



SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 2/07

9 Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge: Produktivetsindikatorer 1998-2006

Vidar Halsteinli

Sammendrag

Opptrappingsplanen for psykisk helse legger til grunn at produktiviteten målt med tiltak per behandler per dag skal øke med 50 prosent. Det har blitt stilt spørsmålstegn ved om tall for tiltak, pasienter og årsverk kan brukes til å si noe om produktivetsutviklingen. I dette kapitlet beskriver vi hvordan produktivetsindikatorene har utviklet seg fra 1998 til 2006 og drøfter i hvilken grad utviklingen kan settes i sammenheng med endringer i registreringspraksis, endring i behandlingspraksis og endring i pasientsammensetning.

Fra 1998 til 2006 økte tiltak per fagårsverk med nær 71 prosent, mens pasienter per fagårsverk økte med 21 prosent. I tillegg økte tiltak per pasient med 37 prosent. Det har med andre ord vært en kraftig økning i produktivitet målt med registrerte tiltak, mens økningen for behandlede pasienter har vært mer moderat.

For perioden 1998 til 2006 er det mye som tyder på at det kan ha skjedd en endring i registreringspraksis for tiltak i form av mer registrering og *annerledes* registrering. Men det er også gode grunner til å tro at de observerte endringene i perioden 1998 til 2006 har sammenheng med at poliklinikkene har endret behandlingspraksis og at pasientsammensetningen er endret.

Det er gode grunner til å tro at "antall behandlede pasienter" er riktig og i liten grad påvirket av registreringspraksis. Når antall pasienter per fagårsverk brukes som uttrykk for produktivetsutvikling, er det følgelig grunn til å stole på tallenes tale. Når antall tiltak per fagårsverk brukes som produktivetsindikator, bør tallene tolkes med forsiktighet.

9.1 Innledning

Et sentralt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. 63, 1997-98) er å øke tilgjengeligheten til behandling for barn og unge. To virkemidler skal i første rekke bidra til å nå dette målet: Flere behandlere i poliklinisk virksomhet konkretisert med en bemanningsøkning på 400 flere fagpersoner i perioden 1998-2008, og dernest økt produktivitet. Opptrappingsplanen legger til grunn 50 prosent økning i produktiviteten, målt som tiltak per behandler per dag.

Ved utgangen av 2006 hadde antall årsverk i poliklinisk virksomhet økt med 86 prosent i forhold til i 1998, mens antall poliklinisk behandlede pasienter hadde økt med 141 prosent og antall polikliniske tiltak med 244 prosent. Med andre ord – tallene indikerer en betydelig produktivetsøkning målt med tiltak og/eller pasienter per årsverk. Det har imidlertid blitt satt spørsmålstegn ved om tallmaterialet er til å stole på (Riksrevisjonen (Dokument 3:7, 2006-2007)). Det har blant annet vært argumentert for at poliklinikkene kan påvirke antall tiltak og antall pasienter ved at det f.eks. går lenger tid mellom hvert tiltak og at hvert tiltak tar kortere tid, og at registreringspraksis generelt kan variere betydelig mellom poliklinik-

kene. Følgelig er det spørsmål om det er mulig å si noe om den reelle produktivitet-utviklingen i poliklinikkene for barn og unge basert på de data som er tilgjengelige gjennom SAMDATA-prosjektet.

I dette kapitlet beskriver vi hvordan produktivetsindikatorerne har utviklet seg fra 1998 til 2006 og drøfter i hvilken grad utviklingen kan settes i sammenheng med endringer i registreringspraksis, endring i behandlingspraksis og endring i pasientsammensetning. Vi starter imidlertid med å klargjøre begreper og ulike måter å måle produktivitet på.

9.2 Hvordan måle resultat og ressursinnsats i BUP-poliklinikker?

Ansatte i poliklinikker for barn og unge gjennomfører utredninger og behandlingstiltak med sikte på best mulig *resultat* for pasientene. Med produktivitet mener vi generelt *resultat* sammenholdt med *ressursinnsats*. Hvor effektiv en poliklinikk er, bestemmes av hvor stor avstand det er mellom faktisk produktivitet og det som ansees som realistisk sett mulig.

Både Opptrappingsplanen, SAMDATA og andre analyser (Hatling et al, 1999, Halsteinli et al, 2001 og 2005) har basert beregning av produktivitet på at *behandlingstiltak* har vært sammenholdt med ressursinnsats. Ideelt sett ønsker vi *behandlingseffekt* som mål på resultat. I mangel av denne typen data, er det en stor utfordring å måle *resultat* på en valid og reliabel måte ved hjelp av tiltak. Krav om validitet og reliabilitet stilles selvsagt også til mål på ressursinnsats.

Behandlerne representerer den viktigste innsatsfaktoren i poliklinikkene. Poliklinikkens driftskostnader inkluderer også utgifter til kontorpersoneell, kontorer, møterom, pc og annet driftsmateriell, og det vil nødvendigvis være en sterk sammenheng mellom antall fagansatte og nivået på øvrige driftskostnader. Fagårsverk representerer derfor en god tilnærming til faktisk ressursinnsats, og ved å bruke fagårsverk som mål på ressursinnsats, gjør vi det mulig å inkludere så og si all poliklinisk virksomhet når produktivitet skal analyseres – også de polikliniske enhetene som rapporterer driftsregnskap som en integrert del av en større behandlingsinstitusjon.

Personellstatistikken er basert på punkttellinger per 31. desember det enkelte år. Vakanser eller andre endringer gjennom året fanges dermed ikke opp. For å korrigere for dette, benyttes i SAMDATA gjennomsnittet av antall fagårsverk for to år som mål på den faktiske årsverksinnsatsen. Statistikken tar ikke hensyn til overtidsarbeid eller eventuelle vaktordninger. Det er imidlertid grunn til å tro at dette ikke representerer noe stort problem all den tid poliklinikkene i stor grad har basert seg på ordinær åpningstid på dagtid. For små enheter kan lengre vakanser gi forholdsvis store utslag på statistikken i form av for eksempel færre behandlede pasienter, men på helseforetaksnivå og nasjonalt nivå vil utslagene jevne seg ut.

Hvordan kan så resultatet måles? Poliklinikkens ansatte gjennomfører ulike utredninger og behandlingstiltak med sikte på best mulig behandlingsresultat. Å måle behandlingsresultat i form av behandlingseffekt for barnet medfører generelt store metodiske utfordringer, og særskilt på rutinemessig basis i en nasjonal sammenheng. Behandlerbasert vurdering av psyko-sosialt funksjonsnivå ved oppstart av og avsluttet behandling er en mulig tilnæringsmåte, og det er utviklet flere skåringsinstrumenter på internasjonal basis. I det multiaksiale diagnosesystemet ICD-10 som benyttes i Norge, er skåring ved hjelp av Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD) en av seks akser som skal fylles ut ved registrering av diagnose. Av behandlede pasienter i 2005 var GAPD fylt ut for 55 prosent av pasientene (SAMDATA Psykisk helsevern Sektorrapport 2005). Det instrumentet som er vurdert som best egnet til å måle *endring* er Childrens Global Assessment Scale (CGAS) (Schorre et al, 2004), og skal tas i bruk som erstatning for GAPD fra og med 1.1.2008. For å fange opp behandlingseffekt er det nødvendig med to måletidspunkter, men per i dag registreres det kun ett gjennom det diagnostiske arbeidet. Mangel på data gjør med andre ord at behandlingseffekt ikke er et alternativ når perioden 1998-2006 skal analyseres.

