

# Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014-2018

SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN

---

Rapport  
IS-2850



# Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| Sammendrag  | 4         |
| <b>Psykisk helsevern</b>  | <b>10</b> |
| <b>1. Pasienter i det psykiske helsevernet</b>  | <b>11</b> |
| 1.1 Samlet fordeling  | 11        |
| 1.2 Pasienter totalt etter alder i 2014 og 2018   | 14        |
| 1.3 Pasienter blant barn og unge  | 15        |
| 1.4 Voksne pasienter  | 17        |
| <b>2. Befolkningens bruk av psykisk helsevern for barn og unge</b>                              | <b>20</b> |
| 2.1 Nasjonale utviklingstrekk   | 20        |
| 2.2 Regionale utviklingstrekk   | 22        |
| <b>3. Kapasitet i det psykiske helsevernet for barn og unge</b>                                 | <b>38</b> |
| 3.1 Døgnplasser i PHV-BU  | 38        |
| 3.2 Polikliniske og ambulante årsverk i PHV-BU  | 39        |
| <b>4. Forløp etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern for barn og unge</b>      | <b>43</b> |
| <b>5. Befolkningens bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne</b>                 | <b>46</b> |
| 5.1 Nasjonale utviklingstrekk   | 46        |
| 5.2 Pasienter etter tjenestetype og hoveddiagnose   | 48        |
| 5.3 Utviklingen nasjonalt og regionalt 2014-2018  | 56        |
| <b>6. Døgnplasser og poliklinisk/ ambulant personell i det psykiske helsevernet for voksne</b>  | <b>67</b> |
| 6.1 Døgnplasser   | 67        |
| 6.2 Poliklinisk og ambulant personell   | 69        |
| <b>7. Oppfølging av døgnpasienter etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne</b> | <b>74</b> |
| <b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>   | <b>77</b> |
| <b>8. Befolkningens bruk av TSB</b>   | <b>78</b> |
| 8.1 Nasjonale utviklingstrekk   | 78        |
| 8.2 Regionale utviklingstrekk   | 79        |
| 8.3 Pasientenes alder og kjønn  | 81        |
| 8.4 Bruken av oppholdsdøgn og innleggelser i regionene  | 84        |
| 8.5 Bruken av øyeblikkelig hjelp i regionene  | 87        |
| 8.6 Poliklinisk tilbud i regionene  | 91        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>9. Døgnplasser i TSB</b>  | <b>95</b>  |
| 9.1 Antall døgnplasser ved helseforetak og private avtaleinstitusjoner | 95         |
| 9.2 Antall døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget              | 97         |
| 9.3 Grunnlagstabell for døgnplasser                                    | 98         |
| <b>10. Døgnbehandling i TSB</b>  | <b>100</b> |
| 10.1 Innleggelser som øyeblikkelig hjelp ved foretakene                | 100        |
| 10.2 Varigheten av døgnbehandlingen ved foretakene                     | 100        |
| 10.3 Forløp etter utskrivning fra døgnbehandling                       | 102        |
| 10.4 Datagrunnlag  | 106        |



# Sammendrag

I det psykiske helsevernet for barn og unge hadde 89 prosent en ny kontakt med spesialisthelsetjenesten innen 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling, enten i form av en ny innleggelse (21 prosent), eller bare med en poliklinisk kontakt (67 prosent). I det psykiske helsevernet for voksne og i TSB var andel med ny kontakt henholdsvis 70 og 66 prosent. Andel med ny kontakt har gått opp i alle sektorene de siste årene. Både i psykisk helsevern for barn og unge, i psykisk helsevern for voksne og i TSB hadde om lag halvparten av pasientene en ny innleggelse innen ett år.

Dette er noen av resultatene som framkommer i denne rapporten. I rapporten beskrives utviklingen i behandlingsaktiviteten nasjonalt og regionalt innenfor det psykiske helsevernet og i TSB. Regionale tall er i hovedsak avgrenset til perioden fra 2014 til 2018. Nasjonalt viser vi for noen størrelser lengre tidsserier. Tilsvarende indikatorer for virksomheten i helseforetak og foretaksområder finnes på Helsedirektoratets hjemmesider:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>

## **Flere unge voksne får behandling i det psykiske helsevernet**

I 2018 var totalt 248 000 personer i kontakt med det psykiske helsevernet, 151 000 ved institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne, 57 000 i det psykiske helsevernet for barn og unge og 53 000 hos avtalespesialistene. Noen mottok tjenester fra flere parter. Totalt var derfor 248 000 i kontakt med tjenestene. Av disse var 142 000 kvinner og 106 000 menn.

For kvinner økte den totale pasientraten med økende alder fram til aldersgruppen 16-17 år, for deretter å avta med økende alder. For mennene var den høyeste raten for aldersgruppen 13 til 15 år. Fra 2014 til 2018 har det vært en økning i pasientraten både for kvinner og menn. Veksten har i all hovedsak gått til pasienter i aldersgruppen 18 til 29 år. Det kan derfor se ut til å være en kohort-effekt, der de som var i alderen 16-22 år i 2014 fortsatte å ha høyere pasientrate over tid. Med unntak av aldersgruppen 0-12 år er kvinnene gjennomgående i flertall i alle aldersgrupper.

## **Psykisk helsevern for barn og unge**

Fra 2014 til 2018 var det en svak økning i pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge på nasjonalt nivå (2,8 prosent). Dette omfatter pasienter behandlet i offentlige institusjoner i psykisk helsevern og hos private avtalespesialister. I løpet av femårsperioden var det en økning i pasienter i poliklinisk behandling (2,7 prosent) og i døgnbehandling (3,2 prosent), mens omfanget av pasienter hos avtalespesialister gikk svakt ned (-1,3 prosent).

Som omtalt over var pasientratene for gutter høyest for aldergruppen 13-15 år (7 prosent). For jenter var flest i kontakt med tjenesten i alderen 16-17 år, nær 12 prosent. Samme tendens gjaldt både i døgnbehandling, poliklinisk behandling og hos avtalespesialister, og i samtlige regioner. For perioden 2014 til 2018 var det en vekst i pasientratene for ungdom i alderen 16-17 år, noe høyere for gutter (7 prosent) enn for jenter (3,5 prosent).

### **Geografiske forskjeller i døgnbehandling i PHV-BU**

Det var store regionale forskjeller i døgntilbudet til barn og unge siste femårsperiode. Volum av tjenester, både målt i rater for oppholdsdøgn, utskrivninger, ø-hjelpsinnleggelser og døgnpasienter varierte kraftig. Det samme gjorde kapasiteten i døgnbehandling, målt i døgnplassdekning og varigheten av døgnopphold. Helse Nord hadde dobbelt så mange senger, pasienter i døgnbehandling, oppholdsdøgn og utskrivninger per innbygger sammenliknet med enkelte av de andre regionene.

Om lag en av fem utskrivninger fra døgnbehandling i PHV-BU (21 prosent) resulterte i en ny innleggelse innen 30 dager. Og nær halvparten (48 prosent) av utskrivningene endte med ny innleggelse innen ett år. I perioden 2013 til 2018 økte andelen nye innleggelser i løpet av 365 dager etter utskrivning i alle regioner med unntak for Helse Midt-Norge.

En stor andel av pasientene som ble skrevet ut fra PHV-BU hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten den påfølgende måneden. I 2018 hadde 67 prosent kontakt med poliklinikk de første 30 dagene etter utskrivning, mens 11 prosent ikke hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Fra 2014 til 2018 økte raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser i PHV-BU med nær 19 prosent. I samme periode økte de totale innleggelsene med nær 9 prosent. Andel ø-hjelpinnleggelser økte dermed fra 57 til 62, med en nedgang på ett prosentpoeng siste år.

På nasjonalt nivå var det vekst i aktiviteten knyttet til døgnbehandling for barn og unge i perioden 2014 til 2018. Både oppholdsdøgn (16,2 prosent), utskrivninger (11,2 prosent) og døgnpasienter (3,2 prosent) økte i det psykiske helsevernet for barn og unge når man korrigerer for befolkningsutviklingen i perioden. Antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge økte fra 293 til 310 i samme periode.

### **Polikliniske aktivitet i PHV-BU - økende andel pasienter i ambulant behandling**

Ni prosent av de polikliniske konsultasjonene i PHV-BU var ambulante i 2018, og 39 prosent av pasientene mottok en eller flere ambulante konsultasjoner samme år. I perioden 2014-2018 økte andelen ambulante pasienter fra 33 til 39 prosent på nasjonalt nivå. I regionene økte den ambulante virksomheten med unntak for Helse Midt-Norge. I 2018 varierte andel pasienter som mottok ambulant behandling mellom 34 til 41 prosent i regionene, lavest i Helse Midt-Norge og høyest i Helse Sør-Øst.

Det var i gjennomsnitt fire ambulante kontakter per pasient årlig i hele perioden. Halvparten av pasientene mottok to ambulante konsultasjoner per pasient, denne størrelsen holdt seg stabil i hele perioden og i alle regioner (median=2).

Barn og unge i alderen 0-17 år mottok 27 530 konsultasjoner hos avtalespesialister i 2018. Korrigert for folketallet var det svak økning fra 2014 til 2018 (0,8 prosent). Det har i hele perioden vært betydelig høyere

bruk av avtalespesialister i Helse Sør-Øst og Helse Vest enn i de andre regionene blant barn og unge. Forskjellene mellom regionene ble imidlertid mindre i løpet av femårsperioden, noe som skyldes en klar vekst i konsultasjoner hos avtalespesialister i Helse Midt-Norge og Helse Nord.

I de siste årene har det vært en årlig vekst i den polikliniske aktiviteten i det psykiske helsevernet for barn og unge, målt i "konsultasjoner med refusjonstakster". Som en følge av innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikker i psykisk helsevern, kan vi ikke benytte dette aktivitetsmålet på 2018-data. Det er derfor vanskelig å si noe om utviklingen i den polikliniske aktiviteten i PHV-BU siste år, målt med denne indikatoren. Polikliniske kontakter som omfatter alle konsultasjoner, har hatt en svakt avtagende utvikling de senere år, men fra 2017 til 2018 avtok denne størrelsen betydelig. Dette er knyttet til konvertering til nytt pasientdatasystem i Helse Midt-Norge siste år.

Kapasiteten i den polikliniske og ambulante virksomheten, målt i personellinnsats, økte med 2,3 prosent fra 2014 til 2018. Helse Nord hadde den høyeste personellraten og den største veksten blant regionene i perioden.

### **Psykisk helsevern for voksne**

Både for døgnavdelingene og for poliklinikkene innen det psykiske helsevernet for voksne finner vi det samme mønsteret som for den samlede pasientraten, med synkende rater med økende alder både for pasienter, oppholdsdøgn, utskrivinger og polikliniske kontakter. For avtalespesialistene er aldersfordelingen annerledes. Både pasientraten og konsultasjonsraten når sitt høyeste nivå for aldersgruppen 30-49 år og med lavere rate i for- og etterkant.

### **Omfanget av døgnbehandling går ned**

Sett i forhold til folketallet har antall oppholdsdøgn over perioden fra 1998 til 2018 blitt redusert med 55 prosent i det psykiske helsevernet for voksne. Raten for utskrivinger økte likevel fram til 2010 pga. nedkorting av lengden på oppholdene. En fikk deretter en svak nedgang i raten. De siste par årene har utskrivingstallene stabilisert seg. Utskrivningsraten var i 2018 51 prosent høyere enn i 1998.

I 2018 var knapt 27 000 pasienter, eller 0,6 prosent av befolkningen over 18 år innlagt i en døgnavdeling. Pasientraten for døgnavdelingene har siden 2010 blitt redusert med 10 prosent.

De fleste innleggelser skjer som øyeblikkelig hjelp (hastegrad innen 24 timer). Fra 2014 til 2018 økte øyeblikkelig hjelp-raten med 3 prosent. Innleggelsesraten totalt holdt seg i samme periode stabil (1 prosent nedgang). Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser har dermed økt med 3 prosentpoeng, fra 65 til 68.

Vi har i rapporten undersøkt forløp 30 dager etter utskriving fra en døgnavdeling over perioden 2013-november 2014 til perioden 2017-november 2018. På landsbasis hadde 25 prosent av pasientene en ny innleggelse innen 30 dager. Det store flertallet (16-17 prosentpoeng) kom som øyeblikkelig hjelp-innleggelser (re-innleggelser). Andelen som kun hadde kontakt med poliklinikk økte fra 42 til 46 prosent i løpet av perioden. Andel pasienter uten kontakt med spesialisthelsetjenesten gikk tilsvarende ned fra 34 til 30 prosent. Vi har også sett på omfanget av nye innleggelser innen ett år etter utskriving i 2013,

2015 og 2017. På landsbasis hadde 57-58 prosent av pasientene en ny innleggelse innen ett år. Andelen har holdt seg stabil. Andelen som ikke hadde noen ny innleggelse økte svakt, fra 35 til 37 prosent.

Sett i forhold til voksenbefolkningen ble antall døgnplasser fra 1998 til 2018 redusert med 54 prosent. Fra 2014 til 2018 var nedgangen 13 prosent.

### **Aktivitetsveksten ved poliklinikkene flater ut**

I 2018 var 149 000 personer over 18 år i kontakt med en poliklinikk i det psykiske helsevernet for voksne mot 136 000 fire år tidligere. Korrigert for befolkningsvekst gir dette en økning på 5 prosent.

Sett i forhold til folketallet ble antall refusjonsberettigede konsultasjoner tredoblet fra 1998 til 2017. Fra 2017 ble finansieringssystemet lagt om. Fra 2016 til 2017 var det en økning i refusjonsberettiget aktivitet. Dette skyldes sannsynligvis omlegging av finansieringssystemet. Målt ved antall polikliniske kontakter totalt var aktiviteten stabil fra 2016 til 2017, og gikk ned fra 2017 til 2018. Det kan altså se ut til at den polikliniske aktiviteten flater ut. Det er imidlertid fortsatt usikkerhet knyttet til om dette skyldes endret registreringspraksis i forbindelse med omleggingen av finansieringssystemet eller om det er et reelt brudd i trenden.

Fra 2008 til 2016 økte årsverksinnsatsen i poliklinisk og ambulant virksomhet med 24 prosent. Fra 2016 til 2018 var imidlertid økningen bare 1,1 prosent. Også målt ved årsverksinnsatsen synes altså aktivitetsveksten i poliklinisk og ambulant virksomhet å flate ut.

I 2018 mottok 19 prosent av de polikliniske pasientene ambulante tjenester. I de fleste tilfeller var antall ambulante kontakter lavt: 25 prosent av pasientene mottok bare en ambulant kontakt, halvparten 2 eller færre, mens 25 prosent mottok 5 eller flere. De ambulante kontaktene utgjorde 8-9 prosent av kontaktene totalt.

### **Færre konsultasjoner hos avtalespesialistene**

I 2018 var 50 000 personer over 18 år i kontakt med en avtalespesialist i psykiatri eller psykologi.

Fra 2014 til 2018 gikk konsultasjonsraten hos avtalepasientene ned med 8 prosent.

Helse Midt-Norge og Helse Nord har høyere aktivitet ved poliklinikkene enn Helse Sør-Øst og Helse Vest. Helse Sør-Øst og Helse Vest har imidlertid langt høyere aktivitet hos avtalespesialistene i psykologi og psykiatri. Om vi ser polikliniske kontakter og konsultasjoner hos avtalespesialistene under ett finner vi den laveste raten i Nord, og den høyeste raten i Sør-Øst.

### **Veksten innen TSB har stoppet opp**

I løpet av 2018 fikk omlag 32 400 pasienter behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette var en svak nedgang siden 2017. Nedgangen var knyttet til færre polikliniske pasienter i TSB i 2018 sammenlignet med året før. Antall døgnpasienter endret seg lite siste år og trenden med en svak og jevn vekst i antall pasienter i døgnbehandling de siste årene har stoppet opp. Utviklingen i løpet av perioden 2014-2018 var altså preget av en vekst i første del av perioden hvor utviklingen det siste året antyder en nedgang.



## **Unge pasienter i TSB**

I løpet av perioden 2014-2018 var det en nedgang i pasientratene for de unge 18-22 år, mens det var en svak vekst for de eldre pasientene. Dersom dette beror på at færre unge trenger rusbehandling, er dette en utvikling i tråd med behovet. De unge pasientene mottok i større grad behandling i både TSB og psykisk helsevern sammenlignet med de eldre pasienter. Det var liten endring over tid og mellom bostedsregioner med hensyn til dette behandlingstilbudet noe som kan tyde på et enhetlig samarbeidet mellom psykisk helsevern og TSB.

## **Behandling kun i TSB**

Behandlingstilbudet til pasienter som bare var i behandling i TSB, økte i større grad for menn enn for kvinner. I dette tilbudet hadde Sør-Øst de høyeste pasientratene, Vest lå på landsgjennomsnittet, mens Midt-Norge og Nord hadde de laveste pasientratene. Disse regionale forskjellene kjennetegner hele perioden. Til tross for en økning i pasientrater i Nord hadde regionen fremdeles det laveste ratenivået.

Aldersgruppen 60 år og eldre mottok i liten grad tilbud om rusbehandling og i særdeleshet gjaldt dette pasienter i aldersgruppen 70-79 år. I denne aldersgruppen har befolkningsgrunnlaget økt med 28 og 22 prosent for henholdsvis menn og kvinner i løpet av perioden 2014-2018 og tallene tyder på at tilbudet holder tritt med befolkningsveksten.

## **Oppholdsdøgn og innleggelser i TSB**

Volumet av oppholdsdøgn innen den *avtalte* døgnkapasiteten i TSB ble redusert med 4 prosent fra 2017 til 2018, mens antall innleggelser forble uendret. Når bidraget fra ordningen fritt behandlingsvalg (FBV) ble inkludert, ble den samlede nedgangen i antall oppholdsdøgn på 2 prosent, mens antall innleggelser økte med 2 prosent. Til tross for dette var det en samlet reduksjon på 3 prosent i både oppholdsdøgn og innleggelser hos de private foretakene. Samtidig var det en vekst i antall oppholdsdøgn ved helseforetakene og 5 prosents økning i antall innleggelser. Når vi tok hensyn til befolkningsveksten fra 2017 til 2018 ble resultatet en svak nedgang i dekningen av denne spesialisthelsetjenesten.

## **Døgnplasser i TSB**

Ved utgangen av 2018 var den planlagte døgnplasskapasiteten for rusbehandling på 1889 plasser. I løpet av det siste året var det en nedgang på 13 døgnplasser. Ved helseforetakene økte døgnplasskapasiteten med 18 døgnplasser og samtidig ble det 31 færre private avtaleplasser. Nedgangen i antall døgnplasser var knyttet til Sør-Øst og skrev seg fra den nye anbudsrunder som ble gjennomført etter at Borgestadklinikken sa opp sin avtale med Helse Sør-Øst RHF. I forbindelse med dette ble øyeblikkelig hjelp-tilbudet ved Sykehuset i Telemark styrket, men samlet sett resulterte dette altså i færre døgnplasser i regionen.

## **Øyeblikkelig hjelp-innleggelser for pasienter i TSB**

Omfanget av øyeblikkelig hjelp økte i helseforetakene og utgjorde i 2018 om lag 30 prosent av innleggelsene. Befolkningens bruk av øyeblikkelig hjelp-innleggelser (innleggelser per innbygger) i TSB økte fra 2014 til 2018, men bruken i Nord lå lavere enn i de øvrige regionene gjennom perioden til tross for økt bidrag fra psykisk helsevern i løpet av perioden. Bidraget fra psykisk helsevern synes imidlertid å være stabilt gjennom perioden for de øvrige regionene.

### **Samarbeid mellom TSB og psykisk helsevern**

Omfanget av samarbeid med psykisk helsevern om døgnpasientene lå på samme nivå gjennom perioden 2013-2017. Når vi så på døgnpasientenes forløp ett år etter utskrivning fra TSB, viste tallene at omfanget av innleggelser i psykisk helsevern lå på samme andel gjennom perioden 2014-2018. Pasienter som mottok behandling i begge sektorer viste også liten endring i omfang gjennom perioden og mellom regionene.

### **Samarbeid mellom helseforetak og private foretak innen TSB**

Døgnbehandlingen i TSB var og er i store deler av landet et samarbeid mellom helseforetak og private avtaleforetak som mange steder i landet har ulike roller innen behandlingstilbudet. Oversikten over døgnpasientenes forløp etter utskrivning, viste at andel utskrivninger som ble overført direkte til annen døgnbehandling økte fra 13 til 16 prosent i løpet av perioden 2013-2017. Dette dreide seg i all hovedsak om overføringer mellom helseforetak og private foretak og tydet på en bedret kontinuitet i døgnbehandlingen i løpet av perioden.

### **Pasientkontakt i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i TSB**

Omlag halvparten av pasientene ble fulgt opp med poliklinisk kontakt i løpet av de første 30 dager etter utskrivning i 2017-18. Her var det tydelige regionale forskjeller hvor minst 60 prosent av døgnbehandlingene i Vest ble fulgt opp med poliklinisk kontakt, mens en tredjedel av pasienten i Nord hadde en slik kontakt. Tallene inkluderte også eventuell poliklinisk kontakt med psykisk helsevern. Nord gjorde heller ikke bruk av ny innleggelse i stedet for poliklinisk kontakt som oppfølging av døgnpasienten og resultatene for Nord må ses i sammenheng med regionens generelt sett lave dekningsrate for poliklinisk virksomhet.

# Psykisk helsevern

# 1. Pasienter i det psykiske helsevernet

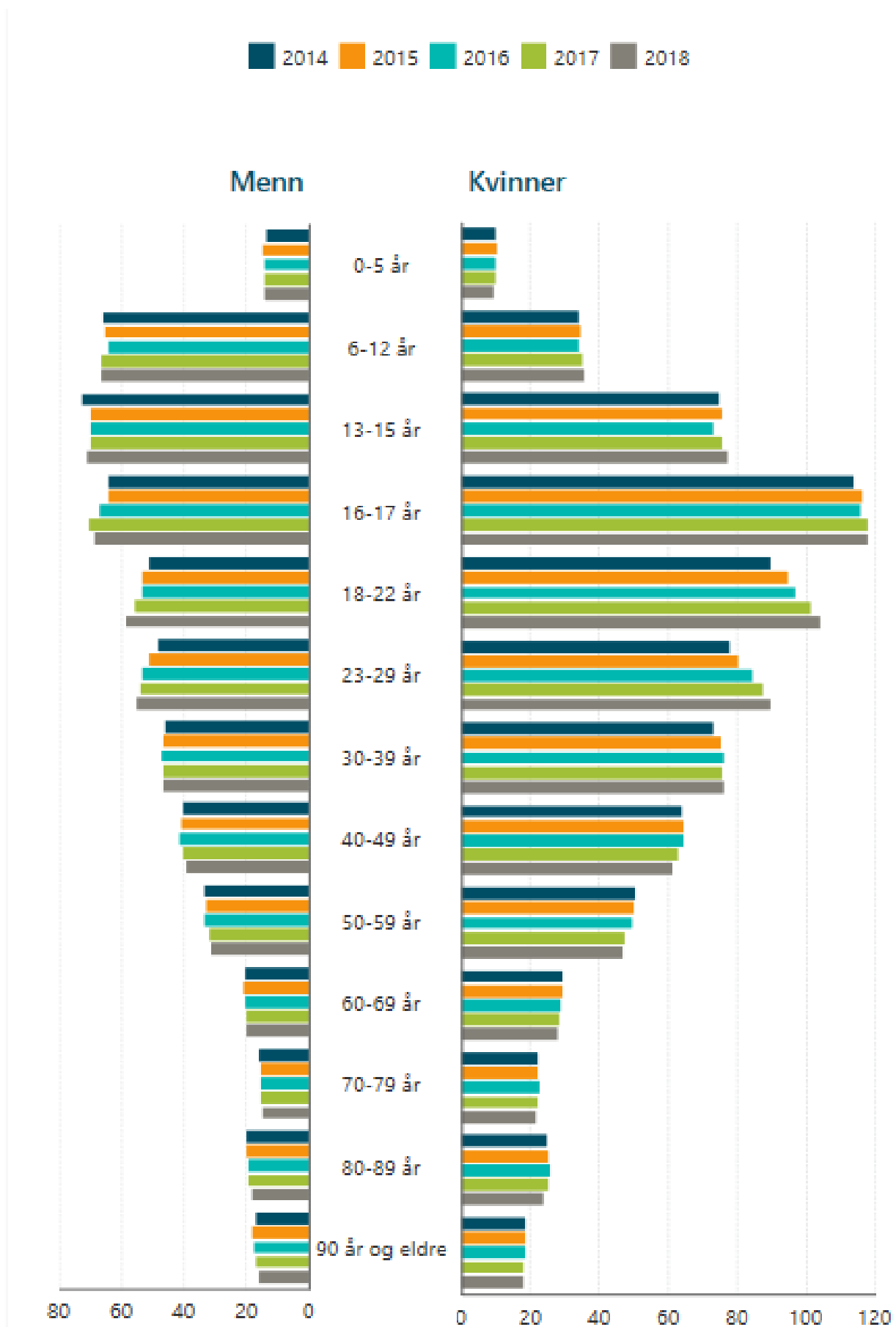
Vi vil i dette kapitlet se på pasientfordeling etter kjønn og alder for det psykiske helsevernet samlet (barn, unge og voksne). Tallene vil bli fremstilt som rater per 1 000 innbyggere etter kjønn og aldersgruppe.

## 1.1 Samlet fordeling

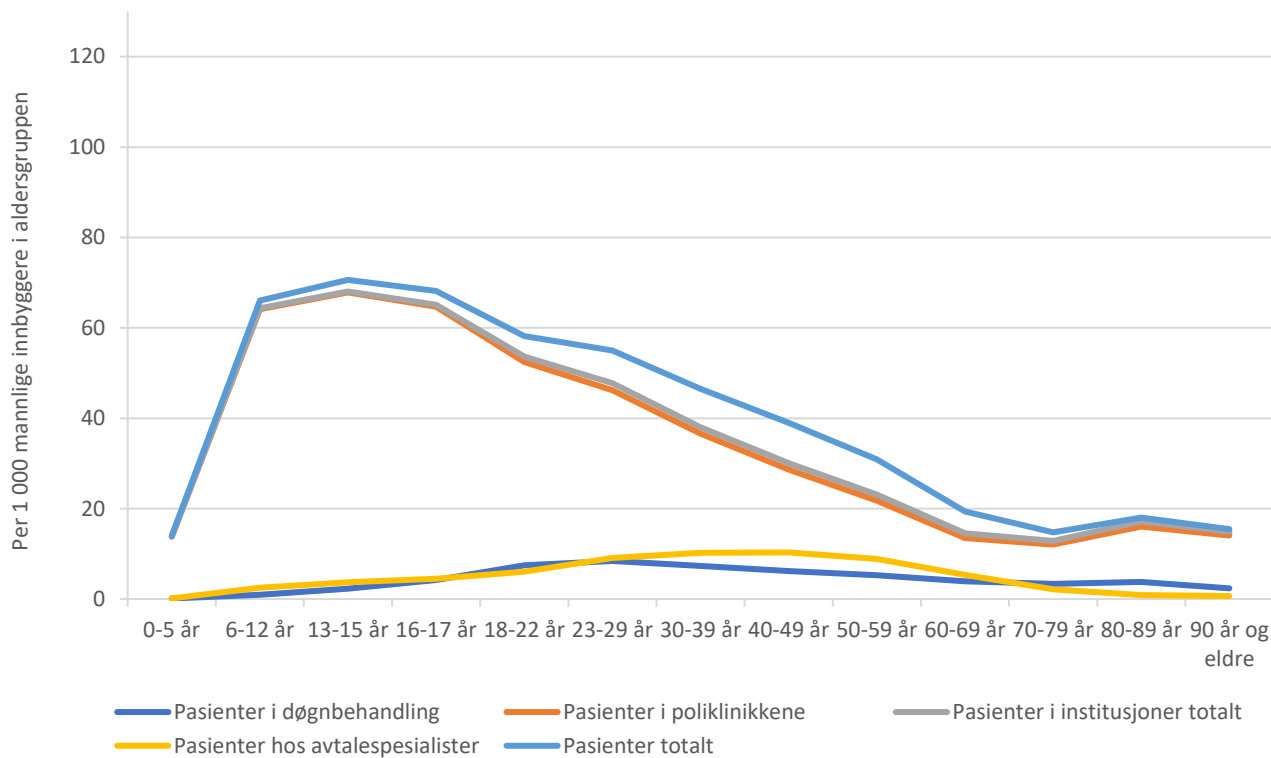
I 2018 var totalt 248 000 personer i kontakt med det psykiske helsevernet, 151 000 ved institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne, 57 000 i det psykiske helsevernet for barn og unge og 53 000 hos avtalespesialistene. Noen mottok tjenester fra flere parter. Totalt var derfor 248 000 i kontakt med tjenestene. Av disse var 142 000 kvinner og 106 000 menn.

Figur 1-1 viser pasientrater etter kjønn og aldersgruppe i perioden 2014 til 2018. Figur 1-2 viser aldersfordelingen etter tjenestetype for menn i 2018. Figur 1-3 viser den tilsvarende fordelingen for kvinnene.

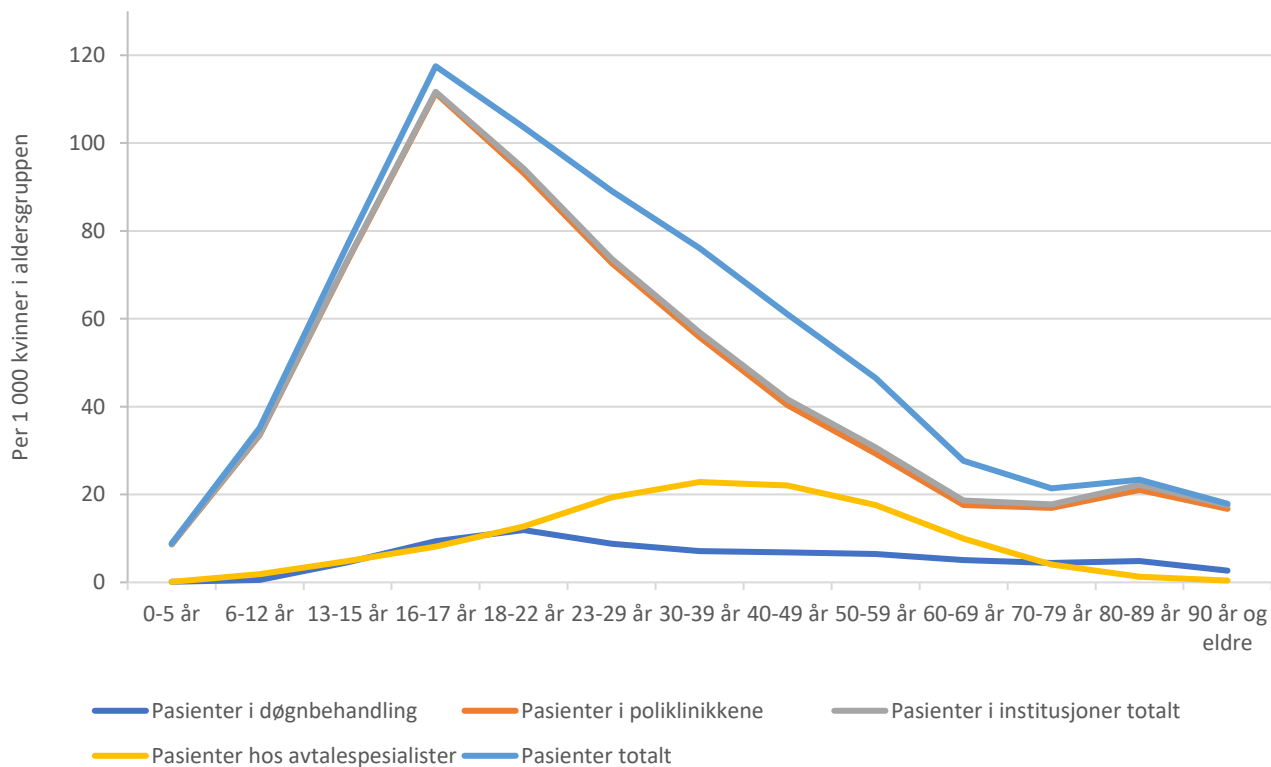
Figur 1-1: Pasienter totalt i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere etter kjønn og aldersgruppe 2014-2018.



Figur 1-2: Mannlige pasienter i det psykiske helsevernet etter alder. Rater per 1 000 menn i aldersgruppen i 2018.



Figur 1-3 Kvinnelige pasienter i det psykiske helsevernet etter alder. Rater per 1 000 kvinner i aldersgruppen i 2018.



I 2018 var 5,0 prosent av guttene og 4,3 prosent av jentene under 18 år i kontakt med det psykiske helsevernet, totalt 4,7 prosent. 3,7 prosent av mennene og 5,7 prosent av kvinnene 18 år og eldre i kontakt med tjenestene, totalt 4,7 av alle voksne.

I 2018 steg totalraten for begge kjønn fram til ungdomsårene for deretter å avta fram til aldersgruppen 80-89 år, der det igjen var en svak økning. For mennene var de høyeste ratene for gruppen 13-15 år, der 7,1 prosent av guttene var i kontakt med tjenestene. For kvinnene var raten høyest for aldersgruppen 16-17 år, der 11,8 prosent av kvinnene var i kontakt med tjenestene. Det er gjennomgående langt høyere totalrate for kvinnene enn for mennene.

Nær samtlige pasienter som har mottatt et døgn- eller dagtilbud vil også motta poliklinisk behandling. Ratene for polikliniske pasienter og for pasienter ved institusjoner og poliklinikker samlet vil derfor langt på vei være sammenfallende.

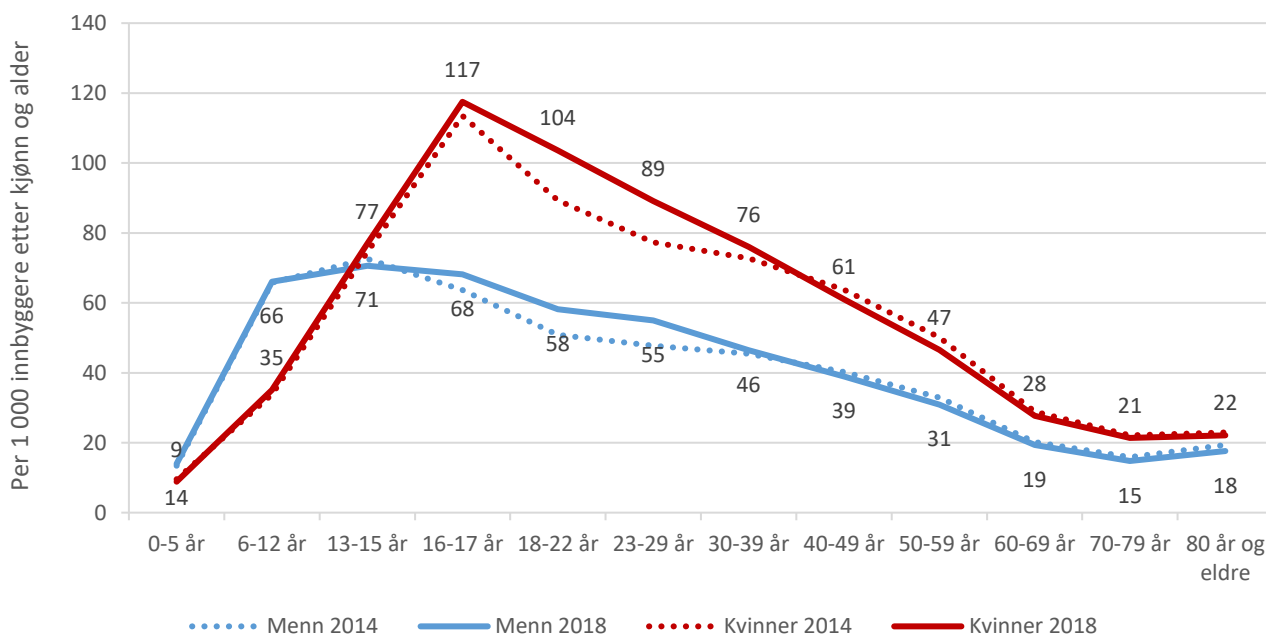
I døgnavdelingene var raten for kvinnene i 2018 høyest for aldersgruppen 18-22 år, der 1,2 prosent av kvinnene var innlagt i løpet av året. For mennene var raten høyest for aldersgruppen 22-29 år.

Hos avtalespesialistene var aldersfordelingen annerledes enn for de øvrige tjenestene. For begge kjønn stiger raten fram til aldersgruppene 30-49 år, for deretter å avta. 2,2-2,3 prosent av kvinnene i denne aldersgruppen var i 2018 i kontakt med en avtalespesialist. For mennene var andel 1,0 prosent. Noen av disse resultatene vil bli nærmere kommentert nedenfor.

## 1.2 Pasienter totalt etter alder i 2014 og 2018

Figur 1-4 viser utviklingen etter kjønn og alder fra 2014 til 2018.

Figur 1-4: Pasienter totalt i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2014 og 2018.



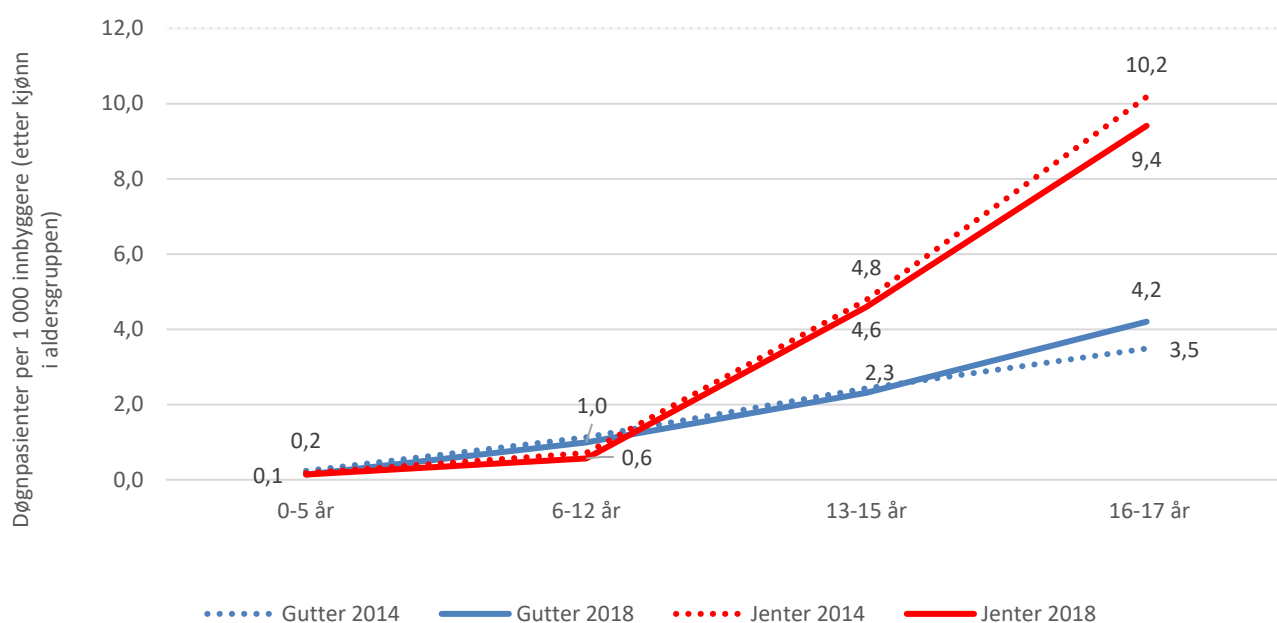
Fra 2014 til 2018 var det en økning i den samlede pasientraten både for kvinner og for menn. Det var en svak økning i raten for kvinner og for menn i alderen 16-17 år (hhv. 4,0 og 4,5 per 1 000 innbyggere). Brorparten av veksten har imidlertid gått til aldersgruppen 18-22 år (hhv. 14,3 og 7,3 per 1 000 innbyggere)

og aldersgruppen 22-29 år (hhv 11,8 og 7,2 per 1 000 innbyggere). For øvrige aldersgrupper er det gjennomgående små endringer. Det kan derfor se ut til å være en kohort effekt, der de som var i alderen 16-22 år i 2014 fortsatte å ha høyere pasientrate over tid.

### 1.3 Pasienter blant barn og unge

Figur 1-5 til 1-7 viser utviklingen for pasienter 0-17 år i perioden 2014 til 2018. Figurene viser tall for pasienter som har mottatt døgntil behandling, poliklinisk behandling og behandling hos avtalespesialister etter kjønn og aldersgruppe.

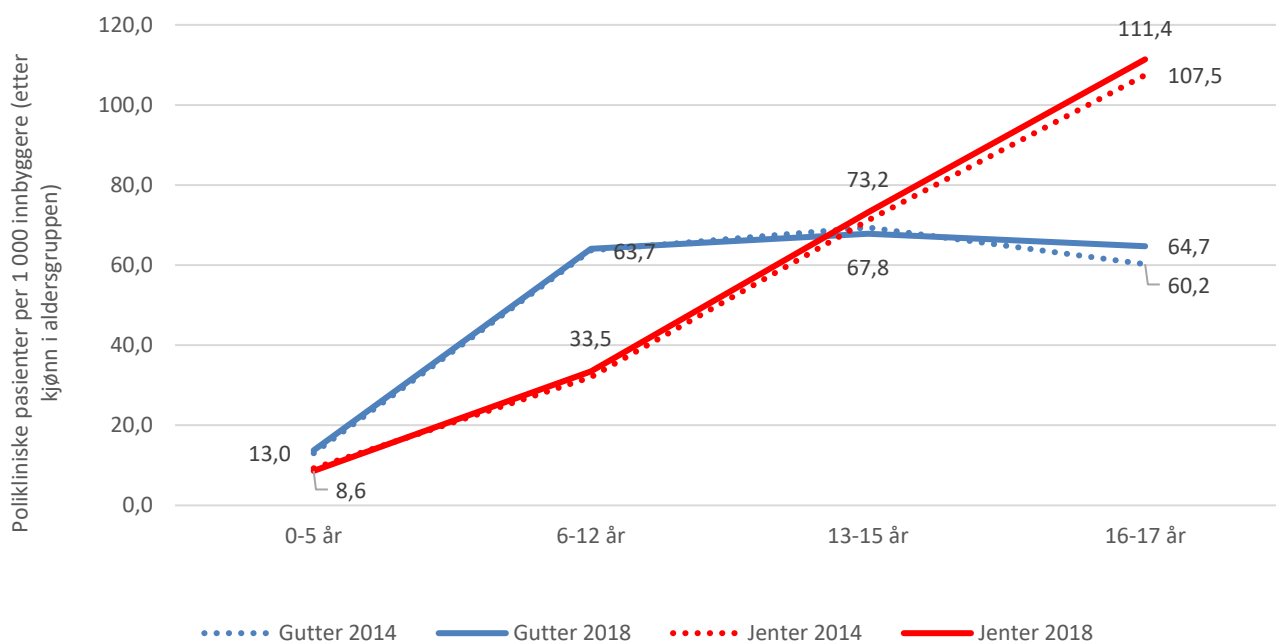
Figur 1-5: Døgnpasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2014 og 2018.



For barn og unge i døgntil behandling var det også økende pasientrater med økende alder både i 2014 og 2018. Dette gjaldt begge kjønn. For de yngste pasientene hadde gutter noe høyere rater enn jenter, men fra ungdomsalder var ratene betydelig høyere for jenter enn gutter. For jenter gikk pasientraten noe ned fra 2014 til 2018, og nedgangen var størst blant de eldste (16-17 år). For gutter i samme alder var det en økning i perioden. Allikevel var døgntilpasientratene for jenter omtrent dobbelt så høye som for gutter både for aldersgruppen 13-15 år og 16-17 år.

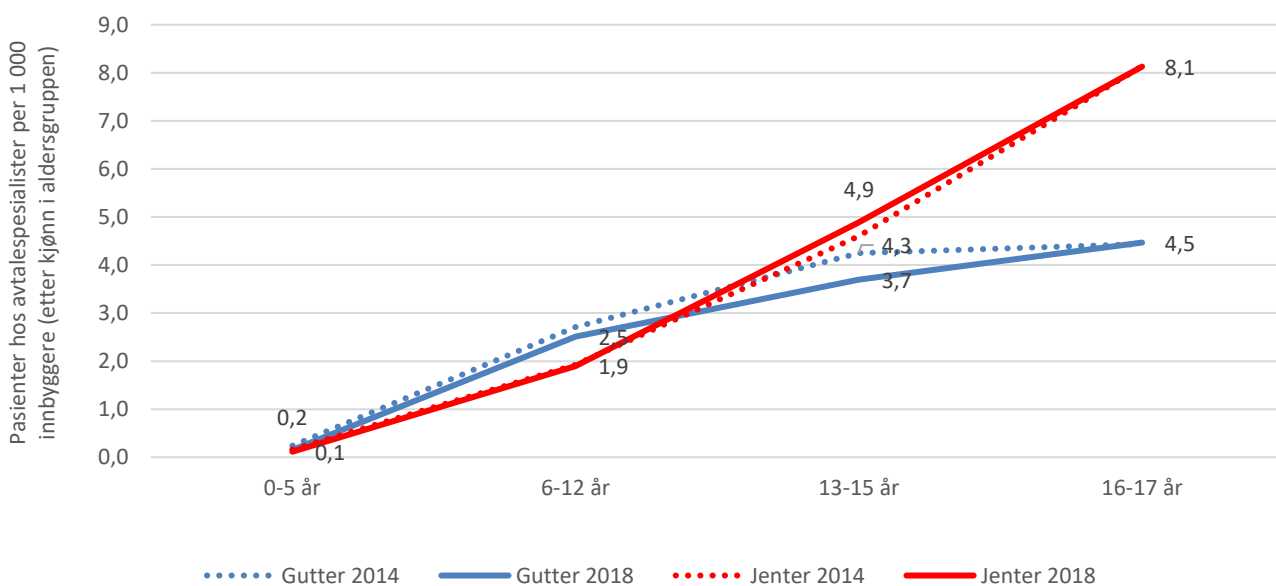


Figur 1-6: Polikliniske pasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2014 og 2018.



Nesten samtlige pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge er i kontakt med polikliniske tjenester og utviklingen for denne gruppen er derfor nesten identisk med utviklingen for pasientene samlet. Figuren over viser at blant barn opp til 12 år var det flere gutter enn jenter som var i kontakt med de polikliniske tjenestene både i 2014 og 2018, mens blant de eldste (16-17 år) var det langt flere jenter enn gutter i behandling. Det var derimot liten forskjell mellom kjønnene for aldersgruppen 13-15 år. Ratene for polikliniske pasienter økte for begge kjønn i perioden, spesielt blant de eldste.

Figur 1-7: Pasienter hos avtalespesialistene etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2014 og 2018.



