

Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet

Rapport
IS-2807



Innhold

1. Innledning	9
Pasienter i psykisk helsevern	11
2. Barn og unge i det psykiske helsevernet	16
Innledning	17
Pasienter 0-17 år i det psykiske helsevernet	17
Variasjon i bruk av poliklinisk behandling	22
Variasjon i bruk av døgnbehandling	29
Ventetid frem til helsetjeneste blir tilbudt	35
3. Psykiske helsevernet for voksne	36
Innledning	37
Ventetid frem til helsetjeneste blir tilbudt	37
Døgnbehandling	38
Aktivitet ved poliklinikker og hos avtalespesialister	54
Pasienter totalt i det psykiske helsevernet	59
4. Bruk av tvang	61
Innledning	62
Tvungent psykisk helsevern	65
Bruk av tvangsmidler	75
Vedlegg: Beregning av indikatorer mv.	81
Datagrunnlag	82
Bruk av mål for spredning	82
Beregning av Gini-indeksen	82
Illustrasjon av fordeling ved bruk av boksplokk	83
Ikke-parametriske metoder	84
Diagnosegrupper	85
Bostedsområder i det psykiske helsevernet i 2017	86



Sammendrag

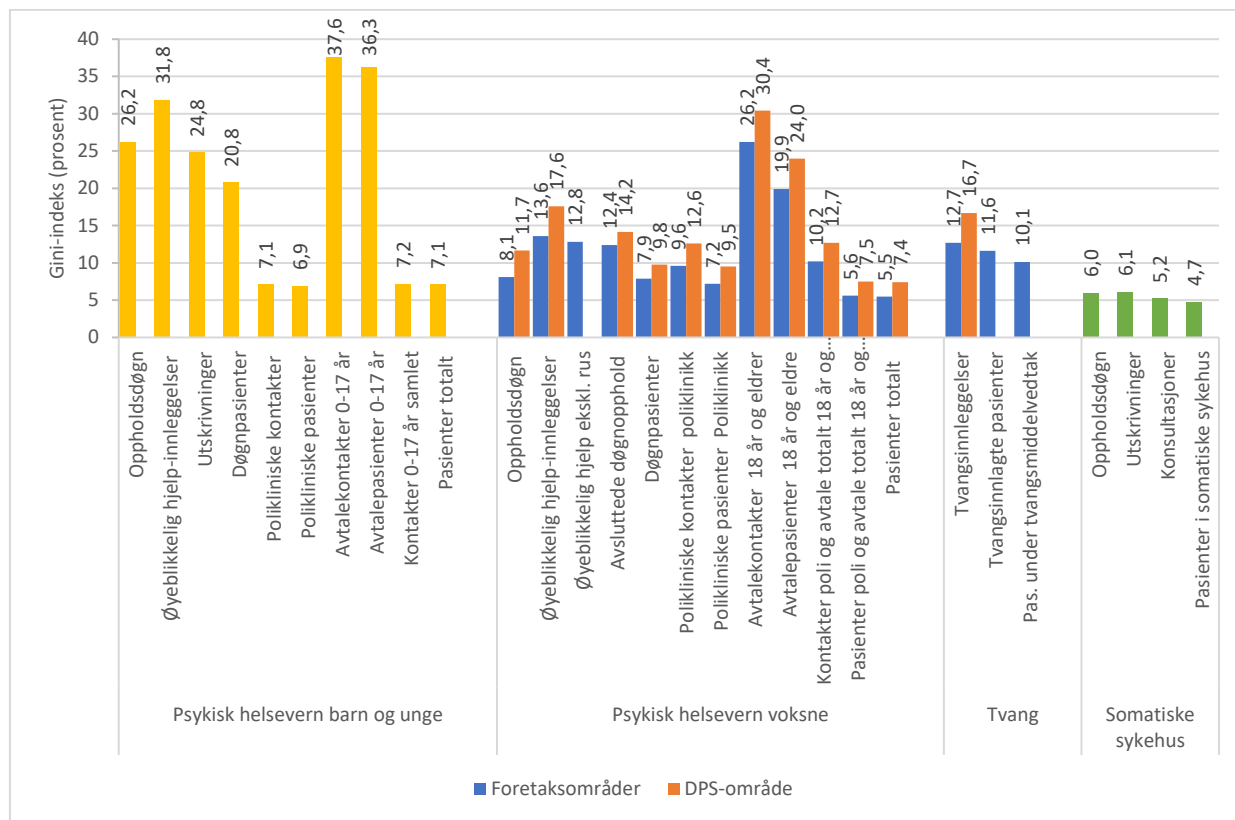
Det er gjennomgående større geografiske forskjeller i behandlingstilbudet innen det psykiske helsevernet enn de en finner i tilbudet ved de somatiske sykehusene. Spesielt store forskjeller er det for aktiviteten hos avtalespesialistene og for døgnbehandlingen i det psykiske helsevernet for barn og unge.

Denne rapporten analyserer geografiske forskjeller i behandlingstilbudet i det psykiske helsevernet og hos avtalespesialistene. Aktiviteten er fordelt etter pasientenes bosted, ikke etter hvor de blir behandlet. På den måten får vi tatt høyde for aktivitet på tvers av foretakene.

Forskjeller i behandlingstilbudet målt ved Gini-indeksen

Figur 1 viser forskjeller i behandlingstilbudet mellom foretaksområder i 2017, målt ved Gini-indeksen. Gini-indeksen er et mål på fordelingen av et gode sammenholdt med fordelingen av befolkningen 0-17 år for tjenester til barn og unge, 18 år og eldre for tjenestene til voksne. For det psykiske helsevernet for voksne har vi for de fleste indikatorene også satt inn de tilsvarende verdiene for DPS-områdene. Til sammenligning har vi også satt inn enkelte indikatorer for virksomheten ved somatiske sykehusavdelinger (sett i forhold til befolkningen totalt).

Figur 1 Forskjeller i behandlingstilbud målt ved Gini-indeksen. Foretaks- og DPS-områder 2017.



Størst forskjeller finner vi i døgntilbudet for barn og unge, og i tjenestetilbudet hos avtalespesialistene. Forskjellene er gjennomgående større innenfor det psykiske helsevernet enn tilsvarende forskjeller ved somatiske sykehus. De enkelte indikatorer vil bli omtalt nedenfor.

Tjenester for barn og unge

Den samla pasientraten for barn og unge i alderen 0 - 17 år varierer mellom 389 og 680 i foretaksområdene med laveste og høyeste verdi (Gini-indeks=7,1). Det er i all hovedsak tjenestetilbudet som foregår i offentlig virksomhet som avgjør hvor på akse høy-lav det enkelte helseforetaksområdet befinner seg når det gjelder bruk av tjenester. Bidraget fra avtalespesialistene endrer ikke variasjonen mellom helseforetaksområdene.

Behandlingsvolum i poliklinikkene samvarierer med pasientrate

Hvor mange konsultasjoner hver pasient mottar i poliklinisk behandling varierer både mellom og innad i helseforetaksområdene. Dersom man sammenholder hvor mange som får behandling med omfanget av konsultasjoner de mottar (median), er det en tendens til at foretaksområder med mange konsultasjoner per pasient har lavere pasientrate enn helseforetaksområder med få konsultasjoner per pasient.

Bruk av avtalespesialister og døgnbehandling varierer kraftig

Innen det psykiske helsevernet er det store forskjeller i døgntilbudet til barn og unge. Dette gjelder både oppholdsøgn, omfanget av øyeblikkelig hjelp-innleggelse, utskrivninger og tallet på

døgnpasienter. Det er også betydelige forskjeller i tilgangen på tjenester hos avtalespesialister for aldergruppen 0-17 år.

Betydelig geografiske forskjeller i bruk av tjenester for gutter og jenter

For enkelte aldersgrupper er det stor forskjell mellom jenter og gutter i bruk av tjenester i helseforetaksområdene. For aldersgruppen 6-12 år er pasientratene for gutter høyere enn ratene for jenter i alle foretaksområder. Motsatt tendens ser man for pasienter i alderen 16-17 år. Denne tendensen gjelder uavhengig av om man måler bruk av tjenester som behandlede pasienter, konsultasjoner eller døgnbehandling. Det er samme mønster for bruk av avtalespesialister.

Det er også store geografiske variasjoner i bruk av tjenester mellom jenter og mellom gutter. Størst er variasjon for de yngste pasientene og spesielt jenter (Gini-indeks=19,7). For gutter i samme alder er variasjonen mellom helseforetaksområdene noe mindre, men fortsatt betydelig (Gini-indeks=16,7).

Regionale forskjeller

Tjenestene til barn og unge i det psykiske helsevernet varierer innad og mellom helseregionene. I region Nord blir det behandlet flere pasienter per innbygger enn i de øvrige regionene. Dette gjelder både i poliklinikkene og i døgnbehandling. Tjenesten i denne regionen kjennetegnes av mange nyhenviste pasienter, spesielt blant ungdom. Regionen har betydelig høyere ressurser enn de andre regionene, målt i kostnader per innbygger ligger regionen 35 prosent over landsgjennomsnittet. Pasientene mottar relativt få konsultasjoner per pasient i polikliniske behandling, mens det er høy innleggelsesrate og relativt lang varighet på en del av døgnoppholdene. Regionen har samla den laveste andelen med øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

I region Midt-Norge behandles det også relativt mange pasienter, spesielt gutter (6-12 år) og jenter i ungdomsalder (16-17 år). I tillegg har regionen den høyeste konsultasjonsraten i poliklinisk behandling og relativt mange konsultasjoner per pasient. I døgnbehandling er det imidlertid relativt korte opphold, og høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Ressursmessig er Midt-Norge plassert lavest blant regionene sammen med region Vest, målt i kostnader per innbygger ligger regionen 12 prosent under landsgjennomsnittet. Raten for nyhenviste pasienter ligger lavest blant regionene, spesielt gjelder dette ungdom. Ventetiden til behandlingsstart er imidlertid høyere enn i de øvrige regionene, spesielt blant barn i alderen 6-12 år.

Region Sør-Øst har den laveste pasientraten i 2017, dette gjelder også døgnpasienter. Omfanget av nyhenviste pasienter til behandling ligger under, og ventetiden på landsgjennomsnittet. Pasientene i regionen mottar relativt mange konsultasjoner per pasient i poliklinikkene, og ved enkelte områder er det betydelig bruk av avtalespesialister. Det er relativt få innleggelser i døgnbehandling, og til dels lange døgnopphold. Regionen har nest høyeste andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser, og ressurser målt i kostnader per innbygger ligger litt over landsgjennomsnittet.

Region Vest kjennetegnes av lave kostnader per innbygger, nest laveste pasientrate og laveste konsultasjonsrate. Nivået på nyhenviste pasienter ligger over landsgjennomsnittet, men regionen har den korteste ventetiden til utredning og behandling. I poliklinisk behandling ligger regionen

relativt lavt i antall konsultasjoner per pasient, men har høyere bruk av avtalespesialister enn de to nordligste regionene. I døgnbehandlingen er det mange innleggelser, få døgn og relativt korte døgnopphold. Regionen har nest laveste andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Tjenester for voksne

Regionale forskjeller

Antall nyhenviste per innbygger i Helse Nord ligger høyere enn i de øvrige regionene. I særlig grad gjelder dette unge pasienter. Til tross for en høyere etterspørsel etter helsetjenestene i Nord, er ikke ventetiden for pasientene gjennomgående lengre. Ventetiden er gjennomgående lengre i Helse Midt-Norge enn i de øvrige regionene. De eldste pasientene, som er en pasientgruppe hvor etterspørselen øker, har lengre ventetid på helsetjenester i Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Målt ved raten for oppholdsdøgn er det relativt små forskjeller mellom regionene. Helseregion Nord og Vest har likevel gjennomgående noe høyere rate enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser er lavere i Helse Sør-Øst og høyere i Helse Vest enn i de øvrige regionene. Målt som andel av innleggelsene er raten likevel lavere i Helse Nord enn i de øvrige regionene på grunn av høyere innleggesrater totalt i denne regionen.

Median varighet av døgnoppholdene er på 7 døgn i alle regionene. Gjennomsnittlig varighet er likevel høyere i Helse Sør-Øst og Helse Vest på grunn av flere pasienter med lange opphold.

Samlet sett er raten for døgnpasienter høyere i Helse Nord enn i de øvrige regionene.

Målt ved ratene for polikliniske kontakter er aktiviteten høyere i Midt-Norge enn i de øvrige regionene. Målt ved raten for polikliniske pasienter er raten høyere i Helse Midt-Norge og i Helse Nord, og lavere i Helse Vest.

Tilbudet om behandling hos avtalespesialister er i all hovedsak avgrenset til Helse Sør-Øst og Helse Vest. Sees kontaktraten for poliklinikker og avtalespesialister under ett er raten høyere i Helse Sør-Øst og lavere i Helse Nord enn i de øvrige regionene.

Forskjeller mellom foretaks- og DPS-områder

Vi viser til figur 1 ovenfor.

Innen det psykiske helsevernet for voksne er det relativt små forskjeller i tallet for oppholdsdøgn og døgnpasienter totalt. De er likevel større enn de vi finner for somatiske sykehus, målt ved oppholdsdøgn. Forskjellene er også større for øyeblikkelig hjelp-innleggelser og i tallet på utskrivninger (avsluttede døgnopphold) totalt. Forskjellene i utskrivningstall gjenspeiler ulik bruk av døgnplassene; noen foretak har mange, men korte opphold, andre færre men lengre opphold.

Både antall og andel akuttinnleggelser påvirker det samlede volumet av innleggelser og rusrelaterte akuttinnleggelser har særlig stor betydning. Pasienter med rusrelaterte akuttinnleggelser har flere opphold og oppholdene er korte. Dette legger beslag på en stor andel av øyeblikkelig hjelp-tilbudet.

Dette fordrer en økt oppmerksomhet rettet mot denne formen for komorbiditet i pasientbehandlingen i psykisk helsevern. Dette kan følges opp gjennom samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved å tilby døgnbehandling for rusbehandling eller poliklinisk oppfølging av rusproblematikken og vil kunne bidra til å forebygge nye akuttinnleggelse i psykisk helsevern og frigjøre kapasitet innen akuttberedskapen i denne sektoren.

Målt ved polikliniske kontakter er forskjellene større enn de vi fant for oppholdsdøgn og også større enn de vi finner for konsultasjoner ved somatiske sykehus. Forskjellene reduseres noe hvis vi i stedet for antall polikliniske kontakter heller ser på tallet for polikliniske pasienter. Dette gjenspeiler at foretaksområder med høy rate for polikliniske kontakter gjennomgående har flere kontakter per pasient.

Også for pasienter over 18 år er det store forskjeller i tilbudet hos avtalespesialistene. I tjenestene for voksne utgjør disse samtidig et betydelig innslag i tjenestetilbudet. Forskjellene er også her større målt i antall kontakter enn i antall pasienter. Dette gjenspeiler først og fremst høye kontaktrater kombinert med mange kontakter per pasient i Oslo. Hvis vi ser virksomheten ved poliklinikker og avtalespesialister under ett, reduserer ikke avtalespesialistenes bidrag de geografiske forskjellene i kontaktrate for poliklinikkene. Målt ved pasienter reduseres imidlertid forskjellene.

Målt ved tallet på pasienter er poliklinikker og avtalespesialister de dominerende behandlingsformene. Forskjeller i pasient-tallet totalt i det psykiske helsevernet for voksne er derfor på samme nivå som for poliklinikker og avtalespesialister samlet.

Brutt ned på DPS-områder øker gjennomgående de relative forskjellene noe.

Bruk av tvang i tjenester for voksne

I 2017 var 16 prosent av alle innleggelse og 1 av 4 akuttinnleggelse for aldersgruppen 18 år og eldre basert på et vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Den regionale raten for tvangsinnleggelse varierer fra 15 per 10 000 innbyggere i Midt-Norge til 21 per 10 000 innbygger i Vest, men med geografisk variasjon innenfor hver av regionene. For Sør-Øst, Vest og Nord var variasjonsbredden innenfor regionen omtrent den samme. Midt-Norge hadde både den laveste tvangsinnleggelsesraten totalt og minst variasjon innad i regionen.

Målt ved Gini-indeks utgjør variasjonen mellom foretaksområdene 12,7 prosent og forskjellene er med det omtrent som for innleggelsesraten og akuttinnleggelsesraten samlet. Tvangsinnleggelsesraten samvarierer med rate for akuttinnleggelse og foretaksområder med mange akuttinnleggelse har også flere tvangsinnleggelse.

Gjentatte tvangsinnleggelse av de samme pasientene gir høyere tvangsinnleggelsesrater i noen områder

64 prosent av pasientene som ble tvangsinnlagt i 2017 hadde bare denne ene tvangsinnleggelsen i løpet av siste 365 dager. Andelen varierer på foretaksområdenivå fra 56 til 75 prosent av pasientene. Områder med høye tvangsinnleggelsesrater hadde generelt en høyere andel pasienter

med mer enn én tvangsinnleggelse siste 365 dager, og vi ser også kortere varighet av de tvungne døgnoppholdene og mer aktiv bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) for flere av disse områdene. Dette tyder på at ulik praksis for gjennomføring av det tvungne helsevernet.

Mindre forskjeller i pasientrate for tvangsmidler enn i tvangsinnleggesraten

For landet samlet beregnes en pasientrate for tvangsmidler (minst ett vedtak) på 5 per 10 000 innbygger i aldersgruppen 18 år og eldre. Som for tvangsinnleggelser er raten høyest i Vest og lavest i Midt-Norge, men pasientraten for tvangsmidler er lav også for region Nord, som har en relativt høy regional rate for tvangsinnleggelser. Gini-indeksen viser at variasjonen mellom foretaksområdene tilsvarer 10,1 prosent.

Det er ikke signifikante regionale forskjeller i antall tvangsmiddelvedtak per pasient, men for helseforetaksområdene er det noe forskjell. Forskjellen gjelder særlig den halvdelen av pasientene som hadde flest tvangsmiddelepisoder.

For 2017 ble det rapportert ett eller flere tvangsmiddelvedtak for til sammen 7 prosent av de akutte døgnoppholdene. Rapporterte tvangsmiddelvedtak er nesten utelukkende knyttet til døgnopphold som startet som en akuttinnleggelse, og pasientraten for tvangsmidler er, som tvangsinnleggesraten, høyere i områder med mange akuttinnleggelser.

1. Innledning

I forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Helsedirektoratet om å utarbeide en rapport som beskriver variasjon i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet som viser hvordan praksis varierer mellom RHF, HF og DPS-områder på bl.a. bruk av tvang, reinnleggelser, akuttinnleggelser, henvisninger/avviste henvisninger mv.

Vi vil i denne rapporten beskrive slike variasjoner med utgangspunkt i indikatorer for bruk av tjenester. Sett fra befolkningens ståsted er tilgangen på tjenester avgjørende. Helseforetak og institusjoner leverer i varierende grad tjenester til innbyggere i andre foretaksområder. Rapporten tar derfor utgangspunkt i bruken av tjenester etter pasientenes bosted, uavhengig av hvor behandlingen har funnet sted.

I rapporten benyttes ulike mål for spredning, som variasjonsbredde (minimum og maksimum), variasjonskoeffisienten (standardavvik delt på gjennomsnitt) og Gini-indeksen. Disse er nærmere omtalt i et vedlegg til rapporten. Her vil en også finne en oversikt over bostedsområdene som ligger til grunn for rapporten.

Forskjeller i tjenestetilbud kan skyldes flere forhold:

- Forskjeller i befolkningens behov for tjenester (andel av befolkningen med ulike typer lidelser)
- Forskjeller i tilgjengelighet til andre (eksempelvis kommunale) tjenester.
- Men sist, men ikke minst: Forskjeller i tjenestenes organisering og prioritering.

Det foreligger i liten grad oppdaterte epidemiologiske studier som gir grunnlag for kartlegging av geografiske forskjeller i sykkeligheten på feltet. Relativt små grupper av pasienter står også for en vesentlig del av tjenestebruken. Rapporten vil derfor avgrense seg til kartlegging av faktiske forskjeller i tjenestebruk, men vil prøve å se disse forskjellene i sammenheng med hverandre.

Pasienter i psykisk helsevern

De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern til befolkningen bosatt i regionen. Behandlingstjenestene består av døgnbehandling og tilbud som ikke krever innleggelse med overnatting. Døgntilbudet er en ressurskrevende behandlingsform, men like fullt et nødvendig tilbud for flere pasientgrupper. Bruken av polikliniske tjenester i spesialisthelsetjenesten har økt; både for utredning og behandling av pasientene. Det offentlige tilbudet er supplert ved private foretak og spesialister som har avtale med de regionale helseforetakene. Ulike prioriteringer i regionene vil kunne påvirke sammensetningen av tilbudet til befolkningen i de ulike regionene.

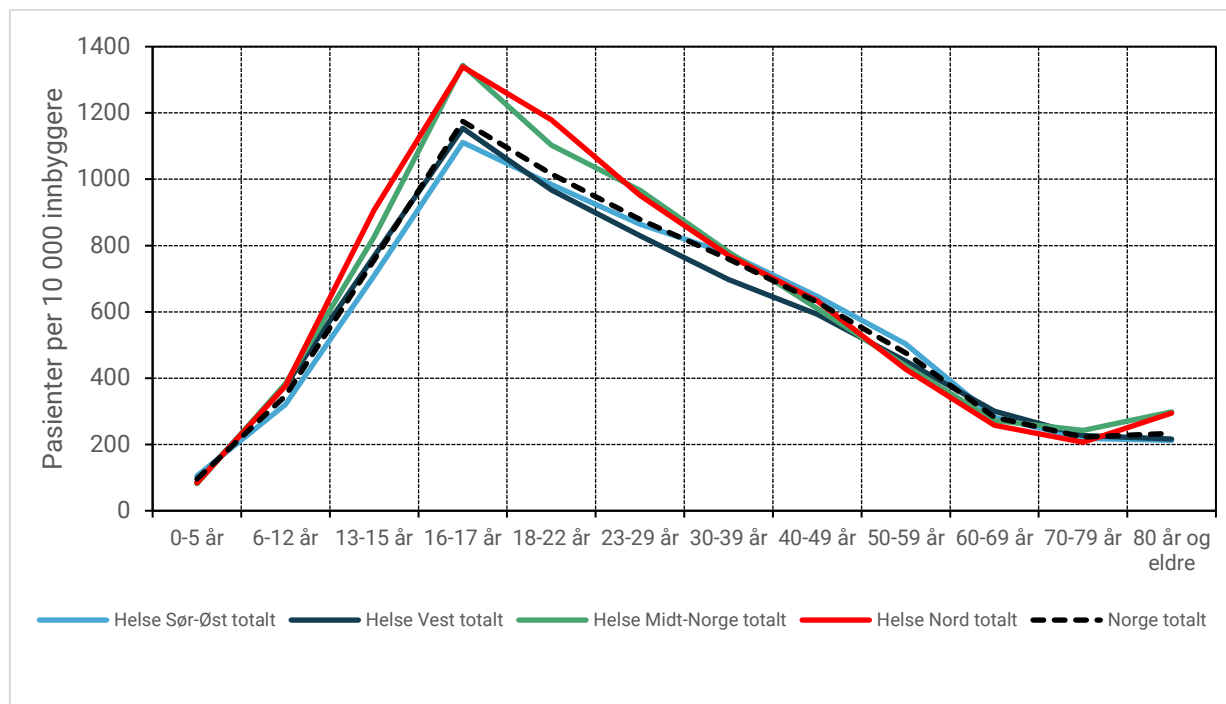
I figurene 1.1-1.3 er bruken av behandlingstjenestene i psykisk helsevern presentert for ulike aldersgrupper for jenter og kvinner, gutter og menn og begge kjønn samlet.

Når det gjelder jenter og kvinner er det aldersgruppen 16-17 år som i størst grad bruker tjenester fra psykisk helsevern. I alt 12 prosent av jenter i alderen 16-17 år har vært i kontakt med sektoren dette året og det er i særlig grad i Midt-Norge og i Nord bruken av tilbudet er størst. Bruken av behandlingstilbudet avtar for de øvrige aldersgruppene.

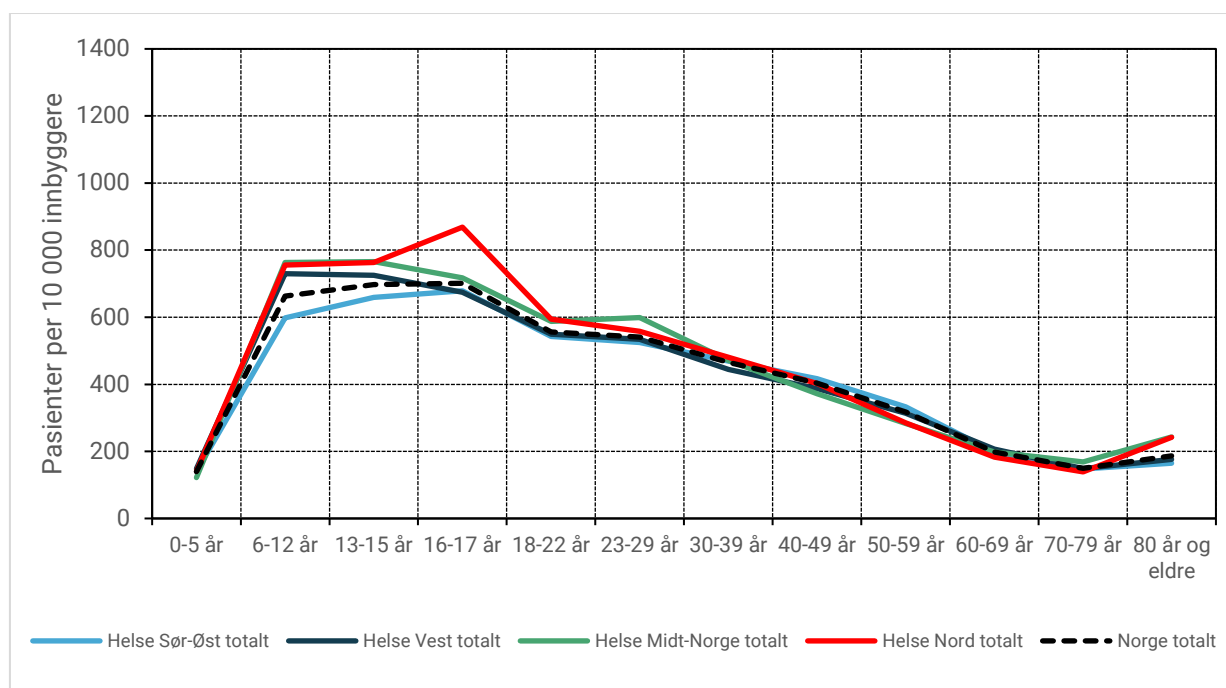
For gutter er det små forskjeller i bruken av behandlingstilbudet mellom de ulike aldersgruppene fra 6 til 17 år. Bruken er imidlertid høyest i Nord. For gutter og menn på 18 år og eldre er bruken av behandlingstilbudet størst for de yngste og lavest for de eldste.

For aldersgruppen 6-12 år er bruken av behandlingstjenester dobbelt så stor for gutter sammenlignet med jenter, mens for aldersgruppen 13-15 år er det små forskjeller mellom kjønnene i bruken av dette tilbudet. For de øvrige aldersgruppene er bruken av behandlingstjenester større for kvinner sammenlignet med menn.

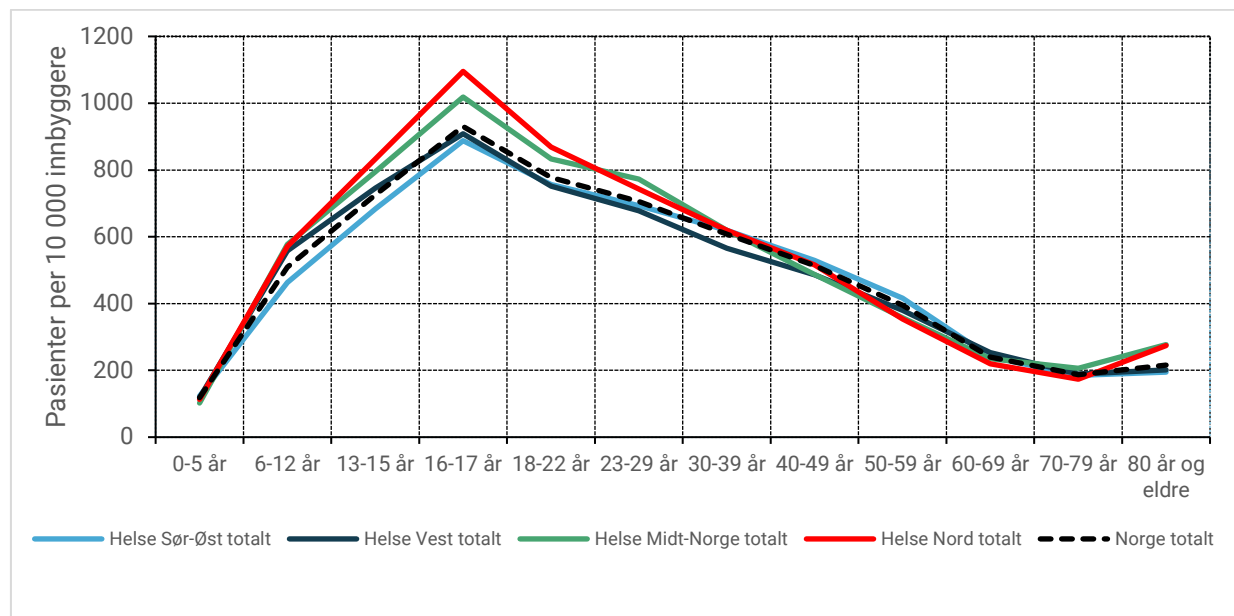
Figur 1.1 Jenter og kvinner i psykisk helsevern 2017.



Figur 1.2 Gutter og menn i psykisk helsevern 2017.



Figur 1.3 Pasienter totalt i psykisk helsevern 2017.



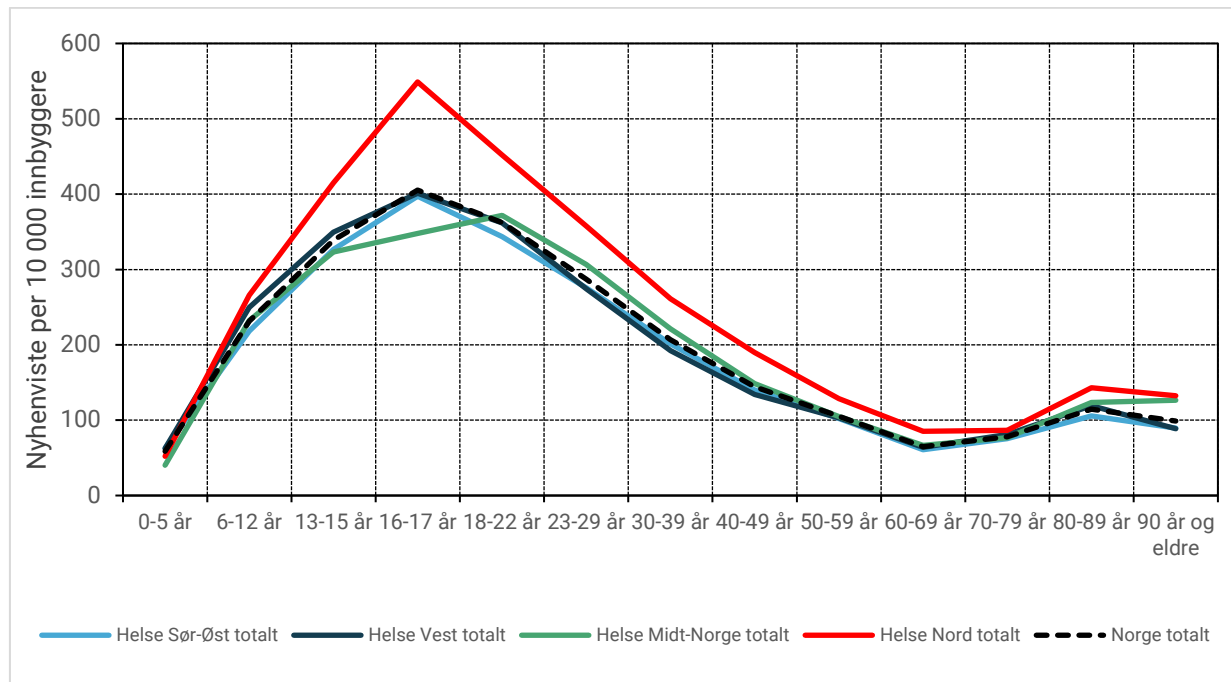
Henvisninger og ventetid før tilbud igangsettes i psykisk helsevern

Omfanget av henvisninger til psykisk helsevern gir et bilde av etterspørselen etter denne behandlingstjenesten. Vi ønsker å få et overordnet innblikk i etterspørselen for ulike aldersgrupper og om det er regionale forskjeller i omfanget av henvisninger til denne sektoren. Antall nyhenviste per innbyggere er presentert i figur 1.4 og ventetiden til utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge og for voksne er vist i figur 1.5.

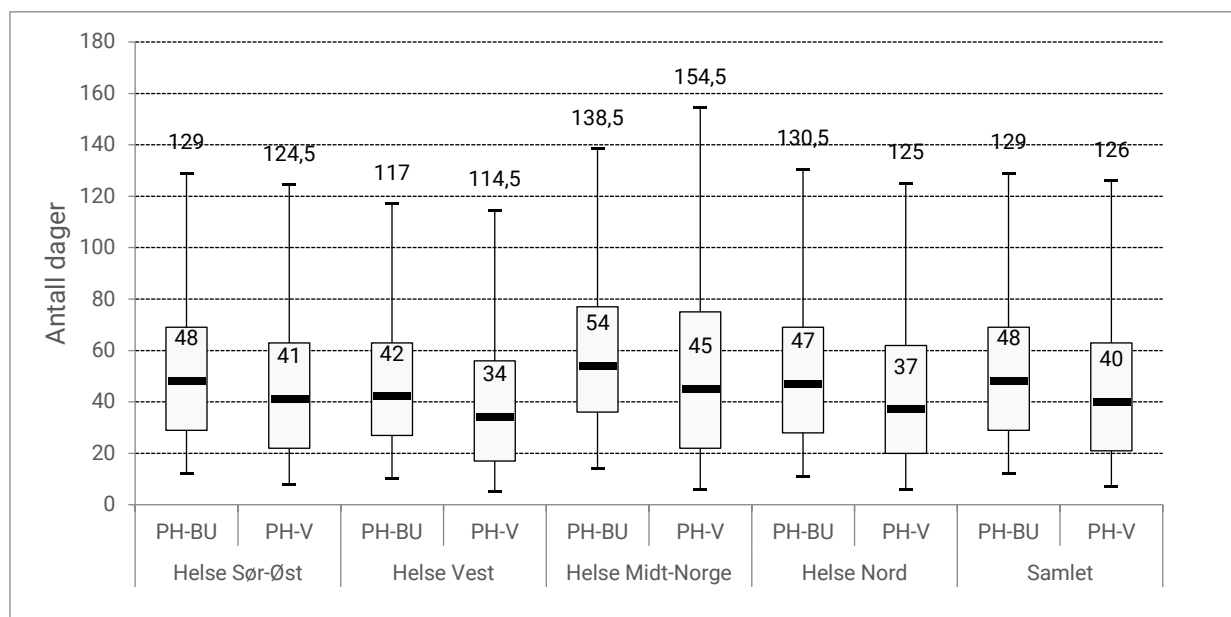
Antall nyhenviste til utredning eller behandling i psykisk helsevern viser en fordeling av henvisninger mellom aldersgruppene som vi gjenkjenner fra pasientbehandlingen. Videre synes det som om Helse Nord har en høyere etterspørsel sammenlignet med de øvrige regionene. Dette gjelder særlig ungdom og unge voksne og gjelder både menn og kvinner.

Når det gjelder disse resultatene er antall nyhenviste basert på ventelistene som rapporteres til NPR fra helseforetakene og de private avtaleinstitusjoner. De private avtalespesialistene rapporterer ikke ventelister. Videre er ikke *avviste henvisninger* rapportert med tilhørende fagområdekode. Dette betyr at i hvilken grad henvisninger til fagområdene i psykisk helsevern avvises i regionene kan ikke synliggjøres ved bruk av dette datagrunnlaget.

Figur 1.4 Nyhenviste til psykisk helsevern 2017.



Figur 1.5 Ventetid (antall dager) til utredning/behandling i psykisk helsevern 2017. Boksplott etter bostedsregion. Median ventetid og estimert trimpunkt (95 prosentil) er tallfestet i figuren.



Ventetiden for pasienter som henvises til psykisk helsevern viser at ventetiden for tilbud i psykisk helsevern for barn og unge er noe lengre enn for tilbud i psykisk helsevern for voksne. Ventetiden før pasientene får igangsatt utredning er noe lengre enn for pasienter som tas inn i behandling. Utredning utgjør imidlertid hhv 80 og 76 prosent av de ordinært avviklede henvisningene til psykisk helsevern for barn og unge og til psykisk helsevern for voksne dette året. I Midt-Norge utgjør utredninger en mindre andel av henvisningene (1/3) til psykisk helsevern for barn og unge samtidig som ventetiden til behandling er lengre enn ventetiden før utredning. Pasientene i Midt-Norge må

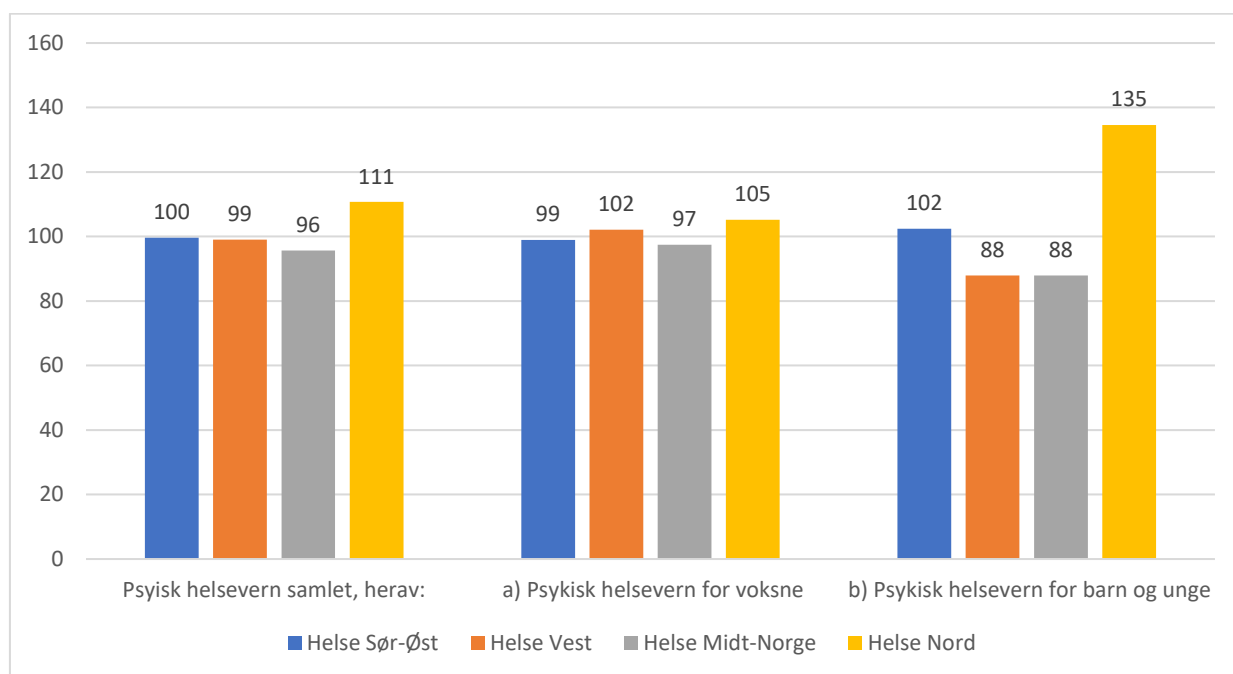
altså vente lengre på tilbud i psykisk helsevern sammenlignet med pasienter i Helse Vest. Dette gjelder for både psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.

Driftskostnader til psykisk helsevern

I det psykiske helsevernet for voksne varierer de regionale kostnadene per innbygger fra 3 prosent under gjennomsnittet for Helse Midt-Norge til 5 prosent over i Helse Nord. I tabell 1.1 og figur 1.6 er de regionale kostnadene til psykisk helsevern presentert.

De regionale variasjonene er større i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helse Nord har en kostnad per innbygger for barn og unge som er 35 prosent over gjennomsnittet, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge ligger 12 prosent under.

Figur 1.6 Regionale kostnader per innbygger til psykisk helsevern, fordelt på voksne og barn og unge 2017 Landsgjennomsnitt=100.



Tabell 1.1 Regionale kostnader per innbygger til psykisk helsevern for voksne og for barn og unge i 2017. Angitt som i) kroner og ii) indeks hvor landsgjennomsnitt = 100.

Region	Kostnad per innbygger	Psykisk helsevern samlet, herav:	a) Voksne	b) Barn og unge
Helse Sør-Øst	Kr per innb.	4 476	4 571	4 116
	Indeks gj.snitt = 100	100	99	102
Helse Vest	Kr per innb.	4 447	4 716	3 534
	Indeks gj.snitt = 100	99	102	88
Helse Midt-Norge	Kr per innb.	4 297	4 502	3 537
	Indeks gj.snitt = 100	96	97	88
Helse Nord	Kr per innb.	4 972	4 860	5 412
	Indeks gj.snitt = 100	111	105	135
Totalt	Kr per innb.	4 491	4 618	4 020

2. Barn og unge i det psykiske helsevernet

Innledning

Tema for dette kapitlet er geografisk variasjoner i bruk av tjenester for barn og unge i det psykiske helsevernet. Ved bruk av ulike indikatorer belyses jenter og gutters bruk av polikliniske tjenester og døgntjenester i ulike aldersgrupper. Det blir også presentert tall for ventetid til behandling. Det vil i hovedsak bli satt fokus på variasjoner mellom helseforetaksområder og regioner.

For å belyse nærmere hva som bidrar til geografiske variasjoner i bruk av tjenester og tilgjengelighet til tjenestene, har vi sett på pasientsammensetning (kjønn og alder), og praksisvariasjoner (volum av behandling per pasient). Variasjon i ventetid til utredning og behandling, samt bruk av avtalespesialister blir også belyst.

Forhold som trolig vil påvirke bruken av spesialisthelsetjenester som kommunale tilbud til barn og unge (psykologtjeneste, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjeneste, fastlege) og strukturelle forhold (kommunestørrelse, geografiske avstander) vil ikke belyses i denne rapporten.

