskriterier være til stede; behandlingskriteriet (utsikt til bedring forspilles) og/eller farekriteriet (for seg selv eller andre). I den neste tabellen viser vi hvilke kriterier som ble anvendt ved tvungent psykisk helsevern i 2007.

Tabell 6.2 Begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern for voksne. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 2, innleggelse til tvungent psykisk helsevern. 2007

	Begrunnelse	Antall	Prosent	Datakompletthet målt ved andel oppholdsdøgn ¹⁾
Utvalg 2	Behandlingskriteriet	1 790	78	
	Farekriteriet	60	3	
	Begge kriterier	442	19	
	Totalt	2 292	100	69
	Ikke registrert	3		

Datakilde: NPR

Jf. tabell 6.1

Som vi ser av tabellen ble om lag åtte av ti vedtak om tvungent psykisk helsevern begrunnet med behandlingskriteriet alene. Bare tre prosent ble begrunnet med farekriteriet alene, mens 19 prosent ble begrunnet med begge tilleggskriteriene. Se ellers Bremnes et al. (2008) for en utvikling i bruk av kriterier fra 2001-2006.

6.9 Befolkningsbaserte rater i tvungent psykisk helsevern for voksne

6.9.1 Utvikling for vedtak om tvungent psykisk helsevern for voksne 2001-2007

Den manglende kompletthet i data gjør det problematisk å gi et nøyaktig tall på paragraf-anvendelse det enkelte år. I Bremnes et al. (2008) presenteres høye og lave estimat for det totale omfanget av tvangsinnleggelse i perioden 2001 – 2006. Dette videreføres for 2007 i dette avsnittet. Antall vedtak om innleggelse til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre estimeres innenfor et intervall for hvert år. Det totale omfanget av innleggelse til henholdsvis sykehus og DPS og andre døgninstitusjoner, godkjent for tvungent psykisk helsevern, beregnes for hvert år med utgangspunkt i data fra utvalget av institusjoner med tilstrekkelig gode data (jf. utvalg 1 i 2007) og kompletthetstall (jf. tabell 6.1). Innrapporterte døgnopphold hvor spesialistvedtak ikke er angitt fordeles mellom de ulike typene vedtak i henhold til marginalfordeling i utvalget det enkelte år²⁷. For estimert andel innleggelse med mangelfull rapportering antas videre tre typer fordeling mellom de ulike spesialistvedtakene:

1. Høyt estimat hvor vi overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med laveste andel vedtak om frivillighet.
2. Lavt estimat hvor vi overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med høyeste andel vedtak om frivillighet.
3. Observert/gjennomsnittlig estimat hvor vi overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for alle institusjoner.

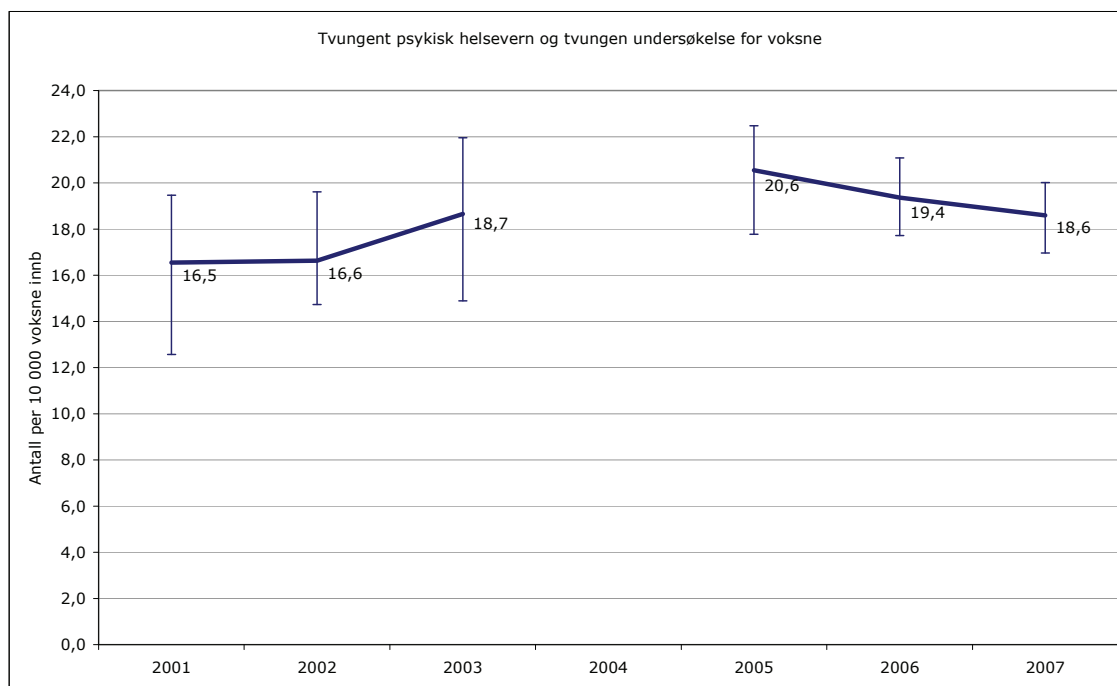
Denne metoden gir et trepunktsestimat for totalt omfang av vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Dersom institusjonene som ikke leverer data av godkjent kvalitet, i gjennomsnitt ikke har høyere eller lavere andel vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern enn de fem observerte institusjonene med hen-

²⁷ Det vil være små avvik fra intervallene som ble estimert i Bremnes et al. (2008). Dette skyldes at innleggelse hvor spesialistvedtak ikke var angitt ble holdt utenfor analysene.

holdsvis laveste og høyeste andel frivillige innleggelses, vil det faktiske omfanget av tvangsinnleggelses ligge innenfor det estimerte intervaller.

De estimerte intervallerens bredde vil avhenge av flere faktorer, men først og fremst av hvor stor andel av innleggelsene vi estimerer data for. Intervallet blir smalere og mer presist når datakompletheten øker. Se Bremnes et al. (2008) for en grundigere beskrivelse. I figur 6.10-13 i avsnitt 6.11.5 er samme prosedyre anvendt for å vise utvikling i antall og andel tvangsvedtak i perioden 2001 – 2007.

Figur 6.6 viser utviklingen fra 2001 til 2007 i antall innleggelses per 10 000 voksne (18 år eller eldre) innbyggere etter spesialistvedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samlet.



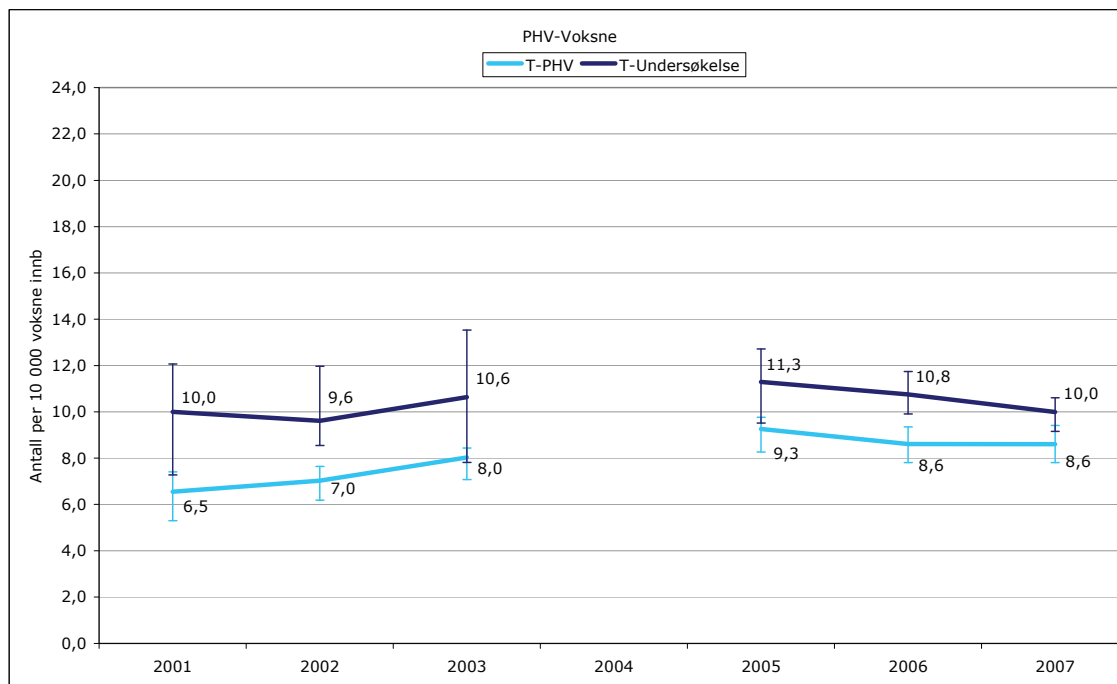
Datakilde: NPR og SSB

Figur 6.6 Antall innleggelses per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer)

I 2007 var det om lag 19 tvangsinnleggelses fra eget bosted per 10 000 voksne innbyggere. I 2001 var tilsvarende tall om lag 17 per 10 000 voksne innbyggere. Hvis de institusjonene som har mangelfulle data om tvangsinnleggelses har noenlunde samme praksis som institusjonene med akseptable data, har det altså vært en viss økning i tvangsinnleggelses per 10 000 voksne innbyggere fra 2001 til 2007. Samtidig er det viktig å ta forbehold om muligheten for avvikende praksis ved de institusjonene vi mangler data fra. Høyt og lavt estimat i 2001 var på hhv 13 og 19 per 10 000 voksne innbyggere mens tilsvarende tall var 17 og 20 i 2007. Vi kan derfor ikke konkludere med hensyn til endringer i omfanget av tvangsinnleggelsesvedtak i perioden 2001 til 2007, målt i forhold til befolkningens mengde.

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

I figur 6.7 er ratene for de to tvangsvedtakene vist hver for seg.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 6.7 Antall innleggelses per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer)

Omfanget av tvungen undersøkelse per 10 000 voksne innbyggere har vært omtrent uendret fra 2001 til 2007 – om lag 10 innleggelses per 10 000 voksne innbyggere. Forutsatt at de institusjonene vi har data fra er representative for hele landet har raten for innleggelses til tvungent psykisk helsevern økt fra om lag sju til ni innleggelses per 10 000 voksne innbyggere fra 2001 til 2007. Gitt konsekvensene av mulig avvikende praksis ved de institusjonene vi mangler data fra er det likevel usikkert om vi kan tolke utviklingen fra 2001 til 2007 som uttrykk for en faktisk økning.

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

For å kunne si noe om regionale forskjeller i bruk av tvang, ble alle døgnerheter i det psykiske helsevernet for voksne gruppert i 19 sykehusområder med tilhørende tilknytningsområder²⁸. Døgnerheter godkjent for tvungent psykisk helsevern tilknyttet sykehusområder med tilstrekkelig god datakvalitet for samtlige enheter inngår i utvalg 3. For å øke antall sykehusområder i utvalget, er informasjon om bruk av tvang komplettert med data fra samleoppgavene enhetene har rapportert til SSB for tre mindre enheter i Helse Sør-Øst²⁹. To enheter der pasientdata fra NPR ble marginalt underkjent på grunnlag av definerte ekskluderingskriterier ble også tatt inn i dette utvalget³⁰. Innleggelses uten angitt henvisningsformalitet eller spesialistvedtak ble fordelt i henhold til gjennomsnittlige andeler

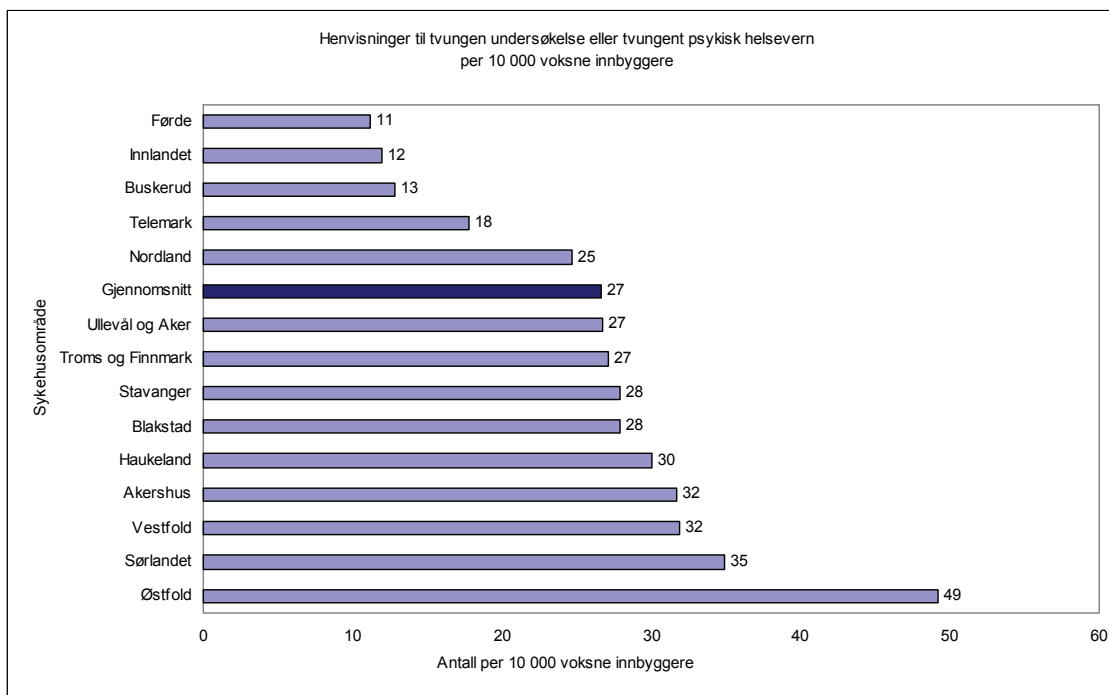
²⁸ Det ville være ønskelig å ta utgangspunkt i pasientenes bostedsområde når man ser på regional variasjon i bruk av tvang, men fordi pasientdata ikke dekker mer enn 78 prosent av aktiviteten ved døgnerinstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern, var ikke dette mulig. Ved bruk av sykehusområdenes tilknytningsområder kan forskjeller i omfang av gjestepasienter påvirke resultatet noe.

²⁹ Gjelder Grefsenlia bo- og behandlingssenter, Furukollen psykiatriske senter og Skjelfoss psykiatriske senter.

³⁰ Gjelder Gjøvik DPS og Ryfylke DPS. For Gjøvik DPS var registrering av spesialistvedtak god, mens registrering av henvisningsgrunn var mangelfull. Fordeling mellom henvisningsparagrafer ble beregnet med utgangspunkt i det relative forholdet mellom henvisningsparagraf og spesialistvedtak for 2006.

for henholdsvis sykehus og DPS og andre døgninstitusjoner i det totale utvalget. Med utgangspunkt i utvalg 3, ble det beregnet rater for omfang av tvang ved henvisning og vedtak per 10 000 voksne innbyggere for 14 av de 19 sykehusområdene³¹.

I figur 6.8 viser vi omfanget av henvisninger ved tvang per 10 000 innbyggere.



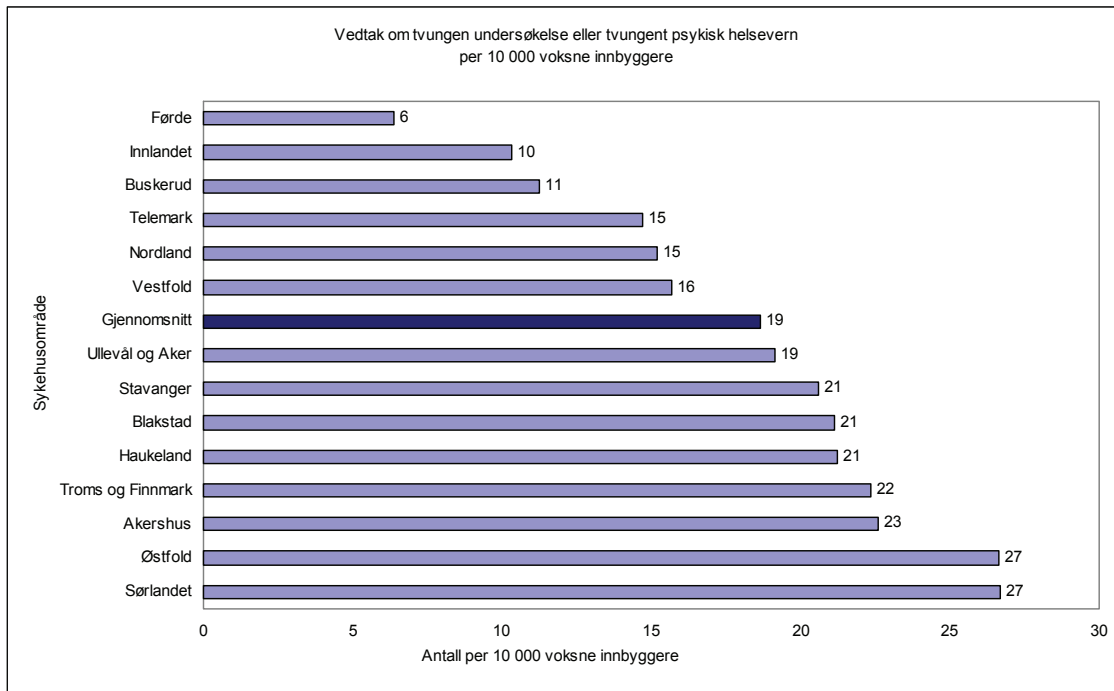
Datakilde: NPR og SSB

Figur 6.8 Henvisninger til tvungen undersøkelse/tvungen psykisk helsevern med døgnbehandling. Estimert antall per 10 000 voksne innbyggere. Sykehusområde. 2007

Sykehusområde Østfold skilte seg ut med det høyeste omfanget av henvisninger til tvang med 49 per 10 000 voksne innbyggere. Tilsvarende var det 11 henvisninger til tvang per 10 000 innbyggere i Førde sykehusområde. Det er med andre store forskjeller mellom sykehusområdene i antall henvist ved tvang mellom sykehusområdene.

I figur 6.9 viser vi omfanget av spesialistvedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 voksne innbyggere i de samme sykehusområdene.

³¹ Utvalget dekker hele landet med unntak av Helse Midt-Norge RHF og Helse Fonna HF.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 6.9 Vedtak om tvungen undersøkelse /tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Estimert antall per 10 000 voksne innbyggere. Sykehusområde. 2007

I Førde sykehusområde var det om lag seks vedtak om tvangsinnleggelse per 10 000 voksne innbyggere, mens samme tall for Sørlandet sykehusområde og Østfold sykehusområde var 27. Det kan være mange årsaker til disse forskjellene (se Bremnes et al 2008 for en utdypende diskusjon av mulige årsaksmekanismer). Forskjellene er imidlertid så store at dette indikerer et behov for å undersøke nærmere hva som ligger i disse.

6.10 Vedtak om tvungent psykisk helsevern for barn og unge 2006-2007

Pasientdata fra NPR er ikke kvalitetssikret med tanke på opplysninger om tvungent psykisk helsevern for barn og unge. Vi har derfor benyttet data fra samleopplysninger i institusjonsstatistikken til SSB. I henhold til psykisk helsevernloven er det ikke anledning til å anvende tvungent psykisk helsevern for barn og unge under 16 år³². Vi har derfor beregnet antall tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere 16-18 år.

³² Pårørende må samtykke i innleggelsen

Tabell 6.3 Vedtak om tvangsinnleggelse. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og antall per 10 000 innbyggere 16-18 år. 2006 og 2007

Spesialistvedtak	2006		2007	
	Antall	Per 10 000 innb 16-18 år	Antall	Per 10 000 innb 16-18 år
Tvungen undersøkelse	180	10,0	113	6,1
Tvungent psykisk helsevern	72	4,0	43	2,3
Sum tvangsinnleggelse	252	14,0	156	8,4

Datakilde: SSB

I 2007 var det i alt 113 vedtak om tvungen undersøkelse og 43 vedtak om tvungent psykisk helsevern – noe som utgjorde 156 vedtak om tvangsinnleggelse samlet (se tabell 6.3). Dette var en markert nedgang fra nivået i 2006, men her er det viktig å ta høyde for at det er relativt lave tall begge år. Målt per 10 000 innbyggere i den relevante aldersgruppa (16-18 år) var det i alt 8,4 vedtak om tvungen undersøkelse/psykisk helsevern i 2006 mot 14 i 2006.

6.11 Vedleggstabeller

Døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern for voksne

Tabell 6.4 Antall oppholdsdøgn ved alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne og andel aktivitet, målt ved oppholdsdøgn, i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2007

RHF	Antall oppholdsdøgn		Andel oppholdsdøgn	
	2007		2007	
	Alle døgninstitusjoner		Døgninstitusjoner godkjent for TPH	
Helse Sør-Øst RHF	845 087		73	
-Sykehus	514 237		92	
-DPS oa	330 850		42	
Helse Vest RHF	328 289		83	
-Sykehus	173 896		100	
-DPS oa	154 393		64	
Helse Midt-Norge RHF	174 557		87	
-Sykehus	98 701		100	
-DPS oa	75 856		70	
Helse Nord RHF	133 950		72	
-Sykehus	86 864		94	
-DPS oa	47 086		30	
Totalt	1 481 883		76	
-Sykehus	873 698		95	
-DPS oa	608 185		50	
Antall institusjoner	106		59	

Datakilde: NPR og SSB

Henvisninger til tvungent psykisk helsevern for voksne

Tabell 6.5 Henvisningsformalitet ved innleggelse til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 1. 2007

	Institusjonstype	Henvisningsformalitet	Antall	Prosent	Datakompletthet % av oppholdsdøgn ¹⁾
Utvalg 1	Samlet	Frivillig	15 220	67	78
		TU/TPH	7 421	33	
		Annen lovhjemmel	43	0	
		Totalt	22 684	100	
		Ikke registrert	831		
	Sykehus	Frivillig	10 805	60	84
		TU/TPH	7 055	39	
		Annen lovhjemmel	35	0	
		Totalt	17 895	100	
		Ikke registrert	703		
	DPS oa	Frivillig	4 415	92	60
		TU/TPH	366	8	
		Annen lovhjemmel	8	0	
		Totalt	4 789	100	
		Ikke registrert	128		

Datakilde: NPR og SSB

1) Jf. tabell 6.1

Tabell 6.6 Henvisningsformalitet ved innleggelse til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 1. Regionale helseforetak. 2007

RHF	Institusjonstype	Henvisningsformalitet	Antall	Prosent	Representativitet % av oppholdsdøgn ¹⁾
Helse Sør-Øst RHF	Sykehus	Frivillig	7348	60	100
		TU/TPH	4890	40	
		Annen lovhjemmel	21	0	
		Totalt	12 259	100	
		Ikke registrert	440		
	DPS oa	Frivillig	2 089	96	66
		TU/TPH	92	4	
		Annen lovhjemmel	4	0	
		Totalt	2 185	100	
		Ikke registrert	43		
Helse Vest RHF	Sykehus	Frivillig	2 189	59	81
		TU/TPH	1 489	40	
		Annen lovhjemmel	12	0	
		Totalt	3 690	100	
		Ikke registrert	75		
	DPS oa	Frivillig	1 523	93	78
		TU/TPH	108	7	
		Annen lovhjemmel	3	0	
		Totalt	1 634	100	
		Ikke registrert	56		
Data for Helse Midt-Norge RHF er underkjent					
Helse Nord RHF	Sykehus	Frivillig	1 268	65	100
		TU/TPH	676	35	
		Annen lovhjemmel	2	0	
		Totalt	1 946	100	
		Ikke registrert	188		
	DPS oa	Frivillig	803	83	100
		TU/TPH	166	17	
		Annen lovhjemmel	1	0	
		Totalt	970	100	
		Ikke registrert	29		

Datakilde: NPR og SSB

1) Jf tabell 6.1

Tabell 6.7 Henvisningsformalitet ved innleggelse til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjon. Utvalg 1. 2007

RHF/ HF/ Institusjon	Henvisningsformalitet				
	Andel				Antall
	Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lovgrunnlag	Prosentgrunnlag	Uten angitt hjemmel
Helse Sør-Øst RHF					
Sykehuset Østfold HF					
Sykehuset Østfold	44	56	0	1 765	6
DPS Fredrikstad	94	6	0	167	2
Akershus universitetssykehus HF					
Akershus Universitetssykehus	49	51	1	1 034	43
Sykehuset Asker og Bærum HF					
Blakstad sykehus	49	51	0	640	28
Aker universitetssykehus HF					
Aker universitetssykehus	56	43	0	772	35
Ullevål universitetssykehus HF					
Ullevål universitetssykehus	60	40	0	1 007	71
Sykehuset Innlandet HF					
Sykehuset Innlandet	83	17	0	1 483	109
Sykehuset Buskerud HF					
Sykehuset Buskerud	68	32	0	710	1
Drammen psyk senter	96	4	0	364	9
Blefjell sykehus HF					
DPS Notodden/Seljord	99	1	1	184	14
Kongsberg sykehus	95	5	0	168	4
Psykiatrien i Vestfold HF					
Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	71	29	0	947	0
Nordre Vestfold DPS	87	13	0	238	0
Søndre Vestfold DPS	87	13	0	123	0
Sykehuset i Telemark HF					
Sykehuset Telemark	64	36	0	625	5
DPS Skien	97	3	0	145	1
Sørlandet sykehus HF					
Sørlandet sykehus Arendal	66	34	0	740	55

RHF/ HF/ Institusjon	Henvisningsformalitet				
	Andel				Antall
	Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov-grunnlag	Prosent-grunnlag	
Sørlandet sykehus Kristiansand	57	43	1	980	72
DPS Aust-Agder	99	0	1	496	11
Direkte under Helse Sør-Øst RHF					
Diakonhjemmets sykehus	65	35	0	689	14
Lovisenberg diakonale sykehus	49	51	0	793	0
Oslo Hospital	76	24	0	74	1
DPS Vinderen	98	2	0	300	2
Helse Vest RHF					
Stavanger universitetssykehus HF					
Stavanger univ.sjukehus	63	37	0	1 454	12
Dalane DPS	100	0	0	80	3
Sandnes DPS	96	3	1	193	2
Sola DPS	90	10	0	204	3
Stavanger DPS	99	1	0	160	6
Helse Bergen HF					
Haukeland univ.sjukehus	49	50	0	1 696	44
Björgvin DPS	97	3	0	383	27
Helse Førde HF					
Helse Førde, Psykiatrisk klinikk	83	17	1	460	19
Indre Sogn psykiatrisenter	93	6	1	86	0
Nordfjord psykiatrisenter	99	1	0	130	0
Direkte under Helse Vest RHF					
NKS Olaviken alderspsyk sykehus	79	21	0	80	0
Jæren DPS	84	16	0	398	15
Helse Nord RHF					
Nordlandssykehuset HF					
Nordlandssykehuset, Salten	69	31	0	1 023	171
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF					
Universitetssykehuset i Nord-Norge	61	39	0	923	17
DPS Sør-Troms	99	1	0	222	17
Psyk senter for Tromsø og omegn	78	22	0	748	12

Datakilde: NPR

Spesialistvedtak ved innleggelser henvist ved tvang for voksne

Tabell 6.8 Prosentandel med ulikt spesialistvedtak for innleggelser henvist til tvang ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)

	Institusjonstype	Spesialistvedtak	Antall	Prosent	Datakompletthet % av oppholdsdøgn ¹⁾
Utvalg 1	Samlet	Frivillig	1 840	25	
		Frivillig kontrakt	17	0	
		Tvungen undersøkelse	2 913	40	
		TPH	2 455	34	
		Annen lovhjemmel	4	0	
		Totalt	7 229	100	78
		Ikke registrert	192		
	Sykehus	Frivillig	1 786	26	
		Frivillig kontrakt	16	0	
		Tvungen undersøkelse	2 832	41	
		TPH	2 239	33	
		Annen lovhjemmel	4	0	
		Totalt	6 877	100	84
		Ikke registrert	178		
	DPS oa	Frivillig	54	15	
		Frivillig kontrakt	1	0	
		Tvungen undersøkelse	81	23	
		TPH	216	61	
		Annen lovhjemmel	0	0	
		Totalt	352	100	60
		Ikke registrert	14		

Datakilde: NPR

1) Jf tabell 6.1

Tabell 6.9 Prosentandel med ulikt spesialistvedtak for innleggelse henvist til tvang ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungen psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)

RHF	Institusjonstype	Spesialistvedtak	Antall	Prosent	Representativitet % av oppholdsdøgn ¹⁾
Helse Sør-Øst RHF	Sykehus	Frivillig	1 240	26	
		Frivillig kontrakt	8	0	
		Tvungen undersøkelse	2 076	44	
		TPH	1 399	30	
		Annen lovhjemmel	3	0	
		Totalt	4 726	100	100
		Ikke registrert	164		
	DPS oa	Frivillig	16	18	
		Frivillig kontrakt	0	0	
		Tvungen undersøkelse	3	3	
		TPH	71	79	
		Annen lovhjemmel	0	0	
		Totalt	90	100	66
		Ikke registrert	2		
Helse Vest RHF	Sykehus	Frivillig	404	27	
		Frivillig kontrakt	7	0	
		Tvungen undersøkelse	524	36	
		TPH	539	37	
		Annen lovhjemmel	1	0	
		Totalt	1 475	100	81
		Ikke registrert	14		
	DPS oa	Frivillig	15	15	
		Frivillig kontrakt	0	0	
		Tvungen undersøkelse	23	23	
		TPH	60	61	
		Annen lovhjemmel	0	0	
		Totalt	98	100	78
		Ikke registrert	10		

RHF	Institusjonstype	Spesialistvedtak	Antall	Prosent	Representativitet % av oppholdsdøgn ¹⁾
Data for Helse Midt-Norge RHF er underkjent					
Helse Nord RHF	Sykehus	Frivillig	142	21	
		Frivillig kontrakt	1	0	
		Tvungen undersøkelse	232	34	
		TPH	301	45	
		Annen lovhjemmel	0	0	
		Totalt	676	100	100
		Ikke registrert	0		
	DPS oa	Frivillig	23	14	
		Frivillig kontrakt	1	1	
		Tvungen undersøkelse	55	34	
		TPH	85	52	
		Annen lovhjemmel	0	0	
		Totalt	164	100	100
		Ikke registrert	2		

Datakilde: NPR

1) Jf tabell 6.1

Omfang av tvang etter spesialistvedtak for voksne

Tabell 6.10 Spesialistvedtak ved innleggelse til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungen psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 1. 2007

	Institusjonstype	Spesialistvedtak	Antall	Prosent	Datakompletthet % av oppholdsdøgn ¹⁾
Utvalg 1	Samlet	Frivillig	17 563	76	
		Frivillig kontrakt	81	0	
		Tvungen undersøkelse	2 946	13	
		TPH	2 481	11	
		Annen lovhjemmel	24	0	
		Totalt	23 095	100	78
		Ikke registrert	420		
	Sykehus	Frivillig	13 039	71	
		Frivillig kontrakt	73	0	
		Tvungen undersøkelse	2 862	16	
		TPH	2 263	12	
		Annen lovhjemmel	21	0	
		Totalt	18 258	100	84
		Ikke registrert	340		
	DPS oa	Frivillig	4 524	94	
		Frivillig kontrakt	8	0	
		Tvungen undersøkelse	84	2	
		TPH	218	5	
		Annen lovhjemmel	3	0	
		Totalt	4 837	100	60
		Ikke registrert	80		

Datakilde: NPR og SSB

1) Jf tabell 6.1

Tabell 6.11 Spesialistvedtak ved innleggelser til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 1. Regionale helseforetak. 2007

RHF	Institusjonstype	Spesialistvedtak	Antall	Prosent	Representativitet % av oppholdsdøgn ¹⁾
Helse Sør-Øst RHF	Sykehus	Frivillig	8 797	71	
		Frivillig kontrakt	53	0	
		Tvungen undersøkelse	2 101	17	
		TPH	1 416	11	
		Annen lovhjemmel	9	0	
		Totalt	12 376	100	100
		Ikke registrert	323		
	DPS oa	Frivillig	2 114	96	
		Frivillig kontrakt	0	0	
		Tvungen undersøkelse	4	0	
		TPH	71	3	
		Annen lovhjemmel	2	0	
		Totalt	2 191	100	66
		Ikke registrert	37		
Helse Vest RHF	Sykehus	Frivillig	2 650	71	
		Frivillig kontrakt	15	0	
		Tvungen undersøkelse	527	14	
		TPH	545	15	
		Annen lovhjemmel	11	0	
		Totalt	3 748	100	81
		Ikke registrert	17		
	DPS oa	Frivillig	1 564	95	
		Frivillig kontrakt	0	0	
		Tvungen undersøkelse	25	2	
		TPH	62	4	
		Annen lovhjemmel	1	0	
		Totalt	1 652	100	78
		Ikke registrert	38		

RHF	Institusjonstype	Spesialistvedtak	Antall	Prosent	Representativitet % av oppholdsdøgn ¹⁾
Data for Helse Midt-Norge RHF er underkjent					
Helse Nord RHF	Sykehus	Frivillig	1 592	75	
		Frivillig kontrakt	5	0	
		Tvungen undersøkelse	234	11	
		TPH	302	14	
		Annen lovhjemmel	1	0	
		Totalt	2 134	100	100
		Ikke registrert	0		
	DPS oa	Frivillig	846	85	
		Frivillig kontrakt	8	1	
		Tvungen undersøkelse	55	6	
		TPH	85	9	
		Annen lovhjemmel	0	0	
		Totalt	994	100	100
		Ikke registrert	5		

Datakilde: NPR og SSB

1) Jf tabell 6.1

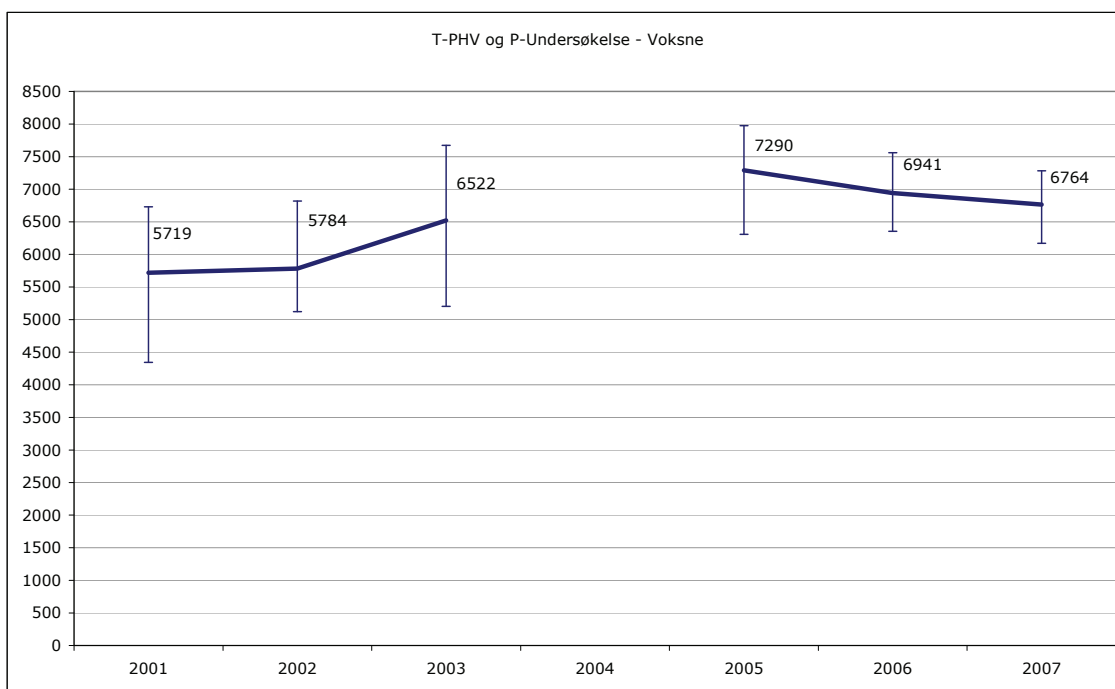
Tabell 6.12 Spesialistvedtak ved innleggelser til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner godkjent for tvungen psykisk helsevern. Etter institusjon. Utvalg 1. 2007