Det alternativet som da gjenstår er å bruke aktivitet som mål på resultat. På rutinemessig basis registreres for hver pasient *tiltak* i forbindelse med undersøkelse og observasjon, terapi/samtale og indirekte pasientarbeid (møter og konsultasjoner med samarbeidspartnere). Usikkerheten med "tiltak" har vært knyttet til ulik registreringspraksis både mellom poliklinikker og over tid. Det har vært gjennomført endringer i den polikliniske refusjonsordningen som bl.a. kan ha påvirket registreringspraksis. Norsk Forening for Barne- og Ungdomspsykiatriske Institusjoner (NFBUI) har vært aktive med å utvikle dataprogram for registrering av pasient- og behandlingsinformasjon, og foreningen har også fulgt opp med årlige konferanser for ledere og annet administrativt personell. Allerede i 1997 publiserte NFBUI selv landsomfattende statistikk for bl.a. direkte og indirekte tiltak (NFBUI, 1997). Registrering av pasienter og tiltak har med andre ord bakgrunn i et engasjement fra fagmiljøet som i tid startet forut for Opptappingsplanen og helseforetaksreformen. Likevel, det er gode grunner til å ha spørsmålet ulik registreringspraksis både mellom poliklinikker og ikke minst over tid i mente, og vurdere hvilke implikasjoner svakheter i datamaterialet kan ha for tolkning av produktivitet og produktivitetsutvikling. I det følgende vil vi legge spesiell vekt på å drøfte ulike sider ved registrering av tiltak, men også "antall behandlede pasienter" vil bli diskutert.

Vi starter imidlertid med å beskrive indikatorer for produktivitet for 2005-2006 og utviklingen i perioden 1998-2006.

9.3 Produktivitet i BUP-poliklinikker i perioden 1998–2006

Beregning av produktivitet for BUP-poliklinikker er basert på et tilnærmet komplett nasjonalt datamateriale. Av det samlede antall behandlede pasienter i 2006 inngår 98 prosent i datagrunnlaget, mens de resterende to prosentene er knyttet til et lite antall behandlingssenheter som mangler årsverks- og/eller pasientinformasjon. Produktivitetstallene inkluderer med andre ord majoriteten av landets behandlingssenheter og består følgelig av både generelle poliklinikker og mer spesialiserte behandlingssenheter.

I 2006 utførte hver behandler i gjennomsnitt 1,83 tiltak per dag¹⁸, dvs. når vi ser direkte og indirekte tiltak under ett. Sammenliknet med 2005 økte både tiltak per dag/fagårsverk og tiltak per pasient, men antall pasienter per fagårsverk ble svakt redusert. I gjennomsnitt ble det behandlet 30 pasienter per fagårsverk i 2006.

Selv om endringene fra 2005 til 2006 må karakteriseres som små, var tendensen i 2006 økt produktivitet målt med tiltak per fagårsverk, men hver pasient fikk samtidig flere behandlingstiltak slik at hver behandler ikke tok hånd om flere pasienter enn året før. Spørsmålet er i hvilken grad dette er en tendens som vi finner igjen for hele perioden etter at Opptappingsplanen startet i 1999.

¹⁸ Ett årsverk regnes som 230 dagsverk.

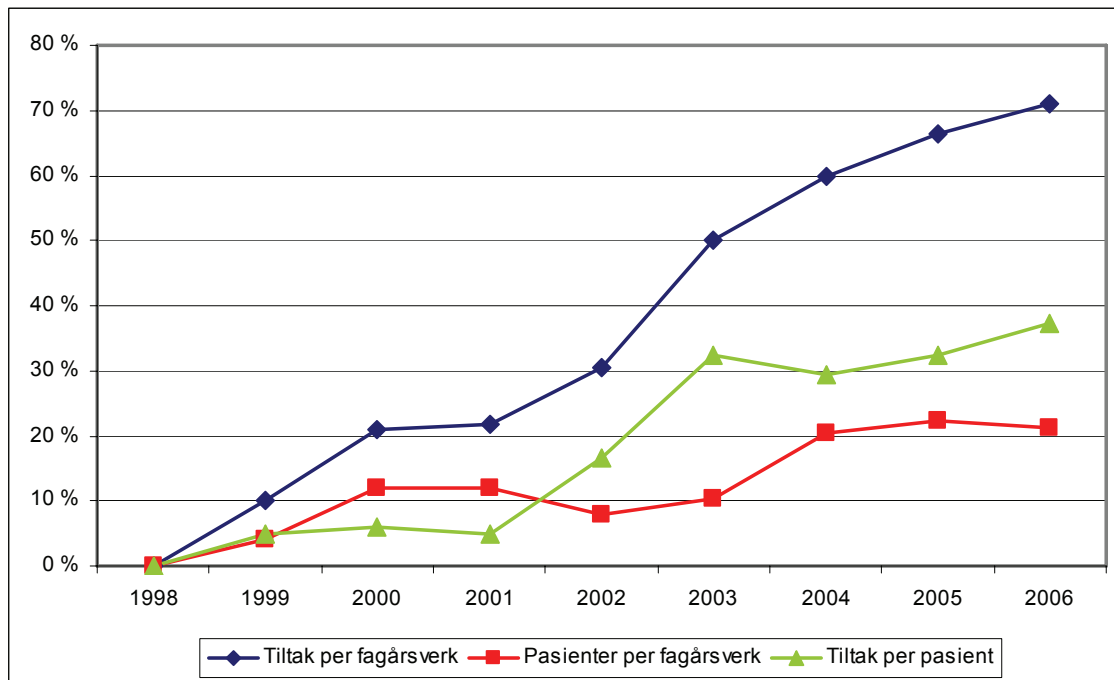
Tabell 9.1 Poliklinisk virksomhet for barn og unge: Tiltak, behandlede pasienter, fagårsverk og indikatorer på produktivitet. Nasjonale tall. 2005-2006.

	2005	2006	Prosent endring
Poliklinisk aktivitet - nasjonale tall:			
Antall tiltak	561 304	641 971	14,4
Antall behandlede pasienter	41 722	46 214	10,8
For institusjoner som inngår i beregning av produktivitet:			
Antall tiltak	550 518	632 168	14,8
- direkte	404 623	466 595	15,3
- indirekte	145 895	165 572	13,5
Antall behandlede pasienter	40 614	45 074	11,0
Antall fagårsverk	1 328	1 485	11,8
Tiltak per fagårsverk	414	426	2,7
- direkte tiltak per fagårsverk	305	314	3,1
- indirekte tiltak per fagårsverk	110	111	1,5
Tiltak per pasient	13,6	14,0	3,5
- direkte tiltak per pasient	10,0	10,4	3,9
- indirekte tiltak per pasient	3,6	3,7	2,3
Pasienter per fagårsverk	30,6	30,3	-0,7

Datakilde: NPR og SSB

Figur 9.1 viser utviklingen for perioden 1998 til 2006, med 1998 som basisår. Kurvene viser akkumulert prosentvis endring fra 1998. Fra 1998 til 2006 økte tiltak per fagårsverk med nær 71 prosent, mens pasienter per fagårsverk økte med 21 prosent. I tillegg økte tiltak per pasient med 37 prosent. Det har med andre ord vært en kraftig økning i produktivitet målt med registrerte tiltak, mens økningen for behandlede pasienter har vært mer moderat.

Endringene i produktivitetsindikatorerne har variert i planperioden. De to første årene av Opptrappingsplanen, mens fylkeskommunene ennå hadde ansvar for spesialisthelsetjenesten, økte tiltak per fagårsverk og pasienter per fagårsverk, mens tiltak per pasient var tilnærmet uforandret. Etter at helseforetakene ble etablert i 2002 økte tiltak per fagårsverk relativt kraftig, men veksten har flatet noe ut fra 2004. Fra og med 2002 økte også antall tiltak per pasient like kraftig som tiltak per fagårsverk. Det innebar at antall pasienter per fagårsverk var mer eller mindre uforandret fra 2000 til 2003. I 2004 økte imidlertid antall pasienter per fagårsverk med nær 10 prosentpoeng, og har siden holdt seg mer eller mindre stabil.



Datakilde: NPR

Figur 9.1 Prosent endring i tiltak per fagårsverk, pasienter per fagårsverk og tiltak per pasient for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge for perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998.