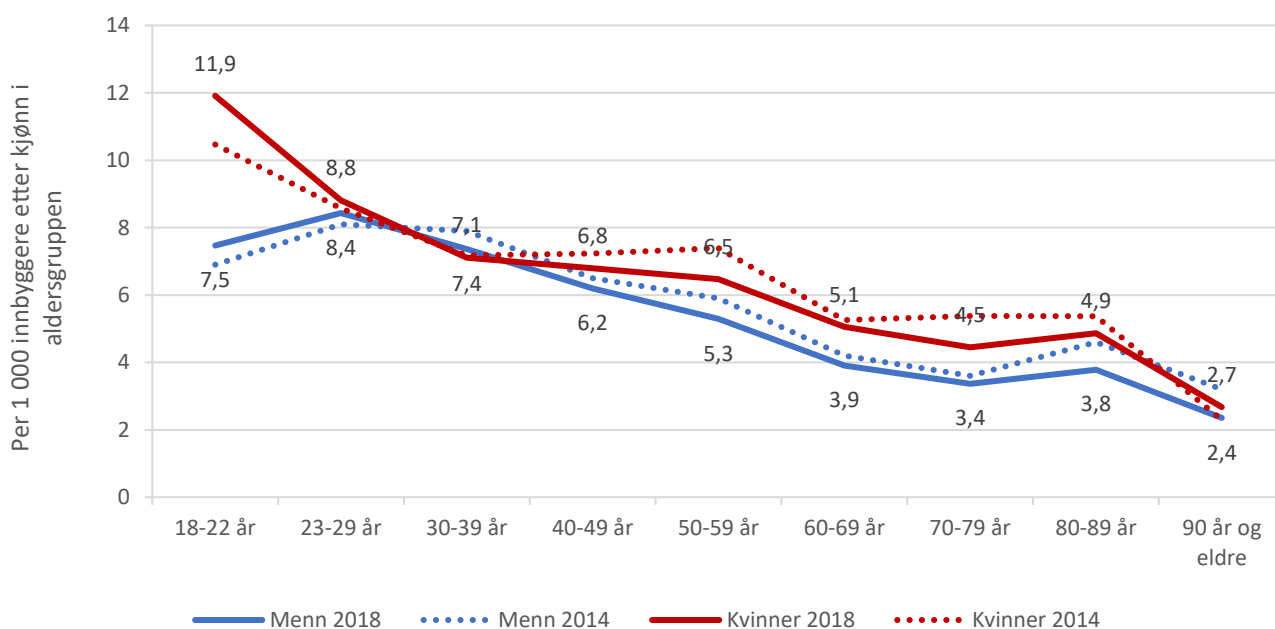
Det var samme tendens blant pasienter hos avtalespesialistene, flere gutter i behandling blant de yngste og overvekt av jenter blant de eldste pasientene. I 2018 var pasientraten for jenter i alderen 16-17 år nesten dobbelt så høy som raten for gutter i samme alder. I perioden 2014-2018 var det liten endring for aldersgruppen 16-17 år, mens raten for yngre gutter avtok. Blant jenter var det noe vekst i raten for aldersgruppen 13-15 år.

## 1.4 Voksne pasienter

### Pasienter i døgntilrettelagt behandling

Figur 1-8 viser rater for pasienter etter kjønn og alder som har mottatt døgntilrettelagt behandling i løpet av 2014 og 2018.

Figur 1-8: Døgntilrettelagte pasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2014 og 2018.

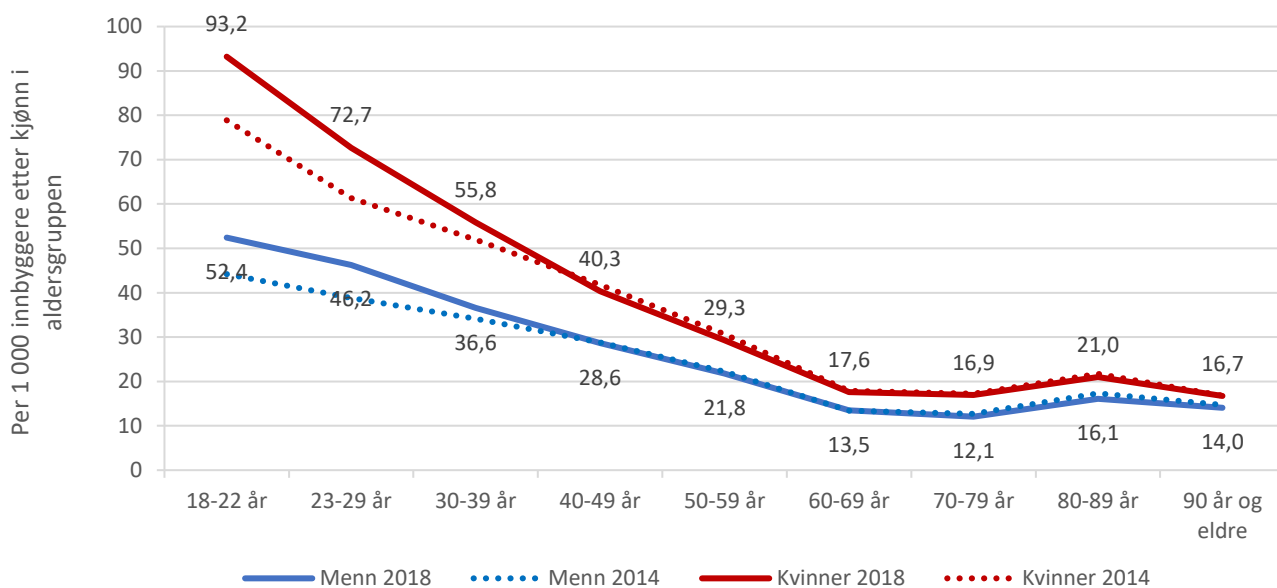


Vi finner gjennomgående det samme mønster begge år. Ratene avtar for begge kjønn med økende alder. Ratene er gjennomgående noe høyere for kvinner enn for menn. For de fleste aldersgrupper går pasientraten noe ned fra 2014 til 2018. Unntaket er de aller yngste (18-22 år) der vi for begge kjønn finner en økning.

### Polikliniske pasienter

Figur 1-9 viser rater for polikliniske pasienter etter kjønn og alder i løpet av 2014 og 2018.

Figur 1-9: Polikliniske pasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2014 og 2018.

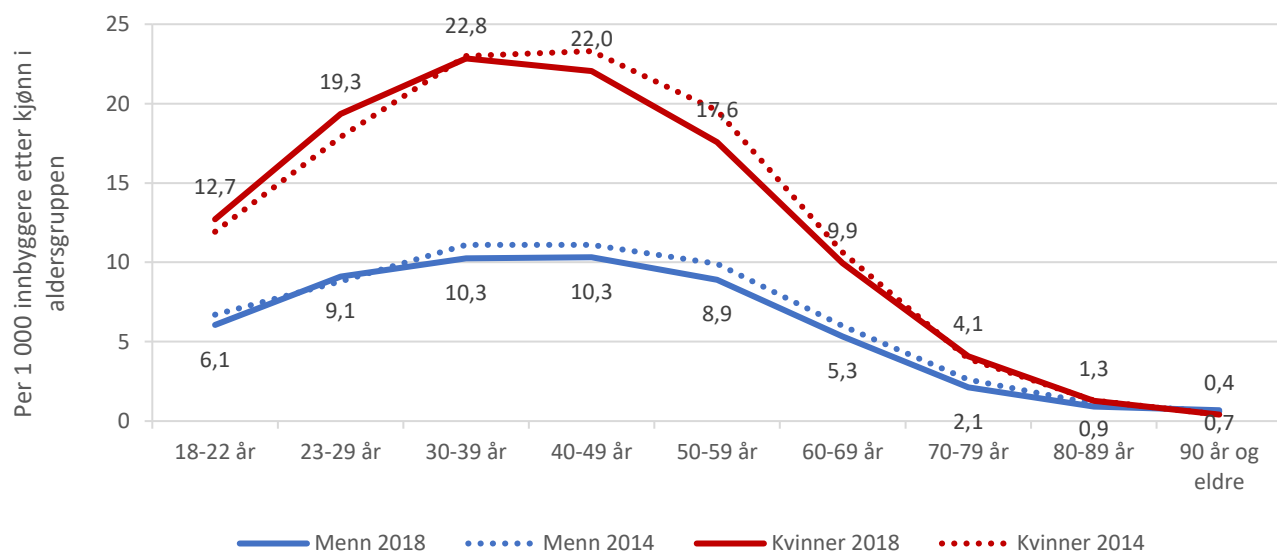


Fra 2014 til 2018 har pasientraten ved poliklinikkene økt for begge kjønn. Økningen har i all hovedsak kommet for pasienter i alderen 18-29 år. For andre aldersgrupper er ratene stabile. Det er gjennomgående høyere rate for kvinner enn for menn ved poliklinikkene.

### Pasienter hos avtalespesialistene

Figur 1-10 viser rater for pasienter hos avtalespesialistene etter kjønn og alder i løpet av 2014 og 2018. For 2014 var ikke tallene for avtalespesialistene komplette (anslagsvis 6 prosent mangler). Ratene for 2014 er derfor noe lavere enn den faktiske raten.

Figur 1-10: Pasienter hos avtalespesialistene etter kjønn og alder. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2014 og 2018.



Langt flere kvinner enn menn er i kontakt med en avtalespesialist. For de fleste aldersgrupper gikk ratene noe ned fra 2014 til 2018. Unntaket var de yngste kvinnene, der det var en svak økning. Tyngdepunktet for begge kjønn var for aldersgruppen 30-49 år.

## 2. Befolkningens bruk av psykisk helsevern for barn og unge

I dette kapitlet ser vi på hvordan bruken av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge har utviklet seg siste femårsperiode, nasjonalt og regionalt. Regionale tall tar utgangspunkt i pasientenes bosted, uavhengig av ved hvilken institusjon behandlingen har funnet sted. Tilsvarende indikatorer på lavere nivå finnes på Helsedirektoratets hjemmesider.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>

### 2.1 Nasjonale utviklingstrekk

I 2018 var 58 600 pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet for barn og unge, det vil si om lag 5,2 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. De siste fem årene har det vært en svak økning i pasienter som har vært i kontakt med disse tjenestene (fra 5,1 til 5,2 prosent). Dette omfatter både pasienter behandlet i offentlige institusjoner i psykisk helsevern og hos private avtalespesialister.

Tabell 2-1 viser antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge og hos avtalespesialister fordelt på kjønn og aldersgrupper.

Tabell 2-1: Pasienter i PHV-BU og hos avtalespesialister etter kjønn og alder, 2018<sup>1</sup>.

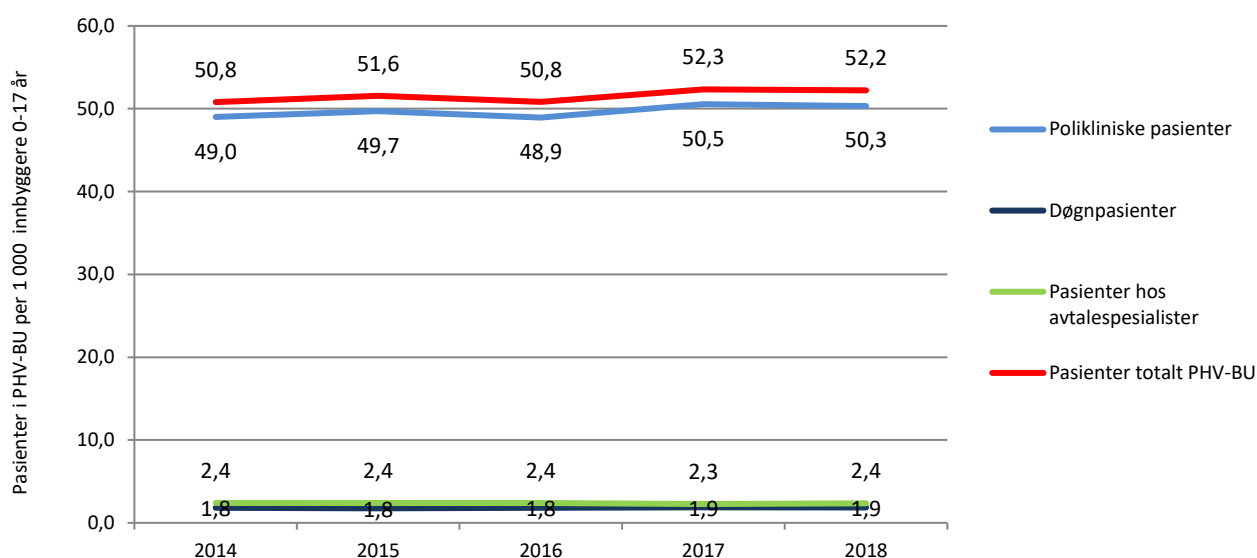
|                | Gutter             |                                  |        | Jenter             |                                  |        | Totalt             |                                  |        |
|----------------|--------------------|----------------------------------|--------|--------------------|----------------------------------|--------|--------------------|----------------------------------|--------|
|                | Pasienter i PHV-BU | Pasienter hos avtalespesialister | Totalt | Pasienter i PHV-BU | Pasienter hos avtalespesialister | Totalt | Pasienter i PHV-BU | Pasienter hos avtalespesialister | Totalt |
| 0-5 år         | 2 515              | 27                               | 2 535  | 1 495              | 21                               | 1 512  | 4 011              | 49                               | 4 049  |
| 6-12 år        | 14 892             | 584                              | 15 294 | 7 372              | 418                              | 7 707  | 22 266             | 1011                             | 23 012 |
| 13-17 år       | 10 619             | 641                              | 11 061 | 13 452             | 946                              | 14 132 | 24 077             | 1604                             | 25 214 |
| 18-22 år       | 1 912              | 0                                | 1 912  | 3 622              | 0                                | 3 622  | 5 535              | 0                                | 5 535  |
| 23 år og eldre | 77                 | 0                                | 77     | 692                | 0                                | 692    | 769                | 0                                | 769    |
| Totalt         | 30 015             | 1 252                            | 30 879 | 26 633             | 1 385                            | 27 665 | 56 679             | 2664                             | 58 600 |

<sup>1</sup> NKS Østbytnet behandlingssenter AS inngår ikke i tallene for 2018 for kjønn og alder. I totaltall er 2017-tall for institusjonen benyttet som estimat.

Fra 2014 til 2018 var det en svak økning i pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge på nasjonalt nivå. Korrigert for befolkningsutviklingen i perioden var veksten på 2,8 prosent.

Figur 2-1 viser nasjonal utvikling for pasienter i poliklinisk behandling og i døgnbehandling, samt hos avtalespesialister. Videre presenteres volumtall for bruken av tjenestene i form av oppholdsdøgn, utskrivninger og konsultasjoner i figur 2-2.

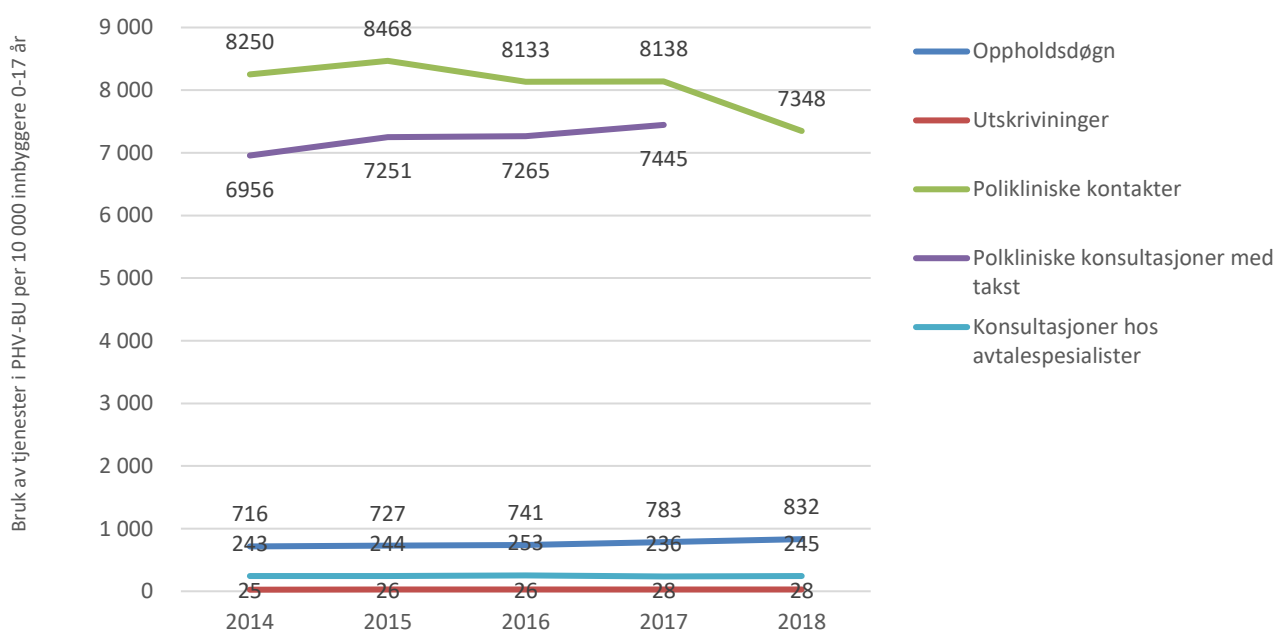
Figur 2-1: Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger 0-17 år etter behandlingsform. 2014-2018.



I løpet av femårsperioden var det en økning i pasienter i poliklinisk behandling (2,7 prosent) og i døgnbehandling (3,2 prosent), mens omfanget av pasienter hos avtalespesialister gikk svakt ned (-1,3 prosent). Fra 2017 til 2018 var omfanget av pasienter på nasjonalt nivå tilnærmet uendret (-0,2 prosent)<sup>2</sup>. Blant polikliniske pasienter (-0,4 prosent) og døgnpasienter (-1 prosent) var det en svak nedgang siste år, mens pasienter hos avtalespesialister økte med 4,4 prosent korrigert for befolkningsveksten.

<sup>2</sup> I Helse Midt-Norge var det nedgang i poliklinisk aktivitet og pasienter fra 2017 til 2018. Dette er i hovedsak knyttet til regionens konvertering til nytt pasientdatasystem i løpet av 2018, og utviklingstallene for Helse Midt-Norge er derfor usikre. Nasjonal utvikling fra 2017 til 2018 kan dermed også være påvirket av endringen i Helse Midt-Norge siste år.

Figur 2-2: Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2014-2018.



Det var vekst i aktiviteten knyttet til døgnbehandling for barn og unge i perioden 2014 til 2018. Både oppholdsdøgn (16,2 prosent) og utskrivninger (11,2 prosent) økte i det psykiske helsevernet for barn og unge når man korrigerer for befolkningsutviklingen i perioden. Antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge økte fra 293 til 310 i samme periode.

Barn og unge i alderen 0-17 år mottok 27 530 konsultasjoner hos avtalespesialister i 2018. Fra 2014 til 2018 var det en svak økning i konsultasjonsraten på nasjonalt nivå (0,8 prosent).

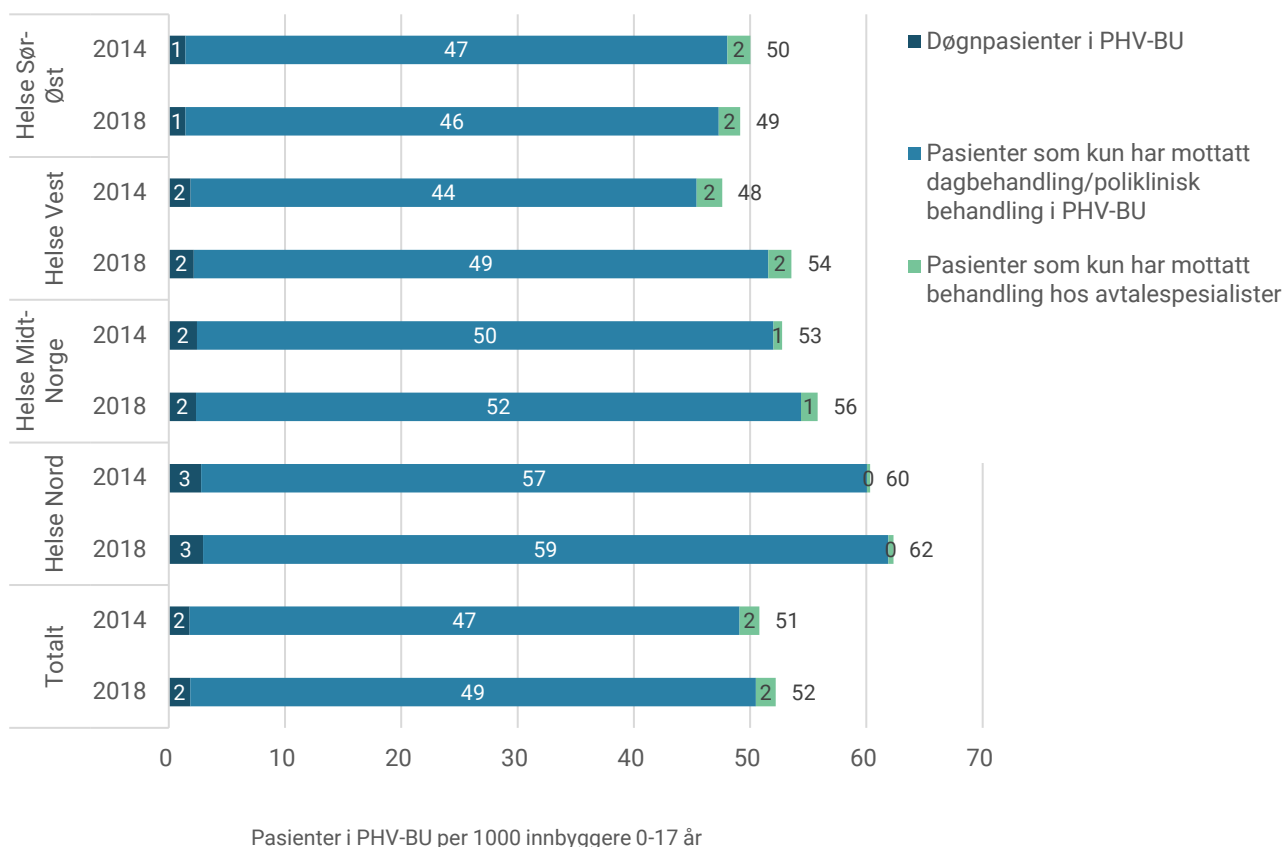
I de siste årene har det vært en årlig vekst i den polikliniske aktiviteten i det psykiske helsevernet for barn og unge, målt i "konsultasjoner med refusjonstakster". Som en følge av innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikker i psykisk helsevern, kan vi ikke benytte dette aktivitetsmålet på 2018-data. Det er derfor vanskelig å si noe om utviklingen i den polikliniske aktiviteten i PHV-BU siste år, målt med denne indikatoren. Polikliniske kontakter som omfatter alle konsultasjoner (med og uten takst), har hatt en svakt avtagende utvikling de senere år, men fra 2017 til 2018 avtok denne størrelsen betydelig. Dette er blant annet knyttet til konvertering til nytt pasientdatasystem i Helse Midt-Norge siste år.

## 2.2 Regionale utviklingstrekk

Utviklingen på nasjonalt nivå viste en vekst i den totale pasientraten i PHV-BU på 2,8 prosent siste femårsperiode. Det var betydelige forskjeller i utvikling mellom regionene i samme periode.

I figuren under presenteres regiontall for 2014 og 2018, splittet på omsorgsnivå og behandlingsform.

Figur 2-3: Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion og behandlingsform. 2014 og 2018.



I tidsrommet 2014 til 2018 var det vekst i den totale pasientraten i alle regioner med unntak for Helse Sør-Øst (-1,7 prosent). Veksten var størst i Helse Vest (12,5 prosent), men også i Helse Midt-Norge (5,8 prosent) og Helse Nord (3,4 prosent) økte pasientraten.

Figuren viser at majoriteten av pasientene i PHV-BU er i poliklinisk behandling, dette var tilfelle i alle regioner og i hele perioden 2014 til 2018. Helse Nord hadde de høyeste pasientratene for både døgnpasienter, polikliniske pasienter og pasienter totalt i 2014 og 2018. Vekst i både polikliniske virksomhet og i døgnbehandling i Helse Vest, gjorde at regionen ved utgangen av femårsperioden hadde høyere pasientrater enn Helse Sør-Øst og nesten på nivå med Helse Midt-Norge.

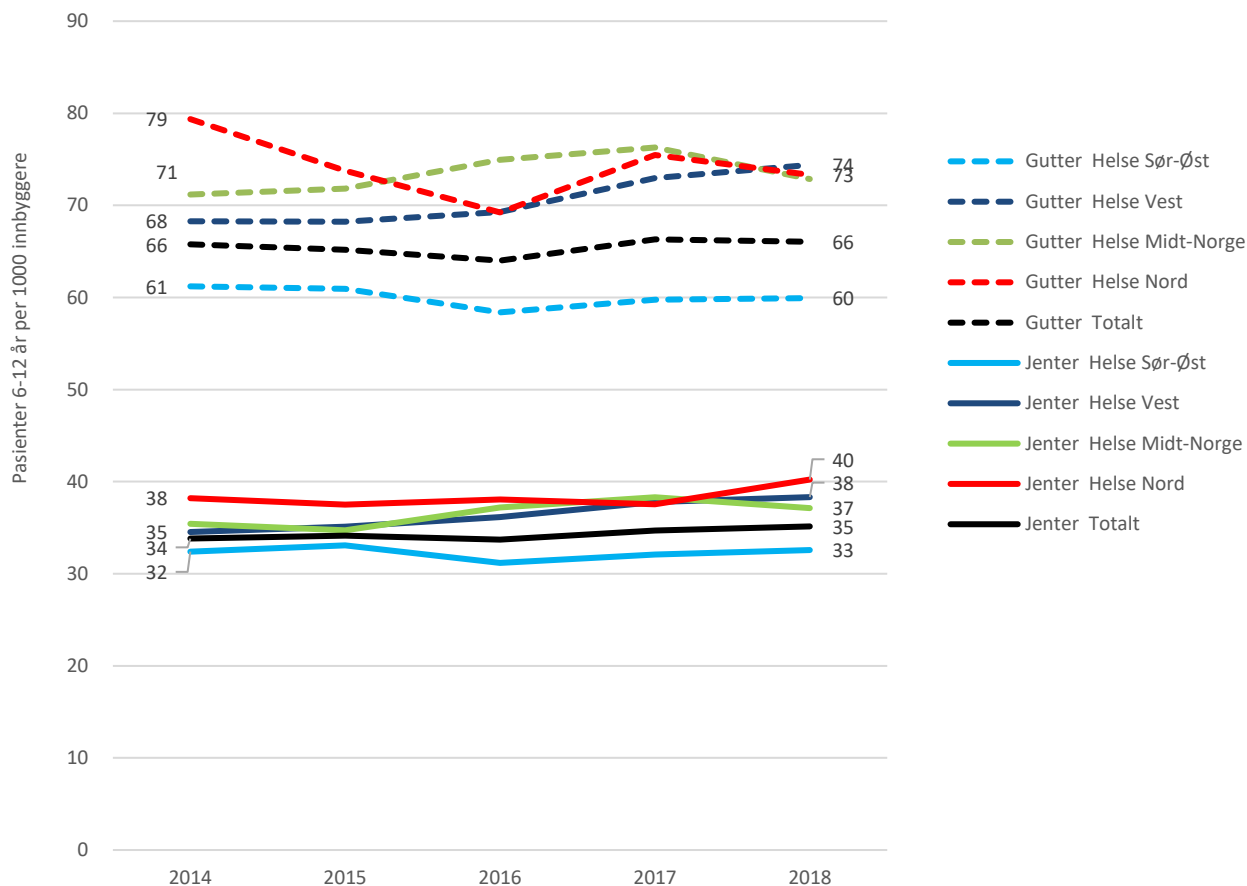
Pasienter behandlet hos avtalespesialister økte i Helse Nord og spesielt i Helse Midt-Norge i femårsperioden, men det var fortsatt flest pasienter i behandling hos avtalespesialister i Helse Sør-Øst og Helse Vest i 2018.



## Regionale forskjeller for utvalgte aldersgrupper

Figur 2-4 og 2-5 viser regionvis utvikling i perioden 2014-2018 for aldersgruppene 6-12 år og 16-17 år.

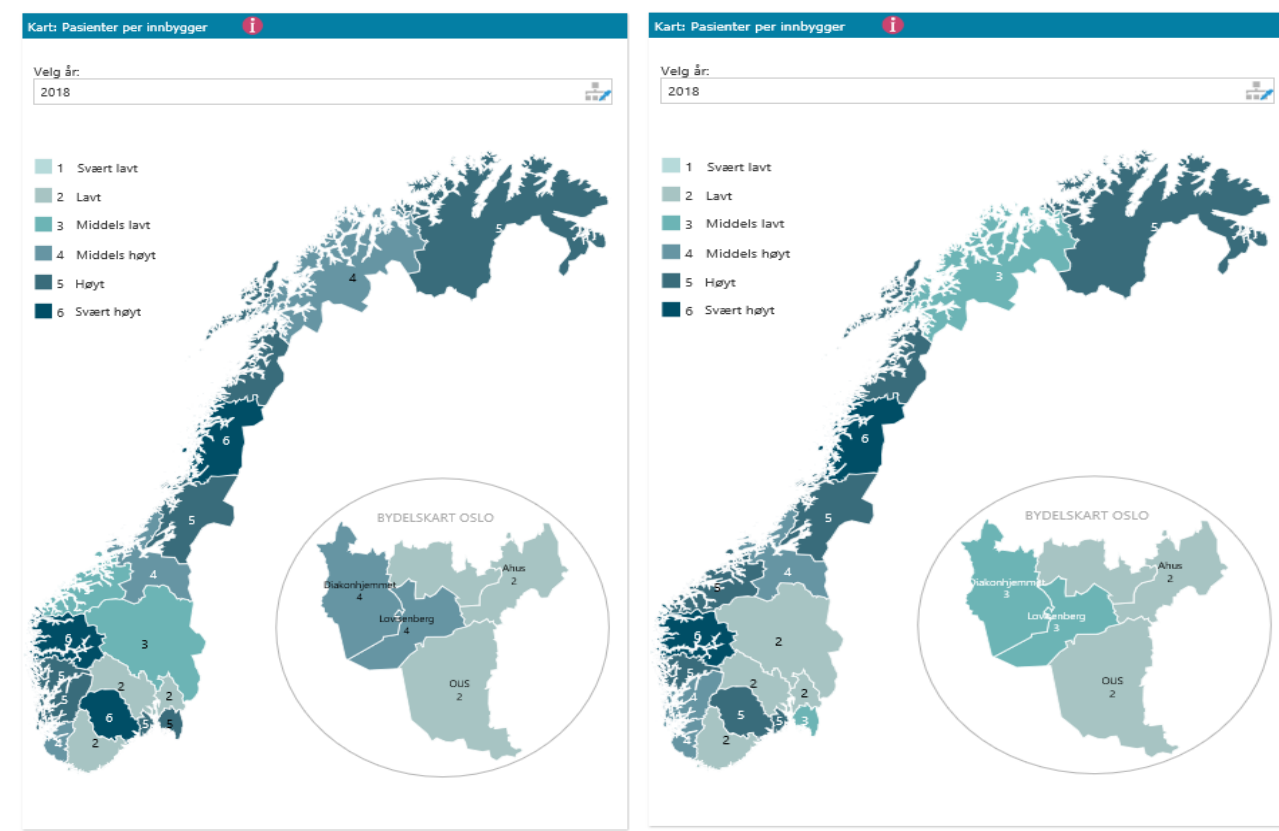
Figur 2-4: Pasienter 6-12 år i det psykiske helsevernet etter kjønn og bostedsregion. Rater per 1 000 innbyggere i aldersgruppen i 2014-2018.



Figur 2-4 viser at gutter i alderen 6-12 år hadde gjennomgående høyere behandlingsrater enn jenter på samme alder i hele perioden 2014-2018. I samtlige regioner var det betydelig flere gutter enn jenter i behandling i det psykiske helsevernet i denne aldersgruppen, og utviklingen i perioden endret ikke dette bildet. For begge kjønn var ratene lavest i Helse Sør-Øst i hele perioden, mens forskjellene mellom de øvrige regionene var små spesielt for gutter i 2018. Innad i regionene varierte pasientratene ytterligere mellom foretaksområdene, dette er synligjort for både jenter og gutter i figurene under.

Figur 2-5 viser kart med verdier som angir nivået på pasientratene for bostedsområdene i 2018, ved antall standardavvik fra gjennomsnittet per 1000 innbygger. Svært lavt og svært høyt representerer verdier som ligger mer enn  $\pm 1,64$  standardavvik fra gjennomsnittet.

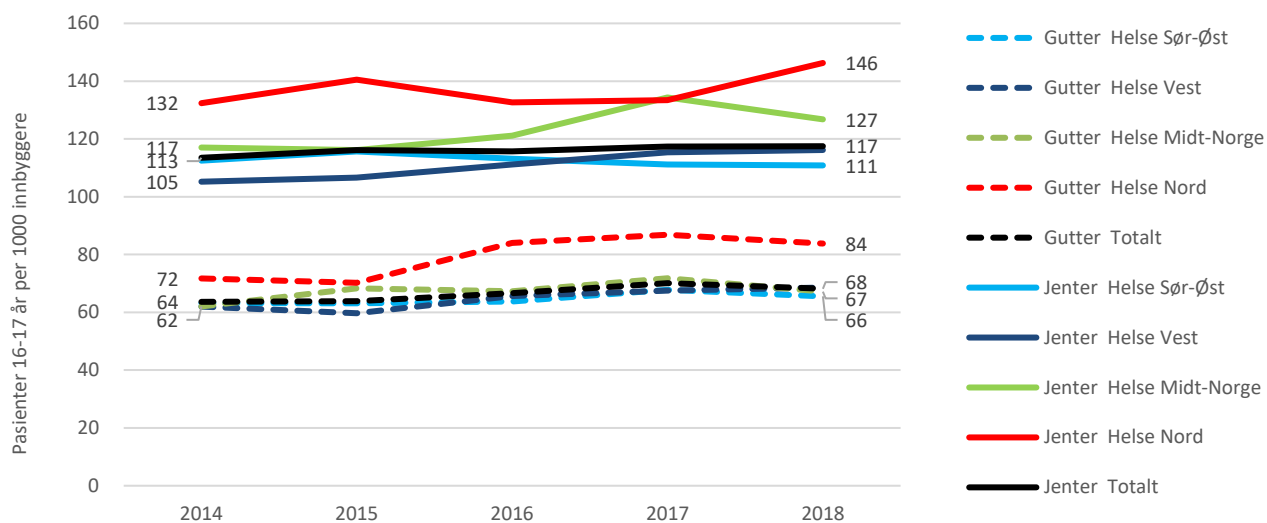
Figur 2-5: Kart over pasienter i PHV-BU etter bostedsområde, jenter (venstre) og gutter (høyre) 6-12 år, 2018. Antall standardavvik fra gjennomsnittet per 1000 innbyggere.



Kartene viser at innad i regionen varierte nivået på pasientratene for begge kjønn for aldersgruppen 6-12 år i 2018, spesielt i Helse Sør-Øst.

Figur 2-6 viser pasienttallene for aldersgruppen 16-17 år. I samtlige regioner mottok betydelig flere jenter enn gutter behandling per år i perioden 2014 til 2018. Pasientratene var høyest i Helse Nord for begge kjønn i hele femårsperioden. I 2018 var om lag 8 prosent av guttene og nær 15 prosent av jentene i kontakt med det psykiske helsevernet i denne regionen. I de andre regionene var pasientraten om lag 7 prosent for gutter og 11-13 prosent for jenter.

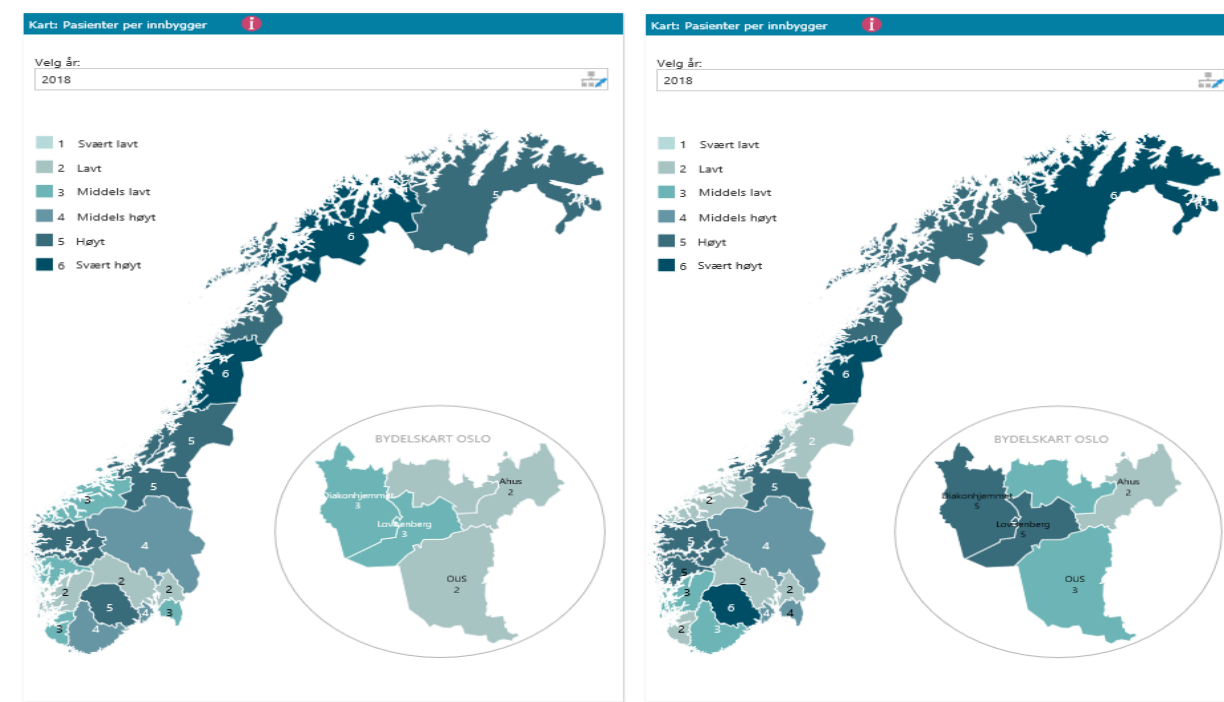
Figur 2-6: Pasienter 16-17 år i det psykiske helsevernet etter kjønn og bostedsregion. Rater per 1 000 innbyggere i aldergruppen i 2014-2018.



I femårsperioden var det størst vekst blant gutter i Helse Nord (16,8 prosent). I Helse Vest var veksten i pasientratene for jenter (10,4 prosent) og gutter (10,7 prosent) på omtrent samme nivå, dette var også tilfelle i Helse Midt-Norge (8,3 og 8,2 prosent). I Helse Sør-Øst var det nedgang i pasientrater for jenter (-1,5) og svak vekst for gutter (3,7) i samme periode.

Figurene under viser kart med verdier som angir nivået på pasientratene for bostedsområdene i 2018, ved antall standardavvik fra gjennomsnittet per 1000 innbygger. Svært lavt og svært høyt representerer verdier som ligger mer enn +/-1,64 standardavvik fra gjennomsnittet.

Figur 2-7: Kart over pasienter i PHV-BU etter bostedsområde, jenter (venstre) og gutter (høyre) 16-17 år, 2018. Antall standardavvik fra gjennomsnittet per 1000 innbyggere.



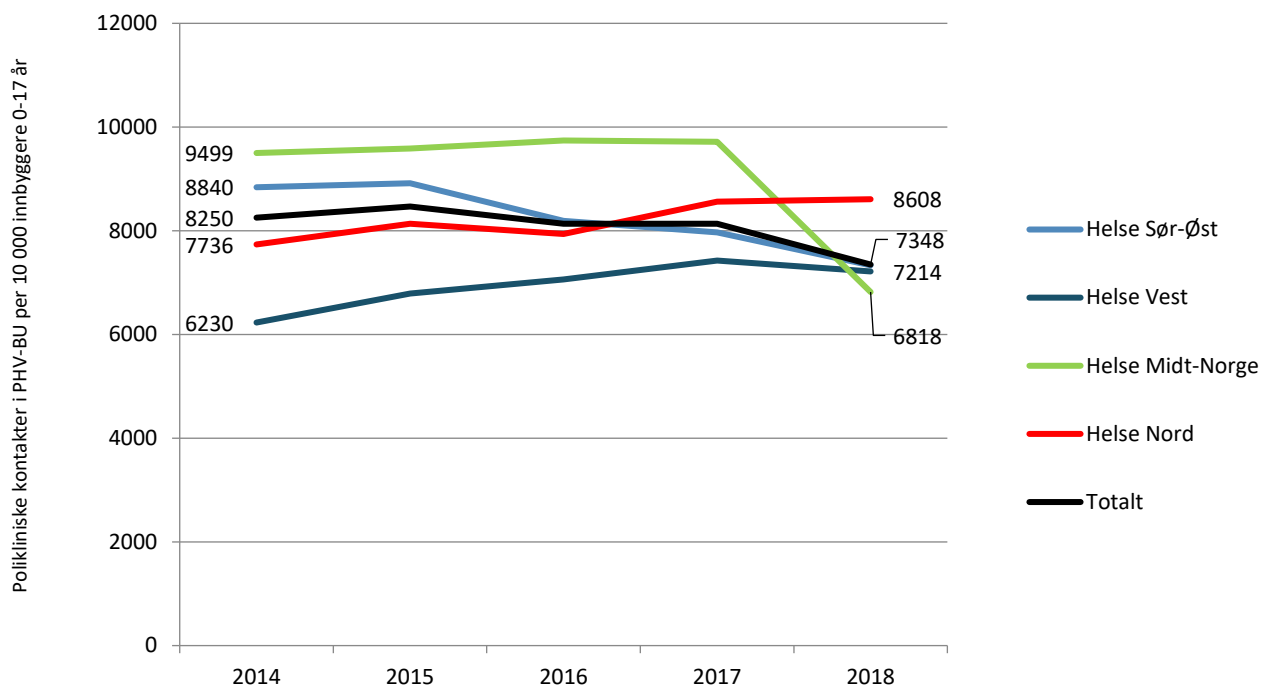
Det var også for aldersgruppen 16-17 år variasjoner i pasientraten innad i noen av regionene for begge kjønn i 2018. Kartene viser at det var relativt høye skår for alle foretaksområdene i Helse Nord for både jenter og gutter, relatert til gjennomsnittet for hvert av kjønnene. For pasienter bosatt i Helse Midt-Norge ser vi imidlertid at jenter hadde relativt høyt skår i Helse Nord-Trøndelag, mens gutter hadde relativt lav skår i denne regionen. Motsatt tendens var det i Helse Bergen og deler av hovedstadsområdet, hvor det var relativt lave pasientrater for jenter og relativt høye for gutter, sett i forhold til gjennomsnittet for henholdsvis jenter og gutter.

### Poliklinisk behandling i regionene

I de siste årene har det vært en årlig vekst i den polikliniske aktiviteten i det psykiske helsevernet for barn og unge, målt i "konsultasjoner med refusjonstakster". Som en følge av innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikker i psykisk helsevern, kan vi ikke benytte dette aktivitetsmålet på 2018-data. Det er derfor vanskelig å si noe om utviklingen i den polikliniske aktiviteten i PHV-BU siste år, målt med denne indikatoren.

Fig 2-8 viser polikliniske kontakter totalt (med og uten takst). Denne størrelsen har på nasjonalt nivå hatt en svakt avtagende utvikling de senere år, men fra 2017 til 2018 avtok denne størrelsen betydelig. Dette er knyttet til konvertering til nytt pasientdatasystem i Helse Midt-Norge siste år.

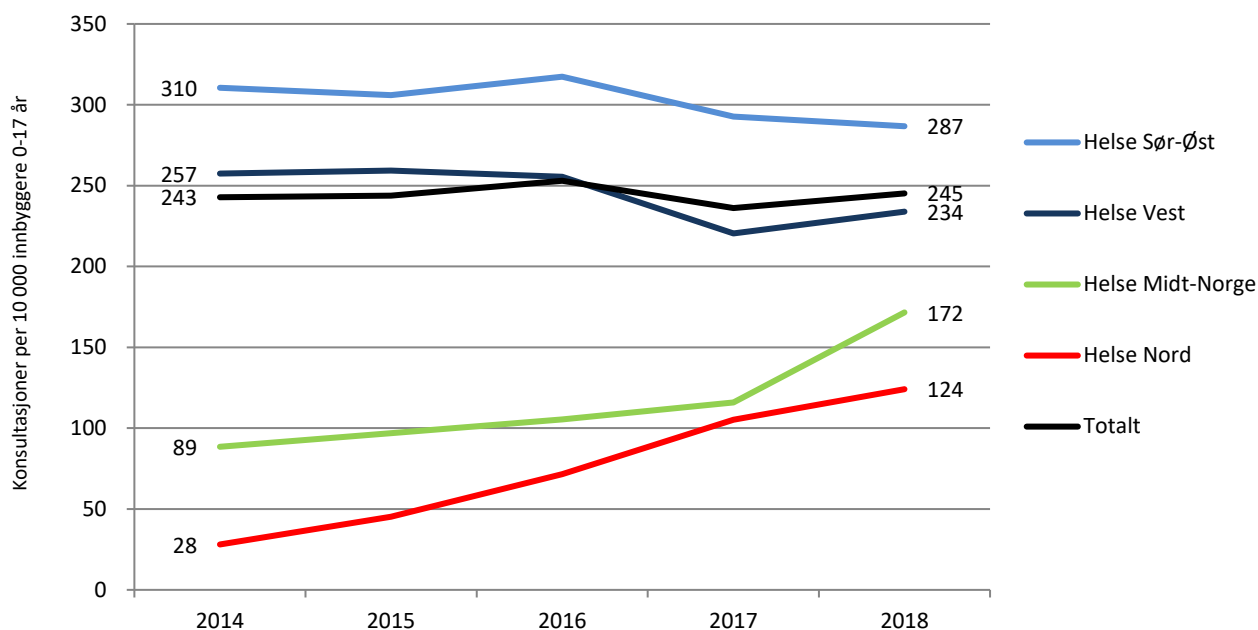
Figur 2-8: Polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2014- 2018.



Totalt avtok raten for polikliniske kontakter i perioden 2014 til 2018 (10,9 prosent). Fram til 2017 hadde Helse Midt-Norge de høyeste polikliniske ratene og Helse Vest de laveste ratene. Helse Vest hadde imidlertid en klar vekst i perioden (15,8 prosent), mens det var avtagende rate i Helse Sør-Øst (-17 prosent). Forskjellene mellom regionene avtok derfor i femårsperioden. Fra 2017 til 2018 var det avtagende rate i alle regioner med unntak for Helse Nord, størst var nedgangen i Helse Midt-Norge hvor det i løpet av 2018 var konvertering til nytt datasystem.

Figur 2-9 viser den regionale utviklingen av konsultasjoner hos avtalespesialister for barn og unge i alderen 0-17 år.

Figur 2-9: Polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2014- 2018.