RHF/ HF/ Institusjon	Spesialistvedtak					
	Prosentandel				Antall	
	Frivillig	Tvungen undersøkelse	TPH	Annet lovgrunnlag	Prosentgrunnlag	Uten angitt hjemmel
Helse Sør-Øst RHF						
Sykehuset Østfold HF						
Sykehuset Østfold	70	26	4	0	1 771	0
DPS Fredrikstad	94	1	5	0	167	2
Akershus universitetssykehus HF						
Akershus Universitetssykehus	63	25	11	1	1 025	52
Sykehuset Asker og Bærum HF						
Blakstad sykehus	62	26	12	0	666	2
Aker universitetssykehus HF						
Aker universitetssykehus	69	13	17	1	794	13
Ullevål universitetssykehus HF						
Ullevål universitetssykehus	75	14	12	0	930	148
Sykehuset Innlandet HF						
Sykehuset Innlandet	86	11	4	0	1 548	44
Sykehuset Buskerud HF						
Sykehuset Buskerud	72	21	7	1	710	1
Drammen psyk senter	96	1	3	0	364	9
Blefjell sykehus HF						
DPS Notodden/Seljord	99	1	0	0	182	16
Kongsberg sykehus	96	0	4	0	168	4
Psykiatrien i Vestfold HF						
Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	74	16	9	1	947	0
Nordre Vestfold DPS	92	0	8	0	238	0
Søndre Vestfold DPS	88	0	12	0	123	0
Sykehuset i Telemark HF						
Sykehuset Telemark	67	11	18	4	625	5
DPS Skien	97	0	3	0	146	0
Sørlandet sykehus HF						
Sørlandet sykehus Arendal	75	10	14	1	787	8

RHF/ HF/ Institusjon	Spesialistvedtak					
	Prosentandel				Antall	
	Frivillig	Tvungen undersøkelse	TPH	Annet lovgrunnlag	Prosent-grunnlag	Uten angitt hjemmel
Sørlandet sykehus Kristiansand	65	17	17	0	1 006	46
DPS Aust-Agder	100	0	0	0	503	4
Direkte under Helse Sør-Øst RHF						
Diakonhjemmets sykehus	75	6	20	0	699	4
Lovisenberg diakonale sykehus	61	18	21	0	793	0
Oslo Hospital	72	0	28	0	75	0
DPS Vinderen	98	0	2	0	300	2
Helse Vest RHF						
Stavanger universitetssykehus HF						
Stavanger univ.sjukehus	73	14	13	0	1 451	15
Dalane DPS	100	0	0	0	80	3
Sandnes DPS	98	0	2	1	194	1
Sola DPS	90	1	8	0	206	1
Stavanger DPS	99	0	1	0	166	0
Helse Bergren HF						
Haukeland univ.sjukehus	63	17	18	1	1 738	2
Björgvin DPS	99	0	1	0	380	30
Helse Førde HF						
Helse Førde, Psykiatrisk klinikk	90	5	5	0	479	0
Indre Sogn psykiatrisenter	96	1	2	0	85	1
Nordfjord psykiatrisenter	99	0	1	0	130	0
Direkte under Helse Vest RHF						
NKS Olaviken alderspsyk sykehus	81	1	18	0	80	0
Jæren DPS	86	5	9	0	411	2
Helse Nord RHF						
Nordlandssykehuset HF						
Nordlandssykehuset, Salten	80	8	12	0	1 194	0
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF						
Universitetssykehuset i Nord-Norge	68	14	17	1	940	0
DPS Sør-Troms	100	0	0	0	234	5
Psyk senter for Tromsø og omegn	81	7	11	1	760	0

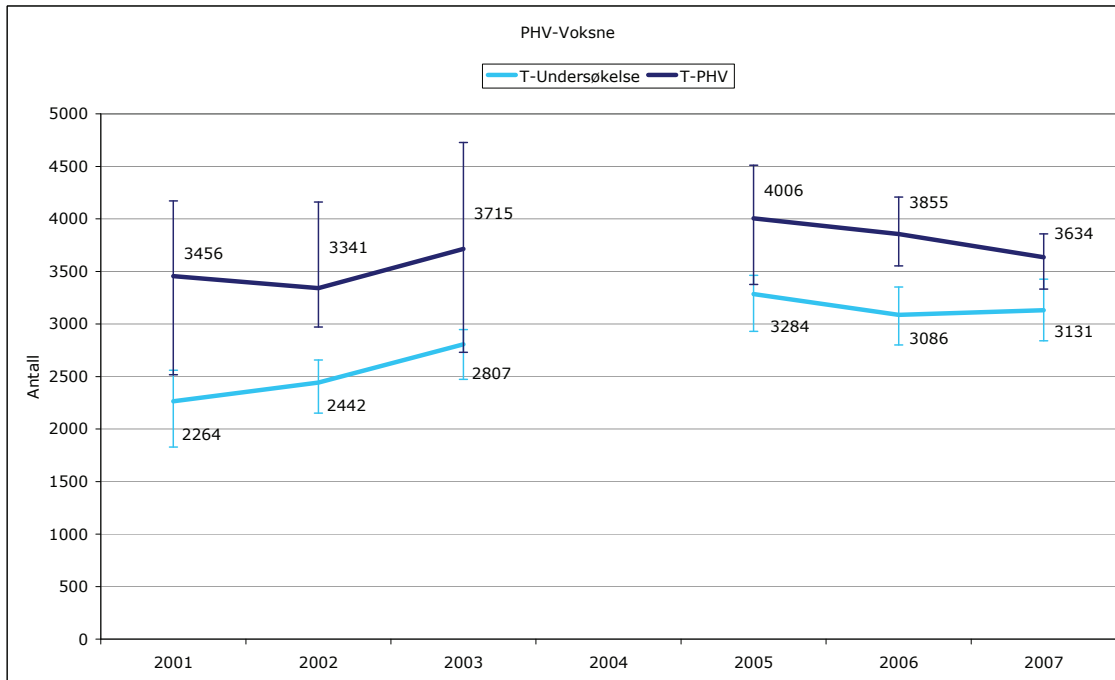
Datakilde: NPR

Endringstall 2001-2007 – spesialistvedtak voksne



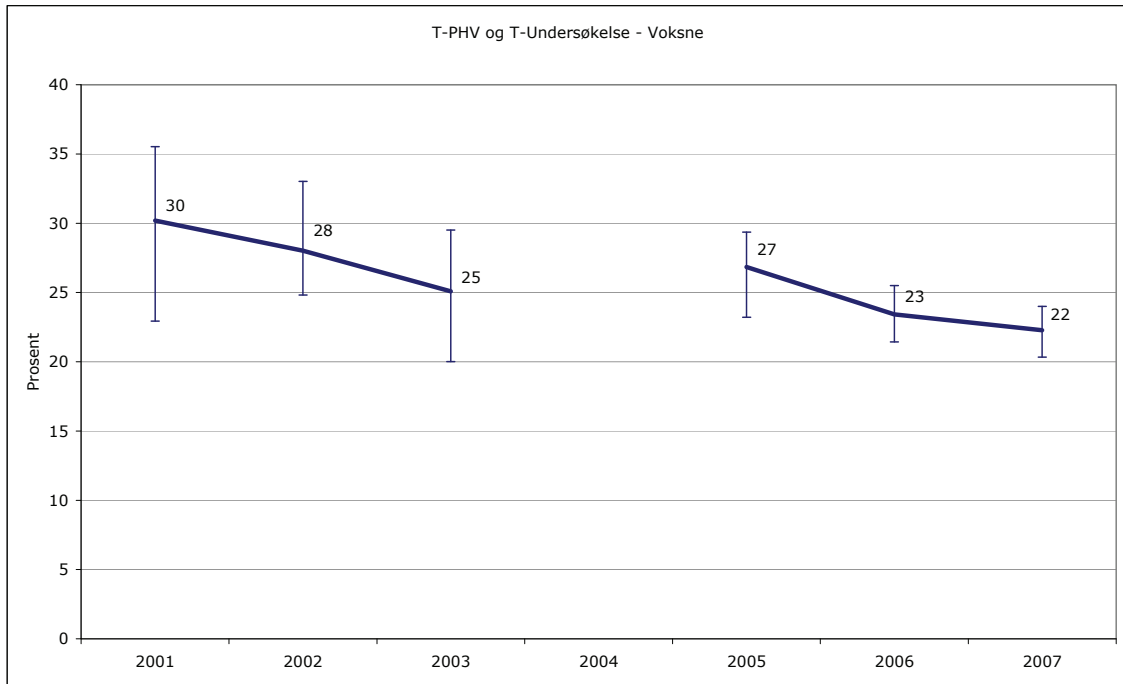
Datakilde: NPR og SSB

Figur 6.10 Antall innleggelse med spesialistvedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer). Estimat (gjennomsnitt og høyt og lavt nivå)



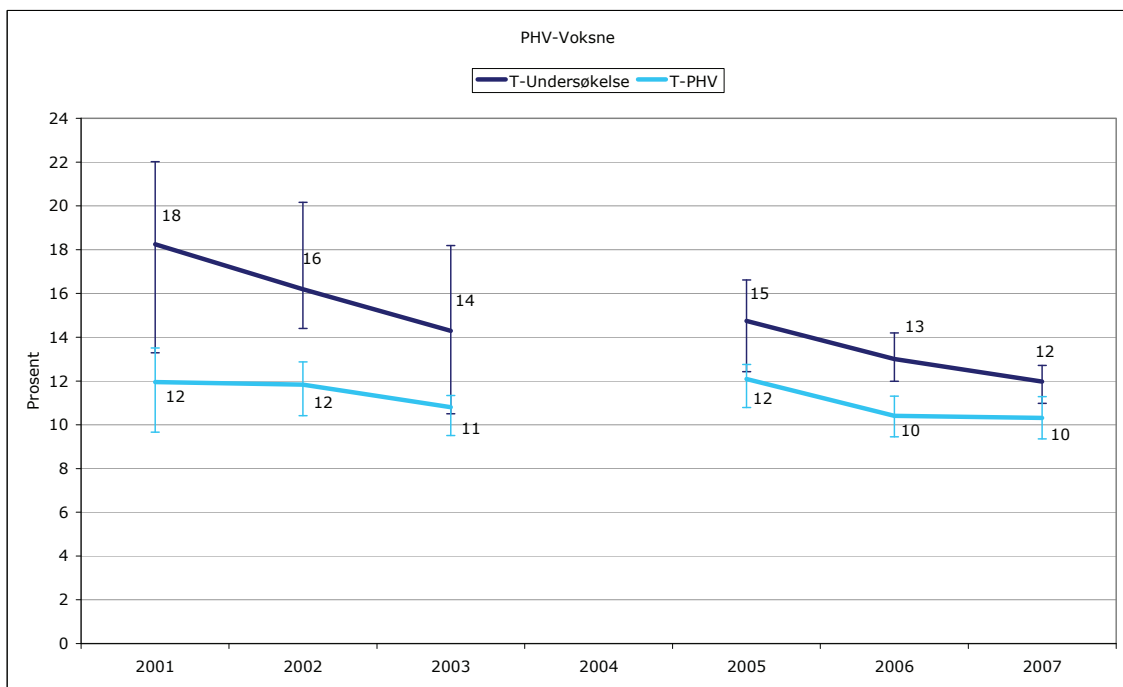
Datakilde: NPR og SSB

Figur 6.11 Antall innleggelse med spesialistvedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer). Estimat (gjennomsnitt og høyt og lavt nivå)



Datakilde: NPR og SSB

Figur 6.12 Prosent innleggelse med spesialistvedtak om tvungen undersøkelse og tvungen psykisk helsevern for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer). Estimat (gjennomsnitt og høyt og lavt nivå)



Datakilde: NPR og SSB

Figur 6.13 Prosent innleggelse med spesialistvedtak om tvungen undersøkelse eller tvungen psykisk helsevern for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer). Estimat (gjennomsnitt og høyt og lavt nivå)

7 Organisering av tjenestene til voksne 1998 og 2007

Per Bernhard Pedersen

7.1 Sammendrag

I dette kapitlet undersøkes forskjeller og endringer i struktur på tjenestetilbudet til voksne i RHF-ene fra 1998 til 2007. I tillegg undersøkes forskjeller i struktur mellom helseforetaksområdene i 2007. Som indikatorer benyttes fordelingen av personellinnsats, døgnplasser, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner.

I alle regioner har det vært en nedgang i personellandelen knyttet opp mot sykehusene. Alle regioner har også en kraftig økning i andelen av personellressursene ved DPS-ene. En vesentlig andel av veksten utenfor sykehusene skyldes utbyggingen av poliklinikker ved DPS-ene. For døgnavdelinger utenfor sykehus er situasjonen annerledes. Det er en nesten påfallende grad av samsvar mellom sum andel personell ved DPS-avdelinger og øvrige avdelinger utenfor sykehus i 1998 og 2007. Det kan langt på vei se ut for at utbygging av DPS-avdelinger har vært betinget av hvilket omfang sykehjemssektoren har hatt.

De regionale helseforetakene har hatt en svært ulik profil på hvor personelløkningen har gått. I Helse Sør-Øst RHF har 40 prosent av økningen gått til sykehusavdelingene, vesentlig mer enn i Helse Nord RHF (22 prosent) og Helse Vest RHF (11 prosent), mens Helse Midt-Norge her har hatt nedgang. Helse Vest RHF (35 prosent) og Helse Nord (29 prosent) har en noe sterkere nettoøkning ved avdelinger utenfor sykehus enn Helse Sør-Øst RHF (20 prosent), mens Helse Midt-Norge RHF også her har en svak nedgang. I Helse Midt-Norge RHF har hele økningen kommet ved poliklinikkene. En har i tillegg omfordelt midler fra avdelingene, både i og utenfor sykehusene.

I alle helseregioner har det vært en økning i andel døgnplasser ved DPS. Økningen har imidlertid i alle regioner vært lavere enn nedgangen i andel sykehjems plasser. Andel sykehusplasser har dermed økt i alle regioner. Størst andel finner vi i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF (begge 59 prosent). Andelen er noe lavere i Midt-Norge (55 prosent) og i Helse Vest RHF (52 prosent).

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

Det har i alle regioner vært en betydelig økning i den polikliniske aktiviteten, og økningen har i alle regioner kommet ved DPS-ene. I Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF var i 1998 det meste av den polikliniske virksomheten lokalisert til sykehusene. Andelen er nå i begge RHF-er redusert til rundt 25 prosent, noe høyere enn i Helse Nord RHF (16 prosent) og Helse Sør-Øst (11 prosent).

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

7.2 Innledning

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

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

Et distriktpsikiatrisk senter skulle være:

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

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

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

Fylkeskommunene, og senere de regionale helseforetakene var før opptrappingsplanen kommet ulikt langt i utbyggingen av DPS-funksjonene. Enkelte fylker hadde også en langt sterkere vektlegging av sykehusfunksjonene kontra mer desentraliserte funksjoner. Vi ønsker derfor å undersøke hvordan de regionale helseforetakene har ivaretatt utbyggingen av DPS-funksjonen. Har vi fått en utjevning mellom helseregionene, eller består fortsatt forskjellene i ressursinnsats og behandlingsaktivitet knyttet til sentraliserte kontra desentraliserte funksjoner? Dette vil bli gjort med utgangspunkt i data for personellinnsats, døgnplasser, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner for årene 1998 og 2007. Opptrappingsplanen trådte i kraft fra 01.01.1999. 1998 danner dermed basis for å beskrive utviklingen i perioden.

Det er i tidligere SAMDATA-rapporter påvist betydelige forskjeller mellom helseforetak og helseforetaksområder, også innad i de enkelte helseregioner. Vi vil derfor også beskrive forskjeller i organiseringen helseforetakene imellom. Dette blir gjort med utgangspunkt i data for 2007.

I avsnitt 7.4 undersøker vi fordelingen av ressurser, målt ved årsverk mellom ulike typer institusjoner og driftsformer, i avsnitt 7.5 undersøker vi fordelingen av døgnplassene. Avsnitt 7.6 viser volum og fordelingen av utskrivninger fra døgnopphold, mens avsnitt 7.7 viser volum og fordeling av de polikliniske konsultasjonene.

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

7.3 Data og metode

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

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

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

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

Datagrunnlaget for dette kapitlet er for øvrig det samme som ble benyttet i kapittel 3. For en gjennomgang viser vi til avsnitt 3.3, samt til vedlegg lagt ut nettsidene.

7.4 Volum og fordeling av personellinnsats mellom institusjons- og tjenestetyper

Vi vil først se på endringer i personellinnsats på regionnivå fra 1998 til 2007. Vi vil deretter se på forskjeller mellom helseforetaksområdene.

7.4.1 Endringer på regionnivå

Tabell 7.1 viser fordelingen av personell etter regionalt helseforetak. Tabell 7.2 viser regionvise rater for fordeling av personell etter institusjonstype for årene 1998 og 2007. Utbyggingen av DPS-avdelingene skulle delvis finansieres ved hjelp av ressurser fra sykehjemmene. I tabellene har vi derfor også lagt inn tall for avdelinger totalt utenfor sykehus og for institusjoner totalt utenfor sykehus. Tabell 7.3 viser den prosentvise fordelingen av økningen i personellinnsats i løpet av perioden. Figur 7.1 og 7.2 viser den prosentvise fordelingen av personellinnsatsen etter hhv. institusjonstype og driftsform i regionene i 1998 og 2007.

Tabell 7.1 Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall¹⁾. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseregioner 1998 og 2007

Etter institusjonstype og region				Etter driftsform og region			
	1998	2007	1998-2007		1998	2007	1998-2007
Helse Sør-Øst RHF							
Sykehus	5 128	5 680	552	Sykehusavdelinger	4 829	5 472	643
DPS	1 985	3 634	1 649	DPS-avdelinger	1 401	2 310	909
Andre institusjoner	786	203	-583	Andre døgnavdelinger	786	203	-583
Utenfor sykehus	2 771	3 837	1 066	Avd. utenfor sykehus	2 187	2 513	326
				Poliklinisk og ambulant	884	1532	648
Totalt	7 899	9 517	1 618	Totalt	7 899	9 517	1 618
Helse Vest RHF							
Sykehus	1 752	1 800	48	Sykehusavdelinger	1 574	1 636	62
DPS	296	1 502	1 206	DPS-avdelinger	228	1 115	887
Andre institusjoner	688	0	-688	Andre døgnavdelinger	688	0	-688
Utenfor sykehus	984	1 502	518	Avd. utenfor sykehus	916	1 115	199
				Poliklinisk og ambulant	246	551	305
Totalt	2 737	3 302	565	Totalt	2 737	3 302	565
Helse Midt-Norge RHF							
Sykehus	1 334	1 238	-96	Sykehusavdelinger	1 154	1 130	-24
DPS	428	758	330	DPS-avdelinger	403	462	59
Andre institusjoner	106	42	-64	Andre døgnavdelinger	106	42	-64
Utenfor sykehus	534	800	266	Avd. utenfor sykehus	509	504	-5
				Poliklinisk og ambulant	205	404	199
Totalt	1 868	2 038	170	Totalt	1 868	2 038	170
Helse Nord RHF							
Sykehus	776	934	158	Sykehusavdelinger	752	854	102
DPS	453	886	433	DPS-avdelinger (brutto)	278	551	273
Andre institusjoner	162	28	-134	Andre døgnavdelinger	162	23	-139
Utenfor sykehus	615	913	298	Avd. utenfor sykehus	440	574	134
				Poliklinisk og ambulant	200	420	220
Totalt	1 391	1 847	456	Totalt	1 391	1 847	456
Landet totalt							
Sykehus	8 990	9 652	662	Sykehusavdelinger	8 309	9 092	783
DPS	3 162	6 780	3 618	DPS-avdelinger	2 309	4 438	2 129
Andre institusjoner	1 743	273	-1	Andre avdelinger	1 743	268	-1 475
Utenfor sykehus	4 905	7 052	2 147	Avd. utenfor sykehus	4 052	4 706	654
			0	Poliklinisk og ambulant	1 535	2 907	1 372
Landet totalt	13 895	16 705	2 810	Landet totalt	13 895	16 705	2 810

Datakilde: SSB

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

Tabell 7.2 Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall¹⁾. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseregioner 1998 og 2007

	1998	2007	1998- 2007		1998	2007	1998- 2007
Helse Sør-Øst RHF							
Sykehus	27,0	27,8	0,8	Sykehusavdelinger	25,4	26,8	1,4
DPS	10,5	17,8	7,4	DPS-avdelinger	7,4	11,3	3,9
Andre institusjoner	4,1	1,0	-3,1	Andre døgnavdelinger	4,1	1,0	-3,1
Utenfor sykehus	14,6	18,8	4,2	Avd. utenfor sykehus	11,5	12,3	0,8
				Poliklinisk og ambulant	4,7	7,5	2,9
Totalt	41,6	46,6	5,0	Totalt	41,6	46,6	5,0
Helse Vest RHF							
Sykehus	25,9	24,4	-1,5	Sykehusavdelinger	23,3	22,2	-1,1
DPS	4,4	20,3	16,0	DPS-avdelinger	3,4	15,1	11,7
Andre institusjoner	10,2	0,0	-10,2	Andre døgnavdelinger	10,2	0,0	-10,2
Utenfor sykehus	14,6	20,3	5,8	Avd. utenfor sykehus	13,5	15,1	1,6
				Poliklinisk og ambulant	3,6	7,5	3,8
Totalt	40,5	44,7	4,2	Totalt	40,5	44,7	4,2
Helse Midt-Norge RHF							
Sykehus	27,8	24,5	-3,3	Sykehusavdelinger	24,1	22,4	-1,7
DPS	8,9	15,0	6,1	DPS-avdelinger	8,4	9,1	0,7
Andre institusjoner	2,2	0,8	-1,4	Andre døgnavdelinger	2,2	0,8	-1,4
Utenfor sykehus	11,1	15,8	4,7	Avd. utenfor sykehus	10,6	10,0	-0,6
				Poliklinisk og ambulant	4,3	8,0	3,7
Totalt	39,0	40,4	1,4	Totalt	39,0	40,4	1,4
Helse Nord RHF							
			0,0				
Sykehus	22,1	26,4	4,3	Sykehusavdelinger	21,4	24,1	2,7
DPS	12,9	25,0	12,1	DPS-avdelinger	7,9	15,6	7,7
Andre institusjoner	4,6	0,8	-3,8	Andre døgnavdelinger	4,6	0,6	-4,0
Utenfor sykehus	17,5	25,8	8,3	Avd. utenfor sykehus	12,5	16,2	3,7
				Poliklinisk og ambulant	5,7	11,9	6,2
Totalt	39,6	52,2	12,6	Totalt	39,6	52,2	12,6
Landet totalt							
Sykehus	26,4	26,5	0,1	Sykehusavdelinger	24,4	25,0	0,6
DPS	9,3	18,6	9,4	DPS-avdelinger	6,8	12,2	5,4
Andre institusjoner	5,1	0,8	-4,4	Andre avdelinger	5,1	0,7	-4,4
Utenfor sykehus	14,4	19,4	5,0	Avd. utenfor sykehus	11,9	12,9	1,0
				Poliklinisk og ambulant	4,5	8,0	3,5
Landet totalt	40,8	45,9	5,1	Landet totalt	40,8	45,9	5,1

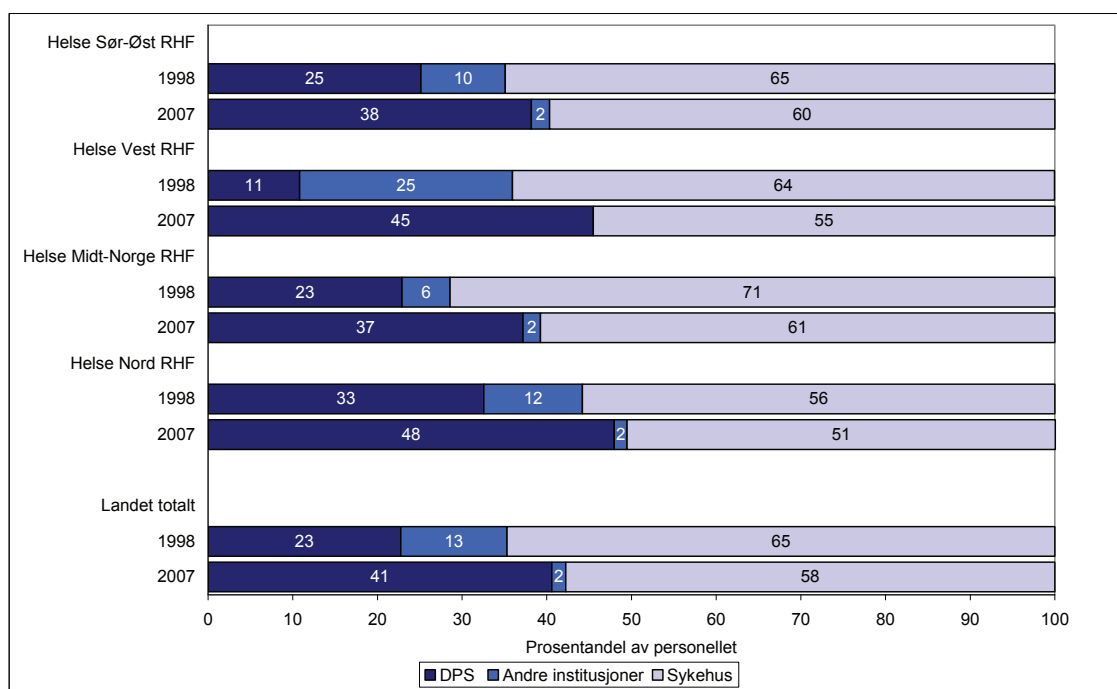
Datakilde: SSB

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

Tabell 7.3 Prosentvis fordeling av personelløkning (årsverk) etter institusjonstype og driftsform. Det psykiske helsevernet for voksne 1998 og 2007

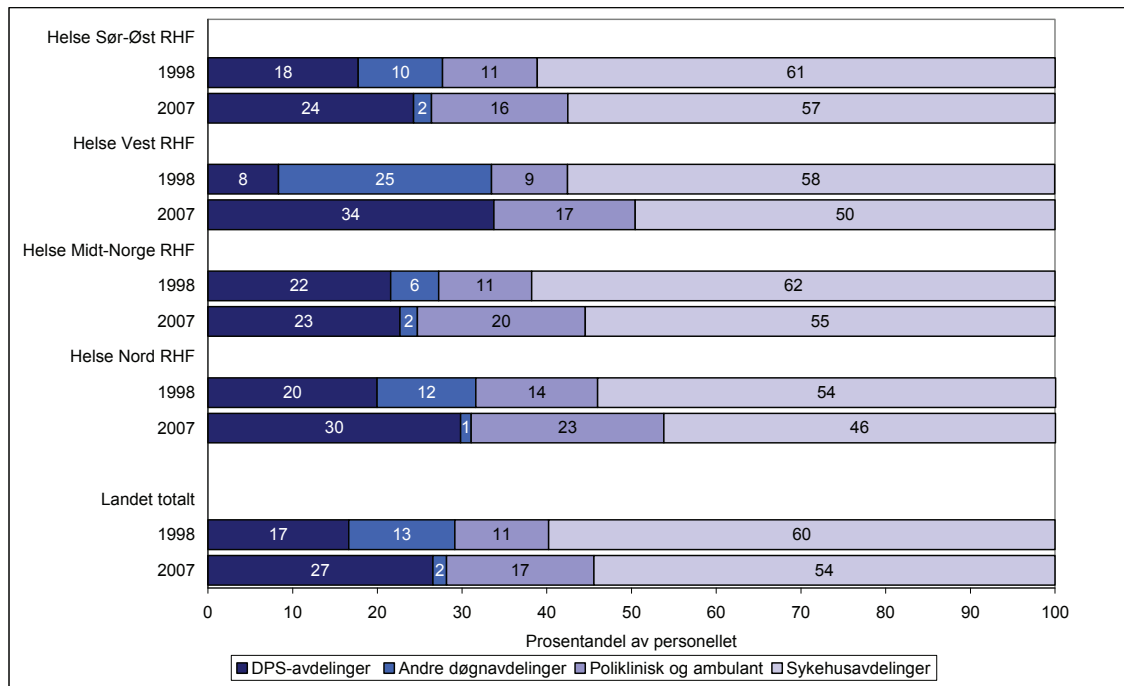
	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Landet
Etter institusjonstype					
Sykehus	34	8	-56	35	24
DPS	102	213	194	95	129
Andre institusjoner	-36	-122	-38	-29	-52
Utenfor sykehus	66	92	156	65	76
Totalt	100	100	100	100	100
Etter driftsform					
Sykehusavdelinger	40	11	-14	22	28
DPS-avdelinger	56	157	35	60	76
Andre døgnavdelinger	-36	-122	-38	-30	-52
Avd. utenfor sykehus	20	35	-3	29	23
Poliklinisk og ambulant	40	54	117	48	49
Totalt	100	100	100	100	100

Datakilde: SSB



Datakilde: SSB

Figur 7.1 Personell etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2007



Datakilde: SSB

Figur 7.2 Personell etter driftsform. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2007

Vi vil først se på fordelingen av personell etter institusjonstype (se figur 7.1). Helse Midt-Norge RHF hadde i utgangspunktet en større andel av ressursene knyttet opp mot sykehusene (71 prosent) enn Helse Sør-Øst RHF (65 prosent) og Helse Vest RHF (64 prosent). I Helse Nord RHF var andelen betydelig lavere (56 prosent). I alle regioner har det vært en nedgang i personellandelen knyttet opp mot sykehusene. Nedgangen har imidlertid vært kraftigere i Helse Midt-Norge RHF (ti prosentpoeng) og Helse Vest RHF (ni prosentpoeng) enn i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF (begge fem prosentpoeng). Helse Midt-Norge RHF (61 prosent) og Helse Sør-Øst RHF (60 prosent) har nå om lag samme andel knyttet opp mot sykehusene, mot 55 prosent i Helse Vest RHF og 51 prosent i Helse Nord RHF (51 prosent).

Endringen gjenspeiler ulik prioritering av opptrappingsmidlene. I Helse Sør-Øst RHF har 34 prosent og Helse Nord RHF har 35 prosent av økningen i opptrappingsperioden gått til sykehusene. I Helse Vest RHF er andelen betydelig mer beskjeden (8 prosent), mens Helse Midt-Norge RHF har hatt en nedgang (se tabell 7.3).

Alle regioner har en kraftig økning i andelen av personellressursene ved DPS-ene. Kraftigst har økningen vært i Helse Vest RHF (fra 11 til 45 prosent) som i utgangspunktet hadde en langt lavere andel ressurser ved DPS-ene enn de øvrige regionene. Det har imidlertid vært en betydelig økning også i de øvrige regionene (13-15 prosentpoeng). En vesentlig andel av økningen er hentet fra sykehjemmene/andre institusjoner. DPS-ene har imidlertid også blitt tilført en vesentlig del av personelløkningen i perioden, fra 2/3 av økningen i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF til 92 prosent i Helse Vest RHF. I Helse Midt-Norge RHF er personalressurser flyttet ut fra sykehusene, slik at DPS-ene har hatt en økning tilsvarende 156 prosent av den totale økningen i personellinnsatsen.

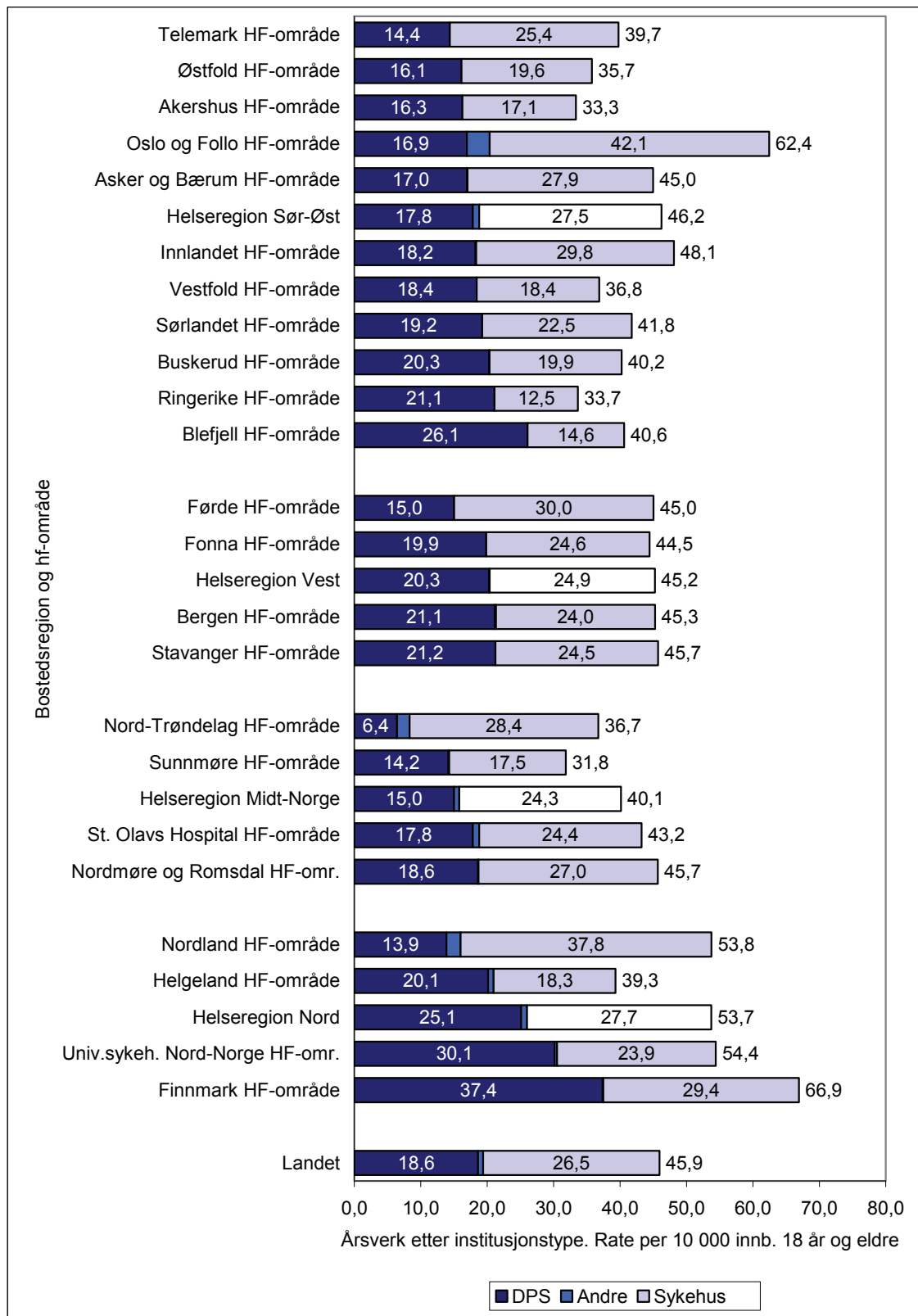
En vesentlig andel av veksten utenfor sykehusene skyldes utbyggingen av poliklinikker ved DPS-ene. Ser vi på fordelingen av ressurser etter driftsform (Figur 7.2) er det en nesten påfallende grad av samsvar mellom sum andel personell ved DPS-avdelinger og øvrige avdelinger utenfor sykehus i 1998 og 2007. På landsbasis, i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF er prosentdifferansen kun ett prosentpoeng. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge

RHF har prosentandelen blitt redusert med hhv. 2 og 3 prosentpoeng. Det kan langt på vei se ut for at utbygging av DPS-avdelinger har vært betinget av hvilket omfang sykehjemssektoren har hatt. Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF er forøvrig de to regionene som har hatt minst netto økning av andelen ved avdelinger utenfor sykehusene, hhv. 20 prosent av økningen i Helse Sør-Øst RHF, og en svak nedgang i Helse Midt-Norge RHF, mens andelen i hhv. Helse Vest RHF og Helse Nord var 35 prosent og 29 prosent (se tabell 7.3).