Vi ser at mens produktiviteten målt ved tiltak per fagårsverk har økt hvert år i planperioden, har pasienter per årsverk gjort ett hopp i 1999-2000 og ett i 2004. Tiltak per pasient økte først og fremst i årene 2002 og 2003. 2006-tallene bekrefter utviklingen fra 2004 med flere tiltak per fagårsverk og tilnærmet uendret antall pasienter per fagårsverk, noe som innebærer at tiltak per pasient igjen har økt.

For perioden 1998 til 2006 har med andre ord produktiviteten økt *kraftig* målt med tiltak per fagårsverk og noe mer moderat målt med pasienter per fagårsverk. Spørsmålet er om tallene illustrerer en *reell* økning i poliklinikkens pasientrettede virksomhet sett i forhold til personellinnsatsen - og dermed en reell økning i produktivitet, eller om tallene kan knyttes til endret registreringspraksis, endret behandlingspraksis og/eller endret pasientsammensetning.

9.4 Hva mener vi med registreringspraksis, behandlingspraksis og pasientsammensetning?

Med *endret registreringspraksis* mener vi (A) at en poliklinikk begynner å registrere tiltak den tidligere utførte, men ikke registrerte, eller (B) at en poliklinikk registrerer en gitt behandlingsaktivitet på en annen måte enn før. Et eksempel på (A) kan være møter med samarbeidspartnere i førstelinjen uten at pasienten var til stede, mens et eksempel på (B) kan være en konsultasjon hvor både barnevernspedagog og lege deltar og hvor man går over fra å kode det som ett tiltak med to behandlere til to tiltak med en behandler hver. I begge tilfeller har pasienten mottatt det samme behandlingstilbudet, men registreringen er ulik.

Med *endret behandlingspraksis* mener vi tilfeller der endret registrering kommer som følge av at pasienten faktisk har mottatt et annet behandlingstilbud enn før. Eksempler på dette kan være at poliklinikkene i bestemte situasjoner går over fra å stille med en behandler i stedet for to i en behandlingssamtale, at konsultasjonens varighet er redusert (alternativt

økt) og at tiden mellom hver konsultasjon har økt (eventuelt forkortet). Endret behandlingspraksis kan komme som et resultat av faglige overveielser og/eller administrative beslutninger i poliklinikken.

Med *endret pasientsammensetning* menes til vanlig endringer knyttet til kjønns-, alders- og diagnosesammensetning – og endringer i behov. I vår drøfting knytter vi endret varighet av behandling til pasientsammensetning. Et pasientforløp vil enkelt sagt ha en utredningsfase, en intensiv behandlingsfase og deretter en oppfølgings-/kontroll-/avslutningsfase. Dersom en poliklinikk får en forskyvning av *andel* pasienter i ulike faser, vil dette kunne påvirke f.eks. gjennomsnittlig tiltak per pasient for poliklinikken sett under ett.

I forhold til indikatorer for produktivitet er endret registreringspraksis alvorlig, fordi det dreier seg om målefeil. Vi måler en endring som ikke har funnet sted. Endret behandlingspraksis er *ikke* målefeil, men kan tvert i mot være et uttrykk for at man får mer ut av ressursene. Ulik pasientsammensetning kan være en forklaring på endret produktivitet over tid og ikke minst en forklaring på forskjeller i produktivitet mellom poliklinikker. Både endret registreringspraksis, endret behandlingspraksis og endret pasientsammensetning kan være assosiert med helsepolitiske styringssignaler og økonomiske incitament, det vil si det polikliniske refusjonssystemets utforming. I forhold til å kunne stole på produktivitetsindikatorer over tid er spørsmålet om endret registreringspraksis spesielt viktig.

9.5 Om tiltak per pasient og endringer i registreringspraksis og behandlingspraksis

Spørsmålet er om økningen i tiltak fra 1998 og utover kan være et resultat av endret registreringspraksis og/eller endret behandlingspraksis. Spørsmålet kan best belyses ved å ta utgangspunkt i utviklingen i registrerte tiltak per pasient. Poliklinikkene har rapportert tre typer tiltak til Norsk pasientregister (NPR):

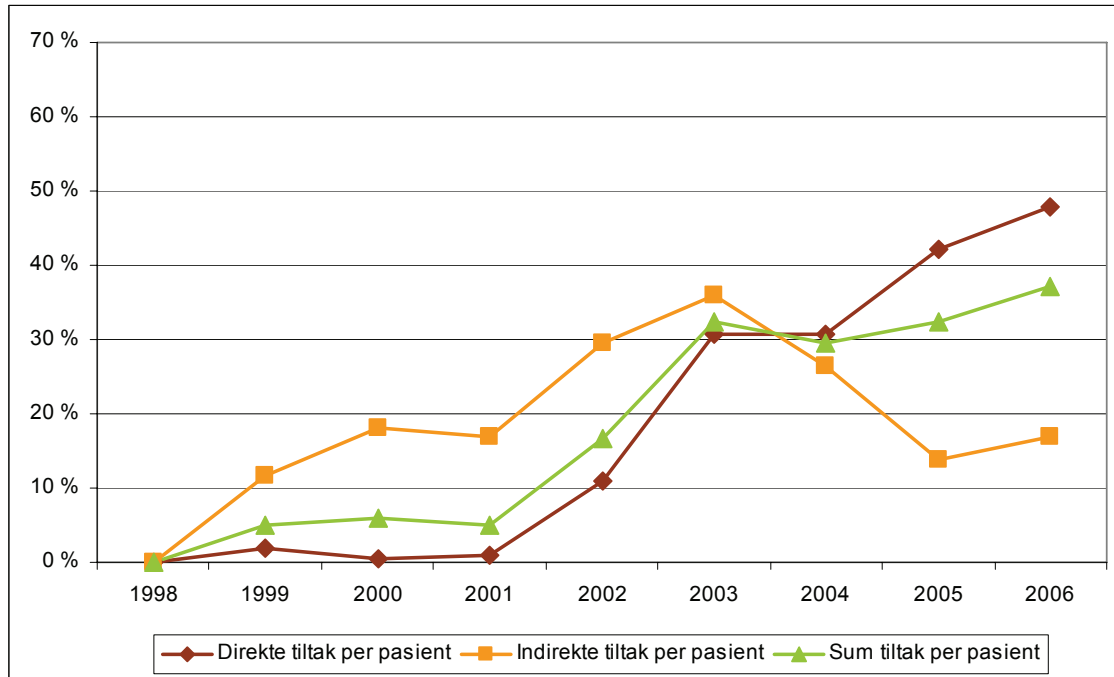
- A. Terapi/samtale
- B. Undersøkelse/observasjon
- C. Indirekte pasientarbeid

I tillegg registreres lokalt "interne møter" og "ikke møtt". Terapi/samtale og undersøkelse/observasjon defineres som *direkte* pasientarbeid hvor pasienten eller foreldre/foresatte er til stede.

Perioden 1998-2000

Refusjonssystemet for psykiatriske poliklinikker inneholdt fra 1.1.1997 to takster for tiltak. Det var en takst for førstegangs undersøkelse og observasjon og en takst for konsultasjoner etter dette (utredning og behandling). Det var krav om at pasient eller foresatte måtte være tilstede for at taksten skulle utløses. I de første årene av Opptrappingsplanen hadde med andre ord poliklinikkene ikke noe økonomisk incentiv til å registrere indirekte tiltak. På den annen side var det allerede før 1998 stor oppmerksomhet fra sentrale helsemyndigheter knyttet til å kvantifisere poliklinikkene aktivitet, blant annet gjennom forventinger om økt produktivitet i form av tiltak per fagårsverk (St.meld. nr. 25, 1996-97).

Figur 9.2 viser at antall registrerte *indirekte* tiltak per pasient økte med drøye 20 prosent fra 1998 til 2000. Dette kan ha sammenheng nettopp med økt oppmerksomhet rundt poliklinikkenes aktivitet og produktivitet, delvis med bakgrunn i at registreringspraksis varierte betydelig mellom poliklinikkene i utgangspunktet.