Pasienter 0-17 år i det psykiske helsevernet

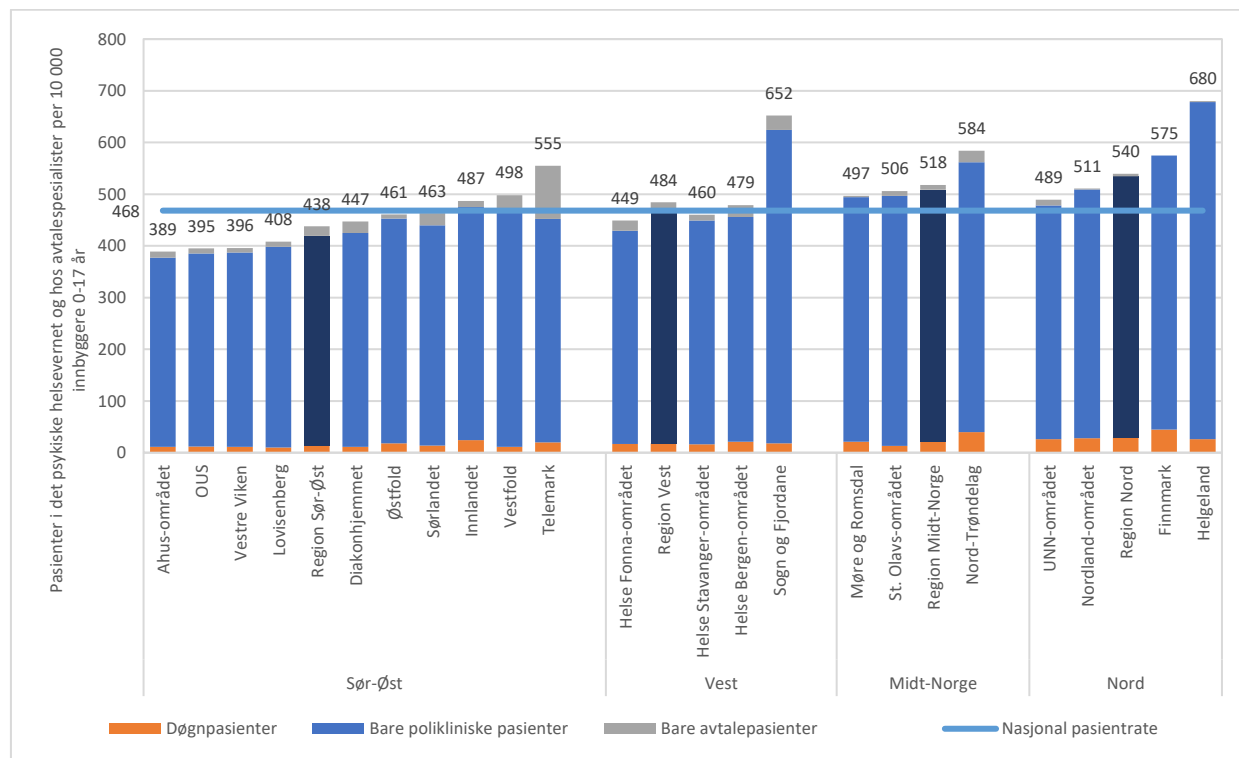
I det psykiske helsevernet ble det i 2017 behandlet 52 858 pasienter i alderen 0-17 år. De aller fleste mottok tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge, mens noen hadde tjenester fra det psykiske helsevernet for voksne. I tjenesten til barn og unge blir det også gitt behandling til ungdom og voksne over 17 år, denne gruppen er imidlertid ikke med i analysen i dette kapitlet da fokuset er variasjoner knyttet til kjønn og alder og ikke sektor. Dette gjør at det er noe avvik fra tidligere publiserte tall i SAMDATA spesialisthelsetjeneste¹

I det følgende er tema geografiske variasjon i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge i alderen 0 til 17 år, målt i antall pasienter som ble behandlet i tjenesten i 2017.

I figur 2.1 presenteres tall for pasienter per helseforetaksområde, og i figur 2.2 til 2.5 er pasientratene fordelt på kjønn og alder. Tallene presenteres som pasientrater, det vil si pasienter per 10 000 innbyggere i aldersgruppen. Pasientratene viser unike pasienter og omfatter både pasienter i offentlige tjenester og hos avtalespesialister. Dette betyr at pasienten telles en gang uavhengig av om pasientene har mottatt behandling ved flere enheter eller omsorgsnivå. I figuren er pasientratene sortert i stigende rekkefølge innad i hver region. I tillegg er den nasjonale pasientraten synliggjort ved en horisontal strek.

¹ Bruk av tjenester for barn og unge i psykisk helsevern – utvikling og variasjon 2013 til 2017 (Analysenotat 09/2018), Helsedirektoratet.

Figur 2.1 Pasienter i det psykiske helsevernet 0-17 år i 2017, fordelt etter omsorgsnivå. Pasienter per 10 000 innbyggere.



Figur 2.1 viser at den samla pasientraten for barn og unge i alderen 0 og 17 år varierer mellom 389 og 680 i foretaksområdene med laveste og høyeste verdi (Gini-indeks=7,1, se tabell 2.1). Variasjonen mellom helseforetaksområdene innad i regionene er omtrent i samme størrelsesorden med unntak for region Midt-Norge, som har en noe lavere variasjonsbredde enn de øvrige regionene. På regionnivå har Nord den høyeste pasientraten, mens region Sør-Øst har laveste bruk av tjenester for pasienter under 18 år.

Felles for alle helseforetaksområder er at tjenester til barn og unge i stor grad foregår poliklinisk (blå del av søylen), og at døgnpasienter (oransje del av søylen) og pasienter hos avtalespesialister (grå del av søylen) utgjør en relativt liten andel av pasienter i tjenesten.

Dette betyr at det i all hovedsak er tjenestene som foregår i offentlig virksomhet som avgjør hvor på akse høy-lav det enkelte helseforetaksområdet befinner seg når det gjelder bruk av tjenester. Det er imidlertid enkelte unntak, og her utmerker Telemark seg spesielt. I dette helseforetaksområdet bidrar avtalespesialistene betydelig til den totale pasientraten. Også i Vestfold og Sogn og Fjordane ser man at bidraget fra avtalespesialistene er av en viss størrelse.

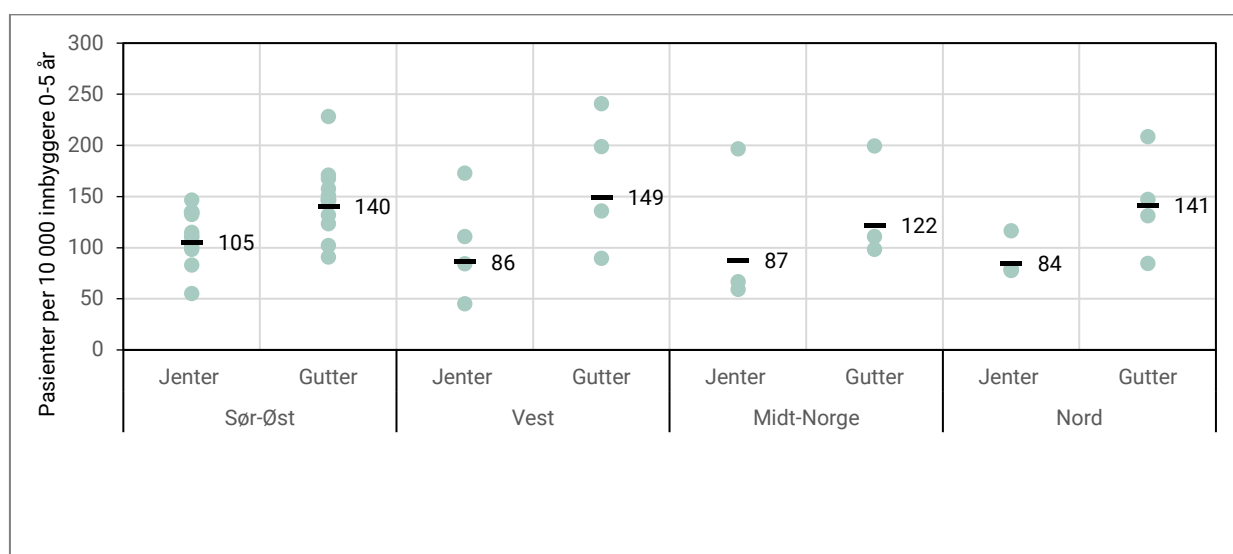
Figur 2.2 til 2.5 viser hvordan bruken av tjenester varierer geografisk mellom helseforetaksområdene for jenter og gutter i ulike aldersgrupper.

Pasienter fordelt på kjønn og alder

Innledningsvis og i tidligere analyser i SAMDATA spesialisthelsetjeneste², har vi vist at omfanget av pasienter behandlet i det psykiske helsevernet varierer med kjønn og alder i samtlige regioner. Jenter i ungdomsalder (16-17 år) har betydelig høyere bruk av tjenester i det psykiske helsevernet enn andre grupper, og gutter har større bruk av tjenester enn jenter i barneårene og tidlig ungdom (0-5 år og 6-12 år). Dette gjelder uavhengig av om man måler tjenestebruken i antall pasienter, konsultasjoner, oppholdsdøgn eller utskrivinger.

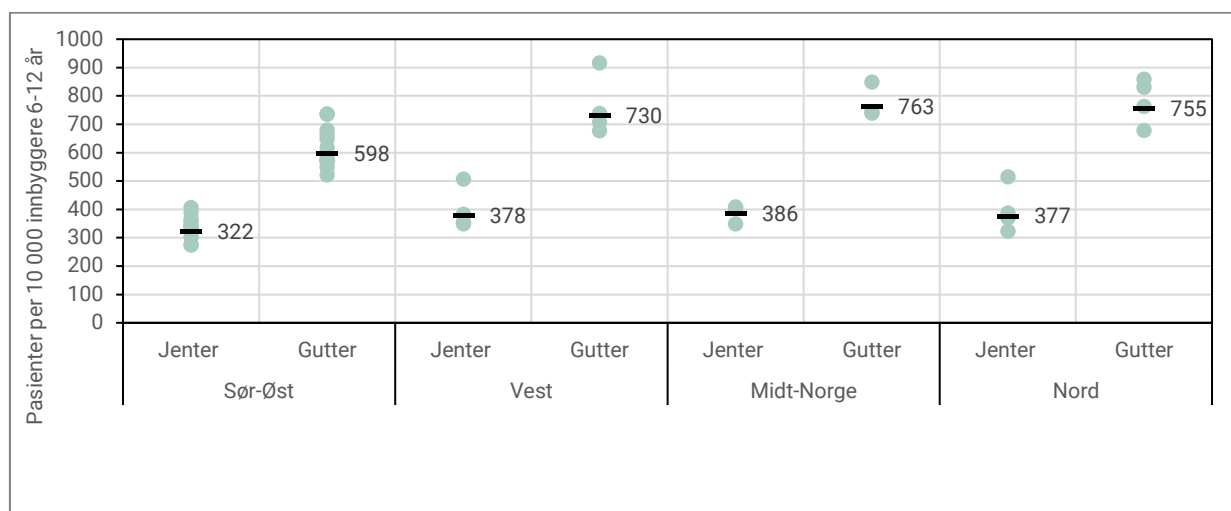
I figur 2.2 til 2.5 viser vi hvordan bruken av tjenester, målt i behandlede pasienter, varierer mellom helseforetaksområdene innad i hver region for jenter og gutter i ulike aldersgrupper. Helseforetaksområdene er gjengitt som punkter og regionratene som horisontale streker.

Figur 2.2 Jenter og gutter 0-5 år per 10 000 innbyggere i psykisk helsevern og hos avtalespesialister i 2017, helseforetaksområde og region.

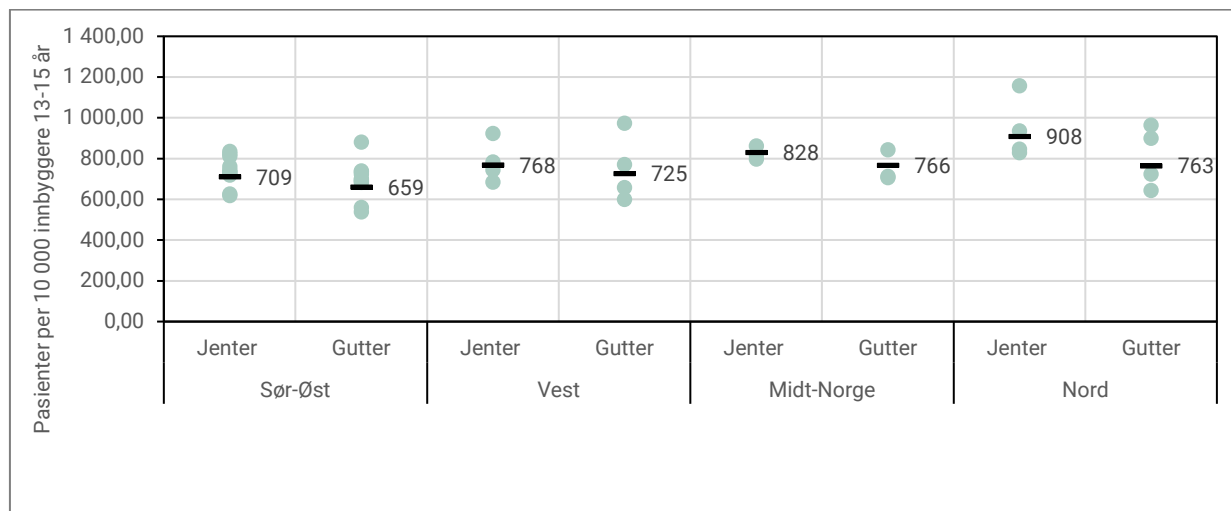


² Bruk av tjenester for barn og unge i psykisk helsevern – utvikling og variasjon 2013 til 2017 (Analysenotat 09/2018), Helsedirektoratet.

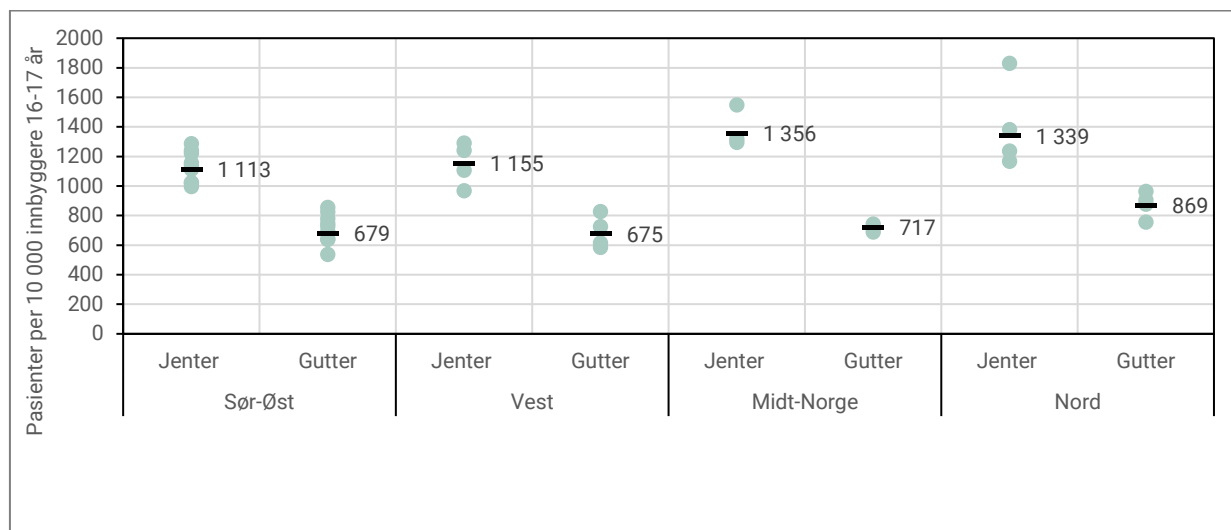
Figur 2.3 Jenter og gutter 6-12 år per 10 000 innbyggere i psykisk helsevern og hos avtalespesialister i 2017, helseforetaksområde og region.



Figur 2.4 Jenter og gutter 13-15 år per 10 000 innbyggere i psykisk helsevern og hos avtalespesialister i 2017, helseforetaksområde og region.



Figur 2.5 Jenter og gutter 16-17 år per 10 000 innbyggere i psykisk helsevern og hos avtalespesialister i 2017, helseforetaksområde og region.



Innledningsvis viste figur 1.1 og 1.2 at bruken av tjenester blant barn og unge var størst i region Nord og Midt-Norge for begge kjønn og alle aldersgrupper, spesielt var dette tydelig for ungdom i alderen 16-17 år.

Figur 2.3 til 2.5 viser videre at det er relativt store variasjoner i bruk av tjenester mellom helseforetaksområdene for begge kjønn. Størst er variasjon for de yngste pasientene og spesielt jenter, for aldersgruppen 0-5 år varierer pasientraten mellom 45 og 196 per 10 000 (Gini-indeks=19,7). For gutter i samme alder er variasjonen noe mindre, men fortsatt betydelig (Gini-indeks=16,7). Det er også noe større variasjon blant ungdom i alderen 16-17 år enn yngre barn (6-15 år), men for denne aldersgruppen er det liten forskjell mellom kjønnene (Gini-indeks=10,2 for jenter og 10,7 for gutter). I tabell 2.1 finnes variasjonsmål for alle aldersgrupper.

For enkelte aldersgrupper er det stor forskjell mellom jenter og gutter i bruk av tjenester i helseforetaksområdene. For aldersgruppen 6-12 år er pasientratene for gutter høyere enn ratene for jenter i alle foretaksområder, det vil si at foretaksområdet med høyeste rate for jenter ligger under foretaksområdet med laveste rate for gutter. Motsatt tendens ser man for pasienter i alderen 16-17 år. For denne aldersgruppen er foretaksområdet med høyeste rate for gutter lavere enn helseforetaksområde med laveste rate for jenter i alle regioner. For aldersgruppen 13-15 år er det mindre forskjeller i bruk av tjenester mellom jenter og gutter.

Tabell 2.1 Geografiske forskjeller i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet og hos avtalespesialister. Pasienter 0-17 år per 10 000 innbyggere i aldersgruppen. Helseforetaksområder 2017.

Indikator	Minimum	Maksimum	Maks/min	Variasjonskoeffisient (CV)	Gini-indeks (prosent)
Pasienter totalt	389	680	1,8	0,17	7,1
Jenter 0-17 år	350	675	1,9	0,18	7,2
Gutter 0-17 år	416	716	1,7	0,16	7,4
Jenter 0-5 år	45	196	4,4	0,40	19,7
Gutter 0-5 år	85	241	2,8	0,33	16,7
Jenter 6-12 år	274	515	1,9	0,17	7,7
Gutter 6-12 år	522	917	1,8	0,16	7,9
Jenter 13-15 år	619	1 158	1,9	0,15	7,9
Gutter 13-15 år	538	973	1,8	0,17	9,8
Jenter 16-17 år	967	1 830	1,9	0,17	10,2
Gutter 16-17 år	538	964	1,8	0,15	10,7
Poliklinikk:					
Polikliniske kontakter 0-17 år	5 950	10 610	1,8	0,15	7,1
Konsultasjoner med takst 0-17 år	5 668	9 500	1,7	0,13	5,7
Polikliniske pasienter 0-17 år	376	668	1,8	0,17	6,9
Avtalespesialister:					
Kontakter 0-17 år	9	1 282	143,5	1,15	37,6
Pasienter 0-17 år	2	132	66	1,18	36,3
Poliklinikk og avtalespesialister:					
Kontakter 0-17 år samlet	6 130	10 694	1,7	0,15	7,2
Konsultasjoner med takst og avtalekontakter 0-17 år	5 668	9 500	1,7	0,13	6,0

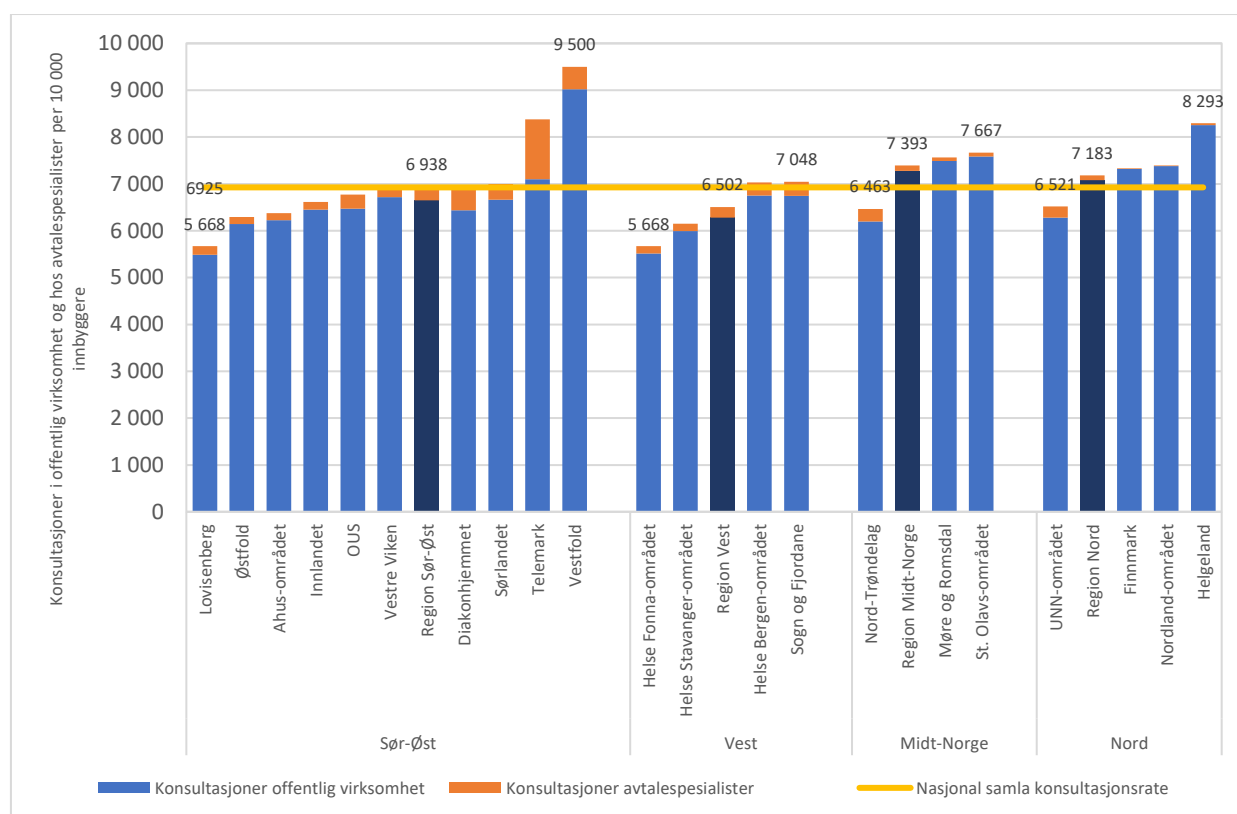
Variasjon i bruk av poliklinisk behandling

De fleste barn og unge som mottar tjenester fra det psykiske helsevernet mottar polikliniske tjenester. Majoriteten får behandling i offentlige poliklinikker, mens en mindre andel mottar tjenester fra avtalespesialister.

Figur 2.6 viser hvordan omfanget av konsultasjoner til barn og unge varierer mellom helseforetaksområdene. Figur 2.7 til 2.10 viser konsultasjoner i poliklinikkene for jenter og gutter i ulike aldersgrupper, og figur 2.11 til 2.13 viser konsultasjoner hos avtalespesialister fordelt på kjønn og alder.

I figuren under viser den blå del av søylen konsultasjoner (med takst) i poliklinikker, og oransje del av søylen viser konsultasjoner gitt hos avtalespesialister. Den horisontale streken viser den nasjonale konsultasjonsraten. Konsultasjonsraten for helseforetaksområdene er sortert i stigende rekkefølge innad i hver region.

Figur 2.6 Polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet og hos avtalespesialister 0-17 år i 2017. Per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



Den samlede konsultasjonsraten for barn og unge varierer mellom 5 668 og 9 500 konsultasjoner per 10 000 innbyggere i foretaksområdene med laveste og høyeste verdi (Gini-indeks=6). Begge disse områdene tilhører region Sør-Øst, det vil si at variasjon er størst innad i denne regionen. Det er også i denne regionen bidraget fra avtalespesialistene er størst, spesielt ser vi dette i Telemark. I Vestfold og Diakonhjemmet ser man også at bidraget er av en viss størrelse.

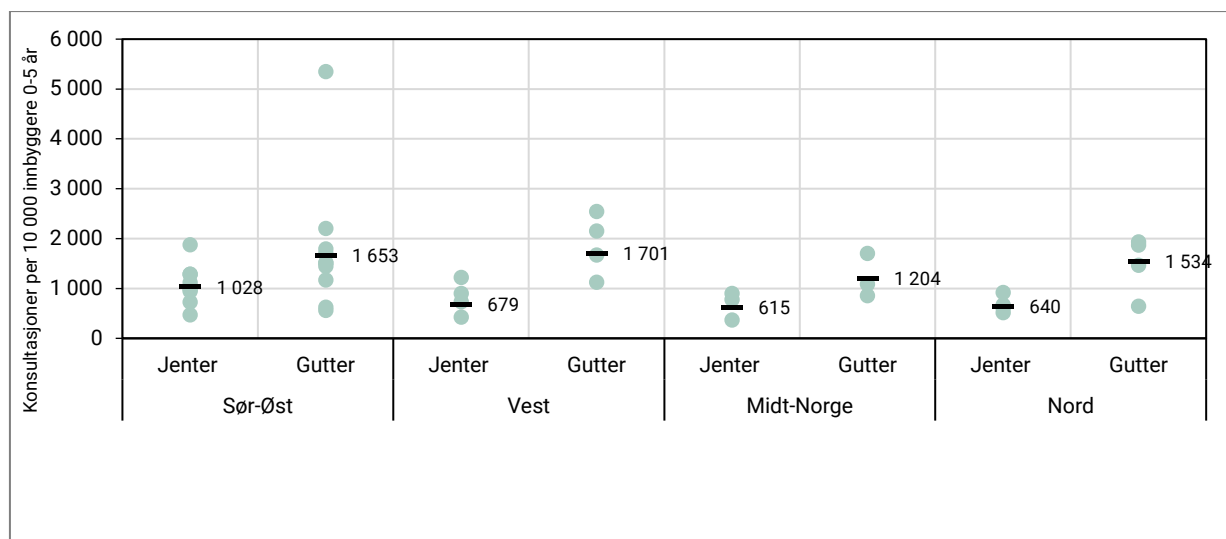
Variasjonsmål i tabell 2.1 viser imidlertid at bidraget fra avtalespesialistene ikke er med på å redusere forskjellene mellom helseforetaksområdene når det gjelder omfanget av behandling som gis til barn og ungdom. Variasjonen er omtrent på samme nivå når man måler aktiviteten i poliklinikkene alene (Gini-indeks=7,1), og når aktiviteten måles samla for poliklinikker og avtalevirksomhet (Gini-indeks=7,2).

På regionnivå er omfanget konsultasjoner størst i region Midt-Norge og lavest i region Vest. Men som figuren viser, er det variasjoner mellom foretaksområdene innad i alle regioner. For eksempel ser vi at foretaksområde med laveste rate i Midt-Norge ligger under to foretaksområder i region Vest.

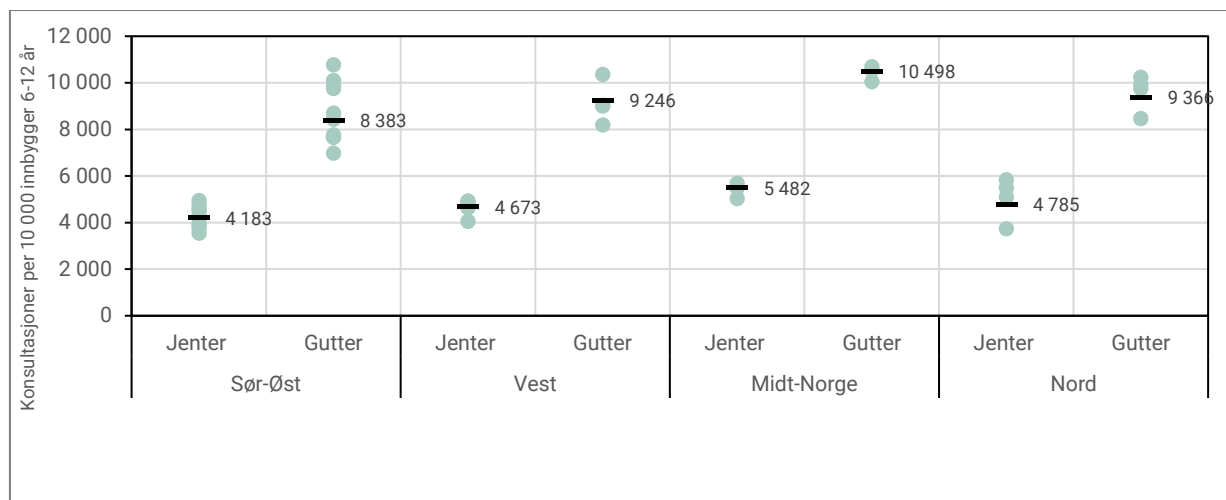
Konsultasjoner fordelt på kjønn og alder

Figur 2.7 til 2.10 presenterer konsultasjoner i poliklinikkene for jenter og gutter i ulike aldersgrupper.

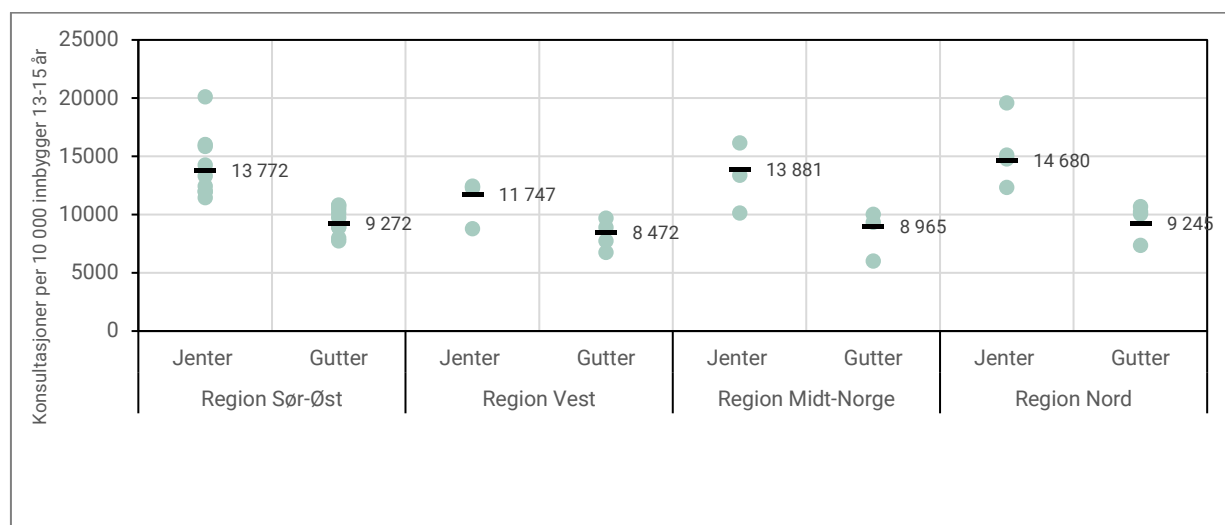
Figur 2.7 Polikliniske konsultasjoner i offentlig virksomhet for jenter og gutter 0-5 år i 2017, per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



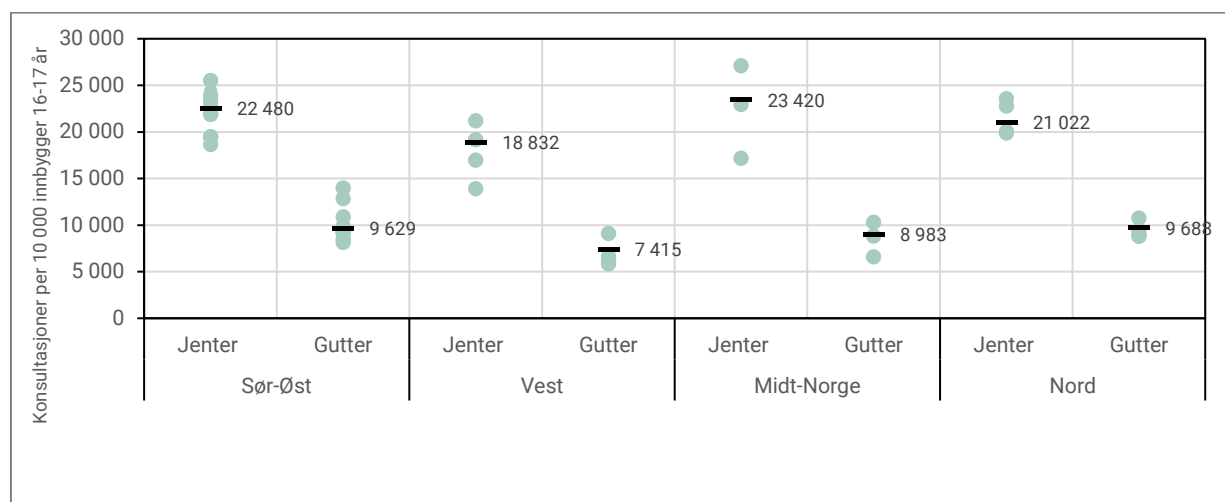
Figur 2.8 Polikliniske konsultasjoner i offentlig virksomhet for jenter og gutter 6-12 år i 2017, per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



Figur 2.9 Polikliniske konsultasjoner i offentlig virksomhet for jenter og gutter 13-15 år i 2017, per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



Figur 2.10 Polikliniske konsultasjoner i offentlig virksomhet for jenter og gutter 16-17 år i 2017, per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



Figurene viser at det også er relativt store variasjoner i bruk av polikliniske tjenester mellom helseforetaksområdene for begge kjønn. Størst er variasjon for de yngste pasientene og spesielt gutter. For aldersgruppen 0-5 år varierer pasientraten for gutter mellom 625 og 5 350 per 10 000. For jenter i samme alder er variasjonen også betydelig (369 til 1 876 konsultasjoner). Variasjonen for denne aldersgruppen er størst i Sør-Øst for både jenter og gutter, mens den er mindre i de andre regionene.

Minst er variasjonen i konsultasjoner mellom helseforetaksområdene for aldersgruppen 6-12 år, dette gjelder både jenter (3 545 til 5 838 konsultasjoner) og gutter (6 984 til 10 766 konsultasjoner). For denne aldersgruppen er variasjonen minst i region Midt-Norge for både jenter og gutter.

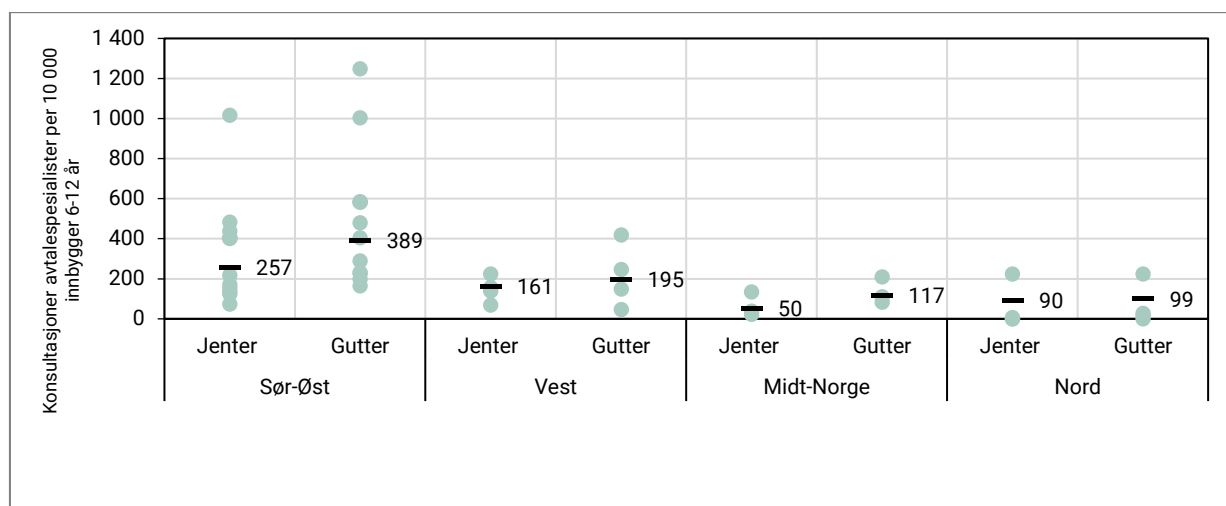
Når det gjelder variasjonen mellom jenter og gutter, er det samme tendens for polikliniske konsultasjoner som for antall behandlede pasienter. For aldersgruppen 6-12 år har gutter høyere bruk av polikliniske tjenester enn jenter, og i samtlige regioner ligger foretaksområdet med høyeste

konsultasjonsrate for jenter under foretaksområdet med laveste rate for gutter. For aldersgruppen 16-17 år har jenter høyere bruk av polikliniske tjenester enn gutter. For denne aldersgruppen er foretaksområdet med høyeste konsultasjonsrate for gutter under foretaksområdet med laveste rate for jenter i alle regioner. Tendensen med høyere bruk av tjenester blant jenter enn gutter, gjelder også for aldersgruppen 13-15 år, men for denne aldersgruppen er det mindre kjønnsforskjeller.

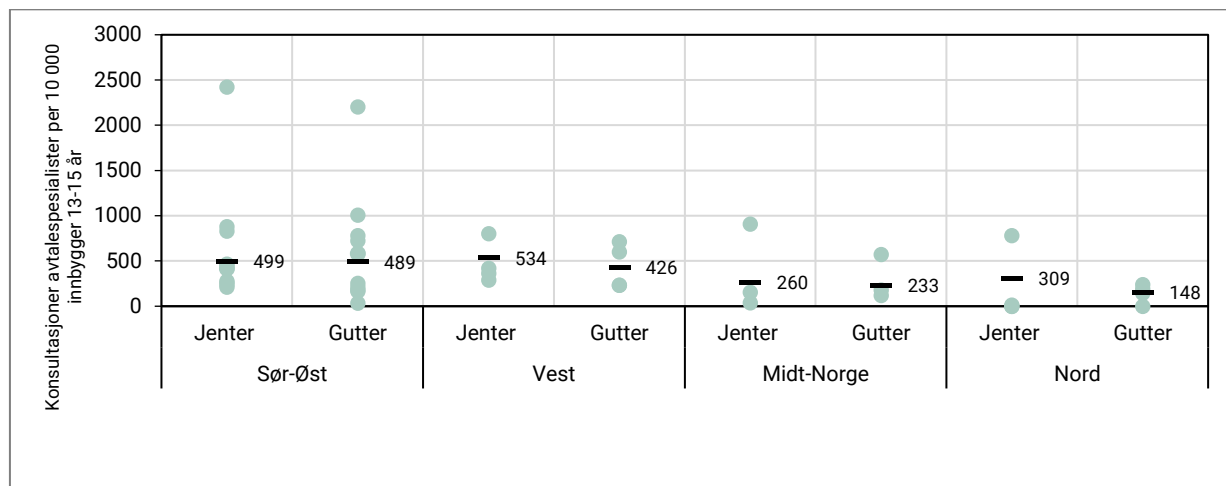
Konsultasjoner hos avtalespesialister

Figur 2.1 og 2.6 viste at tjenester til barn og unge i stor grad foregår poliklinisk, og at behandling hos avtalespesialister utgjør en relativt liten andel av tjenestetilbudet. Behandlingstilbudet som avtalespesialistene representerer er imidlertid en del av det offentlig finansierte tjenestetilbudet til denne aldersgruppen. Det er derfor grunn til å se hvordan dette tjenesten er fordelt geografisk og mellom ulike pasientgrupper. Det vil ikke bli presentert tall for de yngste pasientene (0-5 år) hos avtalespesialistene. Årsaken er få pasienter i denne aldersgruppen, og ved fordeling på kjønn, alder og bosted, vil antallet konsultasjoner bli for lavt.

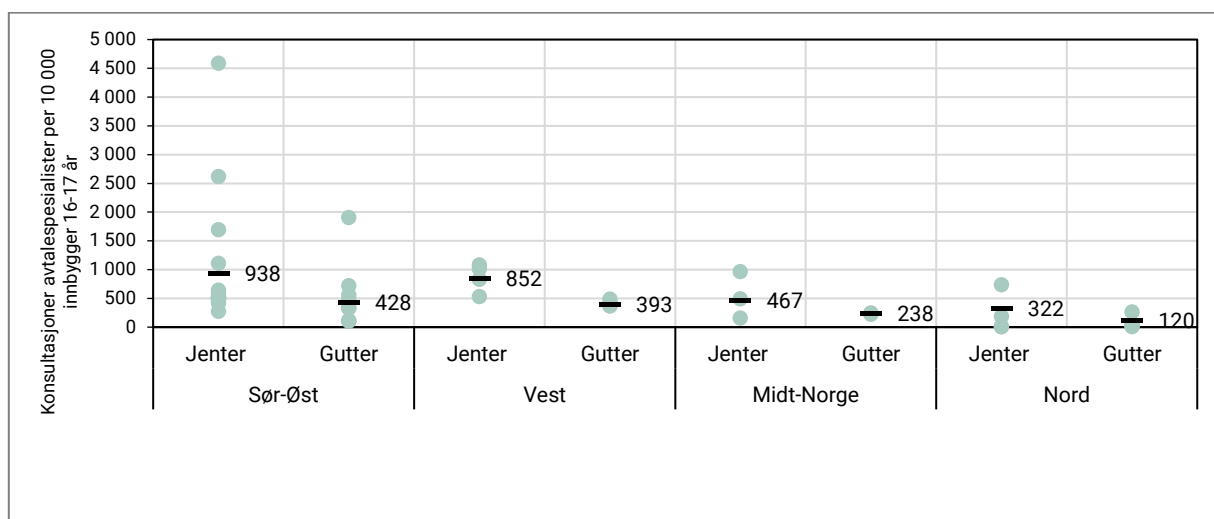
Figur 2.11 Polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister for jenter og gutter 6-12 år i 2017, per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



Figur 2.12 Polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister for jenter og gutter 13-15 år i 2017, per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



Figur 2.13 Polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister for jenter og gutter 16-17 år i 2017, per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



Omfanget av konsultasjoner som genereres hos avtalespesialistene utgjør 26 658 for pasienter under 18 år. Totalt er konsultasjonsraten for denne gruppen relativt lav (236 per 10 000 innbyggere), men figur 2.6 viste at tjenesten varierer kraftig mellom helseforetaksområdene (Gini-indeks=37,6). Konsultasjonsraten varierer mellom 9 og 1282 per 10 000 innbyggere, og kun i enkelte områder bidrar avtalespesialistene i vesentlig grad til det totale tilbudet.

