



SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 2/07

SAMDATA

Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006

Per Bernhard Pedersen
(Red.)

SINTEF Helse
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 2/07

ISBN 978-82-14-04250-4
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 2006**

FORFATTER(E)

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

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A2152	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Jan Oddum	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04250-4	PROSJEKTNR. 78i094.30	ANTALL SIDER OG BILAG 245
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78i09430 SAMDATA PH 2007\til sektorrappport\Rapport		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Per Bernhard Pedersen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Knut Bergsland
ARKIVKODE E	DATO 2007-10-15	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Rapporten presenterer nøkkeltall, indikatorer og kommentarer for utviklingen i det psykiske helsevernet over perioden 1998 til 2006. Formålet med rapporten er å beskrive utviklingen i tjenesten, sett ut fra de helsepolitiske målene generelt, og i Opptappingsplanen for psykisk helse spesielt.

Følgende tema blir behandlet:

- Måloppnåelse i forhold til Opptappingsplanen for psykisk helse
- Utviklingstrekk nasjonalt og regionalt i løpet av perioden for Opptappingsplanen
- Geografisk fordeling av tjenestetilbudet
- Produktivitetsutvikling ved poliklinikker for barn og unge
- Utviklingstendenser og geografiske forskjeller i organiseringen av tjenestetilbudet for voksne, med særlig vekt på utviklingen av DPS-funksjonen
- Pasientsammensetning
- Bruk av tvang

Rapporten viser at man på mange felter har nådd, eller er i ferd med å nå målene for Opptappingsplanen for psykisk helse. Rapporten avdekker også betydelige forskjeller i behandlingstilbud og grad av måloppnåelse innad og mellom de ulike helseregionene.

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

Forord

SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 er en av fire rapporter som beskriver utviklingstrekk og status for spesialisthelsetjenesten. SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 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 2006, eller på SAMDATAAs nettsider (www.sintef.no/samdata). Sektorrapportene vil i større grad fokusere på analyser av ulike tema. Denne rapporten tar opp:

- Måloppnåelse i forhold til Opptappingsplanen for psykisk helse
- Utviklingstrekk nasjonalt og regionalt i løpet av perioden for Opptappingsplanen
- Geografisk fordeling av tjenestetilbudet
- Produktivitetsutvikling ved poliklinikker for barn og unge
- Utviklingstendenser og geografiske forskjeller i organiseringen av tjenestetilbudet for voksne, med særlig vekt på utviklingen av DPS-funksjonen
- Pasientsammensetning
- Bruk av tvang

Arbeidet med SAMDATA-prosjektet utføres av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, som også har finansiert prosjektet. Vår kontaktperson i Sosial- og helsedirektoratet har vært Jan Oddum.

Det er benyttet flere ulike datakilder i utarbeidingen av SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet. Pasientdatasettene er samlet inn og kvalitetskontrollert av Norsk pasientregister (NPR). Vi vil takke NPR for godt samarbeid og villig bistand. 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 SSB for villig 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 SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet: Kjartan S. Anthun, Knut H. Bergsland, Anne Mette Bjerkan, Johan Håkon Bjørngaard, Ragnild Bremnes, Vidar Halsteinli, Trond Hatling, Silje Kaspersen, Hanne

Kvam, Solfrid E. Lilleeng, Per Bernhard Pedersen, Marit Sitter, Heidi Torvik, Britt Venner og Tove E. Waagan. Per Bernhard Pedersen har vært prosjektleder. Heidi Torvik har vært prosjektleder for kontrollen av regnskapsdata, mens Kjell Solstad har vært prosjektleder og koordinator for SAMDATA-prosjektet samlet sett.

Trondheim, oktober 2007

Per Bernhard Pedersen

(red)

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt.....	8
Figuroversikt.....	17
1 SAMDATA Psykisk helsevern sektorrapport – bakgrunn og leserveiledning...	23
2 Sammendrag	27
2.1 Status for opptrappingsplanen.....	27
3 Opptrappingsplanens mål: Status for kostnader og øremerkede tilskudd 1999-2006	37
3.1 Innledning.....	38
3.2 Utvikling i driftskostnader i perioden 1999-2006	38
3.3 Kostnader finansiert av øremerkede tilskudd 1998-2006	40
3.4 Økning i kostnader sammenholdt med økningen i personell	43
3.5 Deflatorens betydning for måloppnåelse i Opptrappingsplanen	44
4 Opptrappingsplanen: Status psykisk helsevern for barn og unge.....	47
4.1 Innledning.....	47
4.2 Avgrensning av perioden	47
4.3 Kvantitativ styrking: Økt kapasitet – økt tilgjengelighet	48
4.4 Oppsummering	52
5 Opptrappingsplanen: Status psykisk helsevern for voksne	55
5.1 Innledning.....	55
5.2 Kvalitativ styrking – flere behandlerårsverk	56

5.3 Kvantitativ styrking – økt kapasitet	60
5.4 Oppsummering	66
6 Psykisk helsevern i opptrappingsperioden.....	69
6.1 Innledning.....	69
6.2 Hovedtrekk i utviklingen i perioden 1998–2006.....	69
6.3 Psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1998–2006.....	70
6.4 Psykisk helsevern for voksne i perioden 1998–2006	72
6.5 Nasjonale utviklingstrekk 1998-2006 i tall.....	74
6.5.1 Pasientbehandling – psykisk helsevern.....	74
6.5.2 Kostnader og finansiering	75
6.5.3 Personell psykisk helsevern	76
6.5.4 Personell, døgnplasser og aktivitet – barn og unge	77
6.5.5 Personell, døgnplasser og aktivitet – voksne	79
7 Regionale utviklingstrekk 1998-2006	81
7.1 Innledning.....	81
7.2 Psykisk helsevern totalt.....	82
7.2.1 Ressursinnsats.....	82
7.2.2 Fordeling på tjenester til barn/unge og voksne.....	84
7.2.3 Skyldes forskjellene ulik prioritering eller ulik ressurstilgang?	85
7.3 Psykisk helsevern for barn og unge	86
7.3.1 Ressursinnsats og dekningsgrad.....	86
7.3.2 Ressursinnsats og produktivitet i poliklinisk virksomhet.....	90
7.3.3 Personellinnsats og plasser ved døgn- og dagavdelinger.....	93
7.3.4 Oppsummering	95
7.4 Psykisk helsevern for voksne.....	97
7.4.1 Ressursinnsats.....	97
7.4.2 Personellinnsats, aktivitet og produktivitet i poliklinisk virksomhet.....	98
7.4.3 Ressursinnsats, aktivitet og plasser i døgnvirksomhet	101
7.4.4 Oppsummering	105

7.5 Tallgrunnlag – utvikling i helseregionene 1998-2005.....	106
7.5.1 Befolkningsutvikling.....	106
7.5.2 Psykisk helsevern totalt.....	107
7.5.3 Psykisk helsevern for barn og unge.....	107
7.5.4 Psykisk helsevern for voksne	111
8 Har tjenestetilbudet blitt mer likt fordelt under det statlige eierskapet?	117
Sammendrag	117
8.1 Innledning.....	118
8.2 Fordelingen av personell.....	119
8.3 Fordelingen av døgnplassene i det psykiske helsevernet.....	128
8.4 Forskjeller i dekningsgrad for bruk av tjenester innefor det psykiske helsevernet for barn og unge	133
8.5 Forskjeller i dekningsgrad for bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne.	137
9 Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge: Produktivitetsindikatorer 1998-2006	155
Sammendrag	155
9.1 Innledning.....	155
9.2 Hvordan måle resultat og ressursinnsats i BUP-poliklinikker?	156
9.3 Produktivitet i BUP-poliklinikker i perioden 1998–2006.....	157
9.4 Hva mener vi med registreringspraksis, behandlingspraksis og pasient-sammensetning?.....	159
9.5 Om tiltak per pasient og endringer i registreringspraksis og behandlingspraksis.....	160
9.6 Om tiltak per pasient og endringer i pasientsammensetning.....	164
9.7 Om endring i antall behandlede pasienter	167
9.8 Har økt produktivitet ført til flere behandlede pasienter/bedre tilgjengelighet?	168
9.9 Oppsummering	168
Vedlegg til kapittel 9 - Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge: Produktivitetsindikatorer 1998-2006.....	170

10 Hvor langt har regioner og foretak kommet i utbyggingen av DPS-funksjonene?	173
Sammendrag	173
10.1 Innledning	173
10.2 Har vi fått en desentralisering av personellressursene i løpet av opptrappingsperioden?	174
10.3 Personellfordelingen i regionene.....	178
10.4 Fordeling av døgnplasser nasjonalt og regionalt	184
10.5 Desentralisering av døgnoppholdene.....	186
10.6 Desentralisering av polikliniske tjenester.....	188
10.7 Dekning av DPS-ressurser i regioner og helseforetak	190
11 Pasienter i psykisk helsevern for barn og unge	195
Sammendrag	195
11.1 Innledning	196
11.2 Pasienter etter kjønn og alder.....	196
11.3 Pasientenes bosituasjon.....	198
11.4 Henvissende instanser til psykisk helsevern for barn og unge	199
11.5 Grunner for henvisning	201
11.6 Multiaksial klassifikasjon i PHBU.....	204
11.6.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom	206
11.6.2 Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå	207
11.7 Individuell plan.....	207
12 Opphold i døgninstitusjoner for voksne.....	211
Sammendrag	211
12.1 Innledning	212
12.2 Datagrunnlag	212
12.3 Oppholdstider for avsluttede opphold ved institusjonene.....	213
12.4 Inntaksmåte og oppholdsdøgn	215
12.5 Diagnosesammensetting for døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne	216
12.6 Diagnose og varighet av døgnoppholdene.....	219

13 Bruk av tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet	225
Sammendrag	225
13.1 Om lovgrunnlaget.....	225
13.2 Datagrunnlaget	226
13.2.1 Datautvalg og datas representativitet.....	226
13.3 Omfang av tvang og frivillighet etter spesialistvedtak.....	233
13.4 Egenskaper ved tvangsinnlagte pasienter	240
Litteraturliste	243

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Personellinnsats i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen. Relativt nivå for helse-regionene. 2006.	29
Tabell 2.2	Personellinnsats totalt, andel personell i poliklinikk, produktivitet (pasienter per behandler) og samlet dekningsgrad (pasienter i prosent av befolkningen). Psykisk helsevern for barn og unge. Relativt nivå mellom helseregionene. 2006.	30
Tabell 2.3	Nøkkeltall for aktivitet, personell, døgnplasser, driftskostnader og kapasitetsutnyttning i det psykiske helsevernet. 2005-2006.	35
Tabell 3.1	Utvikling i totale driftskostnader (ekskl. avskrivninger) til det psykiske helsevernet – henholdsvis totalt, i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og i psykisk helsevern for voksne (PHV). Millioner kroner målt i faste 2006-kroner og prosentvis endring. 1998-2006.	39
Tabell 3.2	Totalt driftskostnader (ekskl. avskrivninger) til det psykiske helsevernet. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner og prosentvis endring. 1998 og 2006.	40
Tabell 3.3	Økning i totale driftskostnader og øremerkede midler til det psykiske helsevernet. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner. 1998-2001. 2001-2006. 2005-2006. 1998-2006.	41
Tabell 3.4	Prosentvis endring i driftskostnader (2006-kroner) og årsverksinnsats i det psykiske helsevernet, fordelt på tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. 1998-2006.	43
Tabell 3.5	Prisvekst i perioden 1998-2006.	44
Tabell 3.6	Totalt driftskostnader ekskl. avskrivninger prisjustert med henholdsvis deflator beregnet av SSB og HOD. 1998, 2000, 2002, 2004-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.	45
Tabell 4.1	Polikliniske fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1996-2006.	48
Tabell 4.2	Antall behandlede pasienter og pasienter pr 100 innbyggere (i prosent av befolkningen) 0-17 år. Etter pasientens bostedsregion. Psykisk helsevern for barn og unge. 2006.	49
Tabell 4.3	Polikliniske tiltak per fagårsverk, polikliniske tiltak per pasient og polikliniske pasienter per fagårsverk. Antall og prosent endring. 1998-2006.	50
Tabell 4.4	Døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge. Antall og prosent endring. 1996-2006.	52

Tabell 5.1	Årsverk i det psykiske helsevernet for voksne. Absolutte tall og endring fra 1998 til 2006.	56
Tabell 5.2	Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori. Psykisk helsevern for voksne. Antall og endring 1998-2006.	57
Tabell 5.3	Andel personell i psykisk helsevern for voksne med minimum tre år høyere utdanning. 1998-2006.....	58
Tabell 5.4	Antall årsverk og bemanningsfaktorer ved DPS-enes døgn- og dageshøytetter etter personellkategori. 1998-2006.....	58
Tabell 5.5	Årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtaler. Absolutte tall og endring fra 1997 til 2006.	59
Tabell 5.6	Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne etter institusjonstype. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.	60
Tabell 5.7	Antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Antall og prosent endring. Hele tusen. 1996-2006.....	64
Tabell 5.8	Antall polikliniske årsverk av fagutdannet personell totalt, antall polikliniske konsultasjoner (hele tusen) og antall konsultasjoner per fagårsverk per år og per virkedag. Antall og prosent endring. 1998-2006.	65
Tabell 5.9	Antall oppholdsdager og dagpasienter i psykisk helsevern for voksne. Endring prosent 1996-2006 og 1998-2006. Antall oppholdsdager i hele tusen. 1996-2006.	65
Tabell 6.1	Behandlede pasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern. 1998-2006.....	74
Tabell 6.2	Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern. Millioner kr. Løpende priser. 1998-2006.	75
Tabell 6.3	Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern. Millioner kr. Faste 2006 kr. 1998-2006.....	75
Tabell 6.4	Deflatorer i perioden 1998-2006	75
Tabell 6.5	Årsverk i institusjoner i psykisk helsevern totalt. Etter personellkategori. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.	76
Tabell 6.6	Årsverk for leger og psykologer ved institusjoner i psykisk helsevern totalt, samt årsverk for leger og psykologer med driftsavtale med helseforetakene/RHF. Absolutte tall og endring fra 1998 - 2006.	76
Tabell 6.7	Årsverk og døgnplasser for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.....	77

Tabell 6.8	Aktivitet og produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.	78
Tabell 6.9	Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori og driftsform. Absolutte tall og endring fra 1998 til 2006.	79
Tabell 6.10	Døgnplasser for voksne etter institusjonstype. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.	79
Tabell 6.11	Aktivitet og ressursutnytting i tilbudet til voksne. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.	80
Tabell 7.1	Innbyggertall. Prosentvis endring 1998-2001, 2001-2006, og 1998-2006. Helseregioner.	106
Tabell 7.2	Personelldekning i det psykiske helsevernet. Årsverk per 10 000 innbyggere. Helseregioner. 1998-2006.	107
Tabell 7.3	Personelldekning i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.	107
Tabell 7.4	Personelldekning i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.	108
Tabell 7.5	Personelldekning ved døgn- og dagavdelinger i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.	108
Tabell 7.6	Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall behandlede pasienter i prosent av befolkningen i alderen 0-17 år. Helseregion. 1998-2006.	109
Tabell 7.7	Antall polikliniske tiltak i det psykiske helsevernet for barn og unge per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.	109
Tabell 7.8	Antall pasienter per fagårsverk i poliklinisk virksomhet. Psykisk helsevern for barn og unge. Helseregioner. 1998-2006.	110
Tabell 7.9	Antall polikliniske tiltak per fagårsverk i poliklinisk virksomhet. Psykisk helsevern for barn og unge. Helseregioner. 1998-2006.	110
Tabell 7.10	Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Plasser per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.	111
Tabell 7.11	Personelldekning i det psykisk helsevernet for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.	111

Tabell 7.12	Personelldekning i poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.....	112
Tabell 7.13	Personelldekning i døgn- og dagvirksomhet i det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helse-regioner. 1998-2006.	112
Tabell 7.14	Antall polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.....	113
Tabell 7.15	Antall konsultasjoner per fagårsverk i poliklinisk virksomhet. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998-2006.	113
Tabell 7.16	Antall utskrivninger for døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.	114
Tabell 7.17	Antall døgnplasser totalt i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.	114
Tabell 7.18	Antall døgnplasser i sykehus i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.....	115
Tabell 7.19	Antall døgnplasser i bo- og behandlingssenter/distriktpsykiatriske senter i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.....	115
Tabell 7.20	Antall døgnplasser i sykehjem i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.....	115
Tabell 8.1	Forskjeller i personelldekning (årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år) ved poliklinikker og totalt i psykisk helsevern for barn og unge. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseforetaks-områder og helseregioner 2003-2006.	120
Tabell 8.2	Forskjeller i personelldekning (årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og totalt) til psykisk helsevern for voksne og til psykisk helsevern totalt. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseforetaksområder og helseregioner 2003-2006.	121
Tabell 8.3	Forskjeller i døgnplassdekning (plasser per 10 000 innbyggere i mål-gruppen) til psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseforetaksområder og helseregioner. 2003-2006.	129

Tabell 8.4	Forskjeller i dekningsgrad av tjenester innen det psykiske helsevernet for barn og unge. Pasienter under behandling i prosent av alle innbyggere 0-17 år. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2003-2006.	134
Tabell 8.5	Forskjeller i dekningsgrad av tjenester innen det psykiske helsevernet for voksne. Oppholdsdøgn, døgnopphold og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2003-2006.	137
Tabell 8.6	Personellinnsats i poliklinikker og totalt etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.	145
Tabell 8.7	Personellinnsats totalt etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for voksne og for befolkningen samlet. Årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen (hhv. 18 år og eldre og totalt). 2003-2006.	146
Tabell 8.8	Personellinnsats i poliklinikker og totalt etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2003-2006.	147
Tabell 8.9	Personellinnsats totalt etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for voksne og for befolkningen samlet. Årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen (hhv. 18 år og eldre og totalt) i prosent av landsgjennomsnittet. 2003-2006.	148
Tabell 8.10	Heldøgns plasser etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og for befolkningen samlet. Plasser per 10 000 innbyggere i målgruppen (hhv. 0-17 år, 18 år og eldre og totalt). 2003-2006.	149
Tabell 8.11	Heldøgns plasser etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og for befolkningen samlet. Plasser per 10 000 innbyggere i målgruppen (hhv. 0-17 år, 18 år og eldre og totalt) i prosent av landsgjennomsnittet. 2003-2006.	150
Tabell 8.12	Pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i prosent av antall innbyggere 0-17 år. Helseregioner og helseforetaksområder. 2003-2006.	151
Tabell 8.13	Pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet (per innbyggere 0-17 år). Helseregioner og helseforetaksområder. 2003-2006.	152

Tabell 8.14	Bruk av tjenester fra det psykiske helsevernet for voksne etter bosted. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre. Helseregion og helseforetaksområde. 2003-2006.	153
Tabell 8.15	Bruk av tjenester fra det psykiske helsevernet for voksne etter bosted. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre i prosent av nivået på landsbasis. Helseregion og helseforetaksområde. 2003-2006.....	154
Tabell 9.1	Poliklinisk virksomhet for barn og unge: Tiltak, behandlede pasienter, fagårsverk og indikatorer på produktivitet. Nasjonale tall. 2005-2006.....	158
Tabell 9.2	Tiltak per pasient etter pasientenes henvisningsår for 2006. Pasienter behandlet ved poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.	166
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.	167
Tabell 9.4	Behandlede pasienter, tiltak og fagårsverk i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Regionale helseforetak. 2006 og endring fra 2005.	170
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.....	170
Tabell 9.6	Direkte og indirekte tiltak per pasient i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Regionale helseforetak. 2006 og endring fra 2005.....	171
Tabell 9.7	Tiltak per fagårsverk og per pasient, pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Helseforetak. 2006 og endring fra 2005.....	171
Tabell 10.1	Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall. Psykisk helsevern for voksne. 1998, 2001 og 2006.	175
Tabell 10.2	Årsverk etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne, samt endringstall. Regionale helseforetak. 1998, 2001 og 2006.....	179
Tabell 10.3	Årsverk etter driftsform i det psykiske helsevernet for voksne, samt endringstall. Regionale helseforetak. 1998, 2001 og 2006.....	180
Tabell 10.4	Prosentvis vekst i personellinnsats i det psykiske helsevernet for voksne. Helseregioner. 1998-2001, 2001-2006 og 1998-2006.	183
Tabell 10.5	Døgnplasser etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Regionale helseforetak. 1998, 2001, 2006.	184
Tabell 10.6	Utskrivninger fra døgnopphold etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. 1998, 2001 og 2006.	187
Tabell 10.7	Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998, 2001 og 2006.	189

Tabell 11.1	Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge etter kjønn. Antall og prosentandel pasienter. 2006.	196
Tabell 11.2	Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge etter kjønn og alder. Antall og prosentandel av behandlede pasienter. 2006.	197
Tabell 11.3	Pasientenes bosituasjon etter kjønn. Pasienter totalt i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.	198
Tabell 11.4	Henvissende instans for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Prosentandel totalt og for hvert kjønn. 2006.	199
Tabell 11.5	Henvissende instans for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Prosentandel totalt og innen ulike aldersgrupper. 2006.	200
Tabell 11.6	Henvissingsgrunn for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel totalt og innen ulike aldersgrupper. 2006.	203
Tabell 11.7	Andel rapportert ingen diagnose/tilstand på aksene innen det multiaksiale klassifikasjonssystemet. Fordelt på gutter og jenter. 2006.	205
Tabell 11.8	Diagnoseakse 1, klinisk psykiatrisk syndrom, fordelt på kjønn. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.	206
Tabell 11.9	Diagnoseakse 6, global vurdering av funksjonsnivå (GADP), fordelt på kjønn. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.	207
Tabell 11.10	Antall og andel pasienter som har/ikke har fått utarbeidet individuell plan. Psykisk helsevern for barn og unge. 2006.	208
Tabell 11.11	Antall og prosent i ulike diagnosegrupper (akse 1) totalt og for henholdsvis med og uten individuell plan. Andel og prosent. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.	209
Tabell 12.1	Opphold i døgninstitusjoner etter kjønn, inntaksmåte og varighet. 2006.	211
Tabell 12.2	Andel av aktivitet som dekkes av pasientdata med opplysninger om oppholdstider ved utskrivninger fra døgninstitusjoner. Estimert andel ut fra institusjonens aktivitet målt ved oppholdsdøgn innen aktivitetsåret. Regionale helseforetak. 2006.	213
Tabell 12.3	Fordeling av oppholdstid etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Institusjonsopphold avsluttet i 2006. Prosent opphold for hver tidskategori og median oppholdstid.	213
Tabell 12.4	Fordeling av oppholdstid etter institusjonstype og regiontilknytning. Psykisk helsevern for voksne. Avsluttede institusjonsopphold i 2006. Prosent opphold for hver tidskategori og median oppholdstid.	215

Tabell 12.5	Varighet av avsluttede opphold etter inntaksmåte. Mann-Whitney U-test. Psykisk helsevern for voksne. 2006.	216
Tabell 12.6	Andel aktivitet målt ved oppholdsdøgn ved institusjoner med godkjent diagnosedata ved utskrivning fra døgninstitusjoner. Estimert andel ut fra de godkjente institusjonenes andel av aktiviteten målt etter oppholdsdøgn i registreringsåret. Psykisk helsevern for voksne. Regionale helseforetak. 2006.	217
Tabell 12.7	Andel utskrivninger etter diagnose fordelt etter institusjonstype. Døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne avsluttet i 2006.	218
Tabell 12.8	Prosentandel oppholdsdøgn innen aktivitetsåret for avsluttede opphold etter institusjonstype og pasientenes diagnose. Psykisk helsevern for voksne. 2006.	219
Tabell 12.9	Varighet av avsluttede døgnopphold etter diagnosegruppe. Psykisk helsevern for voksne. 2006	220
Tabell 12.10	Varighet av avsluttede opphold etter pasientenes diagnose. Kruskall-Wallis test. Psykisk helsevern for voksne. 2006.	221
Tabell 12.11	Oppholdstid for avsluttede opphold etter institusjonstype og pasientenes diagnose. Psykisk helsevern for voksne. 2006.	222
Tabell 13.1	Andel aktivitet, målt ved oppholdsdøgn i 2006, som dekkes av de ulike utvalgene av døgninstitusjoner relativt til aktivitet ved alle døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i 2006. Etter region og institusjonstype.	227
Tabell 13.2	Innleggelse til døgnbehandling etter henvisningsformalitet ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Hele utvalget og etter institusjonstype. 2005 og 2006.	230
Tabell 13.3	Innleggelse til døgnbehandling etter henvisningsformalitet ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Etter helseregion og institusjonstype. 2005 og 2006.	231
Tabell 13.4	Innleggelse til døgnbehandling etter spesialistvedtak ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Hele utvalget og etter institusjonstype. 2005 og 2006.	234
Tabell 13.5	Innleggelse til døgnbehandling etter spesialistvedtak ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Etter helseregion og institusjonstype. 2005 og 2006.	235

Tabell 13.6	Begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Antall og prosentvis fordeling, 2006.....	240
Tabell 13.7	Antall og prosent kvinner og menn ved innleggelser ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Hele utvalget og innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon, 2006.	241
Tabell 13.8	Antall og prosentvis fordeling mellom ulike diagnosegrupper ved innleggelser ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Hele utvalget og innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern, 2006.	242

Figuroversikt

Figur 3.1	Prosentvis realendring fra året før i totale driftskostnader, øremerkede midler og polikliniske refusjoner. Perioden 1999-2006.	42
Figur 4.1	Prosentvis endring i produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge målt ved antall tiltak, pasienter per fagårsverk og tiltak per pasient. 1998-2006. ..	51
Figur 5.1	Antall døgnplasser i sykehus. Psykisk helsevern for voksne. 1996-2006.	61
Figur 5.2	Døgnplasser ved DPS, sykehjem og "andre institusjoner". Psykisk helsevern for voksne. 1996-2006.	62
Figur 6.1	Prosent endring i driftskostnader til psykisk helsevern i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner. 70	
Figur 6.2	Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall pasienter og antall polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.	71
Figur 6.3	Utviklingen i døgnaktiviteten i det psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998.	71
Figur 6.4	Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall oppholdsdøgn og antall utskrivninger for døgnpasienter, og antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.	72
Figur 6.5	Utviklingen i døgnplasser for ulike institusjonstyper i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998.	73
Figur 7.1	Personelldekning i det psykisk helsevernet. Årsverk per 10 000 innbyggere. Helseregioner. 1998-2006.	82
Figur 7.2	Prosent endring i innbyggertall i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Helseregioner.	83
Figur 7.3	Personelldekning (årsverk) i det psykisk helsevernet for barn og unge og det psykisk helsevernet for voksne i 1998, 2001 og 2006 som prosent av landsgjennomsnittet i 1998. Helseregioner.	84
Figur 7.4	Totale driftskostnader til det psykisk helsevernet. Kroner per innbygger i prosent av landsgjennomsnittet. Regionale helseforetak. 2006.	85
Figur 7.5	Totale driftskostnader til det psykisk helsevernet som prosent av brutto driftskostnader totalt (ekskl. avskrivninger). Regionale helseforetak. 2006.	86

Figur 7.6	Personelldekning (årsverk) i det psykisk helsevernet for barn og unge. Per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. 1998-2006. Helseregioner.	87
Figur 7.7	Prosent endring i innbyggertall i alderen 0-17 år i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Helseregioner.	88
Figur 7.8	Dekningsgrad i det psykisk helsevernet for barn og unge. Antall behandlede pasienter i prosent av innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.	89
Figur 7.9	Andel personell (årsverk) i poliklinisk virksomhet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseregioner. 1998-2006.	90
Figur 7.10	Personelldekning (årsverk) i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.	91
Figur 7.11	Produktivitet i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tiltak per fagårsverk. Helseregioner. 1998-2006.	92
Figur 7.12	Produktivitet i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge. Pasienter per fagårsverk. Helseregioner. 1998-2006.	93
Figur 7.13	Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Plasser per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.	94
Figur 7.14	Personelldekning (årsverk) ved døgn- og dagavdelinger i det psykiske helsevernet for barn og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.	95
Figur 7.15	Personelldekning (årsverk) i det psykisk helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.	97
Figur 7.16	Prosent endring innbyggertall i alderen 18 år og eldre i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Helseregioner.	98
Figur 7.17	Personelldekning (årsverk) i poliklinisk virksomhet i det psykisk helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.	99
Figur 7.18	Antall polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998-2006.	100
Figur 7.19	Produktivitet i poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne. Antall konsultasjoner per fagårsverk. 1998-2006.	101
Figur 7.20	Personelldekning (årsverk) i dag-/døgnvirksomhet i det psykisk helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.	102

Figur 7.21	Antall utskrivninger fra døgnavdelinger per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998-2006.	103
Figur 7.22	Døgnplassdekning i psykisk helsevern for voksne. Antall døgnplasser totalt per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.	104
Figur 7.23	Døgnplassdekning i psykisk helsevern for voksne. Antall døgnplasser i sykehus per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.....	104
Figur 7.24	Døgnplassdekning i psykisk helsevern for voksne. Antall døgnplasser i DPS per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.	104
Figur 7.25	Døgnplassdekning i psykisk helsevern for voksne. Antall døgnplasser i sykehjem per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.....	105
Figur 8.1	Personellinnsats i poliklinikker. Psykisk helsevern for barn og unge etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. Regioner og foretaksområder. 2006.	122
Figur 8.2	Personellinnsats i psykisk helsevern for barn og unge etter pasientenes bosted. Årsverk totalt per 10 000 innbyggere 0-17 år. Regioner og foretaksområder. 2006.	123
Figur 8.3	Personellinnsats i psykisk helsevern for voksne etter pasientenes bosted. Årsverk totalt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regioner og foretaksområder. 2006.	124
Figur 8.4	Personellinnsats totalt i det psykiske helsevernet etter pasientens bosted. Årsverk totalt per 10 000 innbyggere. Regioner og foretaksområder. 2006..	125
Figur 8.5	Forskjeller i personelldekning i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge. Mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.....	127
Figur 8.6	Forskjeller i personelldekning totalt i psykisk helsevern for barn og unge. Mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.....	127
Figur 8.7	Forskjeller i personelldekning til psykisk helsevern for voksne mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.....	128

Figur 8.8	Døgnplasser per 10 000 innbyggere 0-17 år i det psykisk helsevern for barn og unge. Helseregioner og helseforetaksområder. 2006.	130
Figur 8.9	Døgnplasser per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykisk helsevern for voksne. Helseregioner og helseforetaksområder. 2006.	131
Figur 8.10	Forskjeller i døgnplassdekning i det psykisk helsevern for barn og unge mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.	132
Figur 8.11	Forskjeller i døgnplassdekning i det psykisk helsevern for voksne mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003-2006.	133
Figur 8.12	Pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Etter pasientenes bosted (helseregion og foretaksområde). Psykisk helsevern for barn og unge. 2006.	135
Figur 8.13	Forskjeller i dekningsgrad av pasienter i det psykisk helsevern for barn og unge. Mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.	136
Figur 8.14	Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter pasientenes bosted (helseregion og foretaksområde). Psykisk helsevern for voksne. 2006.	139
Figur 8.15	Forskjeller i bruken av oppholdsdøgn i det psykisk helsevern for voksne mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003-2006.	140
Figur 8.16	Døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter pasientenes bosted (helseregion og helseforetaksområde). Psykisk helsevern for voksne. 2006.	141
Figur 8.17	Forskjeller i bruken av døgnopphold i det psykisk helsevern for voksne mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003-2006.	142
Figur 8.18	Polikliniske konsultasjoner etter pasientenes bosted (helseregion og foretaksområde). Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. 2006.	143
Figur 8.19	Forskjeller i bruken av polikliniske konsultasjoner i det psykisk helsevern for voksne. Mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003-2006.	144

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.	159
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.	161
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.	162
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.	163
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.	163
Figur 9.6	Andel behandlede pasienter ved poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge etter henvisningsår og statistikk/rapporteringsår for perioden 1998-2006.	165
Figur 9.7	Antall behandlede pasienter ved poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge etter henvisningsår og statistikk/rapporteringsår for perioden 1998-2006.	166
Figur 10.1	Prosentvis fordeling av årsverksinnsatsen etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne. 1998, 2001 og 2006.	176
Figur 10.2	Økning i personellinnsats i det psykiske helsevernet etter institusjonstype og driftsform. Prosentvis fordeling av vekst totalt. 1998-2006.	177
Figur 10.3	Personell etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis fordeling. Regionale helseforetak. 1998, 2001 og 2006.	181
Figur 10.4	Personell etter driftsform i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis fordeling. Helseregioner. 1998, 2001 og 2006.	182
Figur 10.5	Andel døgnplasser etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998, 2001 og 2006.	185
Figur 10.6	Andel utskrivninger etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998, 2001 og 2006.	188
Figur 10.7	Andel polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998, 2001, 2006.	190
Figur 10.8	Årsverk totalt i DPS per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner og helseforetak. 2006.	191

Figur 10.9	Legeårsverk ved DPS per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner og helseforetak. 2006.	192
Figur 10.10	Psykologårsverk ved DPS per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner og helseforetak. 2006.	193
Figur 10.11	Døgnplasser i DPS per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseregioner og helseforetak. 2006.	194
Figur 11.1	Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter henvisningsgrunn. Prosentvis fordeling. 2006.	201
Figur 11.2	Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter henvisningsgrunn. Prosentvis fordeling for hvert kjønn.	202
Figur 11.3	Gjennomsnittsalder for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter henvisningsgrunn. 2006.	204
Figur 12.1	Varighet av avsluttede døgnopphold etter regionalt helseforetak. Psykisk helsevern for voksne. 2006.	214
Figur 12.2	Prosentandel av avsluttede døgnopphold etter diagnosegruppe. Psykisk helsevern for voksne. 2006.	217
Figur 13.1	Andel innleggelser med henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2006.	233
Figur 13.2	Relativ fordeling mellom ulike typer spesialistvedtak i 2006 ved sykehus i utvalget. Etter region.	238
Figur 13.3	Relativ fordeling mellom spesialistvedtak om tvungent psykisk helsevern og spesialistvedtak om tvungen observasjon i 2006 ved sykehus i utvalget. Etter region.	238
Figur 13.4	Andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern i 2006 ved alle institusjoner i utvalget som endte med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Etter region.	239

1 SAMDATA Psykisk helsevern sektorrapport – bakgrunn og leserveiledning

SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 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 somatisk sektor og psykisk helsevern på et tidligst mulig tidspunkt. Mye av det stoffet en tradisjonelt har funnet i sektorrapporten vil en nå finne der, eller på SAMDATAs nettsider (www.sintef.no/samdata).

Nøkkeltallsrapporten fokuserer på utviklingen nasjonalt og på regionnivå. Tall og indikatorer for helseforetak, institusjoner og helseforetaksområder er lagt ut på nettsidene. Der vil en også finne 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 frembringe kunnskap om utviklingen i psykisk helsevern i lys av Opptappingsplanens ulike mål. I kapittel 3 til 5, tar vi utgangspunkt i de konkrete målene og drøfter grad av måloppnåelse åtte år ut i planperioden. Kapittel 3 behandler utviklingen når det gjelder ressursinnsats/driftskostnader, mens kapittel 4 og 5 behandler de konkrete målene innenfor tjenester hhv. til barn og unge og til voksne. Kapitlene fokuserer hovedsakelig på utviklingen på nasjonalt nivå.

Kapittel 6 og 7 beskriver noen hovedtrekk i utviklingen i det psykiske helsevernet i opptappingsperioden nasjonalt og regionalt. Kapittel 6 er en lett revidert og utvidet utgave av kapittel 4 i Nøkkeltallsrapporten. Ut fra helheten fant vi det imidlertid naturlig å ta det med også i sektorrapporten.

I de øvrige kapitler behandles mer avgrensede tema. En av begrunnelsene for eierskapsreformen (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)) var å få et mer likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av bosted. Med utgangspunkt i indikatorer for ressursinnsats og bruk av tjenester undersøker vi i kapittel 8 om/i hvilken grad tjenestene har blitt jevnere geografisk fordelt i perioden 2003 til 2006, dvs. etter at eierskapsreformen ble gjennomført.

I Opptappingsplanen er økt produktivitet et sentralt virkemiddel for å øke tilgjengeligheten til polikliniske tjenester. I kapittel 9 presenteres og drøftes indikatorer for produktiviteten ved poliklinikker for barn og unge.

Med sikte på å øke tilgjengeligheten til tjenestene, er det gjennom Opptappingsplanen lagt opp til en omfattende omstrukturering og desentralisering av tjenestetilbudet for voksne. Sentralt i dette arbeidet står utbyggingen av de distriktpsykiatriske sentrene (DPS-ene). I kapittel 10 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 kapittel 11 presenteres kjennetegn ved pasienter og pasientbehandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2006. Kapittel 12 gir en tilsvarende beskrivelse for døgnpasienter og døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Kapittel 13 tar for seg bruken av tvangsinnleggelser spesielt.

Tolking og bruk av SAMDATA Sektorrapport for det Psykiske helsevernet

I SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 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 deinstitutionalisering, 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 et 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 institusjone-

nes funksjon og spesialiseringsgrad. Kategorien sykehus omfatter i hovedsak virksomhet med ett helseforetak eller en region som opptaksområde og som yter spesialisert behandling. Kategorien distriktpsykiatriske sentre gjelder institusjoner som har et avgrenset opptaksområde hvor de skal yte allmennpsykiatrisk hjelp på ulike omsorgsnivå. Noen regioner har vært tidlig ute og har kommet langt i å utvikle slike tilbud, andre er fortsatt i en tidlig fase. Klassifiseringen av distriktpsykiatriske tilbud vil derfor inneholde både resultater for institusjoner som er å regne for fullverdige distriktpsykiatriske sentre, men også mange 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 variasjoner 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 blitt 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 Status for opptrappingsplanen

Måltallet for vekst i driftskostnader til det psykiske helsevernet er nådd

Opptrappingsplanens mål for vekst i driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 2,1 milliarder 1998-kroner ble nådd i løpet av den opprinnelige planperioden 1999-2006. I henhold til Opptrappingsplanen skal driftskostnadene til det psykiske helsevernet øke med 2,1 milliarder 1998 kroner, tilsvarende 2,9 milliarder 2006 kroner, i løpet av planperioden. I 2006 var de totale driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 13,2 milliarder kroner. Dette er en økning på tre prosent (386 millioner kroner) fra året før, og en økning på nærmere tre milliarder 2006-kroner (29 prosent) siden i 1998.

Driftskostnadene til psykisk helsevern for barn og unge har i perioden økt med 72 prosent. Tilsvarende vekst i psykisk helsevern for voksne ligger på 23 prosent. Opptrappingsmålet om at minst 30 prosent, eller 879 millioner 2006-kroner, skal gå til nivåheving i tjenester for barn og unge er også nådd. I psykisk helsevern for voksne er 99,3 prosent av målet om økning på drøye to milliarder kroner i driftskostnadene nådd. Kun 14 millioner kroner mangler på nasjonalt nivå. Sterkere vekst i psykisk helsevern for barn og unge er i tråd med de statlige styringssignalene som har kommet i løpet av planperioden.

Opptrappingsplanen for psykisk helse: Status barn og unge

Poliklinisk personell

Opptrappingsplanens mål om å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet for barn og unge med 400 ble innfridd allerede i 2003, etter halvgått planperiode. I bestillerdokumentet for 2006 oppfordres de regionale helseforetak til å øke antall fagpersoner ytterligere, dersom det anses som nødvendig for å kunne gi tilbud til fem prosent av alle barn og unge. Dette har ført til en økning i polikliniske fagårsverk på nær 13 prosent fra 2005 til 2006.

Produktivitet ved poliklinikkene

I Opptrappingsplanen legges det opp til økt effektivitet i den polikliniske virksomheten. Økningen i effektivitet skal være på 50 prosent, en tilsvarende produktivitetsøkning som i poliklinikkene for voksne. I basisåret 1998 ble det utført 258 tiltak per behandler. I 2006 er dette økt til 426. Målsettingen om 50 prosent økning i produktivitet er altså oppnådd. Antall pasienter per behandler har imidlertid bare økt fra 25 til noe over 30, eller med 21 prosent. Økningen i produktivitet har først og fremst ført til flere tiltak per pasient.

Dekningsgrad

I 2006 mottok 47 280, eller 4,3 prosent av alle barn og unge under 18 år et tilbud fra det psykiske helsevernet, mot 2,0 prosent i 1998. Opptrappingsplanens mål om å nå fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen innen planperiodens slutt innebærer at omlag 54 600 barn og unge skal ha et behandlingstilbud i 2008. Forutsatt samme vekst som de

siste to årene, vil dette målet nås. Det er imidlertid store og stabile forskjeller i dekningsgrad mellom helseregionene. Det er også betydelige forskjeller innad i de enkelte helseregioner.

Døgnplasser

I følge Opptrappingsplanen skulle antall døgnplasser for barn og unge øke fra ca. 300 til 500. I 2006 disponerte en 335 plasser, dvs. vesentlig færre enn måltallet. Innen dette fagfeltet har det imidlertid i årene etter at Opptrappingsplanen ble lagt fram skjedd en faglig utvikling med flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. På denne bakgrunn har Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet for 2005 nedjustert behovet for døgnplasser for barn og unge til 400. Heller ikke dette målet er så langt innfridd.

Opptrappingsplanen for psykisk helse: Status voksne

Omstruktureringen har vært betydelig i løpet av åtte år med Opptrappingsplanen. Til tross for reduksjon i det totale døgnplasstallet har befolkningens tilbud om hjelp for psykiske lidelser i psykisk helsevern økt kvantitativt, målt både ved antall pasienter som mottar døgntilbud og poliklinisk behandling i løpet av et år. Samtidig er det flere behandlere, med høyere kompetanse enn før. Poliklinikkene har økt sin kapasitet betydelig. Flere pasienter behandles, også i døgnavdelinger, og flere kvalifiserte behandlere er tilsatt.

Personell

Opptrappingsplanens mål om 2 300 nye årsverk ble nådd i 2005. Målet om kompetanseheving (at minst 72 prosent av de nye årsverkene skal være besatt av personell med relevant universitets- eller høyskoleutdanning) er også mer enn oppfylt. Bestillerdokumentene krever imidlertid fortsatt oppmerksomhet på bemanningssituasjonen, spesielt i DPS.

Døgnplasser

I følge Opptrappingsplanen skulle det psykiske helsevernet for voksne disponere totalt 6 405 døgnplasser ved utgangen av planperioden, 285 flere enn i 1996, og 430 flere enn i 1998. Tallet på døgnplasser er i stedet blitt redusert med 1 265 siden 1996, 985 siden 1998.

Plasstallet ved sykehusene har holdt seg relativt stabilt, med en nedgang på drøyt 100 plasser siden 1996, og ligger dermed 269 plasser under måltallet for perioden. Det har vært en kraftig utbygging av døgnplasser ved DPS-ene, men det er likevel 84 færre plasser enn plantallet for perioden som helhet. Nedgangen i plasstall er i all hovedsak knyttet til nedbyggingen av sykehjemmene. Disse har blitt bygd ned i langt hurtigere tempo enn forutsatt, og er nå på det nærmeste avvirket.

Poliklinisk virksomhet

Målet for Opptrappingsplanen var å øke den polikliniske kapasiteten med 220 000 konsultasjoner i løpet av planperioden. Dette målet ble nådd allerede i 2003 - ikke på grunn av økt produktivitet - men på grunn av flere behandlere. Målet om produktivitetøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter er ikke nådd. Produktiviteten sank i første del av perioden, og også siste år. Produktiviteten ligger nå seks prosent over nivået i 1998. Den reduserte produktivitet i starten av perioden må sees på bakgrunn av den relativt store tilveksten av behandlere i poliklinikker disse årene. Det må nødvendigvis medgå tid til å både gi og få opplæring. I tillegg er behandlingstilbudet i ferd med å endres, med flere ressurser inn i ambulant virksomhet.

Annen dagbehandling

I Opptrappingsplanen er det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen ved DPS-er med 90 000 dagopphold i løpet av opptrappingsperioden. I henhold til offentlig statistikk synes volumet av dagbehandling ved DPS-er derimot å være vesentlig redusert. Det foreligger imidlertid ikke statistikk basert på årlig, standardisert nasjonal rapportering som kan vise den reelle utviklingen i dagbehandlingen.

Nasjonale utviklingstrekk 1998-2006

Økt aktivitet overfor barn og unge

I det psykiske helsevernet for barn og unge har det vært en noe kraftigere vekst i driftskostnader justert for prisvekst enn for personell – 72 mot 63 prosent økning i perioden 1998-2006. Forskjellen i utvikling kan ha flere årsaker. Det har i perioden vært en klar økning i fagpersonell med høyskole- eller universitetsutdanning. Dette innebærer at kostnadene per årsverk også øker. Samtidig ble det i forbindelse med Eierskapsreformen gjennomført store omorganiseringer og omlegging av regnskapssystemene, noe som kan ha hatt konsekvenser for fordelingen av felleskostnader mv.

Det har vært en vesentlig sterkere prosentvis vekst i antall behandlede pasienter gjennom perioden enn tilsvarende vekst i ressurser. Dette henger sammen med at ressursveksten i tjenestene for barn og unge har vært større for polikliniske tilbud (86 prosent flere årsverk) enn for dag-/døgntilbud (39 prosent flere årsverk). Poliklinikkene vil nødvendigvis nå flere pasienter per behandler sammenliknet med de mer ressurskrevende dag-/døgntilbudene. I tillegg har antall pasienter økt mer enn veksten i personell både for polikliniske - og dag-/døgntilbud. Det vil igjen si at hver behandler gir tilbud til flere pasienter.

Det har vært en vekst på hele 245 prosent i antall behandlingstiltak i perioden 1998 til 2006. Dette er vesentlig sterkere enn veksten i antall poliklinisk behandlede pasienter på 142 prosent. Den registrerte økningen i tiltak har vært kraftigere i perioden etter enn i perioden før eierskapsreformen. Det er sannsynlig at noe av tiltaksveksten kan tilskrives endret registreringspraksis som følge av økt vektlegging av inntjening og produktivitetsutvikling.

Økt aktivitet også i tjenesten for voksne

I det psykiske helsevernet for voksne har utviklingen i kostnader justert for prisvekst (23 prosent) og personell (21 prosent) vært tilnærmet lik gjennom perioden 1998-2006. Det ble utført 96 prosent flere polikliniske konsultasjoner i perioden. Antall oppholdsdøgn ble redusert med 19 prosent i samme periode, mens det ble 63 prosent flere utskrivinger fra døgninstitusjonene. Dette innebærer at det har blitt flere utskrivinger per oppholdsdøgn som igjen indikerer kortere oppholdstider.

Regionale utviklingstrekk

Forskjellene i ressursinnsats, målt ved personelldekningen har holdt seg relativt stabile gjennom planperioden både for tjenestene samlet, og for tjenestene for voksne alene. Forskjellene har gjennom hele perioden vært langt større innenfor tjenestetilbudet for barn og unge. Forskjellene her har imidlertid avtatt i løpet av perioden.

Tabell 2.1 viser den relative rangeringen av helseregionene, totalt og for tjenester til hhv. barn og unge og til voksne.

Tabell 2.1 Personellinnsats i psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen. Relativt nivå for helseregionene. 2006.

	Helseregion				
	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord
Totalt	høyest	lavest	middels	Middels	fra middels til høy
Barn og unge	fra høyest til høy	lav	lav	Lav	fra middels til høy
Voksne	høyest	lavest	middels	Middels	fra middels til høy

Helse Øst har gjennom hele perioden hatt den høyeste personelldekningen, både i tjenestene for voksne og for tjenestene samlet. Helse Nord har hatt en betydelig sterkere økning enn de

Øvrige helseregionene, og nærmet seg Helse Øst. Helse Sør har for begge indikatorer hatt den laveste dekningsgraden gjennom hele perioden.

Det er større forskjeller i ressursinnsats innen tjenestene til barn og unge enn i tjenestene til voksne. Samlet sett har forskjellene avtatt over perioden, selv om de fortsatt er betydelig større enn for tjenester til voksne og totalt. Helseregionene Sør, Vest og Midt-Norge har gjennom hele perioden hatt den samme dekningsgraden for personell, og også den samme økningen i dekningsgrad. Ved starten av perioden var dekningsgraden i Helse Øst langt høyere enn i Helse Nord. Helse Nord har imidlertid hatt en langt kraftigere vekst i dekningsgrad enn de øvrige regionene, mens Helse Øst har hatt en langt lavere økning. Som en følge av dette er dekningsgraden nå høyest i Helse Nord, mens Helse Øst har nærmet seg de tre gjenværende helseregionene.

Også målt ved samlede driftskostnader har helseregionene Øst og Nord betydelig høyere ressursinnsats enn de øvrige regionene, med driftskostnader (eksklusive avskrivninger) hhv. ni og tretten prosent over landsgjennomsnittet. Helseregionene Midt-Norge (syv prosent under) og Sør (16 prosent under) har de laveste driftskostnadene.

Forskjellene i driftskostnader reflekterer både forskjeller i prioritering og forskjeller i samlede driftsutgifter (inklusive somatiske tjenester og tverrfaglig spesialisert rusbehandling). For Helse Øst gjenspeiler høye, relative driftskostnader at man bruker en større andel av budsjettet på psykisk helsevern enn de øvrige regionale foretakene. For Helse Nord gjenspeiler høye driftskostnader til det psykiske helsevernet høye driftskostnader totalt. For Helse Sør, og til dels Helse Midt-Norge gjenspeiler lave driftskostnader til psykisk helsevern at en lav andel av driftsutgiftene går til disse tjenestene. Helse Vest bruker om lag samme andel på psykisk helsevern som Helse Øst, men ettersom de samlede driftskostnadene er lavere, blir kostnad per innbygger til psykisk helsevern betydelig lavere, og under landsgjennomsnittet.

Mens en på landsbasis har kommet langt i retning av å gi et tilbud til fem prosent av alle barn og unge, varierer dekningsgraden betydelig mellom regionene, fra 6,0 prosent i Helse Nord, til 3,5 prosent i Helse Vest.

Mer enn 96 prosent av pasientene i tjenestene for barn og unge behandles poliklinisk, og virksomheten ved poliklinikkene bestemmer dermed også dekningsgraden totalt. Grad av måloppnåelse vil dermed være bestemt ut fra den samlede ressursinnsatsen overfor barn og unge, ut fra i hvilken grad disse ressursene kanaliseres til poliklinikker framfor døgnavdelinger, og ut fra produktiviteten ved poliklinikkene, målt ved antall behandlede pasienter per terapeut. Helse Nord har den høyeste dekningsgraden. De har den høyeste personelldekningen totalt, kombinert med en høy andel personell i poliklinikk. Samtidig skiller ikke produktiviteten seg spesielt ut fra de øvrige regioner (med unntak av Helse Sør). Tabell 2.2 sammenfatter hvordan helseregionene skårer på disse faktorene, og hvilke konsekvenser dette har for dekningsgraden.

Tabell 2.2 Personellinnsats totalt, andel personell i poliklinikk, produktivitet (pasienter per behandler) og samlet dekningsgrad (pasienter i prosent av befolkningen). Psykisk helsevern for barn og unge. Relativt nivå mellom helseregionene. 2006.

Driftsindikator	Helseregion				
	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord
Personelldekning totalt	Høy	Lav	Lav	Lav	Høyest
Andel i poliklinikk	Lav	Høy	Høy	Høy	Høy
Produktivitet	Lav	Høyest	Lav	Lav	Lav
Dekningsgrad	Middels	Høy	Lavest	Lav	Høyest

Driften av døgnavdelinger utgjør 85 prosent av ressursinnsatsen i tjenestene for voksne. Helse Øst har, både målt ved personellinnsats ved døgnavdelingene og (ved siden av Helse

Vest) døgnplasser, høyere dekningsgrad enn de øvrige regioner. Pga. lav produktivitet (få utskrivninger per årsverk på grunn av lang varighet av oppholdene) kommer regionen likevel ut med det laveste forbruket av tjenester, målt ved utskrivninger. Helse Nord har, på tross av den laveste dekningsgraden av døgnplasser flest utskrivninger i forhold til innbyggertallet, ettersom pasientgjennomstrømningen er langt høyere enn i de øvrige regionene.

De psykiatriske poliklinikkene står for om lag 15 prosent av ressursinnsatsen i tjenester for voksne. Med unntak av Helse Nord har utviklingen vært den samme i alle helseregionene. Etter en fase med sterk ekspansjon av virksomheten ved starten av opptrappingsplanen, falt produktiviteten målt ved antall konsultasjoner per behandler. Etter at virksomheten ble konsolidert, steg produktiviteten i perioden 2002-2005. Fra 2005 til 2006 sank produktiviteten noe i regionene Sør, Øst og Vest.

Store forskjeller også innad i helseregionene

Lik tilgang på helsetjenester uavhengig av bosted er et sentralt mål i norsk helsepolitikk. Forskjeller i ressursinnsats og bruk av tjenester mellom helseforetaksområder og endringer i perioden 2003 til 2006, dvs. etter den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten, gjenspeiler i hvilken grad målene er oppfylt.

Forskjellene er gjennomgående større når vi sammenligner helseforetaksområder enn når vi sammenligner helseregioner. Tall på regionnivå dekker derfor over betydelige forskjeller mellom foretaksområdene internt i helseregionene.

Det er i 2006 fortsatt betydelige forskjeller i dekningsgrad mellom helseforetaksområdene, for mange indikatorers vedkommende finner vi forskjeller i størrelsen en til to, dvs. at noen områder har dobbelt så store ressurser og/eller forbruk av tjenester som andre områder.

Forskjellene i personellinnsats er gjennomgående større for tjenestene til barn og unge enn for tjenestene til voksne. For døgnplassene var den relative forskjellen i skjevdelingen enda sterkere. På landsbasis har forskjellene både i personellinnsats og døgnplasser for barn og unge likevel avtatt. Innenfor tjenestene til voksne har de holdt seg stabile.

Ett av målene for Opptrappingsplanen er at fem prosent av alle barn og unge skal få et tilbud fra det psykiske helsevernet. Dekningsgraden varierer imidlertid fortsatt betydelig. Forskjellene har likevel avtatt i perioden.

Bruken av døgntjenester målt ved oppholdsdøgn innenfor det psykiske helsevernet for voksne gjenspeiler langt på vei forskjeller i tilgangen på døgnplasser. Forskjellene har holdt seg stabile gjennom perioden. Tallet på institusjonsopphold for voksne er imidlertid bare svakt korrelert med tallet på døgnplasser. Forskjellene er større enn for oppholdsdøgnene, men har gått noe ned siste år. Forskjellene i dekningsgrad for polikliniske konsultasjoner er større enn for døgntjenestene, og har på landsbasis holdt seg stabile gjennom perioden.

Samlet sett har vi altså fått en utjevning både av personellinnsats, døgnplasser og tilgjengelighet målt ved pasienter under behandling innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge, både på landsbasis og innenfor et flertall av regionene. Dette må delvis sees på bakgrunn av den kraftige ekspansjonen sektoren har gjennomgått i løpet av perioden. Det er ingen tilsvarende tendens til utjevning innen det psykiske helsevernet for voksne, verken på landsbasis eller innenfor noen av helseregionene. Særlig innenfor tjenestene til voksne ser man ut til å ha videreført forskjellene fra før eierskapsreformen, og i liten grad grepet fatt i de utfordringer disse forskjellene representerer.

Produktivitet i poliklinikker for barn og unge

Opptrappingsplanen legger til grunn at produktiviteten målt ved tiltak per behandler per dag skal øke med 50 prosent. 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* og *annerledes* registrering. 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 god grunn 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 produktivtetsutvikling, er det følgelig grunn til å stole på tallenes tale. Når antall tiltak per fagårsverk brukes som produktivtetsindikator, bør tallene tolkes med forsiktighet.

Organisering

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

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

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 10 undersøkes om vi har fått en desentralisering av tjenestene til voksne, i tråd med Opptappingsplanens forutsetninger. Dette blir gjort med utgangspunkt i indikatorer for personellinnsats, døgnplasser, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner.

Det har vært en betydelig utbygging av DPS. Døgnavdelingene ved disse har imidlertid i hovedsak blitt finansiert gjennom frigjøring av midler fra sykehjemmene, og bare i begrenset grad gjennom midler fra Opptappingsplanen. Det har også vært en betydelig utbygging av poliklinikkene, dels gjennom midler fra Opptappingsplanen, dels gjennom overføring av poliklinikker fra sykehusene.

Mens 63 prosent av midlene i følge planen skulle gå til døgnavdelinger ved DPS, har den faktiske ressursøkningen (målt ved personell) bare vært på 17 prosent (når personell fra sykehjemmene er trukket fra). 40 prosent av ressursøkningen har gått til poliklinisk virksomhet, mot 21 i følge planen. 40 prosent har også gått til sykehusavdelingene, mot 17 prosent i følge plantallene.

På tross av begrenset ressursøking, har det vært en formidabel vekst i tilgangen på døgn-tjenester utenfor sykehus. Veksten i den polikliniske virksomheten ved DPS-ene er enda kraftigere.

Det er fortsatt betydelige forskjeller i struktur på tjenestene, både mellom regionene og internt i disse.

Pasienter i psykisk helsevern for barn og unge

Totalt mottok 47 280 pasienter behandling i psykisk helsevern for barn og unge i løpet av 2006. I alt var 56,5 prosent av pasientene gutter, mens 43,5 prosent var jenter. Guttene er gjennomgående yngre enn jentene. 55 prosent var under 13 år gamle, mot 34 prosent av jentene. I aldersgruppen 13 år og eldre utgjør jentene flertallet. Barn mellom null og seks år utgjorde seks prosent av pasientene.

Nær halvparten av pasientene bor sammen med begge foreldre (45 prosent), eller sammen med den ene (30 prosent), eller den ene forelderen og dennes samboer (elleve prosent). Fem prosent bor i fosterhjem og to prosent i institusjon.

Primærlege/fastlege står for brorparten av henvisningene av pasientene til det psykiske helsevernet (60 prosent). Andre viktige henvisningsinstanser er barnehage, skole og PPT (17 prosent), sosialtjeneste og barnevern (elleve prosent) og øvrig primærhelsetjeneste (8 prosent).

Hyppigste bakgrunn for henvisningene var hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (23 prosent), atferdsvansker (20 prosent) og tristhet, depresjon eller sorg (17 prosent). Blant jentene er dette den hyppigste henvisningsgrunnen (25 prosent), blant guttene er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (29 prosent) den viktigste. Henvisningsgrunnene varierer med alder. Barn og ungdom henvist med utgangspunkt i "sosiale" lidelser som eksempelvis suicidalfare, rusmiddelbruk, asosial eller kriminell atferd, tristhet/depresjon/sorg og spiseproblemer er i gjennomsnitt signifikant eldre enn pasienter henvist med bakgrunn i lidelser som eksempelvis autistiske trekk, språk/talevansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Hyppigste kliniske syndrom (diagnoseakse 1) er hyperkinetiske forstyrrelser (27 prosent) og nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (14 prosent). På diagnoseakse 6, global vurdering av funksjonsnivå, ble 21 prosent vurdert å ha fra alvorlige til svært alvorlige sosiale forstyrrelser, 24 prosent blant guttene og 18 prosent blant jentene. Disse resultatene kan imidlertid være unøyaktige, grunnet mangelfull registrering av diagnoser.

Nær åtte prosent av pasientene har fått utarbeidet individuell plan.

Pasienter i døgninstitusjoner for voksne

Nær halvparten av oppholdene i døgninstitusjonene for voksne hadde i 2006 en varighet på inntil åtte dager (47 prosent), mens syv prosent av oppholdene varte mer enn 90 døgn. Median varighet av oppholdene var på landsbasis 10 dager. Oppholdene ved sykehus var noe kortere (median åtte dager) enn opphold ved DPS (tolv dager) og ved andre døgninstitusjoner (som for eksempel sykehjem) (23 dager). Dette forholdet mellom sykehus og distriktpsikiatriske tilbud gjenfinnes i alle landets helseregioner med unntak av Helse Nord, der oppholdene ved sykehus er lengre enn ved DPS-ene.

Mer enn halvparten av oppholdene i døgninstitusjoner for voksne var etter øyeblikkelig hjelp-innleggelse (56 prosent), mens 44 prosent var etter elektive/planlagte innleggelse. Elektive innleggelse var gjennomgående av lengre varighet (median 15 dager) enn innleggelsene ved øyeblikkelig hjelp (7 dager).

Pasienter med affektive lidelser sto for 29 prosent av utskrivningene og 30 prosent av oppholdsdøgnene i 2006. Pasienter med schizofreni spektrum-lidelser sto for 25 prosent av utskrivningene og 35 prosent av oppholdsdøgnene.

Tvungent psykisk helsevern

Andelen henvisninger med begjæring om bruk av tvungent psykisk helsevern var omtrent uendret fra 2005 til 2006. Ved 44 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted i 2006 var det fra henvisende instans begjært tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. I 2005 var andelen 43 prosent. Den absolutte endringen i antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern er likevel mer enn dobbelt så stor (syv prosent) som tilsvarende økning i frivillig innleggelse (to prosent) på sykehusnivå. Etter at tvangsbehandling ble vurdert av spesialist, ble omfanget av tvungent psykisk helsevern noe lavere enn ved henvisningsbegjæring. I 2006 ble endelig vedtak om tvungent psykisk helsevern fattet for 32 prosent av sykehusinnleggelsene, en økning på ett prosentpoeng fra 2005. Av disse var 55 prosent vedtak om tvungen undersøkelse.

Tvungent psykisk helsevern benyttes i størst grad med begrunnelse i pasientens behov for behandling. En noe større andel menn enn kvinner ble tvangsinnlagt i 2006. Andelen

tvangsinnleggelser var høyest blant innleggelser klassifisert med schizofreni spektrum-lidelser (27 prosent) og organiske lidelser (10 prosent).

Analysene er basert på data innhentet fra et utvalg av institusjoner godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. En del institusjoner har ikke levert data av tilfredsstillende kvalitet og er utelatt fra analysen. Det er derfor knyttet noe usikkerhet til resultatenes generaliserbarhet, spesielt for andelen tvangsinnleggelser det enkelte år. Et slikt mål kan være påvirket av hvilke institusjoner og foretak som inngår i datamaterialet. Vi antar at utviklingstall for endring i antall tvangsinnleggelser fra 2005 til 2006 i større grad er generaliserbare for utviklingen nasjonalt, siden vi ikke finner grunn til å anta at mangelfulle data skulle være korrelert med endret bruk av tvungent psykisk helsevern.

Nøkkeltall 2005–2006

Tabell 2.3 Nøkkeltall for aktivitet, personell, døgnplasser, driftskostnader og kapasitetsutnyttning i det psykiske helsevernet. 2005-2006.

	2005	2006	Prosent endring
Aktivitet:			
Behandlede pasienter - barn og unge	43 426	47 280	8,9
Polikliniske tiltak (direkte og indirekte) - barn og unge	561 304	641 971	14,4
Polikliniske konsultasjoner - voksne	867 390	930 789	7,3
Utskrivninger - voksne	43 515	47 549	9,3
- utskrivninger sykehus	27 015	29 705	10,0
- utskrivninger distriktpsikiatriske sentre	16 025	17 479	9,1
Personell:			
Årsverk psykisk helsevern	19 352	20 040	3,6
- årsverk psykisk helsevern for barn og unge	3 203	3 507	9,5
- årsverk psykisk helsevern for voksne	16 148	16 533	2,4
Døgnplasser:			
Døgnplasser psykisk helsevern for barn og unge	331	335	1,2
Døgnplasser psykisk helsevern for voksne	5 005	4 990	-0,3
- døgnplasser sykehus	2 740	2 831	3,3
- døgnplasser distriktpsikiatriske sentre	2 033	1 956	-3,8
Kostnader:			
Totale driftskostnader til psykisk helsevern, ekskl avskrivninger (2005, 100 mill kr)	12 576	12 967	3,1
- totale driftskostnader barn og unge, ekskl avskrivninger (2005, 100 mill kr)	2 073	2 218	7,0
- totale driftskostnader voksne, ekskl avskrivninger (2005, 100 mill kr)	10 503	10 749	2,3
Kapasitetsutnyttelse:			
Poliklinikker for barn og unge - tiltak per fagårsverk	414	426	2,7
Poliklinikker for voksne - konsultasjoner per fagårsverk	422	412	-2,5
Døgninstitusjoner for voksne - sykehus			
- behandlerfaktor	2,0	2,0	1,6
- utskrivninger per årsverk	3,1	3,2	2,8
Døgninstitusjoner for voksne - distriktpsikiatriske tilbud			
- behandlerfaktor	1,3	1,4	5,9
- utskrivninger per årsverk	4,0	4,5	11,8

3 Opptrappingsplanens mål: Status for kostnader og øremerkede tilskudd 1999-2006

Silje L. Kaspersen

Måltallet for vekst i driftskostnader til det psykiske helsevernet er nådd

Opptrappingsplanens mål for vekst i driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 2,1 milliarder 1998-kroner ble nådd i løpet av den opprinnelige planperioden 1999-2006. I henhold til Opptrappingsplanen skal driftskostnadene til det psykiske helsevernet øke med 2,1 milliarder 1998 kroner – tilsvarende 2,9 milliarder 2006 kroner – i løpet av planperioden (1999-2008). I 2006 var de totale driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 13,2 milliarder kroner, noe som er en økning på tre prosent (386 millioner kroner) fra året før, og en økning på nærmere tre milliarder 2006-kroner (29 prosent) sammenliknet med nivået i 1998.

Driftskostnadene til psykisk helsevern for barn og unge har økt med 72 prosent i perioden 1999-2006. Tilsvarende vekst i psykisk helsevern for voksne ligger på 23 prosent, mens det samlede psykiske helsevernet har hatt en økning fra 1999-2006 på 29 prosent. Opptrappingsmålet om at minst 30 prosent, eller 879 millioner 2006-kroner, skal gå til nivåheving i tjenester for barn og unge er også nådd. I psykisk helsevern for voksne er 99,3 prosent av målet om økning på drøye to milliarder kroner i driftskostnadene nådd. Kun 14 millioner kroner manglet på nasjonalt nivå, for at også måltallet i psykisk helsevern for voksne ble nådd. Sterkere vekst i psykisk helsevern for barn og unge er i tråd med de statlige styrings-signalene som har kommet i løpet av planperioden.

Av utgiftsveksten på nærmere tre milliarder kroner fra 1999-2006, har omtrent én tredjedel blitt finansiert av øremerkede midler samt polikliniske refusjoner. Den største relative økningen i bruk av øremerkede midler kom fra 2005-2006 (ca. 435 millioner kroner, tilsvarende 38 prosent), men dette har sammenheng med at en del av de øremerkede midlene i 2005 ble overført til rammetilskuddet, og at man dermed fikk en kraftig nedgang i øremerkede midler dette året. Også polikliniske refusjoner har hatt en økning fra 2005 til 2006 (5 prosent), etter to år med henholdsvis negativ vekst og nullvekst.

Hvis vi sammenholder økning i driftskostnader med økning i personell, finner vi at den prosentvise endringen i kostnader til det psykiske helsevernet totalt, fra 1999-2006, er to prosentpoeng høyere enn den prosentvise endringen i årsverk (henholdsvis 29 og 27 prosent). Det samme gjelder for psykisk helsevern for voksne, der kostnadsveksten har vært på 23 prosent, mens personellveksten har vært 21 prosent. I psykisk helsevern for barn og unge ligger den prosentvise økningen i antall årsverk ni prosentpoeng lavere enn økningen i driftskostnader. En mulig forklaring på forskjellen mellom de to sektorene kan være endret praksis med hensyn til fordeling av felleskostnader, og omorganisering av virksomheten i forbindelse med eierskapsreformen i 2002.

3.1 Innledning

Det psykiske helsevernet har vært satsingsområde i spesialisthelsetjenesten siden 1999. I statsbudsjettet for 2004 ble den opprinnelige planperioden forlenget med 2 år fra 2006, slik at målene i Opptrappingsplanen nå skal være nådd i løpet av 2008. Regjeringens utvidelse av planperioden (St.prp. nr. 1 (2003-2004)) kom etter anbefaling fra Stortinget (Innst. S. nr. 141 (2002-2003)), og var basert på Riksrevisjonens evaluering av status for Opptrappingsplanen de første årene (Dokument nr. 3:5 (2002-2003)).

I dette kapitlet undersøkes utviklingen i utvalgte økonomiske aspekter ved Opptrappingsplanen i løpet av den opprinnelige planperioden 1999-2006. Vi ser nærmere på hvordan utviklingen har vært for den planlagte økningen i driftskostnader, og hvordan kostnadene i det psykiske helsevernet blant annet har blitt finansiert av øremerkede midler og polikliniske refusjoner. Videre sammenholdes endringer i kostnader med endring i personelltall. Til slutt gis en kort presentasjon av deflatores betydning for måloppnåelse i Opptrappingsplanen.

Opptrappingsplanen trådte i kraft fra 1. januar 1999. Vi benytter derfor 1998 som basisår for å beregne økningen 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 å beregne 2006-priser tilbake i tid. For kostnads- og finansieringstall på helseregion – og foretaksnivå, vises det til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 og SAMDATAs nettsider.

3.2 Utvikling i driftskostnader i perioden 1999-2006

Opptrappingsplanen skal innebære en styrking av det psykiske helsevernet tilsvarende 2,1 milliarder 1998-kroner i økte driftskostnader i løpet av planperioden. Omregnet til 2006-kroner innebærer dette en planlagt økning på 2,9 milliarder kroner.¹ Med "totale driftskostnader" forstår vi summen av driftskostnader på institusjons-/foretaksnivå, driftstilskudd til private spesialister og tilskudd til privat pleie - eksklusive avskrivninger. Det er bare for 2005 og 2006 at det har vært mulig å beregne kapitalkostnader (avskrivninger m.v.) for psykisk helsevern, og manglende sammenlikningsgrunnlag tilbake i tid gjør at vi velger å presentere tall uten avskrivninger i dette kapitlet. I 2005 og 2006 har kapitalkostnadene ligget på omkring 1,2 milliarder kroner.

Før Opptrappingsplanen ble satt i gang, lå driftskostnadene til det psykiske helsevernet på omtrent 10,2 milliarder 2006-kroner. I 2002, halvveis i den opprinnelige planperioden, hadde de totale driftskostnadene steget med omtrent 1,3 milliarder 2006-kroner, tilsvarende en økning på tolv prosent. Av disse var 368 millioner kroner knyttet til økte driftskostnader i psykisk helsevern for barn og unge (29 prosent økning fra 1998-2002), mens psykisk helsevern for voksne hadde en økning på 910 millioner kroner (10 prosent økning fra 1998-2002). Utviklingen er presentert i tabell 3.1, der årene 1999 og 2003 er utelatt av plassmessige årsaker.

¹ 2,9 mrd. kroner er samme beløp som ble beregnet i fjorårets SAMDATA. Beløpet blir likt for 2005 og 2006 fordi akkumulert prisvekst i 2003 og 2004 har blitt nedjustert i ettertid. Beregninger gjort med samme deflatorrekke som ble benyttet på 2005-tallene gir at 2,1 mrd 1998-kroner tilsvarer 3,0 mrd 2006-kroner.

Tabell 3.1 Utvikling i totale driftskostnader (ekskl. avskrivninger) til det psykiske helsevernet – henholdsvis totalt, i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og i psykisk helsevern for voksne (PHV). Millioner kroner målt i faste 2006-kroner og prosentvis endring. 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006
Psykisk helsevern totalt	10 246	10 725	10 896	11 524	12 053	12 831	13 217
Pst. endring fra året før	5	1	2	6	2	6	3
- herav PHBU	1 290	1 377	1 438	1 658	1 928	2 083	2 225
Pst. endring fra året før	6	3	4	15	8	8	7
- herav PHV	8 956	9 348	9 458	9 866	10 124	10 748	10 992
Pst. endring fra året før	5	1	1	4	1	6	2

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Ser vi på økningen i driftskostnader mellom de enkelte år i perioden, skiller overgangen mellom 2001 og 2002 seg ut i form av sterk vekst. Særlig utgiftene til psykisk helsevern for barn og unge økte kraftig i 2002; hele 15 prosent økning sammenliknet med året før. De første tre årene av Opptappingsplanen hadde fylkeskommunene ansvaret for spesialisthelsetjenesten, mens dette ansvaret fra og med 2002 ble overført til de regionale helseforetakene. Foretaksreformen innebar at psykiatriske sykehus, distriktpsikiatriske sentra og barne- og ungdomspsykiatriske enheter ble fusjonert inn i helseforetak som også omfattet somatiske sykehus. Omorganiseringen medførte en betydelig samordning med hensyn til administrative fellestjenester, utskiftning av administrative systemer og personell, ny regnskapsføring og ikke minst en ny måte å fordele felleskostnader på. Det er sannsynlig at endring i fordelingen av felleskostnader mellom somatikk og det psykiske helsevernet – og mellom psykisk helsevern for barn og unge og for voksne – kan ha påvirket nivået på de totale driftskostnadene, og at nivåhevingen i 2002 kan tilskrives dette. Ulik regnskapspraksis mellom helseforetakene kan i tillegg påvirke denne fordelingen.

I fjorårets utgave av SAMDATA, med tall for 2005, fremgår det at de årlige driftskostnadene i det psykiske helsevernet hadde økt med 2,3 milliarder 2005-kroner i løpet av de syv første årene av Opptappingsplanen, noe som innebar at 79 prosent av den planlagte økningen i driftskostnader var realisert i 2005. Dersom måltallet om 2,1 milliarder 1998-kroner skulle nås, ble det beregnet at de reelle driftskostnadene måtte øke med om lag 1,6 prosent, eller 195 millioner 2005-kroner årlig, hvert år de siste tre gjenstående årene. Økningen fra 2004 til 2005 var til sammenlikning 5,1 prosent, og det ble beregnet at gjennomsnittlig vekstrate i perioden 1999-2005 hadde vært høyere enn det som trengtes for å nå målet om økning i driftskostnader i Opptappingsplanen – både i psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.

I 2006 var de totale driftskostnadene (eksklusive avskrivninger) til det psykiske helsevernet på 13,2 milliarder kroner. I faste 2006-kroner er dette en økning på 386 millioner kroner fra 2005 (tre prosent), og en økning på nærmere *tre milliarder kroner* (29 prosent) sammenliknet med nivået i 1998 (se tabell 3.2). Dette betyr at det økonomiske målet om en nivåheving i driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 2,1 milliarder 1998-kroner (ca. 2,9 milliarder 2006-kroner) ble nådd ved utgangen av den opprinnelige opptappingsplanperioden i 2006.

Tabell 3.2 Totale driftskostnader (ekskl. avskrivninger) til det psykiske helsevernet. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner og prosentvis endring, 1998 og 2006.

	1998	2006	Økning i mill. kr 1999-2006	Prosentvis endring 1999-2006
Psykisk helsevern	10 246	13 217	2 971	29
- herav PHBU	1 290	2 225	935	72
- herav PHV	8 956	10 992	2 036	23

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Som vi ser av tabell 3.2 er økningen i driftskostnader til psykisk helsevern for barn og unge på hele 72 prosent i perioden 1999-2006. Andelsmessig har tjenester til barn og unge gått fra ca. 13 prosent av de totale driftskostnadene ved utgangen av 1998, til å utgjøre ca. 17 prosent i 2006. Av den planlagte økningen i driftskostnader i henhold til Opptappingsplanen skal minst 30 prosent, eller ca. 879 millioner 2006-kroner, gå til nivåheving for tjenester til barn og unge. I 2006 var økningen fra 1998 på 935 millioner – 56 millioner kroner *mer* enn det uttalte målet.

I psykisk helsevern for voksne er 99,3 prosent av målet om nivåheving på drøye to milliarder 2006-kroner nådd. Kun 14 millioner kroner i økte driftskostnader manglet på nasjonalt nivå for at måltallet for psykisk helsevern for voksne ble nådd i 2006. I tråd med intensjonene i Opptappingsplanen har veksten i psykisk helsevern for barn og unge vært langt sterkere enn kostnadsveksten i psykisk helsevern for voksne. Dette har altså bidratt til at målsettingen om 2,1 milliarder økte driftskostnader til det psykiske helsevernet totalt, satt i 1998, ble nådd i løpet av den opprinnelige opptappingsplanperioden 1999-2006.

3.3 Kostnader finansiert av øremerkede tilskudd 1998-2006

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 brukerbetalning. Det vil si at de regionale helseforetakene ikke skal måtte omprioritere egne ressurser for å finansiere den planlagte økningen i driftskostnader. I de fire årene før Opptappingsplanen trådte i kraft (1995-1998), ble det også gitt øremerkede midler til psykisk helsevern på fylkeskommunalt nivå. Disse midlene "fulgte med" inn i opptappingsplanperioden, og gav således et kunstig høyt nivå på vekstbanen. 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).

Å gi en del av opptappingsplanmidlene for 2005 som rammeoverføring var et rent teknisk grep fra myndighetenes side, gjennomført for å gjøre det enklere å følge de øremerkede bevilgningene over Opptappingsplanen. I bestillerdokumentene til RHF-ene samme år, het det at de 460 millionene skulle benyttes til å dekke driftskostnader til opptappingstiltak i det psykiske helsevernet. Når midler gis over basisbevilgningen, kan de imidlertid ikke følges opp rapporteringsmessig på samme måte som de øremerkede midlene. Som følge av denne omfordelingen mellom postene i statsbudsjettet, reduseres *øremerkede* midler med 14 prosent fra 2004 til 2005 (2006-kroner).²

² Legger vi sammen de øremerkede midlene benyttet i 2005 og de 460 millionene 2005-kroner som ble omfordelt til basisbevilgningen, får vi imidlertid en økning på ca. 21 prosent i øremerkede midler fra 2004 til 2005.

Helseforetakene og RHF-ene rapporterer årlig om bruken av øremerkede midler til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Tradisjonelt har SINTEF Helse i samarbeid med HOD kvalitetskontrollert disse tallene, blant annet ved å sammenstille dem med regnskapstall og et eget rapporteringsskjema som foretakene leverer til SSB og SINTEF Helse. I 2007 har imidlertid helseforetakene og RHF-ene vært vesentlig forsinket med rapporteringen til HOD, og tidsfrister i SAMDATA-prosjektet gjør at det ikke har blitt tid til kvalitetskontroll av tallene i like stor grad som tidligere. I rapporten SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 (Solstad, 2007) presenterte vi et foreløpig nivå på øremerkede midler *tatt til inntekt* i regnskapene for 2006 på 1,493 milliarder kroner. Etter å ha mottatt rapporteringene til HOD er dette tallet oppjustert med ca. 72 millioner kroner, slik at gjeldende nivå på øremerkede midler som er benyttet til å dekke økte driftskostnader i det psykiske helsevernet i 2006 er 1,565 milliarder kroner. Tatt i betraktning av at Stortingets samlede bevilgning i statsbudsjettets kapittel 743 post 75 *Tilskudd til styrking av psykisk helsevern* for 2006 var 1,541 milliarder kroner, betyr dette at helseforetakene også har benyttet overførte midler fra tidligere år.