Datakilde: NPR

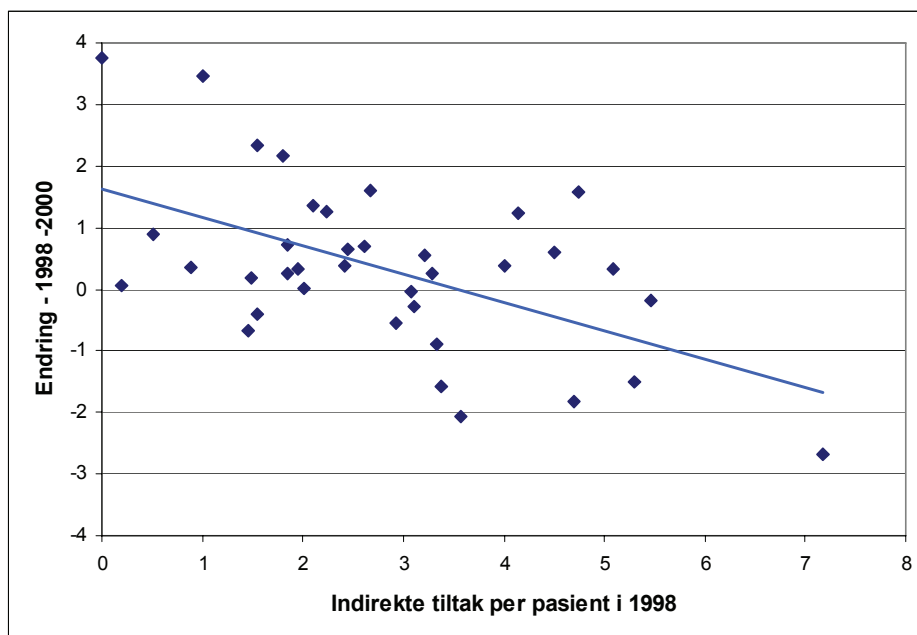
Figur 9.2 Prosent endring i direkte tiltak, indirekte tiltak og sum tiltak per pasient for poliklinisk behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge for perioden 1998-2006. Prosent endring målt i forhold til nivået i 1998.

Var det da systematisk de poliklinikkene som hadde et lavt antall indirekte tiltak per pasient i 1998 som hadde stor økning? Figur 9.3 viser et scatterplot over indirekte tiltak per pasient i 1998 og endring 1998-2000 for et utvalg av poliklinikker¹⁹ (N=37). Trendlinjen viser at endringen var større jo færre tiltak per pasient poliklinikkene hadde i 1998. Med andre ord er svaret "ja", det var de med et lavt utgangspunkt som økte mest.

Kan dette tolkes som endret registrering type A? Det kan være at poliklinikkene med et lavt utgangspunkt i 1998 på det tidspunktet utførte flere indirekte enn de faktisk registrerte og at en økt registrering fant sted de neste to årene. En gjennomgang av pasientdata for disse tre årene viser at andel behandlede pasienter *uten* registrerte indirekte tiltak sank med 10 prosentpoeng fra 1998 til 2000 (fra en andel på 39 prosent til 29 prosent, se tabell 9.3). Etter 2000 har det kun vært mindre endringer.

Det kan likevel ikke utelukkes at noen poliklinikker også *økte* antall faktisk utførte tiltak i takt med økt registrering, noe vi har betegnet som endret behandlingspraksis.

¹⁹ Utvalget (N=37) er basert på poliklinikker som har årsverk og pasientinformasjon for alle år, og som ikke har vært gjennom organisatoriske sammenslåinger eller oppsplittinger (så langt vi kjenner til). I tillegg er poliklinikker med unormalt store fall i fagårsverk ett eller to år holdt utenfor.



Datakilde: NPR

(N=37, Pearson corr.: -0,54, p<0,01)

Figur 9.3 Scatterplot og trendlinje for sammenhengen mellom indirekte tiltak per pasient i 1998 og endring fra 1998 til 2000 for utvalg av poliklinikker.

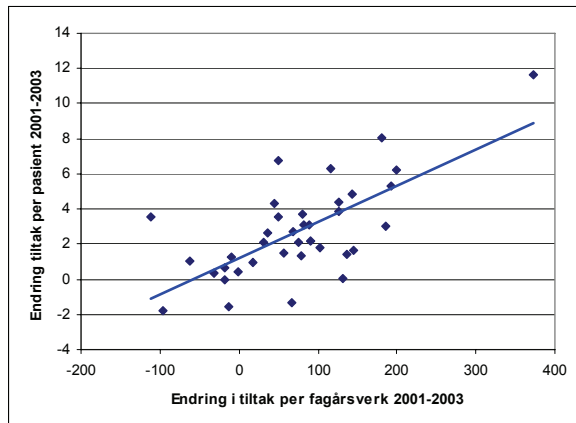
Perioden 2001-2003

I 2002 ble foretaksreformen gjennomført, og etablering av helseforetak medførte økt oppmerksomhet mot økonomistyring og resultatoppfølging. Som eksempel inneholdt styringsdokumentene for de regionale helseforetakene en ambisjon om 30 prosent økning i tiltak per fagårsverk for perioden 2002-2003 (Styringsdokument 2003 Helse Midt-Norge RHF).

Figur 9.2 viser at fra 2002 var det en betydelig økning i registrerte direkte tiltak per pasient, men også i indirekte tiltak per pasient. Refusjonssystemet var i hovedsak uendret i perioden 1998 til 2004. Det ble imidlertid foretatt mindre justeringer av satsene, og fra 2000 ble det eksplisitt gitt anledning til å kreve konsultasjonstakst også for tiltak gjennomført utenfor poliklinikkens lokaler. Det ble samtidig gitt anledning til å sende refusjonskrav for gruppebehandling. Takstendringene ga et noe større incitament til å registrere. I tillegg innebar foretaksreformen et forsterket fokus på produktivitet med henvisning til Opptrappingsplanen, noe som kan ha medvirket til økt tiltaksregistrering.

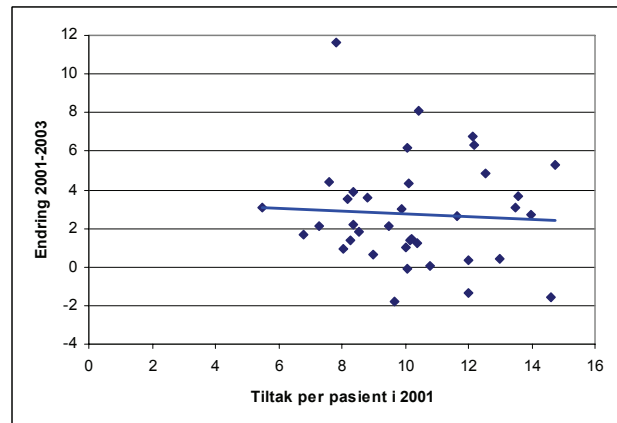
Helseforetakene ble målt etter grad av endring i tiltak per fagårsverk. Figur 9.4 viser at det for utvalget av poliklinikker var en klar positiv sammenheng mellom endring i tiltak per fagårsverk og endring i tiltak per pasient. For de poliklinikkene som økte tiltaksregistreringen, kan det ha kommet som et resultat av at poliklinikkene registrerte *mer* enn før (type A), men også at de registrerte *annerledes* enn før (type B)²⁰. En sammenlikning av behandlernes tidsbruk i 2000, 2002 og 2004 viser at tid brukt på direkte pasientkontakt i hovedsak var uendret i perioden (Hatling et al, 2005). Samtidig viser statistikken at direkte tiltak per fagårsverk (og direkte tiltak per pasient) økte betydelig. Det indikerer at registreringsendringer av type A eller B kan ha forekommet.

²⁰ Et eksempel på dette kan være familiebehandling hvor det som før ble registrert som ett (langvarig) tiltak med flere behandlere tilstede, ble splittet opp i flere tiltak med en behandler per tiltak og vekselvis mor/far og/eller pasient tilstede.