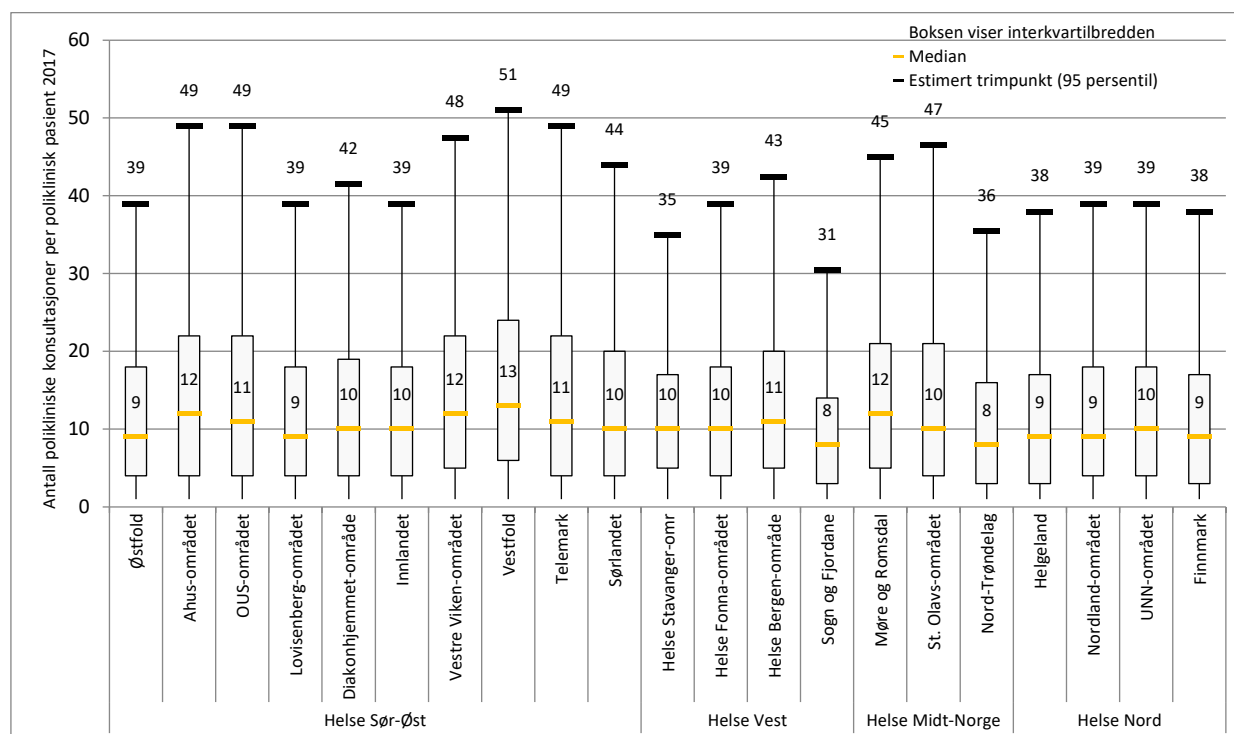
Figur 2.11 til 2.13 viser at de regionale ratene er høyest i region Vest og Sør-Øst for alle aldersgrupper. Størst er variasjonen innad i Sør-Øst hvor Telemark skiller seg ut med konsultasjonsrater som er betydelig høyere enn for de andre helseforetaksområdene. Dette gjelder for alle aldersgrupper. For gutter (6-12 år) og jenter i ungdomsalder (16-17 år) har også Diakonhjemmet relativt høye rater.

Bruk av avtalespesialistene følger samme mønster som bruk av offentlig tjenester når man måler dette i antall konsultasjoner. Gutter 6-12 år har høyere konsultasjonsrater enn jenter i samme alder, og motsatt har jenter høyere konsultasjonsrater enn gutter for aldersgruppen 16-17 år. Dette gjelder i alle regioner.

Volum av poliklinisk behandling – polikliniske konsultasjoner per pasient

I figur 2.14 presenteres konsultasjoner per pasient i poliklinikkene etter foretaksområde i 2017. I figuren vises spredningen av behandling per pasient innad i områdene ved boksplott. Boksen viser 50 prosent med median angitt ved horisontal strek, mens estimert trimpunkt (95 prosent) er angitt ved øverste strek.

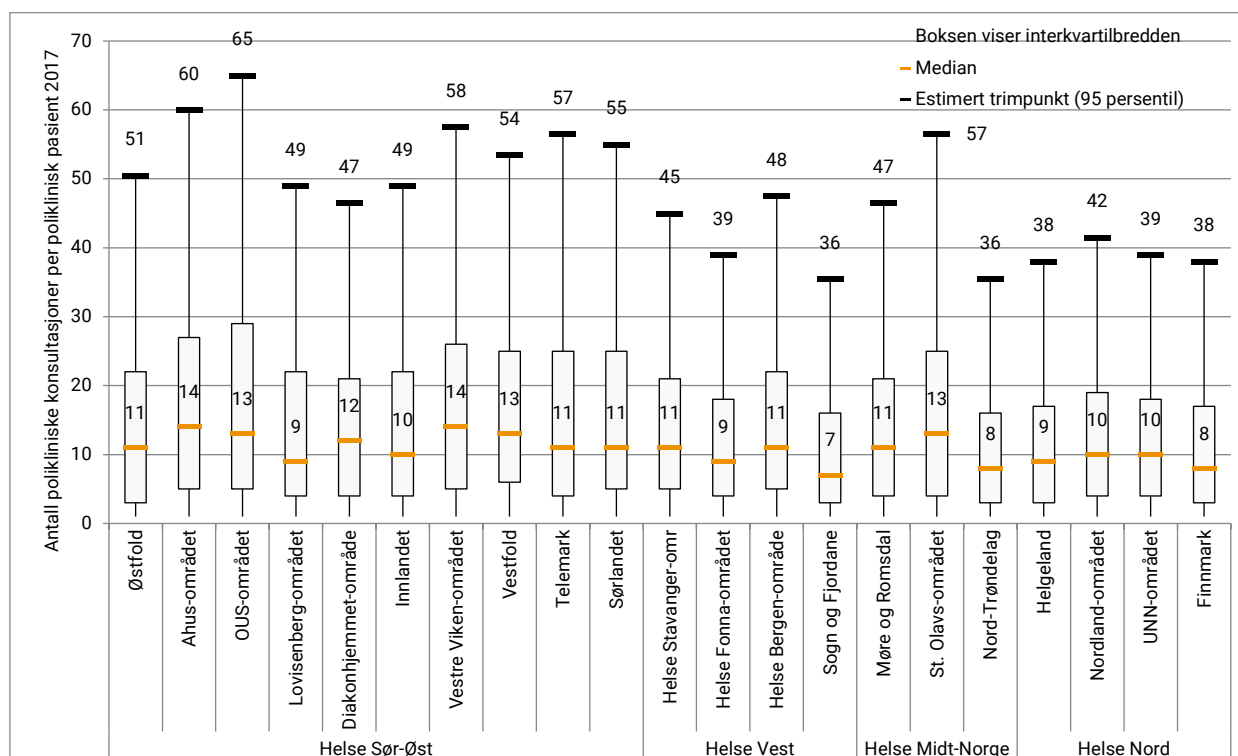
Figur 2.14 Konsultasjoner per pasient i offentlig virksomhet i det psykiske helsevernet for pasienter 0-17 år. Boksplokk etter bostedsområder for 2017. Median og estimert trimpunkt (95 persentil) er tallfestet for hvert område.



Figuren viser at det er forskjell i spredning av behandlingsomfang per pasient mellom foretaksområdene, medianen varierer mellom mellom 8 og 13 konsultasjoner per pasient. For Vestfold som har høyeste median og 95 persentil, ser vi at halvparten av pasientene mottar opp til 13 konsultasjoner, mens 95 prosent av pasientene mottar maksimalt 51 konsultasjoner. I Sogn og Fjordane som har laveste median og 95 persentil, mottar halvparten av pasientene opp til 8 konsultasjoner, mens 95 prosent av pasientene mottar maksimalt 31 konsultasjoner. Det er signifikant forskjell mellom foretaksområdene i poliklinisk behandlingsvolum for både gutter og jenter i alle alderskategorier.

Det ser ut til å være regionvise forskjeller i volum av behandling i poliklinikkene, en del pasienter fra flere av foretaksområdene i Sør-Øst og delvis i Midt-Norge, har flere konsultasjoner per pasient enn pasienter fra region Nord og Vest.

Figur 2.15 Konsultasjoner per pasient i offentlig virksomhet i det psykiske helsevernet for pasienter 16-17 år. Boksplott etter bostedsområder for 2017. Median og estimert trimpunkt (95 persentil) er tallfestet for hvert område.



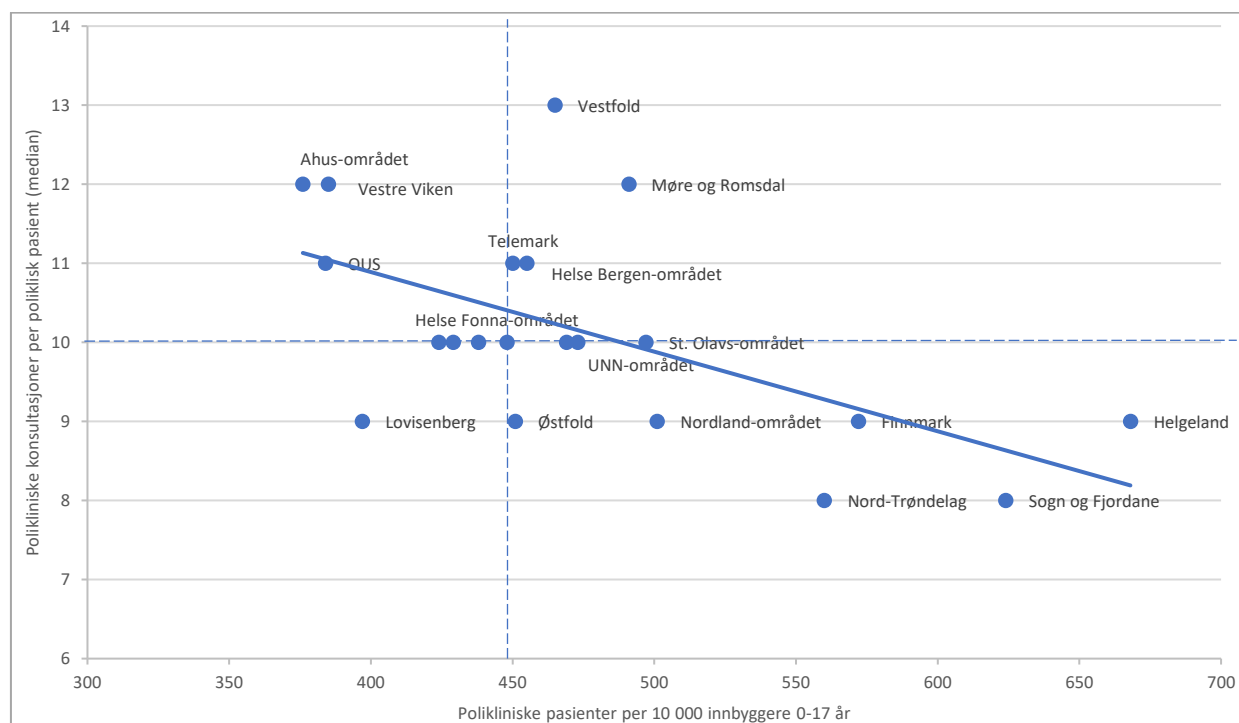
Blant ungdom i alderen 16-17 år er det enda større forskjell i omfanget av konsultasjoner per pasient mellom foretaksområdene enn for barne- og ungdomsgruppen samlet. Her varierer medianen for konsultasjoner per pasient mellom 7 og 14. Vestre Viken og Ahus-området har høyeste medianverdi, mens OUS har de lengste oppholdene. I dette området mottar 95 prosent av pasientene opp til 65 konsultasjoner. I Sogn og Fjordane, som har laveste medianverdi og 95 persentil, mottar halvparten av pasientene opp til 7 konsultasjoner per pasient, mens 95 prosent av pasientene mottar maks 36 konsultasjoner.

Hvordan samvarierer behandlingsvolum med behandlingsrate?

Analysene har hittil vist at det er variasjon mellom foretaksområdene i hvor mange barn og unge i alderen 0 til 17 år som får behandling i det psykiske helsevernet. Videre er det relativt stor variasjon i hvor mange konsultasjoner pasientene mottar både innad i helseforetaksområdene og mellom områder.

I figuren under illustreres det hvordan volum av behandling i poliklinikkene (median) samvarierer med hvor mange som mottar behandling i tjenesten for aldersgruppen 0-17 år i 2017. Den horisontalt stiplede linja i figuren markerer nasjonal verdi for konsultasjoner per pasient (median), og den vertikale linja viser den nasjonale pasientraten i poliklinikkene.

Figur 2.16 Polikliniske konsultasjoner per pasient og polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere, helseforetaksområder i det psykiske helsevernet 2017.



Det er en signifikant negativ samvariasjon mellom den polikliniske pasientraten og konsultasjoner per pasient³ Dette innebærer at pasientraten avtar når behandlingsvolumet øker. Helseforetaksområder med mange konsultasjoner per pasient har lavere pasientrate enn helseforetaksområder med få konsultasjoner per pasient.

Dette indikerer at det er ulike profiler mellom helseforetaksområdene i hvordan ressursene benyttes. På akse med ytterpunktene «mye ressurser til få pasienter» og «lite ressurser til mange pasienter», er det ulik tilpasning. I nedre høyre kvadrant er det helseforetaksområder med pasientrate over landsgjennomsnittet og behandlingsvolum under gjennomsnittet for landet. For helseforetaksområder i øvre venstre kvadrant er situasjonen motsatt. Det tenderer til å være en Sør-Nord-dimensjon på denne akse.

En del områder ligger imidlertid på medianen for landet når det gjelder behandlingsomfang eller pasientrate. Enkelte foretaksområder ligger også i de andre kvadrantene. Disse har enten høy verdi på begge aksene eller lav verdi på begge aksene.

Variasjon i bruk av døgntilbud

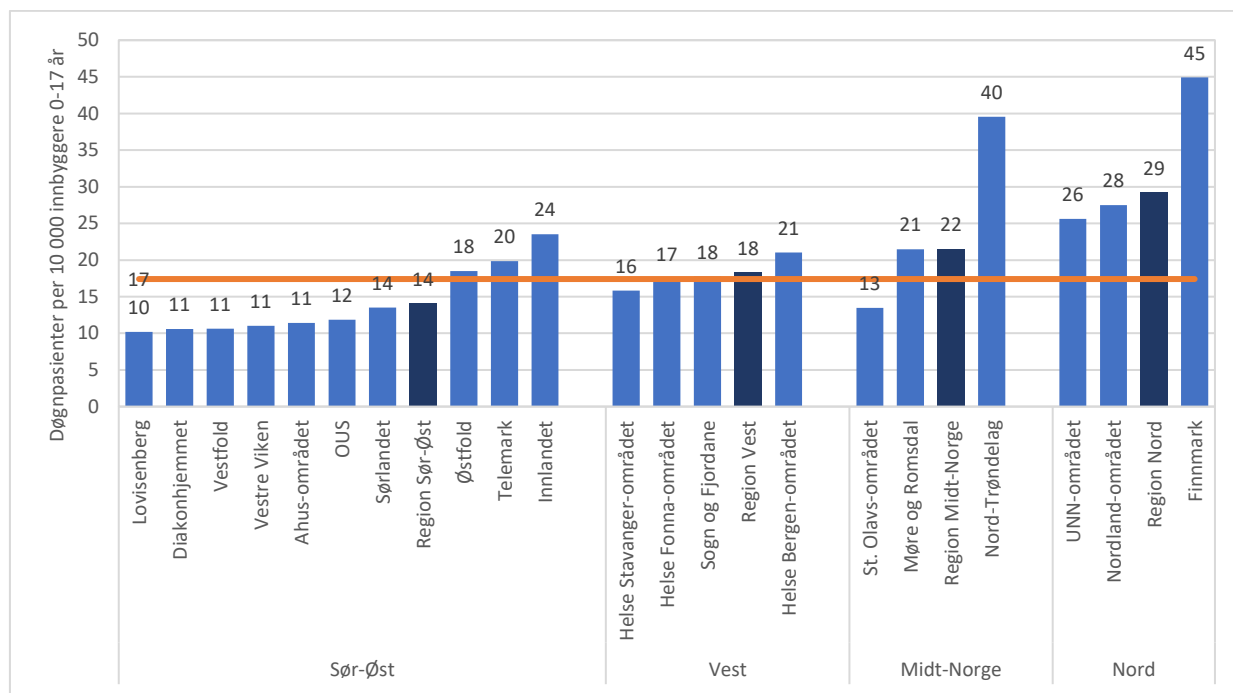
I denne delen av kapitlet presenteres ulike indikatorer for bruk av døgnvirksomheten i det psykiske helsevernet. Selv om en liten andel av pasienter i alderen 0-17 år er i døgntilbud, er dette et

³ Pearsons $r=-0,571^{**}$

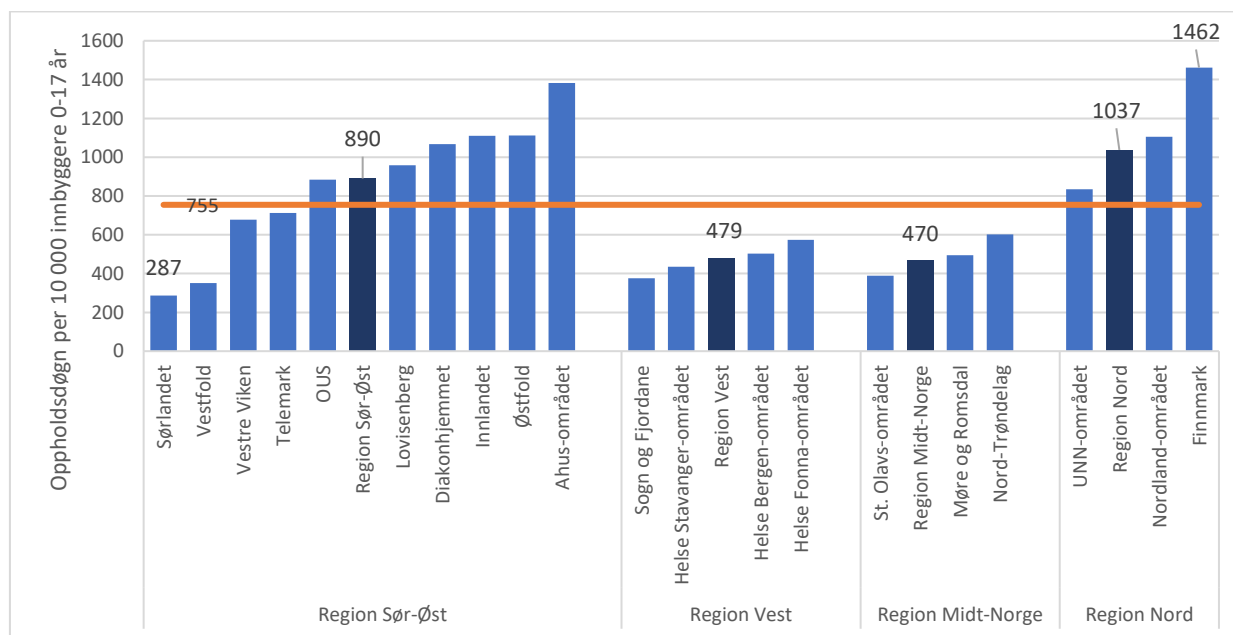
viktig behandlingstilbud for enkelte grupper. I tillegg er døgnbehandling ressurskrevende virksomhet som er nødvendig å ha kunnskap om, for å kunne si noe om helheten i tjenestene til barn og unge.

Figur 2.17 presenterer døgnpasienter, figur 2.18 oppholdsdøgn og figur 2.19 innleggelser og øyeblikkelig hjelp-innleggelser fordelt etter foretaksområde. I figurene er ratene sortert i stigende rekkefølge innad i regionene. En horisontal strek viser de nasjonale ratene.

Figur 2.17 Døgnpasienter i det psykiske helsevernet 0-17 år i 2017. Pasienter per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



Figur 2.18 Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet 0-17 år i 2017. Pasienter per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



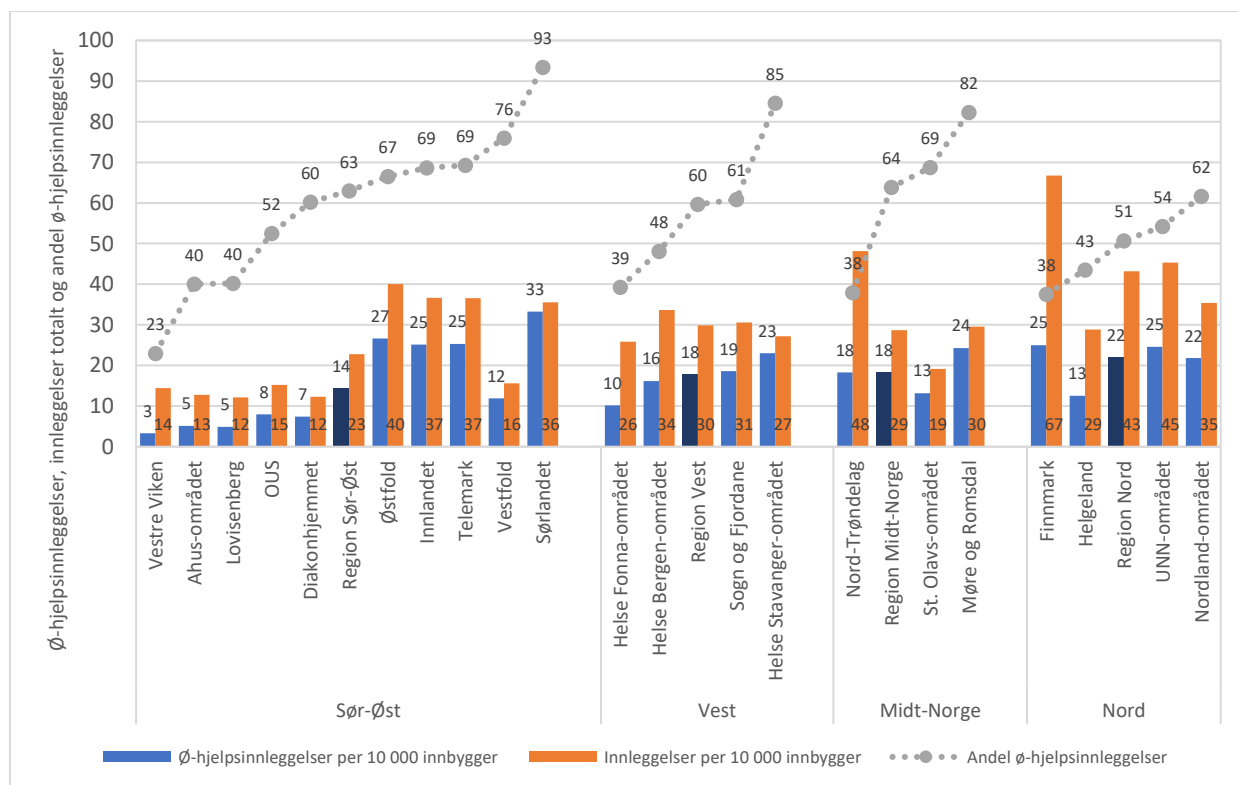
Døgntilbudet til barn og unge preges også av store variasjoner både mellom foretaksområdene og innad i regionene. Målt i antall døgnpasienter varierer ratene i helseforetaksområdene mellom 10 og 45 (Gini-indeks=20,8), og målt i antall oppholdsdøgn er variasjonen i intervallet 287 til 1 462 (Gini-indeks=26,2). I tabell 2.2 er det gjengitt flere variasjonsmål for døgnvirksomheten.

Figur 2.17 og 2.18 viser at pasienter bosatt i region Nord har høy bruk av døgnbehandling, både målt i antall døgnpasienter og oppholdsdøgn. Dette gjelder alle de tre foretaksområdene i regionen. I region Sør-Øst har 6 av 10 foretaksområder døgnrater over landsgjennomsnittet, mens bare tre foretak har pasientrater over snittet for landet. Dette indikerer lange døgnopphold for flere foretaksområder, noe vi kommer tilbake til senere i kapitlet. Sørlandet, Vestfold og Vestre Viken har imidlertid lav døgnaktivitet, både målt i pasienter og oppholdsdøgn.

Region Vest og Midt-Norge har lave døgnrater, betydelig under landsgjennomsnittet for alle foretaksområdene. Region Vest har i tillegg relativt lave døgnpasientrater, omtrent på landsgjennomsnittet. I region Midt-Norge er det stor variasjon mellom helseforetaksområdene i antall døgnpasienter. Mens St.Olavs-området har døgnpasientrater betydelig under landsgjennomsnittet, har Nord-Trøndelag nest høyeste døgnpasientrate blant helseforetakene i landet. Med gjennomgående lave døgnrater, indikerer dette ulike døgntilbud innad i regionen.

I figuren under er innleggelser i døgnbehandling etter hastegrad tema. Her er alle innleggelser og øyeblikkelig hjelp-innleggelser fremstilt samlet, totale innleggelser som oransje søyler og øyeblikkelig hjelp-innleggelser som blå søyler. Forholdet mellom disse to størrelsene utgjør prosentandel øyeblikkelig hjelp-innleggelser, dette er illustrert ved grå punkter.

Figur 2.19 Øyeblikkelig hjelp-innleggelser, innleggelser totalt og prosentandel øyeblikkelig hjelp-innleggelser for pasienter 0-17 år i det psykiske helsevernet i 2017. Innleggelser per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder.



Det er store variasjoner mellom foretaksområdene både i innleggelser (Gini-indeks= 24,1) og øyeblikkelig hjelp-innleggelser (Gini-indeks=31,8). Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser varierer dermed kraftig mellom foretaksområdene.

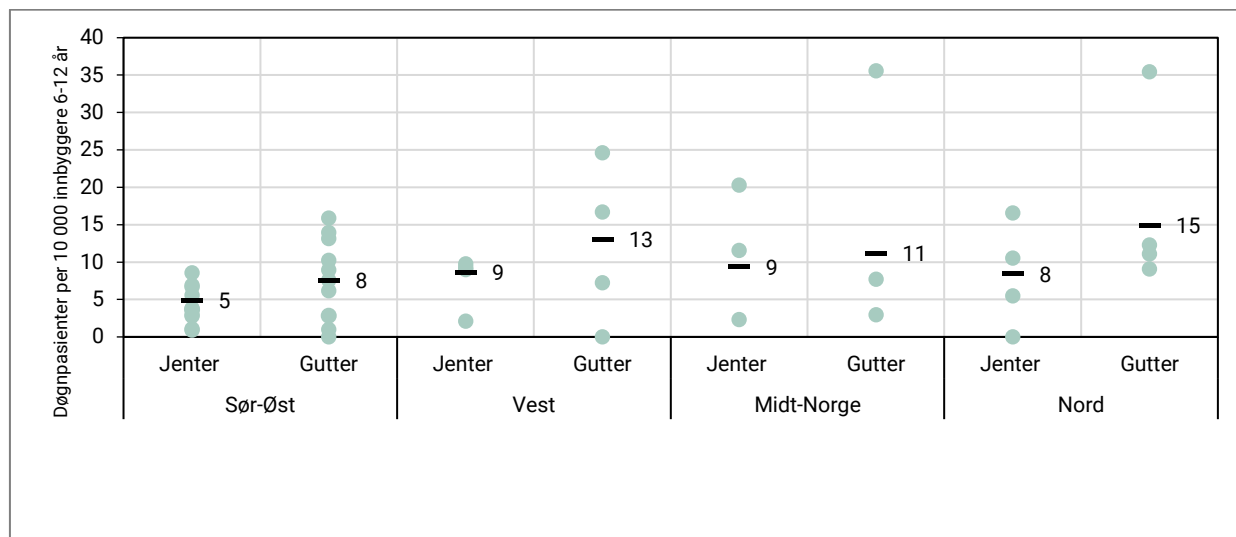
Region Nord og spesielt Finnmark, har høye innleggelsesrater og relativt lave rater for øyeblikkelig hjelp-innleggelser, noe som gir regionen samla lavere andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (51 prosent) enn de øvrige regionene (60-64 prosent). Det er imidlertid ingen enhetlig profil på helseforetaksområder med lav andel ø-hjelp. Mens foretaksområdene med lav andel ø-hjelp i Midt-Norge og Nord preges av høye totale innleggelsesrater, er situasjonen motsatt i Sør-Øst. Det kan med andre ord være flere kombinasjoner mellom volum av innleggelser og øyeblikkelig hjelp-innleggelser som gir lav eller høy andel ø-hjelp.

Det er også store variasjoner innad i regionene. Dette gjelder alle regioner, men spesielt stor er variasjonen i andel ø-hjelp i Sør-Øst. Foretaksområdet med lavest andel, Vestre Viken, har både lav innleggelsesrate og lav ø-hjelpsrate. Motsatt har Sørlandet både relativt høy rate for innleggelser og øyeblikkelig hjelp-innleggelser, noe som gir høy andel ø-hjelp.

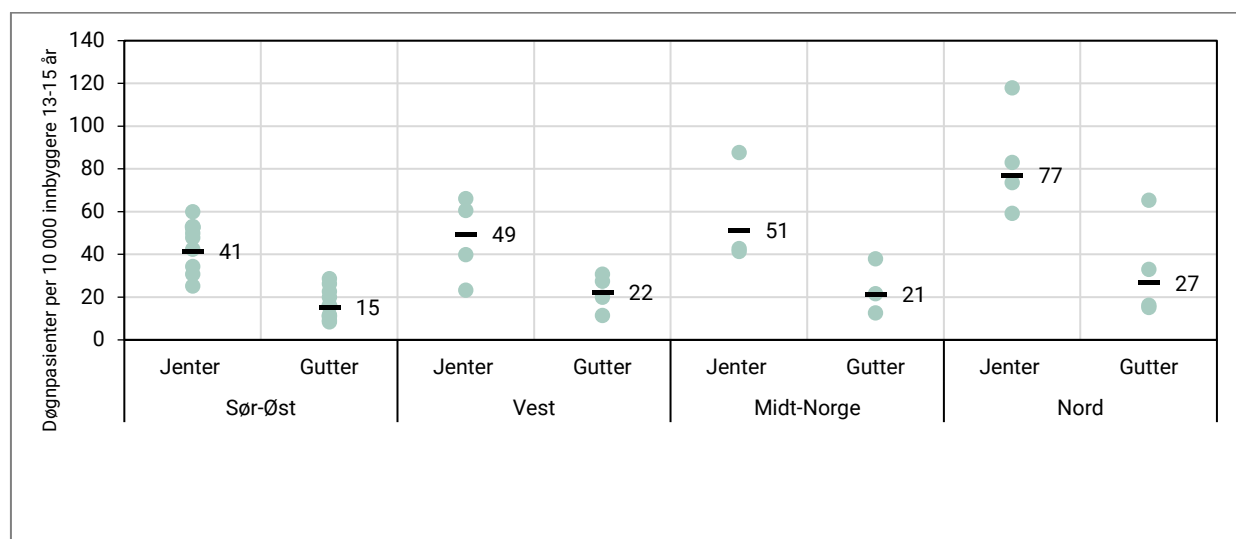
Døgnpasienter fordelt på kjønn og alder

Figur 2.20 til 2.22 presenterer omfanget av døgnpasienter i helseforetaksområdene fordelt på kjønn og alder.

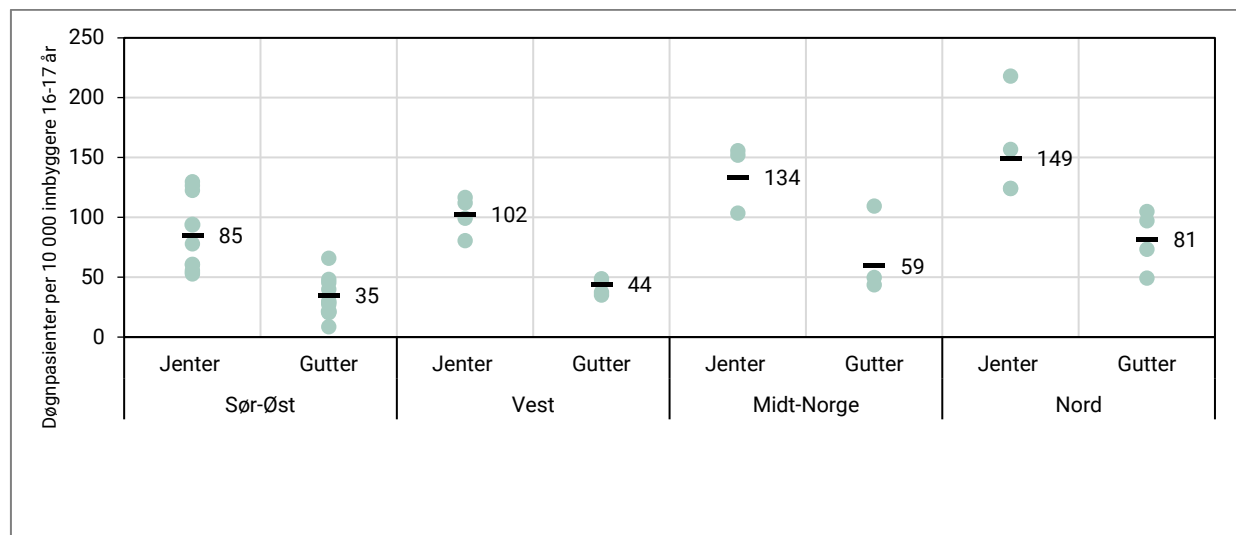
Figur 2.20 Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 6-12 år fordelt på kjønn i psykisk helsevern 2017. Helseforetaksområder. (N=229 gutter og N=145 jenter).



Figur 2.21 Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 13-15 år fordelt på kjønn i psykisk helsevern 2017. Helseforetaksområder. (N=176 gutter og N=445 jenter).



Figur 2.22 Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 16-17 år fordelt på kjønn i psykisk helsevern 2017. Helseforetaksområder. (N=300 gutter og N=633 jenter).



Figurene viser at det er spredning i døgnpasientraten mellom helseforetaksområdene for begge kjønn og alle aldersgrupper, spesielt er spredningen innad i regionene stor for barn i alderen 6 til 12 år. Tall på regionnivå viser at omfanget av døgnpasienter er lavest i Sør-Øst og høyeste i region Nord for alle aldersgrupper og begge kjønn (unntak jenter 6-12 år). Som ved de andre indikatorene på bruk av tjenester, har gutter størst bruk av tjenester blant de yngste (6-12 år) og jenter størst bruk av tjenester blant ungdom.

Tabell 2.2 viser spredningsmål for barn og unge i døgnbehandling i det psykiske helsevernet.

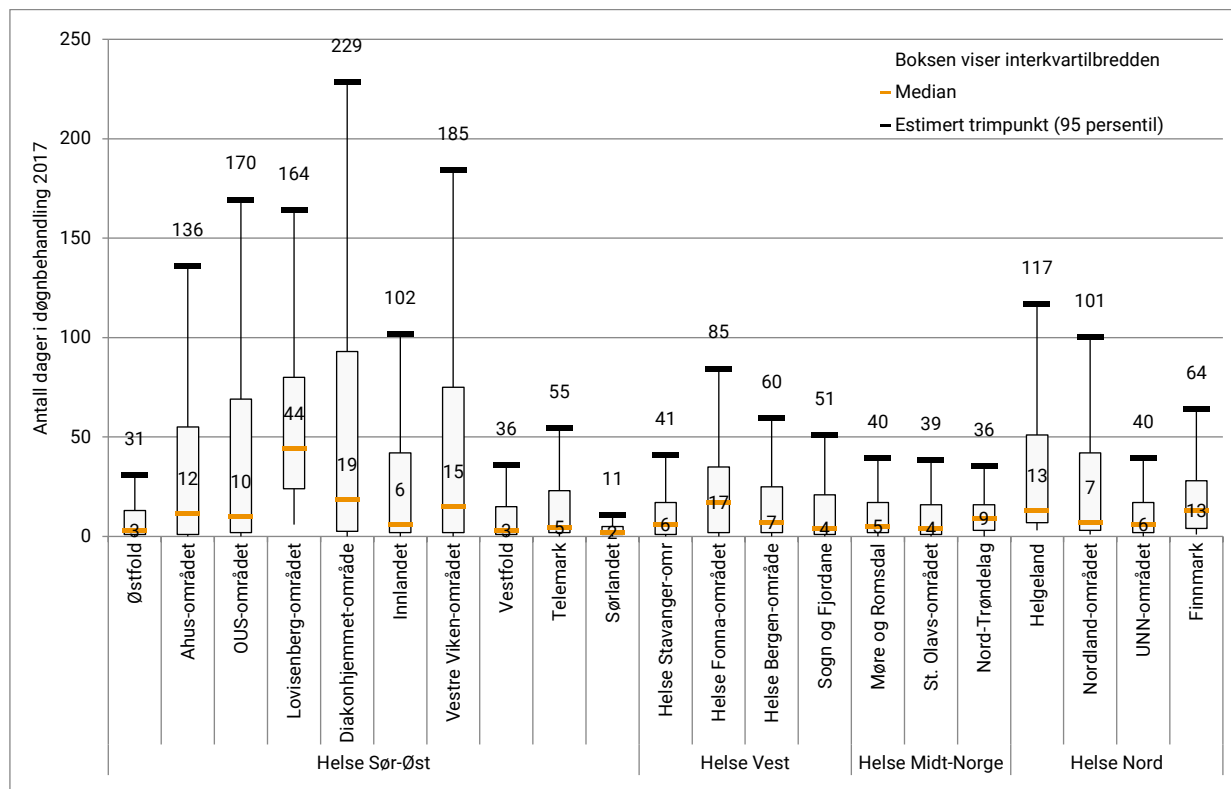
Tabell 2.2 Geografiske forskjeller i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet og hos avtalespesialister 2017. Per 10 000 innbyggere i aldersgruppen. Helseforetaksområder.

Indikator døgnbehandling	Minimum	Maksimum	Maks/min	Variasjonskoeffisient (CV)	Gini-indeks
Døgn 0-17 år	287	1462	5,1	0,46	26,2
Utskrivninger 0-17 år	10	63	6,6	0,52	24,8
Døgnpasienter 0-17 år	10	45	4,4	0,54	20,8
Døgnpasienter (SMI) 0-17 år	3	15	5,0	0,46	20,1
Ø-hjelpsinnleggelseser 0-17 år	3	33	11,0	0,54	31,8
Innleggelseser 0-17 år					24,1

Varighet av døgnopphold

Figur 2.23 viser spredningen i varighet av døgnopphold mellom foretaksområdene for barn og unge i alderen 0-17 år. Boksen representerer 50 prosent av oppholdene. Den horisontale streken viser maksimumsverdi for 95 prosent av oppholdene.

Figur 2.23 Varigheten av døgnbehandling i for pasienter 0-17 år i det psykiske helsevernet. Boksplott etter bostedsområder for 2017. Median varighet av døgnbehandlingen og estimert trimpunkt (95 persentil) er tallfestet for hvert område.



I Helse Sør-Øst er varigheten av døgnoppholdene lengre enn i de andre regionene, men innad i regionen er spredningen i behandlingens lengde svært ulik i de ti områdene. Median varighet varierer

mellom 2 dager ved Sørlandet helseforetaksområde til 44 dager i Lovisenberg-området. Noen døgnopphold er imidlertid av svært lang varighet i hovedstadsområdet og i Vestre Viken-området. I Diakonhjemmet-området er det opphold med varighet opp til 229 dager og i Vestre Viken opphold med varighet opp til 185 dager. Dette er trolig knyttet til opphold ved behandlingshjem i regionen. Pasienter fra Sørlandet har derimot svært korte opphold, for 95 prosent av oppholdene i dette området er varigheten av døgnopphold maksimalt 11 dager.

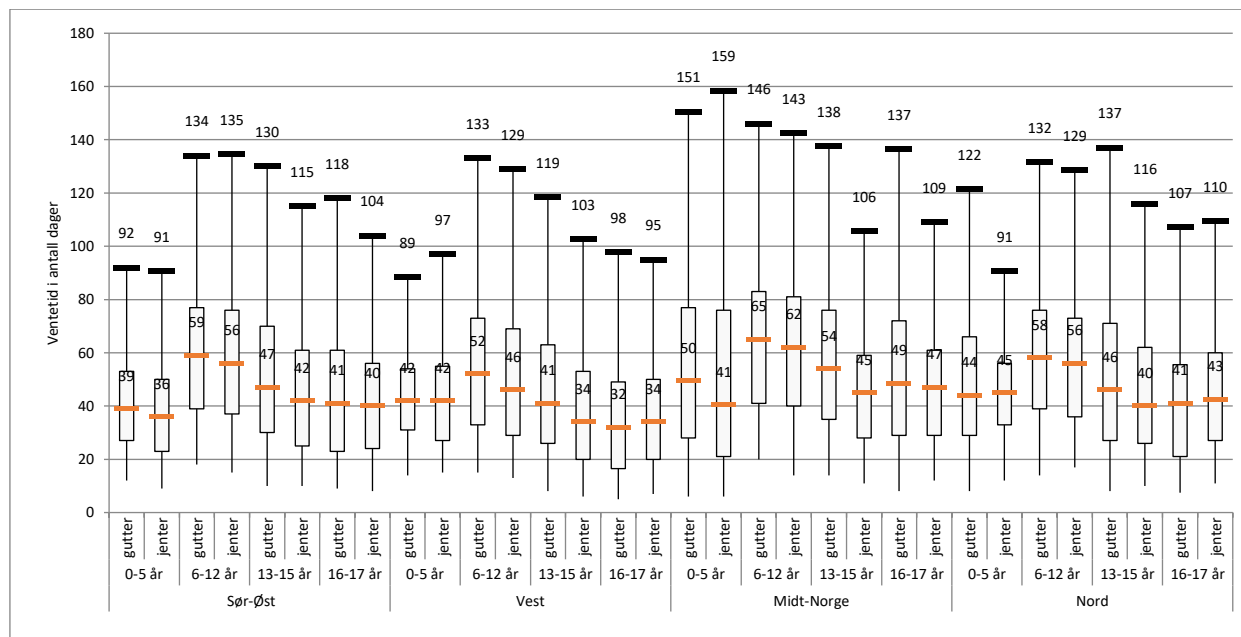
I de øvrige regionene er det også forskjeller i behandlingens lengde mellom områdene, men svært lange opphold forekommer i mindre grad, spesielt i region Midt-Norge. I region Nord finner man døgnopphold med relativt lang varighet i Helgeland (117 dager) og Nordlands-området (101 dager), mens i UNN-området og i Finnmark er oppholdene kortere.

Det er signifikant forskjell mellom helseforetaksområdene i varighet av døgnopphold for begge kjønn og alle aldersgrupper (6-12 år, 13-15 år og 16-17 år).

Ventetid frem til helsetjeneste blir tilbudt

I figur 2.24 presenteres ventetid til utredning eller behandling i det psykiske helsevernet for jenter og gutter i ulike aldersgrupper.

Figur 2.24 Ventetid (antall dager) til utredning/behandling for pasienter 0-17 år i psykisk helsevern 2017. Boksplott etter aldersgrupper i regionene. Median og estimert trimpunkt (95 persentil) er tallfestet i figuren.



Figuren viser at det er lengre ventetid (median) for gutter enn jenter i alle regioner og nesten samtlige aldersgrupper (unntak for pasienter 0-5 år i region Nord, og 16-17 år i region Vest). Videre ser vi at pasienter i region Midt-Norge venter lengre enn pasienter fra andre regioner fra 6 årsalder, spesielt gjelder dette barn i alderen 6-12 år.

3. Psykisk helsevern for voksne

Innledning

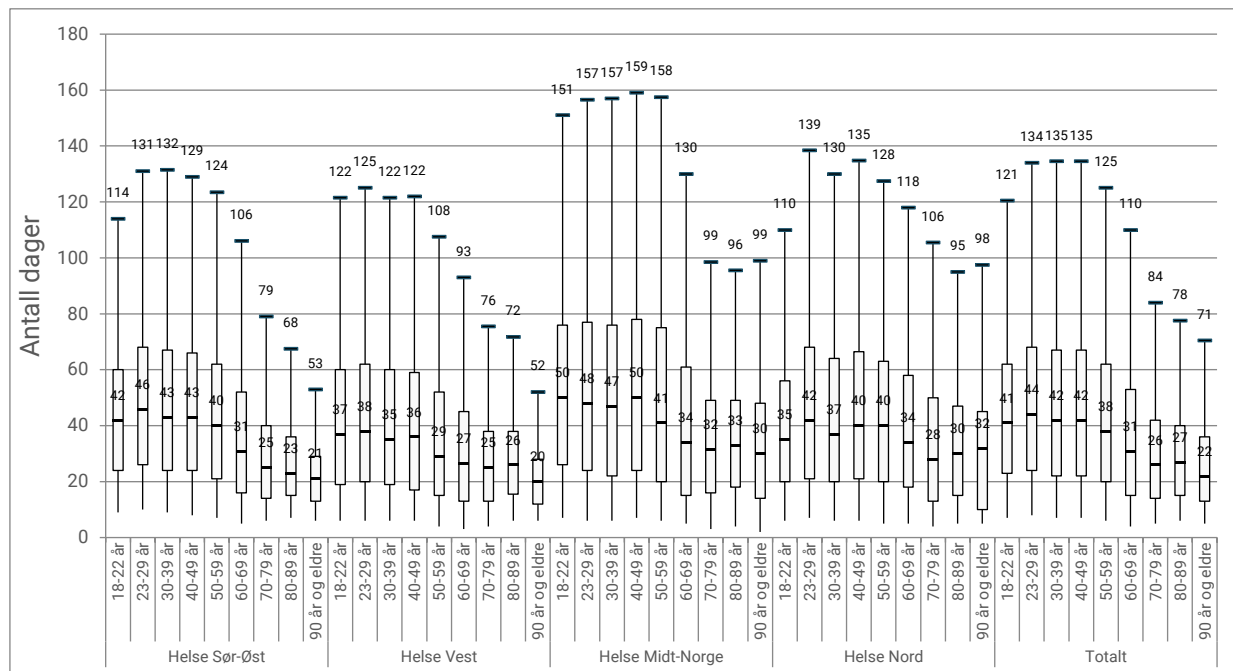
Vi vil i dette kapittel se på geografiske forskjeller i ventetider, behandlingsaktivitet og behandlede pasienter innenfor det psykiske helsevernet for voksne. Forskjellene vil bli fremstilt i form av ulike spredningsmål for fordeling mellom foretaksområder og DPS-områder. Spredningsmålene er nærmere omtalt i et vedlegg til rapporten.