Det var i hele perioden betydelig høyere bruk av avtalespesialister i Helse Sør-Øst og Helse Vest enn i de andre regionene. Forskjellene mellom regionene ble imidlertid mindre i løpet av femårsperioden, noe som skyldes en klar vekst i konsultasjoner hos avtalespesialister i Helse Midt-Norge og Helse Nord.

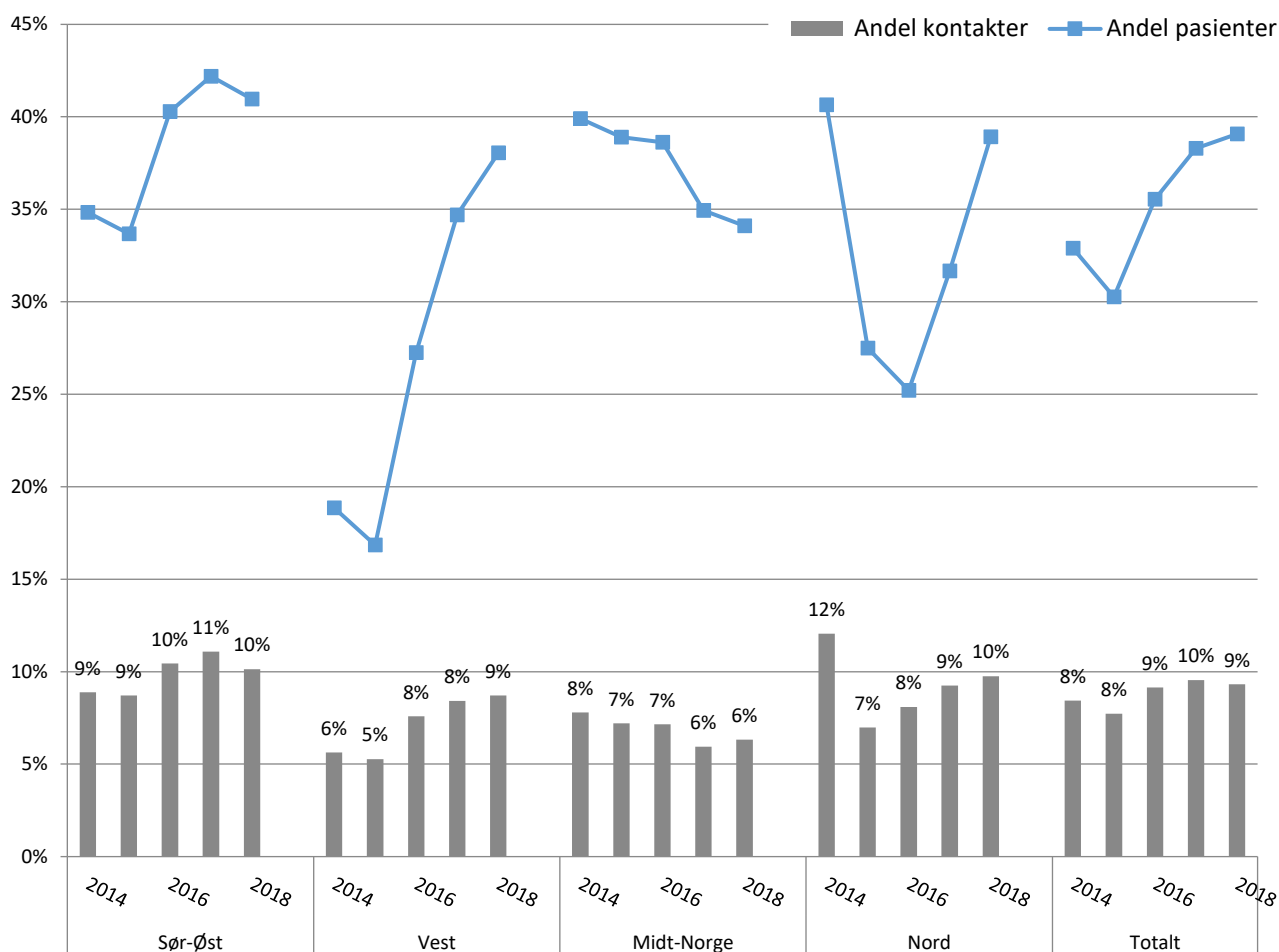
### Ambulant behandling

Vi vil her se nærmere på den ambulante virksomheten i det psykiske helsevernet for barn og unge. Vi har hittil sett at poliklinisk behandling omfatter de fleste pasientene i PHV-BU, og volummessig er den dominerende behandlingsformen. En del pasienter har behov for å motta behandling utenfor poliklinikkene. Det er mer ressurskrevende for tjenestene å reise ut til pasienten enn at pasienten kommer til poliklinikken. Det er derfor av interesse å se på volum av denne tjenesten i PHV-BU, og hvordan utviklingen har vært de siste årene.

Definisjonen av ambulant virksomhet i løpet av perioden 2014-2018 tar utgangspunkt i informasjonen om hvor den innrapporterte pasientrelaterte aktiviteten/konsultasjonen har funnet sted. Som ambulant virksomhet er aktivitet utenfor egen institusjon lagt til grunn. Telemedisinsk behandling, uavhengig av behandlingssted, er ikke inkludert. I tillegg er takster/særkode innført i finansieringsøyemed, også inkludert. Denne definisjonen vil gi et samlet anslag på andel ambulant virksomhet i regionene i løpet av perioden 2014-2018. Andel pasienter er her basert på andel av alle pasienter med minst en poliklinisk kontakt eller dagepisode i løpet av året i PHV-BU. Det vil si døgnpasienter som kun har vært i døgnbehandling det aktuelle året ikke er medregnet.

Figur 2-10 viser regionvis utvikling i andel ambulante kontakter i dag-/poliklinisk behandling fra 2014 til 2018, og andel pasienter som har mottatt behandling utenfor behandlingsinstitusjonen i samme periode.

Figur 2-10: Ambulant virksomhet i PHV-BU i regionene i perioden 2014-2018.



Ni prosent av de polikliniske kontaktene i PHV-BU var ambulante i 2018, og 39 prosent av pasientene mottok en eller flere ambulante konsultasjoner samme år. I perioden 2014-2018 økte andelen ambulante pasienter fra 33 til 39 prosent mens andelen kontakter økte fra om lag åtte til ni prosent.

Fra 2015 økte andel ambulante konsultasjoner i alle regioner foruten i Helse Midt-Norge. I 2018 varierte andel pasienter som mottok ambulant behandling mellom 34 til 41 prosent i regionene, lavest i Helse Midt-Norge og høyest i Helse Sør-Øst.

Det var i gjennomsnitt fire ambulante kontakter per pasient årlig i hele perioden. Halvparten av pasientene mottok to kontakter per pasient (median =2), denne størrelsen holdt seg stabil i hele perioden og i samtlige regioner.

### Døgnbehandling i regionene i PHV-BU

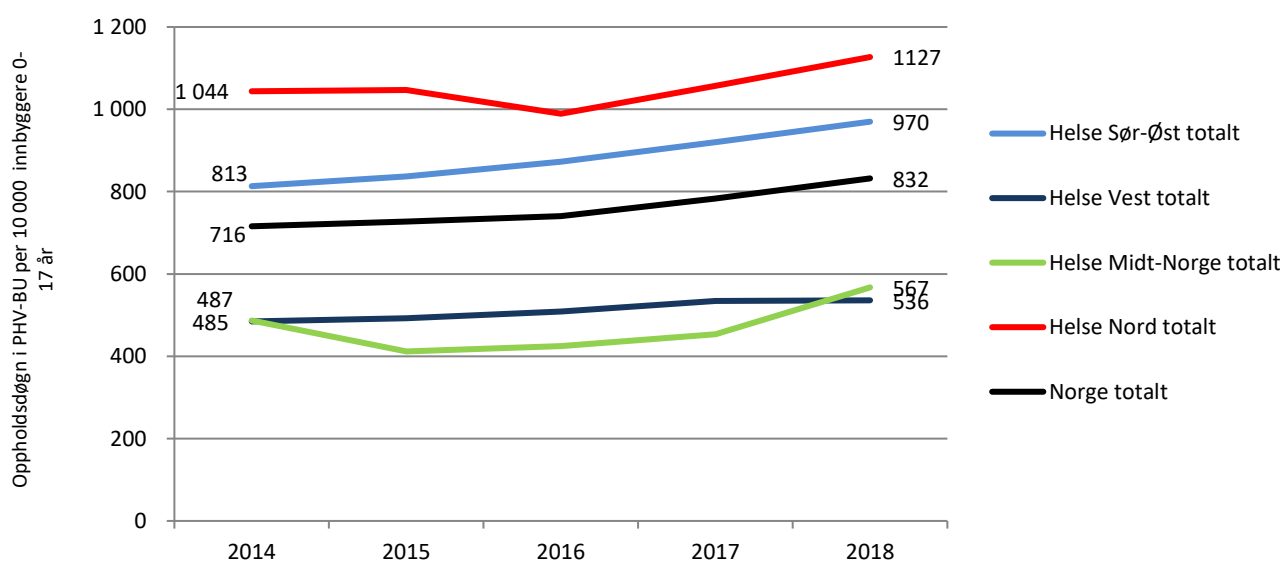
I det psykiske helsevernet for barn og unge omfatter døgnbehandling en relativt liten andel av pasientene, men er svært sentral betydning i utredning og behandling av enkelte pasientgrupper. Volumet av døgntilbudet er styrt av døgnplassene som finnes i regionene og hvilken type behandlingstilbud disse tilbyr. Mens øyeblikkelig hjelp-tilbudet genererer mange innleggelses av kort varighet, vil behandling av

lengre varighet bidra med få innleggelser og mange oppholdsdøgn. Volumet av døgnbehandling måles ved oppholdsdøgn, utskrivninger og omfanget av døgnpasienter i tjenesten.

På nasjonalt nivå var det vekst i aktiviteten knyttet til døgnbehandling for barn og unge i perioden 2014 til 2018. Både oppholdsdøgn (16,2 prosent), utskrivninger (11,2 prosent) og pasienter (3,2 prosent) økte i det psykiske helsevernet for barn og unge når man korrigerer for befolkningsutviklingen i perioden. Antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge økte fra 293 til 310 i samme periode.

Figur 2-11 til 2-13 viser den regionale utviklingen i antall oppholdsdøgn, utskrivninger og døgnpasienter i perioden 2014 til 2018.

Figur 2-11: Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2014-2018.

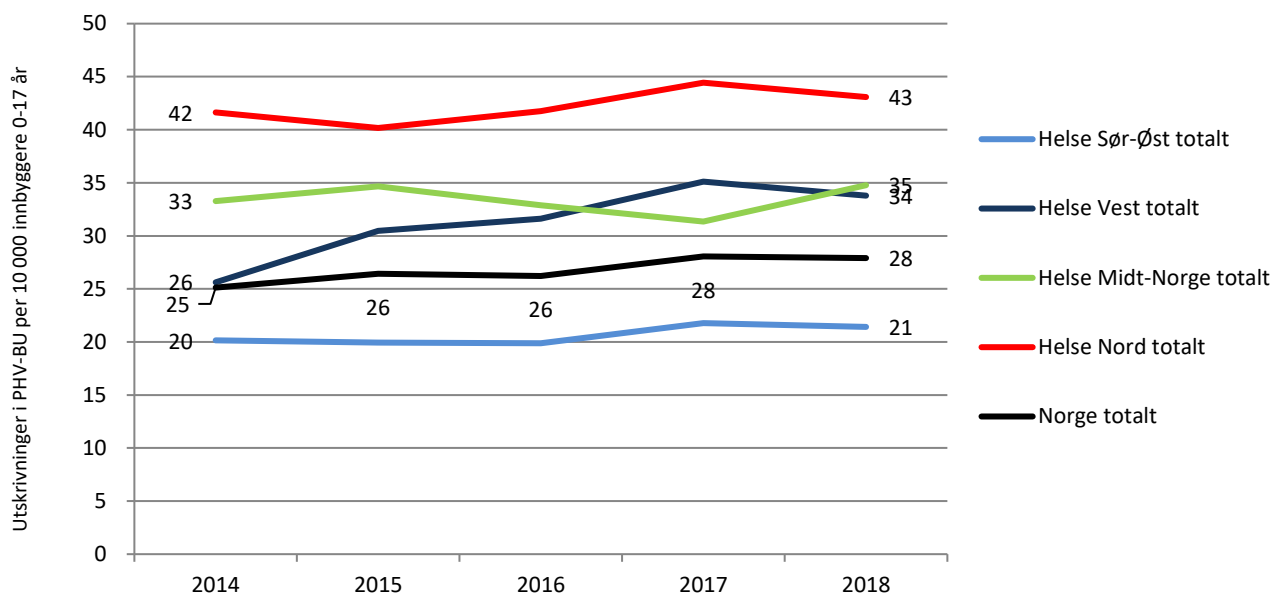


Figur 2-11 viser at det var store regionale forskjeller i døgnratene i PHV-BU hele siste femårsperiode. Ratene i Helse Nord var omtrent dobbelt så høye som ratene i Helse Vest og Helse Midt-Norge både i 2014 og 2018. Helse Sør-Øst hadde også relativt høye døgnrater i hele perioden.

Omfanget av oppholdsdøgn økte i alle regioner i perioden, størst var veksten i Helse Sør-Øst (19,3 prosent). Antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge økte også med flest plasser i Helse Sør-Øst. I Helse Midt-Norge er det knyttet usikkerhet til utviklingen av oppholdsdøgn siste år på grunn av konvertering til nytt datasystem.



Figur 2-12: Utskrivninger i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2014-2018.

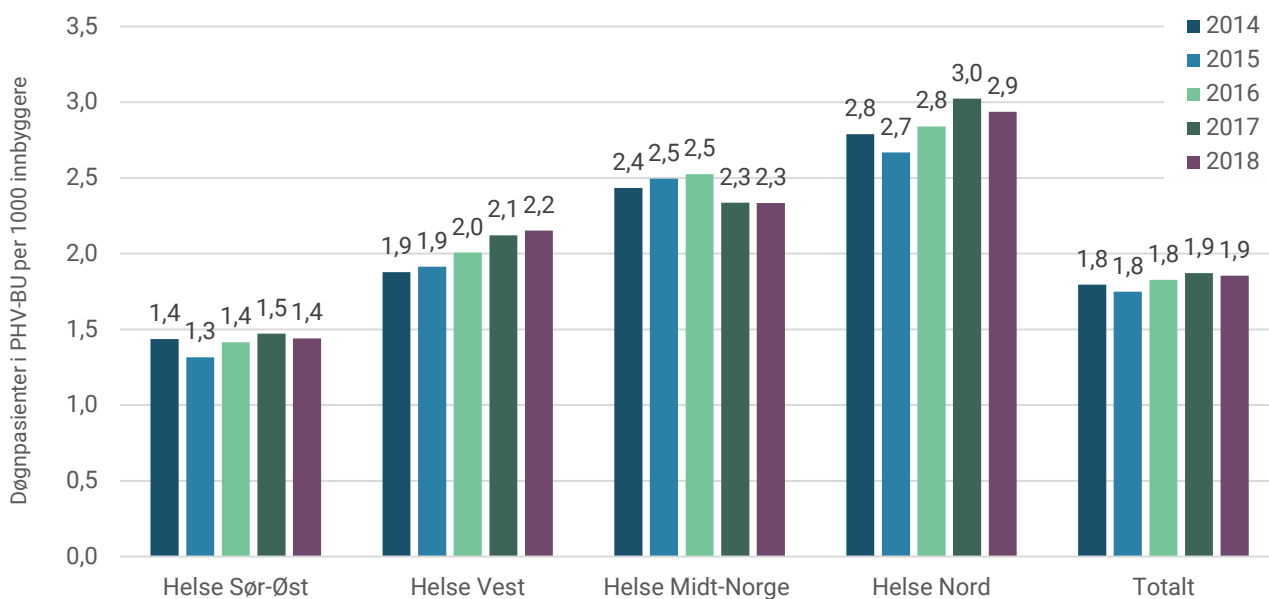


Helse Nord hadde også de høyeste utskrivningsratene blant regionene i perioden, mens Helse Sør-Øst hadde den laveste raten. Forskjellene mellom regionene var også betydelige for denne indikatoren for døgnbehandling med dobbelt så høye utskrivningsrater i Helse Nord som i Helse Sør-Øst.

Det var vekst i utskrivningene i alle regioner i femårsperioden, størst i Helse Vest (31,9 prosent) og lavest i Helse Nord (3,5 prosent). Det er også knyttet usikkerhet til utviklingen av utskrivninger i Helse Midt-Norge siste år på grunn av konvertering til nytt datasystem.

Figuren under viser utvikling i regionene for antall døgnpasienter i behandling i perioden.

Figur 2-13: Døgnpasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2014-2018.



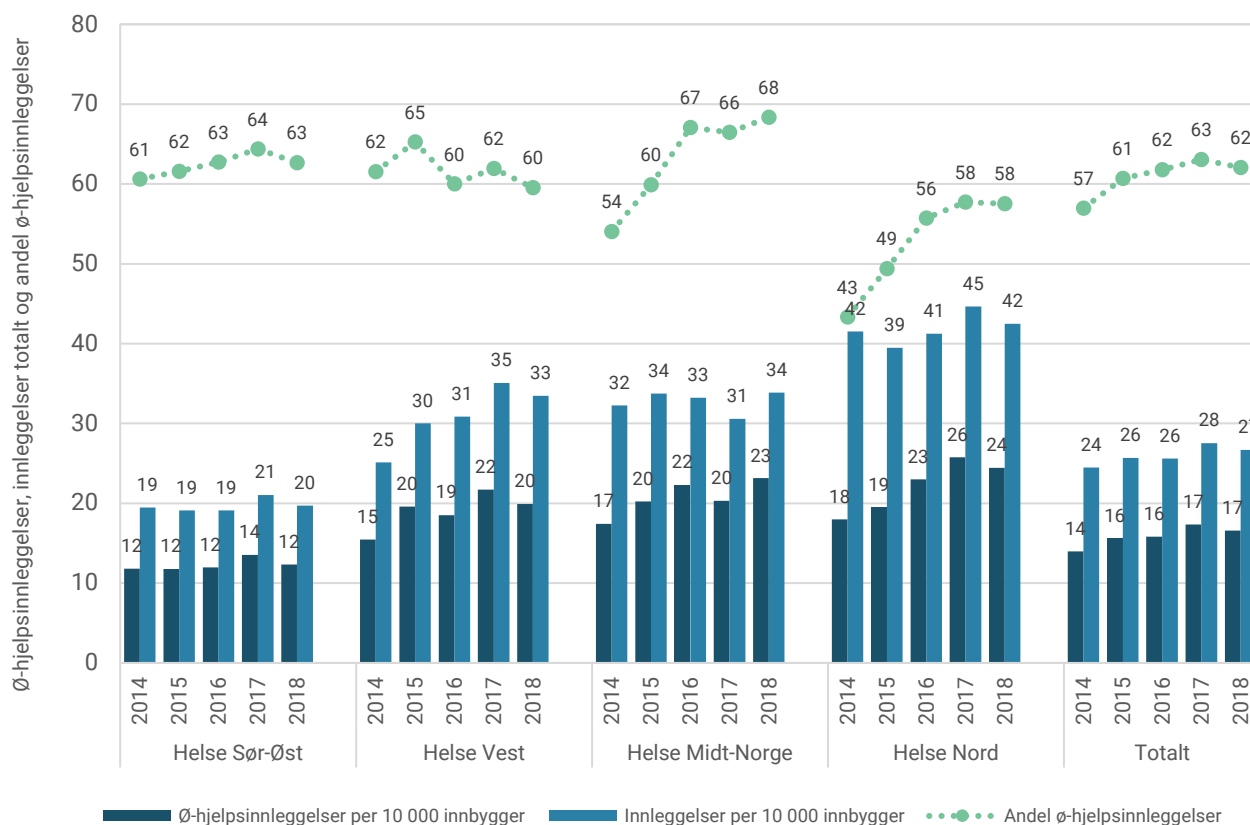
Det var klare forskjeller mellom regionene i omfanget av døgnpasienter i PHV-BU i hele femårsperioden. Figuren viser at det var betydelig flere pasienter i døgnbehandling i Helse Nord enn i Helse Sør-Øst samtlige år når man korrigerer for folketallet, raten var over dobbelt så høy i Helse Nord sammenliknet med raten i Helse Sør-Øst i 2018 (2,9 pasienter vs 1,4 pasienter per 1 000 innbyggere).

I perioden 2014 til 2018 var det ulik utvikling for døgnpasientene i regionene. Størst var veksten i Helse Vest (14,6 prosent), mens raten for døgnpasienter gikk ned i Helse Midt-Norge (-4,1 prosent).

### Øyeblikkelig hjelp i PHV-BU

I denne delen av kapitlet presenteres utviklingen i øyeblikkelig hjelp-innleggelse i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 2014-2018. Figur 2-14 viser utviklingen av ø-hjelpinnleggelse, totale innleggelse og andel ø-hjelp i regionene, mens figur 2-15 viser utviklingen for pasienter med ø-hjelpsinnleggelse.

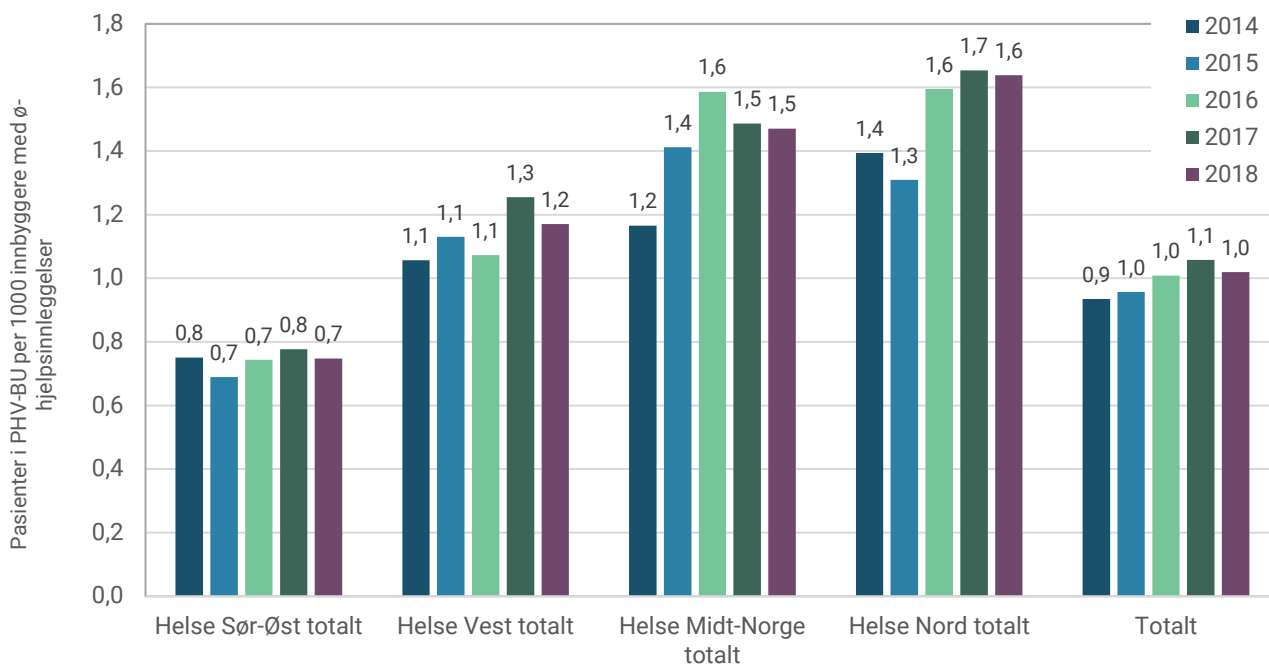
Figur 2-14: Ø-hjelpsinnleggelser, innleggelser totalt og andel ø-hjelp i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år og prosentandel etter bostedsregion. 2014-2018.



Fra 2014 til 2018 økte raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser i PHV-BU fra 14,0 til 16,6 per 10 000 innbyggere på (opp 18,7 prosent). I samme periode økte de totale innleggelsene med 8,9 prosent. Andel ø-hjelpsinnleggelser økte dermed fra 57 til 62, med en nedgang på ett prosentpoeng siste år.

I Helse Midt-Norge og Helse Nord og til dels Helse Vest var ø-hjelpsraten omtrent på samme nivå de fleste år i perioden. Helse Nord hadde imidlertid langt høyere totale innleggelser enn de øvrige regionene og prosentandel ø-hjelpsinnleggelser var derfor lavest i denne regionen i hele femårsperioden. Helse Sør-Øst hadde lavere rater både for totale innleggelser og ø-hjelpsinnleggelser enn de andre regionene, mens andel ø-hjelp var på nivå med Helse Vest. Det var vekst i andel ø-hjelpsinnleggelser spesielt i Helse Midt-Norge (14 prosentpoeng) og Helse Nord (15 prosentpoeng) i femårsperioden. I Helse Vest avtok andelen med to prosentpoeng fra 2014 til 2018.

Figur 2-15: Pasienter med ø-hjelpsinnleggelser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 1000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2014-2018.

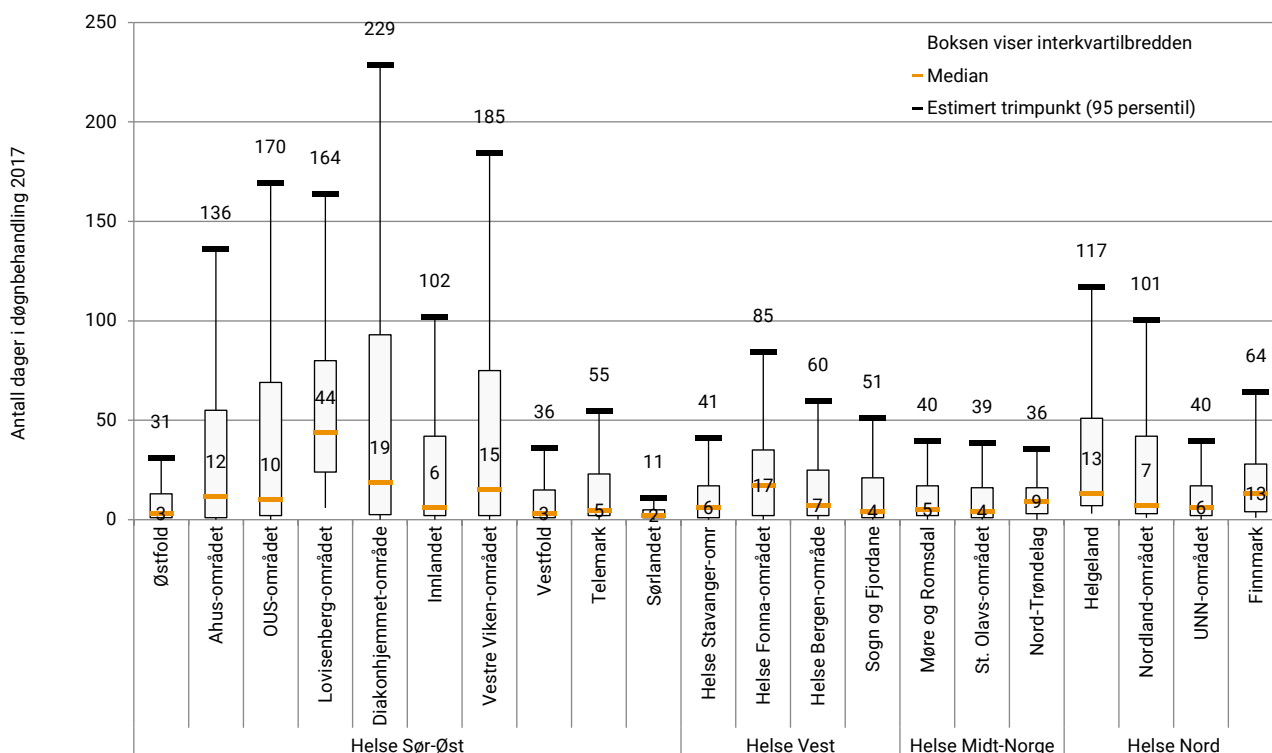


Det var samme tendens for raten for pasienter med ø-hjelpsinnleggelser, med størst vekst i Helse Midt-Norge (26,2 prosent) og Helse Nord (17,5 prosent) fra 2014 til 2018. Nivået på pasientraten var også betydelig høyere i disse regionene enn i Helse Sør-Øst. På nasjonalt nivå økte raten for pasienter med ø-hjelpsinnleggelser med ni prosent i perioden. Større økning i raten for ø-hjelpsinnleggelser enn i pasientraten, indikerer at pasientene har flere innleggelser i 2018 enn i 2014. Dette tema (nye innleggelser innen 30 dager og ett år) vil omtales nærmere i kapittel 4 om forløp etter utskriving fra døgntilrettelagt behandling.

### Varighet av døgnopphold

Figur 2-16 viser spredningen i varighet av døgnopphold mellom foretaksområdene for barn og unge i alderen 0-17 år i 2017. Det er benyttet 2017-data da det mangler data fra en avtaleinstitusjon i 2018-data. Boksen representerer 50 prosent av oppholdene. Den horisontale streken viser maksimumsverdi for 95 prosent av oppholdene.

Figur 2-16: 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 var varigheten av døgnoppholdene lengre enn i de andre regionene i 2017, men innad i regionen var spredningen i behandlingens lengde svært ulik i de ti områdene. Median varighet varierte mellom 2 dager ved Sørlandet helseforetaksområde til 44 dager i Lovisenberg-området. Noen døgnopphold var imidlertid av svært lang varighet i hovedstadsområdet og i Vestre Viken-området. I Diakonhjemmet-området var 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 og private avtaleinstitusjoner i regionen. Pasienter fra Sørlandet hadde derimot svært korte opphold, for 95 prosent av oppholdene i dette området var varigheten av døgnopphold maksimalt 11 dager.

I de øvrige regionene var det også forskjeller i behandlingens lengde mellom områdene, men svært lange opphold forekom i mindre grad, spesielt i region Midt-Norge. I region Nord var det døgnopphold med relativt lang varighet i Helgeland (117 dager) og Nordlands-området (101 dager), mens i UNN-området og i Finnmark var oppholdene kortere. På nasjonalt nivå var varigheten av døgnopphold på 6 dager (median).

### Datagrunnlag

Dataene i dette kapitlet bygger på pasientdata for det psykiske helsevernet for barn og unge, innsendt fra helseforetak og private institusjoner til Norsk pasientregister. For NKS Østbyttet behandlingssenter AS manglet data for 2018. Det er derfor benyttet data for 2017 for denne institusjonen i 2018-data.

Helse Midt-Norge har i løpet av 2018 endret pasientdatasystem. Det har ikke vært mulig å avklare fullt ut hvilke konsekvenser overgangen til nytt system har gitt, men det er indikasjoner på at data for 2018 ikke

er sammenlignbare med data for tidligere år. Vi har derfor grunn til å tro at dette i hovedsak forklarer aktivitetsnedgangen fra 2017 til 2018 for helseforetakene i regionen. Det er derfor knyttet usikkerhet til utviklingstall for regionen siste år.

I pasientdataene har hver pasient et unikt (avidentifisert) nummer, slik at det er mulig å følge pasientene på tvers av ulike institusjoner og behandlingsformer. Det er dermed mulig å identifisere antall individer som har mottatt behandling. Pasienter benytter i varierende grad tjenester utenfor eget bostedsområde. Ved beregning av indikatorer for bruk av tjenester tar vi derfor utgangspunkt i pasientens bosted, ikke behandlingssted. En oversikt over bostedsområdene finnes på våre nettsider.

# 3. Kapasitet i det psykiske helsevernet for barn og unge

I dette kapitlet belyses ressursinnsats i PHV-BU ved å se på omfanget av tilgjengelige døgnplasser og personellinnsatsen knyttet til poliklinisk og ambulansetjenester i sektoren.

## 3.1 Døgnplasser i PHV-BU

I tabell 3-1 vises antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge etter regiontilknytning i 2018, samt endring siste år og i perioden 2014 til 2018.

Tabell 3-1: Antall døgnplasser i psykiske helsevern for barn og unge etter tilknytningsregion, 2018.

| Region           | Døgnplasser 2018 | Endring i døgnplasser fra 2014 |         | Endring i døgnplasser fra 2017 |         |
|------------------|------------------|--------------------------------|---------|--------------------------------|---------|
|                  | Antall           | Antall                         | Prosent | Antall                         | Prosent |
| Helse Sør-Øst    | 130              | 8                              | 6,6     | 7                              | 5,7     |
| Helse Vest       | 55               | 5                              | 10,0    | 0                              | 0,0     |
| Helse Midt-Norge | 35               | -1                             | -2,8    | 1                              | 2,9     |
| Helse Nord       | 42               | 2                              | 5,0     | 0                              | 0,0     |
| Avtale med RHF   | 48               | 3                              | 6,7     | 0                              | 0,0     |
| Totalt           | 310              | 17                             | 5,8     | 8                              | 2,6     |

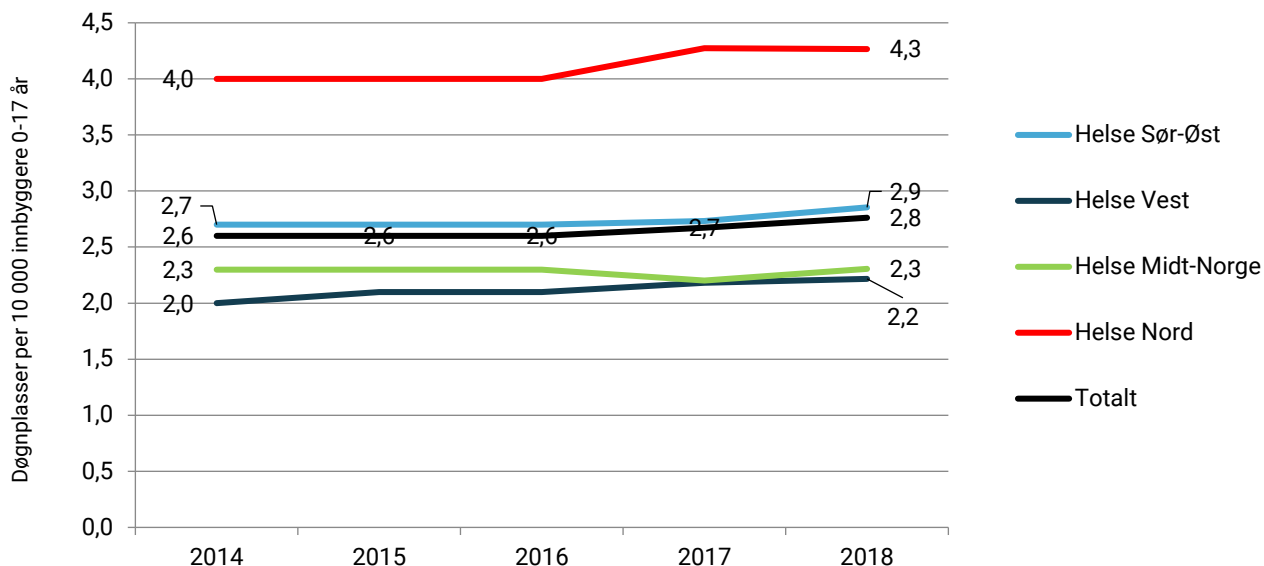
Tabell 3-1 viser grunnlagstallene for døgnplasser i PHV-BU. Det har vært en økning i døgnplasser med 17 plasser i perioden. De fleste nye plassene har kommet i Helse Sør-Øst (8 plasser), men det var også vekst i Helse Vest og Helse Nord og blant avtaleinstitusjonene. Fra 2018 er Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) ved OUS inkludert i tallene for Helse Sør-Øst, som forklarer mye av veksten i denne regionen. De private institusjonene med avtale med RHF hadde i all hovedsak avtale med Helse Sør-Øst.

### Døgnplasser relatert til befolkningsgrunlaget

Befolkningens tilgang og tilgjengelighet til døgnbehandling i PHV-BU er regionenes «sørge for» ansvar. I all hovedsak tilbys barn og unge behandling innenfor eget helseforetaksområde, men ved noen anledninger mottar pasienter behandling i andre helseforetak. I figuren under er det forsøkt tatt hensyn til dette ved å korrigere døgnplassene ved hjelp av oppholdsdøgnes fordeling på bostedsområde.

Figur 3-1 viser utviklingen for bruk av døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge korrigert for bruk av døgnbehandling i andre regioner og for befolkningsutviklingen i perioden 2014 til 2018.

Figur 3-1: Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2014-2018.



Figuren viser at Helse Nord hadde betydelig høyere døgnplassdekning enn i de andre regionene i hele siste femårsperiode. Regionen hadde nesten dobbelt så høy døgnplassrate som Helse Vest og Helse Midt-Norge i 2018. Det var vekst i døgnplassdekningen i alle regioner, størst var veksten i Helse Vest (10,8 prosent) og lavest i Helse Midt-Norge (0,2 prosent).

### 3.2 Polikliniske og ambulante årsverk i PHV-BU

I denne delen av rapporten gis en oversikt over utviklingen i personellinnsats i poliklinisk og ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Det kan være vanskelig eksakt å tallfeste og skille mellom ambulante og polikliniske årsverk i en virksomhet, da personellet ofte både jobber på begge måter. Den mest robuste indikatoren vil derfor være å se årsverkene samlet. Virksomhetene i helseforetakene har imidlertid etter beste evne rapportert begge størrelser til Helsedirektoratet siden 2009.



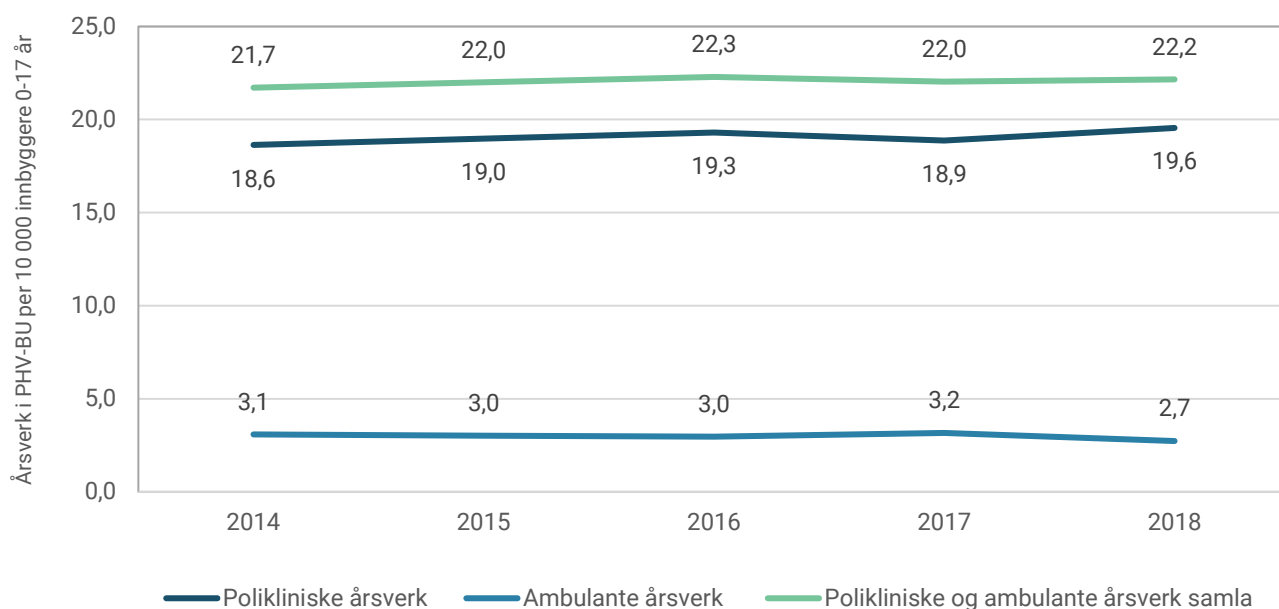
Tabell 3-2: Antall polikliniske og ambulante årsverk i psykiske helsevern for barn og unge etter tilknytningsregion, 2018.

| Region           | Årsverk 2018         |                   |        | Endring i årsverk fra 2014 |         | Endring i årsverk fra 2017 |         |
|------------------|----------------------|-------------------|--------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|
|                  | Polikliniske årsverk | Ambulante Årsverk | Totalt | Antall                     | Prosent | Antall                     | Prosent |
| Helse Sør-Øst    | 1173                 | 214,3             | 1387,3 | 12                         | 0,8     | 16                         | 1,1     |
| Helse Vest       | 494,3                | 23,9              | 518,2  | 9                          | 1,7     | -3                         | -0,5    |
| Helse Midt-Norge | 275,4                | 34,5              | 309,9  | 20                         | 6,7     | -9                         | -2,7    |
| Helse Nord       | 252,0                | 33,2              | 285,2  | 23                         | 8,9     | 8                          | 3,0     |
| Totalt           | 2197,7               | 305,9             | 2500,6 | 57                         | 2,3     | 13                         | 0,5     |

Tabell 3-2 viser at det har vært en vekst på 2,3 prosent i polikliniske og ambulante årsverk i siste femårsperiode og en svak vekst siste år (0,5 prosent). Fra 2014 til 2018 var veksten i personellinnsatsen sterkest i Helse Nord (8,9 prosent) og Helse Midt-Norge (6,7 prosent), mens den var nesten uendret i Helse Sør-Øst.

Figur 3-2 viser utvikling i polikliniske og ambulante årsverk i perioden 2014 til 2018 korrigert for befolkningsutviklingen.

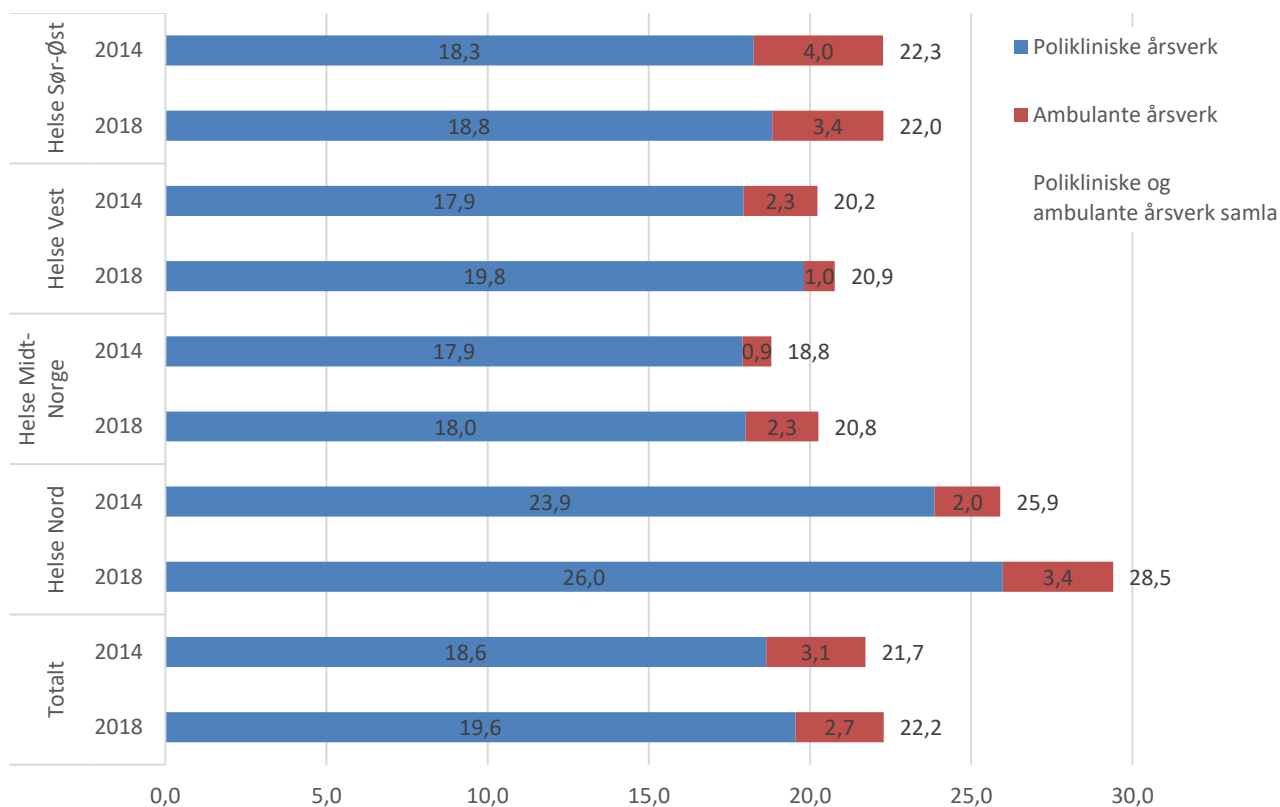
Figur 3-2: Polikliniske og ambulante årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 2014-2018.



Figuren viser at polikliniske årsverk utgjorde tyngden i personellinnsatsen i denne virksomheten, mens ambulante årsverk hadde en lavere personellrate.

Figur 3-3 viser regionvis utvikling i polikliniske og ambulante årsverk i perioden 2014 til 2018.

Figur 3-3: Polikliniske og ambulante årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter bostedsregion. 2014 og 2018.



Figuren viser at Helse Nord hadde den høyeste personellraten og den største veksten blant regionene i perioden 2014 til 2018. Raten for ambulante årsverk var på nivå med Helse Sør-Øst i 2018, men den polikliniske personellraten var betydelig høyere i Helse Nord i hele perioden. I 2018 hadde Helse Midt-Norge og Helse Vest samla personelldekning omtrent på samme nivå.

Figur 3-4 viser personellfordelingen etter utdanningsgruppe i poliklinisk og ambulant virksomhet i 2018.

Tabell 3-4 Årsverk etter utdanning i poliklinisk og ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for barn og unge 2018.

|  | Poliklinikk |         | Ambulant |         | Totalt |         |
|--|-------------|---------|----------|---------|--------|---------|
|  | Antall      | Prosent | Antall   | Prosent | Antall | Prosent |
| Psykiatere   | 209         | 9,5     | 13       | 4,4     | 223    | 8,9     |
| Spesialist i rusmedisin  | 5           | 0,2     | 4        | 1,2     | 6      | 0,2     |
| Andre leger  | 147         | 6,7     | 1        | 0,2     | 150    | 6,0     |
| Kliniske psykologer  | 489         | 22,3    | 63       | 20,7    | 553    | 22,1    |
| Andre psykologer   | 380         | 17,3    | 41       | 13,3    | 420    | 16,8    |
| Sykepleiere og vernepleiere uten videreutdanning                             | 8           | 0,4     | 7        | 2,2     | 15     | 0,6     |
| Sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning                              | 68          | 3,1     | 40       | 13,2    | 109    | 4,3     |
| Sosionomer uten videreutdanning  | 32          | 1,4     | 4        | 1,3     | 36     | 1,4     |
| Sosionomer med videreutdanning   | 143         | 6,5     | 21       | 6,8     | 164    | 6,5     |
| Barnevernspedagoger uten videreutdanning                                     | 26          | 1,2     | 3        | 1,0     | 29     | 1,1     |
| Barnevernspedagoger med videreutdanning                                      | 61          | 2,8     | 17       | 5,5     | 78     | 3,1     |
| Annet helse- og sosialfaglig pers med høyskoleutdanning uten videreutdanning | 13          | 0,6     | 3        | 1,1     | 16     | 0,6     |
| Annet helse- og sosialfaglig pers med høyskoleutdanning med videreutdanning  | 37          | 1,7     | 25       | 8,2     | 62     | 2,5     |
| Annet pers med helsefaglig utdanning (uten høyskoleutdanning)                | 4           | 0,2     | 1        | 0,3     | 5      | 0,2     |
| Annet høyskoleutdanning behandlingspersonell (pedagoger)                     | 242         | 11,0    | 50       | 16,5    | 293    | 11,7    |
| Administrativt personell   | 332         | 15,1    | 13       | 4,1     | 345    | 13,8    |
| Personell totalt   | 2 195       | 100     | 306      | 100     | 2501   | 100     |

I det psykiske helsevernet for barn og unge sto leger og psykologer for 56 prosent av årsverkene i poliklinikkene og 40 prosent av årsverkene i den ambulante virksomheten i 2018. Totalt utgjorde disse faggruppene 54 prosent av årsverkene.