Datakilde: NPR

(N=37, Pearson corr.: 0,69, $p < 0,01$)



Datakilde: NPR

(N=37, Pearson corr.: -0,06, $p > 0,10$)

Figur 9.4 Scatterplot og trendlinje for sammenhengen mellom endring sum tiltak per fagårsverk 2001-2003 og endring i tiltak per pasient 2001-2003 for utvalg av poliklinikker.

Figur 9.5 Scatterplot og trendlinje for sammenhengen mellom sum tiltak per pasient i 2001 og endring fra 2001 til 2003 for utvalg av poliklinikker.

Spørsmålet er om det også i 2002-2003 var slik at de poliklinikkene som i utgangspunktet hadde få tiltak per pasient samtidig hadde størst økning? Figur 9.5 viser for utvalget av poliklinikker antall tiltak (direkte og indirekte) per pasient i 2001 og endring fra 2001 til 2003. Den tilnærmet horisontale trendlinjen viser at det ikke er noen sammenheng mellom nivået i 2001 og endring. Det var ikke systematisk slik at de som lå lavest i utgangspunktet hadde størst endring, noe som indikerer at en registreringsendring type B kan ha forekommet heller enn en type A.

Den observerte tiltaksendringen *kan* imidlertid også være et uttrykk for endret behandlingspraksis. Rapporten fra Riksrevisjonen (Dokument 3:7, 2006-2007) dokumenterer store forskjeller i tiltakenes gjennomsnittlige varighet mellom poliklinikker. Det *kan* være slik at gjennomsnittlig tidsbruk per tiltak har blitt redusert over tid, for eksempel som følge av at sammensetningen av tiltakstyper har endret seg. Det *kan* også være at gjennomsnittlig tid mellom hvert tiltak har gått ned. Antall behandlere per tiltak *kan* ha gått ned. En overgang fra teamfokuset arbeid til større grad av en-til-en relasjoner trekker generelt i den retning. Med andre ord, dersom økt tiltak per pasient var et uttrykk for endret behandlingspraksis, var endringen i tiltak per fagårsverk av mer substansiell karakter - den kan ha vært et uttrykk for reelt sett flere tiltak, men med lavere ressursinnsats per tiltak.

Perioden 2004-2006

Figur 9.2 viser at fra 2004 gikk antall indirekte tiltak per pasient ned. Dette kan kanskje synes noe overraskende, all den tid samarbeid med førstelinjen har vært en viktig oppgave for poliklinikkene. Observasjonen synes imidlertid å være i tråd med hva evalueringen av poliklinikkhåndboka fant, nemlig at andel tid brukt på ekstern kontakt gikk ned fra 2000 til 2004 (Hatling et al, 2005).

Fra og med 2005 økte både direkte og indirekte tiltak per pasient. Det ble fra 1. januar 2005 innført flere nye takster i refusjonsordningen (NAV, 2007). De viktigste endringene var for det første at det ble innført en takst for oppfølgingsmøter med førstelinjetjenesten (uten at pasient eller foresatte var til stede). Dette kategoriseres som et indirekte tiltak. For det andre ble det innført takster for telefonkonsultasjoner med pasient (direkte tiltak) og telefonisk oppfølgingsamtale med førstelinjetjenesten (indirekte tiltak).

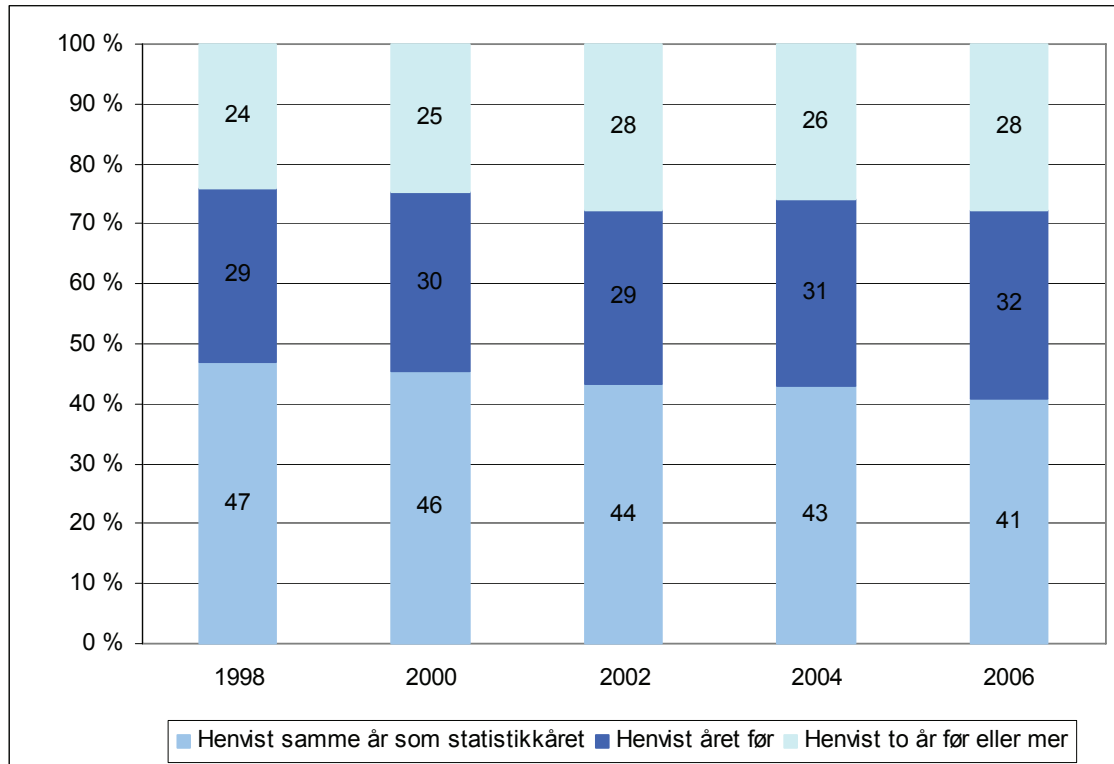
For perioden 2004 til 2006 er det en klar negativ sammenheng mellom antall indirekte tiltak per pasient i 2004 og endring 2004-2006 (Pearson corr:-0,53, $p<0,01$). Det er en litt svakere negativ korrelasjon mellom direkte tiltak i 2004 og endring (Pearson corr:-0,34, $p<0,05$). Med andre ord var tendensen at jo lavere antall tiltak per pasient i 2004, jo større endring i 2005 og 2006. Igjen, dette *kan* være et uttrykk for at poliklinikkene registrerte *mer* enn før, f.eks. ved *mer* registrering av telefonkonsultasjoner enn før. Det kan selvsagt også være at selve registreringsmåten ble endret (type B), jf. diskusjonen for perioden 2001-2003.

Det *kan* imidlertid også være at økt antall tiltak (både direkte og indirekte) er et uttrykk for at det skjedde en økning i antall *faktisk utførte* tiltak (f.eks. telefonkonsultasjoner), nettopp som følge av takstendringene. Med andre ord endret behandlingspraksis. Også andre endringer i behandlingspraksis kan ha forekommet og det er verdt å merke seg at antall pasienter per fagårsverk økte i 2004 og 2005 (figur 9.2). Antall tiltak per pasient gikk noe ned i 2004, men økte igjen fra 2005. Tiltak per fagårsverk gikk opp alle år.

9.6 Om tiltak per pasient og endringer i pasientsammensetning

Hva så med pasientsammensetningen over tid? Pasientdata inneholder ikke datoangivelser som gjør det mulig å beregne eksakt gjennomsnittlig varighet av poliklinisk behandling for *alle* år i perioden 1998 til 2006. Et indirekte mål på behandlingens varighet kan vi imidlertid få ved å se på andel pasienter som er henvist samme år som statistikkåret (nyhenviste pasienter), alternativt årene før statistikkåret (overførte pasienter). Dersom det er slik for 2006 at andelen pasienter behandlet i 2006 og samtidig henvist i 2006, er lavere enn andel pasienter behandlet i 1998 og samtidig henvist i 1998, så betyr det at andel nyhenviste er redusert, og at andel pasienter overført fra ett år til et annet har økt. Dette er i så fall en indikasjon på at varigheten av en gjennomsnittlig henvisningsperiode har økt.