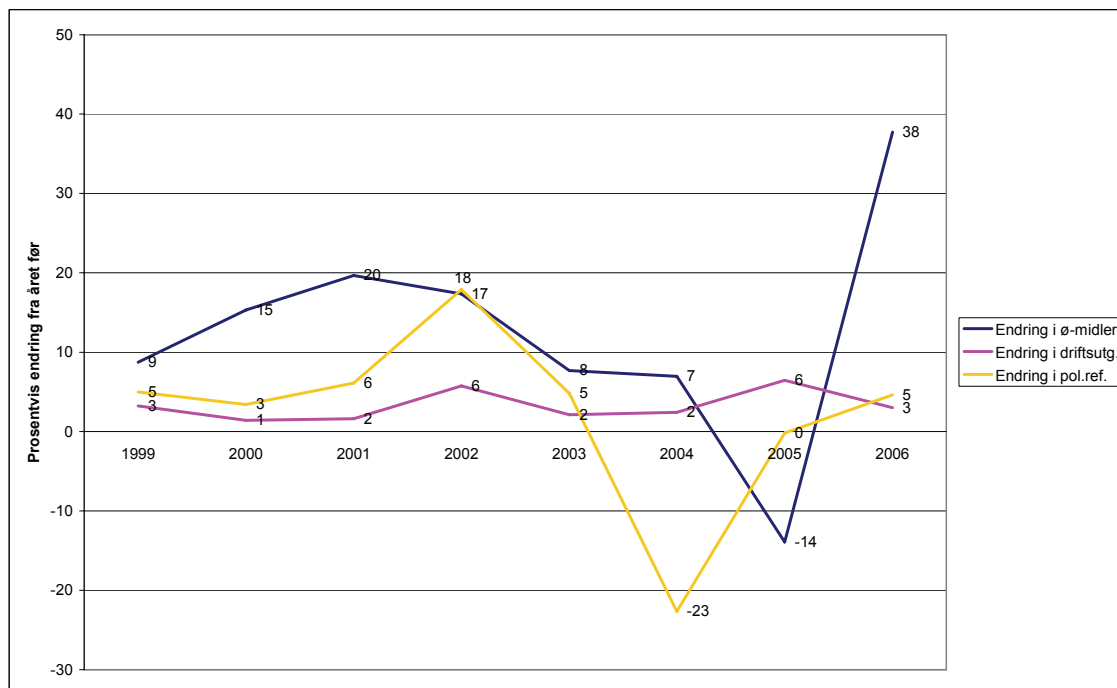
Tabell 3.3 viser *økning* i totale utgifter og *økning* i øremerkede statlige tilskudd for opptrappingsperioden med fylkeskommunalt ansvar for psykisk helsevern 1998-2001 (sett i forhold til nivået i 1998), og for årene 2001-2006 med regionale helseforetak som ansvarlige (sett i forhold til nivået i 2001). Videre presenteres endringene fra 2005-2006 og den samlede endringen i perioden 1998-2006. Sum øremerkede midler består av henholdsvis tilskudd til styrking av psykisk helsevern fordelt etter objektive kriterier (kapittel 743 post 75 i statsbudsjettet), samt aktivitetsbaserte tilskudd for polikliniske konsultasjoner (polikliniske refusjoner - tidligere administrert av Rikstrygdeverket, nå administrert av NAV).

Tabell 3.3 Økning i totale driftskostnader og øremerkede midler til det psykiske helsevernet. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner. 1998-2001. 2001-2006. 2005-2006. 1998-2006.

	Fylkeskommunalt ansvar 1998-2001	RHF-ansvar 2001-2006	Endring siste to år 2005-2006	Perioden 1998-2006
Sum økning totale driftskostnader i psykisk helsevern	650	2 321	386	2 971
Sum økning øremerkede midler	414	587	464	1 001
Herav:				
- endring i øremerkede midler	326	588	434	914
- endring i polikliniske refusjoner	88	-1	30	87

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Sammenliknet med de tre første årene av Opptrappingsplanen, har den gjennomsnittlige årlige veksten i totale driftskostnader til det psykiske helsevernet vært sterkere i årene *etter* enn årene før eierskapsreformen i 2002. Av finansieringskomponentene avtok veksten i øremerkede midler i årene 2001-2005, som vist i figur 3.1 (den negative veksten mellom 2004 og 2005 er forklart over). Fra 2005 til 2006 øker imidlertid de øremerkede opptrappingsmidlene med hele 434 millioner kroner, en realvekst på 38 prosent. Perioden sett under ett har øremerkede midler finansiert omtrent én tredjedel av veksten i kostnadene.



Figur 3.1 Prosentvis realendring fra året før i totale driftskostnader, øremerkede midler og polikliniske refusjoner. Perioden 1999-2006.

Nivået på tilskudd mottatt som polikliniske refusjoner var stigende frem til og med 2003, da 828 millioner 2006-kroner ble refundert, men har fra 2004 vært synkende. Hovedsakelig skyldes dette en omlegging av takstsystemet, der satsene for polikliniske refusjoner ble justert ned i 2004. Dette ble gjort både innen somatikk og psykisk helsevern som et forsøk på å motvirke uønskede vridningseffekter innenfor 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)). Mens RHF-ene i 2005 finansierte 82,3 prosent av de totale kostnadene til psykisk helsevern, sank denne andelen til 79,7 prosent i 2006. Hovedsakelig skyldes denne nedgangen veksten i øremerkede tilskudd, da RHF-enes egenandel tilsvarer totale driftskostnader fratrukket polikliniske refusjoner, øremerkede tilskudd, pasientbetaling og andre refusjoner/tilskudd/salgsinntekter. I motsetning til intensjonen i Opptappingsplanen om øremerkede midler som viktigste finansieringskilde, har ca. to tredjedeler av veksten kommet via egenfinansiering via RHF-enes basisramme.

Økt pasientbetaling var også nevnt som kilde til finansiering av Opptappingsplanen da denne ble vedtatt. Pasientbetaling er bare aktuelt i psykisk helsevern for voksne, og finansierer en relativt beskjedne del av de totale kostnadene. I 2005 og 2006 var nivået på pasientbetaling på henholdsvis 69 og 77 millioner kroner – tilsvarende 0,5 og 0,6 prosent av de totale driftskostnadene det respektive år. Sammen med RHF-enes egenfinansiering er øremerkede tilskudd fortsatt den klart største finansieringskomponenten i Opptappingsplanen.

3.4 Økning i kostnader sammenholdt med økningen i personell

Personell er den dominerende innsatsfaktoren i det psykiske helsevernet, og av de 13,2 milliarder kronene som gikk til driftskostnader i denne sektoren i 2006, besto 82,2 prosent av lønn og sosiale kostnader. Med personell som desidert viktigste innsatsfaktor er det naturlig å forvente at kostnadene i det psykiske helsevernet vil følge nivået på personellinnsatsen. For å vurdere kostnadsveksten i opptrappingsplanperioden har vi i tabell 3.4 sammenholdt veksten i totale driftskostnader til psykisk helsevern med veksten i personell (målt som årsverk).

Tabell 3.4 Prosentvis endring i driftskostnader (2006-kroner) og årsverksinnsats i det psykiske helsevernet, fordelt på tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. 1998-2006.

	Prosent endring i kostnader 1998-2006	Prosent endring i årsverk 1998-2006
Psykisk helsevern	29	27
- herav psykisk helsevern for barn og unge	72	63
- herav psykisk helsevern for voksne	23	21

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Både for det samlede psykiske helsevernet og for psykisk helsevern for voksne har utviklingen i driftskostnader og antall årsverk vært relativt lik i perioden 1999-2006. I begge tilfeller ligger veksten i årsverk to prosentpoeng lavere enn utgiftsveksten - når vi sammenlikner nivået ved utgangen av 2006 med nivået ved utgangen av 1998. I psykisk helsevern for barn og unge ligger kostnadsveksten ni prosentpoeng høyere enn veksten i personell. Som vi tidligere har vært inne på kan dette skyldes endret praksis med hensyn til fordeling av felleskostnader. Hvis det er slik at omfordeling av kostnader har vært annerledes enn omfordeling av personellressurser i helseforetakene, vil dette påvirke tallene våre.

Anthun og Torvik (2006) finner at flere helseforetak rapporterer om endrede rutiner for fordeling av felleskostnader, og i de fleste tilfellene dreier det seg om økt kostnadsbelastning for psykisk helsevern i forhold til somatisk sektor. Endring i fordelingen av felleskostnader mellom tjenestene, uten en tilsvarende omfordeling i personellstatistikken, vil slå sterkere ut for barn og unge enn for voksne fordi kostnadsnivået i psykisk helsevern for barn og unge i utgangspunktet er mye lavere. Det er også knyttet en viss usikkerhet til personelltallene generelt. For eksempel kan registreringspraksis for innleid personell, både når det gjelder kostnader og årsverk, variere mellom helseforetakene. Det kan også være slik at innleid personell til å betjene fellestjenester ikke registreres i personellstatistikken til helseforetaket, mens kostnadene likevel påløper, og kostnadsveksten dermed blir noe høyere enn personellveksten. Tilsvarende vil kostnadsveksten bli høyere enn personellveksten hvis det er slik at de nyansatte er høyt utdannet og har høyere lønn enn gjennomsnittet, eller at etablering av nye enheter og nye bygg gir økning i "faste" kostnader.

Dersom vi antar at den prosentvise kostnadsøkningen i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1999-2006 hadde vært like stor som den prosentvise økningen i personell, ville driftskostnadene ha økt med 813 millioner 2006-kroner. Differansen mellom den estimerte veksten og de observerte 935 millioner kronene er 122 millioner kroner, eller 13 prosent av den observerte veksten. Dette betyr at en kostnadsvekst i psykisk helsevern for barn og unge lik personellveksten, ville innebære at det samlede målet om 30 prosent økning (879 millioner kroner) i driftskostnader fra 1999-2006 ikke ville være nådd i løpet av den opprinnelige opptrappingsperioden. En tilsvarende beregning gjort på det samlede psykiske helsevernet viser at det ville manglet 134 millioner 2006-kroner (4,5 prosent) på å nå målet om 2,9 milliarder i 2006, dersom kostnadsveksten hadde vært lik personellveksten i opptrappingsplanperioden.

3.5 Deflatorens betydning for måloppnåelse i Opptrappingsplanen

Graden av økonomisk måloppnåelse i Opptrappingsplanen skal evalueres med hensyn på *endring*, og da helst *økning*, over en gitt tidsperiode. For å ta hensyn til prisveksten mellom år, og for derved å kunne beregne den reelle endringen over tid, har SAMDATA valgt å prisjustere de nominelle størrelsene med deflator for prisvekst i konsumet av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Denne deflatoren er den samme som benyttes av SSB. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) benytter imidlertid en annen deflator, beregnet av Finansdepartementet, som benyttes for beregning av realvekst både i kommunal virksomhet og i spesialisthelsetjenesten.

Som vi var inne på innledningsvis i dette kapitlet har SSB i ettertid nedjustert prisveksten i 2003 og 2004 fra 2,6 til 1,9 prosent, noe som innebærer at målet om økning på 2,1 milliarder 1998-kroner ble beregnet til 2,9 milliarder *både* i årets og fjorårets SAMDATA-utgave. Hadde vi benyttet den "opprinnelige" deflatorrekken på 2006-tallene, ville 2,1 milliarder 1998-kroner tilsvart omtrent 3 milliarder 2006-kroner. De siste fire årene har opptrappingsmålet "vokst" med ca. 0,1 prosentpoeng hvert år som følge av prisstigning, og det kan derfor virke forvirrende at måltallet ikke endrer seg fra ett år til et annet tross økt prisnivå. Nedjustering av SSB-deflatoren får konsekvenser for alle økonomiske realstørrelser beregnet i årets SAMDATA. I det følgende skal vi kort vurdere betydningen valget av deflator har for måloppnåelse i Opptrappingsplanen.

Prisvekst i forhold til påfølgende år og akkumulert prisvekst til 2006, både i henhold til beregningene i SSB og i HOD, er presentert i tabell 3.5. I tabell 3.6 har vi deflatert nominelle brutto driftskostnader i utvalgte år av opptrappingsperioden med henholdsvis deflator fra SSB og HOD. Som følge av at SSBs beregnede akkumulerte prisvekst fram mot 2006 ligger på et høyere nivå enn tilsvarende beregninger fra Finansdepartementet i årene 1998-2000, gir dette høyere reelle driftskostnader til psykisk helsevern med SSB-deflator de nevnte tre årene. I perioden 2001-2004 er situasjonen den motsatte; SSB-deflatoren gir lavere reelle driftskostnader enn HOD-tallene. Prisveksten fra 2005 til 2006 er beregnet likt i de to indeksene.

Tabell 3.5 Prisvekst i perioden 1998-2006.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SSB: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,037	1,048	1,081	1,048	1,055	1,019*	1,019*	1,034
SSB: Akkumulert prisvekst til 2006	1,395	1,345	1,283	1,187	1,133	1,074	1,054	1,034
HOD: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,085	1,0425	1,028	1,037	1,036	1,039	1,034	1,034
HOD: Akkumulert prisvekst til 2006	1,388	1,279	1,227	1,193	1,151	1,111	1,069	1,034

* Opprinnelig prisvekst før nedjustering i 2003 og 2004 var 2,6 prosent.

Tabell 3.6 Totale driftskostnader ekskl. avskrivninger prisjustert med henholdsvis deflator beregnet av SSB og HOD. 1998, 2000, 2002, 2004-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

	1998	2000	2002	2004	2005	2006	Prosent endring 1998-2006
Reelle tall - SSB-deflator							
Totale driftskostnader psykisk helsevern	10 246	10 725	11 524	12 053	12 831	13 217	29,0
<i>Endring fra forrige år</i>		1,4	5,8	2,4	6,5	3,0	
- Herav PHBU	1 290	1 377	1 658	1 928	2 083	2 225	72,5
<i>Endring fra forrige år</i>		3,4	15,3	7,7	8,0	6,8	
- Herav PHV	8 956	9 348	9 866	10 124	10 748	10 992	22,7
<i>Endring fra forrige år</i>		1,1	4,3	1,5	6,2	2,3	
Reelle tall - HOD-deflator							
Totale driftskostnader psykisk helsevern	10 195	10 254	11 709	12 230	12 831	13 217	29,6
<i>Endring fra forrige år</i>		2,0	6,9	0,4	4,9	3,0	
- Herav PHBU	1 284	1 317	1 685	1 957	2 083	2 225	73,3
<i>Endring fra forrige år</i>		4,0	16,5	5,7	6,5	6,8	
- Herav PHV	8 912	8 937	10 024	10 274	10 748	10 992	23,3
<i>Endring fra forrige år</i>		1,7	5,4	-0,5	5	2,3	
Differanse SSB - HOD							
Totale driftskostnader psykisk helsevern	51	471	-184	-177	0	0	
PHBU	6	61	-27	-28	0	0	
PHV	44	411	-158	-149	0	0	

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Slik det går frem av tabellen over, gir bruk av HOD-deflatoren et noe høyere estimat på økningen i driftskostnader i perioden 1999-2006, enn den økningen vi har presentert i SAMDATA. Forskjellene er imidlertid ikke så store at de påvirker konklusjonene våre i vesentlig grad perioden sett under ett, men mellom det enkelte år avviker veksten med opptil flere prosentpoeng, avhengig av hvilken deflator man bruker. Det er derfor nyttig å være seg bevisst at marginale forskjeller i deflator kan gi betydelige utslag i realendringene over tid.

4 Opptrappingsplanen: Status psykisk helsevern for barn og unge

Britt Venner

4.1 Innledning

I Opptrappingsplanen fremheves det at psykisk helsevern for barn og unge er et fagfelt som fortsatt trenger betydelig styrking. I tillegg til utbygging av institusjonsplasser er det behov for økt kapasitet til konsultasjon og veiledning til andre helse- og sosialinstanser. De konkrete hovedmålene i 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

Noen av disse måltallene er justert underveis. I Statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ble behovet for døgnplasser i psykisk helsevern 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.

4.2 Avgrensning av perioden

I St.prp. nr. 1 (2003-2004) ble opptrappingsperioden utvidet med to år, fra avslutning i 2006 til avslutning i 2008. Selv om det i proposisjonen vises til at gjennomgang av status og utvikling viser at viktige mål vil bli nådd innen 2006, fant en det nødvendig med satsing på enkelte områder også utover 2006. Det vises til at det særlig er behov for satsing mot kommunene og omstilling av tjenestetilbudet. Målene i Opptrappingsplanen baserer seg på tallgrunnlag og dokumentasjon fra driftsåret 1996. Når Opptrappingsplanen skal evalueres må en derfor ta hensyn til at det samtidig understrekes at endringene skal finne sted *i løpet av planperioden* (1999-2008). Det er her en tidsmessig forskjell på to år fra basisanalysene ble foretatt til Opptrappingsplanen ble iverksatt. I dette kapitlet evalueres status ved utgangen av driftsåret 2006. Dette er ti år etter beregningsgrunnlaget (1996), og åtte år etter at den "offisielle" opptrappingsperioden startet (1999). Fordi tallmaterialet for de respektive år refererer seg til situasjonen *ved slutten av året*, er endringene i planperioden beregnet med utgangspunkt i data fra driftsåret 1998. Derved er det i realiteten endringer fra og med 1. januar 1999 som registreres. I dette kapitlet vil vi både se på endringer i

forhold til årene 1996 og 1998, der dette er nødvendig for å belyse status og utvikling i forhold til Opptappingsplanens mål.

4.3 Kvantitativ styrking: Økt kapasitet – økt tilgjengelighet

400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet

I psykisk helsevern for barn og unge er poliklinisk virksomhet en svært sentral del av behandlingstilbudet. I opptappingsperioden har andelen polikliniske pasienter årlig utgjort over 90 prosent av totalt antall behandlede pasienter. I 2006 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 Opptappingsplanens 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) konkluderes 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.

Tabell 4.1 viser utviklingen i antall polikliniske årsverk i de ulike grupper fagpersonell i periodene 1996-2006.

Tabell 4.1 Polikliniske fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1996-2006.

	1996	1998	2004	2005	2006	Endring i totale tall	
						1996-2006	1998-2006
Psykiatere og andre leger	105	115	161	168	194	89	79
Psykologer	266	305	503	523	589	323	284
Sosionomer	179	185	255	258	267	88	82
Annet terapipersonale m/høyskoleutdanning	169	175	362	385	450	281	275
Fagårsverk totalt	719	780	1 281	1 333	1 500	781	720

Datakilde: SSB

Polikliniske årsverk for psykiatere og andre leger har økt fra 115 årsverk i 1998 til 194 i 2006. Dette tilsvarer en økning på 69 prosent i løpet av perioden. Fra 2005 til 2006 har det vært en klar vekst med 26 nye polikliniske legeårsverk, en økning på 15 prosent. For psykologer har økningen vært på totalt 284 årsverk i perioden, en vekst på 93 prosent. Også for denne faggruppen har veksten i poliklinisk virksomhet vært kraftig de siste år, med en økning på 66 årsverk (13 prosent).

Sett under ett har antall årsverk blant fagpersoner i poliklinisk virksomhet økt med 720 fra 1998 til 2006, eller nær det dobbelte av målsettingen for perioden som helhet. Av tabell 4.1 ser vi at det særlig er psykologer og annet terapipersonell med høyskoleutdanning det er blitt flere av. Målet om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet er oppfylt både i forhold til nivået i 1996 og i 1998. Rekrutteringen av fagpersonell til poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge har dermed på nasjonalt nivå vært tilfredsstillende i forhold til de mål som opprinnelig ble satt om 400 nye årsverk for fagpersoner i poliklinisk og

ambulant virksomhet. Allerede i 2003 nådde man målet om 400 nye fagpersoner inn i virksomheten. Som vi vil se i kapittel 7 (figur 7.10) har det i tillegg vært en utjevning i personelldekning mellom Helse Øst og helseregionene Sør, Vest og Midt-Norge, som i utgangspunktet (og fortsatt) har den laveste personelldekningen ved poliklinikkene. Helse Nord har gjennom hele perioden hatt en høyere dekningsgrad enn de øvrige regionene. I hvilken grad økningen i behandlingsspersonell har ført til tilsvarende økning i konsultasjoner, behandlede pasienter og produktivitet, vil bli behandlet i avsnittene under.

Som ledd i den fortsatte prioriteringen av det psykiske helsevern for barn og unge oppfordres de regionale helseforetak gjennom styringsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet de siste årene til å øke antall fagpersoner utover målene i Opptrappingsplanen, dersom dette anses nødvendig for å nå fem prosent av alle barn- og unge innen utgangen av 2008. I Bestillerdokument for 2006 bes de regionale foretakene 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.

Tjenesten skal årlig gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år

Dekning av barne- og ungdomspsykiatrisk bistand skal øke fra to prosent i 1996 til at fem prosent av alle barn og unge under 18 år får behandling innen psykisk helsevern hvert år. I 2006 fikk i alt 47 280 barn og unge et behandlingstilbud, omlag 26 650 flere enn i 1998. Dekningsgraden i 2006 er 4,3 prosent. Fra 2005 til 2006 økte antall behandlede barn og unge med over 3 800 (ni prosent).

Det er imidlertid betydelige forskjeller i dekningsgrad mellom regionene. Tabell 4.2 viser dekningsgrad per helseregion og nasjonalt.

Tabell 4.2 Antall behandlede pasienter og pasienter pr 100 innbyggere (i prosent av befolkningen) 0-17 år. Etter pasientens bostedsregion. Psykisk helsevern for barn og unge. 2006.

Bostedsregion	Poliklinisk behandling		Pasienter samlet	
	Pasienter per 100 innb 0-17 år	Pst av landsgjennomsnitt	Pasienter per 100 innb 0-17 år	Pst av landsgjennomsnitt
Helse Øst	4,1	97	4,2	98
Helse Sør	4,6	111	4,8	110
Helse Vest	3,4	81	3,5	80
Helse Midt-Norge	3,8	91	3,9	91
Helse Nord	5,9	140	6,0	140
Totalt	4,2	100	4,3	100

Datakilde: NPR

Som det fremgår av tabellen er det betydelige forskjeller i dekningsgrad mellom regionene. Både Helse Vest og Helse Midt-Norge er fortsatt langt fra målsettingen om fem prosents dekningsgrad. Som vi skal se i kapittel 7 har de absolutte forskjellene mellom regionene (målt ved standardavviket) økt i løpet av perioden, selv om de relative forskjellene (målt ved variasjonskoeffisienten) har blitt noe redusert (ettersom dekningsgraden på landsbasis har gått opp). Som vi skal se i kapittel 8 er det i tillegg betydelige forskjeller i dekningsgrad internt i flere regioner. 907 pasienter (1,7 prosent) var over 18 år ved inngangen til 2006.

Det er flere årsaker til at disse er registrert i det psykiske helsevernet for barn og unge: Noen fortsetter behandling påbegynt i det psykiske helsevernet for barn og unge, selv om de fyller 18, enkelte unge gravide får et tilbud før barnet er født, enkelte familieavdelinger registrerer alle familiemedlemmer ved innleggelse. Holdes disse pasientene utenfor, reduseres dekningsgraden til 4,2 prosent. Pasienter i BUP over 18 år har vært med i tidligere beregninger, og dersom en vil se utviklingen over tid, bør disse tas med i rapporteringen av dekningsgrad.

Med en fortsatt vekstrate på samme nivå som de to siste år, vil det i 2008 være rundt 57 200 barn og unge som får et behandlingstilbud i BUP. Dette vil i så fall bety en dekningsgrad på i overkant av 5,2 prosent ved utgangen av planperioden.

Videre vekst i behandlingsskapitet kan både skje i form av nye behandlerårsverk 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.

Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for barn og unge

Produktivitet i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker gis en grundig drøfting og gjennomgang i kapittel 9.

For å sammenligne med tidligere års vurdering av produktivitet i BUP, tas også oversikten over tiltak per fagårsverk, tiltak per pasient og pasienter per fagårsverk inn her.

Tabell 4.3 Polikliniske tiltak per fagårsverk, polikliniske tiltak per pasient og polikliniske pasienter per fagårsverk.¹⁾ Antall og prosent endring. 1998-2006.

	1998	2002	2004	2005	2006	1998-2006
Tiltak per fagårsverk	249	325	398	414	426	71
- herav direkte tiltak per fagårsverk	172	213	277	307	314	83
Tiltak per pasient	10,2	11,9	13,2	13,5	14,0	37
Pasienter per fagårsverk	25	27	30	31	30	21

Datakilde: NPR, SSB og SINTEF Helse,

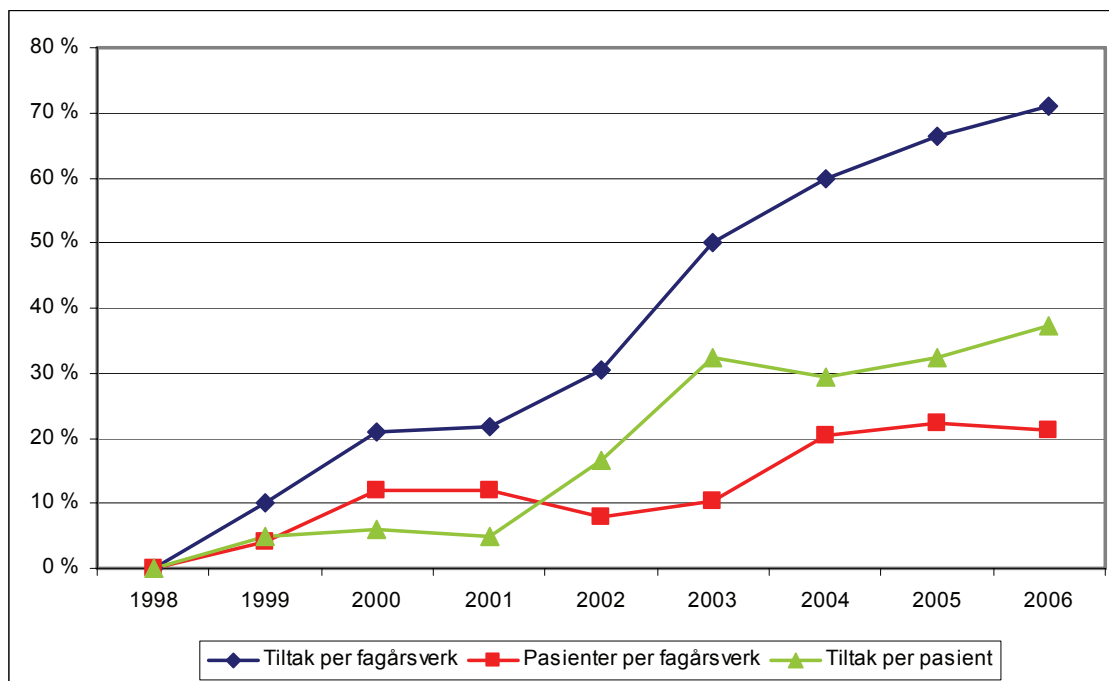
1) Fagårsverk er årsverk blant poliklinisk personale med universitets- eller høyskoleutdanning, og er beregnet som gjennomsnittet ved utgangen av angjeldende og forutgående år.

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

I løpet av de åtte første årene av planperioden har antall tiltak per fagårsverk økt med 71 prosent, fra i gjennomsnitt 249 tiltak per behandler per år i 1998 til 426 tiltak per behandler i 2006.

I 2006 utførte hver behandler i gjennomsnitt 1,83 tiltak per dag, når vi ser direkte og indirekte tiltak under ett (se kapittel 9). Sammenliknet med 2005 økte både tiltak per dag/fagårsverk og tiltak per pasient, mens antall pasienter per fagårsverk ble svakt redusert.

Ved poliklinisk behandling av barn og unge utgjør tiltak med barnet eller foresatte til stede (direkte tiltak) 74 prosent av tiltakene, mens øvrige tiltak er rettet mot samarbeidsinstanser som skole og primærhelsetjeneste. I 2005 fant det sted en markert økning i antall direkte tiltak per fagårsverk i forhold til året før, mens antall indirekte tiltak gikk noe ned. Det har vært en svak økning i direkte tiltak fra 2005 til 2006, mens antall indirekte tiltak ikke har endret seg like mye. Utviklingen er illustrert i figur 4.1.



Figur 4.1 Prosentvis endring i produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge målt ved antall tiltak, pasienter per fagårsverk og tiltak per pasient. 1998-2006.

For en grundig diskusjon av produktivitet, se kapittel 9.

For perioden 1998 til 2006 har produktiviteten målt som tiltak per fagårsverk økt kraftig, mindre målt som pasienter per fagårsverk. Spørsmålet som drøftes i kapittel 9 er om dette er en reell økning i produktivitet eller om det henger sammen med endret registreringspraksis, endret behandlingspraksis og/eller endret pasientsammensetning.

Poliklinikkene har hatt en gunstig utvikling med hensyn til produktivitet (målt som tiltak per fagårsverk). Økt produktivitet har først og fremst ført til at hver pasient i gjennomsnitt har fått flere tiltak (37 prosent), men også flere behandlede pasienter per behandler (21 prosent).

Flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling

I Opptrappingsplanen ble det opprinnelig foreslått å øke antall døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge med 205 - fra om lag 300 ved starten av planperioden til 500 i 2006. Plasser i behandlingshjem skulle i tillegg omgjøres eller erstattes av klinikkavdelinger med en mer aktiv behandlingsprofil³. I Statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ble dette måltallet imidlertid nedjustert med 100 plasser, til totalt 400 ved slutten av plan-

³ 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.

perioden, altså om lag 100 flere enn ved planperiodens start, i tråd med de faktiske planene i de regionale helseforetakene. Tabell 4.4 viser hvordan døgnplasstilbudet har utviklet seg de åtte første årene av planperioden.

Tabell 4.4 Døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge. Antall og prosent endring. 1996-2006.

	1996	1998	2005	2006	Endring 1996-2006	
					Absolutte tall	Prosent
Totalt	301	293	331	335	34	11

Datakilde: SSB

Veksten i døgnplasser har vært vesentlig lavere enn planlagt, og hittil er det blitt netto 34 flere døgnplasser enn i 1996, eller totalt 335 plasser. Institusjonsplasser i psykisk helsevern for barn og unge er imidlertid ikke et entydig begrep, men omfatter et vidt spekter av tilbud.⁴ Veksttakten må imidlertid økes vesentlig i løpet av de siste to årene av planperioden for at (det reduserte) målet på 400 døgnplasser skal nås.

Opptrappingsplanen la i utgangspunktet opp til en betydelig sterkere økning av aktiviteten 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 65 prosent av veksten gått til poliklinisk og ambulant virksomhet, målt ut fra personell-innsatsen.

Det kan imidlertid være gode faglige og faglig-politiske grunner for dette. Innen psykisk helsevern for barn og ungdom har det i årene etter at Opptrappingsplanen ble lagt fram skjedd en faglig utvikling med flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. 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. Behandlingskapasiteten i psykisk helsevern for barn og ungdom i de enkelte foretak må vurderes samlet, slik at institusjonskapasitet, utbygging av poliklinikkene og omfanget av bruken av nye behandlingsmetoder vurderes i sammenheng i den enkelte helseregion.

4.4 Oppsummering

Opptrappingsplanens mål om å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet for barn og unge med 400 ble innfridd allerede i 2003, etter halvgått planperiode. Dersom det anses som nødvendig for å kunne gi tilbud til fem prosent av barn og unge per år, oppfordres de regionale helseforetak i bestillerdokumentene for 2006 å øke antall fagpersoner utover hva målene i Opptrappingsplanen tilsier. Fra 2005 til 2006 var økningen på 13 prosent.

I Opptrappingsplanen legges det opp til økt effektivitet i den polikliniske virksomheten. Økningen i effektivitet forutsettes å være på 50 prosent, en tilsvarende produktivitetsøkning som for de voksenpsykiatriske poliklinikkene. I basisåret 1998 ble det utført 249 tiltak per behandler. I 2006 er dette økt til 426. I de åtte årene av planperioden (1999-2006) som er gått, har antall pasienter per behandler økt fra 25 til noe over 30 (21 prosent).

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

Målsettingen om 50 prosent økning i produktivitet er altså oppnådd. Økningen i produktivitet har imidlertid først og fremst skjedd ved at hver pasient i gjennomsnitt har fått flere tiltak, men også ved at hver behandler tar hånd om flere pasienter. En grundig diskusjon av spørsmålet om produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge finnes i kapittel 9.

Opptappingsplanens mål om å nå fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen innen planperiodens slutt innebærer at omlag 54 600 barn og unge skal ha et behandlingstilbud i 2008. Med en fortsatt vekstrate på samme nivå som de to siste årene, vil det i 2008 behandles rundt 57 200 barn og unge i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette vil i så fall bety en dekningsgrad på i overkant av 5,2 prosent ved utgangen av planperioden. Det er imidlertid store og stabile forskjeller i dekningsgrad mellom helseregionene. Det er også betydelige forskjeller innad i de enkelte helseregioner.

Fortsatt økning av behandlingstvolumet 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. Den relativt store spredningen i tiltak per fagårsverk blant de polikliniske enhetene kan indikere at det fortsatt er rom for økt produktivitet samlet sett.

Veksten i døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge har hittil vært vesentlig lavere enn målet i Opptappingsplanen, både lavere enn forutsatt ut fra den opprinnelige og den reviderte målsettingen. 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 ungdom barn og unge til 400 – om lag 65 flere enn i 2006. Heller ikke dette målet er nådd.

5 Opptrappingsplanen: Status psykisk helsevern for voksne

Britt Venner

5.1 Innledning

Opptrappingsplanen har ved utgangen av 2006 vært virksom i åtte av de ti årene som er vedtatt.

For spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern for voksne, var hovedsatsingen i Opptrappingsplanen omstrukturering og utbygging av tjenestetilbudet, i hovedsak ved å satse på kommunenære tiltak ved utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS). Stortinget sluttet seg til proposisjonens forslag om flere døgnplasser for aktiv behandling, økt dagbehandling, kvalitativ styrking av behandlingstilbudene og økt poliklinisk kapasitet. Ut fra Stortingets behandling av stortingsmeldingen skal psykisk helsevern for voksne omfatte sykehusavdelinger, DPS-er og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Sykehjem skal enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS, eller trappes gradvis ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene bygges ut. Generelt legges det stor vekt på samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, og kommunenes ansvar for mennesker med psykiske lidelser blir understreket.

Under overskriften Flere og bedre fylkeskommunale tjenester for voksne. Flere døgnplasser for aktiv behandling angir Opptrappingsplanen følgende *hovedmål* for psykisk helsevern til voksne:

Kvalitativ styrking

- 2 300 flere årsverk i løpet av planperioden
- Økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (72 prosent av veksten i løpet av planperioden)
- Bemanningsøkning per plass ved DPS-ene
- 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale
- Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsbruk

Kvantitativ styrking

- Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på nivået fra 1996. Det bygges i tillegg ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern.
- Utbygging av distriktpsikiatriske sentre: Totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende.
- Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca. 220 000 konsultasjoner (50 prosent økning fra nivået i 1996).

- Produktivitetsøkning på 50 prosent ved poliklinikker for voksne
- Økning i antall dagopphold i DPS-er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996.
- Økning på 50 prosent i antall årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale

Avgrensning av perioden

I budsjettproposisjonen 2003 (St.prp. nr. 1 (2003-2004)) ble opptrappingsperioden utvidet med to år, og planperioden går nå fra 1999 til 2008. Begrunnelsen for å utvide planperioden var at det ville være nødvendig med satsing på enkelte områder også utover 2006, selv om viktige mål ville nås innen 2006. Utvidelsen skulle spesielt ivareta behov for en fornyet satsing mot kommunene og omstilling av spesialisthelsetjenesten.

Målene i Opptrappingsplanen baserer seg på tallgrunnlag og dokumentasjon fra driftsåret 1996, mens det samtidig understrekes at endringene skal finne sted *i løpet av planperioden* (1999-2008). I dette kapitlet beskrives status ved utgangen av driftsåret 2006. Dette er ti år etter beregningsgrunnlaget (1996), og åtte år etter at den "offisielle" opptrappingsperioden startet (1999). Fordi tallmaterialet for de respektive år refererer seg til situasjonen *ved slutten av året*, er endringene beregnet med utgangspunkt i data fra driftsåret 1998. Derved er det i realiteten endringer fra og med 1. januar 1999 som registreres. I dette kapitlet vil vi både se på endringer i forhold til årene 1996 og 1998 der dette er nødvendig for å belyse status og utvikling i forhold til Opptrappingsplanens mål.

5.2 Kvalitativ styrking – flere behandlerårsverk

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

Antall årsverk skal øke med 2 300 i løpet av planperioden

Tabell 5.1 viser utvikling i antall årsverk i perioden 1998-2006.

Tabell 5.1 Årsverk i det psykiske helsevernet for voksne. Absolutte tall og endring fra 1998 til 2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Endring 1998-2006	
								Antall	Prosent
Årsverk totalt	13 654	14 092	14 558	15 013	15 585	16 148	16 533	2 879	21

Datakilde: SSB

Fram til 2005 økte den registrerte personellinnsatsen med nær 2 500 årsverk. Ved en institusjon ble registreringen av fellespersonell lagt om fra 2005. Dette resulterte i en økning på 241 årsverk for det psykiske helsevernet for voksne. Realveksten fra 1998 til 2005 blir dermed på ca. 2 250 årsverk. I forbindelse med rusreformen har i tillegg avdelinger og poliklinikker med om lag 100 årsverk blitt overført fra det psykisk helsevern til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Realveksten blir dermed på 2 350 årsverk. Måltallet ble dermed nådd allerede i 2005. Fra 2005 til 2006 har årsverksinnsatsen økt med ytterligere 385 årsverk. Samlet økning blir dermed drøyt 2 700 årsverk.

I bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2006 bes de regionale helseforetakene om å sette i verk tiltak for å oppgradere DPS-ene faglig og bemanningsmessig slik at de settes i stand til å utføre sine oppgaver. For en drøfting av fordeling av ressurser mellom DPS-er og sykehus, se kapittel 10.

Økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell

I følge Opptrappingsplanen skal universitets- eller høyskoleutdannet personell utgjøre 72 prosent av økningen i årsverksinnsatsen. Dette omfatter leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, barnevernspedagoger og ergoterapeuter). Tabell 5.2 viser den faktiske utviklingen i perioden.

Tabell 5.2 Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori. Psykisk helsevern for voksne. Antall og endring 1998-2006.

Årsverk	1998	2005	2006	Endring 1998-2006	
				Antall	Prosent
Leger	870	1 146	1 221	351	40
Psykologer	615	1 076	1 164	549	89
Sykepleiere	4 533	5 875	6 015	1 482	33
Høyskoleutdannet terapipersonell	1 164	1 483	1 640	476	41
Sum univ. og høyskoleutd. pers.	7 182	9 580	10 040	2 858	40
- Øvrig personell ¹⁾	6 472	6 567	6 492	20	0
Årsverk totalt	13 654	16 148	16 533	2 879	21

Datakilde: SSB

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

Vi så ovenfor at målsettingen for personelløkning allerede er oppfylt. Som det framgår av tabellene ovenfor, har økningen i sin helhet kommet blant de universitets- og høyskoleutdannede. Ut fra de opprinnelige planene skulle 72 prosent av de 2 300 årsverkene gå til denne gruppen. Dette tilsvarer om lag 1 650 årsverk, mens den faktiske økningen har vært 2 858. Målsettingen for utdanningsmessig kompetanseheving er derfor mer enn oppfylt, både som antall og andel tilvekst av slikt personell. Den relative økningen er sterkest for psykologene. Psykologer kan ansettes uten noen begrensninger, mens legehjemler er strengt regulert.

Tabell 5.3 gir en oversikt over utvikling i andel universitets- og høyskoleutdannet i psykisk helsevern for voksne på regionnivå for perioden 1998-2006.

Tabell 5.3 Andel personell i psykisk helsevern for voksne med minimum tre år høyere utdanning. 1998–2006.

RHF	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Differanse 1998-2006
Helse Øst	54	52	54	53	53	54	56	54	55	1
Helse Sør	53	58	60	57	56	57	59	60	62	9
Helse Vest	52	53	56	53	55	59	60	63	64	12
Helse Midt-Norge	53	54	54	56	59	61	62	64	65	12
Helse Nord	47	49	55	59	60	63	66	68	69	20
Andre foretak	52	51	55	54	53	56	55	60	60	8
Landet	53	53	55	55	55	57	59	59	61	8

Datakilde: SSB

På landsbasis har andelen universitets- og høyskoleutdannede økt fra 53 til 61 prosent i perioden, og det har vært økning i alle regioner. Helse Nord RHF har hatt størst økning, fra lavest andel i 1998 (47 prosent) til høyest andel i 2006 (69 prosent).

Bemanningsøkning per døgnplass ved distriktpsikiatriske sentre

Tabell 5.4 viser utviklingen i bemanning ved DPS-enes døgn- og dagavdelinger.

Tabell 5.4 Antall årsverk og bemanningsfaktorer ved DPS-enes døgn- og dagenheter etter personellkategori. 1998-2006.

Årsverk	1998	2005	2006	Prosent endring 1998-2006
Leger og psykologer	45	252	258	473
Universitets- og høyskoleutdannet personell totalt	986	2 411	2 362	140
Årsverk totalt	2 284	4 333	4 174	83
Antall døgnplasser	1 492	2 033	1 956	31
Leger/ psykologer per døgnplass	0,03	0,12	0,13	333
Universitets- og høyskoleutdannet personell per døgnplass	0,66	1,19	1,21	83
Total bemanningsfaktor per døgnplass	1,53	2,13	2,13	39

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

I 1998 ble det utført 2 284 årsverk ved DPS-enes døgn- og dagenheter, eller 1,53 årsverk per døgnplass. I 2006 var årsverksinnsatsen ved sentrenes døgneheter økt til 4 174 årsverk, hvilket innebærer 2,13 årsverk per døgnplass. Antall årsverk per døgnplass har altså steget betydelig. I perioden har i tillegg mange sykehjem (med en i utgangspunktet lavere bemanningsfaktor) blitt omdannet til avdelinger ved et DPS. Den reelle økningen er derfor vært enda kraftigere enn det disse tallene antyder.

I tillegg til økningen i bemanning, har det også skjedd en markert kompetanseheving ved de distriktpsikiatriske døgntilbudene. Årsverksinnsatsen blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning har økt mer enn blant de øvrige grupper av personalet.

Bemanningsfaktoren for leger og psykologer er noe usikker, siden ikke alle distriktspsykiatriske sentre uten egne lege-/psykologstillinger ved døgnavdelingene spesifiserer hvor stor andel av sin tid leger og psykologer ved poliklinikken bruker ved senterets døgnavdelinger.

Ut fra de opplysningene som foreligger fra SSB, kvalitetskontrollert ved SINTEF, er bemanningsfaktoren for leger og psykologer ved DPS-enes døgnenheter mer enn firedoblet (fra 0,03 til 0,13 årsverk per døgnplass). Bemanningsfaktoren blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning totalt har økt med 140 prosent. Mens det i 1998 ble utført ett lege-/psykologårsverk per 33 døgnplasser, ble det i 2006 utført ett lege-/psykologårsverk per i underkant av åtte døgnplasser. Opplysningene ovenfor tyder på at DPS-ene er i ferd med å bli aktive behandlingsplasser slik man legger opp til i plandokumentene. Men både den nevnte usikkerheten i rapporteringen av lege-/psykologbemanningen og mangelen på normer for hva som er *god nok* bemanning gjør at det er vanskelig å bedømme hvor langt en er kommet i å bemanne DPS-enes døgnenheter. Særlig gjelder dette leger og psykologer. I Veileder "Psykiisk helsevern for voksne. Distriktspsykiatriske sentre" fra Sosial- og helsedirektoratet 2006, vises det til Skien DPS som et eksempel på bemanning ved døgnenhet DPS. Antall leger og psykologer er 6 på 28 døgnplasser, dvs. en lege/psykologfaktor på 0,21 per døgnplass. Dette ville i tilfelle tilsi en økning på 160 årsverk for leger og psykologer ved døgnavdelingene⁵.

I Bestillerdokument til de regionale helseforetakene for 2006 presiseres at det skal iverksettes tiltak for å oppgradere DPS-ene faglig og bemanningsmessig slik at de er i stand til å utføre sine oppgaver. I lys av at det mange steder synes å være et stykke igjen før det er nok fagpersonell, og da særlig leger og psykologer ved DPS-ene, kan det synes som anslagene om personellbehov i Opptrappingsplanen, blant annet for å betjene de nye DPS-ene, har vært underestimerte.

50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale

I følge Opptrappingsplanen skulle årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer økes med 50 prosent. Tabell 5.4 viser utvikling i antall årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtaler i perioden 1997–2006.

Tabell 5.5 Årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtaler. Absolutte tall og endring fra 1997 til 2006.

Avtalespesialister i psykiisk helsevern	1997	1998	2004	2005	2006	Endring prosent	
						1997-2006	1998-2006
Psykiatere	56	167	171	173	178	218	7
Psykologer	98	388	409	412	428	337	10
Sum	154	555	580	585	606	294	9

Datakilde: SSB

Det er her helt avgjørende hvilket år som brukes som utgangspunkt ved vurdering av Opptrappingsplanens målsetting om 50 prosent økning i antall avtalespesialister. I 1998 ble det inngått nye avtaler med tidligere avtaleløse spesialister, noe som førte til at antall avtaleårsverk det året ble nær tredoblet. Regnes 1996 (utgangspunkt for Opptrappingsplanen)

⁵ Økning av lege-/psykologdekningen med 0,08 årsverk per døgnplass (fra 0,13 til 0,21) * ca. 2 000 døgnplasser.

som utgangsåret er derfor målsettingen overoppfyllt flere ganger bare i 1998, og det skulle følgelig ikke være grunnlag for ytterligere vekst senere i planperioden.

Som det fremgår av tabell 5.5 har det ikke vært noen nevneverdig endring i antall årsverk for avtalespesialister etter 1998 (totalt ni prosent). Regnes 1998 som utgangstår, tilsier 50 prosent vekst i resten av planperioden en nyrekruttering av 73 psykiaterårsverk og 154 psykologårsverk til privat praksis i sterk og problematisk konkurranse med rekrutteringen til de offentlige tilbudene.

5.3 Kvantitativ styrking – økt kapasitet

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

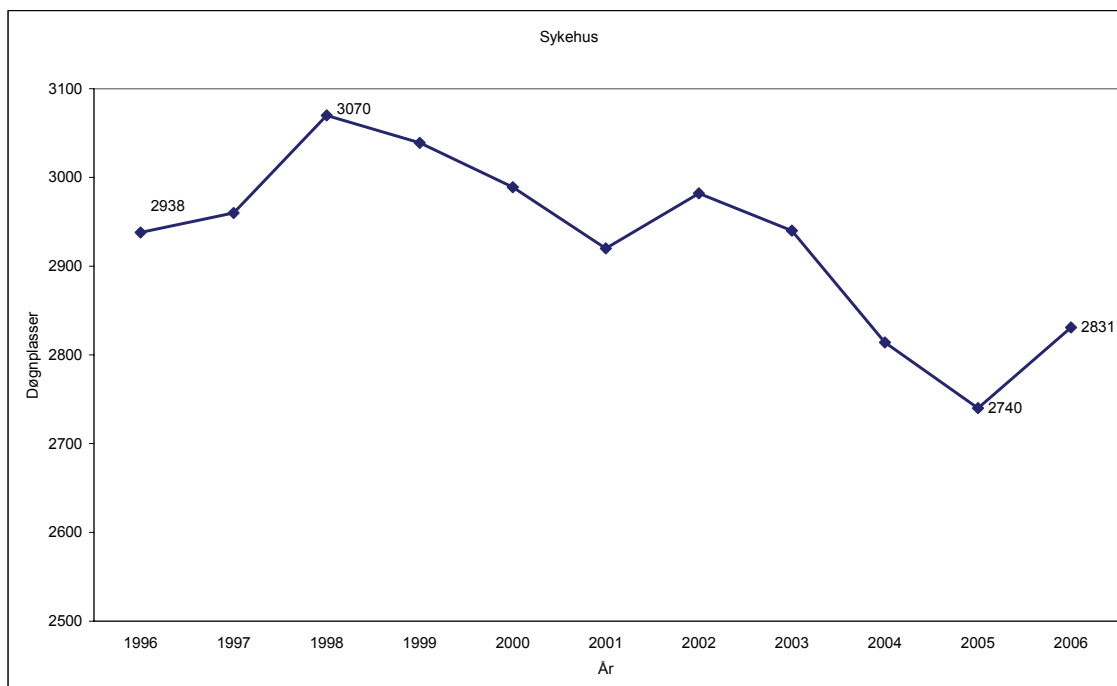
I Opptrappingsplanen tok departementet utgangspunkt i eksisterende antall døgnplasser (1996) og la til grunn at det skulle skje nybygging og ombygging av et antall plasser, men at det totale sengetallet i sykehusavdelinger skulle være på samme nivå som i 1996. Det skulle i tillegg bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern. Dette tilsier totalt 3 100 sykehusplasser ved utgangen av 2008.

Tabell 5.6 viser utviklingen i antall døgnplasser etter institusjonstype så langt i planperioden. I figur 5.1 er utviklingen ved sykehusene fremstilt grafisk.

Tabell 5.6 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne etter institusjonstype. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

Institusjonstype	1996	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Prosent endring	
									1996-2006	1998-2006
Sykehus	2 938	3 070	2 989	2 920	2 982	2 814	2 740	2 831	-4	-8
Distrikts- psykiatriske tilbud	1 014	1 487	1 634	1 782	1 845	2 091	2 033	1 956	93	32
Sykehjem	2 058	1 298	1 029	735	544	208	186	141	-93	-89
Andre døgninstitusjoner	245	120	117	80	74	56	46	62	-75	-48
Totalt	6 255	5 975	5 769	5 517	5 445	5 169	5 005	4 990	-20	-16
- prosentvis endring fra året før		2	-1	-4	-1	-2	-3	0		

Datakilde: SSB og SINTEF Helse



Figur 5.1 Antall døgnplasser i sykehus. Psykisk helsevern for voksne. 1996-2006.

I 2006 ble det innrapportert 2 831 døgnplasser i sykehusavdelinger for voksne. Dette er en økning i forhold til året før, men 269 færre døgnplasser ved sykehus enn Opptrappingsplanen legger opp til. Det skjer stadige endringer i organisering og registrering. Endringer i funksjoner og utvikling av det faglige behandlingstilbudet vil forventes å påvirke det absolute antallet døgnplasser som rapporteres. Et fåtall (20-30) plasser for rus og psykiatri har i forbindelse med rusreformen blitt overført til denne sektoren. Enkelte sykehusavdelinger har også blitt innlemmet i DPS. Slike endringer kan imidlertid gå begge veier, drøyt halvparten av økningen fra 2005 til 2006 (75 plasser) skyldes at DPS-avdelinger i Rogaland igjen er lagt inn under Stavanger universitetssykehus.

Sikkerhetsplasser

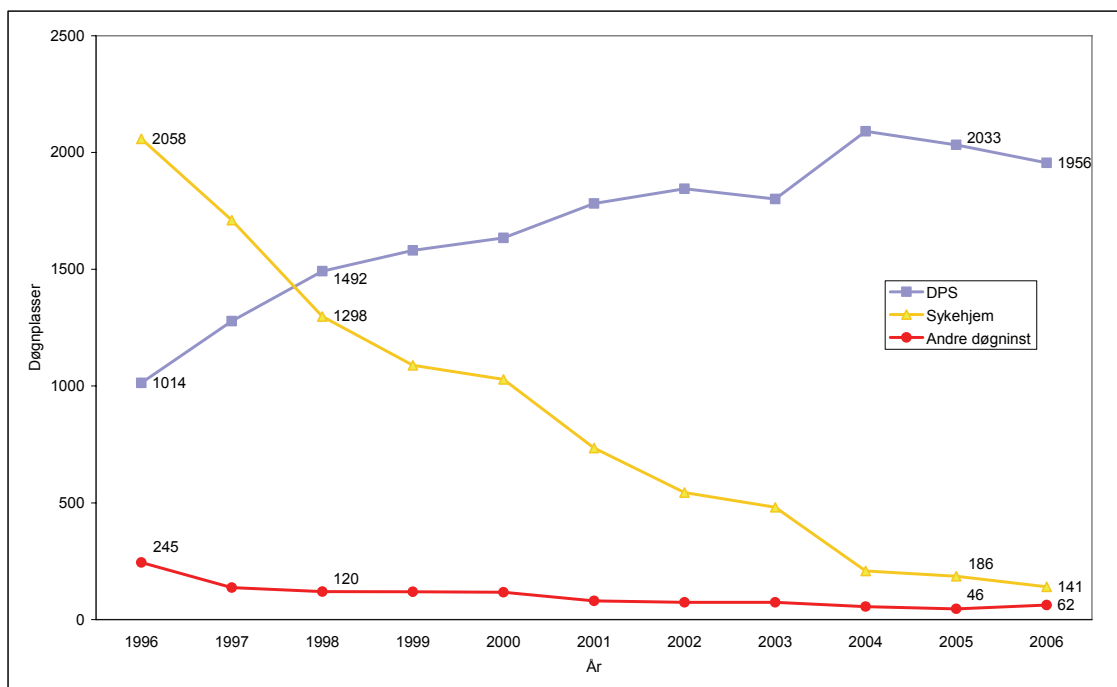
Opptrappingsplanen foreslo å bygge ut 160 nye sykehusplasser for personer som dømmes til psykiatrisk behandling og tre fullt utbygde kompetansesentre ved regionale sikkerhetsavdelinger.

I budsjettproposisjonen for 2006 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 observasjon- og utredningsplasser.

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

Hovedgrepet i Opptrappingsplanen er utbygging av en desentralisert spesialisthelsetjeneste med distriktpsikiatriske sentre som skal ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne. Et DPS skal være en faglig selvstendig enhet med ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde, med poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse. Samarbeid med helse- og sosialtjenesten i kommunene skal være en meget vesentlig oppgave (jf. Sosial- og helsedirekto-

ratets veileder IS-1388 2006 "Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen"). Behovet for døgnplasser ved DPS-er er i Opptrappingsplanen anslått til 2 040. Figur 5.2 viser utviklingen i antall døgnplasser ved DPS-ene, sykehjemmene og "andre institusjoner".



Figur 5.2 Døgnplasser ved DPS, sykehjem og "andre institusjoner". Psykisk helsevern for voksne. 1996-2006.

Fra 1996 til 2006 er plasstallet ved DPS-ene økt med 942 plasser til 1 956 døgnplasser. Av dette har 464 kommet til i perioden etter 1998. Det har vært en nedgang i plasstallet de siste to årene. Nedgangen fra 2004 til 2005 skyldes nedleggelse av døgnavdelinger bl.a. i Oslo, Drammen, Aust-Agder og Bergen. Nedgangen fra 2005 til 2006 har sin bakgrunn i at DPS-plasser i Rogaland igjen er lagt inn under Stavanger universitetssykehus. Det er nå 84 færre døgnplasser ved DPS enn Opptrappingsplanens målsetting ved planperiodens slutt i 2008.

Det er fortsatt grunn til å forvente en del justeringer i sengetallet ved DPS-ene på grunn av uklarheter om definisjoner og omklassifiseringer i kjølvannet av den pågående utbygging og omstrukturering, samt endringer og omklassifiseringer i tilknytning til rusreformen.

I januar 2006 var det etablert 75 DPS av et måltall på 78. DPS-ene etableres dels ved nybygg, og dels ved omorganisering og ombygging av eksisterende institusjoner som psykiatriske sykehjem. Fordi mange av disse enhetene er inne i en utviklingsprosess med kontinuerlig endring av arbeidsformene og mer kvalifisert personell, lar det seg vanskelig gjøre å tallfeste hvor mange av de nåværende plassene som tilfredsstillende til kravene til aktiv behandling på spesialistnivå. Om det beregnede antall på 2 040 døgnplasser for aktiv behandling ved DPS-er vil nås i 2008, vil være avhengig av flere forhold, og ikke bare av antall nye plasser som bygges finansiert av Opptrappingsplanen.

Psykiatriske sykehjem

I Opptrappingsplanen var det regnet med å redusere antall psykiatriske sykehjemsplasser til 1 400 i 2006, i takt med utbygging av DPS-ene. Antall plasser ved sykehjemmene har sunket vesentlig kraftigere enn dette, og med 141 gjenværende plasser i 2006, er denne

institusjonstypen på det nærmeste avvirket, se figur 5.2. Dette er hovedårsaken til at det totale antall plasser i psykisk helsevern for voksne er redusert så kraftig i løpet av planperioden.

Da Stortinget vedtok Opptrappingsplanen var det en klar forutsetning at det samlede antall døgnplasser skulle opprettholdes. I praksis ble dette endret til at reduksjon i antall sykehjemsplasser kompenseres ved utbygging av aktive døgnplasser ved DPS-er og styrket omsorgstilbud i kommunene, slik at tilbudet til de brukergruppene som tidligere har benyttet sykehjemmene ikke blir dårligere.

Det foreligger ikke nasjonal statistikk over omsorgsboliger ol. på kommunalt nivå som er tatt i bruk av de brukergruppene som tidligere har benyttet sykehjemmene. Kommunene rapporterer ikke på brukernivå, dvs. at det ikke er mulig ut fra den ordinære rapporteringen å se hvilke brukere som får tilbud om bolig finansiert av midler fra Opptrappingsplanen, bare hvilke tiltak kommunene har opprettet. Det er med andre ord vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er redusert når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene sees under ett. Dette beror på om de brukergruppene som tidligere benyttet sykehjemmene får tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud i kommunene, og om samarbeidet mellom 1. og 2. linjen fungerer i samsvar med pasientenes behov, f.eks. gjennom poliklinisk behandling og annen oppfølging.

Det er imidlertid verdt å merke seg at i september 2004 ble de regionale helseforetakene bedt om å sørge for at det ikke skulle foretas en ytterligere reduksjon i antall sykehjemsplasser inntil boligsituasjonen i kommunene var gjennomgått. I Bestillerdokument for 2006 gjentas forbudet mot nedlegging av døgnplasser. Det skulle altså ikke ha skjedd noen reduksjon av døgnplasser i 2005 og 2006.

Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne sett under ett

I følge Opptrappingsplanen skulle det psykiske helsevernet for voksne disponere totalt 6 405 døgnplasser ved utgangen av planperioden, 285 flere enn i 1996, og 430 flere enn i 1998. Tallet på døgnplasser er i stedet blitt redusert med 1 265 siden 1996, 985 siden 1998.

Plasstallet ved sykehusene har holdt seg relativt stabilt, med en nedgang på drøyt 100 plasser siden 1996, og ligger dermed 269 plasser under måltallet for perioden. Det har vært en kraftig utbygging av plasser ved DPS-ene, men plasstallet ligger likevel 84 plasser lavere enn plantallet for perioden. Nedgangen i det samlede plasstall er likevel i all hovedsak knyttet til nedbyggingen av sykehjemmene. Disse har blitt bygd ned i langt hurtigere tempo enn forutsatt, og er nå på det nærmeste avvirket.

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

Opptrappingsplanen går inn for å øke den polikliniske behandlingen til ca. 660 000 konsultasjoner i løpet av planperioden (50 prosent økning fra nivået i 1996). Det er uklart hvorvidt, og hvordan, privat avtalepraksis skal medregnes. Opplysninger om antall konsultasjoner hos private avtalespesialister på landsbasis foreligger ikke. Tabell 5.7 gir en oversikt over utviklingen for perioden 1996–2006.

Tabell 5.7 Antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Antall og prosent endring. Hele tusen. 1996-2006.

Antall polikliniske konsultasjoner (hele 1000)	1996	1998	2004	2005	2006	Prosent endring	
						1996-2006	1998-2006
Totalt	438	476	759	867	931	113	96

Datakilde: SSB

Når privat avtalepraksis holdes utenfor, har den polikliniske virksomheten økt med 493 000 konsultasjoner, til 931 000 konsultasjoner i 2006. Målet om å øke den polikliniske kapasiteten med 220 000 konsultasjoner ble nådd allerede i 2003. I 2006 er økningen i antall konsultasjoner mer enn den dobbelte av Opptappingsplanens målsetting. Det skal imidlertid tas med at det i 2005 skjedde en endring i takstheftet for poliklinikkene, slik at flere tiltak kan registreres og gi refusjon.

Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for voksne

Departementet har i Opptappingsplanen ansett en økning på 50 prosent i antall konsultasjoner per fagårsverk som realistisk. Økt produktivitet er i Opptappingsplanen et virkemiddel for å øke tilgjengeligheten til polikliniske tjenester. Flere skal få poliklinisk behandling både som følge av at det blir flere behandlere og som følge av at hver behandler i gjennomsnitt utfører flere konsultasjoner. I de fire første årene av planperioden (1999-2002) hadde imidlertid den polikliniske produktiviteten (antall konsultasjoner per fagårsverk) en markert fallende tendens: antall konsultasjoner per fagårsverk falt fra 388 ved planens oppstart til 353 i 2002, se tabell 5.8. Det er nærliggende å anta at den reduserte produktiviteten de første fire årene i planperioden kan være knyttet til den relativt store tilveksten av behandlere ved poliklinikkene. Det må nødvendigvis medgå tid til både å gi og å få opplæring.

Fra 2002 til 2005 steg produktiviteten igjen og var i 2004 for første gang høyere enn ved planens oppstart. Den største årlige økningen i produktivitet, slik begrepet er definert her, fant sted i 2005 da det ble utført 422 pasientkonsultasjoner per fagårsverk, eller 1,83 konsultasjoner per virkedag⁶. I 2006 har det igjen vært en svak nedgang i produktiviteten. Dette kan ha sammenheng med økt ambulant virksomhet, noe som med nødvendighet må ta lengre tid per konsultasjon enn oppmøte på poliklinikken. For en diskusjon om produktivitet ved poliklinikkene, se kapittel 10 i Nøkkelstallsrapporten (2007).

⁶ Gitt 230 virkedager i året.

Tabell 5.8 Antall polikliniske årsverk av fagutdannet personell¹⁾ totalt, antall polikliniske konsultasjoner (hele tusen) og antall konsultasjoner per fagårsverk per år og per virkedag. Antall og prosent endring. 1998-2006.

	1998	2002	2004	2005	2006	Prosent endring 1998-2006	
	Antall årsverk av fagstab ²⁾	1 227	1 880	1 922	2 022	2 230	65
Antall polikliniske konsultasjoner	476	618	759	867	931	96	
Konsultasjoner per fagårsverk ³⁾	388	353	400	422	412	6	
Konsultasjoner per virkedag ⁴⁾	1,69	1,56	1,74	1,83	1,79	6	

Datakilde: SSB

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

2) Gjennomsnittet ved utgangen av angjeldende og forutgående år

3) Ved beregning av antall konsultasjoner per årsverk er enkelte behandlingsinstitusjoner holdt utenfor av datamessige årsaker. Disse inngår imidlertid i totaltallene for årsverk og konsultasjoner som er vist i tabellen.

4) Antall konsultasjoner / antall behandlere / 230

En produktivitetsøkning på 50 prosent i forhold til nivået i 1998 innebærer at hver behandler i gjennomsnitt må øke antall konsultasjoner per virkedag fra 1,79 i 2006 til 2,54 ved slutten av planperioden. De polikliniske enhetene står følgelig overfor betydelige utfordringer for at Opptrappingsplanen skal komme i mål på dette punktet. Det må understrekes at behandlernes tid også er knyttet til andre gjøremål enn direkte pasientkonsultasjoner. Poliklinikkene har i alle fall tre typer oppgaver: Nært samarbeid med døgneheter, direkte pasientbehandling og samarbeid og rådgivning overfor kommunene. Dette siste er det imidlertid tatt høyde for i takstsystemet fra 2005.

Økning i antall oppholdsdager i DPS-er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996.

I Opptrappingsplanen er det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen med 90 000 dagopphold i løpet av opptrappingsperioden. Veksten i dagbehandlingen skal skje ved DPS-ene, mens dagbehandlingen ved sykehusene forutsettes holdt omtrent på samme nivå som i 1996.

I henhold til statistikk innhentet av SSB, er antall oppholdsdager for dagpasienter redusert i løpet av planperioden, se tabell 5.9. Dette gjelder særlig ved andre institusjonstyper enn DPS.

Tabell 5.9 Antall oppholdsdager og dagpasienter i psykisk helsevern for voksne. Endring prosent 1996-2006 og 1998-2006. Antall oppholdsdager i hele tusen. 1996-2006.

Antall oppholdsdager	1996	1998	2004	2005	2006	Prosent endring	
						1996-2006	1998-2006
Totalt (alle institusjonstyper)	379	302	152	144	123	-68	-59
Distriktpsikiatriske tilbud	128	129	107	107	91	-29	-29
Antall dagpasienter i DPS per 31.12.	783	683	1 575	1 620	626	-20	-8

Datakilde: SSB

Siden utgangen av 1998 er det registrerte antall oppholdsdager ved DPS redusert med 38 000. For en detaljert gjennomgang av dette sakskomplekset, se Hagen (2006).

Det er nærliggende å anta at kombinasjonen av faglig utvikling, desentralisering og samlokalisering ved DPS gjør at det både faglig og administrativt blir vanskelig eller upraktisk å skille de to typer tilbud. Mye tyder på at økonomiske incentiver også kan ha bidratt til at dagbehandling ved DPS er omdefinert til poliklinisk virksomhet. Tallmateriale fra NPR tyder dessuten på at det mange steder ikke skilles distinkt mellom de to behandlingstyper i registreringssammenheng. 60 prosent av oppholdsdagene som ble innrapportert til NPR via MBDS i 2004 ble således rapportert å være i dagbehandlingsserier hvor det også ble rapportert polikliniske konsultasjoner. Det tilsynelatende paradoks at dagvirksomheten ved DPS etter alt å dømme er i vekst, mens offentlig statistikk tilsier at volumet av slik virksomhet er redusert hvert år siden 1994, er etter alt å dømme knyttet til ett eller flere av de følgende forhold:

- Reell reduksjon i dagvirksomhet slik den registreres i dag, behandlingsoppleggene blir mer intensive, mens faktisk volum - målt ved antall oppholdsdager synker.
- Økt spesialisering av dagbehandlingen fører til gradvis omdefinering til poliklinisk virksomhet – dels pga. diffuse faglige grenselinjer, og dels pga. økonomisk gevinst knyttet til refusjons- og årsverkstakster.
- Endring i dagbehandlingens innhold, fra aktivitetstilbud til strukturerte behandlingsopplegg, gjør at klassifiseringer og begreper i statistikk skjema fra SSB blir for lite detaljerte og relevante til at innhold og volum av dagbasert virksomhet ved DPS-ene blir fanget opp.
- Et stort volum av aktivitetstilbudet som tidligere ble tatt hånd om av spesialisthelsetjenesten er nå overført til kommunene.

Sannsynligvis er flere eller alle disse mulige årsakene virksomme i større eller mindre grad.⁷

5.4 Oppsummering

Personell

Opptrappingsplanens mål om 2 300 nye årsverk ble nådd i 2005. Målet om kompetanseheving (at minst 72 prosent av de nye årsverkene skal være besatt av personell med relevant universitets- eller høyskoleutdanning) er også mer enn oppfylt. Bestillerdokumentene krever imidlertid fortsatt oppmerksomhet på bemanningssituasjonen, spesielt i DPS.

Døgnplasser

I følge Opptrappingsplanen skulle det psykiske helsevernet for voksne disponere totalt 6 405 døgnplasser ved utgangen av planperioden, 285 flere enn i 1996, og 430 flere enn i 1998. Tallet på døgnplasser er i stedet blitt redusert med 1 265 siden 1996, 985 siden 1998.

⁷ Det reduserte omfang av registrert dagbehandling har uansett sammenheng med mangel på entydig og konsistent registreringspraksis fordi det mangler klare definisjoner og avgrensninger for hva som er dagbehandling og hva som skal registreres innen en dagbehandlingsepisode. Omfang av dagvirksomhet registreres fremdeles ved at institusjonene angir "antall oppholdsdager for dagpasienter i løpet av året" til SSB. Pasientdata fra NPR (MBDS) er fremdeles for ukomplett til å bli anvendt som hovedkilde til opplysninger om dagaktivitet. I 2004 var for eksempel volumet av innrapporterte dagopphold bare 40 prosent av tilvarende volum registrert av SSB.

Plasstallet ved sykehusene har holdt seg relativt stabilt, med en nedgang på drøyt 100 plasser siden 1996, og ligger dermed 269 plasser under måltallet for perioden. Det har vært en kraftig utbygging av plasser ved DPS-ene, men plasstallet ligger likevel 84 plasser lavere enn plantallet for perioden som helhet. Nedgangen i plasstall er i all hovedsak knyttet til nedbyggingen av sykehjemmene. Disse har blitt bygd ned i langt hurtigere tempo enn forutsatt, og er nå på det nærmeste avvirket.

Poliklinisk og dagbasert virksomhet

Målet for Opptappingsplanen var å øke den polikliniske kapasiteten med 220 000 konsultasjoner i løpet av planperioden. Dette målet ble nådd allerede i 2003 - ikke på grunn av økt produktivitet - men på grunn av flere behandlere. Målet om produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter er ikke nådd. Produktiviteten sank i første del av perioden, og også siste år. Produktiviteten ligger nå seks prosent over nivået i 1998. Den reduserte produktivitet i starten av perioden må sees på bakgrunn av den relativt store tilveksten av behandlere i poliklinikker disse årene. Det må nødvendigvis medgå tid til å både gi og få opplæring. I tillegg er behandlingstilbudet i ferd med å endres, med flere ressurser inn i ambulant virksomhet.

I Opptappingsplanen er det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen ved DPS-er med 90 000 dagopphold i løpet av opptappingsperioden. I henhold til offentlig statistikk synes volumet av dagbehandling ved DPS-er derimot å være vesentlig redusert. Det foreligger imidlertid ikke statistikk basert på årlig, standardisert nasjonal rapportering som kan vise den reelle utviklingen i dagbehandling.

Konklusjon

Omstruktureringen har vært betydelig i løpet av åtte år med Opptappingsplanen. Til tross for reduksjon i det totale døgnplasstallet har befolkningens tilbud om hjelp for psykiske lidelser i psykisk helsevern økt kvantitativt de åtte første årene i planperioden, målt både ved antall pasienter som mottar døgntilbud og poliklinisk behandling i løpet av et år. Samtidig er det flere behandlere, med høyere kompetanse enn før. Poliklinikken har økt sin kapasitet betydelig, flere pasienter behandles, også i døgnavdelinger, og flere kvalifiserte behandlere er tilsatt.

6 Psykisk helsevern i opptrappingsperioden

Johan Håkon Bjørngaard, Per Bernhard Pedersen, Silje L. Kaspersen, Ragnild Bremnes, Anne Mette Bjerkan og Tove E. Waagan

6.1 Innledning

Dette kapitlet beskriver utviklingen i det psykiske helsevernet i opptrappingsplanperioden 1998 til 2006. Indikatorene gir et grunnlag for å vurdere den strukturelle utviklingen gjennom planperioden.

Avsnitt 6.2-6.4 beskriver sentrale utviklingstrekk i ressursinnsats, aktivitetsnivå og -sammensetning, i prosent av basisåret 1998. Deretter presenteres tall for faktisk utvikling for de enkelte indikatorene i avsnitt 6.5.

Tallmaterialet i dette kapitlet bygger på data innsamlet av Statistisk sentralbyrå (SSB), tilrettelagt og kvalitetskontrollert av SINTEF Helse i samarbeid med SSB. Tallene baserer seg i tillegg på pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister (NPR). De enkelte datasett er omtalt i vedleggene på SAMDATAs nettsider.

Endring i driftsutgifter er i dette kapitlet vist både i nominelle kroner og justert for prisvekst. Korrigeringen for prisvekst vil være påvirket av hvilken deflator som legges til grunn. Tabell 6.4 viser både SSB og HODs deflatorer for korrigering av prisvekst i spesialisthelsetjenesten for perioden 1998 til 2006. SSB korrigerer i sin deflator for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Deflatoren til HOD beregnes av Finansdepartementet, og den benyttes både for beregning av realvekst i kommunal virksomhet og i spesialisthelsetjenesten. I korrigeringen for prisvekst som er gjort i dette kapitlet er det SSBs deflator som er lagt til grunn.

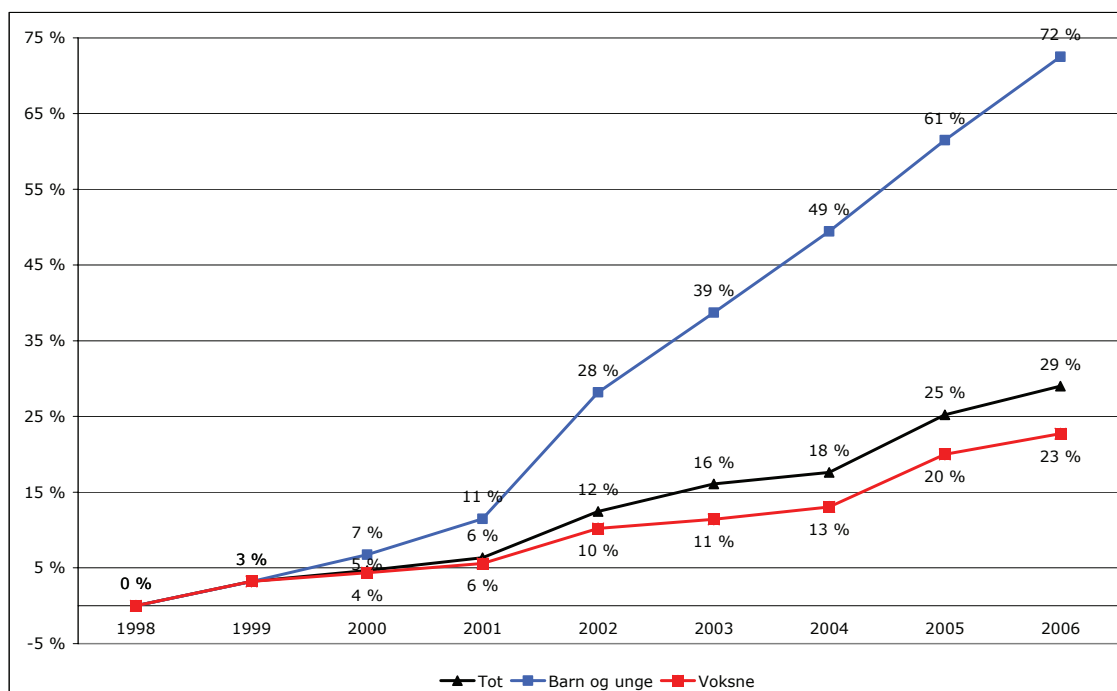
6.2 Hovedtrekk i utviklingen i perioden 1998–2006

I perioden 1998 til 2006 har de samlede driftskostnadene til det psykiske helsevernet økt med 80 prosent (nominelle kroner, tabell 6.2). Justert for prisvekst var kostnadsveksten på 29 prosent (tabell 6.3), mens det ble 27 prosent flere årsverk (tabell 6.5). Økningen i årsverk har i all hovedsak skjedd som fagpersonell. Av en økning på 4 231 årsverk i perioden, var 4 026 (95 prosent) personell med høyskole-/universitetsutdanning. Den relativt største økningen var for psykologer med 88 prosent (888 flere psykologårsverk) i perioden 1998-2006, mens det har blitt 46 prosent flere legeårsverk (478).

Antall årsverk for leger og psykologer med driftsavtaler i det psykiske helsevernet ("privatpraksis"), har økt med ni prosent i perioden 1998 til 2006. Det ble i perioden til sammen 1 417 flere årsverk for leger og psykologer i det psykiske helsevernet inklusive årsverk med driftsavtale - en økning på 55 prosent.

I tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen har ressursveksten vært betydelig større i tjenestene til barn og unge enn for tjenestene til voksne. Driftskostnadene til tjenestene for barn og unge har økt med 141 prosent i nominelle kroner og 72 prosent justert for prisvekst (tabell 6.2 og 6.3). I tjenestene for voksne har kostnadsveksten i samme periode vært på 71

prosent i nominelle kroner og 23 prosent justert for prisvekst (tabell 6.2 og 6.3). Det psykiske helsevernet for voksne utgjorde i 1998 87 prosent av de totale driftskostnadene til det psykiske helsevernet, mens dette var redusert til 83 prosent i 2006.



Figur 6.1 Prosent endring i driftskostnader til psykisk helsevern i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.

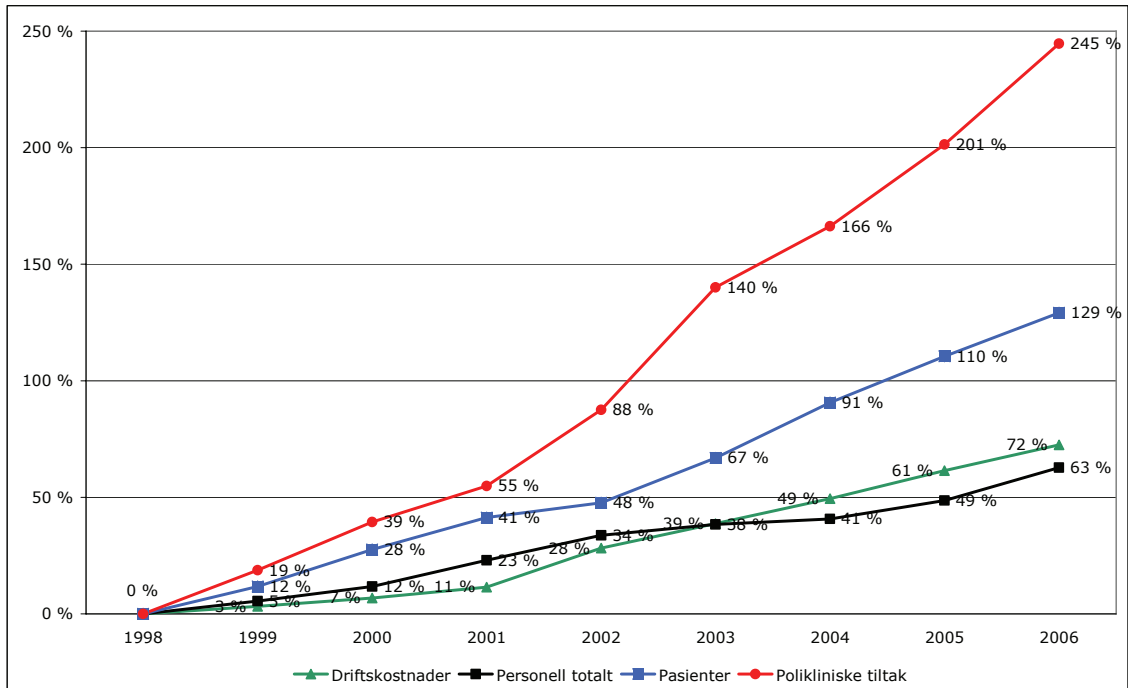
6.3 Psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1998-2006

I det psykiske helsevernet for barn og unge har det vært en noe kraftigere vekst i driftskostnader justert for prisvekst enn i personell – 72 mot 63 prosent økning i perioden 1998-2006 (figur 6.2). Forskjellen i utvikling kan ha flere årsaker. Det har i perioden vært en klar økning i fagpersonell med høyskole- eller universitetsutdanning. Dette innebærer at kostnadene per årsverk også øker. Samtidig er det viktig å ha *in mente* de store omorganiseringene som har skjedd i forbindelse med eierskapsreformen, hvor fordelingen av felleskostnader og omlegging av regnskapssystem kan ha hatt innvirkning.