Sosionomer, sykepleiere, vernepleiere, pedagoger og helse- og sosialfaglig personell sto for 28 prosent av årsverkene i poliklinikkene og 56 prosent av årsverkene i den ambulante virksomheten. De fleste av disse har videreutdanning innen fagfeltet. Det er få ansatte med kun helseutdanning fra videregående skole. Det øvrige personell er i hovedsak merkantilt personell.

### Datagrunnlag

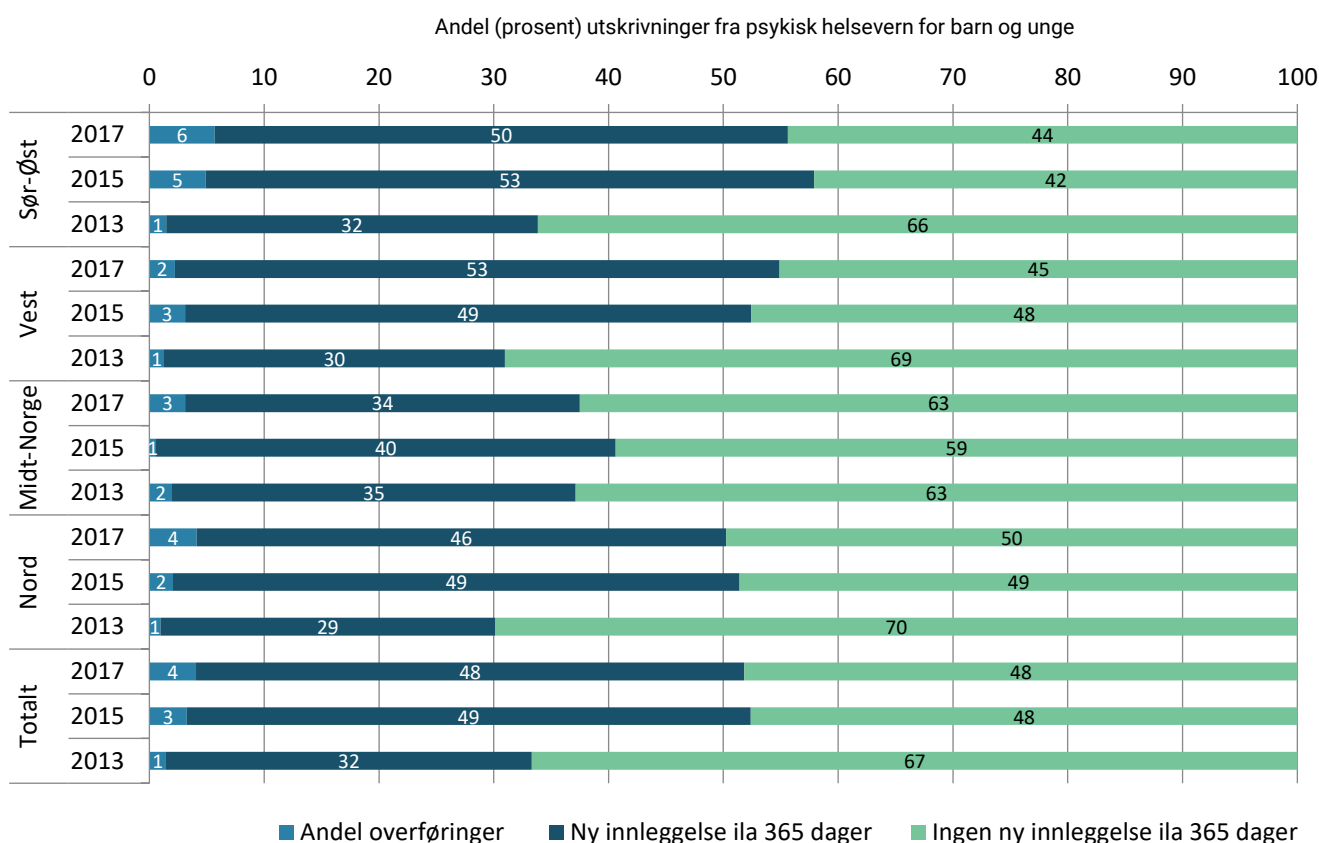
Data for personellinnsats er samlet inn av Helsedirektoratet, mens Statistisk sentralbyrå (SSB) er ansvarlig for innsamling av data som omhandler døgnplasser.

# 4. Forløp etter utskrivning fra døgntilbehandling i psykisk helsevern for barn og unge

Det er viktig at barn og unge opplever kontinuitet i behandlingen de mottar i det psykiske helsevernet. Barn og ungdom som mottar døgntilbehandling utgjør en liten andel av det samla omfanget av pasienter i PHV-BU, men er en pasientgruppe som ofte har behov for tjenester og oppfølging over lengre tidsrom. Vi vil her studere oppfølging etter døgntilbehandling, og se på videre forløp 30 dager og ett år etter utskrivning. Tallene er fordelt etter regionalt foretak. Private institusjoner er tatt med etter beliggenhetsregion.

Figur 4-1 viser forløp i løpet av ett år etter utskrivning fra døgntilbehandling i PHV-BU for 2013, 2015 og 2017.

Figur 4-1 Forløp i løpet av ett år etter utskrivning fra psykisk helsevern for barn og unge.

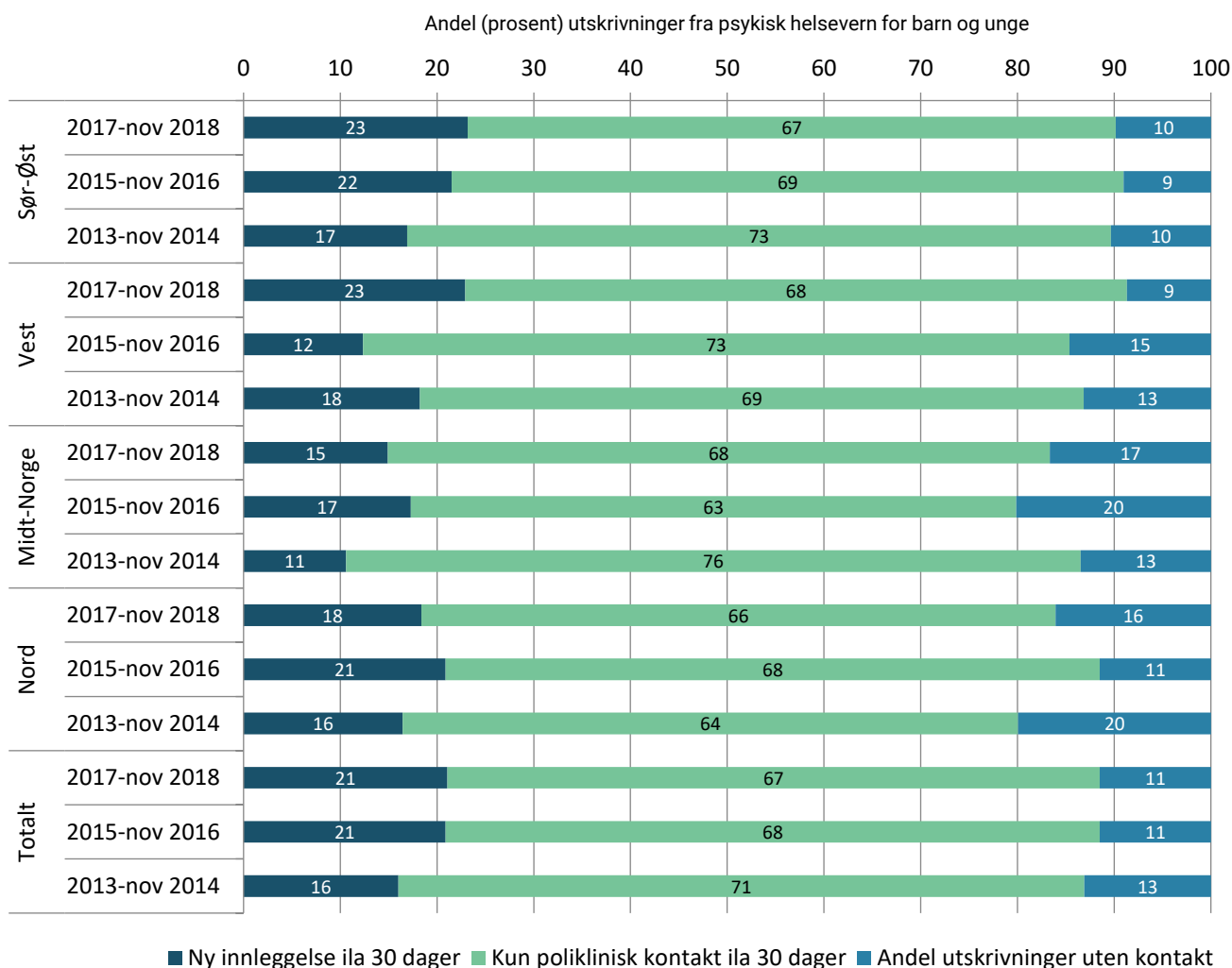


I det psykiske helsevernet for barn og unge resulterte nær halvparten av utskrivningene i døgntilrettelagt behandling (48 prosent) i en ny innleggelse innen ett år etter utskrivning i 2017. På nasjonalt nivå økte andelen fra 32 prosent i 2013 til 48 prosent i 2017, mens andelen som ikke hadde noen ny innleggelse avtok fra 67 til 48 prosent i perioden. Overføringer til andre helseforetak, private avtaleinstitusjoner, TSB eller psykisk helsevern for voksne økte fra 1 til 4 prosent i samme periode.

Med unntak for Helse Midt-Norge, hvor det var liten endring, var det omtrent samme utvikling i regionene som på nasjonalt nivå for andel nye innleggelser i løpet av 365 dager. Siste år var det noe lavere andel nye innleggelser i Helse Nord (46 prosent) enn i Helse Vest (53 prosent) og Helse Sør-Øst (50 prosent), men tendensen var den samme. Andelen overføringer var også noe høyere i Helse Sør-Øst i 2018, som kan være knyttet til at de private avtaleinstitusjonene i PHV-BU i all hovedsak har avtale med denne regionen.

I figur 4-2 ser vi på videre forløp 30 dager etter utskrivning.

Figur 4-2: Forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra psykisk helsevern for barn og unge.



Om lag en av fem utskrivninger fra døgnbehandling (21 prosent) i PHV-BU resulterte i en ny innleggelse innen 30 dager i 2017/2018. På nasjonalt nivå økte andelen fra 16 prosent i 2013/2014 til 21 prosent i 2017/2018. Andelen som kun hadde kontakt med poliklinikk etter utskrivning var på 67 prosent på nasjonalt nivå i 2017/2018. Andel pasienter uten kontakt med spesialisthelsetjenesten gikk noe ned fra 13 til 11 prosent i perioden.

Andelen nye innleggelse innen 30 dager økte i alle regioner i perioden 2013-2018, størst var veksten i Helse Sør-Øst (fra 17 til 23 prosent) og i Helse Vest (fra 18 til 23 prosent). I disse regionene var andelen med ny innleggelse også høyere enn i Helse Midt-Norge (15 prosent) og Helse Nord (18 prosent) i 2018.

Andel pasienter som hadde kontakt med poliklinikk etter utskrivning varierte mellom 66 og 68 prosent i regionene i 2017/2018. Andelen uten kontakt med spesialisthelsetjenesten 30 dager etter utskrivning varierte mellom 9 og 17 prosent, høyest i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Vest. Andelen økte i Helse Midt-Norge, mens den holdt seg stabil eller gikk ned i de øvrige regionene.

### **Datagrunnlag og beregninger**

Ved beregning av forløp i løpet av det første året etter utskrivning fra foretakene, er forløpet kategorisert i tre hovedkategorier: direkte overføring til videre døgnbehandling annet sted, ny innleggelse for døgnbehandling på et senere tidspunkt eller ingen ny døgnbehandling i løpet av dette året. Med overføring menes her overføring til et annet foretak; helseforetak eller privat foretak innen samme sektor, eller overføring til psykisk helsevern for voksne eller TSB. Somatisk sektor er ikke inkludert i denne sammenhengen slik at ingen ny innleggelse betyr ingen ny døgnbehandling i TSB eller i psykisk helsevern, men kan altså finne sted utenfor disse to sektorene.

Ved beregning av forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra foretakene, er det pasientens videre kontakt med psykisk helsevern eller TSB som er undersøkt. Her er det avsluttede døgnbehandlingene ved foretakene som er lagt til grunn i beregningene; det vil si at pasienten ikke blir overført til videre døgnbehandling ved annet foretak ved utskrivning. Beregningene er basert på de avsluttede utskrivningene i løpet av 23 måneder, hvor videre kontakt i løpet av den første måneden etter utskrivning kartlegges. Når det gjelder ny innleggelse eller ny kontakt er enhver kontakt med foretakene inkludert i resultatene. Somatisk sektor og avtalespesialistene innen psykisk helsevern, er imidlertid ikke inkludert.

Foretaksoppholdene klassifiseres i utskrivninger ved helseforetakene og utskrivninger ved private foretak. De private foretakene består både av avtaleinstitusjoner som i all hovedsak er private ideelle institusjoner, og private aktører som har meldt sin interesse i forbindelse med ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). Regiontallene er basert på helseforetakenes tilknytningsregion og bidraget fra de private foretakene er tilordnet pasientens bostedsregion. Resultater for hvert av foretakene er tilgjengelig på våre nettsider.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-spesialisthelsetjenesten>

# 5. Befolkningens bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne

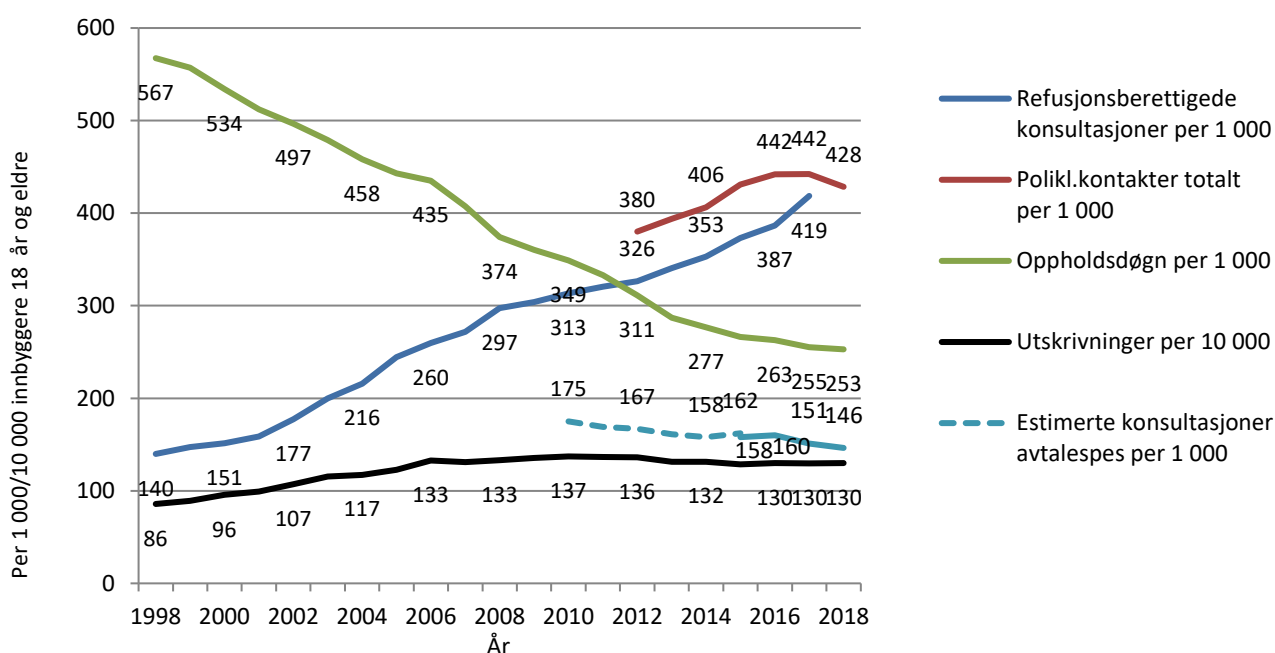
Vi vil i dette kapitlet se på hvordan behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne har utviklet seg over tid, nasjonalt og regionalt. Regionale tall tar utgangspunkt i pasientenes bosted, uavhengig av ved hvilken institusjon behandlingen har funnet sted. Tilsvarende indikatorer på lavere nivå (foretaksområder og DPS-områder) finnes på Helsedirektoratets hjemmesider.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>

## 5.1 Nasjonale utviklingstrekk

Figur 5-1 viser utviklingen i behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne over perioden 1998-2018.

Figur 5-1: Oppholdsdøgn, utskrivninger, polikliniske konsultasjoner og kontakter, samt konsultasjoner hos avtalespesialistene. Rate per innbygger 18 år og eldre. 1998-2018.



Sett i forhold til folketallet har antall oppholdsdøgn over tyveårsperioden blitt redusert med 55 prosent. Raten for utskrivninger økte likevel fram til 2010 pga. nedkorting av lengden på oppholdene. En fikk deretter en svak nedgang. De siste par årene har utskrivningstallene stabilisert seg.

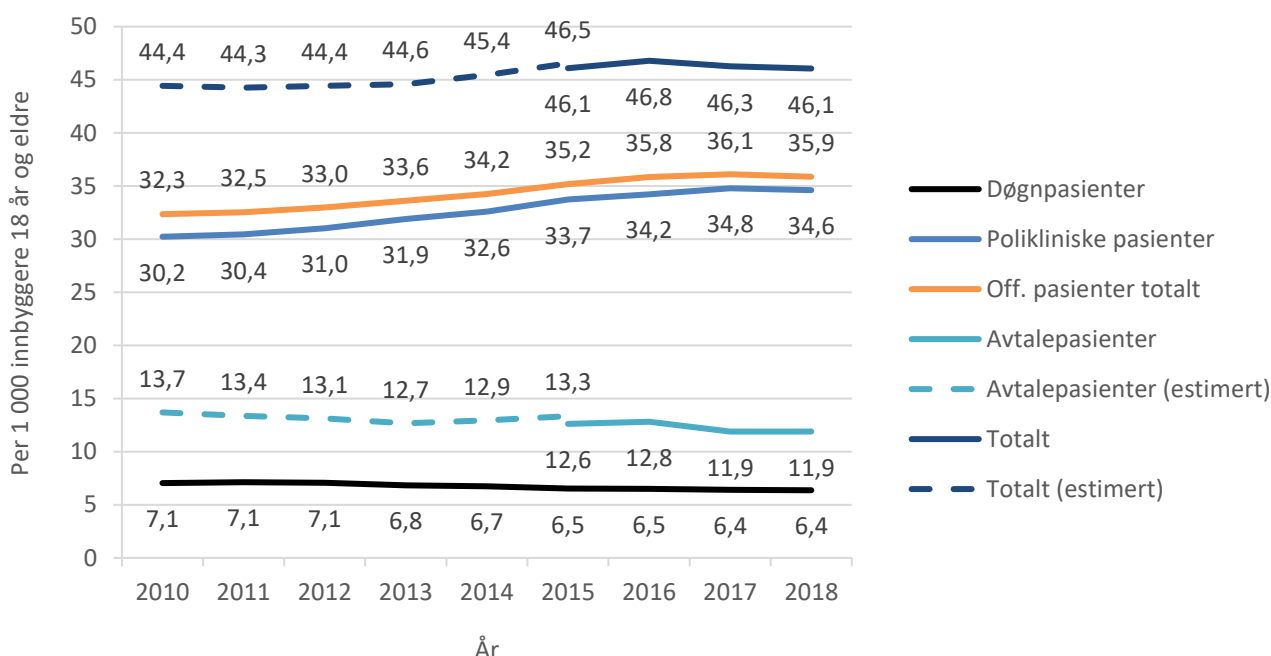
Fra 1998 til 2017 ble raten for refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner tredoblet. Fra 2017 ble finansieringssystemet for poliklinikkene lagt om. Poliklinikkene skulle likevel for 2017 registrere de aktuelle takstkodene.

For de senere årene har vi pga. omleggingen valgt også å registrere antall polikliniske kontakter totalt. Fra 2016 til 2017 økte raten for refusjonsberettigede konsultasjoner. Veksten kan skyldes endringer i finansieringssystemet<sup>3</sup>. En finner imidlertid ingen tilsvarende vekst i antall kontakter totalt, og fra 2017 til 2018 gikk raten for kontakter ned. Det kan ut fra dette se ut til at trenden i retning økt poliklinisk aktivitet når er brutt<sup>4</sup>.

For avtalespesialistene var ikke pasientdata komplette fra starten. Vi har derfor estimert konsultasjonstallene for de første årene. Fra 2010 til 2018 var det en nedgang i konsultasjonsraten for avtalespesialistene på om lag 1/6.

Figur 5-2 viser utviklingen i antall behandlede pasienter i perioden 2010 til 2018.

Figur 5-2: Pasienter i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 1 000 innbygger 18 år og eldre etter behandlingsform. 2010-2018.



<sup>3</sup> Ved overgangen til nytt finansieringssystem fikk en refusjon for hver pasient i gruppebehandling. Tidligere ble det bare registrert en takst per gruppebehandling.

<sup>4</sup> Også for den ISF-finansierte aktiviteten for pasienter 18 år og eldre (Psykisk helsevern og TSB) fant man en nedgang i antall opphold på 1 prosent fra 2017 til 2018 når vi korrejerer for befolkningsvekst. Antall poeng økte imidlertid med 1,3 prosent.



I 2018 var 151 000 personer i kontakt med det psykiske helsevernet for voksne. I tillegg kommer 50 000 pasienter hos avtalespesialistene, totalt 194 000, om lag samme antall som året før. Dette tilsvarer 4,6 prosent av voksenbefolkningen. Siden 2010 har det vært en økning i den samlede pasientraten på knapt 4 prosent. De siste to årene har det vært en nedgang på drøyt 1 prosent.

Flest pasienter behandles poliklinisk. I underkant av 3,5 prosent av befolkningen mottok slik behandling i 2018. Raten økte med 15 prosent fra 2010 til 2018, De siste par årene har raten flatet ut. I alt 1,2 prosent av voksenbefolkningen var i 2018 i kontakt med en avtalespesialist. Siden 2010 har raten blitt redusert med om lag 1/8. I 2018 var 0,6 prosent av voksenbefolkningen innlagt ved en døgnavdeling. Pasientraten for døgnavdelingene har siden 2010 blitt redusert med 10 prosent.

## 5.2 Pasienter etter tjenestetype og hoveddiagnose

Tabell 5-1 viser pasienter etter hoveddiagnose og driftsform i 2014. Tabell 5-2 viser den tilsvarende fordelingen i 2018. Noen pasienter mottar flere tjenester. Sum pasienter totalt vil derfor være lavere enn ved å summere tallene for de ulike behandlingsformene. Pasienter med Z-kode (Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakter med helsetjenesten) og pasienter uten oppgitt diagnose rapporteres, men inngår ikke i prosenteringen. Tallene for avtalespesialistene i 2014 omfatter om lag 94 prosent av virksomheten.

Tabell 5-1: Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne i 2014. Prosent.

|  | Pasienter i offentlig virksomhet |       |                  |                 | Avtalespesialister |          |                       | Totalt  |
|--|----------------------------------|-------|------------------|-----------------|--------------------|----------|-----------------------|---------|
|  | Døgn                             | Dag   | Poli-<br>klinikk | Inst.<br>totalt | Psykiater          | Psykolog | Avtalespes.<br>totalt |         |
| Organiske lidelser (F0)                        | 3,3                              | 0,8   | 2,8              | 2,9             | 1,7                | 0,3      | 1,2                   | 2,5     |
| Ruslidelser (F1)                               | 14,4                             | 4,5   | 4,7              | 5,8             | 1,0                | 1,4      | 1,2                   | 4,5     |
| Schizofrenier (F2)                             | 20,9                             | 22,6  | 9,4              | 9,7             | 0,9                | 2,2      | 1,4                   | 7,4     |
| Affektive lidelser (F3)                        | 28,3                             | 32,8  | 31,2             | 30,7            | 31,6               | 40,7     | 34,7                  | 31,8    |
| Nevrotiske lidelser (F4)                       | 18,9                             | 21,0  | 29,7             | 29,3            | 47,8               | 38,8     | 44,8                  | 33,7    |
| Personlighetsforstyrrelser (F6)                | 5,6                              | 7,3   | 5,9              | 5,7             | 4,3                | 4,2      | 4,3                   | 5,3     |
| Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)             | 1,3                              | 2,1   | 5,2              | 5,0             | 3,8                | 6,2      | 4,5                   | 4,7     |
| Adferdsfors. barn og unge (F91-98)             | 0,2                              | 0,2   | 0,3              | 0,3             | 0,6                | 0,2      | 0,5                   | 0,4     |
| Uspesifisert psykisk lidelse (F99)             | 4,6                              | 6,8   | 7,8              | 7,6             | 6,2                | 3,9      | 5,4                   | 6,9     |
| Alzheimers sykdom (G30)                        | 1,0                              | 0,6   | 1,4              | 1,4             | 0,0                | 0,0      | 0,0                   | 1,1     |
| Andre sykdommer i nervesystemet (G ekskl. G30) | 0,6                              | 0,3   | 0,6              | 0,7             | 1,2                | 1,4      | 1,3                   | 0,8     |
| Andre diagnoser ekskl. F, G og Z-diagnoser     | 0,8                              | 0,8   | 0,8              | 0,9             | 0,9                | 0,5      | 0,8                   | 0,8     |
| N=   | 27 195                           | 2 173 | 131 568          | 138 261         | 32 895             | 17 057   | 49 130                | 180 750 |
| Herav:   |                                  |       |                  |                 |                    |          |                       |         |
| Z-diagnose                                     | 1 872                            | 236   | 27 784           | 28 803          | 3 139              | 900      | 3 993                 | 32 138  |
| ICD10 mangler                                  | 288                              | 71    | 2 190            | 2 521           | 1 158              | 363      | 1 518                 | 4 026   |

Tabell 5-2 Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne i 2018. Prosent.

|   | Pasienter i offentlig virksomhet |       |                  |                 | Avtalespesialister |          |                       | Totalt  |
|---|----------------------------------|-------|------------------|-----------------|--------------------|----------|-----------------------|---------|
|   | Døgn                             | Dag   | Poli-<br>klinikk | Inst.<br>totalt | Psykiater          | Psykolog | Avtalespes.<br>totalt |         |
| Organiske lidelser (F0)                           | 3,0                              | 3,1   | 2,3              | 2,4             | 0,6                | 1,1      | 0,9                   | 2,1     |
| Ruslidelser (F1)                                  | 12,6                             | 3,3   | 4,1              | 4,8             | 1,2                | 0,9      | 1,0                   | 3,9     |
| Schizofrenier (F2)                                | 21,3                             | 25,2  | 8,7              | 9,0             | 1,7                | 0,8      | 1,1                   | 7,2     |
| Affektive lidelser (F3)                           | 27,7                             | 32,4  | 28,8             | 28,5            | 38,4               | 28,3     | 32,1                  | 29,4    |
| Nevrotiske lidelser (F4)                          | 20,9                             | 18,4  | 33,4             | 32,9            | 39,4               | 51,8     | 47,2                  | 36,5    |
| Personlighetsforstyrrelser (F6)                   | 6,3                              | 6,0   | 7,1              | 6,9             | 3,2                | 4,6      | 4,0                   | 6,2     |
| Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)                | 1,2                              | 3,2   | 6,7              | 6,5             | 8,6                | 4,0      | 5,6                   | 6,1     |
| Adferdsfors. barn og unge (F91-98)                | 0,2                              | 0,2   | 0,3              | 0,3             | 0,3                | 0,4      | 0,4                   | 0,3     |
| Uspesifisert psykisk lidelse (F99)                | 4,7                              | 6,3   | 5,9              | 5,8             | 3,9                | 6,8      | 5,7                   | 5,8     |
| Alzheimers sykdom (G30)                           | 1,0                              | 1,0   | 1,5              | 1,5             | 0,0                | 0,0      | 0,0                   | 1,2     |
| Andre sykdommer i nervesystemet (G<br>ekskl. G30) | 0,6                              | 0,7   | 0,8              | 0,8             | 2,0                | 0,9      | 1,4                   | 0,9     |
| Andre diagnoser ekskl. F, G og Z-<br>diagnoser    | 0,5                              | 0,2   | 0,5              | 0,5             | 0,7                | 0,6      | 0,6                   | 0,5     |
| N=  | 26 921                           | 1 540 | 145 693          | 151 083         | 18 415             | 32 542   | 50 030                | 193 991 |
| Herav:  |                                  |       |                  |                 |                    |          |                       |         |
| Z-diagnose  | 1 160                            | 276   | 27 867           | 28 254          | 896                | 4 149    | 4 986                 | 32 398  |
| ICD10 mangler                                     | 184                              | 1     | 69               | 249             | 915                | 2 356    | 3 263                 | 3 511   |

Flertallet av pasientene har enten en affektiv eller en nevrotisk lidelse. Klarest ser vi dette for pasienter hos avtalespesialistene. I de offentlige tjenestene er det et større innslag av pasienter diagnostisert med schizofreni eller en ruslidelse. Særlig markert er dette for døgnpasientene. Avtalespesialistene behandler bare et fåtall pasienter med disse diagnosene.

I de foregående tabellene har vi sett på pasientfordelingen. Pasienter med noen diagnoser har større behandlingsvolum enn andre. I tabell 5-3 og 5-4 har vi beregnet den prosentvise fordelingen av omfanget av tjenester, basert på pasientenes hoveddiagnose.

Tabell 5-3: Behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne i 2014. Prosent.

|  | Oppholds-<br>døgn | Oppholds-<br>dager | Polikl.<br>kontakter | Kons.<br>psykiater | Kons.<br>psykolog | Avtalekons.<br>totalt |
|--|-------------------|--------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Organiske lidelser (F0)                        | 3,0               | 0,2                | 1,3                  | 0,2                | 0,5               | 0,4                   |
| Ruslidelser (F1)                               | 6,3               | 2,9                | 3,4                  | 1,1                | 0,7               | 0,9                   |
| Schizofrenier (F2)                             | 38,0              | 33,6               | 17,7                 | 1,9                | 1,2               | 1,4                   |
| Affektive lidelser (F3)                        | 26,3              | 27,6               | 29,6                 | 41,4               | 33,5              | 36,2                  |
| Nevrotiske lidelser (F4)                       | 12,1              | 17,0               | 26,3                 | 40,1               | 50,4              | 46,9                  |
| Personlighetsforstyrrelser (F6)                | 5,8               | 8,5                | 9,1                  | 5,4                | 5,9               | 5,7                   |
| Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)             | 1,0               | 2,3                | 3,7                  | 4,0                | 1,6               | 2,4                   |
| Adferdsfors. barn og unge (F91-98)             | 0,2               | 0,2                | 0,3                  | 0,2                | 0,5               | 0,4                   |
| Uspesifisert psykisk lidelse (F99)             | 5,3               | 6,7                | 7,2                  | 3,7                | 4,8               | 4,4                   |
| Alzheimers sykdom (G30)                        | 0,8               | 0,3                | 0,5                  | 0,0                | 0,0               | 0,0                   |
| Andre sykdommer i nervesystemet (G ekskl. G30) | 0,6               | 0,1                | 0,3                  | 1,4                | 0,6               | 0,8                   |
| Andre diagnoser ekskl. F, G og Z-diagnoser     | 0,8               | 0,7                | 0,5                  | 0,5                | 0,4               | 0,5                   |
| N=   | 1 111 887         | 17 003             | 1 642 238            | 200 089            | 400 913           | 601 002               |
| Herav  |                   |                    |                      |                    |                   |                       |
| Z-diagnose                                     | 37 502            | 1 050              | 178 218              | 6 422              | 19 858            | 26 280                |
| ICD10 mangler                                  | 28 871            | 71                 | 8 399                | 2 227              | 8 320             | 10 547                |

Tabell 5-4: Behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne i 2018. Prosent.

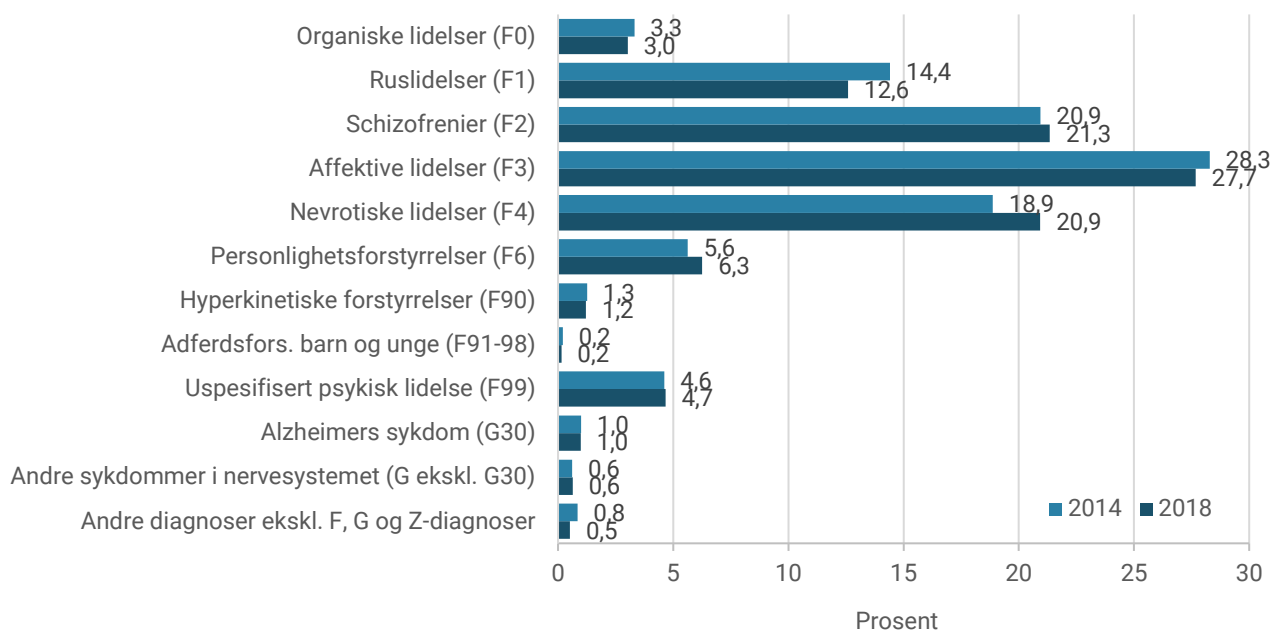
|  | Oppholds-<br>døgn | Oppholds-<br>dager | Polikl.<br>kontakter | Psykiater | Psykolog | Avtale-kons.<br>totalt |
|--|-------------------|--------------------|----------------------|-----------|----------|------------------------|
| Organiske lidelser (F0)                        | 2,9               | 1,3                | 1,0                  | 0,4       | 0,4      | 0,4                    |
| Ruslidelser (F1)                               | 6,2               | 2,9                | 3,0                  | 1,0       | 0,5      | 0,7                    |
| Schizofrenier (F2)                             | 37,9              | 47,1               | 16,6                 | 1,6       | 0,8      | 1,1                    |
| Affektive lidelser (F3)                        | 26,1              | 24,1               | 27,2                 | 39,9      | 29,6     | 33,4                   |
| Nevrotiske lidelser (F4)                       | 13,3              | 10,7               | 29,4                 | 41,0      | 54,2     | 49,4                   |
| Personlighetsforstyrrelser (F6)                | 5,4               | 5,2                | 10,5                 | 4,7       | 6,0      | 5,5                    |
| Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)             | 0,7               | 1,8                | 4,7                  | 5,9       | 2,2      | 3,5                    |
| Adferdsfors. barn og unge (F91-98)             | 0,1               | 0,1                | 0,2                  | 0,3       | 0,3      | 0,3                    |
| Uspesifisert psykisk lidelse (F99)             | 5,7               | 6,2                | 6,2                  | 3,6       | 5,2      | 4,6                    |
| Alzheimers sykdom (G30)                        | 0,7               | 0,4                | 0,5                  | 0,0       | 0,0      | 0,0                    |
| Andre sykdommer i nervesystemet (G ekskl. G30) | 0,6               | 0,1                | 0,4                  | 1,0       | 0,5      | 0,7                    |
| Andre diagnoser ekskl. F, G og Z-diagnoser     | 0,4               | 0,1                | 0,3                  | 0,6       | 0,3      | 0,4                    |
| N=   | 1 063 373         | 16 392             | 1 801 862            | 220 293   | 395 148  | 615 441                |
| Herav:   |                   |                    |                      |           |          |                        |
| Z-diagnose                                     | 24 413            | 993                | 158 982              | 9 230     | 27 408   | 36 638                 |
| ICD10 mangler                                  | 20 673            | 6                  | 80                   | 5 628     | 16 851   | 22 479                 |

Pasienter med en schizofreni-diagnose står for en større andel av aktiviteten enn av deres andel av pasientene. Dette gjelder både døgnaktivitet og poliklinikk, og gjenspeiler større behov for tjenester for denne pasientgruppen.

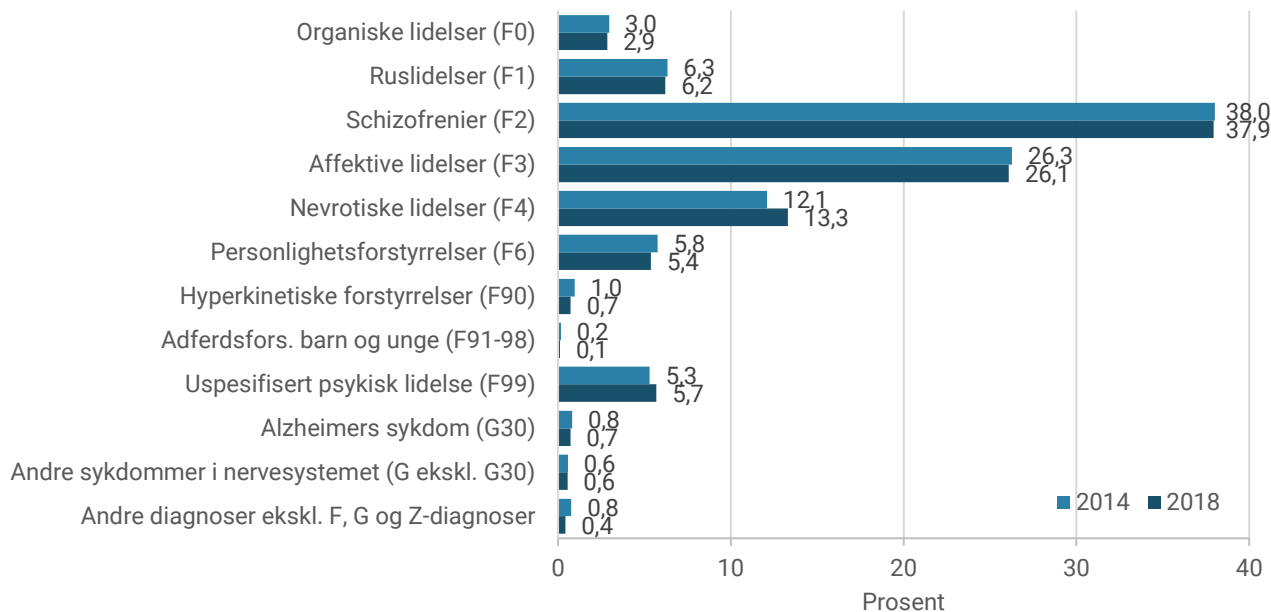
### Døgnbehandling

Figur 5-3 viser den prosentvise fordelingen av døgnpasientene i 2014 og i 2018. Figur 5-4 viser den tilsvarende fordelingen av oppholdsdøgnene.

Figur 5-3: Døgnpasienter etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 og i 2018. Prosent.



Figur 5-4: Oppholdsdøgn etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 og i 2018. Prosent.

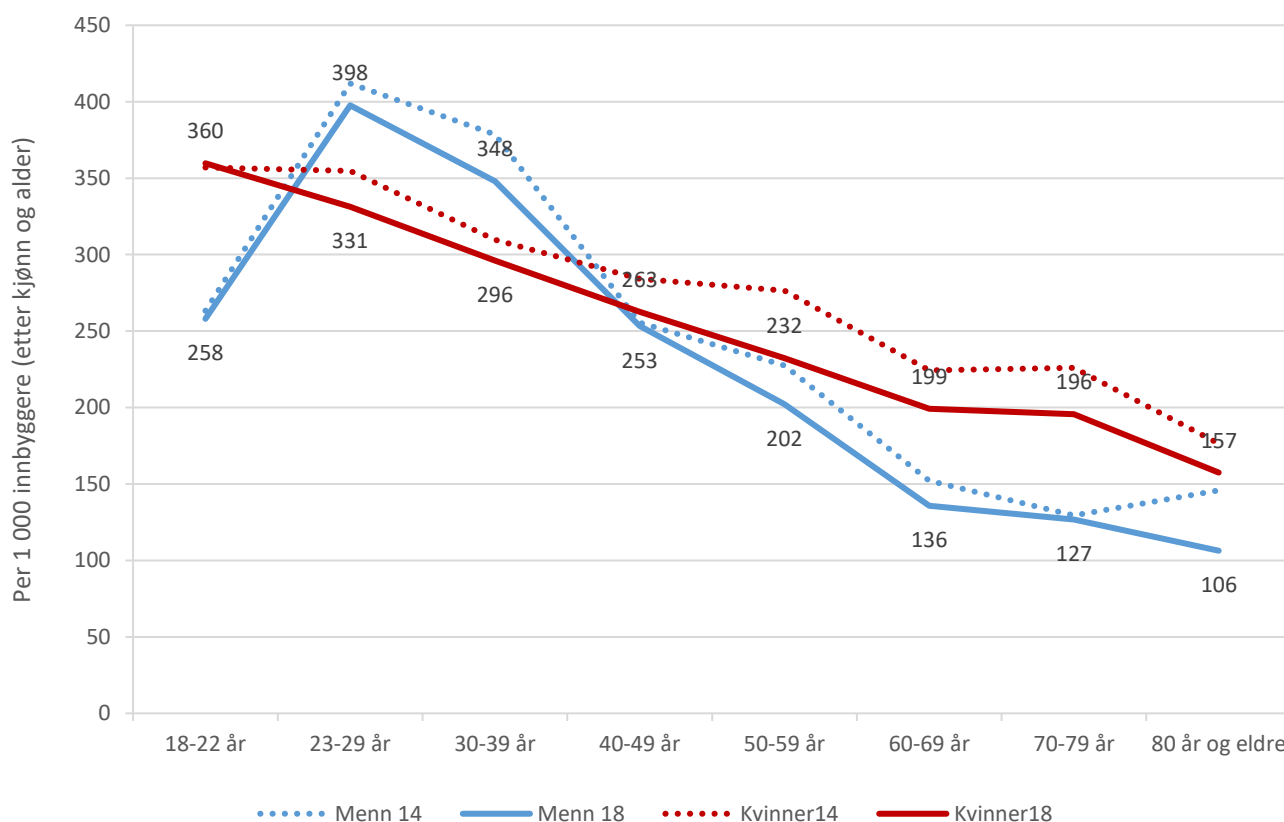


Begge figurer viser gjennomgående det samme mønster for begge år. Andel pasienter med ruslidelser gikk noe ned, mens pasienter med nevrotiske lidelser økte noe.

Oppholdsdøgnene viser samme fordeling begge år. Pasienter med schizofreni sto for 38 prosent av oppholdsdøgnene begge år, mens pasienter med en affektiv lidelse sto for 26 prosent. Oppholdsdøgn for pasienter med en nevrotisk lidelse økte fra 12 til 13 prosent.

Figur 5-5 viser oppholdsdøgn etter pasientenes kjønn og alder i 2014 og 2018.

Figur 5-5: Oppholdsdøgn etter kjønn og alder i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 og i 2018. Per 1 000 innbyggere etter kjønn og alder.

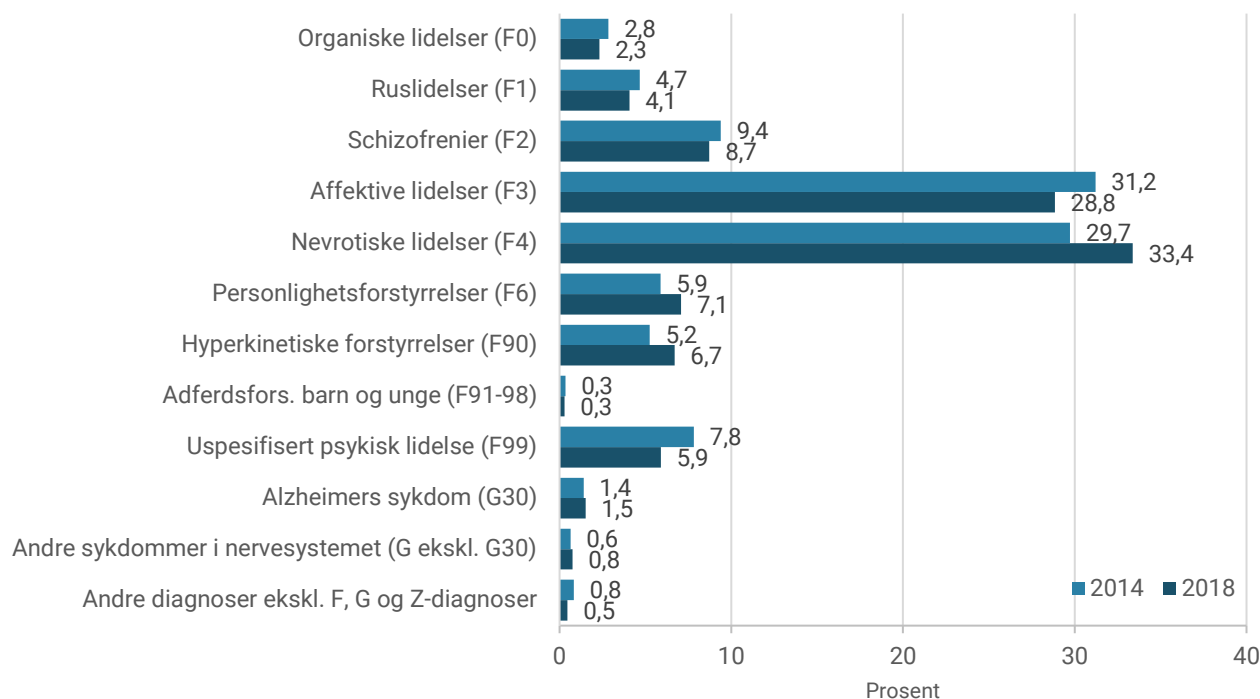


Fra 2014 til 2018 gikk døgnratene ned for begge kjønn. Ratene gikk gjennomgående ned med økende alder. Menn hadde høyest døgnrate for aldersgruppen 22-39 år. For øvrige aldersgrupper var ratene høyere for kvinnene.