De regionale helseforetakene har altså hatt en svært ulik profil på hvordan de økte ressursene har blitt brukt. I Helse Sør-Øst RHF har 40 prosent av økningen gått til sykehusavdelingene, vesentlig mer enn i Helse Nord RHF (22 prosent) og Helse Vest RHF (11 prosent), mens Helse Midt-Norge har hatt nedgang i personellinnsatsen ved sykehusavdelingene. Helse Vest RHF (35 prosent) og Helse Nord (29 prosent) har en noe sterkere nettoøkning ved avdelinger utenfor sykehus enn Helse Sør-Øst RHF (20 prosent), og Helse Midt-Norge (svak nedgang) (se tabell 7.3). Helse Midt-Norge har satset betydelig mer enn de øvrige regioner på utbygging av poliklinikker, hele økningen har kommet ved poliklinikkene. I tillegg er midler overført fra døgn- og dagavdelingene.

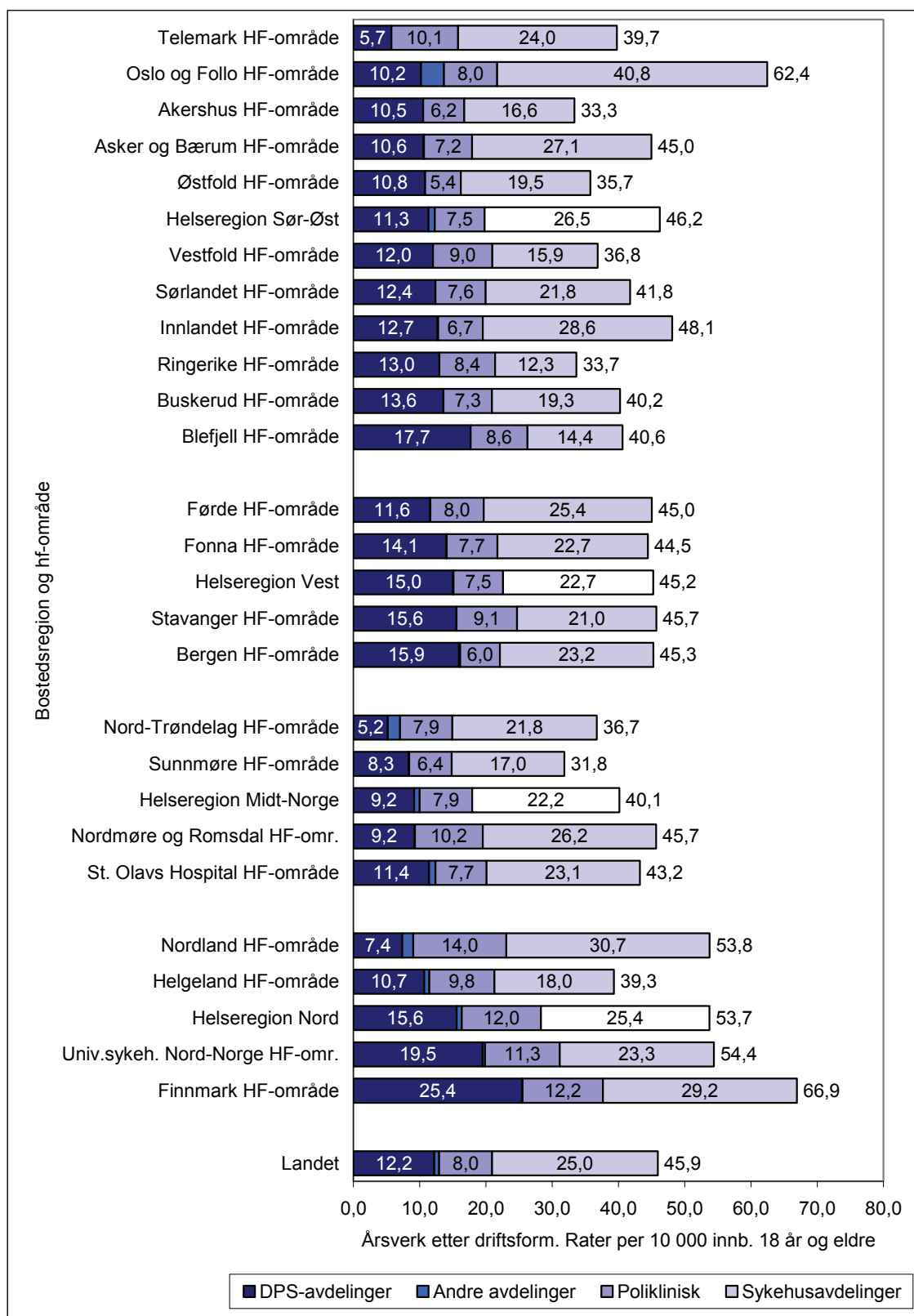
7.4.2 Fordeling av personellressurser i helseforetaksområdene

Figur 7.3 viser estimerte personellrater for helseforetaksområdene i 2007, fordelt etter institusjonstype. Figur 7.4 viser den tilsvarende fordelingen etter driftsform. Figur 7.5 og 7.6 viser den prosentvise fordelingen. Vi minner om at personellressursene ved den enkelte institusjon her er fordelt ut på helseforetaksområdene etter pasientenes bosted (se avsnitt 7.3). Det kan derfor forekomme mindre avvik mellom tallene på regionnivå i dette avsnittet og i avsnitt 7.3.1, der personellressursene var fordelt etter foretakstilknytning.



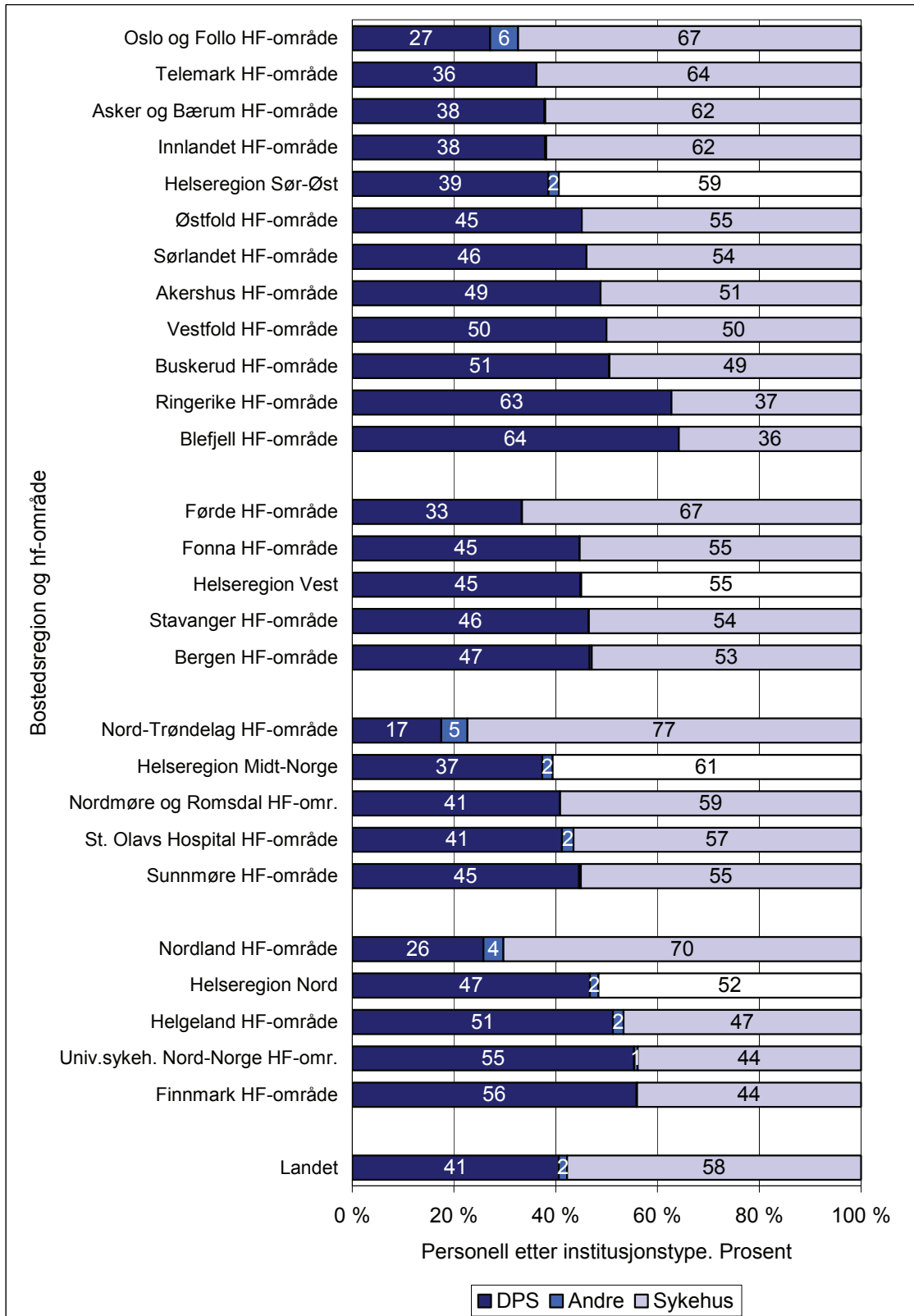
Datakilde: SSB og NPR

Figur 7.3 Personellinnsats fordelt etter institusjonstype i 2007. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2007



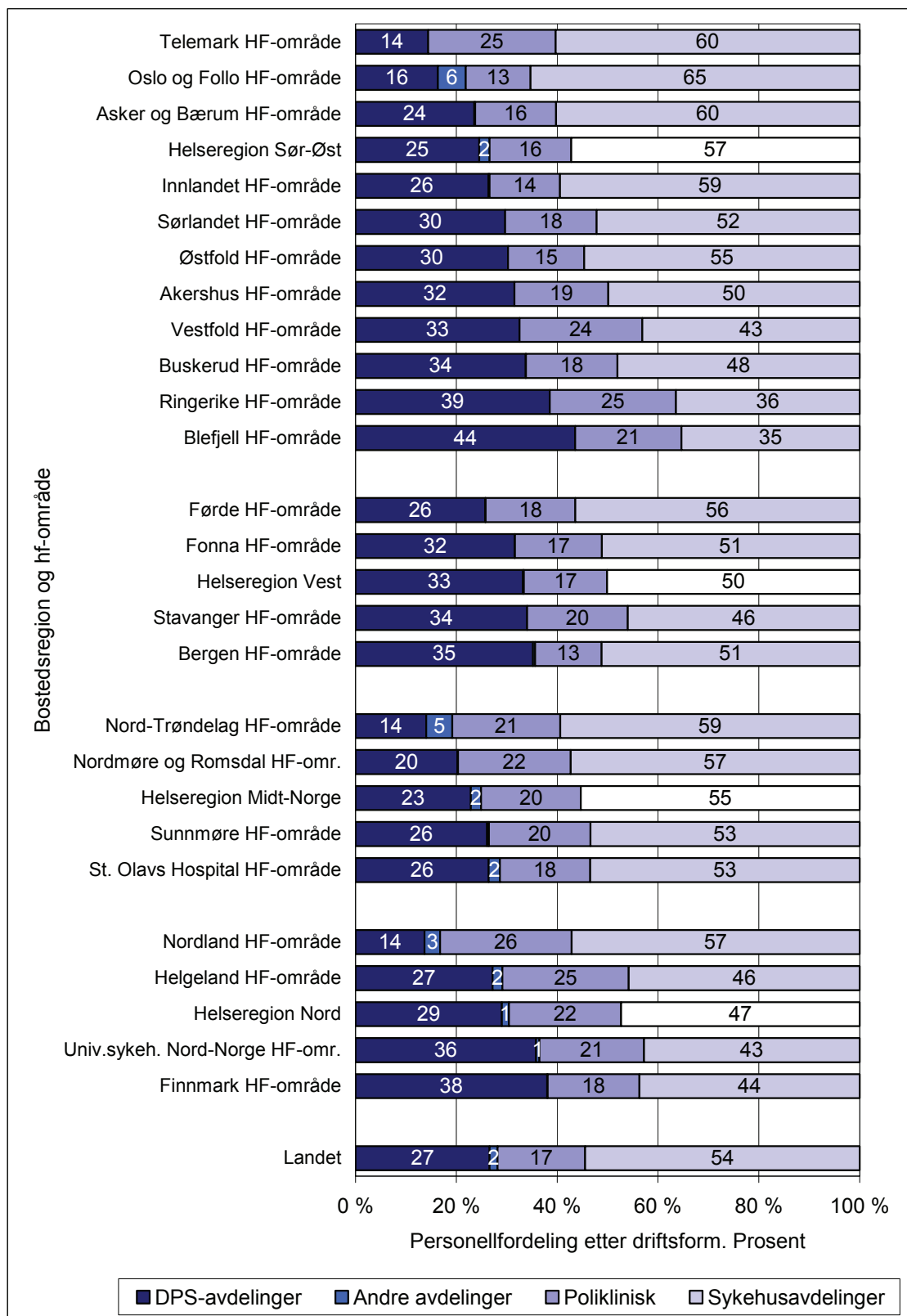
Datakilde: SSB og NPR

Figur 7.4 Personellinnsats fordelt etter driftsform. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2007



Datakilde: SSB og NPR

Figur 7.5 Personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2007



Datakilde: SSB og NPR

Figur 7.6 Personellinnsats fordelt etter driftsform. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2007

Det er betydelige forskjeller i ressursfordeling mellom helseforetaksområdene intern i Helse Sør-Øst. Mens Oslo og Follo kun har 27 prosent av ressursene knyttet opp mot DPS, er den tilsvarende andelen i Blefjell og Ringerike helseforetaksområder over 60 prosent. Enda tydeligere blir forskjellene når vi ser på fordelingen mellom ulike driftsformer. Telemark har kun 14 prosent av personellressursene knyttet opp mot DPS-avdelinger, Oslo og Follo 16 prosent. For Ringerike og Blefjell HF-områder er den tilsvarende andelen hhv. 39 og 44 prosent. Selv om tallene er korrigert for bruk av ressurser fra andre foretaksområder, gjenspeiler nok resultatet for disse to områdene at de ikke har utbygd egne sykehusavdelinger. Ved behov for innleggelse vil en nok helst finne en løsning lokalt. Vi finner imidlertid en betydelig høyere andel av virksomheten knyttet opp mot DPS og DPS-avdelinger enn Oslo og Telemark også i HF-områder med egne sykehusavdelinger. En kan ellers merke seg at det, med unntak for Telemark HF-område, gjennomgående er slik at HF-områdene i tidligere helseregion Sør har høyere aktivitet knyttet opp mot DPS enn HF-områdene i tidligere helseregion Øst.

I de øvrige helseregioner er forskjellene mindre uttalt. Alle kjennetegnes ved at ett område har en lavere andel DPS-aktivitet enn de øvrige foretaksområdene i regionen. I helseregion Vest gjelder dette Førde HF-område, i helseregion Midt-Norge Nord-Trøndelag HF-område, og i helseregion Nord Nordland HF-område. For Førde og Nord-Trøndelag skyldes dette bevisste valg i forbindelse med implementeringen av Opptappingsplanen. I Førde var det, pga lite befolkningsgrunnlag naturlig å samlokalisere de to funksjonene. Nord-Trøndelag har på samme måte to sykehusområder med begrenset befolkningsgrunnlag.

Vi kan ellers merke oss at andelen poliklinisk aktivitet varierer betydelig i flere av helseregionene. I helseregion Sør-Øst, fra 13 prosent i Oslo/Follo HF-område til 25 prosent i Telemark og Ringerike HF-områder. I helseregion Vest varierer andelen fra 13 prosent i Bergen HF-område til 20 prosent i Stavanger hf-område. Intern i helseregion Midt-Norge er forskjellene mindre, fra 18 prosent i St Olav HF-område til 22 prosent i Nord-Møre og Romsdal HF-område. I helseregion Nord varierer andel fra 18 prosent i Finnmark HF-område til 26 prosent i Nordland HF-område. Vi kan ellers merke oss at Oslo og Bergen er de områdene som har den laveste andelen poliklinisk personell i landet. Trondheim tilhører på samme måte det foretaksområdet med minst andel poliklinisk aktivitet helseregion Midt-Norge. Vi vil imidlertid minne om at ressursene, målt ved personellraten vil kunne gi et annet bilde.

7.5 Fordeling av døgnplasser

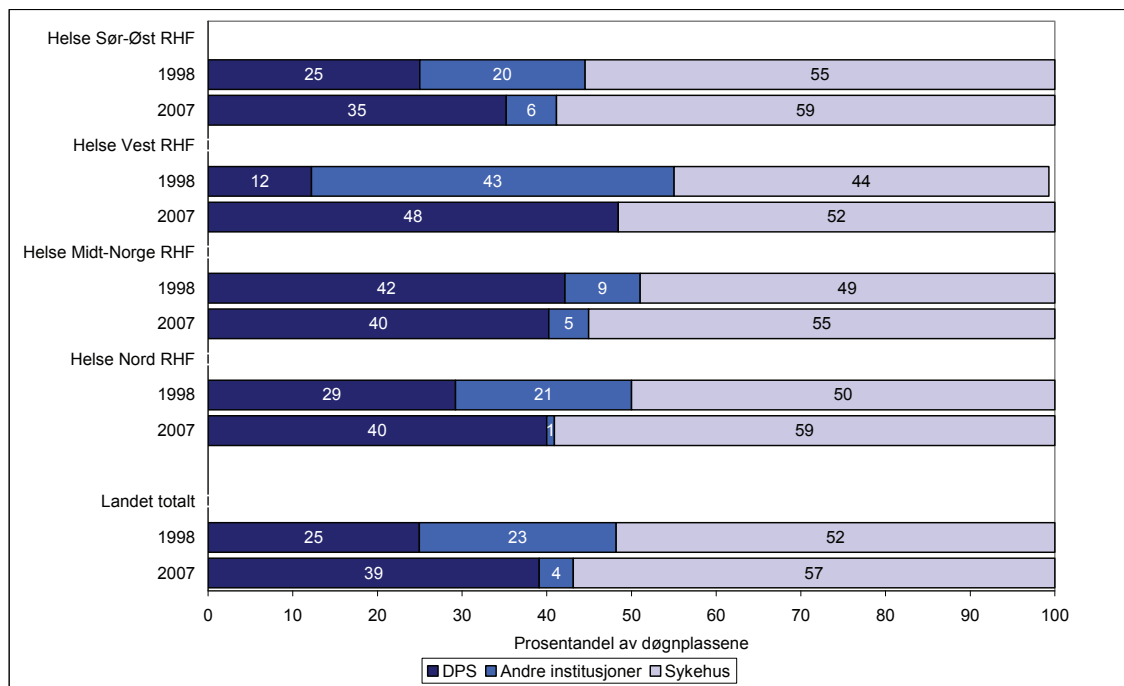
7.5.1 Utviklingen i døgnplasser i regionene

Tabell 7.4 viser hvordan fordelingen av døgnplasser har endret seg fra 1998 til 2007, nasjonalt og etter region. Tabellen viser både absoluttall og befolkningsbaserte rater. Figur 7.7 viser den prosentvise fordelingen av plassene.

Tabell 7.4 Døgnplasser etter institusjonstype. Det psykisk helsevernet for voksne. Absolutte tall og rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak 1998 og 2007

	Antall				Rate per 10 000 innb. 18 år og eldre		
	1998	2007	Endring 1998-2007		1998	2007	Endring 1998-2007
			Absolutt	Prosent			
Helse Sør-Øst RHF							
Sykehus	1 894	1 596	-298	-16	10,0	7,8	-2,2
DPS	854	955	101	12	4,5	4,7	0,2
Andre institusjoner	667	160	-507	-76	3,5	0,8	-2,7
Utenfor sykehus	1 521	1 115	-406	-27	8,0	5,5	-2,5
Totalt	3 415	2 711	-704	-21	18,0	13,3	-4,7
Helse Vest RHF							
Sykehus	577	523	-54	-9	8,5	7,1	-1,5
DPS	159	491	332	209	2,4	6,6	4,3
Andre institusjoner	558	0	-558	-100	8,3	0,0	-8,3
Utenfor sykehus	717	491	-226	-32	10,6	6,6	-4,0
Totalt	1 303	1 014	-289	-22	19,3	13,7	-5,5
Helse Midt-Norge RHF							
Sykehus	408	327	-81	-20	8,5	6,5	-2,0
DPS	351	239	-112	-32	7,3	4,7	-2,6
Andre institusjoner	74	28	-46	-62	1,5	0,6	-1,0
Utenfor sykehus	425	267	-158	-37	8,9	5,3	-3,6
Totalt	833	594	-239	-29	17,4	11,8	-5,6
Helse Nord RHF							
Sykehus	219	266	47	21	6,2	7,5	1,3
DPS	128	180	52	41	3,6	5,1	1,4
Andre institusjoner	91	4	-87	-96	2,6	0,1	-2,5
Utenfor sykehus	219	184	-35	-16	6,2	5,2	-1,0
Totalt	438	450	12	3	12,5	12,7	0,2
Landet totalt							
			0				
Sykehus	3 098	2 712	-386	-12	9,1	7,5	-1,6
DPS	1 492	1 865	-1 233	-83	4,4	5,1	0,7
Andre institusjoner	1 390	192	-1 300	-94	4,1	0,5	-3,6
Utenfor sykehus	2 882	2 057	667	23	8,5	5,7	-2,8
Totalt	5 980	4 769	-1 211	-20	17,6	13,1	-4,5

Datakilde: SSB



Datakilde: SSB

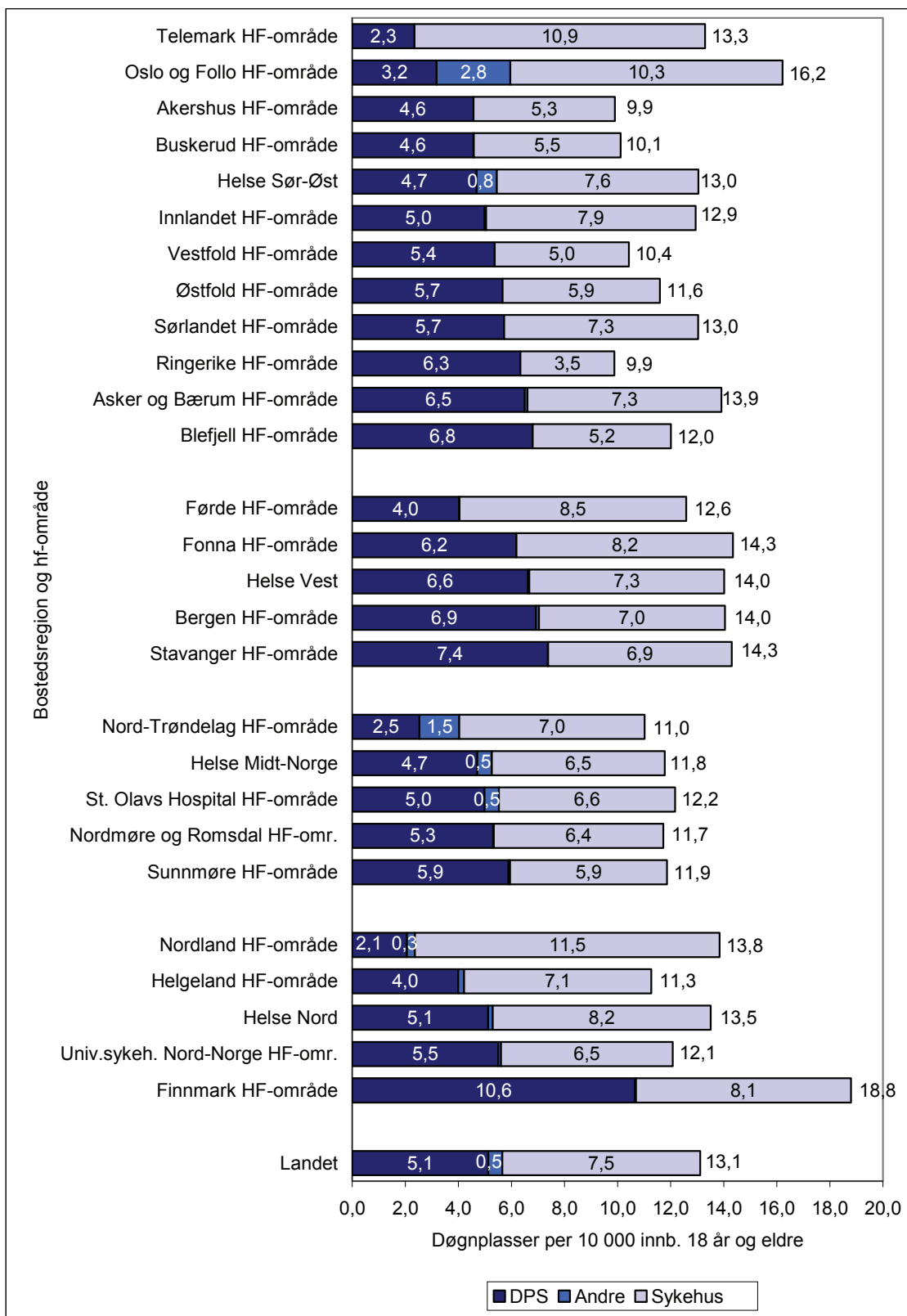
Figur 7.7 Døgnplasser etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2007

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

Økningen i andel DPS-plasser har i alle regioner vært lavere enn nedgangen i andel sykehjemsplasser. Andel sykehusplasser har dermed økt i alle regioner. Størst andel finner vi i Helse Øst RHF og Helse Nord RHF (begge 59 prosent). Andelen er noe lavere i Midt-Norge (55 prosent) og i Helse Vest RHF (52 prosent).

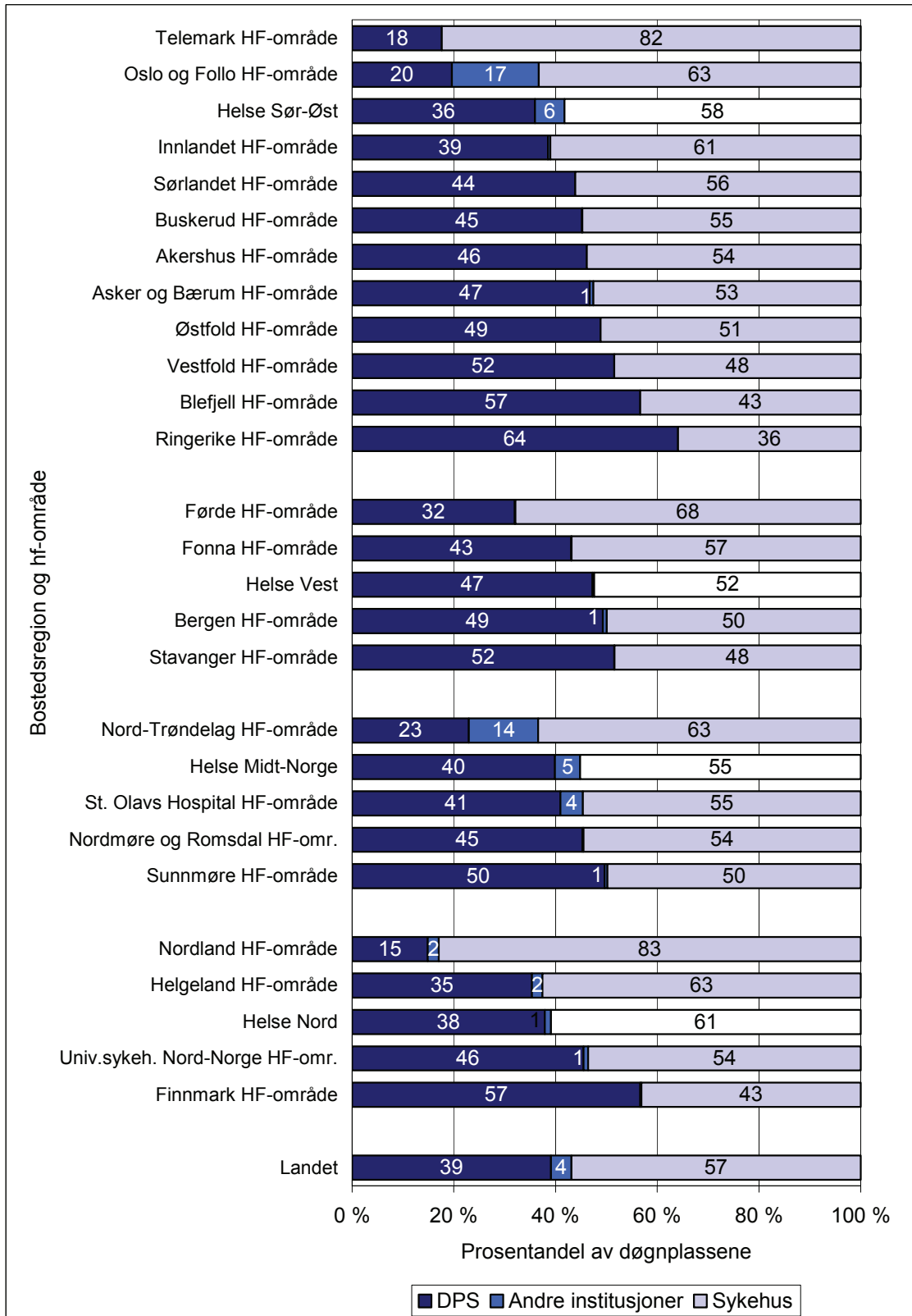
7.5.2 Forskjeller mellom foretaksområdene i døgnplassdekning

Figur 7.8 viser rater for døgnplasser etter helseforetaksområde i 2007, mens figur 7.9 viser den prosentvise fordelingen.



Datakilde: SSB og NPR

Figur 7.8 Døgnplasser etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 7.9 Døgnplasser etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007

Gjennomgangen viser langt på vei det samme mønsteret som vi fant for fordeling av personell etter driftsform. Telemark og Oslo/Follo HF-områder har en langt lavere andel plasser i DPS-avdelinger enn de øvrige HF-områder i helseregion Sør-Øst, og trekker i betydelig grad ned andelen for helseregionen. Oslo/Follo HF-område har fortsatt en ikke ubetydelig andel plasser i sykehjem.

I de øvrige regioner er det igjen Førde, Nord-Trøndelag og Nordland HF-områder som skiller seg ut ved en lavere andel plasser i DPS enn de øvrige HF-områdene i de respektive regioner. Nord-Trøndelag HF-område er ved siden av Oslo/Follo HF-område det eneste området med sykehjemsplasser av betydning.

7.6 Utskrivninger fra døgnavdelingene

Vi vil i dette avsnittet først undersøke i hvilken grad vi på regionnivå har fått en desentralisering av virksomheten ved døgnavdelingene. Som indikator bruker vi utskrivninger. Vi vil deretter se på forskjeller mellom HF-områdene i grad av desentralisering i 2007.

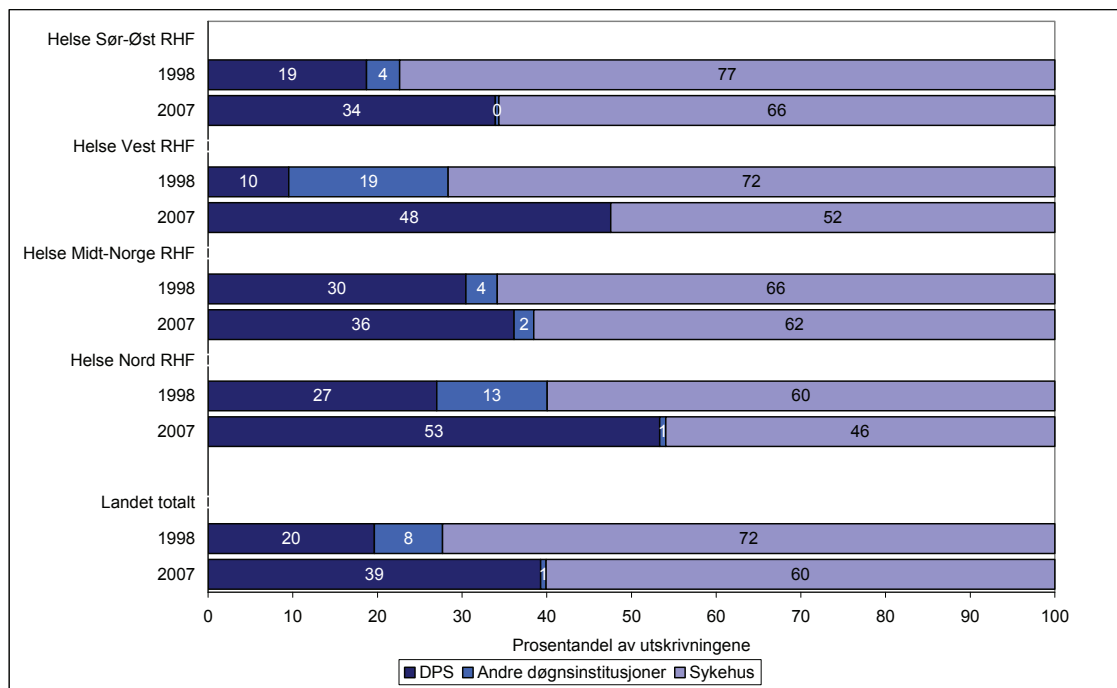
7.6.1 Utviklingen i utskrivninger i regionene

Tabell 7.5 viser hvordan tallet på utskrivninger etter institusjonstype har endret seg i regionene fra 1998 til 2007. Tabellen omfatter både absoluttall og rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Den prosentvise fordelingen er vist i figur 7.6.