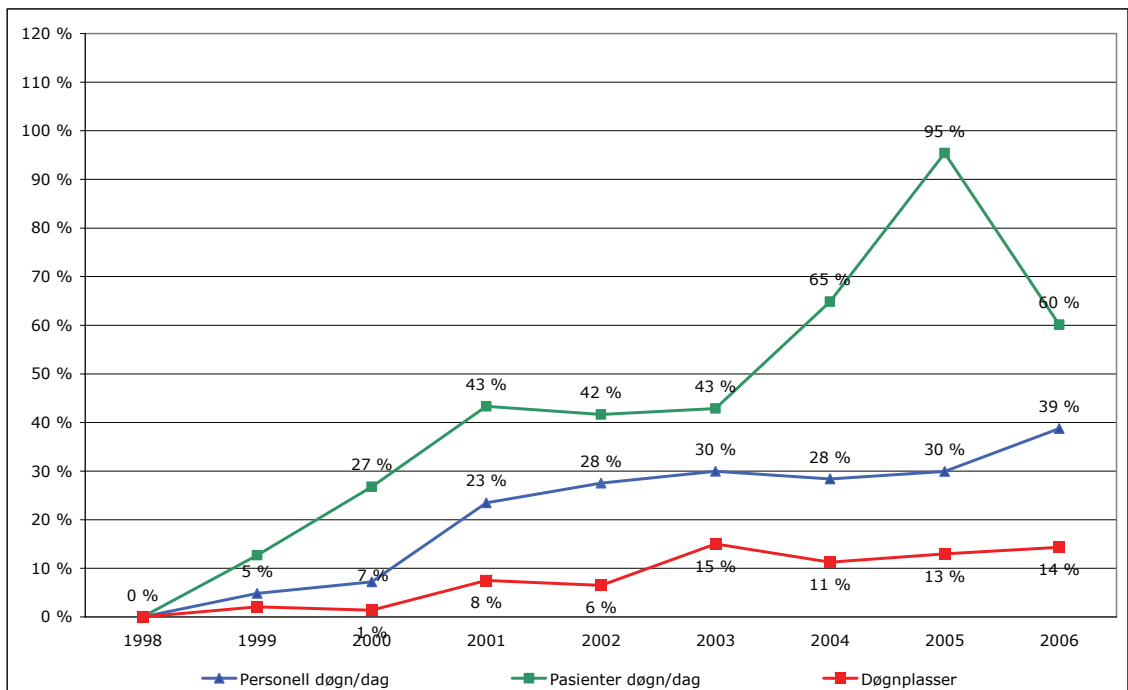
Det har vært en vesentlig sterkere prosentvis vekst i antall behandlede pasienter gjennom perioden enn tilsvarende prosentvis vekst i ressurser (figur 6.2). Dette henger sammen med at ressursveksten i tjenestene for barn og unge har vært større på polikliniske tilbud (86 prosent flere årsverk) enn på dag-/døgntilbud (39 prosent flere årsverk). Poliklinikkene vil nødvendigvis nå flere pasienter per behandler sammenliknet med de mer ressurskrevende dag-/døgntilbudene. I tillegg har antall pasienter økt mer enn veksten i personell både for polikliniske - og dag-/døgntilbud. Det vil igjen si at hver behandler gir tilbud til flere pasienter. I 2006 fikk i alt 4,3 prosent av barn og unge et tilbud i det psykiske helsevernet, sammenliknet med to prosent i 1998 (tabell 6.8).

Det har vært en vekst på hele 245 prosent i antall behandlingstiltak i perioden 1998 til 2006 (figur 6.2). Dette er vesentlig sterkere enn veksten i antall poliklinisk behandlede pasienter på 142 prosent (tabell 6.1). Den registrerte økningen i tiltak har vært kraftigere i perioden etter enn i perioden før eierskapsreformen. Det er sannsynlig at noe av tiltaksveksten kan

tilskrives endret registreringspraksis som følge av økt vektlegging av inntjening og produktivitetsutvikling.



Figur 6.2 Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall pasienter og antall polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.

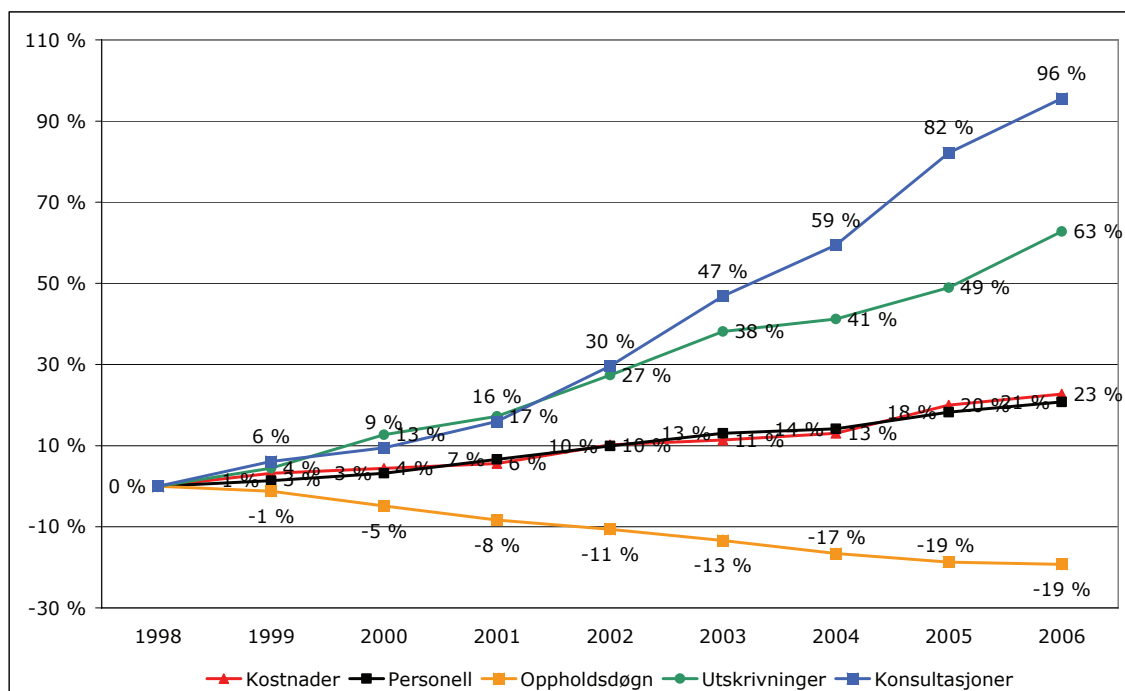


Figur 6.3 Utviklingen i døgnaktiviteten i det psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998.

Utviklingen i personellinnsats, døgnplasser og antall pasienter ved døgn- og dagtilbud er illustrert i figur 6.3. I 2006 var det 335 døgnplasser for barn og unge, en økning på 14 prosent i perioden 1998 til 2006. I følge Opptappingsplanen skulle tallet på døgnplasser opprinnelig øke fra ca. 300 til 500 plasser, noe som senere er redusert til 400 plasser. Det er nærliggende å anta at tjenesten har prioritert utbyggingen av poliklinikkene framfor utbyggingen av døgnavdelingene for lettere å nå målet om fem prosents dekningsgrad. I tillegg kan det se ut som man har vektlagt økt bemanning på dag- og døgntilbudene, siden personellveksten har vært betydelig større enn døgnplassveksten. I styringssignalene til helseforetakene er det lagt vekt på satsing på ambulante tilbud. Dette er tilbud som kan redusere behovet for institusjonsplasser. I 2006 var det registrert 63 årsverk ved ambulante tilbud. Det var i 2006 60 prosent flere pasienter i dag-/døgntilbud sammenliknet med 1998. Økningen i antall dag-/døgnpasienter henger sammen med en kombinasjon av kortere oppholdstider og/eller høyere beleggspersent, siden døgnplassveksten i samme periode bare var på 14 prosent⁸.

6.4 Psykisk helsevern for voksne i perioden 1998–2006

I det psykiske helsevernet for voksne har utviklingen i kostnader justert for prisvekst og personell vært tilnærmet lik gjennom perioden 1998-2006 (figur 6.4). Det ble utført 96 prosent flere polikliniske konsultasjoner i perioden. Antall oppholdsdøgn ble redusert med 19 prosent i samme periode, mens det ble 63 prosent flere utskrivinger fra døgninstitusjonene. Dette innebærer at det har blitt flere utskrivinger per oppholdsdøgn som igjen indikerer kortere oppholdstider.

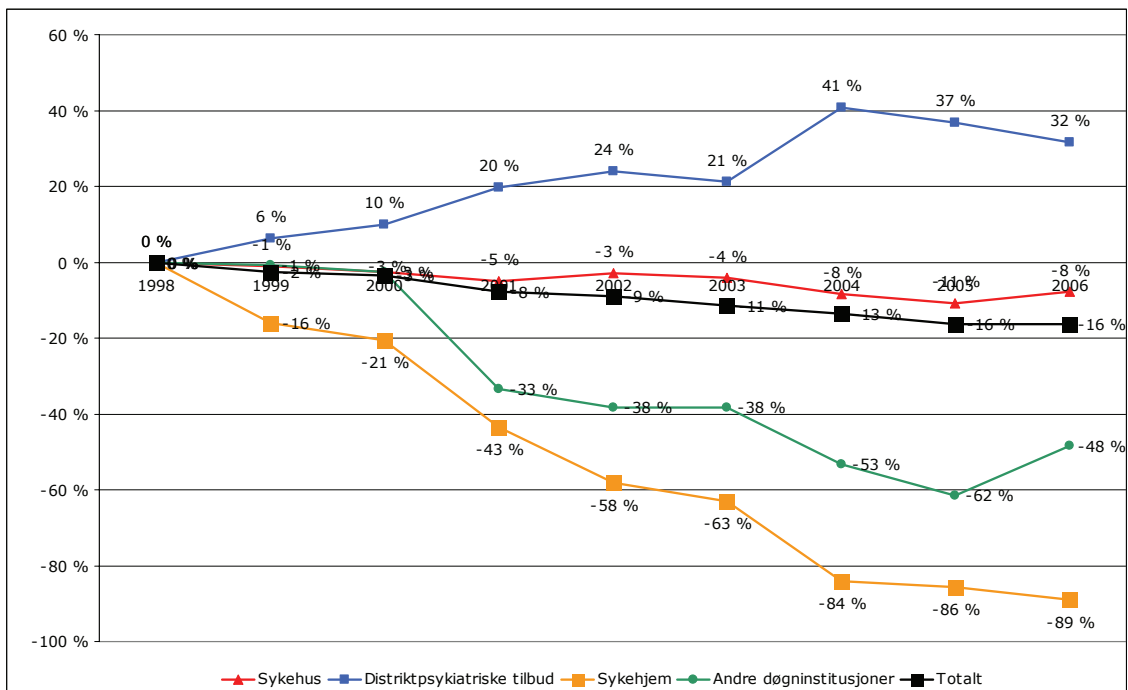


Figur 6.4 Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall oppholdsdøgn og antall utskrivinger for døgnpasienter, og antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.

⁸ I figuren er det en tilsynelatende nedgang i antall pasienter i dag-/døgnbehandling i fra 2005 til 2006. Dette skyldes i all hovedsak endring i registreringspraksis ved enkelte institusjoner og kan trolig ikke tilskrives en reell aktivitetsnedgang.

Totalt ble det 16 prosent færre døgnplasser i perioden 1998 til 2006 (figur 6.5). Det ble om lag åtte prosent færre døgnplasser ved sykehus, mens målet i Opptreppingsplanen var at antall døgnplasser ved sykehus skulle holdes på nivået fra 1996. Det skulle i tillegg etableres 160 plasser for personer dømt til psykisk helsevern. Reduksjonen i antall døgnplasser ved sykehus kan nok til dels forklares med omklassifisering og reorganisering av eksisterende tilbud, for eksempel ved at sykehusavdelinger har blitt omgjort til DPS.

I henhold til Opptreppingsplanen var målet en kraftig vekst i antall døgnplasser ved DPS, mens antall sykehjemsplasser skulle reduseres tilsvarende. Figur 6.5 viser at tallet på DPS-plasser har økt jevnt gjennom planperioden, og i 2006 var økningen på 32 prosent sammenliknet med nivået i 1998. Det har skjedd en kraftig reduksjon i døgnplasser ved sykehjem på i alt 1 157 plasser, en reduksjon på i alt 89 prosent. Til tross for færre døgnplasser har personellinnsatsen i døgn- og dagvirksomhet økt med 14 prosent i perioden 1998 til 2006.



Figur 6.5 Utviklingen i døgnplasser for ulike institusjonstyper i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998.

6.5 Nasjonale utviklingstrekk 1998-2006 i tall

6.5.1 Pasientbehandling – psykisk helsevern

Tabell 6.1 Behandlede pasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern, 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Psykisk helsevern for voksne:								
Antall polikliniske konsultasjoner ¹⁾	476	521	552	617	759	867	931	96
- prosent endring fra året før.		3	6	12	9	14	8	
Antall døgnopphold ²⁾	34 508	37 825	39 023	41 796	45 721	47 597	51 704	50
- prosent endring fra året før.		6	3	7	2	4	8	
Psykisk helsevern for barn og unge:								
Behandlede pasienter totalt	20 634	26 320	29 149	30 467	39 340	43 426	47 280	129
- prosent endring fra året før		14	11	5	14	10	9	
Herav poliklinisk behandlet	19 097	24 372	27 211	29 137	37 565	41 722	46 214	142
- prosent endring fra året før		14	12	7	14	11	11	
Herav med dag- eller døgntilbud	1 537	1 948	2 203	2 177	2 534	3 004 ³⁾	2 461 ³⁾	60
Antall polikliniske tiltak ¹⁾	186	260	288	349	496	561	642	245
- prosent endring fra året før		18	11	21	11	13	15	

Datakilde: SSB og NPR

1) Tallene er angitt i hele tusen.

2) Døgnopphold er her definert som antall utskrivninger pluss antall pasienter innlagt ved årets slutt.

3) Endringen fra 2005 til 2006 skyldes i hovedsak endring i registreringspraksis ved enkelte institusjoner.

6.5.2 Kostnader og finansiering

Tabell 6.2 Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern. Millioner kr. Løpende priser. 1998–2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Totale driftsutgifter psykisk helsevern	7 347	8 358	9 179	10 174	11 439	12 409	13 217	80
Totale driftsutgifter PHBU	925	1 073	1 212	1 464	1 830	2 015	2 225	141
Totale driftsutgifter PHV	6 422	7 285	7 968	8 710	9 609	10 395	10 992	71

Datakilde: SSB

Tabell 6.3 Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern. Millioner kr. Faste 2006 kr. 1998–2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Totale driftsutgifter psykisk helsevern	10 246	10 725	10 896	11 524	12 052	12 831	13 217	29
Prosentendring fra året før	5	1	2	6	1	7	3	
Totale driftsutgifter PHBU	1 290	1 377	1 438	1 654	1 928	2 083	2 225	72
Prosentendring fra året før	6	3	4	15	8	8	7	
Totale driftsutgifter PHV	8 956	9 348	9 458	9 871	10 124	10 748	10 992	23
Prosentendring fra året før	5	1	1	4	0	6	2	

Datakilde: SSB

Tabell 6.4 Deflatorer i perioden 1998-2006

	1998	2000	2001	2002	2004	2005
SSB: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,037	1,081	1,048	1,055	1,019	1,034
SSB: Akkumulert prisvekst til 2006	1,395	1,283	1,187	1,133	1,054	1,034
HOD: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,085	1,043	1,037	1,036	1,034	1,034
HOD: Akkumulert prisvekst til 2006	1,388	1,227	1,193	1,151	1,069	1,034

6.5.3 Personell psykisk helsevern

Tabell 6.5 Årsverk i institusjoner i psykisk helsevern totalt. Etter personellkategori. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Årsverk totalt	15 809	16 500	17 207	17 895	18 619	19 351	20 040	27
- prosentendring fra året før		4	4	4	1	4	4	4
- årsverk psykiatere	586	648	659	697	739	780	817	39
- årsverk andre leger	450	490	566	525	627	630	697	55
- årsverk psykologer	1 009	1 181	1 248	1 415	1 615	1 741	1 897	88
- årsverk fagpers med høgskoleutd	6 760	7 373	7 562	7 973	8 694	9 010	9 420	39
- årsverk annet personell	7 004	6 808	7 172	7 287	6 944	7 190	7 209	3

Datakilde: SSB

Tabell 6.6 Årsverk for leger og psykologer ved institusjoner i psykisk helsevern totalt, samt årsverk for leger og psykologer med driftsavtale med helseforetakene/RHF. Absolutte tall og endring fra 1998 - 2006.

		1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Ved institusjoner i psykisk helsevern	Leger	1 036	1 138	1 225	1 222	1 366	1 411	1 514	46
	Psykologer	1 009	1 181	1 248	1 415	1 615	1 741	1 897	88
	Sum	2 045	2 319	2 473	2 637	2 981	3 152	3 411	67
	- prosentendring fra året før		9	7	7	6	6	8	
Avtalespesialister i psykisk helsevern	Leger	167	170	176	163	171	173	178	7
	Psykologer	388	395	400	403	409	412	428	10
	Sum	555	565	576	566	580	585	606	9
	- prosentvis endr fra året før		0	2	-2	0	1	4	
Alle	Leger	1 203	1 308	1 401	1 385	1 537	1 584	1 692	41
	Psykologer	1 397	1 576	1 648	1 818	2 024	2 153	2 325	66
	Sum	2 600	2 884	3 049	3 203	3 561	3 737	4 017	55
	- prosentendring fra året før		7	6	5	5	5	7	

Datakilde: SSB

6.5.4 Personell, døgnplasser og aktivitet – barn og unge

Tabell 6.7 Årsverk og døgnplasser for barn og unge. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Årsverk totalt	2 155	2 408	2 649	2 882	3 033	3 203	3 507	63
prosentendring fra året før		6	10	9	3	6	9	
- herav polikliniske årsverk	951	1 117	1 162	1 347	1 487	1 568	1 773	86
- herav årsverk ved døgn- og dagavdelinger	1 204	1 291	1 487	1 536	1 546	1 565	1 671	39
- herav pers. i ambulante team						71	63	
- årsverk psykiatere	91	96	101	113	130	131	138	52
- årsverk andre leger	74	90	104	115	117	133	154	108
- årsverk psykologer	394	468	476	541	629	665	732	86
- årsverk sosionomer	254	293	298	315	338	343	340	34
- årsverk annet terapipers. med høyskoleutdanning	810	937	1 116	1 211	1 219	1 308	1 425	76
- årsverk terapipersonale uten høyskoleutdanning	178	129	112	122	142	125	99	-44
- årsverk annet personell	354	395	442	466	460	498	618	75
Døgnplasser	293	297	315	312	326	331	335	14

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 6.8 Aktivitet og produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Totalt antall behandlede pasienter	20 634	26 320	29 149	30 467	39 340	43 426	47 280	129
- prosentendring fra året før		14	11	5	14	10	9	
- poliklinisk behandling	19 097	24 372	27 211	29 137	37 565	41 722	46 214	141
- dag- og/eller døgnbehandling	1 537	1 948	2 203	2 177	2 534	3 004 ¹⁾	2 461 ¹⁾	60 ¹⁾
Behandlede pasienter i prosent av barn- og unge 0-17 år	2,0	2,5	2,7	2,8	3,6	4,0	4,3	116
Polikliniske tiltak:								
- direkte tiltak ²⁾	129	171	189	235	346	414	474	267
- indirekte tiltak ²⁾	57	90	99	114	150	148	168	195
Polikliniske tiltak summert ²⁾	186	260	288	349	496	561	642	244
- prosentvis endring fra året før		18	11	21	11	13	15	
Sum tiltak per fagårsverk	249	301	303	325	398	414	426	71
- prosentvis endring fra året før		9,9	0,7	7,3	6,4	4,0	2,9	
Pasienter per fagårsverk	25,0	28,0	28,0	27,0	30,1	30,6	30,3	21
- prosentvis endring fra året før		7,7	0	-3,6	9,1	1,7	-1,0	

Datakilde: SSB og NPR

1) Endringen fra 2005 til 2006 skyldes i hovedsak endring i registreringspraksis ved enkelte institusjoner.

2) Tallene er angitt i hele 1000.

6.5.5 Personell, døgnplasser og aktivitet – voksne

Tabell 6.9 Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori og driftsform. Absolutte tall og endring fra 1998 til 2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Årsverk totalt	13 654	14 092	14 558	15 013	15 585	16 148	16 533	21
- prosentendring fra året før		2	3	3	1	4	2	
- årsverk ambulante team						138	218	
- årsverk poliklinikk	1 535	1 647	1 987	2 142	2 243	2 318	2 475	61
- årsverk psykiatere	495	552	559	584	609	650	679	37
- årsverk andre leger	376	400	462	410	510	497	542	44
- årsverk psykologer	615	713	771	874	986	1 076	1 164	89
- årsverk psyk. spesialsykepl.	2 644	2 839	2 716	2 919	3 348	3 467	3 594	36
- årsverk andre sykepleiere	1 889	1 922	2 249	2 156	2 301	2 409	2 421	28
- årsverk annet høyskoleutd terapipers	1 163	1 382	1 183	1 372	1 488	1 483	1 640	41
- årsverk annet helsepersonell	3 974	3 815	4 066	4 181	3 727	3 699	3 595	-10
- årsverk øvrig personell	2 498	2 469	2 552	2 518	2 616	2 868	2 897	16

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 6.10 Døgnplasser for voksne etter institusjonstype. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

Institusjonstype	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Sykehus	3 070	2 989	2 920	2 982	2 814	2 740	2 831	-8
Distriktpsikiatriske tilbud	1 487	1 634	1 782	1 845	2 091	2 033	1 956	32
Sykehjem	1 298	1 029	735	544	208	186	141	-89
Andre døgninstitusjoner	120	117	80	74	56	46	62	-48
Totalt	5 975	5 769	5 517	5 445	5 169	5 005	4 990	-16
- prosentvis endring fra året før		2	-1	-4	-1	-2	-3	0

Datakilde: SSB

Tabell 6.11 Aktivitet og ressursutnytting i tilbudet til voksne. Nasjonale tall. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Pst endr 1998-2006
Utskrivninger	29 214	32 919	3 245	37 208	41 249	43 515	47 549	63
- prosentendring fra året før		8	4	9	3	6	9	
Oppholdsdøgn (døgnpasienter)	1 932	1 838	1 771	1 727	1 612	1 571	1 560	-19
- prosentendring fra året før		-4	-4	-2	-3	-2	-1	
Personellfaktor	2,1	2,3	2,4	2,6	2,9	3,0	3,1	-100
Utskrivninger per årsverk	2,6	2,8	2,9	3,0	3,2	3,4	3,6	38
Utskrivninger per døgnplass	4,9	5,7	6,2	6,8	8,0	8,6	9,5	94
Polikliniske konsultasjoner ¹⁾	476	521	552	617	759	867	931	96
- prosentvis endring fra året før		3	6	12	9	12	7	
Konsultasjoner per fagårsverk	388	383	361	352	400	422	412	6

Datakilde: SSB og NPR

7 Regionale utviklingstrekk 1998-2006

Ragnild Bremnes, Per Bernhard Pedersen, Silje L. Kaspersen, Anne Mette Bjerkan og Tove E. Waagan

7.1 Innledning

Med utgangspunkt i sentrale nøkkeltall, vil vi i dette kapitlet beskrive utviklingen på regionalt nivå innenfor det psykiske helsevernet. Oversikten dekker perioden 1998 til 2006. 1998 er valgt som utgangspunkt ettersom dette var siste året før Opptrappingsplanen ble iverksatt og dermed danner et naturlig utgangspunkt for å beskrive utviklingen i planperioden.

I avsnitt 7.2 til 7.4 gis en drøfting basert på figurer som beskriver utviklingen i indikatorer for ressursinnsats, aktivitetsnivå og –sammensetning og bruk av tjenester. Først beskrives utviklingen innen psykisk helsevern samlet (7.2.1), deretter fordelingen av ressurser mellom tjenester til barn og unge og tjenester til voksne (7.2.2). Vi undersøker også i hvilken grad slike forskjeller har sin bakgrunn i ulik prioritering eller ulikt inntektsgrunnlag (7.2.3). Avsnitt 7.3 og 7.4 beskriver utviklingen innen henholdsvis psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne. I avsnitt 7.5 presenteres tallgrunnlaget i form av tabeller. Der det er relevant har vi også oppgitt spredningsmål (standardavvik og variasjonskoeffisient⁹). Fordi utviklingen er relativt likeartet for driftskostnader og personellinnsats presenteres bare tall for personellinnsats i dette kapitlet.

Formålet med gjennomgangen er todelt. Vi ønsker for det første å beskrive generelle trender på regionalt nivå. Vi ønsker i tillegg å undersøke forskjeller i tilbud regionene imellom, og om disse forskjellene har blitt større eller mindre i løpet av perioden. Ettersom Staten ved de regionale helseforetakene fra 2002 overtok fylkeskommunenes ansvar for driften av det psykiske helsevernet, ønsker vi i tillegg å undersøke om dette har ført til endringer i aktiviteten på regionnivå.

Tallmaterialet er hentet fra personell-, døgnplass- og regnskapsstatistikk innhentet av Statistisk Sentralbyrå (SSB) og kontrollert og tilrettelagt av SINTEF Helse i samarbeid med SSB. I tillegg baserer tabellene seg på pasientdata rapportert til Norsk pasientregister (NPR). For en nærmere beskrivelse av de enkelte datasettene, henvises det til SAMDATAs nettsider. Selv om det har vært lagt ned et betydelig arbeid i å standardisere datagrunnlaget, vil vi minne om at ulik registreringspraksis mellom helseforetak og endringer i registreringspraksis over tid vil kunne påvirke tallene.

Fremstillingene er basert på rateberegninger, det vil si at vi relaterer størrelsen på ressursinnsats, aktivitetsnivå mv til størrelsen på innbyggertallet i helseregionene. Vi gjør oppmerksom på at det her, med ett unntak¹⁰, ikke er korrigeret for pasientstrømmer mellom helse-

⁹ Standardavviket er et vanlig brukt spredningsmål. Størrelsen på denne vil imidlertid avhenge av målestokk på variabelen. Ved store endringer i volum vil dessuten standardavviket øke, selv om de relative forskjellene (eksempelvis høyeste verdi i forhold til laveste verdi) ikke har endret seg. Ved sammenligning mellom variabler og ved sammenligning over tid, er det derfor vanlig at man også beregner variasjonskoeffisienten. Denne er definert som standardavviket dividert med gjennomsnittet.

¹⁰ Tall for bruk av tjenester for barn- og unge er fordelt etter pasientenes bostedsregion.

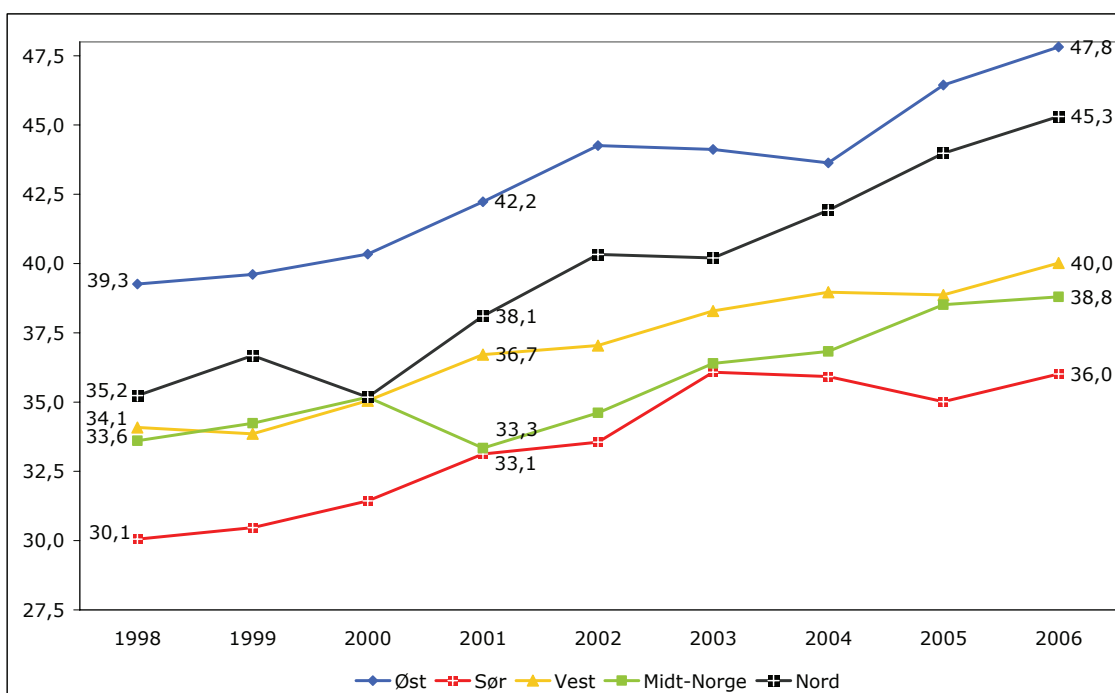
regionene. I den grad innbyggerne behandles i andre helseregioner enn bostedsregionen vil ratene ikke gi et bilde av omfanget på tjenestene innbyggerne mottar. Omfanget på pasientstrømmene er mindre innen psykisk helsevern enn innen somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette antas derfor i liten grad å påvirke ratene. Vi vil likevel minne om at gjennomsnittsraten for helseregionen kan dekke over forskjeller innad i den enkelte region. Som vi vil se i kapittel 8, kan slike forskjeller være betydelige.

I enkelte figurer har vi valgt å manipulere med nullpunktet på y-aksen for å lette fremstillingen av regionale forskjeller. Det er viktig å ta dette i betraktning når en studerer figurene. En kan ellers få inntrykk av at forskjellene mellom helseregionene er større enn det de faktisk er.

7.2 Psykisk helsevern totalt

7.2.1 Ressursinnsats

Figur 7.1 viser utviklingen i personelldekningen innen psykisk helsevern i helseregionene i perioden 1998-2006. Personellinnsatsen måles ved utgangen av året og beregnes som sum heltidsansatte pluss sum deltidsansatte omregnet til heltidsansatte ut fra stillingsbrøk. Dekningsgraden er målt per 10 000 innbyggere.



Figur 7.1 Personelldekning i det psykisk helsevernet. Årsverk per 10 000 innbyggere. Helseregioner. 1998-2006.

De fem helseregionene hadde ulik tilgang på personell da Opptappingsplanen ble iverksatt. Fylkene som senere ble organisert i Helse Øst hadde samlet sett en personelldekning som lå tolv prosent over landsgjennomsnittet. Helseregionene Vest, Midt-Norge og Nord hadde relativ lik dekning. Helse Sør hadde lavest dekning, 15 prosent under landsgjennomsnittet. Helse Øst hadde med andre ord 31 prosent høyere dekningsgrad enn Helse Sør.

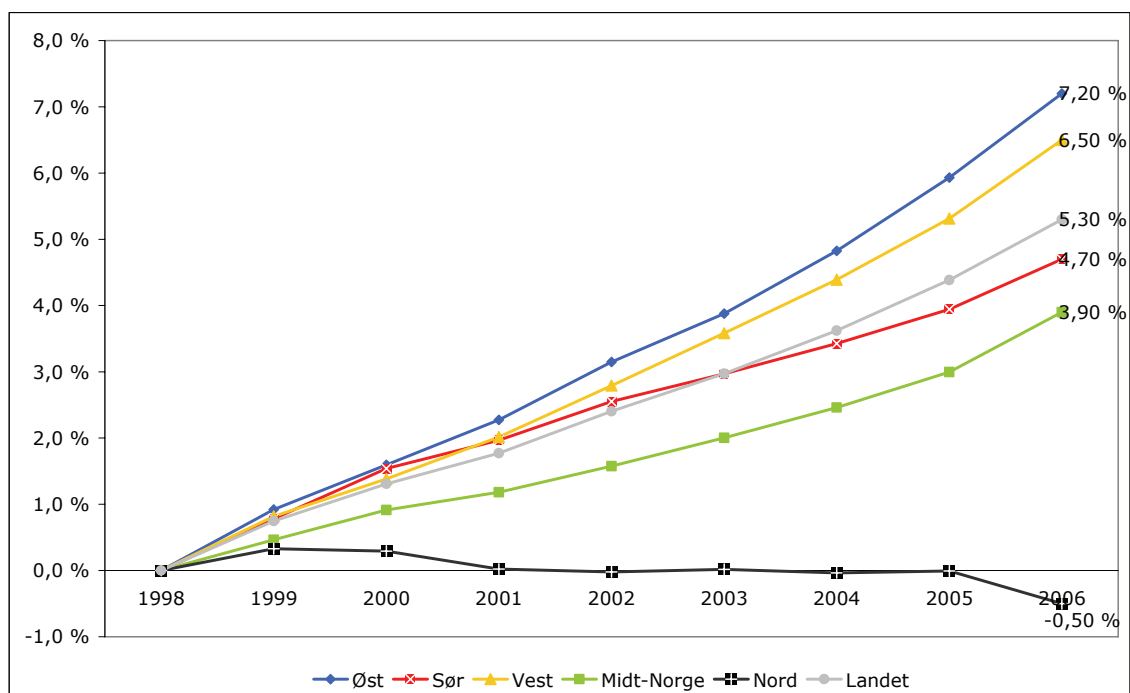
På landsbasis har det vært en vekst i personelldekningen innen psykisk helsevern i perioden 1998-2006 på 27 prosent. Korrigert for økningen i folketallet gir dette en vekst i deknings-

graden på 20 prosent (jf. tabell 7.2). Alle regioner har hatt en økning i personelldekning over perioden som helhet. Alle regioner har også hatt en økning i perioden etter eierskapsreformen. Som eneste region hadde Midt-Norge en nedgang i personelldekningen i perioden forut for eierskapsreformen.

Det har vært ulik veksttakt i helseregionene i perioden. Både absolutt og relativt har personelldekningen økt mest i Helse Nord, med en rateøkning på 10,1 poeng eller 29 prosent. Helse Øst ligger også høyt med en økning på 8,5 poeng (22 prosent)¹¹ mens de øvrige regionene har hatt en økning på mellom fem og seks prosentpoeng (16-20 prosent) i løpet av perioden.

Dette innebærer at Helse Nord har "nærmet seg" Helse Øst, som gjennom hele perioden har hatt den høyeste personelldekningen. Fra 2005 til 2006 har økningen i raten vært sterkest i Helse Øst (1,4 poeng) og svakest i Helse Midt-Norge (0,3 poeng). Helse Sør har fortsatt den laveste personelldekningen. Dette ble ytterligere forsterket gjennom nedgang i personelldekningen fra 2004 til 2005. Ved utgangen av 2006 hadde Helse Øst fortsatt en dekningsgrad som var 33 prosent høyere enn Helse Sør. Målt ved variasjonskoeffisienten (CV) har forskjellene mellom regionene holdt seg relativt stabile i perioden. CV har variert mellom 0,08 og 0,11 (se tabell 7.2)

Folketallet har utviklet seg forskjellig i regionene. Dette er vist i figur 7.2.



Figur 7.2 Prosent endring i innbyggertall i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Helseregioner.

Størst befolkningsvekst finner vi i Helse Øst, hvor antall innbyggere har økt med 7,2 prosent i perioden 1998-2006. Helse Vest har hatt nest høyest vekst, 6,5 prosent. Helse Nord har hatt en liten nedgang i innbyggertallet i perioden. Ulik befolkningsutvikling betyr at helse-

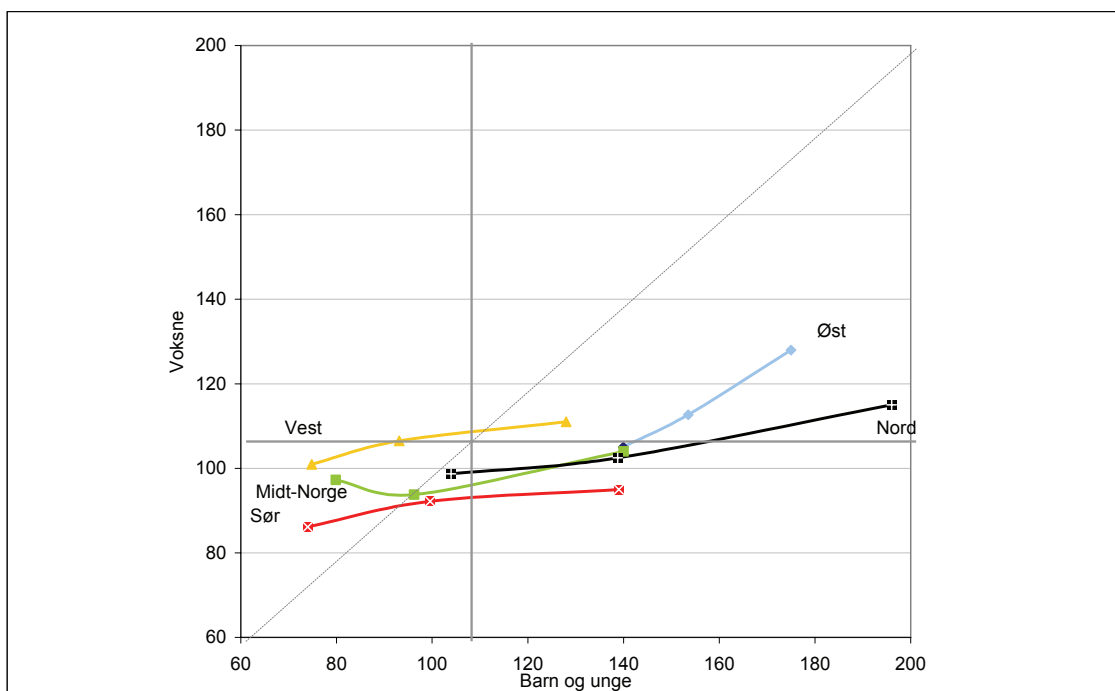
¹¹ Tallet er påvirket av endret fordeling av fellespersonell ved en institusjon i Helse Øst (innarbeidet i tallene fra og med 2005). Justert for denne endringen er rateøkningen likevel på 7,1 poeng.

regionene har ulikt utgangspunkt med hensyn til hvilken ressursinnsats som må til for å opprettholde tilbudet overfor innbyggerne. Gitt at behovet for tjenester endres i takt med befolkningsutviklingen, måtte Helse Øst øke ressursinnsatsen med mer enn syv prosent for å opprettholde tjenestetilbudet. I Helse Nord vil økning i ressursinnsatsen gi en større prosentvis økning i personelldekningen på grunn av den negative befolkningsutviklingen.

7.2.2 Fordeling på tjenester til barn/unge og voksne

Helseregionene er ikke bare forskjellige med hensyn til samlet ressursinnsats i psykisk helsevern. De er også forskjellige når det gjelder fordelingen av ressurser mellom tjenester til barn og unge og tjenester til voksne. Figur 7.3 kombinerer informasjon om relativt nivå på personelldekningen i regionene i de to tjenestene og utvikling over tid. Personelldekningen er for alle tidspunkt målt i forhold til landsgjennomsnittet i 1998. Langs diagonalen, som er angitt med en stiplet linje, er avviket til landsgjennomsnittet lik for de to sektorene. Plassering til venstre for diagonalen indikerer at regionen (relativt sett) prioriterer tjenester til voksne, plassering til høyre indikerer at man prioriterer tjenester til barn og unge. Vi har vist tre tidspunkt 1998, 2001 og 2006. Tidsaksen går i praksis fra venstre/nede mot høyre/oppe. Dersom linjen som forbinder de tre tidspunktene er brattere enn diagonalen betyr det at tjenester for voksne har vokst relativt sett mer enn tjenester for barn og unge, og motsatt dersom linjen er slakkere enn diagonalen.

Det gis en grundig gjennomgang av utviklingene innen hver av de to tjenestene i de påfølgende avsnittene. Her ser vi på noen hovedtrekk i utviklingen i forholdet mellom tjenestene.



Figur 7.3 Personelldekning (årsverk) i det psykisk helsevernet for barn og unge og det psykisk helsevernet for voksne i 1998, 2001 og 2006 som prosent av landsgjennomsnittet i 1998. Helseregioner.

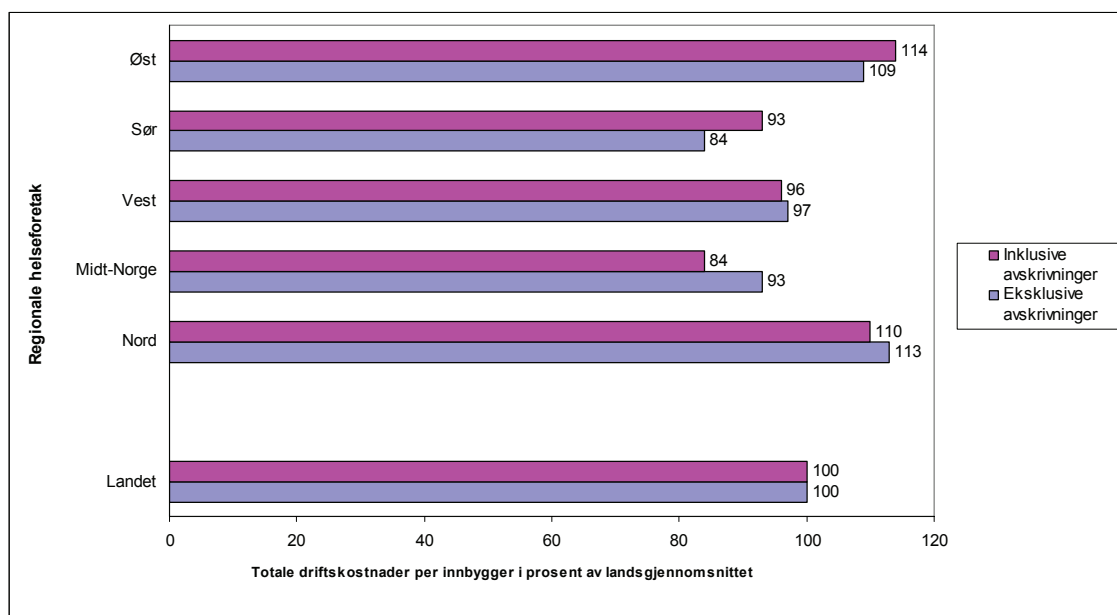
I 1998 var det store forskjeller mellom helseregionene i personelldekningen innen psykisk helsevern for barn og unge (fra 74 til 140 prosent av landsgjennomsnittet). Forskjellene var relativt sett mye mindre innen psykisk helsevern for voksne (86 til 105 prosent). Helseregionene Sør og Øst skiller seg ut. Helse Sør lå langt under landsgjennomsnittet for begge tjenestene. Helse Øst hadde høyest personelldekning for begge tjenestene. Helse Midt-Norge

lå også under landsgjennomsnittet for begge tjenestene. Nedgangen vi ovenfor observerte for Midt-Norge før eierskapsreformen var i sin helhet knyttet til tjenestene for voksne. I alle helseregionene, med unntak av Helse Øst, har veksten vært langt sterkere innen psykisk helsevern for barn og unge enn innen psykisk helsevern for voksne. Helse Øst har hatt en relativt sett lik utvikling for de to tjenestene. Vi kan likevel merke oss at Helse Øst i større grad har prioritert tjenester for voksne etter eierskapsreformen. I tjenestene for barn og unge er det fortsatt store forskjeller i personelldekningen mellom helseregionene, selv om forskjellene, som vi skal se i avsnitt 7.3, har blitt mindre i løpet av perioden.

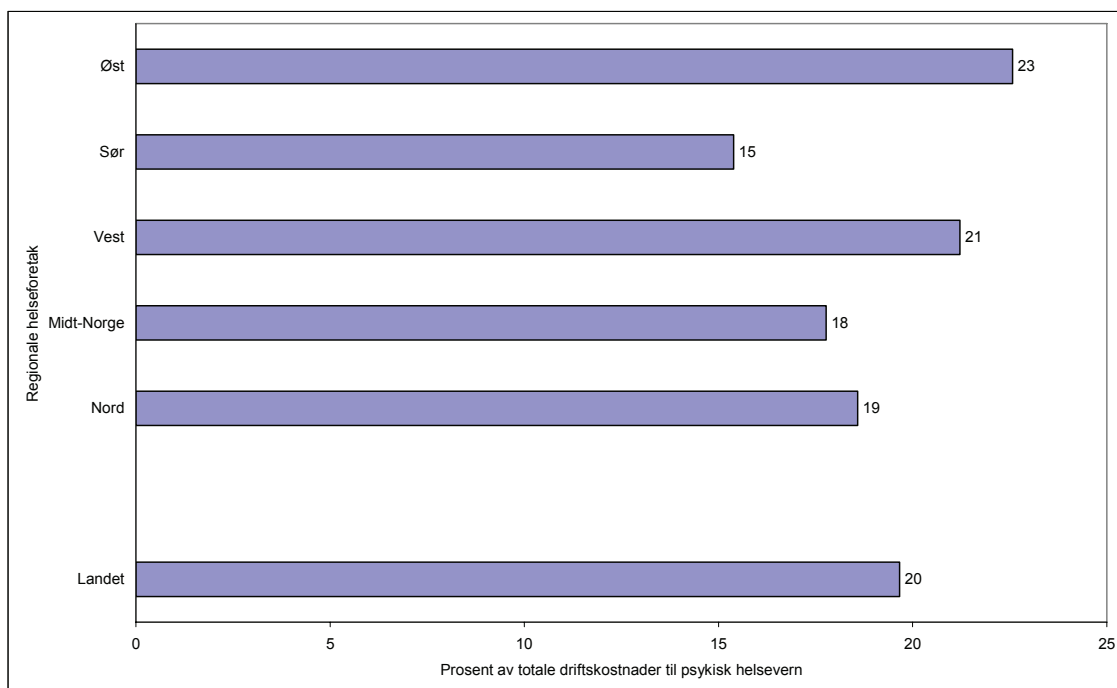
7.2.3 Skyldes forskjellene ulik prioritering eller ulik ressurstilgang?

Spørsmålet blir da om disse forskjellene i ressursinnsats skyldes forskjeller i de regionale helseforetakenes prioriteringer mellom ulike sektorer, eller om de snarere gjenspeiler forskjeller i de regionale helseforetakenes ressurstilgang. De regionale helseforetakenes viktigste inntektskilde er rammetilskuddet fra staten. Fordelingen av dette er fortsatt langt på vei bestemt ut fra historiske kriterier.

Vi vil undersøke dette med utgangspunkt i to figurer som beskriver fordelingen av driftskostnadene. Figur 7.4 viser helseregionenes driftskostnader til psykisk helsevern (kroner per innbygger) i 2006, målt i prosent av nivået på landsbasis. Figur 7.5 viser den tilsvarende fordelingen, målt som andel av de totale driftskostnadene (sum somatiske tjenester, psykisk helsevern og rustiltak) som går til det psykiske helsevernet.



Figur 7.4 Totale driftskostnader til det psykisk helsevernet. Kroner per innbygger i prosent av landsgjennomsnittet. Regionale helseforetak. 2006.



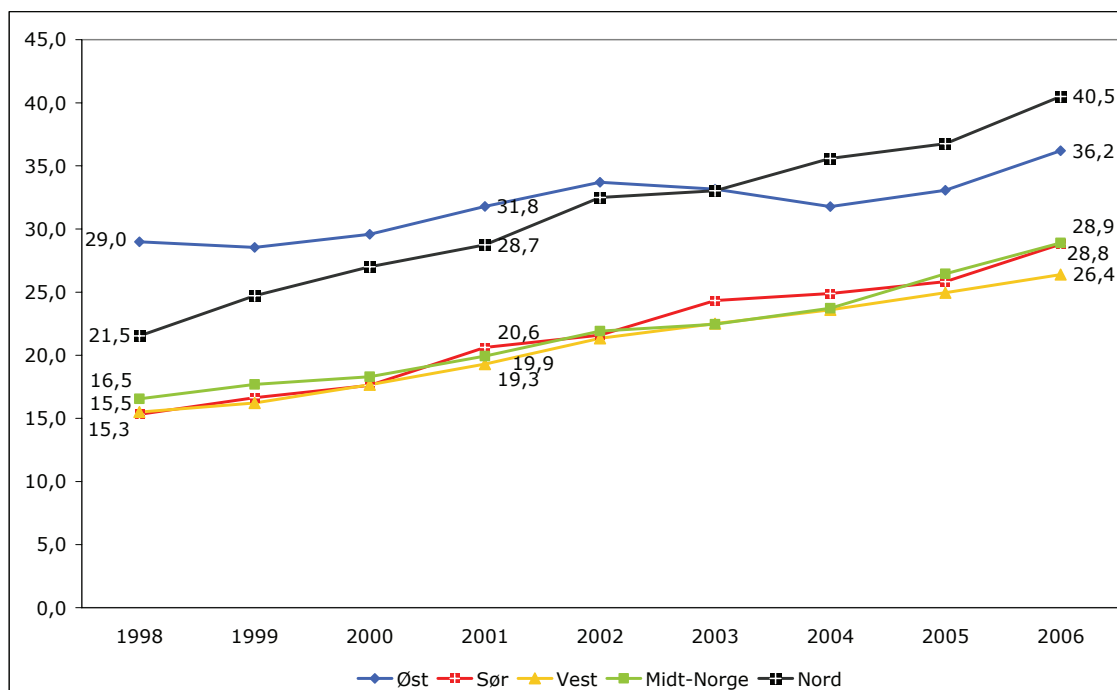
Figur 7.5 Totale driftskostnader til det psykisk helsevernet som prosent av brutto driftskostnader totalt (ekskl. avskrivninger). Regionale helseforetak. 2006.

Målt i kroner per innbygger har Helse Øst og Helse Nord langt høyere driftskostnader enn de øvrige helseregionene, henholdsvis ni og tretten prosent over landsgjennomsnittet (eksklusive avskrivninger). Helse Sør og Helse Midt-Norge har langt lavere driftskostnader, henholdsvis seksten og syv prosent under landsgjennomsnittet. For Helse Øst gjenspeiler høye driftskostnader (relativt sett) at helseforetaket bruker en større andel av budsjettet på psykisk helsevern enn de øvrige foretakene. For Helse Nord gjenspeiler høye driftskostnader til det psykiske helsevernet høye driftskostnader totalt, ettersom andelen til psykisk helsevern ligger lavere enn på landsbasis. For Helse Sør, og til dels Helse Midt-Norge gjenspeiler lave driftskostnader lav andel av driftsutgiftene til psykisk helsevern. Helse Vest har nesten samme andel til psykisk helsevern som Helse Øst, men ettersom de samlede driftskostnadene er lavere, blir kostnad per innbygger til psykisk helsevern betydelig lavere, og under landsgjennomsnittet.

7.3 Psykisk helsevern for barn og unge

7.3.1 Ressursinnsats og dekningsgrad

Tjenester for barn og unge har hatt en sterk økning i driftskostnader samlet sett i de åtte første årene av opptrappingsplanperioden, se kapittel 6. Samlet har personellinnsatsen økt 63 prosent. Korrigert for endring i folketallet, gir dette en økning i dekningsgraden på 55 prosent, se tabell 7.3. I dette avsnittet ser vi på utviklingen i personellinnsats og tjenesteproduksjon på regionnivå. Figur 7.6 viser utviklingen i personelldeknningen. Dekningsgraden er beregnet i forhold til innbyggertallet i målgruppen (0-17 år).

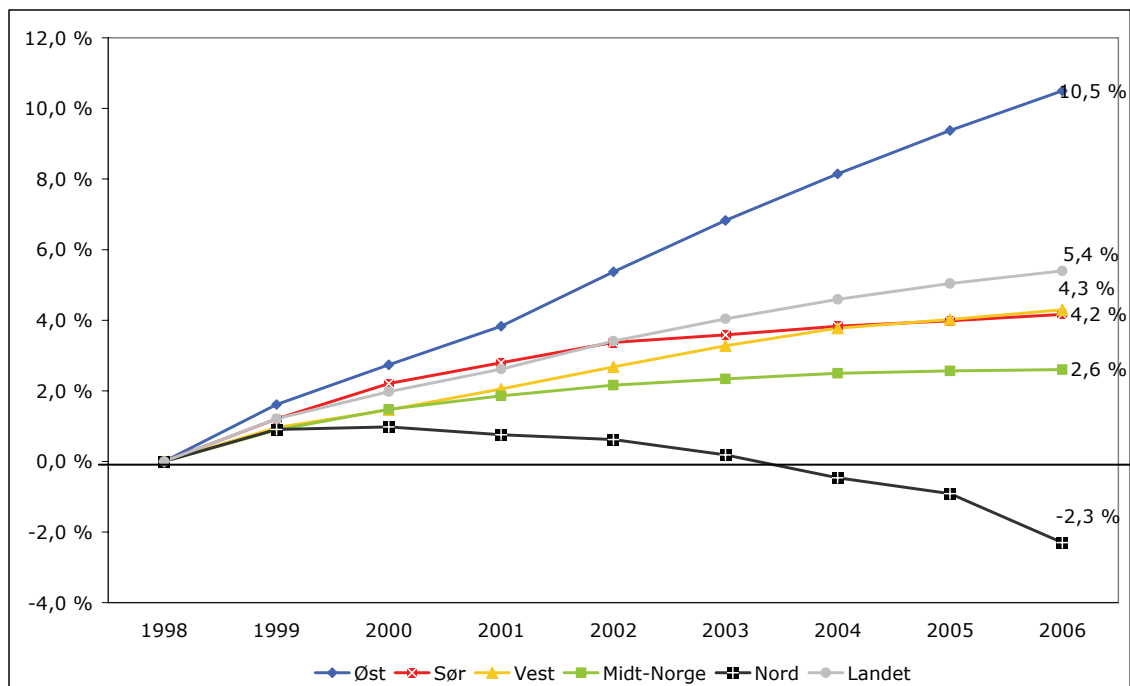


Figur 7.6 Personelldekning (årsverk) i det psykisk helsevernet for barn og unge. Per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. 1998-2006. Helseregioner.

Det var store forskjeller mellom helseregionene ved starten av perioden. I 1998 hadde Helse Øst en dekningsgrad for personell som lå 40 prosent over landsgjennomsnittet. Helse Nord lå fire prosent over, mens de øvrige regionene lå 20–26 prosent under. Dekningsgraden i Helse Øst var dermed nær dobbelt så høy (89 prosent) som i Helse Sør. Alle regioner har hatt en økning i dekningsgraden både i perioden før og etter eierskapsreformen. Helse Øst, som i utgangspunktet hadde en langt høyere dekningsgrad enn de øvrige, har både absolutt og relativt hatt en langt svakere vekst enn de øvrige regionene med en økning i raten på 7,2 poeng eller 25 prosent, og har også i perioder hatt nedgang i dekningsraten. Helse Nord har både absolutt og relativt sett hatt en langt kraftigere økning i dekningsgraden enn de øvrige regionene, med en rateøkning på 19 poeng, eller 88 prosent. Regionen har siden 2004 ligget høyere enn Helse Øst i dekningsgrad. Etter en periode med negativ vekst for Helse Øst, har regionen siden 2005 igjen økt sin dekningsgrad. De tre helseregionene med lavest dekning i 1998, lå også lavest ved utgangen av 2006 og har klart lavere dekning enn de to andre helseregionene. Økningen og nivået har vært omtrent den samme i disse regionene med en vekst i raten på mellom elleve og tretten poeng. Etter en periode tilnærmet uten vekst, fra 2003 til 2005, har Helse Sør hatt en periode med kraftigere økning fra 2005-2006. I 2005 hadde denne regionen hatt en total økning i dekningsgraden på 69 prosent siden 1998. Ved utgangen av 2006 var den totale økningen i perioden 88 prosent.

Helse Nord hadde 53 prosent høyere dekningsgrad enn Helse Vest i 2006. Den relative forskjellen mellom regionen med høyeste og laveste dekningsgrad er dermed redusert i perioden 1998-2006. Målt gjennom variasjonskoeffisienten (CV), har det i hele perioden vært langt større forskjeller i personelldekningen innenfor tjenester til barn og unge enn i tjenestene til voksne og i tjenestene totalt (se tabellene 7.2, 7.3 og 7.11). I løpet av perioden har koeffisienten imidlertid blitt redusert fra 0,28 til 0,19.

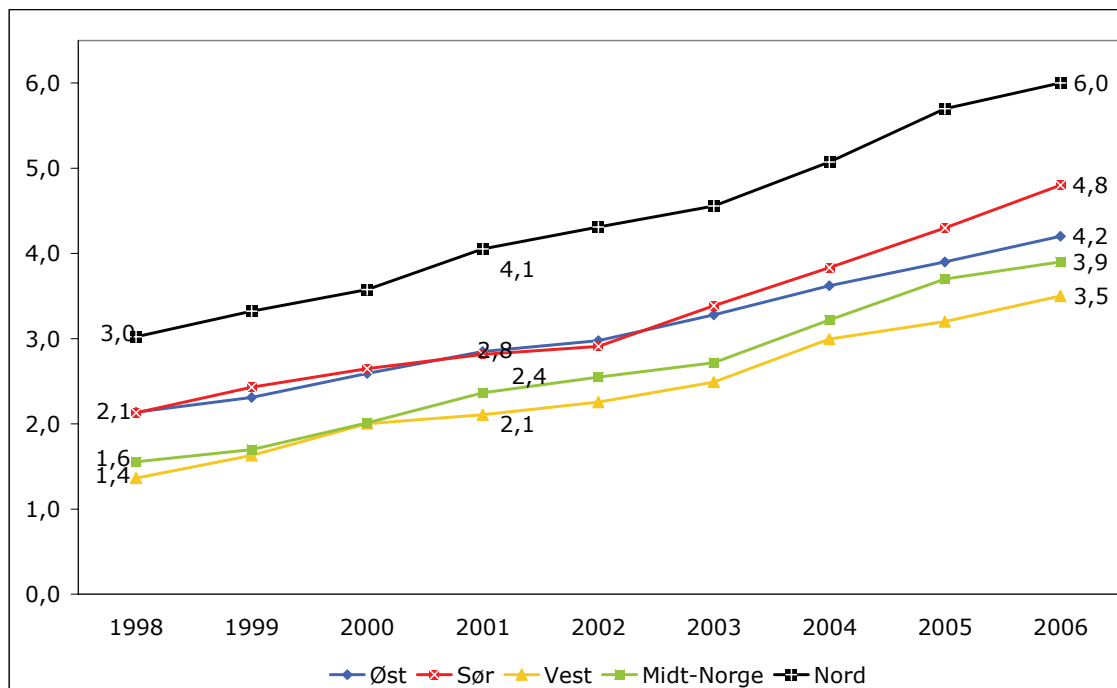
Helseregionene har opplevd en svært ulik utvikling i innbyggertallet i barne- og ungdomsgruppen i perioden 1998-2005, se figur 7.7.



Figur 7.7 Prosent endring i innbyggertall i alderen 0-17 år i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Helseregioner.

Helse Øst har hatt en vekst i barne- og ungdomsbefolkningen på 10,5 prosent i løpet av perioden. Helse Nord skiller seg på den andre siden seg ut med en negativ utvikling i innbyggertallet i aldersgruppen 0-17 år fra og med år 2001, og har hatt en nedgang på 2,3 prosent, perioden sett under ett. Endringer i dekningsgrad påvirkes altså både av endringer i personellinnsats og befolkningsutvikling. Som beskrevet over har dette konsekvenser for den enkelte regions rekrutteringsbehov. Mens Helse Øst måtte øke personellinnsatsen med opp mot elleve prosent for å opprettholde dekningsgraden, vil dekningsgraden øke mer enn økningen i personell i Helse Nord.

Opptrappingsplanen har som mål at tjenestene i løpet av planperioden skal nå fem prosent av alle i alderen 0-17 år. Figur 7.8 viser utviklingen i andel barn og unge som er under behandling i den enkelte region.



Figur 7.8 Dekningsgrad i det psykisk helsevernet for barn og unge. Antall behandlede pasienter i prosent av innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.

Ved starten av perioden varierte dekningsgraden fra 1,4 prosent i Helse Vest til tre prosent i Helse Nord. Sannsynligheten for å komme under behandling var med andre ord mer enn dobbelt så høy i Nord-Norge som i Helse Vest. Alle regioner har hatt en forholdsvis jevn økning i dekningsgraden både før og etter eierskapsreformen. Helse Nord nådde målet om fem prosent dekning allerede i 2004 og hadde i 2006 en dekningsgrad på seks prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. De øvrige regionene nådde ikke målet i løpet av 2006, med en dekningsgrad på mellom 3,5 og 4,8 prosent. Helse Vest og Helse Midt-Norge har gjennom hele perioden hatt den laveste dekningsgraden, og er fortsatt langt fra målet på fem prosents dekning. Om målet skal nås, må Helse Vest ha en like stor økning de neste to årene som de foregående fem.

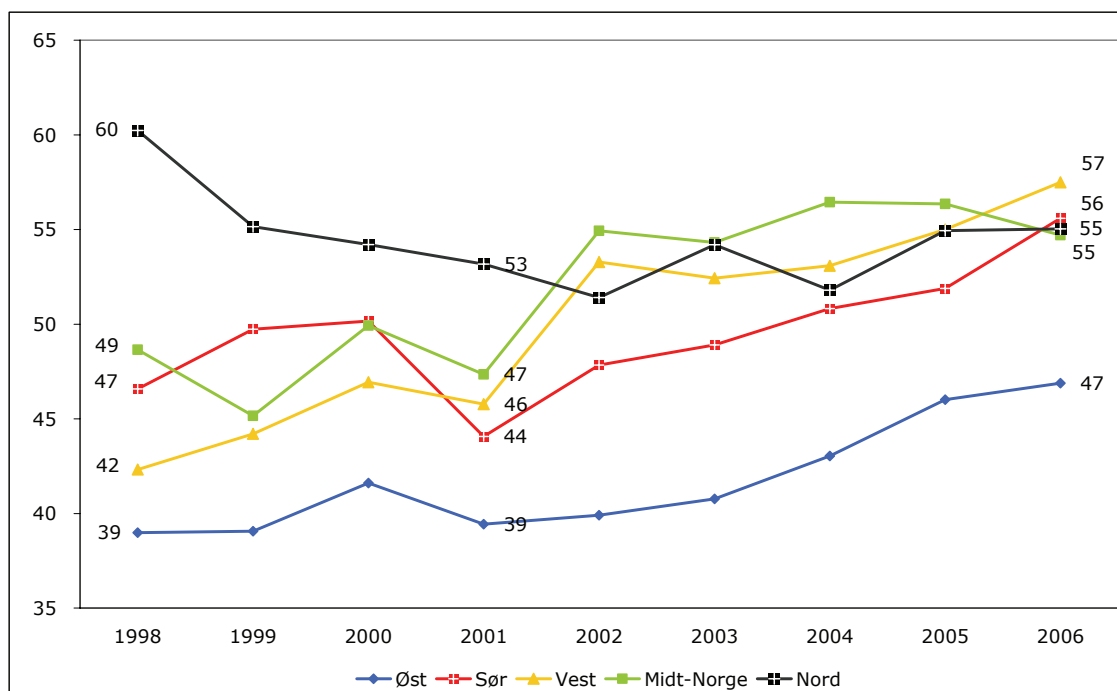
Dekningsgraden i helseregionene reflekterer i noen grad ressursinnsatsen. Helse Nord har både høyere ressursinnsats og høyere dekningsgrad enn Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Øst og Helse Sør bryter imidlertid dette mønsteret. Helse Øst har ressursinnsats på nivå med Helse Nord, men har lavere dekningsgrad. På den andre siden har Helse Sør, på tross av ressursinnsats på samme nivå som helseregionene Vest og Midt-Norge, en langt høyere dekningsgrad. Som vi skal se nedenfor gjenspeiler den høyere dekningsgraden i denne regionen høyere produktivitet ved poliklinikkene (målt ved antall pasienter per fagårsverk). Som et resultat av disse forholdene har Helse Sør passert Helse Øst i dekningsgrad, til tross for vesentlig lavere ressursinnsats.

Variasjonskoeffisienten er redusert fra 0,29 til 0,23 i løpet av planperioden, se tabell 7.6. Dette forteller at forskjellene mellom regionene har blitt mindre. Sannsynligheten for å komme under behandling er likevel fortsatt 71 prosent høyere i Nord-Norge enn i Helse Vest (som hadde laveste dekningsgrad i 2006).

7.3.2 Ressursinnsats og produktivitet i poliklinisk virksomhet

Størstedelen av pasientene innen psykisk helsevern for barn og unge behandles poliklinisk. Det er bare små forskjeller mellom regionene, andelen varierer fra 96,7 prosent i Helse Øst til 99,6 prosent i Helse Sør. Det er dermed i praksis ressursinnsats og produktivitet ved poliklinikkene som avgjør dekningsgraden i forhold til barne- og ungdomsgruppen.

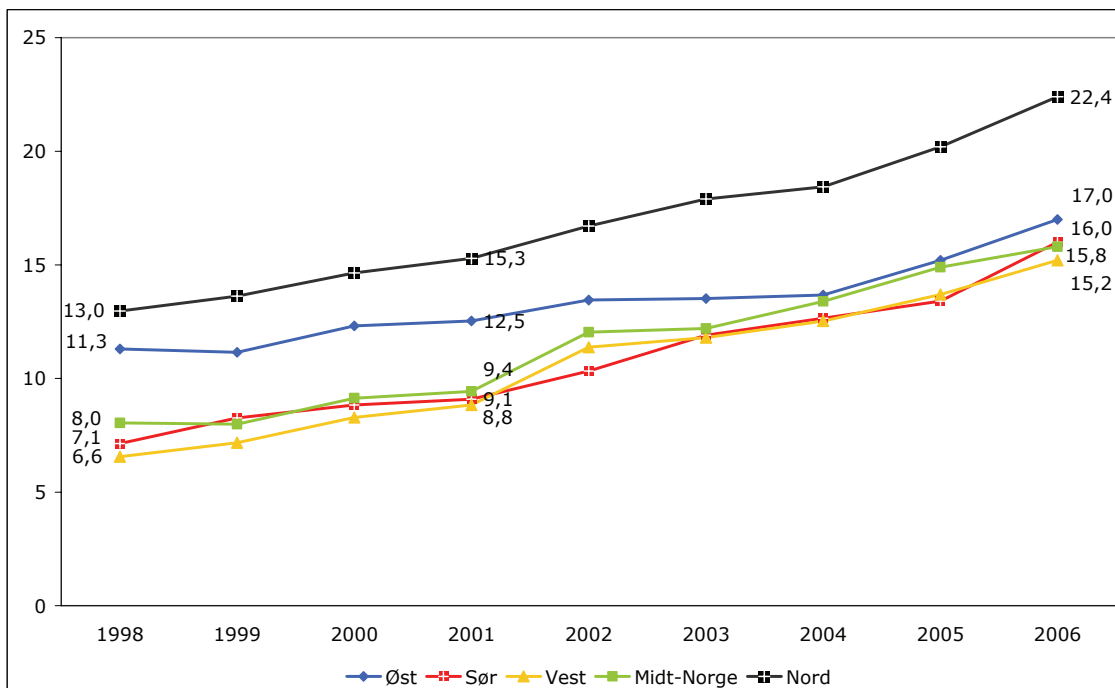
Figur 7.9 viser andelen personellinnsats i poliklinisk virksomhet i årene 1998-2006 i helseregionene.



Figur 7.9 Andel personell (årsverk) i poliklinisk virksomhet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseregioner. 1998-2006.

I 2006 hadde alle helseregionene, med unntak av Helse Øst, mellom 55 og 57 prosent av personellet i poliklinisk virksomhet. Helse Nord hadde en klart høyere andel av personellet i poliklinisk virksomhet enn de andre helseregionene i 1998 og har hatt en nedgang i perioden. Helseregionene Sør, Vest og Midt-Norge har hatt en økning i andelen poliklinikkpersonell i perioden sett under ett, men ikke alle år. Spesielt kan man legge merke til 2001, da alle helseregionene hadde en betydelig nedgang i andel personell i poliklinisk virksomhet. I 1998 var under 50 prosent av personellinnsatsen i de tre helseregionene å finne ved poliklinikkene. Størst økning finner vi i Helse Vest, hvor andelen i poliklinikk har økt med 15 prosentpoeng i perioden. Helse Øst har klart lavere andel av personellet i poliklinisk virksomhet enn de andre helseregionene, 47 prosent i 2006. Regionene har imidlertid nærmet seg hverandre i løpet av perioden. I 1998 var andelen personell i poliklinisk virksomhet 54 prosent høyere i Helse Nord (høyest) enn i Helse Øst (lavest). I 2006 hadde Helse Vest den høyeste andelen, 21 prosent høyere enn Helse Øst.

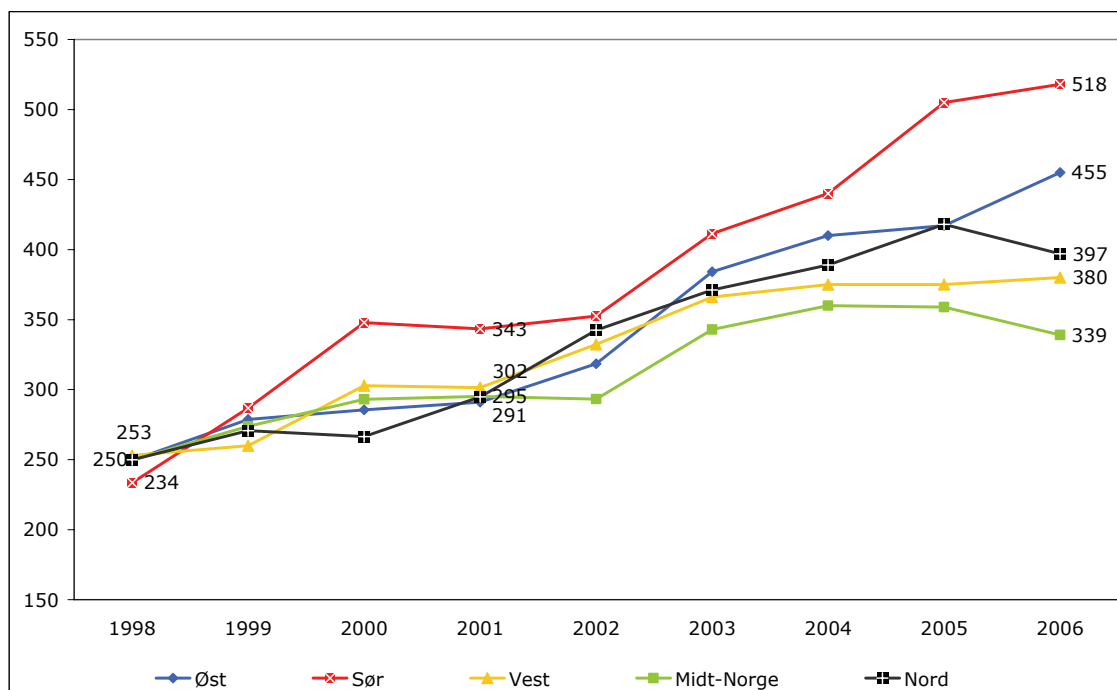
Figur 7.10 viser utviklingen i personelldekningen i poliklinisk virksomhet.



Figur 7.10 Personelldekning (årsverk) i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.

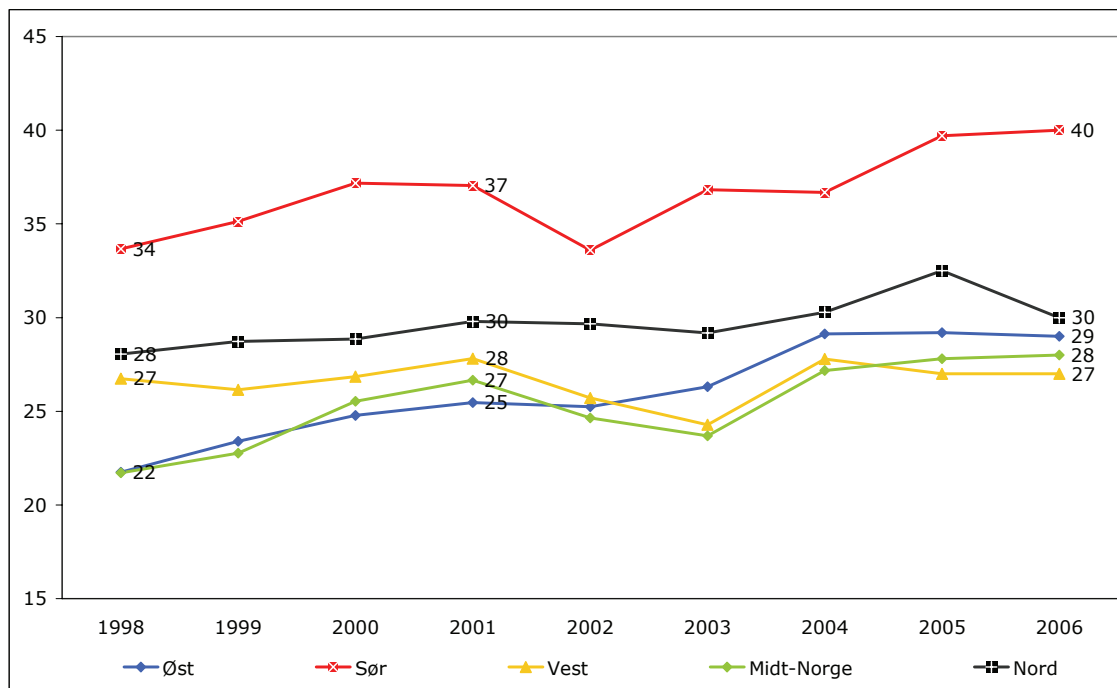
Samlet sett har personelldekningen i poliklinisk virksomhet økt med 86 prosent i perioden 1998-2006. Korrigert for endringer i størrelsen på barne- og ungdomsgruppen gir dette en økning i dekningsgrad på 84 prosent, se tabell 7.4. Ved starten av perioden hadde Helse Nord en dekningsgrad som lå dobbelt så høyt som den i Helse Vest. I 2006 er personelldekningen i poliklinisk virksomhet forholdsvis lik for fire av regionene (fra 15,2 til 17,0 fulltidsstillinger per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år) mens Helse Nord ligger vesentlig høyere, med en rate på 22,4. Målt ved variasjonskoeffisienten er forskjellene mellom regionene redusert i perioden fra 0,31 til 0,17 (45 prosent). Dette skyldes først og fremst at Helse Øst, som i utgangspunktet hadde en personelldekning i poliklinisk virksomhet klart høyere enn helseregionene Sør, Vest og Midt-Norge, har hatt en jevn, men klart langsommere vekst enn de øvrige regionene, spesielt frem til 2004. Veksten i de øvrige regionene har vært kraftigere, spesielt i perioden etter eierskapsreformen. Nedgangen i variasjonskoeffisienten var også særlig påtakelig fra 2001 til 2002, dvs. parallelt med eierskapsreformen, uten at vi kan fastslå at endringen var forårsaket av denne.

Figur 7.11 og 7.12 viser utviklingen i produktivitet ved poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge, målt ved antall tiltak og antall behandlede pasienter per fagårsverk.



Figur 7.11 Produktivitet i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tiltak per fagårsverk. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregionene lå ved starten av perioden relativt likt med hensyn til antall tiltak per fagårsverk, rundt 250 tiltak per årsverk. Produktiviteten har imidlertid utviklet seg i ulik takt, slik at antall tiltak per behandler nå varierer mellom 339 i Helse Midt-Norge og 518 i Helse Sør. Vi merker oss spesielt den markante økningen i Helse Sør fra 2004 til 2005 og i Helse Øst fra 2005 til 2006. Det er sannsynlig at noe av veksten i helseregionene kan tilskrives endret registreringspraksis som følge av økt fokus på inntjening og produktivitetutvikling, jamfør diskusjonen i Hatling, Røhme og Bjørngaard (2005). Produktivitetstallene kan også i noen grad være påvirket av endringer i takstsystemet fra 2004 til 2005. Hvorvidt det også finnes systematiske forskjeller mellom helseregionene er ikke kjent. Vi viser for øvrig til diskusjonen av spørsmålet i kapittel 9.



Figur 7.12 Produktivitet i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge. Pasienter per fagårsverk. Helseregioner. 1998-2006.

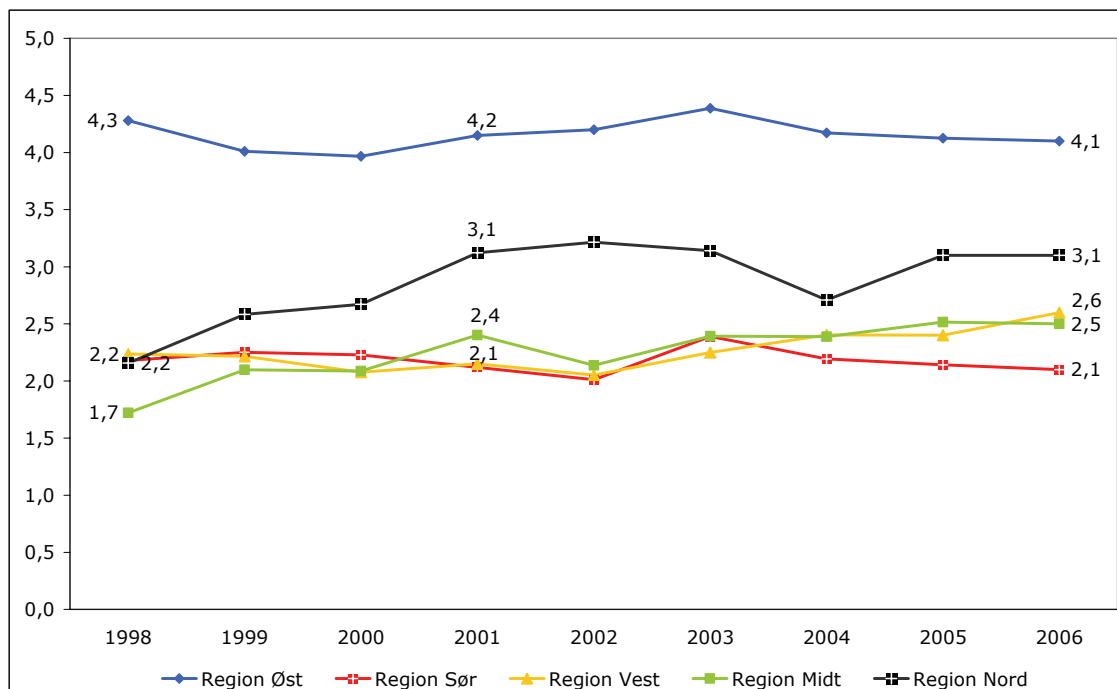
Det var ved starten av perioden til dels betydelige forskjeller i produktivitet mellom regionene, målt ved antall behandlede pasienter per fagårsverk. Helse Sør lå høyest, helseregionene Øst og Midt-Norge lavest. Ettersom helseregionene samtidig lå relativt jevnt målt ved antall tiltak per pasient, innebærer dette at Helse Sør relativt sett prioriterte færre tiltak til flere pasienter, mens en i helseregionene Øst og Midt-Norge gjorde det motsatte. Selv om antall pasienter per årsverk har økt i perioden, har det vært et ulikt forløp i helseregionene. Helse Sør ligger fortsatt klart høyere enn de øvrige helseregionene. Dette skyldes først og fremst høyere produktivitet målt ved antall tiltak per fagårsverk. Helseregionene Øst og Midt-Norge har hatt den kraftigste økningen. Helse Øst har likevel fortsatt flere tiltak per pasient enn de øvrige regioner. Med unntak av Helse Øst hadde alle helseregionene en nedgang i antall pasienter per årsverk de første årene etter eierskapsreformen, og alle regioner har hadde en økning i produktiviteten fra 2003 til 2005. Fra 2005 har produktivitetsveksten stagnert, målt gjennom pasienter per fagårsverk. På landsbasis gikk produktiviteten ned med 0,7 prosent. Nedgangen var i all hovedsak knyttet til Helse Nord (åtte prosent nedgang).