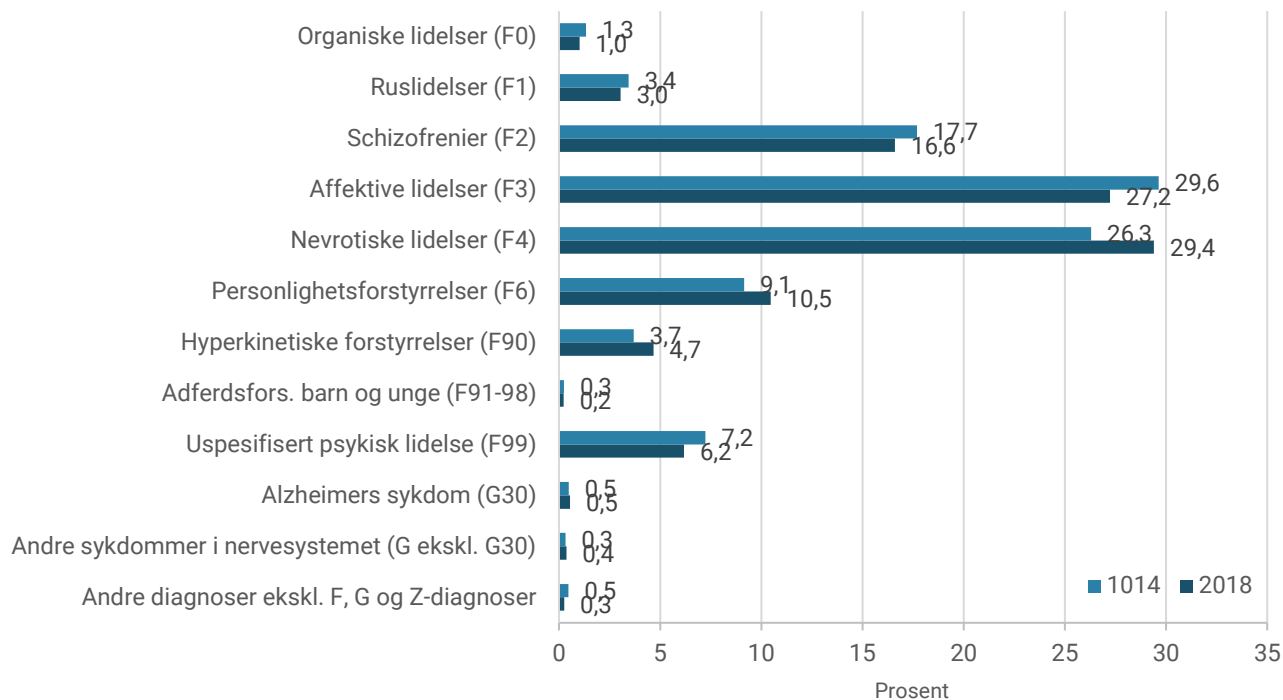
### Poliklinisk behandling

Figur 5-6 viser polikliniske pasienter etter hoveddiagnose, mens figur 5-7 viser polikliniske kontakter for de samme pasientgruppene i 2014 og 2018.

Figur 5-6: Polikliniske pasienter etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 og i 2018. Prosent.



Figur 5-7: Polikliniske kontakter etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 og i 2018. Prosent.



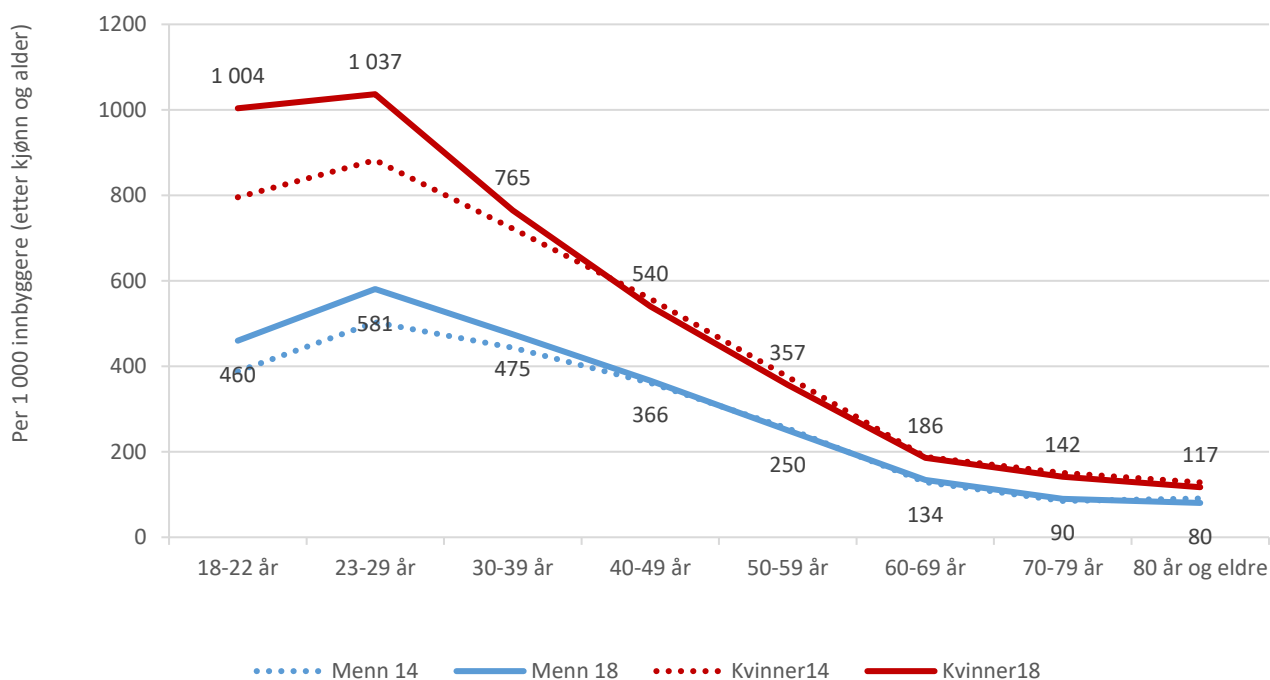
Fra 2014 til 2018 var det en nedgang i andel pasienter med ruslidelser, med schizofreni og med nevrotiske lidelser, mens andelen med affektive lidelser økte betydelig. Det var imidlertid bare små endringer i fordelingen av de polikliniske kontaktene, andel kontakter for nevrotiske lidelser øker likevel noe, mens

andelen med affektive lidelser går ned. Pasienter med schizofreni står for en betydelig høyere andel av kontaktene enn av pasientene.

Pasienter med schizofreni sto for 37-38 prosent av kontaktene begge år, mens pasienter med en affektiv lidelse sto for 26 prosent.

Figur 5-8 viser rater for polikliniske kontakter etter alder og kjønn i 2014 og 2018.

Figur 5-8: Polikliniske kontakter etter kjønn og alder i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 og i 2018. Per 1 000 innbyggere etter kjønn og alder.

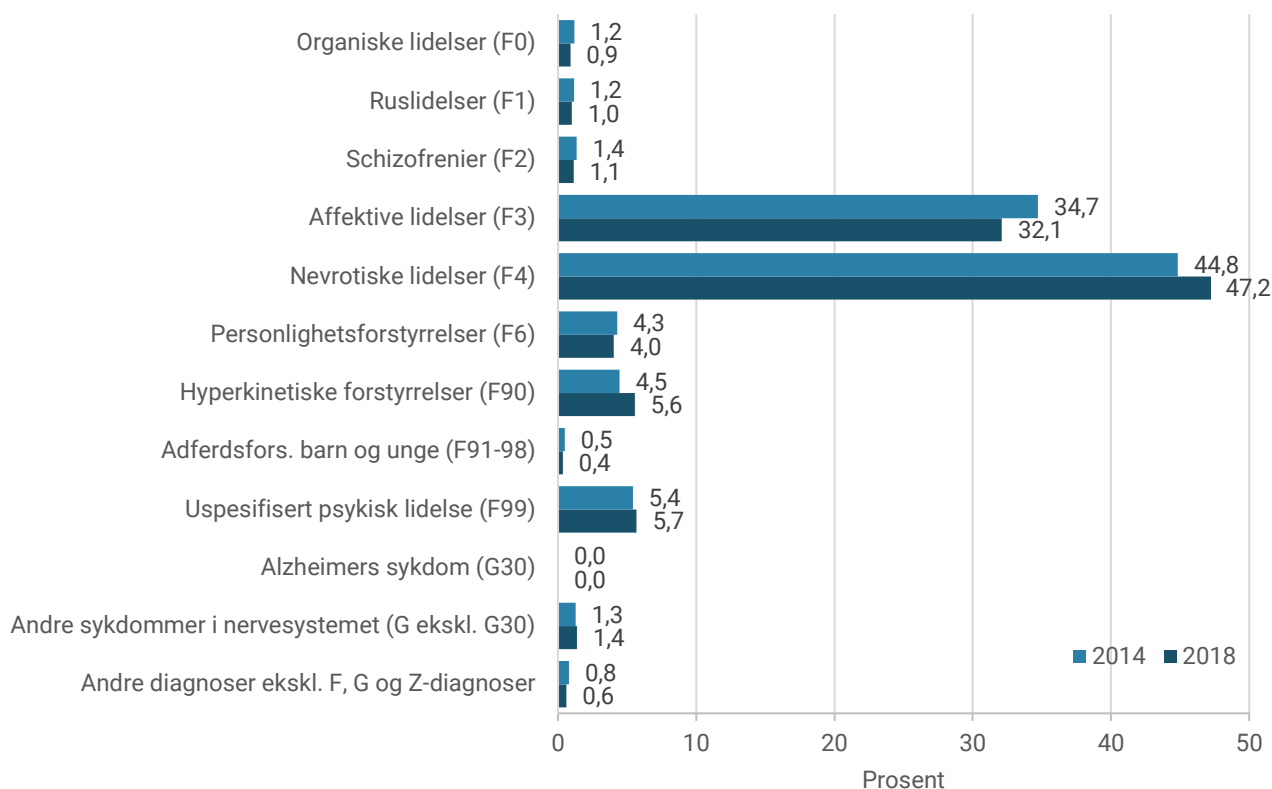


For begge kjønn økte raten for polikliniske kontakter fra 2014 til 2018. Økningen gikk i sin helhet til pasienter under 30 år. Kontaktraten er gjennomgående høyere for kvinner enn for menn.

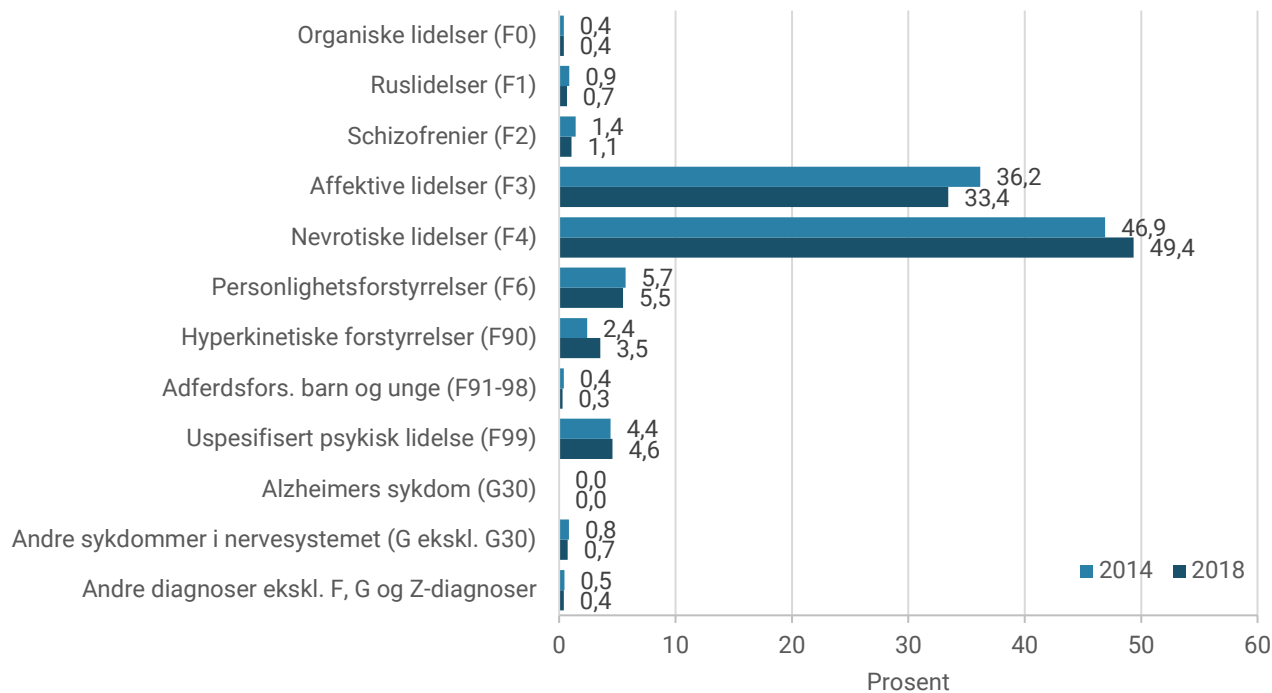
### Aktivitet hos avtalespesialistene

Figur 5-9 viser diagnosefordelingen for avtalepasientene i 2014 og i 2018. Figur 5-10 viser den tilsvarende fordelingen av konsultasjoner etter pasientens diagnose.

Figur 5-9: Pasienter hos avtalespesialistene etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 og i 2018. Prosent.



Figur 5-10: Konsultasjoner hos avtalespesialistene etter pasientenes hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 og i 2018. Prosent.

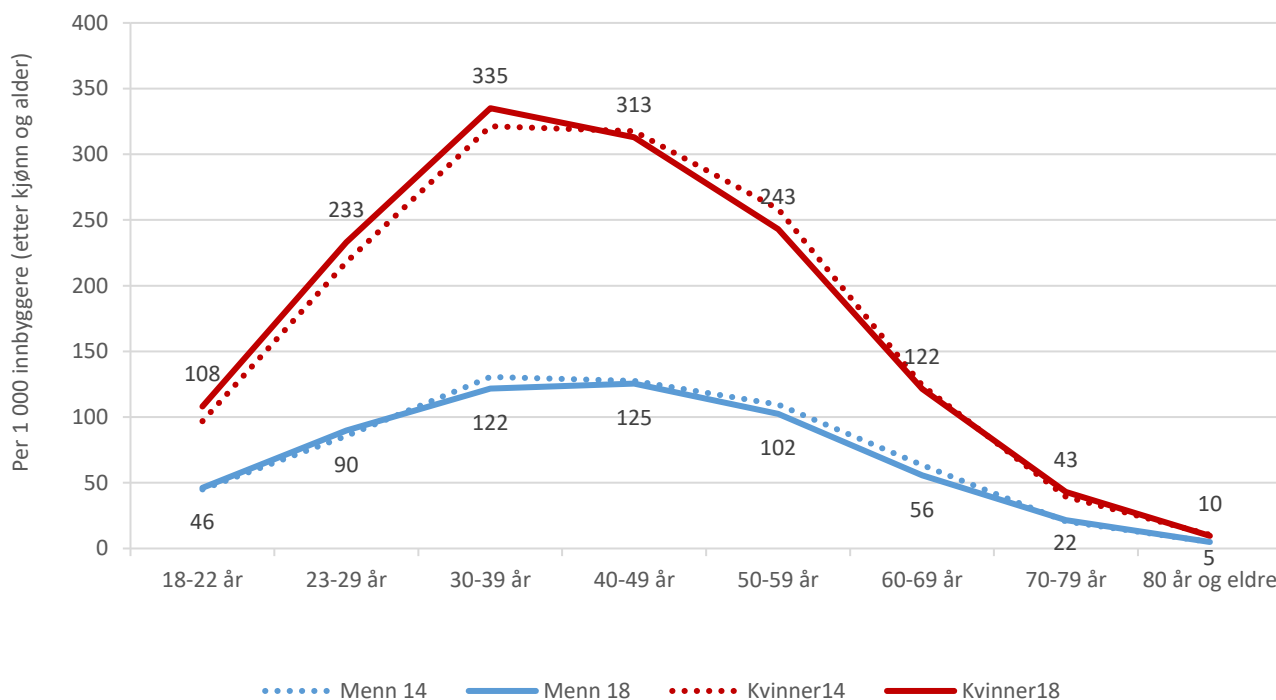




Pasienter med en affektiv eller nevrotisk lidelse sto for brorparten av både pasienter og konsultasjoner hos avtalespesialistene. Andelen pasienter med en affektiv lidelse ble redusert, mens andel pasienter med en nevrotisk lidelse økte. Samme mønster finner vi også for andel av konsultasjonene.

Figur 5-11 viser fordelingen av konsultasjoner hos avtalespesialistene etter pasientenes kjønn og alder i 2014 og 2018.

Figur 5-11: Konsultasjoner hos avtalespesialistene etter pasientenes kjønn og alder i 2014 og 2018. Per 1 000 innbyggere etter kjønn og alder.



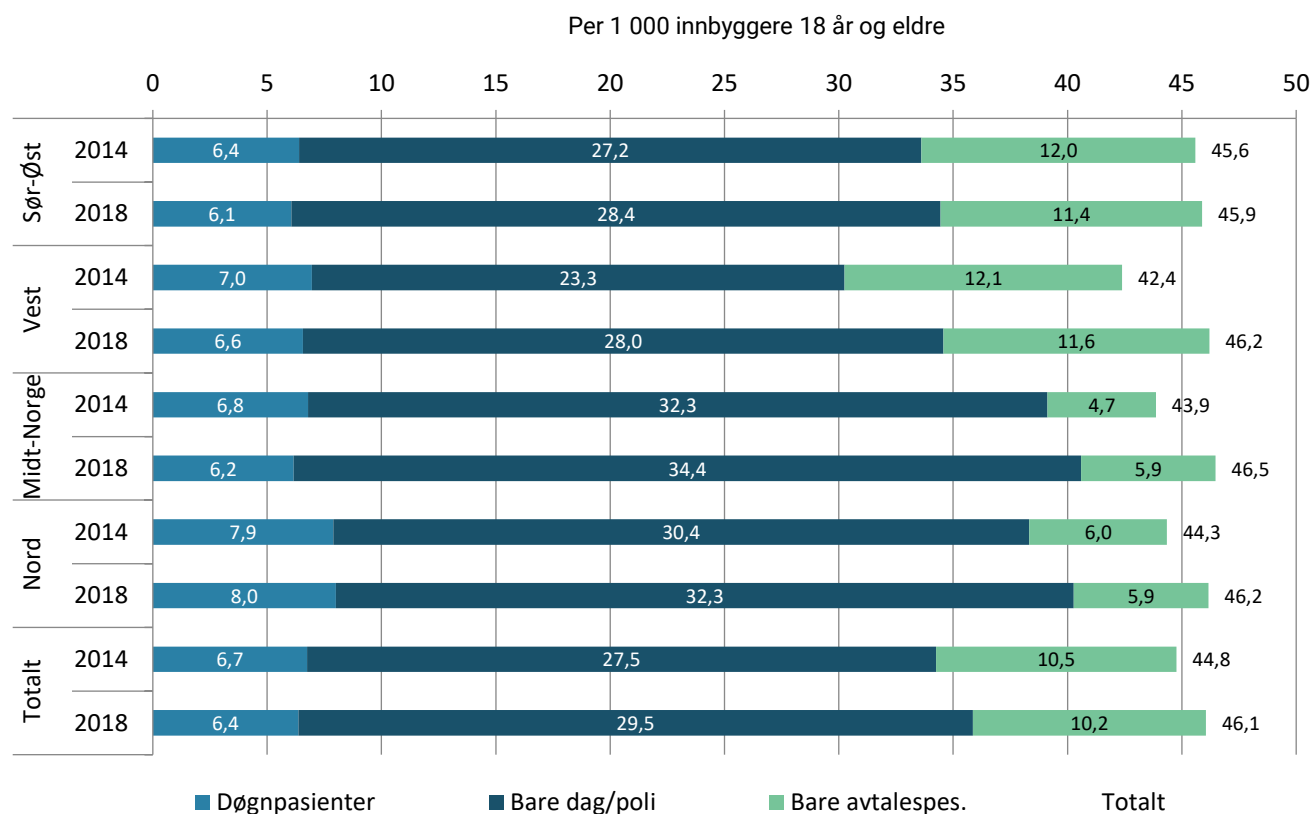
Tallene er svakt underrapportert for 2014 (ca. 94 prosent av aktiviteten). Vi finner gjennomgående det samme mønster begge år. Kvinnene hadde gjennomgående høyere rater enn mennene. Høyest rater finner vi for aldersgruppen 30-49 år.

### 5.3 Utviklingen nasjonalt og regionalt 2014-2018

#### Pasienter

Figur 5-12 viser utviklingen i pasientratene for ulike behandlingsformer nasjonalt og regionalt i 2014 og i 2018, fordelt etter pasientenes bostedsregion. I 2014 var ikke pasientdata for avtalespesialistene komplette. Vi har her benyttet estimerte tall.

Figur 5-12: Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner 2014 og 2018.

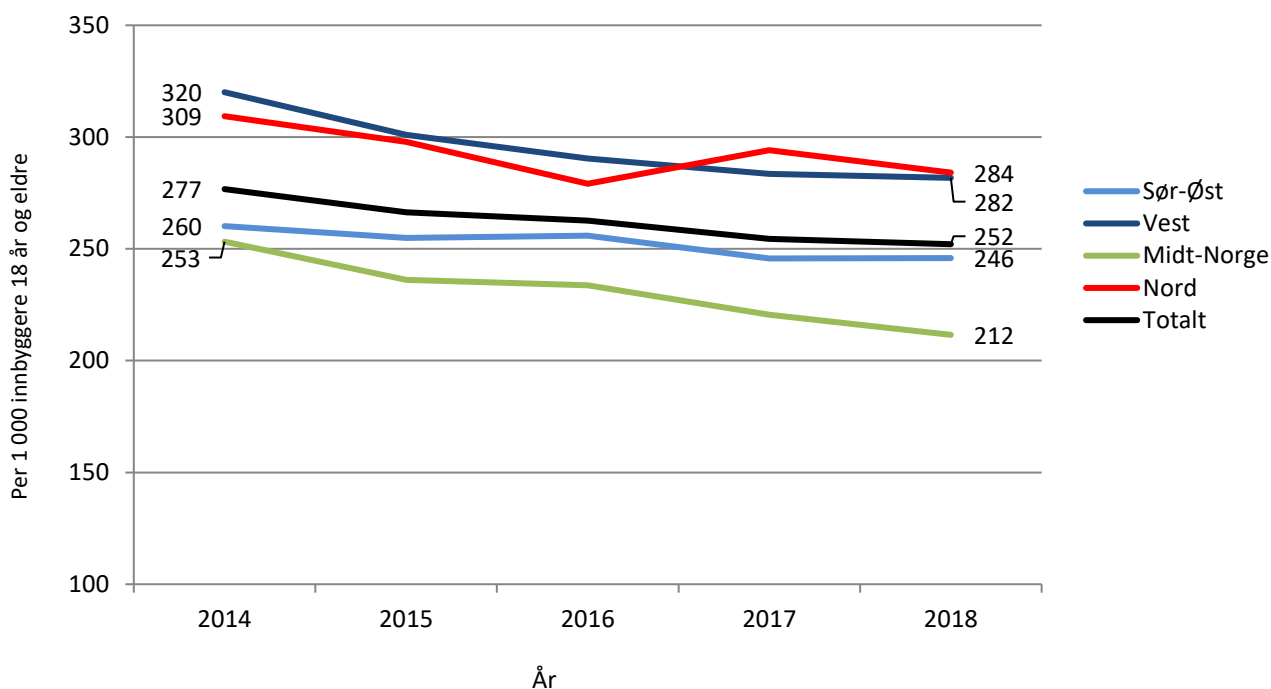


I tre av fire regioner har det vært en nedgang i raten for døgnpasienter. I Helse Nord var raten stabil. I alle regioner var det en økning i pasientraten for poliklinikkene. Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde høyere pasientrate ved poliklinikkene og lavere pasientrate hos avtalespesialistene enn Helse Sør-Øst og Helse Vest. I Helse Sør-Øst og i Helse Vest gikk pasientraten for avtalespesialistene ned. I Helse Midt-Norge økte pasientraten hos avtalespesialistene, mens den holdt seg stabil i Helse Nord. Det er bare ubetydelige forskjeller i samlet pasientrate mellom regionene. Fra 2014 til 2018 var raten stabil i Helse Sør-Øst. I øvrige regioner økte raten.

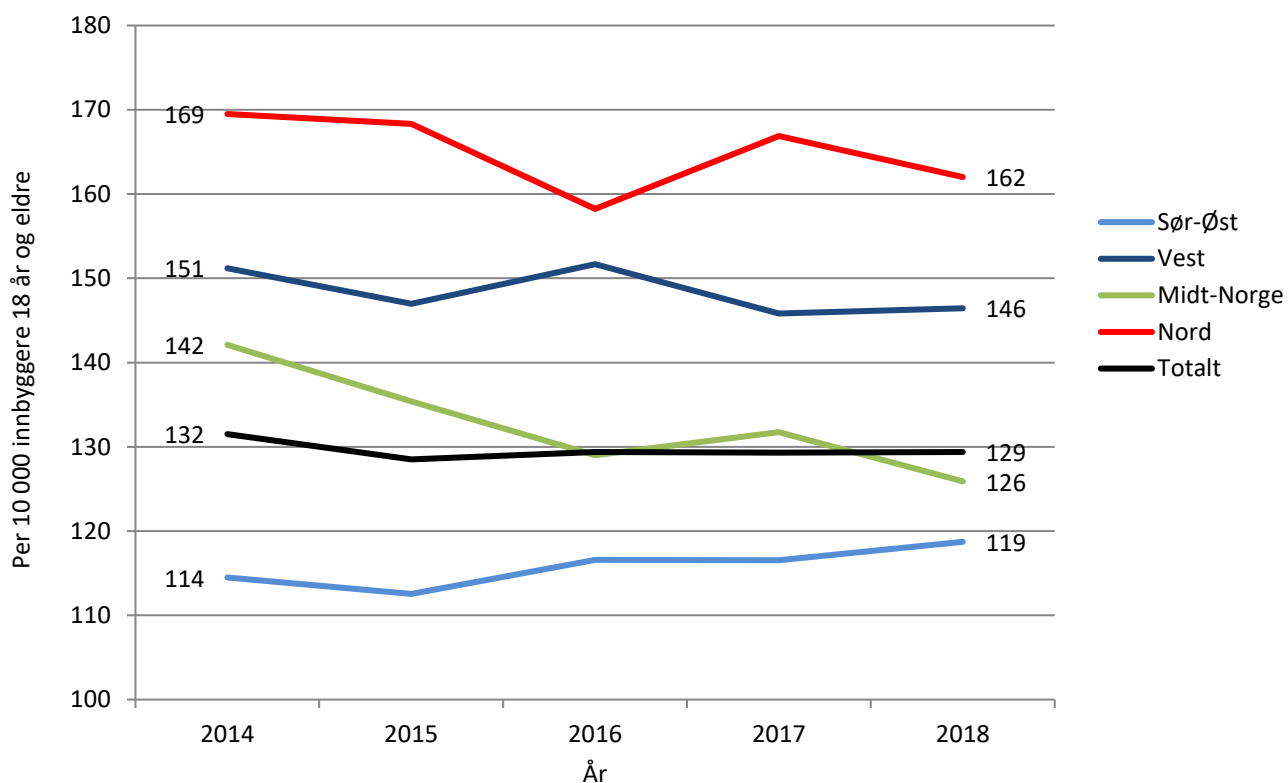
### Døgnbehandling

Figur 5-13 viser utviklingen i raten for oppholdsdøgn fra 2014 til 2018. Figur 5-14 viser den tilsvarende utviklingen for utskrivninger fra institusjon.

Figur 5-13: Oppholds døgn i det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregioner. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 5-14: Utskrivninger fra det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregioner. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



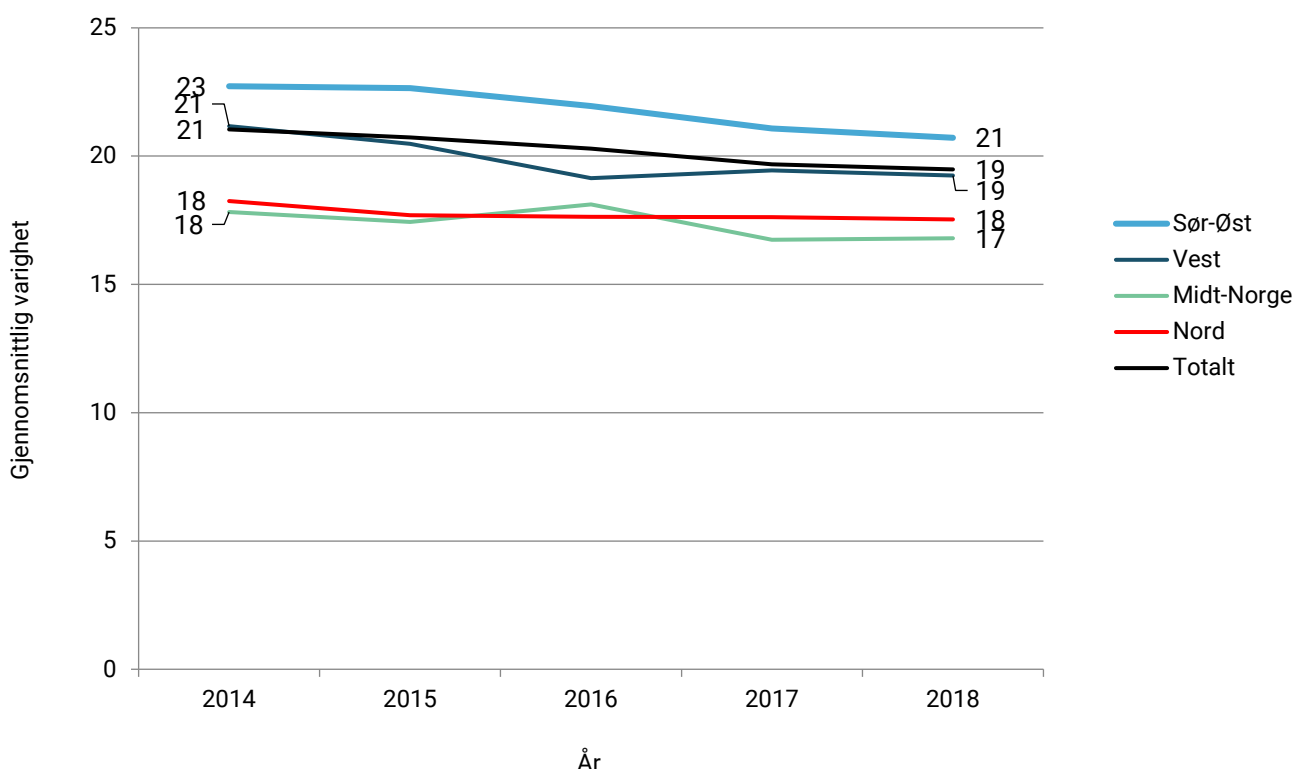
Fra 2014 til 2018 har raten for oppholdsdøgn blitt redusert med 9 prosent. Raten har blitt redusert i alle regionene. Helse Nord og Helse Vest har gjennomgående høyere døgnrate enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

I 2018 sto sykehusene for 58 prosent av oppholdsdøgnene, DPS-ene for 37 prosent, mens andre institusjoner sto for 6 prosent. Andelen oppholdsdøgn ved sykehus var lavere i Helse Vest (52 prosent) enn i de øvrige regionene (57-60 prosent). Helse Vest hadde samtidig den største andelen ved DPS (48 prosent, fulgt av Midt-Norge (43 prosent) og Helse Nord (39). Lavest var andelen i Helse Sør-Øst (30 prosent). Bare i Helse Sør-Øst har andre institusjoner døgnvirksomhet av noe omfang (10 prosent).

På landsbasis var det fra 2014 til 2015 en nedgang i raten for utskrivninger. Raten har siden holdt seg stabil. I tre av fire regioner har det vært en nedgang i utskrivningsraten, størst i Helse Midt-Norge. I Helse Sør-Øst var det en økning i utskrivningsraten.

I 2018 sto sykehusene for 54 prosent av utskrivningene, flest i Helse Sør-Øst (58 prosent) mot 55 prosent i Helse Midt-Norge og 50 prosent i Helse Vest. I Helse Nord var andelen 44 prosent. Helse Nord hadde høyest andel utskrivninger ved DPS (55 prosent), mot 50 prosent i Helse Vest, 45 prosent i Helse Midt-Norge og 41 prosent i Helse Sør-Øst. Andre institusjoner sto for 1 prosent av utskrivningene.

Figur 5-15: Gjennomsnittlig varighet av institusjonsopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregioner 2014-2018.

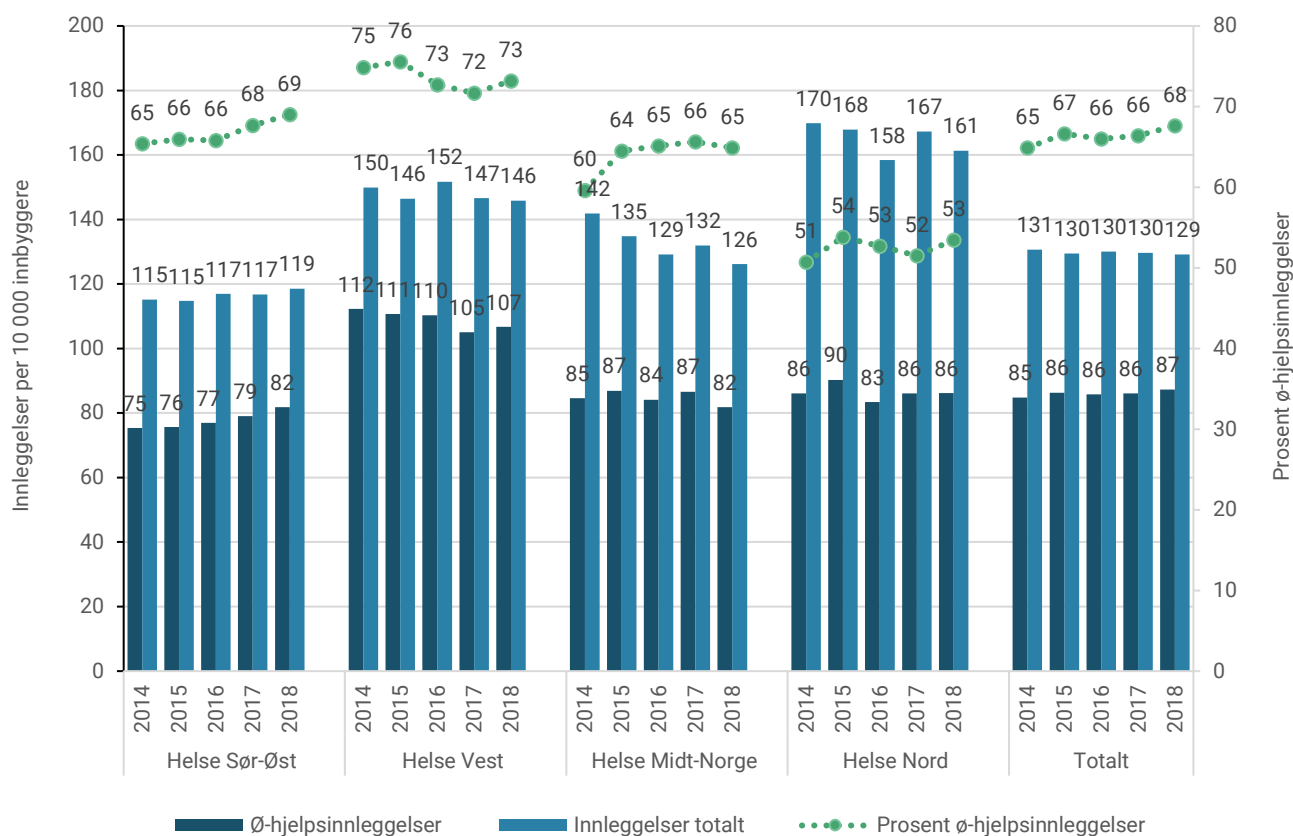


Fra 2014 til 2018 ble den gjennomsnittlige varigheten av oppholdene redusert med to døgn eller med 7 prosent. Nedgangen var størst i Helse-Sør-Øst og Helse Vest (9 prosent). Minst i Helse Nord (4 prosent). I Helse Midt-Norge var nedgangen 4 prosent. Gjennomsnittlig varighet var gjennomgående lengre i Helse Sør-Øst. Kortest varighet fant vi i Helse Midt-Norge og i Helse Nord.

## Øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Redusert varighet av oppholdene ved institusjonene vil kunne føre til økt antall og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser, her definert ved hastegrad innen 24 timer. Figur 5-16 viser raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser, innleggelser totalt og andel øyeblikkelig hjelp.

Figur 5-16: Øyeblikkelig hjelp-innleggelser i det psykiske helsevernet for voksne. Ande øyeblikkelig hjelp-innleggelser og rate øyeblikkelig hjelp-innleggelser og innleggelser totalt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner 2014-2018.



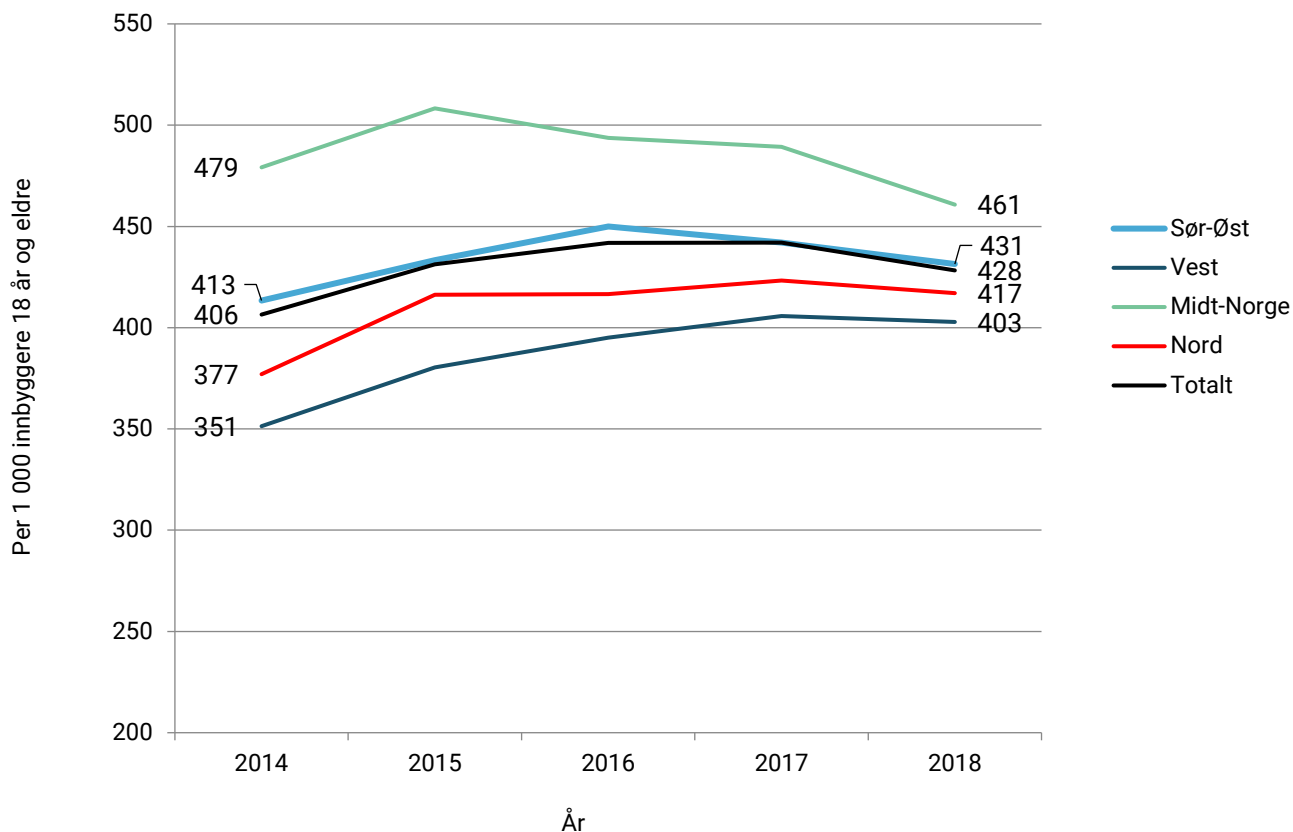
Fra 2014 til 2018 økte øyeblikkelig hjelp-raten fra 85 til 87, eller med 3 prosent. Innleggelsesraten totalt holdt seg i samme periode stabil (1 prosent nedgang). Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser har dermed økt med 3 prosentpoeng, fra 65 til 68. Helse Vest hadde gjennom hele perioden en høyere øyeblikkelig hjelp-rate enn de øvrige regionene, mens Helse Sør-Øst hadde en lavere rate. Helse Midt-Norge og Helse Nord har ligget nær landsgjennomsnittet. På grunn av høyere innleggelsesrate totalt har Helse Nord en vesentlig lavere andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser enn de øvrige regionene.

I 2018 gikk 67 prosent av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene til sykehusene og 33 prosent til DPS-ene. Det var ingen øyeblikkelige hjelp-innleggelser ved andre institusjoner. Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser som gikk til DPS var høyere i Nord (41 prosent), mot 38 prosent i Vest, 30 prosent i Sør-Øst og 28 prosent i Midt-Norge. 84 prosent av sykehusinnleggelsene var som øyeblikkelig hjelp. Ved DPS-ene var andelen 49 prosent.

## Poliklinisk virksomhet

Figur 5-17 viser rater for polikliniske kontakter totalt for perioden 2014 til 2018

Figur 5-17: Polikliniske kontakter totalt i det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregioner. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



I perioden økte raten på landsbasis med 5 prosent. Det er en nedgang på 3 prosent fra 2017 til 2018. Helse Midt-Norge hadde gjennom hele perioden den høyeste raten, men raten avtar gjennom perioden. I øvrige regioner gikk raten opp. Helse Vest har den laveste raten.

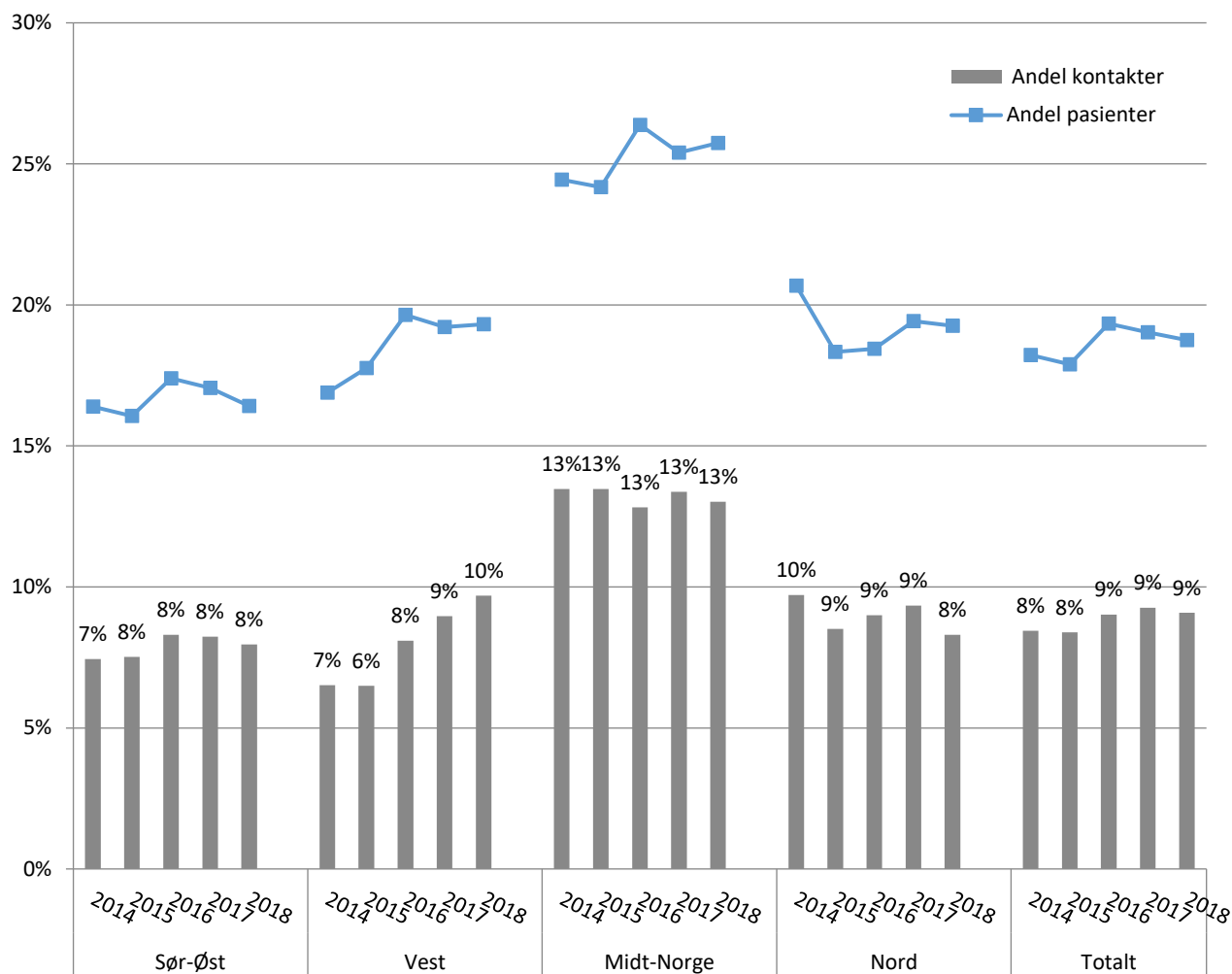
Aktiviteten ved poliklinikkene må sees i sammenheng med aktiviteten hos avtalespesialistene. Som vi skal se påvirker dette den relative fordelingen.

Det meste av den polikliniske aktiviteten, 86 prosent, ble i 2018 utført ved DPS-ene. Andelen var høyere i Helse Nord (95 prosent) enn i de øvrige regionene (84-88 prosent).