Tabell 7.5 Utskrivninger etter institusjonstype. Absoluttall og rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2007

	Absoluttall		Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre				
	Endring 1998-2007				Endring 1998-2007		
	1998	2007	Absolutt	Prosent	1998	2007	
Helse Sør-Øst RHF							
Sykehus	11 539	16 890	5 351	46,4	60,8	82,8	22,0
DPS	2 790	8 724	5 934	212,7	14,7	42,8	28,1
Andre døgninstitusjoner	582	108	-474	-81,4	3,1	0,5	-2,5
Utenfor sykehus	3 372	8 832	5 460	161,9	17,8	43,3	25,5
Total	14 911	25 722	10 811	72,5	78,5	126,1	47,5
Helse Vest RHF							
Sykehus	4 446	5 110	664	14,9	65,8	69,2	3,4
DPS	592	4 634	4 042	682,8	8,8	62,8	54,0
Andre døgninstitusjoner	1 167	0	-1 167	-100,0	17,3	0,0	-17,3
Utenfor sykehus	1 759	4 634	2 875	163,4	26,0	62,8	36,7
Total	6 205	9 744	3 539	57,0	91,8	132,0	40,2
Helse Midt-Norge RHF							
Sykehus	3 236	4 114	878	27,1	67,6	81,5	13,9
DPS	1 496	2 416	920	61,5	31,2	47,8	16,6
Andre døgninstitusjoner	181	155	-26	-14,4	3,8	3,1	-0,7
Utenfor sykehus	1 677	2 571	894	53,3	35,0	50,9	15,9
Total	4 913	6 685	1 772	36,1	102,6	132,4	29,8
Helse Nord RHF							
Sykehus	1 910	2 541	631	33,0	54,3	71,8	17,4
DPS	860	2 950	2 090	243,0	24,5	83,3	58,8
Andre døgninstitusjoner	415	39	-376	-90,6	11,8	1,1	-10,7
Utenfor sykehus	1 275	2 989	1 714	134,4	36,3	84,4	48,1
Total	3 185	5 530	2 345	73,6	90,6	156,2	65,6
Landet totalt							
Sykehus	21 131	28 655	7 524	35,6	62,1	78,8	16,7
DPS	5 738	18 724	12 986	226,3	16,9	51,5	34,6
Andre døgninstitusjoner	2 345	302	-2043	-87,1	6,9	0,8	-6,1
Utenfor sykehus	8 083	19 026	10 943	135,4	23,7	52,3	28,6
Total	29 214	47 681	18 467	63,2	85,8	131,1	45,3

Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse



Datakilde: NPR og SSB

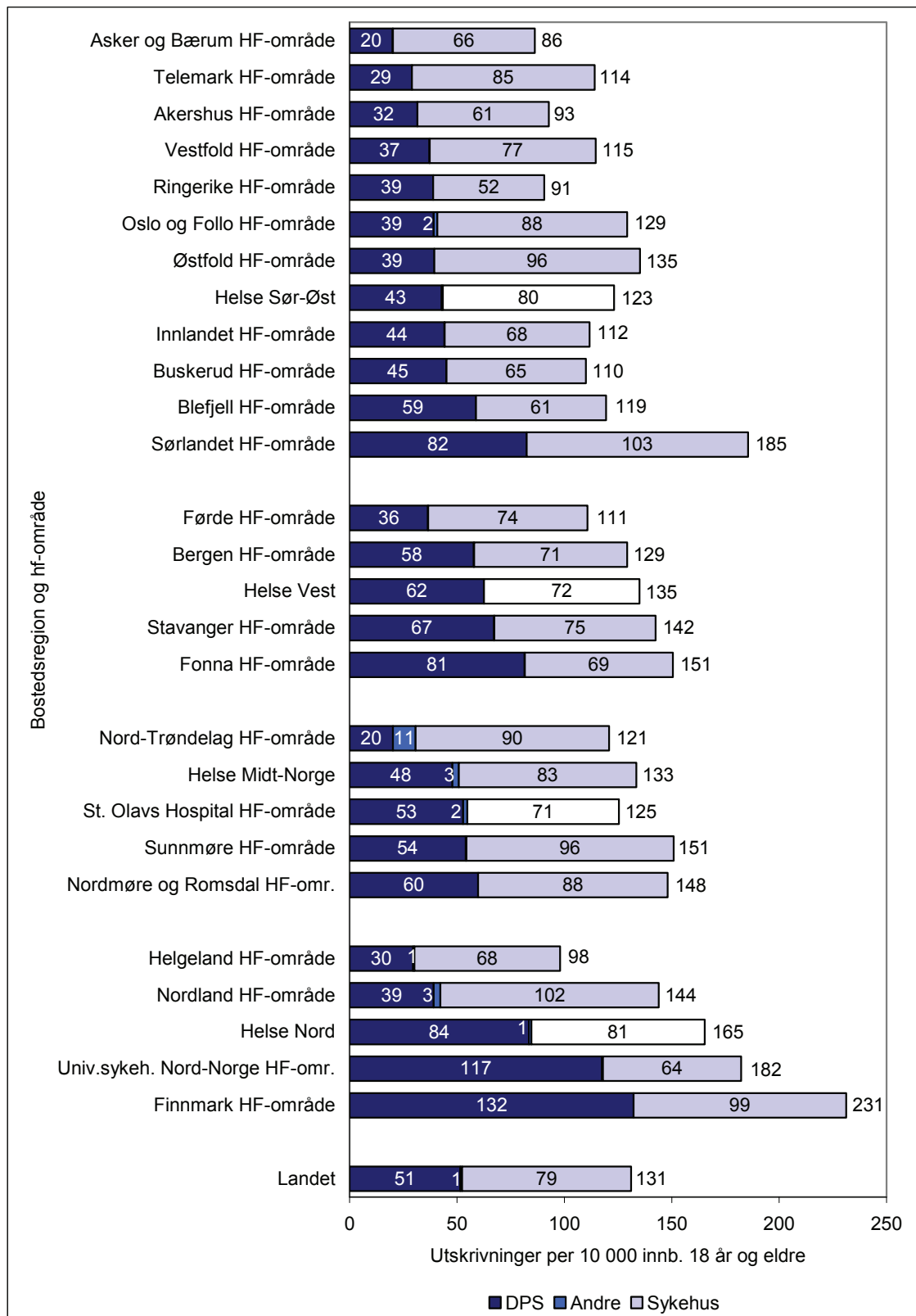
Figur 7.10 Utskrivninger etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2007

Det har i alle regioner vært en betydelig økning i aktiviteten målt ved utskrivninger (se tabell 7.5). Den prosentvise veksten har vært størst i Helse Nord (73 prosent) og Helse Sør-Øst RHF (72 prosent). Mindre i Helse Vest RHF (57 prosent) og Helse Midt-Norge RHF (36 prosent). I Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har økningen vært jevnt fordelt mellom avdelinger i og utenfor sykehus (om lag 50 prosent av økningen på hver). I Helse Nord RHF, og særlig Helse Vest RHF har en større andel av veksten kommet utenfor sykehusene, hhv. 73 og 81 prosent.

På landsbasis har andelen utskrivninger utenfor sykehus økt med tolv prosentpoeng, fra 28 til 40 prosent (se figur 7.10). Det er imidlertid store regionvise forskjeller. Mens andelen har økt fra 28 til 48 prosent i Helse Vest RHF, er økningen betydelig mindre i Helse Midt-Norge RHF (fire prosentpoeng). Helse Nord RHF (14 prosentpoeng) og Helse Sør-Øst RHF (11 prosentpoeng) faller i en mellomposisjon. Helse Nord RHF har nå flere utskrivninger fra avdelinger utenfor enn i sykehus (54 prosent), mens Helse Vest RHF ligger tett opp mot halvparten (46 prosent). I Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF kommer fortsatt over 60 prosent av utskrivningene fra sykehusene.

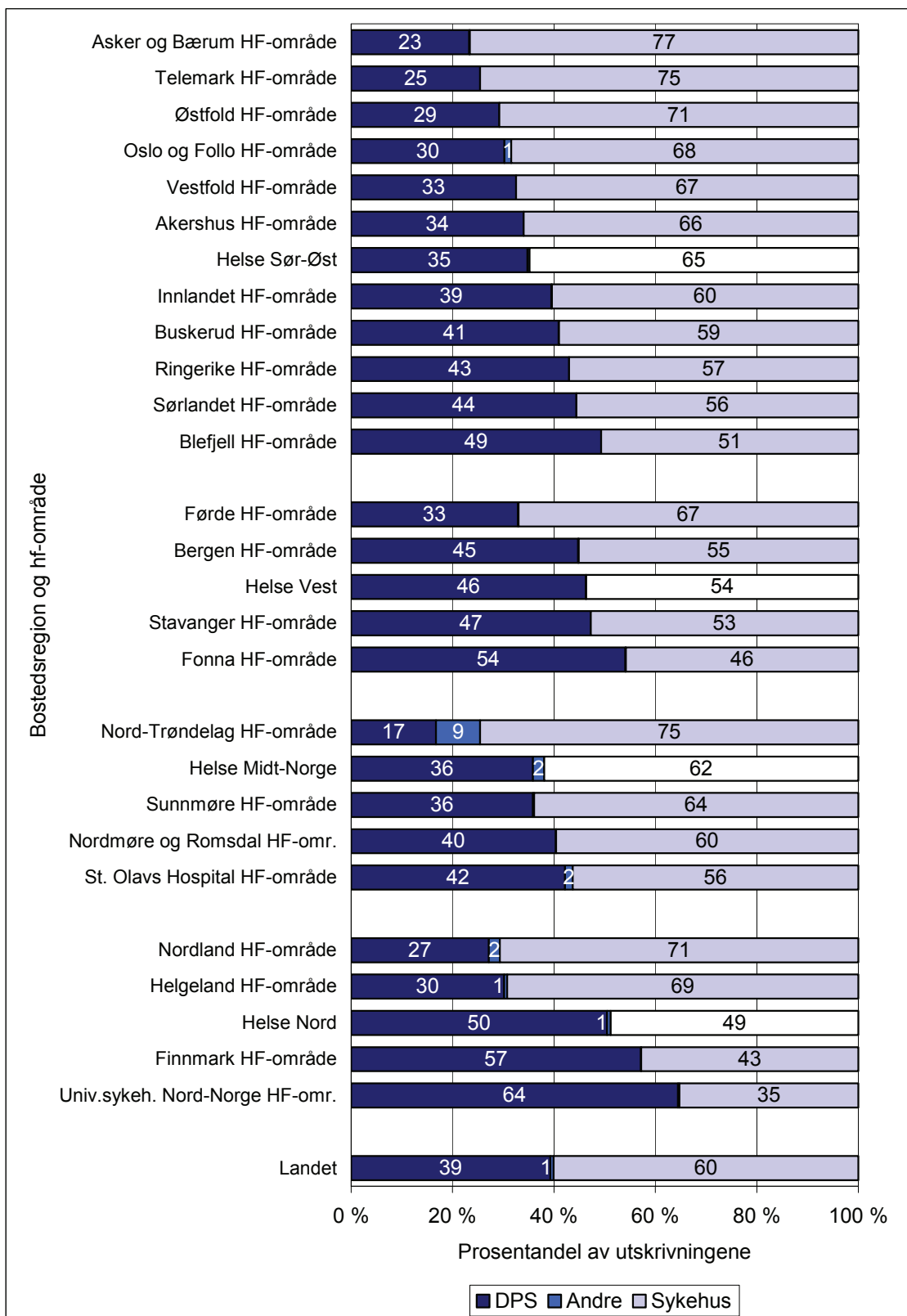
7.6.2 Forskjeller mellom helseforetaksområdene i utskrivningsrater

Figur 7.11 viser forskjeller i utskrivningsrater etter helseforetaksområde i 2007, totalt og etter institusjonstype. Figur 7.12 viser den prosentvise fordelingen.



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 7.11 Utskrivninger etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007



Datakilde: SSB, NPR og SINTEF Helse

Figur 7.12 Utskrivninger etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007

Det er betydelige forskjeller mellom HF-områdene i grad av desentralisering, også internt i helseregionene. I helseregion Sør-Øst varierer andelen utskrivninger utenfor sykehus fra 23 prosent (Asker og Bærum HF-område) til 49 prosent (Blefjell HF-område). I helseregion Vest varierer andelen fra 33 prosent (Førde HF-område) til Fonna HF-område (54 prosent). I Midt-Norge skiller Nord-Trøndelag HF-område seg ut med en lavere andel utskrivninger utenfor sykehusene (25 prosent) enn de øvrige HF-områdene (36-42 prosent). I helseregion Nord skiller Nordland og Helgeland HF-områder seg ut med en betydelig lavere andel utskrivninger utenfor sykehus (rundt 30 prosent) enn i de øvrige HF-områdene (51-65 prosent).

7.7 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype

Vi vil i dette avsnittet se på fordelingen av den polikliniske aktiviteten mellom ulike institusjonstyper, målt ved antall konsultasjoner. Vi vil igjen først se på utviklingen på regionnivå fra 1998 til 2007. Vi vil deretter se på forskjeller mellom foretaksområdene i 2007.

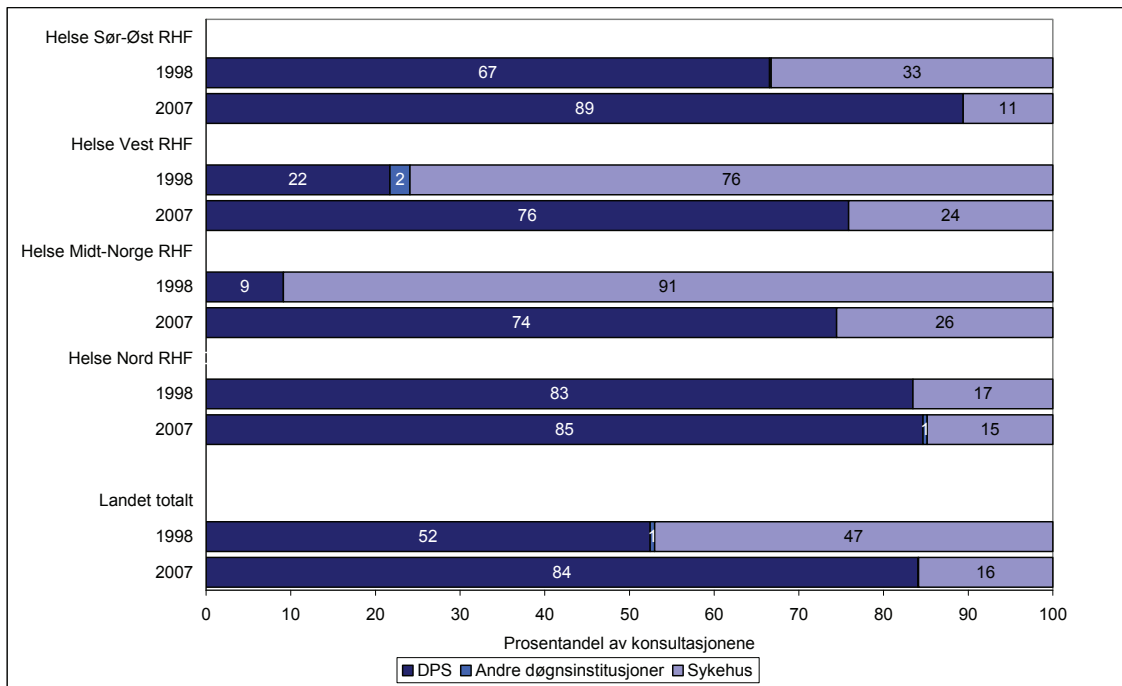
7.7.1 Utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner i regionene

Tabell 7.6 viser utviklingen i den polikliniske aktiviteten, fordelt på ulike institusjonstyper. Figur 7.13 viser den prosentvise fordelingen.

Tabell 7.6 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Absoluttall og rater per 10 000 innbyggere. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2007.

	Absoluttall			Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre		
	1998	2007	Endring 1998- 2007	1998	2007	Endring 1998- 2007
Helse Sør-Øst RHF						
Sykehus	90 877	58 527	-32 350	479	287	-192
DPS	18 1798	493 843	312 045	958	2 420	1 463
Andre døgninstitusjoner	543	0	-543	3	0	-3
Totalt	273 218	552 370	279 152	1 439	2707	1 268
Helse Vest RHF						
Sykehus	64 242	42 300	-21942	950	573	-377
DPS	18 384	132 945	114 561	272	1 800	1 528
Andre døgninstitusjoner	1 996		-1996	30	0	-30
Totalt	84 622	175 245	90 623	1 252	2373	1 122
Helse Midt-Norge RHF						
Sykehus	60 211	41 088	-19 123	1 257	814	-443
DPS	6 055	119 843	113 788	126	2 373	2 247
Andre døgninstitusjoner	0	0	0	0	0	0
Totalt	66 266	160 931	94 665	1 383	3 187	1 803
Helse Nord RHF						
			0			
Sykehus	8 601	14 809	6 208	245	418	174
DPS	43 472	84 557	41 085	1 237	2 388	1 151
Andre døgninstitusjoner	0	506	506	0	14	14
Totalt	52 073	99 872	47 799	1 481	2 820	1 339
Landet totalt						
Sykehus	223 931	156 724	-67 207	658	431	-227
DPS	249 709	831 188	581 479	733	2 285	1 551
Andre døgninstitusjoner	2 539	506	-2 033	7	1	-6
Totalt	476 179	988 418	512 239	1 398	2 717	1 319

Datakilde: SSB og NPR



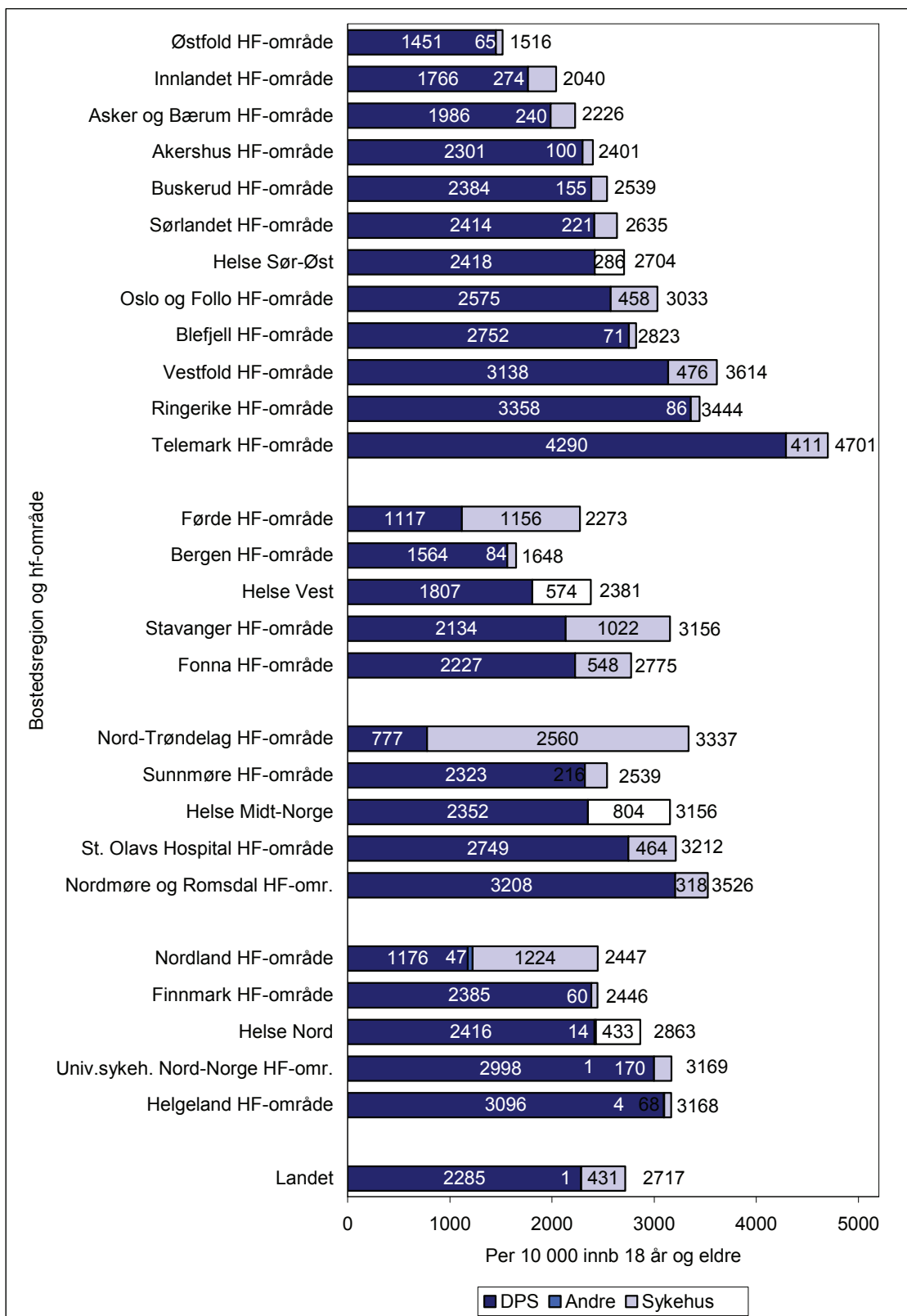
Datakilde: SSB

Figur 7.13 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2007

Tabell 7.6 og figur 7.13 viser et entydig bilde. Det har i alle regioner vært en betydelig økning i den polikliniske aktiviteten, og økningen har i alle regioner kommet ved DPS-ene. Helse Nord RHF unntatt, har det i alle RHF-ene også vært en nedgang i den polikliniske aktiviteten ved sykehusene. I Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF var i 1998 det meste av den polikliniske virksomheten lokalisert til sykehusene (hhv. 76 og 91 prosent). Andelen er nå i begge RHF redusert til rundt 25 prosent, dvs. noe høyere enn i Helse Nord RHF (16 prosent) og Helse Sør-Øst (11 prosent).

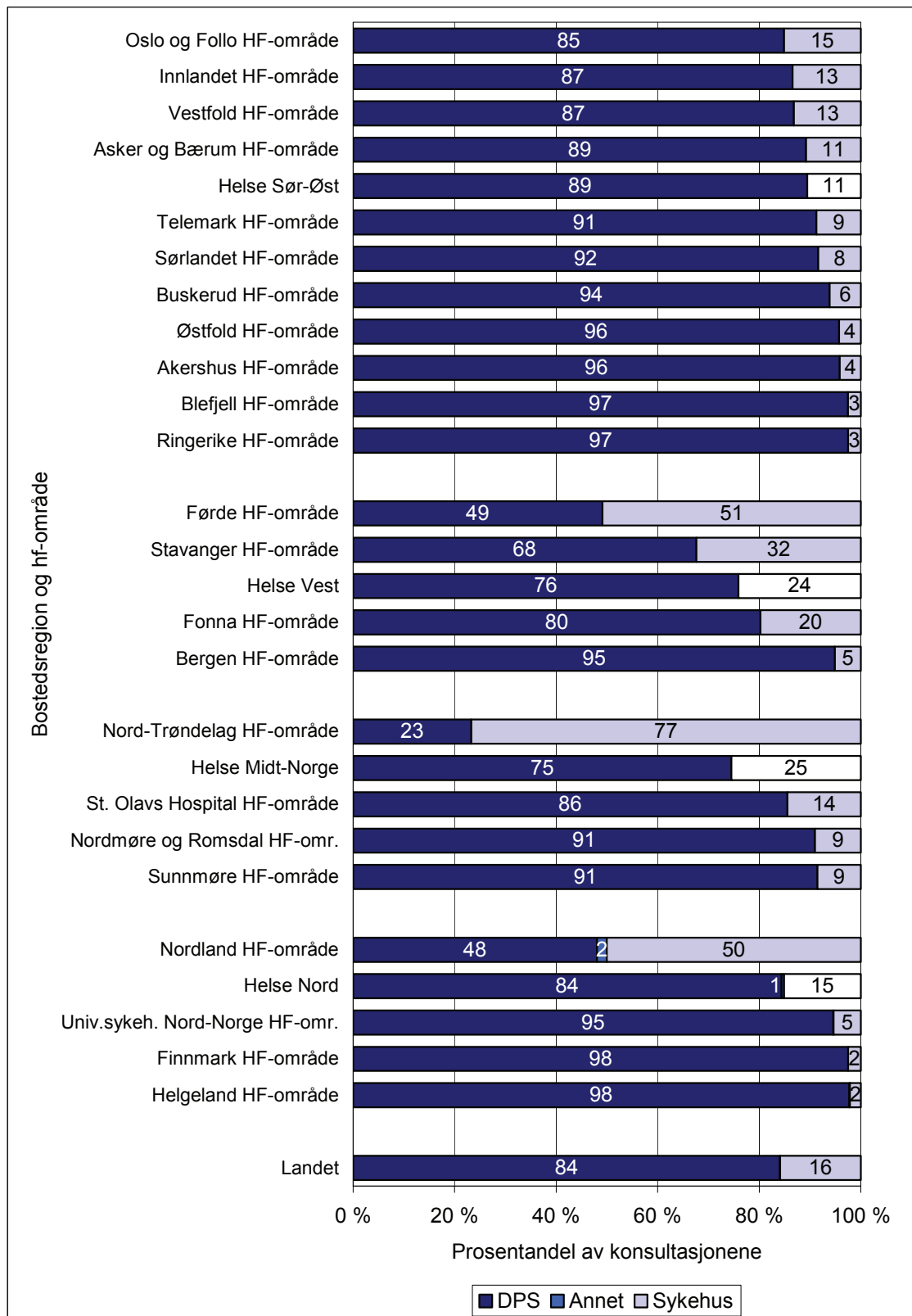
7.7.2 Forskjeller mellom helseforetaksområder i konsultasjonsrater

Figur 7.14 viser rater for fordelingen av konsultasjoner etter institusjonstype i HF-områdene, mens figur 7.15 viser den prosentvise fordelingen.



Datakilde: SSB og NPR

Figur 7.14 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype, Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007



Datakilde: SSB og NPR

Figur 7.15 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007

Vi kan først merke oss at det fortsatt er betydelige forskjeller i den samlede konsultasjonsraten, spesielt innad i Helse Sør-Øst. Derimot er det bare små forskjeller innad i denne regionen hva gjelder lokaliseringen av virksomheten. Andelen konsultasjoner ved DPS varierer mellom 85 og 97 prosent. I de øvrige regioner er det igjen Førde, Nord-Trøndelag og Nordland HF-områder som skiller seg ut ved en høyere andel av aktiviteten knyttet opp mot sykehusene.

8 Ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområdene

Marit Sitter

8.1 Sammendrag

Et sentralt mål i norsk helsepolitikk er lik tilgang til helsetjenester uavhengig av man bor i landet. Etter at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten i 2002, har de regionale helseforetakene hatt et "sørge-for" ansvar for at befolkningen i hver helseregion får likeverdige spesialisthelsetjenester. I dette kapitlet undersøker vi hva som karakteriserer helseforetaksområdene i hver region med hensyn til ressursinnsats og bruk av tjenester. Dette for å kunne identifisere ulike profiler i behandlingstilbudet til befolkningen i opptaksområdene i 2007.

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudet til barn og unge

I det psykiske helsevernet for barn og unge, har helseregion Sør-Øst relativt høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene. Tall for regionen samlet viser at både ressurs- og forbruksindikatorerne har verdier over gjennomsnittet for landet (tabell 8.6). Syv av 11 helseforetaksområder gir et behandlingstilbud til mer enn 4,5 prosent av befolkningen i opptaksområdene (landsgjennomsnittet), mens fire foretaksområder har nådd 5-prosentmålet i 2007. Det er et skille mellom helseforetaksområdene i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør i forholdet mellom døgnbaserte versus polikliniske tjenester. Forskjellene i døgnplassdekning og poliklinisk dekningsgrad mellom HF-områdene er betydelige ($CV=0,53$ og $CV=0,19$, tabell 8.7), og viser variasjonen i tjenestetilbudet i regionen.

Helseregion Vest har de laveste ressurs- og forbruksratene blant helseregionene (tabell 8.6) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Det er imidlertid klare forskjeller både i ressursinnsats og tilgjengelighet mellom helseforetaksområdene i regionen. I likhet med de andre regionene er forskjellene størst når det gjelder døgnplassdekning ($CV=0,31$). Det er større forskjell i dekningsgrad for behandlede pasienter mellom HF-områdene i helseregion Vest enn i de øvrige helseregionene ($CV=0,21$), men ingen av HF-områdene har nådd målet om behandlingstilbud til fem prosent av befolkningen.

Helseregion Midt-Norge har relativt lave rater både når det gjelder ressursinnsats og forbruk av tjenester, alle under gjennomsnittet for landet (tabell 8.6). Forskjellene mellom HF-områdene når det gjelder døgnplassdekning er i størrelsesorden to til en ($CV=0,32$), mens forskjellene i tilgjengelighet målt i behandlede pasienter er betydelig mindre ($CV=0,16$). Ett helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge gir behandlingstilbud til over fem prosent av befolkningen i sitt opptaksområde. Dette HF-området kjennetegnes med svært lav døgnplassdekning, raten utgjør kun 48 prosent av landsgjennomsnittet (se tabell 8.6).

I likhet med tidligere år topper helseregion Nord regiontallene når det gjelder ressurs- og forbruksrater i det psykiske helsevernet for barn og unge også i 2007. Med en personell-

dekning 30 prosent over landsgjennomsnittet, og en døgnplassdekning 18 prosent over gjennomsnittet for landet, gis over seks prosent av barn og unge i regionen et behandlingstilbud. I 2007 tilbyr alle HF-områder tjenester til over fem prosent av befolkningen i opptaksområdene, og dette gjenspeiles i små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene (CV=0,11, tabell 8.6). Foretaksområdene har imidlertid ulike profiler i sitt behandlingstilbud, og det er derfor relativt store forskjeller i døgnplassdekningen mellom HF-områdene (CV=0,51).

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudet til voksne

I det psykiske helsevernet for voksne, preges helseregion Sør-Øst av helseforetaksområder med ulike ressurs- og forbruksprofiler; HF-områdene i tidligere helseregion Øst tenderer til å ha høyere ressursdekning, lengre døgnopphold og lavere polikliniske rater enn helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør. Til tross for gjennomsnittlig konsultasjonsrate for helseregionen samlet, er det store forskjeller i tilgjengelighet mellom foretaksområdene målt i polikliniske forbruksrater (CV=0,31, tabell 8.8). Det er også betydelige forskjeller mellom helseforetaksområdene i oppholds- og døgnrater (CV=0,22, CV=0,21) og i dekning av personell (CV=0,20). Kun helseregion Nord har større forskjeller mellom sine helseforetaksområder i personell – og døgnplassdekning, samt oppholds- og utskrivningsrater.

Helseforetaksområdene i helseregion Vest preges langt på vei av høy døgnplassdekning og høyt forbruk av døgntjenester. Helseregionen samlet har både døgnplassdekning, døgnrater og oppholdsrate over gjennomsnittet for landet i 2007. Døgnratene er relativt høyere enn oppholdsratene, noe som indikerer at døgnoppholdene gjennomsnittlig er av lengre varighet enn gjennomsnittet for landet. Helseregion Vest har den laveste konsultasjonsraten blant regionene, men forskjellene i tilgjengelighet til polikliniske tjenester mellom HF-områdene er relativt stor (CV=0,26). Forskjellene er betydelig mindre målt i antall døgnopphold (CV=0,12). Variasjonene i personell- og døgnplassdekning er også svært små (CV=0,01 og CV=0,06) innad i helseregion Vest.

Helseregion Midt-Norge preges av høyt poliklinisk forbruk i tre av fire foretaksområder. I tillegg tenderer alle HF-områder til å ha relativt korte opphold i døgninstitusjonene, to foretaksområder har imidlertid flere opphold enn gjennomsnittet for landet. Det er relativt små forskjeller mellom helseforetaksområdene i tilgjengelighet til det psykiske helsevernet, både målt i polikliniske konsultasjoner (CV=0,14) og opphold i døgninstitusjoner (CV=0,10). Mens regionen har den høyeste polikliniske forbruksraten blant helseregionene, har samtlige foretaksområder i regionen lavere ressursinnsats enn landsgjennomsnittet (tabell 8.5). Det er for øvrig små forskjeller i dekningen av døgnplasser internt i helseregion Midt-Norge (CV=0,04).

Helseregion Nord er preget av høy personelldekning og mange døgnopphold og utskrivninger i tre av fire HF-områder. To foretaksområder har en poliklinisk profil, hvor det ene kombinerer behandlingstilbudet med mange korte døgnopphold, mens det andre har færre og lengre opphold i døgninstitusjonene. Mens tall for helseregion Nord viser at regionen har ressurs- og forbruksrater på eller over landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer, er det stor forskjell i personell- og døgnplassdekning (CV=0,21 og CV=0,24), og i tilgjengeligheten til tjenestene, målt i døgnopphold (CV=0,34) mellom helseforetaksområdene.

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudene samlet

Man kan til dels konstatere en felles profil for helseforetaksområdene mellom tjenestene til barn og unge, og tjenestene til voksne i de ulike helseregionene. Mens vi ser en signifikant sammenheng mellom personelldekning til de to målgruppene, finner vi ingen tilsvarende samvariasjon i døgnplassdekningen. Når det gjelder befolkningens bruk av tjenester, kan vi for begge målgrupper se høye forbruksrater i helseregion Nord. I helseregion Sør-Øst er det

tendens til et skille mellom helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør for begge målgrupper, i forholdet mellom døgnbaserte versus polikliniske tjenester. I Helse Vest ser man motsatt profil mellom målgruppene i forbruk av tjenester, barn og unge har forbruksrater under landsgjennomsnittet, mens voksne har et høyt forbruk av døgntjenester. I helseregion Midt-Norge er det relativt lav ressursinnsats i begge målgrupper, men forbruksprofilen er ulik, høyt polikliniske forbruk blant voksne og relativt lav dekningsgrad for behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge.

8.2 Innledning

Etter den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten i 2002, har de regionale helseforetakene hatt ansvar for spesialisthelsetjenestene til befolkningen, det såkalte "sørge-for" ansvaret. En gjennomgang av tilgjengeligheten til tjenestene i fjorårets SAMDATA Sektorrapport (2/07), viste at det fortsatt var forskjeller mellom regioner, og HF-områder i ressursinnsats og forbruk av tjenester i 2006, og det var større variasjon innad i de regionale helseforetakene enn mellom regionene. Dette til tross for at det i perioden 2003-2006 var en utjevning både i forhold til personellinnsats, døgnplasser og tilgjengelighet (dekningsgrad) innen det psykiske helsevernet for barn og unge og døgnopphold for voksne (Pedersen, 2007).

I dette kapitlet ønsker vi å undersøke hva som karakteriserer helseforetaksområdene innad i hver region med hensyn til ressurstilgang og befolkningens bruk av tjenester i 2007.

Følger variasjonene mellom helseforetaksområdene et mønster ved at for eksempel enkelte regioner og helseforetaksområder gjennomgående har høye rater både med hensyn til ressursinnsats og forbruk, mens andre HF-områder har lave rater? Eller opptrer forskjellene på andre måter? Er det eksempelvis slik at helseforetaksområder med høyt poliklinisk forbruk har lave rater for døgnbehandling, eller vil et høyt forbruk av tjenester omfatte alle typer behandling? Er det innad i regionene tendens til at enkelte HF-områder ivaretar en del av behandlingstilbudet, mens andre foretaksområder ivaretar andre deler, dvs. ulik behandlingsprofil mellom HF-områdene innad i regionene? Og er det noen sammenheng mellom tjenestene til barn, unge og voksne? Vil eksempelvis helseforetaksområder med høye ressurs- og forbruksrater for barn og unge, tilsvarende ha høye eller lave rater for voksne?

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

Vi vil først studere forskjellene i det psykiske helsevernet for barn og unge (avsnitt 8.4), deretter gjøres tilsvarende analyser for det psykiske helsevernet for voksne (avsnitt 8.5). Avslutningsvis sees tjenestene til de to befolkningsgruppene i sammenheng (avsnitt 8.6).

8.3 Variabler og metode

For å belyse ressursinnsats i det psykiske helsevernet for henholdsvis barn og unge og voksne, benyttes indikatorer for personelldekning (per 10 000 innbyggere) og døgnplassdekning (per 10 000 innbyggere). Beregningene av ratene tar utgangspunkt i antall årsverk og antall døgnplasser ved utgangen av året. Ressurstallene er korrigert for bruken av tjenester fra andre regioner og foretaksområder.

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

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

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

I det psykisk helsevernet for voksne har vi undersøkt hvordan kapasitetsutnyttning i døgninstitusjoner samvarierer med døgnplassdekning ved å se på beleggsprosenten. Beleggsprosenten måler utnyttelsesgraden av døgnplassene og er et forholdstall mellom totalt antall oppholdsdøgn i løpet av året og døgnplasser (x 365).