7.3.3 Personellinnsats og plasser ved døgn- og dagavdelinger

Bare knappe seks prosent av pasientene innen tjenesten for barn og unge behandles ved døgn- eller dagavdelinger¹². Denne delen av virksomheten står likevel for 48 prosent av personellinnsatsen. I følge Opptrappingsplanen skulle tallet på plasser opprinnelig øke fra 300 til 500. Plassene ved behandlingshjem skulle i tillegg omgjøres til, eller erstattes av klinikkplasser med en mer aktiv behandlingsprofil. Som vist i kapittel 4 har plasstallet så langt bare økt til 335. Målsettingen er samtidig nedjustert til 400 plasser. Begrunnelsen for dette har hovedsakelig vært av faglig art. Nye behandlingsformer gjør det mer hensiktsmessig å benytte poliklinisk og ambulant virksomhet framfor døgnavdelinger. Vi viser til nærmere diskusjon i kapittel fire. En medvirkende faktor kan imidlertid være at

¹² Noen av disse har i tillegg blitt behandlet poliklinisk. Sum døgn- og dagpasienter pluss polikliniske pasienter overstiger derfor 100 prosent.

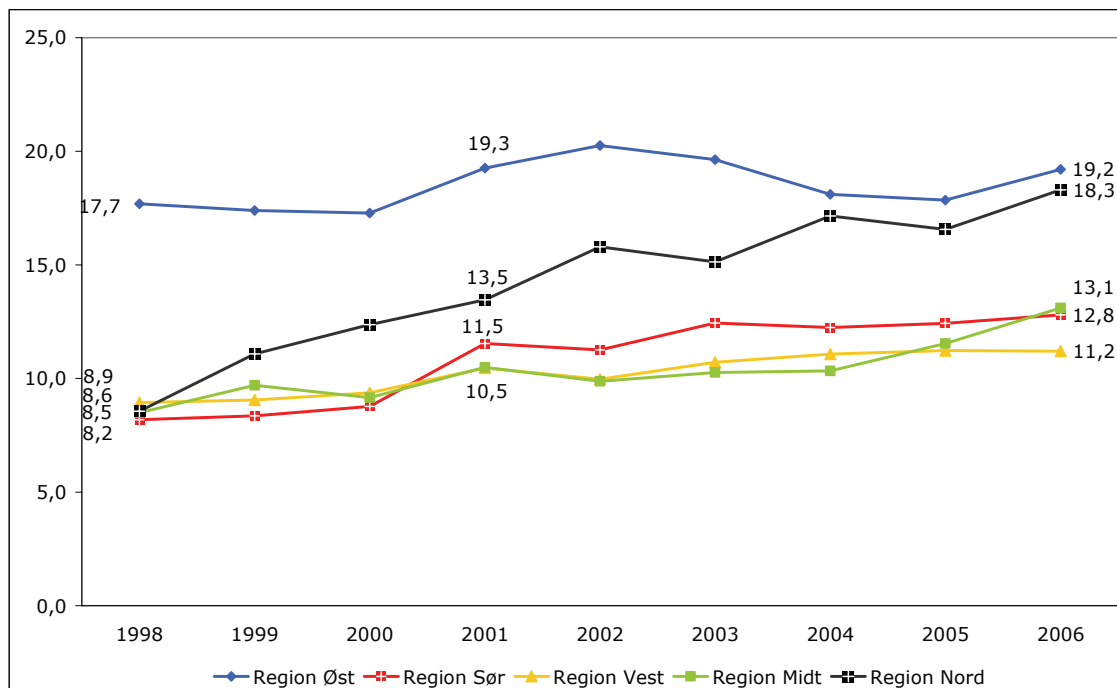
fylkeskommunene, og senere de regionale helseforetakene, har prioritert utbyggingen av poliklinikkene framfor døgn- og dagavdelinger, for å nå målet om fem prosent befolkningsdekning. Vi har derfor undersøkt utviklingen i personellinnsats og tallet på døgnplasser i helseregionene. Resultatet er vist i figur 7.13 og 7.14.



Figur 7.13 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Plasser per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.

Figur 7.13 viser tallet på plasser per 10 000 innbyggere 0-17 år. Totalt sett har det vært en økning på 42 plasser, eller 14 prosent, se kapittel 4 og 6. Korrigert for endringer i tallet på barn og unge blir økningen ni prosent.

Selv om raten er redusert fra 4,3 til 4,1, har Helse Øst gjennom hele perioden hatt en dekning av døgnplasser som har ligget betydelig høyere enn dekningsgraden i de øvrige regionene. Ved starten av perioden hadde Helse Øst en dekningsgrad som var 2,5 ganger så stor som Helse Midt-Norge der raten var lavest (1,7). Helseregionene Midt-Norge, Vest og Nord har alle hatt en økning i sin dekningsgrad i løpet av perioden, mens Helse Sør og Helse Øst har hatt en mindre nedgang. Målt ved variasjonskoeffisienten er forskjellen mellom regionene redusert med om lag 30 prosent i løpet av perioden, se tabell 7.10.



Figur 7.14 Personelldekning (årsverk) ved døgn- og dagavdelinger i det psykiske helsevernet for barn og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.

Figur 7.14 viser utviklingen i bemanningen ved døgn- og dagavdelingene i regionene. På tross av at plasstallet bare har økt med 14 prosent, har det vært en vekst i personellinnsatsen på 39 prosent, se kapittel 6. Korrigert for endringer i tallet på barn og unge, økte dekningsgraden med 31 prosent. Brorparten av personellveksten så langt har med andre ord gått til å styrke bemanningen per plass fremfor å øke plasstallet. Vi vil i den forbindelse minne om at en av målsettingene i Opptrappingsplanen var å gjøre om plassene ved behandlingshjemmene til klinikker med en mer aktiv behandlingsprofil.

Ved starten av perioden hadde Helse Øst, med en personellrate på 17,7, en langt høyere personelldekning enn de andre helseregionene som alle hadde en rate som lå mellom åtte og ni årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen. Dekningsgraden var med andre ord dobbelt så høy. Alle regioner har hatt vekst i dekningsgraden i løpet av perioden. Den årlige veksten var større før enn etter eierskapsreformen. Veksten har vært lavest i Helse Øst og høyest i Helse Nord. I 2006 skilte det mindre enn ett årsverk per 10 000 innbyggere i personellraten for disse regionene. Helse Øst ligger fortsatt høyest med 19,2. De øvrige tre regionene ligger fortsatt på et vesentlig lavere nivå. Helse Vest ligger lavest med en rate på 11,2, mer enn 70 prosent lavere enn Helse Øst. Med unntak av en økning i forbindelse med eierskapsreformen, har den regionale variasjonen, målt gjennom variasjonskoeffisienten, vært synkende alle år i perioden 1998 til 2005. Fra 2005 til 2006 har variasjonen igjen økt noe. Dette skyldes et forholdsvis stabilt nivå i personellraten for de to helseregionene som ligger lavest (Sør og Vest) mens Helseregionene Øst og Nord, som ligger høyest, hadde en økning på opp mot 10 prosent i denne perioden.

7.3.4 Oppsummering

Mens man på landsbasis er på god vei mot å nå målet om fem prosent dekningsgrad, er det fortsatt store forskjeller regionene i mellom. Mens Helse Nord i 2004 passerte fem prosent, og nå har en dekningsgrad på seks prosent av bane- og ungdomsbefolkningen, har Helse Vest fortsatt bare en dekningsgrad på 3,5 prosent, dvs. 70 prosent av måltallet på landsbasis.

Tre forhold synes avgjørende for dekningsgraden:

Den første faktoren er *ressursinnsatsen*. Det er fortsatt store forskjeller i ressursinnsats mellom regionene. Sett i forhold til de andre helseregionene bruker Helse Nord mye ressurser på barn og unge, både absolutt og sett i forhold til tjenester for voksne. Helse Nord har fra 2004 passert Helse Øst, målt ved årsverk i forhold til tallet på barn og unge. Selv om forskjellene har avtatt gjennom perioden, har Helse Nord fortsatt en dekningsgrad som er 53 prosent høyere enn Helse Vest.

Den andre faktoren er *fordeling av ressurser mellom poliklinisk virksomhet og døgn- og dagavdelinger*. Den samlede dekningsgraden (pasienter i prosent av barne- og ungdomsbefolkningen) vil langt på vei være bestemt av dekningsgraden ved poliklinikkene. Helse Øst har relativt sett høy ressursinnsats i tjenester til barn og unge og relativt sett høy dekningsgrad. Men selv om Helse Øst har samme nivå på ressursinnsatsen, når helseregionen langt færre barn og unge sammenlignet med Helse Nord fordi en større andel av ressursene i Helse Øst går til døgnaktiviteten.

Den tredje faktoren er *produktiviteten i poliklinikkene*. Helse Sør har gjennom hele perioden behandlet flere pasienter per fagårsverk enn ved poliklinikkene i de øvrige regionene.

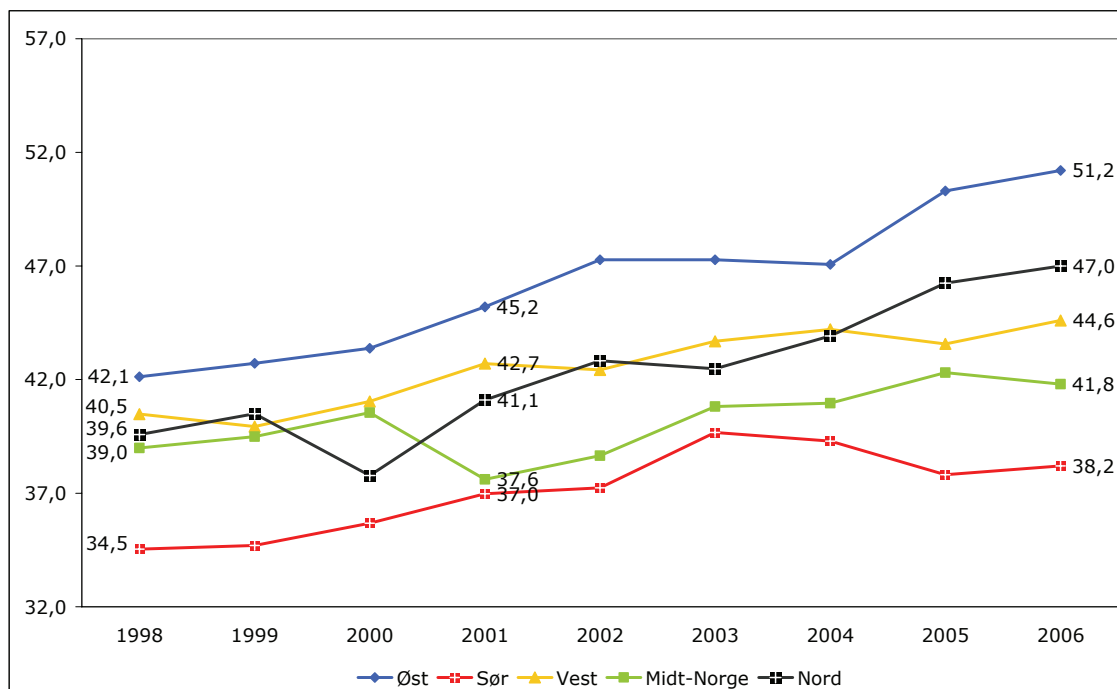
Selv om tallet på døgnplasser bare har økt med 14 prosent, har det vært en økning i personellinnsatsen ved døgn og dagavdelingene på 39 prosent. Alle regioner har her hatt en vekst i personellinnsatsen perioden sett under ett. Veksten var sterkest i perioden forut for eierskapsreformen, sterkest i Helse Nord, og svakest i Helse Øst. Samlet sett har forskjellene i personell ved døgn- og dagavdelinger derfor avtatt i perioden, selv om de fortsatt er betydelige.

Vi minner om at pasientene er fordelt etter bostedsregion mens personellinnsats reflekterer institusjonenes tilknytningsregion. I den grad det forekommer pasientstrømmer mellom helseregionene vil det kunne påvirke inntrykket av forskjeller mellom helseregionene i ressursinnsats. Dermed påvirkes også sammenhengene mellom ressursinnsats, tjenestetilbudets struktur, produktivitet og dekningsgrad for pasientene.

7.4 Psykisk helsevern for voksne

7.4.1 Ressursinnsats

Figur 7.15 viser utviklingen i personelldekning innen psykisk helsevern for voksne i perioden 1998-2006.

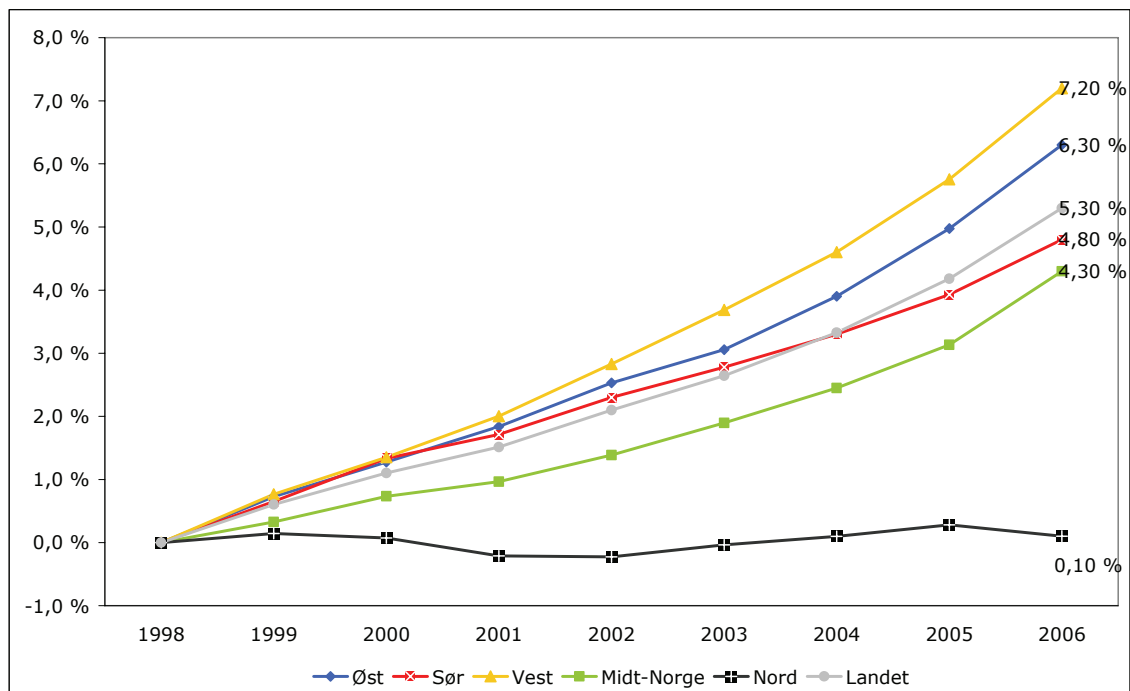


Figur 7.15 Personelldekning (årsverk) i det psykisk helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Samlet sett har personellinnsatsen økt med 21 prosent i perioden. Korrigert for økning i tallet på voksne innbyggere blir veksten 15 prosent. Veksten var klart sterkest i Helse Nord (med en økning i raten på 7,4 poeng) og Helse Øst (9,1 poeng¹³). De øvrige regioner har hatt en økning på mellom 2,8 og 3,9 poeng. Helse Sør har gjennom hele perioden hatt en lavere, og Helse Øst enn høyere personelldekning enn de øvrige regionene. Ved starten av perioden hadde Helse Øst en dekningsgrad som lå fem prosent over landsgjennomsnittet, mens Helse Sør lå 14 prosent under. Både i helseregionene Vest, Midt-Norge og Nord lå dekningsgraden nær landsgjennomsnittet. Samlet sett har forskjellene holdt seg relativt stabile, med en variasjonskoeffisient som varierer mellom 0,07 og 0,11, men med en liten økning fra 2005. Dette er betydelig lavere enn for tjenestene til barn og unge. Helse Øst har likevel gjennom hele perioden hatt en dekningsgrad som har ligget 22-34 prosent over den vi finner i Helse Sør. Forskjellene har blitt forsterket gjennom nedgang i personellinnsatsen i Helse Sør fra 2003 til 2005. Vi kan ellers merke oss at Helse Midt-Norge har hatt en svak nedgang i personelldekningen fra 2005 til 2006, mens dekningsgraden har økt i de andre regionene.

Den faktiske utviklingen i personellinnsatsen avviker fra utviklingen i personelldekningen dersom innbyggertallet i målgruppen også endres. Figur 7.16 viser utviklingen i innbyggertall i alderen 18 år og eldre i helseregionene for årene 1998-2006.

¹³ Den registrerte økningen i Helse Øst påvirkes av endret fordeling av fellespersonell ved en institusjon i regionen, innarbeidet fra 2005. Korrigert for dette blir veksten likevel 7,2 poeng.



Figur 7.16 Prosent endring innbyggertall i alderen 18 år og eldre i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Helseregioner.

Helse Vest har hatt størst vekst i voksenbefolkningen i perioden (7,2 prosent), etterfulgt av Helse Øst (6,3 prosent). Helse Sør har hatt en vekst på 4,8 prosent, mens veksten i Midt-Norge var 4,3 prosent i samme periode. Innbyggertallet i denne aldersgruppen har vært så og si uendret i Helse Nord.

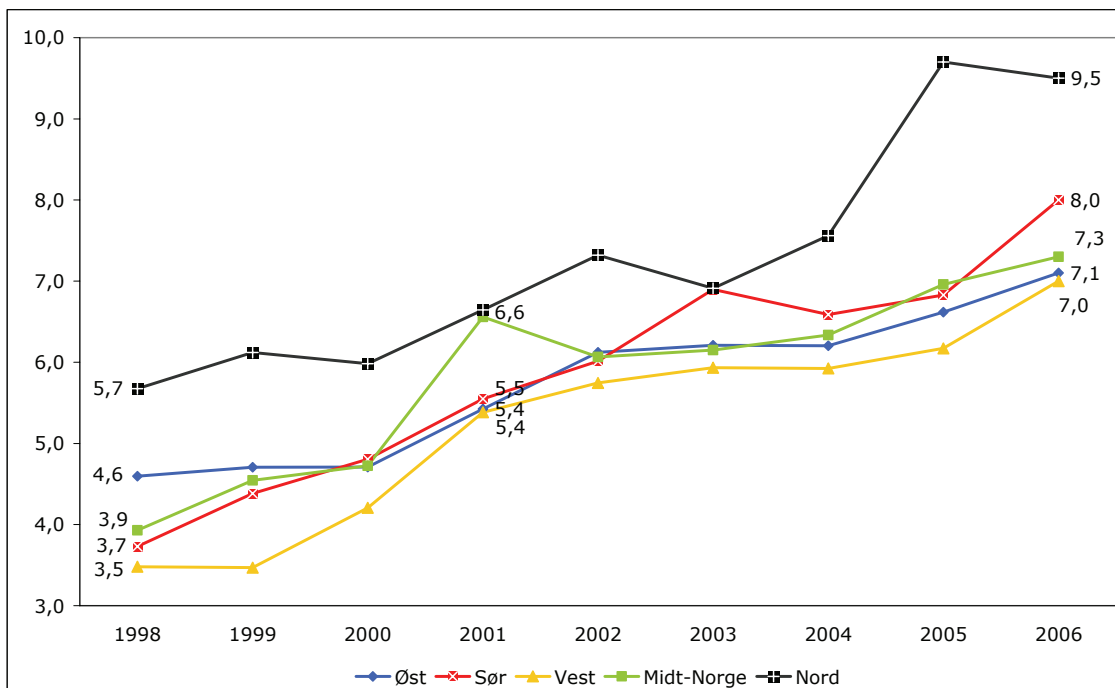
Dette betyr at Helse Vest måtte ha størst vekst i personellinnsatsen for å opprettholde personelldekningen, mens Helse Nord ikke har trengt å øke personellinnsatsen for å holde personelldekningen på samme nivå i 2006 som i 1998.

Vi har ikke tall for antall pasienter som får tilbud innen psykisk helsevern for voksne i løpet av et år og kan således ikke presentere tall for dekningsgrader. Vi presenterer i stedet tall for aktiviteten i poliklinisk virksomhet og døgnvirksomheten, målt ved antall polikliniske konsultasjoner og utskrivinger.

7.4.2 Personellinnsats, aktivitet og produktivitet i poliklinisk virksomhet

Andel personell knyttet opp mot poliklinisk virksomhet er betydelig lavere i tjenestene for voksne enn i tjenestene for barn og unge. Andelen har likevel økt i løpet av planperioden, og ligger nå på 15 prosent på landsbasis. Andelen varierte fra 13 prosent i Helse Øst til 19 i Helse Sør.

Figur 7.17 viser den regionvise utviklingen i personelldekningen i poliklinisk virksomhet i perioden 1998-2006.

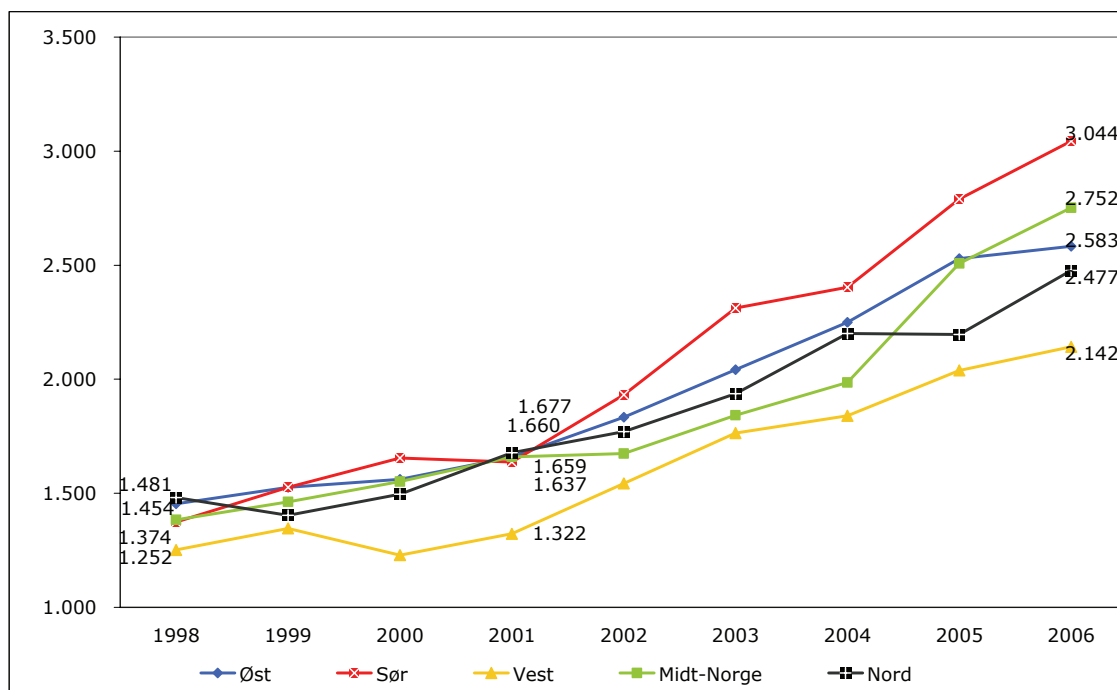


Figur 7.17 Personelldekning (årsverk) i poliklinisk virksomhet i det psykisk helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Personellinnsatsen har på landsbasis økt med 81 prosent. Korrigert for økning i folketallet gir dette en vekst på 76 prosent, se tabell 7.12. Størst vekst hadde Helse Sør, med 116 prosent økning. Lavest vekst hadde Helse Øst, med en økning på 54 prosent. Fram til 2003 var det en klar tendens i retning utjevning av dekningsgraden. Helse Nord har gjennom hele perioden hatt den høyeste personelldekningen. Fra 2005 til 2006 hadde regionen en liten nedgang i raten, men den skiller seg ut ved spesielt kraftig vekst i personelldekningen for voksne fra 2003 til 2005¹⁴. Helse Vest har gjennom hele perioden hatt den laveste personelldekningen ved poliklinikkene. Mens Helse Nord i 1998 hadde en dekningsgrad som var 63 prosent høyere enn i Helse Vest, sank dette til 17 prosent i 2003. Siden den gang har det igjen økt til 36 prosent. Holder vi Helse Nord utenfor, er dekningsgraden nå på om lag samme nivå i de fire øvrige helseregionene.

Figur 7.18 viser antall polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere i målgruppen.

¹⁴ Den sterke økningen for Helse Nord fra 2004 til 2005 skyldes delvis at ambulante team nå er inkludert i tallene.

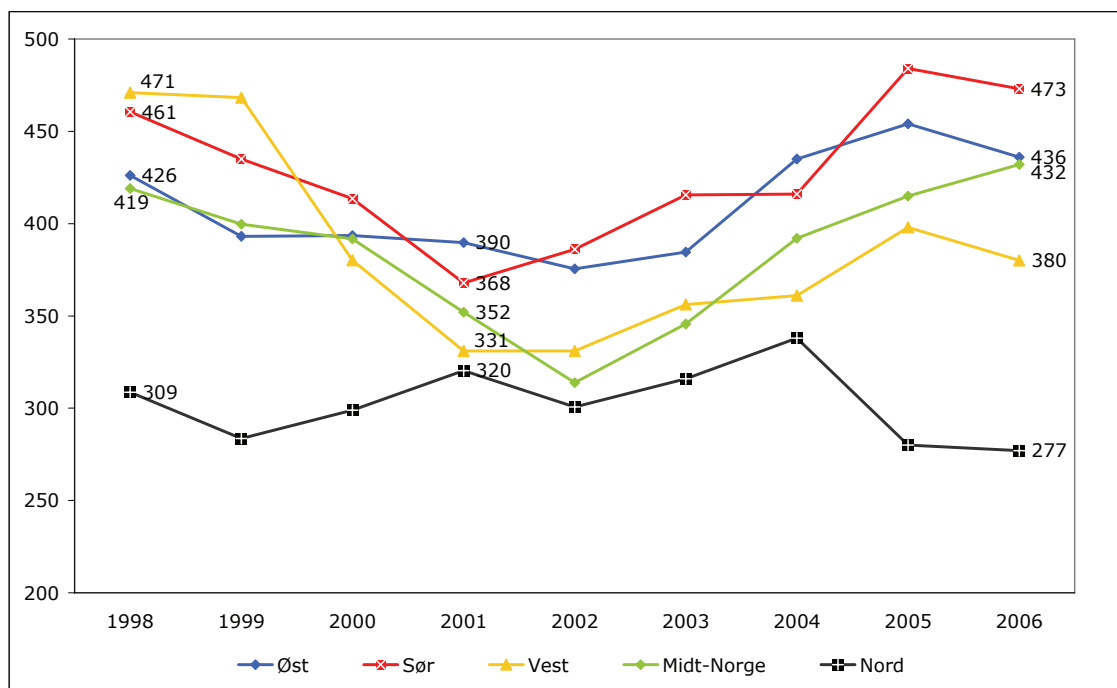


Figur 7.18 Antall polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998-2006.

På landsbasis har tallet på konsultasjoner økt med 96 prosent. Justert for endringer i folketallet gir dette en økning på 86 prosent. I alle helseregioner var veksten sterkere etter sykehusreformen enn i årene før. Økningen siste år kan i noen grad ha sin bakgrunn i endringer i takstsystemet. Vi vet ikke om endringer i registreringspraksis ellers har bidratt til den sterke veksten i konsultasjoner etter eierskapsreformen. Vi kjenner heller ikke til om helseregionene har hatt ulik praksis med hensyn til registreringen av konsultasjonene.

Helse Vest har gjennom hele perioden hatt den laveste konsultasjonsraten. I første del av perioden fant det sted en utjevning i de andre helseregionene, og raten var så å si lik i 2001. I perioden etter sykehusreformen har forskjellene mellom helseregionene økt. Helse Nord har nå en konsultasjonsrate som er 42 prosent høyere enn i Helse Vest. Med en variasjonskoeffisient på 0,13 er imidlertid forskjellene betydelig mindre enn for behandlingsratene for barn og unge, der variasjonskoeffisienten som vi har sett fortsatt er på 0,22, eller nær dobbelt så stor.

Figur 7.19 viser utviklingen i produktivitet på regionnivå, målt ved antall konsultasjoner per fagårsverk.



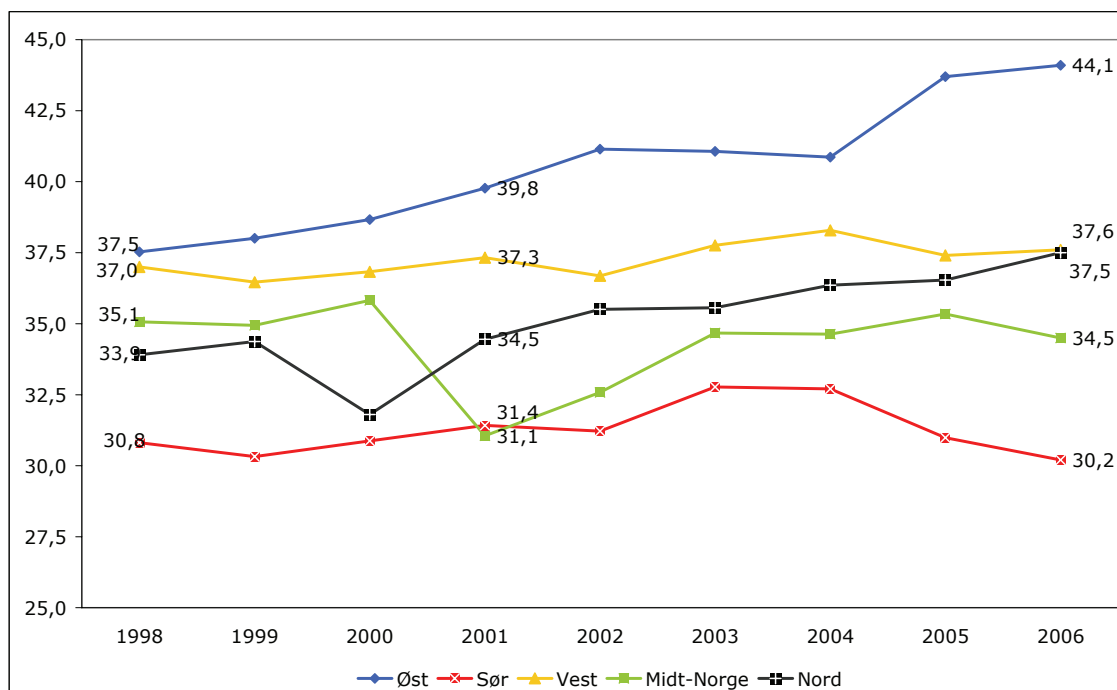
Figur 7.19 Produktivitet i poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne. Antall konsultasjoner per fagårsverk. 1998-2006.

Holder vi Helse Nord utenfor, har det vært en relativt likeartet utvikling i perioden. I perioden før eierskapsreformen, da det var en sterk utbygging av den polikliniske virksomheten, falt produktiviteten hvert år. Veksten i konsultasjonene holdt ikke tritt med veksten i personellet. Fra 2002 til 2005 har produktiviteten igjen økt i de fire regionene. Fra 2005 til 2006 har det igjen vært en nedgang i produktiviteten for helseregionene Øst, Sør og Vest mens produktiviteten i Midt-Norge fortsatt øker. I 2006 hadde helseregionene Sør, Øst og Midt-Norge marginalt høyere produktivitet enn i 1998. Helse Vest lå fortsatt 21 prosent lavere enn nivået i 1998.

Helse Nord viser et avvikende mønster. Helseregionen hadde i utgangspunktet den laveste produktiviteten, men hadde heller ikke noe fall i produktiviteten over den første delen av perioden. Derimot falt produktiviteten betydelig fra 2004 til 2005. Dette har delvis sin bakgrunn i at personell i ambulant virksomhet nå registreres under poliklinikkene, uten at tallet på konsultasjoner øker i samme grad. Det er også usikkerhet knyttet til i hvilken grad årsverkene ved ambulante team tidligere har vært rapportert under poliklinikker eller døgn-/dagavdelinger. Nedgangen i produktiviteten i Helse Nord har flatet ut fra 2005 til 2006.

7.4.3 Ressursinnsats, aktivitet og plasser i døgnvirksomhet

Figur 7.20 viser utviklingen i personellinnsats ved døgn- og dagavdelingene. Disse står nå for 84 prosent av årsverkene i tjenestene for voksne.

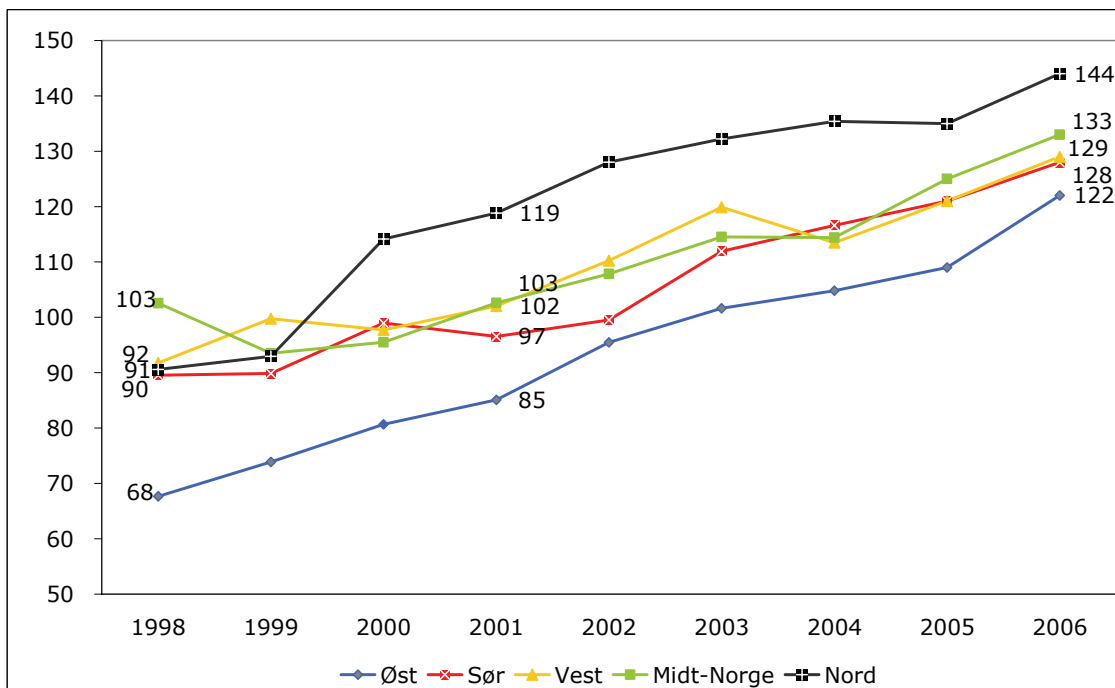


Figur 7.20 Personelldekning (årsverk) i dag-/døgnvirksomhet i det psykisk helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Samlet sett har det på landsbasis vært en økning i personellinnsatsen på 14 prosent. Korrigert for endringer i folketallet blir imidlertid veksten på åtte prosent. I helseregionene Sør, Vest og Midt-Norge har endringen i personelldekning ved avdelingene vært ubetydelig. Helse Midt-Norge hadde en kraftig nedgang fra år 2000 til 2001, og har senere økt dekningsgraden frem til 2005. Fra 2005 til 2006 hadde denne regionen en liten nedgang (ca. to prosent). I helseregionene Vest og Sør har dekningsgraden vært relativt stabil gjennom hele perioden. Begge regioner hadde likevel en nedgang fra 2004 til 2005. I Sør har denne nedgangen fortsatt i 2006.

Helse Øst, som også i utgangspunktet hadde den høyeste dekningsgraden, har hatt en økning i raten på 6,6 poeng, eller 18 prosent. Helse Nord har hatt en økning på 3,6 poeng, eller elleve prosent. Helse Øst hadde ved starten av perioden en personelldekning som var 22 prosent høyere enn i Helse Sør. Forskjellen har nå økt til 46 prosent. Målt ved variasjonskoeffisienten har forskjellene økt fra 0,08 til 0,13. Relativt sett er forskjellene likevel fortsatt mindre enn i tjenestene for barn og unge.

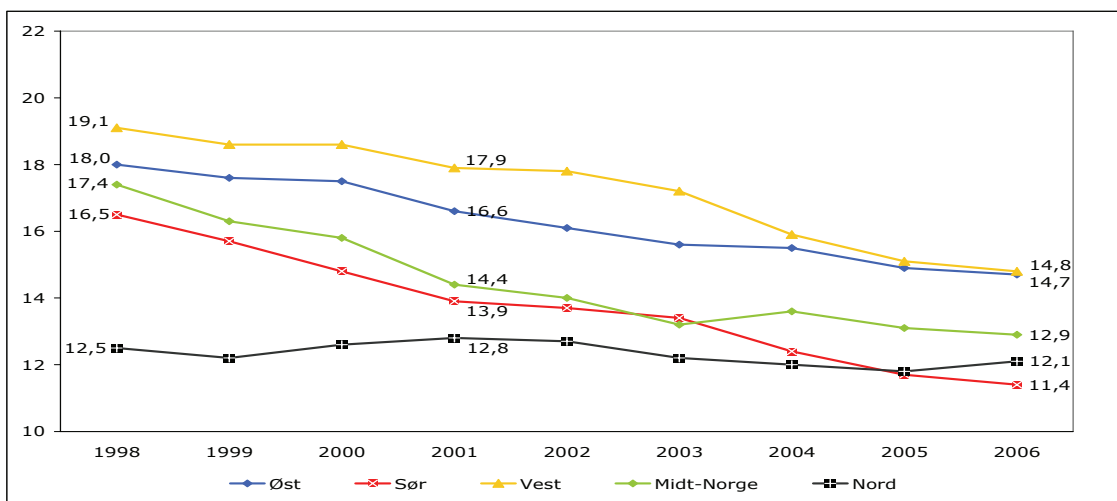
Som mål på bruken av tjenester i regionene vil vi se på utviklingen i antall utskrivninger fra døgnavdelingene. I figur 7.21 har vi beregnet utskrivningsraten per 10 000 innbyggere i målgruppen. Samme pasient kan ha flere opphold ved en døgnavdeling i løpet av et år. Ulik struktur på tilbudet og utskrivningspraksis vil kunne bidra til forskjeller i antall utskrivninger. I den grad det forekommer pasientstrømmer mellom helseregionene, vil antall utskrivninger per innbygger over 18 år i større grad reflektere relative forskjeller i aktivitetsnivå ved institusjonene enn nivåforskjeller i tilgjengelighet til tjenestene for helseregionenes innbyggere. Omfanget av slike pasientstrømmer er imidlertid betydelig mindre innenfor det psykiske helsevernet enn innenfor somatisk sykehusbehandling.



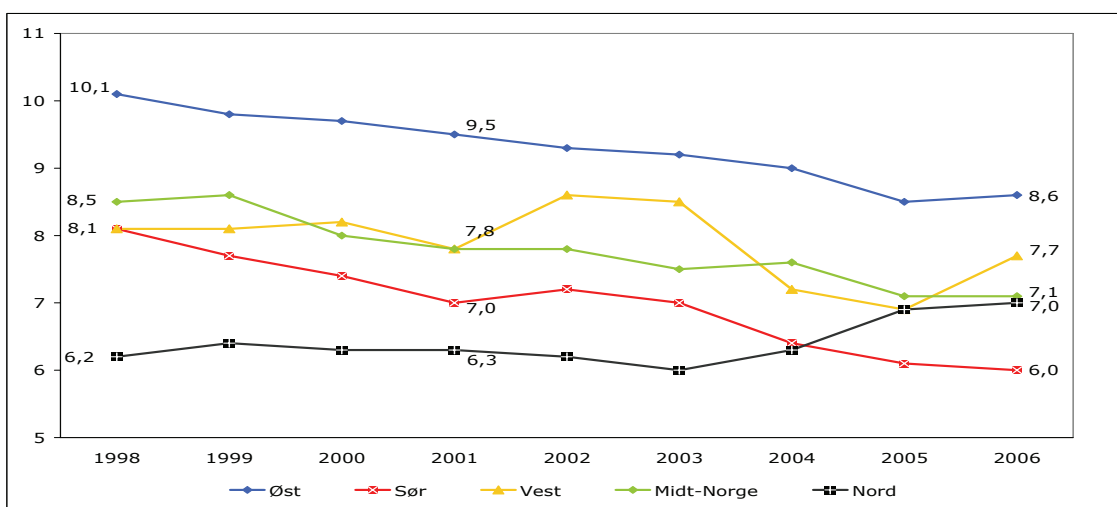
Figur 7.21 Antall utskrivinger fra døgnavdelinger per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998-2006.

På landsbasis har antall utskrivinger økt med 62 prosent fra 1998 til 2006. Korrigert for endringer i folketallet blir økningen 54 prosent. Helseregionene Nord, Midt-Norge, Vest og Sør hadde relativ lik rate i starten av perioden. Helse Øst lå betydelig lavere. I Helse Nord gjorde utskrivingsraten et hopp fra 1999 til 2000, og denne regionen har siden ligget vesentlig høyere enn øvrige regioner. For øvrig har utviklingen for regionene vært forholdsvis parallell, men med noe større vekst for Helse Øst. Den har derfor nærmet seg de øvrige regionene og forskjellen mellom regionene er redusert i perioden. Helse Øst har imidlertid, på tross av den høyeste personelldekningen, gjennom hele perioden hatt den laveste utskrivningsraten. Helse Nord har flest utskrivinger per innbygger i 2006. Mens Helse Midt-Norge hadde høyeste utskrivningsrate i 1998, 52 prosent høyere enn Helse Øst, hadde Helse Nord i 2006 en utskrivningsrate som lå 18 prosent over Helse Øst. Variasjonskoeffisienten er i samme periode redusert fra 0,15 til 0,06.

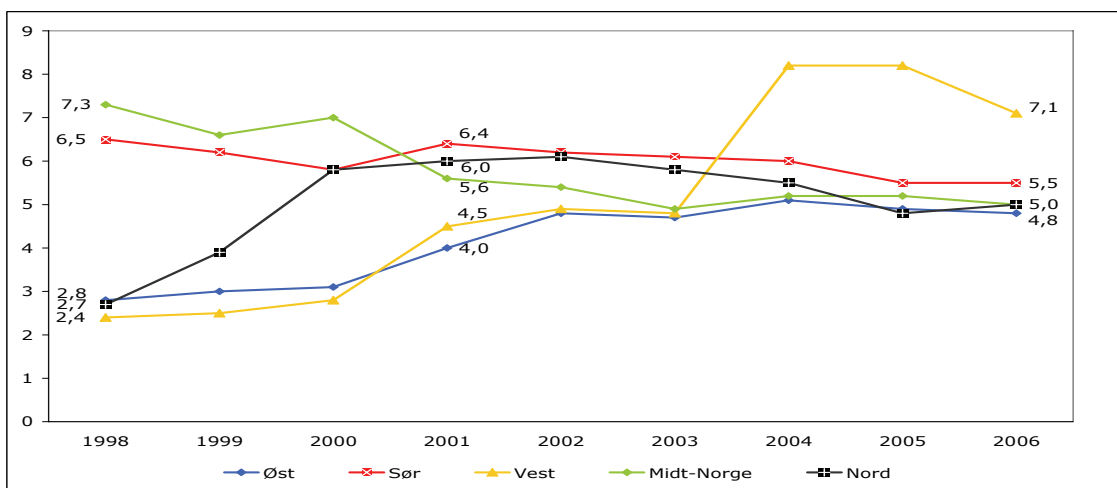
Det har skjedd store strukturendringer innen døgnaktiviteten i løpet av opptrappingsplanperioden. Figur 7.22 viser ratene for antall døgnplasser totalt, figur 7.23 ratene for sykehusene, figur 7.24 ratene for DPS-ene, mens figur 7.25 viser ratene for psykiatriske sykehjem.



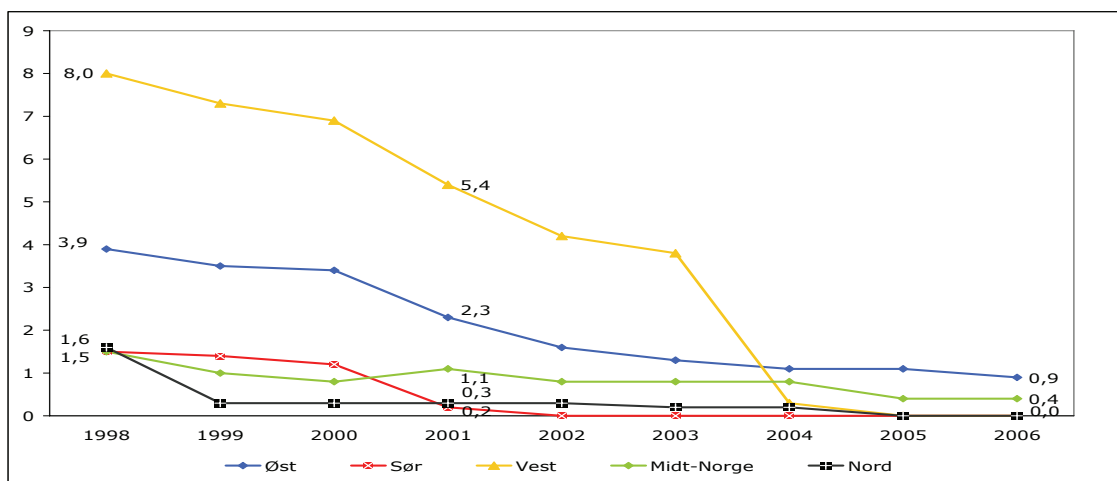
Figur 7.22 Døgnplassdekning i psykisk helsevern for voksne. Antall døgnplasser totalt per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.



Figur 7.23 Døgnplassdekning i psykisk helsevern for voksne. Antall døgnplasser i sykehus per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.



Figur 7.24 Døgnplassdekning i psykisk helsevern for voksne. Antall døgnplasser i DPS per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.



Figur 7.25 Døgnplassdekning i psykisk helsevern for voksne. Antall døgnplasser i sykehjem per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Samlet sett har tallet på døgnplasser blitt redusert med 16 prosent. Justert for økning i voksenbefolkningen blir nedgangen 21 prosent (se tabell 7.17). Dekningsgraden har blitt redusert i alle regionene i løpet av planperioden, men bare ubetydelig i Helse Nord (0,4 poengs nedgang), som i utgangspunktet hadde den laveste dekningsgraden. Helseregionene Vest, som i utgangspunktet hadde den høyeste dekningsgraden, har hatt en kraftigere nedgang (4,3 poeng) enn Helse Øst (3,3 poeng), slik at dekningsgraden nå er den samme i de to regionene. Størst nedgang har det vært i Helse Sør, med en nedgang i raten på 5,1 poeng eller 31 prosent. Helse Midt-Norge har hatt en nedgang i raten på 4,5 poeng. Ettersom nedgangen har vært minst i Helse Nord, har også de relative forskjellene blitt mindre. Mens Helse Vest i 1998 hadde en dekningsgrad som lå 54 over Helse Nord, har Helse Vest nå en dekningsgrad som er ca. 30 prosent høyere enn i Helse Sør, der dekningsgraden nå er lavest. Også målt ved variasjonskoeffisienten har forskjellene blitt noe redusert, fra 0,15 i 1998 til 0,11 ved utgangen av perioden.

Helse Øst har gjennom hele perioden hatt en høyere dekning av sykehusplasser enn de øvrige regionene. Lavest har dekningsgraden vært i Helse Nord. Med unntak for Helse Nord, har alle helseregioner hatt en nedgang i dekningsgraden for sykehusplasser. Helse Nord har som eneste region hatt en økning i raten¹⁵.

Helseregionene hadde ved starten av perioden svært ulik dekningsgrad for plasser i distriktpsikiatriske sentra. Helse Midt-Norge og Helse Sør hadde en langt høyere dekningsgrad enn de øvrige helseregionene. Etter hvert som også de andre regionene har fått på plass DPS-strukturen, med tilhørende omdanning av sykehjem til avdelinger ved DPS, har forskjellene blitt utjevnet. Helse Vest fikk i 2004 på plass DPS-strukturen i Rogaland, og har nå den høyeste dekningsgraden for denne institusjonstypen. Nedgangen i raten skyldes at enkelte DPS-avdelinger i Rogaland igjen har blitt lagt inn under Universitetssjukehuset i Stavanger.

De psykiatriske sykehjem er nå på det nærmeste avviklet. Sett i forhold til innbyggertallet er det kun helseregionene Øst og Midt-Norge som har behandlingsplasser i sykehjem av et visst omfang.

7.4.4 Oppsummering

Døgnvirksomheten står for 84 prosent av ressursinnsats i det psykiske helsevernet for voksne. Andelen er betydelig høyere enn i tjenestene for barn og ungdom (48 prosent).

¹⁵ Økningen fra 2004 til 2005 skyldes imidlertid hovedsakelig at de distriktpsikiatriske tjenestene nå rapporteres som en del av Nordlandssykehus, Rønvik.

Forskjellene i ressursinnsats er gjennomgående mindre i tjenestene for voksne enn i tjenestene for barn og unge.

Med unntak av Helse Nord, har det på regionnivå vært relativt lik utvikling i produktiviteten ved poliklinikkene, målt ved antall konsultasjoner per fagårsverk. Poliklinikkene for voksne opplevde sterk vekst i personellinnsatsen de første årene av opptrappingsplanperioden. Samtidig gikk produktiviteten ned. Måltallet for vekst i kapasiteten innen poliklinikkene som ble satt i Opptrappingsplanen er nådd. Fra 2002 til 2005 har produktiviteten steget. Fra 2005 til 2006 har det imidlertid igjen vært en nedgang. Dette kan delvis skyldes utbyggingen av den ambulante virksomheten. Rask vekst i personellinnsatsen tidlig i planperioden medførte at poliklinikkene pådro seg omstillingskostnader i form av opplæring av nyansatte, flytting mv. Krav om produktivitetsvekst samtidig som tjenestene bygges kraftig ut, var derfor trolig vanskelig å innfri. Helseregionene Øst og Nord, som hadde lavest vekst i polikliniske personell i perioden, hadde også minst endring i produktivitet i denne perioden.

7.5 Tallgrunnlag – utvikling i helseregionene 1998-2005

7.5.1 Befolkningsutvikling

Tabell 7.1 Innbyggertall. Prosentvis endring 1998-2001, 2001-2006, og 1998-2006. Helseregioner.

Helseregion	Innbyggere totalt			Innbyggere 0-17 år			Innbyggere 18 år og eldre		
	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	2,3	4,8	7,2	3,8	6,4	10,5	1,8	4,4	6,3
Sør	2,0	2,6	4,7	2,8	1,4	4,2	1,7	3,0	4,8
Vest	2,0	4,4	6,5	2,1	2,2	4,3	2,0	5,1	7,2
Midt-Norge	1,2	2,7	3,9	1,9	0,7	2,6	1,0	3,4	4,3
Nord	0,0	-0,5	-0,5	0,8	-3,1	-2,3	-0,2	0,3	0,1
Totalt	1,8	3,5	5,3	2,6	2,7	5,4	1,5	3,7	5,3

Datakilde: SSB

7.5.2 Psykisk helsevern totalt

Tabell 7.2 Personelldekning i det psykiske helsevernet. Årsverk per 10 000 innbyggere. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	39,3	39,6	40,3	42,2	44,3	44,1	43,6	46,4	47,8	7,6	13,3	21,7
Sør	30,1	30,5	31,4	33,1	33,6	36,1	35,9	35,0	36,0	10,2	8,8	19,7
Vest	34,1	33,9	35,1	36,7	37,0	38,3	39,0	38,9	40,0	7,7	9,0	17,4
Midt-Norge	33,6	34,2	35,2	33,3	34,6	36,4	36,8	38,5	38,8	-0,8	16,5	15,5
Nord	35,2	36,7	35,2	38,1	40,3	40,2	41,9	44,0	45,3	8,1	18,9	28,7
Totalt	35,6	36,0	36,6	38,0	39,3	40,2	40,4	41,7	42,8	7,0	12,6	20,2
Standard- avvik	3,3	3,4	3,2	3,8	4,4	3,3	3,3	4,6	4,8			
CV	0,09	0,09	0,09	0,10	0,11	0,08	0,08	0,11	0,11			

Grunnlagsdata: SSB

7.5.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Tabell 7.3 Personelldekning i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	29,0	28,5	29,6	31,8	33,7	33,2	31,8	33,1	36,2	9,7	13,8	24,8
Sør	15,3	16,6	17,6	20,6	21,6	24,3	24,9	25,8	28,8	34,6	39,6	88,0
Vest	15,5	16,2	17,7	19,3	21,3	22,5	23,6	24,9	26,4	24,5	36,8	70,3
Midt-Norge	16,5	17,7	18,3	19,9	21,9	22,5	23,7	26,4	28,9	20,5	45,3	75,2
Nord	21,5	24,7	27,0	28,7	32,5	33,0	35,6	36,8	40,5	33,5	41,1	88,3
Totalt	20,7	21,5	22,7	24,8	26,8	27,5	27,9	29,3	32,0	19,8	29,0	54,6
Standard- avvik	5,8	5,6	5,8	5,8	6,3	5,5	5,5	5,2	5,9			
CV	0,28	0,26	0,26	0,23	0,24	0,20	0,20	0,18	0,19			

Grunnlagsdata: SSB

Tabell 7.4 Personelldekning i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	11,3	11,2	12,3	12,5	13,4	13,5	13,7	15,2	17,0	11,0	35,7	50,1
Sør	7,1	8,3	8,8	9,1	10,3	11,9	12,7	13,4	16,0	27,3	75,7	125,2
Vest	6,6	7,2	8,3	8,8	11,4	11,8	12,5	13,7	15,2	34,6	72,5	130,0
Midt-Norge	8,0	8,0	9,1	9,4	12,0	12,2	13,4	14,9	15,8	17,3	67,8	97,2
Nord	13,0	13,6	14,6	15,3	16,7	17,9	18,4	20,2	22,4	17,9	46,1	71,9
Totalt	9,1	9,5	10,5	10,9	12,5	13,1	13,7	15,0	16,7	19,1	53,6	84,0
Standard- avvik	2,8	2,7	2,7	2,8	2,5	2,6	2,5	2,7	2,9			
CV	0,31	0,28	0,26	0,26	0,20	0,20	0,18	0,18	0,17			

Grunnlagsdata: SSB

Tabell 7.5 Personelldekning ved døgn- og dagavdelinger i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	17,7	17,4	17,3	19,3	20,3	19,6	18,1	17,9	19,2	9,0	-0,4	8,6
Sør	8,2	8,4	8,8	11,5	11,3	12,4	12,2	12,4	12,8	40,2	11,1	55,8
Vest	8,9	9,0	9,4	10,5	10,0	10,7	11,1	11,2	11,2	18,0	6,9	26,1
Midt-Norge	8,5	9,7	9,2	10,5	9,9	10,3	10,3	11,5	13,1	23,5	24,4	53,7
Nord	8,6	11,1	12,4	13,5	15,8	15,1	17,2	16,6	18,3	57,0	35,3	112,4
Totalt	11,6	12,0	12,2	13,9	14,3	14,5	14,2	14,3	15,2	19,8	9,7	31,4
Standard- avvik	4,1	3,7	3,6	3,7	4,5	3,9	3,6	3,1	3,6			
CV	0,35	0,30	0,29	0,26	0,32	0,27	0,25	0,21	0,24			

Grunnlagsdata: SSB

Tabell 7.6 Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall behandlede pasienter i prosent av befolkningen i alderen 0-17 år. Helseregion. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	2,1	2,3	2,6	2,8	3,0	3,3	3,6	3,9	4,2	33,3	50,0	100,0
Sør	2,1	2,4	2,6	2,8	2,9	3,4	3,8	4,3	4,8	32,3	71,4	128,6
Vest	1,4	1,6	2,0	2,1	2,3	2,5	3,0	3,2	3,5	54,7	66,7	150,0
Midt-Norge	1,6	1,7	2,0	2,4	2,5	2,7	3,2	3,7	3,9	52,0	64,3	146,4
Nord	3,0	3,3	3,6	4,1	4,3	4,6	5,1	5,7	6,0	34,2	47,3	101,4
Totalt	2,0	2,2	2,5	2,7	2,9	3,2	3,6	4,0	4,3	38,6	59,8	115,7
Standard- avvik	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	1,0			
CV	0,29	0,28	0,23	0,24	0,25	0,23	0,20	0,24	0,23			

Grunnlagsdata: NPR

Tabell 7.7 Antall polikliniske tiltak i det psykiske helsevernet for barn og unge per 10 000 innbyggere i alderen 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	2 217	2 476	2 666	2 917	3 411	4 329	4 627	5 243	6 275	31,6	115,1	183,0
Sør	1 418	1 849	2 353	2 479	2 917	3 932	4 480	5 310	6 065	74,8	144,6	327,7
Vest	1 187	1 463	2 029	2 224	2 864	3 612	4 109	4 299	4 755	87,3	113,8	300,5
Midt-Norge	1 658	1 870	2 181	2 419	2 803	3 669	4 065	4 473	4 625	45,9	91,2	179,0
Nord	2 593	2 975	3 173	3 826	4 770	5 623	6 147	6 939	7 716	47,8	101,7	197,6
Totalt	1 791	2 100	2 447	2 701	3 248	4 132	4 558	5 109	5 808	50,9	115,0	224,3
Standard- avvik	579	589	454	641	828	827	851	1 045	1 265			
CV	0,32	0,28	0,19	0,24	0,25	0,20	0,19	0,20	0,22			

Grunnlagsdata: NPR

Tabell 7.8 Antall pasienter per fagårsverk i poliklinisk virksomhet¹⁾. Psykisk helsevern for barn og unge. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	22	23	25	25	25	26	29	29	29	17,0	15,5	31,3
Sør	34	35	37	37	34	37	37	40	40	10,0	6,8	16,2
Vest	27	26	27	28	26	24	28	27	27	4,0	-2,8	0,8
Midt-Norge	22	23	26	27	25	24	27	28	28	22,8	4,0	27,7
Nord	28	29	29	30	30	24	30	33	30	6,2	0,5	7,7
Totalt	25	27	28	29	27	29	30	31	30	12,4	4,6	21,4

Grunnlagsdata: NPR og SSB

1) Antall pasienter per fagårsverk for landet kan avvike noe fra det som presenteres i kapittel 4 og 6 fordi tallgrunnlaget som er benyttet der ikke kan fordeles ned på regionnivå alle år.

Tabell 7.9 Antall polikliniske tiltak per fagårsverk i poliklinisk virksomhet. Psykisk helsevern for barn og unge¹⁾. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	250	279	286	291	318	384	410	417	455	16,6	55,6	81,1
Sør	234	287	348	343	353	411	440	505	518	47,0	38,4	102,9
Vest	253	260	303	302	332	366	375	375	380	19,2	32,6	58,2
Midt-Norge	250	274	293	295	293	343	360	359	339	18,2	12,3	32,5
Nord	250	271	267	295	343	371	389	418	397	18,2	41,6	67,0
Totalt	248	275	297	302	327	378	398	414	426	22,1	40,5	71,1

Grunnlagsdata: NPR og SSB

1) Antall tiltak per fagårsverk for landet kan avvike noe fra det som presenteres i kapittel 4 og 6 fordi tallgrunnlaget som er benyttet der ikke kan fordeles ned på regionnivå alle år.

Tabell 7.10 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Plasser per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	4,3	4,0	4,0	4,2	4,2	4,4	4,2	4,1	4,1	-3	-3	-5
Sør	2,2	2,3	2,2	2,1	2,0	2,4	2,2	2,1	2,1	-3	0	-5
Vest	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,2	2,4	2,4	2,6	-4	24	18
Midt-Norge	1,7	2,1	2,1	2,4	2,1	2,4	2,4	2,5	2,5	40	5	49
Nord	2,2	2,6	2,7	3,1	3,2	3,1	2,7	3,1	3,1	45	1	42
Totalt	2,8	2,8	2,8	3,0	2,9	3,1	3,0	3,0	3,1	5	2	9
Standard- avvik	1,0	0,8	0,8	0,9	1,0	0,9	0,8	0,8	0,8			
CV	0,36	0,28	0,29	0,29	0,33	0,29	0,27	0,26	0,25			

Grunnlagsdata: SSB

7.5.4 Psykisk helsevern for voksne

Tabell 7.11 Personelldekning i det psykisk helsevernet for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	42,1	42,7	43,4	45,2	47,3	47,3	47,1	50,3	51,2	7,3	13,2	21,6
Sør	34,5	34,7	35,7	37,0	37,2	39,7	39,3	37,8	38,2	7,0	3,3	10,8
Vest	40,5	39,9	41,0	42,7	42,4	43,7	44,2	43,6	44,6	5,5	4,4	10,1
Midt-Norge	39,0	39,5	40,5	37,6	38,6	40,8	41,0	42,3	41,8	-3,5	11,1	7,1
Nord	39,6	40,5	37,8	41,1	42,8	42,5	43,9	46,2	47,0	3,8	14,3	18,6
Totalt	40,1	40,4	40,9	42,1	43,2	44,2	44,3	45,5	46,1	5,0	9,5	15,0
Standard- avvik	2,8	2,9	3,0	3,5	3,9	2,9	3,0	4,6	4,9			
CV	0,07	0,07	0,07	0,08	0,09	0,07	0,07	0,10	0,11			

Grunnlagsdata: SSB

Tabell 7.12 Personelldekning i poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	4,6	4,7	4,7	5,4	6,1	6,2	6,2	6,6	7,1	18,0	30,2	53,7
Sør	3,7	4,4	4,8	5,5	6,0	6,9	6,6	6,8	8,0	48,7	44,9	115,5
Vest	3,5	3,5	4,2	5,4	5,7	5,9	5,9	6,2	7,0	54,6	30,0	101,0
Midt-Norge	3,9	4,5	4,7	6,6	6,1	6,2	6,3	7,0	7,3	67,0	11,2	85,7
Nord	5,7	6,1	6,0	6,6	7,3	6,9	7,6	9,7	9,5	17,1	42,8	67,2
Totalt	4,3	4,5	4,8	5,7	6,2	6,4	6,4	6,9	7,5	34,9	30,6	76,1
Standard- avvik	0,9	1,0	0,7	0,6	0,6	0,5	0,6	1,4	1,1			
CV	0,21	0,21	0,14	0,11	0,10	0,07	0,10	0,20	0,14			

Grunnlagsdata: SSB

Tabell 7.13 Personelldekning i døgn- og dagvirksomhet i det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	37,5	38,0	38,7	39,8	41,1	41,1	40,9	43,7	44,1	6,0	10,9	17,7
Sør	30,8	30,3	30,9	31,4	31,2	32,8	32,7	31,0	30,2	2,0	-3,9	-2,0
Vest	37,0	36,5	36,8	37,3	36,7	37,8	38,3	37,4	37,6	0,9	0,7	1,6
Midt-Norge	35,1	34,9	35,8	31,1	32,6	34,7	34,6	35,3	34,5	-11,4	10,9	-1,8
Nord	33,9	34,4	31,8	34,5	35,5	35,6	36,4	36,5	37,5	1,6	8,6	10,5
Totalt	35,8	35,9	36,2	36,4	37,0	37,8	37,9	38,6	38,6	1,5	6,1	7,8
Standard- avvik	2,7	2,9	3,3	3,8	3,9	3,2	3,2	4,6	5,1			
CV	0,08	0,08	0,09	0,10	0,10	0,08	0,08	0,12	0,13			

Grunnlagsdata: SSB

Tabell 7.14 Antall polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	1 454	1 527	1 561	1 659	1 833	2 042	2 250	2 529	2 583	14	56	78
Sør	1 374	1 526	1 655	1 637	1 932	2 312	2 412	2 790	3 044	19	86	122
Vest	1 252	1 346	1 229	1 322	1 544	1 764	1 840	2 039	2 142	6	62	71
Midt-Norge	1 383	1 463	1 552	1 660	1 674	1 842	1 986	2 508	2 752	20	66	99
Nord	1 481	1 403	1 496	1 677	1 770	1 937	2 201	2 197	2 477	13	48	67
Totalt	1 398	1 474	1 515	1 597	1 774	2 001	2 157	2 445	2 596	14	63	86
Standard- avvik	89	79	161	151	149	213	226	296	334			
CV	0,06	0,05	0,11	0,09	0,08	0,11	0,10	0,12	0,13			

Grunnlagsdata: NPR og SSB

Tabell 7.15 Antall konsultasjoner per fagårsverk i poliklinisk virksomhet¹⁾. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	426	393	394	390	376	385	435	454	436	-8,5	11,7	2,3
Sør	461	435	414	368	386	416	416	484	473	-20,1	28,6	2,6
Vest	471	468	380	331	331	356	361	398	380	-29,7	14,8	-19,3
Midt-Norge	419	400	392	352	314	346	392	415	432	-16,0	22,8	3,1
Nord	309	284	299	320	301	316	338	280	277	3,8	-13,4	-10,3
Totalt	419	397	383	361	352	372	400	422	412	-13,8	14,0	-1,7

Grunnlagsdata: NPR og SSB

1) Antall konsultasjoner per fagårsverk for landet kan avvike noe fra det som presenteres i kapittel 5 og 6 fordi tallgrunnlaget som er benyttet der ikke kan fordeles ned på regionnivå alle år.

Tabell 7.16 Antall utskrivninger for døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	68	74	81	85	95	102	105	109	122	25,7	43,1	78,9
Sør	90	90	99	97	100	112	117	121	128	7,8	32,2	42,5
Vest	92	100	98	102	110	120	113	121	129	11,2	26,0	39,7
Midt-Norge	103	94	96	103	108	115	114	125	133	0,1	29,2	29,2
Nord	91	93	114	119	128	132	135	135	144	31,2	21,2	58,5
Totalt	86	89	96	99	107	115	117	123	133	15,5	34,0	54,2
Standard- avvik	12,8	9,8	11,7	12,3	12,6	11,0	11,1	9,1	8,4			
CV	0,15	0,11	0,12	0,12	0,12	0,10	0,09	0,07	0,06			

Grunnlagsdata: NPR og SSB

Tabell 7.17 Antall døgnplasser totalt i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	18,0	17,6	17,5	16,6	16,1	15,6	15,5	14,9	14,7	-7,6	-11,4	-18,3
Sør	16,5	15,7	14,8	13,9	13,7	13,4	12,4	11,7	11,4	-15,7	-18,0	-30,9
Vest	19,1	18,6	18,6	17,9	17,8	17,2	15,9	15,1	14,8	-6,4	-17,3	-22,5
Midt-Norge	17,4	16,3	15,8	14,4	14,0	13,2	13,6	13,1	12,9	-17,2	-10,4	-25,9
Nord	12,5	12,2	12,6	12,8	12,7	12,2	12,0	11,8	12,1	2,7	-5,5	-3,2
Totalt	17,6	17,0	16,8	16,0	15,7	15,2	14,7	14,1	13,9	-9,1	-13,1	-21,0
Standard- avvik	2,6	2,4	2,3	2,1	2,1	2,0	1,8	1,6	1,5			
CV	0,15	0,14	0,14	0,13	0,13	0,13	0,12	0,12	0,11			

Grunnlagsdata: SSB

Tabell 7.18 Antall døgnplasser i sykehus i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	10,1	9,8	9,7	9,5	9,3	9,2	9,0	8,5	8,6	-6,0	-9,6	-15,0
Sør	8,1	7,7	7,4	7,0	7,2	7,0	6,4	6,1	6,0	-13,7	-14,6	-26,2
Vest	8,1	8,1	8,2	7,8	8,6	8,5	7,2	6,9	7,7	-3,4	-1,3	-5,0
Midt-Norge	8,5	8,6	8,0	7,8	7,8	7,5	7,6	7,1	7,1	-9,0	-8,4	-16,0
Nord	6,2	6,4	6,3	6,3	6,2	6,0	6,3	6,9	7,0	1,6	11,0	12,7
Totalt	9,0	8,9	8,7	8,4	8,3	8,4	8,0	7,7	7,9	-6,3	-6,0	-12,3

Grunnlagsdata: SSB

Tabell 7.19 Antall døgnplasser i bo- og behandlingssenter/distriktpsykiatriske senter i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	2,8	3,0	3,1	4,0	4,8	4,7	5,1	4,9	4,8	41,7	20,6	72,2
Sør	6,5	6,2	5,8	6,4	6,2	6,1	6,0	5,5	5,5	-2,1	-14,6	-16,0
Vest	2,4	2,5	2,8	4,5	4,9	4,8	8,2	8,2	7,1	91,8	58,1	196,5
Midt-Norge	7,3	6,6	7,0	5,6	5,4	4,9	5,2	5,2	5,0	-23,8	-10,7	-31,5
Nord	2,7	3,9	5,8	6,0	6,1	5,8	5,5	4,8	5,0	120,3	-16,2	86,3
Totalt	4,1	4,1	4,4	5,0	5,3	5,2	5,9	5,7	5,5	22,5	9,1	33,1

Grunnlagsdata: SSB

Tabell 7.20 Antall døgnplasser i sykehjem i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre. Helseregioner. 1998-2006.

Helseregion	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endr. 1998- 2001	Pst endr. 2001- 2006	Pst endr. 1998- 2006
Øst	3,9	3,5	3,4	2,3	1,6	1,3	1,1	1,1	0,9	-41,7	-59,9	-76,4
Sør	1,5	1,4	1,2	0,2	-	-	-	-	-	-88,0	-100,0	-100,0
Vest	8,0	7,3	6,9	5,4	4,2	3,8	0,3	-	-	-32,5	-100,0	-100,0
Midt-Norge	1,5	1,0	0,8	1,1	0,8	0,8	0,8	0,4	0,4	-31,7	-63,6	-73,3
Nord	1,6	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	-	-	-78,9	-100,0	-100,0
Totalt	3,7	3,2	3,0	2,1	1,6	1,4	0,6	0,5	0,4	-42,3	-81,3	-89,4

Grunnlagsdata: SSB

8 Har tjenestetilbudet blitt mer likt fordelt under det statlige eierskapet?

Per Bernhard Pedersen, Solfrid E. Lilleeng, Anne Mette Bjerkan og Marit Sitter

Sammendrag

Lik tilgang på helsetjenester uavhengig av bosted er et sentralt mål i norsk helsepolitikk. I dette kapitlet undersøker vi hvilke forskjeller som finnes i ressursinnsats og bruk av tjenester mellom helseforetaksområder og helseregioner i perioden 2003 til 2006, dvs. etter den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for å skaffe befolkningen nødvendige spesialisthelsetjenester. Vi har derfor også undersøkt om det har skjedd noen utjevning av tjenestetilbudet internt i helseregionene.

Forskjellene er gjennomgående større når vi sammenligner helseforetaksområder enn når vi sammenligner helseregioner. Tall på regionnivå dekker derfor over betydelige forskjeller mellom foretaksområdene internt i helseregionene.

Det er i 2006 fortsatt betydelige forskjeller i dekningsgrad mellom helseforetaksområdene, for mange indikatorers vedkommende finner vi forskjeller i størrelsen en til to, dvs. at noen områder har dobbelt så store ressurser og/eller forbruk av tjenester som andre områder.

De relative forskjellene i ressursinnsats er gjennomgående større innenfor tjenestene til barn og unge enn innenfor tjenestene til voksne. Variasjonskoeffisienten (standardavvik dividert på gjennomsnitt) for personelldekning var i 2006 om lag 30 prosent større til tjenester for barn og unge ($CV=0,25$) enn til tjenester for voksne ($CV=0,19$). For døgnplassene var den relative skjevdelingen enda sterkere, med en CV på 0,40 for barn og unge, mot 0,19 for voksne. På landsbasis har de relative forskjellene både i personellinnsats og døgnplasser for barn og unge likevel avtatt. Innenfor tjenestene til voksne har de holdt seg stabile.

Et av målene for Opptappingsplanen er at fem prosent av alle barn og unge skal få et tilbud fra det psykiske helsevernet. Dekningsgraden varierer imidlertid fortsatt (2006) betydelig ($CV=0,27$). De relative forskjellene har likevel avtatt i perioden (CV var i 2003 0,32).

Bruken av døgn tjenester målt ved oppholds dogn innenfor det psykiske helsevernet for voksne gjenspeiler langt på vei forskjeller i tilgangen på døgnplasser (Pearsons $r=0,85$). De relative forskjellene har holdt seg stabile gjennom perioden.

Tallet på institusjonsopphold for voksne er bare svakt korrelert med tallet på døgnplasser ($r=0,15$). De relative forskjellene er større enn for oppholds dognene ($CV=0,27$ mot 0,19 i 2006). Forskjellene har gått noe ned siste år. De relative forskjellene i dekningsgrad for polikliniske konsultasjoner er større enn for døgn tjenestene ($CV=0,30$), og har på landsbasis holdt seg stabile gjennom perioden.

Målt ved variasjonskoeffisienten har vi altså fått en utjevning både av personellinnsats, døgnplasser og tilgjengelighet målt ved pasienter under behandling innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge, både på landsbasis og innenfor et flertall av regionene. Dette resultatet må delvis sees på bakgrunn av den kraftige ekspansjonen sektoren har gjennomgått i løpet av perioden. Det er ingen tilsvarende tendens til utjevning av

personellinnsatsen innen det psykiske helsevernet for voksne, verken på landsbasis eller innenfor noen av helseregionene. På landsbasis finner en heller ikke noen tendens til utjevning i tallet på døgnplasser, selv om de relative forskjellene har blitt mindre internt i tre av regionene. Når det gjelder pasientbehandlingen er bildet mer sammensatt. De relative forskjeller i tilgjengeligheten målt ved oppholdsdøgn er uforandret på landsbasis, men øker i to, og synker i to av helseregionene. Forskjeller i tilgjengelighet målt ved døgnopphold er redusert på landsbasis og internt i to av regionene, men uforandret i de øvrige. De relative forskjeller i bruk av polikliniske konsultasjoner er uforandret på landsbasis, økende i to og avtakende internt i en av regionene. Særlig innenfor tjenesten til voksne ser man ut til å ha videreført forskjellene fra før eierskapsreformen, og i liten grad grepet fatt i de utfordringer disse forskjellene representerer.

8.1 Innledning

Lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted er et sentralt mål i norsk helsepolitikk. Større likhet i tilgang til helsetjenester har også vært en av begrunnelsene for den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten.

Det er i tidligere SAMDATA-rapporter påvist betydelige forskjeller i tjenestetilbudet, målt ved resursinnsats (personell og døgnplasser) og forbruk (døgnopphold, oppholdsdøgn, utskrivninger, konsultasjoner og behandlede pasienter) mellom fylkeskommunene, og senere også mellom helseforetaksområdene. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å skaffe befolkningen nødvendige helsetjenester. Vi vil i dette kapitlet undersøke hvordan de regionale foretakene har ivaretatt dette "sørge-for" ansvaret over perioden 2003-2006¹⁶ og i hvilken grad man har fått en utjevning av tjenestetilbudet, på landsbasis og innad i de enkelte helseregionene.

Vi vil først se på fordelingen av personellinnsatsen (avsnitt 8.2), dernest døgnplassene (avsnitt 8.3) og bruken av tjenester blant barn og unge (avsnitt 8.4) og blant voksne (avsnitt 8.5). Ressurstallene er korrigert for bruken av tjenester fra andre regioner og foretaksområder. Beregningsmåte er beskrevet i Vedlegg PV7 på SAMDATAs nettsider.

Som mål på forskjeller vil vi først og fremst bruke variasjonskoeffisienten, definert som standardavvik dividert med gjennomsnitt. Vi vil imidlertid også presentere standardavviket og (for variasjoner på landsbasis) Gini-indeksen. Standardavviket 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 ulik målestokk. Standardavviket tar heller ikke hensyn til nivået på fordelingen, en forskjell på eksempelvis 2 årsverk per 10 000 innbyggere mellom to områder gir samme standardavvik enten områdene har ett og 3 årsverk per 10 000 eller 100 og 102 årsverk per 10 000 innbyggere.

For å korrigere for slike relative forskjeller benytter vi variasjonskoeffisienten. Denne er altså definert som standardavvik dividert med gjennomsnitt, og gir dermed informasjon om de relative snarere enn de absolutte forskjellene. I perioder med sterk ekspansjon vil de absolutte forskjellene (avstanden mellom enhetene) kunne øke, selv om de relative forskjellene (eksempelvis forholdstallet mellom høyeste og laveste verdi) avtar. Vi har derfor i hovedsak valgt å kommentere de relative snarere enn de absolutte forskjellene.

Til slutt har vi også beregnet Gini-indeksen. Dette er et standardisert mål for grad av ulikhet innen en gruppe. Dette er et mål som beregner fordelingen av et gode kontra fordelingen av befolkningen. Gini-indeksen varierer fra null (helt lik fordeling) og (nesten) én (en enhet har

¹⁶ Vi ønsket i utgangspunktet også å benytte tall for 2001 (basisår, siste år med fylkeskommunal drift) og 2002 men dette er ikke mulig grunnet mangelfulle pasientdata for disse årene.

hele godet). Mens variasjonskoeffisienten legger like stor vekt på alle enheter (her helseforetaksområder), vekter Gini-indeksen foretakene etter befolkningsstørrelse.

8.2 Fordelingen av personell

Tabell 8.1 viser ulike mål for forskjeller i personelldekning mellom helseforetaksområder innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge, på landsbasis og internt i hver av helseregionene. Vi har i tillegg tatt med tall som viser de tilsvarende forskjeller mellom helseregionene når hver av disse sees som en enhet. Det store flertallet av pasientene innenfor tjenestene til barn og unge behandles poliklinisk. I tillegg til personell totalt, har vi derfor også tatt med personelldekningen for poliklinikkene separat. Tabell 8.2 viser tilsvarende mål innenfor det psykiske helsevernet for voksne og innenfor det psykiske helsevernet totalt.