## Ambulant behandling

Det er en målsetting å øke omfanget av ambulante tjenester. Figur 5-18 viser hvilken andel av de polikliniske pasientene og dagpasientene som har mottatt ambulante tjenester, og hvilken andel polikliniske kontakter utgjør av kontaktene totalt. Tallene er brutt ned på bostedsregioner.

Figur 5-18: Andel ambulante kontakter og andel pasienter som har mottatt ambulante tjenester i det psykiske helsevernet for voksne. Bostedsregioner 2014-2018.

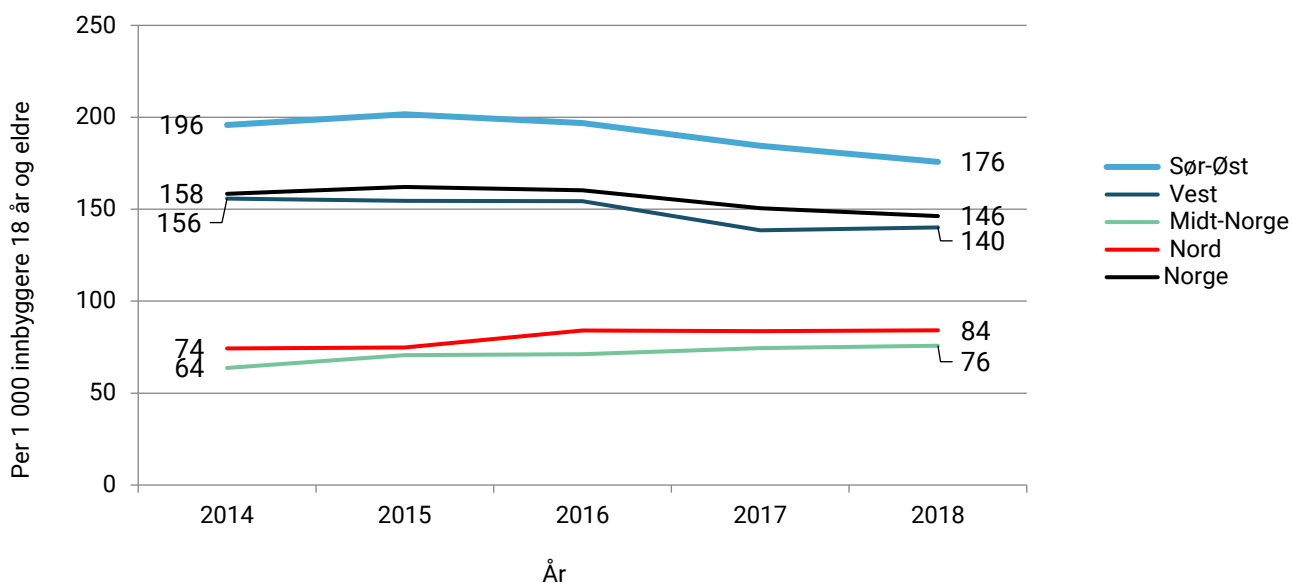


I 2018 mottok 19 prosent av pasientene ambulante tjenester. I de fleste tilfeller var antall ambulante kontakter pasientene mottok lavt: 25 prosent av pasientene mottok bare en ambulant kontakt, halvparten 2 eller færre, mens 25 prosent mottok 5 eller flere. De ambulante kontaktene utgjorde 8-9 prosent av kontaktene totalt. Andel pasienter og andel kontakter har holdt seg relativt stabilt på landsbasis og i 3 av 4 regioner. I Helse Vest økte andelen. Midt-Norge hadde gjennom hele perioden både en høyere andel ambulante pasienter og en høyere andel ambulante kontakter enn de øvrige regionene.

### Avtalespesialister

Figur 5-19 viser rater for antall konsultasjoner hos avtalespesialistene for pasienter 18 år og eldre. For 2014 og 2015 er ikke pasientdata for avtalespesialistene komplette. For disse årene benyttes derfor estimerte tall.

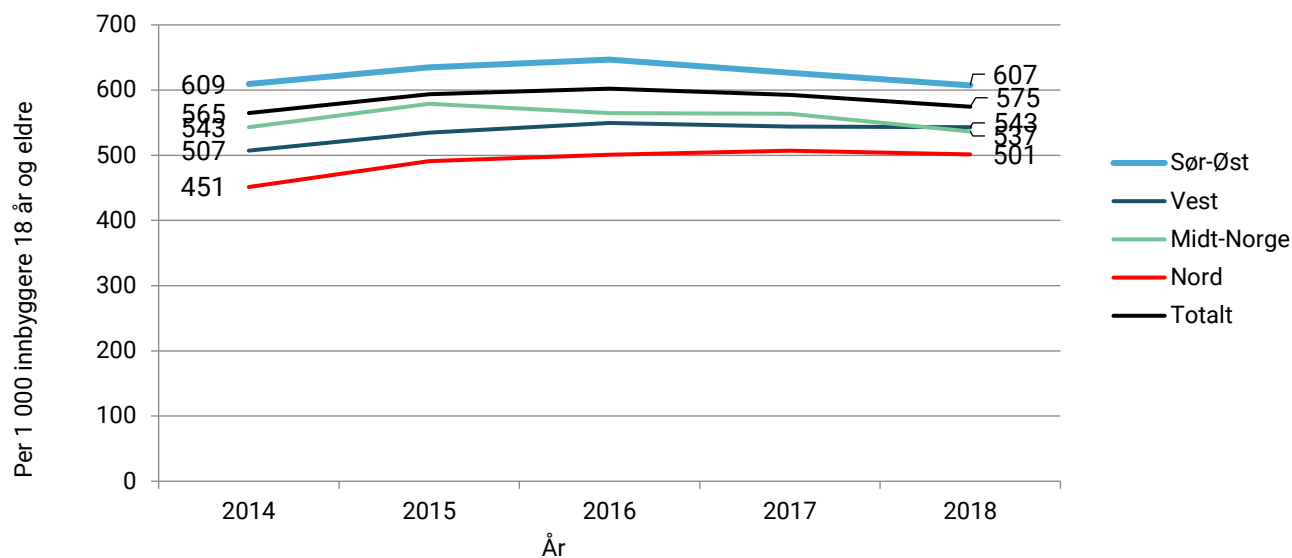
Figur 5-19: Konsultasjoner hos avtalespesialistene for pasienter 18 år og eldre. Bostedsregioner. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



Fra 2014 til 2018 gikk konsultasjonsraten hos avtalespesialistene ned med 8 prosent. Helse Sør-Øst hadde en vesentlig høyere rate enn de øvrige regionene, mens Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde en vesentlig lavere rate enn de øvrige regionene. Helse Vest lå nær landsgjennomsnittet. Nedgangen i konsultasjonsraten har særlig kommet i Helse Sør-Øst og i Helse Vest. For Helse Nord og Helse Midt-Norge har det vært en svak økning.

Aktiviteten ved poliklinikkene må sees i sammenheng med aktiviteten hos avtalespesialistene. Figur 5-20 viser det samlede tilbudet når poliklinikker og avtalespesialister sees under ett. For avtalespesialistenes del bruker vi igjen estimerte tall for 2014 og 2015.

Figur 5-20: Polikliniske kontakter og konsultasjoner hos avtalespesialistene for pasienter 18 år og eldre. Bostedsregioner. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



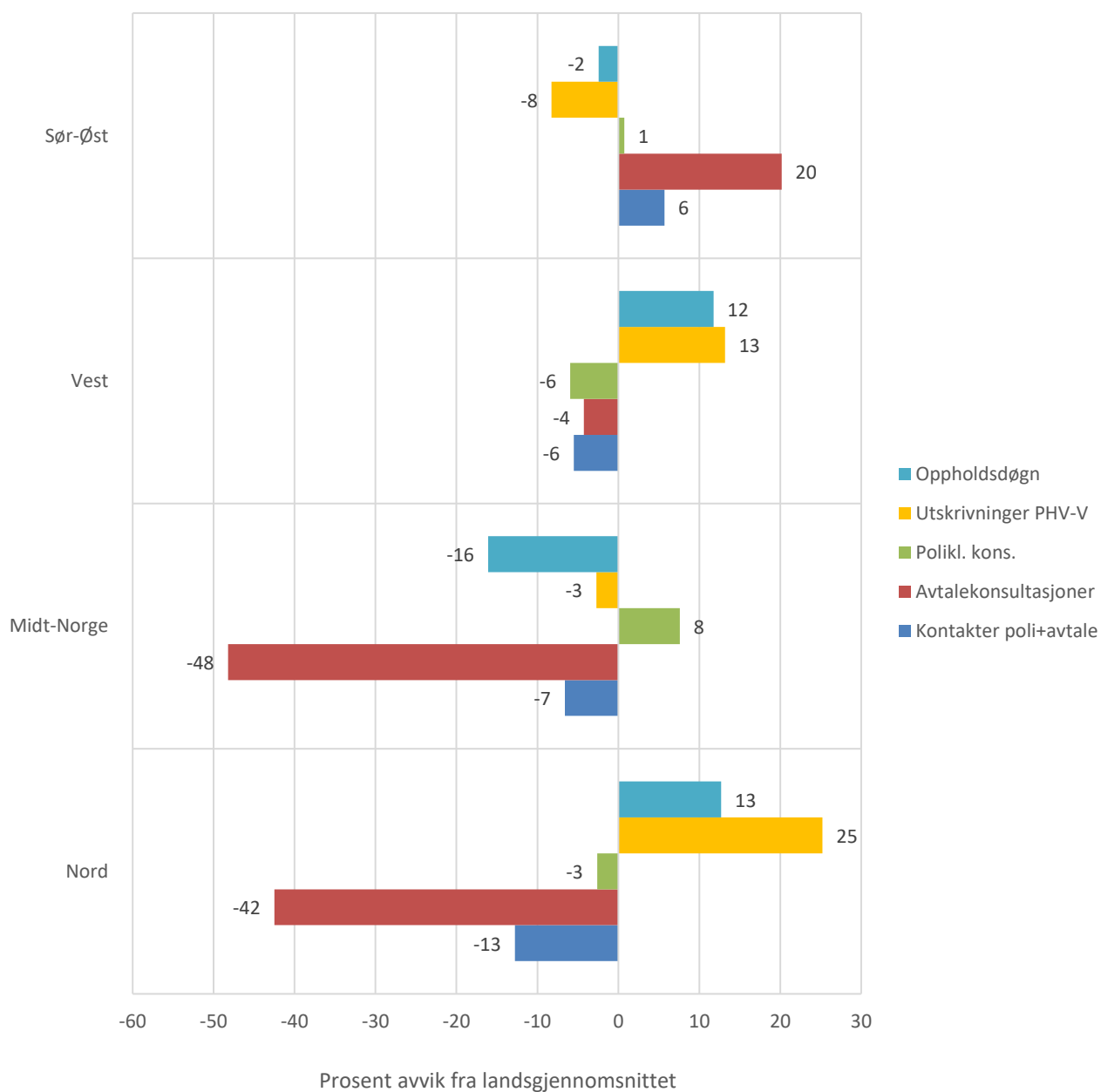


Når kontakter ved poliklinikker og avtalespesialister sees under ett, var det på landsbasis en økning fra 2014 til 2016. Siden har raten gått ned. Nedgangen i siste del har særlig kommet i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst hadde likevel den høyeste raten gjennom hele perioden. Lavest rate var det i Helse Nord.

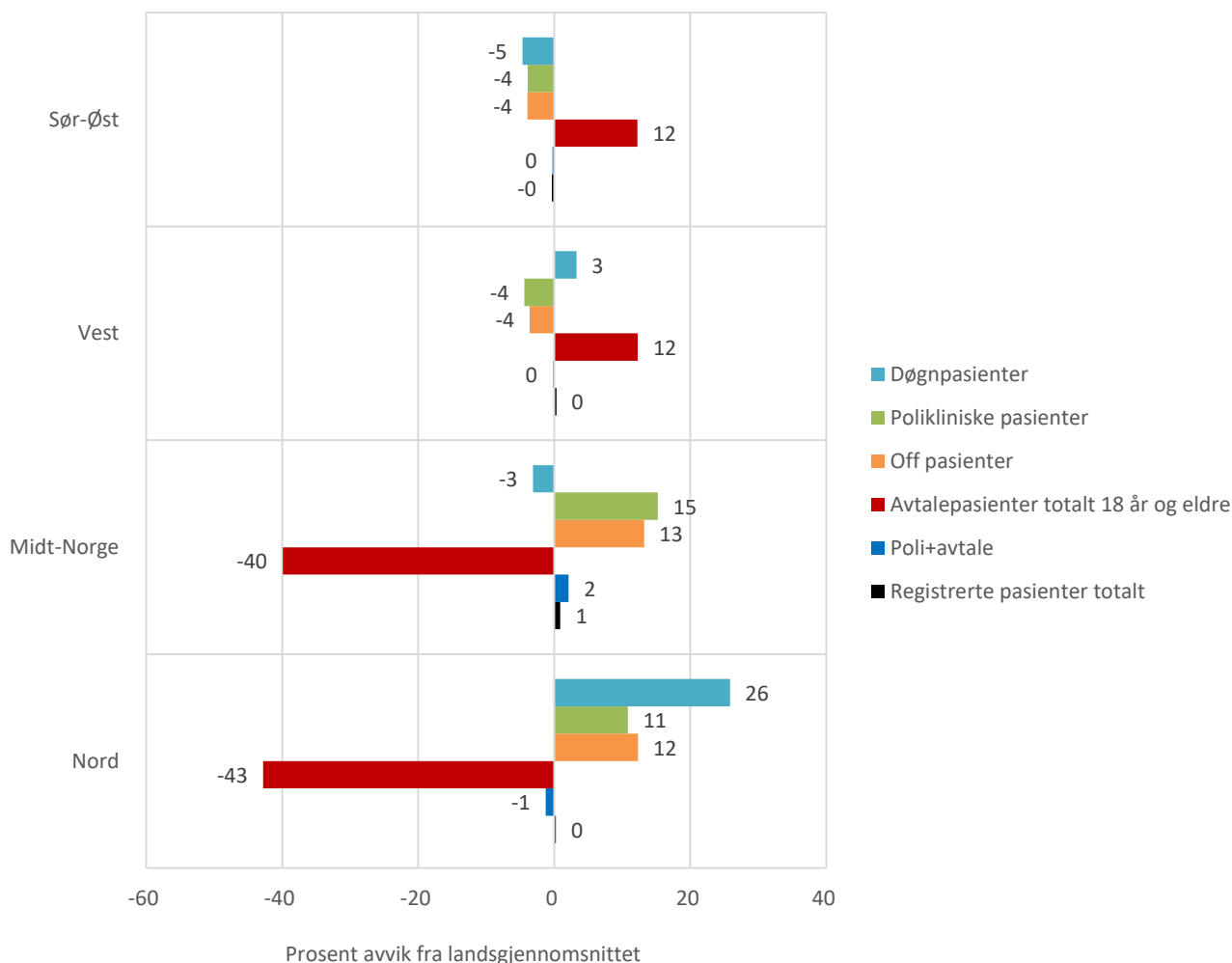
### Behandlingsprofiler

Helseregionene har fortsatt ulik vektlegging av ulike typer tjenester. Dette er illustrert i figur 5-21, som viser behandlingsrater for ulike tjenester målt som prosent avvik fra landsgjennomsnittet i 2018. Figur 5-22 viser tilsvarende tall for pasientratene for ulike tjenester.

Figur 5-21: Behandlingsprofiler i det psykiske helsevernet for voksne. Rate for ulike tjenester målt som prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Bostedsregioner 2018.



Figur 5-22: Pasientprofiler i det psykiske helsevernet for voksne. Rate for ulike tjenester målt som prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Bostedsregioner 2018.



Helse Sør-Øst hadde rate for oppholdsdøgn like under landsgjennomsnittet, men utskrivningsraten lå betydelig under snittet. Dette innebærer at regionen hadde få, men relativt lange opphold. Aktiviteten ved poliklinikkene ligger også på landsgjennomsnittet, mens aktiviteten hos avtalespesialistene er vesentlig høyere enn i de øvrige regionene. Sees aktivitet ved poliklinikker og avtalespesialister under ett, har regionen den høyeste raten i landet. Regionen har noe færre døgnpasienter og polikliniske pasienter enn på landsbasis, men langt flere pasienter hos avtalespesialistene. Avviket her er imidlertid lavere enn for konsultasjonstallene. Dette innebærer at avtalespesialistene gjennomgående har flere konsultasjoner per pasient enn ellers i landet. Det som kjennetegner regionen blir dermed høy aktivitet hos avtalespesialistene.

Helse Vest hadde sammen med Helse Nord den høyeste døgnraten. Regionen har også flere utskrivninger enn på landsbasis. Regionen hadde samtidig færre kontakter ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene enn på landsbasis. Regionen hadde rate for døgnpasienter noe over og rate for polikliniske pasienter noe under landsgjennomsnittet. Regionen hadde sammen med Sør-Øst den høyeste raten for avtalepasienter. Ettersom raten for avtalekonsultasjoner samtidig lå under

landsgjennomsnittet innebærer dette færre avtalekonsultasjoner per pasient enn det vi fant for Helse Sør-Øst. Helse Vest har fortsatt en klar "døgnprofil" på tjenestene, og lav aktivitet ved poliklinikkene.

Helse Midt-Norge hadde den laveste raten for oppholdsdøgn og den høyeste raten for polikliniske kontakter i landet. Regionen hadde den laveste aktiviteten i landet for avtalespesialistene. Høy aktivitet ved poliklinikkene kompenserte bare delvis for dette. Regionen hadde den høyeste raten for polikliniske pasienter, og etter Helse Nord færrest pasienter hos avtalespesialistene. Helse Midt-Norge hadde dermed en "poliklinisk" profil med lav aktivitet ved døgnavdelingene og høy aktivitet ved poliklinikkene

Helse Nord hadde sammen med Helse Vest den høyeste raten for oppholdsdøgn og hadde samtidig den klart høyeste raten for utskrivninger. Dette innebærer at regionen hadde mange, men korte opphold ved institusjonene. Regionen hadde langt flere døgnpasienter enn de øvrige regionene. Regionen hadde en kontaktrate for poliklinikkene like under landsgjennomsnittet, men likevel en rate for polikliniske pasienter klart over landsgjennomsnittet. Dette innebærer færre kontakter per pasient enn på landsbasis. Regionen hadde lave rater for konsultasjoner og pasienter hos avtalepasientene. For poliklinikker og avtalespesialister samlet får vi dermed den laveste kontaktraten på landsbasis. Helse Nord har fortsatt en klar døgnprofil på tjenestetilbudet.

Regionene har ulik fordeling av pasienter mellom ulike tjenester. Sees tjenestene under ett ligger samlet pasientrate i samtlige regioner på landsgjennomsnittet (+/- 1 prosent).

### **Datagrunnlaget**

Dataene i dette notatet bygger på pasientdata for det psykiske helsevernet for voksne, innsendt fra helseforetak og private institusjoner. For to mindre institusjoner (CRUX Bergfløtt behandlingssenter og Furukollen psykiatriske senter) er data for 2018 mangelfulle. Vi har her i stedet benyttet data for 2017. Dette påvirker i liten grad resultatene.

I pasientdataene har hver pasient et unikt (avidentifisert) nummer, slik at det er mulig å følge pasientene på tvers av ulike institusjoner og behandlingsformer. Det er dermed mulig å identifisere antall individer som har mottatt behandling. Pasienter benytter i varierende grad tjenester utenfor eget bostedsområde. Ved beregning av indikatorer for bruk av tjenester tar vi derfor utgangspunkt i pasientens bosted, ikke behandlingssted.

En oversikt over bostedsområdene finnes på nettsidene. For poliklinikkene har vi tidligere benyttet "refusjonsberettigede konsultasjoner" som indikator, dvs. konsultasjoner som utløste refusjon fra Helfo. Etter omlegging av finansieringssystemet for poliklinikkene kan denne indikatoren ikke lenger benyttes. Vi ser derfor i stedet på alle innrapporterte polikliniske kontakter.

For avtalespesialistene var ikke pasientdata komplette de første årene. Det er estimert at den innrapporterte aktiviteten dekket 94 prosent av aktiviteten i 2014 og 97 prosent av aktiviteten i 2015. For disse årene benytter vi i noen sammenhenger estimerte tall.

# 6. Døgnplasser og poliklinisk/ambulant personell i det psykiske helsevernet for voksne

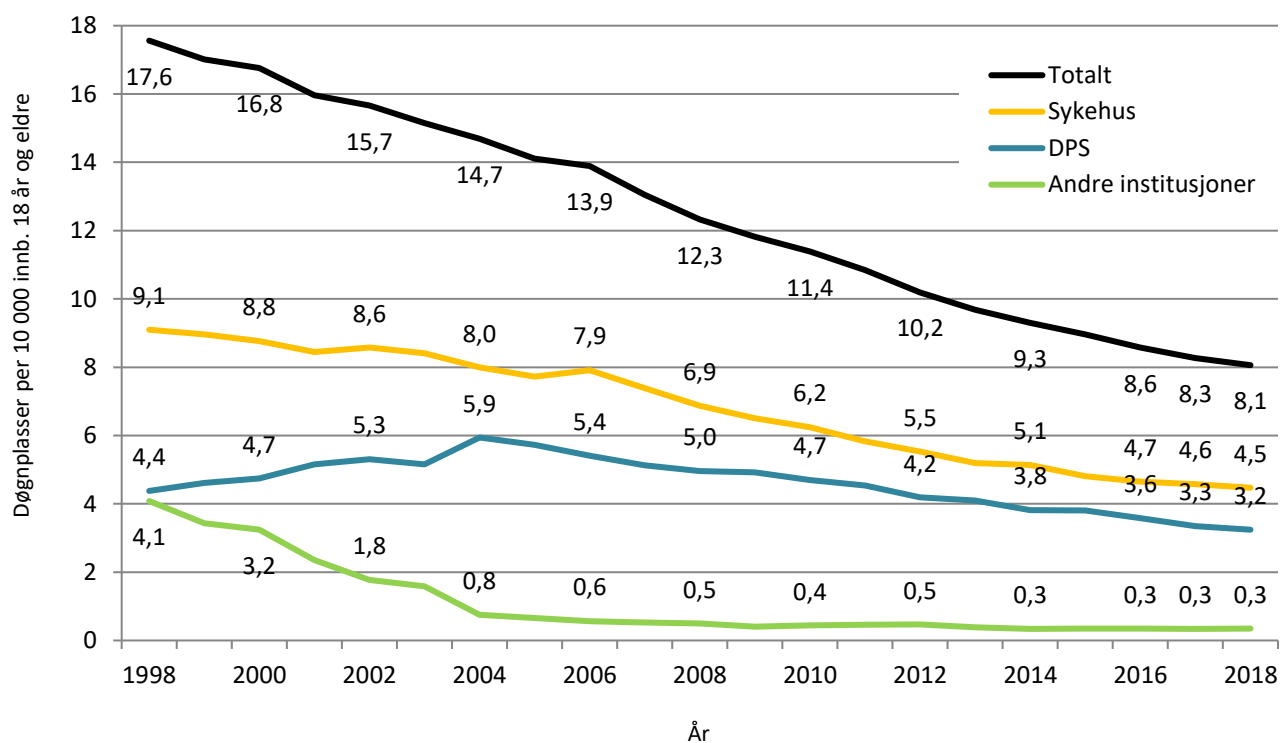
Vi vil i dette kapitlet se på to indikatorer for ressursinnsats i det psykiske helsevernet for voksne, omfanget av tilgjengelige døgnplasser og personellinnsats i poliklinisk og ambulant virksomhet.

## 6.1 Døgnplasser

### Utviklingen nasjonalt 1998-2018

Figur 6-1 viser utviklingen i raten for døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne over 20-årsperioden 1998-2018, fordelt på ulike typer institusjoner. Datagrunnlaget er samlet inn av Statistisk sentralbyrå.

Figur 6-1: Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne etter institusjonstype. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 1998-2018.



Fra 1998 til 2018 har antall døgnplasser blitt redusert fra 5 980 til 3 390. Korrigert for befolkningsvekst gir dette en reduksjon på 54 prosent. Sykehusene har hatt en jevn nedgang gjennom hele perioden, og

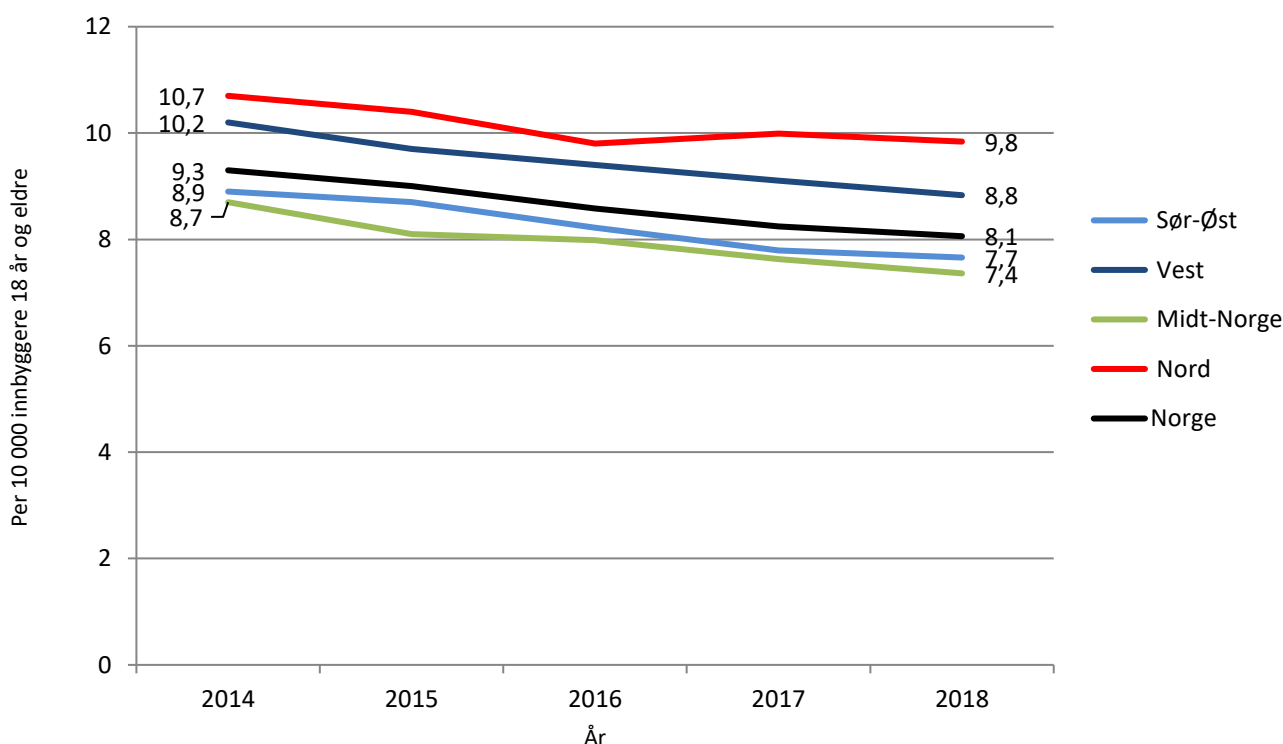
raten har her blitt redusert med 51 prosent. I perioden 1998 til 2004 ble de fleste institusjoner i gruppen "andre institusjoner" (hovedsakelig sykehjem) enten avviklet eller omdannet til avdelinger under et DPS. For 20-årsperioden som helhet er nedgangen 92 prosent. Døgnavdelingene ved DPS ble bygget ut i perioden fram til 2004. En har siden hatt en jevn nedgang i raten for DPS-ene, og raten var i 2018 26 prosent lavere enn tjué år tidligere. Siden 2004 har den relative fordelingen holdt seg stabil mellom ulike institusjonstyper, med 54 til 57 prosent ved sykehusene, 39 til 42 prosent ved DPS-ene og 4-5 prosent ved "andre institusjoner".

Brukerstyrte plasser er en ordning der brukeren selv kan legge seg inn uten å gå veien om fastlege. Ordningen er først og fremst ment for pasienter som har hatt behov for gjentatte innleggelse. Det kan da opprettes kontrakt mellom pasienten og behandlingsstedet om at pasienten kan bruke dette tilbudet. I 2018 rapporterte 46 DPS, 5 sykehus og 1 annen institusjon, totalt 52 institusjoner at de hadde en slik ordning.

### Utvikling nasjonalt og regionalt fra 2014 til 2018

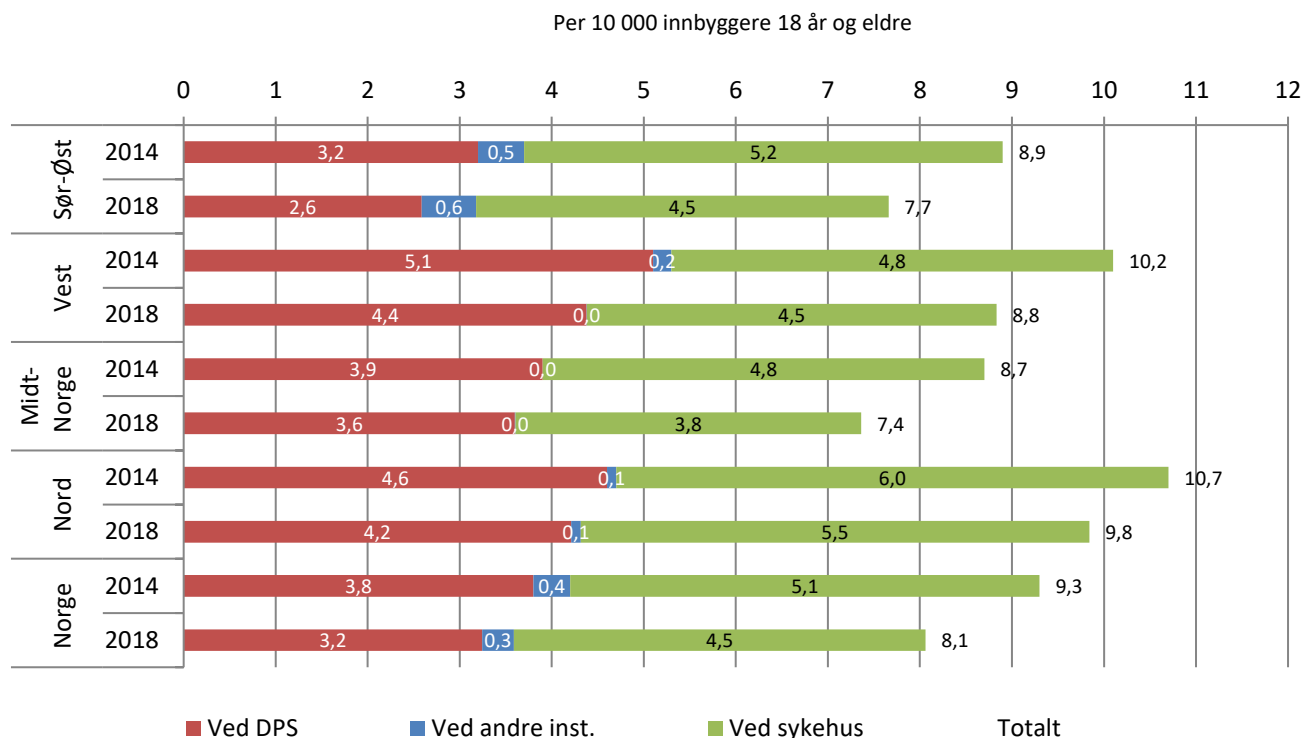
Figur 6-2 viser befolkningsbaserte rater for døgnplasser over perioden 2014 til 2018. Figur 6-3 viser fordelingen av døgnplasser mellom ulike institusjonstyper i 2014 og i 2018. Fordelingen mellom regionene tar utgangspunkt i pasientenes bosted<sup>5</sup>.

Figur 6-2 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner 2014-2018.



<sup>5</sup> For hver institusjon fordeles døgnplassene forholdsvis på bostedsområder ut i fra andel oppholdsdøgn pasienter fra ulike områder har hatt av oppholdsdøgnene totalt ved institusjonen.

Figur 6-3 Døgnplasser etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner 2014 og 2018.



Samlet sett hadde Helse Nord og Helse Vest gjennomgående noe høyere rater enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Fra 2014 til 2018 gikk raten på landsbasis ned med 13 prosent. Nedgangen var minst i Helse Nord (8 prosent) mot 13-15 prosent i de øvrige regionene.

I 2018 var 40 prosent av døgnplassene ved DPS, 4 prosent ved "andre institusjoner" og 55 prosent ved sykehusene. Helse Sør-Øst hadde i 2018 en betydelig lavere rate og andel døgnplasser ved DPS enn de øvrige regionene (34 prosent av plassene). Helse Sør-Øst var eneste region der innslaget av døgnplasser ved "andre institusjoner" var av noe omfang (8 prosent). Helse Vest hadde den høyeste raten og andel døgnplasser ved DPS-ene (50 prosent av plassene). Helse Sør-Øst (59 prosent) og Helse Nord (55 prosent) hadde høyere andel plasser ved sykehus enn Helse Vest (50 prosent) og Helse Midt-Norge (51 prosent). Tall for de enkelte foretaksområdene finnes på Helsedirektoratets hjemmesider.

## 6.2 Poliklinisk og ambulant personell

Det er en målsetting å vri virksomheten i det psykiske helsevernet fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant tjenester. Vi vil i dette avsnittet gi en oversikt over utviklingen i personellinnsats i poliklinisk og ambulant virksomhet fra 2008 til 2018. Tallene for 2008 er samlet inn av SSB. For øvrige år er tallene samlet inn av Helsedirektoratet.

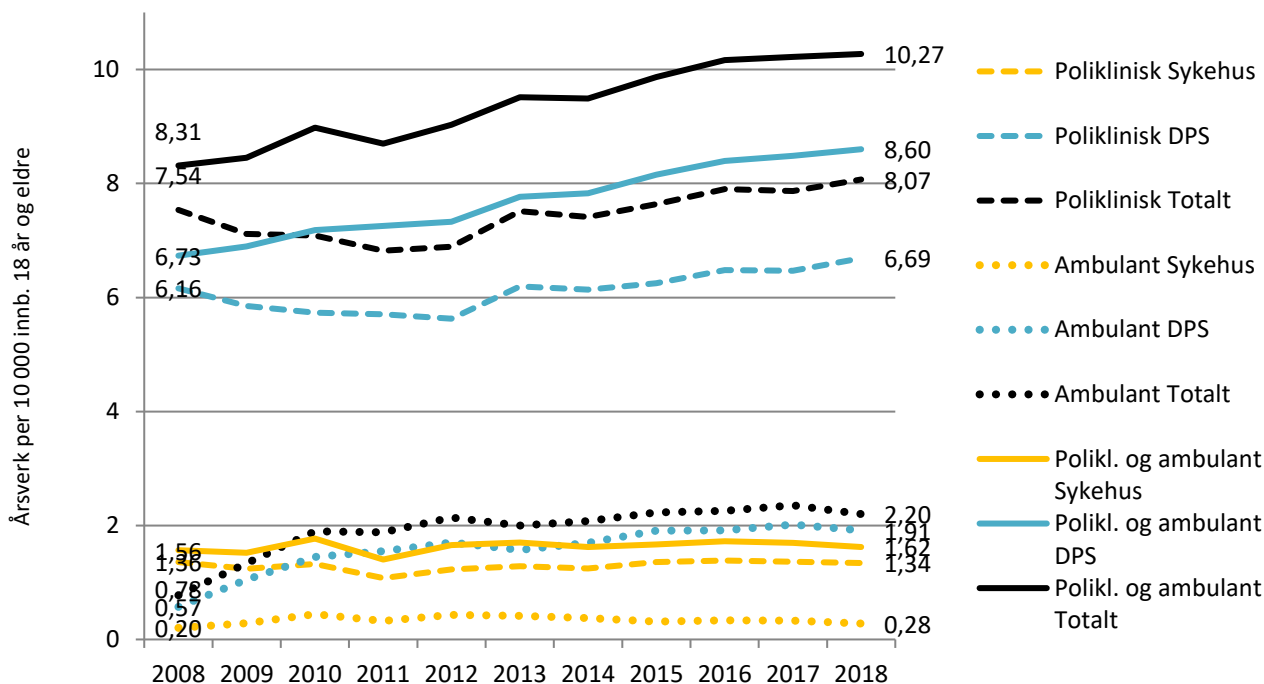
### Utviklingen nasjonalt 2008-2017

Tabell 6-1 viser utviklingen i årsverk over perioden 2008 til 2018. I figur 6-4 er tallene fremstilt som rater i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre.

Tabell 6-1: Årsverk i poliklinisk og ambulanspersonell i det psykiske helsevernet for voksne 2008-2018.

|                         |         | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  |
|-------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Poliklinisk             | Sykehus | 503   | 464   | 505   | 417   | 482   | 512   | 504   | 555   | 571   | 568   | 565   |
|                         | DPS     | 2 277 | 2 193 | 2 181 | 2 206 | 2 211 | 2 467 | 2 479 | 2 553 | 2 675 | 2 695 | 2 813 |
|                         | Andre   | 6     | 10    | 11    | 15    | 13    | 14    | 13    | 13    | 15    | 16    | 17    |
|                         | Totalt  | 2 786 | 2 668 | 2 697 | 2 638 | 2 706 | 2 993 | 2 995 | 3 121 | 3 262 | 3 279 | 3 394 |
| Ambulant                | Sykehus | 75    | 107   | 169   | 126   | 169   | 166   | 152   | 127   | 140   | 138   | 118   |
|                         | DPS     | 211   | 393   | 552   | 600   | 667   | 627   | 684   | 780   | 789   | 840   | 805   |
|                         | Andre   | 0     | 1     | 1     | 1     | 5     | 3     | 4     | 4     | 3     | 3     | 4     |
|                         | Totalt  | 287   | 500   | 721   | 727   | 841   | 796   | 840   | 911   | 932   | 981   | 927   |
| Poliklinisk og ambulans | Sykehus | 578   | 571   | 674   | 542   | 651   | 679   | 656   | 682   | 711   | 706   | 683   |
|                         | DPS     | 2 489 | 2 586 | 2 733 | 2 806 | 2 878 | 3 093 | 3 163 | 3 333 | 3 464 | 3 534 | 3 617 |
|                         | Andre   | 6     | 11    | 12    | 16    | 18    | 17    | 17    | 17    | 19    | 19    | 20    |
|                         | Totalt  | 3 073 | 3 168 | 3 418 | 3 365 | 3 546 | 3 789 | 3 835 | 4 032 | 4 194 | 4 260 | 4 320 |

Figur 6-4 Årsverk i poliklinisk og ambulanspersonell i det psykiske helsevernet for voksne 2008-2018.



Fra 2008 til 2016 var det en ikke ubetydelig vekst i den polikliniske og ambulante personellinnsatsen i det psykiske helsevernet for voksne. Fra 2008 til 2016 økte antall årsverk fra 3 073 til 4 194. Korrigert for befolkningsvekst (18 år og eldre) ga dette en økning på 24 prosent i denne perioden. Veksten kom særlig i den ambulante virksomheten. Fra 2016 til 2018 økte personellinnsatsen fra 4 194 til 4 320 årsverk. Korrigert for befolkningsvekst var økningen på 1,1 prosent. Siste år var økningen 0,5 prosent. De siste to årene har altså økningen i personellinnsatsen langt på vei stoppet opp.

## Personellsammensetning

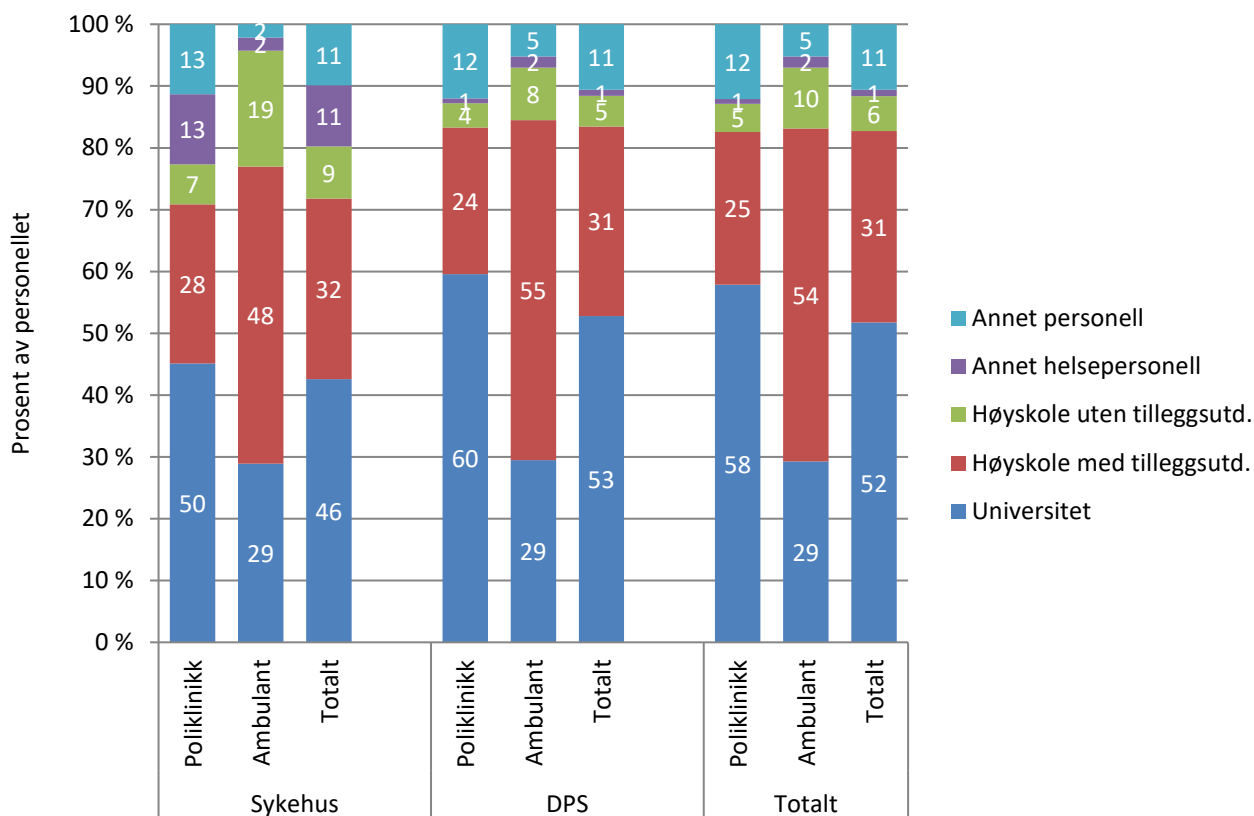
Tabell 6-2 viser personellfordelingen etter utdanningsgruppe og institusjonstype i poliklinisk og i ambulant virksomhet. Figur 6-5 viser fordelingen grafisk for noen hovedgrupper.

Tabell 6-2: Årsverk etter utdanning og institusjonstype i poliklinisk og ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for voksne 2018.

|                                       | Poliklinikk |         | Ambulant |         | Totalt |         |
|---------------------------------------|-------------|---------|----------|---------|--------|---------|
|                                       | Antall      | Prosent | Antall   | Prosent | Antall | Prosent |
| <b>Sykehus</b>                        |             |         |          |         |        |         |
| Psykiatere                            | 76          | 13      | 9        | 8       | 85     | 12      |
| Spesialist i rusmedisin               | 1           | 0       | 0        | 0       | 1      | 0       |
| Andre leger                           | 38          | 7       | 5        | 5       | 44     | 6       |
| Klin. psykologer                      | 90          | 16      | 6        | 5       | 96     | 14      |
| Andre psykologer                      | 76          | 13      | 14       | 12      | 90     | 13      |
| Syke- og vernepl. m tilleggsutd.      | 114         | 20      | 46       | 39      | 160    | 23      |
| Andre syke- og vernepleiere           | 25          | 5       | 14       | 12      | 40     | 6       |
| Annet høyskolepers. med tilleggsutd.  | 47          | 8       | 11       | 9       | 57     | 8       |
| Annet høyskolepers. uten tilleggsutd. | 15          | 3       | 8        | 7       | 23     | 3       |
| Annet helsepersonell                  | 11          | 2       | 3        | 3       | 14     | 2       |
| Annet personell                       | 71          | 13      | 3        | 2       | 73     | 11      |
| Personell totalt                      | 565         | 100     | 118      | 100     | 683    | 100     |
| <b>DPS</b>                            |             |         |          |         |        |         |
| Psykiatere                            | 352         | 13      | 78       | 10      | 431    | 12      |
| Spesialist i rusmedisin               | 13          | 0       | 1        | 0       | 14     | 0       |
| Andre leger                           | 163         | 6       | 17       | 2       | 180    | 5       |
| Klin. psykologer                      | 589         | 21      | 61       | 8       | 650    | 18      |
| Andre psykologer                      | 559         | 20      | 79       | 10      | 638    | 18      |
| Syke- og vernepl. m tilleggsutd.      | 458         | 16      | 359      | 45      | 816    | 23      |
| Andre syke- og vernepleiere           | 42          | 1       | 35       | 4       | 77     | 2       |
| hoym                                  | 214         | 8       | 82       | 10      | 296    | 8       |
| Annet høyskolepers. med tilleggsutd.  | 70          | 2       | 33       | 4       | 103    | 3       |
| Annet helsepersonell                  | 15          | 1       | 14       | 2       | 29     | 1       |
| Annet personell                       | 338         | 12      | 46       | 6       | 384    | 11      |
| Personell totalt                      | 2 813       | 100     | 805      | 100     | 3 617  | 100     |
| <b>Totalt</b>                         |             |         |          |         |        |         |
| Psykiatere                            | 433         | 13      | 88       | 10      | 521    | 12      |
| Spesialist i rusmedisin               | 14          | 0       | 1        | 0       | 15     | 0       |
| Andre leger                           | 201         | 6       | 22       | 2       | 224    | 5       |
| Klin. psykologer                      | 682         | 20      | 67       | 7       | 748    | 17      |
| Andre psykologer                      | 635         | 19      | 93       | 10      | 728    | 17      |
| Syke- og vernepl. m tilleggsutd.      | 574         | 17      | 405      | 44      | 980    | 23      |
| Andre syke- og vernepleiere           | 70          | 2       | 50       | 5       | 120    | 3       |
| Annet høyskolepers. med tilleggsutd.  | 264         | 8       | 94       | 10      | 358    | 8       |
| Annet høyskolepers. uten tilleggsutd. | 85          | 2       | 41       | 4       | 126    | 3       |
| Annet helsepersonell                  | 26          | 1       | 17       | 2       | 43     | 1       |
| Annet personell                       | 411         | 12      | 48       | 5       | 459    | 11      |
| Personell totalt                      | 3 394       | 100     | 927      | 100     | 4 320  | 100     |



Figur 6-5: Årsverk etter utdanning og institusjonstype i poliklinisk og ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for voksne 2018.



Brorparten av den polikliniske (83 prosent) og de ambulante årsverkene (87 prosent) ble utført i tilknytning til DPS-ene.