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

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

Som mål på forskjeller mellom regioner og mellom helseforetaksområder, vil vi bruke variasjonskoeffisienten (CV), definert som standardavvik dividert med gjennomsnitt. Vi vil imidlertid også presentere standardavviket som er et vanlig mål på spredning. Hvis standardavviket reduseres har de absolutte forskjellene i dekningsgrad blitt redusert. Standardavviket måles med samme målestokk som fordelingen vi studerer, og er basert på avvikene for de enkelte observasjonene i fordelingen fra gjennomsnittet for fordelingen. Dette innebærer at en ikke kan foreta sammenligninger på tvers av fordelinger med ulike målestokk. Standardavviket tar heller ikke hensyn til nivået på fordelingen. For å korrigere for slike relative forskjeller benytter vi variasjonskoeffisienten (standardavviket delt på gjennomsnittet) som gir informasjon om de relative snarere enn de absolutte forskjellene.

8.4 Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge

Det psykiske helsevernet for barn og unge har i hele opptrappingsperioden vært preget av store ulikheter med hensyn til ressursinnsats og forbruk av tjenester, både mellom helse-regioner og helseforetaksområder. Til tross for en utjevning i tjenestetilbudet etter foretaksreformen i 2002 (Pedersen, 2007), er det fortsatt betydelige forskjeller også i 2007.

Ved å sammenstille indikatorer for ressursinnsats og forbruk i det psykiske helsevernet for barn og unge, ønsker vi å kartlegge om forskjeller i HF-områdene synliggjør ulike behandlingsprofiler, ved ulike sammensetninger av behandlingstilbud.

Vil eksempelvis helseforetaksområder som har et poliklinisk fokus behandle flere pasienter og dermed ha en høyere dekningsgrad enn helseforetaksområder som i større grad vektlegger døgnbaserte tjenester? Og vil det kun være helseforetaksområder som har god personelltilgang som vil kunne tilby døgnbaserte behandlingstilbud av et visst omfang, etter som dette er en relativt ressurskrevende behandlingsform?

Til tross for at det psykiske helsevernet i all hovedsak behandler pasienter poliklinisk, har samtlige helseforetaksområder også døgnbaserte tjenestetilbud. Årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge er fordelt forholdsvis likt mellom poliklinisk og døgnbasert virksomhet. Dette innebærer at om lag 50 prosent av årsverkene behandler en svært liten andel av pasientene, døgnbasert virksomhet er med andre ord en ressurskrevende behandlingsform. Vi vil undersøke hvordan ulike kombinasjoner av døgn- og polikliniske behandlingstilbud påvirker omfanget av behandlede pasienter og dekningsgrad.

Vi vil også studere hvordan produktivitet i poliklinikkene samvarierer med dekningsgrad for polikliniske pasienter. Er det slik at jo flere pasienter behandlerne i poliklinikkene tar hånd om, jo større andel av befolkningen får et behandlingstilbud? Vil høy produktivitet med andre ord medføre høy dekningsgrad og tilgjengelighet til tjenestene, målt i behandlede polikliniske pasienter?

I dette avsnittet presenteres først en korrelasjonsmatrise for de utvalgte ressurs- og forbruksindikatorerne (tabell 8.1). Deretter gis en grafisk framstilling av forholdet mellom personelldekning og dekningsgrad i figur 8.1. Dekningsgrad for de ulike indikatorerne presenteres i tabell 8.2, samt en illustrasjon av ratene i prosent av landsgjennomsnittet i figur 8.3. Etter en analyse av foretaksområdene i hver helseregion, presenteres forholdet mellom produktivitet og dekningsgrad i poliklinikker.

8.4.1 Samvariasjon – ressurs- og forbruksindikatorer i det psykiske helsevernet for barn og unge

I tabell 8.1 presenteres en korrelasjonsmatrise hvor de ulike utvalgte ressurs- og forbruksindikatorerne for helseforetaksområdene inngår.

Tabell 8.1 Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) mellom ressurs- og forbruksrater. Personelldekning, døgnplassdekning, dekningsgrad polikliniske pasienter og dekningsgrad pasienter totalt. Det psykiske helsevernet for barn og unge. 2007

	Personelldekning	Døgnplassdekning	Dekningsgrad polikliniske pasienter	Dekningsgrad pasienter totalt
Personelldekning	1	0,473*	0,545**	0,573**
Døgnplassdekning	0,473*	1	-0,011	0,005
Dekningsgrad polikliniske pasienter	0,545**	-0,011	1	0,997**
Dekningsgrad pasienter totalt	0,573**	0,005	0,997**	1

N=23

Datakilde: NPR og SSB

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

Tabell 8.1 viser at:

- Hf-områder med høy personelldekning har signifikant høyere døgnplassdekning og behandlingsrate enn HF-områder med lav personelldekning.
- Hf-områder med høy døgnplassdekning har signifikant høyere personelldekning enn HF-områder med lav døgnplassdekning.
- Hf-områder med høy behandlingsrate for polikliniske pasienter har signifikant høyere personelldekning og behandlingsrate totalt enn HF-områder med lav dekningsgrad for polikliniske pasienter.
- Hf-områder med høy total dekningsgrad for barn og unge har signifikant høyere personelldekning og polikliniske behandlingsrater enn HF-områder med lav dekningsgrad.

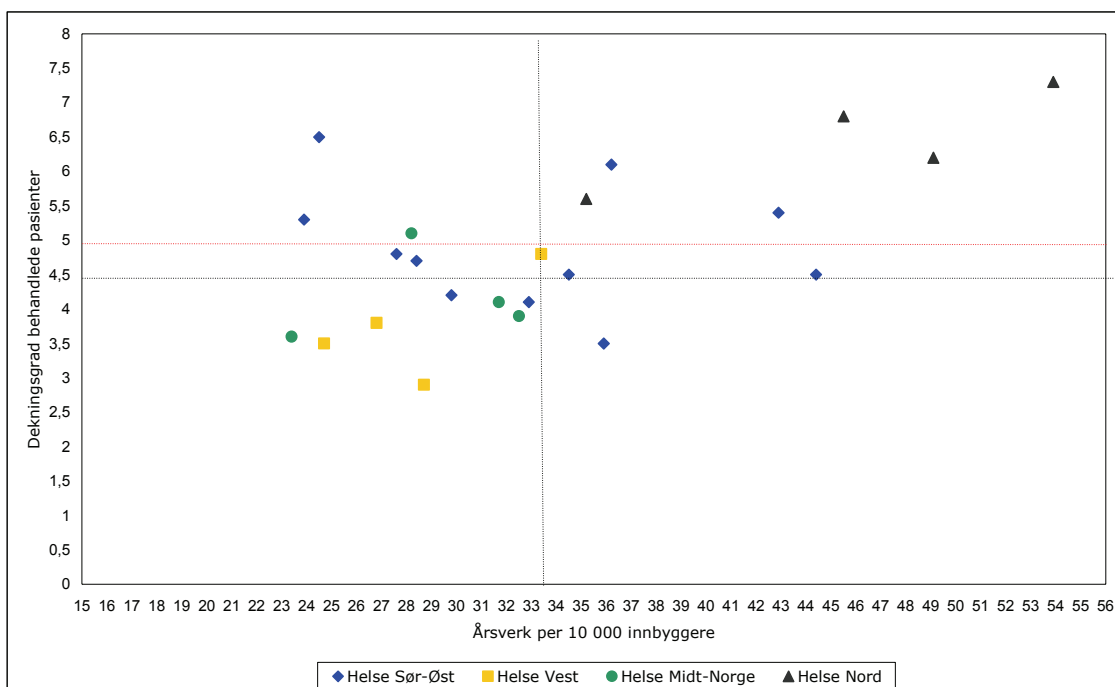
- Hf-områder med mange døgnplasser har ikke lavere dekningsgrad, verken for polikliniske pasienter eller dekningsgrad totalt enn HF-områder med lavere døgnplassdekning.

8.4.2 Personelldekning og dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge

Tabell 8.1 viste at det er en signifikant sammenheng mellom personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge (Pearsons $r=0,57$). I figur 8.1 presenteres denne sammenhengen grafisk. Langs x-aksen vises antall årsverk per 10 000 innbyggere og langs y-aksen antall behandlede pasienter per 100 innbyggere. De ulike helseforetakenes regiontilhørighet er markert med ulike symboler og farger.

I figuren er landsgjennomsnittet for personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter markert med en vertikal og en horisontal stiplede linje. I tillegg er 5-prosent dekningsgrad, som er Opptappingsplanens måltall, markert med rød stiplede linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

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



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.1 Personelldekning (x-aksen) og dekningsgrad for behandlede pasienter (y-aksen) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseforetaksområder. 2007

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

Når det gjelder foretaksområdenes regiontilhørighet, ser vi at alle HF-områder i helseregion Nord ligger i øverste høyre kvadrant, dvs. høy personelldekning og høy dekningsgrad. I tillegg er fire foretaksområder fra helseregion Sør-Øst i samme kategori, hvorav to tangerer landsgjennomsnittet for dekningsgraden på 4,5 prosent.

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

Ett helseforetaksområde fra helseregion Sør-Øst (Akershus HF-område), befinner seg i nederste høyre kvadrant med høy personelldekning og lav dekningsgrad for behandlede pasienter. Av tabell 8.2 og figur 8.2 ser vi at dette foretaksområde har landets høyeste døgnplasskapasitet, 90 prosent over landsgjennomsnittet. Som omtalt tidligere vil døgnbasert behandling være ressurskrevende og trolig delvis forklare hvorfor dekningsgraden er relativt lav for dette foretaket.

Øverste venstre kvadrant kjennetegnes med lav personellkapasitet og høy dekningsgrad, og i dette feltet er fire helseforetaksområder fra helseregion Sør-Øst, samt ett fra helseregion Midt-Norge lokalisert. Med unntak for ett HF-område (Innlandet HF-område), karakteriseres disse foretakene av lav døgnplasskapasitet (se tabell 8.2 og figur 8.2). Dette er foretaksområder som trolig har en poliklinisk profil, for disse foretakene er dekningsgraden for polikliniske pasienter sammenfallende med dekningsgrad for pasienter totalt (se tabell 8.2).

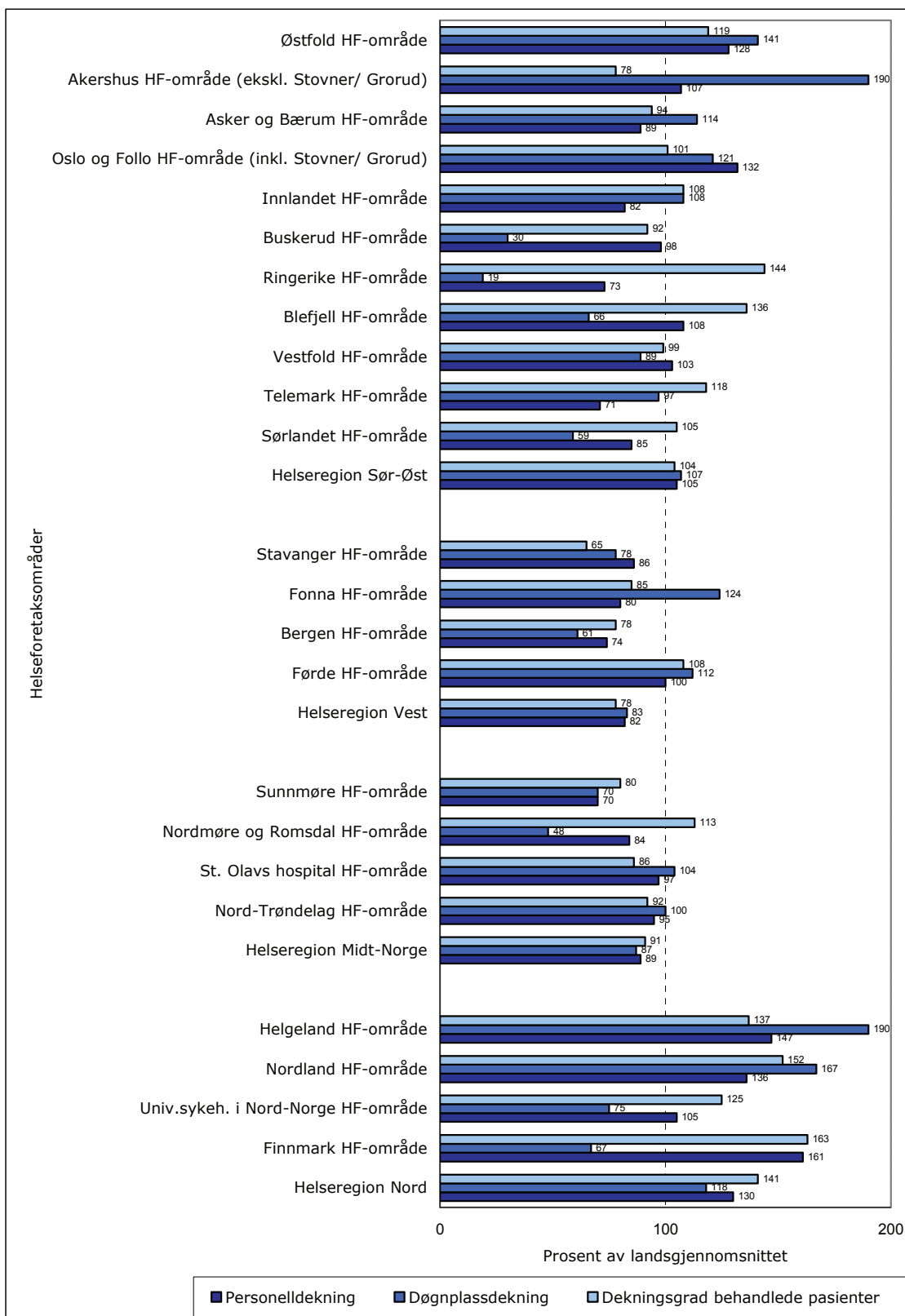
8.4.3 Sammenstilling av indikatorer i det psykiske helsevernet for barn og unge

Tabell 8.2 presenterer ressurs- og forbruksrater etter pasientens bostedsregion og helseforetaksområde innen det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007, og figur 8.2 viser ratene for de ulike helseforetaksområdene i prosent av landsgjennomsnittet når det gjelder personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad for behandlede pasienter under 18 år. Da det er små differanser i forbruksratene mellom polikliniske pasienter og pasienter totalt, er dekningsgrad for polikliniske pasienter utelatt i figur 8.2.

Tabell 8.2 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helse-region. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og døgnplasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. 2007

Bostedsregion / HF-område	Ressursinnsats		Behandlede pasienter	
	Årsverk per 10 000 innb 0-17 år	Plasser per 10 000 innb. 0-17 år	Polikliniske pasienter per 100 innb 0-17 år	Pasienter totalt per 100 innb. 0-17 år
Østfold HF-område	42,9	4,3	5,0	5,4
Akershus HF-område	35,9	5,8	3,4	3,5
Asker og Bærum HF-område	29,8	3,5	4,1	4,2
Oslo og Follo HF-område	44,4	3,7	4,4	4,5
Innlandet HF-område	27,6	3,3	4,8	4,8
Buskerud HF-område	32,9	0,9	4,1	4,1
Ringerike HF-område	24,5	0,6	6,5	6,5
Blefjell HF-område	36,2	2,0	6,1	6,1
Vestfold HF-område	34,5	2,7	4,5	4,5
Telemark HF-område	23,9	2,9	5,3	5,3
Sørlandet HF-område	28,4	1,8	4,7	4,7
Helseregion Sør-Øst	35,2	3,3	4,6	4,7
Stavanger HF-område	28,7	2,4	2,9	2,9
Fonna HF-område	26,8	3,8	3,8	3,8
Bergen HF-område	24,7	1,9	3,4	3,5
Førde HF-område	33,4	3,4	4,8	4,8
Helseregion Vest	27,4	2,5	3,4	3,5
Sunnmøre HF-område	23,4	2,1	3,4	3,6
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	28,2	1,5	5,0	5,1
St. Olavs Hospital HF-område	32,5	3,2	3,8	3,9
Nord-Trøndelag HF-område	31,7	3,0	4,1	4,1
Helseregion Midt-Norge	29,7	2,6	4,0	4,1
Helgeland HF-område	49,1	5,8	6,1	6,2
Nordland HF-område	45,5	5,1	6,8	6,8
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	35,2	2,3	5,5	5,6
Finnmark HF-område	53,9	2,0	7,1	7,3
Helseregion Nord	43,4	3,6	6,2	6,3
Totalt	33,5	3,0	4,4	4,5

Datakilde: NPR og SSB



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.2 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. 2007

Barn og unges behandlingstilbud og tilgjengelighet til det psykiske helsevernet preges fortsatt i stor grad av ulikhet, både i omfang og sammensetning. Dette tiltross for at det har vært en utjevning både på landsbasis og innen et flertall av regionene i løpet av de siste årene (Pedersen, 2007).

En sammenstilling av ressurs- og forbruksrater som er gjort i tabell 8.1 og figur 8.2 synliggjør regionenes og helseforetakenes ulike profiler med hensyn til behandlingstilbud til befolkningen i opptaksområdene. Forskjellene er større mellom helseforetaksområder enn mellom helseregioner når det gjelder ressursinnsats (døgnplassdekning, $CV=0,47$ og personelldekning ($CV=0,25$), mens forskjellene i tilgjengelighet (dekningsgrad for behandlede pasienter, ($CV=0,26$) er noe større mellom regioner enn HF-områder (tabell 8.7 i vedlegg).

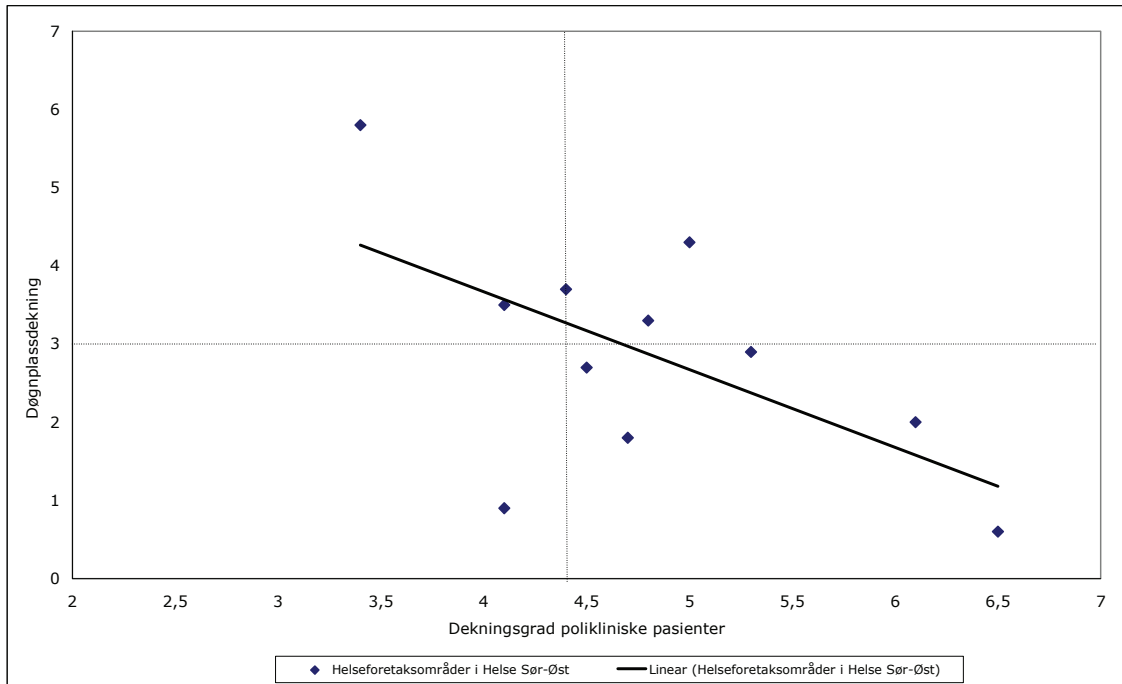
Helseregion Sør-Øst

Helseregion Sør-Øst preges av relativt høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene, samtidig er det relativt stor variasjon i behandlingstilbudet til befolkningen i de ulike opptaksområdene.

Man ser et klart skille mellom helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør i forhold til bruk av døgnbaserte versus polikliniske tjenester. Mens samtlige helseforetaksområder i gamle helseregion Øst har en døgnplassdekning over landsgjennomsnittet, har alle HF-områder i tidligere helseregion Sør døgnplassrater under gjennomsnittet for landet. Helseregion Sør-Øst har faktisk den største forskjellen i døgnplassdekning mellom sine HF-områder blant regionene ($CV=0,53$, tabell 8.7). Det samme gjelder personelldekningen ($CV=0,21$). Helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør ser i større grad ut til å vektlegge poliklinisk behandling. I samtlige HF-områder er den polikliniske dekningsgraden lik dekningsgrad for alle behandlede pasienter. Forskjellene mellom HF-områdene i poliklinisk dekningsgrad innad i helseregion Sør-Øst er nest størst blant regionene ($CV=0,19$, tabell 8.7).

Til tross for at det ikke er en signifikant korrelasjon mellom døgnplassdekning og poliklinisk dekningsgrad når man ser landet under ett (tabell 8.1), ser det innad i helseregion Sør-Øst ut til å være en klar tendens (Pearsons $r=-0,59$, $p=0,056$). Fem av seks helseforetaksområder i tidligere Helse Sør har parallelt med lav døgnplasskapasitet, dekningsgrad på eller over landsgjennomsnittet for behandlede pasienter. Ringerike foretaksområde har eksempelvis svært lav døgnplassdekning (0,6 plasser per 10 000 innbyggere, 19 prosent av landsgjennomsnittet), samtidig mottar 6,5 prosent av befolkningen i foretaksområde behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette utgjør regionens høyeste dekningsgrad for behandlede pasienter, 44 prosent over landsgjennomsnittet. Motsatt har Akershus foretaksområde regionens og landets høyeste døgnplassdekning, og regionens laveste dekningsgrad for behandlede pasienter. Det er imidlertid ikke noe en-til-en-forhold, alle HF-områder har både døgn- og polikliniske behandlingstilbud til sin befolkning, men sammensetningen av tilbudet ser ut til å være ulik.

Figur 8.3 illustrer sammenhengen mellom døgnplassdekning i helseforetaksområdene i helseregion Sør-Øst og dekningsgraden for behandlede polikliniske pasienter. I figuren er landsgjennomsnittet for døgnplassdekning og dekningsgrad for polikliniske pasienter markert med en vertikal og en horisontal stiplede linje.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.3 Døgnplassdekning og dekningsgrad for polikliniske pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge i helseforetaksområder i Helse Sør-Øst, 2007

Figuren viser en klar nedadgående tendens der helseforetaksområder med høy døgnplassdekning har lavere dekningsgrad for polikliniske pasienter, enn HF-områder med lavere dekning av døgnplasser. HF-området i nederste venstre kvadrant (Buskerud HF-område) er et unntak, med lav døgnplassdekning og relativt lav dekningsgrad for polikliniske pasienter.

Oppsummert har helseregion Sør-Øst relativt høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene, målt i behandlede pasienter. Syv av 11 helseforetaksområder gir et behandlingstilbud til mer enn 4,5 prosent av befolkningen i opptaksområdene. Tall for regionen samlet (tabell 8.2 og 8.5) viser at samtlige indikatorer har verdier over gjennomsnittet for landet. Internt i helseregionen ser det ut til at høy dekningsgrad er relativt enklere å oppnå i HF-områdene hvor poliklinisk behandling er prioritert, enn i helseforetaksområder hvor døgnbehandling er mer vektlagt, og her går det et skille mellom tidligere HF-områder i helseregionene Øst og Sør.

Helseregion Vest

Helseregion Vest preges av relativt lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tall for regionen samlet viser de laveste ratene blant regionene. Innad i helseregion Vest er det klare forskjeller i både ressursinnsats og tilgjengelighet mellom HF-områdene. I likhet med de andre regionene, er forskjellene størst når det gjelder døgnplassdekning ($CV=0,31$, tabell 8.7), regionen har imidlertid den laveste variasjonen for denne indikatoren blant regionene. Forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene (målt behandlede pasienter) mellom HF-områdene i helseregion Vest, er derimot større enn innad i de andre regionene ($CV=0,21$).

Førde helseforetaksområde skiller seg ut fra de andre HF-områdene i regionen med relativt høy ressursinnsats og bruk av tjenester. Mens døgnplassdekningen er 12 prosent over gjennomsnittet for landet, ligger dekningsgraden for behandlede pasienter åtte prosent over. Personelldekningen er lik landsgjennomsnittet. Dette viser at foretaksområdet både har

større ressurstilgang og tilgjengelighet til tjenester i det psykiske helsevernet for sin befolkning enn de øvrige foretaksområdene i helseregion Vest.

Ett foretaksområde i helseregion Vest har imidlertid bedre tilgjengelighet til døgnbaserte tjenester. Fonna HF-område har en døgnplassdekning på 124 prosent av landsgjennomsnittet. Mens dette foretaksområdet har vektlagt døgnbehandlingen i sitt tilbud til barn og unge, har Bergen helseforetaksområde derimot den laveste døgnplassdekningen, med en dekning tilsvarende 61 prosent av landsgjennomsnittet. Foretaksområdet har også lavest personellinnsats i regionen og relativt lavt poliklinisk forbruk. Stavanger HF-område ligger lavest av foretaksområdene når det gjelder behandlede pasienter i forhold til innbyggertallet.

Oppsummert preges helseregion Vest av relativt lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene, målt i behandlede pasienter. Tall for regionen samlet (tabell 8.2 og 8.6) viser at samtlige indikatorer har verdier under gjennomsnittet for landet. Forskjellene i tilgjengelighet til tjenestene mellom HF-områdene innad i helseregion Vest er imidlertid større enn for de andre regionene. To HF-områder har høy døgnplassdekning, det ene har dekningsgrad for behandlede pasienter over landsgjennomsnittet, det andre under snittet. De øvrige har både lavere ressursinnsats og dekningsgrad. I denne regionen ser vi derfor ingen sammenheng mellom døgnplassdekning og dekningsgrad for polikliniske pasienter, og ingen av HF-områdene har nådd målet om behandlingstilbud til fem prosent av befolkningen.

Helse Midt-Norge

Helseregion Midt-Norge har i likhet med helseregion Vest relativt lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tall for regionen samlet er under landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer, men er noe høyere enn for Helse Vest.

I likhet med de øvrige regionene er forskjellene mellom foretaksområdene i helseregion Midt-Norge størst når det gjelder ressursinnsatsen i form av antall døgnplasser (CV=0,32, tabell 8.7). For de øvrige indikatorene er forskjellene mindre, noe som utgjør de nest laveste variasjonene mellom HF-områdene blant regionene (CV er mellom 0,14 til 0,17).

Internt i regionen er det Nordmøre og Romsdals helseforetaksområde som skiller seg ut med en den klareste tilbudsprofilen. Dette HF-området ser ut til å prioritere poliklinisk behandling sterkt, og har en dekningsgrad på over fem prosent, 13 prosent over landsgjennomsnittet. Døgnbehandlingstilbudet er av mindre omfang, og plassdekningen utgjør under halvparten av landsgjennomsnittet.

St. Olavs Hospital foretaksområde har den høyeste døgnplassdekningen i regionen (104 prosent over landsgjennomsnittet), men også Nord-Trøndelag HF-område ligger på landsgjennomsnittet. I begge foretaksområder behandles færre pasienter enn gjennomsnittet for landet. Sunnmøre HF-område har laveste dekningsgrad for behandlede pasienter, men også lav døgnplassdekning og laveste personelldekning i regionen. I likhet med helseregion Sør-Øst ser vi en tendens til negativ samvariasjon mellom døgnplassdekning og dekningsgrad for behandlede pasienter.

Oppsummert har helseregion Midt-Norge relativt lave rater både når det gjelder ressursinnsats og forbruk av tjenester, alle under gjennomsnittet for landet. Forskjellene mellom HF-områdene når det gjelder døgnplassdekning er i størrelsesorden en til to (CV=0,32), mens forskjellene i tilgjengelighet målt i behandlede pasienter er mindre (CV=0,16). Et HF-område har en klar poliklinisk profil, parallelt med lav døgnplassdekning. Dette er det eneste helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge som gir et behandlingstilbud til over fem prosent av befolkningen i sitt opptaksområde.

Helseregion Nord

Samtlige helseforetaksområder i regionen har personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter godt over gjennomsnittet for landet. Det er små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene i de ulike foretaksområdene, målt i behandlede pasienter (CV=0,11, tabell 8.6). Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom foretaksområdene når det gjelder døgnplassdekning (CV=0,51).

Innad i helseregion Nord ser foretaksområdene ut til å ha ulike tilbudsprofiler. Mens Helgeland og Nordland HF-områder har høy dekning når det gjelder døgnplasser (190 og 167 prosent av landsgjennomsnittet), har Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmark HF-område dekning godt under gjennomsnittet for landet. Sistnevnte foretaksområder har i større grad vektlagt poliklinisk behandling, og Finnmark HF-område har regionens høyeste personelldekning, samt dekningsgrad for behandlede pasienter med verdier over 160 prosent av landsgjennomsnittet.

Hf-områdene Helgeland og Nordland har imidlertid god kapasitet både innen poliklinisk og døgnbasert virksomhet. Begge foretak har høye rater for polikliniske pasienter (6,1 og 6,6 prosent) parallelt med høy personell- og døgnplassdekning.

I helseregion Nord er det ingen sammenheng mellom døgnplassdekning og dekningsgrad for behandlede pasienter, man når femprosent målet i alle HF-områder med ulike kombinasjoner av døgnbaserte og polikliniske tilbud.

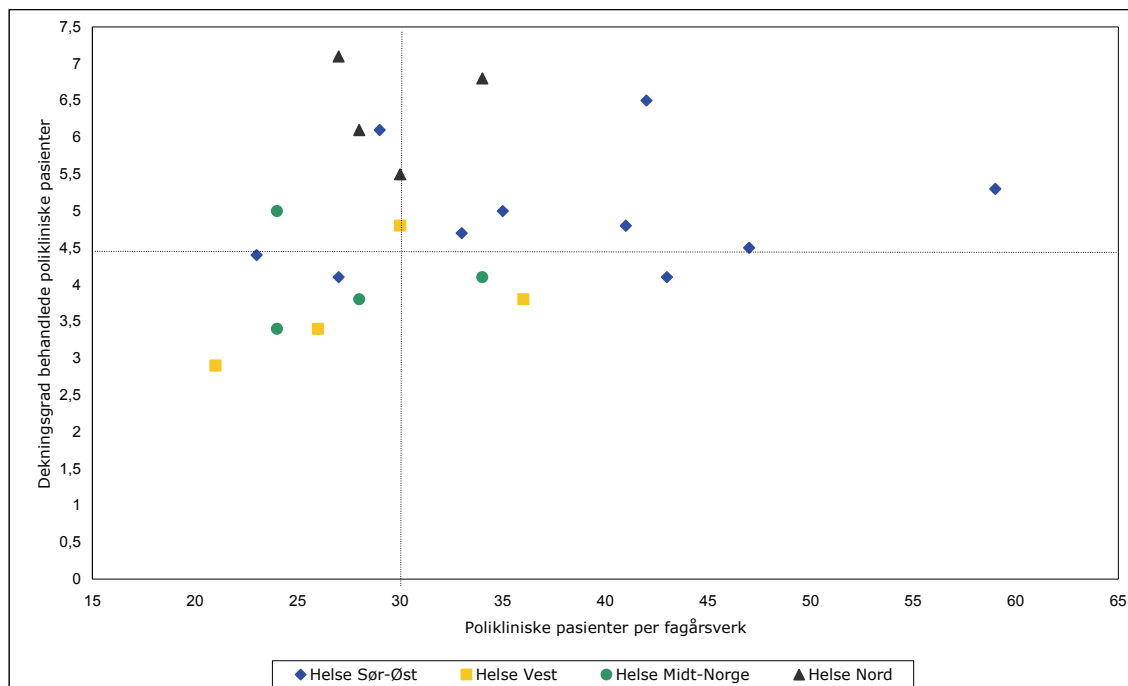
Oppsummert ser vi at helseregion Nord i likhet med tidligere år topper regiontallene når det gjelder ressurs- og forbrukstall i det psykiske helsevernet for barn og unge også i 2007. Med en personelldekning 30 prosent over landsgjennomsnittet og en døgnplassdekning 18 prosent over gjennomsnittet, gis over seks prosent av alle barn og unge i regionen et behandlingstilbud. Dette tilsvarer 141 prosent av landsgjennomsnittet for behandlede pasienter. Helseforetaksområdene har god tilgjengelighet til tjenestene, men har ulike profiler i sitt behandlingstilbud. Mens to foretaksområder har prioritert poliklinisk virksomhet i størst grad, har to foretaksområder vektlagt både høy tilgjengelighet til døgn tjenester samt polikliniske tjenester. Alle HF-områder tilbyr tjenester til over fem prosent av befolkningen i 2007.

8.4.4 Dekningsgrad og produktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge

I figur 8.4 har vi sammenstilt dekningsgrad for polikliniske pasienter (y-aksen) i HF-områdene og en indikator for produktivitet i poliklinikker for barn og unge; antall polikliniske pasienter per fagårsverk (langs x-aksen).

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

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



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.4 Dekningsgrad for polikliniske pasienter og produktivitet (polikliniske pasienter per fagårsverk). Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2007

Figuren viser en svak positiv, men ikke signifikant samvariasjon mellom produktivitet i helseforetakene og omfanget av behandlede pasienter i foretaksområdene (Pearsons $r = ,24$). Helseforetak med lav produktivitet, målt i antall behandlede pasienter per fagårsverk, har en tendens til å ha lavere dekningsgrad for behandlede pasienter enn helseforetak med høy produktivitet. Eksempelvis har Stavanger helseforetak både laveste produktivitet og laveste dekningsgrad for polikliniske pasienter i sitt opptaksområde, mens Ringerike helseforetak både kan skilte med høy produktivitet og dekningsgrad i opptaksområde. Sistnevnte helseforetaksområde kan forøvrig kjennetegnes med landets laveste døgnplasskapasitet.

Samtidig ser vi at en del foretak ligger utenfor denne aksen, spesielt finner vi flere foretak i øverste venstre kvadrant, dvs. lav produktivitet og høy dekningsgrad sett i forhold til landsgjennomsnittet. Av de fire aktuelle helseforetakene kjennetegnes tre av disse med høy poliklinisk aktivitet og lav døgnplasskapasitet. Kun ett av foretaksområdene, Helgeland HF-område, har både høy kapasitet når det gjelder døg- og poliklinisk behandling. Nederste høyre kvadrant viser tre foretak med relativt høy produktivitet og dekningsgrad under landsgjennomsnittet i opptaksområdene. To av disse har døgncapasitet på og over landsgjennomsnittet, mens det tredje har lav kapasitet når det gjelder døgnplasser.

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

Oppsummert er det til tross for en positiv samvariasjon, ingen signifikant sammenheng mellom produktivitet og dekningsgrad for polikliniske pasienter. HF-områder med høy dekning og lav produktivitet bryter med dette mønstret. Disse HF-områdene ser ut til å kompensere med sterkt poliklinisk fokus i behandlingstilbudet og oppnår på den måten høy dekningsgrad uten høy produktivitet. To av tre HF-områder med høy produktivitet og dekningsgrad under gjennomsnittet har relativt høy døgnplasskapasitet.

8.5 Helseforetaksområder i det psykisk helsevernet for voksne

Forskjeller i ressurs- og forbruksrater har i hele opptrappingsperioden vært mindre i det psykiske helsevernet for voksne enn i tjenestene til barn og unge. Innen tjenestene til voksne har forskjeller i ressursinnsats holdt seg stabile på landsbasis i perioden 2003-2006. Oppholdsdøgn- og konsultasjonsraten var også uforandret i perioden, mens forskjellene i tilgjengelighet målt i døgnopphold gikk ned på landsbasis (Pedersen, 2007).