Behandlingsaktiviteten innen døgnvirksomheten blir beskrevet ved varigheten av døgnoppholdene som tilbys pasienter fra ulike foretaksområder. Videre belyses også varigheten av døgntilbudet for utvalgte pasientgrupper. Pasientenes bruk av andre tjenester i tilknytning til en døgnbehandling belyses ikke i denne rapporten. Det kan dreie seg om legevakt og akuttberedskap i kommunal regi som kan påvirke omfanget av akuttinnleggelse. Videre kan oppfølging fra poliklinikkene etter utskrivning fra døgnbehandling supplere og eventuelt erstatte deler av døgntilbudet og medføre forskjeller i varighet av døgnbehandlingen. Tilsvarende kan oppfølging fra psykisk helsearbeid i kommunene bidra på samme vis. Oversiktene må derfor betraktes som et utgangspunkt for videre betraktninger om forskjeller innad i de geografiske områdene.

Ventetid frem til helsetjeneste blir tilbudt

Pasienter som venter på helsetjenester i psykisk helsevern for voksne har samlet sett en median ventetid på 40 dager (se figur 1.5). Ventetiden er ulik i regionene og det gjelder for alle aldersgruppene. Ventetid etter aldersgruppe og bostedsregion er illustrert i figur 3.1.

Figur 3.1 Ventetid (antall dager) til utredning/behandling i psykisk helsevern 2017. Boksplokk etter aldersgrupper i regionene. Median og trimpunkt (estimert 95 prosentil) er tallfestet i figuren.

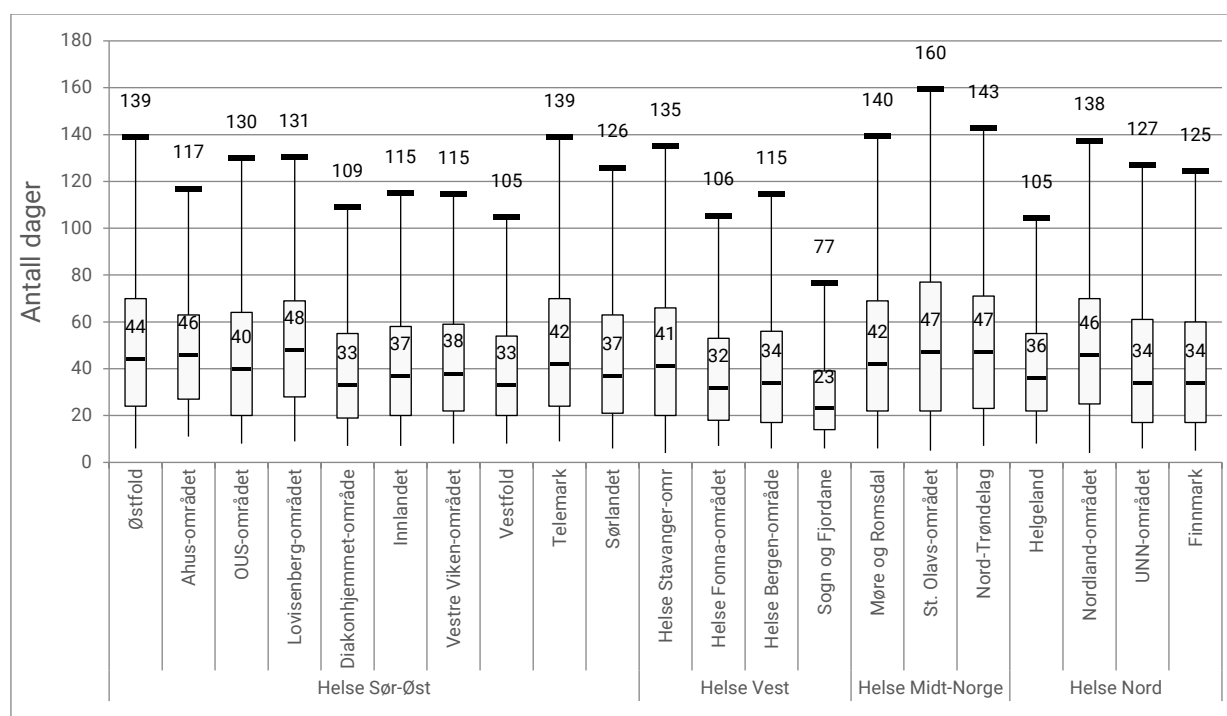


Ventetiden for de unge pasientene er noe lengre sammenlignet med ventetiden for eldre pasienter. Totalt sett er median ventetid for de yngste pasientene på mer enn 40 dager, mens median ventetid

for pasienter i aldersgruppen 60 år og eldre er på inntil 30 dager. Det er liten forskjell mellom kvinner og menn med hensyn til ventetid. Videre er det til en viss grad regionale forskjeller i ventetid. Forskjellen består i at pasientene i Midt-Norge må vente lengre på helsetjenester fra psykisk helsevern sammenlignet med pasienter bosatt i Vest og denne forskjellen gjenfinnes for alle aldersgruppene. Ventetiden i Helse Nord er ikke lengre sammenlignet med de øvrige regionene selv om etterspørselen er større. De eldste pasientene utgjør en liten pasientgruppe, men befolkningsgrunnlaget øker og den er dermed viktig å følge med på med hensyn til tilgjengelighet. Ventetiden for de eldste er lengre i Helse Midt-Norge og Helse Nord sammenlignet med Helse Sør-Øst og Vest.

Ventetiden i foretaksområdene er presentert i figur 3.2. Fra figuren ser vi at ventetiden i foretaksområdene i Helse Midt-Norge er lengre enn i foretaksområdene i Helse Vest. Dette gjenspeiles ved to av de tre foretaksområdene i Helse Midt-Norge. I Vest er det større forskjeller i ventetid mellom foretaksområdene i regionen. Pasientene i Sogn og Fjordane har ned mot halvparten så lang ventetid som foretaksområdet til Helse Stavanger. I Sør-Øst er det to områder som fremstår forskjellig fra regionen for øvrig. Det er Diakonhjemmet-området og Vestfold som har kortere ventetid sammenlignet med de øvrige foretaksområdene. I Nord er det Nordlandområdet som skiller seg ut med noe lengre ventetid, mens det er liten forskjell i ventetid mellom de øvrige tre foretaksområdene i regionen.

Figur 3.2 Ventetid (antall dager) til utredning/behandling i psykisk helsevern 2017. Boksplokk etter bostedsområde. Median og trimpunkt (estimert 95 prosentil) er tallfestet i figuren.



Døgnbehandling

Tabell 3.1 viser spredningsmål for indikatorer for døgnbehandling mellom foretaksområder i det psykiske helsevernet for voksne i 2017. Tabell 3.2 viser tilsvarende spredningsmål for DPS-

områdene samme år. Spredningsmålene er omtalt i et vedlegg til rapporten. De enkelte indikatorene vil bli nærmere omtalt nedenfor.

I denne rapporten har vi valgt å bruke sammenhengende pasientopphold i stedet for institusjonsopphold. På denne måten tar vi hensyn til ulik organisering av tilbudet i ulike institusjoner innad i helseforetakene og bruk av avtaleinstitusjoner og oppnår en analyseenhet som gir mulighet for å sammenligne tilbudet til pasientgrupper i ulike deler av landet. Dette gir noe færre pasientopphold enn institusjonsopphold, mens varigheten av oppholdene blir noe lengere.

Tabell 3.1 Geografiske forskjeller i indikatorer for døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Foretaksområder 2017¹.

Indikator	Minimum	Maksimum	Maks/min	Landet	CV	Gini
Oppholdsdøgn	1 858	3 942	2,12	2 545	0,18	8,1
Akuttinnleggelser	43	112	2,60	72	0,25	13,6
Akuttinnleggelser ekskl. rus	31	78	2,52	55	0,24	12,8
Prosent akuttinnleggelser	37	80	2,16	66	0,16	
Avsluttede døgnopphold	57	186	3,25	110	0,26	12,4
Gjennomsnittlig varighet	16	38	2,36	23	0,24	
Median varighet	5	13	2,60	7	0,25	
Døgnpasienter	44	91	2,05	64,2	0,17	7,9

1) Sammenhengende opphold ved flere institusjoner er lenket sammen. Tallene blir derfor noe lavere enn antall utskrivninger per institusjon, mens varighet per opphold blir noe lenger enn per institusjonsopphold

Tabell 3.2 Geografiske forskjeller i indikatorer for døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. DPS-områder 2017¹.

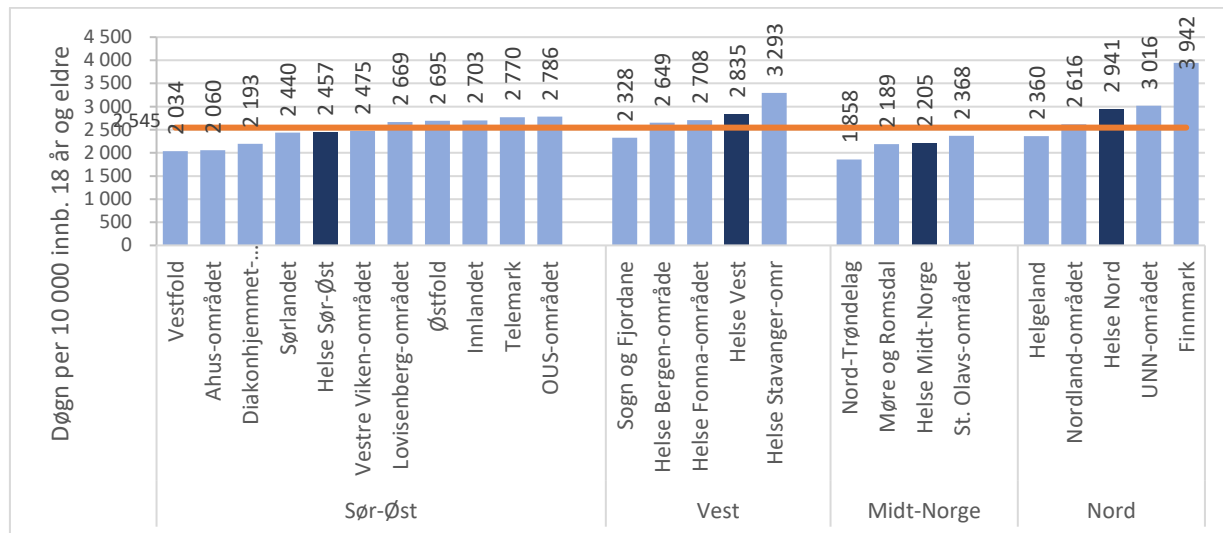
Indikator	Minimum	Maksimum	Maks/min	Landet	CV	Gini
Oppholdsdøgn	1 431	4 696	3,28	2545	0,24	11,7
Akuttinnleggelser	31	139	4,42	72	0,33	17,6
Prosent akuttinnleggelser	24	90	3,71	66	0,21	
Avsluttede døgnopphold	57	232	4,06	110	0,30	14,2
Gjennomsnittlig varighet	12	39	3,15	23	0,26	
Median varighet	3	14	4,67	7	0,41	
Døgnpasienter	44	106	2,41	64,2	0,20	9,8

1) Sammenhengende opphold ved flere institusjoner er lenket sammen. Tallene blir derfor noe lavere enn antall utskrivninger per institusjon, mens varighet per opphold blir noe lenger enn per institusjonsopphold

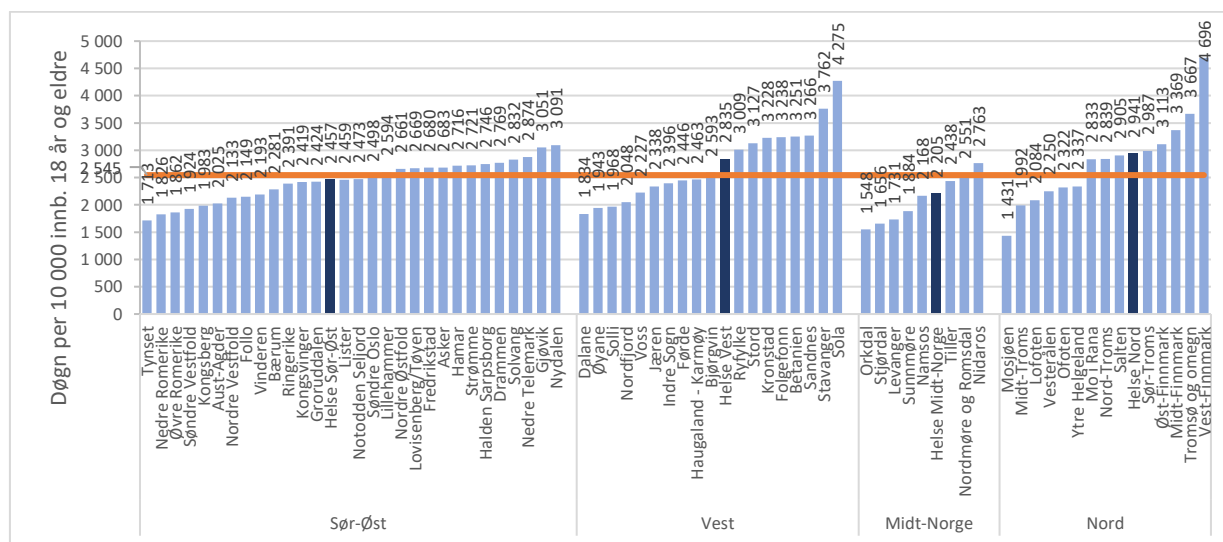
Rater for oppholdsdøgn

Raten for oppholdsdøgn kan sees som et mål på hvilken kapasitet helseforetakene har for å dekke befolkningens behov for døgn tjenester. Fordelingen for foretaksområdene er illustrert i figur 3.3. Figur 3.4 viser den tilsvarende fordelingen for DPS-områdene.

Figur 3.3 Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.



Figur 3.4 Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. DPS-områder 2017.



Med en Gini-indeks på 8,1 er det begrensede forskjeller i omfanget av oppholdsdøgn mellom helseforetaksområdene. Forskjellene er likevel større enn forskjeller i døgnraten ved somatiske sykehus, der Gini-indeksen er 6,0. Helseregion Nord og Vest har gjennomgående noe høyere rate enn Sør-Øst og Midt-Norge. Det er likevel forskjeller mellom foretaksområdene internt i regionene, og på landsbasis er raten i Finnmark mer enn dobbelt så høy som i Nord-Trøndelag.

Brutt ned på DPS-områder øker forskjellene, med en Gini-indeks på 11,7. Vest-Finnmark har mer enn tre ganger raten for Mosjøen.

Innleggelser etter hastegrad

Øyeblikkelig hjelp-tilbudet utgjør samlet sett 2/3 deler av døgntilbudet målt ved antall innleggelser. Med øyeblikkelig hjelp menes her innleggelser med hastegrad innen 24 timer. Når døgntilbudet starter med en øyeblikkelig hjelp-innleggelse varer de kortere sammenlignet med de øvrige

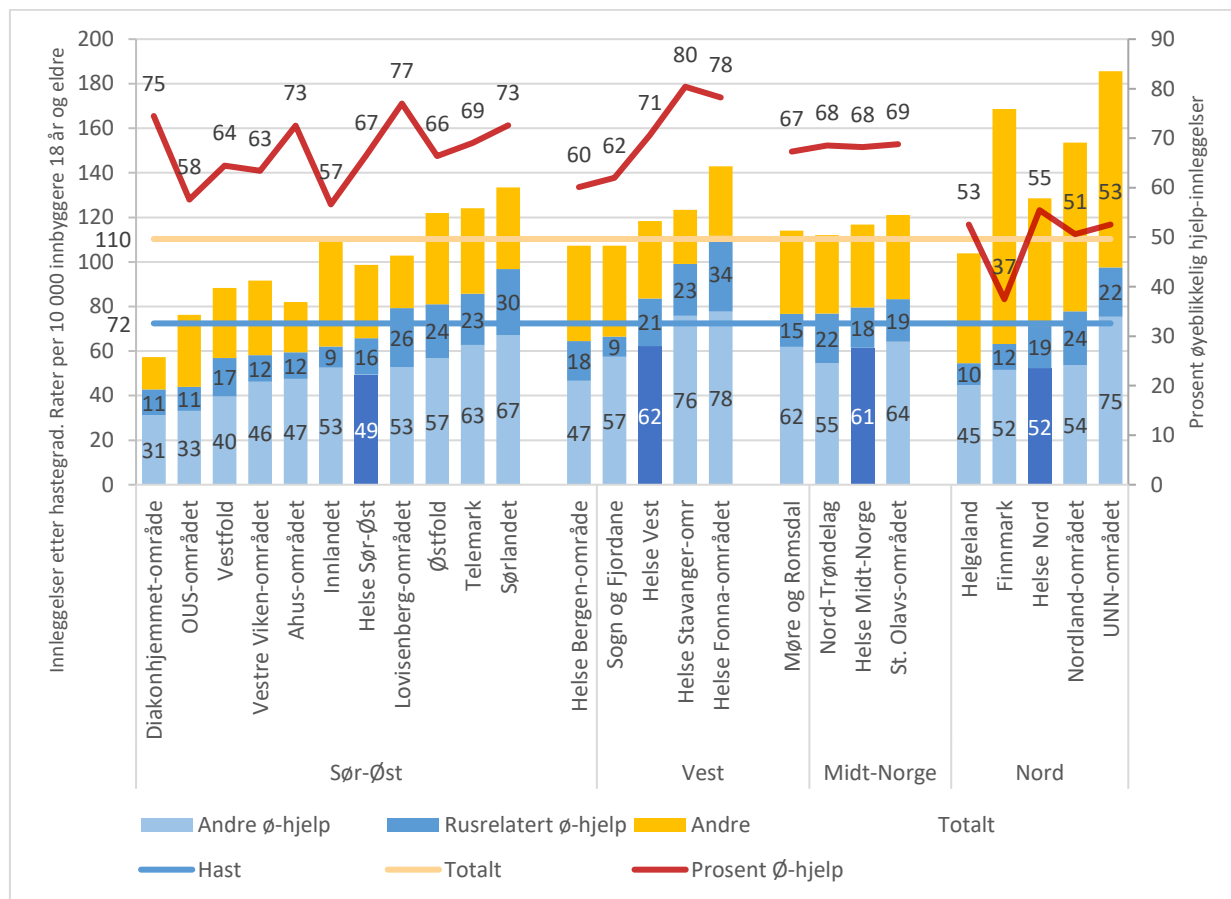
døgnbehandlingene⁴. Pasienter med rusproblematikk er i større grad representert blant øyeblikkelig hjelp-innleggelsene. Pasienter med en øyeblikkelig hjelp-innleggelse er i større grad etterfulgt av en ny øyeblikkelig hjelp-innleggelse innen 30 dager (reinnleggelse) og i særlig grad gjelder dette pasienter med rusproblematikk. Regionale tall for reinnleggelse er presentert tidligere, da med fokus på endringer over tid og i mindre grad regionale forskjeller (ibid.). Resultatene tydeliggjorde imidlertid at regionale forskjeller kan ha mange ulike forklaringer og krever en mer detaljert analyse for å gi et utfyllende bilde av hvilke reelle forskjeller indikatoren synliggjør. Dette kan både dreie seg om pasientens tilstand og om organisering av tjenesten. Samarbeidet om øyeblikkelig hjelp-tilbudet både innad i spesialisthelsetjenesten og med kommunalt akutttilbud er organisert ulikt og kan medføre regionale forskjeller som ikke gjenspeiler ulikt tilbud til pasientene. Reinnleggelse er en indikator som er mye analysert og modellert i litteraturen og noen av forklaringsfaktorene som påvirker sannsynligheten for reinnleggelse er pasientens funksjonsnivå og lidelsens alvorlighetsgrad som vi ikke har et godt nok informasjonsgrunnlag for her. Rusrelaterte akuttinnleggelse er dermed en indikator som belyser dette temaet tilstrekkelig i denne sammenhengen.

Akuttinnleggelse og spesielt de rusrelaterte akuttinnleggelse er behandlingstjenester som er kilde til økt uforutsigbarhet i behandlingsskapiteten. Rusrelaterte akuttinnleggelse utgjør om lag en fjerdedel av alle akuttinnleggelse og ratenivået for rusrelaterte akuttinnleggelse samvarierer med høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Videre er om lag 80 prosent av innleggelse med rusproblematikk øyeblikkelig hjelp-innleggelse.

Figur 3.5 viser rater for innleggelse etter hastegrad for foretaksområdene i 2017. Figur 3.6 viser tilsvarende tall for DPS-områdene. Foretakene organiserer øyeblikkelig hjelp-funksjonen innen rusbehandling på ulike måter og i noen foretak er dette fremdeles ivaretatt innen det psykiske helsevernet. I de fleste foretak er det imidlertid organisert som egne akuttplaner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling slik at disse resultatene som presenteres her i all hovedsak dreier seg om rusproblematikk i tillegg til den psykiske lidelsen. For foretaksområdene har vi derfor valgt å presentere egne ratetall for rusrelaterte akuttinnleggelse og for øvrige akuttinnleggelse. Vi har i tillegg lagt inn øvrige innleggelse og innleggelse totalt. I figuren har vi også lagt inn prosentandel øyeblikkelig hjelp-innleggelse (rød linje, høyere akse). Områdene er innen hver region sortert etter stigende rate for øyeblikkelig hjelp-innleggelse totalt.

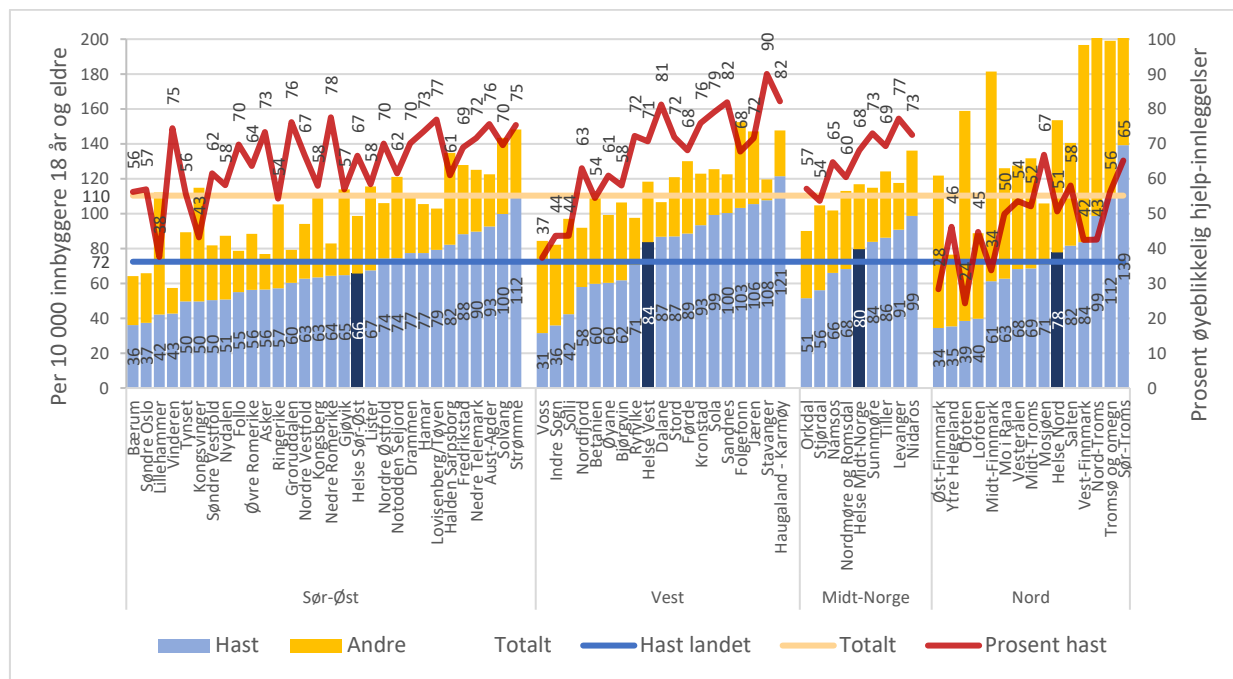
⁴ Forløp etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne. Analysenotat 03/2018 Samdata spesialisthelsetjenesten.

Figur 3.5 Innleggelser etter hastegrad. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.



Antall akuttinnleggelser med rusdiagnose øker med antall akuttinnleggelser totalt. Dersom vi måler forskjellene i akuttinnleggelser uten innleggelser som er angitt med rusdiagnose, reduseres forskjellene mellom de geografiske områdene. Omfanget av innleggelser med rusproblematikk kan dermed bidra til noen av forskjellene vi ser og det understreker behovet for å rette oppmerksomheten mot rusproblematikk hos pasientene.

Figur 3.6 Innleggelser etter hastegrad. DPS-områder 2017.



Det er ingen entydig sammenheng mellom øyeblikkelig hjelp-raten og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Andelen vil dels være bestemt ut fra øyeblikkelig hjelp-raten, dels ut fra omfanget av andre (elektive) innleggelser. På foretaksnivå har eksempelvis Helse Nord gjennomgående lav andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser, på tross av rater nær landsgjennomsnittet, ettersom regionen også har høye rater for elektive innleggelser. Omvendt har Diakonhjemmet-område høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser, på tross av lav rate for slike innleggelser, ettersom også den elektive raten er lav.

Helse Sør-Øst har en lavere, og Helse Vest har en høyere øyeblikkelig hjelp-rate enn de øvrige regionene. Helse Vest har en høyere, mens Helse Nord altså har en lavere andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser enn de andre regionene.

Det er relativt store forskjeller i øyeblikkelig hjelp-raten mellom foretaksområdene. Gini-indeksen er på 13,6. Helse Fonna-området har mer enn 2,5 ganger så mange akuttinnleggelser som Diakonhjemmet-området. Forskjellene reduseres noe hvis rusrelaterte akuttinnleggelser holdes utenfor (Gini=12,8).

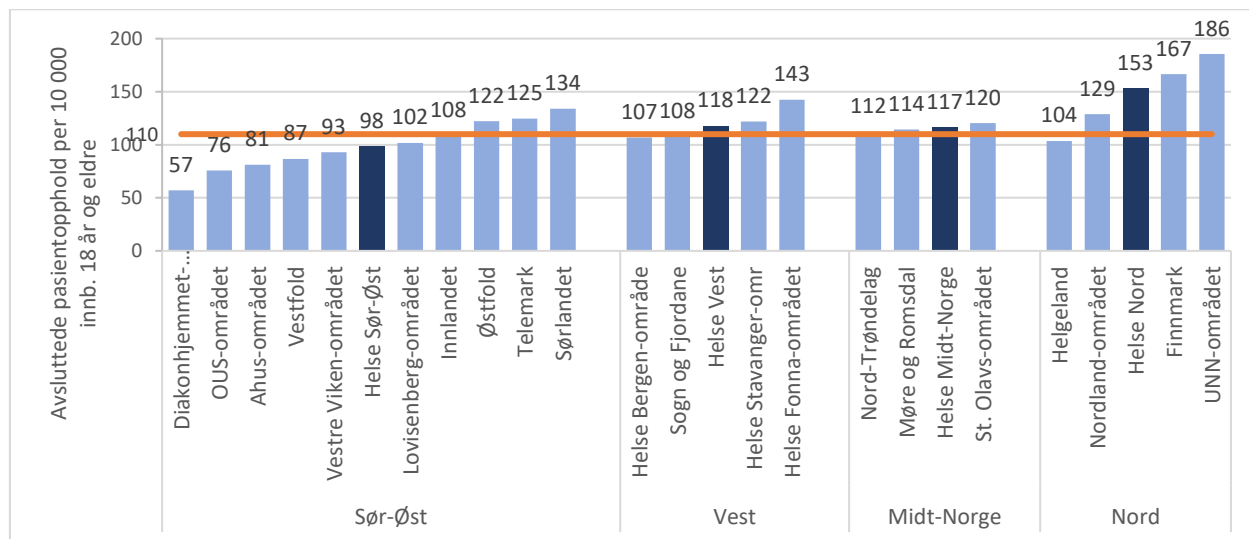
Forskjellene reduseres hvis vi i stedet ser på andelen akuttinnleggelser. Det er likevel forskjeller i størrelsen 1:2 mellom Finnmark og Stavanger-området.

Med en Gini-indeks på 17,6 for øyeblikkelig hjelp-raten er forskjellene betydelig større mellom DPS-områder enn mellom foretaksområdene. Sør-Troms har mer enn fire ganger så mange akuttinnleggelser som Voss.

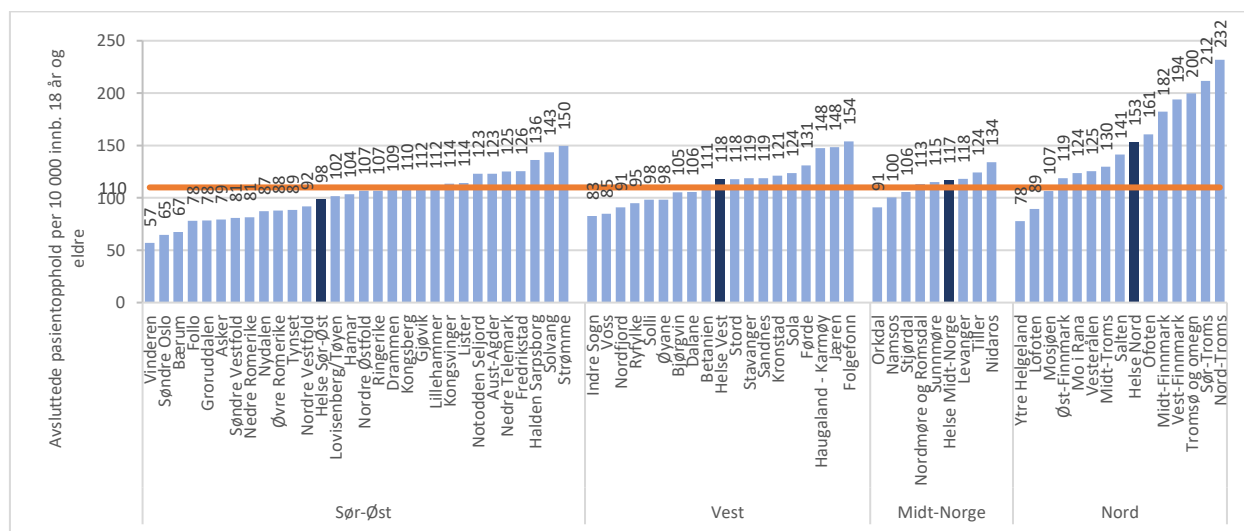
Avsluttede pasientopphold

Figur 3.7 viser rater for avsluttede pasientopphold fordelt på foretaksområder. Figur 3.8 viser den tilsvarende fordelingen for DPS-områdene.

Figur 3.7 Avsluttede pasientopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.



Figur 3.8 Avsluttede pasientopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. DPS-områder 2017.



Helseregion Sør-Øst har noen færre og Helse Nord betydelig flere avsluttede pasientopphold enn de øvrige regionene.

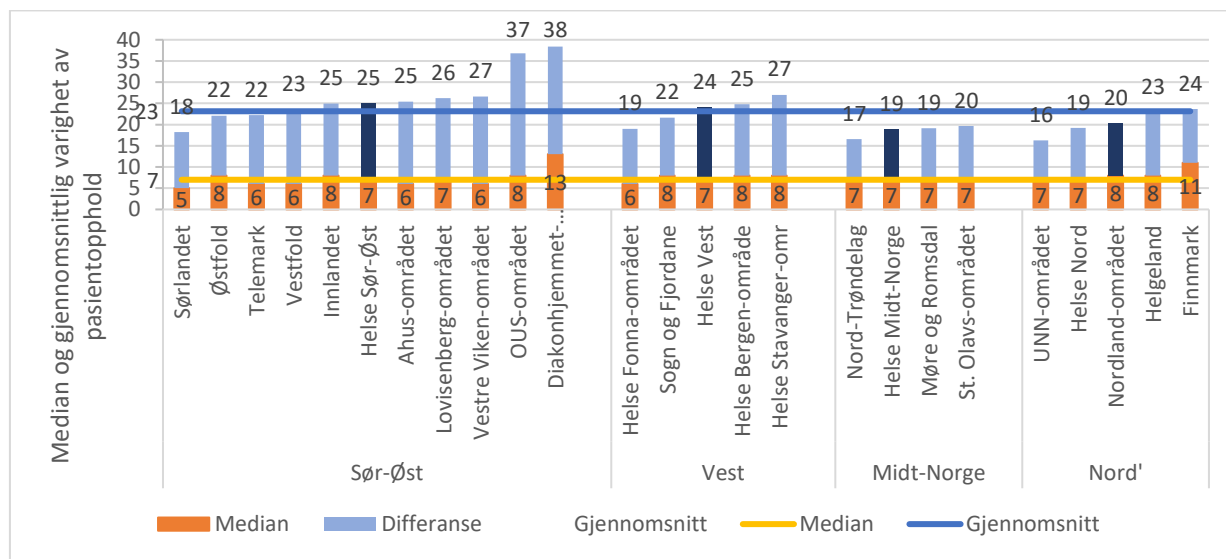
For foretaksområdene er Gini-indeksen for pasientopphold (Gini=12,4) betydelig større enn tilsvarende indeks for oppholdsdøgn (8,1). Den er også betydelig større enn tilsvarende indeks for somatiske sykehusopphold (Gini=6,1). UNN-området har en rate mer enn tre ganger større enn Diakonhjemmet-området. Forskjellene gjenspeiler ulik bruk av kapasiteten: Noen områder har flere, men korte gjennomsnittlige opphold, andre har færre men lengre opphold. Dette blir nærmere omtalt nedenfor.

Brutt ned på DPS-områder stiger forskjellene ytterligere. Gini-indeksen er på 14,2, og Nord-Troms har en rate 4 ganger raten for Vinderen.

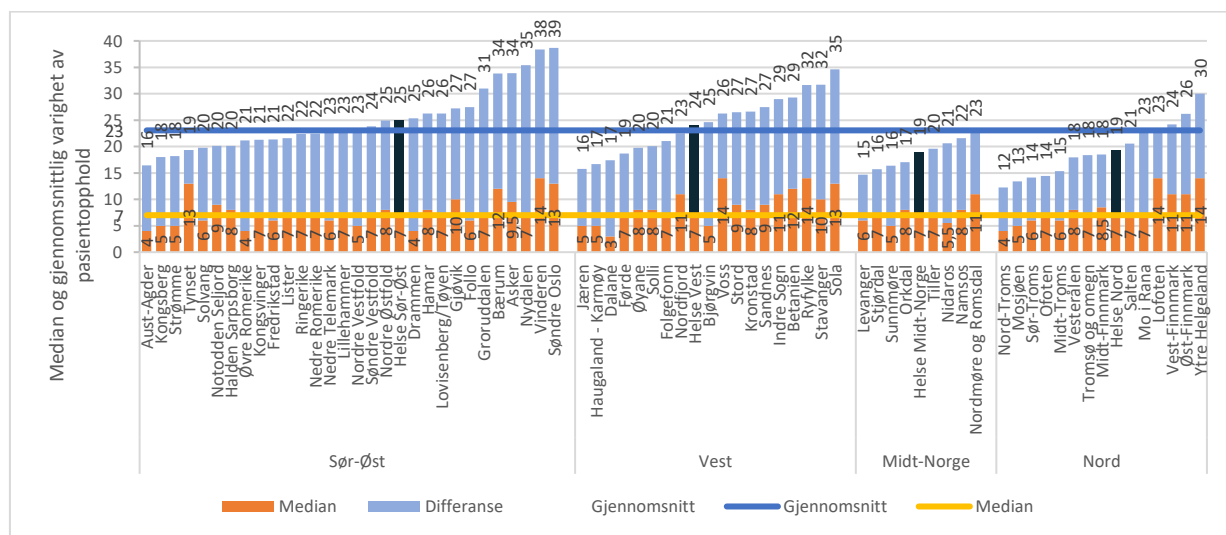
Gjennomsnittlig og median varighet av pasientoppholdene

Figur 3.9 viser gjennomsnittlig (blå pluss oransje søyle) og median varighet av oppholdene (oransje søyle) for foretaksområdene. Figur 3.10 viser tilsvarende tall for DPS-områdene. Vi har også tegnet inn linjer for median og gjennomsnitt på landsbasis.

Figur 3.9 Median og gjennomsnittlig varighet av pasientoppholdene. Foretaksområder 2017.



Figur 3.10 Median og gjennomsnittlig varighet av pasientopphold. DPS-områder 2017.



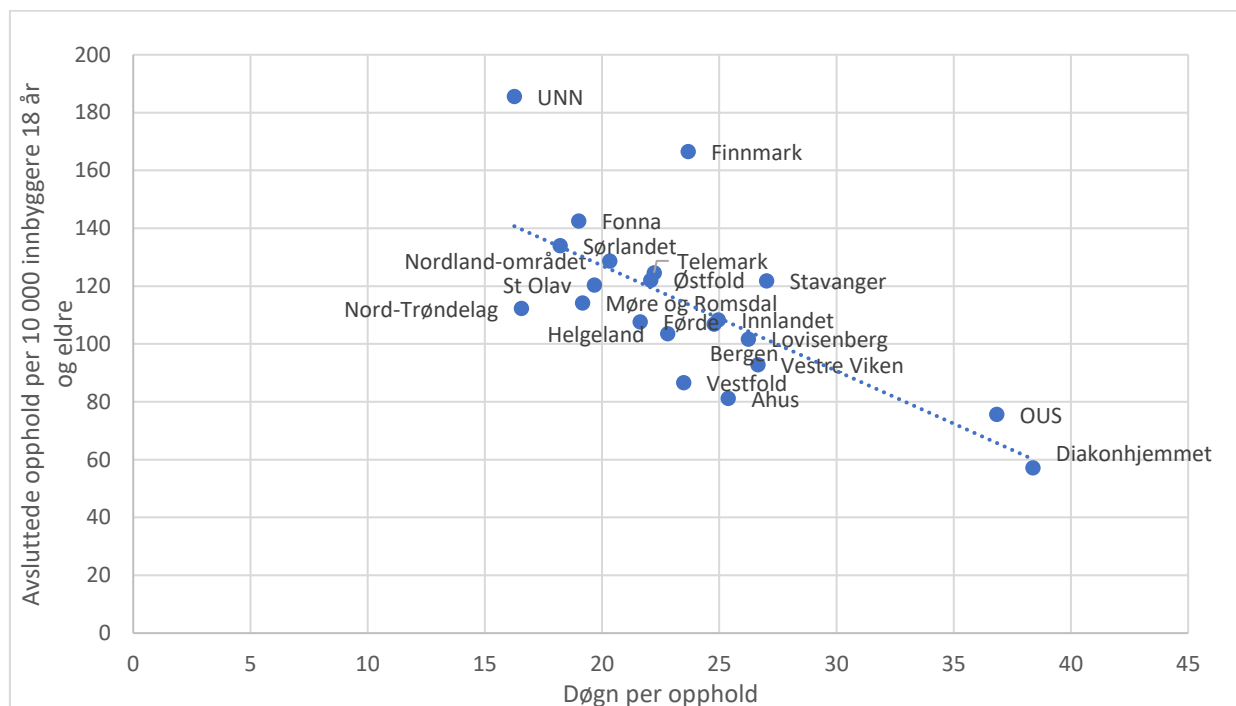
Helse Sør-Øst og Helse Vest har gjennomgående noe lenger gjennomsnittlig varighet av opphold enn Helse Midt-Norge og Helse Nord. Forskjellene er likevel begrenset, og alle regioner har en median varighet på 7 døgn.

For foretaksområdene er det betydelige forskjeller i gjennomsnittlig varigheten av oppholdene, fra 38 dager i Diakonhjemmet-området til 17 dager i Nord-Trøndelag. Med få unntak er imidlertid median varighet på samme nivå (6-8 døgn) i de fleste foretaksområder.

Brutt ned på DPS-områdene finner man langt større forskjeller, både i gjennomsnittlig, men særlig i median varighet av oppholdene. Gjennomsnittlig varighet i Søndre Oslo er mer enn tre ganger den vi finner i Nord-Troms. Medianen varierer mellom 14 dager på Vinderen, på Voss og i Lofoten til 3 dager for Dalane.

Figur 3.11 illustrerer sammenhengen mellom gjennomsnittlig varighet av oppholdene og raten for døgnopphold for foretaksområdene. Det er en høy negativ korrelasjon mellom døgn per opphold og raten for avsluttede opphold ($r=-0,71$)⁵.

Figur 3.11 Sammenhengen mellom døgn per opphold og rate for opphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.

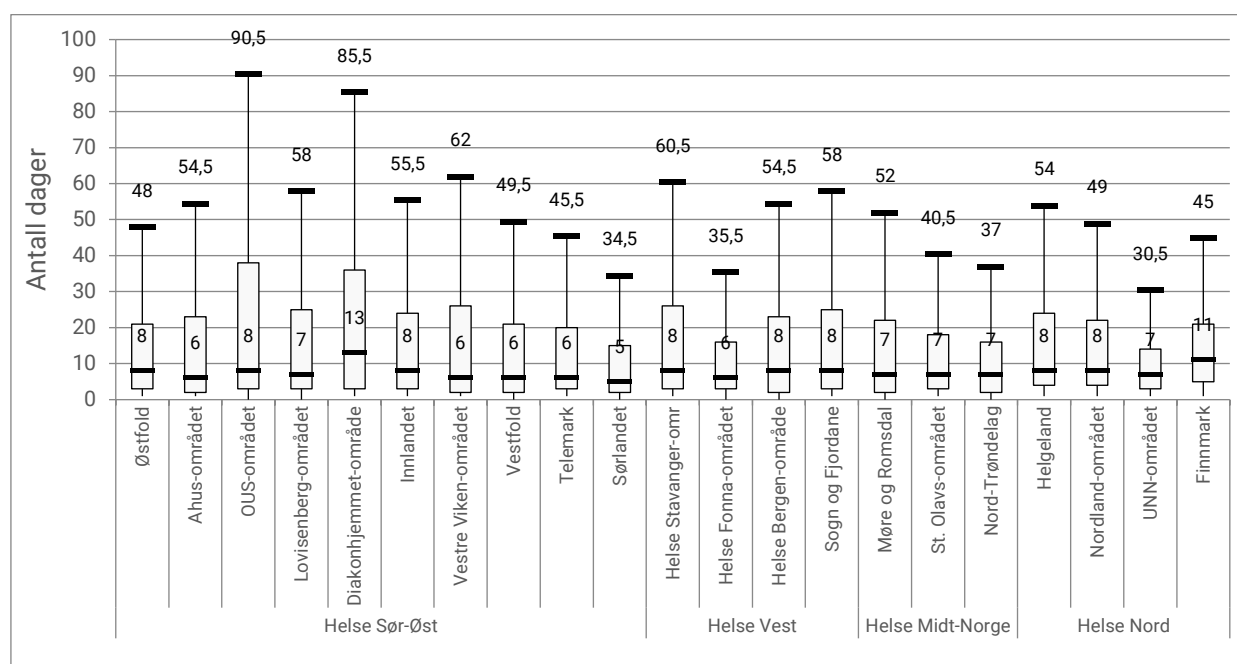


Forskjellene i gjennomsnittlig varighet gjenspeiler at en i enkelte områder har en langt høyere andel pasienter med svært lange opphold. Dette er illustrert for foretaksområdene i figur 3.12 nedenfor.