Figur 9.6 viser hvordan behandlede pasienter det enkelte år fordeler seg på tre henvisningskategorier: Henvist samme år som statistikkåret (nyhenviste), henvist året før og henvist to år før eller mer.

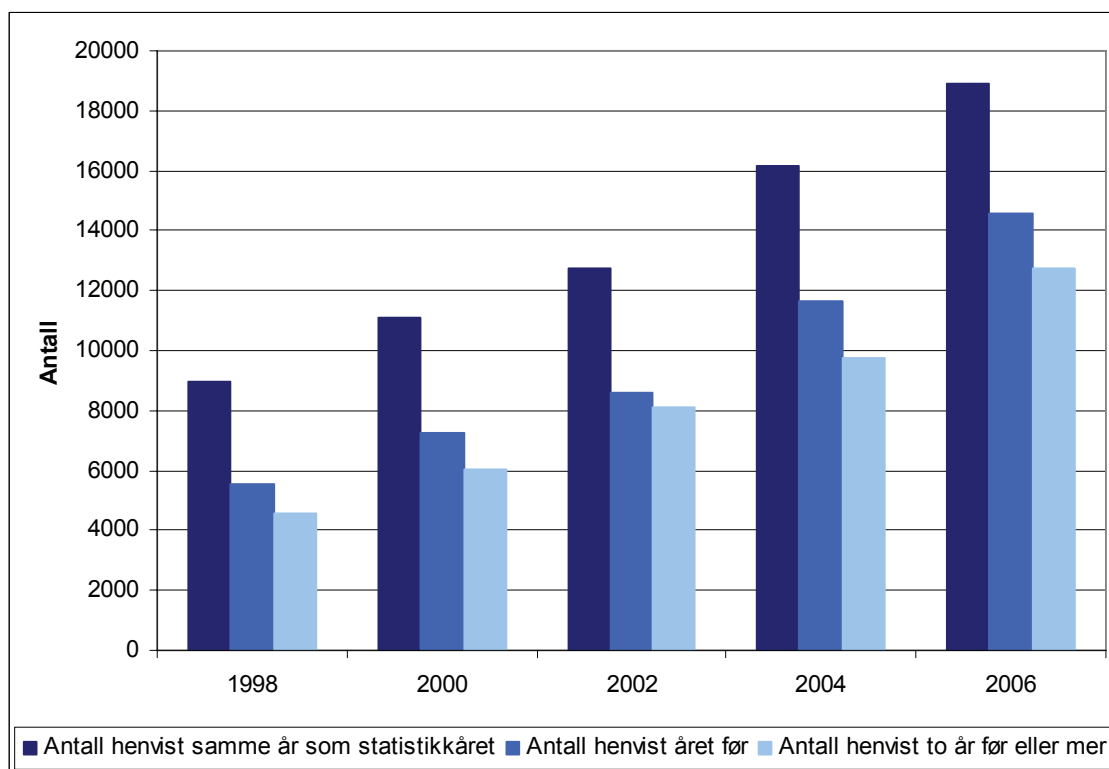


Datakilde: NPR

Figur 9.6 Andel behandlede pasienter ved poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge etter henvisningsår og statistikk/rapporteringsår for perioden 1998-2006.

Figur 9.6 viser en relativt klar utvikling gjennom hele perioden 1998 til 2006. Av pasienter behandlet hvert år har andel nyhenviste gått ned (fra 47 prosent i 1998 til 41 prosent i 2006), mens andel henvist året før, eller tidligere enn det, har gått opp. Dette tyder på at gjennomsnittlig varighet av en poliklinisk henvisningsperiode har økt i planperioden. Dette kan kanskje synes overraskende all den tid avslutningsfasen og behovet for å avslutte saker har vært viet betydelig oppmerksomhet.

Det er imidlertid viktig å være klar over at selv om *andel* nyhenviste har gått ned, så har *antall* nyhenviste som har fått behandling samme år økt betydelig. Figur 9.7 viser at av de 19 000 som fikk behandling i 1998 var 9 000 henvist samme år. Av de 46 000 som fikk behandling i 2006 var imidlertid nær 19 000 henvist det året. Med andre ord er det omlag 10 000 flere nyhenviste som fikk behandling i 2006 sammenliknet med 1998.



Datkilde: NPR

Figur 9.7 Antall behandlede pasienter ved poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge etter henvisningsår og statistikk/rapporteringsår for perioden 1998-2006.

Figur 9.6 indikerer at pasientsammensetningen år for år har endret seg. Hva betyr det i forhold til gjennomsnittlig tiltak per pasient? Tabell 9.2 viser gjennomsnittlig antall tiltak per pasient behandlet i 2006 etter henvisningsår.

Tabell 9.2 Tiltak per pasient etter pasientenes henvisningsår for 2006. Pasienter behandlet ved poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

	Sum tiltak i gj.sn. per pasient i 2006	Direkte tiltak i gj.sn per pasient i 2006	Indirekte tiltak i gj.sn per pasient i 2006
A. Henvist i 2006	11	8	3
B. Henvist i 2005	18	13	5
C. Henvist 2004 eller før	14	10	4
Alle pasienter	14	10	4

Datkilde: NPR

Tabellen viser at nyhenviste i gjennomsnitt har færre tiltak enn pasienter henvist tidligere år, noe som kan forklares med at nyhenviste pasienter er tatt inn til utredning og behandling gjennom året og således kan ha vært i behandling kun kort tid. Når *andel* nyhenviste over tid går ned, betyr det samtidig at gjennomsnittlig antall tiltak per pasient vil øke. En forskyning av andel pasienter i forhold til behandlingsfase vil følgelig påvirke gjennomsnittlig antall tiltak per pasient. Utredning av nyhenviste pasienter kan være svært ressurskrevende, mens behandling og oppfølging kan være mindre ressurskrevende i forhold til hvert enkelt tiltak.

Dette indikerer igjen at endret pasientsammensetning *delvis* kan forklare økning i tiltak per pasient, noe som kan illustreres med følgende regneeksempel: I 1998 var gjennomsnittlig antall tiltak per pasient 10,2, mens i 2006 var det 14 – en økning på 3,8. Vi tar utgangspunkt i pasientsammensetningen i 1998 (se søylen i figur 6) og tiltak per pasient i 2006 etter henvisningsår (se tabell 9.2) og estimerer gjennomsnittlig antall tiltak i 2006. Regnestykket viser at dersom pasientsammensetningen i 2006 hadde vært som i 1998, ville antall tiltak per pasient vært 13,7. Det indikerer at 0,3 eller omlag åtte prosent av endringen fra 1998 til 2006 kan settes i sammenheng med endret pasientsammensetning.

Vi har her sett på varighet av behandling, men tilsvarende endringer i pasientsammensetning kan selvsagt også forekomme i sammenheng med endret kjønns- og alderssammensetning, endret diagnosesammensetning og endringer i behov for utredning og behandling.

9.7 Om endring i antall behandlede pasienter

Antall behandlede pasienter beregnes på bakgrunn av informasjon i pasientdata, og da i hovedsak ut fra om pasienten har mottatt indirekte og/eller direkte tiltak i statistikkåret. I SAMDATA-rapporten "Psykiatritjenesten 1999 – omstilling og vekst" (Halsteinli, 2000) er det beskrevet hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble brukt for å komme frem til antall behandlede pasienter for årene 1998-2002. I utgangspunktet ble det stilt krav om at en pasient skulle ha minst ett registrert tiltak i statistikkåret, men det ble gjort unntak for pasienter henvist i statistikkåret og registrert som "tatt i mot". Dette medførte at det i statistikken for behandlede pasienter var en liten andel med null registrerte tiltak. Tabell 3 viser at andel pasienter i denne kategorien var elleve prosent i 1998, mens den i 2002 var redusert til fire.