I denne delen av kapitlet vil vi undersøke hvordan situasjonen er i 2007, samt å kartlegge om forskjeller i innsats og tilgjengelighet synliggjør ulike ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for voksne.

I dette avsnittet presenteres først en korrelasjonsmatrise for de utvalgte ressurs- og forbruksindikatorerne (tabell 8.3). Deretter gis en grafisk framstilling av forholdet mellom personelldekning og døgnrater i figur 8.5. Dekningsgrad for de ulike indikatorerne presenteres i tabell 8.4, og ratene i prosent av landsgjennomsnittet i tabell 8.5. En visuell framstilling av ressurs- og forbruksrater i prosent av landsgjennomsnittet presenteres i figur 8.6 og 8.7. Etter en analyse av foretaksområdene i hver helseregion, omtales forholdet mellom kapasitetsutnyttning (beleggsprosent) og døgnplassdekning i døgninstitusjoner.

8.5.1 Samvariasjon – ressurs- og forbruksindikatorer i det psykiske helsevernet for voksne

I tabell 8.3 presenteres en korrelasjonsmatrise hvor de ulike utvalgte ressurs- og forbruksindikatorerne for helseforetaksområdene inngår.

Tabell 8.3 Korrelasjonsmatrise (Perasons r) mellom ressurs- og forbruksrater. Personelldekning, døgnplassdekning, døgnoppholdsrater, utskrivningsrater, døgnrater, polikliniske konsultasjonsrater samt gjennomsnittlig varighet av døgnopphold. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. 2007

	Personell- dekning	Døgnplass- dekning	Døgnopp- holdsrate	Utskrivings- rater	Døgnrater	Konsulta- sjonsrater	Gjennom- snittlig varighet
Personelldekning	1	0,831**	0,621**	0,578**	0,748**	-0,107	0,064
Døgnplassdekning	0,831**	1	0,653**	0,600**	0,872**	-0,162	0,148
Døgnoppholdsrater	0,621**	0,653**	1	0,997**	0,422*	-0,108	-0,570**
Utskrivningsrater	0,578**	0,600**	0,997**	1	0,359	-0,082	-0,626**
Døgnrater	0,748**	0,872**	0,422*	0,359	1	-0,327	0,461*
Polikliniske konsultasjonsrater	-0,107	-0,162	-0,108	-0,082	-0,327	1	-0,210
Gjennomsnittlig varighet opphold	0,064	0,148	-0,57**	-0,626**	0,461*	-0,210	1

N=23

Datakilde: NPR og SSB

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

Tabell 8.3 viser at:

- HF-områder med høy personelldekning har signifikant høyere døgnplassdekning, døgnopphold, utskrivninger og døgnrater per innbyggere enn HF-områder med lav personelldekning.

- HF-områder med høy døgnplassdekning har signifikant høyere personelldekning, døgnopphold, utskrivninger samt døgnrater per innbyggere enn HF-områder med lav døgnplassdekning.
- HF-områder med høy døgnoppholdsrate har signifikant høyere personelldekning, døgnplassdekning og antall utskrivninger og døgn per innbyggere, samt opphold av kortere varighet enn HF-områder med færre opphold.
- HF-områder med høy utskrivningsrate har signifikant høyere personelldekning, døgnplassdekning og oppholdsrate, samt opphold av kortere varighet enn helseforetaksområder med lavere utskrivningsrate.
- HF-områder med høye døgnrater har signifikant høyere personelldekning, døgnplassdekning, døgnoppholdsrate samt opphold av lengre varighet enn HF-områder med lave døgnrater.
- Konsultasjonsrate er ikke signifikant korrelert med noen av de øvrige indikatorer.
- HF-områder med høy gjennomsnittlig varighet for døgnopphold har signifikant lavere oppholdsrate, utskrivningsrate, samt høyere døgnrater enn HF-områder med lavere varighet på døgnopphold.

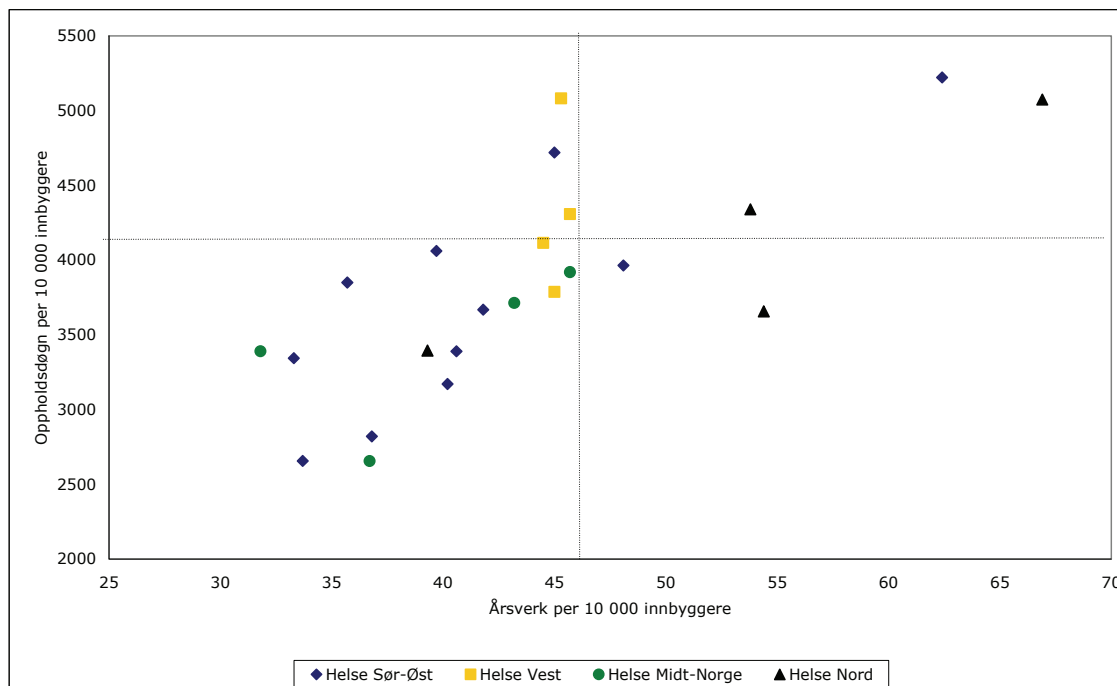
8.5.2 Personelldekning og døgnrater i det psykiske helsevernet for voksne

Tabell 8.3 viste at det er en signifikant sammenheng mellom personelldekning og døgnrater i det psykiske helsevernet for voksne (Pearsons $r=0,74$). I figur 8.5 presenteres denne sammenhengens grafisk. Langs x-aksen vises antall årsverk per 10 000 innbyggere og langs y-aksen antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere. De ulike helseforetaksområdenes regiontilhørighet er markert med ulike symboler og farger.

I figuren er landsgjennomsnittet for personelldekning og døgnraten markert med en vertikal og en horisontal stiplede linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

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

Figur 8.5 illustrer den positive sammenheng mellom helseforetaksområdenes personelldekning og antall oppholdsdøgn per innbyggere. Helseforetaksområder med høy personelldekning har en tendens til å ha høyere døgnrate enn HF-områder med lav årsverksinnsats. Eksempelvis har Ringerike HF-område lav personelldekning og lav døgnrate, mens Finnmark foretaksområde har høye rater for begge indikatorer. Samtidig ser vi at enkelte foretaksområder ligger utenfor denne aksens.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.5 Personelldekning (x-aksen) og oppholdsdøgnrate (y-aksen) i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder. 2007

Et stort flertall av foretaksområdene ligger i nedre venstre kvadrant med personelldekning og døgnrater under landsgjennomsnittet (15 av 23 foretaksområder). Blant disse foretaksområdene kan mulige ressursprofiler enten være lav døgnplassdekning eller lav beleggsprosent.

Kun tre foretaksområder er lokalisert i øvre høyre kvadrant med både høy personelldekning og høye døgnrater. For disse foretaksområdene vil forbruksprofilene trolig være preget av høyt forbruk av døgnbaserte behandlingstilbud, enten med mange og/eller lange døgnopphold, gjerne i kombinasjon med lett tilgjengelighet til polikliniske tilbud.

I de øvrige to kvadrantene er det totalt fem foretaksområder. Hf-områder med høy personelldekning og lav døgnrate, kan ha behandlingstilbud med vekt på polikliniske tilbud og/eller lav døgnplassdekning eller lav beleggsprosent. Motsatt vil HF-områder med lav personelldekning og høye døgnrater trolig ha lange eller mange opphold i døgninstitusjon med relativt lav bemanning.

Ut fra figur 8.5 kan vi ikke si mer eksakt om hvilken type døgnopphold (mange korte eller flere lange opphold) eller forbruksprofil som karakteriserer de enkelte foretaksområder, vi må da sette indikatorene i relasjon til antall opphold/utskrivninger og polikliniske konsultasjoner. Dette vil bli gjort i neste avsnitt.

8.5.3 Sammenstilling av ressurs- og forbruksindikatorer i det psykiske helsevernet for voksne

Tabell 8.4 presenterer ressurs- og forbruksrater etter pasientens bostedsregion og helseforetaksområde innen det psykiske helsevernet for voksne i 2007, og tabell 8.5 viser hvordan de ulike helseforetaksområdene skiller seg fra landsgjennomsnittet når det gjelder personelldekning, døgnplassdekning og forbruksrater. Figur 8.6 og 8.7 illustrerer ratene i prosent av landsgjennomsnittet for henholdsvis personelldekning og oppholdsdøgn, samt døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Da det er små differanser i de relative forbruks-

ratene mellom døgnopphold og utskrivninger, samt døgn og døgnplasser er utskrivninger og døgnplasser utelatt i figur 8.6 og 8.7.

Tabell 8.4 Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre. 2007

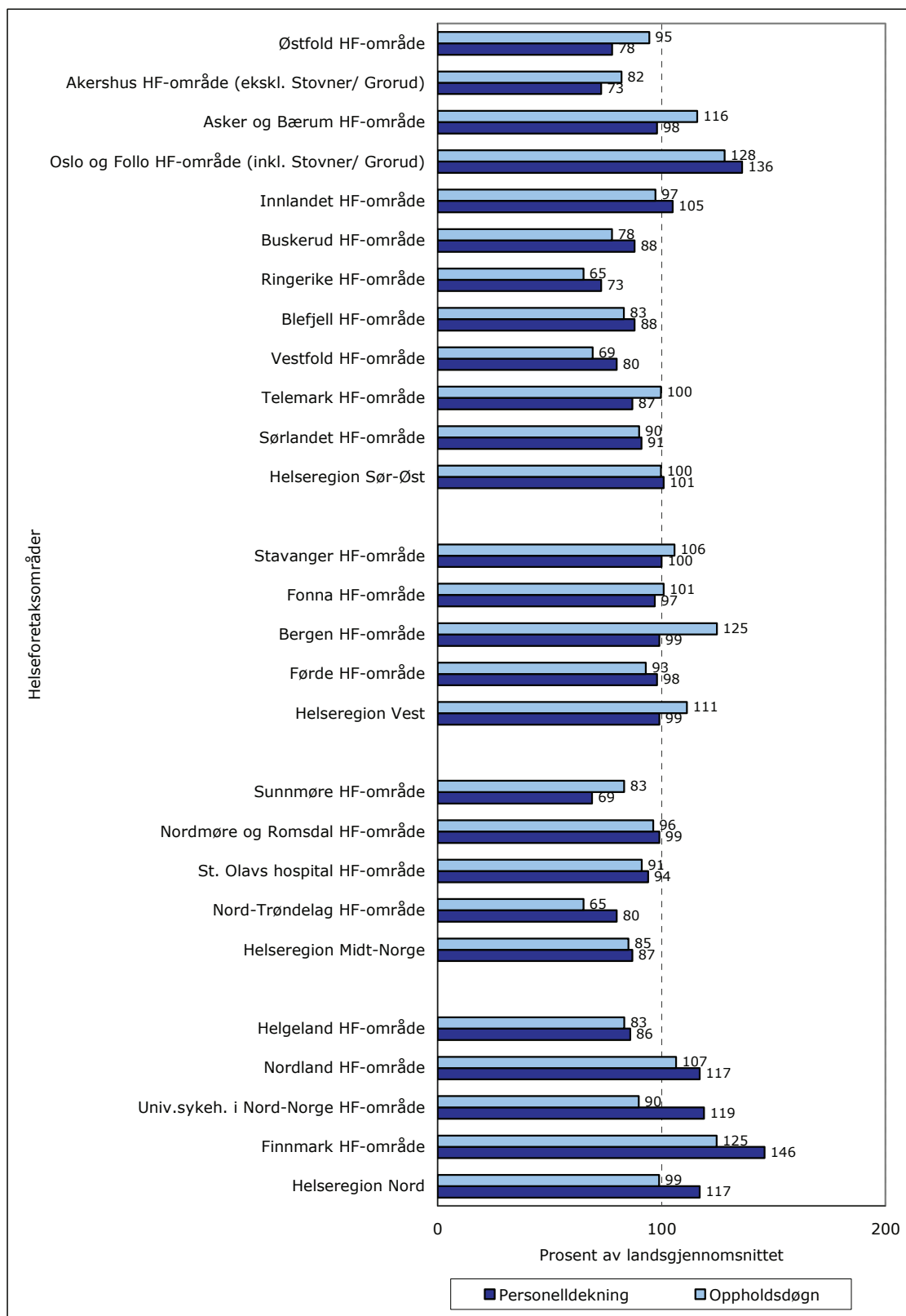
Bostedsregion/ HF-område	Årsverk per 10 000 innb.	Plasser per 10 000 innb.	Døgnopp- hold per 10 000 innb.	Utskriv- inger per 10 000 innb.	Døgn per 10 000 innb.	Konsulta- sjoner per 10 000 innb.
Østfold HF-område	35,7	11,6	144	135	3 849	1 516
Akershus HF-område	33,3	9,9	101	93	3 344	2 401
Asker og Bærum HF- område	45,0	13,9	101	86	4 719	2 226
Oslo og Follo HF-område	62,4	16,2	143	129	5 222	3 033
Innlandet HF-område	48,1	12,9	123	112	3 964	2 040
Buskerud HF-område	40,2	10,1	118	110	3 171	2 539
Ringerike HF-område	33,7	9,9	98	91	2 656	3 444
Blefjell HF-område	40,6	12,0	126	119	3 389	2 823
Vestfold HF-område	36,8	10,4	122	115	2 820	3 614
Telemark HF-område	39,7	13,3	124	114	4 061	4 701
Sørlandet HF-område	41,8	13,0	195	185	3 668	2 635
Helseregion Sør-Øst	46,2	13,0	134	123	4 064	2 704
Stavanger HF-område	45,7	14,3	154	142	4 307	3 156
Fonna HF-område	44,5	14,3	162	151	4 114	2 775
Bergen HF-område	45,3	14,0	143	129	5 081	1 648
Førde HF-område	45,0	12,6	121	111	3 787	2 273
Helseregion Vest	45,2	14,0	147	135	4 533	2 381
Sunnmøre HF-område	31,8	11,9	158	151	3 390	2 539
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	45,7	11,7	155	148	3 919	3 526
St. Olavs Hospital HF- område	43,2	12,2	135	125	3 713	3 212
Nord-Trøndelag HF- område	36,7	11,0	128	121	2 655	3 337
Helseregion Midt-Norge	40,1	11,8	141	133	3 472	3 156
Helgeland HF-område	39,3	11,3	106	98	3 394	3 168
Nordland HF-område	53,8	13,8	156	144	4 339	2 447
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	54,4	12,1	191	182	3 657	3 169
Finnmark HF-område	66,9	18,8	247	231	5 074	2 446
Helseregion Nord	53,7	13,5	177	165	4 030	2 863
Totalt	45,9	13,1	142	131	4 073	2 717

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 8.5 Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre i prosent av nivået på landsbasis. 2007

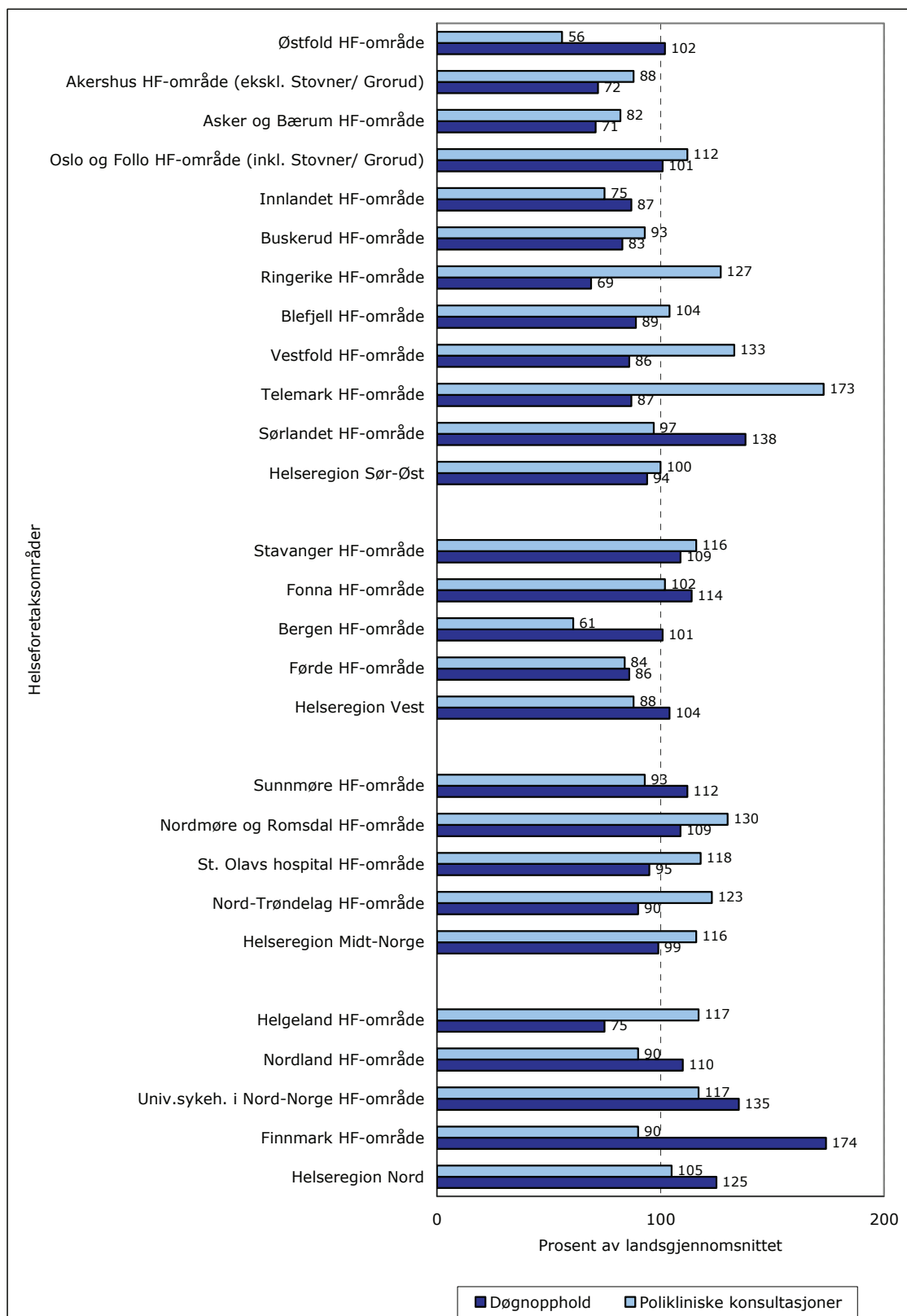
	Årsverk i prosent av landsgj.sn.	Plasser i prosent av landsgj.sn.	Døgnopph. i prosent av landsgj.sn.	Utskrivinger i prosent av landsgj.sn.	Døgn i prosent av landsgj.sn.	Konsultasjoner i prosent av landsgj.sn.
Østfold HF-område	78	88	102	103	95	56
Akershus HF-område	73	76	72	71	82	88
Asker og Bærum HF-omr.	98	106	71	66	116	82
Oslo og Follo HF-område	136	124	101	99	128	112
Innlandet HF-område	105	99	87	85	97	75
Buskerud HF-område	88	77	83	84	78	93
Ringerike HF-område	73	75	69	69	65	127
Blefjell HF-område	88	92	89	91	83	104
Vestfold HF-område	80	79	86	87	69	133
Telemark HF-område	87	101	87	87	100	173
Sørlandet HF-område	91	99	138	142	90	97
Helseregion Sør-Øst	101	99	94	94	100	100
Stavanger HF-område	100	109	109	109	106	116
Fonna HF-område	97	109	114	115	101	102
Bergen HF-område	99	107	101	99	125	61
Førde HF-område	98	96	86	85	93	84
Helseregion Vest	99	107	104	103	111	88
Sunnmøre HF-område	69	90	112	115	83	93
Nordmøre og Romsdal HF-område	99	89	109	113	96	130
St. Olavs Hospital HF-omr	94	93	95	96	91	118
Nord-Trøndelag HF-omr.	80	84	90	92	65	123
Helseregion Midt-Norge	87	90	99	102	85	116
Helgeland HF-område	86	86	75	75	83	117
Nordland HF-område	117	106	110	110	107	90
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	119	92	135	139	90	117
Finnmark HF-område	146	143	174	176	125	90
Helseregion Nord	117	103	125	126	99	105
Totalt	100	100	100	100	100	100

Datakilde: NPR og SSB



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.6 Personellinnsats og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2007



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.7 Døgnopphold og polikliniske konsultasjoner etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet, 2007

Befolkningens tilgjengelighet til det psykiske helsevernet kan både være forskjellig og av ulik karakter avhengig av bosted. En sammenstilling av ressurs- og forbruksrater i helseforetaksområdene synliggjør helseregionenes og helseforetakenes ulike profiler med hensyn til behandlingstilbud til befolkningen i opptaksområdene.

Tabell 8.4 og 8.5 viser at det i 2007 fortsatt er variasjoner både mellom regioner og helseforetaksområder når det gjelder ressursinnsats og forbruk av tjenester. Forskjellene er gjennomgående større mellom helseforetaksområder enn mellom helseregioner for alle utvalgte indikatorer (tabell 8.8). Dette betyr at tall på regionnivå dekker over betydelige forskjeller mellom foretaksområdene internt i helseregionene. Mellom HF-områdene er forskjellene størst i tallet på utskrivninger i døgninstitusjoner (CV =0,26), noe som indikerer ulike profiler i det døgnbaserte tjenestetilbudet. Forskjellene i den polikliniske konsultasjonsraten er imidlertid nesten i samme størrelsesorden (CV=0,25), og viser at tilgjengeligheten til det polikliniske behandlingstilbudet også varierer mellom foretaksområdene.

Helseregion Sør-Øst

Helseregion Sør-Øst preges av helseforetaksområder med flere ulike ressurs- og forbruksprofiler. Figur 8.6 og 8.7 illustrerer stor variasjon i dekning og forbruksrater mellom foretaksområdene, og tabell 8.8 viser at forskjellene mellom HF-områder innad i regionen er størst for polikliniske forbruksrater (CV=0,31, tabell 8.8). Det er også relativt stor variasjon i mellom helseforetaksområdene i oppholds- og utskrivningsrater (CV=0,22, CV=0,23) i døgninstitusjoner, samt i antall oppholdsdøgn (CV=0,21) og dekning av personell (CV=0,20). Kun helseregion Nord har større forskjeller mellom sine helseforetaksområder i personell – og døgnplassdekning og i oppholds- og utskrivningsrater.

Oslo og Follo helseforetaksområde har regionens største kapasitet i form av høye rater for personellinnsats og døgnplasser. I kombinasjon med en høy døgnrate og gjennomsnittlige oppholds- og utskrivningsrater, indikerer dette relativt lange behandlingsopphold i døgninstitusjonene. Befolkningen i HF-området mottar også poliklinisk behandling i et større omfang enn gjennomsnittet for landet.

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

Motsatt har Sørlandet helseforetaksområde svært høye oppholds- og utskrivningsrater (38 og 42 prosent over landsgjennomsnittet), parallelt med ressursinnsats og døgnrater under landsgjennomsnittet. Behandlingstilbudet for befolkningen i dette foretaksområde er preget av flere og kortere døgnopphold enn i foretaksområder i resten av regionen, parallelt med at det polikliniske forbruket er under landsgjennomsnittet.

For de øvrige helseforetaksområdene i tidligere helseregion Sør ser vi samme tendens når det gjelder bruk av døgn tjenester, dvs. relativt korte døgnopphold. Disse foretaksområdene preges imidlertid av langt høyere polikliniske forbruksrater. Befolkningen i Ringerike, Blefjell, Vestfold og Telemark helseforetaksområder har konsultasjonsrater over landsgjennomsnittet (mellom 104-173 prosent av gjennomsnittet). Buskerud foretaksområde har også relativt høyere rater for poliklinisk behandling enn forbruksrater for døgnbaserte tjenester. Ressursinnsatsen i disse foretakene er alle under landsgjennomsnittet, med unntak for Telemark foretaksområde hvor døgnplassdekningen tilsvarer gjennomsnittet for landet.

Oppsummert preges regionen av helseforetaksområder med ulike ressurs- og forbruksprofiler; HF-områdene i tidligere Helse Øst tenderer til å ha høyere ressursdekning, lengre døgnopphold og lavere polikliniske rater enn helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør. Til tross for gjennomsnittlige konsultasjonsrater for helseregionen samlet, er det store forskjeller i tilgjengelighet mellom foretaksområdene målt i polikliniske forbruksrater. Det er også betydelige forskjeller i tilgjengeligheten målt i antall døgnopphold. Tall for helseregionen viser oppholds- og utskrivningsrater under landsgjennomsnittet, samt gjennom-

snittlige rater for ressursinnsats (personell og døgnplasser) og oppholds-døgn. Dette indikerer at helseregionen relativt sett har færre og lengre døgnopphold enn gjennomsnittet for landet.

Helseregion Vest

Innad i helseregion Vest ser det ut til å være mindre forskjeller mellom helseforetaksområdene både når det gjelder ressursinnsats og forbruksrater, sammenliknet med Helse Sør-Øst. Tabell 8.8 viser at forskjellene mellom HF-områdene innad i Helse Vest er størst for polikliniske konsultasjonsrater ($CV=0,26$), mens forskjellene i personell- og døgnplassdekning er svært lav ($CV=0,01$ og $CV=0,06$).

Med unntak for Førde HF-område, har alle foretaksområder i regionen døgnplassdekning og døgnrater over gjennomsnittet for landet. Samtlige foretaksområder har personelldekning på eller opp mot landsgjennomsnittet (fra 97 til 100 prosent av landsgjennomsnittet).

Høye døgnrater i kombinasjon med gjennomsnittlige oppholds- og utskrivningsrater i Bergen foretaksområde (125 prosent av landsgjennomsnittet) indikerer at befolkningen i Bergen HF-område har lengre døgnopphold enn befolkningen i Fonna og Stavanger foretaksområder, som har døgnoppholds- og utskrivningsrater over landsgjennomsnittet. Befolkningen i Stavanger og Fonna HF-områder har til gjengjeld høyere poliklinisk forbruk, med konsultasjonsrater over landsgjennomsnittet. For Bergen HF-område ligger den polikliniske konsultasjonsraten nær 40 prosent under landsgjennomsnittet.

Førde helseforetaksområde, som både har ressurs- og forbruksindikatorer under gjennomsnittet for landet, har i likhet med Bergen relativt sett høyere forbruksrater for døgnbaserte tjenester enn poliklinisk tjenester. Forholdet mellom døgnrater og oppholds-rater, indikerer at befolkningen i HF-område har relativt lange døgnopphold i institusjonene sammenliknet landsgjennomsnittet.

Oppsummert har helseforetaksområdene i Helse Vest langt på vei en ressurs- og forbruksprofil som preges av høy døgnplassdekning og høyt forbruk av døgn-tjenester. Helseregionen samlet har både døgnplassdekning, døgnrater og oppholds-rater over gjennomsnittet for landet i 2007. Døgnratene er imidlertid relativt høyere enn oppholds-ratene, noe som tilsier at døgnopphold i regionen er lengre enn landsgjennomsnittet. Det er relativt små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene mellom helseforetaksområdene målt i antall døgnopphold. Helse Vest har den laveste konsultasjonsraten blant regionene, men forskjellene mellom helseforetakene i tilgjengelighet til polikliniske tjenester er relativt stor.

Helseregion Midt-Norge

Tall for helseregion Midt-Norge viser at regionen har den høyeste raten for polikliniske konsultasjoner og laveste ressursinnsats per innbygger både når det gjelder personell og døgnplasser.

Helseregion Midt-Norge er den regionen som har de minste forskjellene mellom foretaksområdene innad i regionene for de fleste utvalgte indikatorene. Både når det gjelder døgnplassdekning ($CV=0,04$), oppholds- og utskrivningsrater ($CV=0,10$ og $0,11$), samt rater for polikliniske konsultasjoner ($CV=0,14$) har regionen de laveste variasjonskoeffisientene (tabell 8.8). Størst er forskjellene mellom foretaksområdene i personelldekning ($CV=0,16$).

Innad i regionen har alle HF-områder personell- og døgnplassdekning under landsgjennomsnittet. Med unntak av Sunnmøre foretaksområde, har også samtlige helseforetaksområder polikliniske rater over landsgjennomsnittet. Sunnmøre og Nordmøre og Romsdal HF-områder har i tillegg høye rater for døgnopphold og utskrivninger, noe som indikerer flere opphold i døgninstitusjonene enn gjennomsnittet for landet. St. Olavs Hospital og Nord-Trøndelag HF-områder har derimot oppholds- og utskrivningsrater under gjennomsnittet for

landet, noe som tilsier færre døgnopphold sammenliknet med landsgjennomsnittet. Alle foretaksområder har relativt lavere døgnrate enn oppholds- og utskrivningsrater, og dette indikerer at døgnoppholdene er av relativt kort varighet.

Oppsummert preges helseregion Midt-Norge av poliklinisk fokus i tre av fire foretaksområder. I tillegg tenderer alle HF-områder til å ha relativt korte opphold i døgninstitusjonene, to foretaksområder har imidlertid flere opphold enn gjennomsnittet for landet. Det er relativt små forskjeller mellom helseforetaksområdene i tilgjengelighet til det psykiske helsevernet, både målt i polikliniske konsultasjoner og opphold i døgninstitusjoner. Mens regionen har den høyeste polikliniske forbruksraten blant helseregionene, har samtlige foretaksområder i regionen lavere ressursinnsats enn landsgjennomsnittet.

Helseregion Nord

Blant helseregionene er det størst variasjon i ressurser og forbruk mellom HF-områdene innad i helseregion Nord. Forskjellene mellom foretaksområdene er størst i antall døgnopphold per innbyggere (CV=0,34) og utskrivninger per innbyggere (CV=0,34). Dette indikerer ulike profiler med hensyn til bruk av døgnbaserte tjenester. Forskjeller i personelldekning (CV=0,21) og døgnplassdekning (CV=0,24) mellom HF-områdene i helseregion Nord, er også størst blant regionene. De minste forskjellene innad i regionen ser vi for polikliniske forbruksrater (CV=0,15) (tabell 8.8).

Med unntak for Helgeland HF-område, som har en klar poliklinisk profil, har de øvrige foretaksområdene mange døgnopphold. Mens befolkningen i opptaksområde til Universitetssykehuset i Nord-Norge har mange korte opphold (høye utskrivnings- og oppholdsrate og lav døgnrate), indikerer forholdet mellom døgn- og oppholdsrate at befolkningen i Nordland HF-område har opphold av noe lengre varighet, men under landsgjennomsnittet. Finnmark foretaksområde har svært mange opphold per innbyggere, landets høyeste oppholds- og utskrivningsrater (174 og 176 prosent av landsgjennomsnittet), samtidig som de topper personell- og døgnplassdekning med rater som utgjør over 140 prosent av landsgjennomsnittet. Foretaket har derfor også relativt høye døgnrater (125 prosent av landsgjennomsnittet), men på grunn av spesielt høye oppholds- og utskrivningsrater, er døgnoppholdene av relativt kort varighet. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF-område kombinerer mange opphold i døgninstitusjoner med høy poliklinisk aktivitet, og har polikliniske konsultasjonsrater over landsgjennomsnittet.

Helgeland HF-område har ressurs- og forbruksrater for døgntjenester under landsgjennomsnittet. Men en relativt høyere døgnrate enn oppholds- og utskrivningsrater, indikerer at døgnoppholdene er av lengre varighet enn i de andre foretaksområdene i regionen.

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

8.5.4 Ressursinnsats og kapasitetsutnyttning det psykiske helsevernet for voksne

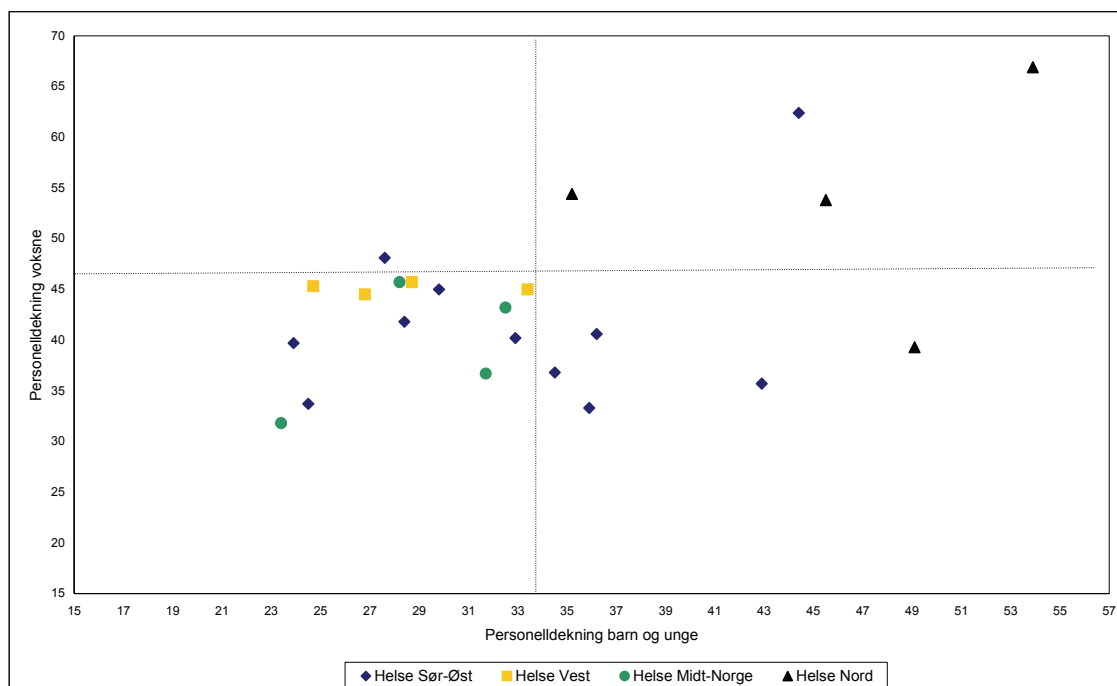
En sammenstilling av døgnplassdekning i helseforetaksområdene og beleggsprosent i døgninstitusjoner i foretakene i det psykiske helsevernet for voksne, viser at det ikke er noen signifikant sammenheng mellom disse i 2007. Dette indikerer at det ikke er et press på døgninstitusjonene i form av at HF-områder med lav døgnplassdekning har høy beleggsprosent.