Figur 3.12 viser spredningen i varighet mellom foretakene. Boksen representerer 50 prosent av oppholdene. Linjen viser estimert 95 prosentil hvor 95 prosent av oppholdene ligger innenfor.

⁵ Diakonhjemmet og OUS har sterkt avvikende verdier for varighet av oppholdene. Selv om disse holdes utenfor får vi en r på -0,54.

Figur 3.12 Varigheten av døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne. Boksplott etter bostedsområder for 2017. Median og trimpunkt (estimert 95 prosentil) er tallfestet for hvert område.



Den lange gjennomsnittlige varigheten i OUS-området og Diakonhjemmet-området, gjenspeiler delvis at disse har flere pasienter med noe lenger opphold også blant de 50 prosent midterste oppholdene, men særlig at de har noen opphold med svært lang varighet.

Forskjellene i varigheten av døgnbehandlingen avhenger til en viss grad av hvilke pasientgrupper som mottar døgnbehandlingen. En gruppering av pasientoppholdene etter hvilken hovedtilstand som ble registrert som utskrivningsdiagnose for døgnbehandlingen, gir mulighet for å sammenligne døgnbehandlinger for samme type lidelse på hvers av de ulike geografiske områdene. Diagnosegruppene gir en stratifisering av pasientpopulasjonen som mottar behandlingstjenester fra psykisk helsevern dette året⁶.

⁶ Diagnosegrupper er basert på hovedinndelingen av kapittel V - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99) i kodeverket ICD 10 ICD-10 (Klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer).

Tabell 3.3 Median varighet (antall dager) av døgnbehandling etter utskrivningsdiagnose i psykisk helsevern. Pasientopphold etter bostedsregion i 2017.

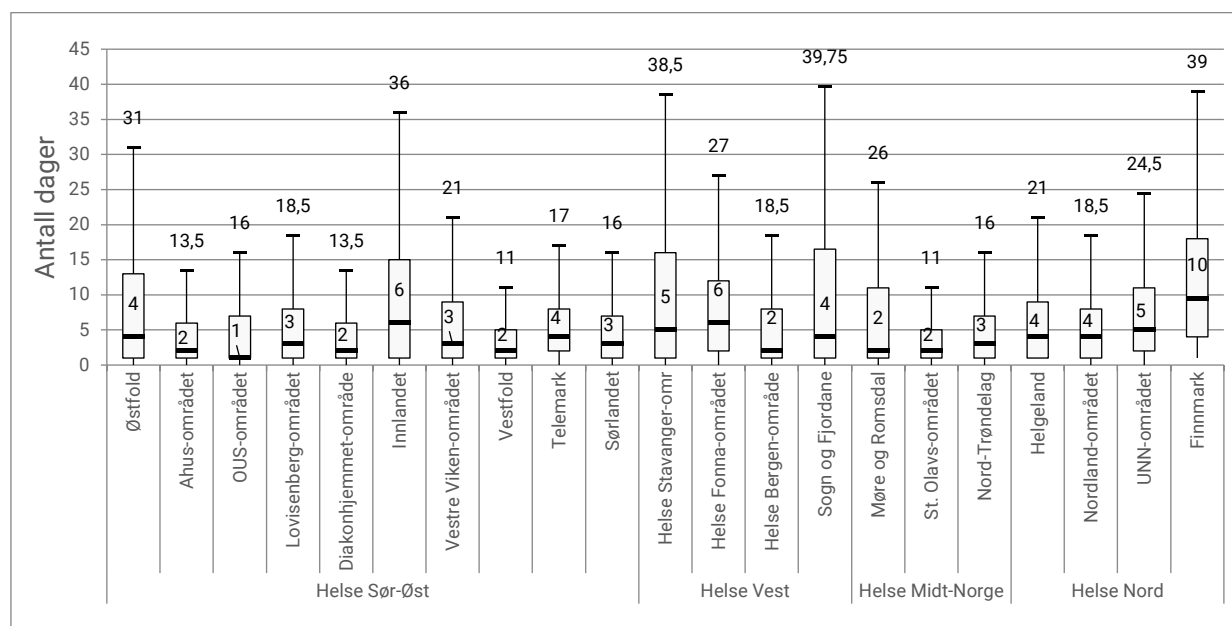
Utskrivningsdiagnose	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Samlet
Organiske lidelser (F0)	13	11	10	10	12
Rusproblematikk (F1)*	3	4	2	5	3
Schizofrenier (F2)*	10	8	8	7	8
Affektive lidelser(F3)*	14	13	13	10	13
Nevrotiske lidelser(F4)*	6	7	7	9	7
Personlighetsforstyrrelser (F6)*	4	4	4	5	4
Hyperkin. forst. og atferdsforst (F9)	5	7	5	11	6
Z-diagnoser og R-diagnoser(*)	3	4	4	7	4
Totalt	7	7	7	7	7

*Signifikant forskjell i varigheten av døgnbehandling mellom regionene ($\alpha=5$ prosent)

Tabell 3.3 viser at det er forskjeller mellom regionene i median varighet av døgntilbudet som tilbys befolkningen. Unntaket er døgnbehandling for pasienter som utskrives med organiske lidelser som hoveddiagnose. I figur 3.14 - figur 3.18 er varigheten av døgnbehandlingen presentert for de største diagnosegruppene.

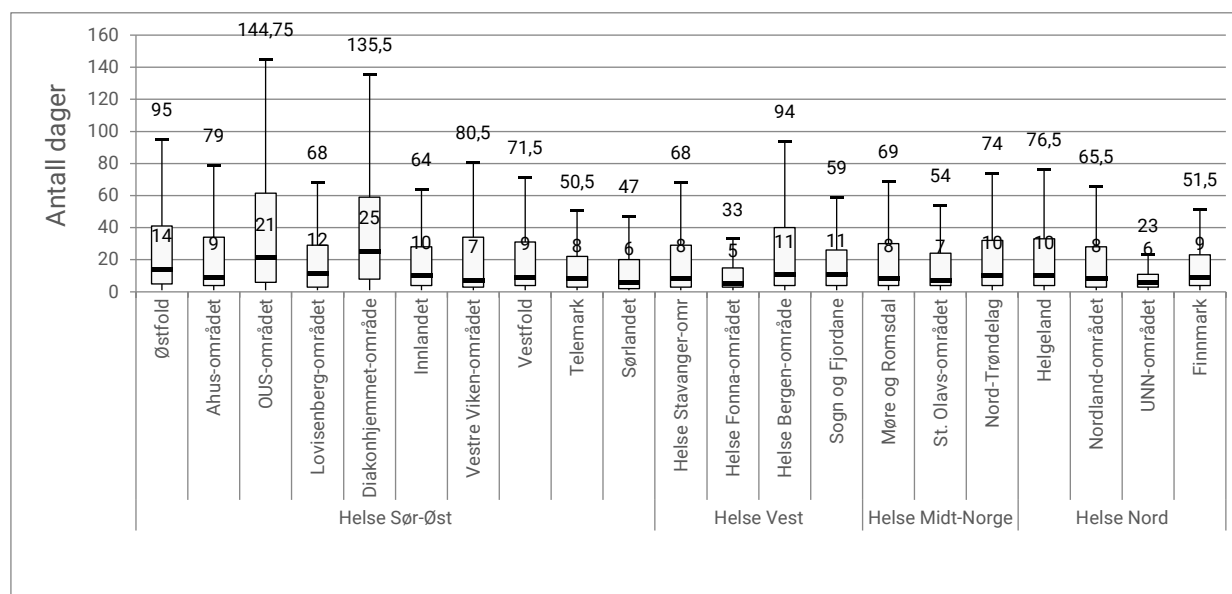
I Helse Sør-Øst og Helse Nord er det betydelige forskjeller mellom de ulike områdene når det gjelder varigheten av døgnbehandlingen for de ulike diagnosegruppene. I Helse Vest er det også forskjeller i median varighet av døgnbehandlingen i de fire områdene. Unntaket er pasienter som skrives ut fra døgnbehandling med organiske lidelser eller nevrotisk lidelse som hovedtilstand. I Helse Midt-Norge er det små forskjeller i behandlingens lengde for de ulike diagnosegruppene. Unntaket er døgnbehandling ved organiske lidelser og ruslidelser hvor det er forskjeller mellom de tre områdene i regionen. Videre har pasienter som skrives ut med rusproblematikk som hovedtilstand kortere døgnbehandling i denne regionen sammenlignet med i de øvrige regionene.

Figur 3.14 Varigheten av døgnbehandling for rusproblematikk (ICD 10: F10-F19) i psykisk helsevern for voksne. Boksplott etter bostedsområder for 2017. Median og trimpunkt (estimert 95 prosentil) er tallfestet for hvert område.



I Helse Midt-Norge er varigheten av døgnbehandling ved rusproblematikk kortere sammenlignet med i de andre regionene, og innad i regionen er det små forskjeller i behandlingens lengde til denne pasientgruppen. I de øvrige regionene er det forskjeller i behandlingens lengde mellom områdene når det gjelder utskrivninger med rusproblematikk som hovedtilstand.

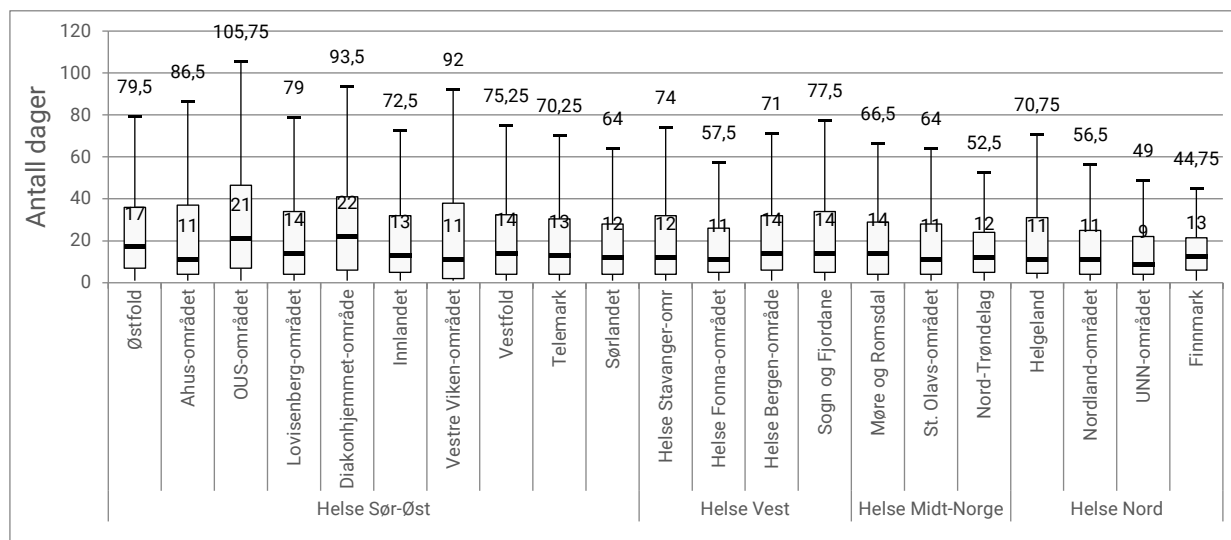
Figur 3.15 Varigheten av døgnbehandling for schizofreni (ICD 10:F20-F29) i psykisk helsevern for voksne. Boksplott etter bostedsområder for 2017. Median og trimpunkt (estimert 95 prosentil) er tallfestet for hvert område.



Det er forskjeller i behandlingens lengde i tilbudet om sammenhengende døgnbehandling for schizofrenilidelser for pasientene bosatt i de ulike foretaksområdene, unntatt for foretaksområdene i Midt-Norge. I Midt-Norge tilbys pasientene om lag samme varighet på døgnbehandlingen for denne lidelsen, uavhengig av hvor i regionen pasienten er bosatt. I Sør-Øst er det OUS-området og

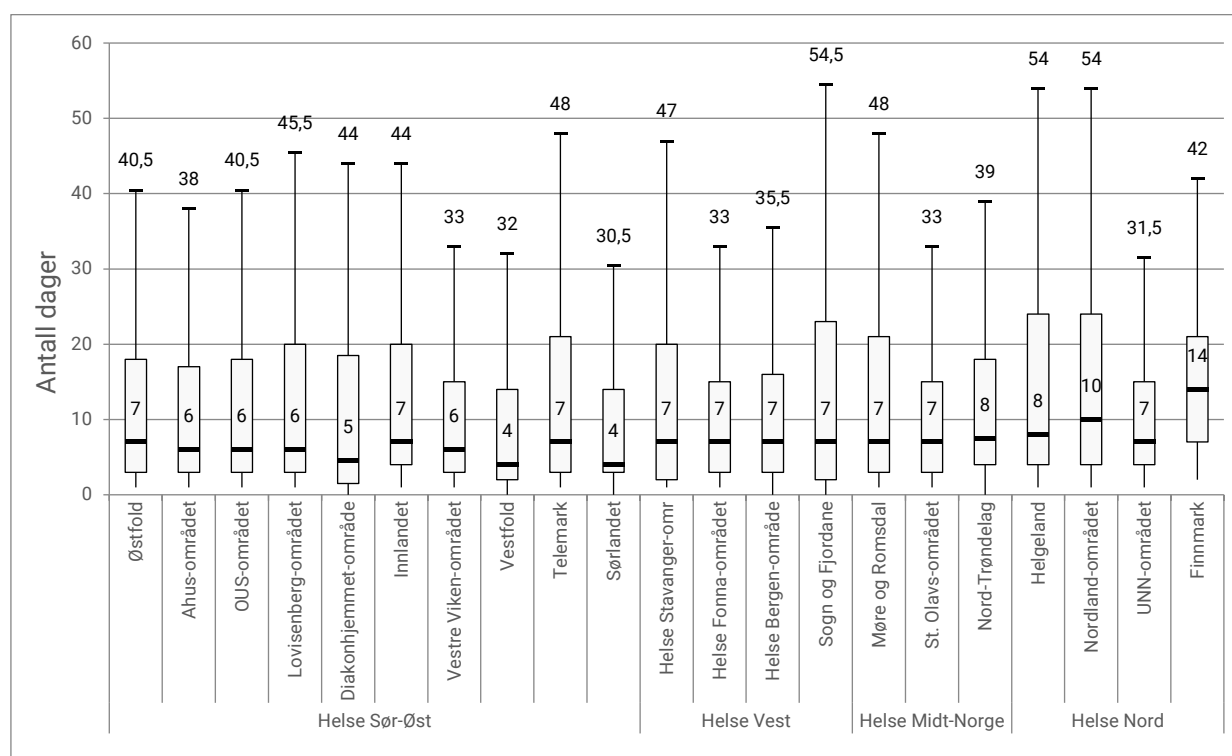
Diakonhjemmet-området som fremstår med de lengste døgntilstandene for denne tilstanden. Her er halvparten av døgnoppholdene på 3 uker eller lengre, mens varigheten på nasjonalt nivå er på 8 dager for denne pasientgruppen. I noen områder tilbys det korte døgntilstander for pasienter som er i behandling for schizofrenilidelser, og det gjelder Helse Fonna-området og UNN-området.

Figur 3.16 Varigheten av døgntilstand for affektive lidelser (ICD 10:F30-F39) i psykisk helsevern for voksne. Boksplott etter bostedsområder for 2017. Median og trimpunkt (estimert 95 prosentil) er tallfestet for hvert område.



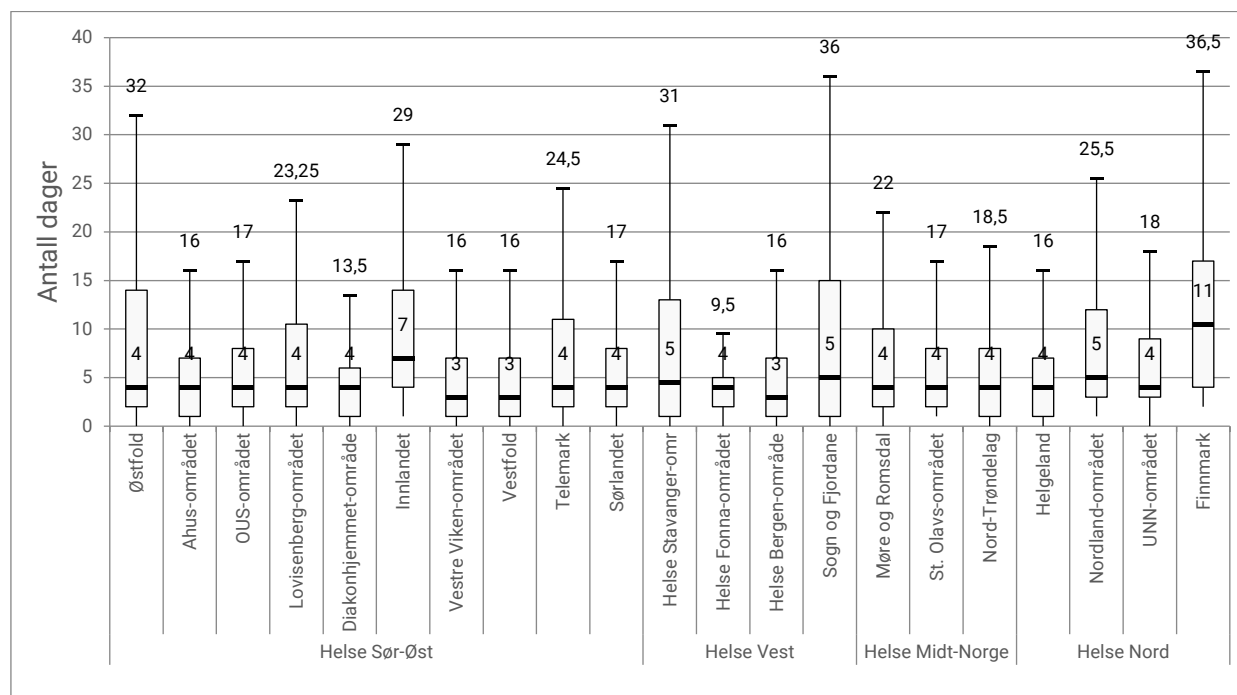
Det er forskjeller i behandlingens lengde også for pasienter i døgntilstand for affektive lidelser for de ulike foretaksområdene unntatt for foretaksområdene i Midt-Norge. I Midt-Norge er foretakene samstemte med hensyn til døgntilstandens varighet. I Sør-Øst er OUS-området og Diakonhjemmet-området de områdene som har de lengste døgntilstandene også for denne pasientgruppen. Denne pasientgruppen har imidlertid gjennomgående lengre døgntilstander enn de øvre pasientgruppene. Dette gjenfinnes i de fleste områdene. Nasjonalt sett er halvparten av pasientene skrevet ut etter 13 dager.

Figur 3.17 Varigheten av døgnbehandling for nevrotiske lidelser (ICD 10:F40-F48) i psykisk helsevern for voksne. Boksplott etter bostedsområder for 2017. Median og trimpunkt (estimert 95 prosentil) er tallfestet for hvert område.



Det er forskjeller i behandlingens lengde for pasienter i døgnbehandling for nevrotiske lidelser i de ulike foretaksområdene i Sør-Øst og Nord. I Sør-Øst er forskjellene kjennetegnet ved at noen områder gjennomgående har kortere døgnbehandlinger sammenlignet med de øvrige. I Nord er det i større innslag av lange døgnbehandlinger som ligger bak forskjellene. Denne pasientgruppen har en median behandlingens lengde på 7 dager nasjonalt sett. I Vest og i Midt-Norge er det små forskjeller i varigheten av døgnbehandling ved nevrotiske lidelser mellom foretaksområdene.

Figur 3.18 Varigheten av døgnbehandling for personlighetsforstyrrelser (ICD 10:F60-F69) i psykisk helsevern for voksne. Boksplott etter bostedsområder for 2017. Median og trimpunkt (estimert 95 prosentil) er tallfestet for hvert område.

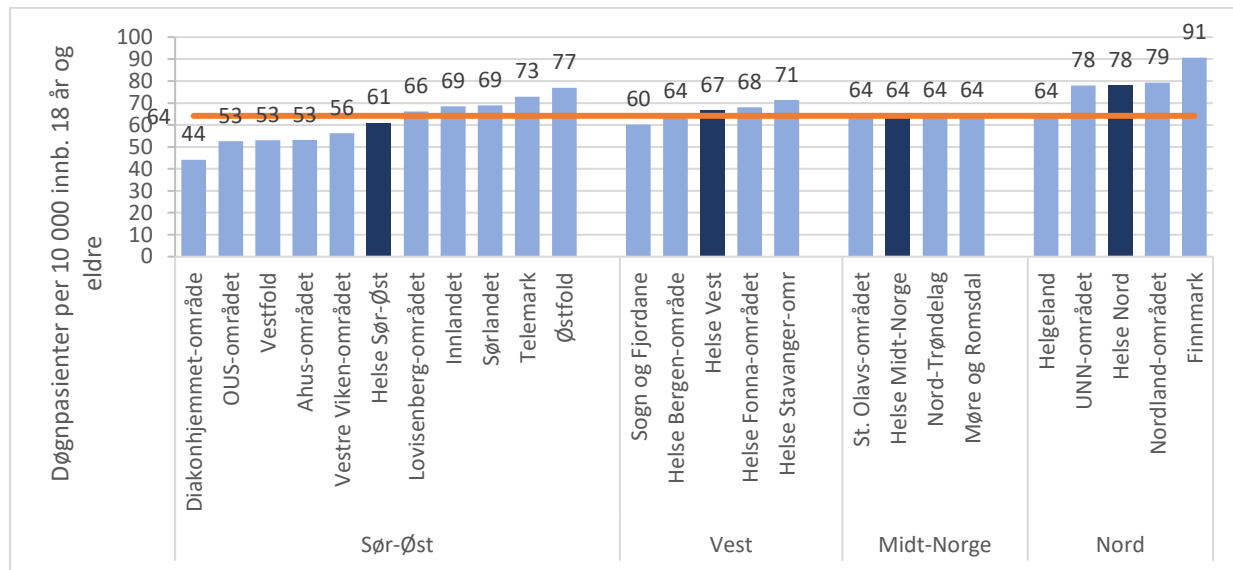


Det er forskjeller i behandlingens lengde for pasienter i døgnbehandling for personlighetsforstyrrelser i de ulike foretaksområdene, med unntak av i Helse Midt-Norge. I Sør-Øst er forskjellene kjennetegnet ved at noen områder gjennomgående har lengre døgnbehandlinger sammenlignet med de øvrige. Dette gjelder også i Vest og i Nord. Dette er en pasientgruppe som i stor grad har korte opphold, men som til gjengjeld har flere opphold. Hvorvidt korte opphold er gunstig avhenger av på hvilken måte pasienten avslutter behandlingen og i hvilken grad det gjennomføres oppfølging uten innleggelse fra institusjonens side. Dersom pasienten ønsker å ta imot behandling og dette kan tilbys av institusjonen, er dette i seg selv et gode for pasient. Denne pasientgruppen har en median behandlingens lengde på 4 dager nasjonalt sett.

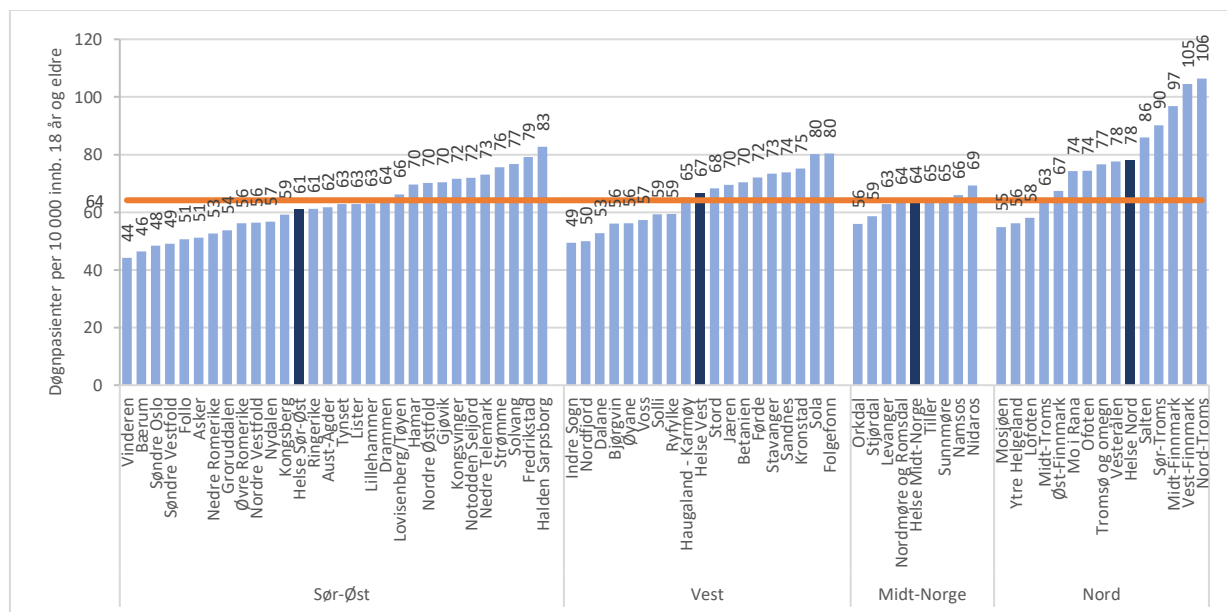
Rater for døgnpasienter

Figur 3.19 viser rater for døgnpasienter fordelt på foretaksområder i 2017. Figur 3.20 viser de tilsvarende ratene for DPS-områdene.

Figur 3.19 Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.



Figur 3.20 Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. DPS-områder 2017.



Helse Nord har gjennomgående en høyere rate for antall døgnpasienter enn de øvrige regionene. Disse ligger på om lag samme nivå.

Med en Gini-indeks på 7,9 er forskjeller i antall døgnpasienter mellom foretaksområdene på samme nivå som for antall oppholdsdøgn. Finnmark har likevel dobbelt så høy pasientrate som Diakonhjemmet-området.

Igjen er forskjellene noe større mellom DPS-områdene enn mellom foretaksområdene. Gini-indeksen er på 9,8. Sett i forhold til folketallet har Nord-Troms nær 4 ganger så mange døgnpasienter som Vinderen.

Aktivitet ved poliklinikker og hos avtalespesialister

I tabell 3.4 har vi ført opp tall for forskjeller i tilbudet innen poliklinikker, hos avtalespesialister og for poliklinikker og avtalespesialister samlet, fordelt på foretaksområder. Tallet på pasienter totalt i psykisk helsevern vil langt på vei være bestemt av aktiviteten ved poliklinikker og hos avtalespesialistene. Vi har derfor også satt inn tall for dette. Tabell 3.5 viser de tilsvarende fordelingene for DPS-områdene. Enkelte kommuner er delt mellom flere DPS-områder. For avtalespesialistene mangler vi informasjon om bydel. For noen DPS-områder har vi derfor måttet estimere fordelingen ut fra folketallet⁷.

Tabell 3.4 Geografiske forskjeller i behandlingstilbudet ved poliklinikker og hos avtalespesialister. Per 10 000 innb. 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.

Virksomhet	Indikator	Minimum	Maksimum	Maks/min	Landet	CV	Gini
Poliklinikker	Kontakter	3 544	7 714	2,18	4 420	0,21	9,6
	Pasienter	273	474	1,73	348	0,14	7,2
	Kontakt/pas.	9,8	16,7	1,7	12,7	0,14	
Avtalespesialister	Kontakter	384	4 258	11,10	1 506	0,62	26,2
	Pasienter	25	245	9,67	119	0,44	19,9
	Kontakt/pas.	7,7	17,4	2,26	12,7	0,21	
Poliklinikker og avtale samlet	Kontakter	4 387	11 972	2,73	5 926	0,28	10,2
	Pasienter	367	672	1,83	450	0,13	5,6
	Kontakt/pas.	9,9	17,8	1,80	13,2	0,16	
Totalt	Pasienter	378	678	1,80	463	0,12	5,5

Tabell 3.5 Geografiske forskjeller i behandlingstilbudet ved poliklinikker og hos avtalespesialister. Per 10 000 innb. 18 år og eldre. DPS-områder 2017.

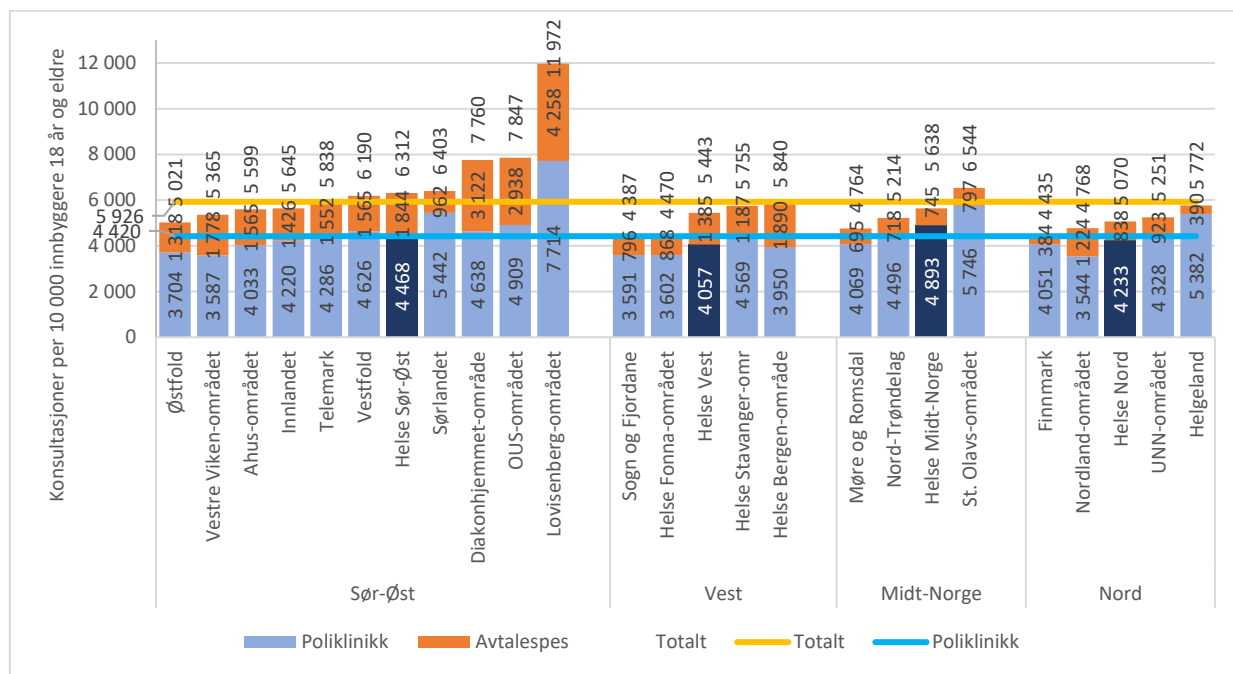
Virksomhet	Indikator	Minimum	Maksimum	Maks/min	Landet	CV	Gini
Poliklinikker	Kontakter	2 572	7 714	3,00	4 420	0,23	12,6
	Pasienter	241	516	2,14	348	0,18	9,5
	Kontakt/pas.	9,0	19,8	2,20	13	0,16	
Avtalespesialister	Kontakter	16	4 231	264,51	1 506	0,52	30,4
	Pasienter	4	247	60,51	119	0,44	24,0
	Kontakt/pas.	3,5	23,2	6,64	13	0,25	
Poliklinikker og avtale samlet	Kontakter	3 233	11 945	3,69	5 926	0,22	12,7
	Pasienter	329	672	2,04	449	0,12	7,5
	Kontakt/pas.	9	18	1,88	13	0,15	
Totalt	Pasienter	341	679	2,00	463	0,12	7,4

⁷ Dette gjelder fordelingen mellom Nydalen og Søndre Oslo i Oslo, mellom Stavanger og Sola i Stavanger, fordelingen mellom Kronstad, Solli, Betanien og Bjørgvin i Bergen, samt mellom Nidaros og Tiller i Trondheim.

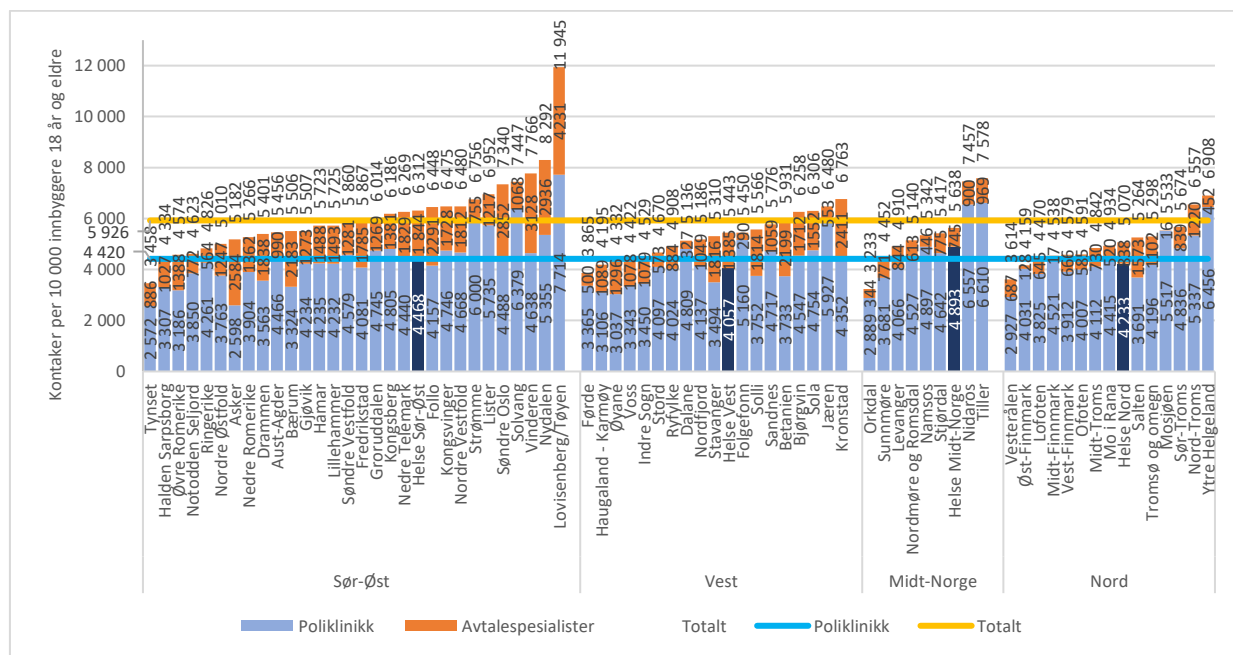
Kontakter ved poliklinikker og hos avtalespesialister

Figur 3.21 viser antall kontakter ved poliklinikker og hos avtalespesialister per 10 000 innbyggere 18 år og eldre fordelt på foretaksområder i 2017. Figur 3.22 viser den tilsvarende fordelingen for DPS-områdene. I figurene har vi også tegnet inn raten for poliklinikkene og avtalespesialistene samlet.

Figur 3.21 Polikliniske kontakter, kontakter hos avtalespesialister og kontakter totalt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.



Figur 3.22 Polikliniske kontakter, kontakter hos avtalespesialister og kontakter totalt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. DPS-områder 2017.



Med en Gini-indeks for foretaksområdene på 9,6 er det klare forskjeller i kontaktraten for poliklinikkene. Den høyeste raten er mer enn dobbelt så stor som den laveste raten. Det mest i

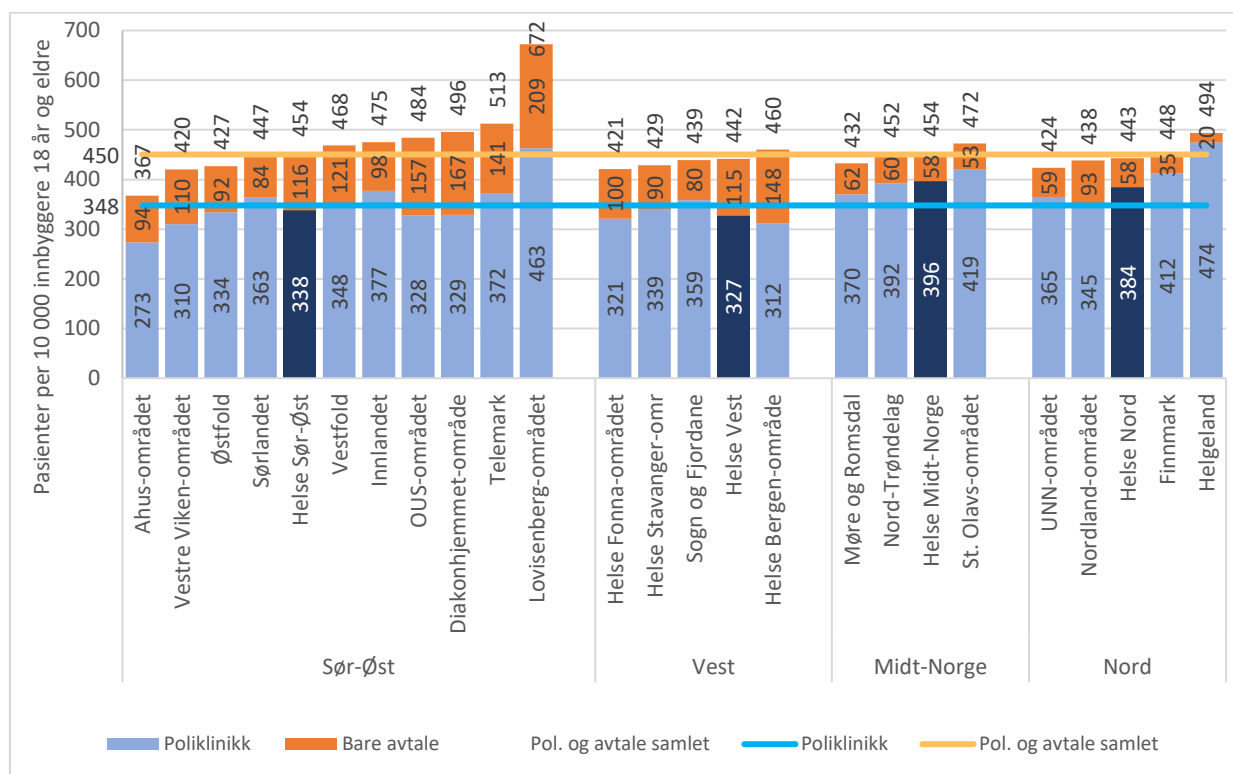
øyenfallende er imidlertid den skjeve geografiske fordelingen av tilbudet hos avtalespesialistene. Med en Gini-indeks på 26,2 og et forholdstall mellom høyeste og laveste verdi på 11:1. Ser vi tilbudet ved poliklinikker og avtalespesialister under ett, er Gini-indeksen høyere enn for poliklinikkene alene. Høye rater for avtalespesialistene finner vi i hovedsak i Helse Sør-Øst, spesielt i Oslo. Lovisenbergområdet skiller seg ut med de desidert høyeste ratene både for avtalespesialister og for poliklinikker. Rater for avtalespesialistene godt over landsgjennomsnittet finner vi også for Stavanger-, Bergen- og Nordlandsområdene.

Forskjellene øker ytterligere når tallene brytes ned på DPS-områder. For poliklinikkene er Gini-indeksen 12,6, for avtalespesialistene 30,4, mens samleindeksen fortsatt er på 12,7.

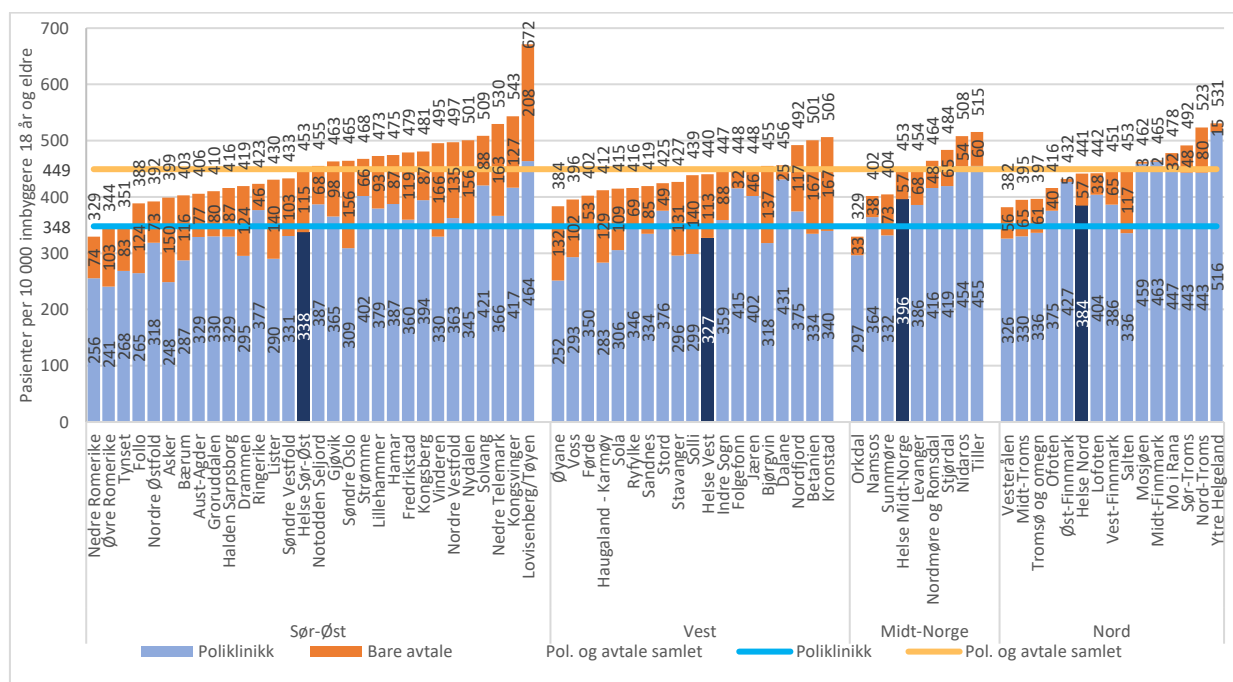
Pasienter ved poliklinikker og hos avtalespesialister

Figur 3.23 viser pasientrater for poliklinikker og hos avtalespesialister fordelt på foretaksområder i 2017. Figur 3.24 viser de tilsvarende ratene for DPS-områdene.

Figur 3.23 Polikliniske pasienter, pasienter hos avtalespesialister og pasienter ved poliklinikker og hos avtalespesialister samlet. Foretaksområder 2017.



Figur 3.24 Polikliniske kontakter, kontakter hos avtalespesialister og kontakter ved poliklinikker og hos avtalespesialister samlet. DPS-områder 2017.