Tabell 9.3 Andel pasienter uten registrerte tiltak i statistikk-/rapporteringsåret men registrert som "behandlede pasienter" i perioden 1998-2006 ved poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

Andel behandlede pasienter <i>uten</i> registrerte tiltak:			
År	Ikke indirekte og ikke direkte	Ikke indirekte	Ikke direkte
1998	11 %	39 %	21 %
2000	6 %	29 %	19 %
2002	4 %	26 %	16 %
2004	0 %	25 %	9 %
2006	0 %	26 %	8 %

Datakilde: NPR

I 2003 innførte NPR et nytt rapporteringsformat, noe som medførte at kriteriene måtte tilpasses nye variable. Utvalgskriteriene ble videreført for å gjøre datamaterialet mest mulig sammenliknbart (Halsteinli, 2004), men fra 2004 ble det et krav at en pasient var registrert med minst ett tiltak i rapporteringsåret for å komme med. I tillegg ble pasienter med kun *indirekte* tiltak i inntaks- og ventetidsfasen og som ikke ble tatt til behandling etter ventetidens slutt, ekskludert. Av tabell 9.3 ser vi at i 2004 og 2006 var antall behandlede pasienter uten registrerte tiltak lik null.

Det er også verdt å merke seg at det *ikke* er et en til en forhold mellom antall pasienter og antall personer. På grunn av kravet om anonymitet er det ikke mulig å "følge" pasienter på tvers av poliklinikkene. Det innebærer at antall behandlede *personer* kan være noe lavere enn antall behandlede pasienter. I forhold til tilgjengelighet og dekningsgrad er selvsagt det siste av stor interesse, men det er grunn til å tro at differansen det her er snakk om er relativt liten.

Spørsmålet er om "antall pasienter" kan inneholde målefeil jf. drøftingen av tiltak. Kan en pasient ha blitt regnet som behandlet uten at vedkommende i realiteten har vært i kontakt med poliklinikken gjennom året? En pasient som har vært registrert i det pasientadministrative systemet har selvsagt kunnet bli stående som en "sak" vesentlig lenger enn det som ut fra et behandlingsmessig synspunkt har syntes adekvat. I og med at det har vært stilt relativt strenge krav om ett eller flere registrerte tiltak i statistikkåret for å bli regnet som "behandlet", skal manglende avslutning av "saker" ikke ha influert på "antall behandlede pasienter".

Selv om det var rimelig grunn til å anta at de elleve prosent av pasientene som i 1998 sto uten registrerte tiltak (se tabell 9.3), faktisk hadde startet behandlingen, kan det diskuteres om kriteriene for å bli regnet som "behandlet" var for "snille" i perioden 1998-2002. Ved bruk av strengere kriterier ville imidlertid *økningen* i behandlede pasienter (og dermed dekningsgrad) ha vært ennå høyere enn hittil dokumentert for perioden 1998-2006. Etter vår oppfatning bidrar inklusjons- og eksklusjonskriteriene til at målefeil ble unngått. Mens det for tiltak må tillegges vekt at endret registreringspraksis kan forklare deler av veksten, er det grunn til å stole på "behandlede pasienter".

Pasienter per fagårsverk har økt med 21 prosent fra 1998 til 2006, noe som kan ha sammenheng med endret behandlingspraksis. Poliklinikkene kan ha redusert antall behandlere per konsultasjon og på den måten tatt hånd om flere pasienter (og samtidig gitt flere tiltak samlet sett). Riksrevisjonen peker i sin rapport på poliklinikkens mulighet for å øke behandlingens varighet (Dokument 3:7, 2006-2007). Det kan påvirke muligheten for å ta inn flere pasienter samtidig til behandling – og antall registrerte pasienter. Dette handler imidlertid ikke om registreringspraksis, men om behandlingspraksis (reelt sett flere pasienter behandlet, med lavere ressursinnsats per pasient).

9.8 Har økt produktivitet ført til flere behandlede pasienter/bedre tilgjengelighet?

Figur 9.1 viser at antall behandlede pasienter per fagårsverk har økt med omlag 20 prosent i perioden 1998 til 2006, og økningen i antall behandlede pasienter synes å være reell. Målt med pasienter per fagårsverk har det derfor vært økt produktivitet i perioden, og i gjennomsnitt tok hver behandler hånd om fem flere pasienter i 2006 enn i 1998. I hvilken grad har denne produktivitetsveksten bidratt til at dekningsgraden har økt, sett i forhold til den effekt *flere årsverk* har hatt?

Et enkelt regnestykke kan illustrere dette. Gitt at antall behandlere i 2006 hadde behandlet like mange pasienter hver som i 1998 (dvs. 25), hadde 38 400 pasienter fått behandling. Det at behandlerne i gjennomsnitt tok hånd om fem flere enn i 1998, gjorde at ytterligere 7 800 pasienter fikk behandling. Til sammen medførte dette at 46 200 pasienter fikk behandling i 2006 (jf. tabell 9.1).

I 1998 fikk 19 100 pasienter behandling og det var dermed 27 100 flere som fikk behandling i 2006. Av disse fikk 19 300 flere behandling som følge av årsverksøkningen (38 400 – 19 100 = 19 300), mens 7 800 flere ble behandlet som følge av økt produktivitet. Det betyr at 29 prosent av den *økte* pasientbehandlingen skyldes produktivitetsveksten.

9.9 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet beskrevet utviklingen i produktivitetsindikatorer for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1998-2006, som viser at antall tiltak per fagårsverk har økt med 71 prosent, mens antall pasienter per fagårsverk har økt med 21 prosent. Antall tiltak per pasient har i samme periode økt med 37 prosent. Spørsmålet er om disse indikatorene er egnet til å si noe om den reelle produktivitetsutviklingen, eller om den veksten som observeres er et uttrykk for endret registreringspraksis.

For perioden 1998 til 2006 er det mye som tyder på at det kan ha skjedd en endring i registreringspraksis for tiltak: *Mer* registrering av indirekte tiltak 1998-2000, *mer* registrering av telefonkonsultasjoner fra og med 2005 og *annerledes* registrering mest sannsynlig i perioden 2001-2003. Men det er også gode grunner til å tro at de observerte endringene i perioden 1998 til 2006 har sammenheng med at poliklinikkene har endret behandlingspraksis og at pasientsammensetningen er endret.

Det er gode grunner til å tro at "antall behandlede pasienter" er riktig og i liten grad påvirket av registreringspraksis. Det er imidlertid grunn til å tro at "antall behandlede pasienter" har blitt påvirket av endringer i behandlingspraksis, f.eks. som følge av færre behandlere i gjennomsnitt per pasient. Når antall pasienter per fagårsverk brukes som uttrykk for produktivitet, er det følgelig grunn til å stole på tallene. Når antall tiltak per fagårsverk brukes som produktivitetsindikator, må det tas høyde for at tallene hadde vært noe lavere dersom det var korrigert for endret registreringspraksis. Tallene bør derfor tolkes med forsiktighet.

Flere forhold bør imidlertid trekkes inn ved vurdering av produktivitet i 1998-2006. For det første: Enheter som sammenliknes må gjøres mest mulig sammenliknbare. Det gjelder enten det er sammenlikning over tid eller mellom poliklinikker. Det innebærer f.eks. at det bør korrigeres for endringer i pasientsammensetning. De enkle indikatorene tiltak per fagårsverk, pasienter per fagårsverk og tiltak per pasient er ukorrigerede tall. For sammenlikning mellom poliklinikker betyr det at en poliklinikk med spesialoppgave å drive utredning av en krevende pasientgruppe ikke uten videre kan sammenliknes med en poliklinikk med et generelt befolkningsansvar. En poliklinikk vil kunne fremstå som "svært produktiv" eller "lite produktiv" avhengig av hvilken av de nevnte indikatorene som velges, noe som igjen kan være knyttet til pasientsammensetning. Ved bruk av enkle indikatorer bør poliklinikker primært sammenliknes med seg selv og en bør være oppmerksom på at tallene for små behandlingseenheter er mer følsomme overfor vakanser og andre endringer i personellinnsatsen enn det tall for helseforetak eller nasjonale tall er. For sammenlikning mellom enheter kan det derfor argumenteres for at helseforetak er mer egnet enn enkelt-poliklinikker.