Tallene som ligger til grunn for tabell 8.1 og 8.2 er plassert i tabell 8.6 og 8.7 bakerst i kapitlet. Ratene som ligger til grunn for spredningsmålene er årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen (hhv. innbyggere 0-17 år for tjenester til barn og unge, 18 år og eldre for tjenester til voksne, og innbyggere totalt for tjenester totalt). I tabell 8.8 og 8.9 er de samme ratene angitt i prosent av landsgjennomsnittet. Forskjellene er illustrert i figur 8.1-8.4 som viser ratene for tjenestene til hhv. polikliniske tjenester til barn og unge, tjenester totalt for barn og unge, tjenester totalt til voksne og tjenester totalt innen det psykiske helsevernet i 2006.

Tabell 8.1 Forskjeller i personelldekning (årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år) ved poliklinikker og totalt i psykisk helsevern for barn og unge. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseforetaksområder og helseregioner 2003-2006.

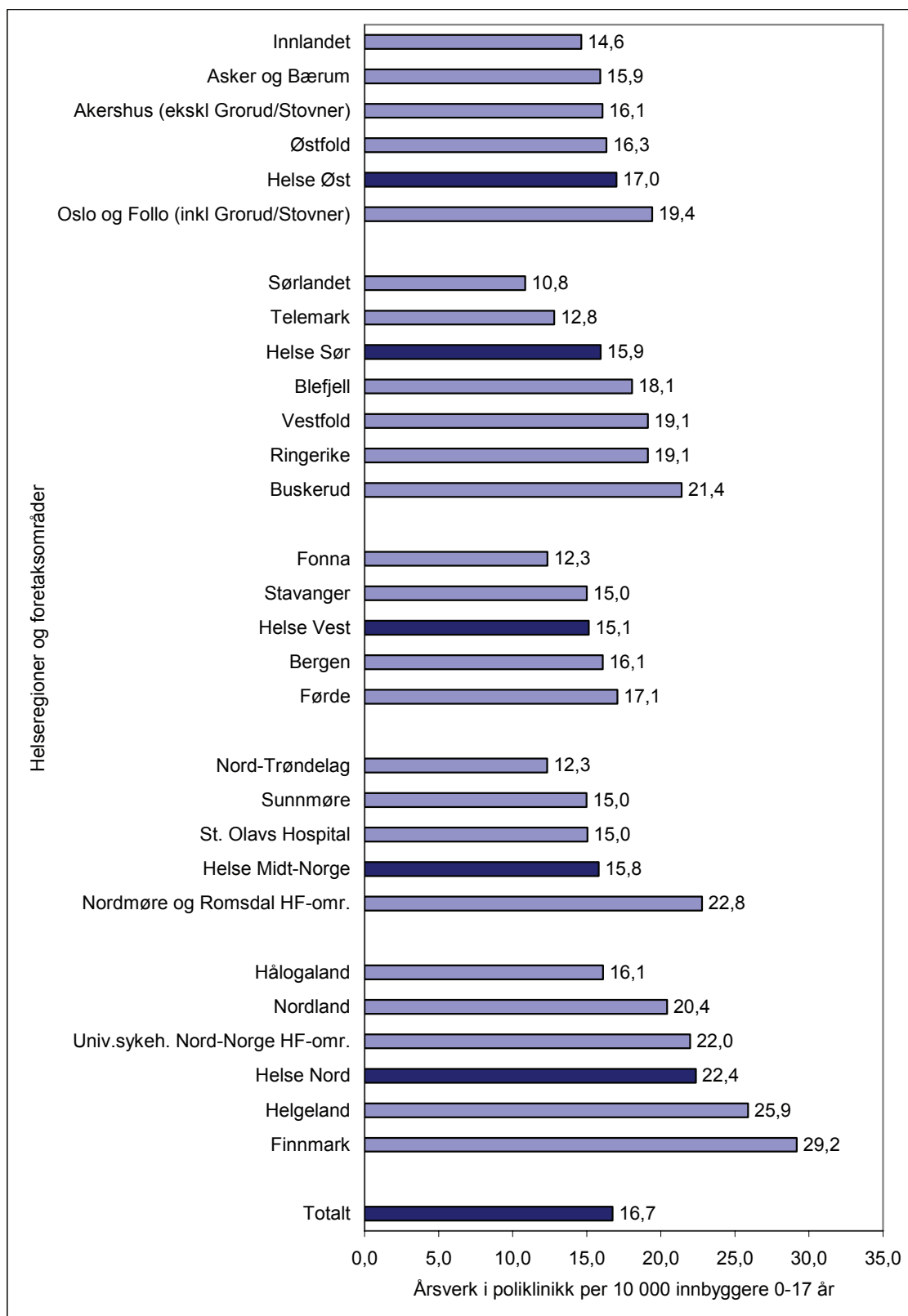
		Poliklinikker for barn og unge				Barn og unge totalt			
		2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Forskjeller mellom helseforetaksområder									
Helse Øst	SD	2,9	2,2	1,0	1,8	8,4	5,5	6,4	7,2
	CV	0,21	0,16	0,07	0,10	0,25	0,17	0,19	0,20
Helse Sør	SD	3,0	3,5	3,3	4,1	3,3	5,4	3,2	3,9
	CV	0,26	0,29	0,25	0,26	0,14	0,22	0,12	0,13
Helse Vest	SD	2,0	2,4	2,5	2,0	2,9	4,0	3,9	4,1
	CV	0,17	0,19	0,19	0,13	0,13	0,17	0,16	0,16
Helse Midt-Norge	SD	5,2	5,5	3,4	4,5	4,9	2,1	2,6	4,9
	CV	0,42	0,41	0,23	0,29	0,22	0,09	0,10	0,17
Helse Nord	SD	3,8	4,6	5,3	5,0	12,9	12,6	9,0	10,4
	CV	0,21	0,25	0,26	0,23	0,39	0,35	0,24	0,25
Landet	SD	4,0	4,3	4,1	4,4	8,6	8,5	7,0	8,1
	CV	0,30	0,31	0,28	0,26	0,31	0,30	0,24	0,25
	Gini	0,15	0,13	0,10	0,11	0,15	0,13	0,11	0,12
Forskjeller mellom helseregioner									
	SD	2,7	2,6	2,8	2,9	5,6	5,7	5,2	6,1
	CV	0,21	0,19	0,19	0,18	0,21	0,20	0,18	0,19
	Gini	0,07	0,06	0,06	0,05	0,10	0,08	0,08	0,08

Grunnlagsdata: SSB og NPR

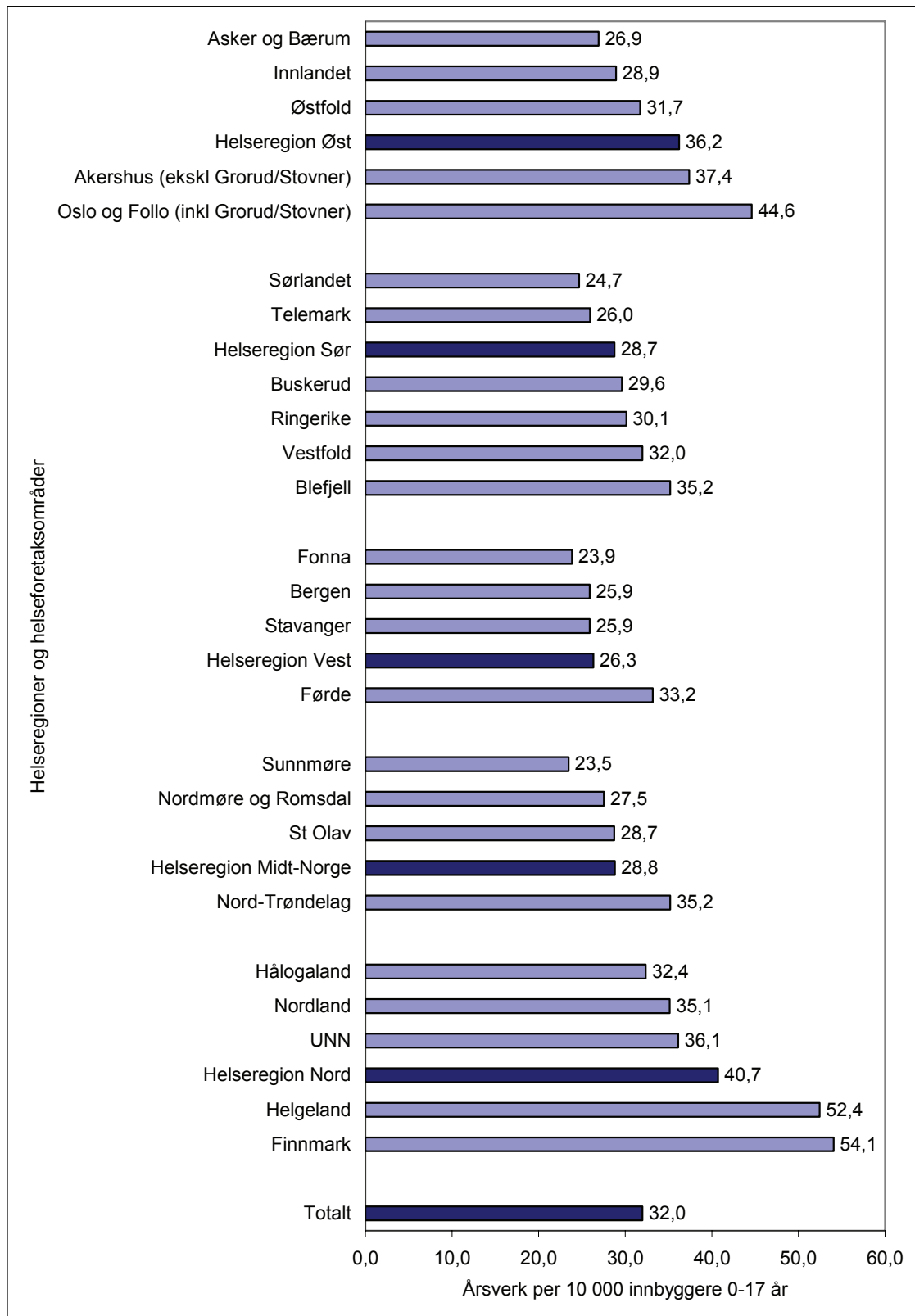
Tabell 8.2 Forskjeller i personelldekning (årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og totalt) til psykisk helsevern for voksne og til psykisk helsevern totalt. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseforetaksområder og helseregioner 2003-2006.

		Voksne				Totalt			
		2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Forskjeller mellom helseforetaksområder									
Helse Øst	SD	11,6	10,9	12,6	11,8	10,5	9,1	10,1	10,1
	CV	0,24	0,22	0,25	0,23	0,23	0,20	0,22	0,21
Helse Sør	SD	4,3	4,5	4,3	3,7	3,8	4,1	3,6	2,8
	CV	0,11	0,11	0,11	0,09	0,11	0,11	0,10	0,08
Helse Vest	SD	1,5	2,2	2,5	2,8	1,9	2,2	2,3	2,6
	CV	0,03	0,05	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06	0,07
Helse Midt-Norge	SD	11,0	9,8	8,3	12,3	9,5	7,9	6,4	9,4
	CV	0,28	0,24	0,20	0,30	0,27	0,22	0,17	0,24
Helse Nord	SD	6,5	7,9	7,8	9,4	7,3	7,5	6,4	7,8
	CV	0,15	0,17	0,16	0,19	0,17	0,17	0,14	0,17
Landet	SD	7,5	7,5	8,1	8,8	7,2	6,8	6,9	7,6
	CV	0,17	0,17	0,18	0,19	0,18	0,17	0,17	0,18
	Gini	0,11	0,10	0,11	0,12	0,11	0,10	0,10	0,11
Forskjeller mellom helseregioner									
	SD	4,2	3,7	4,6	5,0	4,4	4,0	4,6	5,0
	CV	0,10	0,08	0,10	0,11	0,11	0,10	0,11	0,12
	Gini	0,05	0,05	0,06	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06

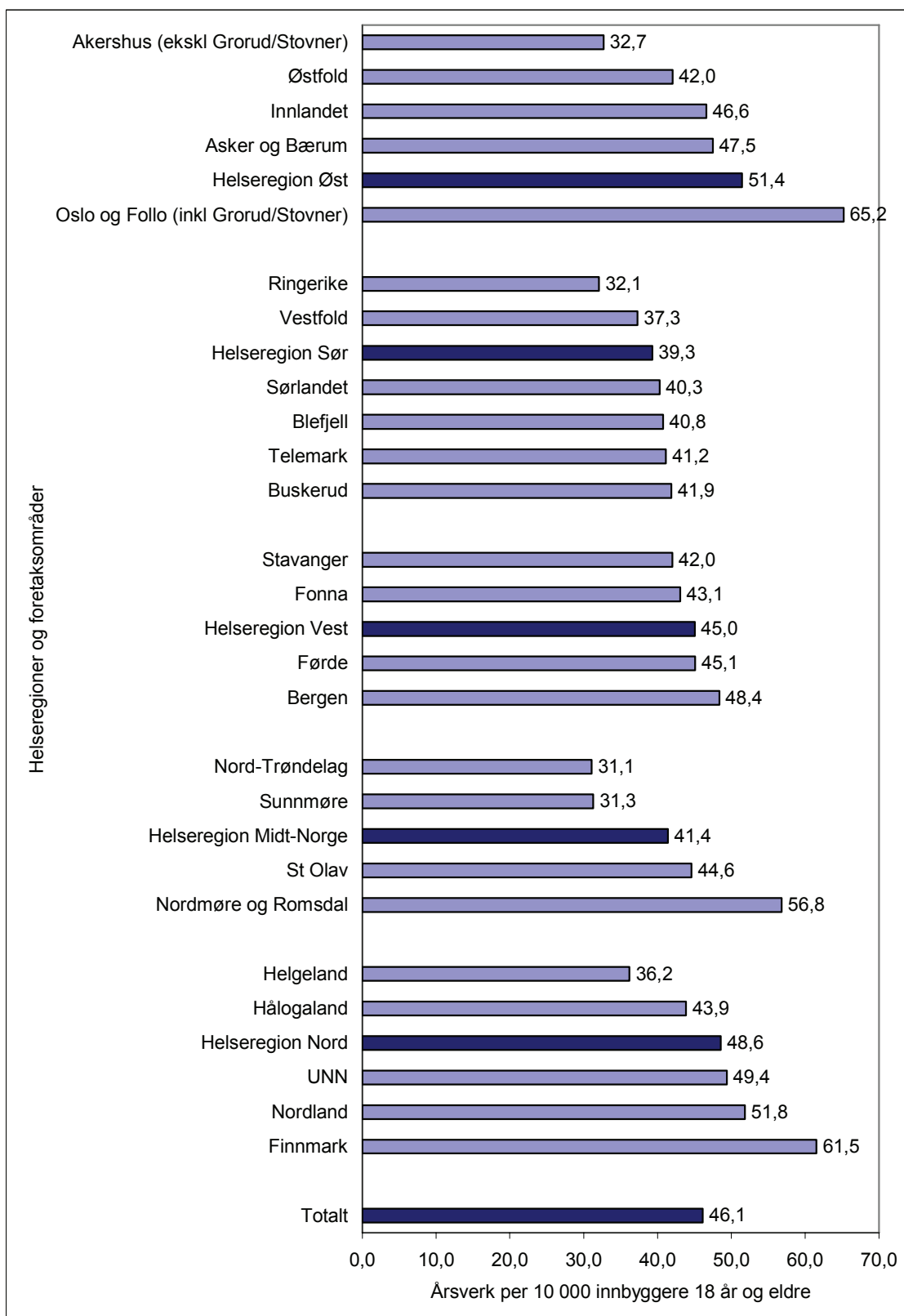
Grunnlagsdata: SSB og NPR



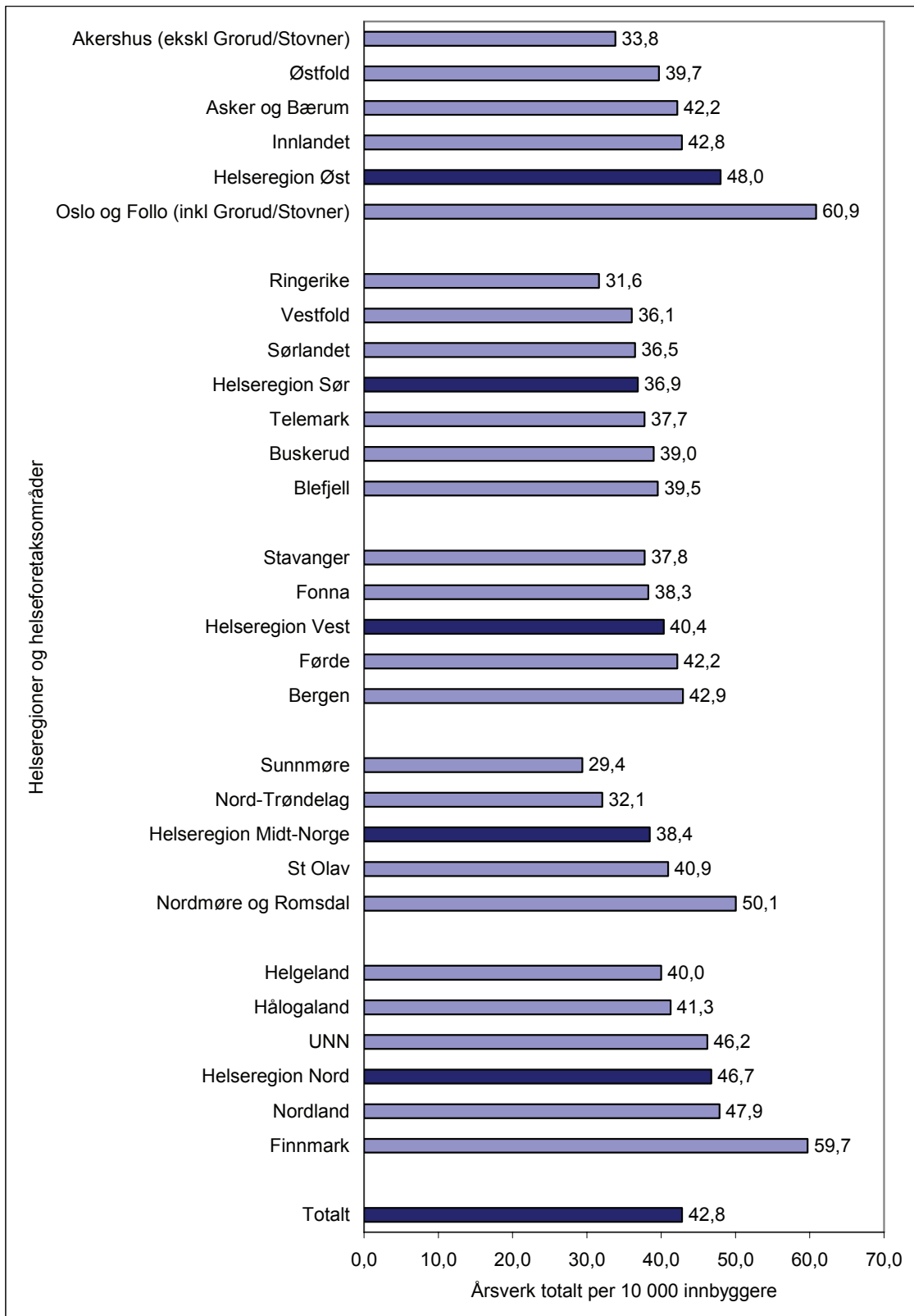
Figur 8.1 Personellinnsats i poliklinikker. Psykisk helsevern for barn og unge etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. Regioner og foretaksområder. 2006.



Figur 8.2 Personellinnsats i psykisk helsevern for barn og unge etter pasientenes bosted. Årsverk totalt per 10 000 innbyggere 0-17 år. Regioner og foretaksområder. 2006.



Figur 8.3 Personellinnsats i psykisk helsevern for voksne etter pasientenes bosted. Årsverk totalt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regioner og foretaksområder. 2006.



Figur 8.4 Personellinnsats totalt i det psykiske helsevernet etter pasientens bosted. Årsverk totalt per 10 000 innbyggere. Regioner og foretaksområder. 2006.

Vi vil først se på personellfordelingene i 2006. Vi kan først merke oss at forskjellene mellom helseregionene er betydelig mindre enn mellom helseforetaksområdene (CV lik 0,26 mot 0,18 for polikliniske tjenester for barn og unge, 0,25 mot 0,19 totalt for barn og unge, 0,19 mot 0,11 for voksne og 0,18 mot 0,12 for det psykiske helsevernet samlet sett, SD og Gini-indeksen viser det samme mønsteret). Tall på regionnivå tildekker med andre ord betydelige forskjeller internt i regionene.

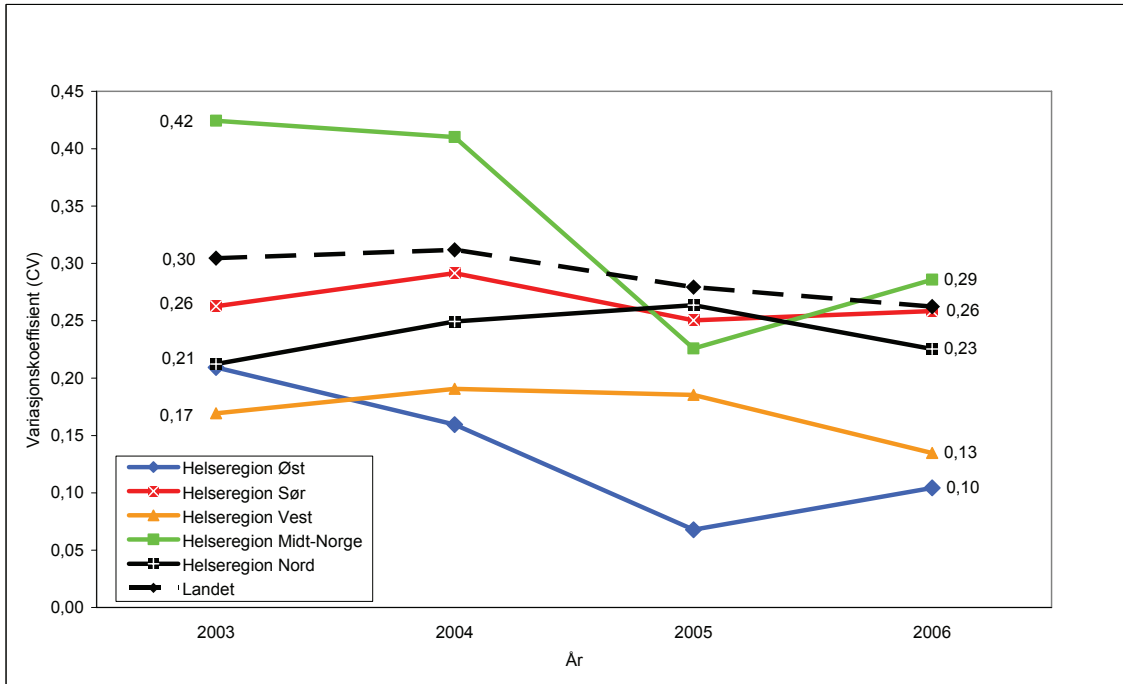
Både innenfor polikliniske tjenester til barn og unge, personelldekning totalt for tjenester til barn og unge, tjenester til voksne og for det psykiske helsevernet samlet finner vi forskjeller i dekningsgrad i størrelsesorden to til en. I tjenestene for barn og unge varierer dekningsgraden mellom på den ene siden Finnmark (54 årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år) og i Helgeland (52) hf-områder, og på den andre siden Sunnmøre, Fonna, Sørlandet, Bergen og Stavanger hf-områder, alle med en dekningsgrad på 26 årsverk eller lavere. Innen tjenestene til voksne har Oslo/Follo (65), Finnmark (62) og Nordmøre og Romsdal (57) hf-områder den høyeste dekningsgraden. Lavest dekningsgrad finner vi i Nord-Trøndelag, Sunnmøre (begge 31), Ringerike (32) og Akershus (33) hf-områder. Dekningsgrad totalt viser samme mønster som for tjenestene til voksne. Det er tvilsomt om slike forskjeller kan begrunnes ut fra forskjeller i behov.

Forskjellene i dekningsgrad er relativt sett større innenfor tjenestene til barn og unge (CV=0,26 for poliklinikkene og 0,25 for tjenestene totalt) enn til tjenestene for voksne (CV=0,19) og til tjenestene samlet (CV=0,18).

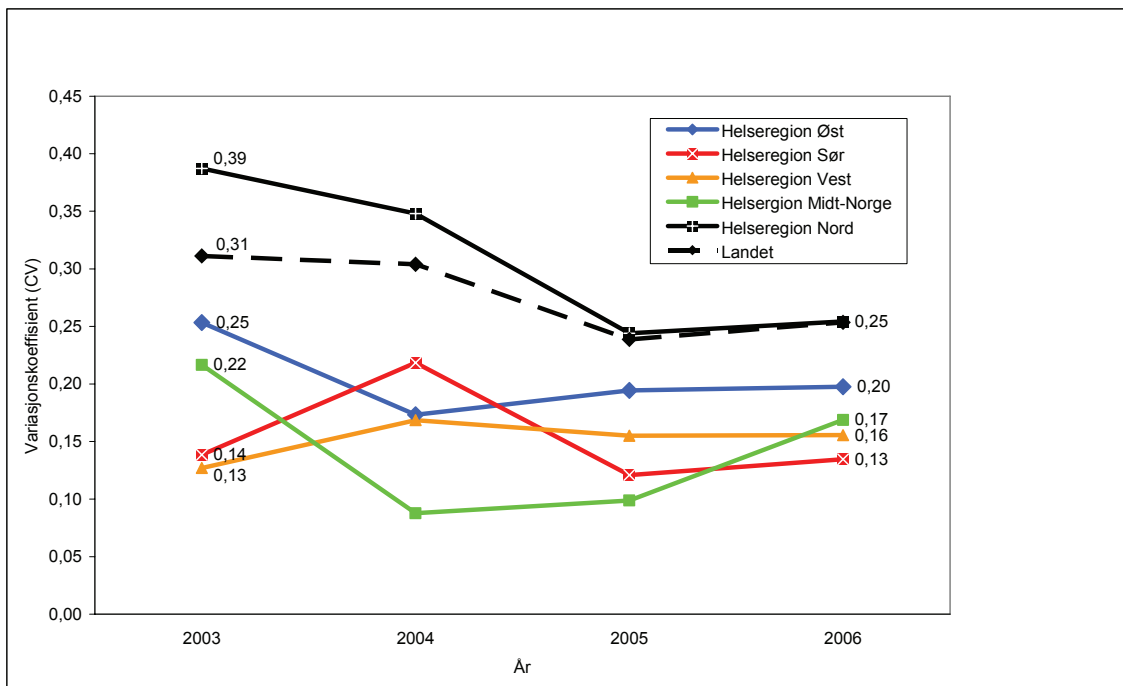
Det er betydelige forskjeller mellom foretaksområdene internt i flere av helseregionene. For polikliniske tjenester til barn og unge er de relative forskjellene (målt ved variasjonskoeffisienten) større internt i Helse Midt-Norge (CV=0,29) enn på landsbasis (CV=0,26). For tjenester totalt til barn og unge finner vi like store forskjeller intern i Helse Nord, som de forskjellene vi finner på landsbasis (CV=0,25 i begge tilfelle). I tjenestene for voksne er forskjellene større internt i Helse Midt-Norge (CV=0,30) og i Helse Øst (CV=0,23) enn forskjellene på landsbasis (CV=0,19). Minst forskjeller finner vi internt i Helse Sør (for barn og unge) og i Helse Vest (for voksne).

Det neste spørsmålet er om forskjellene er blitt mindre etter den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Innenfor tjenestene til barn og unge har de relative forskjellene mellom hf-områdene blitt redusert, både for poliklinisk personell (CV redusert fra 0,30 til 0,26) og for personell totalt (CV redusert fra 0,31 til 0,25). Gini-indeksene blir også redusert. Innenfor tjenestene for voksne og tjenestene totalt har de relative forskjellene holdt seg på samme nivå gjennom hele perioden.

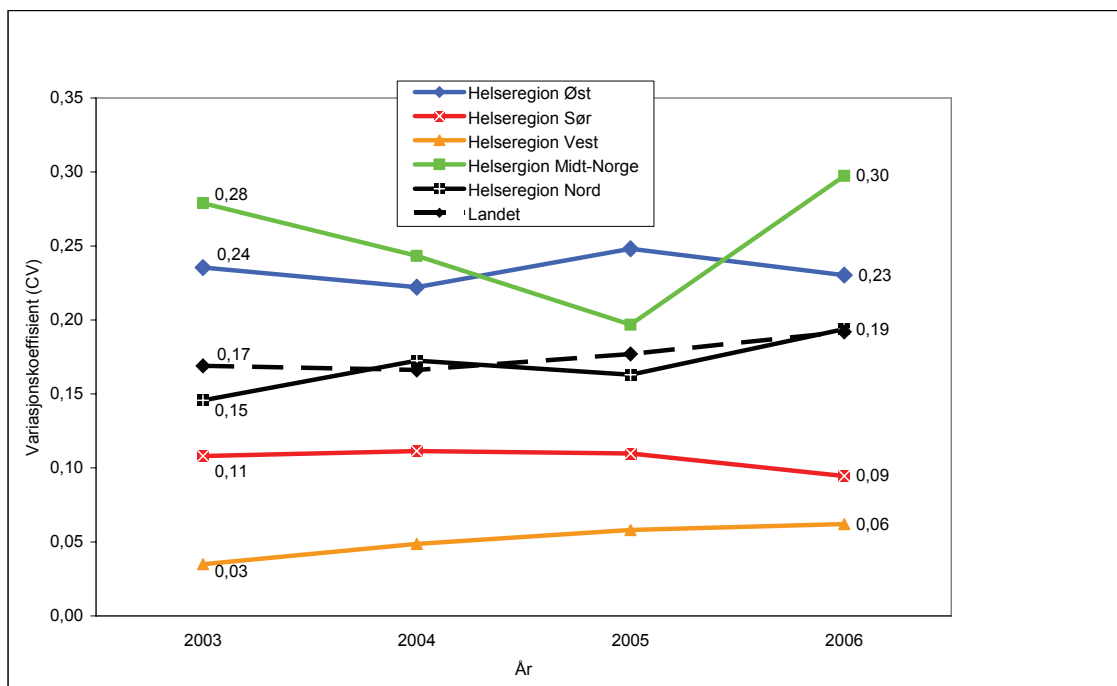
Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for å skaffe befolkningen nødvendige spesialisthelsetjenester. Vi har derfor også undersøkt i hvilken grad det har vært en utjevning av tjenestetilbudet internt i de enkelte helseregionene. Figur 8.4 og 8.5 viser utviklingen i variasjonskoeffisienten for polikliniske tjenester og tjenester totalt til barn og unge. Figur 8.6 viser den tilsvarende utviklingen i tjenestene for voksne.



Figur 8.5 Forskjeller i personelldekning i poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge. Mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.



Figur 8.6 Forskjeller i personelldekning totalt i psykisk helsevern for barn og unge. Mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.



Figur 8.7 Forskjeller i personelldekning til psykisk helsevern for voksne mellom helseforetaksområder internt i helse-regionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.

Ved poliklinikkene for barn og unge har de interne forskjellene blitt redusert både i Helse Midt-Norge, Helse Øst og Helse Vest. De relative forskjellene har vært stabile i Helse Sør, mens de har økt i Helse Nord.

Både internt i Helse Nord og internt i Helse Øst har forskjellene i samlet personelldekning for barn og unge blitt redusert i løpet av perioden. Dette er samtidig de regionene som i utgangspunktet og fortsatt har de største interne forskjellene. Helse Midt-Norge hadde en betydelig reduksjon av forskjellene først i perioden, men forskjellene har igjen økt fra 2005 til 2006. Helse Sør hadde en økning i forskjellene først i perioden, men disse har senere igjen blitt redusert. Helse Vest har (ved siden av Helse Sør) hatt stabile, men lave forskjeller gjennom hele perioden.

Innen tjenestene for voksne er det langt større forskjeller internt i Helse Midt-Norge og Helse Øst enn særlig i region Vest og Sør. Det er ingen tendens til reduksjon i forskjellene. Det samme mønsteret finner man også for tjenestetilbudet totalt.

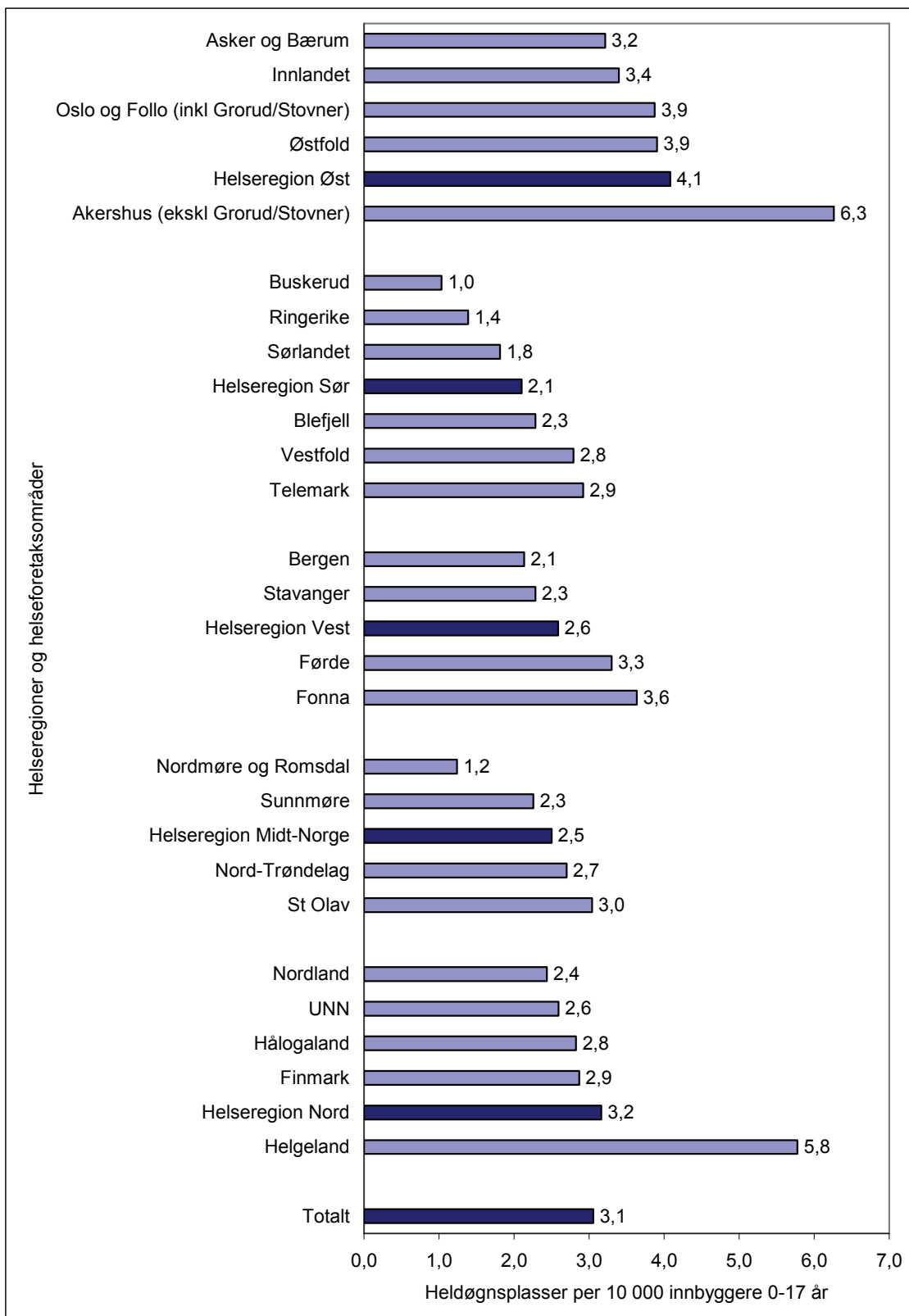
8.3 Fordelingen av døgnplassene i det psykiske helsevernet

Tabell 8.3 viser ulike mål på forskjeller i dekningsgrad for døgnplasser mellom hf-områdene, på landsbasis og innenfor hver av helse-regionene. Vi har også ført opp tilsvarende mål for forskjeller helse-regionene imellom. Tallene som ligger til grunn for beregningene finnes i Tabell 8.10 bakerst i kapitlet. Denne gir tall for døgnplasser per 10 000 innbyggere 0-17 år for tjenester til barn og unge, døgnplasser per 10 000 innbyggere 18 år og eldre for tjenester til voksne, og døgnplasser totalt per 10 000 innbyggere totalt. I tabell 8.11 er de samme ratene beregnet i prosent av nivået på landsbasis. Forskjellene i dekningsgrad i 2006 for hhv. barn og unge og for voksne er vist i Figur 8.8 og 8.9. Dekningsgrad for plasser totalt viser i hovedsak det samme mønsteret som for plasser for voksne.

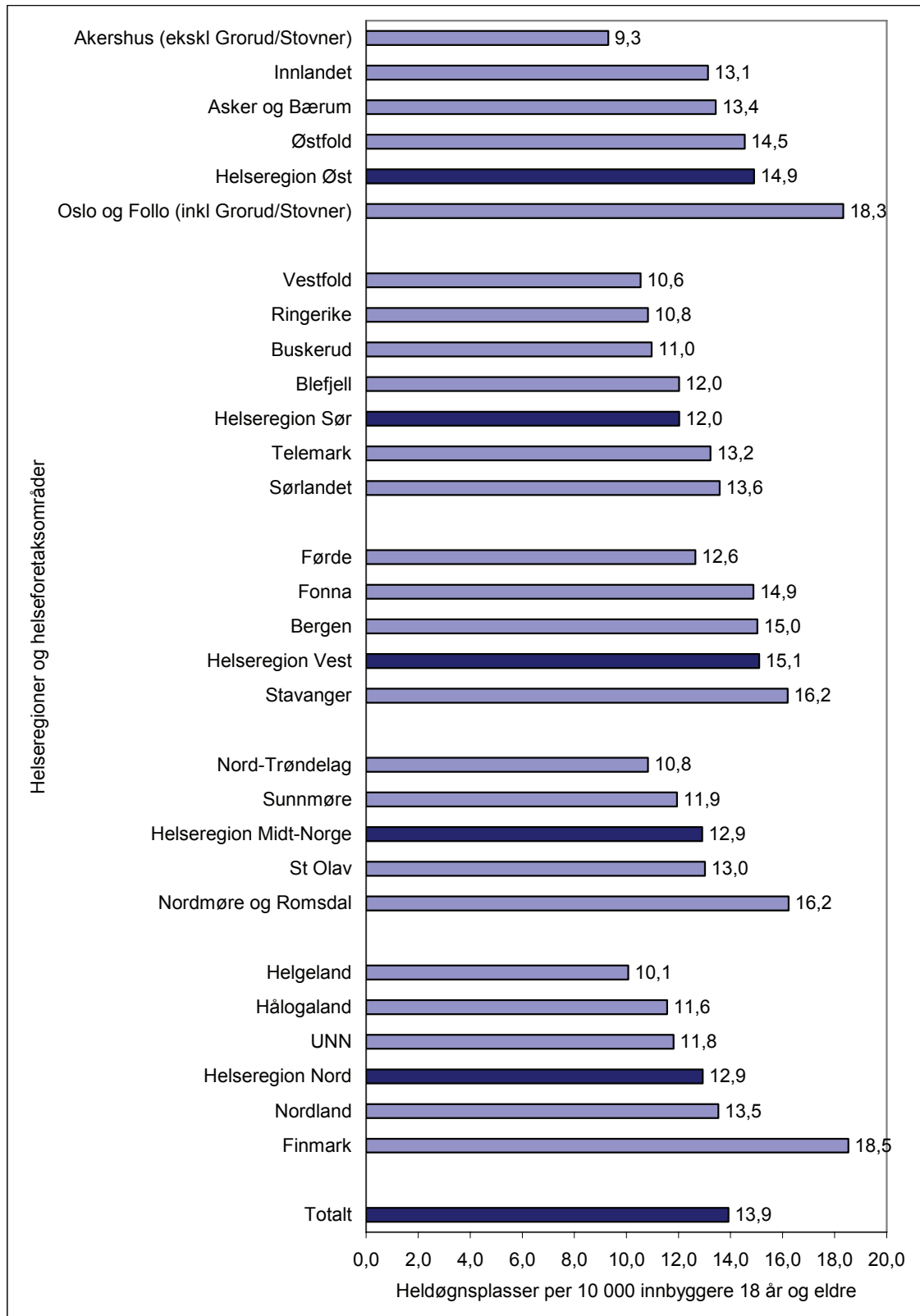
Tabell 8.3 Forskjeller i døgnplassdekning (plasser per 10 000 innbyggere i målgruppen) til psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og totalt. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseforetaksområder og helseregioner. 2003-2006.

		Barn og unge				Voksne				Totalt			
		2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Forskjeller mellom helseforetaksområder													
Helse Øst	SD	1,6	1,2	1,5	1,2	3,2	3,2	3,4	3,2	2,5	2,4	2,4	2,5
	CV	0,36	0,30	0,36	0,30	0,20	0,20	0,22	0,22	0,19	0,18	0,18	0,20
Helse Sør	SD	0,8	0,7	0,5	0,8	2,3	1,5	1,5	1,3	1,6	1,2	1,2	1,0
	CV	0,32	0,27	0,25	0,36	0,16	0,12	0,13	0,11	0,14	0,11	0,12	0,11
Helse Vest	SD	0,9	0,7	0,5	0,7	3,1	2,0	1,7	1,5	2,4	1,3	1,1	1,0
	CV	0,39	0,31	0,19	0,29	0,18	0,12	0,11	0,10	0,18	0,10	0,09	0,08
Helse Midt-Norge	SD	0,8	0,8	0,7	0,8	2,7	2,1	2,3	2,3	2,2	1,5	1,8	1,7
	CV	0,33	0,33	0,26	0,31	0,21	0,15	0,18	0,18	0,21	0,14	0,17	0,16
Helse Nord	SD	2,3	1,1	1,6	1,4	3,1	3,7	3,3	3,3	2,9	2,9	2,3	2,3
	CV	0,74	0,41	0,58	0,44	0,24	0,28	0,26	0,25	0,27	0,27	0,23	0,22
Landet	SD	1,6	1,1	1,2	1,2	2,9	2,6	2,6	2,4	2,3	2,0	1,9	1,8
	CV	0,51	0,37	0,41	0,40	0,19	0,18	0,18	0,18	0,19	0,17	0,17	0,16
	Gini	0,23	0,20	0,19	0,20	0,12	0,11	0,11	0,11	0,11	0,10	0,10	0,10
Forskjeller mellom helseregioner													
	SD	0,9	0,8	0,7	0,8	1,9	1,5	1,5	1,4	1,4	1,2	1,3	1,1
	CV	0,28	0,25	0,24	0,25	0,12	0,10	0,11	0,10	0,12	0,10	0,11	0,10
	Gini	0,16	0,14	0,13	0,14	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,05

Grunnlagsdata: SSB og NPR



Figur 8.8 Døgnplasser per 10 000 innbyggere 0-17 år i det psykisk helsevern for barn og unge. Helseregioner og helseforetaksområder. 2006.



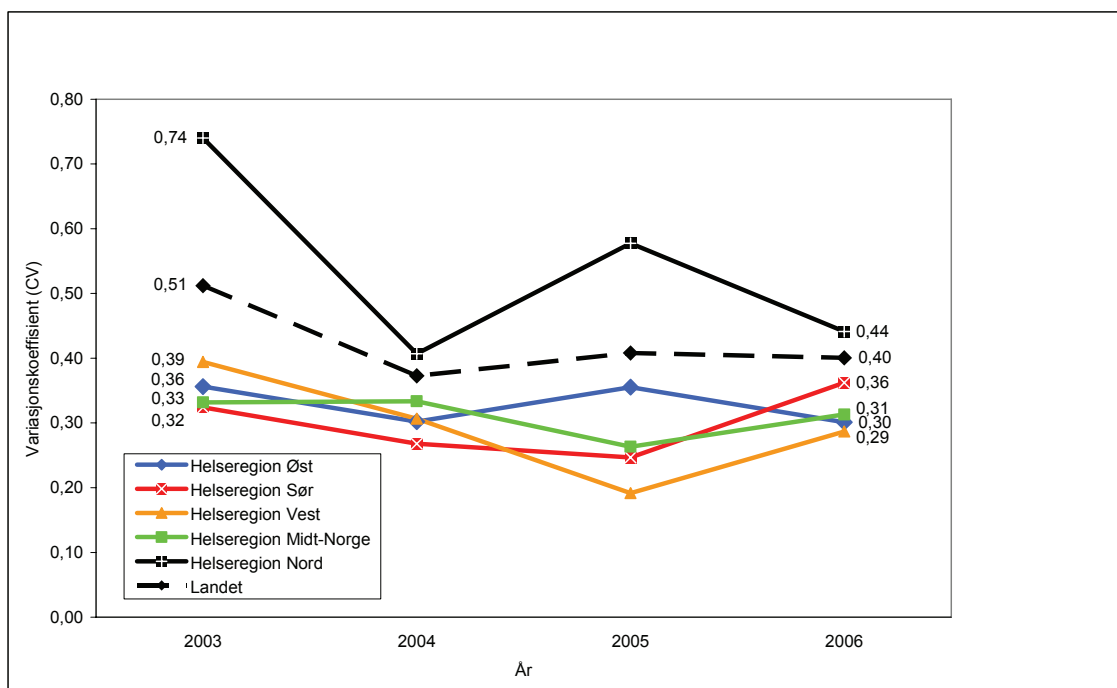
Figur 8.9 Døgnplasser per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykisk helsevern for voksne. Helseregioner og helseforetaksområder. 2006.

Vi vil først se på fordelingen av døgnplasser i 2006. På samme måte som for personell-dekningen finner vi på landsbasis betydelig større forskjeller i dekningsgrad mellom hf-områdene enn mellom helseregionene samlet (CV lik 0,40 sammenliknet med 0,25 for barn og unge, 0,18 mot 0,10 for voksne og 0,16 mot 0,10 for plasstallet samlet. Standardavvik og Gini-indeks viser samme mønster). Tall på regionnivå dekker med andre ord over betydelige forskjeller internt i regionene.

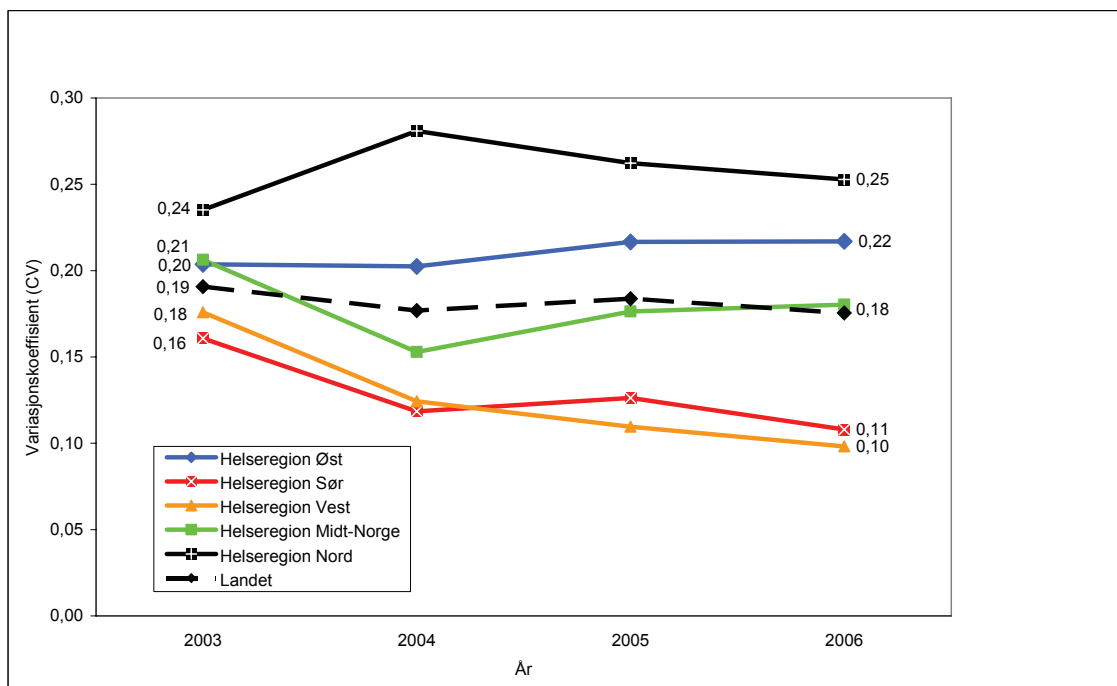
Innenfor tjenestene til barn og unge er forskjellene i dekningsgrad betydelig større for døgnplasser enn for personell (CV lik 0,40 mot 0,25). På landsbasis finner vi forskjeller i dekningsgrad i størrelsesorden én til seks mellom på den ene siden Buskerud (1,0 plasser per 10 000 innbyggere 0-17 år) og Nordmøre og Romsdal (1,2) hf-områder, mot på den andre siden Akershus (6,3) og Helgeland (5,8) hf-områder. Det er også betydelige forskjeller internt i flere regioner. Målt ved variasjonskoeffisienten er forskjellene intern i Helse Nord større (CV=0,44) enn forskjellene på landsbasis.

For tjenester til voksne og for tjenester totalt er forskjellene på samme nivå som for personellinnsatsen (CV lik hhv. 0,18 og 0,16), og betydelig mindre enn innenfor tjenestene til barn og unge. Innenfor tjenestene til voksne finner vi likevel forskjeller i størrelsesorden én til to mellom på den ene siden Akershus (9,3 plasser per 10 000 innbyggere 18 år og eldre) og Helgeland (10,1) hf-områder mot 18,5 i Finnmark og 18,3 i Oslo/Follo hf-områder. Også innen tjenestene for voksne er det betydelige forskjeller internt i flere regioner. Innen Helse Nord (CV=0,25) og Helse Øst (CV=0,22) er forskjellene målt ved variasjonskoeffisienten større enn på landsbasis (CV=0,18). Forskjellene er betydelig mindre innen Helse Vest (CV=0,10) og Helse Sør (CV=0,11).

Det neste spørsmålet vi vil undersøke er om forskjellene har blitt mindre etter den statlige overtakelsen. Vi har undersøkt utviklingen internt i regionene og på landsbasis. Utviklingen, målt ved variasjonskoeffisienten er fremstilt grafisk i figur 8.10 (plasser for barn og unge) og i figur 8.11 (plasser for voksne).



Figur 8.10 Forskjeller i døgnplassdekning i det psykisk helsevern for barn og unge mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.



Figur 8.11 Forskjeller i døgnplassdekning i det psykisk helsevern for voksne mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003-2006.

Innen tjenestene til barn og unge avtok forskjellene mellom hf-områdene fra 2003 til 2004, men har siden holdt seg relativt stabile. Helse Nord, som gjennom hele perioden har hatt de største interne forskjellene, har samtidig hatt den største reduksjonen i spredning. Også internt i Helse Vest har forskjellene blitt redusert. I de øvrige regioner har forskjellene holdt seg relativt stabile.

Innen tjenestene til voksne har forskjellene i dekningsgrad på landsbasis holdt seg stabile. Helseregionene Sør og Vest, som i utgangspunktet hadde de minste interne forskjellene, har redusert forskjellene ytterligere. I de øvrige regioner er forskjellene relativt stabile, perioden sett under ett.

8.4 Forskjeller i dekningsgrad for bruk av tjenester innefor det psykiske helsevernet for barn og unge

Et av målene for Opptappingsplanen er at det psykiske helsevernet skal gi et tilbud til fem prosent av alle barn og unge per år. Dekningsgraden varierer imidlertid fortsatt betydelig mellom helseregioner og hf-områder.

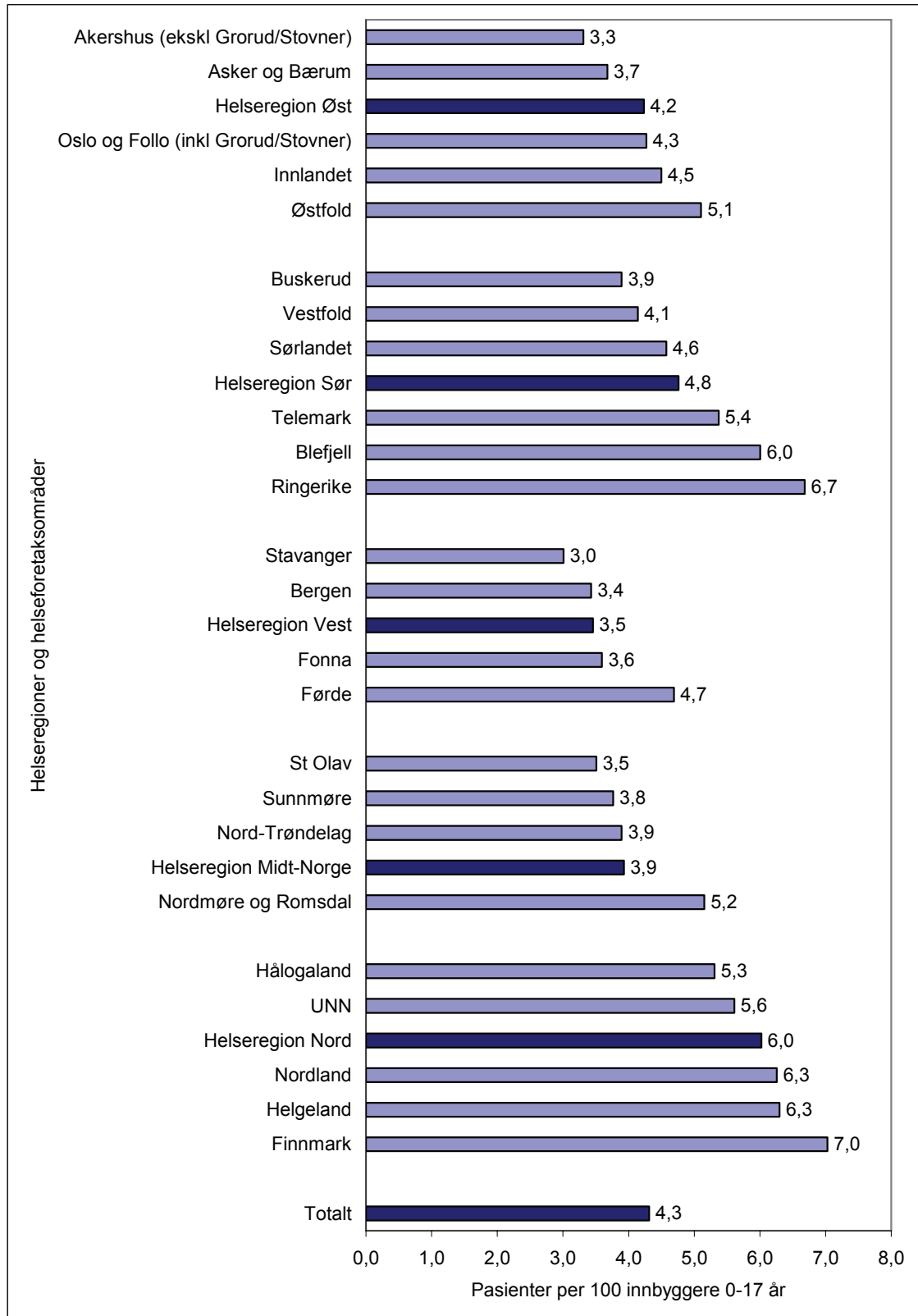
I tabell 8.4 har vi beregnet ulike spredningsmål for forskjellene i dekningsgrad (behandlede pasienter i prosent av alle barn og unge 0-17 år). Ratetallene som ligger til grunn for beregningene finnes i tabell 8.12 bakerst i kapitlet. I tabell 8.13 presenteres de samme ratene i prosent av nivået på landsbasis.

Tabell 8.4 Forskjeller i dekningsgrad av tjenester innen det psykiske helsevernet for barn og unge. Pasienter under behandling i prosent av alle innbyggere 0-17 år. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2003-2006.

		2003	2004	2005	2006
Forskjeller mellom helseforetaksområder					
Helse Øst	SD	0,8	0,8	0,8	0,7
	CV	0,24	0,23	0,21	0,17
Helse Sør	SD	0,9	1,0	1,1	1,1
	CV	0,29	0,25	0,25	0,23
Helse Vest	SD	0,4	0,5	0,6	0,7
	CV	0,17	0,18	0,20	0,21
Helse Midt-Norge	SD	0,9	0,9	0,9	0,7
	CV	0,35	0,29	0,25	0,19
Helse Nord	SD	0,8	0,6	0,6	0,7
	CV	0,18	0,12	0,11	0,11
Landet	SD	1,00	1,03	1,15	1,16
	CV	0,32	0,29	0,29	0,27
	Gini	0,15	0,13	0,13	0,12
Forskjeller mellom helseregioner					
	SD	0,77	0,81	0,95	0,98
	CV	0,25	0,22	0,24	0,23
	Gini	0,09	0,08	0,09	0,09

Grunnlagsdata: NPR

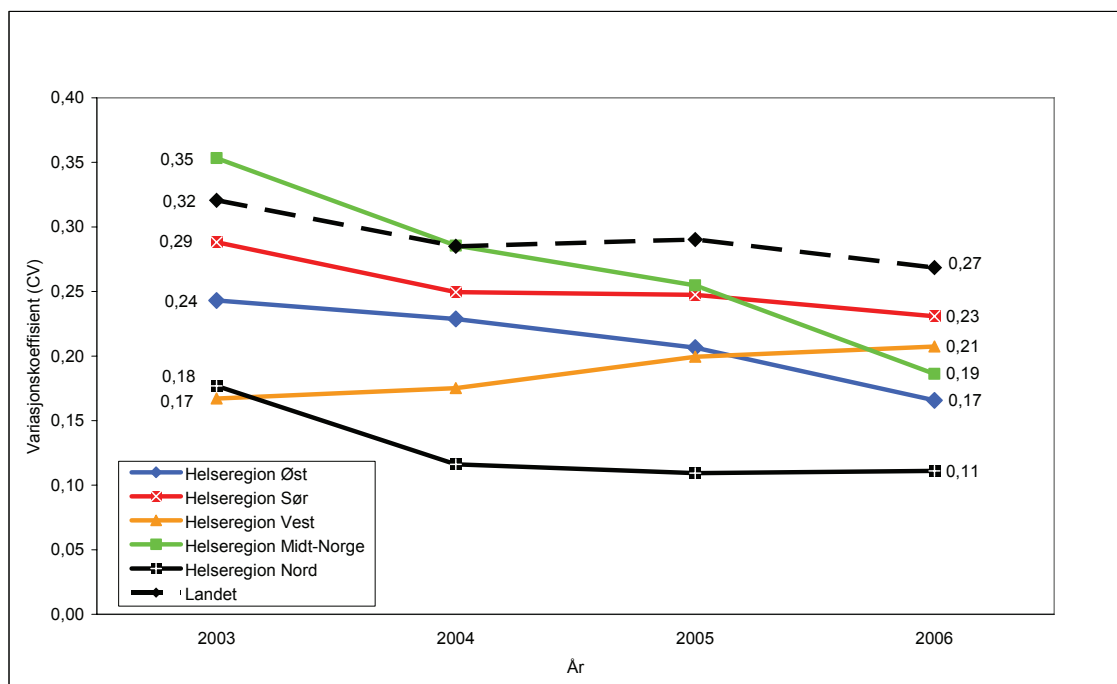
Vi vil først se på forskjellene i 2006. Disse er fremstilt grafisk i figur 8.12.



Figur 8.12 Pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Etter pasientenes bosted (helseregion og foretaksområde). Psykisk helsevern for barn og unge. 2006.

Også for pasientraten finner vi større forskjeller mellom hf-områdene enn mellom helse-regionene samlet, både målt ved standardavvik, variasjonskoeffisient og Gini-indeks. Det er på landsbasis betydelige forskjeller i dekningsgrad mellom hf-områdene. Målt ved variasjonskoeffisienten er forskjellene på samme nivå som de vi fant for personelldekningen til barn og unge (CV på hhv. 0,27 og 0,25). Mens Stavanger, Akershus, Bergen og St Olav hf-områder i 2006 alle har en dekningsgrad lik eller under 3,5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen, har Ringerike og Finnmark hf-områder en dekningsgrad på hhv. 6,7 og 7,0 prosent, dvs. forskjeller i størrelsesorden 1:2. Størst spredning innad i regionene finner vi i Helse Sør (CV=0,23) og Helse Vest (CV=0,21). De relative forskjellene er minst i Helse Nord (CV=0,11). Dette skyldes imidlertid bedre dekningsgrad totalt i Helse Nord. Ser vi på standardavviket er forskjellene om lag like store intern i alle regionene.

Figur 8.13 viser hvordan de relative forskjellene, målt ved variasjonskoeffisienten har utviklet seg over tid.



Figur 8.13 Forskjeller i dekningsgrad av pasienter i det psykisk helsevern for barn og unge. Mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.

På landsbasis har det vært en svak nedgang i de relative forskjellene, målt ved variasjonskoeffisienten (CV ned fra 0,32 til 0,27). I fire av fem regioner har det også vært nedgang i de relative forskjellene, mest i Helse Midt-Norge, der forskjellene i utgangspunktet var størst. I Helse Vest, som i utgangspunktet hadde de minste forskjellene, har forskjellene økt. Det psykiske helsevernet for barn og unge har gjennom perioden vært gjennom en betydelig økning i pasientallet. Selv om de relative forskjellene har gått ned, kan vi derfor likevel finne økning i de absolutte forskjellene, målt ved standardavviket. Mens de relative forskjellene, målt ved standardavviket på landsbasis har blitt redusert med 16 prosent, har de absolutte forskjellene i samme periode økt med 16 prosent.

8.5 Forskjeller i dekningsgrad for bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne

Vi vil i dette avsnittet se på forskjeller i bruken av tjenester for voksne. Som indikatorer for døgntjenester benytter vi oppholdsdøgn og opphold (både avsluttede og ikke avsluttede). Vi ser i tillegg på omfanget av polikliniske konsultasjoner. Tabell 8.5 viser ulike mål på forskjeller i dekningsgrad, målt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Ratene som ligger til grunn for beregningen finnes i Tabell 8.14 bakerst i kapitlet. I Tabell 8.15 er disse gjengitt i prosent av nivået på landsbasis. Pasientdata for poliklinikkene var for 2003 og 2004 for mangelfulle til å kunne benyttes. Konsultasjonene er derfor for disse årene fordelt etter poliklinikkens beliggenhet/foretakstilknytning. Dette antas bare i lite grad å påvirke resultatene.

Tabell 8.5 Forskjeller i dekningsgrad av tjenester innen det psykiske helsevernet for voksne. Oppholdsdøgn, døgnopphold og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Standardavvik (SD), variasjonskoeffisient (CV) og Gini-indeks. Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2003-2006.

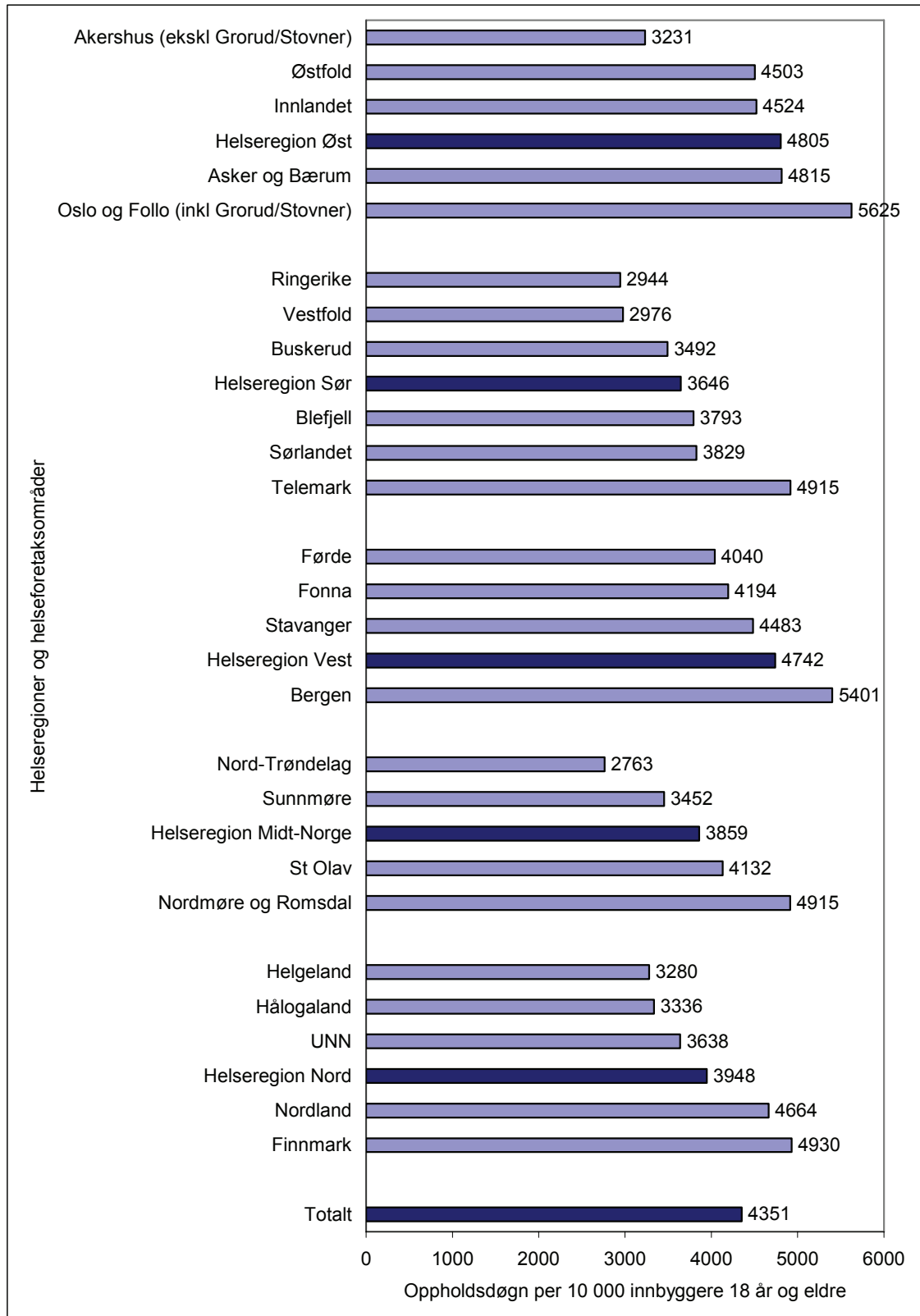
		Oppholdsdøgn				Døgnopphold				Konsultasjoner			
		2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Forskjeller mellom helse-foretaksområder													
Helse Øst	SD	1 162	994	895	861	24	25	27	31	430	398	490	637
	CV	0,23	0,20	0,18	0,18	0,21	0,20	0,22	0,22	0,21	0,18	0,19	0,25
Helse Sør	SD	574	536	610	725	34	34	36	39	843	1 246	1 205	1 236
	CV	0,14	0,14	0,17	0,20	0,27	0,25	0,27	0,27	0,36	0,52	0,43	0,41
Helse Vest	SD	1 167	851	580	609	16	11	13	7	289	383	542	387
	CV	0,20	0,16	0,12	0,13	0,12	0,08	0,09	0,05	0,16	0,21	0,27	0,18
Helse Midt-Norge	SD	1 204	369	797	922	16	15	23	22	415	417	450	414
	CV	0,29	0,10	0,20	0,24	0,12	0,12	0,17	0,15	1,23	0,21	0,18	0,15
Helse Nord	SD	808	1 061	932	773	53	57	59	45	442	539	451	357
	CV	0,20	0,26	0,24	0,20	0,35	0,37	0,39	0,28	0,23	0,24	0,21	0,14
Landet	SD	1 024	896	831	806	34	35	36	32	566	751	758	769
	CV	0,21	0,20	0,19	0,19	0,27	0,27	0,27	0,22	0,28	0,35	0,31	0,30
	Gini	0,13	0,11	0,11	0,11	0,12	0,11	0,11	0,11	0,13	0,14	0,14	0,13
Forskjeller mellom helseregioner													
	SD	770	697	600	536	13	14	10	10	213	226	293	330
	CV	0,16	0,15	0,14	0,12	0,10	0,10	0,07	0,07	0,11	0,10	0,12	0,13
	Gini	0,07	0,07	0,07	0,06	0,05	0,04	0,03	0,02	0,05	0,05	0,06	0,06

Grunnlagsdata: NPR og SSB

Oppholdsdøgn

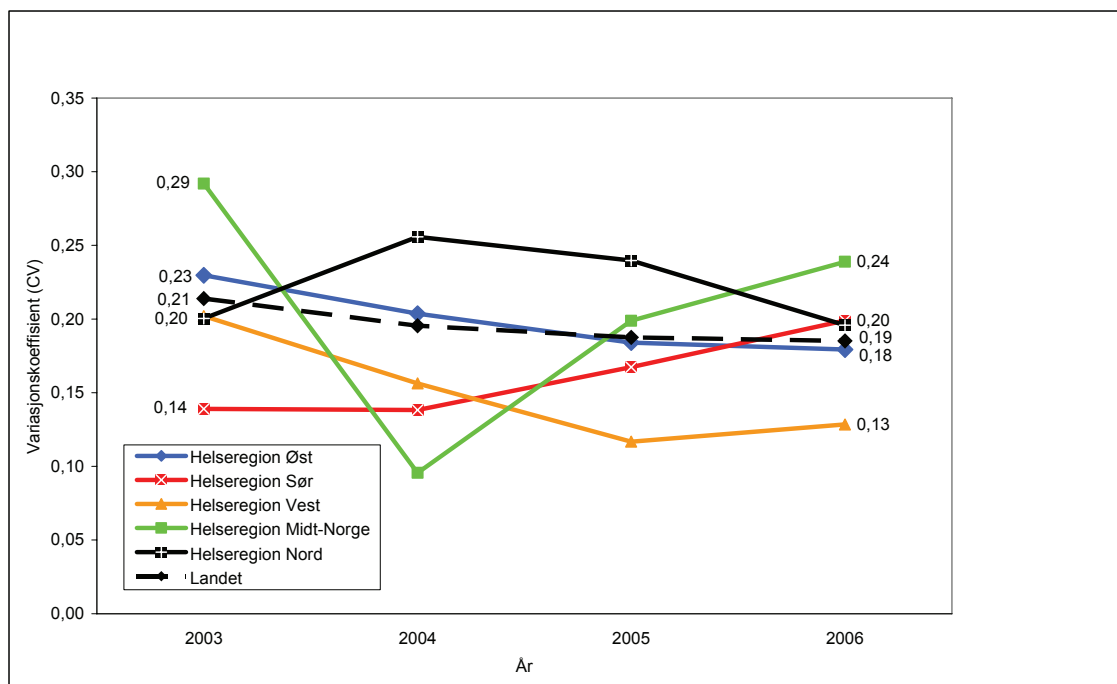
Vi vil først se på fordelingen av oppholdsdøgn i 2006. Fordelingen er vist i Figur 8.14. Fordelingen vil langt på vei være bestemt av raten for døgnplasser, og være nært korrelert med denne (Pearsons $r=0,85$). Vi merker oss at det på landsbasis igjen er langt større forskjeller mellom hf-områdene ($CV=0,19$) enn mellom helseregionene samlet ($CV=0,12$). Tall på regionnivå dekker på denne måten over forskjeller i dekningsgrad internt i helseregionene. Vi finner igjen forskjeller i dekningsgrad i størrelsesorden 1:2, mellom på den ene siden Nord-

Trøndelag (2 763 oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre), Ringerike (2 944) og Vestfold (2 976) hf-områder og på den andre siden Oslo/Follo (5 625), Bergen (5 401), Finnmark (4 930) og Nordmøre og Romsdal (4 915) hf-områder. Målt ved variasjonskoeffisienten finner vi innen alle helseregioner, så nært som Helse Vest, like store interne forskjeller i dekningsgrad som de vi finner på landsbasis. (CV 0,18-0,20). I Helse Vest er forskjellene betydelig mindre (CV=0,13).



Figur 8.14 Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter pasientenes bosted (helseregion og foretaksområde). Psykisk helsevern for voksne. 2006.

Neste spørsmål blir hvordan forskjellene har utviklet seg over tid. Dette er vist i Figur 8.15, som viser utviklingen i variasjonskoeffisienten over tid, på landsbasis og innenfor den enkelte helseregion.



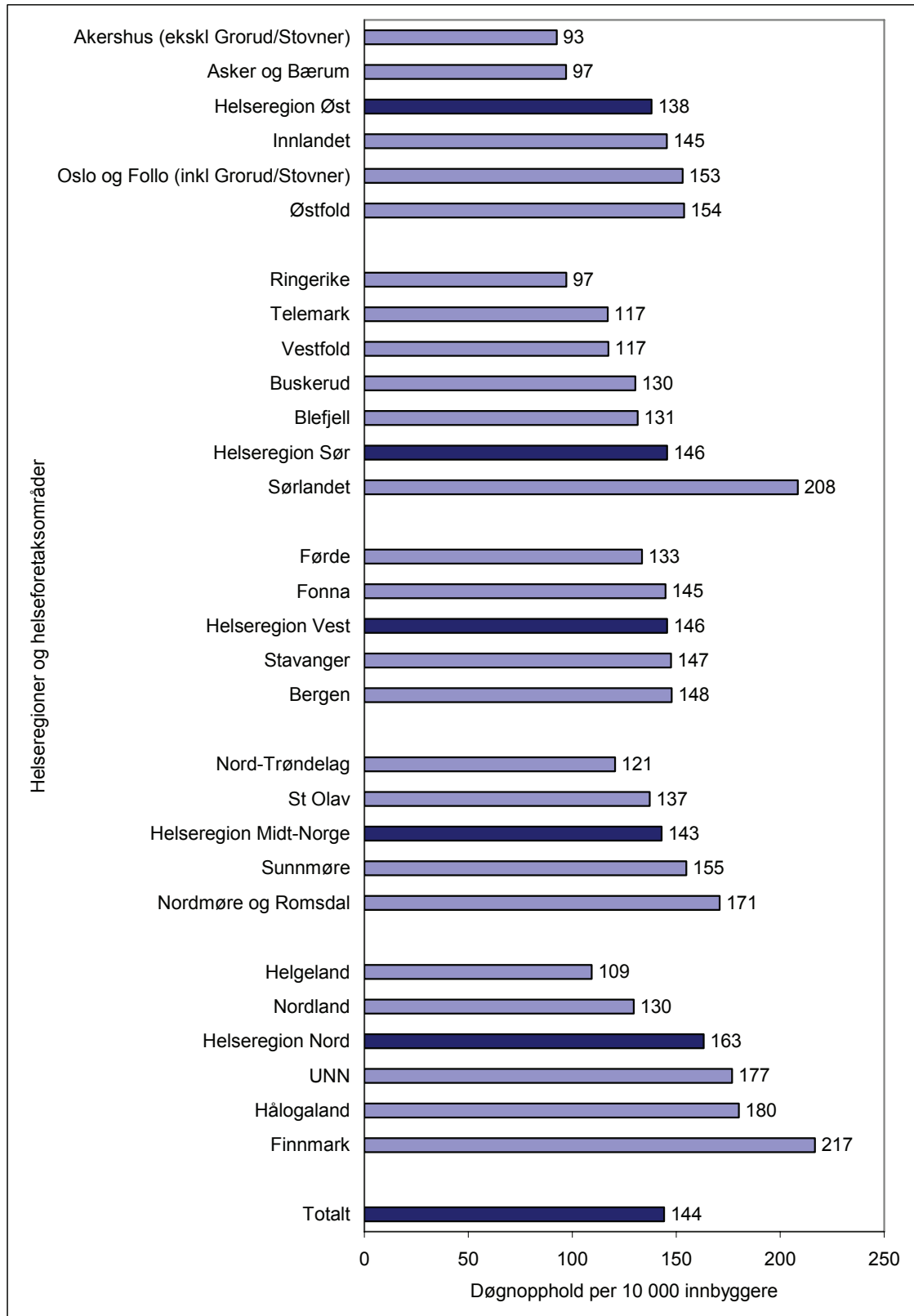
Figur 8.15 Forskjeller i bruken av oppholdsdøgn i det psykisk helsevern for voksne mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003-2006.

På landsbasis har de relative forskjellene mellom hf-områdene holdt seg på om lag samme nivå gjennom hele perioden¹⁷. Dette dekker imidlertid over ulike utviklingstrekk internt i helseregionene. Internt i Helse Sør, som i utgangspunktet hadde de minste forskjellene, har forskjellene økt. I Helse Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge har forskjellene avtatt. I Helse Nord er mønsteret mer uklart: Forskjellene øker først i perioden, men er i 2006 tilbake på samme nivå som i 2003.

Døgnopphold

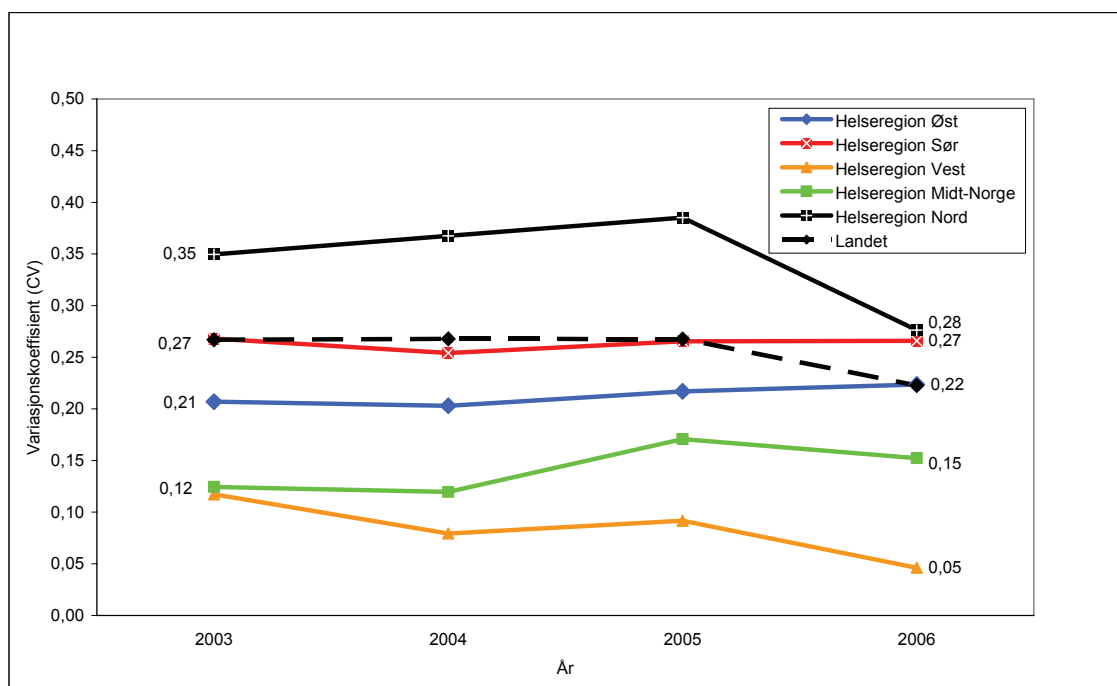
Vi vil igjen først se på forskjellene i 2006. Forskjellene er illustrert i Figur 8.16. Det kan innledningsvis nevnes at raten for døgnopphold bare er svakt korrelert med raten for døgnplasser ($r=0,19$). Foretak med liten kapasitet på døgnplasser kompenserer med andre ord dette ved kortere varighet av det enkelte opphold. Også for døgnopphold er forskjellene mellom hf-områdene betydelig større enn mellom helseregionene samlet (CV på 0,23 mot 0,07). Igjen finner vi forskjeller i størrelsesorden 1:2 mellom hf-områdene, Mens Akershus, Asker og Bærum og Ringerike alle har rater rundt 100 opphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, ligger ratene for Sørlandet og Finnmark hf-områder på 208.