8.6 Ressurs- og forbruksprofil blant HF-områdene i tjenestene til barn, unge og voksne

Vi har så langt sett atskilt på tilbudet til henholdsvis barn, unge og voksne i det psykiske helsevernet. I dette avsnittet vil vi undersøke om det er noen sammenheng mellom tilbudet til de to målgruppene. Er det eksempelvis slik at HF-områder med høye ressurs- og forbruksrater for barn og unge også har høye rater for voksne? Eller er det slik at de regionale helseforetakene prioriterer mellom målgruppene.

Indikatorerne for ressursinnsats er identiske for de to målgruppene, og det er derfor mulig å sammenlikne rater for personell og døgnplassdekning. Indikatorerne for bruk av tjenester er imidlertid ulike i tjenestene til barn og unge og voksne.

Figur 8.8 viser personelldekningen i helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og tjenestene til voksne (y-aksen). Figur 8.9 illustrerer personelldekningen i prosent av landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.8 Personelldekning i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og voksne (y-aksen). Årsverk per 10 000 innbyggere. 2007

Figuren viser at det er en signifikant positiv sammenheng mellom ressursinnsatsen i tjenestene til barn, unge og voksne (Pearsons $r = 0,51$), målt i årsverk per innbyggere. Helseforetaksområder med høy dekning i tjenestene til barn og unge, har en tendens til å ha høye rater også i tjenestene for voksne, og omvendt. Majoriteten av helseforetaksområdene har personelldekning under landsgjennomsnittet for begge målgrupper. Dette gjelder samtlige HF-områder i helseregion Vest og Midt-Norge, samt fem av 11 HF-områder i helseregion Sør-Øst. Fire foretaksområder har dekning av personell over gjennomsnittet for begge målgrupper, hvorav tre er fra helseregion Nord. Kun seks foretaksområder faller utenfor denne aksene, hvorav fem HF-områder har høye rater for barn og unge og lave rater for voksne sett i relasjon til landsgjennomsnittet, mens ett foretaksområde har relativt høye rater for voksne og lave for barn og unge.

Når det gjelder døgnplassdekning i helseforetaksområdene, er det ingen tilsvarende sammenheng mellom de to tjenesteområdene. Figur 8.10 viser døgnplassdekningen i de ulike foretaksområdene for de to målgruppene, i prosent av landsgjennomsnittet.

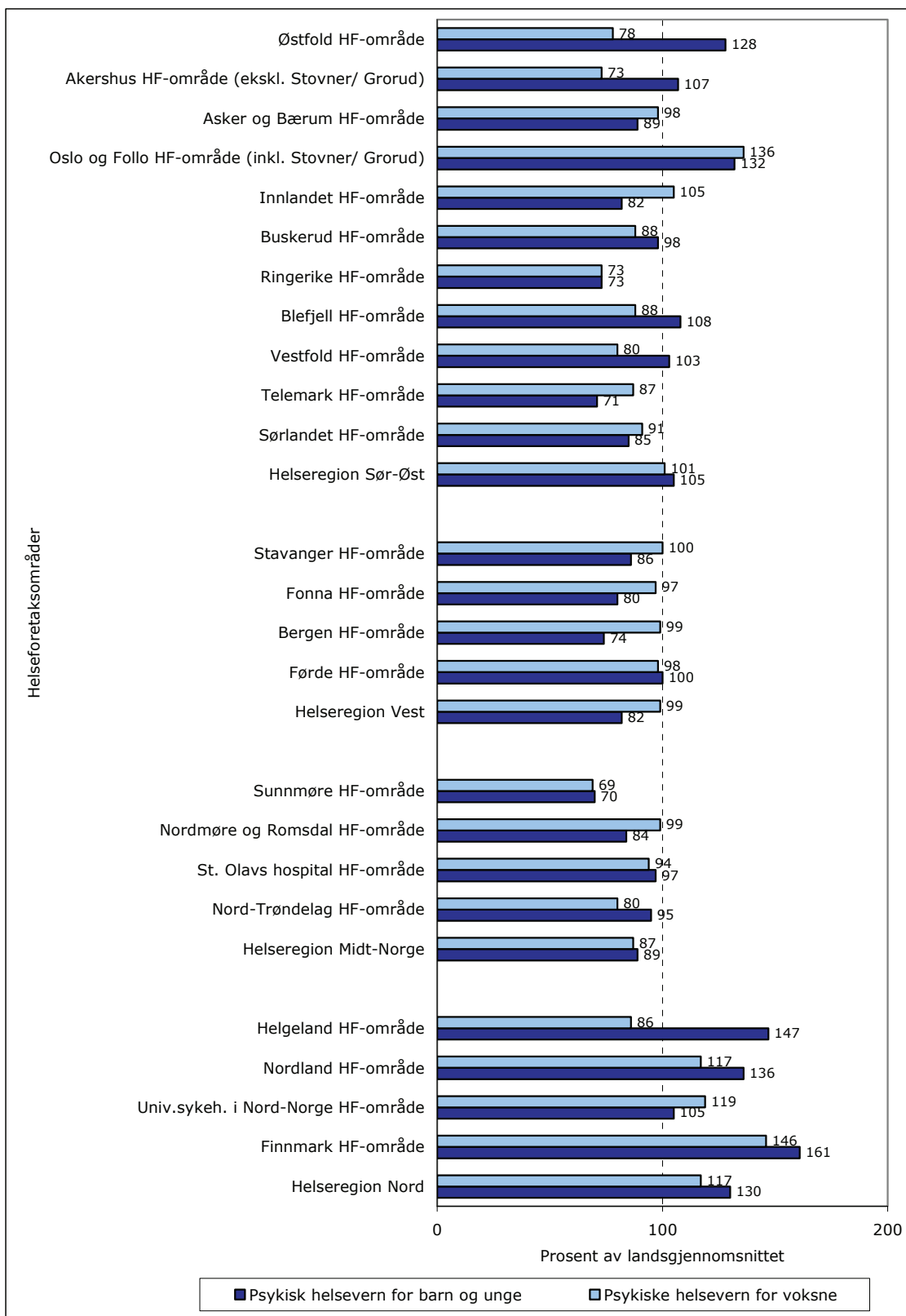
I spørsmålet om eventuelle sammenfall i profiler i det psykiske helsevernet for henholdsvis barn og unge og voksne, kan man i helseregion Sør-Øst se et skille mellom tidligere helseregion Øst og Sør for begge målgrupper i forholdet mellom døgnbaserte versus polikliniske tjenester. For begge målgrupper er helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst i større grad preget av døgnbaserte tilbud enn i gamle helseregion Sør (se døgnplassdekning figur 8.10), hvor HF-områdene har større poliklinisk fokus (se polikliniske rater for voksne i tabell 8.7). Mens helseregion Sør-Øst har de største forskjellene i døgnplassdekning i tjenestene til barn og unge blant regionene ($CV=0,53$), har tjenestene til voksne den største forskjellen i polikliniske konsultasjonsrater ($CV=0,31$). Dette indikerer også at det er store variasjoner i tjenestetilbudet for begge målgrupper i regionen.

Mens helseregion Midt-Norge har ressursinnsats under landsgjennomsnittet for begge målgrupper, har den voksne befolkningen i regionen landets høyeste forbruk av polikliniske tjenester (tabell 8.4 og 8.5). Dekningsgraden for barn og unge er under landsgjennomsnittet i tre av fire helseforetaksområder (tabell 8.6). Foretaksområdet som har nådd femprosentmålet (Nordmøre og Romsdal HF-området) har lav døgnplassdekning og klar poliklinisk profil (se figur 8.10).

Helseregion Vest preges også av ulike ressurs- og forbruksprofiler for de to målgruppene. Mens tjenestene til barn og unge har rater under landsgjennomsnittet, er tjenestene til voksne preget av relativt høy døgnplassdekning (figur 8.10) og høyt forbruk av døgn-tjenester (tabell 8.4 og 8.5). Foruten Førde HF-område, har voksne gjennomgående relativt høyere personelldekning og forbruksrater enn barn og unge (se figur 8.9, tabell 8.5 og 8.6).

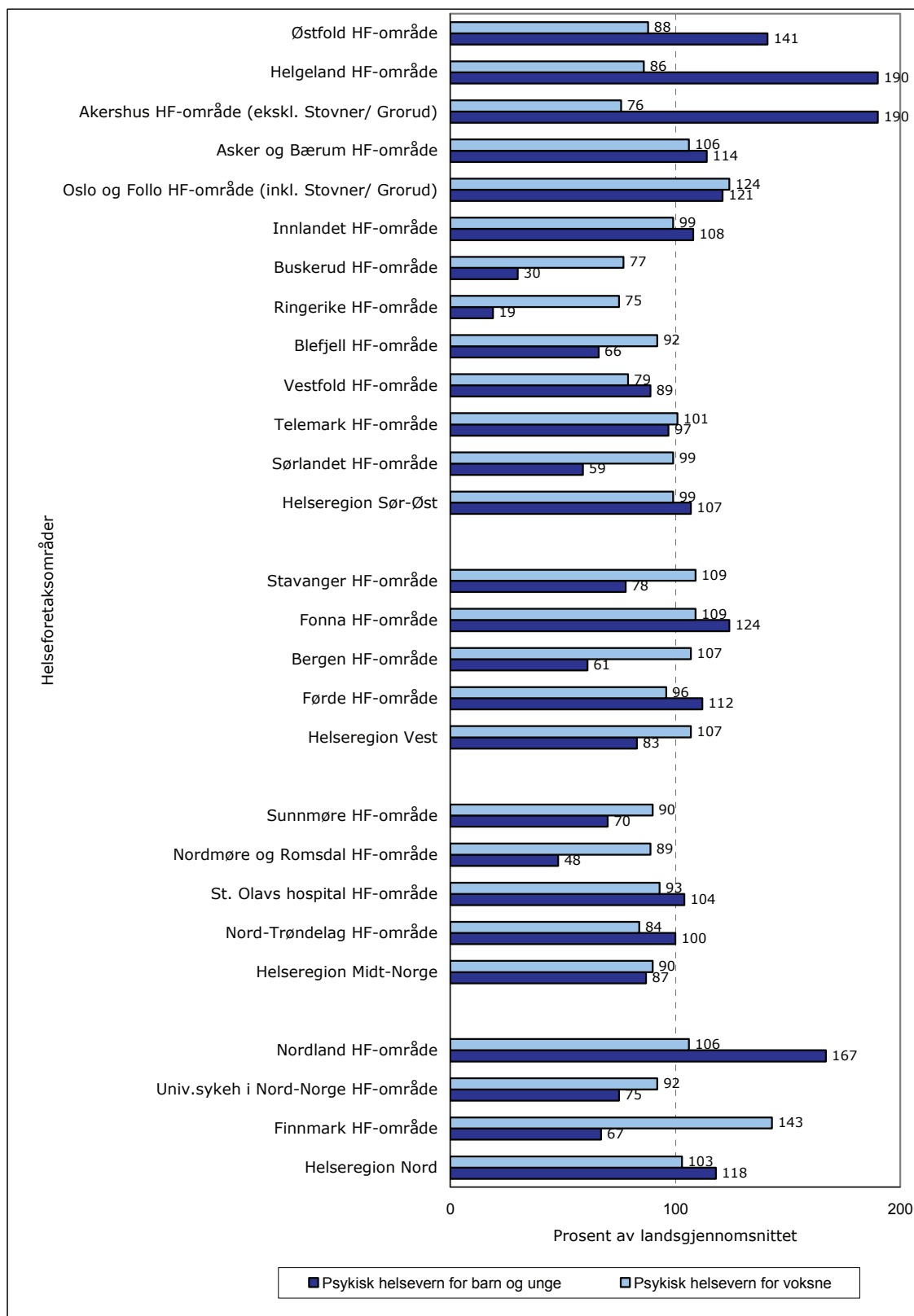
Felles i helseregion Nord er at begge målgrupper har høy ressursinnsats og et høyt forbruk av tjenester (tabell 8.5 og 8.6). Både tjenestene til barn, unge og voksne har ressursrater over landsgjennomsnittet, parallelt med god tilgjengelighet til tjenestene. Begge tjenesteområder har et variert og sammensatt behandlingstilbud, med foretaksområder med ulik miks av både polikliniske og døgnbaserte tjenestetilbud.

Oppsummert kan vi til dels konstatere en felles profil mellom tjenestene til barn og unge og voksne for HF-områdene i de ulike helseregionene. Mens vi ser en signifikant sammenheng mellom personelldekning til de to målgruppene, finner vi ingen tilsvarende samvariasjon i døgnplassdekningen. Når det gjelder befolkningens bruk av tjenester, kan vi for begge målgrupper se høye forbruksrater i helseregion Nord. I helseregion Sør-Øst er det tendens til et skille mellom helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst og Sør for begge målgrupper, i forholdet mellom døgnbaserte versus polikliniske tjenester. I helseregion Vest ser man motsatt profil mellom målgruppene i forbruk av tjenester, barn og unge har forbruksrater under landsgjennomsnittet mens voksne har et høyt forbruk av døgntjenester. I helseregion Midt-Norge er det relativt lav ressursinnsats i begge målgrupper, men forbruksprofilen er ulik, høyt polikliniske forbruk blant voksne og relativt lav dekningsgrad for barn og unge.



Datakilde: NPR

Figur 8.9 Personelldekning i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. 2007



Datakilde: NPR

Figur 8.10 Døgnplassdekning i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. 2007

Tabell 8.6 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2007

Bostedsregion / HF-område	Ressursinnsats		Behandlede pasienter	
	Årsverk per 10 000 innb.i prosent av landsgj.snippet	Plasser per 10 000 innb.i prosent av landsgj.snippet	Polikliniske pasienter i pst. av landsgj.sn.	Pasienter totalt i pst. av landsgj.snippet
Østfold HF-område	128	141	114	119
Akershus HF-område	107	190	77	78
Asker og Bærum HF-område	89	114	94	94
Oslo og Follo HF-område	132	121	99	101
Innlandet HF-område	82	108	108	108
Buskerud HF-område	98	30	94	92
Ringerike HF-område	73	19	147	144
Blefjell HF-område	108	66	138	136
Vestfold HF-område	103	89	101	99
Telemark HF-område	71	97	120	118
Sørlandet HF-område	85	59	107	105
Helseregion Sør-Øst	105	107	104	104
Stavanger HF-område	86	78	66	65
Fonna HF-område	80	124	86	85
Bergen HF-område	74	61	77	78
Førde HF-område	100	112	109	108
Helseregion Vest	82	83	78	78
Sunnmøre HF-område	70	70	76	80
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	84	48	113	113
St. Olavs Hospital HF-område	97	104	87	86
Nord-Trøndelag HF-område	95	100	93	92
Helseregion Midt-Norge	89	87	91	91
Helgeland HF-område	147	190	139	137
Nordland HF-område	136	167	154	152
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	105	75	125	125
Finnmark HF-område	161	67	161	163
Helseregion Nord	130	118	141	141
Totalt	100	100	100	100

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 8.7 Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad innen det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk, døgnplasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2007

		Personell- dekning	Døgnplass- dekning	Dekningsgrad polikliniske pasienter	Dekningsgrad pasienter totalt
Forskjeller mellom helseforetaksområder:					
Helse Sør-øst	SD	6,8	1,5	0,9	0,8
	CV	0,21	0,53	0,19	0,18
Helse Vest	SD	3,7	0,8	0,8	0,7
	CV	0,13	0,31	0,22	0,21
Helse Midt-Norge	SD	4,1	0,79	0,6	0,6
	CV	0,14	0,32	0,17	0,16
Helse Nord	SD	7,9	1,9	0,7	0,7
	CV	0,17	0,51	0,11	0,11
Landet	SD	8,41	1,39	1,16	1,17
	CV	0,25	0,47	0,24	0,24
Forskjeller mellom helseregioner:					
	SD	7,11	0,54	1,20	1,20
	CV	0,21	0,18	0,26	0,26

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 8.8 Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad av tjenester innen det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk, døgnplasser, døgnopphold, utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2007

		Personell- dekning	Døgnplass- dekning	Døgnopp- hold	Utskriv- inger	Døgn	Konsulta- sjoner
Forskjeller mellom helseforetaksområder:							
Helse Sør-Øst	SD	8,2	1,9	27	27	770	869
	CV	0,20	0,16	0,22	0,23	0,21	0,31
Helse Vest	SD	0,5	0,8	17	17	549	652
	CV	0,01	0,06	0,12	0,13	0,13	0,26
Helse Midt-Norge	SD	6,3	0,5	14	15	554	429
	CV	0,16	0,04	0,10	0,11	0,16	0,14
Helse Nord	SD	11,3	3,4	59	56	752	416
	CV	0,21	0,24	0,34	0,34	0,18	0,15
Landet	SD	8,8	2,1	34	33	725	702
	CV	0,20	0,16	0,25	0,26	0,19	0,25
Forskjeller mellom helseregioner:							
	SD	5,6	0,9	18	18	574	323
	CV	0,12	0,07	0,13	0,13	0,15	0,12

Datakilde: NPR og SSB

9 Diagnoser ved døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne

Ragnild Bremnes og Johan Håkon Bjørngaard

9.1 Sammendrag

Pasienter klassifisert med affektive lidelser sto for 28 prosent av de avsluttede døgnoppholdene for voksne i 2007, mens pasienter med schizofreni spektrum lidelser sto for 23 prosent av utskrivningene.

Halvparten av pasientene hadde opphold på ni dager eller mindre i 2007. I alt 68 prosent av pasienter med stoffrelaterte lidelser hadde opphold med varighet på under ni dager. Halvparten av pasientene som ble utskrevet med organiske lidelser hadde opphold med varighet på 19 dager eller mindre, mens halvparten av pasientene utskrevet med schizofreni spektrum lidelser og affektive lidelser hadde hhv 11 og 13 dager eller mindre varighet på oppholdene.

For landet som helhet var det om lag 31 utskrivninger per 10 000 voksne (18 år eller eldre) innbyggere i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser. Forskjellene mellom helseforetaksområdene var imidlertid betydelige. Mens Akershus hadde om lag 16 utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere for denne gruppen, hadde områdene for Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmark over 60 utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere.

Det var også store forskjeller i befolkningsbaserte utskrivningsrater mellom helseforetaksområdene for pasientgruppen affektive lidelser. Vestfold, Ringerike og Akershus hadde de laveste utskrivningsratene (om lag 24 per 10 000 voksne innbyggere). Finnmark skiller seg ut med 65 utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere i denne pasientgruppen. For landet totalt var det om lag 38 utskrivninger i diagnosegruppene affektive lidelser per 10 000 voksne innbyggere. Utskrivningsratene for både schizofreni spektrum lidelser og affektive lidelser var høyt korrelert med de total utskrivningsratene (korrelasjonskoeffisient=0,9). Utskrivningspraksisen for disse diagnosekategoriene gjenspeiler med andre ord den generelle utskrivningspraksisen i de forskjellige helseforetakene.

9.2 Innledning

Formålet med dette kapitlet er å presentere pasientsammensetningen ved døgninstitusjonene i det psykiske helsevernet for voksne i 2007. Datagrunnlaget er avsluttede opphold ved døgninstitusjonene dette året. Et opphold defineres som perioden hvor pasienten får sammenhengende døgnbehandling ved institusjonen. Dette innebærer at i de tilfeller en pasient har interne overføringer innen institusjoner, vil disse bli lenket sammen til ett opphold ved den enkelte institusjon. Enkelte pasienter kan ha flere institusjonsopphold i løpet av året. Noen behandlingsforløp karakteriseres av få, lange opphold ved samme enhet, mens andre består av hyppige og korte opphold. Dette er forhold som har betydning for antall opphold som presenteres, og som illustrerer at bruk av opphold har sine begrensninger som mål på aktivitet i det psykiske helsevernet for voksne.

Følgende tema blir belyst i kapitlet:

- andel pasienter utskrevet kategorisert i ulike diagnosegrupper
- oppholdstider for pasienter i ulike diagnosegrupper
- andel pasienter utskrevet kategorisert med hhv. schizofreni spektrum lidelser og affektive lidelser i helseforetaksområdene
- antall pasienter utskrevet kategorisert med hhv. schizofreni spektrum lidelser og affektive lidelser per 10 000 voksne (18 år eller eldre) innbyggere i helseforetaksområdene

9.3 Datagrunnlag

Analysene i dette kapitlet bygger på opplysninger om diagnoser, utskrivninger og oppholdsdøgn ved institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Datamaterialet er innhentet og kontrollert av Norsk Pasientregister (NPR) og tilrettelagt av SINTEF Helse.

Et institusjonsopphold er definert som den perioden en pasient får sammenhengende døgnbehandling ved institusjonen. Det vil si at i de tilfeller en person har interne avdelingsoverføringer, blir disse lenket sammen til ett institusjonsopphold. Enkelte pasienter kan ha flere institusjonsopphold i løpet av året (reinnleggelser).

Diagnosene spesifiseres etter ICD-10-systemet. ICD-10 er et klassifikasjons- og diagnose-system som er utgitt av Verdens Helseorganisasjon, og som klassifiserer sykdommer og beslektede helseproblemer (WHO, 1996). Diagnosesammensetningen er basert på grupper av hoveddiagnoser fra ICD-10. Følgende grupper blir benyttet i dette kapitlet:

- Organiske lidelser (kapittel F0)
- Stoffrelaterte lidelser (kapittel F1)
- Schizofreni spektrum lidelser (kapittel F2)
- Affektive lidelser (kapittel F3)
- Nevrotiske lidelser (kapittel F4)
- Fysiske atferdssyndromer (kapittel F5)
- Personlighetsforstyrrelser (kapittel F6)
- Andre diagnoser i ICD-10

Det er en viss usikkerhet om hvilken praksis som ligger til grunn for diagnostiseringen som er registrert i NPR-data. Dette gjelder for eksempel om det er anvendt spesifikke diagnostiske instrumenter (diagnostisk intervju), eller om det er enighet mellom forskjellige behandlere i den diagnosen som er satt.

Diagnosesammensetning og oppholdstider

Analyser som gjelder diagnosesammensetning og oppholdstider baseres på data fra et utvalg institusjoner med tilstrekkelig gode pasientdata. Pasientdata fra NPR gir ikke komplett informasjon om døgnaktivitet og diagnosesammensetning. Aggregerte aktivitetstall rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB) benyttes derfor for å kontrollere omfanget av døgnaktivitet. Institusjoner som ikke har levert pasientdata, eller som har levert pasientdata der opplysningene avviker mer enn 20 prosent fra de samleoppgavene institusjonene har levert til SSB i samme periode, utelates fra materialet. Institusjoner hvor diagnose ikke er angitt for mer enn 20 prosent av utskrivningene er også utelatt. Utvalget utgjør 59 av de totalt 106 døgn-enhetene i det psykiske helsevernet for voksne. Disse representerer 64 prosent av oppholdsdøgnene og 68 prosent av utskrivningene generert i det psykiske helsevernet for voksne i 2007. Diagnose er ikke angitt for syv prosent av utskrivningene i utvalget.

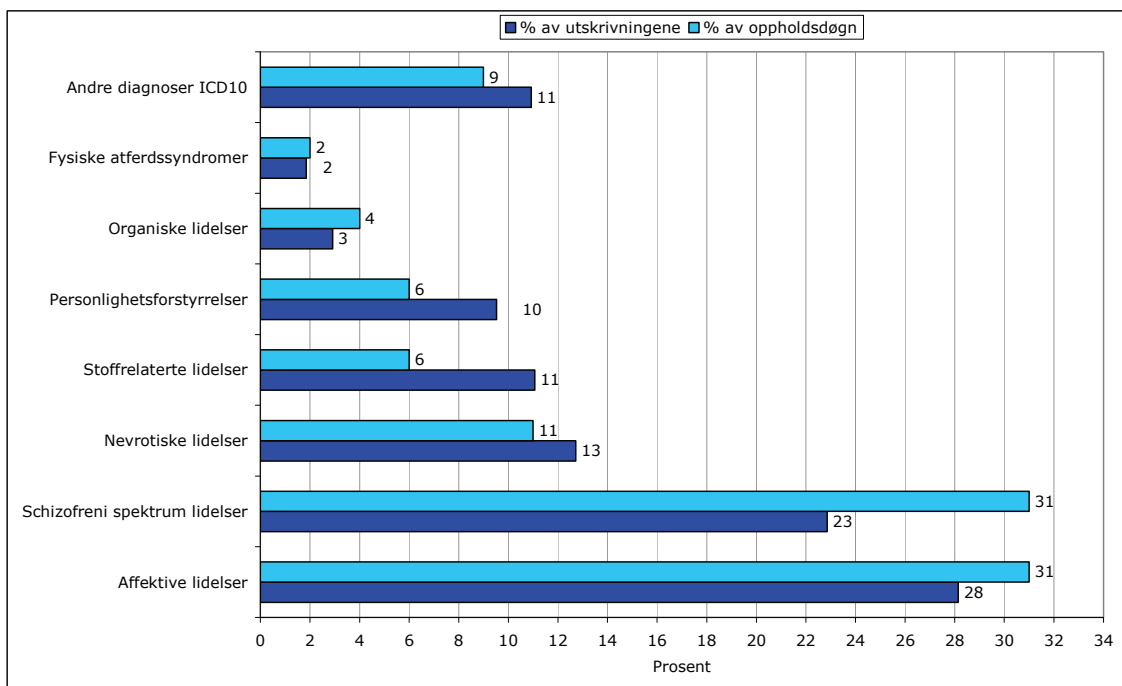
Geografisk variasjon i omfang av diagnosegrupper

For diagnosegruppene schizofreni spektrum lidelser og affektive lidelser beregnes befolkningsbaserte rater på helseforetaksområdenivå. Beregningene bygger på NPRs opplysninger om utskrivninger og diagnoser. For institusjoner som ikke har levert komplette pasientdata (11 døgnenheter) er opplysninger om antall utskrivninger hentet fra samleoppgaver innhentet av SSB. Utskrivningene fra hver døgnenhet ble fordelt ut på helseforetaksområdene ut fra hvor stor andel av de utskrevne pasientene som hørte hjemme i det enkelte helseforetaksområdet. For de institusjonene som ikke leverte komplette pasientdata, ble antall utskrivninger rapportert til SSB fordelt forholdsmessig mellom foretaksområdene ut fra områdenes andel utskrivninger i de pasientdata som er tilgjengelige³³.

For å kunne beregne rater på helseforetaksnivå for de to diagnosegruppene ble utskrivninger uten opplysninger om diagnose fordelt mellom de ulike diagnosegruppene i henhold til gjennomsnittlig fordeling for alle utskrivninger. Deretter ble det totale antallet utskrivninger i hver diagnosegruppe estimert på bakgrunn av opplysninger om totalt antall utskrivninger og diagnosegruppens andel av utskrivninger til hvert helseforetaksområde. Ratene blir beregnet etter antallet utskrevne pasienter som er bosatt i det enkelte området dividert på den voksne (18 år eller eldre) befolkningensmengden i området og multiplisert med 10 000.

9.4 Fordeling av pasienter i ulike diagnosegrupper

I dette avsnittet viser vi omfanget av pasienter i ulike diagnosegrupper målt som hhv. andel av totalt antall utskrivninger i 2007 og oppholdsdøgn generert i 2007. Dette er illustrert i figur 9.1.



Datakilde: NPR

Figur 9.1 Prosent av utskrivninger og oppholdsdøgn for ulike diagnosegrupper. Avsluttede døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne. 2007

³³ For tre mindre institusjoner i Oslo mangler vi helt pasientdata for døgnvirksomheten. I disse tilfellene har vi forutsatt at alle utskrivninger gjelder pasienter hjemmehørende i eget helseforetaksområde. Pasientdata for døgnvirksomhet mangler også for Viken senter for psykiatri og sjelesorg (ny i 2007). Dette er en privat institusjon under Helse Nord RHF. For denne institusjonen ble utskrivningene fordelt på foretaksområdene i Helse Nord RHF ut fra områdenes andel av innbyggere 18 år og eldre.

Pasienter klassifisert med affektive lidelser sto for 28 prosent av de avsluttede døgnoppholdene for voksne i 2007, mens pasienter med schizofreni spektrum lidelser sto for 23 prosent av utskrivningene. Disse to diagnosegruppene sto med andre ord for over halvparten av utskrivningene.

Pasienter i gruppen schizofreni spektrum lidelser sto for betydelig flere oppholdsdøgn enn deres andel av innleggelsene skulle tilsi (31 prosent av oppholdsdøgnene mot 23 prosent av utskrivningene). Dette indikerer at denne gruppen i gjennomsnitt har lengre oppholdstider enn for de gruppene som har høyere andel av utskrivningene enn av oppholdsdøgnene. Pasienter klassifisert med personlighetsforstyrrelser og stoffrelaterte lidelser hadde på sin side flere utskrivninger enn den andelen av oppholdsdøgnene disse pasientgruppene genererte. Til sammen utgjorde pasientgruppene med schizofreni spektrum lidelser og affektive lidelser over 60 prosent av oppholdsdøgnene, noe som indikerer at om lag 60 prosent av døgnkapasiteten er knyttet til behandling av pasienter med disse lidelsene.

Den neste tabellen gir en oversikt over varighet av oppholdene som ble avsluttet i 2007, fordelt etter pasientenes diagnose for opphold avsluttet i 2007.

Tabell 9.1 Varighet av avsluttede døgnopphold for pasienter i ulike diagnosegrupper. Det psykiske helsevernet for voksne. 2007

Diagnosegruppe	Oppholdstid				Totalt	Antall	Median
	Prosent						
	0-8 døgn	9-30 døgn	31-90 døgn	91+ døgn			
Organiske lidelser	34	35	28	3	100	879	19
Stoffrelaterte lidelser	68	23	7	2	100	3 333	4
Schizofreni spektrum lidelser	43	33	16	8	100	6 888	11
Affektive lidelser	40	35	21	4	100	8 479	13
Nevrotiske lidelser	52	30	14	3	100	3 831	8
Fysiske atferdssyndromer	51	19	23	6	100	558	7
Personlighetsforstyrrelser	62	27	8	2	100	2 869	6
Andre diagnoser ICD10	61	22	14	3	100	3 291	6
Totalt	50	30	16	4	100	30 128	9
Ikke registrert diagnose	47	31	17	5	100	2 242	10

Datakilde: NPR

Halvparten av pasientene hadde opphold på ni dager eller mindre i 2007 (median varighet). Pasienter med stoffrelaterte lidelser hadde en median varighet på fire dager og 68 prosent i denne diagnosegruppen hadde opphold med varighet på under ni dager. Pasienter med organiske lidelser hadde en median varighet på 19 dager, mens pasienter med schizofreni spektrum lidelser og affektive lidelser hadde hhv 11 og 13 dager median varighet på oppholdene.

Til tross for forskjeller i varighet på oppholdene mellom pasienter i de ulike diagnosegruppene, er det mange pasienter med til dels lange opphold i alle de ulike diagnosekategoriene. Inndeling av pasienter i disse diagnosegruppene gir med andre ord ikke en klar indikasjon på forventet ressursbruk.

9.5 Geografiske forskjeller i pasientsammensetning mellom ulike helseforetaksområder

Som det framgår av figur 9.1 utgjorde pasienter med hhv. schizofreni spektrum lidelser og affektive lidelser de to største diagnosegruppene. I dette avsnittet ser vi på hvor store geografiske forskjeller det er i omfang av disse lidelsene målt ved andel av utskrivningene og som utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere.

Andelen utskrivninger av pasienter i en diagnosegruppe vil være følsom for forskjeller i tjenestetilbudets omfang. Et område med få institusjonsplasser kan for eksempel være nødt til å prioritere visse pasientgrupper foran andre slik at de prioriterte gruppene utgjør en større andel av pasientmengden. Antallet målt i forhold til befolkningstallet behøver imidlertid ikke være høyt fordi få pasienter totalt sett behandles i området. Vi har i dette avsnittet sett på utskrivningsomfanget både som andel av utskrivningene og som befolkningsbaserte rater i de enkelte helseforetaksområdene.

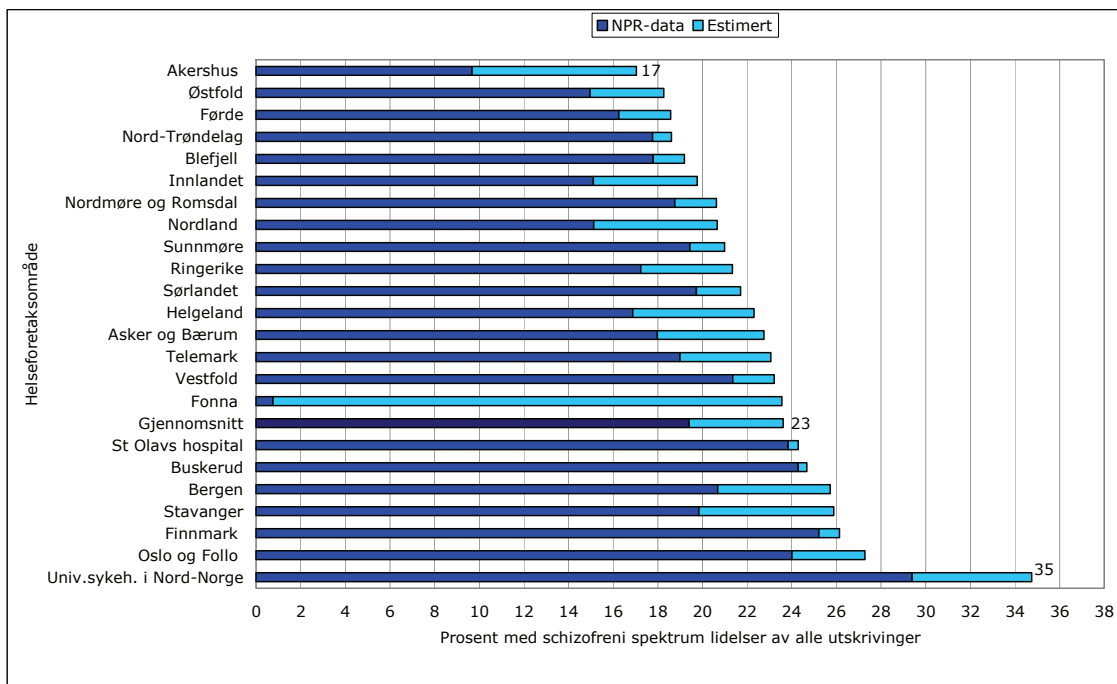
Siden pasientdata fra NPR ikke er komplette – verken med tanke på komplett i omfang eller registrering av diagnose ved utskrivning – har vi estimert antall innen diagnosegruppene for å beregne befolkningsbaserte rater for hvert helseforetaksområde (se avsnitt 9.3). Usikkerheten ved ratetallene vil være større, jo større andel av utskrivningene som er estimert.

Tallene representerer utskrivninger og ikke individer. Dette innebærer blant annet at tallene ikke kan tolkes som uttrykk for ulikt omfang av denne lidelsesgruppen mellom de forskjellige helseforetaksområdene. Tallene er trolig i større grad egnet som indikatorer på ulik behandlingspraksis mellom helseforetaksområder.

Forskjeller i befolkningsbaserte utskrivningsrater kan skyldes mange forhold. Det kan for eksempel være knyttet til forskjeller i oppholdstider mellom helseforetakene, forskjeller i omfang av reinnleggelser, omfang av tilleggende polikliniske tilbud og kommunale tilbud.

9.5.1 Geografiske forskjeller i omfang av utskrivninger av pasienter med schizofreni spektrum lidelser

Figur 9.2 viser andelen av utskrivningene med en diagnose i kategorien schizofreni spektrum lidelser i ulike helseforetaksområder. Helseforetaksområder er definert som de områdene hvert enkelt helseforetak har ansvaret for.