Helse Midt-Norge og Helse Nord har gjennomgående høyere pasientrater for poliklinikkene enn de øvrige regionene. Samtidig har Helse Vest og særlig Helse Sør-Øst høyere rater for pasienter hos avtalespesialistene. Sees disse tilbudene under ett er det bare små forskjeller i pasientraten mellom regionene.

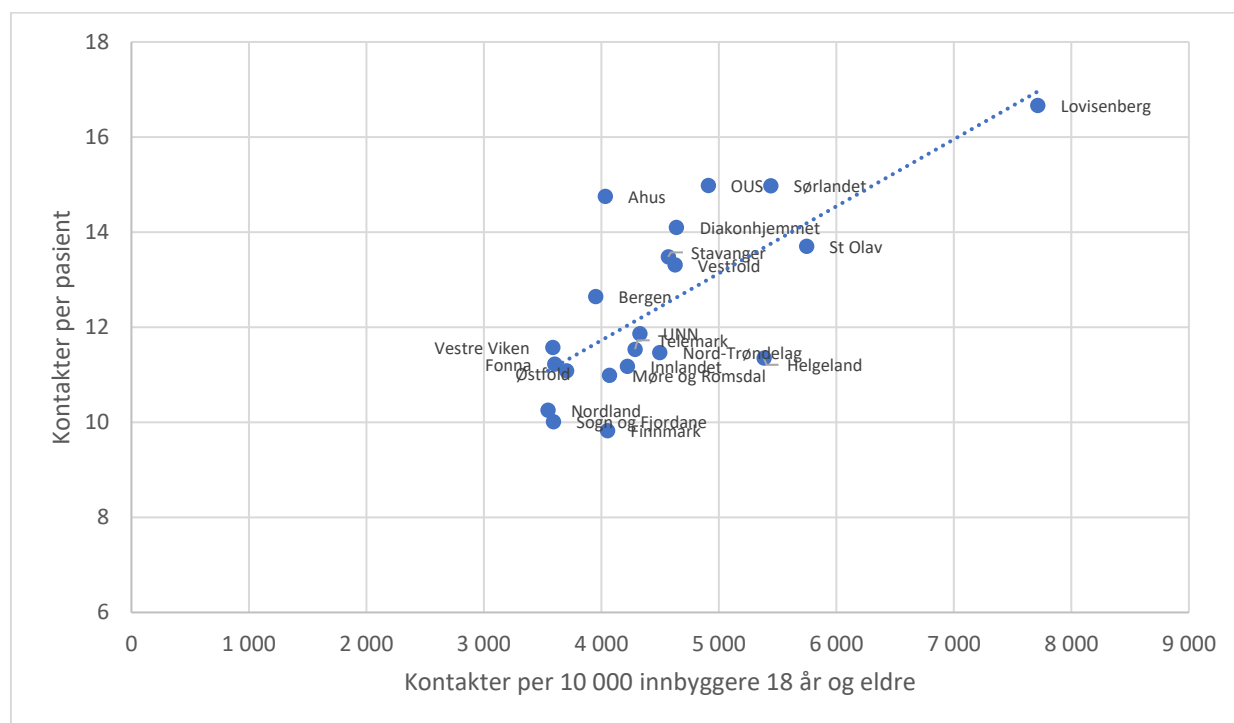
For foretaksområdene er det mindre forskjeller i pasientratene både ved poliklinikkene (Gini=7,2), hos avtalespesialistene (Gini=19,9) og totalt (Gini=5,6) enn det vi fant for kontaktasjonsratene. Det er imidlertid fortsatt betydelige forskjeller i ratene for avtalespesialistene. Målt ved pasientraten gir tilbudet hos avtalespesialistene likevel en utjevning av det samlede tilbudet, sammenlignet med tilbudet ved poliklinikkene alene.

De mindre forskjellene i pasientraten enn i kontaktraten gjenspeiler færre konsultasjoner per pasient i områder med lave rater. Dette gjelder både for poliklinikkene ($r=0,58$), for avtalespesialistene ($r=0,86$) og for kontaktene samlet ($r=0,87$). Den høye korrelasjonen for avtalespesialistene gjenspeiler særlig mange konsultasjoner per pasient ved foretaksområdene i Oslo. Antall kontakter per pasient i løpet av et år varierer fra 9,8 til 16,7 ved poliklinikkene, fra 7,7 til 17,4 hos avtalespesialistene. Samlet varierer tallet på kontakter fra 9,9 til 17,8.

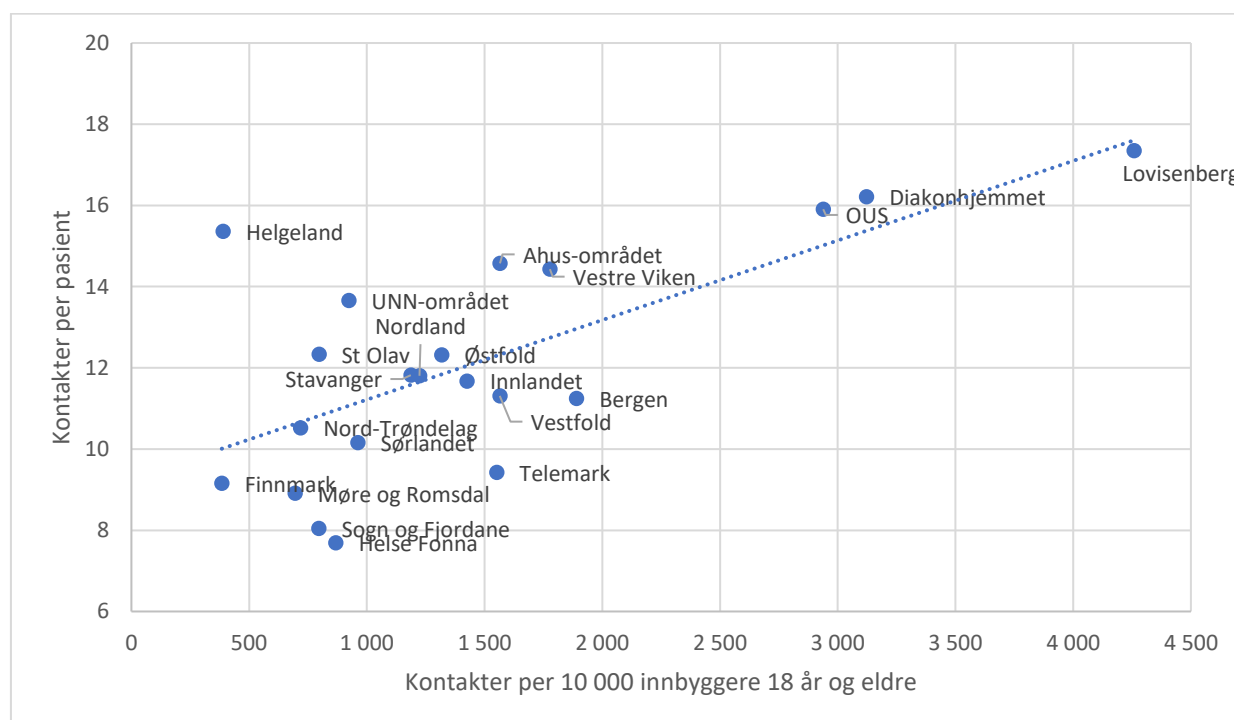
Sammenhengen er illustrert for poliklinikkene i Figur 3.25, og for avtalespesialistene i Figur 3.26.

For DPS-områdene er forskjellene gjennomgående større enn for foretaksområdene, med Gini-indeks på 9,5 for poliklinikkene, 24,0 for avtalespesialistene og 7,5 totalt.

Figur 3.25 Sammenhengen mellom kontakter per innbygger og antall kontakter per pasient ved poliklinikkene. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.



Figur 3.26 Sammenhengen mellom antall kontakter per innbygger og antall kontakter per pasient hos avtalespesialistene. Foretaksområder 2017.



Helsedirektoratet har i annen sammenheng vist at pasientsammensetningen er en helt annen ved poliklinikkene enn hos avtalespesialistene⁸. Avtalespesialistene behandler i større grad affektive og

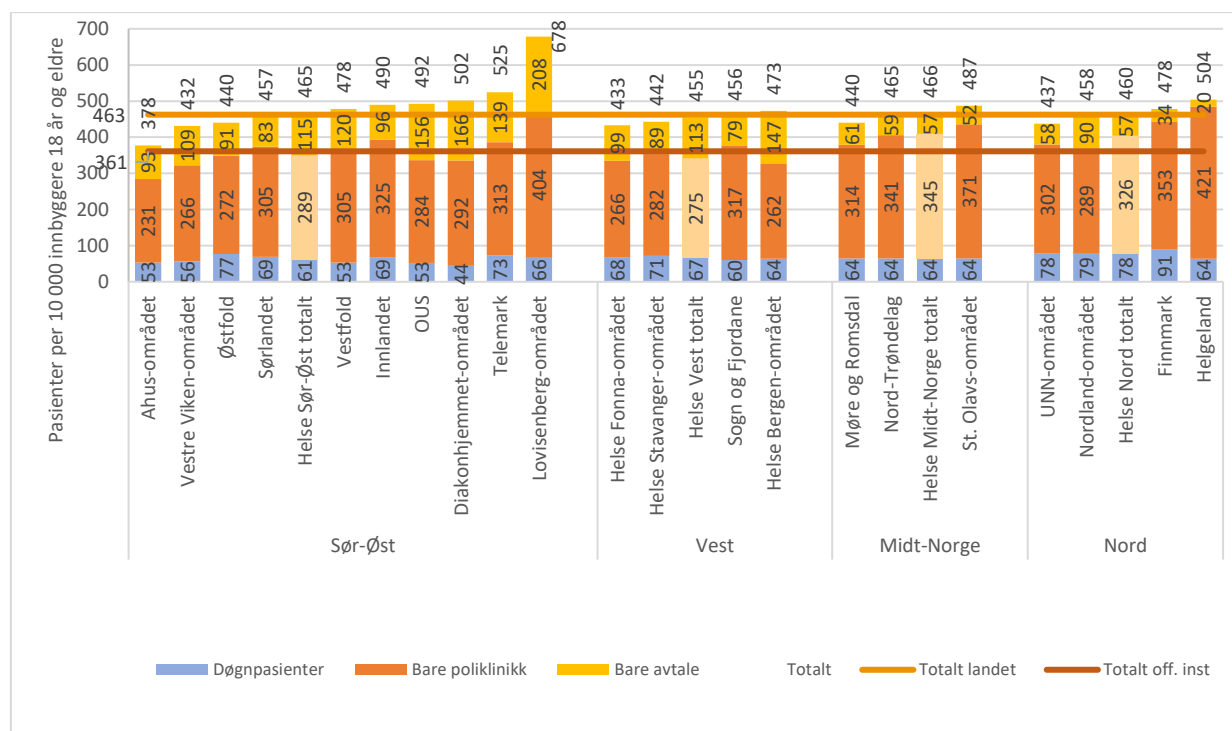
⁸ Helsedirektoratet (2019): *Helhet og sammenheng*

nevrotiske lidelser, og i liten grad psykoser og ruslidelser. Aldersfordelingen er også en annen, med vekt på pasienter i alderen 30-50 år, mens raten for poliklinikkene synker med stigende alder. Stort innslag av avtalespesialister vil dermed kunne gi en annen sammensetning av det samlede tilbudet enn der poliklinikkene står for brorparten av tjenestene.

Pasienter totalt i det psykiske helsevernet

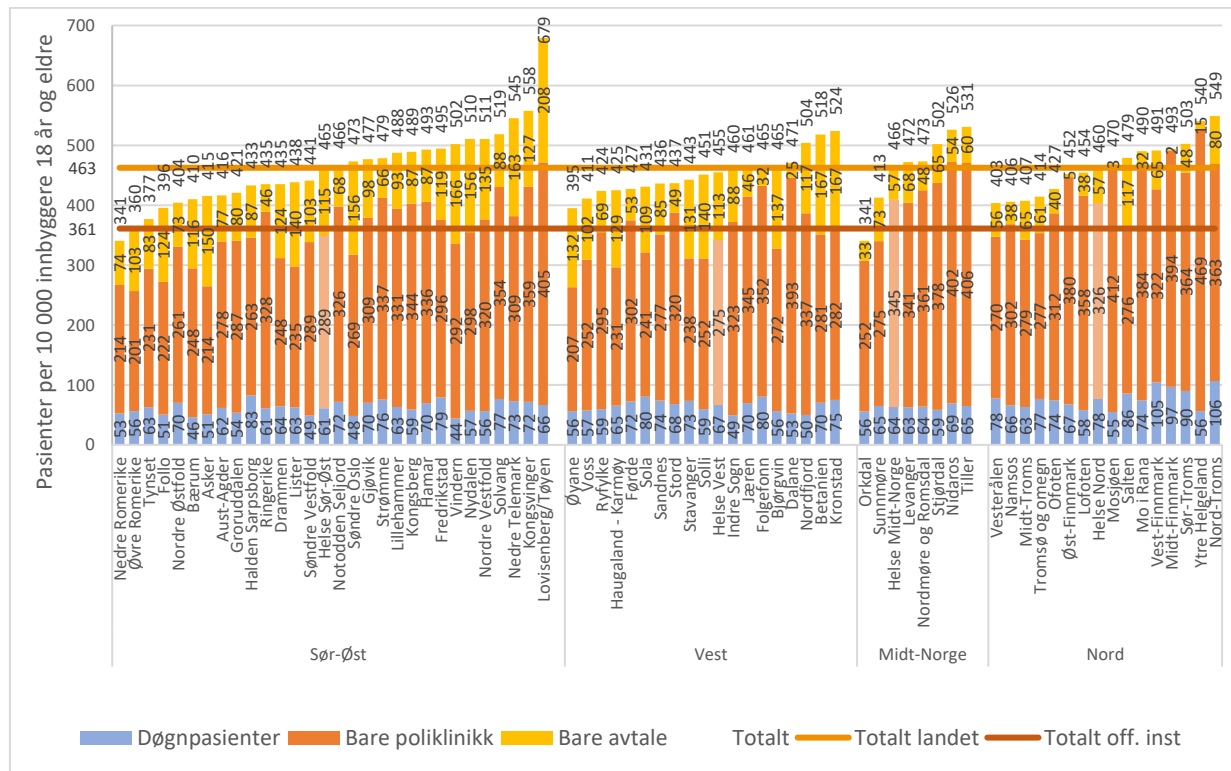
Figur 3.27 viser fordelingen av pasienter totalt etter foretaksområde, fordelt på ulike tjenestetyper. Figur 3.28 gir tilsvarende tall for DPS-områdene. Enkelte pasienter mottar tjenester fra flere typer virksomhet. Ratene for poliklinikker er derfor angitt eksklusive pasienter som også har mottatt døgntilbud, mens ratene for avtalespesialistene er fremstilt eksklusive pasienter som også har mottatt andre tjenester.

Figur 3.27 Pasienter totalt etter behandlingsform. Foretaksområder 2017.



Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester. Rapport IS 2765.

Figur 3.28 Pasienter totalt etter behandlingsform. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. DPS-områder 2017.



Det er bare ubetydelige forskjeller i samlet pasientrate mellom regionene.

Det er også begrensede forskjeller i samlet pasientrate mellom foretakene. Gini-indeksen er på 5,5. Forskjellene er imidlertid større enn forskjellene i samlet pasientrate enn de man finner for somatiske sykehus, der indeksen er 4,7 (avtalepasienter ikke medregnet), og raten er for Lovisenberg 80 prosent høyere enn for Ahus-området.

Fordelt på DPS-områder er forskjellene igjen større med en Gini-indeks på 7,4. Ratene for Lovisenberg/Tøyen er dobbelt så stor som for Nedre Romeriket.

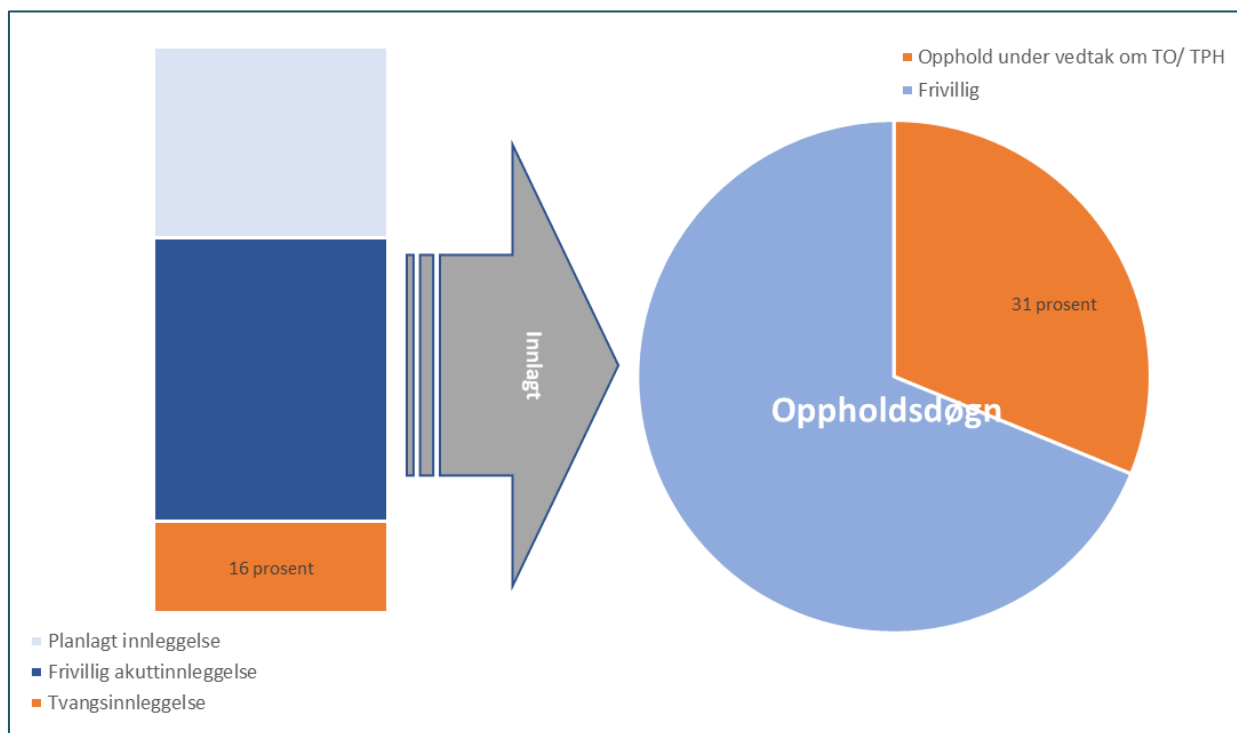
4. Bruk av tvang

Innledning

Alle mennesker har som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og hovedregelen er derfor at alle typer helsehjelp skal være basert på samtykke. Dette gjelder også for pasienter i det psykiske helsevernet. Selvbestemmelsesretten kan likevel unntaksvis settes til side dersom dette er nødvendig for å ivareta andre viktige hensyn som liv eller helse. Slike unntak er regulert ved lov, og for det psykiske helsevernet gjelder da psykisk helsevernloven. Loven omhandler både *tvungent psykisk helsevern* (kapittel 3) og tiltak under gjennomføring av det psykiske helsevernet (kapittel 4), der *behandling uten samtykke* og bruk av *tvangsmidler* gjelder vedtakspliktig bruk av tvang.

Selv om alle former for tvangsbruk i det psykiske helsevernet er strengt regulert og bruken skal begrenses til situasjoner der frivillighet ikke fører frem, er det fortsatt mange pasienter som mottar helsehjelp under tvang i det psykiske helsevernet i Norge. For 2017 viser rapporterte data til norsk pasientregister (NPR) at det ble truffet ett eller flere vedtak om tvungen tilbakeholdelse, behandling uten samtykke eller bruk av tvangsmidler for til sammen 7 000 pasienter dette året. Samme år var 16 prosent av alle innleggelser i psykisk helsevern, 1 av 3 oppholdsdøgn og 1 av 4 akuttinnleggelser for pasienter i aldersgruppen 18 år og eldre basert på tvang.

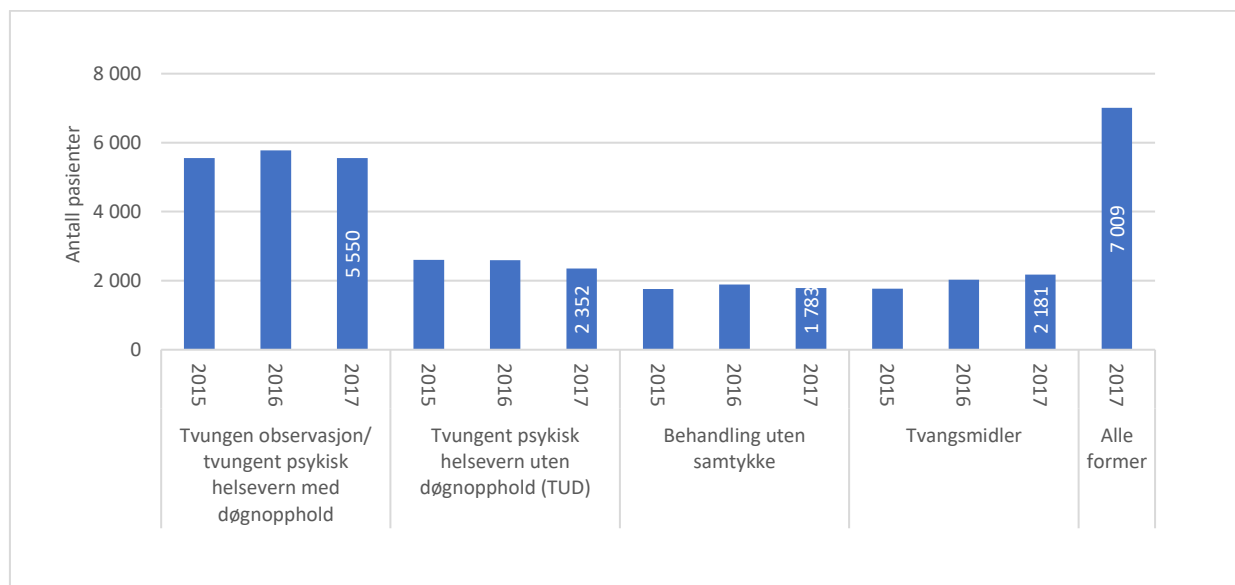
Figur 4.1 Tvangsinnleggelser og dager under tvungen observasjon og/ eller tvungent psykisk helsevern i 2017. Gjelder aldersgruppa 18 år og eldre



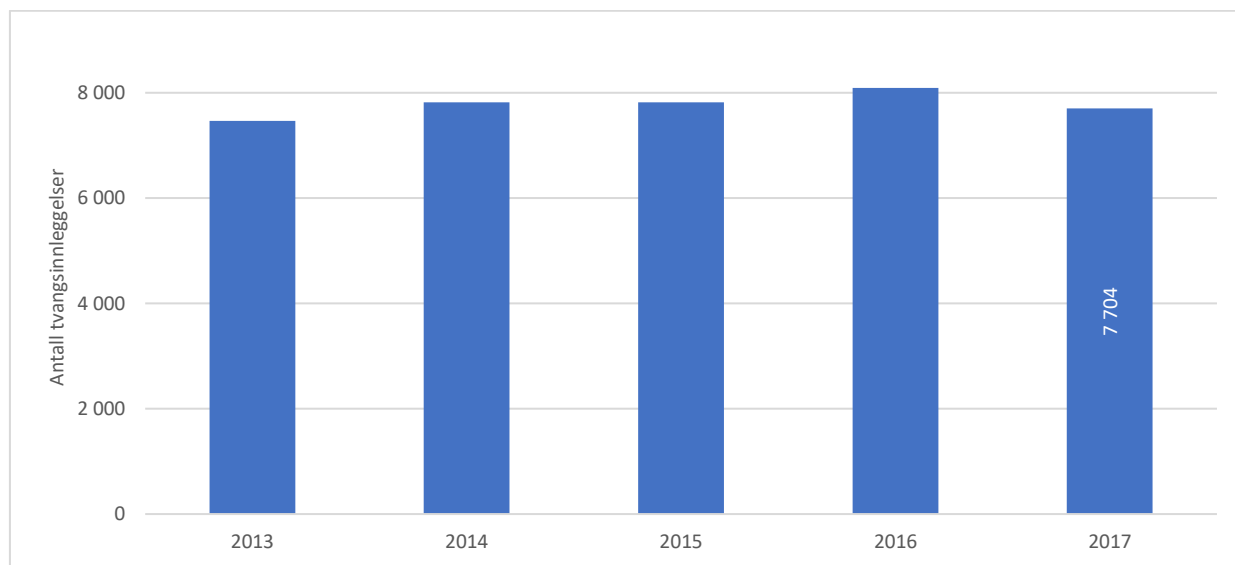
Alle vedtak om tvungen helsehjelp er en alvorlig inngripen i pasientenes liv, og målet om redusert tvangsbruk i de psykiske helsetjenestene er over mange år gjentatt både i nasjonale strategidokumenter og i styringssignaler og måltall for de regionale helseforetakene. På tross av dette viser nasjonal statistikk fortsatt bare mindre endringer i indikatorer som måler bruk av tvang. Nasjonale kvalitetsindikatorer, som følger utviklingen i tvangsinnleggelser og bruk av tvangsmidler, viser også til dels store forskjeller mellom de ulike behandlingsstedene. Noe av denne variasjonen

er knyttet til oppgavefordeling og forskjeller i pasientsammensetningen, men tvangsbruken vil også påvirkes av faktorer som gjelder tjenesteutforming og helsepersonellens praktisering av gjeldende lovverk. Dette er forhold som kan gi uønsket variasjon mellom foretakene, med potensiale for redusert tvangsbruk i tjenestene samlet.

Figur 4.2 Pasienter under vedtak om tvang i det psykiske helsevernet. Utvikling i perioden 2015 - 2017. Bruk av tvang i ungdomspsykiatriske avdelinger inngår.



Figur 4.3 Tvangsinnleggelses i det psykiske helsevernet. Utvikling i perioden 2013-2017. Bruk av tvang i ungdomspsykiatriske avdelinger inngår.



Valg av indikatorer for å belyse geografisk variasjon

Kapitlet tar sikte på å gi en beskrivelse av tvangsbruk i det psykiske helsevernet i 2017, og smed fokus på geografiske forskjeller mellom og innad i de fire helseregionene. Gjennomgangen er avgrenset til å gjelde forskjeller i (1) tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern og (2) bruk av tvangsmidler.

Tvangsinnleggelser og pasienter under vedtak om bruk av tvangsmiddel følges gjennom de nasjonale kvalitetsindikatorer, og er også her valgt som hovedindikatorer i beskrivelsen. Gjennomgangen belyser i tillegg forhold som kan bidra til et mer komplett bilde av variasjon i tvangsbruk, herunder blant annet varighet av tvang, gjeninnleggelser på tvang og vedtak per pasient.

Alle analyser som presenteres tar utgangspunkt i hvor pasientene er bosatt og ikke hvor de er behandlet, og bruken av tvang måles ved befolkningskorrigerede rater. Resultatene vil med denne tilnærmingen korrigere for forskjeller i tvangsbruk som skyldes oppgavefordeling mellom helseforetak og institusjoner. Siden pasientene oftest behandles ved det sykehuset eller det distriktpsykiatriske senteret de sokner til, vil eventuelle praksisforskjeller mellom institusjonene likevel reflekteres i ratene som beregnes med høyere rater for områder der de ansvarlige institusjonene bruker mer tvang. Ratene vil imidlertid også være påvirket av andre forhold, herunder kommunale tjenestetilbud og egenskaper ved befolkningen i de aktuelle områdene.

Tvang brukes noen ganger i ungdomspsykiatriske avdelinger, men den største delen av tvangsbruken er likevel knyttet til tjenester for voksne og gjelder pasienter eldre enn 18 år. Forskjeller mellom områdene belyses derfor ved å sammenligne befolkningskorrigerede rater per 10 000 innbyggere i aldersgruppen 18 år og eldre. Bruk av tvang som gjelder pasienter yngre enn 18 år inngår likevel i volumtall som refereres for tvangsindikatorene, men dette er ekskludert fra beregningsgrunnlaget for den befolkningskorrigerede raten.

Rater og målte forskjeller for hovedindikatorene er gjengitt i tabell 4.1. Resultatene er kommentert og vurdert under.

Tabell 4.1 Geografiske forskjeller i bruk av tvang i 2017.

Indikator	Nivå	Rate per 10 000 innbyggere	Minimum	Maksimum	Maks/min	Variasjonskoeffisient (CV)	Gini-indeks
Tvangsinnleggelser	HF-områder	18,1	9,8	25,8	2,6	0,26	12,7
	DPS-områder	18,1	5,7	31,9	5,6	0,33	16,7
Pasienter under tvangsmiddelvedtak	HF-områder	4,8	3,2	6,6	2,1	0,20	10,1

Tvungent psykisk helsevern

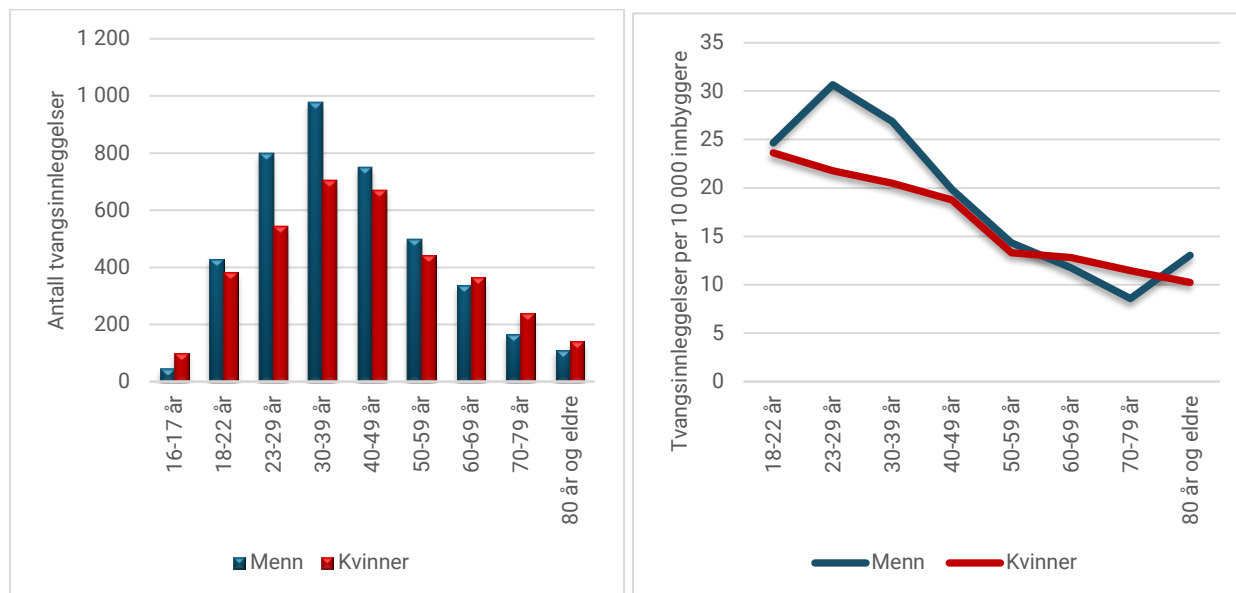
Som beskrevet i psykisk helsevernlovens kapittel 3, kan en pasient ved alvorlig psykisk lidelse underlegges tvungent psykisk helsevern (TPH) når vilkårene i §3-3 er oppfylt. Pasienten kan også holdes tilbake under vedtak om tvungen observasjon (TO) for vurdering av de aktuelle vilkårene.

Både tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon kan gjennomføres med eller uten døgnopphold i institusjon. En pasient som er underlagt tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon *med døgnopphold*, må oppholde seg på en døgninstitusjon i det psykiske helsevernet og kan, om nødvendig, holdes tilbake med tvang. Dette omtales videre som en tvangsinnleggelse eller et tvungent døgnopphold. Tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon *uten døgnopphold* (TUD) innebærer at pasienten bor hjemme, men regelmessig må møte til behandling/kontroll på et sykehus eller et distriktpspsykiatrisk senter. Etableringen av tvungent psykisk helsevern *uten døgnopphold* gjøres vanligvis i forbindelse med utskrivning fra et tvungent døgnopphold.

Tvangsinnleggelser i 2017

For 2017 viser tall fra NPR at 5 500 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 7 700 ganger i det psykiske helsevernet. For aldersgruppen 18 år og eldre, gir dette en gjennomsnittsrate på 18 tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere. Raten er høyere for menn enn for kvinner og avtar med alder.

Figur 4.4 Tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet i 2017, fordelt etter kjønn og mellom ulike aldersgrupper.

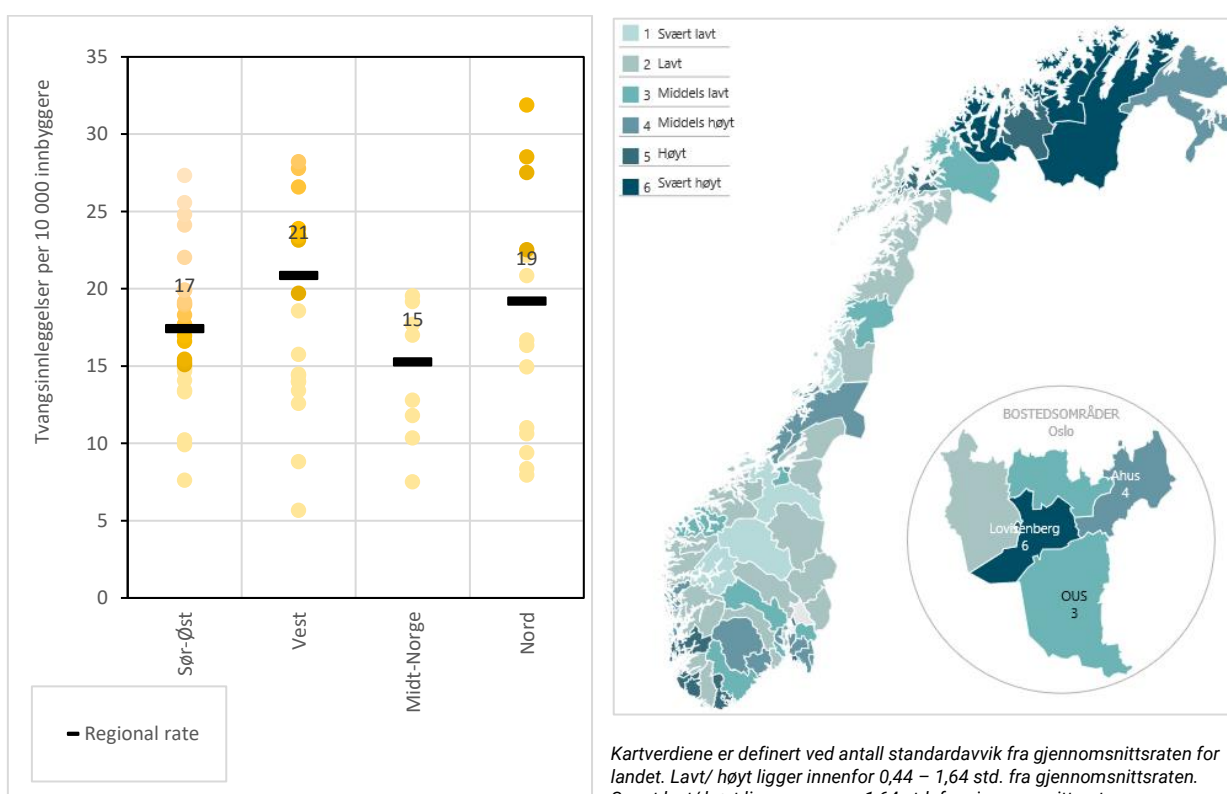


Geografiske forskjeller i rate for tvangsinnleggelses

Tvangsinnleggelsesraten varierer ikke bare mellom menn og kvinner og mellom ulike aldersgrupper. Det er også store forskjeller mellom de ulike områdene.

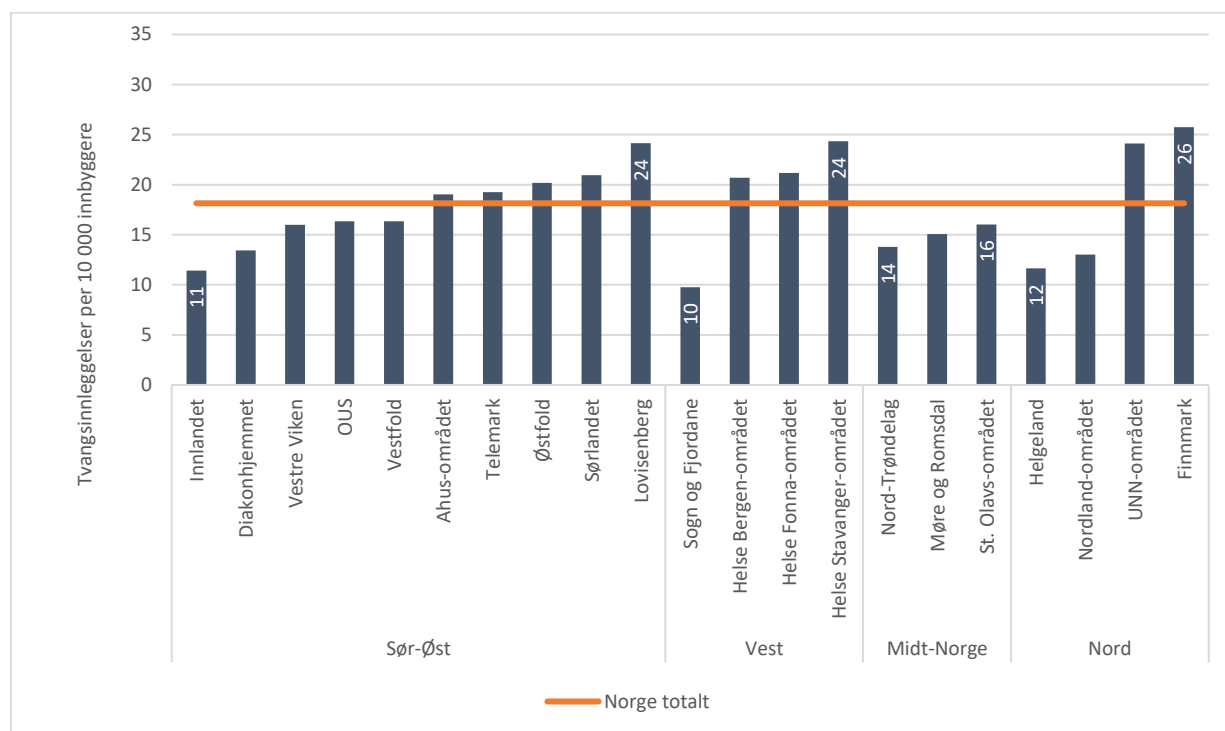
Region Midt-Norge har den laveste tvangsinnleggelsesraten av de fire regionene, og for denne regionen er også forskjellen mellom områdene minst. Den regionale raten er høyest for region Vest, men variasjonsbredden innad i regionene er omtrent den samme for Vest, Nord og Sør-Øst, med både de høyeste og de laveste ratene representert i hver region. For helseforetaksområdene varierer den gjennomsnittlige raten fra 10 tvangsinnleggelses per 10 000 voksne innbyggere i Sogn og Fjordane til 26 i Finnmark.

Figur 4.5 Tvangsinnleggelses i psykisk helsevern i 2017. Regional rate for innbyggere 18 år og eldre og forskjeller mellom DPS-områdene i regionene.



Målt ved Gini-indeks tilsvarende variasjon mellom områdene på 12,7 prosent for helseforetaksområdene og 16,7 prosent for DPS-områdene. Den målte variasjonene i tvangsinnleggelsesraten er med det litt høyere enn variasjon for den samlede innleggelsesraten, men litt lavere enn variasjon for akuttinnleggelsesraten. Vi ser også at tvangsinnleggelsesratene på foretaksområdenivå samvarierer med rater for akuttinnleggelses (Pearsons $r = 0,54$).

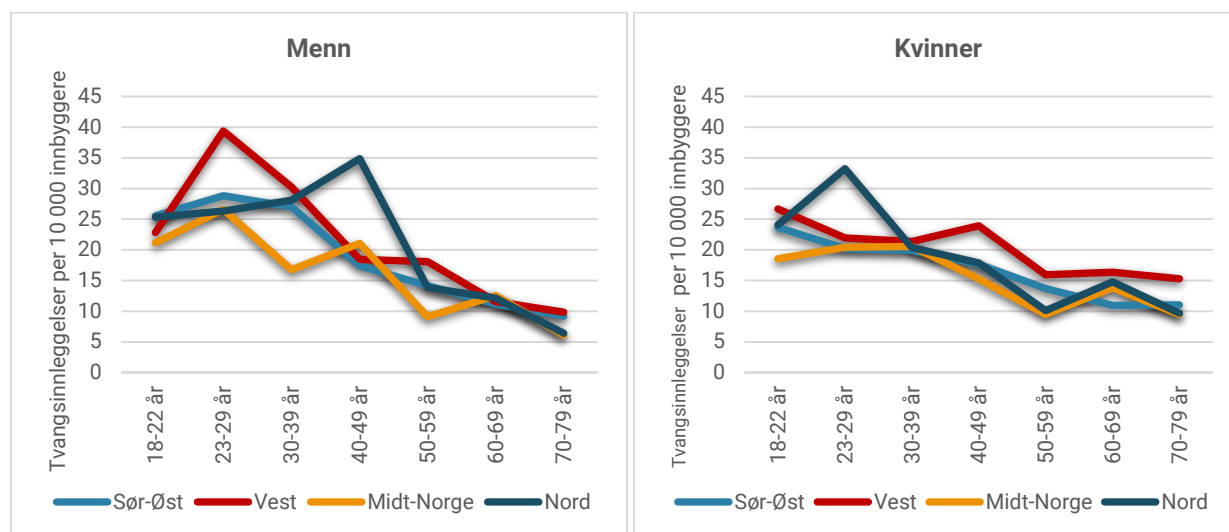
Figur 4.6 Tvangsinnleggelsesrate i psykisk helsevern i 2017. Rate for innbyggere 18 år og eldre, fordelt etter helseforetaksområde.



Forskjeller i tvangsinnleggelsesraten kan ikke forklares ved demografiske forskjeller

Ulik tvangsinnleggelsesrate for menn og kvinner og mellom ulike aldersgrupper innebærer at man kan forvente høyere gjennomsnittsrater for områder med flere menn og for områder med en yngre befolkning. På regionalt nivå har vi derfor også sett på kjønns- og aldersspesifikke rater for tvangsinnleggelsesrate.