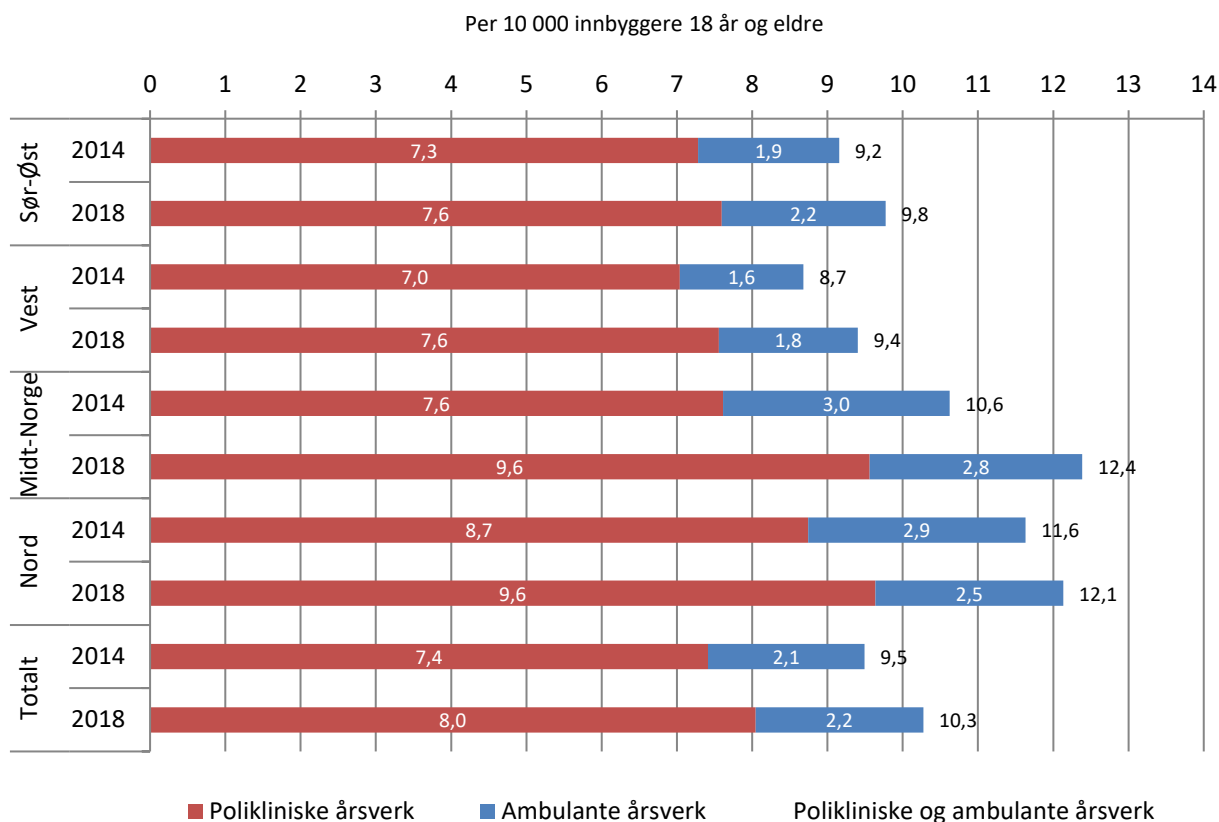
Universitetsutdannet personell (leger og psykologer) sto for 58 prosent av årsverkene i poliklinikkene og 29 prosent av årsverkene i den ambulante virksomheten. Totalt sto universitetsgruppene for 52 prosent av årsverkene.

Høyskolegruppene sto for 31 prosent av årsverkene i poliklinikkene og 64 prosent av årsverkene i den ambulante virksomheten. Det store flertallet av de høyskoleutdannede har videreutdanning innen fagfeltet.

Øvrig personell er i hovedsak merkantilt personell. Det er få ansatte med helseutdanning fra videregående skole.

Figur 6-6 viser ratene for polikliniske og ambulante årsverk i 2014 og 2018 etter regionalt helseforetak. Private institusjoner er tatt med under det regionale helseforetaket der de er lokalisert.

Figur 6-6: Årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for voksne. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak 2014 og 2018.



Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde flere polikliniske årsverk enn Helse Sør-Øst og Helse Vest. Dette må sees i sammenheng med at det er i de sistnevnte regionene avtalespesialistene holder til. Alle regioner har hatt vekst ved poliklinikkene i løpet av perioden.

Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde også høyere rate for ambulante årsverk enn de øvrige regionene, men begge har hatt nedgang i raten, mens raten har økt i Helse Vest og i Helse Sør-Øst. Samlet sett har Helse Midt-Norge og Helse Nord flere årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet enn Helse Sør-Øst og Helse Vest. Tall for de enkelte foretak finnes på Helsedirektoratets hjemmesider.

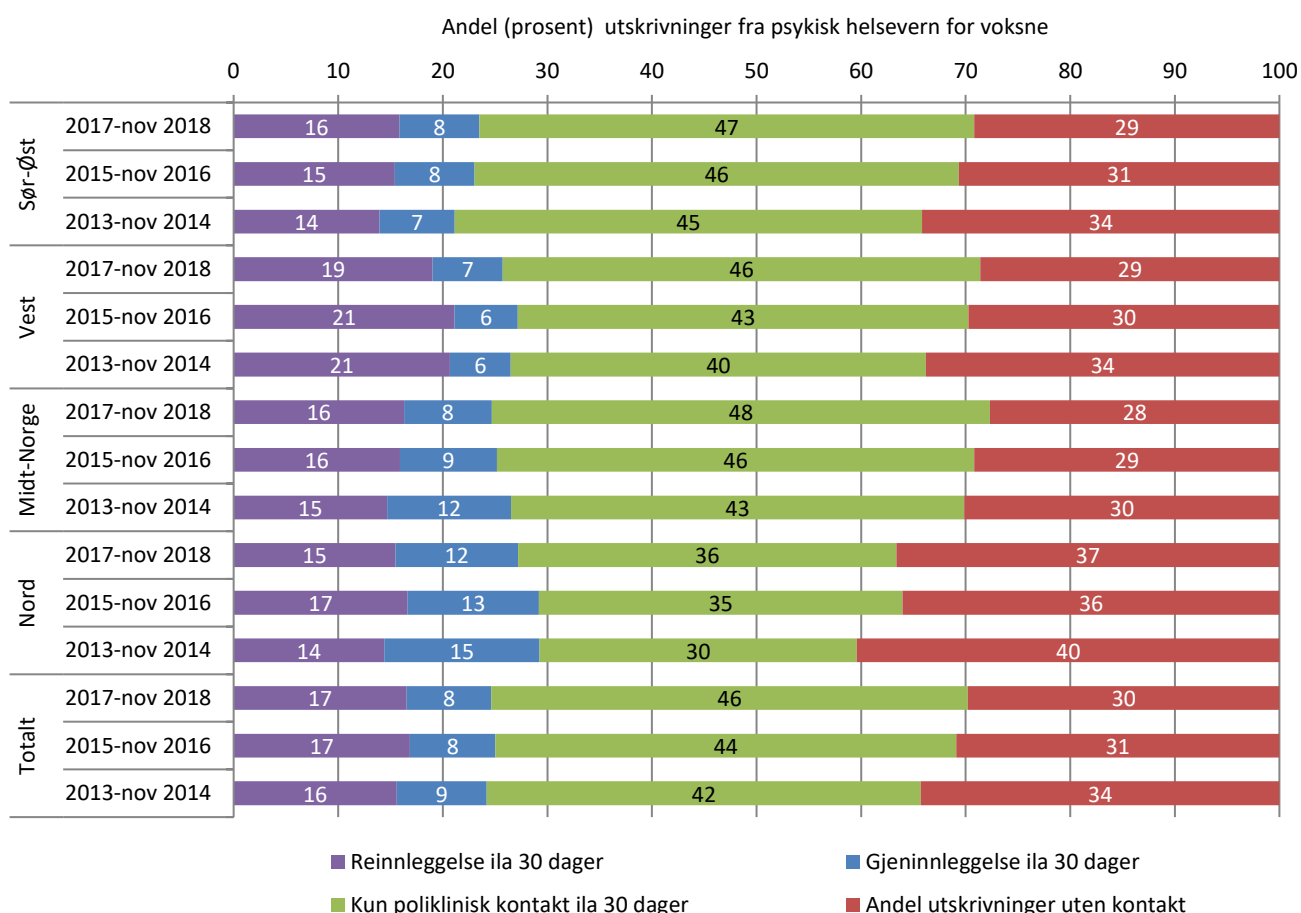
# 7. Oppfølging av døgnpasienter etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne

Det er en målsetting å sikre kontinuitet i behandlingen. Av særlig interesse er det å studere videre oppfølging etter utskrivning. Vi vil i dette kapitlet se på videre forløp 30 dager og ett år etter utskrivning. Tallene er fordelt etter regionalt foretak. Bidraget fra private institusjoner er fordelt etter pasientenes bostedsregion.

## Forløp 30 dager etter utskrivning

I figur 7-1 ser vi på videre forløp 30 dager etter utskrivning.

Figur 7-1: Videre forløp 30 dager etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne i 2013-2014, 2015-2016 og 2017-2018. Regionale helseforetak.



På landsbasis hadde 25 prosent av pasientene en ny innleggelse innen 30 dager. Det store flertallet (16-17 prosentpoeng) kom som øyeblikkelig hjelp-innleggelser (re-innleggelser). Andelen som kun hadde kontakt med poliklinikk økte fra 42 til 46 prosent i løpet av perioden. Andel pasienter uten kontakt med spesialisthelsetjenesten gikk tilsvarende ned fra 34 til 30 prosent.

Andel nye innleggelse innen 30 dager har gått ned i Helse Nord og i Helse Midt-Norge og opp i Helse Sør-Øst. I Helse Vest var raten stabil. Raten var sist i perioden noe høyere i Helse Vest og i Helse Nord enn i Helse Sør-Øst og i Helse Midt-Norge. I Helse Vest var dette knyttet til en høyere andel ø-hjelpsinnleggelser, i Helse Nord til en høyere andel elektive innleggelser. Øyeblikkelig hjelp-innleggelsene utgjør på landsbasis om lag 2/3 av innleggelsene.

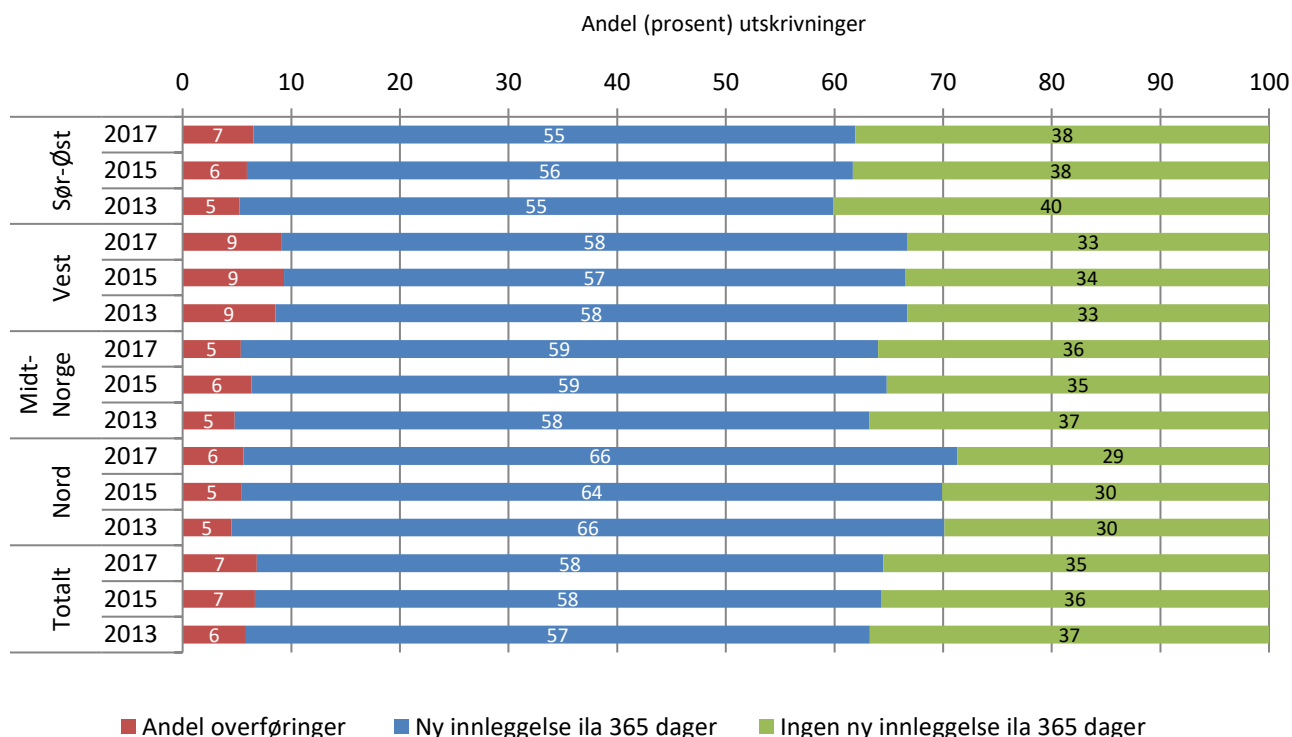
Andel pasienter som bare har kontakt med poliklinikk har økt i alle de regionale foretakene, mens andelen uten kontakt med spesialisthelsetjenesten har gått tilsvarende ned. Andelen med poliklinisk kontakt var lavere mens andel uten kontakt var høyere i Helse Nord enn i de øvrige foretakene.

### Omfang av nye innleggelser i løpet av et år

Figur 7-2 viser videre forløp ett år etter utskrivning fra et foretak eller en privat institusjon i 2013, 2015 og 2017, fordelt på regionale foretak. Private institusjoner er fordelt på de foretak de har avtale med.

Overføringer omfatter overføringer til annen institusjon utenfor helseforetaket, til BUP eller til TSB. Tall for de enkelte foretak og finnes på helsedirektoratets hjemmesider.

Figur 7-2: Videre forløp ett år etter utskrivning fra det psykiske helsevernet for voksne i 2013, 2015 og 2017. Regionale helseforetak.



På landsbasis hadde 57-58 prosent av pasientene en ny innleggelse innen ett år. Andelen har holdt seg stabil. Andelen som ikke hadde noen ny innleggelse økte svakt, fra 35 til 37 prosent, mens andel overføringer holdt seg stabil på 6-7 prosent.

Helse Nord hadde gjennomgående en langt større andel nye innleggelser enn de øvrige regionale foretakene, mens Helse Sør-Øst hadde en noen lavere andel.

### **Datagrunnlag og beregninger**

Ved beregning av forløp i løpet av det første året etter utskrivning fra foretakene, er forløpet kategorisert i tre hovedkategorier: direkte overføring til videre døgntil behandling annet sted, ny innleggelse for døgntil behandling på et senere tidspunkt eller ingen ny døgntil behandling i løpet av dette året. Med overføring menes her overføring til et annet foretak; helseforetak eller privat foretak innen samme sektor, eller overføring til psykisk helsevern for voksne eller TSB. Somatisk sektor er ikke inkludert i denne sammenhengen slik at ingen ny innleggelse betyr ingen ny døgntil behandling i TSB eller i psykisk helsevern, men kan altså finne sted utenfor disse to sektorene.

Ved beregning av forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra foretakene, er det pasientens videre kontakt med psykisk helsevern eller TSB som er undersøkt. Her er det avsluttede døgntil behandling ved foretakene som er lagt til grunn i beregningene; det vil si at pasienten ikke blir overført til videre døgntil behandling ved annet foretak ved utskrivning. Beregningene er basert på de avsluttede utskrivningene i løpet av 23 måneder, hvor videre kontakt i løpet av den første måneden etter utskrivning kartlegges. Når det gjelder ny innleggelse eller ny kontakt er enhver kontakt med foretakene inkludert i resultatene. Somatisk sektor og avtalespesialistene innen psykisk helsevern, er imidlertid ikke inkludert.

Foretaksoppholdene klassifiseres i utskrivninger ved helseforetakene og utskrivninger ved private foretak. De private foretakene består både av avtaleinstitusjoner som i all hovedsak er private ideelle institusjoner, og private aktører som har meldt sin interesse i forbindelse med ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). Regiontallene er basert på helseforetakenes tilknytningsregion og bidraget fra de private foretakene er tilordnet pasientens bostedsregion. Resultater for hvert av foretakene er tilgjengelig på våre nettsider.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-spesialisthelsetjenesten>

# **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

# 8. Befolkningens bruk av TSB

## 8.1 Nasjonale utviklingstrekk

I løpet av 2018 fikk omlag 32 400 pasienter behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette var en nedgang på 1 prosent siden 2017. Nedgangen var knyttet til færre polikliniske pasienter i TSB i 2018 sammenlignet med året før. Antall døgnpasienter endret seg knapt fra 2017 til 2018 og trenden med en svak og jevn økning av antall pasienter i døgnbehandling de siste årene har dermed stoppet opp. Den tidligere veksten i kun poliklinisk behandlede pasienter ble avløst av en nedgang fra 2017 til 2018.

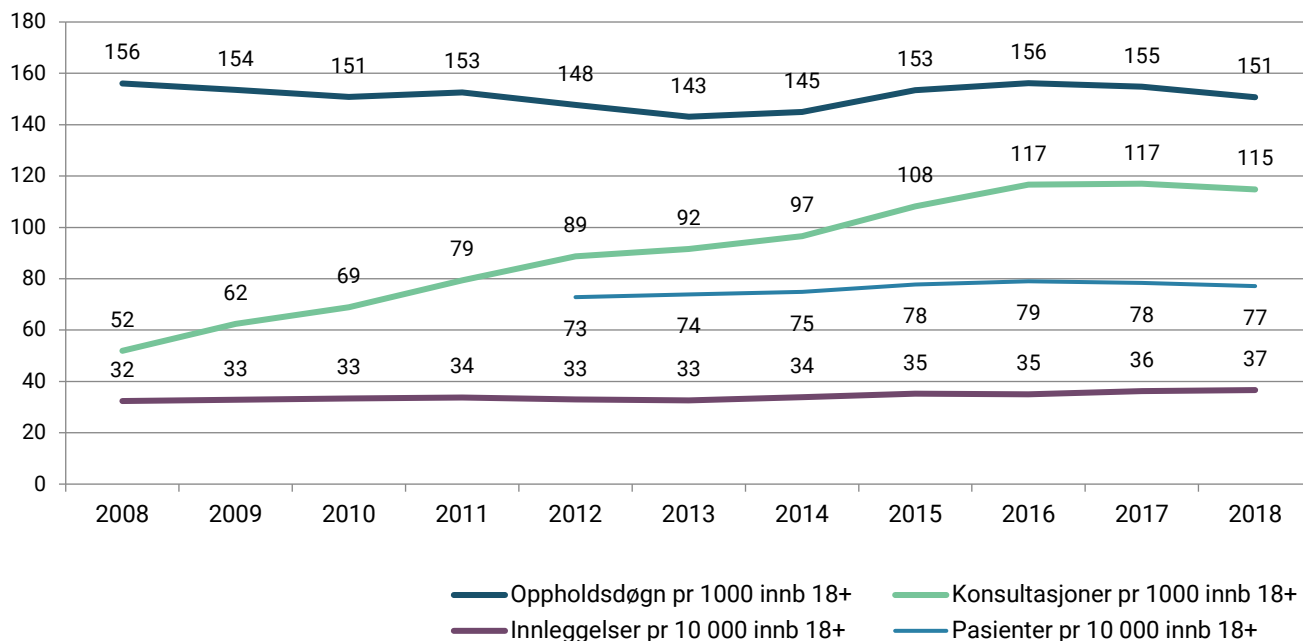
I løpet av perioden fra 2014 til 2018 var det en samlet vekst i antall pasienter i TSB på 7 prosent. Blant pasienter som mottok døgnbehandling var veksten på 5 prosent slik at den største veksten (8 prosent) var blant pasienter som kun var i poliklinisk behandling når vi ser hele perioden under ett.

Antall oppholdsdøgn innen den avtalte døgnkapasiteten i TSB ble redusert med 4 prosent fra 2017 til 2018, mens antall innleggelser forble uendret. Når bidraget fra ordningen fritt behandlingsvalg ble inkludert, ble den samlede nedgangen i antall oppholdsdøgn på 2 prosent, mens antall innleggelser økte med 2 prosent. Til tross for dette var det en reduksjon på 3 prosent i både oppholdsdøgn og innleggelser hos de private foretakene. Samtidig var det en vekst i antall oppholdsdøgn ved helseforetakene og 5 prosents økning i antall institusjonsinnleggelser.

I løpet av perioden 2014-2018 hadde TSB en vekst i antall oppholdsdøgn på 8 prosent, institusjonsinnleggelsene økte med 13 prosent og konsultasjonene økte med 24 prosent.

I figur 8-1 er trendene for de befolkningsbaserte ratene basert på pasienter, oppholdsdøgn, innleggelser og konsultasjoner i TSB presentert.

Figur 8-1: Dekningsrater for oppholdsdøgn, innleggelser, polikliniske konsultasjoner og pasienter i TSB.



Når vi ser på dekningsratene for pasienter i rusbehandling, økte denne fra 73 til 77 pasienter per 10 000 voksne innbyggere i perioden 2014 til 2018. Dekningsratene for oppholdsdøgn, innleggelser og konsultasjoner økte også i løpet av denne perioden. Utviklingen i dekningsrater det siste året viste liten endring. Med unntak av noen flere innleggelser stoppet veksten i rusbehandling opp de siste årene og utviklingen holdt ikke tritt med befolkningsveksten.

## 8.2 Regionale utviklingstrekk

### Antall pasienter i behandling

I Sør-Øst var det færre pasienter i TSB i 2018 sammenlignet med året før. I Helse Vest var det ingen endring samlet sett med hensyn til antall pasienter i TSB. I regionen var veksten i antall døgnpasienter de siste årene avløst av en nedgang i 2018 mens volumet av polikliniske pasienter var uendret. I Helse Midt-Norge var det en nedgang i antall pasienter det siste året, mens det var ingen endring i antall døgnpasienter. Antall polikliniske pasienter ble altså redusert siste år i denne regionen. I Helse Nord økte det samlede volumet av behandlede pasienter i løpet av perioden 2017 til 2018. Økningen var knyttet til både døgnpasienter og polikliniske pasienter.

I løpet av perioden fra 2014 til 2018 hadde alle regionene en vekst i antall pasienter. Veksten i Sør-Øst var på 5 % og knyttet til både døgnpasientene (4%) og pasientene som kun mottok poliklinisk behandling (6%). I Vest var veksten samlet sett på 8%. Mens økningen i antall døgnpasienter var på linje med Sør-Øst, var veksten i kun poliklinisk behandlede pasienter på 10 %. I Midt-Norge var det samlet sett en vekst på 2% og denne veksten var knyttet til pasienter som kun mottok poliklinisk behandling. I Nord var den samlede veksten i antall pasienter på over 30%. Mens antall døgnpasienter økte med 19 prosent i løpet



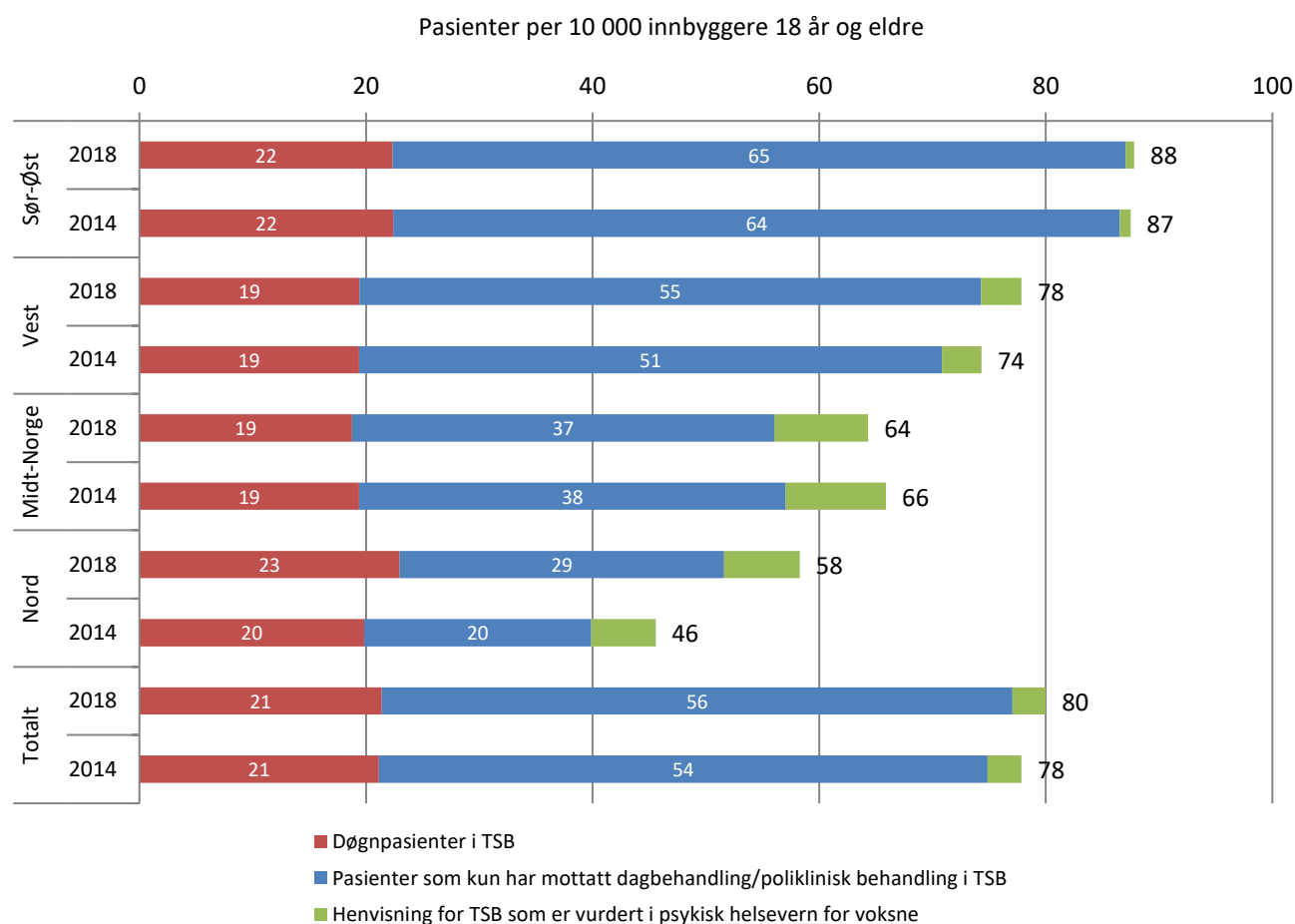
av disse årene var den største veksten for pasienter som kun mottok poliklinisk behandling. I tillegg var det også en økning i henvisninger til TSB som ble vurdert og utredet i psykisk helsevern.

### Antall pasienter per innbyggere

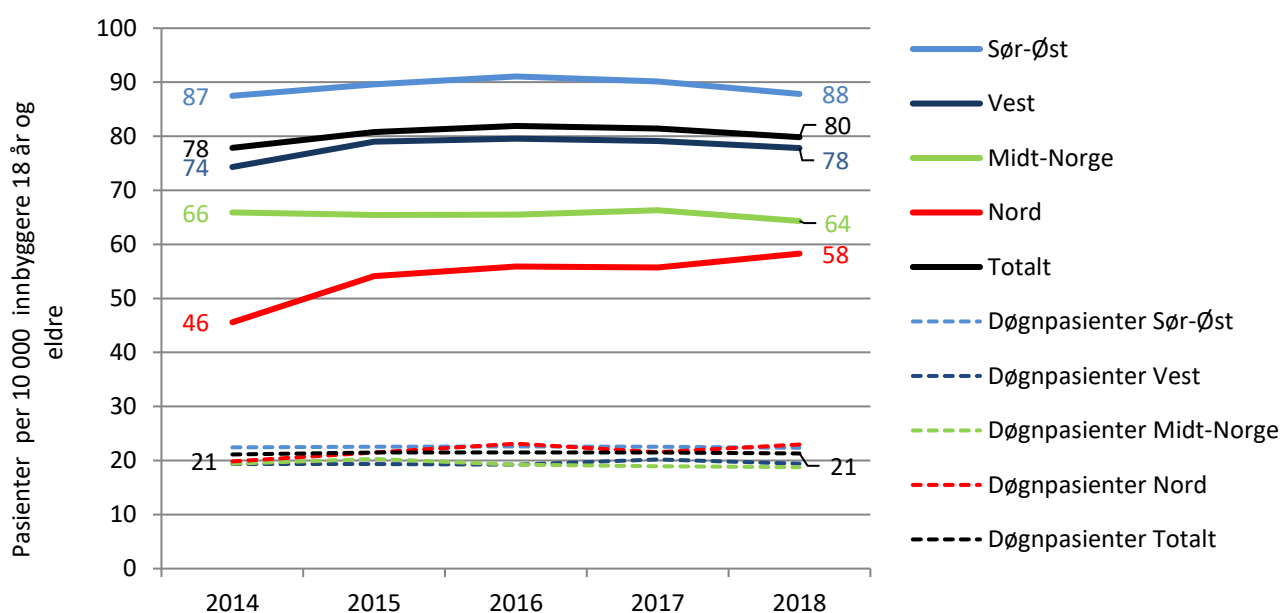
Når vi ser på tilbudet til befolkningen innen rusbehandling, omfatter det først og fremst behandlingstilbudet innen sektoren TSB. I enkelte foretak utføres mottak og vurdering av henvisninger til rusbehandling ved vurderingsinstanser organisert i psykisk helsevern. Denne virksomheten omtales som *bidrag fra psykisk helsevern* og inkluderes når det samlede tilbudet synliggjøres.

Når vi tar hensyn til befolkningsveksten blir de regionale forskjellene som vist i figur 8-2 og figur 8-3. I figur 8-2 er pasienter per innbygger og endringene fra 2014 til 2018 presentert. I figur 8-3 er utviklingen i antall døgnpasienter og pasienter totalt inklusive bidrag fra psykisk helsevern fra 2014 til 2018 presentert for hele perioden.

Figur 8-2: Pasienter i TSB og bidrag fra psykisk helsevern i bostedsregionene.



Figur 8-3: Utviklingstrekk for pasienter i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern i bostedsregionene.



Regionene hadde fremdeles ulike ratenivå i 2018, men forskjellen ble mindre i løpet av perioden 2014 til 2018. Mens Helse Nord og Helse Vest hadde økt tilbudet slik at en større andel av befolkningen mottok behandling i 2018 sammenlignet med 2014, var endringene i løpet av disse årene små i Helse Midt-Norge og i Helse Sør-Øst. Det var betydelige bidrag til TSB fra psykisk helsevern både i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Når det gjaldt pasienter i døgnbehandling var det så å si ingen regionale forskjeller i dekningsrate i løpet av perioden. Mer om de geografiske forskjellene i pasienters bruk av de ulike behandlingstilbud på våre nettsider <sup>6</sup>.

### 8.3 Pasientenes alder og kjønn

For å kunne følge med på rusbehandlingstilbudet til ulike aldersgrupper, er det i årets SAMDATA utarbeidet statistikk for pasienter etter alder og kjønn på våre nettsider. Vi ønsker å følge med på i hvilken grad de unge pasientene ivaretas nå når psykiatriske ungdomsteam er erstattet av ruspoliklinikker. Vi ønsker også å følge med på etterkrigskohorten som nå befinner seg i aldersgruppen 70-79 år. Vi ønsker å følge med på i hvilken grad det er samarbeid med psykisk helsevern om de ulike aldersgruppene. I dette avsnittet er det presentert noen eksempler på hva som kan hentes ut av oversikter fra våre nettsider. På disse sidene er behandlingstilbudet pasientene mottar innen TSB beskrevet i form av type behandling; døgnbehandling eller poliklinisk behandling, samt at samarbeid med psykisk helsevern er belyst i form av antall pasienter som var i behandling i begge sektorer. Dette er presentert etter aldersgrupper for både menn og kvinner. Eksempler på visninger for perioden 2014-2018 er presentert i figur 8-4, figur 8-5 og figur 8-6.

<sup>6</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>

Figur 8-4: Dekningsrater (pasienter per 1000 innbyggere) for menn og kvinner etter aldersgrupper for pasienter i behandling i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern i løpet av 2014-2018 (figur til venstre). Aldersspesifikke dekningsrater i 2018 for menn (figur øverst til høyre) og kvinner (figur nederst til høyre) etter ulike behandlingstilbud.



Figur 8-4 viser både at tilbudet til de ulike aldersgruppene er forskjellig; unge og eldre mottar i mindre grad rusbehandling sammenlignet med de øvrige aldersgruppene. Videre varierer tilbudet til menn med alder, mens dekningsratene til kvinner i mindre grad endrer seg etter hvert som kvinnene blir eldre.

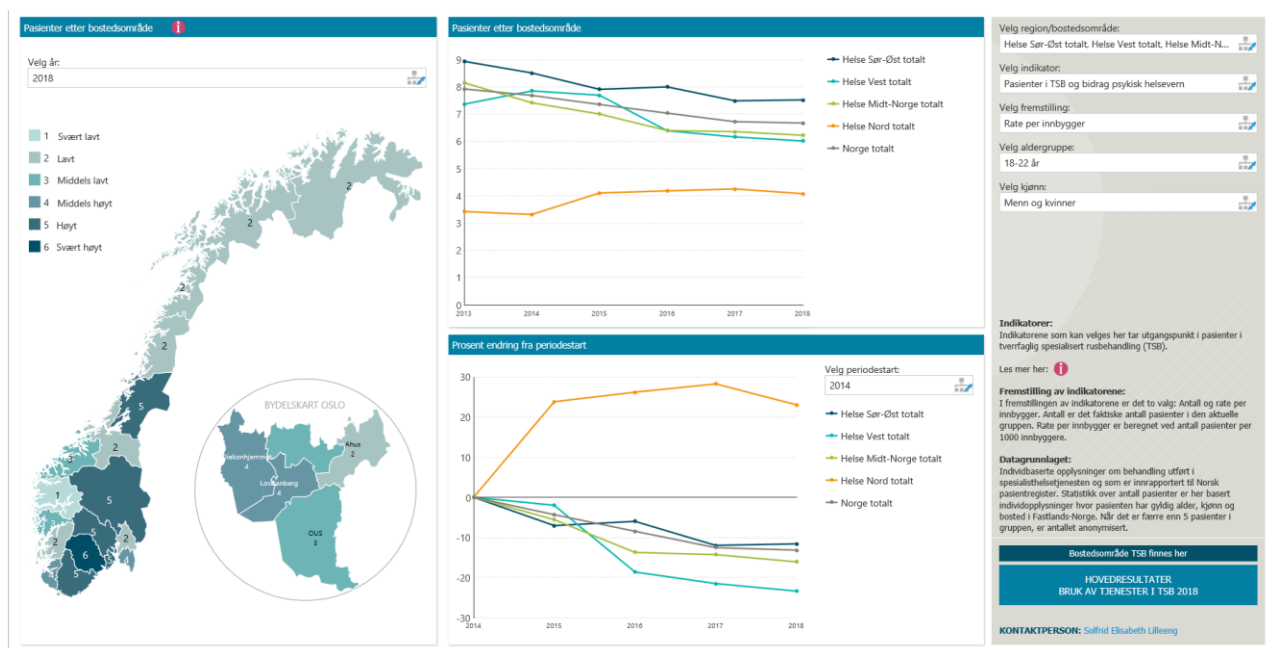
Aldersgruppen 60 år og eldre mottar i liten grad tilbud om rusbehandling og i særdeleshet gjelder dette pasienter som er 70-79 år. I denne aldersgruppen har befolkningsgrunnlaget økt med 28 og 22 prosent for henholdsvis menn og kvinner i løpet av perioden 2014-2018 og tallene tyder på at tilbudet rent volummessig holder følge med befolkningsveksten.

Linjediagrammene viser bruken av ulike typer behandlingstilbud (pasientgrupper) endrer seg avhengig av pasientenes alder. De tre pasientgruppene i figuren er: Pasienter behandlet i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern, pasienter i døgntilbud og pasienter i behandling både i TSB og psykisk helsevern samme år. For eksempel viser linjediagrammet at behandling både i TSB og psykisk helsevern, tilbys i størst grad for aldersgruppen 23-29, mens dette tilbudet avtar etter hvert som pasientene blir eldre. Denne utviklingen er den samme for både kvinner og menn og omfanget av behandlingstilbudet er det samme for begge kjønn. I det øvrige behandlingstilbudet er det gjennomgående i større grad menn enn kvinner som er i behandling for rusproblematikk og videre er aldersfordelingen for menn og kvinner i rusbehandling ulik.

### Aldersgruppen 18-22 år

De unge pasientene var tidligere fulgt opp ved de psykiatriske ungdomsteamene. Teamene er i løpet av årene etter rusreformen (2004) i all hovedsak inkludert i TSB. Antall pasienter per innbygger i 2014-2018 for denne aldersgruppen samt relative dekningsrater i bostedsområdene i 2018 er presentert i figur 8-5.

Figur 8-5: Dekningsrater (pasienter per 1000 innbyggere) for pasienter i aldersgruppen 18-22 år i behandling i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern.



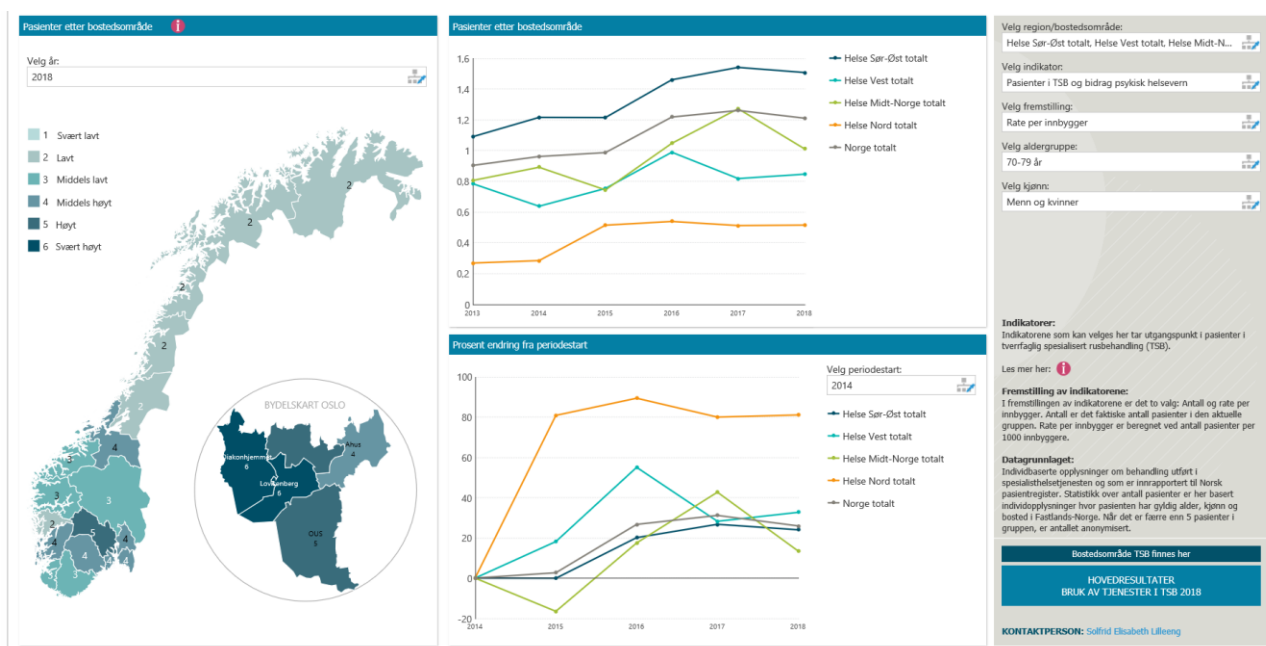
Det var samlet sett en nedgang i pasientraten for denne aldersgruppen i løpet av perioden 2014-2018. De unge pasientene var i større grad i behandling i Helse Sør-Øst sammenlignet med i de øvrige regionene. Helse Nord hadde lave dekningsrater for denne aldersgruppe gjennom hele perioden, men var den eneste regionen som hadde vekst i behandlingstilbudet i løpet av disse årene. Figuren viser altså at det var geografiske forskjeller i tilbudet til denne aldersgruppen og at bruken av rusbehandling avtok i løpet av perioden 2014-2018.

### Aldersgruppen 70-79 år

De store fødselstallene etter andre verdenskrig har opp gjennom årene bidratt til en kraftig vekst i befolkningsgrunnet etter hvert som den har nådd de ulike aldersgruppene. For perioden 2014-2018 inkluderer aldersgruppen 70-79 år denne befolkningsveksten.

Som vist i figur 8-4 var dekningsratene for aldersgruppen lave og dette betyr at forskjellene mellom regionene må tolkes med forsiktighet. I figur 8-6 er utviklingstallene i regionene for denne aldersgruppen presentert.

Figur 8-6: Dekningsrater (pasienter per 1000 innbyggere) for pasienter i aldersgruppen 70-79 år i behandling i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern.



I figuren ser vi at alle regionene hadde lave dekningsrater for aldersgruppen 70-79 år. Det er Helse Nord som har de laveste dekningsratene og dette gjelder alle bostedsområdene i regionen. Dekningsratene holder imidlertid samme nivå gjennom perioden og tilbudet til aldersgruppen synes dermed å holde tritt med befolkningsveksten. Mer om de geografiske forskjellene for ulike aldersgrupper i pasienters bruk av de ulike behandlingstilbud på våre nettsider <sup>7</sup>.

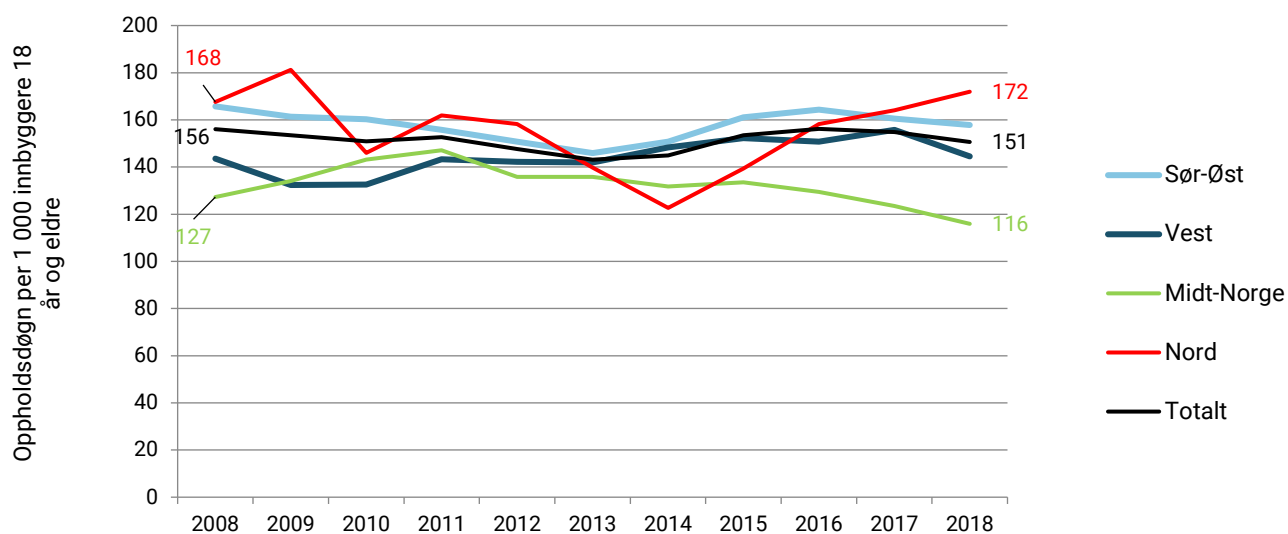
## 8.4 Bruken av oppholdsdøgn og innleggelser i regionene

Døgnbehandling har vært og er en sentral del av behandlingstilbudet i TSB. Volumet av døgntilbudet er styrt av døgnplassene som regionene stiller til rådighet og hvilken type behandlingstilbud døgnkapasiteten skal tilby. Mens øyeblikkelig hjelp-tilbudet genererer mange innleggelser av kort varighet vil langtidsbehandlingen bidra med få innleggelser og mange oppholdsdøgn.

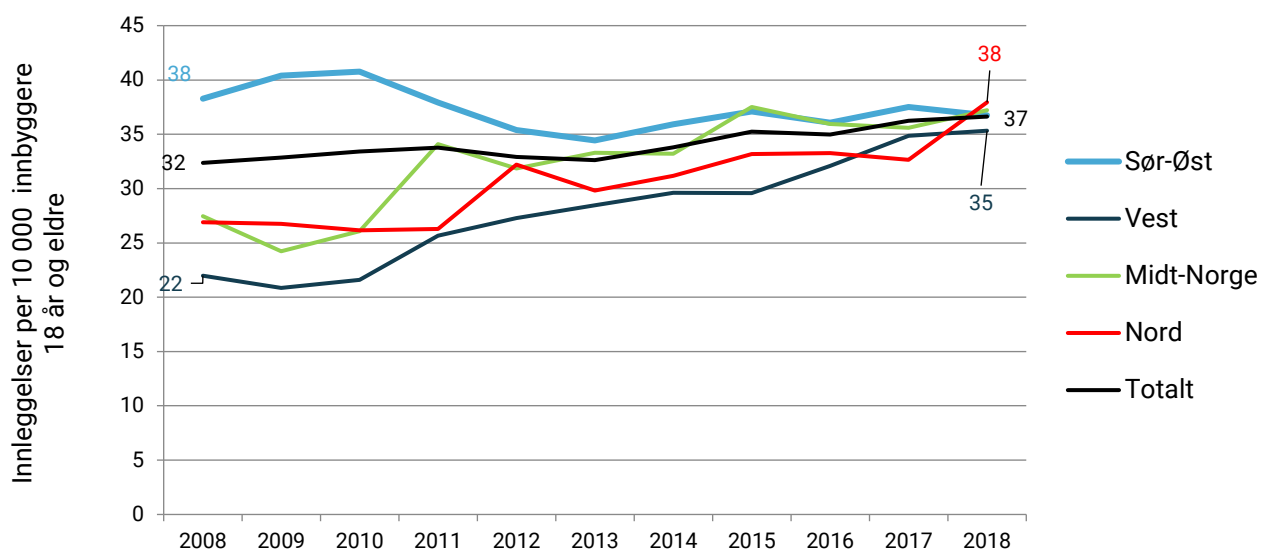
Volumet av døgnbehandling måles ved innleggelser og oppholdsdøgn og den regionale utviklingen de siste årene er vist i figur 8-7 og figur 8-8. I figur 8-7 er utviklingen av oppholdsdøgn per innbygger presentert og i figur 8-8 er utviklingen av innleggelser per innbygger presentert.

<sup>7</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>

Figur 8-7: Utviklingstrekk for oppholdsdøgn i TSB i bostedsregionene.