¹⁷ Ettersom virksomheten har ekspandert, har de absolutte forskjellene, målt ved standardavviket likevel økt.



Figur 8.16 Døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter pasientenes bosted (helseregion og helseforetaksområde). Psykisk helsevern for voksne. 2006.

Figur 8.17 illustrerer hvordan forskjellen i bruk av døgnopphold, målt ved variasjonskoeffisienten, har utviklet seg mellom foretaksområdene på landsbasis og internt i de enkelte helseregionene.



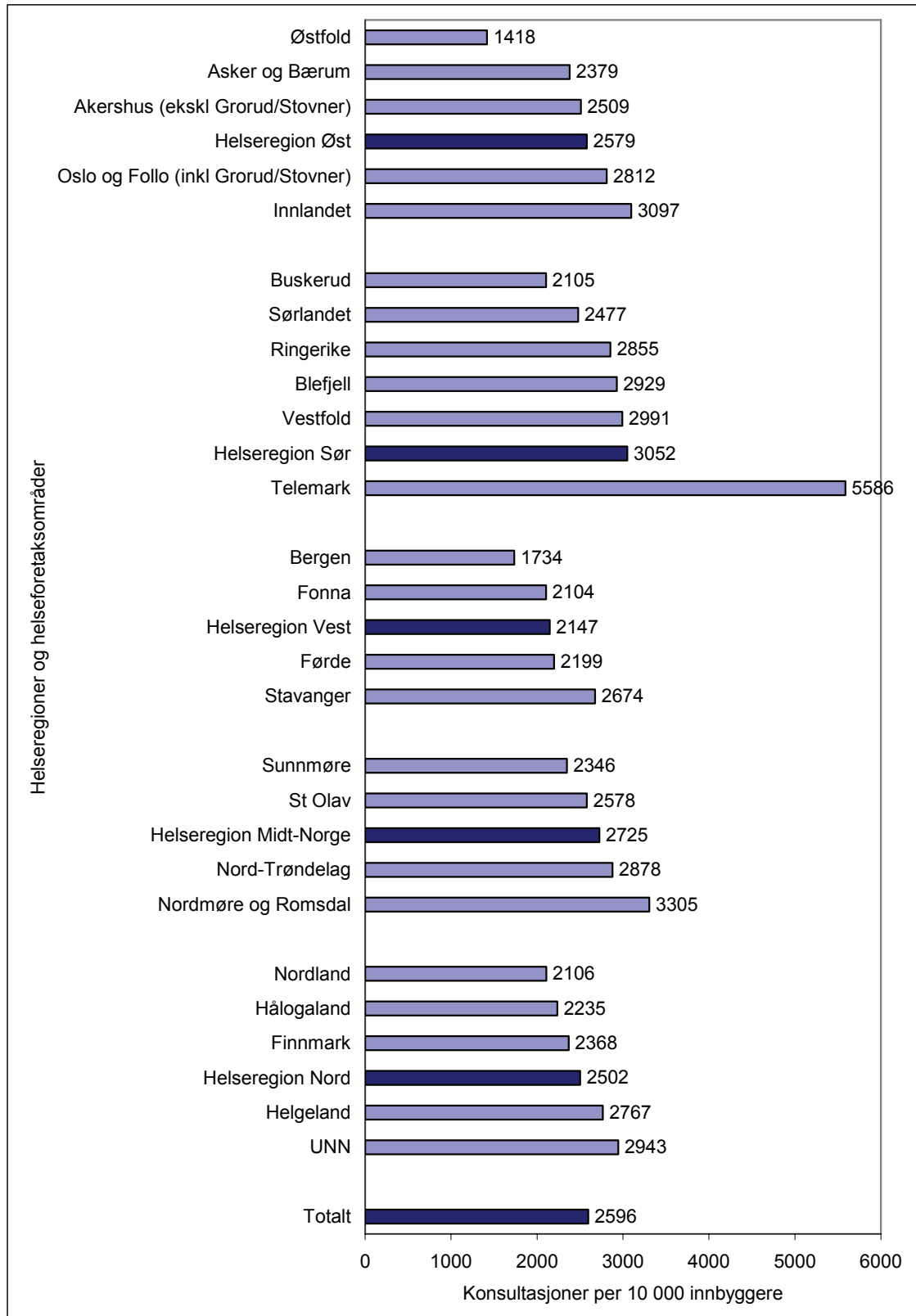
Figur 8.17 Forskjeller i bruken av døgnopphold i det psykisk helsevern for voksne mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003-2006.

På landsbasis avtar forskjellene svakt (CV går ned fra 0,27 til 0,22). Internt i Helse Vest, som i utgangspunktet hadde de minste forskjellene avtar disse ytterligere i løpet av perioden. I Helse Nord, som i utgangspunktet hadde de største forskjellen avtar disse mot slutten av perioden. Det er ingen tegn til utjevning i de øvrige regioner.

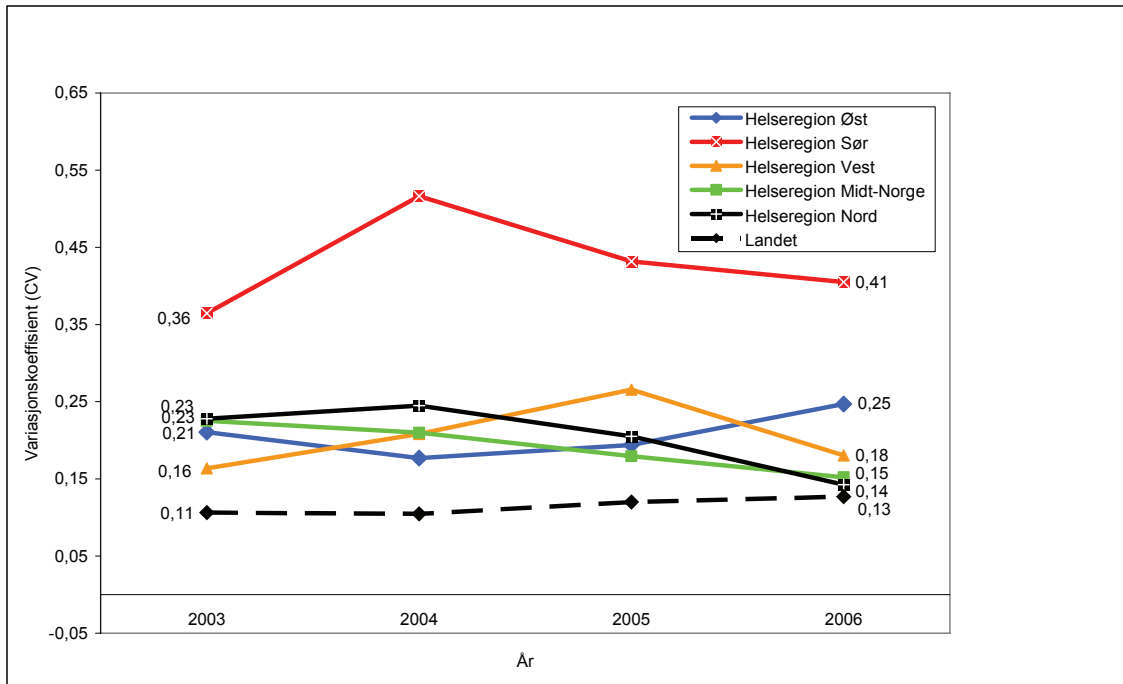
Polikliniske konsultasjoner

Også for de polikliniske konsultasjonene er forskjellene mellom hf-områdene (CV= 0,30) større enn mellom helseregionene samlet (CV=0,13). Figur 8.18 viser forskjellene i rater mellom regioner og hf-områder i 2006. Dette året skilte to foretaksområder seg ut fra de øvrige. Østfold hf-området hadde betydelig færre konsultasjoner (1 418 per 10 000 innbyggere 18 år og eldre) enn de øvrige, mens Telemark hf-område hadde betydelig flere enn de øvrige (5 586) hf-områdene. Selv om disse holdes utenfor, finner vi forskjeller i dekningsgrad i størrelsesorden 2:3, mellom å den ene siden Bergen (1 734), Buskerud (2 105) og Nordland (2 106) hf-områder, og på den andre siden Nordmøre og Romsdal (3 305), Innlandet (3 097) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (2 943) hf-områder.

Figur 8.19 illustrerer hvordan forskjellene målt ved variasjonskoeffisienten mellom hf-områdene har utviklet seg i løpet av perioden, på landsbasis og internt i helseregionene.



Figur 8.18 Polikliniske konsultasjoner etter pasientenes bosted (helseregion og foretaksområde). Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne, 2006.



Figur 8.19 Forskjeller i bruken av polikliniske konsultasjoner i det psykisk helsevern for voksne. Mellom helseforetaksområder internt i helseregionene og på landsbasis. Variasjonskoeffisienten (CV) for konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003-2006.

På landsbasis holder forskjellene seg tilnærmet konstant gjennom perioden. Forskjellene avtar internt i Helse Nord og Helse Midt-Norge, og øker svakt i helseregionene Sør og Øst.

Tabell 8.6 Personellinnsats i poliklinikker og totalt etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2003-2006.

	Poliklinikker for barn og unge				Barn og unge totalt			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Østfold	13,3	13,8	13,9	16,3	27,9	28,4	28,3	31,7
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	11,3	12,6	14,9	16,1	34,6	33,7	38,8	37,4
Asker og Bærum	11,9	11,7	13,0	15,9	23,2	25,4	24,7	26,9
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	17,6	16,7	15,7	19,4	43,4	37,7	37,7	44,6
Innlandet	10,2	11,1	14,6	14,6	24,2	25,2	27,6	28,9
Helse Øst	13,7	13,8	14,7	17,0	33,2	31,5	32,8	36,2
Buskerud	15,8	18,6	19,9	21,4	25,8	33,0	31,6	29,6
Ringerike	12,4	11,1	13,4	19,1	22,2	17,2	26,0	30,1
Blefjell	14,9	15,4	16,2	18,1	27,4	28,0	29,8	35,2
Vestfold	7,6	9,9	11,7	19,1	23,0	22,7	24,5	32,0
Telemark	12,9	13,3	12,7	12,8	29,7	25,7	23,8	26,0
Sørlandet	10,4	9,4	11,0	10,8	21,2	22,2	25,0	24,7
Helse Sør	11,4	12,2	13,4	15,9	24,1	24,8	26,2	28,7
Stavanger	10,4	10,8	12,8	15,0	21,3	21,9	23,5	25,9
Fonna	11,2	11,0	10,9	12,3	20,0	20,4	21,9	23,9
Bergen	12,4	13,7	15,1	16,1	25,6	24,8	26,0	25,9
Førde	15,0	15,8	16,7	17,1	19,1	29,5	30,8	33,2
Helse Vest	11,8	12,5	13,7	15,1	22,5	23,6	25,0	26,3
Sunnmøre	12,2	12,5	13,9	15,0	16,9	22,0	23,7	23,5
Nordmøre og Romsdal	20,7	22,0	20,2	22,8	28,6	26,5	28,2	27,5
St Olav	10,0	12,2	14,2	15,0	21,9	23,0	25,4	28,7
Nord-Trøndelag	9,5	9,5	12,7	12,3	24,2	25,4	29,4	35,2
Helse Midt-Norge	12,2	13,4	14,9	15,8	22,5	23,9	26,4	28,8
Helgeland	18,9	22,1	22,0	25,9	37,4	48,6	48,9	52,4
Nordland	18,6	16,6	19,6	20,4	32,6	32,6	35,7	35,1
Hålogaland	14,5	14,3	14,7	16,1	26,5	28,7	28,6	32,4
UNN	15,7	16,9	18,6	22,0	22,3	25,7	31,1	36,1
Finmark	24,4	25,6	29,1	29,2	55,5	54,0	46,2	54,1
Helse Nord	18,0	18,6	20,3	22,4	33,3	36,3	37,0	40,7
Totalt	13,1	13,6	14,8	16,7	27,5	27,9	29,3	32,0

Grunnlagsdata: SSB og NPR

Tabell 8.7 Personellinnsats totalt etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for voksne og for befolkningen samlet. Årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen (hhv. 18 år og eldre og totalt). 2003-2006.

	Voksne				Totalt			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Østfold	37,5	38,0	40,6	42,0	35,3	35,8	37,8	39,7
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	35,3	33,9	32,5	32,7	35,1	33,8	34,1	33,8
Asker og Bærum	46,3	49,4	49,7	47,5	40,3	43,2	43,2	42,2
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	64,3	61,8	65,8	65,2	59,9	56,7	59,9	60,9
Innlandet	41,0	43,6	42,2	46,6	37,3	39,6	39,0	42,8
Helse Øst	49,4	49,1	50,6	51,4	45,8	45,1	46,6	48,0
Buskerud	46,9	39,1	42,8	41,9	42,0	37,6	40,2	39,0
Ringerike	37,9	34,5	32,3	32,1	34,5	30,7	31,0	31,6
Blefjell	40,8	43,8	40,2	40,8	37,9	40,3	37,9	39,5
Vestfold	34,8	35,9	34,4	37,3	32,1	32,8	32,1	36,1
Telemark	42,4	45,6	41,7	41,2	39,5	41,1	37,7	37,7
Sørlandet	37,6	43,0	40,7	40,3	33,5	37,9	36,8	36,5
Helse Sør	39,4	40,5	38,9	39,3	35,8	36,8	35,9	36,9
Stavanger	43,6	43,9	41,7	42,0	37,7	38,0	36,9	37,8
Fonna	42,0	41,6	42,2	43,1	36,3	36,2	37,1	38,3
Bergen	45,4	46,8	46,9	48,4	40,5	41,4	41,8	42,9
Førde	42,4	43,1	41,6	45,1	36,6	39,7	38,9	42,2
Helse Vest	43,9	44,6	43,9	45,0	38,5	39,2	39,1	40,4
Sunnmøre	29,3	32,6	36,3	31,3	26,2	30,0	33,2	29,4
Nordmøre og Romsdal	54,7	53,9	50,4	56,8	48,6	47,5	45,3	50,1
St Olav	40,1	41,5	45,8	44,6	35,8	37,1	41,0	40,9
Nord-Trøndelag	34,3	33,7	32,5	31,1	31,8	31,6	31,7	32,1
Helse Midt-Norge	39,4	40,4	42,1	41,4	35,4	36,5	38,3	38,4
Helgeland	37,5	36,9	38,6	36,2	37,4	39,7	41,0	40,0
Nordland	45,4	46,0	50,4	51,8	42,3	42,8	46,9	47,9
Hålogaland	40,9	43,1	43,8	43,9	37,6	39,8	40,4	41,3
UNN	45,8	46,8	48,3	49,4	40,0	41,6	44,2	46,2
Finnmark	54,7	58,6	59,4	61,5	54,9	57,5	56,2	59,7
Helse Nord	44,6	46,0	47,9	48,6	41,9	43,7	45,3	46,7
Totalt	44,5	45,0	45,5	46,1	40,5	40,9	41,7	42,8

Grunnlagsdata: SSB og NPR

Tabell 8.8 Personellinnsats i poliklinikker og totalt etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2003-2006.

	Poliklinikker for barn og unge				Barn og unge totalt			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Østfold	101	101	94	97	101	102	97	99
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	86	92	100	96	126	121	132	117
Asker og Bærum	91	86	88	95	84	91	84	84
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	135	122	106	116	157	135	129	139
Innlandet	78	81	99	87	88	90	94	90
Helse Øst	105	101	99	102	120	113	112	113
Buskerud	121	136	134	128	94	118	108	93
Ringerike	94	82	91	114	80	62	89	94
Blefjell	114	113	109	108	100	101	102	110
Vestfold	58	73	79	114	83	82	84	100
Telemark	99	98	86	76	108	92	81	81
Sørlandet	80	69	74	65	77	80	85	77
Helse Sør	87	89	90	95	88	89	89	90
Stavanger	79	79	86	90	77	79	80	81
Fonna	86	81	74	74	73	73	75	75
Bergen	95	101	102	96	93	89	89	81
Førde	115	116	113	102	69	106	105	104
Helse Vest	90	92	92	90	82	85	85	82
Sunnmøre	93	92	94	89	61	79	81	73
Nordmøre og Romsdal	158	161	136	136	104	95	96	86
St Olav	76	89	96	90	80	82	87	90
Nord-Trøndelag	73	69	86	74	88	91	100	110
Helse Midt-Norge	93	98	100	94	82	86	90	90
Helgeland	144	162	148	155	136	174	167	164
Nordland	142	122	132	122	118	117	122	110
Hålogaland	111	105	99	96	96	103	98	101
UNN	120	124	125	131	81	92	106	113
Finmark	186	188	197	174	202	194	158	169
Helse Nord	138	136	137	134	121	130	126	127
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

Grunnlagsdata: SSB og NPR

Tabell 8.9 Personellinnsats totalt etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for voksne og for befolkningen samlet. Årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen (hhv. 18 år og eldre og totalt) i prosent av landsgjennomsnittet, 2003-2006.

	Voksne				Totalt			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Østfold	84	85	89	91	87	88	91	93
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	79	75	71	71	87	83	82	79
Asker og Bærum	104	110	109	103	100	105	104	99
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	145	137	145	141	148	139	144	142
Innlandet	92	97	93	101	92	97	94	100
Helse Øst	111	109	111	112	113	110	112	112
Buskerud	105	87	94	91	104	92	96	91
Ringerike	85	77	71	70	85	75	74	74
Blefjell	92	97	88	88	94	98	91	92
Vestfold	78	80	76	81	79	80	77	84
Telemark	95	101	92	89	98	100	90	88
Sørlandet	85	96	89	87	83	93	88	85
Helse Sør	89	90	85	85	88	90	86	86
Stavanger	98	97	92	91	93	93	88	88
Fonna	94	93	93	93	90	88	89	89
Bergen	102	104	103	105	100	101	100	100
Førde	95	96	91	98	90	97	93	98
Helse Vest	99	99	96	98	95	96	94	94
Sunnmøre	66	72	80	68	65	73	80	69
Nordmøre og Romsdal	123	120	111	123	120	116	109	117
St Olav	90	92	101	97	88	91	98	96
Nord-Trøndelag	77	75	71	67	79	77	76	75
Helse Midt-Norge	89	90	92	90	87	89	92	90
Helgeland	84	82	85	78	93	97	98	93
Nordland	102	102	111	112	105	105	112	112
Hålogaland	92	96	96	95	93	97	97	96
UNN	103	104	106	107	99	102	106	108
Finnmark	123	130	131	133	136	140	135	139
Helse Nord	100	102	105	105	104	107	109	109
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

Grunnlagsdata: SSB og NPR

Tabell 8.10 Heldøgnsplasser etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og for befolkningen samlet. Plasser per 10 000 innbyggere i målgruppen (hvv. 0-17 år, 18 år og eldre og totalt). 2003-2006.

Foretaksområde	Barn og unge				Voksene				Totalt			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Østfold	3,8	3,8	3,9	3,9	13,7	14,5	14,6	14,5	11,4	12,1	12,1	12,1
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	7,0	6,4	6,7	6,3	11,5	10,6	9,9	9,3	10,4	9,6	9,1	8,5
Asker og Bærum	3,2	3,6	3,2	3,2	14,7	16,2	17,0	13,4	11,8	12,9	13,5	10,8
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	4,4	3,9	3,7	3,9	20,0	19,2	18,6	18,3	16,7	16,0	15,4	15,3
Innlandet	3,5	3,3	3,3	3,4	13,2	13,3	13,4	13,1	11,0	11,1	11,2	11,0
Helse Øst	4,4	4,1	4,1	4,1	15,9	15,7	15,5	14,9	13,3	13,1	12,9	12,5
Buskerud	1,9	2,9	1,5	1,0	15,4	12,8	11,0	11,0	12,3	10,5	8,8	8,6
Ringerike	1,9	1,2	1,6	1,4	13,8	11,7	11,1	10,8	11,2	9,4	9,0	8,8
Blefjell	1,9	2,3	2,2	2,3	12,0	12,9	11,8	12,0	9,8	10,5	9,7	9,9
Vestfold	2,7	2,7	2,8	2,8	11,0	10,7	10,3	10,6	9,0	8,8	8,6	8,8
Telemark	3,9	3,0	2,8	2,9	13,1	14,1	13,8	13,2	11,0	11,5	11,3	10,9
Sørlandet	2,2	2,2	2,0	1,8	17,1	14,9	14,1	13,6	13,4	11,8	11,1	10,7
Helse Sør	2,4	2,5	2,2	2,1	14,0	13,0	12,2	12,0	11,3	10,5	9,9	9,7
Stavanger	2,4	2,4	2,2	2,3	18,3	17,7	16,8	16,2	14,1	13,6	12,9	12,5
Fonna	2,0	2,0	2,8	3,6	19,0	16,0	15,5	14,9	14,6	12,4	12,2	12,1
Bergen	2,7	2,3	2,5	2,1	17,4	15,8	14,8	15,0	13,8	12,5	11,8	11,9
Førde	0,7	3,6	3,3	3,3	12,3	12,9	12,8	12,6	9,4	10,6	10,4	10,3
Helse Vest	2,2	2,4	2,6	2,6	17,4	16,1	15,3	15,1	13,5	12,6	12,1	12,0
Sunnmøre	1,3	2,4	2,1	2,3	10,4	11,9	13,6	11,9	8,1	9,5	10,7	9,6
Nordmøre og Romsdal	2,3	1,1	1,6	1,2	16,6	16,3	14,7	16,2	13,2	12,7	11,7	12,8
St Olav	3,2	3,1	3,1	3,0	13,2	13,7	14,1	13,0	10,8	11,2	11,5	10,7
Nord-Trøndelag	1,9	2,1	2,6	2,7	11,7	11,9	9,6	10,8	9,3	9,5	7,9	8,9
Helse Midt-Norge	2,4	2,4	2,5	2,5	12,9	13,5	13,2	12,9	10,4	10,8	10,7	10,4
Helgeland	2,8	4,3	5,7	5,8	11,4	11,0	10,9	10,1	9,3	9,4	9,6	9,1
Nordland	2,5	2,5	2,6	2,4	13,1	13,4	12,3	13,5	10,5	10,8	10,0	10,9
Hålogaland	2,5	2,4	2,2	2,8	12,9	12,5	11,4	11,6	10,5	10,2	9,3	9,6
UNN	1,7	1,6	1,9	2,6	11,7	10,9	11,2	11,8	9,2	8,6	8,9	9,6
Finmark	7,5	3,9	1,9	2,9	19,1	19,9	18,7	18,5	16,2	15,9	14,6	14,7
Helse Nord	3,2	2,8	2,8	3,2	13,4	13,2	12,6	12,9	10,9	10,7	10,2	10,6
Totalt	3,1	3,0	3,0	3,1	15,2	14,7	14,2	13,9	12,3	11,9	11,6	11,4

Grunnlagsdata: SSB og NPR

Tabell 8.11 Heldøgns plasser etter helseforetaksområde og helseregion. Psykisk helsevern for barn og unge, for voksne og for befolkningen samlet. Plasser per 10 000 innbyggere i målgruppen (hvh. 0-17 år, 18 år og eldre og totalt) i prosent av landsgjennomsnittet. 2003-2006.

Foretaksområde	Barn og unge				Voksne				Totalt			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Østfold	123	124	129	128	90	99	103	105	93	101	105	107
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	226	210	222	205	76	72	70	67	84	80	79	75
Asker og Bærum	102	118	107	105	97	110	120	96	96	108	116	95
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	142	128	122	127	132	130	131	132	136	134	133	134
Innlandet	111	109	111	111	87	91	94	94	90	93	97	97
Helse Øst	140	135	135	134	105	107	109	107	108	110	112	110
Buskerud	61	94	50	34	102	87	78	79	100	88	76	76
Ringerike	60	40	54	45	91	79	78	78	91	79	78	77
Blefjell	60	74	73	75	79	87	83	86	80	88	84	87
Vestfold	87	90	91	91	72	73	73	76	73	74	74	77
Telemark	124	100	92	96	86	96	97	95	89	97	97	96
Sørlandet	69	72	66	59	113	102	99	98	109	99	96	94
Helse Sør	78	82	73	69	93	89	86	86	92	88	85	86
Stavanger	77	78	72	75	121	121	118	116	114	114	112	110
Fonna	65	65	93	119	126	109	109	107	119	104	106	106
Bergen	85	75	84	70	115	108	104	108	112	105	102	105
Førde	22	120	110	108	81	88	90	91	76	89	90	91
Helse Vest	72	79	84	85	115	110	108	109	110	106	104	105
Sunnmøre	43	78	68	74	68	81	96	86	66	80	93	84
Nordmøre og Romsdal	74	38	51	40	109	111	104	117	108	107	101	112
St Olav	104	102	102	99	87	93	99	94	88	94	100	94
Nord-Trøndelag	61	70	85	88	77	81	67	78	76	80	68	78
Helse Midt-Norge	77	79	83	82	85	92	93	93	85	91	92	92
Helgeland	90	143	187	189	75	75	76	72	76	79	83	80
Nordland	80	83	85	80	86	91	87	97	86	90	86	96
Hålogaland	81	80	73	92	85	85	80	83	85	85	80	84
UNN	53	51	63	85	77	74	79	85	75	72	77	84
Finmark	241	128	64	94	126	135	132	133	132	133	126	129
Helse Nord	102	92	91	104	88	90	89	93	89	90	89	93
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Grunnlagsdata: SSB og NPR

Tabell 8.12 Pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i prosent av antall innbyggere 0-17 år. Helseregioner og helseforetaksområder. 2003-2006.

	2003	2004	2005	2006
Østfold	3,9	4,4	4,9	5,1
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	2,1	2,6	3,0	3,3
Asker og Bærum	2,4	2,6	3,0	3,7
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	3,8	4,0	4,0	4,3
Innlandet	3,2	3,7	4,2	4,5
Helse Øst	3,3	3,6	3,9	4,2
Buskerud	2,8	4,5	4,4	3,9
Ringerike	4,9	5,2	6,2	6,7
Blefjell	3,8	5,0	5,9	6,0
Vestfold	2,3	2,6	3,3	4,1
Telemark	3,4	4,2	4,6	5,4
Sørlandet	3,2	3,6	4,5	4,6
Helse Sør	3,1	3,8	4,3	4,8
Stavanger	2,1	2,7	2,9	3,0
Fonna	2,8	3,2	3,3	3,6
Bergen	2,5	2,9	3,1	3,4
Førde	3,0	3,9	4,3	4,7
Helse Vest	2,5	3,0	3,2	3,5
Sunnmøre	2,1	2,9	3,2	3,8
Nordmøre og Romsdal	4,2	4,7	5,2	5,2
St Olav	2,5	2,9	3,4	3,5
Nord-Trøndelag	2,4	3,0	3,6	3,9
Helse Midt-Norge	2,7	3,2	3,7	3,9
Helgeland	4,3	5,1	5,9	6,3
Nordland	5,0	5,4	6,0	6,3
Hålogaland	4,4	4,7	5,3	5,3
UNN	3,5	4,4	4,9	5,6
Finmark	5,6	6,0	6,5	7,0
Helse Nord	4,4	5,1	5,7	6,0
Totalt	3,1	3,6	4,0	4,3

Grunnlagsdata: NPR

Tabell 8.13 Pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet (per innbyggere 0-17 år). Helseregioner og helseforetaksområder. 2003-2006.

	2003	2004	2005	2006
Østfold	126	121	122	118
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	68	71	75	77
Asker og Bærum	78	72	76	85
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	121	110	100	99
Innlandet	104	103	106	104
Helse Øst	105	100	98	98
Buskerud	91	125	110	90
Ringerike	158	143	155	155
Blefjell	121	138	148	139
Vestfold	74	72	82	96
Telemark	111	116	116	125
Sørlandet	103	99	112	106
Helse Sør	100	106	109	110
Stavanger	67	74	72	70
Fonna	92	88	84	83
Bergen	81	80	78	79
Førde	98	108	108	109
Helse Vest	80	83	80	80
Sunnmøre	68	80	79	87
Nordmøre og Romsdal	135	131	131	119
St Olav	79	80	84	81
Nord-Trøndelag	76	82	89	90
Helse Midt-Norge	86	89	92	91
Helgeland	137	142	149	146
Nordland	160	149	150	145
Hålogaland	140	131	134	123
UNN	111	123	124	130
Finmark	179	165	164	163
Helse Nord	143	140	142	140
Totalt	100	100	100	100

Grunnlagsdata: NPR

Tabell 8.14 Bruk av tjenester fra det psykiske helsevernet for voksne etter bosted¹⁾. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre. Helseregion og helseforetaksområde. 2003-2006.

	Oppholdsdøgn				Opphold				Konsultasjoner			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003 ¹⁾	2004 ¹⁾	2005	2006
Østfold	3 966	4 237	4 452	4 503	118	131	141	154	1 443	1 624	1 746	1 418
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	3 407	3 439	3 436	3 231	85	85	83	93	1 523	1 930	2 077	2 509
Asker og Bærum	5 166	5 445	5 039	4 815	78	90	94	97	1 770	1 930	2 273	2 379
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	6 396	5 878	5 830	5 625	133	141	139	153	2 356	2 539	2 881	2 812
Innlandet	4 381	4 234	4 249	4 524	122	115	132	145	2 307	2 496	2 836	3 097
Helse Øst	5 059	4 881	4 864	4 805	117	121	126	138	2 042	2 250	2 529	2 579
Buskerud	4 270	3 938	3 876	3 492	131	120	124	130	1 653	1 826	2 143	2 105
Ringerike	3 953	3 077	3 077	2 944	104	97	94	97	3 000	3 924	2 576	2 855
Blefjell	3 448	3 730	3 516	3 793	114	126	121	131	2 080	2 273	3 315	2 929
Vestfold	3 404	3 368	2 828	2 976	104	104	105	117	2 422	2 294	2 679	2 991
Telemark	4 182	4 535	4 437	4 915	81	105	110	117	3 880	4 648	5 239	5 586
Sørlandet	4 941	4 203	4 065	3 829	181	189	195	208	1 791	1 529	1 938	2 477
Helse Sør	4 128	3 876	3 649	3 646	128	134	136	146	2 312	2 412	2 790	3 052
Stavanger	5 785	5 627	4 849	4 483	151	145	146	147	2 131	2 385	2 805	2 674
Fonna	5 987	5 331	4 704	4 194	144	134	136	145	1 859	1 636	1 787	2 104
Bergen	6 271	5 782	5 433	5 401	130	128	139	148	1 430	1 525	1 560	1 734
Førde	3 714	3 919	4 021	4 040	114	121	117	133	1 826	1 797	2 014	2 199
Helse Vest	5 780	5 445	4 970	4 742	137	133	138	146	1 764	1 840	2 039	2 147
Sunnmøre	3 482	3 709	4 006	3 452	146	149	159	155	1 627	1 614	2 087	2 346
Nordmøre og Romsdal	5 916	4 197	4 635	4 915	138	124	161	171	2 108	2 319	2 955	3 305
St Olav	4 072	4 022	4 306	4 132	112	114	119	137	1 554	1 785	2 259	2 578
Nord-Trøndelag	3 265	3 359	2 807	2 763	120	122	120	121	2 431	2 484	2 930	2 878
Helse Midt-Norge	4 126	3 860	4 008	3 859	125	124	135	143	1 842	1 986	2 482	2 725
Helgeland	3 811	3 514	3 256	3 280	95	101	100	109	2 219	2 553	2 773	2 767
Nordland	4 011	4 616	4 239	4 664	98	107	110	130	1 841	2 040	2 063	2 106
Hålogaland	3 529	3 606	3 285	3 336	177	162	145	180	1 238	1 387	1 696	2 235
UNN	3 703	3 523	3 556	3 638	175	177	174	177	2 340	2 785	2 615	2 943
Finnmark	5 528	5 949	5 471	4 930	215	241	246	217	2 145	2 299	1 991	2 368
Helse Nord	4 033	4 149	3 888	3 948	152	156	153	163	1 937	2 201	2 197	2 502
Totalt	4 788	4 583	4 433	4 351	128	130	134	144	2 001	2 157	2 445	2 596

Grunnlagsdata: NPR og SSB

1) Polikliniske konsultasjoner er for 2003 og 2004 fordelt etter poliklinikkens beliggenhet/foretakstilnytning.

Tabell 8.15 Bruk av tjenester fra det psykiske helsevernet for voksne etter bosted¹⁾. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre i prosent av nivået på landsbasis. Helseregion og helseforetaksområde. 2003-2006.

	Oppholdsdøgn, VP				Opphold				Konsultasjoner			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003 ¹⁾	2004 ¹⁾	2005	2006
Østfold	83	92	100	103	92	101	105	107	72	75	71	55
Akershus (ekskl Grorud/Stovner)	71	75	78	74	67	65	62	64	76	89	85	97
Asker og Bærum	108	119	114	111	61	69	70	67	89	89	93	92
Oslo og Follo (inkl Grorud/Stovner)	134	128	132	129	104	108	104	106	118	118	118	108
Innlandet	91	92	96	104	95	88	98	101	115	116	116	119
Helse Øst	106	107	110	110	92	93	94	96	102	104	103	99
Buskerud	89	86	87	80	102	93	93	90	83	85	88	81
Ringerike	83	67	69	68	81	75	70	67	150	182	105	110
Blefjell	72	81	79	87	89	97	90	91	104	105	136	113
Vestfold	71	73	64	68	81	80	78	81	121	106	110	115
Telemark	87	99	100	113	64	81	82	81	194	215	214	215
Sørlandet	103	92	92	88	142	146	145	145	90	71	79	95
Helse Sør	86	85	82	84	100	103	101	101	116	112	114	118
Stavanger	121	123	109	103	118	112	109	102	107	111	115	103
Fonna	125	116	106	96	113	103	101	100	93	76	73	81
Bergen	131	126	123	124	102	98	104	102	71	71	64	67
Førde	78	86	91	93	89	93	87	93	91	83	82	85
Helse Vest	121	119	112	109	107	103	103	101	88	85	83	83
Sunnmøre	73	81	90	79	114	114	118	107	81	75	85	90
Nordmøre og Romsdal	124	92	105	113	108	95	120	119	105	107	121	127
St Olav	85	88	97	95	88	88	89	95	78	83	92	99
Nord-Trøndelag	68	73	63	63	94	94	90	84	122	115	120	111
Helse Midt-Norge	86	84	90	89	98	96	101	99	92	92	102	105
Helgeland	80	77	73	75	74	78	75	76	111	118	113	107
Nordland	84	101	96	107	77	82	82	90	92	95	84	81
Hålogaland	74	79	74	77	138	124	108	125	62	64	69	86
UNN	77	77	80	84	137	136	130	123	117	129	107	113
Finnmark	115	130	123	113	168	185	184	150	107	107	81	91
Helse Nord	84	91	88	91	119	120	114	113	97	102	90	96
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Grunnlagsdata: NPR og SSB

1) Polikliniske konsultasjoner er for 2003 og 2004 fordelt etter poliklinikkens beliggenhet/foretakstilnytning.

9 Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge: Produktivitetsindikatorer 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 produktivitetutviklingen. I dette kapitlet beskriver vi hvordan produktivitetsindikatorene 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 produktivitetutvikling, er det følgelig grunn til å stole på tallenes tale. Når antall tiltak per fagårsverk brukes som produktivitetsindikator, 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 produktivitetsøkning 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 produktivitetsutviklingen 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 behandlingssinformasjon, 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.

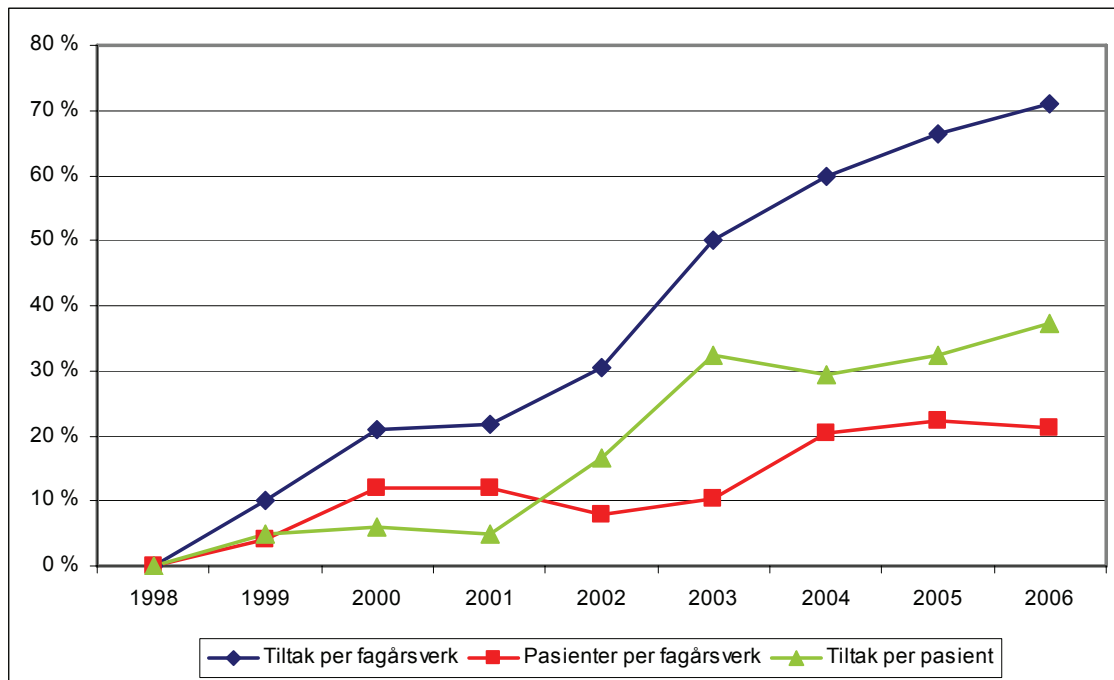
Tabell 9.1 Poliklinisk virksomhet for barn og unge: Tiltak, behandlede pasienter, fagårsverk og indikatorer på produktivitet. Nasjonale tall. 2005-2006.

	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):

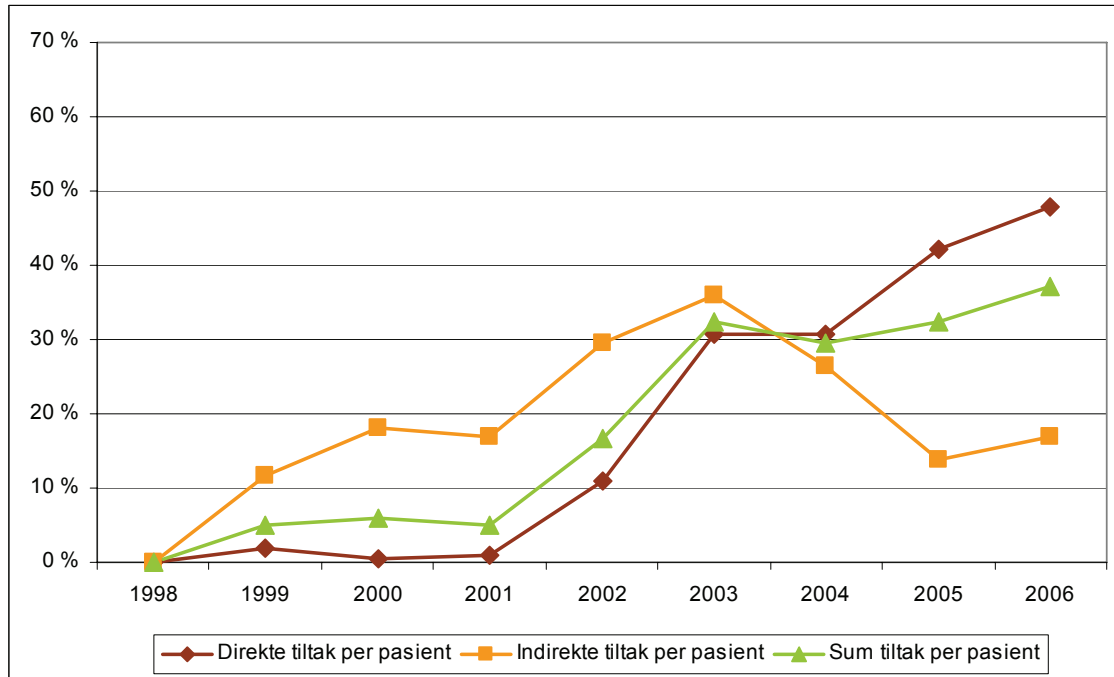
- A. Terapi/samtale
- B. Undersøkelse/observasjon
- C. Indirekte pasientarbeid

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 insentiv 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

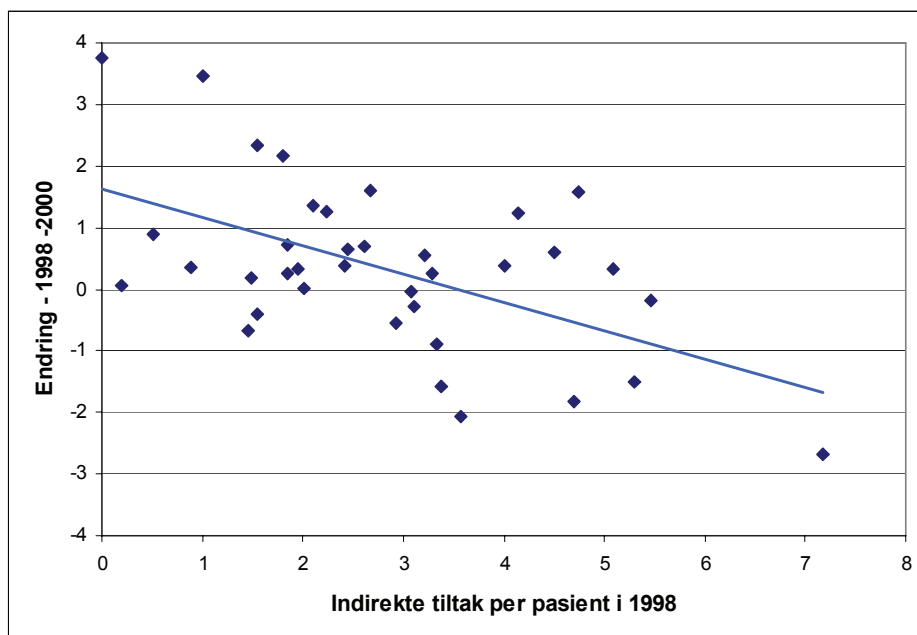
Figur 9.2 Prosent endring i direkte tiltak, indirekte tiltak og sum tiltak per pasient for poliklinisk behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge for perioden 1998-2006. Prosent endring målt i forhold til nivået i 1998.

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.

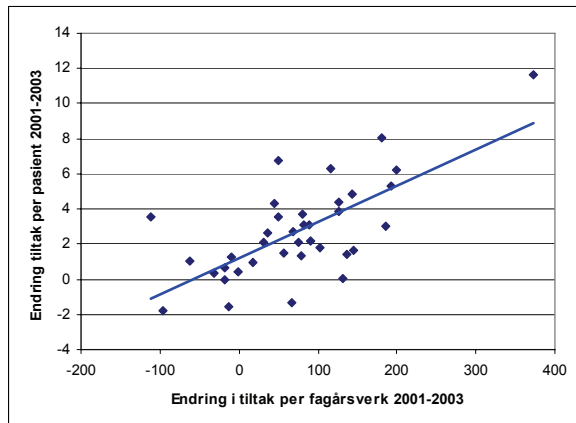
Perioden 2001-2003

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.

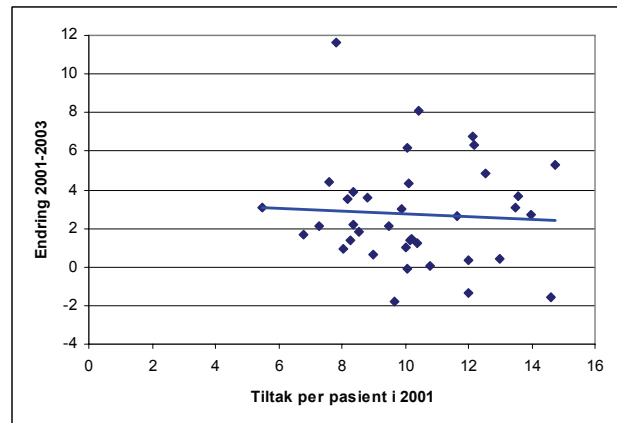
Helseforetakene ble målt etter grad av endring i tiltak per fagårsverk. Figur 9.4 viser at det for utvalget av poliklinikker var en klar positiv sammenheng mellom endring i tiltak per fagårsverk og endring i tiltak per pasient. For de poliklinikkene som økte tiltaksregistreringen, kan det ha kommet som 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).

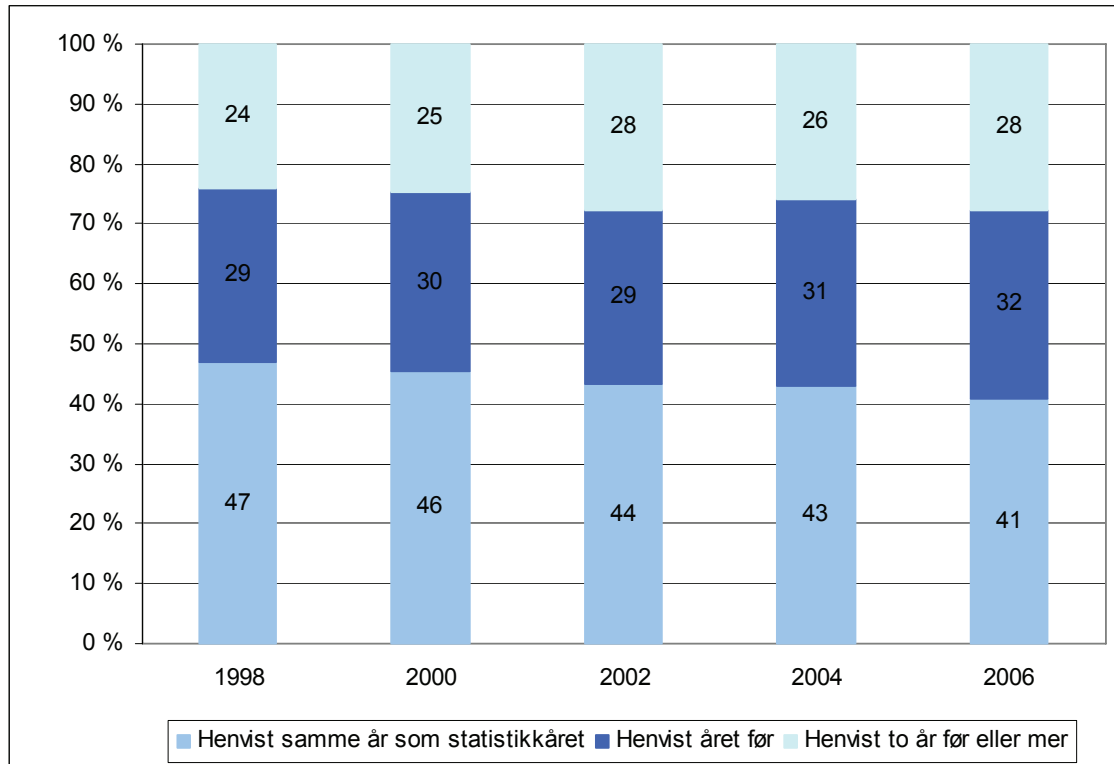
For perioden 2004 til 2006 er det en klar negativ sammenheng mellom antall indirekte tiltak per pasient i 2004 og endring 2004-2006 (Pearson corr:-0,53, $p < 0,01$). Det er en litt svakere negativ korrelasjon mellom direkte tiltak i 2004 og endring (Pearson corr:-0,34, $p < 0,05$). Med andre ord var 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.

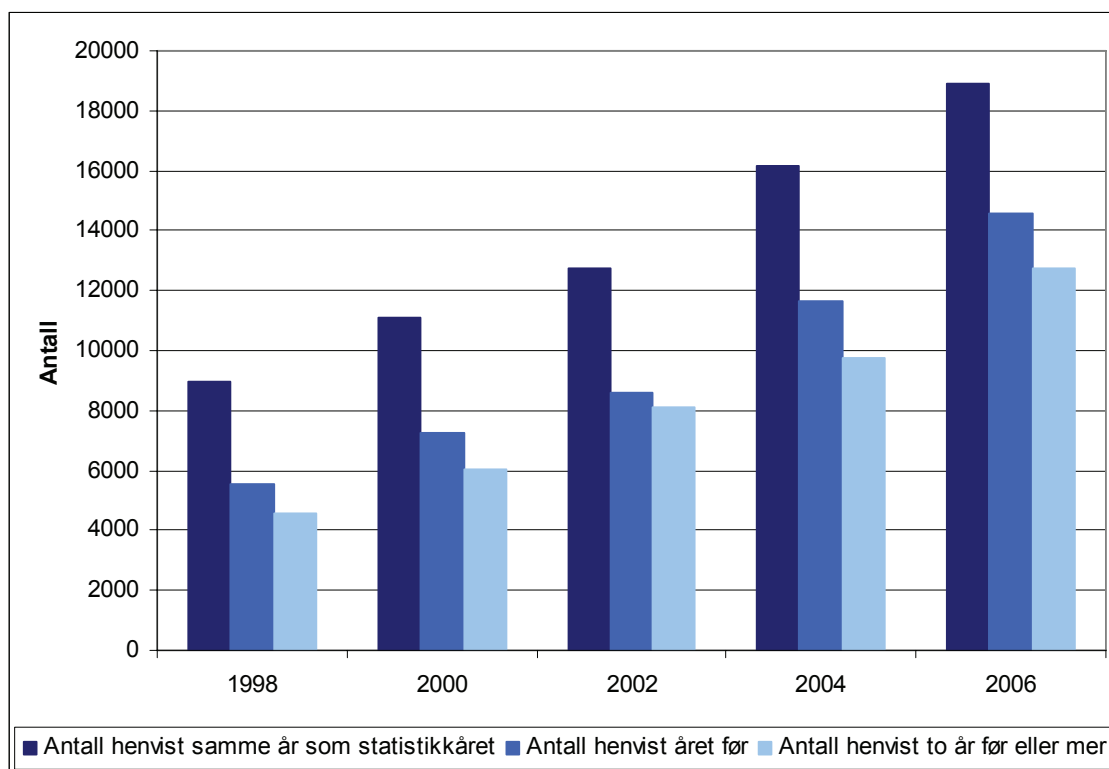


Datakilde: NPR

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.



Datakilde: 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

Datakilde: 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 forskyvning 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. Utvalgsriteriene ble videreført for å gjøre datamaterialet mest mulig sammenliknbar (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. Dernest 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 utvikling – 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

10 Hvor langt har regioner og foretak kommet i utbyggingen av DPS-funksjonene?

Per Bernhard Pedersen

Sammendrag

I kapitlet undersøkes om vi har fått en desentralisering av tjenestene til voksne, i tråd med Opptreppingsplanens forutsetninger. Dette blir gjort med utgangspunkt i indikatorer for personellinnsats, døgnplasser, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner. Det har vært en betydelig utbygging av DPS. Døgnavdelingene ved disse har imidlertid i hovedsak blitt finansiert gjennom frigjøring av midler fra sykehjemmene, og bare i begrenset grad gjennom midler fra Opptreppingsplanen. Det har også vært en betydelig utbygging av poliklinikkene, dels gjennom midler fra Opptreppingsplanen, dels gjennom overføring av poliklinikker fra sykehusene.

Mens 63 prosent av midlene i følge planen skulle gå til døgnavdelinger ved DPS, har økningen bare vært på 17 prosent (når midler fra sykehjemmene er trukket fra). 40 prosent av ressursøkningen har gått til poliklinisk virksomhet, mot 21 i følge planen. 40 prosent har også gått til sykehusavdelingene, mot 17 prosent i følge plantallene.

På tross av begrenset ressursøkning, har det vært en formidabel vekst i tilgangen på døgn-tjenester utenfor sykehus. Veksten i den polikliniske virksomheten ved DPS-ene er enda kraftigere.

Det er fortsatt betydelige forskjeller i struktur på tjenestene, både mellom regionene og internt i disse.

10.1 Innledning

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

- Spesialiserte sykehusavdelinger
- Distriktpsikiatriske sentra med poliklinikker, døgn- og dagavdelinger, som skulle ivareta alle/de fleste allmennpsikiatriske 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 allmennpsikiatriske tjenestene innen et geografisk område. Senteret bør bestå av poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling under en felles faglig ledelse." (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. Spørsmålet blir

dermed i hvilken grad dette har blitt fulgt opp i praksis. Av særlig interesse er fordelingen av ressurser

- Mellom poliklinisk/ambulant virksomhet og døgn-/dagavdelinger, og
- Mellom døgn/dagavdelinger ved sykehus, DPS og øvrige døgninstitusjoner

Formålet med dette kapitlet er tredelt:

- Med utgangspunkt i tall for ressursinnsats og forbruk av tjenester ønsker vi for det første å undersøke om/i hvilken grad vi på nasjonalt nivå har fått en desentralisering av tjenestene, slik Opptappingsplanen forutsetter.
- Fylkeskommunene, og senere de regionale helseforetakene var før opptappingsplanen 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 fylkeskommunene og de regionale helseforetakene har ivaretatt utbyggingen av DPS-funksjonen. Har vi fått en utjevning mellom helseregionene, eller består fortsatt forskjellene i ressursinnsats knyttet til sentraliserte kontra desentraliserte funksjoner?
- Vi ønsker for det tredje å undersøke hvor langt regioner og foretak nå er kommet i utbyggingen av DPS-funksjonene. Dette vil bli gjort med utgangspunkt i tall for ressursinnsats og – fordeling både regionalt og på foretaksnivå.

I avsnitt 10.2 undersøker vi ressursutviklingen, målt ved årsverk totalt. Dette blir sammenholdt med Opptappingsplanens forslag til fordeling av de økte driftskostnadene. Om lag 80 prosent av driftskostnadene i det psykiske helsevernet går til lønn og sosiale kostnader. Årsverksinnsatsen er derfor også en god indikator for fordelingen av driftskostnadene. I avsnitt 10.3 ser vi på den tilsvarende utviklingen innenfor hver av regionene. I avsnitt 10.4 ser vi på fordelingen av døgnplassene. I avsnitt 10.5 og 10.6 undersøker vi i hvilken grad tjenestene har blitt mer tilgjengelige, målt ved utskrivninger og polikliniske konsultasjoner. Avslutningsvis viser vi i avsnitt 10.7 ressurser til DPS-tjenestene i helseregioner og helseforetak i form av befolkningsbaserte rater for personell totalt, leger og psykologer, samt døgnplasser.

10.2 Har vi fått en desentralisering av personellressursene i løpet av opptappingsperioden?

Opptappingsplanen legger opp til en omfattende styrking av de distriktpspsykiatriske tjenestene. I følge planen skal nivået på driftskostnadene til det psykiske helsevernet for voksne i løpet av perioden øke med 1,463 milliarder 1998-kroner, 550 millioner skal gå til styrking av døgnkapasiteten ved DPS-ene. I tillegg kom 450 millioner frigjort ved omgjøring/nedleggning 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. Spørsmålet blir dermed om vi har fått en slik desentralisering av ressursene til tjenestene som forutsatt i Opptappingsplanen.

Tabell 10.1 viser fordelingen av personell (årsverk) etter institusjonstype og funksjon i det psykiske helsevernet for voksne for årene 1998, 2001 og 2006²¹. Under DPS-ene (tidligere

²¹ Opptappingsplanen ble iverksatt 01.01.1999, mens eierskapsreformen ble gjennomført fra 01.01.2002. Vi benytter derfor data fra 1998 og 2001 som "basisår" for beregning av virkningene av reformene.

omtalt som bo- og behandlingssentra) har vi også tatt med de frittstående poliklinikkene. Gruppen "andre institusjoner" omfatter foruten sykehjem et fåtall mindre institusjoner (ettervernshjem, utredningsenheter for senil demens mv.). I tabellen har vi også beregnet endringstall for perioden med fylkeskommunal drift (1998-2001), statlig drift (2001-2006) og opptrappingsperioden som helhet (1998-2006).

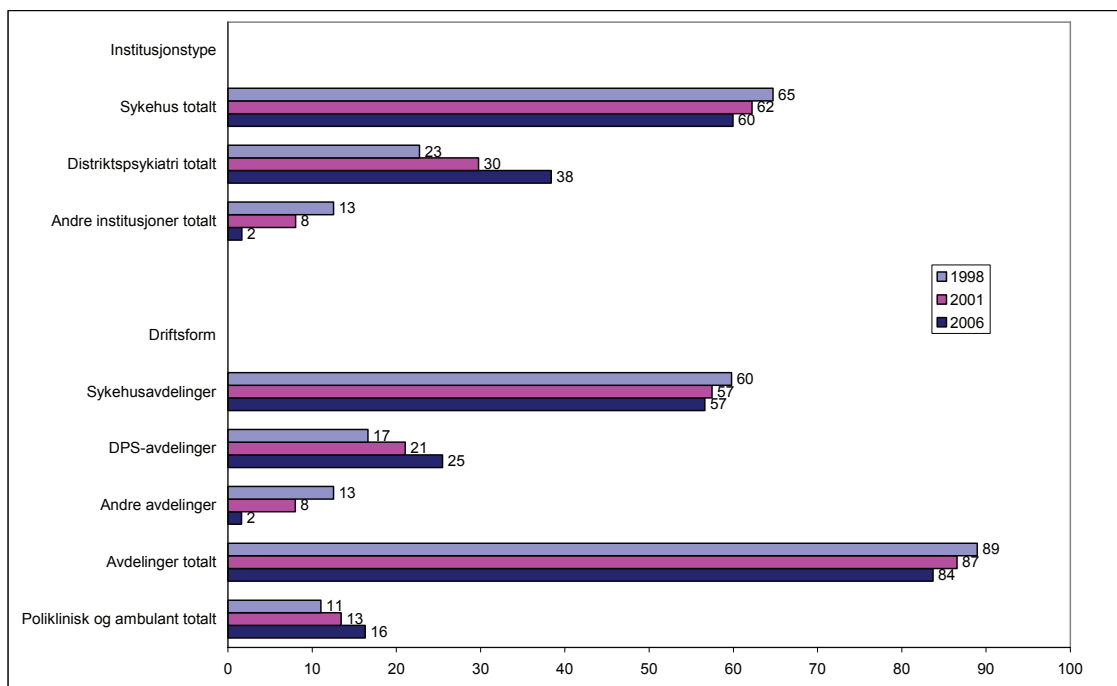
Tabell 10.1 Årsverk etter institusjonstype og driftsform samt endringstall¹⁾. Psykisk helsevern for voksne. 1998, 2001 og 2006.

	1998	2001	2006	2001-1998	2006-2001	2006-1998
Sykehus						
Sykehusavdelinger	8 309	8 506	9 358	198	852	1 050
Poliklinisk og ambulant	682	700	555	18	-145	-127
Sykehus totalt	8 990	9 206	9 913	216	707	923
Distriktpsykiatri						
DPS-avdelinger	2 309	3 117	4 215	808	1 098	1 906
Poliklinisk og ambulant	853	1 282	2 133	430	850	1 280
Distriktpsykiatri totalt	3 162	4 403	6 347	1 241	1 944	3 185
Andre institusjoner						
Andre avdelinger	1 743	1 185	267	-558	-918	-1 476
Poliklinisk og ambulant	0	5	5	5	0	5
Andre institusjoner totalt	1 743	1 190	272	-553	-918	-1 471
Avdelinger totalt	12 361	12 808	13 840	447	1 033	1 480
Poliklinisk og ambulant totalt	1 535	1 987	2 693	453	705	1 158
Psykisk helsevern voksne totalt	13 895	14 799	16 533	904	1 734	2 638

Datakilde: SSB

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

Vi vil først se på fordelingen av personell mellom ulike institusjonstyper og driftsformer. Dette er illustrert i figur 10.1. Denne viser den prosentvise fordelingen av personell i 1998, 2001 og 2006.



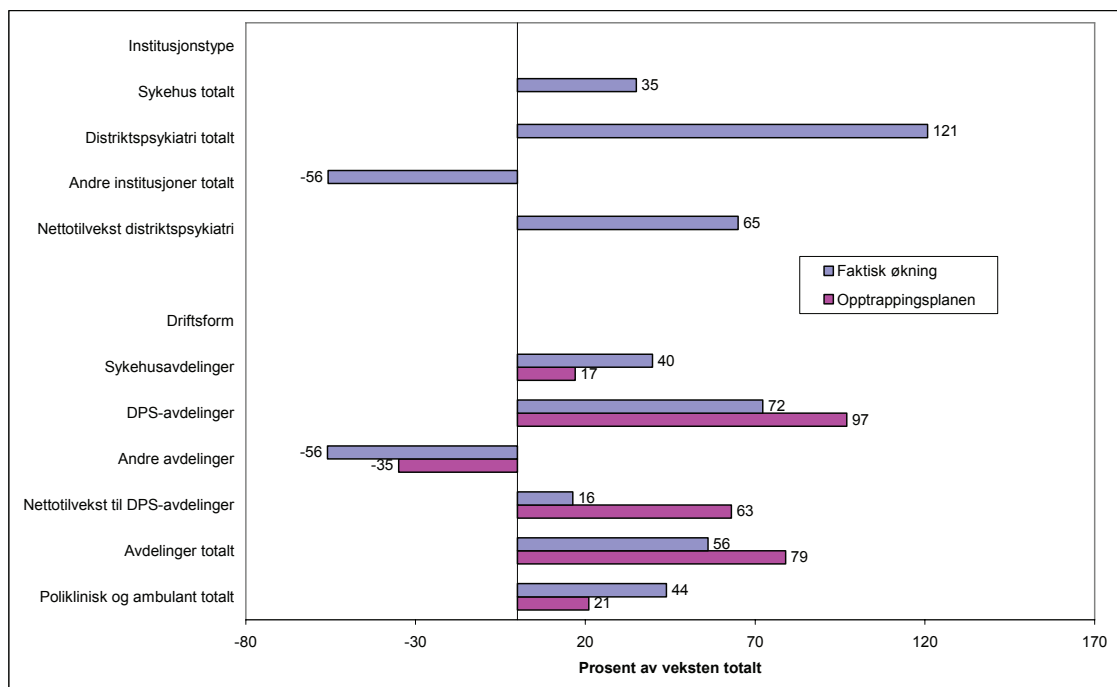
Figur 10.1 Prosentvis fordeling av årsverksinnsatsen etter institusjonstype og driftsform. Psykisk helsevern for voksne. 1998, 2001 og 2006.

Har vi så fått en desentralisering av ressursene i løpet av perioden? Svaret på dette spørsmålet vil langt på vei avhenge av perspektivet. Ser vi på fordelingen av ressursene etter institusjonstype, har det vært en kraftig styrking av de distriktpspsykiatriske tjenestene. Fra 1998 til 2006 økte disse tjenestene sin andel av årsverkene med 15 prosentpoeng, fra 23 til 38 prosent. Veksten er imidlertid først og fremst kommet gjennom en nedbygging av sykehjem og andre institusjoner (elleve prosentpoeng nedgang). Denne siste gruppen av institusjoner er nå på det nærmeste avviklet. Om vi i stedet ser på desentralisering ut fra forholdet sykehus kontra øvrige institusjoner, har det derimot bare vært en svak grad av desentralisering. Sykehusenes andel av ressursene har gått ned med fem prosentpoeng, men sykehusene står fortsatt for 60 prosent av årsverksinnsatsen.

Denne siste tendensen blir enda tydeligere når vi ser på fordelingen av årsverkene etter driftsform. Sykehusavdelingene har bare hatt en nedgang på tre prosentpoeng i den relative andelen av ressursinnsatsen, mens DPS-avdelingene bare har hatt en økning på åtte prosentpoeng, fra 17 til 25 prosent av årsverkene. Denne økningen i andel motsvares av en enda kraftigere nedgang i personellinnsatsen på avdelingene ved "andre" institusjoner (elleve prosentpoeng). Veksten i andel personell utenfor sykehus er dermed i sin helhet knyttet til utbyggingen av poliklinikkene, og i noen grad, overføring av poliklinikker fra sykehus til DPS.

Neste spørsmål blir i hvilken grad denne utviklingen samsvarer med de prioriteringene som lå til grunn for Opptrappingsplanen (se avsnitt 10.1 foran). I figur 10.2 har vi satt opp den prosentvise fordelingen av den faktiske økningen i personellinnsats mellom ulike institusjonstyper og driftsformer. Vi har i tillegg satt inn plantallene Opptrappingsplanen bygde på²². Tallene er prosentuert ut fra sum økning i personellinnsats. Sum økning for sykehus og distriktpspsykiatri vil derfor overstige 100 prosent, ettersom en del av veksten er finansiert av midler tidligere benyttet til sykehjem (andre institusjoner). Vi har derfor også beregnet nettotilveksten til DPS-avdelingene når ressurser overført fra sykehjemmene er trukket fra.

²² Tallene som ligger til grunn er referert innledningsvis i avsnittet. Økte utgifter til privatpraktiserende psykiatere og psykologer og til tiltak for særskilte grupper er holdt utenfor prosentueringen.



Figur 10.2 Økning i personellinnsats i det psykiske helsevernet etter institusjonstype og driftsform. Prosentvis fordeling av vekst totalt, 1998-2006.

I følge Opptappingsplanen skulle DPS-avdelingene netto tilføres 63 prosent av veksten (og skulle i tillegg tilføres midler fra sykehjemmene). Poliklinikkene skulle tilføres 21 prosent. Resten, 17 prosent, skulle gå til sykehusavdelingene. Den faktiske utviklingen viser et helt annet mønster: 44 prosent av veksten har gått til poliklinikkene, 40 prosent til sykehusavdelingene, mens DPS-avdelingene netto (fratrukket ressurser hentet fra sykehjemmene) har blitt tilført 16 prosent. Den lave nettoandelen for DPS-avdelingene skyldes delvis at sykehjemmene har blitt nedbygd mer enn forutsatt i Opptappingsplanen (tilsvarende 56 prosent i stedet for 35 prosent av veksten), og dermed i større grad har frigjort midler til DPS-avdelingene. I tillegg har veksten ved DPS-avdelingene vært mindre enn forutsatt.

Den sterkere veksten enn forutsatt ved sykehusavdelingene og svakere veksten enn forutsatt ved DPS-avdelingene har særlig kommet i perioden etter den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Poliklinikkene har gjennom hele perioden blitt tilført en større andel av midlene enn forutsatt for perioden som helhet.

Det er flere mulige årsaker til denne utviklingen. Den raskere nedbyggingen av sykehjemmene kan muligens sees som et resultat av den faglig-politiske utviklingen. Det er vanskelig å legitimere opprettholdelsen av institusjoner det er bred enighet om at bør avvikles på sikt. Den sterkere ressursøkningen ved sykehusavdelingene kan skyldes flere forhold. Sykehusene og sykehusavdelingene er viktige aktører som helt legitimt kan fremme krav om at også de skal få sin del av veksten og standardhevingen som har fulgt med Opptappingsplanen. Det har også vært et betydelig press på akutfunksjonene i flere områder. Opptappingsplanen forutsatte i tillegg en omlegging til mer spesialiserte funksjoner ved sykehusavdelingene i takt med at de allmennpsykiatriske funksjonene ble overført til DPS-ene. Dette vil sannsynligvis kreve en heving av bemanningsfaktoren, uten at det var tatt høyde for dette i Opptappingsplanen. Sluttresultatet har imidlertid blitt at en i langt mindre grad enn forutsatt har fått en desentralisering av ressursene innenfor det psykiske helsevernet for voksne.

10.3 Personellfordelingen i regionene

Fylkeskommunene, og senere de regionale helseforetakene var før Opptrappingsplanen kommet ulikt langt i utbyggingen av DPS-funksjonene. Enkelte fylker/regioner hadde også en langt sterkere grad av sentralisering av tjenestene til sykehusene. Som vi så i foregående avsnitt har økningen i ressursinnsats ved DPS-avdelingene i hovedsak blitt finansiert ved konvertering av stillinger fra sykehjemmene snarere enn friske midler fra Opptrappingsplanen. Det kan derfor være grunn til å spørre om vi har fått en utjevning i utbyggingen av de desentraliserte tjenestene, eller om forskjellene i tjenestestruktur har blitt opprettholdt. Vi har derfor undersøkt utviklingen i regionene.

Tabell 10.2 viser personellfordelingen etter institusjonstype i hver av regionene. Tabell 10.3 viser den tilsvarende fordelingen etter driftsform.

Tabell 10.2 Årsverk etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne, samt endringstall¹⁾. Regionale helseforetak. 1998, 2001 og 2006.

	1998	2001	2006	1998-2001	2001-2006	1998-2006
Helse Øst RHF						
Sykehus	3 761	3 982	4 406	221	423	644
Distriktpsykiatri	1 091	1 531	2 120	440	589	1 029
Andre institusjoner	589	410	193	-179	-217	-396
Totalt	5 441	5 923	6 718	482	795	1 277
Helse Sør RHF						
Sykehus	1 215	1 289	1 295	74	6	80
Distriktpsykiatri	894	1 119	1 363	225	244	469
Andre institusjoner	197	96	0	-100	-96	-197
Totalt	2 306	2 505	2 658	199	153	352
Helse Vest RHF						
Sykehus	1 752	1 698	1 893	-55	196	141
Distriktpsykiatri	296	686	1 339	389	653	1 042
Andre institusjoner	688	562	0	-126	-562	-688
Totalt	2 737	2 945	3 232	209	287	495
Helse Midt-Norge RHF						
Sykehus	1 334	1 350	1 283	16	-66	-51
Distriktpsykiatri	428	396	750	-31	353	322
Andre institusjoner	106	73	54	-33	-19	-52
Totalt	1 868	1 819	2 087	-49	268	219
Helse Nord RHF						
Sykehus	776	723	852	-53	129	76
Distriktpsykiatri	453	671	776	218	105	323
Andre institusjoner	162	48	25	-114	-23	-137
Totalt	1 391	1 442	1 653	50	211	262
Andre foretak						
Sykehus	152	164	184	13	20	32
Totalt	152	164	184	13	20	32
Landet totalt						
Sykehus	8 990	9 206	9 913	216	707	923
Distriktpsykiatri	3 162	4 403	6 347	1 241	1 944	3 185
Andre institusjoner	1 743	1 190	272	-553	-918	-1 471
Landet totalt	13 895	14 799	16 533	904	1 734	2 638

Datakilde: SSB

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

Tabell 10.3 Årsverk etter driftsform i det psykiske helsevernet for voksne, samt endringstall¹⁾. Regionale helseforetak. 1998, 2001 og 2006.

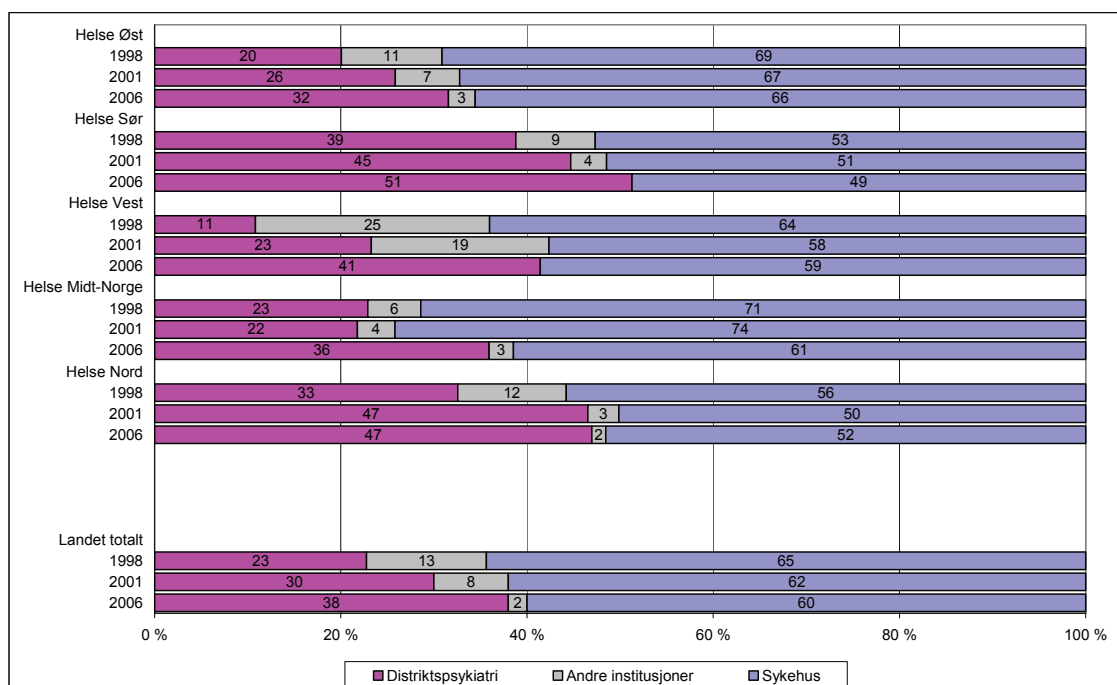
	1998	2001	2006	1998-2001	2001-2006	1998-2006
Helse Øst RHF						
Sykehusavdelinger	3 574	3 827	4 283	253	456	709
DPS-avdelinger	687	1 000	1 315	314	315	629
Andre døgnavdelinger	589	410	193	-179	-217	-396
Poliklinisk og ambulant	591	682	927	91	245	336
Totalt	5 441	5 923	6 718	482	795	1 277
Helse Sør RHF						
Sykehusavdelinger	1 103	1 219	1 224	116	4	121
DPS-avdelinger	714	806	876	92	70	162
Andre døgnavdelinger	197	96	0	-100	-96	-197
Poliklinisk og ambulant	293	384	559	91	176	266
Totalt	2 306	2 505	2 658	199	153	352
Helse Vest RHF						
Sykehusavdelinger	1 574	1 498	1 716	-77	218	142
DPS-avdelinger	228	519	1 009	291	489	781
Andre døgnavdelinger	688	557	0	-131	-557	-688
Poliklinisk og ambulant	246	371	507	125	136	261
Totalt	2 737	2 945	3 232	209	287	495
Helse Midt-Norge RHF						
Sykehusavdelinger	1 154	1 075	1 172	-79	97	18
DPS-avdelinger	403	354	497	-49	144	94
Andre døgnavdelinger	106	73	54	-33	-19	-52
Poliklinisk og ambulant	205	317	364	113	47	159
Totalt	1 868	1 819	2 087	-49	268	219
Helse Nord RHF						
Sykehusavdelinger	752	723	780	-29	57	28
DPS-avdelinger	278	438	518	160	80	240
Andre døgnavdelinger	162	48	20	-114	-28	-142
Poliklinisk og ambulant	200	233	335	34	102	136
Totalt	1 391	1 442	1 653	50	211	262
Andre helseforetak						
Sykehusavdelinger	152	164	184	13	20	32
Totalt	152	164	184	13	20	32

Landet totalt						
Sykehusavdelinger	8 309	8 506	9 358	198	852	1 050
DPS-avdelinger	2 309	3 117	4 215	808	1 098	1 906
Andre avdelinger	1 743	1 185	267	-558	-918	-1 476
Poliklinisk og ambulant totalt	1 535	1 987	2 693	453	705	1 158
Psykisk helsevern voksne totalt	13 895	14 799	16 533	904	1 734	2 638

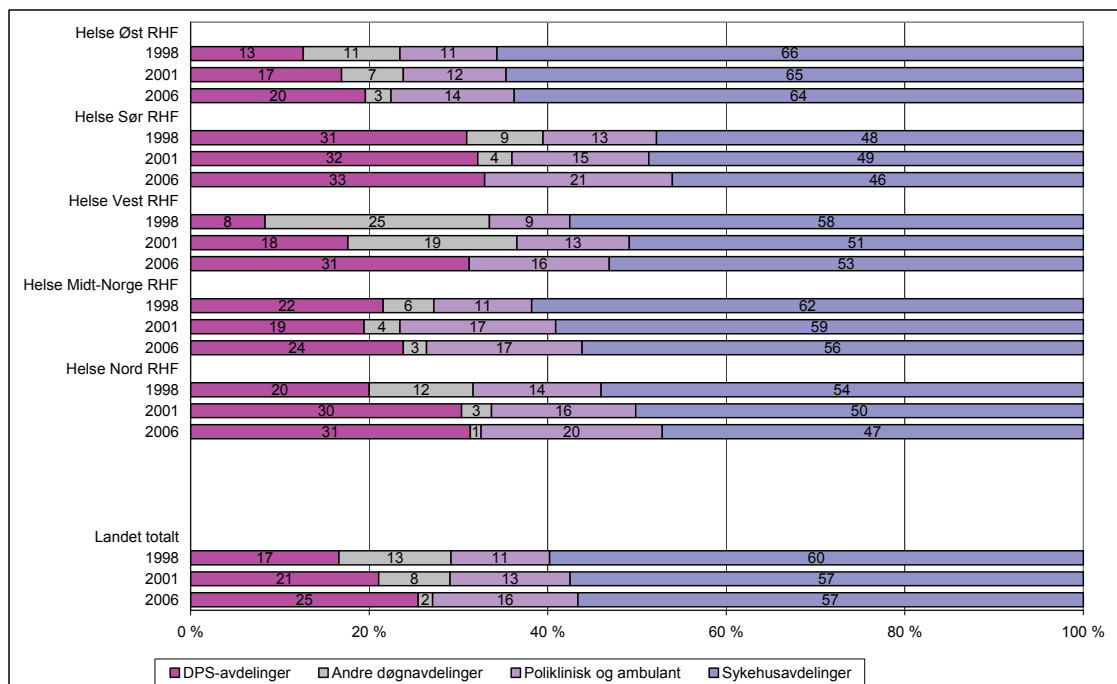
Datakilde: SSB

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

Figur 10.3 viser den prosentvise fordelingen av personellinnsatsen etter region for årene 1998, 2001 og 2006. Figur 10.4 viser den tilsvarende fordelingen etter driftsform.



Figur 10.3 Personell etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis fordeling. Regionale helseforetak. 1998, 2001 og 2006.



Figur 10.4 Personell etter driftsform i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis fordeling. Helseregioner. 1998, 2001 og 2006.

Ser vi på ressursfordelingen etter institusjonstype, finner vi for det første at det fortsatt er betydelige forskjeller regionene i mellom når det gjelder fordelingen av personellressurser mellom sykehus og (alle) andre institusjoner. I Helse Øst var i 2006 fortsatt 66 prosent av personellet knyttet opp mot sykehusene, mot 49 prosent i Helse Sør og 52 prosent i Helse Nord. Helse Vest og Helse Midt-Norge var i en mellomstilling, med rundt 60 prosent av personellressursene ved sykehusene.