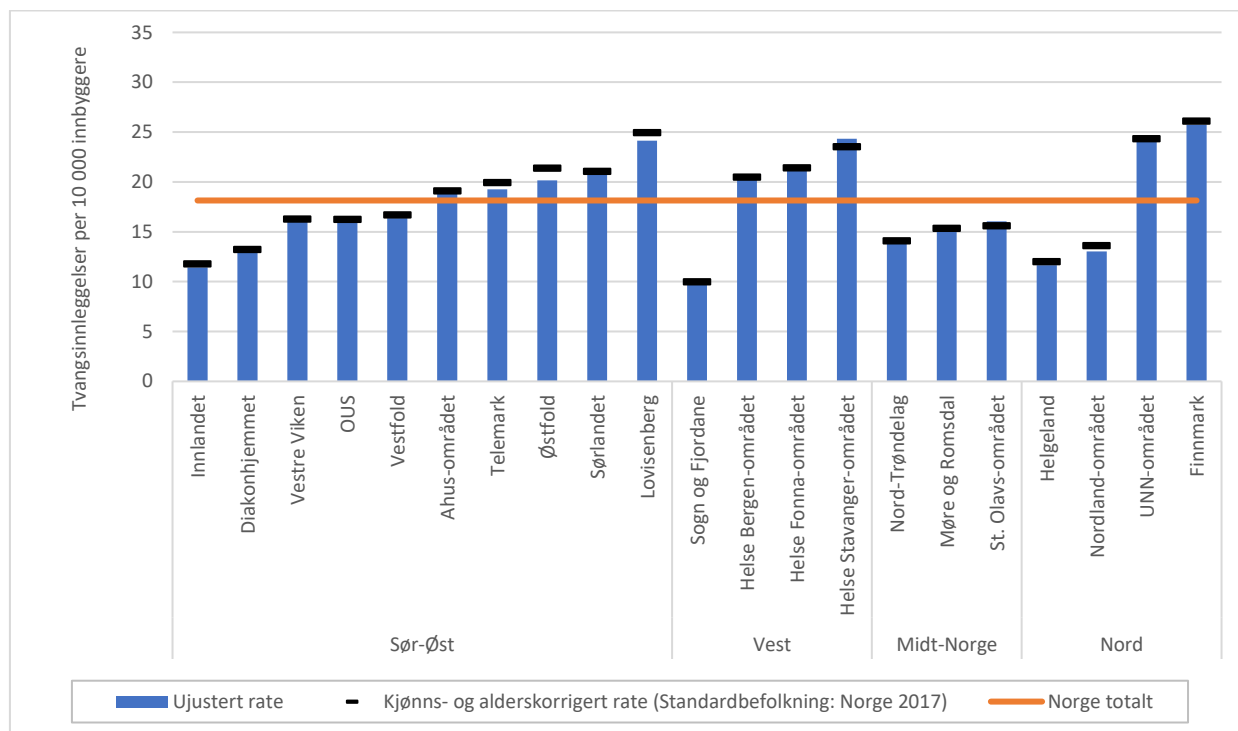
Figur 4.7 Kjønns- og aldersspesifikke regionale rater for tvangsinnleggelsesrate i psykisk helsevern i 2017.



Disse viser at den aldersspesifikke tvangsinnleggelsesraten også varierer mellom regionene. Dette gjelder både for menn og kvinner, men de regionale forskjellene er størst for menn. Vi ser det samme mønsteret som for gjennomsnittsraten med lavere rater for Midt-Norge og høyere rater for Nord og Vest. De høyere ratene for Vest gjelder spesielt menn i aldersgruppen 20 – 40 år og kvinner eldre enn 40 år. De høyere ratene for Nord gjelder menn i aldersgruppen 40 – 50 år og kvinner yngre enn 30 år.

For helseforetaksområdene er effekten av forskjeller i befolkningssammensetningen vurdert ved kjønns- og aldersjustert rate. Dette innebærer at kjønns- og aldersspesifikke rater i det enkelte området utnyttes for å estimere en foretaksspesifikk justert rate slik den ville ha vært dersom befolkningssammensetningen i alle områdene var lik. Resultatet er vist i figur 4.8 og viser bare mindre justeringer for alle helseforetaksområdene. Det ser altså ikke ut til at de geografiske forskjellene vist ved rate for tvangsinnleggelse kan forklares ved forskjeller i befolkningssammensetningen.

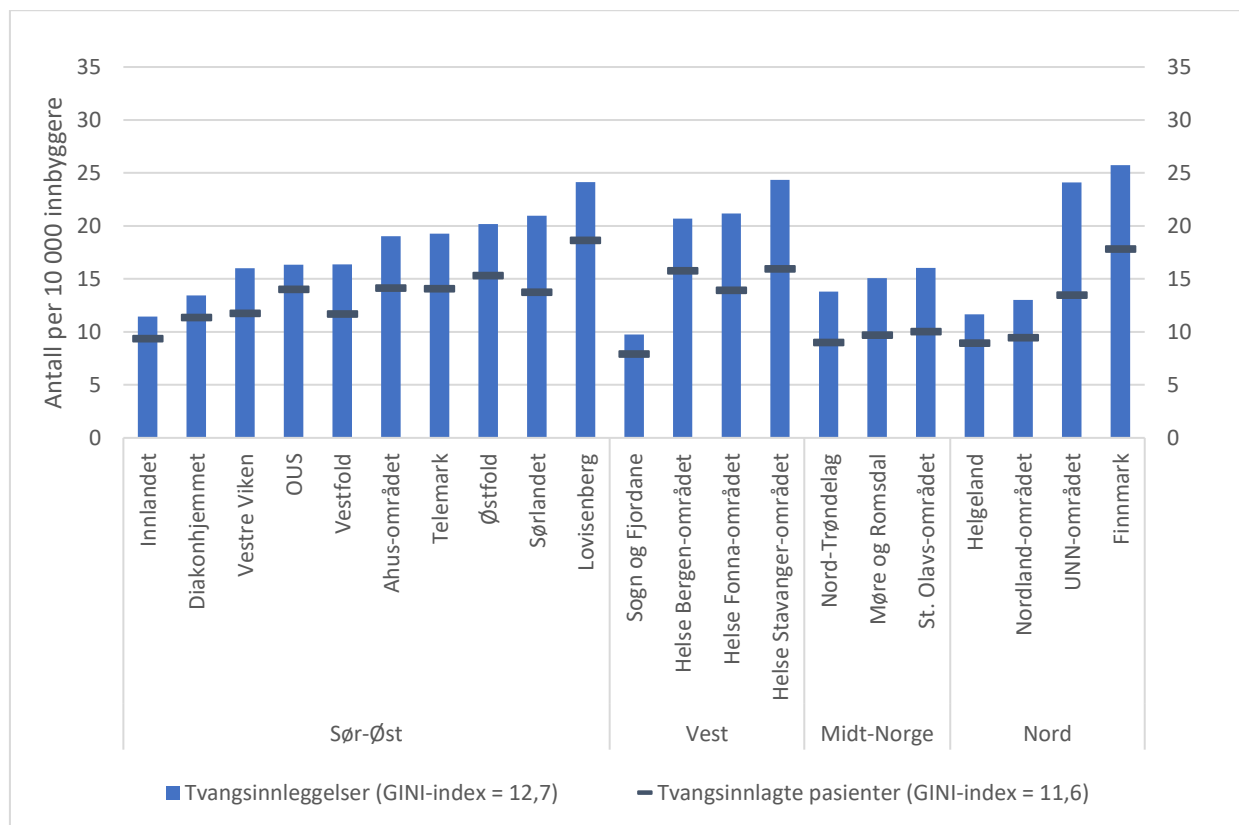
Figur 4.8 Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern i 2017 etter helseforetaksområde. Kjønns- og aldersstandardisert rate for innbyggere 18 år og eldre, fordelt etter helseforetaksområde.



Forskjeller i gjeninnleggelser på tvang bidrar til variasjon i tvangsinnleggesraten

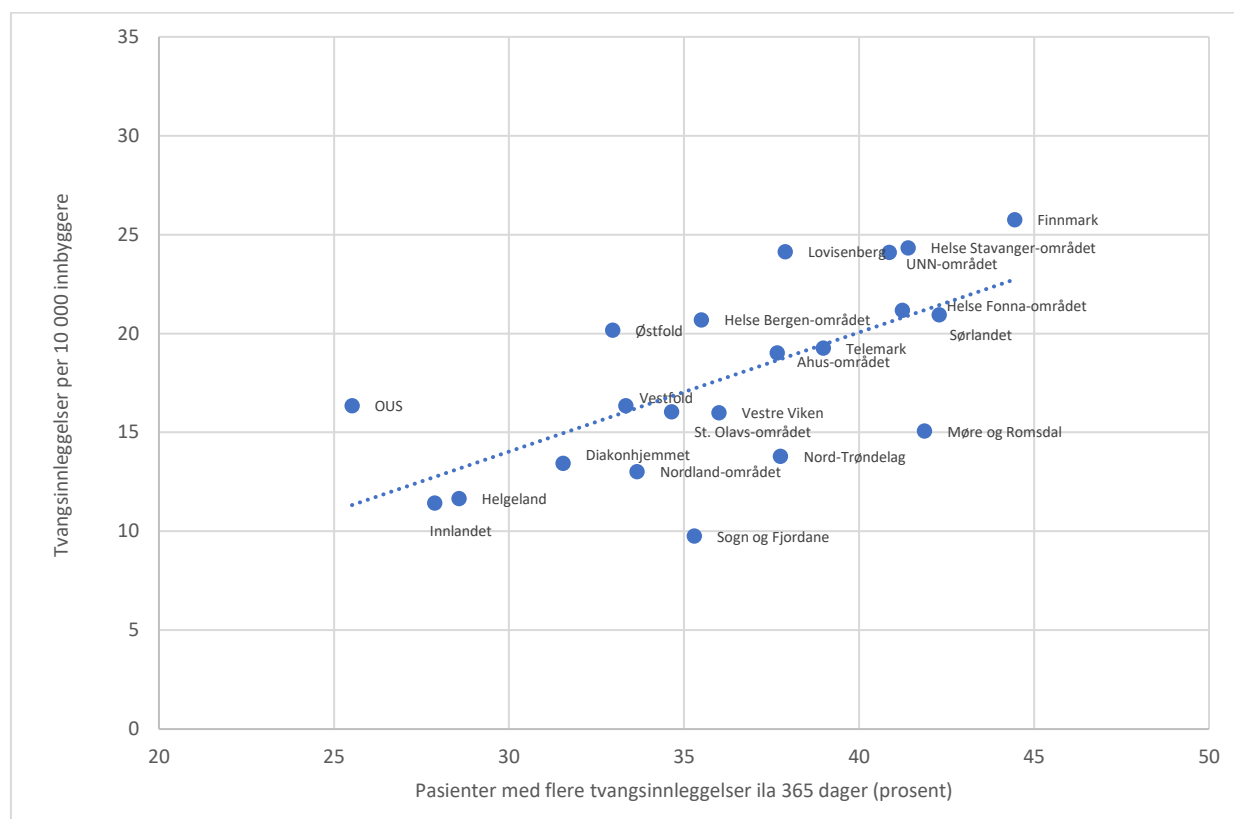
Gini-indeksen for variasjon mellom helseforetaksområdene viser reduksjon fra 12,7 prosent til 11,6 prosent dersom man istedenfor å beregne rate for tvangsinnleggelser ser på variasjon mellom tvangsinnlagte pasienter. Dette tyder på flere eller hyppigere tvangsinnleggelser av de samme pasientene i noen områder. Rate for tvangsinnleggelser og rate for tvangsinnlagte pasienter er vist i figur 4.9.

Figur 4.9 Tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter i psykisk helsevern i 2017. Rate for innbyggere 18 år og eldre, fordelt etter helseforetaksområde.



64 prosent av de pasientene som ble tvangsinnlagt i 2017 hadde bare denne ene tvangsinnleggelse ilt siste 365 dager, men denne andelen varierer mellom foretaksområdene fra 56 til 75 prosent av de tvangsinnlagte pasientene. Figur 4.10 viser at pasienter med høyere rater for tvangsinnleggelse også har høyere andel pasienter med flere tvangsinnleggelser ilt siste 365 dager.

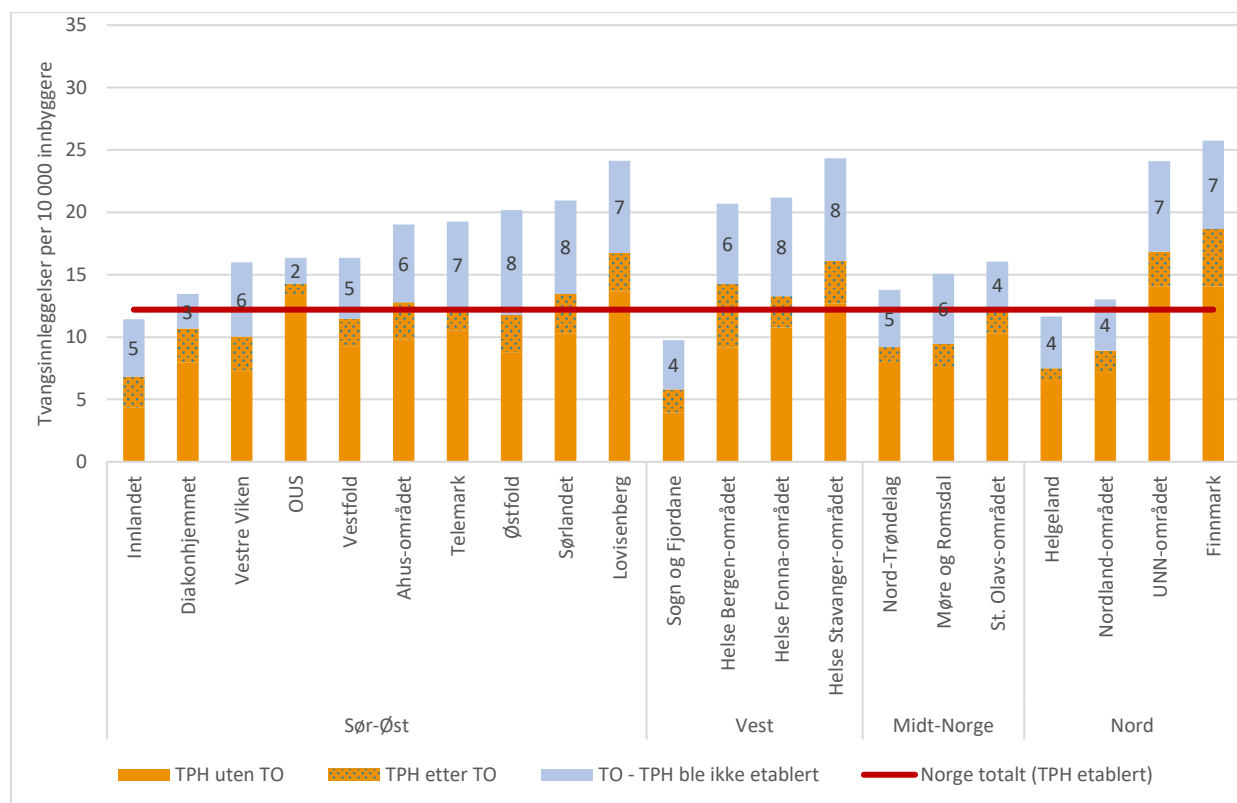
Figur 4.102 Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i 2017. Rate for innbyggere 18 år og eldre og andel pasienter med flere tvangsinnleggelser ilt 365 dager, fordelt etter heleforetaksområde (Persons $r = 0,65$).



Ulik praksis for tvungen observasjon

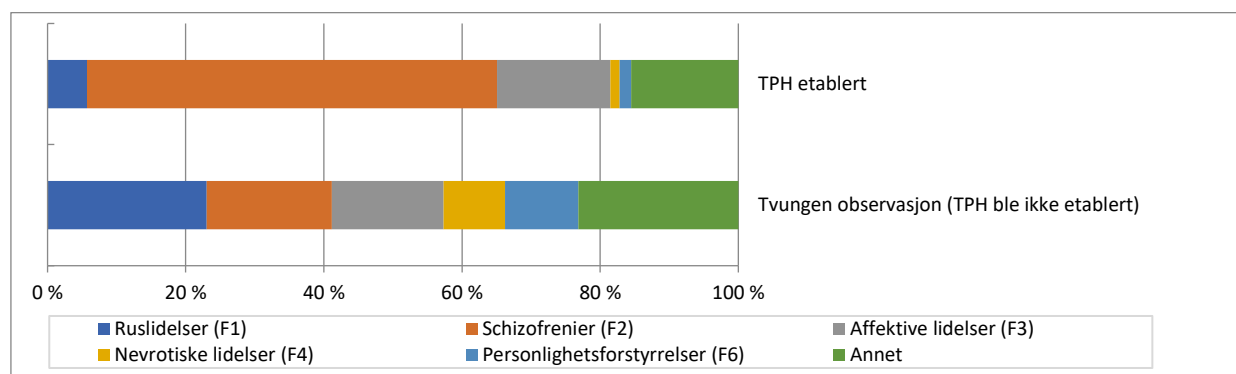
33 prosent av tvangsinnleggelsene i 2017 gjaldt tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern. Dette er innleggelser der pasienten er holdt tilbake i institusjon i inntil 10 døgn for observasjon, men der pasienten ikke oppfylte gjeldende vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern etter endt observasjonsperiode. Figur 4.11 viser at den foretaksspesifikke raten for denne typen tvangsinnleggelser varierer fra 2 til 8 innleggelser per 10 000 innbyggere og at den er høyere for foretak med mange tvangsinnleggelser totalt.

Figur 4.11 Tvungen observasjon ved tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i 2017. Rate for innbyggere 18 år og eldre, fordelt etter helseforetaksområde.



Tvungen psykisk helsevern kan ikke etableres dersom ikke hovedvilkåret om alvorlig psykisk lidelse er oppfylt. Figur 4.12 viser at diagnosefordelingen for pasienter som tas inn til tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungen psykisk helsevern er forskjellig fra diagnosefordelingen for tvangsinnleggelser der pasienten er underlagt tvungen psykisk helsevern. Selv om det ikke kan trekkes slutninger om alvorlighet basert på hoveddiagnose ved innleggelse alene, indikerer diagnosefordelingen praksis for bruk av tvungen observasjon for pasientgrupper som oftest ikke vil oppfylle dette hovedvilkåret om alvorlig psykisk lidelse, eksempelvis pasienter med rusrelaterte lidelser. Den observerte forskjellen i rater for denne typen tvangsinnleggelser kan være et uttrykk for at noen foretak har mer restriktiv praksis for bruk av tvungen observasjon enn andre. Gini-indeksen for tvangsinnleggelser totalt reduseres imidlertid ikke selv om tvungen observasjon holdes utenfor rateberegningene. Forskjeller i rate for tvungen observasjon kan derfor representere en mulighet for reduksjon i antall tvangsinnleggelser, men tvungen observasjon ser ikke ut til å bidra til geografiske forskjeller utover de forskjellene som også vises ved totalrater for tvangsinnleggelser.

Figur 4.12 Hoveddiagnose (ICD 10) ved innleggelse for tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet i 2017. Gjelder aldersgruppen 18 år og eldre.



Forskjeller i varighet

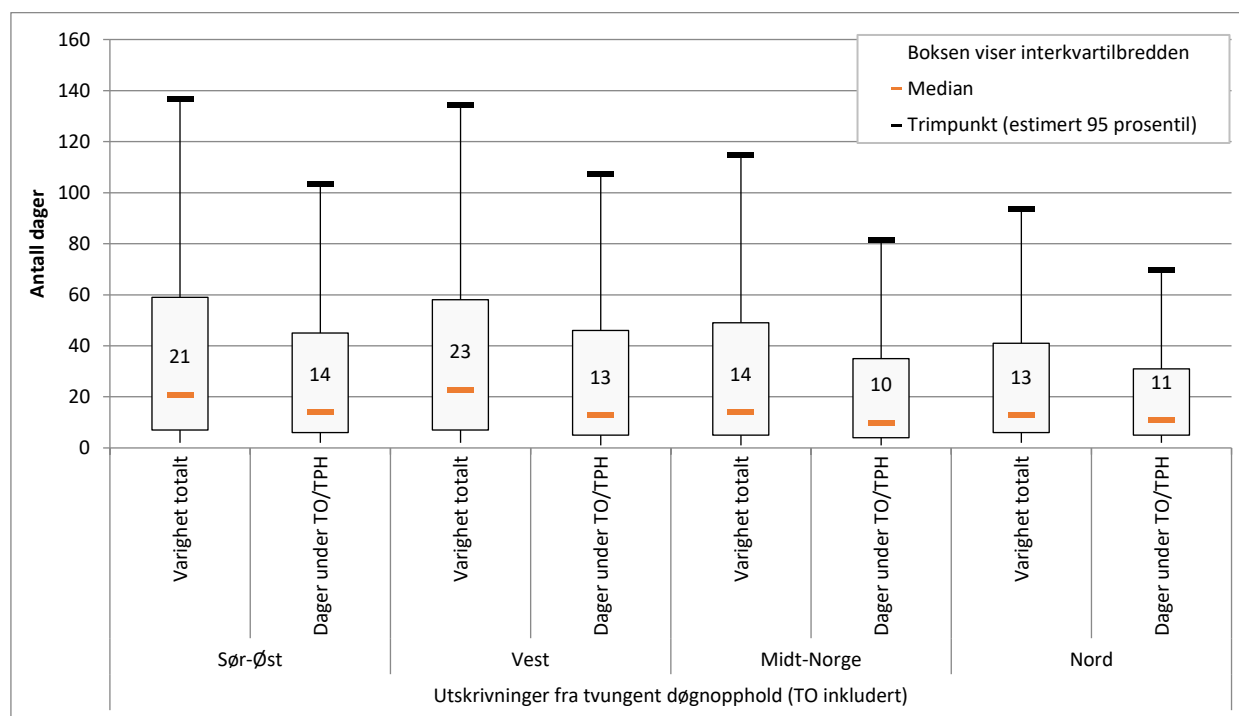
Det ligger i vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern at døgnopphold under tvungent vern gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser og omfattende behov for helsehjelp. Median oppholdstid på 19 dager mot 7 for døgnopphold i psykisk helsevern samlet viser også at varigheten av de tvungne døgnoppholdene generelt er lengre enn for øvrige døgnopphold i det psykiske helsevernet.

Som for døgnoppholdene for øvrig, varierer varigheten av de tvungne døgnoppholdene, se figur 4.13 og 4.14, som viser fordeling av varighet for avsluttede døgnopphold ved bruk av boksplokk. Medianverdien som deler utvalget i to like deler er angitt.

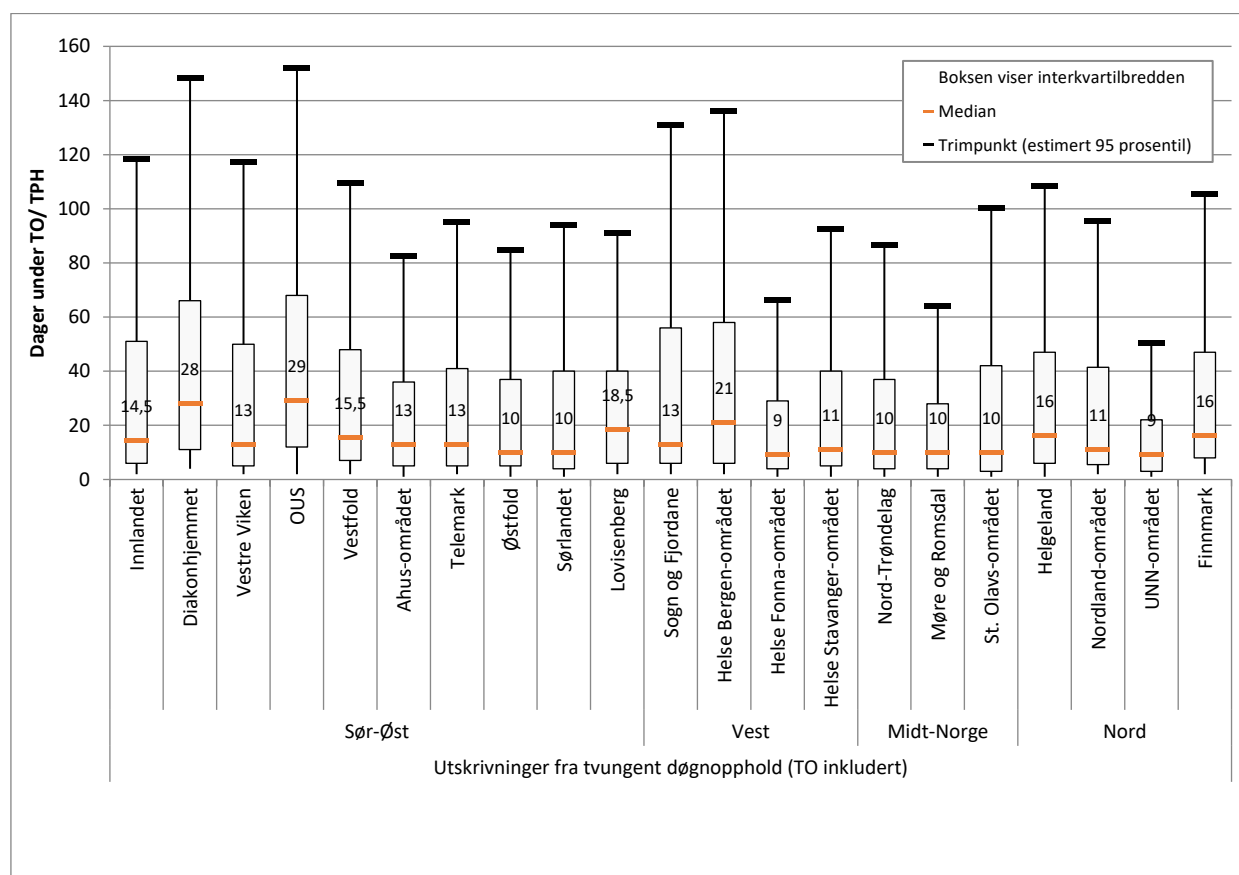
Forskjellen i varighet er signifikant både mellom regionene og mellom helseforetaksområdene. På regionnivå hadde Sør-Øst og Vest i 2017 både lengre oppholdstid totalt og flere dager under tvungent vern for tvungne døgnopphold enn Midt- og Nord-Norge. For tvungne døgnopphold er tid under tvungent vern også signifikant forskjellig mellom helseforetaksområdene for hver av de største pasientgruppene blant tvangsinnlagte pasienter; Pasienter med henholdsvis schizofreni (F2) og affektive lidelser (F3) som hoveddiagnose. Praksisen ser altså ut til å variere mellom foretaksområdene, også for antatt sammenlignbare pasientgrupper.

Se også vedlegg for nærmere beskrivelse og fortolkning av boksplokk-illustrasjoner.

Figur 4.13 Total varighet av døgnoppholdene og dager under tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern. Gjelder utskrivninger fra tvungent døgnopphold (inkl. TO) i det psykiske helsevernet i 2017 for aldersgruppen 18 år og eldre.



Figur 4.14 Dager under tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern. Gjelder alle utskrivninger fra tvungent døgnopphold (inkl. TO) i det psykiske helsevernet i 2017 for aldersgruppen 18 år og eldre. Områdene i hver region er sortert stigende etter rate for tvangsinnleggelse.



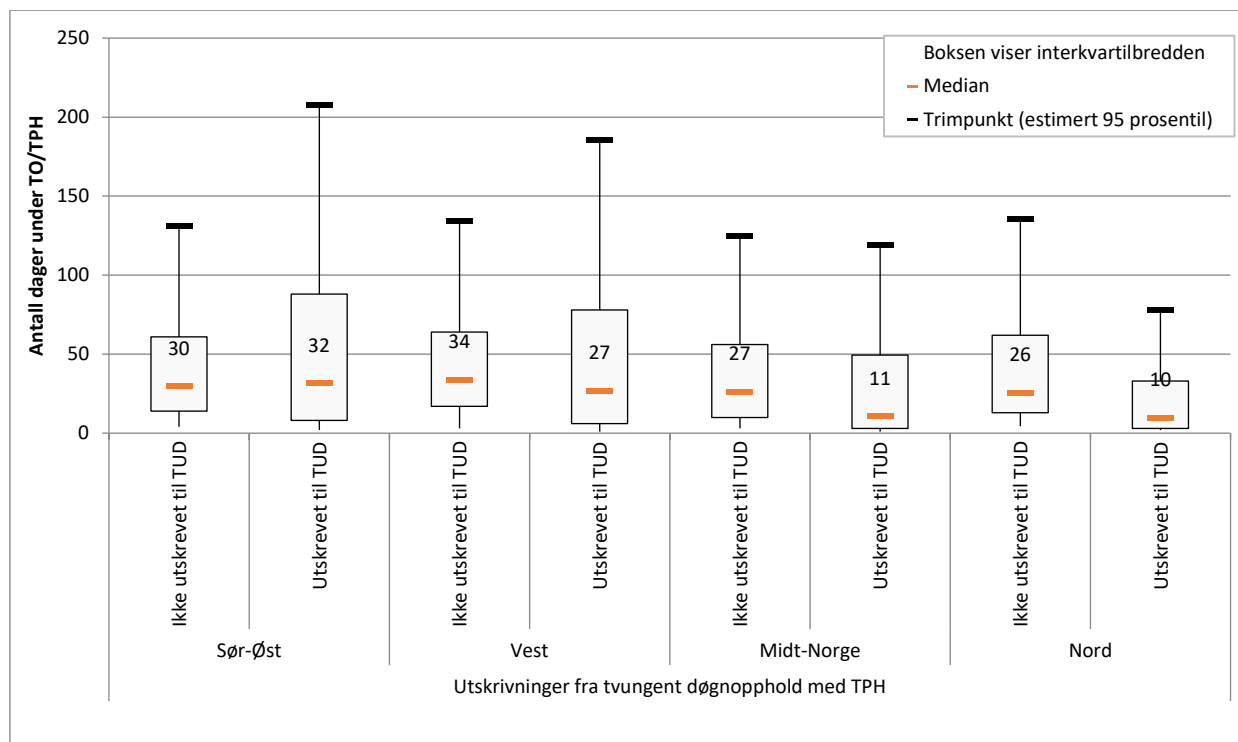
I figur 4.14 er foretakene i hver region sortert etter stigende tvangsinnleggelsesrate. Sammenhengen er ikke entydig, men vi ser en tendens til høyere varighet for foretaksområder med lavere rater for tvangsinnleggelse. Dette kan bety at lavere tvangsinnleggelsesrater innebærer høyere terskel for tvangsinnleggelse og at tvangsinnleggelsene med det i hovedsak gjelder pasienter med behov for langtids døgntilrettelagt behandling. Mange men kortere tvungne døgntilrettelagte opphold og flere gjeninnleggelse på tvang for områder med høye tvangsinnleggelsesrater kan motsatt være uttrykk for praksis med lavere terskel både for etablering og opphør av tvungent døgntilrettelagt opphold, eventuelt også med mer aktiv bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgntilrettelagt opphold (TUD).

Færre dager i tvungent døgntilrettelagt opphold for pasienter som skrives ut til TUD

I 2017 viser rapporterte data til NPR at tvungent psykisk helsevern uten døgntilrettelagt opphold ble etablert ved utskrivning for 44 prosent av døgntilrettelagte opphold under tvungent psykisk helsevern⁹. For pasienter bosatt Midt- og Nord-Norge var andelen over 50 prosent, mens for pasienter bosatt i Sør-Øst og Vest var andelen nærmere 40 prosent.

Varigheten av tvungent vern med døgntilrettelagt opphold var signifikant kortere for opphold der TUD ble etablert ved utskrivning enn for opphold der TUD ikke ble etablert ved utskrivning. Dette gjelder for alle regioner med unntak for Sør-Øst. Kortere varighet av tvungen døgntilrettelagt behandling i Midt- og Nord-Norge bør med dette vurderes i lys av mer aktiv bruk av TUD i disse regionene.

Figur 4.15 Dager under tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern med døgntilrettelagt opphold. Gjelder utskrivninger fra tvungent psykisk helsevern med døgntilrettelagt opphold i 2017 for aldersgruppen 18 år og eldre. Utskrivninger fra tvungen observasjon uten etablering av tvungent psykisk helsevern er ikke inkludert i utvalget.

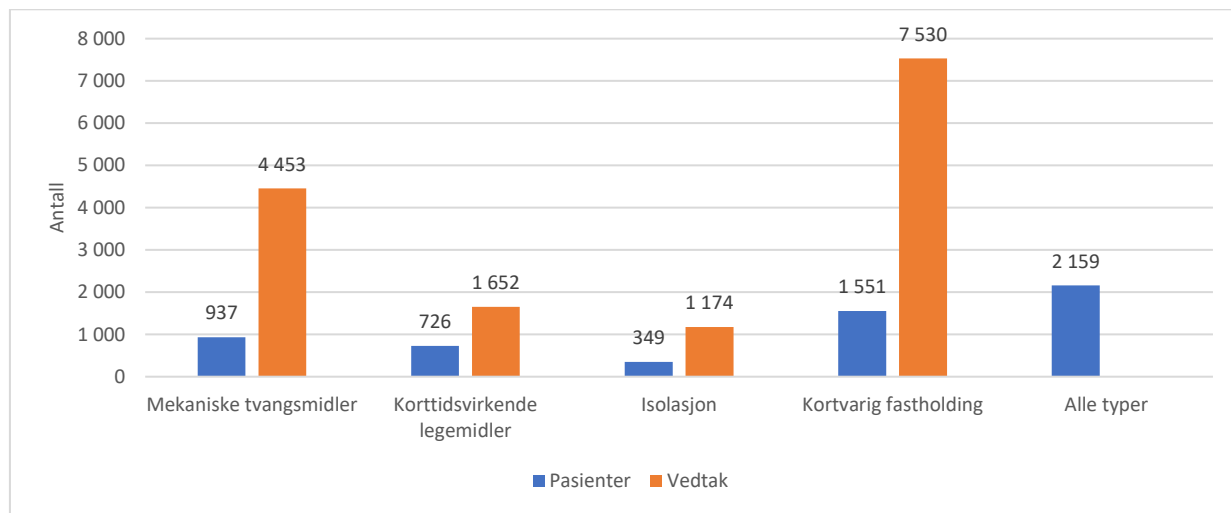


⁹ Utskrivninger fra tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern med døgntilrettelagt opphold er i disse analysene ekskludert fra utvalget som studeres.

Bruk av tvangsmidler

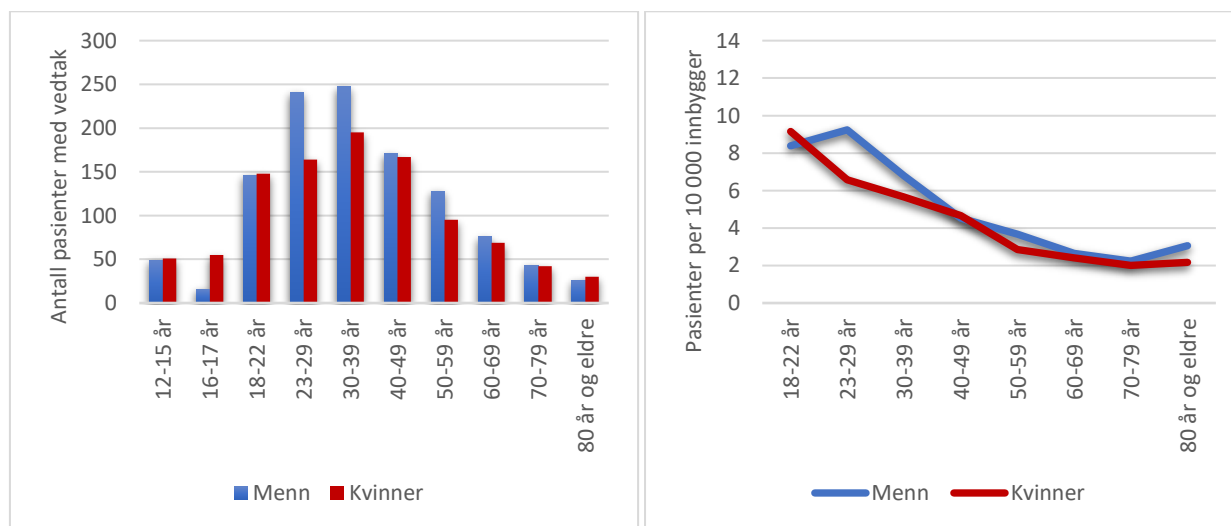
Vilkårene for bruk av tvangsmidler er angitt i psykisk helsevernlovens §4-8, som skiller mellom 4 typer tvangsmidler: Mekaniske tvangsmidler (herunder bruk av belteseng), korttidsvirkende legemidler, isolasjon og kortvarig fastholding. Tvangsmidler kan anvendes for pasienter i døgnbehandling og også for frivillig innlagte pasienter, men bare når dette er helt nødvendig for å hindre en pasient i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelige materielle skader.

Figur 4.16 Bruk av tvangsmidler i det psykiske helsevernet i 2017, gjelder aldersgruppen 12 år og eldre.



Pasienter med vedtak om bruk av tvangsmiddel i 2017

Figur 4.17: Pasienter med tvangsmiddelvedtak i det psykiske helsevern i 2017, fordelt etter kjønn og mellom ulike aldersgrupper.

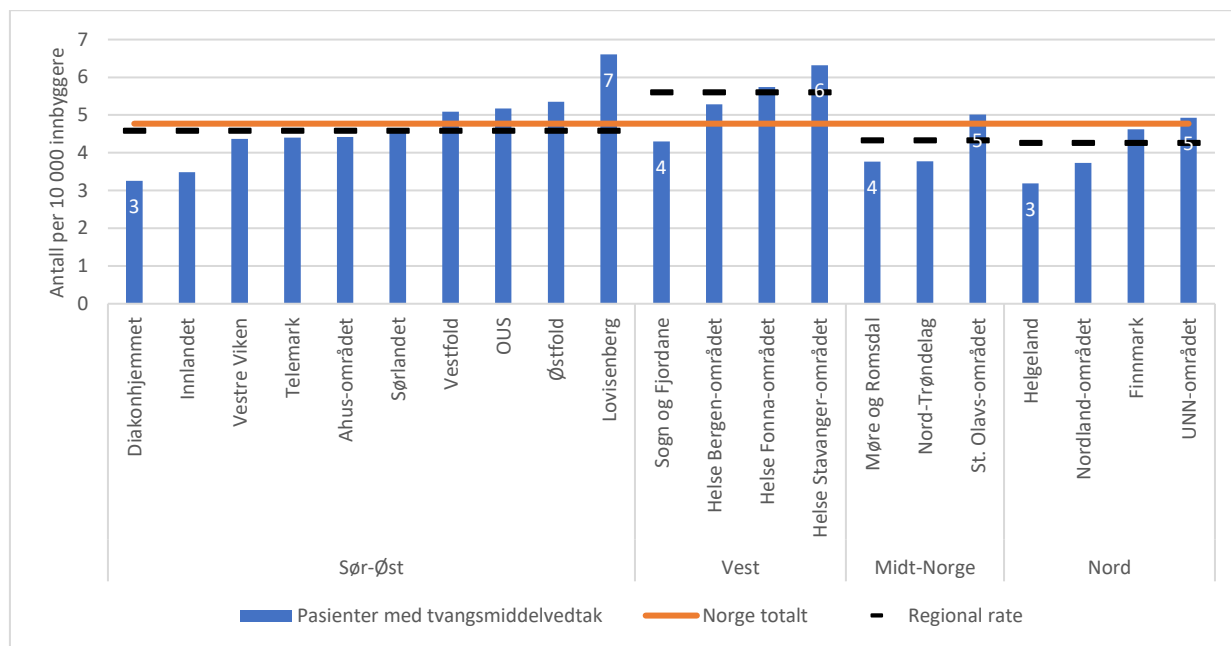


Pasientdata for 2017 viser at det ble gjort ett eller flere vedtak om bruk av tvangsmiddel for nærmere 2 200 pasienter i det psykiske helsevernet dette året. Omtrent halvparten av vedtakene gjelder kortvarig fastholding. For pasienter i aldersgruppen 18 år og eldre gir dette en gjennomsnittlig pasientrate for tvangsmiddel på 5 per 10 000 innbyggere. Som for tvangsinnleggelse er raten noe høyere for menn enn for kvinner og avtagende med alder.

Geografiske forskjeller i pasientrate for tvangsmidler

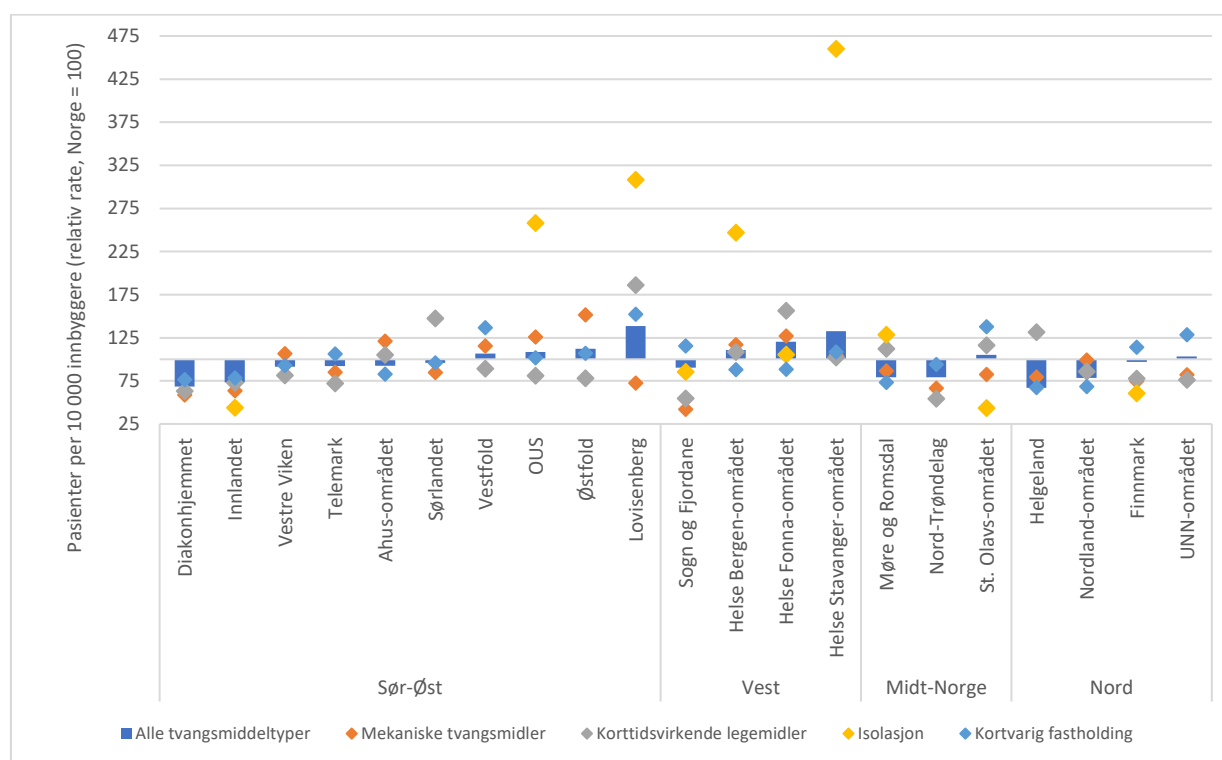
Også for tvangsmidler ser vi at det er geografiske forskjeller. Gjennomsnittlig pasientrate er høyest i Vest og lavest i Midt- og Nord-Norge, men også for denne indikatoren er det forskjeller innad i hver av regionene. Målt ved Gini-indeks er forskjellen mellom foretaksområdene 10,1 prosent, altså noe mindre enn for tvangsinnleggelse og tvangsinnlagte pasienter. Forskjeller i regional- og foretaksspesifikk pasientrate er synliggjort i figur 4.18.

Figur 4.18 Pasienter med vedtak om bruk av tvangsmiddel i psykisk helsevern i 2017. Rate for innbyggere 18 år og eldre, fordelt etter helseforetaksområde.



Dersom den foretaksspesifikke pasientraten beregnes for hver av tvangsmiddeltypene separat, ser vi også at type tvangsmiddel varierer mellom foretakene. Foretak som har lave pasientrater totalt kan likevel kan ha høy rate for én type tvangsmiddel, eller motsatt. Dette er illustrert ved relative rater i figur 4.19. Vedtak om bruk av isolasjon gjelder et fåtall enheter og de relative forskjellene mellom foretaksområdene er følgelig svært store.

Figur 4.19 Pasienter med vedtak om bruk av tvangsmiddel i psykisk helsevern i 2017, etter type tvangsmiddel. Relativ rate per innbygger 18 år og eldre, fordelt etter helseforetaksområde.