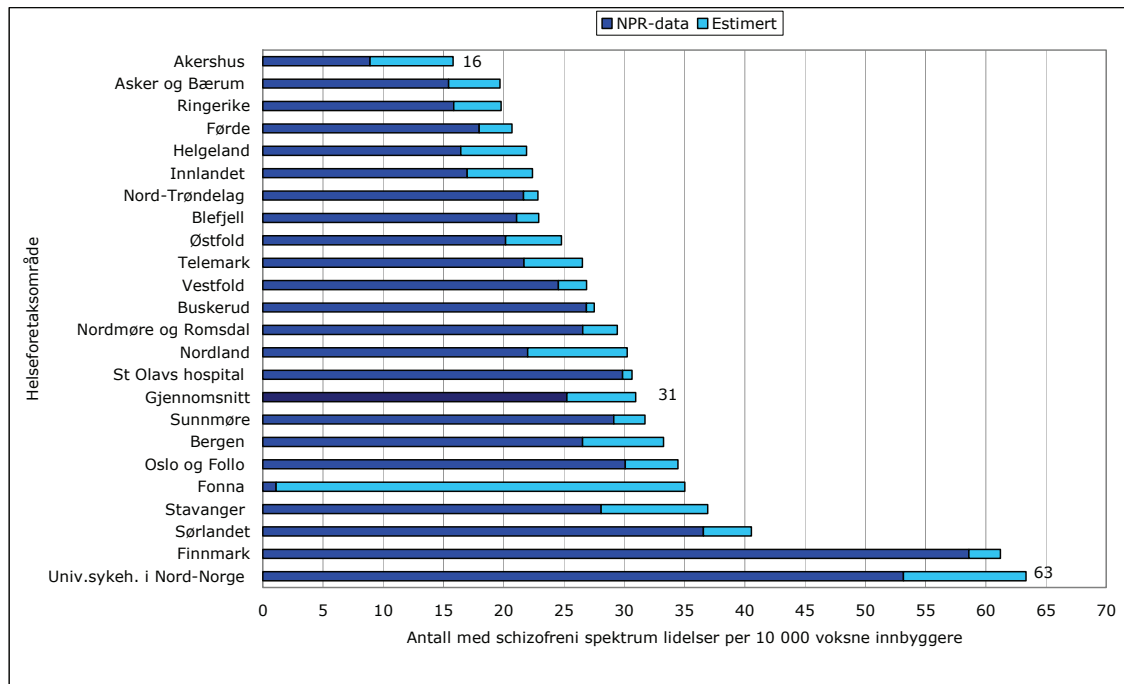


Datakilde: NPR

Figur 9.2 Prosent i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser av avsluttede døgnoophold i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder i 2007

Akershus hadde lavest andel i gruppen schizofreni spektrum lidelser, mens det var høyest andel i området til Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Sett i forhold til befolkningstallet i de ulike områdene var det store forskjeller i antallet utskrevet med diagnoser i gruppen schizofreni spektrum lidelser (figur 9.3).

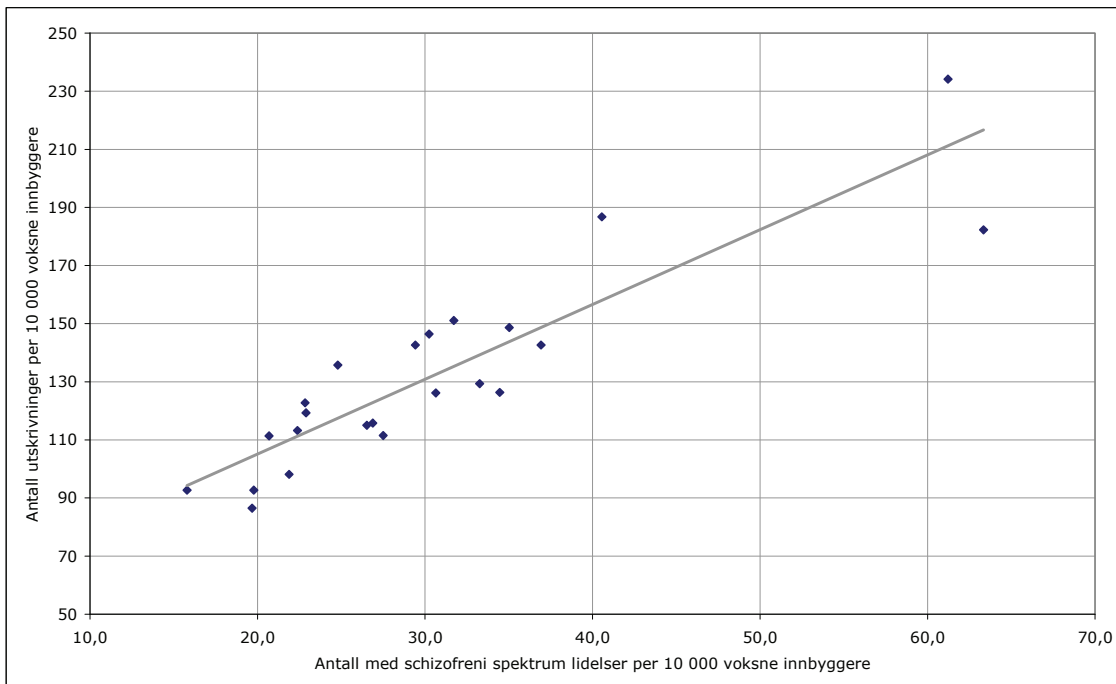


Datakilde: NPR

Figur 9.3 Antall avsluttede opphold i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser per 10 000 voksne innbyggere i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder i 2007

For landet som helhet var det om lag 31 utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere i denne pasientgruppen. Forskjellene mellom områdene var imidlertid betydelige. Mens Akershus hadde om lag 16 utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere for denne gruppen, hadde områdene for Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmark over 60 utskrivninger per 10 000 voksne innbyggere.

Figur 9.4 viser et korrelasjonsplot mellom befolkningsbaserte rater i antall utskrivninger totalt i hvert område og for diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser. Figuren viser at det er en klar sammenheng mellom raten for utskrivninger totalt og raten for utskrivninger i gruppen schizofreni spektrum lidelser (korrelasjonskoeffisient=0,90). Dette indikerer at utskrivningsraten for denne diagnosegruppen i stor grad er en konsekvens av behandlingspraksis og kapasitet i helseforetakene generelt.

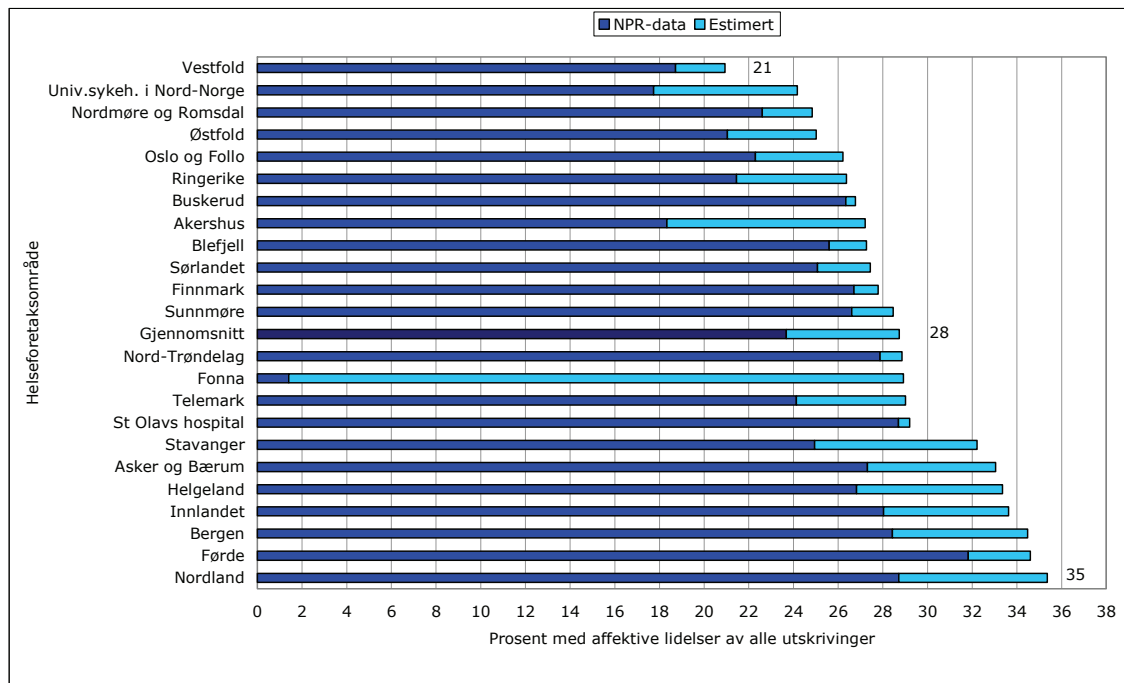


Datakilde: NPR og SSB

Figur 9.4 Korrelasjonsplot mellom antall avsluttede opphold totalt og i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser. Rater per 10 000 voksne innbyggere i helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for voksne. Korrelasjonskoeffisient=0,90. 2007

9.5.2 Geografiske forskjeller i omfang av utskrivninger av pasienter med affektive lidelser

Figur 9.5 viser andelen av utskrivningene for pasienter med en diagnose i kategorien affektive lidelser i ulike helseforetaksområder.

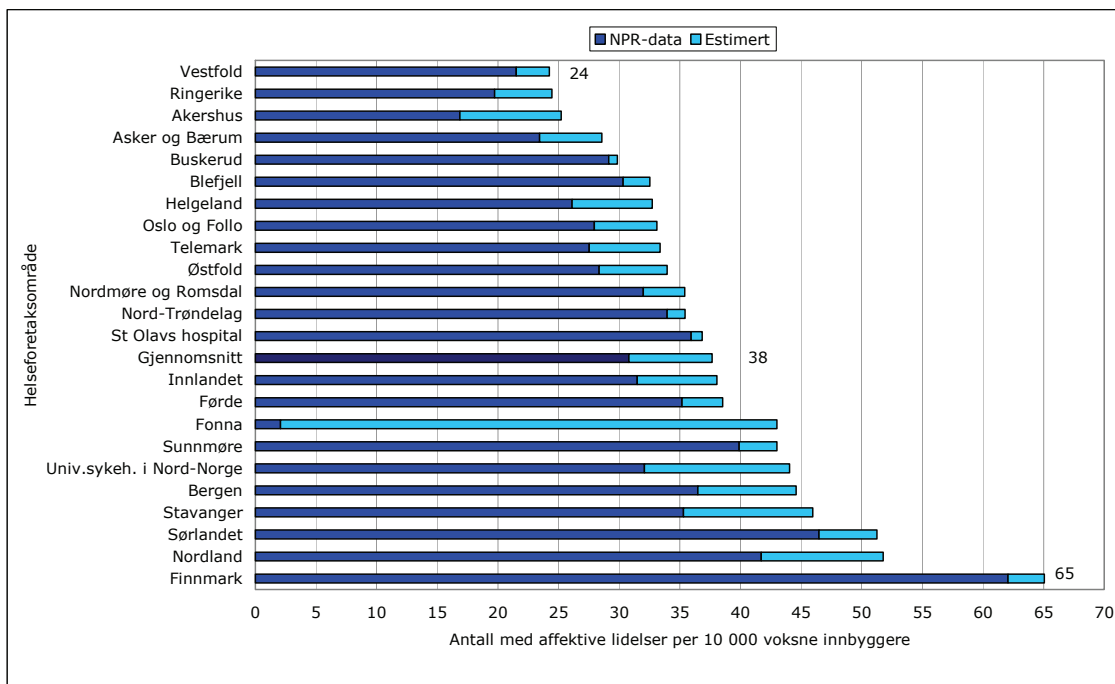


Datakilde: NPR

Figur 9.5 Prosent i diagnosegruppen affektive lidelser av avsluttede døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder i 2007

Vestfold hadde lavest andel i gruppen affektive lidelser (21 prosent av utskrivningene), mens Nordland hadde høyest andel (35 prosent av utskrivningene).

Figur 9.6 viser befolkningsbaserte utskrivningsrater i helseforetaksområdene for pasientgruppen affektive lidelser.

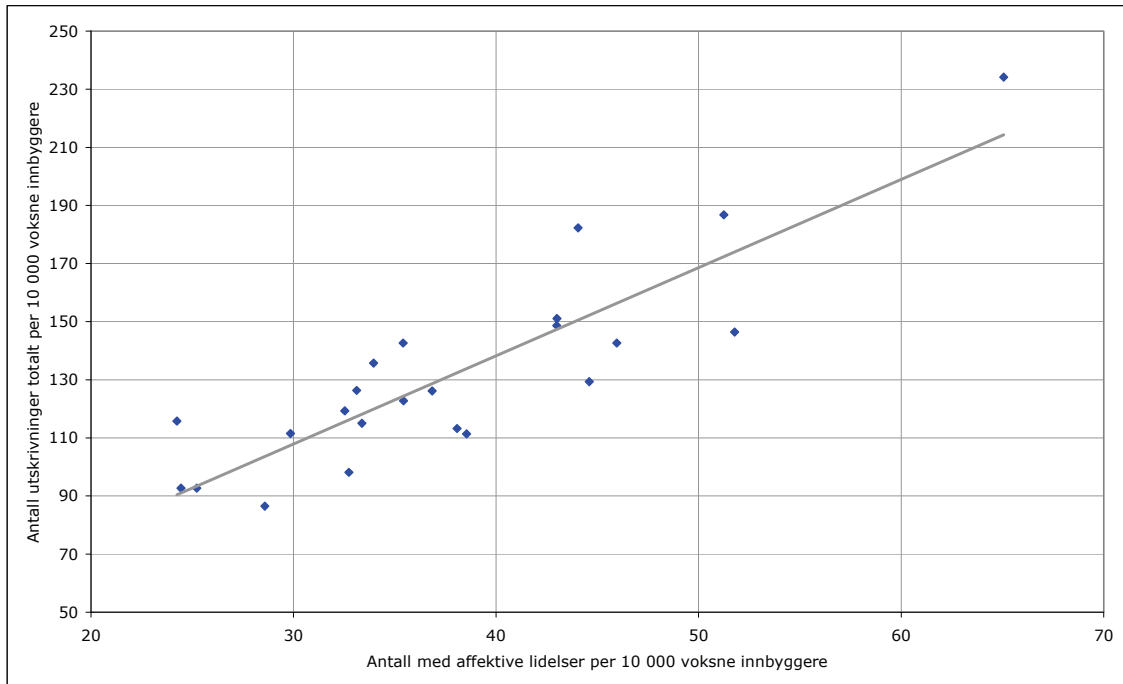


Datakilde: NPR

Figur 9.6 Antall avsluttede opphold i diagnosegruppen affektive lidelser per 10 000 voksne innbyggere i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder i 2007

Vestfold, Ringerike og Akershus hadde de laveste utskrivningsratene (om lag 24 per 10 000 voksne innbyggere). Finnmark skiller seg ut med 65 utskrivninger i denne pasientgruppen per 10 000 voksne innbyggere. For landet totalt var det om lag 38 utskrivninger i diagnosegruppene affektive lidelser per 10 000 voksne innbyggere.

Figur 9.7 viser et korrelasjonsplot mellom befolkningsbaserte rater i antall utskrivninger totalt i hvert område og for diagnosegruppen affektive lidelser.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 9.7 Korrelasjonsplot mellom antall avsluttede opphold totalt og i diagnosegruppen affektive lidelser. Rater per 10 000 voksne innbyggere i helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for voksne. Korrelasjonskoeffisient=0,88. 2007

Figuren viser at det er en klar sammenheng mellom raten for utskrivinger totalt og raten for utskrivinger i gruppen affektive lidelser (korrelasjonskoeffisient=0,88). På samme måte som for figur 9.4 indikerer dette at utskrivningsraten for pasienter i denne diagnosegruppen i stor grad er en konsekvens av behandlingspraksis i helseforetakene generelt.

Tabell- og figuroversikt

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Nøkkeltall for aktivitet, personell, døgnplasser, driftskostnader og kapasitetsutnyttning i det psykiske helsevernet. 1998-2007.....	22
Tabell 3.1	Polikliniske tiltak per fagårsverk, polikliniske tiltak per pasient og polikliniske pasienter per fagårsverk. ¹⁾ Antall og prosent endring. 1998-2007	31
Tabell 3.2	Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og prosent endring. 1996-2007	33
Tabell 3.3	Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2007. Nasjonal utvikling	57
Tabell 3.4	Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2007. Utvikling for Helse Sør-Øst RHF...60	
Tabell 3.5	Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2007. Utvikling for Helse Vest RHF	61
Tabell 3.6	Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2007. Utvikling for Helse Midt-Norge RHF	62
Tabell 3.7	Måltall for Opptrappingsplanen 1998-2007. Utvikling for Helse Nord RHF.....	63
Tabell 4.1	Prosentvis endring i totale driftskostnader ekskl. kapitalkostnader (2007-kroner) og årsverksinnsats i det psykiske helsevernet, fordelt på tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. Nasjonalt nivå. 1998-2007	77
Tabell 4.2	Differanse mellom prosentvis endring i antall årsverk og prosentvis endring i driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) i det psykiske helsevernet. Prosentpoeng. Regionalt nivå. 1999, 2000, 2002-2007	78
Tabell 4.3	Prisvekst i forhold til påfølgende år og akkumulert prisvekst i perioden 1998-2006. 2007=1. Beregnet av Statistisk sentralbyrå	80
Tabell 4.4	Utvikling i totale driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) til det psykiske helsevernet for barn og unge og det psykiske helsevernet for voksne. Korrigert for gjestepasientoppjøret. Regionalt nivå. 1998-2007. Millioner kroner. Deflatert (2007-kroner)	80

Tabell 4.5	Relative kostnader i det psykiske helsevernet for barn og unge og det psykiske helsevernet for voksne. Andel av totale kostnader (korrigert for gjestepasientoppgjør) i hhv. PHV-BU og PHV-V dividert på andel av total befolkning i kategorien 0-17 år og over 18 år. Rate. Regionalt nivå. 1998-2007. Løpende priser	81
Tabell 4.6	Driftskostnader i det samlede psykiske helsevernet per innbygger i 1998 og 2007 målt som prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet i 1998 og 2007. Driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) er korrigert for gjestepasientoppgjøret. Nominelle tall i 1998. Helseregioner	81
Tabell 4.7	Utvikling i øremerkede midler til det psykiske helsevernet i 1998-2007. Regionalt nivå og PHV-samlet. Millioner kroner. Deflatert (2007-kroner)	81
Tabell 4.8	Andel øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet av totale driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader og korrigert for gjestepasientoppgjøret). Prosent. Regionalt nivå og det psykiske helsevernet samlet. 1998-2007	82
Tabell 4.9	Utvikling i øremerkede midler til det psykiske helsevernet i 1998-2007. Regionalt nivå og PHV-samlet. Kroner per innbygger. Deflatert (2007-kroner).....	82
ell 4.10	Utvikling i polikliniske refusjoner i det psykiske helsevernet i 1998-2007. Regionalt nivå og PHV-samlet. Millioner kroner. Deflatert (2007-kroner)	82
Tabell 5.1	Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 – 2007	100
Tabell 5.2	Antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2007	102
Tabell 5.3	Viktigste henvisningsgrunn for barnet. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og prosentandel. 1998 og 2007	102
Tabell 6.1	Antall oppholdsdøgn ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet for voksne og aktivitet, målt ved andel oppholdsdøgn, som dekkes av ulike utvalg for analyse av tvungent psykisk helsevern. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2007	107
Tabell 6.2	Begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern for voksne. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 2, innleggelser til tvungent psykisk helsevern. 2007	113

Tabell 6.3	Vedtak om tvangsinnleggelser. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og antall per 10 000 innbyggere 16-18 år. 2006 og 2007	118
Tabell 6.4	Antall oppholdsdøgn ved alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne og andel aktivitet, målt ved oppholdsdøgn, i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2007	119
Tabell 6.5	Henvissingsformalitet ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 1. 2007	120
Tabell 6.6	Henvissingsformalitet ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 1. Regionale helseforetak. 2007	121
Tabell 6.7	Henvissingsformalitet ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjon. Utvalg 1. 2007	122
Tabell 6.8	Prosentandel med ulikt spesialistvedtak for innleggelser henvist til tvang ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)	124
Tabell 6.9	Prosentandel med ulikt spesialistvedtak for innleggelser henvist til tvang ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)	125
Tabell 6.10	Spesialistvedtak ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 1. 2007	127
Tabell 6.11	Spesialistvedtak ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Utvalg 1. Regionale helseforetak. 2007	128
Tabell 6.12	Spesialistvedtak ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjon. Utvalg 1. 2007 ..	130
Tabell 7.1	Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseregioner 1998 og 2007	138
Tabell 7.2	Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall ¹⁾ . Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseregioner 1998 og 2007	139

Tabell 7.3	Prosentvis fordeling av personelløkning (årsverk) etter institusjonstype og driftsform. Det psykiske helsevernet for voksne 1998 og 2007	140
Tabell 7.4	Døgnplasser etter institusjonstype. Det psykisk helsevernet for voksne. Absolutte tall og rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak 1998 og 2007	148
Tabell 7.5	Utskrivninger etter institusjonstype. Absoluttall og rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2007.....	153
Tabell 7.6	Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Absoluttall og rater per 10 000 innbyggere. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2007.....	158
Tabell 8.1	Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) mellom ressurs- og forbruksrater. Personelldekning, døgnplassdekning, dekningsgrad polikliniske pasienter og dekningsgrad pasienter totalt. Det psykiske helsevernet for barn og unge. 2007	167
Tabell 8.2	Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og døgnplasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. 2007	170
Tabell 8.3	Korrelasjonsmatrise (Perasons r) mellom ressurs- og forbruksrater. Personelldekning, døgnplassdekning, døgnoppholdsrate, utskrivningsrate, døgnrate, polikliniske konsultasjonsrate samt gjennomsnittlig varighet av døgnopphold. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. 2007.....	177
Tabell 8.4	Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre. 2007	180
Tabell 8.5	Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre i prosent av nivået på landsbasis. 2007.....	181
Tabell 8.6	Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2007	191

Tabell 8.7	Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad innen det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk, døgnplasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2007	192
Tabell 8.8	Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad av tjenester innen det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk, døgnplasser, døgnopphold, utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2007	193
Tabell 9.1	Varighet av avsluttede døgnopphold for pasienter i ulike diagnosegrupper. Det psykiske helsevernet for voksne. 2007	198

Figuroversikt

Figur 3.1	Polikliniske fagårsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Nasjonale tall. 1998-2007	29
Figur 3.2	Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall behandlede pasienter i prosent av innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2007	30
Figur 3.3	Prosentvis endring i produktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge målt ved antall tiltak, pasienter per fagårsverk og tiltak per pasient. 1998-2007	32
Figur 3.4	Døgnplasser etter institusjonstype og totalt. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007.....	34
Figur 3.5	Årsverksinnsats totalt etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2007	36
Figur 3.6	Årsverksinnsats ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998-2007	36
Figur 3.7	Årsverksinnsats ved poliklinikkene, totalt og etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007.....	37
Figur 3.8	Prosentvis fordeling av personell etter institusjonstype og driftsform. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007.....	38
Figur 3.9	Faktisk økning i personellinnsats (prosent av økningen) sammenhold med Opptappingsplanens prosentvise fordeling av økte driftskostnader	39
Figur 3.10	Legeårsverk totalt etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	40
Figur 3.11	Legeårsverk ved døgn- og dagavdelinger etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007.....	41
Figur 3.12	Legeårsverk ved poliklinikker etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	41
Figur 3.13	Psykologårsverk totalt i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	42
Figur 3.14	Psykologårsverk ved døgn- og dagavdelinger i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007.....	43
Figur 3.15	Psykologårsverk ved poliklinikker i og utenfor sykehus. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	43

Figur 3.16	Årsverk totalt utført av høyskoleutdannet personell etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	44
Figur 3.17	Årsverk ved døgn og dagavdelinger utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	45
Figur 3.18	Årsverk ved poliklinikker utført av høyskoleutdannet personell. Etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	45
Figur 3.19	Prosentandel årsverk utført av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell etter driftsform og institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	47
Figur 3.20	Gjennomsnittlig pasientbelegg etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	49
Figur 3.21	Beleggsprosent etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	50
Figur 3.22	Utskrivninger (avsluttede døgnopphold) etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	51
Figur 3.23	Gjennomsnittlig varighet av avsluttede døgnopphold etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	52
Figur 3.24	Polikliniske konsultasjoner (hele 1000) etter type institusjon poliklinikken er tilknyttet. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	53
Figur 3.25	Personelfaktor (årsverk per gjennomsnittlig antall innlagte) etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	54
Figur 3.26	Utskrivninger (avsluttede institusjonsopphold) per årsverk etter institusjonstype. Det psykiske helsevernet for voksne 1998-2007	55
Figur 4.1	Utvikling i driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentvis endring fra 1998 til 2007, målt i forhold til nivået i 1998. Regionalt nivå og PHV-samlet. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Deflatert (2007-kroner).....	67
Figur 4.2	Utvikling i driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis endring fra 1998 til 2007, målt i forhold til nivået i 1998. Regionalt nivå og PHV-samlet. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Deflatert (2007-kroner).....	68
Figur 4.3	Driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) i PHV-BU og PHV-V. Prosentvis endring fra året før i perioden. 1998-2007. Korrigert for gjestepasientoppjøret. Deflatert (2007-kroner)	69

Figur 4.4	Driftskostnader i det samlede psykiske helsevernet per innbygger i 1998 (x-aksen) og 2007 (y-aksen) målt som prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet i 1998 og 2007. Driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader) er korrigert for gjestepasientoppjøret. Helseregioner	70
Figur 4.5	Regionenes relative kostnader (ekskl. kapitalkostnader) til PHV-BU. Andel av totale driftskostnader brukt i PHV-BU dividert på andel av total befolkning i kategorien 0-17 år i den respektive region. 1998-2007. Løpende priser.....	71
Figur 4.6	Regionenes relative kostnader (ekskl. kapitalkostnader) til PHV-V. Andel av totale driftskostnader brukt på PHV-V dividert på andel av total befolkning som er over 18 år i den respektive region. 1998-2007. Løpende priser	72
Figur 4.7	Utvikling i bruk av øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet. Prosentvis endring i perioden 1999-2007, målt i forhold til nivået i 1998. Deflatert (2007-kroner)	73
Figur 4.8	Andel øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet av totale driftskostnader (ekskl. kapitalkostnader og korrigert for gjestepasientoppjøret). Prosent. Regionalt nivå og det psykiske helsevernet samlet. 1998-2007	74
Figur 4.9	Utvikling i bruk av øremerkede midler til styrking av det psykiske helsevernet. Regionalt nivå. Kroner per innbygger. Deflatert (2007-kroner)...	75
Figur 4.10	Utvikling i polikliniske refusjoner i det psykiske helsevernet i perioden 1998-2007. Regionalt nivå og PHV-samlet. Millioner kroner. Deflatert (2007-kroner)	76
Figur 4.11	Driftskostnader per årsverk i det psykiske helsevernet samlet. Korrigert for gjestepasientoppjøret. Regionalt nivå. Deflatert (2007-kroner)	79
Figur 5.1	Antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2007	86
Figur 5.2	Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Nasjonalt nivå. 1998 – 2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998 – 2007.....	88
Figur 5.3	Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Regionalt nivå. 1998-2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998 – 2007.....	89
Figur 5.4	Dekningsgrad for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. 1998 - 2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2007	90

Figur 5.5	Dekningsgrad for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt etter alder. 1998 - 2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998-2007.....	91
Figur 5.6	Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn og alder for 1998 og 2007	92
Figur 5.7	Prosentandel barn og unge i det psykiske helsevernet fordelt etter viktigste henvisningsgrunn. 1998 og 2007.....	94
Figur 5.8	Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2007	95
Figur 5.9	Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på kjønn. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2007	96
Figur 5.10	Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på alder. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998, 2002 og 2007	97
Figur 5.11	Prosentandel barn og unge fordelt etter henvisningsgrunner som har høyeste prioritet ved inntak i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998 og 2007.....	99
Figur 5.12	Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2007	101
Figur 6.1	Datagrunnlag og ekskluderingskriterier. 2007	108
Figur 6.2	Prosentandel innleggelser med henvisninger til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)	109
Figur 6.3	Prosentandel vedtak om tvang for innleggelser henvist til tvang ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)	110
Figur 6.4	Prosentandel vedtak om tvangsinnleggelser ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern og estimert andel av innleggelser til alle døgninstitusjoner for voksne. Etter region og institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)	111

Figur 6.5	Prosentandel innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2007 (ekskl. institusjonsoverføringer)	112
Figur 6.6	Antall innleggelser per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer)	114
Figur 6.7	Antall innleggelser per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer)	115
Figur 6.8	Henvisninger til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern med døgnbehandling. Estimert antall per 10 000 voksne innbyggere. Sykehusområde. 2007	116
Figur 6.9	Vedtak om tvungen undersøkelse /tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Estimert antall per 10 000 voksne innbyggere. Sykehusområde. 2007	117
Figur 6.10	Antall innleggelser med spesialistvedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer). Estimert (gjennomsnitt og høyt og lavt nivå)	132
Figur 6.11	Antall innleggelser med spesialistvedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer). Estimert (gjennomsnitt og høyt og lavt nivå)	132
Figur 6.12	Prosent innleggelser med spesialistvedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer). Estimert (gjennomsnitt og høyt og lavt nivå)	133
Figur 6.13	Prosent innleggelser med spesialistvedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern for voksne. 2001 til 2007 (ikke 2004) (ekskl. institusjonsoverføringer). Estimert (gjennomsnitt og høyt og lavt nivå)	133
Figur 7.1	Personell etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2007	140
Figur 7.2	Personell etter driftsform. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2007	141
Figur 7.3	Personellinnsats fordelt etter institusjonstype i 2007. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2007	143

Figur 7.4	Personellinnsats fordelt etter driftsform. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2007	144
Figur 7.5	Personellinnsats fordelt etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2007	145
Figur 7.6	Personellinnsats fordelt etter driftsform. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder og helseregioner. 2007.....	146
Figur 7.7	Døgnplasser etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 1998 og 2007	149
Figur 7.8	Døgnplasser etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007	150
Figur 7.9	Døgnplasser etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007	151
Figur 7.10	Utskrivninger etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2007	154
Figur 7.11	Utskrivninger etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007	155
Figur 7.12	Utskrivninger etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykisk helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007	156
Figur 7.13	Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 1998 og 2007.....	159
Figur 7.14	Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype, Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007	160
Figur 7.15	Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2007.....	161
Figur 8.1	Personelldekning (x-aksen) og dekningsgrad for behandlede pasienter (y-aksen) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseforetaksområder. 2007	168
Figur 8.2	Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. 2007	171

Figur 8.3	Døgnplassdekning og dekningsgrad for polikliniske pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge i helseforetaksområder i Helse Sør-Øst. 2007	173
Figur 8.4	Dekningsgrad for polikliniske pasienter og produktivitet (polikliniske pasienter per fagårsverk). Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2007	176
Figur 8.5	Personelldekning (x-aksen) og oppholdsdøgnrate (y-aksen) i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder. 2007	179
Figur 8.6	Personellinnsats og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2007	182
Figur 8.7	Døgnopphold og polikliniske konsultasjoner etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2007	183
Figur 8.8	Personelldekning i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og voksne (y-aksen). Årsverk per 10 000 innbyggere. 2007	187
Figur 8.9	Personelldekning i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. 2007	189
Figur 8.10	Døgnplassdekning i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. 2007	190
Figur 9.1	Prosent av utskrivninger og oppholdsdøgn for ulike diagnosegrupper. Avsluttede døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne. 2007	197
Figur 9.2	Prosent i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser av avsluttede døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder i 2007	200
Figur 9.3	Antall avsluttede opphold i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser per 10 000 voksne innbyggere i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder i 2007	201
Figur 9.4	Korrelasjonsplot mellom antall avsluttede opphold totalt og i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser. Rater per 10 000 voksne innbyggere i helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for voksne. Korrelasjonskoeffisient=0,90. 2007	202
Figur 9.5	Prosent i diagnosegruppen affektive lidelser av avsluttede døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder i 2007	203

Figur 9.6	Antall avsluttede opphold i diagnosegruppen affektive lidelser per 10 000 voksne innbyggere i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder i 2007	204
Figur 9.7	Korrelasjonsplot mellom antall avsluttede opphold totalt og i diagnosegruppen affektive lidelser. Rater per 10 000 voksne innbyggere i helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for voksne. Korrelasjonskoeffisient=0,88. 2007	205

Litteraturliste

- Anthun, K. S. & Torvik, H. (2006). "Fordeling av felleskostnader i helseforetakene", SINTEF-rapport nr. A70, Trondheim: SINTEF Helse.
- Bjerkan A. M. (2008): Økt dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge: Flere nye behandlet hvert år – eller økt behandlingsvarighet og lengre tid mellom konsultasjonene?. Kapittel 2 i Pedersen og Bjerkan (2008).
- Bjørngaard, J. H. & Hatling, T. (2003). Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern 2001-2002. SINTEF-rapport STF78 A035004. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Bjørngaard, J. H. & Hatling, T. (2005). Tvingent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2003. STF78 A055001. Trondheim: SINTEF Helse.
- Bremnes, R., Hatling, T. & Bjørngaard, J. H. (2008). Tvingent psykisk helsevern psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006. SINTEF sluttrapport nr. A4319. Trondheim: SINTEF Helse.
- Dokument 3:7 (2006-2007): Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Riksrevisjonen
- Hagen H. (1997): Pasienter i psykiatriske institusjoner 1 november 1994. SINTEF Unimed-rapport 5/97. Trondheim: SINTEF Unimed.
- Halsteinli V. (2008): Produktivitetutvikling i BUP 1998-2006: Betydningen av endret pasientsammensetning. Trondheim; SINTEF Helse Rapport A6587.
- Midttun, L. (red) (2008): SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007. SINTEF Helse Rapport 1/08
- NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. Oslo.
- Høyen, G. (2008): Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions, *Journal of Mental Health*, 17:281-292.
- LOV 1999-07-02, nr. 63: Lov om pasientrettigheter.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html .
- NAV (2007): Rundskriv F01.12.2000 nr. 1389. Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, med senere endringer.
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak. (Eierskapsreformen). Sosial- og helsedepartementet.
- Pedersen P. B. (1999): De-institusjonaliseringen av psykiatritjenesten i Norge 1950-96. En statistisk dokumentasjon. Trondheim; SINTEF Unimed Rapport STF78 M99504.
- Pedersen P. B. (red) (2007): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006. SINTEF Helse rapport 2/07

Pedersen P. B. & Bjerkan A. M. (2008): Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport III. Trondheim; SINTEF Helse Rapport A7588.

Pedersen P. B., Lilleeng S. E. & Sitter M. (2008): Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport I. Rapport A640. Trondheim: SINTEF Helse

Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T. and Wiersma, D. (2005): Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries, *British Medical Journal*, 330:123-126.

Regjeringen strategiplan for barn og unge (2003): ... sammen om psykisk helse.

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

Salize, H.J. and Dressing, H. (2004): Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, *British Journal of Psychiatry*, 184:163-168.

Solstad, K. (red) (2007): SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006. SINTEF Helse rapport 1/07

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

Sosial- og helsedirektoratet (2006): Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, Oslo.

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

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

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

St.prp. nr. 1 (2005-2006). Statsbudsjettet for 2006. Helse- og omsorgsdepartementet

St.prp. nr. 63 (1997-1998). Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Zinkler, M. and Priebe, S. (2002): Detention of the mentally ill in Europe – a review, *Acta Psychiatr Scandinavia*, 106:3-8.