For det andre: Poliklinikker for barn og unge har flere mål knyttet til sin virksomhet. Befolkningsansvaret trekker i retning av at antall behandlede pasienter er et viktig resultatmål. Ansvar for et faglig forsvarlig tilbud trekker i retning av at tiltak per pasient er et viktig mål. Spørsmålet er hvilken vekt som skal legges på henholdsvis pasient og tiltak som resultatmål. Det finnes velutviklede metoder for å analysere produktivitet på en slik måte at både pasient og tiltak inngår som resultatmål, samtidig som det tas hensyn til at poliklinikkene har ulik pasientsammensetning. En mye brukt metode går ut på å sammenligne den enkelte poliklinikk med de poliklinikkene som synes å representere en "beste praksis" ut fra tilgjengelig data (DEA – Data Envelopment Analysis). Hatling et al (1999) og Halsteinli et al (2001, 2005) er eksempler på DEA-metoden anvendt på norske data fra poliklinikker for barn og unge i perioden 1996-2001. Kort oppsummert er det dokumentert et betydelig potensiale for økt produktivitet i tråd med Opptappingsplanens mål. Dermed er det vist at flere ansatte/økt budsjett demper produktivitetsveksten. Og som et siste punkt, bemanningssammensetning synes å ha betydning. Økt andel universitetsutdannede er assosiert med produktivitetsvekst.

Dette leder over til det tredje forholdet som bør trekkes inn i forhold til produktivitet i utviklingen: Den kraftige økningen i antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Antall behandlere har økt med 86 prosent i perioden 1998-2006, og dermed har også det generelle opplæringsbehovet og behovet for overføring av kompetanse vært stort. Det er åpenbart at den betydelig bemanningsøkningen er viktig for å forstå poliklinikkens produktivitet i utviklingen – i tillegg til betydningen av endringer i registreringspraksis, behandlingspraksis og pasientsammensetning.

Vedlegg til kapittel 9 - Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge: Produktivitetsindikatorer 1998-2006

Tabell 9.4 Behandlede pasienter, tiltak og fagårsverk i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Regionale helseforetak. 2006 og endring fra 2005.

Region	Antall behandlede pasienter 2006	Prosent endring 2005-2006	Sum tiltak (direkte og indirekte) 2006	Prosent endring 2005-2006	Antall fagårsverk 2006	Prosent endring 2005-2006
Helse Øst	15 092	14,8	237 947	25,0	523	14,4
Helse Sør	9 631	9,9	126 233	13,2	244	10,3
Helse Vest	8 237	10,6	115 089	10,7	303	9,1
Helse Midt-Norge	5 944	10,8	71 743	3,5	212	9,5
Helse Nord	6 170	4,9	81 156	7,8	205	13,7
Totalt	45 074	11,0	632 168	14,8	1 485	11,8

Grunnlagsdata: NPR og SSB

Tabell 9.5 Tiltak per fagårsverk og per pasient, pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Regionale helseforetak. 2006 og endring fra 2005.

Region	Sum tiltak fagårsverk 2006	Prosent endring 2005-2006	Sum tiltak per pasient 2006	Prosent endring 2005-2006	Antall pasienter per fagårsverk 2006	Prosent endring 2005-2006
Helse Øst	455	9,2	15,8	8,9	28,9	0,3
Helse Sør	518	2,6	13,1	3,0	39,5	-0,4
Helse Vest	380	1,5	14,0	0,1	27,2	1,3
Helse Midt-Norge	339	-5,5	12,1	-6,6	28,1	1,1
Helse Nord	397	-5,2	13,2	2,8	30,2	-7,7
Totalt	426	2,7	14,0	3,5	30,3	-0,7

Grunnlagsdata: NPR og SSB

Tabell 9.6 Direkte og indirekte tiltak per pasient i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Regionale helseforetak. 2006 og endring fra 2005.

	Direkte tiltak per fagårsverk 2006	Prosent endring 2005-2006	Indirekte tiltak per fagårsverk 2006	Prosent endring 2005-2006
Helse Øst	328	10,4	127	6,3
Helse Sør	407	2,4	111	3,3
Helse Vest	293	2,0	87	-0,2
Helse Midt-Norge	258	-1,6	81	-16,2
Helse Nord	257	-8,7	140	2,0
Totalt	314	3,1	111	1,5

Grunnlagsdata: NPR og SSB

Tabell 9.7 Tiltak per fagårsverk og per pasient, pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Helseforetak. 2006 og endring fra 2005.

	Sum tiltak per fagårsverk 2006	Prosent endring 2005-2006	Sum tiltak per pasient 2006	Prosent endring 2005-2006	Antall pas. per fagårsverk 2006	Prosent endring 2005-2006
Sykehuset Østfold HF	496	-1,0	13,4	4,0	37	-4,8
Akershus univ.sykehus HF	479	2,6	20,6	2,3	23	0,3
Sh. Asker og Bærum HF	378	17,6	13,8	0,7	27	16,8
Aker univ.sykehus HF	387	2,9	16,1	12,1	24	-8,2
Ullevål univ.sykehus HF	441	35,4	20,2	16,3	22	16,4
Sykehuset Innlandet HF	447	0,8	12,5	6,4	36	-5,2
Dir. under Helse Øst RHF	550	25,5	15,7	12,9	35	11,1
Helse Øst RHF	455	9,2	15,8	8,9	29	0,3
Sykehuset Buskerud HF	324	11,3	15,2	9,3	21	1,8
Ringerike sykehus HF	395	-27,1	8,0	-5,6	49	-22,8
Blefjell sykehus HF	485	4,7	10,3	6,6	47	-1,8
Psykiatrien i Vestfold HF	385	-11,6	11,0	-3,5	35	-8,4
Sykehuset Telemark HF	689	10,5	15,1	-0,4	46	10,9
Sørlandet sykehus HF	833	12,9	15,0	5,9	56	6,7
Helse Sør RHF	518	2,6	13,1	3,0	40	-0,4
Helse Stavanger HF	392	-3,9	16,0	7,9	24	-11,0
Helse Fonna HF	377	3,7	10,3	-10,0	37	15,2
Helse Bergen HF	362	9,9	14,4	-0,6	25	10,6
Helse Førde HF	383	-5,2	12,5	-7,3	31	2,3
Dir. under Helse Vest RHF	430	-7,0	16,5	5,3	26	-11,7
Helse Vest RHF	380	1,5	14,0	0,1	27	1,3

	Sum tiltak per fagårsverk 2006	Prosent endring 2005-2006	Sum tiltak per pasient 2006	Prosent endring 2005-2006	Antall pas. per fagårsverk 2006	Prosent endring 2005-2006
Helse Sunnmøre HF	384	7,0	14,0	-0,6	27	7,7
Helse Nordm. og Roms. HF	386	-10,5	14,0	-11,1	28	0,7
St. Olavs Hospital HF	317	-11,0	11,6	-4,3	27	-7,0
Helse Nord-Trøndelag HF	281	8,6	9,1	-5,2	31	14,5
Helse Midt-Norge RHF	339	-5,5	12,1	-6,6	28	1,1
Helgelandssykehuset HF	410	-9,7	14,5	-8,1	28	-1,7
Nordlandssykehuset HF	385	-7,1	12,8	14,2	30	-18,6
Hålogalandssykehuset HF	343	-7,3	9,7	3,1	35	-10,1
Univ.sh. i Nord-Norge HF	447	3,7	14,1	5,5	32	-1,6
Helse Finnmark HF	382	-6,6	14,2	-3,9	27	-2,8
Helse Nord RHF	397	-5,2	13,2	2,8	30	-7,7
Landet	426	2,7	14,0	3,5	30	-0,7

Grunnlagsdata: NPR og SSB