Vi finner for det andre at, med ett unntak, har personellandelen knyttet opp mot sykehusene bare blitt beskjedent redusert i løpet av perioden (3-5 prosentpoeng), og minst i Helse Øst, som, ved siden av Helse Midt-Norge, hadde størst andel av personellressursene knyttet opp mot sykehusene ved starten av perioden. Unntaket er Helse Midt-Norge, som i utgangspunktet hadde den mest sentraliserte strukturen (71 prosent av personellet ved sykehus). Her har denne andelen blitt redusert med ti prosentpoeng. Nedgangen har i sin helhet kommet i perioden etter eierskapsreformen.

Om vi i stedet ser på personellfordelingen etter funksjon blir bildet litt annerledes. På landsbasis er endringene i sykehusavdelingenes personellandel beskjeden (tre prosentpoeng nedgang). Det finnes imidlertid større regionale variasjoner. Nedgangen er minst i Helse Øst, som i utgangspunktet hadde den høyeste andelen av personellet ved sykehusavdelingene, og i Helse Sør, som hadde den laveste andelen (to prosentpoengs nedgang i begge regioner). I de øvrige regionene har det i noen utstrekning foregått en desentralisering (fem til syv prosentpoengs nedgang for sykehusavdelingene).

Ser vi på ressursinnsats til DPS-avdelinger og "andre døgnavdelinger" (i hovedsak sykehjem) under ett (se figur 10.4), så er prosentandelen tilnærmet den samme i 2006 som i 1998 (1-2 prosentpoengs endring) i fire av fem regioner. Unntaket er her Helse Sør, som har hatt en nedgang på syv prosentpoeng. Alle regioner har hatt en økning i andelen knyttet opp mot poliklinisk og ambulant virksomhet, mest i Helse Sør (åtte prosentpoeng) og Helse Vest, minst i Helse Øst (tre prosentpoeng).

Vi har også undersøkt hvordan regionene har disponert økningen i ressursinnsats som følger av Opptappingsplanen, fordelt på funksjoner. Denne er vist i tabell 10.4. I tabellen er

økningen angitt i prosent av samlet personelløkning. Til sammenligning har vi også satt inn Opptrappingsplanens forslag til fordeling.

Tabell 10.4 Prosentvis vekst i personellinnsats i det psykiske helsevernet for voksne¹⁾. Helseregioner. 1998-2001, 2001-2006 og 1998-2006.

1998-2001	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge ²⁾	Helse Nord	Landet	Opptrappingsplanen
Sykehusavdelinger	53	58	-37		-57	22	17
DPS-avdelinger (brutto)	65	46	140		316	89	97
Andre avdelinger	-37	-51	-63		-226	-62	-35
DPS-avdelinger (netto)	28	-4	77		90	28	63
Poliklinisk og ambulant	19	46	60		67	50	21
Totalt	100	100	100		100	100	100
2001-2006	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet	Opptrappingsplanen
Sykehusavdelinger	57	3	76	36	27	49	17
DPS-avdelinger (brutto)	40	45	171	54	38	63	97
Andre avdelinger	-27	-63	-194	-7	-13	-53	-35
DPS-avdelinger (netto)	12	-17	-24	47	25	10	63
Poliklinisk og ambulant	31	115	47	17	52	41	21
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
1998-2006	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet	Opptrappingsplanen
Sykehusavdelinger	56	34	29	8	11	40	17
DPS-avdelinger (brutto)	49	46	158	43	92	72	97
Andre avdelinger	-31	-56	-139	-24	-54	-56	-35
DPS-avdelinger (netto)	18	-10	19	19	37	16	63
Poliklinisk og ambulant	26	76	53	73	52	44	21
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Grunnlagsdata: SSB

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

2)Helseregion Midt-Norge hadde en nedgang i personellinnsatsen i perioden 1998-2001. Det er derfor ikke beregnet noen prosentvis fordeling av veksten.

For perioden sett under ett har i fire av fem regioner over halvparten av personelløkningen gått til poliklinikkene, mest i Helse Sør (76 prosent) og Helse Midt-Norge (73 prosent), mot 52-53 prosent i Helse Vest og Helse Nord. I Helse Øst, som i utgangspunktet hadde størst andel ressurser knyttet opp mot sykehusavdelingene, har over halvparten (56 prosent) av personellressursene gått til disse avdelingene. Netto tilvekst av personell til DPS-avdelingene (fratrasket nedgang for avdelinger ved "andre institusjoner"), varierer fra 10 prosent nedgang i Helse Sør, til 37 prosent av økningen i Helse Nord.

10.4 Fordeling av døgnplasser nasjonalt og regionalt

Tabell 10.5 viser fordelingen av døgnplasser etter institusjonstype, på landsbasis og innenfor hver av helseregionene, for årene 1998, 2001 og 2006. I tabellen har vi også satt inn utviklingstall. Figur 10.5 viser den prosentvise fordelingen for hvert av årene.

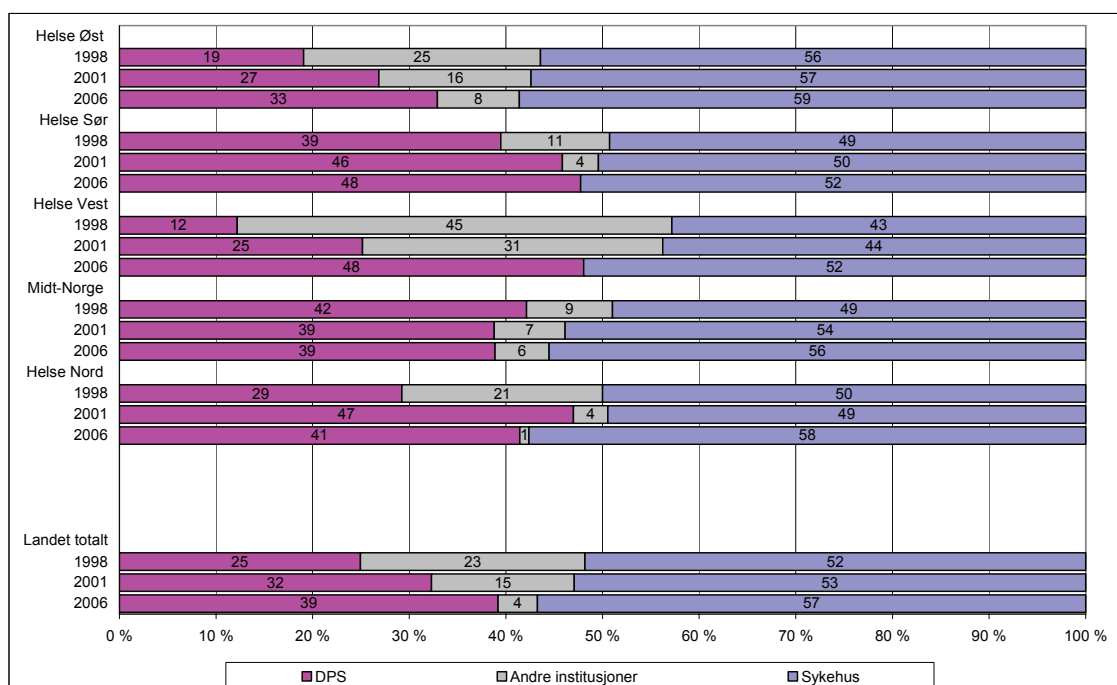
Tabell 10.5 Døgnplasser etter institusjonstype¹⁾. Psykisk helsevern for voksne. Regionale helseforetak. 1998, 2001, 2006.

Døgnplasser etter institusjonstype og region						
	1998	2001	2006	1998-2001	2001-2006	1998-2006
Helse Øst RHF						
Sykehus	1 252	1 199	1 127	-53	-72	-125
DPS	423	561	633	138	72	210
Andre institusjoner	544	329	163	-215	-166	-381
Totalt	2 219	2 089	1 923	-130	-166	-296
Helse Sør RHF						
Sykehus	538	472	416	-66	-56	-122
DPS	431	429	380	-2	-49	-51
Andre institusjoner	123	35	0	-88	-35	-123
Totalt	1 092	936	796	-156	-140	-296
Helse Vest RHF						
Sykehus	558	541	558	-17	17	0
DPS	159	311	516	152	205	357
Andre Institusjoner	586	384	0	-202	-384	-586
Totalt	1 303	1 236	1 074	-67	-162	-229
Helse Midt-Norge RHF						
Sykehus	408	375	357	-33	-18	-51
DPS	351	270	250	-81	-20	-101
Andre institusjoner	74	51	36	-23	-15	-38
Totalt	833	696	643	-137	-53	-190
Helse Nord RHF						
Sykehus	219	222	246	3	24	27
DPS	128	211	177	83	-34	49
Andre institusjoner	91	16	4	-75	-12	-87
Totalt	438	449	427	11	-22	-11
Andre foretak						
Sykehus	104	111	127	7	16	23
Totalt	104	111	127	7	16	23

Døgnplasser etter institusjonstype og region						
	1998	2001	2006	1998-2001	2001-2006	1998-2006
Landet totalt						
Sykehus	1 998	2 001	2 006	3	5	8
DPS	3 098	2 920	2 831	-178	-89	-267
Andre institusjoner	1 492	1 782	1 956	290	174	464
Totalt	1 390	815	203	-575	-612	-1 187
	5 980	5 517	4 990	-463	-527	-990

Datakilde: SSB

1) For å få sammenlignbare tall over tid, er en institusjon som i 1998 var klassifisert som "annen" døgnetenhet omkodet til sykehus. En institusjon har fra 2006 endret fordelingen av fellespersonell.



Figur 10.5 Andel døgnplasser etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998, 2001 og 2006.

Figuren viser enda mer markert de mønstrene vi fant for personellet. En økende andel av plassene befinner seg ved DPS (på landsbasis har andelen gått opp fra 25 til 39 prosent). Plassene ved "andre institusjoner" (inklusive sykehjem) har imidlertid blitt bygd ned i enda større utstrekning. Om vi ser på fordelingen innenfor/utenfor sykehus har vi på denne måten fått en sentralisering av plassene, der sykehusenes andel har gått opp fra 52 til 59 prosent i løpet av perioden.

10.5 Desentralisering av døgnoppholdene

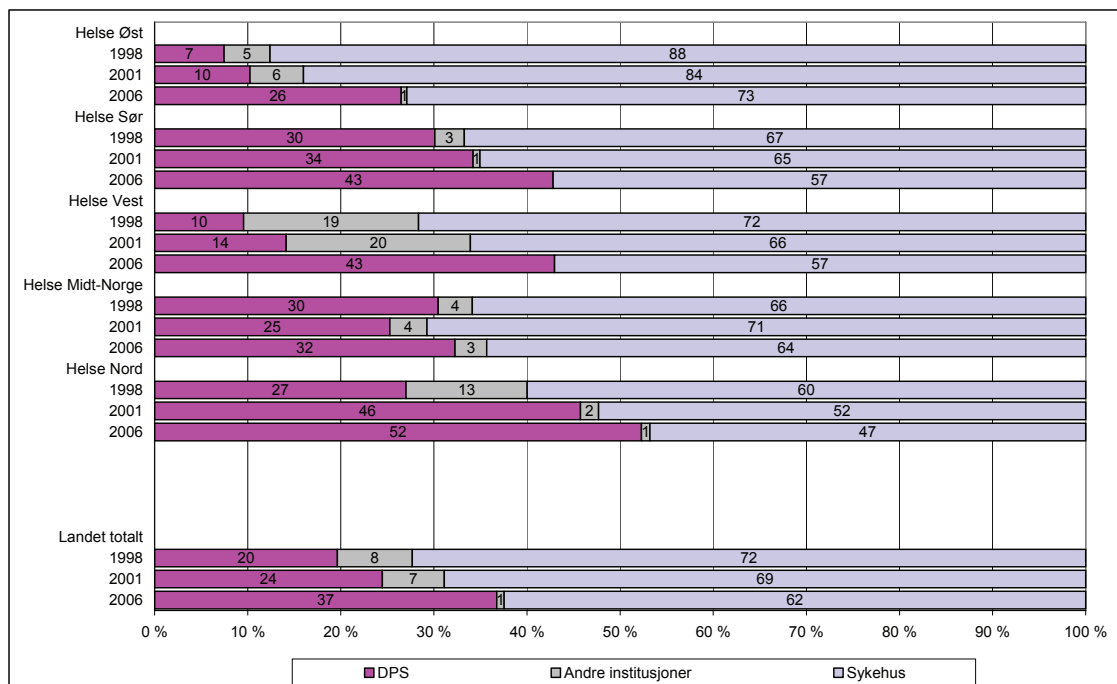
Vi har ovenfor sett at vi har fått en økning i personellressurser og døgnplasser ved DPS-ene, men at dette i hovedsak har vært finansiert gjennom en (kraftigere) nedbygging av sykehjemmene. Hovedformålet med utbyggingen av DPS-ene var imidlertid å øke tilgjengeligheten til tjenestene, med andre arbeidsmåter enn de en har hatt ved de tradisjonelle sykehjemmene. Som mål på tilgjengelighet til døgnavdelingene har vi valgt å benytte tallet på utskrivinger. Tabell 10.6 viser fordelingen av utskrivingene, mellom ulike institusjonstyper, på landsbasis og innenfor hver av helseregionene, i 1998, 2001 og 2006. Vi har også tatt med endringstall. Figur 10.6 viser den prosentvise fordelingen.

Tabell 10.6 Utskrivninger fra døgnopphold etter institusjonstype¹⁾. Psykisk helsevern for voksne. 1998, 2001 og 2006.

	Utskrivninger					
	1998	2001	2006	1998-2001	2001-2006	1998-2006
Helse Øst RHF						
Sykehus	6 962	8 151	11 020	1 189	2 869	4 058
DPS	592	994	4 003	402	3 009	3 411
Andre institusjoner	394	558	92	164	-466	-302
Totalt	7 948	9 703	15 115	1 755	5 412	7 167
Helse Sør RHF						
Sykehus	3 968	4 241	5 103	273	862	1 135
DPS	1 790	2 229	3 819	439	1 590	2 029
Andre institusjoner	188	48	0	-140	-48	-188
Totalt	5 946	6 518	8 922	572	2 404	2 976
Helse Vest RHF						
Sykehus	4 446	4 652	5 315	206	663	869
DPS	592	994	4 003	402	3 009	3 411
Andre Institusjoner	1 167	1 392	0	225	-1 392	-1 167
Totalt	6 205	7 038	9 318	833	2 280	3 113
Helse Midt-Norge RHF						
Sykehus	3 236	3 512	4 280	276	768	1 044
DPS	1 496	1 255	2 146	-241	891	650
Andre institusjoner	181	197	226	16	29	45
Totalt	4 913	4 964	6 652	51	1 688	1 739
Helse Nord RHF						
Sykehus	1 910	2 181	2 376	271	195	466
DPS	860	1 907	2 654	1 047	747	1 794
Andre institusjoner	415	81	47	-334	-34	-368
Totalt	3 185	4 169	5 077	984	908	1 892
Andre foretak						
Sykehus	609	856	1 611	247	755	1 002
Totalt	609	856	1 611	247	755	1 002
Landet totalt						
Sykehus	21 131	23 593	29 705	2 462	6 112	8 574
DPS	5 738	8 376	17 479	2 638	9 103	11 741
Andre institusjoner	2 345	2 276	365	-69	-1 911	-1 980
Totalt	29 214	34 245	47 549	5 031	13 304	18 335

Datakilde: NPR og SSB

1) For å få sammenlignbare tall over tid, er en institusjon som i 1998 var klassifisert som "annen" døgnenhet omkodet til sykehus.



Figur 10.6 Andel utskrivninger etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998, 2001 og 2006.

Det har både absolutt og relativt vært en formidabel vekst i tallet på utskrivninger ved DPS-ene, som langt overstiger nedgangen ved sykehjemmene. Som en konsekvens av dette har andelen opphold ved sykehusene gått betydelig ned på landsbasis, fra 72 prosent av utskrivningene i 1998 til 62 prosent av utskrivningene i 2006. Andel utskrivninger utenfor sykehusene har økt i alle regioner. Utbyggingen av DPS-ene representerer derfor en reell desentralisering av døgntilbudet. Desentraliseringen har imidlertid snarere kommet gjennom omlegging av døgnvirksomheten utenfor sykehusene enn gjennom en desentralisering av ressurser. Vi kan også merke oss at det fortsatt er betydelige forskjeller i sentraliseringsgrad regionene imellom. I Helse Øst skjer fortsatt 73 prosent av utskrivningene fra sykehus, mot 47 prosent i Helse Nord.

10.6 Desentralisering av polikliniske tjenester

Vi har ovenfor sett at det har vært en betydelig styrking av de polikliniske tjenestene ved DPS-ene, først og fremst gjennom nye stillinger, men også gjennom overføring av poliklinisk personell fra sykehusene til DPS-ene.

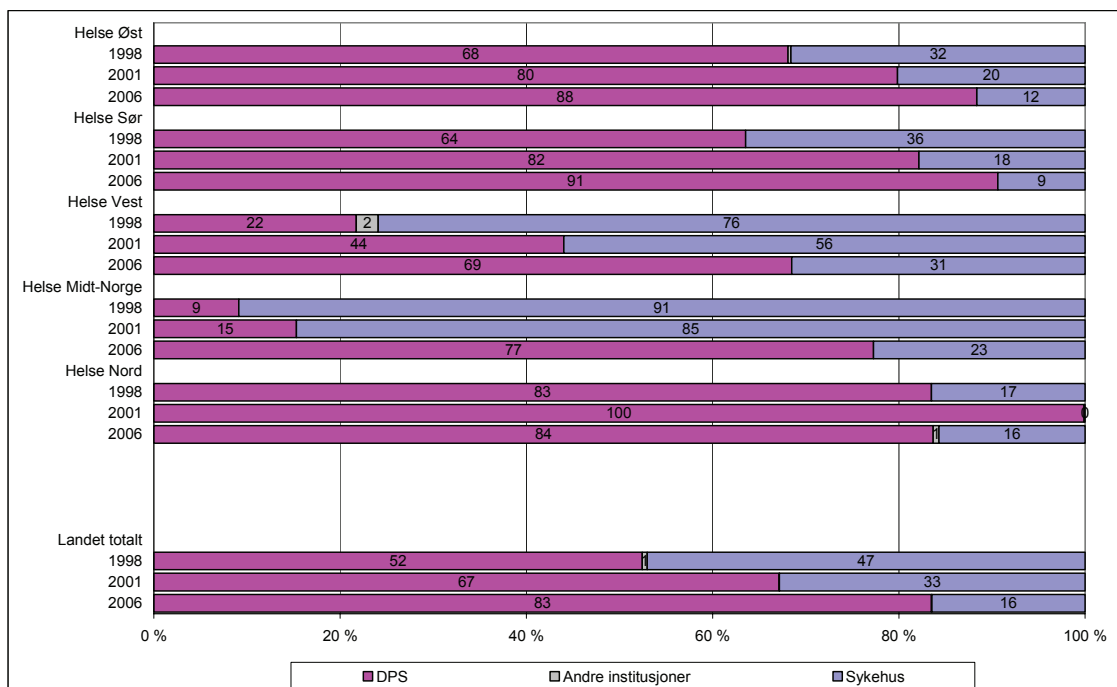
Vi har derfor også undersøkt hvilke konsekvenser dette har hatt for tilgangen til desentralisert, poliklinisk behandling. Som mål på dette har vi brukt tallet på polikliniske konsultasjoner, fordelt etter institusjonstilknypning. De absolutte tallene er vist i tabell 10.7. Den prosentvise fordelingen er vist i figur 10.7.

Tabell 10.7 Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype¹⁾. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998, 2001 og 2006.

	Konsultasjoner					
	1998	2001	2006	1998-2001	2001-2006	1998-2006
Helse Øst RHF						
Sykehus	56 715	41 994	39 413	-14 721	-17 302	-17 302
DPS	122 249	166 546	299 533	44 297	177 284	177 284
Andre institusjoner	543	0	60	-543	-483	-483
Totalt	179 507	208 540	339 006	29 033	159 499	159 499
Helse Sør RHF						
Sykehus	34 162	20 188	19 860	-13 974	-14 302	-14 302
DPS	59 549	92 896	191 907	33 347	132 358	132 358
Andre institusjoner	0	0	0	0	0	0
Totalt	93 711	113 084	211 767	19 373	118 056	118 056
Helse Vest RHF						
Sykehus	64 242	51 043	48 915	-13 199	-15 327	-15 327
DPS	18 384	40 166	106 374	21 782	87 990	87 990
Andre Institusjoner	1 996	0	0	-1 996	-1 996	-1 996
Totalt	84 622	91 209	155 289	6 587	70 667	70 667
Helse Midt-Norge RHF						
Sykehus	60 211	67 985	31 279	7 774	-28 932	-28 932
DPS	6 055	12 300	106 287	6 245	100 232	100 232
Andre institusjoner	0	0	0	0	0	0
Totalt	66 266	80 285	137 566	14 019	71 300	71 300
Helse Nord RHF						
Sykehus	8 601	0	13 678	-8 601	5 077	5 077
DPS	43 472	58 779	72 950	15 307	29 478	29 478
Andre institusjoner	0	68	533	68	533	533
Totalt	52 073	58 847	87 161	6 774	35 088	35 088
Landet totalt						
Sykehus	223 931	181 210	153 145	-42 721	-70 786	-70 786
DPS	249 709	370 687	777 051	120 978	527 342	527 342
Andre institusjoner	2 539	68	593	-2 471	-1946	-1 946
Totalt	476 179	551 965	930 789	75 786	454 610	454 610

Datakilde: NPR og SSB

1) For å få sammenlignbare tall over tid, er en institusjon som i 1998 var klassifisert som "annen" døgnenhet omkodet til sykehus.

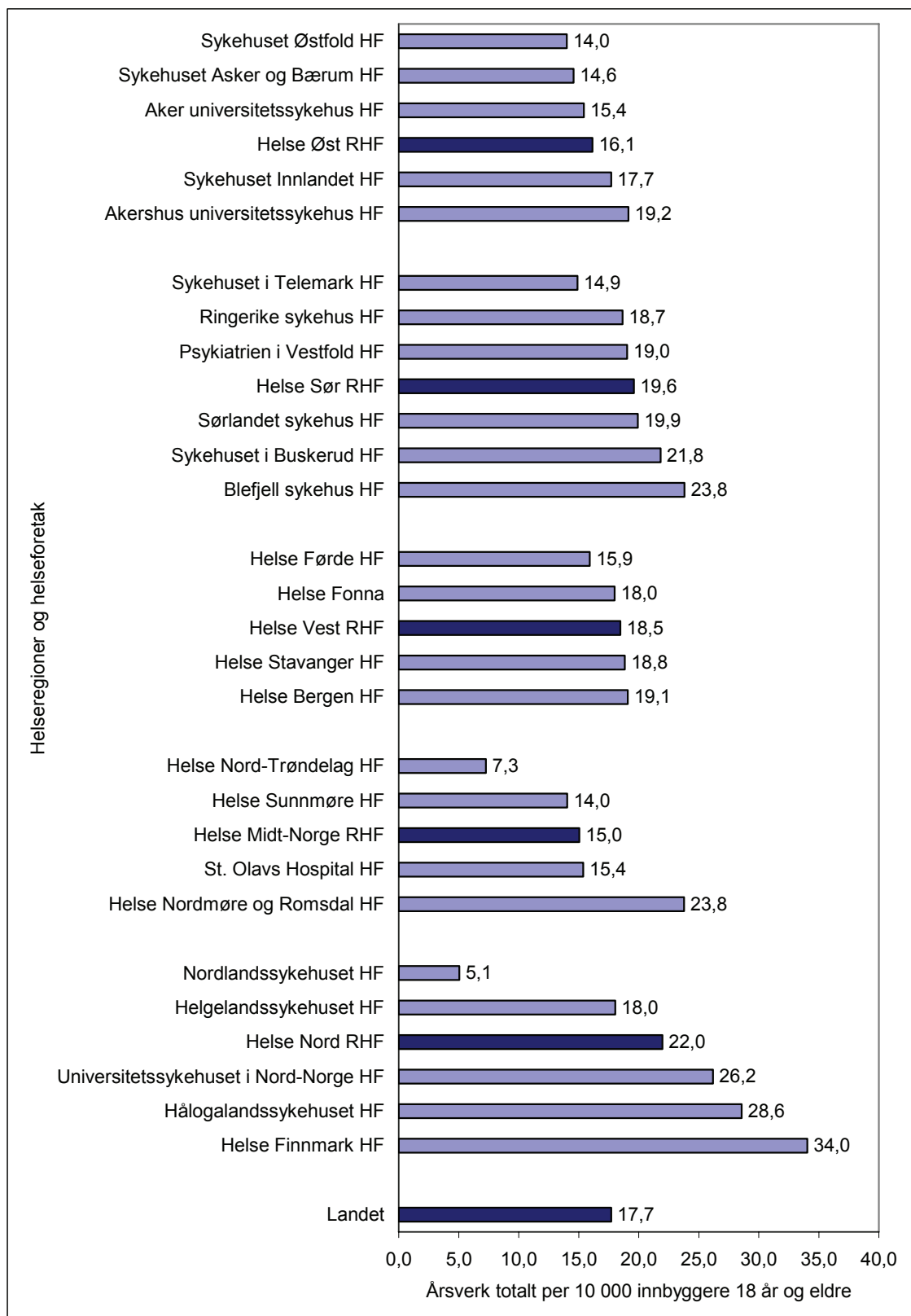


Figur 10.7 Andel polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner. 1998, 2001, 2006.

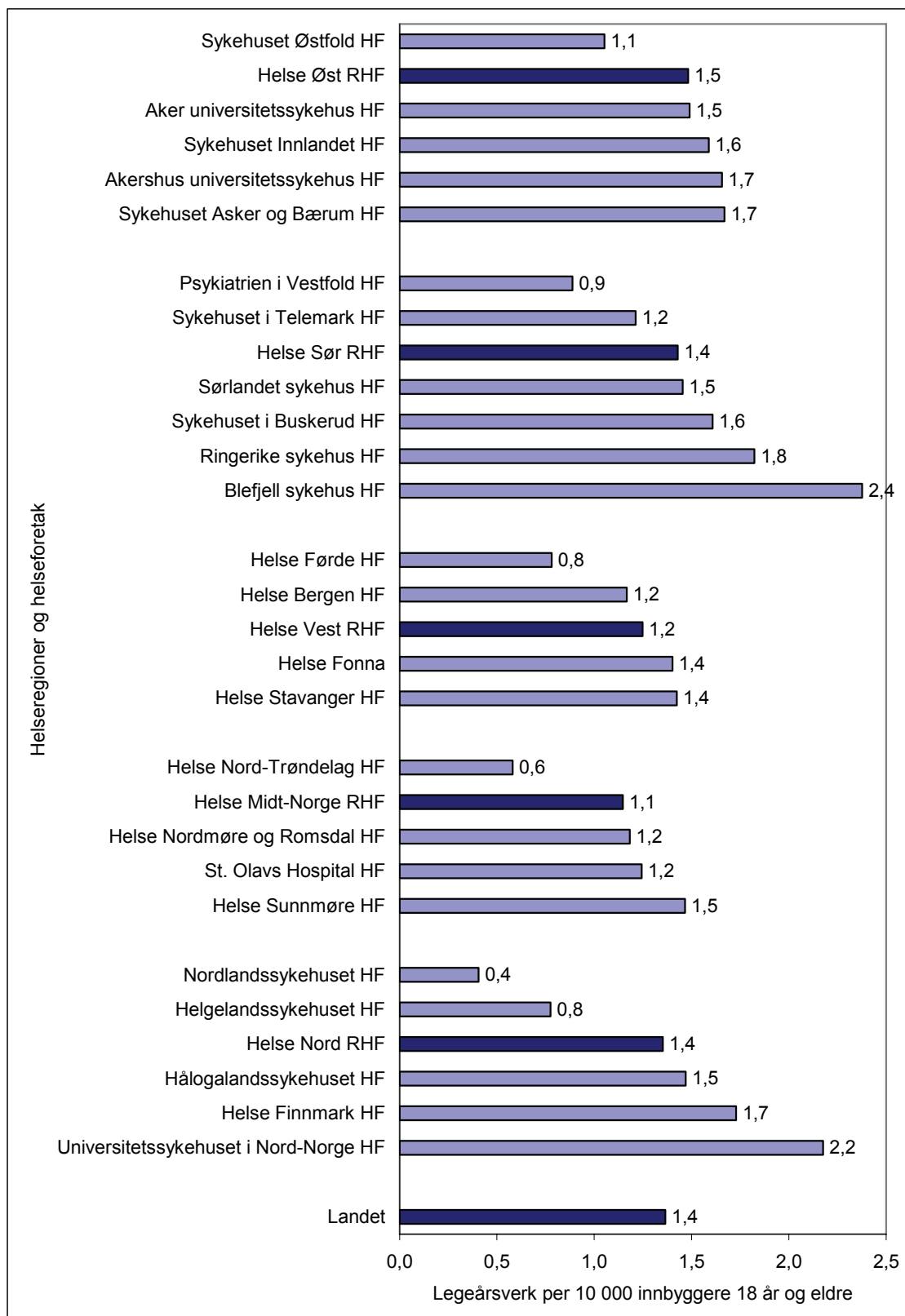
Det har vært en formidabel økning i den polikliniske aktiviteten utenfor sykehusene, i all hovedsak ved DPS-ene. På landsbasis, og i alle helseregioner så nær som Helse Nord har det vært en nedgang i tallet på konsultasjoner ved sykehusene. I Helse Nord var brorparten av konsultasjonene lagt utenfor sykehuset allerede ved starten av perioden. Utslagene på fordelingen blir dermed enda sterkere. På landsbasis har andel konsultasjoner ved DPS økt fra 52 til 83 prosent. Størst andel konsultasjoner ved DPS finner vi Helse Sør (91 prosent) og helse Øst (88 prosent), lavest i Helse Vest (69 prosent).

10.7 Dekning av DPS-ressurser i regioner og helseforetak

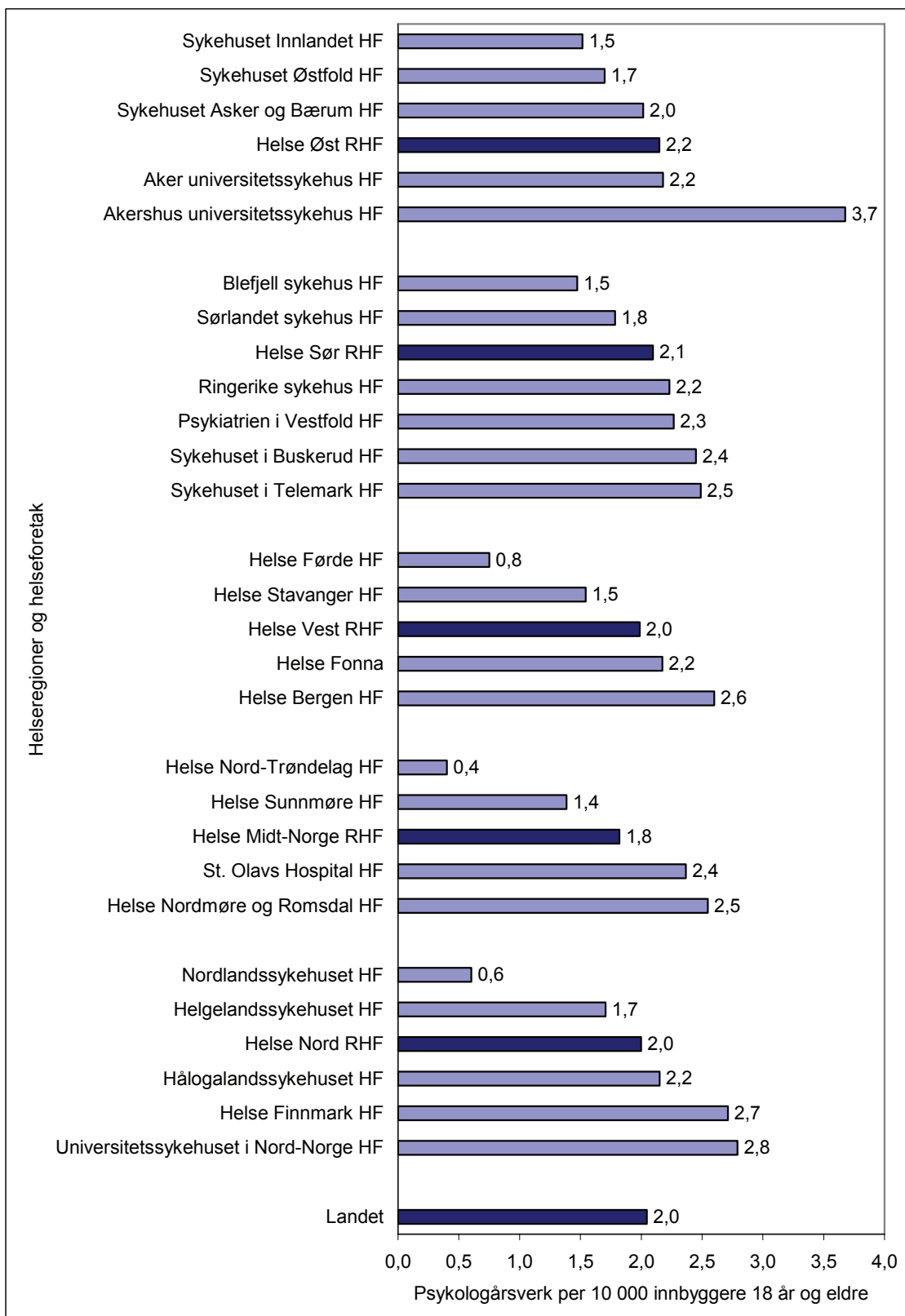
Vi har i dette kapitlet fokusert på andeler av ressurser og tjenesteproduksjon, nasjonalt og i helseregionene. Tall på regionnivå kan imidlertid dekke over betydelige forskjeller internt i helseregionene. Avslutningsvis vil vi derfor undersøke forskjeller i ressurser til DPS-tjenestene, målt som befolkningsbaserte rater. Foruten personell totalt (figur 10.8), har vi beregnet tall for legedekningen (figur 10.9) og for psykologdekningen (figur 10.10), ettersom det særlig er for disse profesjonene det har vært reist spørsmål ved om DPS-ene har tilstrekkelig dekning. Avslutningsvis har vi i tillegg beregnet dekningsgraden for døgnplasser, se figur 10.11. Alle rater er per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Når det gjelder rater for bruk av tjenester fra DPS viser vi til fjorårets sektorrapport, der dette ble beregnet for alle DPS-områdene. Som det fremgår av figurene er det internt i enkelte regioner betydelige forskjeller i størrelsesorden en til to eller tre.



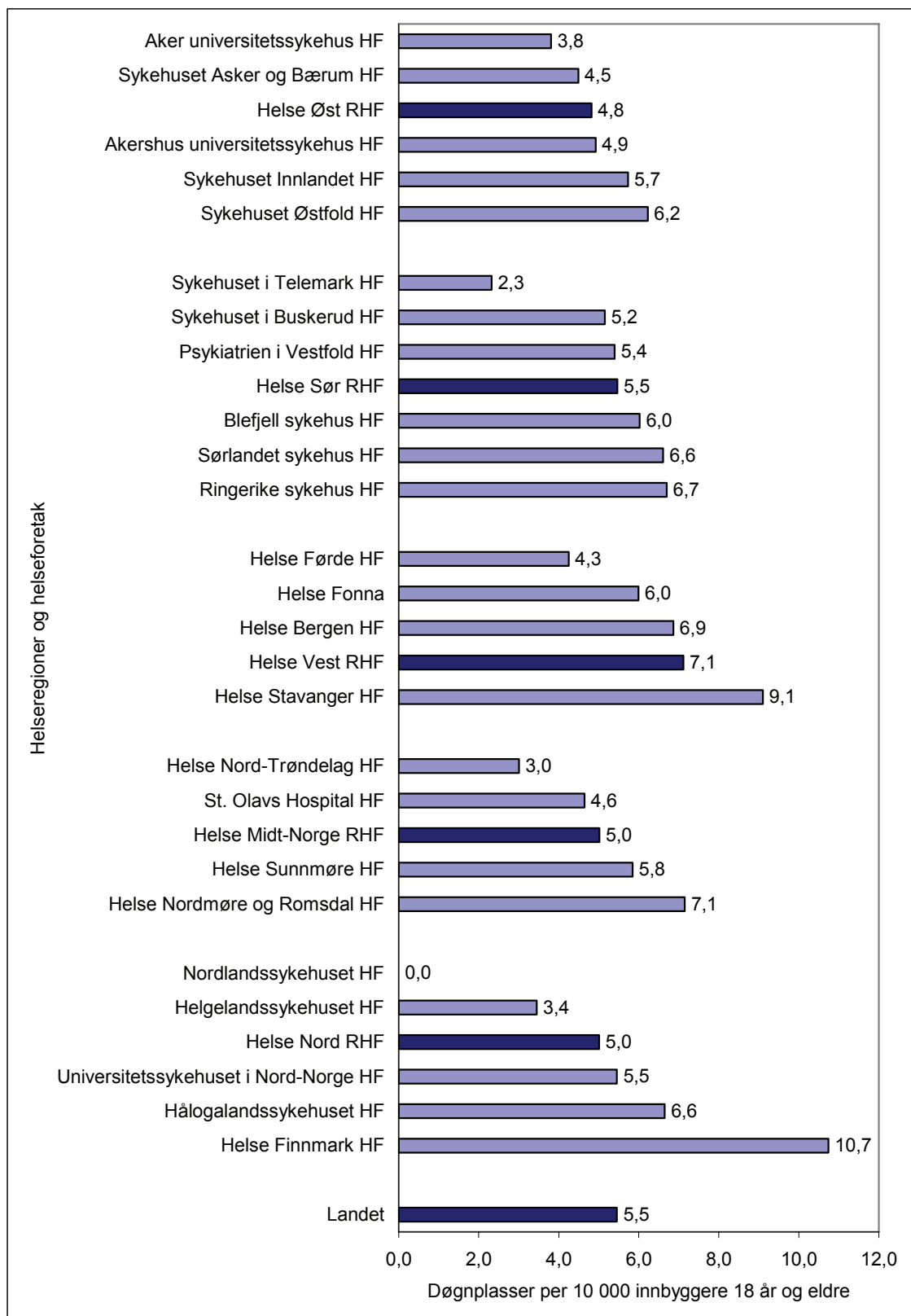
Figur 10.8 Årsverk totalt i DPS per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner og helseforetak. 2006.



Figur 10.9 Leggeårsverk ved DPS per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner og helseforetak. 2006.



Figur 10.10 Psykologårsverk ved DPS per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Psykisk helsevern for voksne. Helseregioner og helseforetak. 2006.



Figur 10.11 Døgnplasser i DPS per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseregioner og helseforetak. 2006.

11 Pasienter i psykisk helsevern for barn og unge

Anne Mette Bjerkan og Marit Sitter

Sammendrag

Totalt mottok 47 280 pasienter behandling i psykisk helsevern for barn og unge i løpet av 2006. Dette er en økning på 3 854 pasienter (ni prosent) fra 2005. Til sammenlikning var økningen mellom 2004 og 2005 på ti prosent.

Opptrappingsplanen har som mål at minimum fem prosent av den totale barne- og ungdomsbefolkningen skal motta et tilbud i psykisk helsevern for barn og unge innen utgangen av planperioden (2008). Den nasjonale dekningsgraden var i 2006 4,3 prosent. Til sammenlikning var dekningsgraden 4,0 prosent i 2005. I alt var 56,5 prosent av pasientene gutter, mens 43,5 prosent var jenter i 2006. Guttene er gjennomgående yngre enn jentene, 55 prosent var under 13 år gamle, mot 34 prosent av jentene. I aldersgruppen 13 år og eldre utgjør jentene flertallet. Barn mellom null og seks år utgjorde seks prosent av pasientene.

Nær halvparten av pasientene bor sammen med begge foreldre (45 prosent), sammen med den ene av foreldrene (30 prosent), eller den ene forelderen og dennes samboer (elleve prosent). Fem prosent bor i fosterhjem og to prosent i institusjon.

Primærlege/fastlege står for brorparten av henvisningene av pasientene til det psykiske helsevernet (60 prosent). Andre viktige henvisningsinstanser er barnehage, skole og PPT (17 prosent), sosialtjeneste og barnevern (elleve prosent) og øvrig primærhelsetjeneste (åtte prosent).

Hyppigste bakgrunn for henvisningene var hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (23 prosent), atferdsvansker (20 prosent) og tristhet, depresjon eller sorg (17 prosent). Blant jentene er dette den hyppigste henvisningsgrunnen (25 prosent), blant guttene er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (29 prosent) den viktigste henvisningsgrunnen. Henvisningsgrunnene varierer med alder. Barn og ungdom henvist med utgangspunkt i "sosiale" lidelser som eksempelvis suicidalfare, rusmiddelbruk, asosial eller kriminell atferd, tristhet/depresjon/sorg og spiseproblemer er i gjennomsnitt signifikant eldre enn pasienter henvist med bakgrunn i lidelser som eksempelvis autistiske trekk, språk/talevansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Hyppigste kliniske syndrom (diagnoseakse 1) er hyperkinetiske forstyrrelser (27 prosent) og nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (14 prosent). På diagnoseakse 6, global vurdering av funksjonsnivå, ble 21 prosent vurdert å ha fra alvorlig til svært alvorlige sosiale forstyrrelser, 24 prosent blant guttene og 18 prosent blant jentene. Disse resultatene kan imidlertid være unøyaktige, grunnet mangelfull registrering av diagnoser.

Nær åtte prosent av pasientene har fått utarbeidet individuell plan.

11.1 Innledning

Vi vil i dette kapitlet undersøke noen kjennetegn ved pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2006.

Pasientdata for barn og unge er brukt som datagrunnlag for dette kapitlet. Data er samlet inn av Norsk Pasientregister (NPR) og kvalitetskontrollert av NPR og SINTEF Helse i løpet av våren 2007. Datamaterialet er i hovedsak basert på det pasientadministrative systemet BUP-data, med Visma Unique som systemleverandør. Samtlige av landets offentlige institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge inngår i datagrunnlaget for 2006.

Det som i dette kapitlet omtales som antall pasienter er ikke det samme som antall personer som har mottatt behandling. Det som er registrert i datamaterialet er antall personer som mottok behandling i en institusjon i løpet av året. Dersom en pasient mottar behandling ved flere institusjoner i løpet av året 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 da fremstå som to eller flere pasienter. Dette problemet er imidlertid lite.

En del av datagrunnlaget er mangelfullt utfyllt av enkelte institusjoner. I de tilfeller hvor det er en stor andel ikke angitte svar, er resultatene likevel rapportert for å vise tendenser i datamaterialet. I de tilfeller hvor antall manglende verdier er stort, er problemet at data kan være skjevfordelte. Dermed kan resultatene være mindre generaliserbare. Videre er problemet med en høy andel manglende data at man ikke vet hvorvidt de er tilfeldig fordelt over institusjoner, eller om det er et mønster blant de som har unnlatt å rapportere enkelte opplysninger.

En liten andel av pasientene registrert i det psykiske helsevernet for barn og unge var over 18 år ved utgangen av registreringsåret. I enkelte analyser er disse synliggjort. I 2006 var det registrert 907 (1,7 prosent) pasienter som var 19 år eller eldre ved utgangen av året. Den største gruppen av pasienter som er inkludert i gruppen "over 18 år" er imidlertid pasienter som fylte 18 år i løpet av 2006, og som derfor hører inn under det psykiske helsevernet for barn og unge. I datamaterialet fra NPR finnes det ingen mulighet for å kontrollere når på året pasienten er født, gruppen "over 18 år" inkluderer derfor pasienter som kan være født i desember 1988, og som dermed har sin rettmessige plass i PHVBU ved utgangen av året. Videre er det slik at noen pasienter fortsetter behandlingen i det psykiske helsevernet for barn og unge til de får et tilbud i det psykiske helsevernet for voksne. I tillegg får enkelte gravide oppfølging av BUP før barnet er født, og registreres derfor som pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Ved enkelte familieavdelinger er det også slik at alle familiemedlemmer registreres som pasienter ved innleggelse på institusjonen.

11.2 Pasienter etter kjønn og alder

I 2006 mottok flere gutter (56,5 prosent) enn jenter (43,5 prosent) behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, se tabell 11.1.

Tabell 11.1 Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge etter kjønn. Antall og prosentandel pasienter. 2006.

Kjønn	Antall	Prosent
Gutter	26 707	56,5
Jenter	20 541	43,5
Totalt	47 248	100
Ikke angitt	32	0,1
Totalt utvalg	47 280	100

Datakilde: NPR.

Den gjennomsnittlige alderen på pasienter behandlet i 2006 var 13 år (SD=4,29). Pasientenes alders- og kjønnsfordeling er gjengitt i tabell 11.2.

Tabell 11.2 Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge etter kjønn og alder. Antall og prosentandel av behandlede pasienter. 2006.

Aldersgrupper	Gutter		Jenter		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0 til 5 år	1 730	6,5	1 089	5,3	2 827	6,0
6 til 12 år	13 020	48,8	5 877	28,6	18 908	40,0
13 til 17 år	10 515	39,4	11 301	55,0	21 827	46,2
18 år og eldre	1 442	5,4	2 274	11,1	3 718	7,9
Totalt	26 707	100	20 541	100	47 280	100

Datakilde: NPR

Opplysninger om kjønn mangler for 32 pasienter i 2006.

Totalt utvalg = 47248

Den største pasientgruppen er barn og unge i alderen 13 år til og med 17 år (46 prosent), mens 40 prosent var i alderen seks til tolv år. Seks prosent av pasientene var under seks år gamle.

Aldersfordelingen er forskjellig for jenter og gutter. Guttene er gjennomgående yngre enn jentene, 55 prosent var under 13 år gamle, mot 34 prosent av jentene. I aldersgruppen 13 år og eldre utgjør jentene flertallet.

11.3 Pasientenes bosituasjon

Tabell 11.3 gir en oversikt over hvem pasienten bor sammen med.

Tabell 11.3 Pasientenes bosituasjon etter kjønn. Pasienter totalt i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.

Omsorgssituasjon, hvem pasienten bor sammen med	Totalt		Kjønn ¹⁾	
	Antall	Prosent	Prosent gutter	Prosent jenter
Hos begge foreldrene	17 571	44,8	46,3	42,8
Pendler mellom mor og far	2 084	5,3	5,6	5,0
Bor hos en av foreldrene	11 873	30,3	30,1	30,5
En forelder og en samboer	4 148	10,6	10,5	10,7
Hos besteforeldre/andre	259	0,7	0,5	0,9
Bor i fosterhjem	2 011	5,1	4,8	5,6
Bor på institusjon	690	1,8	1,4	2,2
Bor alene	244	0,6	0,3	1,1
Annet	352	0,9	0,6	1,3
Total	32 239	100	100	100
Ikke angitt	8048	17,0		
Totalt utvalg	47 280	100		

Datakilde: NPR.

1) Opplysninger om kjønn mangler for 32 pasienter i 2006.

Nær halvparten av pasientene bor sammen med begge foreldrene (45 prosent). Andelen av gutter som bor sammen med begge foreldre, er noe større enn andelen for jentene. Dette må sees på bakgrunn av at guttene gjennomgående er yngre enn jentene (se tabell 11.2). En noe mindre andel (både gutter og jenter) bor sammen med en av foreldrene (30 prosent), eller den ene av foreldrene og dennes samboer (elleve prosent). En liten andel (0,7 prosent) av pasientene bor hos besteforeldre, mens fem prosent bor i fosterhjem og to prosent på institusjon. Et fåtall pasienter (0,6 prosent) bor alene. Vi vil minne om at det mangler opplysninger om omsorgssituasjon for relativt mange pasienter (17,0 prosent). Dette kan ha påvirket fordelingen.

11.4 Henvisende instanser til psykisk helsevern for barn og unge

Tabell 11.4 og 11.5 gir en oversikt over hvilke instanser som henviste de behandlede pasientene til psykisk helsevern for barn og unge i 2006, fordelt etter pasientenes kjønn og alder.

Tabell 11.4 Henvisende instans for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Prosentandel totalt og for hvert kjønn. 2006.

Henvisende instans	Totalt		Gutter		Jenter	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Pasienten selv	24	0,1	6	0,0	18	0,1
Fastlege/primærlege	22 049	60,3	11 812	57,0	10 233	64,8
Øvrig primærhelsetjeneste	2 790	7,6	1 506	7,3	1 280	8,1
Spesialisthelsetjenesten	171	0,5	88	0,4	83	0,5
Barnehage, skolesektor, PPT	6 225	17,0	4 553	22,0	1 670	10,6
Sosialtjeneste, barnevern	3 950	10,8	2 080	10,0	1 869	11,8
Politi/fengsel/rettsvesen	13	0,0	5	0,0	8	0,1
Andre tjenester	1 298	3,6	670	3,2	622	3,9
Privatpraktiserede spesialister	25	0,1	12	0,1	13	0,1
Totalt	36 545	100	20 732	100	15 796	100
Manglende svar	10 735	22,7				

Datakilde: NPR

Tabell 11.5 Henvisende instans for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Prosentandel totalt og innen ulike aldersgrupper. 2006.

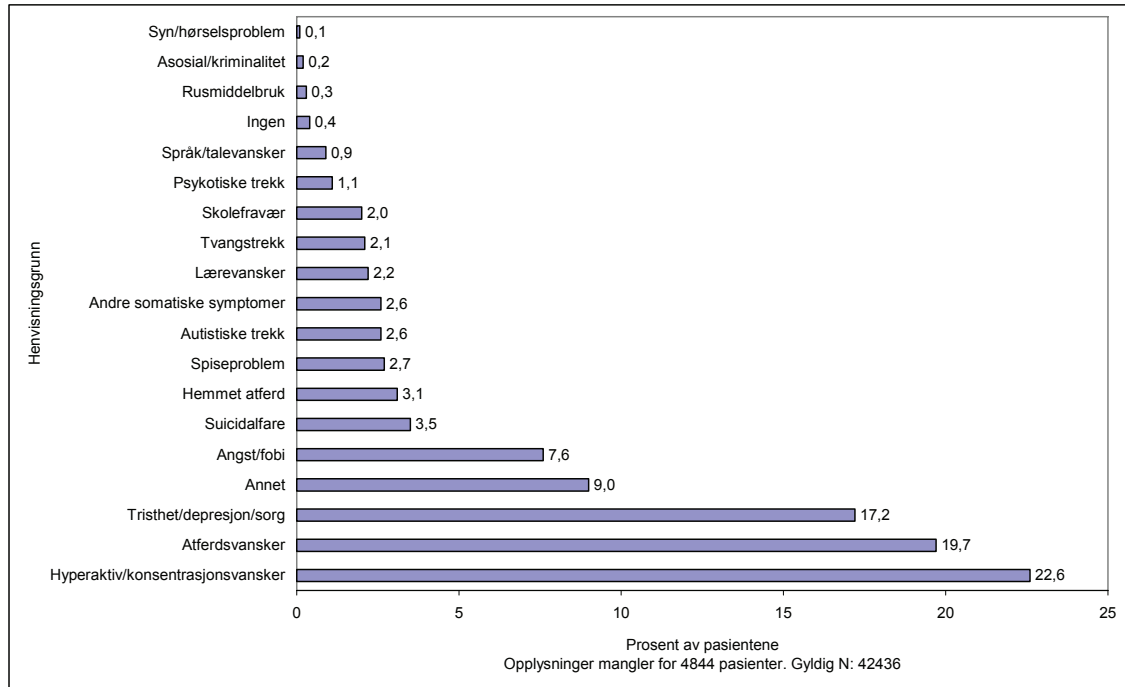
Henvisende instans	Totalt		0 tom 5 år		6 tom 12 år		3 tom 17 år		Over 18 år	
	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent
Pasienten selv	24	0,1	1	0,0	0,0	0,0	11	0,1	12	0,4
Fastlege/ primærlege	22 049	60,3	1 547	67,8	8 357	56,7	10 247	61,2	1 898	67,8
Øvrig primærhelse- tjeneste	2 790	7,6	144	6,3	909	6,2	1 458	8,7	279	10,0
Spesialist- helsetjenesten	171	0,5	7	0,3	72	0,5	73	0,4	19	0,7
Barnehage, skolesektor, PPT	6 225	17,0	225	9,9	3 384	23,0	2 392	14,3	224	8,0
Sosialtjeneste, barnevern	3 950	10,8	261	11,4	1 494	10,1	1 943	11,6	252	9,0
Politi/fengsel/ rettsvesen	13	0,0	0	0,0	3	0,0	7	0,0	3	0,1
Andre tjenester	1 298	3,6	96	4,2	507	3,4	585	3,5	110	3,9
Privatpraktiserede spesialister	25	0,1	0	0,0	7	0,0	15	0,1	3	0,1
Totalt	36 545	100,0	2 281	100,0	14 733	100,0	16 731	100,0	2 800	100,0
Manglende svar	10 735	22,7								

Datakilde: NPR

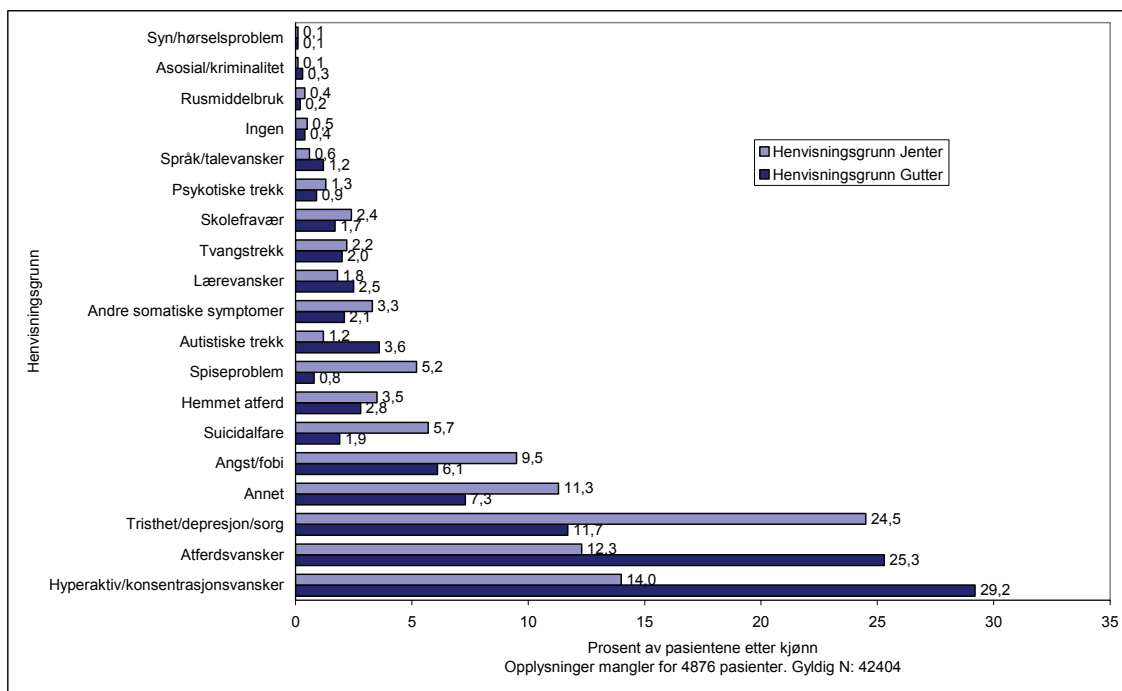
Det er fastlegen/primærlegen som står for den største andelen av henvisningene (60 prosent), både blant gutter (57 prosent) og blant jenter (65 prosent), og over ulike aldersgrupper. Deretter kommer henvisninger fra barnehage, skolesektor og PPT (17 prosent), hyppigere blant guttene (22 prosent) enn blant jentene (elleve prosent), og noe hyppigere blant barn i alderen 6-12 år (23 prosent) enn i de øvrige aldersgruppene. Sosialtjeneste og barnevern (elleve prosent) og øvrig primærhelsetjeneste (7 prosent) er også viktige instanser for henvisning. Mønsteret er her det samme blant gutter og jenter og også innen ulike aldersgrupper.

11.5 Grunner for henvisning

I det psykiske helsevernet for barn og unge behandles pasienter fra null til atten år og deres familier for et vidt spekter av lidelser. Lidelsene strekker seg fra sosiale og emosjonelle problemer av ulik alvorlighet og intensitet til utviklingsforstyrrelser og andre biologiske tilstander. Figur 11.1 gir en oversikt over henvisningsgrunner. Figur 11.2 viser den samme fordelingen for hvert av kjønnene.



Figur 11.1 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter henvisningsgrunn. Prosentvis fordeling. 2006.



Figur 11.2 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter henvisningsgrunn. Prosentvis fordeling for hvert kjønn.

Flest pasienter ble henvist med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (23 prosent), atferdsvansker (20 prosent) og tristhet, depresjon og uro (17 prosent).

Henvisningsgrunnene er forskjellige for gutter og jenter. Tristhet/depresjon/sorg utgjør den vanligste henvisningsgrunnen blant jenter (25 prosent), mens hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker er den vanligste henvisningsgrunnen blant gutter (29 prosent). En større andel gutter henvises med bakgrunn i atferdsvansker (25 prosent) enn jenter (tolv prosent). Jentene ble i større grad enn gutter henvist med problemer som for eksempel suicidalfare (seks prosent av jentene), angst/fobi (ti prosent av jentene) og spiseproblemer (fem prosent av jentene).

Vi har også undersøkt henvisningsgrunner i ulike aldersgrupper, se tabell 11.6.

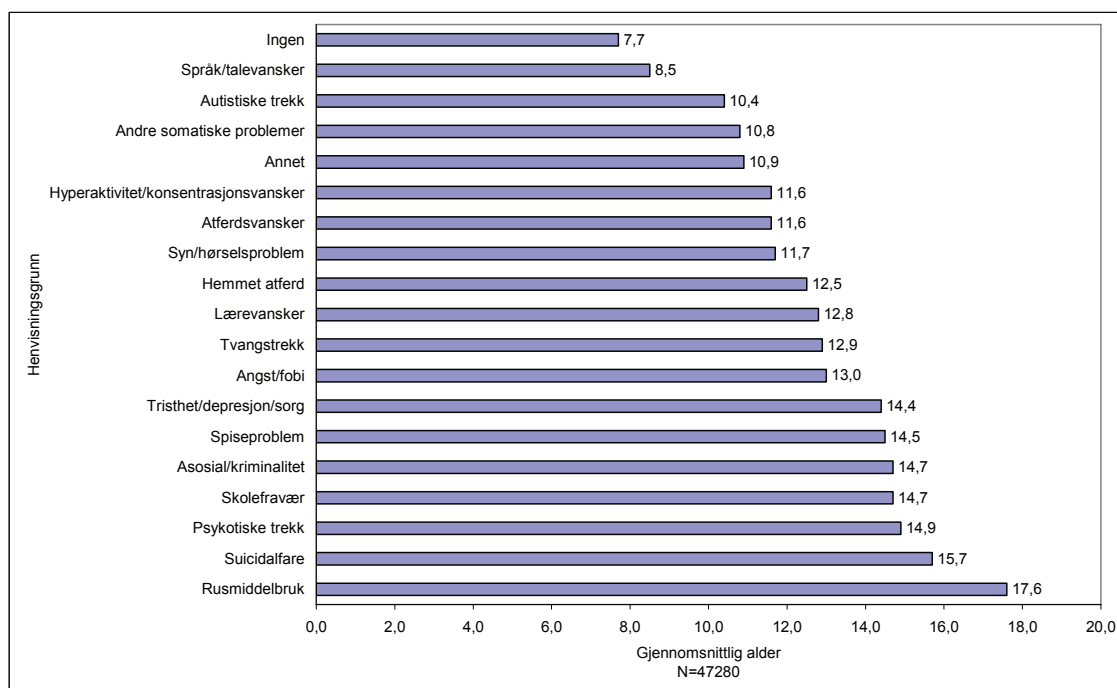
Tabell 11.6 Henvisningsgrunn for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel totalt og innen ulike aldersgrupper. 2006.

	Totalt		0 tom 5		6 tom 12		13 tom 17		18 år og eldre	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Autistiske trekk	1 089	2,6	158	6,4	582	3,4	311	1,6	38	1,2
Psykotiske trekk	460	1,1	3	0,1	89	0,5	294	1,5	74	2,3
Suicidalfare	1 494	3,5	0	0,0	126	0,7	1 097	5,6	271	8,5
Hemmet atferd	1 301	3,1	67	2,7	523	3,0	626	3,2	85	2,7
Angst/fobi	3 212	7,6	84	3,4	1 331	7,7	1 485	7,6	312	9,8
Tvangstrekk	893	2,1	23	0,9	370	2,1	437	2,2	63	2,0
Tristhet/depresjon/sorg	7 294	17,2	88	3,6	1 799	10,4	4 513	23,1	894	28,0
Skolefravær	847	2,0	2	0,1	130	0,8	639	3,3	76	2,4
Atferdsvansker	8 359	19,7	455	18,5	4 358	25,3	3 215	16,5	331	10,4
Hyperaktiv/ konsentrasjonsvansker	9 611	22,6	391	15,9	5 288	30,7	3 502	17,9	430	13,5
Rusmiddelbruk	141	0,3	0	0,0	2	0,0	89	0,5	50	1,6
Asosial/kriminalitet	87	0,2	0	0,0	21	0,1	53	0,3	13	0,4
Lærevansker	947	2,2	15	0,6	414	2,4	472	2,4	46	1,4
Språk/talevansker	402	0,9	103	4,2	225	1,3	66	0,3	8	0,3
Syn/hørselsproblem	35	0,1	6	0,2	8	0,0	18	0,1	3	0,1
Spiseproblem	1 135	2,7	78	3,2	134	0,8	748	3,8	175	5,5
Andre somatiske symptomer	1 123	2,6	183	7,4	462	2,7	421	2,2	57	1,8
Annet	3 828	9,0	725	29,4	1340	7,8	1 508	7,7	255	8,0
Ingen	178	0,4	83	3,4	40	0,2	48	0,2	7	0,2
Sum	42 436	100	2 464	100	17 242	100	19 542	100	3188	100
Ikke angitt	4 844	10,2								
Totalt antall pasienter	47 280	100								

Datakilde: NPR

23 prosent av pasientene ble henvist med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. Andelen var høyere for aldersgruppen seks til tolv år (31 prosent) enn for de øvrige aldersgruppene (14-18 prosent). 17 prosent var henvist for tristhet/depresjon/sorg. Andelen var høyere blant pasienter over 18 år (28 prosent) og mellom 13 og 17 år (23 prosent) enn i de øvrige aldersgruppene. Tristhet/depresjon/sorg, utgjør den mest hyppige henvisningsårsaken i aldersgruppen 13-17 år. Suicidalfare og spiseforstyrrelser gjelder hovedsakelig pasienter som er 13 år og eller eldre. For barn og unge mellom seks og tolv år er hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (31 prosent) og atferdsvansker (25 prosent) de mest vanlige henvisningsgrunnene.

Vi har undersøkt om det er en signifikant forskjell i alder mellom pasienter med ulike henvisningsgrunn²³. Figur 11.3 viser gjennomsnittsalder etter henvisningsgrunn.



Figur 11.3 Gjennomsnittsalder for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter henvisningsgrunn. 2006.

Resultatene viser at alderen var signifikant forskjellig for ulike henvisningsgrunner ($p < 0,001$)²⁴. Barn og ungdom henvist med utgangspunkt i "sosiale" lidelser som eksempelvis suicidalfare, rusmiddelbruk, asosial eller kriminell atferd, tristhet/depresjon/sorg og spiseproblemer, er i gjennomsnitt signifikant eldre enn pasienter henvist med bakgrunn i lidelser som for eksempel autistiske trekk, språk/talevansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

11.6 Multiaksial klassifikasjon i PHBU

Det ICD 10-baserte klassifikasjonssystemet "Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske lidelser" benyttes for å kode tilstander/diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Verdens Helseorganisasjon gav ut dette klassifikasjonssystemet i 1996 (WHO, 1996). Formålet med å benytte et multiaksialt system er å bedre beskrive forskjellige sider ved pasientens tilstand, og med dette gi et mer dekkende bilde av hva lidelsen betyr for pasientens liv.

Det multiaksiale klassifikasjonssystemet består av følgende diagnoseakser:

- Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom
- Akse 2: Spesifikke utviklingsforstyrrelser
- Akse 3: Intelligensnivå
- Akse 4: Somatiske tilstander

²³ Enveis variansanalyser (UNIANOVA). Post hoc tester ble gjennomført ved bruk av Bonferronis post hoc test.

²⁴ $F = 360,77$, $df = 18$, $R^2 = 0,132$

- Akse 5: Avvikende psykososiale forhold
- Akse 6: Global vurdering av funksjonsnivå (GADP)

I et fleraksialt kodesystem må alle aksene kodes, og hver kode hører hjemme på kun én akse. Ingen av aksene har forrang foran de andre, og begrepet hovedtilstand benyttes innen hver av aksene 1, 2, 4 og 5 (Hansen-Bauer, 2006). Fem av aksene vurderer pasientens symptom mønster, og diagnoseakse 6 omhandler pasientens globale funksjonsnivå. Diagnoseakse 6 er en global vurdering av pasientens psykososiale funksjonsnivå ved innkomst og utskrivning. I det fleraksiale kodesystemet skal hovedtilstanden registreres først. Hovedtilstanden er den som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse. Dersom det er slik at mer enn en tilstand betraktes som hovedtilstand, skal den mest ressurskrevende tilstanden velges.

Det har i økende grad blitt rettet søkelys på diagnoser og tilstander i psykisk helsevern for barn og unge. Samtidig har det av ulike årsaker vært en viss tilbakeholdenhet med å sette diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge.

En av kvalitetsindikatorerne i Nasjonalt indikatorsett for psykisk helsevern er "Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien". Aksene 1, 2, 5 og 6 inngår i denne kvalitetsindikatoren. Målet er at 90 prosent av pasientene i psykisk helsevern for barn og unge skal være diagnostisert. I regi av Sosial og Helsedirektoratet er en veileder for multiaksial klassifikasjon for psykisk helsevern for barn og unge under utarbeidelse. Denne vil bli gjeldende fra 1.1.2008.

Registreringen av diagnosedata er fortsatt svært mangelfull for flere av aksene. Tabell 11.7 viser andel manglende data for hver av aksene.

Tabell 11.7 Andel rapportert ingen diagnose/tilstand på aksene innen det multiaksiale klassifikasjonssystemet. Fordelt på gutter og jenter. 2006.

Totalt	Akse 1	Akse 2	Akse 3	Akse 4	Akse 5	Akse 6
N	15 504	32 608	31 940	26 357	21 044	20 321
Prosent	32,8	69,0	67,6	55,7	44,5	43
Jenter						
N	6 979	14 575	15 014	11 500	9 046	8 901
Prosent	34,0	71,0	73,1	56,0	44,0	43,3
Gutter						
N	8 503	18 002	16 895	14 829	11 970	11 392
Prosent	31,8	67,4	63,3	55,5	44,0	43,3

Datakilde: NPR

Opplysninger om kjønn mangler for 32 pasienter i 2006.

For diagnoseakse 2, 3 og 4 mangler vi data for over halvparten av pasientene. I årets rapport presenteres derfor bare tall for diagnoseakse 1 og diagnoseakse 6, se tabell 11.8 og 11.9. For diagnoseakse 1, klinisk psykiatrisk syndrom, mangler diagnose for 33 prosent av pasientene. For diagnoseakse 6, global vurdering av funksjonsnivå, mangler svar for 43 prosent av pasientene.

11.6.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Tabell 11.8 Diagnoseakse 1, klinisk psykiatrisk syndrom, fordelt på kjønn. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.

Diagnoseakse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom	Totalt		Gutter		Jenter	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Organiske symptomatiske lidelser	34	0,1	19	0,1	15	0,1
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser v/psykoaktiva	89	0,3	43	0,2	46	0,3
Schizofreni og andre paranoide lidelser	183	0,6	94	0,5	89	0,7
Affektive lidelser	2 395	7,5	657	3,6	1 737	12,8
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	4 380	13,8	1 751	9,6	2 627	19,4
Atferdssyndromer i forbindelse med fysiske faktorer	663	2,1	69	0,4	594	4,4
Personlighets- og atferdsforstyrrelse	82	0,3	31	0,2	51	0,4
Hyperkinetisk forstyrrelse	8 506	26,8	6 368	35,0	2 138	15,8
Atferdsforstyrrelser	821	2,6	574	3,2	247	1,8
Blandede atferds- og følelsesmessige forstyrrelser	895	2,8	539	3,0	356	2,6
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	1 455	4,6	691	3,8	763	5,6
Forstyrrelser i sosial fungering	763	2,4	371	2,0	392	2,9
Tics	516	1,6	431	2,4	85	0,6
Andre atferdsforstyrrelser og føl.m. forstyrrelser	831	2,6	533	2,9	298	2,2
Uspesifisert psykisk lidelse	64	0,2	26	0,1	38	0,3
Annet, F70-F79, F80-F89, Z-diagnoser	8 530	26,8	5 141	28,2	3 383	24,9
Ingen diagnose	1 569	4,9	866	4,8	703	5,2
Sum	31 776	100,0	18 204	100,0	13 562	100,0
Ukjent, ikke registrert diagnose	15 504	32,8	8503	31,8	6979	34,0
Totalt utvalg	47 280	100				

Datakilde: NPR

Opplysninger om kjønn mangler for 32 personer i utvalget.

Diagnoseakse 1 omhandler klinisk psykiatrisk syndrom. Tabell 11.8 viser at den hyppigst forekommende diagnosen/tilstanden er hyperkinetiske forstyrrelser (26,8 prosent). Hyperkinetiske forstyrrelser er tilstander preget av forstyrret konsentrasjon og oppmerksomhet og/eller sykkelig høyt aktivitetsnivå. Tilstanden må være til stede i minimum seks måneder før fylte syv år for å tilfredsstille kravene til diagnosen. Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (13,8 prosent) er også hyppig forekommende diagnoser i tillegg til andre diagnosekategorier som F70-F79, F80-F89 og Z-diagnoser (26,8 prosent).

En større andel gutter har fått diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser (35,0 prosent), sammenlignet med jenter (15,8 prosent). Hyperkinetiske forstyrrelser er den vanligste diagnosen blant gutter som mottok et tilbud i psykisk helsevern for barn og unge i 2006. En

større andel jenter enn gutter hadde fått diagnosen "nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser" (19,4 prosent) og "affektive lidelser" (12,8 prosent). Diagnosekategorien "nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser" var den hyppigst forekommende diagnosekategorien blant jenter i 2006, sammen med kategorien "annet, F70-F79, F80-F89 og Z-diagnoser" (se tabell 11.8).

11.6.2 Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå

I ICD-10 er det også gitt muligheter for bruk av multiple diagnoser for å beskrive tilstanden mest mulig nyansert. På diagnoseakse 6 skal barnets/ungdommens funksjonsnivå registreres. Resultatene fra en frekvensanalyse på denne diagnosekategorien (tabell 11.9) må tolkes med forsiktighet, grunnet et høyt antall manglende data.

Tabell 11.9 Diagnoseakse 6, global vurdering av funksjonsnivå (GADP), fordelt på kjønn. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.

Diagnoseakse 6: Global vurdering av funksjonsnivå	Totalt		Gutter		Jenter	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Utmerket, god sosial fungering	723	2,7	338	2,2	384	3,3
Moderat (alminnelig) sosial fungering	5 083	18,9	2 415	15,8	2 666	22,9
Lett sosial forstyrrelse	7 175	26,6	3 948	25,8	3 226	27,7
Moderat sosial forstyrrelse	8 237	30,6	4 982	32,5	3 255	28,0
Alvorlig sosial forstyrrelse	4 288	15,9	2 700	17,6	1 588	13,6
Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	963	3,6	636	4,2	327	2,8
Ute av stand til å fungere på de fleste områder	257	1,0	140	0,9	117	1,0
Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	187	0,7	123	0,8	64	0,5
Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	46	0,2	33	0,2	13	0,1
Totalt	26 959	100	15 315	100	11 640	100
Ikke angitt/Manglende svar	20 321	43				
Totalt utvalg	47 280					

Datakilde: NPR

Opplysninger om kjønn manglet for 32 pasienter i 2006.

Totalt var 21 prosent av pasientene klassifisert innen kategoriene fra en alvorlig til svært alvorlig sosial forstyrrelse. Tendensen viser at en større andel av guttene (24 prosent) som mottok et tilbud i 2006 enn jenter (18 prosent) hadde blitt klassifisert innen en av disse kategoriene.

11.7 Individuell plan

Pasientrettighetslovens § 2–5 regulerer retten til individuell plan og innebærer at personer som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en slik plan. Formålet med en individuell plan er at den enkelte persons behov for tjenester skal sikres. Planen skal benyttes til å styre tjenestenes utforming og sammenstilling, og skal være et hjelpemiddel for å kartlegge behovet for tjenester, samt beskrive

aktuelle tiltak for den enkelte pasient. Den individuelle planen kan samtidig være et viktig virkemiddel for å plassere ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester og nivåer.

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier kan ofte oppleve å møte et fragmentert hjelpeapparat, der de ulike tjenesteyterne ikke koordinerer tjenestene i tilstrekkelig grad. Målet er at den enkeltes familie og barnet eller ungdommen skal bli hørt, samtidig som de skal ha reell innflytelse på det tilbudet som blir gitt. I Psykisk helsevernlovens § 4 pålegges institusjonene innen psykisk helsevern for barn og unge en rettslig plikt til å utarbeide individuelle planer, der helseforetakene har et overordnet ansvar for at dette blir gjort.

Tidligere studier har vist at bruk av individuell plan er mer utbredt blant pasientgrupper med antatt mer alvorlige og sammensatte vansker, sammenlignet med pasientgrupper med antatt lettere problematikk (Andersson, Ose & Sitter, 2005). Andersson, Ose og Sitter (2005) undersøkte og kartla behandlingstilbudet for barn og ungdom som mottok behandling innen psykisk helsevern på et gitt tidspunkt i 2003/2004. Resultatene fra denne studien viser at i alt 20 prosent av pasientene hadde en individuell plan. De fant også at individuell plan ble brukt bevisst og målrettet mot pasienter med antatt mer alvorlige og sammensatte lidelser.

Tabell 11.10 viser hvor stor andel av pasientene som hadde fått utarbeidet individuell plan.

Tabell 11.10 Antall og andel pasienter som har/ikke har fått utarbeidet individuell plan. Psykisk helsevern for barn og unge, 2006.

Individuell plan	Antall	Prosent
Ja	3 662	7,7
Nei	43 294	91,6
Totalt	46 956	99,3
Missing	324	0,7
Totalt utvalg	47 280	100

Datakilde: NPR

Knappt åtte prosent av pasientene hadde fått utarbeidet en individuell plan. Dette er betydelig lavere enn i undersøkelsen referert ovenfor. Årsaken til denne forskjellen er sannsynligvis utvalgsriteriene. Den refererte undersøkelsen bygde på punktregistreringer. Dette gir en høyere andel pasienter med behov for langvarig behandling og alvorligere problematikk enn en undersøkelse som baseres på alle pasienter behandlet i løpet av ett år.

Individuell plan er en lovfestet rett for mennesker med langvarige og sammensatte psykiske lidelser. Vi har derfor undersøkt hvilke diagnosegrupper som hadde fått utarbeidet en individuell plan, og for få et innblikk i hvilke diagnosegrupperinger hvor man mener dette er nødvendig. Resultatene er gjengitt i tabell 11.11.

Tabell 11.11 Antall og prosent i ulike diagnosegrupper (akse 1) totalt og for henholdsvis med og uten individuell plan. Andel og prosent. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.

Diagnose	Har individuell plan		Har ikke individuell plan		Totalt	
	Antall	Prosent totalt	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ingen diagnose	120	3,8	1 449	5,1	1 569	5,0
Organiske symptomatiske lidelser	5	0,2	28	0,1	33	0,1
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser v/psykoaktiva	11	0,3	75	0,3	86	0,3
Schizofreni og andre paranoide lidelser	37	1,2	145	0,5	182	0,6
Affektive lidelser	278	8,8	2 095	7,3	2 373	7,5
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	444	14,1	3 920	13,8	4 364	13,8
Atferdssyndromer i forbindelse med fysiske faktorer	82	2,6	576	2,0	658	2,1
Personlighets- og atferdsforstyrrelse	7	0,2	75	0,3	82	0,3
Hyperkinetisk forstyrrelse	907	28,7	7 568	26,5	8 475	26,8
Atferdsforstyrrelser	76	2,4	745	2,6	821	2,6
Blandede atferds- og følelsesmessige forstyrrelser	116	3,7	778	2,7	894	2,8
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	237	7,5	1 217	4,3	1 454	4,6
Forstyrrelser i sosial fungering	107	3,4	656	2,3	763	2,4
Tics	51	1,6	463	1,6	514	1,6
Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser	101	3,2	727	2,6	828	2,6
Uspesifisert psykisk lidelse	7	0,2	57	0,2	64	0,2
Annet, F70-F79, F80-F89, Z-diagnoser	573	18,1	7 933	27,8	8 506	26,9
Sum	3 159	100,0	28 507	100,0	31 666	100,0
Ukjent, ikke registrert diagnose	503	13,7	14 787	34,2	15 290	32,6
Totalt	3 662		43 294		46 956	

Datagrunnlag: NPR.

Opplysninger om kjønn mangler for 32 pasienter i 2006.

Det er gjennomgående små forskjeller med hensyn til utarbeidelse av individuell plan etter diagnosegrupper. En noe større andel med diagnosene følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen, schizofreni og andre paranoide lidelser, affektive lidelser og blandede atferds og følelsesmessige forstyrrelser hadde fått utarbeidet individuell plan, sammenlignet med de pasientene som ikke hadde fått en slik plan.

Av de 3 662 pasientene som i 2006 hadde individuell plan hadde 28,7 prosent fått diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse. Hyperkinetisk forstyrrelse er en utviklingsforstyrrelse som kjennetegnes ved normal begavelse, men problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon,

høyt aktivitetsnivå og stor grad av impulsivitet. Hyperkinetiske forstyrrelser kan gi problemer på skolen, sosiale problemer som for eksempel vansker med å forholde seg til flere personer om gangen, og andre problemer som eksempelvis problemer med å organisere seg. Videre var 14,1 prosent av pasientene som hadde fått utarbeidet en individuell plan diagnostisert med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, som for eksempel fobier og andre angstlidelser.

12 Opphold i døgninstitusjoner for voksne

Anne Mette Bjerkan og Per B. Pedersen

Sammendrag

Nær halvparten av oppholdene i døgninstitusjonene for voksne hadde i 2006 en varighet på inntil åtte dager (47 prosent), mens syv prosent av oppholdene hadde en varighet på mer enn 90 døgn. Median varighet av oppholdene var på landsbasis 10 dager. Oppholdene ved sykehus var av noe kortere varighet (median åtte dager) enn opphold ved DPS (tolv dager) og ved andre døgninstitusjoner (som for eksempel sykehjem) (23 dager). Dette forholdet mellom sykehus og distriktpspsykiatriske tilbud gjenfinnes i alle landets helseregioner med unntak av region Nord, der oppholdene ved sykehus er lengre enn ved DPS-ene.