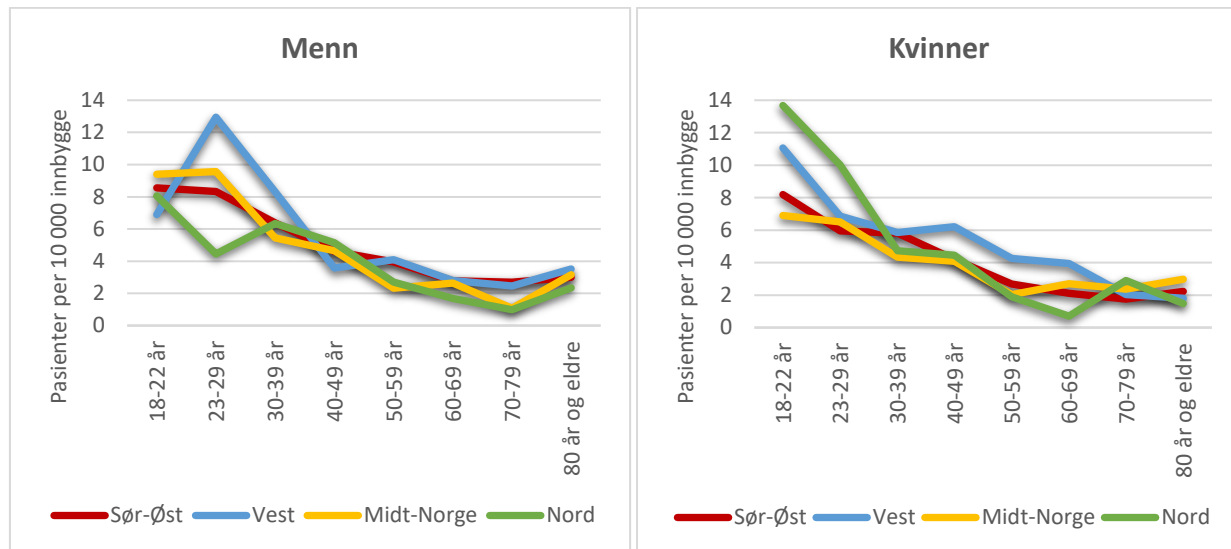


Forskjeller i pasientraten for tvangsmidler kan ikke forklares ved demografiske forskjeller

Kjønns- og aldersjusterte pasientrater for tvangsmidler gir, som for tvangsinnleggelse, bare mindre justeringer i pasientraten for alle foretaksområdene, og vi ser også at det er noen regionale forskjeller for menn og kvinner og for ulike aldersgrupper.

Alders- og kjønnsespesifikke regionale pasientrater som presenteres i 4.20 viser at den høyere raten for Vest gjenkjennes i bildet både for menn og kvinner og at den gjelder flere aldersgrupper. Vi ser også det samme bildet i data for 2016. Nord, som har den laveste regionale gjennomsnittsraten for 2017 har likevel den høyeste raten for kvinner yngre enn 30 år. De kjønns- og aldersespesifikke regionale ratene for Nord beregnes med utgangspunkt i et lite antall pasienter i hver gruppe, og ratene kan derfor endre seg ganske mye fra år til år. Samme høye rate for denne delen av befolkningen observeres ikke for 2016.

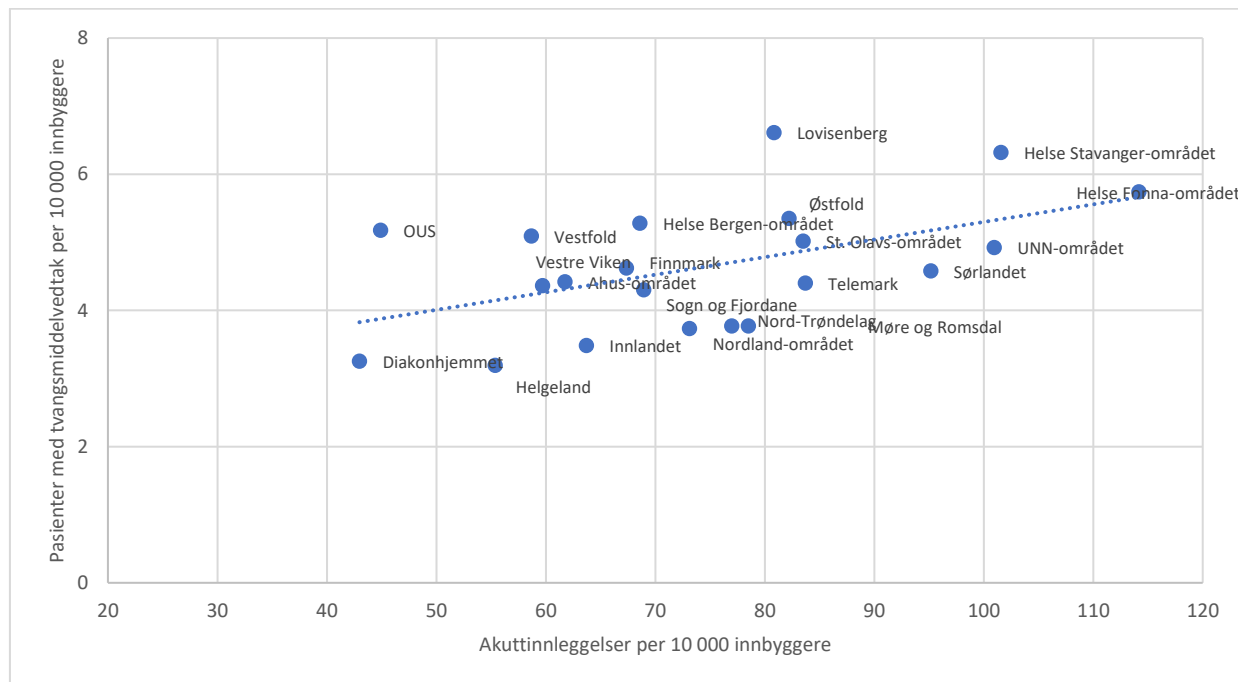
Figur 4.20 Alders- og kjønnsespesifikke regionale pasientrater for tvangsmidler i 2017.



Høyere pasientrate for tvangsmiddel i områder med mange akuttinnleggelser

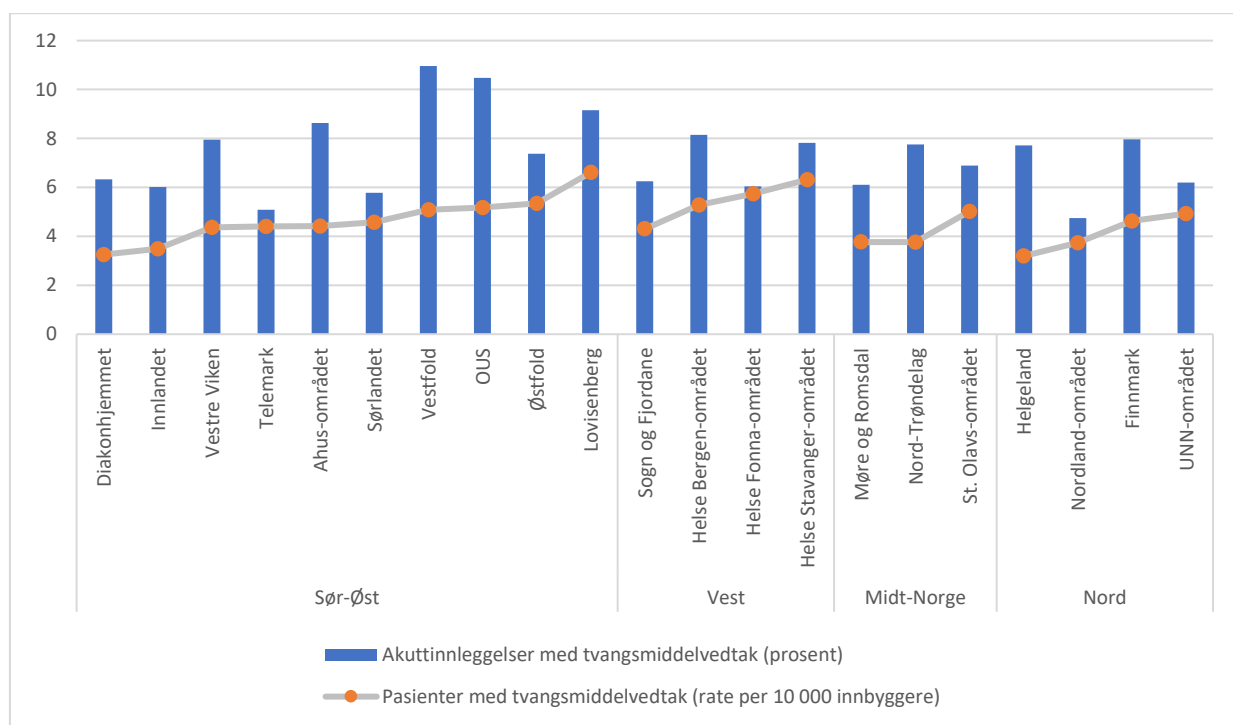
Mye av tvangsmiddelbruken er knyttet til akuttavdelingene, og rapporterte tvangsmiddelvedtak er nesten utelukkende knyttet til døgnopphold som startet som en akuttinnleggelse med eller uten vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Man kan med dette forvente at områder med høyere rater for akuttinnleggelser også har flere tvangsmiddelepisoder og høyere pasientrater for bruk av tvangsmidler. En slik sammenheng observeres for 2017 og samvariasjonen er illustrert ved figur 4.21.

Figur 4.21 Akuttinnleggelser og pasientrate for tvangsmiddelvedtak. Gjelder aldersgruppen 18 år og eldre (Persons $r = 0,54$).



For utskrivninger i 2017, hadde det vært minst ett vedtak om bruk av tvangsmiddel i 7 prosent av de akutte døgnoppholdene, men med variasjon mellom foretaksområdene fra 5 til 11 prosent og høyere andeler for områder i Sør-Øst. Forskjellen er vist i figur 4.22. Selv om pasientrate for tvangsmidler samvarierer med akuttinnleggelsesraten, er det også områder med høye pasientrater for tvangsmidler som likevel bruker tvang i en relativt mindre andel av sine akutte døgnopphold enn områder med lavere pasientrater.

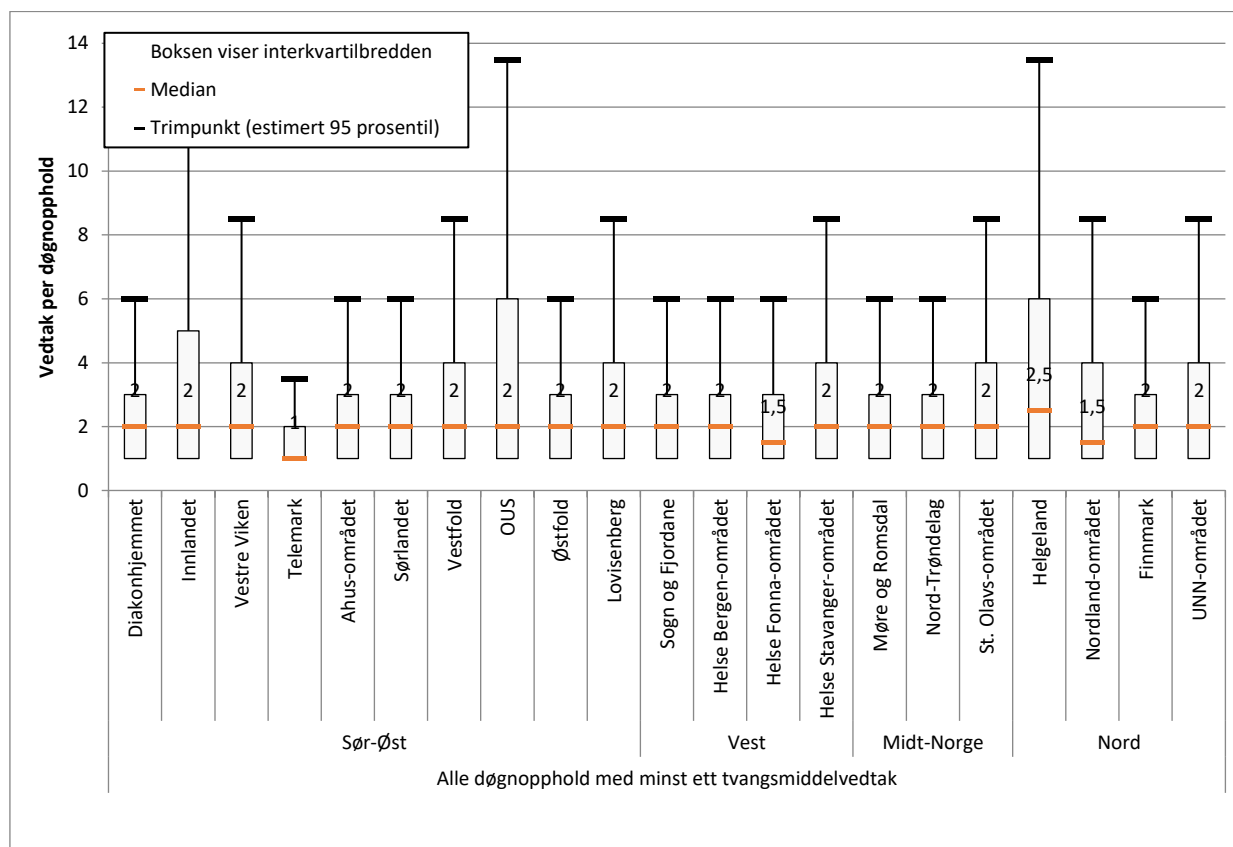
Figur 4.22 Tvangsmiddelvedtak for akutte døgnopphold i psykisk helsevern i 2017. Andel med minst ett tvangsmiddelvedtak, fordelt etter helseforetaksområde. Gjelder aldersgruppen 18 år og eldre.



Antall vedtak per opphold varierer noe mellom foretaksområdene, men ikke signifikante regionale forskjeller

Selv om det for noen pasienter og noen døgnopphold rapporteres om svært mange tvangsmiddelvedtak, viser fordelingen av vedtak per døgnopphold at for mer enn halvparten av døgnoppholdene der tvangsmidler er anvendt, er det truffet 2 eller færre tvangsmiddelvedtak. Dette gjelder i alle regioner, og vi finner heller ikke signifikante forskjeller mellom regionene i tvangsmiddelvedtak per døgnopphold. For helseforetaksområdene er forskjellene noe større, og disse forskjellene er også signifikante. Forskjellen mellom foretaksområdene er først og fremst knyttet til observasjoner i den halvdelen av oppholdene der det er rapportert om flere enn 2 tvangsmiddelvedtak (medianverdi). Medianverdien varierer i liten grad mellom helseforetaksområdene. Fordelingen er illustrert ved figur 4.23 der områdene i hver region er sortert etter stigende pasientrate for tvangsmiddelvedtak.

Figur 4.23 Tvangsmiddelvedtak per døgnopphold i psykisk helsevern. Gjelder utskrivninger i 2017 med minst ett tvangsmiddelvedtak i løpet av døgnperioden. Områdene i hver region er sortert stigende etter pasientrate for tvangsmidler.



Vedlegg: Beregning av indikatorer mv.

Datagrunnlag

Analysene i denne rapporten bygger på pasientdata fra Norsk pasientregister, tilrettelagt i forbindelse med Samdata. Data antas nå å være tilnærmet komplette. Oversiktene basert på ventelister fra Norsk pasientregister er basert på henvisninger til psykisk helsevern (fagområde 310 og 320) i 2017. I denne rapporten er nyhenviste i 2017 og ordinært avviklede i 2017 lagt til grunn. Avviste henvisninger er ikke inkludert i ventelistedataene.

Bruk av mål for spredning

Som mål på spredning/forskjeller i tilbud bruker vi i denne rapporten

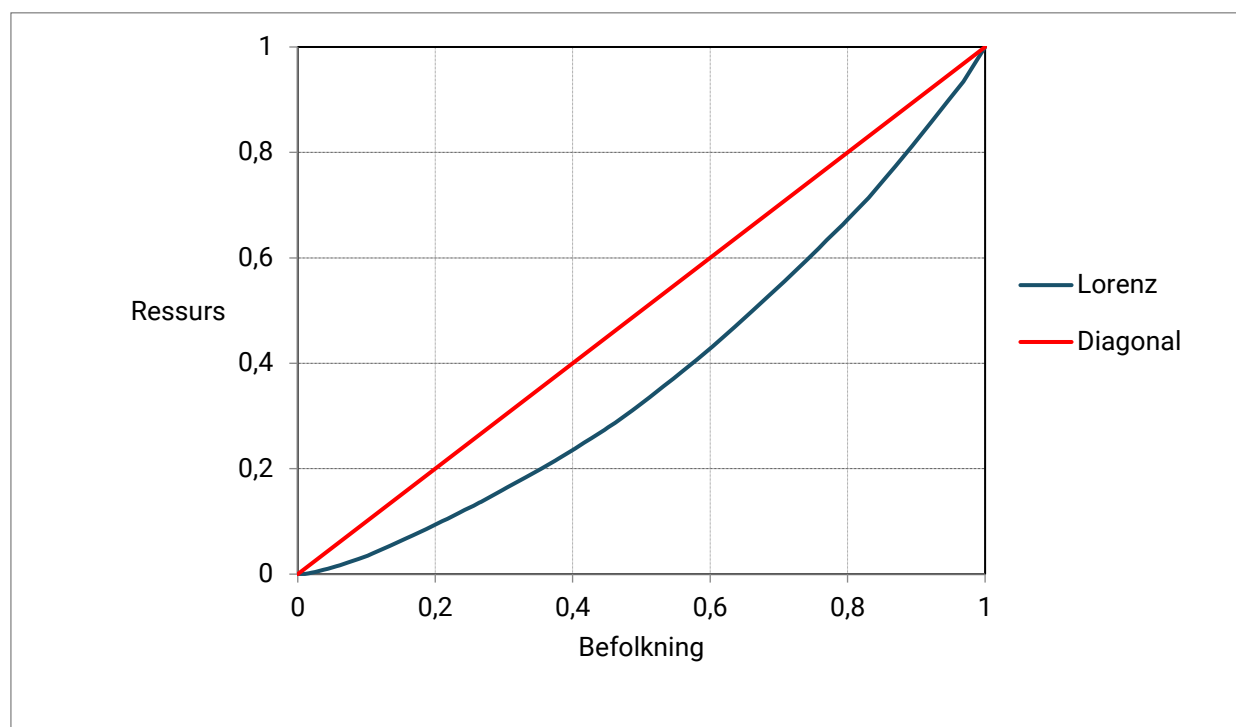
- Variasjonsbredde, dvs. avstand mellom høyeste og laveste verdi, i tillegg til de faktiske verdiene benytter vi forholdstall mellom høyeste og laveste verdi.
- Variasjonskoeffisienten (CV). Denne er definert som standardavviket delt med landsgjennomsnittet.
- Gini-indeksen, som er et mål på ulikhet i fordelingen av et gode. Beregning av Gini-indeksen er nærmere omtalt nedenfor.

Variasjonsbredde og CV er sensitive for ekstremverdier. De tar heller ikke hensyn til enhetenes størrelse (folketall). Der det er naturlig vil vi derfor først og fremst benytte oss av Gini-indeksen som mål på geografiske forskjeller i behandlingstilbudet.

Beregning av Gini-indeksen

Gini-indeksen tallfester graden av ulikhet ved for eksempel fordelingen av en ressurs til en befolkning. Gini-indeksens definisjonsområde varierer fra 0 til 100. En liten verdi betyr liten grad av ulikhet, mens en høy verdi betyr stor ulikhet. Utgangspunktet for Gini-indeksen er Lorenz-kurven som er illustrert i figuren.

Figur 3 Lorenz-kurve



Lorenz-kurven beskriver for eksempel fordelingen av en ressurs i en befolkning. Fordelingen av befolkningsgrunnlaget kan være basert på individer eller geografiske områder. Ressursen er fordelt etter den samme inndelingen som befolkningen. Ressurser per befolkning sorteres fra laveste til høyeste verdi. Den kumulative fordelingen av befolkningen (x-aksen) og den kumulative fordelingen av ressursene (y-aksen) tegnes opp i et diagram og gir oss en Lorenz-kurve. I figuren er både Lorenz-kurve og diagonalen presentert. Diagonallinjen angir at fordelingen av ressursene er i henhold til fordelingen av befolkning; en såkalt likhetslinje. Lorenz-kurven angir den faktiske fordelingen av den aktuelle ressursen for denne befolkningen. Gini-indeksen er andelen (prosent) av arealet under diagonalen som ligger mellom diagonalen og Lorenz-kurven. Dersom dette arealet er lite er fordelingen mer lik enn når arealet er stort. Størst er Gini-indeksen når alle ressursene er samlet på en enhet eller geografisk område.

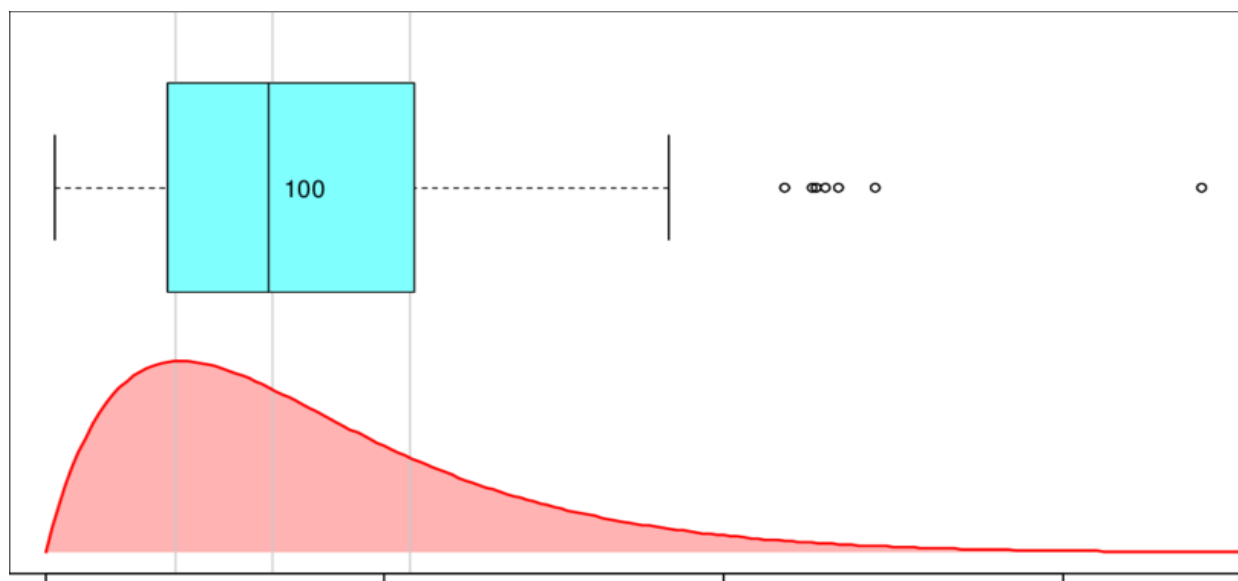
Illustrasjon av fordeling ved bruk av boksplott

Når man ønsker å beskrive et utvalg som ikke er symmetrisk fordelt om sentraltendensen, er boksplott en nyttig illustrasjonsmåte. I figuren under vises et eksempel på sammenhengen mellom boksplottet og fordelingen. Her er median=100 og dette angis som en strek i boksen. I tillegg angir boksens lengde avstanden fra nedre kvartil til øvre kvartil; interkvartilbredden.

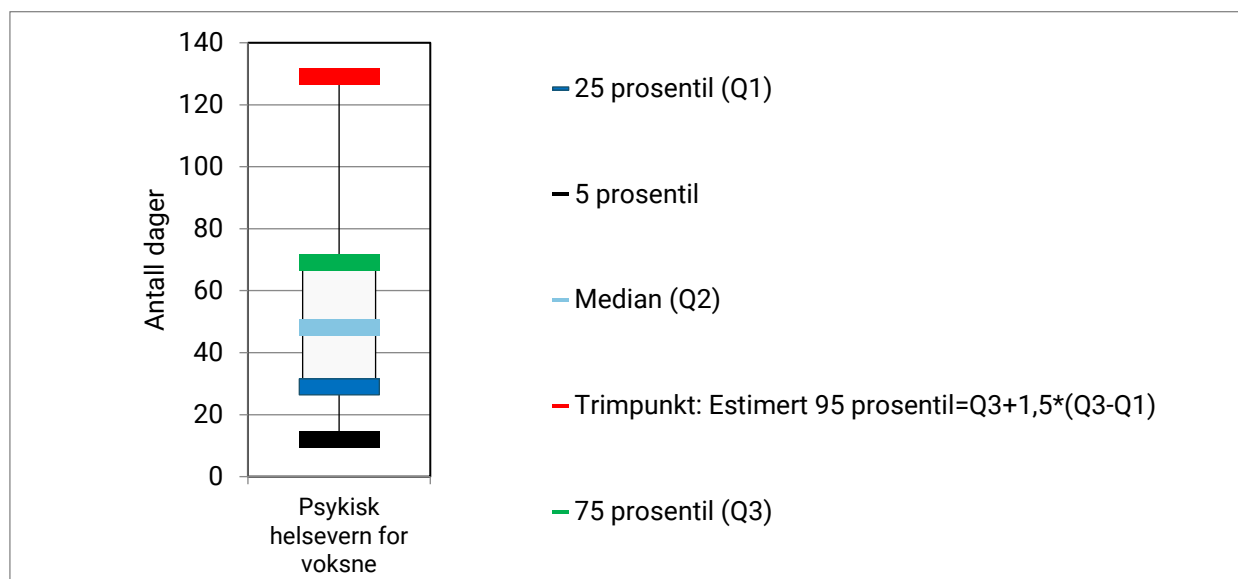
Median er det samme som 50 prosentilen, det betyr at 50% av observasjonene er mindre enn median. Tilsvarende er 25% av observasjonene mindre enn nedre kvartil (25 - prosentilen) og 75% av observasjonene mindre enn øvre kvartil (75 - prosentilen).

Den nedre halen angir en nedre grense og den øvre halen angir en øvre grense. Den nedre grensen kan være 5 prosentilen og den øvre grensen kan være 95 prosentilen.

Figur 4 Sammenhengen mellom den bakenforliggende fordelingen og den skjematiske illustrasjonen i form av boksploott.



I denne rapporten er boksploott beskrevet slik som vist i neste figur.



Her er det den *estimerte* 95 prosentilen fra utvalget som benyttes som øvre grense. Denne estimatoren er en robust estimator for denne grenseverdien. I alt 95 prosent av individene ligger under denne grenseverdien og 5 prosent av de mest ekstreme er større enn denne grenseverdien.

Ikke-parametriske metoder

Når populasjonene ikke har en spesifisert fordelingsform er det naturlig å bruke en fordelingsfri metode ved nærmere undersøkelse av forskjeller i fordeling og forskjeller i sentraltendens mellom

populasjonene. Her ser vi på uparede utvalg hvor hvert av utvalgene består av ulike individer. Forutsetningen er at individene i utvalgene er uavhengige av hverandre.

Median test: En enkel test som kun sammenligner median i utvalgene.

To utvalg:

Mann-Whitney U test: Sammenligning av uparede utvalg. Hvis fordelingen i de to utvalgene er den samme, gir testen en sammenligning av sentraltendensene i de to utvalgene.

Kolmogorov-Smirnov test: Sammenligning av fordelingen i to uparede utvalg. Testen kvantifiserer avstanden mellom de empiriske fordelingene og tester om de to utvalgene er hentet fra ulike fordelinger.

Flere utvalg:

Kruskal–Wallis test: Sammenligning av flere uparede utvalg og er en generalisering av Mann-Whitney U test. Tester om utvalgene er hentet fra ulike fordelinger ved å identifisere om minst ett utvalg er avvikende fra de øvrige utvalg.

Diagnosegrupper

Klassifiseringen av pasientopphold i diagnosegrupper er basert på følgende prinsipp: Innleggelsesdiagnose er den første hovedtilstanden ved innleggelsestidspunktet. Utskrivningsdiagnose er siste hovedtilstand ved avslutningen av pasientoppholdet. Grupperingen av tilstandskodene er basert på delkapitler i kapittel F i ICD 10 kodeverket (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 10. revisjon):

- F0 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser (F00-F09)
- F1: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (F10-F19)
- F2: Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F20-F29)
- F3: Affektive lidelser (F30-F39)
- F4: Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-F48)
- F6: Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne(F60-F69)
- F9: Hyperkinetiske og atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F90-F98)
- R og Z: Symptomdiagnoser fra ICD 10 kapittel Z og R er også tatt med som egen gruppe

Bostedsområder i det psykiske helsevernet i 2017

Oversikt over bostedsområder og kommunene som inngår i HF-områdene etter bostedsregion/område i 2017. Befolkningstall 0-17 år, 18 år og eldre samt totalt per 1.1.2018

Bostedsområde	0-17 år	18 år og eldre	Totalt	Kommuner/bydeler
Helse Sør-Øst	624 585	2 353 138	2 977 723	
Helse Vest	251 770	854 525	1 106 295	
Helse Midt-Norge	154 081	571 519	725 600	
Helse Nord	98 571	387 430	486 001	
Landet	1 129 007	4 166 612	5 295 619	
Helse Sør-Øst				
Østfold	61 163	233 575	294 738	Halden, Sarpsborg, Marker, Rakkestad, Fredrikstad, Hvaler, Aremark, Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Skiptvet, Hobøl, Moss, Råde, Rygge, Våler
Ahus-området	123 576	415 267	538 843	Rømskog, Aurskog-Høland, Sørum, Fet, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Skedsmo, Gjerdrum, Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad, Hurdal, Nittedal, Vestby, Ski, Ås, Frogn, Nesodden, Oppegård samt Grorud, Stovner og Alna bydeler i Oslo
OUS-området	58 816	208 971	267 787	Sagene, Nordre Aker, Bjerke, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand bydeler i Oslo
Lovisenberg-området	22 590	131 218	153 807	St. Hanshaugen, Sentrum, Grünerløkka, og Gamle Oslo bydeler i Oslo
Diakonhjemmet-området	25 718	115 641	141 359	Frogner, Ullern og Vestre Aker bydeler i Oslo
Innlandet	73 085	306 974	380 059	Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue, Åsnes, Hamar, Ringsaker, Løten, Stange, Våler, Elverum, Trysil, Åmot, Stor-Elvdal, Rendalen, Engerdal, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Os, Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Lunner, Gran, Søndre Land, Nordre Land, Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre, Vang, Lillehammer, Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Nord-Fron, Sel, Sør-Fron, Ringebu, Øyer, Gausdal

Vestre Viken-området	108 804	382 520	491 324	Jevnaker, Bærum, Asker, Drammen, Nedre Eiker, Lier, Røyken, Hurum, Ringerike, Hole, Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Krødsherad, Modum, Kongsberg, Sigdal, Øvre Eiker, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal, Svelvik, Sande
Vestfold	48 039	184 621	232 660	Horten, Holmestrand, Tønsberg, Hof, Re, Nøtterøy, Tjøme, Sandefjord, Larvik, Andebu, Stokke, Lardal
Telemark	34 769	138 622	173 391	Skien, Siljan, Nome, Porsgrunn, Bamble, Kragerø, Drangedal, Notodden, Bø, Sauherad, Tinn, Hjartdal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke, Vinje
Sørlandet	68 025	235 729	303 754	Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle, Mandal, Vennesla, Søgne, Marnardal, Åseral, Audnedal, Lindesnes, Songdalen, Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal, Kristiansand

Helse Vest				
Helse Stavanger-området	87 819	276 917	364 736	Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Gjesdal, Sandnes, Randaberg, Forsand, Strand, Hjelmeland, Finnøy, Rennesøy, Kvitsøy, Sola, Stavanger
Helse Fonna-området	41 377	139 355	180 732	Karmøy, Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Utsira, Vindafjord, Etne, Sveio, Kvinnherad, Jondal, Odda, Ullensvang, Eidfjord, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes
Helse Bergen-området	98 360	352 237	450 597	Sund, Fjell, Askøy, Øygarden, Modalen, Osterøy, Meland, Radøy, Lindås, Austrheim, Fedje, Masfjorden, Ulvik, Granvin, Voss, Kvam, Vaksdal, Fusa, Samnanger, Os, Austevoll, Bergen,
Sogn og Fjordane	98 360	352 237	450 597	Vik, Balestrand, Leikanger, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster, Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Gloppen, Stryn, Flora, Gulen, Solund, Hyllestad, Høyanger, Askvoll, Fjaler, Gaular, Jølster, Førde, Naustdal, Bremanger
Helse Midt-Norge				
Møre og Romsdal	57 264	209 592	266 856	Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Volda, Ørsta, Ålesund, Hareid, Ørskog, Norddal, Stranda, Stordal, Sykkylven, Skodje, Sula, Giske, Haram, Molde, Vestnes, Rauma, Nesset, Midsund, Sandøy, Aukra, Fræna, Eide, Gjemnes, Sunndal, Kristiansund, Averøy, Tingvoll, Surnadal, Rindal, Halså, Smøla, Aure
St. Olavs-området	66 719	253 181	319 900	Hemne, Snillfjord, Hitra, Frøya, Agdenes, Oppdal, Rennebu, Meldal, Orkdal, Røros, Holtålen, Midtre Gauldal, Skaun, Melhus, Klæbu, Ørland, Rissa, Bjugn, Åfjord, Roan, Trondheim, Malvik, Selbu, Tydal

Nord-Trøndelag	30 098	108 746	138 844	Meråker, Stjørdal, Frosta, Steinkjer, Leksvik, Verdal, Snåsa, Inderøy, Osen, Namsos, Verran, Namdalseid, Lierne, Røyrvik, Namsskogan, Grong, Høylandet, Overhalla, Fosnes, Flatanger, Vikna, Nærøy, Leka, Levanger,
Helse Nord				
Helgeland	15 952	62 662	78 614	Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Træna, Nesna, Hemnes, Rana, Rødøy
Nordland-området	27 993	109 844	137 837	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Steigen, Hamarøy, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes, Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy, samt vestlige deler av Tysfjord
UNN-området	39 039	154 345	193 384	Narvik, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Harstad, Kvæfjord, Skånland, Ibestad, Tromsø, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Lenvik, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvænangen samt østlige deler av Tysfjord (50 prosent)
Finnmark	15 588	60 579	76 167	Hammerfest, Alta, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp, Kautokeino, Porsanger, Karasjok, Lebesby, Gamvik, Vardø, Vadsø, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger

Oversikt over bostedsområder og kommunene som inngår i DPS-områdene etter bostedsregion/område i 2017. Befolkningstall 0-17 år, 18 år og eldre samt totalt per 1.1.2018

Bostedsområde	0-17 år	18 år og eldre	Totalt	Kommuner/bydeler
Helse Sør-Øst				
Halden Sarpsborg	20 499	77 850	98 349	Halden, Sarpsborg, Marker, Rakkestad
Fredrikstad	17 429	68 088	85 517	Fredrikstad, Hvaler
Nordre Østfold	23 235	87 637	110 872	Moss, Aremark, Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Skiptvet, Råde, Rygge, Våler, Hobøl
Nedre Romerike	38 054	130 328	168 382	Rømskog, Aurskog-Høland, Sørums, Fet, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Skedsmo
Øvre Romerike	24 328	81 423	105 751	Gjerdrum, Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad, Hurdal
Groruddalen	30 810	103 250	134 060	Nittedal, samt Alna, Grorud og Stovner bydeler i Oslo
Follo	30 384	100 266	130 650	Vestby, Ski, Ås, Frogn, Nesodden, Oppegård
Nydalen	25 333	101 395	126 729	Sagene, Nordre Aker og Bjerke bydeler i Oslo
Søndre Oslo	33 483	107 576	141 058	Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand bydeler i Oslo
Lovisenberg/ Tøyen	22 590	131 218	153 807	St Hanshaugen, Sentrum, Grünerløkka og Gamle Oslo bydeler i Oslo
Vinderen	25 718	115 641	141 359	Frogner, Ullern og Vestre Aker bydeler i Oslo
Kongsvinger	8 599	40 477	49 076	Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue, Åsnes
Hamar	25 464	103 728	129 192	Hamar, Ringsaker, Løten, Stange, Våler, Elverum, Trysil, Åmot
Tynset	3 576	15 122	18 698	Stor-Elvdal, Rendalen, Engerdal, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Os,
Gjøvik	21 884	89 965	111 849	Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Lunner, Gran, Søndre Land, Nordre Land, Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre, Vang
Lillehammer	13 562	57 682	71 244	Lillehammer, Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Nord-Fron, Sel, Sør-Fron, , Ringebu, Øyer, Gausdal
Bærum	29 757	95 697	125 454	Bærum
Drammen	29 460	106 548	136 008	Drammen, Nedre Eiker, Lier, Svelvik, Sande (Vestfold)
Ringerike	15 898	64 731	80 629	Jevnaker, Ringerike, Hole, Flå, Nes (Buskerud), Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Krødsherad, Modum

Kongsberg	11 816	44 589	56 405	Kongsberg, Sigdal, Øvre Eiker, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal
Asker	21 873	70 955	92 828	Asker, Røyken, Hurum
Nordre Vestfold	25 435	97 809	123 244	Horten, Tønsberg, Re, Nøtterøy, Tjøme, Holmestrand
Søndre Vestfold	22 604	86 812	109 416	Sandefjord, Larvik
Nedre Telemark	25 854	102 501	128 355	Porsgrunn, Skien, Siljan, Bamle, Kragerø, Drangedal, Nome
Notodden Seljord	8 915	36 121	45 036	Notodden, Bø (Telemark), Sauherad, Tinn, , Hjørtedal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke, Vinje
Aust-Agder	25 729	91 493	117 222	Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle
Strømme	12 020	73 085	85 105	Mandal, Vennesla, Søgne, Marnardal, Åseral, Audnedal, Lindesnes samt deler av Kristiansand
Solvang	1 649	42 831	44 480	Songdalen samt deler av Kristiansand
Lister	8 608	28 320	36 928	Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal
Ukjent, Kristiansand	20 019	0	20 019	
Helse Vest				
Dalane	5 726	18 566	24 292	Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim
Jæren	17 931	50 613	68 544	Hå, Klepp, Time, Gjesdal
Sandnes	19 045	57 283	76 328	Sandnes
Stavanger	19 471	71 361	90 832	Hundavåg-Storhaug, Madla og Tasta-Eiganes bydeler i Stavanger
Ryfylke	9 220	26 947	36 167	Randaberg, Forsand, Strand, Hjelmeland, Finnøy, Rennesøy, Kvitsøy
Sola	16 426	52 147	68 573	Sola samt Hillevåg og Hinna bydeler i Stavanger
Haugaland - Karmøy	27 362	91 232	118 594	Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira, Vindafjord, Etne, Sveio
Folgefonn	5 256	20 149	25 405	Kvinnherad, Jondal, Odda, Ullensvang, Eidfjord
Stord	8 759	27 974	36 733	Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes
Øyane	17 247	49 511	66 758	Sund, Fjell, Askøy, Øygarden
Bjergvin	22 576	75 544	98 120	Modalen, Osterøy, Meland, Radøy, Lindås, Austrheim, Fedje, Masfjorden
Kronstad	19 557	92 477	112 034	Bergenshus, Ytrebygda og Årstad bydeler i Bergen
Betanien	14 144	55 691	69 835	Laksevåg og Fyllingsdalen bydeler i Bergen
Voss	6 329	22 878	29 207	Ulvik, Granvin, Voss, Kvam, Vaksdal

Solli	18 507	56 136	74 643	Fusa, Samnanger, Os (Hordaland) , Austevoll samt Fana bydel i Bergen
Indre Sogn	5 903	22 868	28 771	Vik, Balestrand, Leikanger, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster
Nordfjord	6 517	22 642	29 159	Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Gloppen, Stryn
Førde	11 794	40 506	52 300	Flora, Gulen, Solund, Hyllestad, Høyanger, Askvoll, Fjaler, Gaular, Jølster, Førde, Naustdal, Bremanger
Helse Midt-Norge				
Sunnmøre	32 258	113 533	145 791	Ålesund, Vanylven, Sande (Møre og Romsdal), Herøy (Møre og Romsdal), Ulstein, Hareid, Volda, Ørsta, Ørskog, Norddal, Stranda, Stordal, Sykkylven, Skodje, Sula, Giske, Haram, Sandøy
Nordmøre og Romsdal	25 006	96 059	121 065	Molde, Kristiansund, Vestnes, Rauma, Nesset, Midsund, Aukra, Fræna, Eide, Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Rindal, Halså, Smøla, Aure
Orkdal	13 400	50 538	63 938	Hemne, Snillfjord, Hitra, Frøya, Agdenes, Oppdal, Rennebu, Meldal, Orkdal, Røros, Holtålen, Midtre Gauldal, Skaun
Tiller	24 955	81 913	106 868	Melhus, Klæbu samt vestlige deler av Trondheim
Nidaros	25 664	111 524	137 188	Ørland, Rissa, Bjugn, Åfjord, Roan samt østlige deler av Trondheim og vestlige deler av Malvik (50 prosent)
Stjørdal	9 685	33 281	42 967	Selbu, Tydal, Meråker, Stjørdal, Frosta samt østlige deler av Malvik (50 prosent) og sørlige deler av Levanger (10 prosent)
Levanger	14 533	52 965	67 498	Steinkjer, Leksvik, Verdal, Snåase - Snåsa, Inderøy samt deler av Levanger (90 prosent)
Namsos	8 580	31 705	40 285	Namsos, Osen, Verran, Namdalseid, Lierne, Raarvihke - Røyrvik, Namsskogan, Grong, Høylandet, Overhalla, Fosnes, Flatanger, Vikna, Nærøy, Leka
Helse Nord				
Mosjøen	3 195	13 127	16 322	Vefsn, Grane, Hattfjelldal
Ytre Helgeland	5 890	22 615	28 505	Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy (Nordland), Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Træna
Mo i Rana	6 867	26 920	33 787	Nesna, Hemnes, Rana, Rødøy

Salten	16 983	66 222	83 205	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske - Fuosko, Sørfold, Steigen, Hamarøy - Hábmer, Røst samt vestlige deler av Tysfjord (50 prosent)
Lofoten	4 989	19 134	24 123	Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes,
Vesterålen	6 021	24 488	30 509	Hadsel, Bø (Nordland), Øksnes, Sortland - Suortá, Andøy
Ofoten	5 100	21 785	26 885	Narvik, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen samt østlige deler av Tysfjord (50 prosent)
Sør-Troms	6 392	25 730	32 122	Harstad - Hårstták, Kvæfjord, Skånland, Ibestad
Tromsø og omegn	18 048	70 239	88 287	Tromsø, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono
Midt-Troms	7 294	27 571	34 865	Gratangen, Loabák - Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Lenvik
Nord-Troms	2 205	9 020	11 225	Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono, Skjervøy, Nordreisa, Kvænangen
Vest-Finnmark	8 485	30 143	38 628	Hammerfest, Alta, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp
Midt-Finnmark	2 301	9 812	12 113	Guovdageaidnu - Kautokeino, Porsanger - Porsángu - Porsanki, Kárásjohka - Karasjok, Lebesby, Gamvik
Øst-Finnmark	4 802	20 624	25 426	Vardø, Vadsø, Berlevåg, Deatnu - Tana, Unjárga - Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger

Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet

Utgitt

31.01.2019

Bestillingsnummer

IS-2807

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130
Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

Faks 24 16 30 01

Forsidefoto

©Lightpoet/Mostphoto

Design

Itera as

Heftet kan bestilles hos

Helsedirektoratet

v/ Trykksaksekspedisjonen

e-post trykksak@helsedir.no

Telefon 24 16 33 68

Faks 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillings-
nummer:

IS-2807

www.helsedirektoratet.no