Mer enn halvparten av oppholdene i døgninstitusjoner for voksne var etter øyeblikkelig hjelp-innleggelse (56 prosent), mens 44 prosent var etter elektive/planlagte innleggelse. Elektive innleggelse var gjennomgående av lengre varighet (median 15 dager) enn innleggelse ved øyeblikkelig hjelp (syv dager).

Pasienter med affektive lidelser sto for 29 prosent av utskrivningene og 30 prosent av oppholdsdøgnene i 2006. Median varighet på oppholdene for denne gruppen var 13 dager ved sykehus, 16 dager ved distriktpspsykiatrisk tilbud og 120 dager ved opphold i andre døgninstitusjoner som for eksempel sykehjem. Pasienter med schizofreni spektrum-lidelser sto for 25 prosent av utskrivningene og 35 prosent av oppholdsdøgnene.

Tabell 12.1 Opphold i døgninstitusjoner etter kjønn, inntaksmåte og varighet. 2006.

		Prosent
Kjønn	Mann	44,2
	Kvinne	55,8
Inntaksmåte	Elektiv innleggelse	43,7
	Øyeblikkelig hjelp	56,1
	Ikke angitt	0,2
Antall dager innlagt ^{1), 2)}	Under 9 døgn	46,8
	Mellom 9 og 30 døgn	29,2
	Mellom 30 og 90 døgn	17,0
	Over 90 døgn	7,1
Median oppholdstid ³⁾		10

Datakilde: NPR og SSB

1) Oppholdstid-variabelen er kategorisert til følgende grupperinger: 1) 0-8 døgn, 2) 9-30 døgn, 3) 30 til 90 døgn, 4) Opphold med varighet lengre enn 90 døgn.

2) Oppholdstid beregnes ut fra varighet mellom innleggelsesdato og utskrivningsdato ved institusjonen.

3) Median oppholdstid er beregnet ut fra varighet mellom innleggelsesdato og utskrivningsdato ved institusjonen, uten å kategorisere oppholdets lengde.

12.1 Innledning

Formålet med dette kapitlet er å presentere kjennetegn ved pasienter og pasientbehandlingen ved døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne i 2006. Datagrunnlaget er opphold ved døgninstitusjonene dette året. Et opphold defineres som den perioden hvor pasienten får sammenhengende døgnbehandling ved institusjonen. Dette innebærer at i de tilfeller en pasient har interne overføringer innenfor 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 som mål på aktivitet i det psykiske helsevernet for voksne har sine begrensninger.

12.2 Datagrunnlag

Tallmaterialet som analysene i dette kapitlet bygger på pasientdata, innsamlet og kontrollert av Norsk Pasientregister (NPR). Fra flere institusjoner er de innrapporterte pasientdataene fortsatt mangelfulle. Pasientdata fra enkeltinstitusjoner er derfor sjekket mot aggregerte aktivitetstall innrapportert til SSB. Ved betydelige avvik har pasientdataene blitt forkastet. Analysene i dette kapitlet er derfor avgrenset til de institusjoner som har levert komplette data til NPR for registreringsåret 2006. Dette utvalget omfatter 82 prosent av døgnvirksomheten målt ved antall utskrivninger, og 77 prosent av oppholds døgnene. Nærmere omtale av datagrunnlaget finnes på SAMDATAs nettsider.

I analysene av diagnosesammensettingen er utvalget ytterligere begrenset til institusjoner som har rapportert tilstrekkelig diagnoseinformasjon. Data fra institusjoner med over 20 prosent manglende registrering av diagnose ved utskrivning er forkastet. Utvalget som benyttes omfatter 79 prosent av utskrivningene fra de gjenværende døgninstitusjoner i 2006. Totalt antall utskrivninger fra døgninstitusjoner for voksne som benyttes til å analysere diagnoseinformasjon består derfor av 30 700 utskrivninger og utgjør dermed 65 prosent av de totalt 47 549 utskrivningene i 2006. Av utskrivningene ved disse institusjonene har vi diagnosedata for 28 477 (93 prosent), eller 60 prosent av utskrivningene totalt.

Informasjon om varigheten av behandlingen omfatter avsluttede opphold ved henholdsvis sykehus, distriktpsikiatriske sentre (DPS), og andre døgninstitusjoner (inklusive sykehjem).

Diagnosesammensettingen er basert på grupper av hoveddiagnoser fra ICD 10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer). Følgende grupper blir benyttet i dette kapitlet:

- Organiske lidelser (ICD 10: kapittel F0-09)
- Stoffrelaterte lidelser (ICD 10: kapittel F10- F19)
- Schizofrenier (ICD 10: kapittel F20 – F29)
- Affektive lidelser (ICD 10: kapittel F30 – F39)
- Nevrotiske lidelser (ICD 10: kapittel F40 – F49)
- Fysiske atferdssyndromer (ICD 10: kapittel F50 – F59)
- Personlighetsforstyrrelser (ICD 10: kapittel F60 – F69)
- Andre diagnoser fra kapittel F (ICD 10: kapittel F70 – F79)
- Andre diagnoser fra de øvrige kapitler i ICD 10

12.3 Oppholdstider for avsluttede opphold ved institusjonene

Vi vil i dette avsnittet se på varigheten av døgnopphold avsluttet i løpet av 2006. Datamaterialet omfatter 39 104 (82 prosent) av de i alt 47 549 utskrivningene fra døgninstitusjonene dette året. Dette er basert på tall fra institusjoner som har levert komplette data til NPR. Institusjonene som inngår sto for 77 prosent av alle oppholdsdøgnene i 2006. Tabell 12.2 gir en oversikt over andel oppholdsdøgn som inngår i materialet fordelt på institusjonenes regiontilknytning.

Tabell 12.2 Andel av aktivitet som dekkes av pasientdata med opplysninger om oppholdstider ved utskrivninger fra døgninstitusjoner. Estimert andel ut fra institusjonens aktivitet målt ved oppholdsdøgn innen aktivitetsåret. Regionale helseforetak. 2006.

Region	Prosent
Helse Øst	90,0
Helse Sør	78,3
Helse Vest	83,6
Helse Midt Norge	2,5
Helse Nord	96,2
Andre foretak (Modum Bad)	100,0
Totalt	76,8

Datakilde: NPR og SSB

Fire av de fem helseregionene leverte komplette pasientdata for mellom 78 og 96 prosent av aktiviteten målt ved oppholdsdøgn i løpet av året. Data fra Helse Midt-Norge er i stor grad utelukket fra videre analyser på grunn av dårlig datakvalitet.

Tabell 12.3 gir en oversikt over oppholdenes lengde fordelt etter institusjonstype.

Tabell 12.3 Fordeling av oppholdstid etter institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne. Institusjonsopphold avsluttet i 2006. Prosent opphold for hver tidskategori og median oppholdstid.

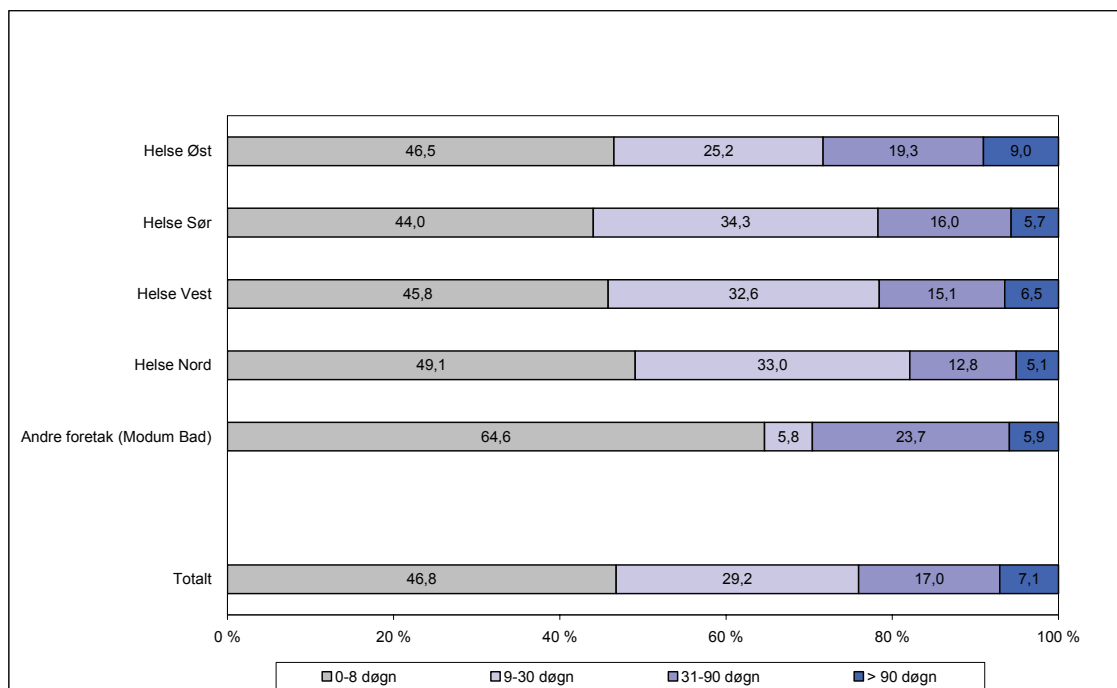
Institusjonstype	Oppholdsdøgn				Totalt	Antall	Median
	0-8 døgn	9-30 døgn	31-90 døgn	91+ døgn			
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent			
Sykehus	50,5	24,9	17,3	7,2	100,0	23 534	8
DPS	41,6	35,4	16,4	6,6	100,0	15 321	12
Andre døgntilbud	11,6	47,8	22,1	18,5	100,0	249	23
Sum	46,8	29,2	17,0	7,1	100,0	39 104	10

Datakilde: NPR

Flesteparten av oppholdene ved sykehus og distriktpsykiatriske sentre bestod av opphold med inntil åtte dagers varighet. Dette gjaldt henholdsvis 51 prosent og 42 prosent av oppholdene ved sykehus og DPS. Ved andre institusjoner var andelen betydelig lavere (tolv prosent). Den største andelen av opphold (48 prosent) var her på mellom ni og 30 døgn. Bare syv prosent av oppholdene ved sykehus og DPS hadde en varighet på over 90 dager. Også her skiller andre institusjoner seg ut med en høyere andel av oppholdene (19 prosent).

Median varighet av oppholdstid var noe kortere ved sykehusene enn ved de distriktpsikiatriske sentrene og ved de andre døgninstitusjonene. Ved sykehusene var median varighet åtte døgn, sammenlignet med tolv døgn ved distriktpsikiatriske tilbud og 23 døgn ved andre døgninstitusjoner. Median oppholdstid for alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne ble beregnet til 10 døgn.

Figur 12.1 viser hvordan oppholdstidene varierer mellom helseregionene. Data fra Helse Midt-Norge er ikke tatt med i analysene på grunn av for dårlig datakvalitet.



Datakilde: NPR

Figur 12.1 Varighet av avsluttede døgnopphold etter regionalt helseforetak. Psykisk helsevern for voksne. 2006.

I alle regionene²⁵ var flest opphold av inntil 8 dagers varighet, mellom 44 og 49 prosent. Vi kan ellers merke oss at Helse Øst hadde en betydelig høyere andel opphold med varighet både ut over 30 dager (28 prosent) og ut over 90 dager (9 prosent) enn de øvrige regionene og på landsbasis (hhv 24 og 6 prosent). Helse Nord har på den andre siden betydelig lavere andel for begge disse gruppene (hhv. 18 og fem prosent).

Vi har undersøkt om disse forskjellene i varighet mellom helseregionene er statistisk signifikante. Forskjeller i median oppholdstid fordelt på helseregion ble testet ved hjelp av en Kruskal-Wallis test. Denne testen benyttes til å undersøke om to eller flere ikke-relaterte målinger er forskjellige fra hverandre. Resultatene viste at det var signifikante forskjeller mellom helseregionene med henblikk på oppholdets lengde ($\chi^2=17,61$, $df=3$, $p<0,0001$). Forskjellene i median oppholdstid var imidlertid relativt små (median oppholdstid varierte mellom ni og elleve døgn). Det kan derfor ikke utelukkes at utvalgets størrelse påvirker resultatene, ettersom store utvalg kan gi signifikante sammenhenger selv om forskjellene er små.

Tabell 12.4 gir en oversikt over fordeling av oppholdstid fordelt etter institusjonstype og regiontilknytning. Helse Midt-Norge er igjen utelatt pga. mangelfulle data.

²⁵ Modum bad har spesielle funksjoner, og vil derfor ikke bli omtalt i denne sammenheng.

Tabell 12.4 Fordeling av oppholdstid etter institusjonstype og regiontilknytning. Psykisk helsevern for voksne. Avsluttede institusjonsopphold i 2006. Prosent opphold for hver tidskategori og median oppholdstid.

	Oppholdstid				Totalt	N	Median
	0-8 døgn	9-30 døgn	31-90 døgn	≥ 91 døgn			
Helse Øst							
Sykehus	48,3	25,2	18,4	8,2	100	9 744	9
DPS	43,4	25,5	21,1	10,1	100	4 850	13
Andre institusjoner	5,5	5,5	21,8	67,3	100	55	198
Sum Helse Øst RHF	46,5	25,2	2827	1322	100	14 649	10
Helse Sør							
Sykehus	55,0	25,4	13,4	6,2	100	4 443	7
DPS	31,3	44,5	19,0	5,2	100	3 824	14
Andre institusjoner	-	-	-	-	-	-	-
Sum Helse Sør RHF	44,0	34,3	16,0	5,7	100	8 267	11
Helse Vest							
Sykehus	48,8	27,9	16,8	6,4	-	5 360	9
DPS	41,8	38,9	12,9	6,5	100	4 003	12
Andre institusjoner	-	-	-	-	-	-	-
Sum Helse Vest RHF	45,8	32,6	15,1	6,5	100	9 363	10
Helse Nord							
Sykehus	45,7	29,4	17,2	7,8	100	2 376	10
DPS	52,8	35,4	9,1	2,7	100	2 644	8
Andre institusjoner	10,6	87,2	2,1	0,0	100	47	15
Sum Helse Nord RHF	49,1	33,0	12,8	5,1	100	5 067	9
Andre foretak (Modum Bad)							
Sykehus	64,6	5,8	23,7	5,9	100	1 611	4
Sum andre foretak	64,6	5,8	23,7	5,9	100	1 611	4

Datakilde: NPR

Oppholdstiden er gjennomgående noe lengre ved DPS og ved andre døgninstitusjoner (inklusive sykehjem) enn i sykehus. Vi finner den samme tendensen i alle helseregionene med unntak av Helse Nord. Her var 46 prosent av døgnoppholdene ved sykehusene av kort varighet (null til åtte døgn), mot 53 prosent av oppholdene ved DPS-ene. I Helse Nord er også median oppholdstid noe lengre ved sykehus enn median oppholdstid ved DPS-ene.

12.4 Inntaksmåte og oppholdsdøgn

Av de totalt 39 104 utskrivningene som inngår i datagrunnlaget for 2006, ble 56 prosent av pasientene lagt inn som øyeblikkelig hjelp, mens 44 prosent ble skrevet inn som vanlige elektive (planlagte) innleggelses. Vi har undersøkt hvorvidt varigheten av oppholdet varierer

signifikant med innleggelsesmåte. Dette ble undersøkt ved hjelp av Mann-Whitney U-test²⁶. Resultatet fra denne er gjengitt i tabell 12.5.

Tabell 12.5 Varighet av avsluttede opphold etter inntaksmåte. Mann-Whitney U-test. Psykisk helsevern for voksne. 2006.

	Elektiv innleggelse		Øyeblikkelig hjelp		Mann-Whitney U	p verdi
	Median	Antall	Median	Antall		
Varighet (døgn)	15	15 392	7	21 951	112 149 228,5	0,000

Datakilde: NPR

Det er signifikante forskjeller i lengde på opphold avhengig av inntaksmåte til det psykiske helsevernet for voksne ($U=112\,149\,228,5$, $p<0,0001$). Opphold etter elektive innleggelser er gjennomgående av lengre varighet (median=15 dager) enn opphold etter øyeblikkelig hjelp-innleggelser (median =7 dager).

12.5 Diagnosesammensetting for døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne

Vi vil i dette avsnittet se på andel pasienter med ulike typer lidelser/diagnose. Diagnosene spesifiseres etter ICD 10-systemet. ICD 10 er et klassifikasjons- og diagnosesystem som er utgitt av Verdens Helseorganisasjon, og som klassifiserer sykdommer og beslektede helseproblemer (WHO, 1996). I Norge ble ICD-10 tatt i bruk i psykiatrien i 1997 og i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 1999.

Utvalget som benyttes omfatter data fra institusjoner med under 20 prosent manglende diagnose ved utskrivning. Disse institusjonene sto for 79 prosent av utskrivningene fra de gjenværende døgninstitusjoner i 2006. Totalt antall utskrivninger fra døgninstitusjoner for voksne som benyttes til å analysere diagnoseinformasjon består derfor av 30 700 utskrivninger. De utgjør dermed 65 prosent av de totalt 47 549 utskrivningene i 2006. Av utskrivningene ved disse institusjonene har vi diagnosedata for 28 477 (93 prosent), eller 60 prosent av utskrivningene totalt. Disse institusjonene sto for 53 prosent av det totale antall oppholdsdøgn i 2006.

Tabell 12.6 gir en regionvis oversikt over andel av totalaktiviteten målt ved oppholdsdøgn som finner sted ved institusjoner med godkjente diagnosedata for 2006.

²⁶ En Mann-Whitney U-test er en ikke parametriske test for å undersøke om to utvalg er forskjellige. Testen gjennomføres på utvalg som ikke er normalfordelte.

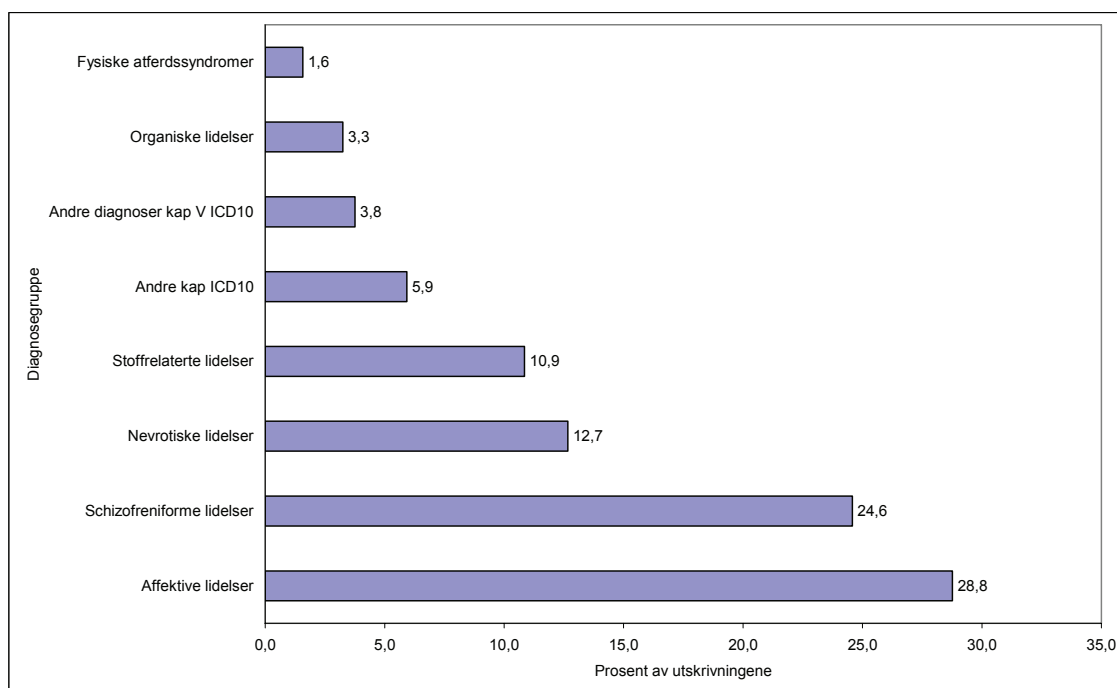
Tabell 12.6 Andel aktivitet målt ved oppholdsdøgn ved institusjoner med godkjent diagnosedata ved utskrivning fra døgninstitusjoner. Estimert andel ut fra de godkjente institusjonenes andel av aktiviteten målt etter oppholdsdøgn i registreringsåret. Psykisk helsevern for voksne. Regionale helseforetak. 2006.

Regionalt helseforetak	Prosent med godkjent diagnoseinformasjon
Helse Øst	46,9
Helse Sør	69,2
Helse Vest	64,5
Helse Midt-Norge	0,0
Helse Nord	86,2
Staten	100,0
Totalt	53,0

Datakilde: NPR og SSB

Tre av de fem helseregionene leverte komplett diagnoseinformasjon for mellom 65 og 87 prosent av aktiviteten målt ved oppholdsdøgn i løpet av 2006. For Helse Øst var andelen lavere (46 prosent). Data fra Helse Midt-Norge er utelatt på grunnlag av dårlig datakvalitet.

Figur 12.2 gir en oversikt over diagnosesammensetningen basert på utskrivninger fra det psykiske helsevernet for voksne i 2006.



Datakilde: NPR

Figur 12.2 Prosentandel av avsluttede døgnopphold etter diagnosegruppe. Psykisk helsevern for voksne. 2006.

Pasienter klassifisert med affektive lidelser (ICD-10 kapittel F30-F39) sto for 29 prosent av de avsluttede døgnoppholdene for voksne i 2006. Affektive lidelser innbefatter for eksempel

bipolare lidelser og depresjoner. Pasienter med schizofreni spektrum-lidelser sto for 25 prosent av oppholdene. Disse to diagnosegruppene sto med andre ord for over halvparten av oppholdene. Andre diagnosegrupper av betydning er nevrotiske lidelser (13 prosent) og stoffrelaterte lidelser (elleve prosent).

Tabell 12.7 gir en oversikt over diagnosesammensetning ved utskrivning fra sykehus og DPS. Gruppen andre institusjoner er utelatt pga. lav N.

Tabell 12.7 Andel utskrivninger etter diagnose fordelt etter institusjonstype. Døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne avsluttet i 2006.

	Utskrivninger ved sykehus		Utskrivninger ved distriktpspsykiatrisk tilbud		Utskrivninger totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Organiske lidelser	807	4,4	116	1,2	923	3,2
Stoffrelaterte lidelser	2 531	13,7	596	6,0	3 129	11,0
Schizofreni spektrum-lidelser	3 744	20,2	3 089	31,2	6 858	24,1
Affektive lidelser	5 444	29,4	2 791	28,2	8 246	29,0
Nevrotiske lidelser	2 247	12,1	1 394	14,1	3 643	12,8
Fysiske atferdssyndromer	387	2,1	62	0,6	449	1,6
Personlighetsforstyrrelser	1 467	7,9	999	10,1	2 476	8,7
Andre diagnoser kap V ICD10	473	2,6	582	5,9	1 055	3,7
Andre kap ICD10	1 421	7,7	277	2,8	1 698	6,0
Totalt	18 521	100	9 906	100	28 477	100

Datakilde: NPR

Pasienter med affektive lidelser og schizofreni spektrum-lidelser utgjorde de største gruppene ved begge institusjonstypene. Både ved sykehusene og DPS-ene sto pasienter med affektive lidelser for 28-29 prosent av utskrivningene. Ved sykehusene sto pasienter med schizofreni spektrum-lidelser for 20 prosent av utskrivningene, mot 31 prosent ved DPS-ene. Begge institusjonstypene har også mange pasienter med nevrotiske lidelser, 12-14 prosent. Pasienter med stoffrelaterte lidelser stod for 14 prosent av utskrivningene fra sykehus i 2006, mot seks prosent ved DPS-ene.

Som vi skal se nedenfor varierer varigheten av oppholdene med diagnose. Tabell 12.8 gir en oversikt over prosentandel av oppholdsdøgn innen aktivitetsåret fordelt på pasientenes diagnose og institusjonstype.

Tabell 12.8 Prosentandel oppholdsdøgn innen aktivitetåret for avsluttede opphold etter institusjonstype og pasientenes diagnose. Psykisk helsevern for voksne. 2006.

Diagnosegrupper	Oppholdsdøgn i 2006 ved sykehus	Oppholdsdøgn i 2006 ved DPS	Oppholdsdøgn i 2006 ved andre døgninstitusjoner	Oppholdsdøgn totalt i 2006
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Organiske lidelser	5,7	1,2	1,3	4,0
Stoffrelaterte lidelser	6,7	5,1	3,6	6,0
Schizofreni spektrum-lidelser	33,2	37,2	61,1	35,4
Affektive lidelser	30,2	30,4	17,2	29,9
Nevrotiske lidelser	8,4	11,7	3,7	9,4
Fysiske atferdssyndromer	2,8	0,6	0,0	1,9
Personlighetsforstyrrelser	4,9	7,9	7,3	6,1
Andre diagnoser kap F ICD 10	3,6	3,9	1,1	3,7
Andre diagnoser øvrige kapitler ICD 10	4,6	1,9	0,0	3,5
Sum prosent	100	100,0	100,0	100,0
Antall oppholdsdøgn knyttet til utskrivninger med diagnose	446 696	232 155	7 230	686 081
Antall oppholdsdøgn i 2006 knyttet til utskrivninger uten diagnose	31 451	23 690	12 580	67 721
Totalt	478 147	255 845	19 810	753 802

Datakilde: NPR

Totalt antall avsluttede oppholdsdøgn ved sykehus i 2006 var 446 696. Av disse utgjorde oppholdsdøgn for pasienter diagnostisert med schizofreni spektrum-lidelser og affektive lidelser de største andelene, henholdsvis 33 prosent og 30 prosent. Affektive lidelser og schizofreni spektrum-lidelser stod også for flesteparten av oppholdsdøgnene ved det distriktpsikiatriske tilbudet i 2006. De utgjorde henholdsvis 37 prosent og 30 prosent av antall oppholdsdøgn for avsluttede opphold i 2006.

12.6 Diagnose og varighet av døgnoppholdene

Tabell 12.9 gir en oversikt over varighet av oppholdene fordelt etter pasientenes diagnose for opphold avsluttet i 2006.

Tabell 12.9 Varighet av avsluttede døgnopphold etter diagnosegruppe. Psykisk helsevern for voksne. 2006

Diagnose	Oppholdstid				Totalt	Antall	Median
	0-8 døgn	9-30 døgn	31-90 døgn	91 + døgn			
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent			
Organiske lidelser	29,6	36,4	28,3	5,7	100,0	923	20
Stoffrelaterte lidelser	65,6	23,2	8,2	3,0	100,0	3 129	5
Schizofreni spektrum-lidelser	42,6	30,9	15,7	10,8	100,0	6 858	12
Affektive lidelser	39,1	32,1	23,2	5,6	100,0	8 246	14
Nevrotiske lidelser	52,3	29,6	14,0	4,2	100,0	3 643	8
Fysiske atferdssyndromer	52,1	16,9	20,7	10,2	100,0	449	7
Personlighetsforstyrrelser	59,1	26,6	9,7	4,7	100,0	2 476	7
Andre diagnoser kap V ICD10	57,0	27,4	9,7	6,0	100,0	1 055	7
Andre kap ICD10	72,5	13,8	11,3	2,4	100,0	1 698	4
Totalt	48,8	28,7	16,3	6,2	100,0	28 477	9

Datakilde: NPR og SSB

Pasienter innlagt på grunn av organiske lidelser (34 prosent), schizofreni spektrum-lidelser (26 prosent) og fysiske atferdssyndromer (31 prosent), som for eksempel spiseforstyrrelser, hadde størst andel opphold med en varighet ut over 30 døgn. Pasienter med stoffrelaterte lidelser har størst andel opphold med varighet inntil åtte dager (66 prosent).

Vi har undersøkt om varigheten av oppholdene er signifikant forskjellig for pasienter med ulik diagnose. Dette ble undersøkt ved hjelp av en Kruskal-Wallis test. Dette er en såkalt ikke-parametrisk test. Ikke-parametriske tester er, i motsetning til parametriske tester ikke basert på estimatene som beskriver variablenes spredning i populasjonen. Denne testen ble benyttet for å korrigere for skjevfordelinger i oppholdstid. Resultatene er gjengitt i tabell 12.10.

Tabell 12.10 Varighet av avsluttede opphold etter pasientenes diagnose. Kruskal-Wallis test. Psykisk helsevern for voksne. 2006.

Diagnosekategori	Median oppholdstid	χ^2	Df	p-verdi
		1 507,94	7	0,0001
Organiske lidelser	20			
Stoffrelaterte lidelser	5			
Schizofreni spektrum-lidelser	12			
Affektive lidelser	14			
Nevrotiske lidelser	8			
Fysiske atferdssyndromer	7			
Personlighetsforstyrrelser	7			
Andre diagnoser kap V ICD 10	7			
Andre kap ICD 10	4			
Totalt	9			

Datakilde: NPR og SSB

Varigheten av oppholdene varierer signifikant med pasientenes diagnose ($\chi^2=1\,583,53$, $df=7$, $p<0,0001$). Opphold for pasienter med organiske lidelser, affektive lidelser og schizofreni spektrum-lidelser ser gjennomgående ut til å ha noe lengre varighet enn opphold for pasienter med andre lidelser. Opphold med bakgrunn i stoffrelaterte lidelser har kortest median oppholdstid (median=5).

Tabell 12.11 gir en oversikt over oppholdstid for avsluttede opphold etter pasientenes diagnose, behandlet ved ulike typer institusjoner. Tabellen viser også median oppholdstid for de ulike diagnosegruppene ved de ulike typene av institusjoner.

Tabell 12.11 Oppholdstid for avsluttede opphold etter institusjonstype og pasientenes diagnose. Psykisk helsevern for voksne. 2006.

	Oppholdstid				Totalt	N	Median
	0-8 døgn	9-30 døgn	31-90 døgn	91 + døgn			
Sykehusnivå							
Organiske lidelser	29,2	35,0	29,2	6,6	100	914	21
Stoffrelaterte lidelser	69,9	21,1	6,6	2,5	100	2 927	4
Schizofreni spektrum-lidelser	37,1	30,5	19,1	13,2	100	4 248	14
Affektive lidelser	43,0	27,1	24,0	5,9	100	6 142	13
Nevrotiske lidelser	59,5	22,5	12,8	5,2	100	2 509	6
Fysiske atferdssyndromer	53,4	13,6	21,1	11,9	100	412	6,50
Personlighetsforstyrrelser	65,5	20,8	8,6	5,1	100	1 697	5,0
Andre diagnoser kap V ICD 10	57,5	22,1	11,8	8,7	100	553	6
Andre kap ICD10.	73,2	13,7	10,7	2,4	100	1 514	4
Totalt sykehus	51,6	24,9	16,9	6,7	100	20 916	8
DPS							
Organiske lidelser	33,3	38,4	21,7	6,5	100	138	14
Stoffrelaterte lidelser	47,5	33,6	13,9	5,0	100	726	10
Schizofreni spektrum-lidelser	45,3	33,1	13,1	8,5	100	3 880	11
Affektive lidelser	29,8	41,8	23,2	5,2	100	3 531	16
Nevrotiske lidelser	38,0	40,5	18,1	3,3	100	1 765	13
Fysiske atferdssyndromer	35,6	38,4	21,9	4,1	100	73	14
Personlighetsforstyrrelser	46,6	35,5	13,4	4,5	100	1 161	10
Andre diagnoser kap V ICD 10	55,7	31,1	9,7	3,5	100	628	7
Andre kap ICD10.	64,1	18,0	15,0	2,9	100	306	7
Totalt DPS	40,8	36,6	16,8	5,8	100	12 208	13
Andre døgninstitusjoner							
Organiske lidelser	5,9	58,8	35,3	0,0	100	17	12
Stoffrelaterte lidelser	0,0	33,3	33,3	33,3	100	3	33
Schizofreni spektrum-lidelser	11,4	22,7	20,5	45,5	100	44	61,50
Affektive lidelser	0,0	23,5	23,5	52,9	100	17	120
Nevrotiske lidelser	9,1	36,4	36,4	18,2	100	11	38
Personlighetsforstyrrelser	11,1	22,2	33,3	33,3	100	18	52,5
Andre diagnoser kap V ICD 10	22,2	44,4	22,2	11,1	100	9	21
Andre kap ICD10.	12,5	75,0	12,5	0,0	100	8	21,5
Totalt andre døgninstitusjoner	9,4	33,9	26,0	30,7	100	127	36

Datakilde: NPR

70 prosent av sykehusoppholdene for pasienter med stoffrelaterte lidelser hadde en varighet på inntil åtte dager i 2006. Opphold for pasienter med denne diagnosen hadde en median varighet på fire dager ved sykehus. Pasienter med diagnosen "schizofreni spektrum-lidelser" hadde størst andel opphold med varighet over 90 dager (13 prosent). Pasienter med fysiske atferdssyndromer hadde også mange opphold (tolv prosent). Majoriteten av opphold ved sykehus hadde en varighet på mellom null og åtte dager (52 prosent), mens en liten andel hadde opphold med varighet på mer enn 91 døgn (syv prosent).

Ved DPS-ene var det særlig pasienter med diagnoser utenfor kapittel V (64 prosent), pasienter med "andre diagnoser" i kapittel V (56 prosent) og pasienter med stoffrelaterte lidelser (48 prosent) som hadde en stor andel opphold av inntil åtte døgns varighet. Lengst median oppholdstid hadde pasienter med affektive lidelser (M=16 døgn).

13 Bruk av tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet

Ragnild Bremnes og Trond Hatling

Sammendrag

Andelen henvisninger med begjæring om bruk av tvungent psykisk helsevern var omtrent uendret i perioden 2005 til 2006. Ved 44 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted i 2006 var det fra henvisende instans begjært tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. I 2005 var andelen 43 prosent. Den absolutte endringen i antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern er likevel mer enn dobbelt så stor (syv prosent) som økningen i antall henvisninger til frivillig innleggelse (to prosent) på sykehusnivå. Etter at tvangsbe-
gjæringen ble vurdert av spesialist, ble omfanget av tvungent psykisk helsevern noe lavere enn ved henvisningsbegjæring. I 2006 ble endelig vedtak om tvungent psykisk helsevern fattet for 32 prosent av sykehusinnleggelsene, en økning på ett prosentpoeng fra 2005. Av disse var 55 prosent vedtak om tvungen undersøkelse.

Tvungent psykisk helsevern benyttes i størst grad med begrunnelse i pasientens behov for behandling. En noe større andel menn enn kvinner ble tvangsinnlagt i 2006. Andelen tvangsinnleggelse var høyest blant innleggelse klassifisert med schizofreni spektrum-
lidelser (27 prosent) og organiske lidelser (ti prosent) sammenlignet med innleggelse klassifisert med andre diagnosegrupper.

Analysene som er gjort er basert på data innhentet fra et utvalg av institusjoner godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. En del institusjoner har ikke levert data av tilfreds-
stillende kvalitet og er utelatt fra analysen. Det er derfor knyttet noe usikkerhet til resul-
tatenes generaliserbarhet, spesielt hva gjelder andelen tvangsinnleggelse det enkelte år. Et
slikt mål kan være påvirket av hvilke institusjoner og foretak som inngår i datamaterialet. Vi
antar at utviklingstall for endring i antall tvangsinnleggelse fra 2005 til 2006 i større grad er
generaliserbare for utviklingen nasjonalt, siden vi ikke finner grunn til å anta at mangelfulle
data skulle være korrelert med henholdsvis økning eller reduksjon i bruk av tvungent psykisk
helsevern.

13.1 Om lovgrunnlaget

Med hjemmel i psykisk helsevernloven av 2. juni 1999, er det mulig å legge inn og holde til-
bake pasienter uten deres samtykke. Tvangsbruk i det psykiske helsevernet i Norge kan
deles i tre hovedgrupper; tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddel-
bruk. 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 til. I løpet av 24 timer
etter at innleggelsen har funnet sted, skal spesialist ansvarlig for vedtak vurdere om be-
gjæringen om tvang skal opprettholdes eller om oppholdet skal baseres på frivillighet.

Spesialistvedtaket kan bare endres fra tvang til frivillighet og ikke motsatt²⁷. Vedtaket er knyttet til to hovedformer: Tvingen undersøkelse, avgrenset til ti dager, 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 sannsynlighet for at pasientens tilstand forverres i nær framtid. Kriteriet omtales ofte som behandlingsskriteriet. 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.

13.2 Datagrunnlaget

Analysene i kapitlet bygger på opplysninger om døgnopphold ved institusjoner i det psykiske helsevernet godkjent for tvungent psykisk helsevern. Datamaterialet er innhentet av Norsk Pasientregister (NPR). Klassifisering av institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse er gjort i henhold til Sosial- og helsedirektoratets oversikt per februar 2006. Institusjoner med midlertidig godkjennelse er også inkludert. På grunn av mangelfull rapportering av pasientopplysninger til NPR, er analysene gjort med utgangspunkt i et utvalg institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet. For nærmere omtale av datagrunnlaget og tall på institusjonsnivå, se SAMDATAS nettsider.

13.2.1 Datautvalg og datas representativitet

Analysene som presenteres i kapitlet er basert på forskjellige utvalg av institusjoner og innleggelse. Dette er gjort for at det datamaterialet som ligger til grunn for den enkelte analyse i størst mulig grad skal kunne generalisere et representativt resultat.

For alle utvalg er institusjoner som ikke leverer pasientdata, eller som har levert data der opplysningene avviker betydelig fra de samleoppgavene institusjonene har rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB), utelatt fra materialet. Dette har vært vanlig prosedyre i Samdata-sammenheng og begrunnes i en antagelse om at samleoppgavene er mer komplette enn data på pasientnivå fra NPR. Dette stemmer ikke nødvendigvis for alle institusjoner, noe som representerer en potensiell feilkilde i datamaterialet.

Utvalgene inkluderer ikke institusjoner som mangler opplysninger om henvisningsformalitet eller spesialistvedtak for mer enn 20 prosent av innleggelsene. Dersom manglende rapportering av henvisningsformalitet eller vedtak relativt sett forekommer hyppigere ved for eksempel frivillige innleggelse, vil man på aggregert nivå få en underreportering av dette utfallet relativt til øvrige utfall ved høy missingandel. Ved å ekskludere institusjoner med høy missingandel unngår man slike potensielle skjevheter i analysedataet.

Utvalgene avgrenses også til kun å gjelde innleggelse fra egen bolig. Innleggelse fra egen bolig utgjorde i underkant av 80 prosent av alle innleggelse i både 2005 og 2006. Hele institusjonen er tatt ut dersom det mangler opplysninger om hvorfra pasienten legges inn for mer enn 20 prosent av innleggelsene. 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 sentra (DPS). Innleggelse fra andre avdelinger eller institusjoner ekskluderes på grunn av store ulikheter i rapporteringspraksis for innleggelsesformalitet ved slike overføringer.

²⁷ Etter lovendring 01.01.2007 kan vedtak unntaksvis omgjøres fra frivillig til tvang.

Tabell 13.1 gir en oversikt over de ulike utvalgene som er benyttet i kapitlet. Som en tilnærming til de ulike utvalgenes representativitet presenteres mål for aktivitet for hvert utvalg relativt til aktivitet ved alle døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Aktivitet er målt i antall oppholdsdøgn. Døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern genererte i overkant av 1,2 millioner oppholdsdøgn i 2006. Mer enn 70 prosent av disse er oppholdsdøgn ved sykehus. De øvrige er i all hovedsak ved DPS. Tvungent psykisk helsevern med døgn forekommer dermed klart hyppigst ved sykehusene.

Tabell 13.1 Andel aktivitet, målt ved oppholdsdøgn i 2006, som dekkes av de ulike utvalgene av døgninstitusjoner relativt til aktivitet ved alle døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i 2006. Etter region og institusjonstype.

RHF	Prosent			
	2005 og 2006	2006 Kjønn	2006 Begrunnelse	2006 Diagnose
	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Helse Øst	39	89	64	77
- Sykehus	43	93	72	79
- DPS oa	18	63	18	63
Helse Sør	83	92	58	65
- Sykehus	91	91	52	59
- DPS oa	70	95	68	76
Helse Vest	68	95	92	73
- Sykehus	69	96	90	96
- DPS oa	66	95	95	40
Helse Midt-Norge	0	0	0	0
- Sykehus	0	0	0	0
- DPS oa	0	0	0	0
Helse Nord	54	58	58	54
- Sykehus	62	62	62	62
- DPS oa	0	28	28	0
Totalt	51	78	62	63
- Sykehus	52	79	63	68
- DPS oa	47	74	58	48
Antall oppholdsdøgn	609 850	935 886	741 533	754 390
Antall institusjoner	28	39	29	29

Datakilde: NPR og SSB

For en oversikt over hvilke institusjoner som inngår i de enkelte utvalgene henvises det til nettsidene til SAMDATA.

Datarepresentativitet, målt ved oppholdsdøgn, er noe høyere for sykehus enn for DPS og andre institusjonstyper. Det er også til dels store variasjoner mellom de ulike regionene med

hensyn til datas representativitet. Spesielt for 2006 er at datakvaliteten for hele Helse Midt-Norge RHF er underkjent. Tabellen viser også at Helse Nord RHF er representert med relativt lave aktivitetsandeler, mens Helse Øst er spesielt dårlig representert i utvalg 1. Fordi bare deler av virksomheten er representert i analyse materialet, vil alle analyseresultater bare kunne være indikatorer. Materialet er ikke egnet til å si noe sikkert om det totale omfanget av tvangsinnleggelses i Norge.

Beskrivelse av Utvalg 1

Utvalg 1 inkluderer totalt 28 institusjoner som hadde tilfredsstillende datakvalitet som beskrevet over i både 2005 og 2006. Utvalget representerer bare i overkant av halvparten av aktiviteten ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern men antas likevel å kunne være representativt for analyser av endring i omfang av tvungent psykisk helsevern siste to år. Nivå i omfang av tvungent psykisk helsevern vil kunne avhenge av hvilke institusjoner som inkluderes i et analyseutvalg²⁸, men for endringstall antas sannsynligheten å være mindre for at de institusjonene vi ikke har data for har en annen utvikling enn vårt materiale. Utvalget er utgangspunkt for alle analyser i avsnitt 1.3 og 1.4.

Beskrivelse av utvalg 2

Det er ikke knyttet missingproblematikk til variabelen kjønn, og i analyser som gjelder tvungent psykisk helsevern og kjønnsfordeling (jf. tabell 13.7) inkluderes derfor alle institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet i 2006. Vi har ingen grunn til å anta at praksis eller kjønnsfordeling ved institusjoner som ekskluderes fra utvalget er vesentlig forskjellig fra den utvalget representerer, og aktivitetsandelen utvalget representerer er også høy (78 prosent). Analysene som gjelder kjønn antas derfor å gi en god indikasjon på kjønnsfordelingen innen tvungent psykisk helsevern generelt.

Beskrivelse av utvalg 3

I analyser som gjelder begrunnelse for bruk av tvungent psykisk helsevern (jf. tabell 13.6) benyttes data fra institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet i 2006. Utover de kriterier som allerede er nevnt, begrenses utvalget til å gjelde institusjoner hvor missingandel ikke overgår 20 prosent for variabelen tilleggs kriterium. Dette er gjort for å unngå skjevheter i resultatene (som beskrevet over). Utvalget omfatter 62 prosent av aktiviteten ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i 2006. Det kan ikke utelukkes at spesialistvurderinger og pasientegenskaper ved ekskluderte institusjoner avviker fra praksis og egenskaper i utvalget. Analyseresultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Beskrivelse av utvalg 4

Utvalg 4 benyttes i analyser som gjelder diagnosefordeling i tvungent psykisk helsevern (jf. tabell 13.8) og består av institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet i 2006. Med tilfredsstillende datakvalitet menes at tidligere omtalte kriterier oppfylles og at diagnose er angitt ved minst 80 prosent av innleggelsene. Diagnoseutvalget omfatter også bare døgnopphold avsluttet i 2006 fordi diagnose vanligvis ikke rapporteres før ved utskrivning, og missingandelen ville ha blitt betydelig høyere ved inkludering av uavsluttede opphold.

²⁸ Utvalg 1 avviker fra utvalg for 2003 og 2005, benyttet i kapittel som tvungent psykisk helsevern i Samdata, sektorrapport 2006. Presenterte tall på regionalt og nasjonalt nivå for 2005 er derfor også forskjellige. Tidligere studier har vist betydelige forskjeller mellom institusjoner i Norge i omfanget av tvangsinnleggelses, se for eksempel Bjørggård og Hatling (2005) og Samdata, sektorrapport 2006. Tall fra Samdata, sektorrapport 2006 viser for eksempel at Helse Midt-Norge RHF lå med lavere andeler tvungent psykisk helsevern enn landet for øvrig, både hva gjelder henvisninger og spesialistvedtak. Dersom dette gjelder, også for 2006, vil de nasjonale andelene som beregnes med utgangspunkt i utvalg 1 kunne overestimere omfanget av tvungent psykisk helsevern fordi Helse Midt-Norge RHF ikke inngår i beregningsgrunnlaget. Dette viser at resultatene kan være følsomme for utvalgets sammensetning.

Utvalget omfatter 63 prosent av aktiviteten. Som for utvalg 3 må man være forsiktig med å generalisere analyseresultatene.

Omfang av tvang og frivillighet ved henvisning

Tabellene 13.2 og 13.3 gir en oversikt over fordeling av henvisningsformalitet ved innleggelser i utvalget av institusjoner med godkjent datakvalitet for både 2005 og 2006. Gjeldende lovverk stiller ikke krav om at det i henvisningen skal skilles mellom tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern og disse to kategoriene er derfor slått sammen under tvungent psykisk helsevern.

Tabell 13.2 Innleggelse til døgntil behandling etter henvisningsformalitet ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Hele utvalget og etter institusjonstype. 2005 og 2006.

Alle innleggelse i utvalget						
	2005		2006		Endring 2005-2006	
Henvisningsformalitet	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	8 695	62	9 142	62	447	5
Tvungent PHV	5 177	37	5 545	38	368	7
Annen lovhjemmel	77	1	65	0	-12	-16
Totalt	13 949	100	14 752	100	803	6
Ikke registrert	270		514			

Innleggelse ved sykehusavdelinger						
	2005		2006		Endring 2005-2006	
Henvisningsformalitet	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	6 339	56	6 475	55	136	2
Tvungent PHV	4 877	43	5 239	44	362	7
Annen lovhjemmel	75	1	63	1	-12	-16
Totalt	11 291	100	11 777	100	486	4
Ikke registrert	209		422			

Innleggelse ved institusjoner utenfor sykehus						
	2005		2006		Endring 2005-2006	
Henvisningsformalitet	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	2 356	89	2 667	90	311	13
Tvungent PHV	300	11	306	10	6	2
Annen lovhjemmel	2	0	2	0	0	0
Totalt	2 658	100	2 975	100	317	12
Ikke registrert	61		92			

Datakilde: NPR
Tallene gjelder utvalg 1

For utvalget totalt var det 803 flere henvisninger i 2006 enn i 2005. 60 prosent av økningen gjelder henvisning til innleggelse ved sykehus. Andelen som henvises til tvungent psykisk helsevern har økt med ett prosentpoeng ved sykehusene og er redusert med ett prosentpoeng ved øvrige institusjoner. Fordi de fleste henvisningene skjer til sykehus, har den totale andelen henvisninger til tvungent psykisk helsevern i utvalget økt fra 2005 til 2006. For hele utvalget var den absolutte økningen i henvisning til tvungent psykisk helsevern tilnærmet like stor som den absolutte økningen i henvisning til frivillig innleggelse, og det ser ut til at det er sykehusene som tar av for økningen i henvisninger til tvungent psykisk helsevern. Økningen i institusjoner utenfor sykehus, i hovedsak DPS-er, gjelder nesten utelukkende en

økning i henvisning til frivillig innleggelse. Dette tyder på at DPS-ene fortsatt har en beskjeden rolle i bruk av tvungent psykisk helsevern.

Tabell 13.3 Innleggelser til døgntilrettelagt behandling etter henvisningsformalitet ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Etter helseregion og institusjonstype. 2005 og 2006.

Henvisningsformalitet	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Øst						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	2 006	49	2 100	47	94	5
Tvungent PHV	2 053	50	2 293	52	240	12
Annen lovhjemmel	42	1	38	1	-4	-10
Totalt	4 101	100	4 431	100	330	8
Ikke registrert	97		108		11	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	155	90	196	93	41	26
Tvungent PHV	18	10	15	7	-3	-17
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	0
Totalt	173	100	211	100	38	22
Ikke registrert	0		3		3	
Helse Sør						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	1 861	62	2 105	61	244	13
Tvungent PHV	1 131	38	1 333	39	202	18
Annen lovhjemmel	24	1	15	0	-9	-38
Totalt	3 016	100	3 453	100	437	14
Ikke registrert	75		159		84	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	798	94	965	93	167	21
Tvungent PHV	52	6	73	7	21	40
Annen lovhjemmel	0	0	1	0	1	-
Totalt	850	100	1 039	100	189	22
Ikke registrert	24		26		2	

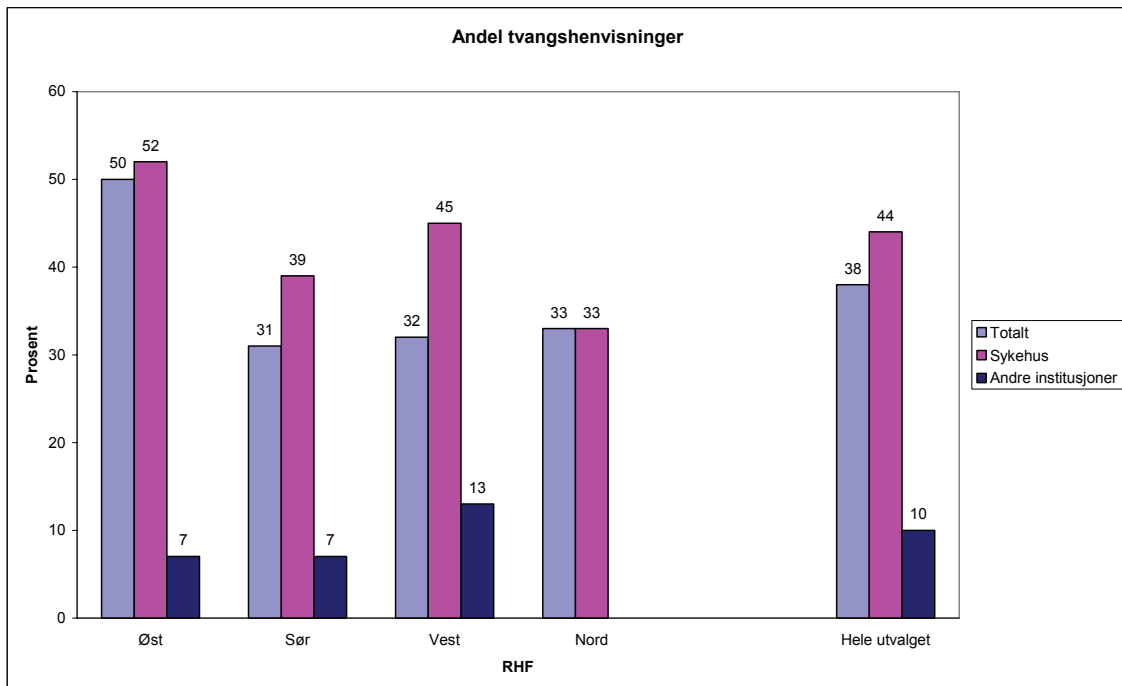
Henvisningsformalitet	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Vest						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	1 677	55	1 551	55	-126	-8
Tvungent PHV	1 352	45	1 257	45	-95	-7
Annen lovhjemmel	9	0	7	0	-2	-22
Totalt	3 038	100	2 815	100	-223	-7
Ikke registrert	35		59		24	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	1 403	86	1 506	87	103	7
Tvungent PHV	230	14	218	13	-12	-5
Annen lovhjemmel	2	0	1	0	-1	-50
Totalt	1 635	100	1 725	100	90	6
Ikke registrert	37		63		26	
Helse Nord						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	795	70	719	67	-76	-10
Tvungent PHV	341	30	356	33	15	4
Annen lovhjemmel	0	0	3	0	3	-
Totalt	1 136	100	1 078	100	-58	-5
Ikke registrert	2		96		94	

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Tabell 13.3 viser betydelig variasjon i omfanget av henvisninger til tvungent psykisk helsevern regionene i mellom. For sykehusene ligger Helse Øst RHF høyest med henvisning til tvungent psykisk helsevern for 52 prosent av innleggelsene i utvalget i 2006. Helse Nord RHF ligger lavest med 33 prosent. Tabellen viser også at omfanget av henvisninger til tvungent psykisk helsevern til døgninstitusjoner utenfor sykehusene varierer noe mellom de tre regionene hvor slike institusjoner inngår i utvalget. Med unntak av Helse Vest RHF har alle regionene hatt en økning i antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern.

Figur 13.1 viser andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern på regionnivå for henholdsvis sykehus, DPS og andre døgninstitusjoner og for utvalget sett under ett.



Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1

Figur 13.1 Andel innleggelses med henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2006.

Tre av de regionale helseforetakene har total andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern på om lag 30 prosent. Helse Øst har spesielt høy andel slike henvisninger til sykehusene, mens Helse Vest henviser relativt flere til tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner utenfor sykehusene. Det er imidlertid viktig å ta høyde for betydningen datarepresentativitet og arbeidsfordeling mellom institusjonene kan ha for dette resultatet.

13.3 Omfang av tvang og frivillighet etter spesialistvedtak

Endelig vedtak om bruk av tvungent psykisk helsevern fattes av spesialist ved enheten pasienten henvises til. Tabellene 13.4 og 13.5 gir en oversikt over spesialistvedtak for alle innleggelses i utvalget i 2005 og 2006.

Tabell 13.4 Innleggelser til døgnbehandling etter spesialistvedtak ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Hele utvalget og etter institusjonstype. 2005 og 2006.

Alle innleggelser i utvalget						
Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	10 014	72	10 766	72	752	8
Frivillig kontrakt	84	1	70	0	-14	-17
Tvungen undersøkelse	2 118	15	2 250	15	132	6
Tvungent PHV	1 716	12	1 804	12	88	5
Annen lovhjemmel	55	0	45	0	-10	-18
Totalt	13 987	100	14 935	100	948	7
Ikke registrert	232		331			
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	7 623	67	8 048	67	425	6
Frivillig kontrakt	83	1	66	1	-17	-20
Tvungen undersøkelse	2 072	18	2 226	19	154	7
Tvungent PHV	1 495	13	1 555	13	60	4
Annen lovhjemmel	54	0	44	0	-10	-19
Totalt	11 327	100	11 939	100	612	5
Ikke registrert	173		260			
Innleggelser ved institusjoner utenfor sykehus						
Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	2 391	90	2 718	91	327	14
Frivillig kontrakt	1	0	4	0	3	300
Tvungen undersøkelse	46	2	24	1	-22	-48
Tvungent PHV	221	8	249	8	28	13
Annen lovhjemmel	1	0	1	0	0	0
Totalt	2 660	100	2 996	100	336	13
Ikke registrert	59		71			

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Utvalget sett under ett har en økning på syv prosent i totalt antall fattede spesialistvedtak. Den relative økningen er noe høyere ved døgninstitusjoner utenfor sykehusene, men den absolutte økningen er nesten dobbelt så stor ved sykehusene. Målt i prosentvis ending fra 2005, har vedtak om tvungen undersøkelse ved sykehusene økt relativt mer enn vedtak om frivillig innleggelse. Vedtak om tvungent psykisk helsevern har økt relativt mindre. Ved andre døgninstitusjoner er situasjonen noe forskjellig med både faktisk og relativ nedgang i henvisninger til tvungen undersøkelse. Den relative fordelingen mellom de ulike typene vedtak må likevel kunne sies å være forholdsvis stabil i perioden dersom man studerer utvalget under ett. Tabell 13.4 viser imidlertid en økning i både antallet innleggelser til tvungen observasjon og til tvungent psykisk helsevern i perioden. Forutsatt at reinnleggelsesraten ikke har endret seg, indikerer dette at bruk av tvungent psykisk helsevern ikke gjelder et konstant antall pasienter men øker tilnærmet proporsjonalt med antall innleggelser.

Tabell 13.5 Innleggelser til døgntil behandling etter spesialistvedtak ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Etter helseregion og institusjonstype. 2005 og 2006.

Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Øst						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	2 675	64	2885	65	210	8
Frivillig kontrakt	6	0	7	0	1	17
Tvungen observasjon	921	22	989	22	68	7
Tvungent PHV	524	13	539	12	15	3
Annen lovhjemmel	40	1	35	1	-5	-13
Totalt	4 166	100	4455	100	289	7
Ikke registrert	32		84		52	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	155	90	199	93	44	28
Frivillig kontrakt	0	0	0	0	0	-
Tvungen observasjon	0	0	0	0	0	-
Tvungent PHV	18	10	14	7	-4	-22
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	0
Totalt	173	100	213	100	40	23
Ikke registrert	0		1		1	

Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Sør						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	2 005	67	2371	68	366	18
Frivillig kontrakt	65	2	46	1	-19	-29
Tvungen observasjon	562	19	621	18	59	10
Tvungent PHV	374	12	447	13	73	20
Annen lovhjemmel	7	0	3	0	-4	-57
Totalt	3 013	100	3 488	100	475	16
Ikke registrert	78		3		-75	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	810	95	982	95	172	21
Frivillig kontrakt	0	0	1	0	1	-
Tvungen observasjon	0	0	0	0	0	-
Tvungent PHV	38	4	54	5	16	42
Annen lovhjemmel	1	0	1	0	0	-
Totalt	849	100	1 038	100	189	22
Ikke registrert	25		27		2	
Helse Vest						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	2 065	69	1 899	67	-166	-8
Frivillig kontrakt	12	0	11	0	-1	-8
Tvungen observasjon	466	15	461	16	-5	-1
Tvungent PHV	460	15	447	16	-13	-3
Annen lovhjemmel	7	11	6	0	-1	-14
Totalt	3 010	100	2 824	100	- 186	- 6
Ikke registrert	63		50		-13	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	1 426	87	1 537	88	111	8
Frivillig kontrakt	1	0	3	0	2	200
Tvungen observasjon	46	3	24	1	-22	-48
Tvungent PHV	165	10	181	10	16	10
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	-
Totalt	1 638	100	1 745	100	107	7
Ikke registrert	34		43		9	

Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Nord						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	878	77	893	76	15	2
Frivillig kontrakt	0	0	2	0	2	-
Tvungen observasjon	123	11	155	13	32	26
Tvungent PHV	137	12	122	10	-15	-11
Annen lovhemmel	0	0	0	0	0	-
Totalt	1 138	100	1 172	100	34	3
Ikke registrert	0		2		2	

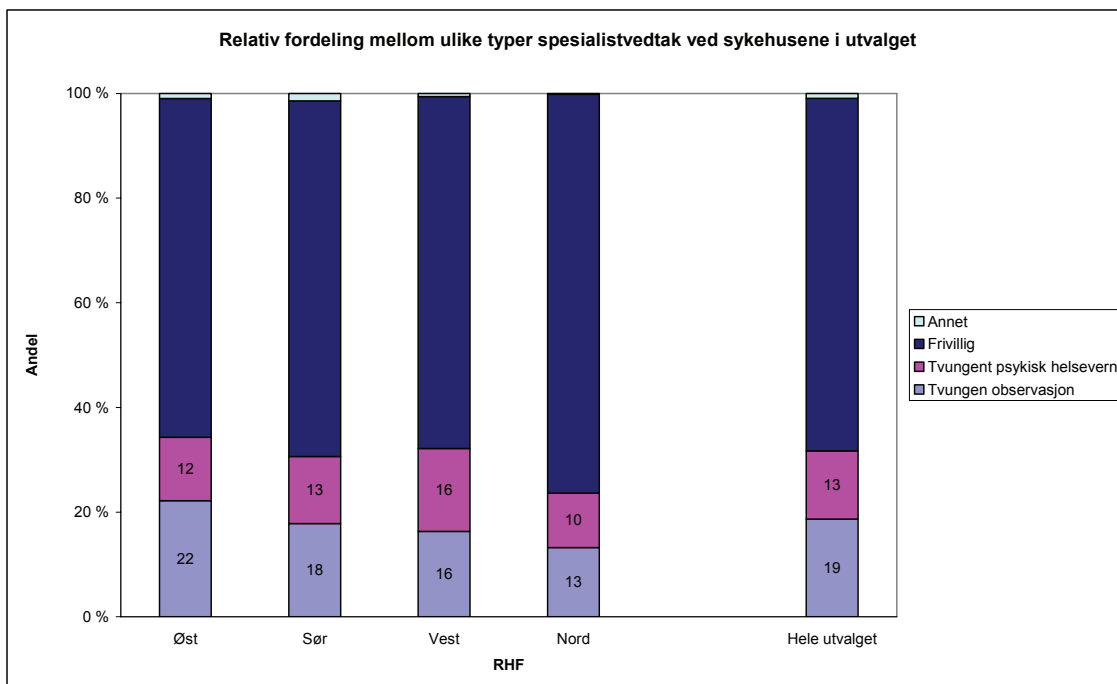
Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1

På regionnivå er det også en viss variasjon i bruk av tvungent psykisk helsevern. For sykehusene har Helse Øst den høyeste andelen vedtak om tvungen observasjon i 2006 med 22 prosent. Andel vedtak om tvungent psykisk helsevern samme år er høyest i Helse Vest med 16 prosent. Andelene for begge de to typene vedtak er lavest i Helse Nord.

Dersom man for sykehusene ser på antall vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern under ett, finner man fra 2005 en økning i alle regioner med unntak av Helse Vest. I denne regionen har imidlertid det totale antallet innleggelser i utvalget også gått ned, slik at andel spesialistvedtak om både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern har økt med ett prosentpoeng i perioden. Den prosentvise økningen er relativt størst i Helse Sør RHF. Andel innleggelser til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon må kunne sies å være forholdsvis stabil for alle regioner både for sykehus og andre institusjoner med en endring på ett til to prosentpoeng fra 2005.

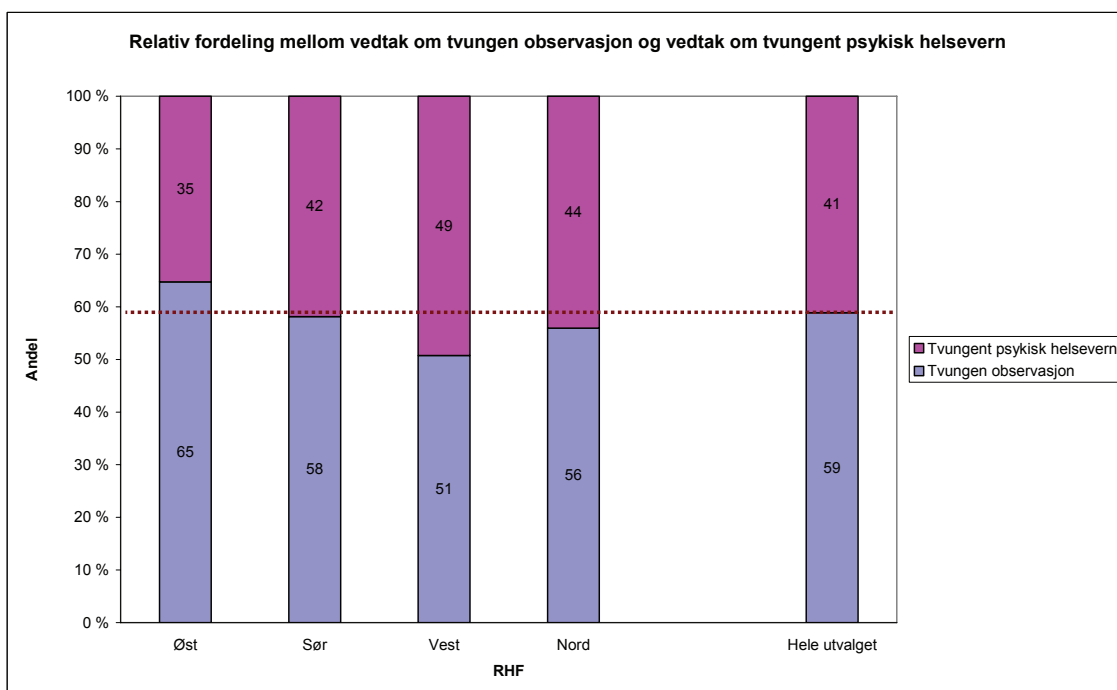
Figur 13.2 viser regional variasjon i relativ fordeling mellom ulike typer spesialistvedtak ved sykehusene i utvalget i 2006. De to nederste feltene i stolpene viser til sammen omfanget av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Figur 13.3 viser den relative fordelingen mellom disse to typene vedtak i regionene.



Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Figur 13.2 Relativ fordeling mellom ulike typer spesialistvedtak i 2006 ved sykehus i utvalget. Etter region.



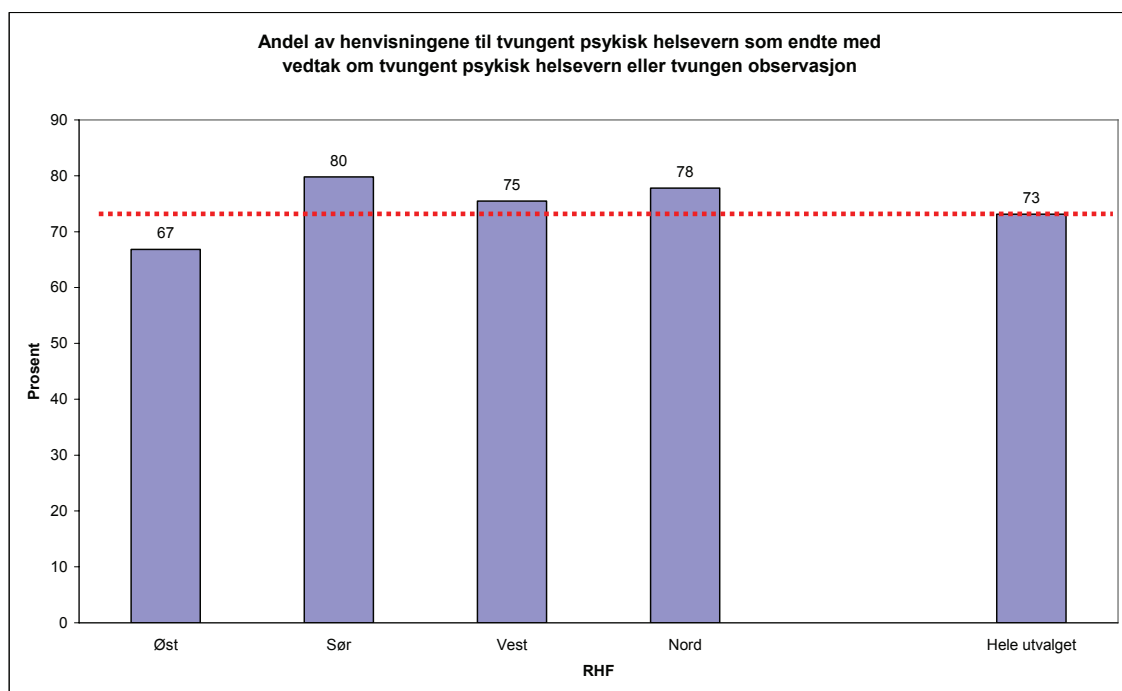
Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Figur 13.3 Relativ fordeling mellom spesialistvedtak om tvungent psykisk helsevern og spesialistvedtak om tvungen observasjon i 2006 ved sykehus i utvalget. Etter region

Som vist i tabell 13.5, er andelen vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon vesentlig lavere i Helse Nord enn i de øvrige regionene. Figur 13.2 viser en regional variasjon på mer enn ti prosentpoeng. Dersom man skiller mellom spesialistvedtakene, viser figur 13.3 at minst 50 prosent var vedtak om tvungen observasjon i alle regioner. Stiplet linje markerer gjennomsnittlig nivå for alle sykehus i utvalget på i underkant av 60 prosent. Helse Øst ligger over dette nivået, mens Helse Vest ligger lavere. De øvrige to regionene i utvalget ligger omtrent på gjennomsnittet.

Henvissende lege har ikke nødvendigvis spesiell kompetanse innen psykiske lidelser, og man vil derfor kunne forvente et visst avvik mellom henvissende leges og spesialistens vurdering av behov for tvungen psykisk helsevern. Det var totalt 5 545 henvisninger til tvungent psykisk helsevern i utvalget i 2006. Av disse ble det fattet vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i 73 prosent av tilfellene. Figur 13.4 viser hvor stor prosentandel av henvisningene til tvungent psykisk helsevern som faktisk endte med vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i de enkelte regionene. Stiplet linje viser gjennomsnittlig nivå for hele utvalget.



Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Figur 13.4 Andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern i 2006 ved alle institusjoner i utvalget som endte med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Etter region.

Helse Øst utmerket seg med spesielt høy andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern, jf. tabell 13.3. Figuren viser at denne regionen også har spesielt stort avvik mellom antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern og faktiske vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Ved mer enn 30 prosent av henvisningene ble oppholdet omgjort til opphold basert på frivillighet. Tilsvarende tall for de øvrige tre regionene i utvalget varierer mellom om lag 25 og 20 prosent. Gitt gjeldende lovgivning, se 13.1, vil de som er henvist til tvungent psykisk helsevern, men får henvisningen omgjort, reelt være tvangsinnlagt i inntil 24 timer fra mottak til spesialistvedtak. Det vil derfor være ønskelig å redusere andelen henvisninger til tvungent psykisk helsevern der grunnlag for innleggelse etter slik formalitet ikke er til stede. Dersom resultatet vist i figur 13.4 er representativt,

representerer dette en særlig utfordring for henvisende instanser i Helse Øst hvor en bør se nærmere på gjeldende henvisningspraksis.

13.4 Egenskaper ved tvangsinnlagte pasienter

Vi vil i dette avsnittet undersøke egenskaper ved pasienter innlagt til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og se på fordeling av kjønn, diagnose og begrunnelse for spesialistvedtak. Resultatene er ikke justert for andre egenskaper ved pasientene som kan ha betydning for omfanget av tvungent psykisk helsevern.

Tabell 13.6 gir en oversikt over hvilket kriterium som ligger til grunn for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Utvalget inkluderer dermed ikke innleggelse til tvungen observasjon.

Tabell 13.6 Begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Antall og prosentvis fordeling. 2006.

Begrunnelse	Antall	Prosent
Behandlingskriteriet	1 391	68
Farekriteriet	136	7
Begge kriterier	513	25
Totalt i utvalget	2 040	100
Begrunnelse ikke registrert	13	

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 3.

Resultatene indikerer at behandlingskriteriet er den vanligste årsaken til bruk av tvungent psykisk helsevern. I 68 prosent av innleggelsene i utvalget oppgis dette som eneste tilleggs-kriterium, mens ytterligere 25 prosent oppgir dette som ett av to kriterier for innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Behov for behandling er derfor avgjørende for vedtak om tvungent psykisk helsevern i 93 prosent av innleggelsene. Farekriteriet som eneste begrunnelse oppgis ved syv prosent av innleggelsene. Pasienten anses dermed å utgjøre en fare for seg selv eller andre ved 32 prosent av tvangsinnleggelsene.

Tabell 13.7 viser kjønnsfordeling blant pasienter med registrert spesialistvedtak ved alle døgninstitusjoner godkjent for bruk av tvang og med godkjent datakvalitet for 2006 (utvalg 2).

Tabell 13.7 Antall og prosent kvinner og menn ved innleggelser ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Hele utvalget og innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. 2006.

Kjønn	Hele utvalget		Innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon		
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Andel av hele gruppa i utvalget
Menn	10 109	45	2 668	50	26
Kvinner	12 171	55	2 643	50	22
Totalt i utvalget	22 280	100	5 311	100	24
Mangler spesialistvedtak	747				

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 2.

Tabell 13.7 viser at det er en overvekt av kvinner som legges inn ved institusjonene i utvalget. 55 prosent av alle innleggelser oppgis å gjelde kvinner. Dersom man ser på pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon, er imidlertid andelen menn og kvinner lik. Siden resultatene er basert på et utvalg og ikke hele populasjonen av pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern, skal man være forsiktig med å generalisere resultatene. Dette indikerer derfor at, ved innleggelse i døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet, er sannsynligheten for vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon høyere dersom man er mann enn dersom man er kvinne. Mens 22 prosent av kvinnene i utvalget ble innlagt med et slikt vedtak, gjelder dette 26 prosent av mennene i utvalget.

I tabell 13.8 presenteres diagnosedata for innleggelser som gjelder pasienter ved institusjoner i utvalg 4. Utvalget omfatter bare innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Tabell 13.8 Antall og prosentvis fordeling mellom ulike diagnosegrupper ved innleggelser ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Hele utvalget og innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2006.

Diagnose	Hele utvalget		Innleggelser til tvungent psykisk helsevern		
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Andel av diagnosegruppen
Organiske lidelser	596	4	61	4	10
Stoffrelaterte lidelser	2 361	14	83	5	4
Schizofreniforme lidelser	3 639	22	991	64	27
Affektive lidelser	5 045	30	320	21	6
Nevrotiske lidelser	2 053	12	20	1	1
Fysiske adferdssyndromer	168	1	4	0	2
Personlighetsforstyrrelser	1 540	9	38	2	2
Andre diagnoser kap F ICD 10	481	3	18	1	4
Andre diagnoser øvr kap ICD 10	711	4	22	1	3
Totalt i utvalget	16 594	100	1 557	100	9
Mangler diagnose	1 618		181		11

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 4.

Ved institusjonene i utvalget er innleggelser klassifisert med schizofreni spektrum-lidelser og affektive lidelser de hyppigst forekommende. Mer enn 50 prosent av alle innleggelser i utvalget gjelder pasienter klassifisert med en av disse hoveddiagnosene. Innleggelser i de samme diagnosegruppene er også de mest vanlige ved innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Dette er registrert diagnose i 85 prosent av tilfellene.

Siste kolonne i tabell 13.8 viser andel av innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern for hver diagnosegruppe. Denne viser at i 27 prosent av innleggelsene som gjaldt pasienter med schizofrenidiagnose ble det fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern. Sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern ser dermed ut til å være høyest for denne pasientgruppa. Den andre store diagnosegruppa blant tvangsinnlagte pasienter er pasienter med affektive lidelser. Tabellen viser imidlertid at sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern er høyere for pasienter med organiske lidelser. Tvungent psykisk helsevern ble benyttet i 10 prosent av innleggelsene ved denne diagnoseklassifiseringen.

Litteraturliste

Andersson H.W., Ose S.O. & Sitter M. (2005). Psykisk helsevern for barn og unge - behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet 03-01. SINTEF rapport STF78 A55009. Trondheim: SINTEF Helse.

Anthun, K.S. og Torvik, H. (2006). Fordeling av felleskostnader i helseforetakene. SINTEF Rapport nr. A70. Trondheim: SINTEF Helse.

Bestillerdokumentet: Se Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Bestillerdokument 2006.

Bjørngaard, J.H & T. Hatling (2005). Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2003. SINTEF-rapport. Trondheim: SINTEF Helse.

Eierskapsreformen: Se Sosial- og helsedepartementet (2001). Ot.prp. nr. 66 (2000-2001).

Hagen, H (2006). Registrering av dagpasienter ved DPS. SINTEF-rapport A684. Trondheim: SINTEF Helse.

Halsteinli, V. (red) (2000). Psykiaritjenesten 1999 – omstilling og vekst. SAMDATA Psykiatri. Rapport 4/00. Trondheim: SINTEF Unimed.

Halsteinli, V., Kittelsen, S.A.C., Magnussen J. (2001). Scale, Efficiency and Organization in Norwegian Psychiatric Outpatient Clinics for Children. The Journal of Mental Health Policy and Economics 4: 79-90.

Halsteinli, V. (red) (2004). SAMDATA Psykisk helsevern Sektorrapport 2003. Rapport 2/04. Trondheim: SINTEF Helse.

Halsteinli, V., Kittelsen, S.A.C., Magnussen J. (2005). Productivity Growth in Norwegian Psychiatric Clinics for Children and Youths. The Journal of Mental Health Policy and Economics 8: 183-191.

Hanssen-Bauer, K. (2006). Veileder for multiaksial klassifisering i psykisk helsevern for barn og unge. Utkast per 28. juli 2006.

Hatling, T. & Magnussen J. (1999). Evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Trondheim: SINTEF Unimed.

Hatling, T., Røhme K. & Bjørngaard J.H. (2005). Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Sluttrapport. Trondheim: SINTEF Helse.

Helse- og omsorgsdepartementet (2002). Styringsdokument 2003 til de regionale helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet (2004). St.prp. nr. 1 (2003-2004). Statsbudsjettet for 2004.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). St.prp. nr. 1 (2004-2005). Statsbudsjettet for 2006.

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

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Bestillerdokument 2006. Bestillerdokument til de regionale helseforetakene 2005.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedepartementet 5.12.2005, ledet av Stein-Are Agledal.

Innst.S. nr. 141 (2002-2003): Se Stortinget, kontroll- og konstitusjonskomiteen (2003).
Innst.S. nr. 141.

Innst.S. nr. 222 (1997-1998): Se Stortinget, sosialkomiteen (1998). Innst.S. nr. 222.

NAV (2007). 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.

Norsk Forening for Barne- og Ungdomspsykiatriske Institusjoner (NFBUI) (1997). Årbok 1997 Norsk barne- og ungdomspsykiatri.

Opptappingsplanen: Se Sosial- og helsedepartementet (1998). St.prp. nr. 63 (1996-97).

Pedersen, P.B. (red) (2006). SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapport 2005. Rapport 2/06. Trondheim: SINTEF Helse.

Psykiatrimeldingen: Se Sosial- og helsedepartementet (1997). St.meld. nr. 25.

Riksrevisjonen (2002). Dokument nr. 3:5 (2002-2003). Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptappingsplanen 1999-2006.

Riksrevisjonen (2007). Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dokument nr. 3:7 (2006-2007).

Schorre B.E.H., Vandvik I.H. (2004). Global Assessment of psychosocial functioning and adolescent psychiatry. A review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD). *European Child & Adolescent Psychiatry* 13: 273-286.

Sitter, M. & Røhme, K. (2006). Pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapport 2005. Rapport 2/06. Trondheim: SINTEF Helse.

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

Sosial- og helsedepartementet (1997). St.meld. nr. 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. (Psykiatrimeldingen)

Sosial- og helsedepartementet (1998). St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endring i statsbudsjettet for 1998. (Opptappingsplanen)

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

Sosial- og helsedepartementet (2001). Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak. (Eierskapsreformen)

Sosial- og helsedirektoratet (1996). World Health Organization (1996). ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon. Norsk utgave, 2005.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). Rapport nr. 10: Opptappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006.

Stortinget, sosialkomiteen (1998). Innst.S. nr. 222 (1997-1998). Innstilling fra sosialkomiteen om opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006.

Stortinget, kontroll- og konstitusjonskomiteen (2003). Innst.S. nr. 141 (2002-2003). Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen vedrørende Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern - opptappingsplanen 1999-2006.