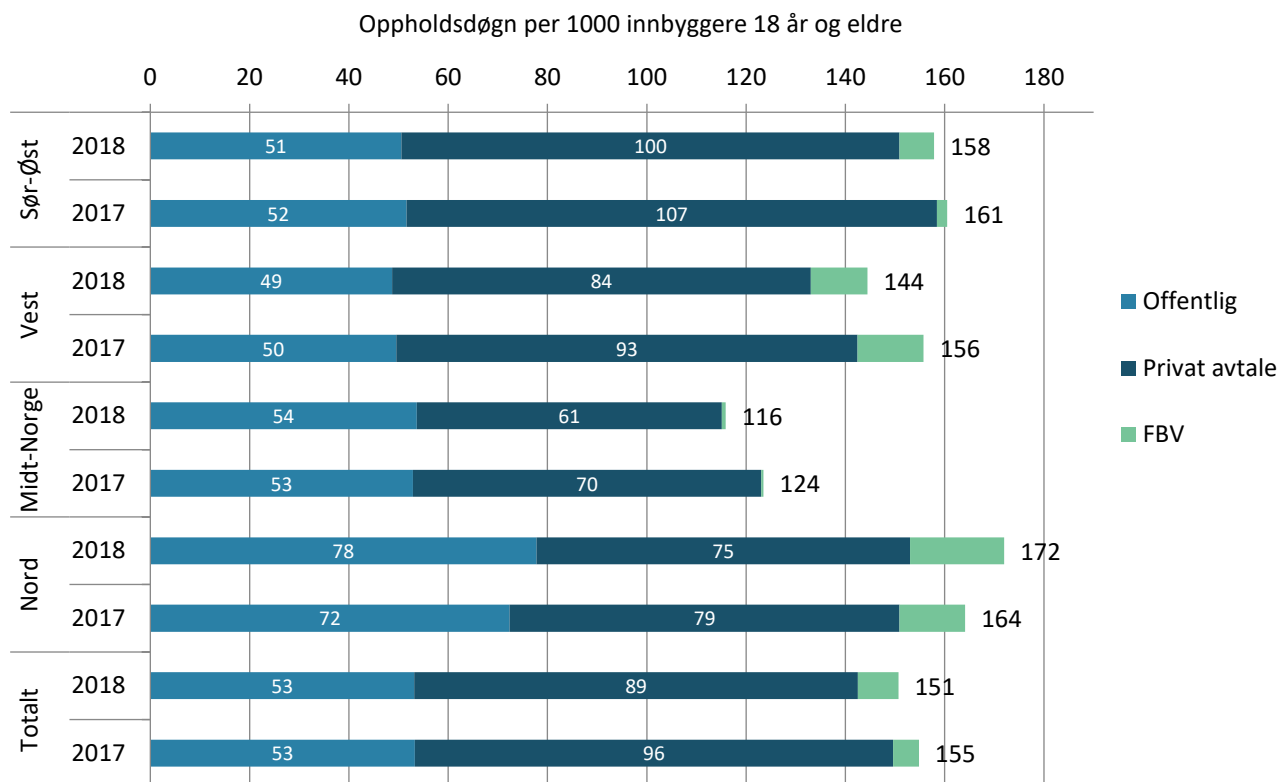
Figur 8-8 Utviklingstrekk for innleggelser i TSB i bostedsregionene.



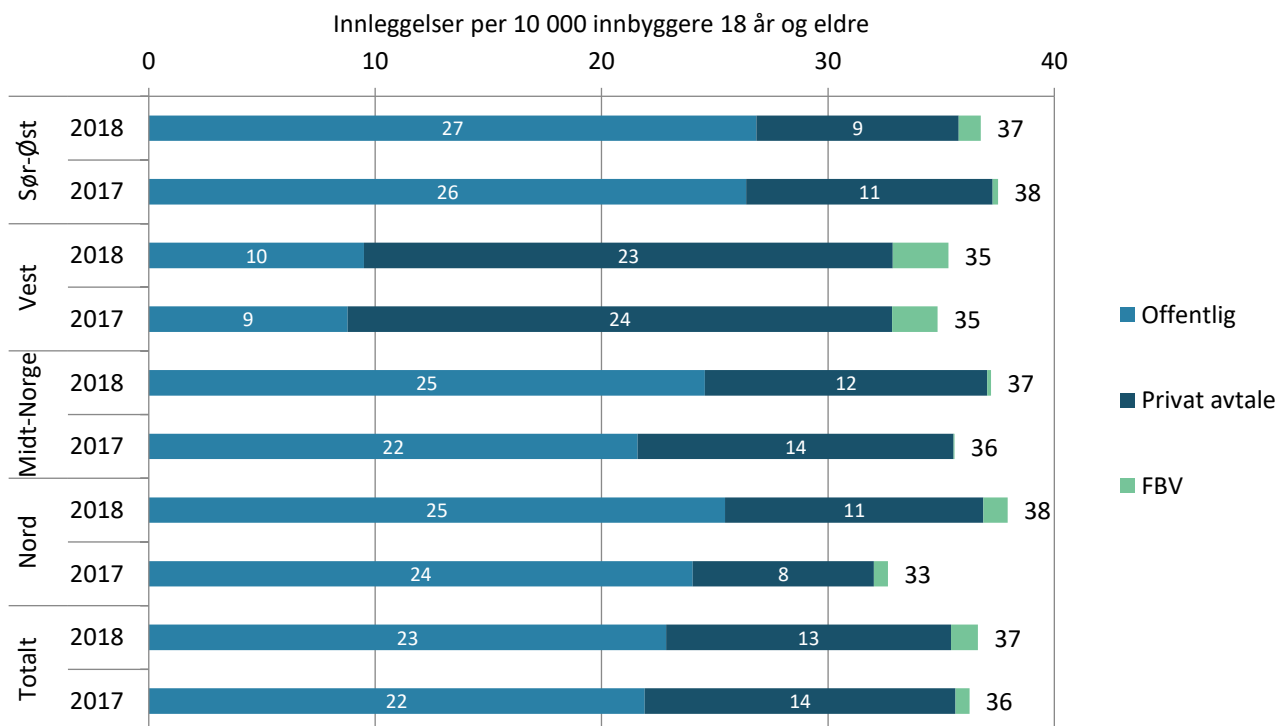
Mens de regionale forskjellene for innleggelser i TSB ble mindre, var det blitt større forskjeller for oppholdsdøgnene. Trenden i regionene var en reduksjon i antall oppholdsdøgn per innbyggere siste år, mens antall innleggelser var uendret. Unntaket fra denne trenden var Helse Nord, hvor både oppholdsdøgn og innleggelser økte.

Innen døgnvirksomheten utgjorde private avtaleinstitusjoner innen anbudsinstuttet en stor andel av behandlingstilbudet i TSB. Med ordningen Fritt behandlingsvalg (FBV), ble en ny gruppe private tilbydere invitert inn i behandlingstilbudet. I figur 8-9 og 8-10 er de private avtaleinstitusjonene og FBV-tilbydere synliggjort når det gjelder endringer fra 2017 til 2018.

Figur 8-9: Oppholdsdøgn i TSB fordelt på helseforetak, private avtaleinstitusjoner og FBV i 2017 og 2018 i bostedsregionene.



Figur 8-10: Innleggelser i TSB fordelt på helseforetak, private avtaleinstitusjoner og FBV i 2017 og 2018 i bostedsregionene.



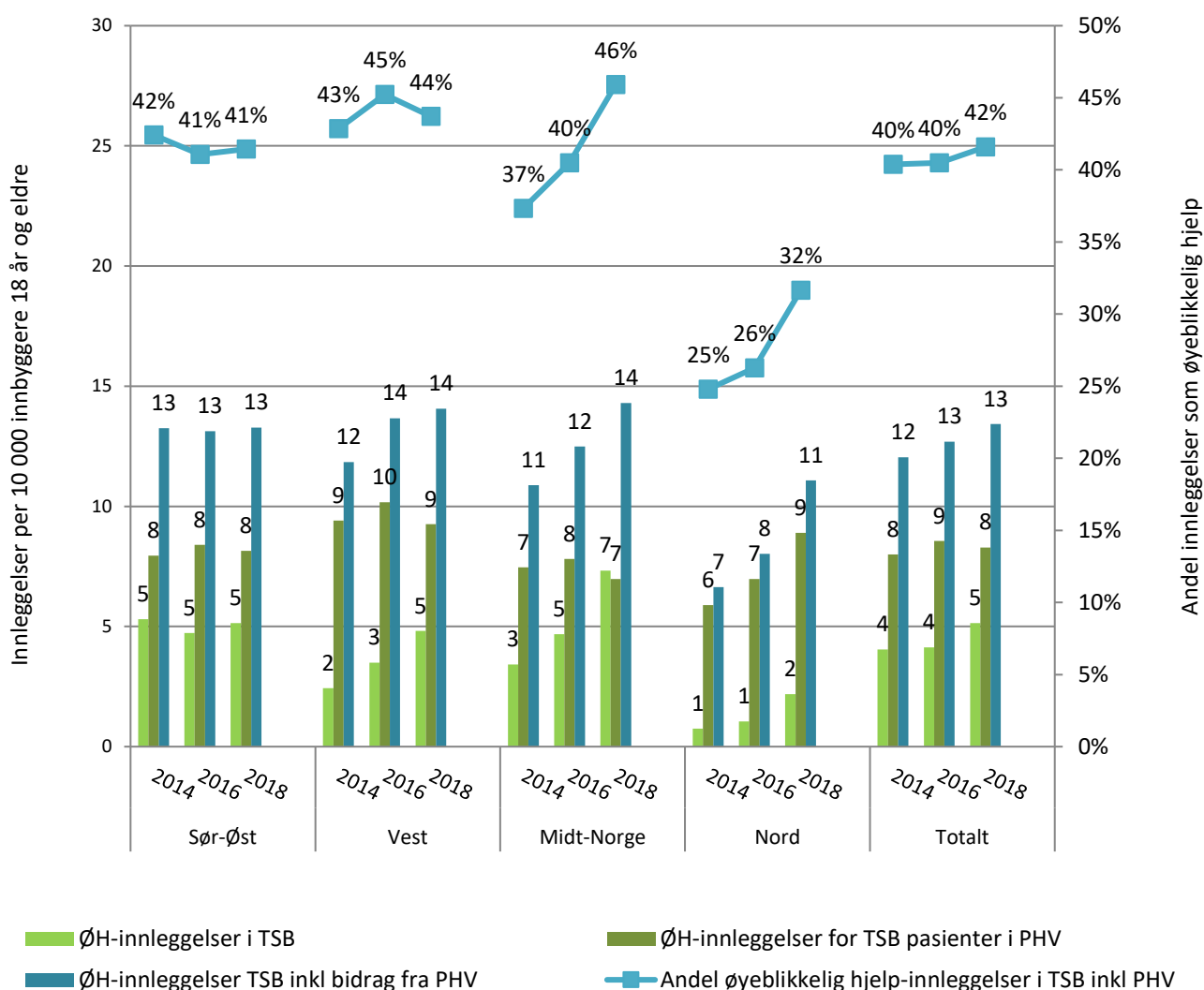
Figur 8-9 og figur 8-10 viser at innslaget av private og FBV var ulikt i regionene. Mens veksten i oppholdsdøgn i Nord var kommet med FBV, og i større grad bruk av private avtaleinstitusjoner, var tendensen i de øvrige regionene en noe mindre bruke av private avtaleinstitusjoner i løpet av 2017-2018. Når det gjaldt innleggelser i helseforetakene var det en økning i alle regionene og økningen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser var med på å forklare dette. Denne beredskapen medførte flere innleggelser, men påvirket ikke bruken av oppholdsdøgn i og med at dette tilbudet i all hovedsak dreier seg om korte opphold.

## **8.5 Bruken av øyeblikkelig hjelp i regionene**

Øyeblikkelig hjelp-beredskapen i TSB har økt de siste årene og det har vært i helseforetakene regionene opprettet døgnplasser for å ivareta dette ansvaret. I tillegg er det et visst volum av øyeblikkelig hjelp-innleggelser i psykisk helsevern for TSB pasientene, som sektoren på sikt vil kunne ta hånd om selv. Det er en utfordring å identifisere dette omfanget, men i dette avsnittet er det gjort et forsøk på å anslå et minimumsomfang av denne virksomheten (se eget avsnitt om datagrunnlag). For å anslå et samlet volum av øyeblikkelig hjelp-innleggelser for TSB-pasienter, ble øyeblikkelig hjelp-innleggelsene i psykisk helsevern sammenstilt med øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB. Samlet sett kan dette ses på som et anslag for dekningsraten av øyeblikkelig hjelp-innleggelser til befolkningen og dette er vist i figur 8-11.

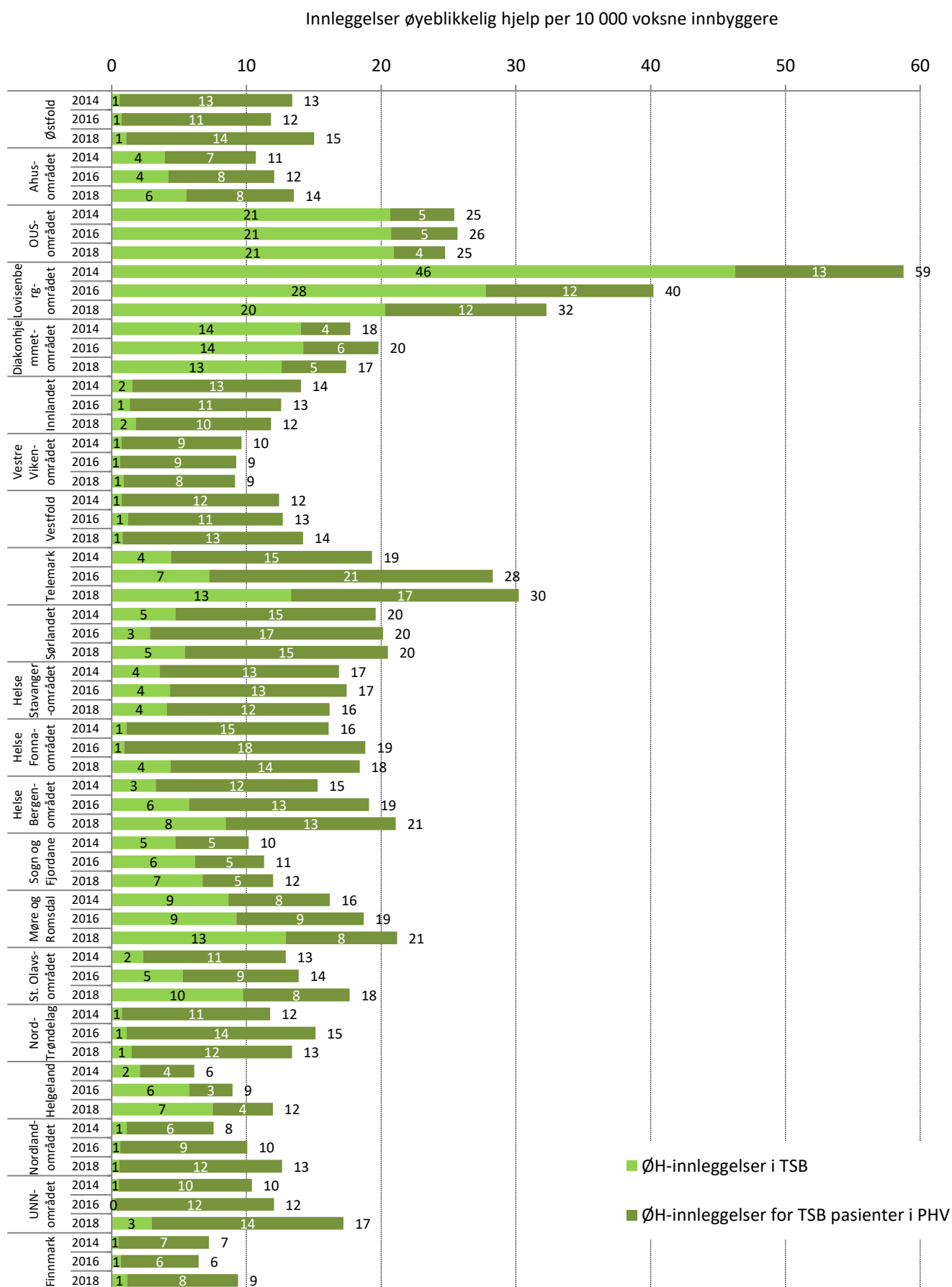


Figur 8-11: Øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB og bidrag fra psykisk helsevern i bostedsregionene.



I figuren er innleggelser som øyeblikkelig hjelp presentert for 2014-2018 for sektoren TSB supplert med øyeblikkelig hjelp-innleggelser som pasientene fra TSB har hatt i psykisk helsevern. Figuren viser at volumet av øyeblikkelig hjelp-innleggelser innen psykisk helsevern endret seg lite i løpet av perioden i alle regionene, med unntak av i Nord. I tillegg var øyeblikkelig hjelp-innleggelser i psykisk helsevern stabilt til tross for de ulike regionale innslag av øyeblikkelig hjelp i egen sektor. I Nord var det lite omfang av øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB, men bidraget fra psykisk helsevern var på linje med de øvrige regionene. I figur 8-12 er tilbudet til befolkningen illustrert ved innleggelser per innbygger ved bostedsområdene i løpet av perioden 2014-2018.

Figur 8-12: Øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB og bidrag fra psykisk helsevern i bostedsområdene.



På landsbasis var det 13 øyeblikkelig hjelp-innleggelser per 10 000 voksne innbygger relatert til TSB-pasienter i 2018, og dette ble gjenfunnet i mange områder. Noen områder lå imidlertid over dette nivået, og dette var Oslo-området, Telemark, Sørlandet og Vestlandet med unntak av Sogn og Fjordane. De fleste områdene som hadde lave ratetall for øyeblikkelig hjelpinnleggelser per innbygger i 2014 økte innleggelsesraten i løpet av perioden frem til 2018. Figuren viser at det i de fleste områdene var et betydelig innslag av øyeblikkelig hjelp-innleggelser i psykisk helsevern.

I hvilken grad de ulike kommunale tilbudet har mulighet til å tilby behandlingstjenester som kan kompensere og forklare de lave innleggelsesratene som vi så i enkelte deler av landet, kjenner vi ikke til. Legevakt og somatisk spesialisthelsetjeneste vil være to instanser som bidrar med akuttbehandling når det ikke er funnet nødvendig eller ikke er tilbud om dette innen TSB eller psykisk helsevern og som må inkluderes for å få et mer komplett bilde av øyeblikkelig hjelp-tilbudet knyttet til rusproblematikk.

### **Datagrunnlag øyeblikkelig hjelp-innleggelser**

Datagrunnlaget for beregning av øyeblikkelig hjelp-innleggelser er basert på innleggelser ved helseforetak eller private foretak i TSB supplert med øyeblikkelig hjelp-innleggelser for TSB-pasienter ved foretakene i psykisk helsevern. Denne fremgangsmåten gir imidlertid et minimumsanslag på det totale volumet av øyeblikkelig hjelp-tilbud innen rusbehandling som tilbys befolkningen. Grunnen til det er flere forhold: For det første er inklusjonskriteriet at *pasientene har vært i TSB samme år* og at øyeblikkelig hjelp-innleggelsen i psykisk helsevern er kodet med en rusrelatert tilstandskode som hoveddiagnose ved innleggelsen (ICD-10: F10-F19). Det betyr at dersom innleggelsen i psykisk helsevern er registrert med den rusrelaterte tilstandskoden som bi-diagnose i stedet for hoveddiagnose, vil pasientene ikke være inkludert. Mange ruspasienter har psykisk lidelser i tillegg og vil være i behandling i psykisk helsevern i løpet av året for behandling av denne lidelsen og det er ikke denne behandlingen vi vil inkludere her. For det andre er ruspasienter som *ikke har vært i behandling i TSB dette året*, ikke inkludert. Begrunnelsen for det er at det ikke er åpenbart hvordan en potensiell TSB-pasient skal identifiseres blant pasienter i behandling i psykisk helsevern. Ruspasienter som mottar akuttbehandling og annen behandling utenfor TSB, vil altså ikke bli inkludert her. For det tredje er rusrelatert akuttbehandling ved somatiske avdelinger ikke inkludert i disse tallene.

Når det gjelder sektorgrensen mellom TSB og psykisk helsevern; identifiseringen av avdelinger og poster som helseforetakene regner som TSB-virksomhet, var det fremdeles ikke mulig å identifisere all døgnvirksomhet ved sykehuset i Telemark og Nordlandssykehuset i 2018. Dette har den konsekvens at tallene har underestimert både innleggelser i TSB men også bidraget fra psykisk helsevern.

## 8.6 Poliklinisk tilbud i regionene

### Antall polikliniske kontakter

Den polikliniske virksomheten hadde en nedgang på om lag 1 prosent (polikliniske konsultasjoner totalt) i løpet av siste år. I denne tellingen var *utdeling* av LAR-medikamenter i helseforetakene holdt utenfor beregningene. Nedgangen fant sted i Helse Sør-Øst, mens i de øvrige regionene var det en vekst i poliklinisk konsultasjoner.

Til tross for nedgangen i antall konsultasjoner i Helse Sør-Øst var det blitt flere konsultasjoner rettet mot LAR-pasienter, vekst i ambulant virksomhet og samarbeidsmøter ved institusjonen. For telefonkonsultasjoner og gruppebehandling var det imidlertid en nedgang i løpet av siste år.

I Helse Vest var innsatsen rettet mot LAR-pasienter økt, i tillegg til en liten vekst innen ambulant virksomhet og gruppebehandling. Det var en økning av konsultasjoner registrert som samarbeidsmøter, mens det var en nedgang i bruk av telefonkonsultasjoner.

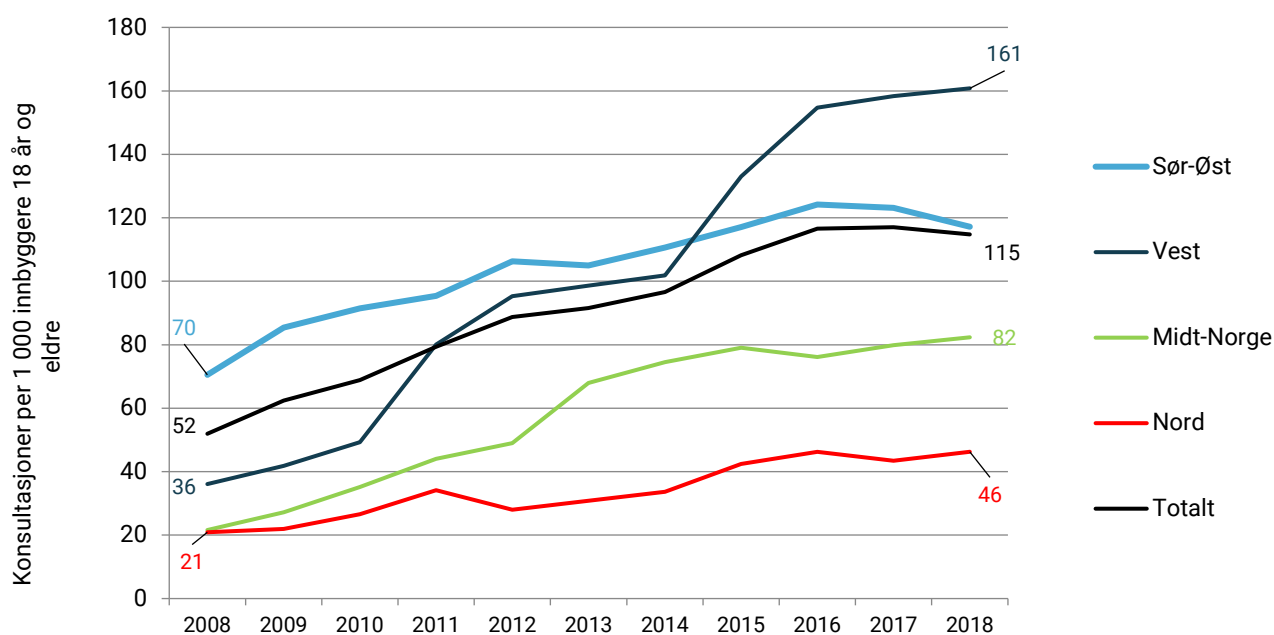
I Helse Midt-Norge var veksten i polikliniske konsultasjoner knyttet til telefonkonsultasjoner og individuellkonsultasjoner som fant sted ved institusjonen. Det var en liten vekst i ambulant virksomhet, mens det var en nedgang i gruppebehandlinger og samarbeidsmøter.

I Helse Nord var det en vekst i polikliniske konsultasjoner. Veksten var knyttet til flere telefonkonsultasjoner samtidig som det ble utført mer gruppebehandling og flere samarbeidsmøter ved institusjonene. Den ambulante virksomheten ble redusert.

### Polikliniske kontakter per innbygger

Poliklinisk virksomhet i TSB relatert til befolkningsgrunnlaget i regionene i løpet av perioden 2008-2018 er vist i figur 8-13.

Figur 8-13: Utviklingstrekk for polikliniske kontakter i TSB i regionene.



Veksten i poliklinisk virksomhet i TSB har stoppet opp de siste tre årene. Med innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikkene (2017), har takstfinansieringen i den polikliniske virksomheten i TSB vært gjenstand for en omlegging. Poliklinisk virksomhet som tidligere hadde muligheten for å ikke avkreve pasientene egenandeler (psykiatriske ungdomsteam), ble nå likestilt med ordinær poliklinisk virksomhet hvor pasientene betaler egenandeler. Dette forutsetter både at pasienten møter og har betalingsevne og betalingsvilje. Det til enhver tid gjeldende ISF-regelverket, som oppdateres årlig, avgjør hvilke tjenester som godkjennes som ISF-opphold og medfører betydelig innsats fra foretakenes side med hensyn til å holde foretakenes administrative systemer oppdatert.

Vektlegging av ambulant virksomhet har blitt løftet frem i de siste årene og dette vil i kraft av tjenestens natur medføre begrenset vekst i antall kontakter i og med at hver kontakt er mer ressurskrevende. Den poliklinisk virksomhet i regionene i perioden 2013-2017 er tidligere beskrevet i en egen publikasjon <sup>8</sup>.

### Ambulant virksomhet

Muligheten for å registrere ambulant virksomhet med en egen takst ble innført i 2016. Ettersom dette er en mer tidkrevende virksomhet sammenlignet med ordinære konsultasjoner hvor pasienten møter ved poliklinikkene, vil det være et ressurs spørsmål i hvilken grad man kan tilby dette til pasientene. Innen TSB, hvor rusproblematikk er hovedproblemet, vil oppmøte til avtalt tid være et problem for mange pasienter og omfanget av pasienter som ikke møter til avtalt tid er et reelt problem i forbindelse med oppfølging av pasientene. Mange pasienter har behov for å bli fulgt opp utenfor institusjonen.

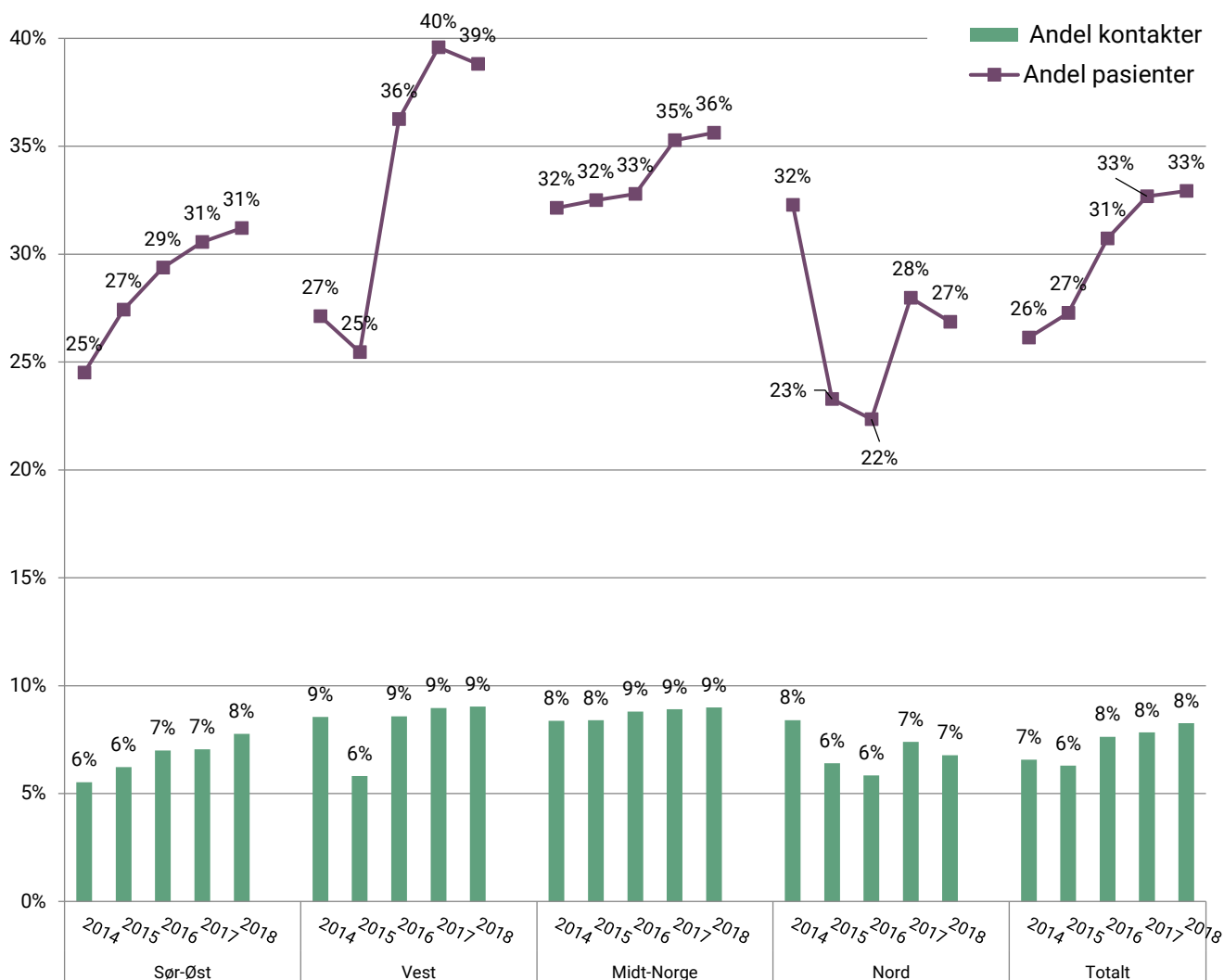
Den ambulante virksomheten er organisert ulikt i regionene og i tillegg er det slik at personellressursene arbeider både ambulant og i ordinær poliklinisk virksomhet.

<sup>8</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/poliklinisk-rusbehandling-2013-2017>

Definisjonen av ambulant virksomhet i løpet av perioden 2014-2018 tar utgangspunkt i informasjonen om hvor den innrapporterte pasientrelaterte aktiviteten/konsultasjonen har funnet sted. Som ambulant virksomhet er aktivitet *utenfor egen institusjon* lagt til grunn. Telemedisinsk behandling, uavhengig av behandlingssted, er ikke inkludert. I tillegg er bruken av takstene og særkoden som er innført i finansieringsøyemed, også inkludert. Denne definisjonen vil gi et samlet anslag på andel ambulant virksomhet i regionene i løpet av perioden 2014-2018.

Ambulant virksomhet i regionene er beskrevet i form av andel av all dagbasert/poliklinisk virksomhet og andel av de korresponderende pasientene som blir berørt og presentert i figur 8-14.

Figur 8-14: Ambulant virksomhet i regionene i perioden 2014-2018.



Den ambulante virksomheten utgjorde om lag 8-9 prosent av det dagbaserte og/eller polikliniske virksomheten i sektoren i perioden 2014-2018. Omfanget hadde endret seg lite målt som andel av den samlede virksomheten. Tilbudet hadde imidlertid blitt rettet mot en større andel av det korresponderende pasientgrunnet og i 2018 hadde en tredjedel av pasientene blitt berørt av den ambulante virksomheten. I tillegg hadde pasientene fått flere kontakter og i løpet av perioden 2014-2018 hadde

antall kontakter per pasient økt fra 3 til 5 kontakter per pasient per år. Halvparten av pasientene mottok imidlertid 1-2 kontakter (median=2), mens en fjerdedel av pasientene mottok 4 eller flere kontakter. I løpet av perioden hadde gjennomsnittlig antall ambulante kontakter per pasient økt fra 3 til 4.

Det var forskjeller mellom regionene med hensyn til bruken av poliklinisk virksomhet, men når det gjaldt andel konsultasjoner innen ambulant virksomhet, var det mindre forskjeller. Andel pasienter som ble omfattet av tilbudet økte i alle regionene i løpet av 2014-2018, med unntak av i Nord. Regionen hadde også den laveste andel pasienter som mottok ambulante tjenester, mens Vest hadde en høy andel av pasientene innen dette tilbudet. I tillegg hadde Vest flere kontakter per pasient (7 kontakter per pasient i gjennomsnitt) sammenlignet med Nord (3 kontakter per pasient i gjennomsnitt).

Det er rimelig å forvente at ambulant virksomhet utgjorde en mindre andel av den dagbaserte og polikliniske virksomheten i Nord på grunn av landsdelens geografi. Men til tross for regionens lave dekningsrater for poliklinisk tilbudet (figur 8-13) utgjorde ambulant virksomhet omtrent en tilsvarende andel av dagbasert og poliklinisk virksomhet som i de øvrige regionene.

### **Datagrunnlag poliklinisk virksomhet**

Datagrunnlaget for dagbaserte og polikliniske konsultasjoner var de samlede innrapporterte kontakter til NPR. Innrapporteringen i 2017 åpnet for muligheten til å rapportere utdeling av LAR-medikament (ICD10: Z50.30). Denne virksomheten genererte mange kontakter i og med at utdelingen ofte skjedde ukentlig. Utdeling av LAR-medikament var av en mer rutinemessig karakter sammenlignet med øvrig poliklinisk virksomhet og ble derfor ekskludert fra statistikken over dagbasert og poliklinisk virksomhet i TSB. Definisjonen av ambulant virksomhet ble basert på følgende kode for attributtet *Sted for aktivitet* (OID=8434)<sup>9</sup>: 2=Hos ekstern instans, 4= Hjemme hos pasienten, 5= Annet ambulant sted og 9=Annet sted. I tillegg er kontakter med takst P17/P27 (2016-2017) eller særkode B0015 (2018)<sup>10</sup> (*Ambulant konsultasjon særskilt begrunnet i pasientens behov*) inkludert som ambulant virksomhet. Registreringen av særkode ble angitt for over 70 prosent av de ambulante kontaktene i 2018. Med innføringen av takst i 2016 ble imidlertid denne også benyttet for konsultasjoner ved egen institusjon (!) og dette bidro betydelig (en tredjedel) til veksten av ambulante konsultasjoner fra 2015-2016. Omfanget av denne rapporteringen ble mindre frem til 2018. På grunn av slike forskjeller i bruk av takst/særkoder og ulik forståelse av hvordan registreringsregler begrunnet i finansieringsøyemed skal operasjonaliseres, må utviklingstall tolkes med forsiktighet.

Vi ser i denne sammenhengen på andeler av virksomheten heller enn volumtall og dekningsrater. Samlet sett vil trolig denne definisjonen gi et anslag på det samlede innslaget av ambulant virksomhet som tilbys pasientene innen det dagbaserte og polikliniske tilbudet.

<sup>9</sup> <https://volven.no/produkt.asp?id=392398&catID=3&subID=8>

<sup>10</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf#regelverk-2018>

# 9. Døgnplasser i TSB

## 9.1 Antall døgnplasser ved helseforetak og private avtaleinstitusjoner

Antall døgnplasser gir en indikasjon på kapasiteten i døgntilbudet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Statistikken baserer seg på en opptelling av antall døgnplasser ved utgangen av året. Dette er informasjon som kartlegges årlig gjennom samleoppgaver som innhentes av SSB på skjema 38<sup>11</sup>. Antall døgnplasser omfatter det totale antall plasser som er tilrettelagt med tilpasset bemanning og som legger en ytre ramme for den planlagte døgnkapasiteten innen denne sektoren. Om lag 60 prosent av døgnplassene er lokalisert ved private avtaleinstitusjoner og dette er primært ideelle private foretak. Avtalene har til en viss grad fått en ytre ramme som gir preg av langsiktighet, men det er de årlige ytelsesavtalene som presiserer bidraget fra de private avtaleinstitusjonene.

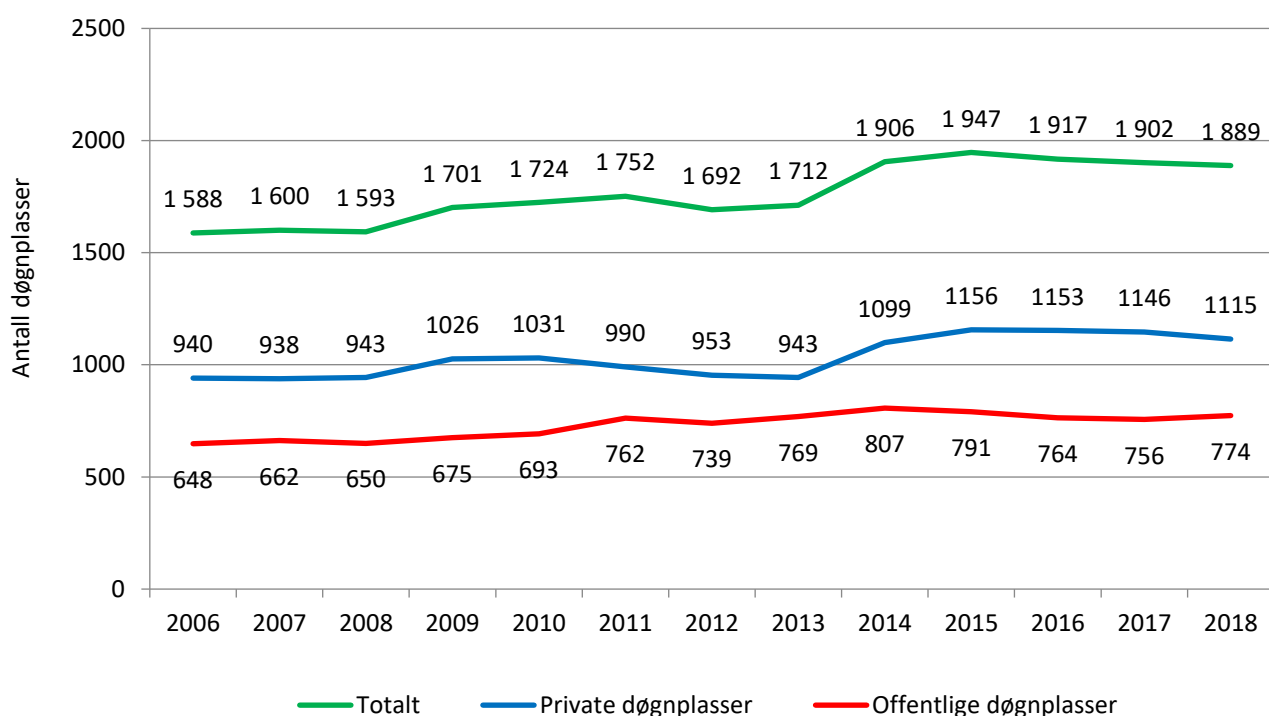
Utviklingen over perioden 2008 til 2018, fordelt på døgnplasser ved offentlige helseforetak og private avtaleinstitusjoner, er vist i figur 9-1.

---

<sup>11</sup> <https://www.ssb.no/innrapportering/naeringsliv/helseforetak>



Figur 9-1: Antall døgnplasser i TSB ved offentlige behandlingssteder og private avtaleinstitusjoner i perioden 2006-2018.



Utviklingstrekkene i figur 9-1 viser at veksten i antall døgnplasser fra perioden 2013-2015 ble avløst av en nedgang frem til 2018. I oppdragsdokumentene fra Helse – og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2014<sup>12</sup> ble det angitt måltall for vekst i antall døgnplasser i TSB for hver region. Det ble fremmet ønske om at 200 flere avtaleplasser hos ideelle virksomheter skulle etableres, fordelt på 110 plasser i Helse Sør-Øst, 40 plasser i Helse Vest og 25 plasser i Helse Midt- Norge og 25 plasser i Helse Nord. I tillegg ble basisbevilgningen til regionene styrket for å øke kjøp fra private innen psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Kapasitetsøkningen innen TSB skulle bidra til flere langtidsplasser og til økt behandlingsskapasitet for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser, akutt- og abstinensbehandling, gravide/familier med rusproblemer og unge med mer omfattende hjelpebehov. Helse Sør-Øst hadde oppfylt måltallet ved utgangen av 2014, men siden hadde antall døgnplasser ved private foretak gått ned. Helse Vest nådde sitt måltall i 2015. Helse Nord nådde sitt måltall i 2014 gjennom å videreføre og utvide sine rammeavtaler, mens Helse Midt-Norge nådde ikke sitt måltall.

I tabell 9-1 er antall døgnplasser i regionene ved utgangen av 2018 presentert. I tillegg er endringer i antall døgnplasser fra 2013 til 2018 og fra 2017 til 2018 presentert.

<sup>12</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

Tabell 9-1 Antall døgnplasser i TSB i 2018 og endring i antall døgnplasser fra 2013 og 2017 etter tilknytningsregion.

| Region           | Døgnplasser 2018 |        |        | Endring i antall døgnplasser fra 2013 |        |        | Endring i antall døgnplasser fra 2017 |        |        |
|------------------|------------------|--------|--------|---------------------------------------|--------|--------|---------------------------------------|--------|--------|
|                  | Offentlig        | Privat | Totalt | Offentlig                             | Privat | Totalt | Offentlig                             | Privat | Totalt |
| Helse Sør-Øst    | 430              | 697    | 1127   | -3                                    | 106    | 103    | 9                                     | -32    | -23    |
| Helse Vest       | 142              | 219    | 361    | -2                                    | 47     | 45     | 1                                     | 1      | 2      |
| Helse Midt-Norge | 99               | 108    | 207    | -5                                    | -6     | -11    | 0                                     | 0      | 0      |
| Helse Nord       | 103              | 91     | 194    | 15                                    | 25     | 40     | 8                                     | 0      | 8      |
| Totalt           | 774              | 1115   | 1889   | 5                                     | 172    | 177    | 18                                    | -31    | -13    |

I perioden 2013 til 2018 var det en samlet økning på 177 døgnplasser i TSB. Økningen var primært knyttet til de private avtaleinstitusjonene. Siste år var det en nedgang på 13 døgnplasser. I løpet av det siste året økte døgnplasskapasiteten ved helseforetakene med 18 døgnplasser. Samtidig ble det 31 færre private avtaleplasser og reduksjonen var primært i Helse Sør-Øst.

Det offentlige tilbudet ivaretar i stor grad tilbudet om øyeblikkelig hjelp innen TSB. Omfanget av akutt plasser innhentes gjennom samleoppgavene som rapporteres til SSB, men kvaliteten og komplettheten i disse opplysningene er ikke gjennomgått. Kartleggingen av akutt tilbudet for rusmiddelavhengige som ble gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste TSB ved Oslo universitetssykehus konkluderte med at det var store forskjeller i omfang og innhold<sup>13</sup>, og i lys av dette må det utvikles en mer nyansert innhenting av informasjon om denne virksomheten før man kan presentere statistikk over akutt plasser.

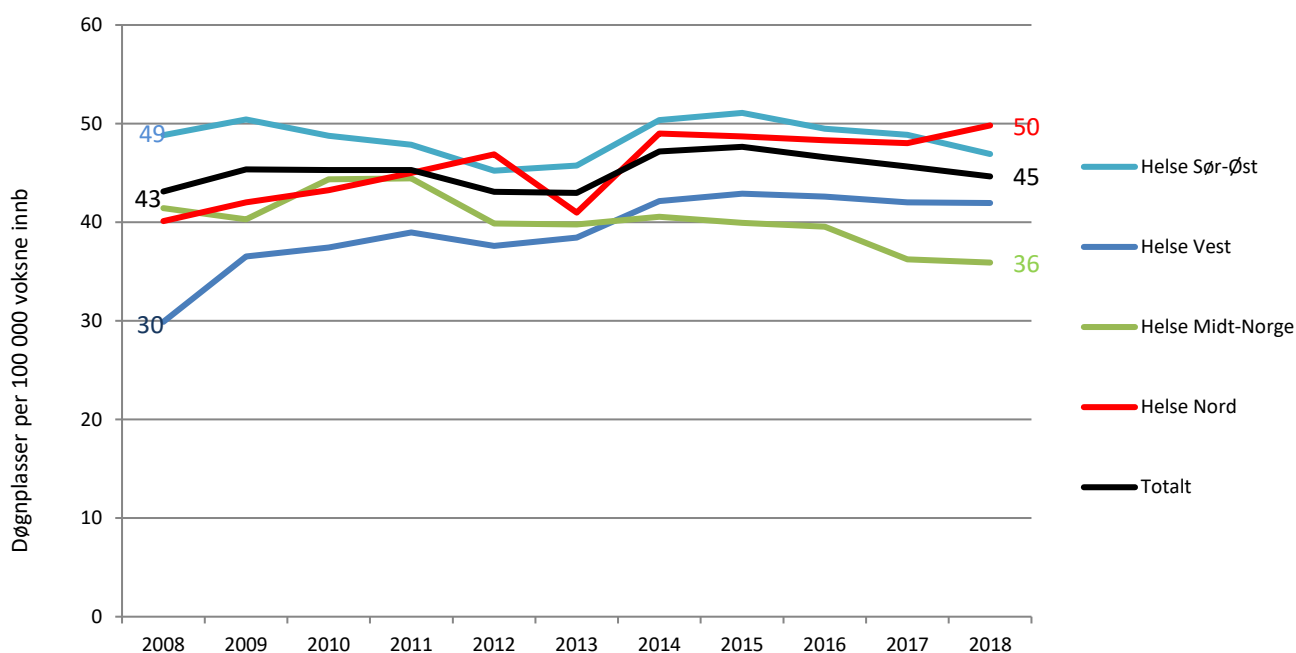
## 9.2 Antall døgnplasser relatert til befolkningsgrunnet

I regionenes «sørge for» ansvar ligger det også et ansvar om å tilby en kapasitet innen døgnbehandlingstilbudet som er tilpasset regionens befolkningsgrunnlag. Det er de respektive regionale helseforetak (RHF) som har ansvaret for de ytre rammene for døgnplasskapasiteten innen sektoren og etableringen av døgntilbudet gjøres i samarbeid med helseforetak og private avtaleinstitusjoner.

I figur 9-2 er utviklingstall for dekningsratene i regionene presentert. Dekningsraten er antall døgnplasser per 100 000 voksne innbyggere.

<sup>13</sup> <https://rop.no/aktuelt/hva-er-et-godt-akutt tilbud-for-ruspasienter/>

Figur 9-2: Dekningsrate for døgnplasser i TSB i regionene i perioden 2008-2018.



Dekningsraten i regionene viser en svak nedgang det siste året på grunn av at manglende vekst i døgnplasser ikke kompenserer for befolkningsveksten. Gjennom perioden 2008 til 2018 hadde Helse Sør-Øst stort sett tilbudt den høyeste dekningsraten sammenlignet med de øvrige regionene. Helse Vest hadde den laveste dekningsraten i 2008, men økte kapasiteten i 2013 og har siden hatt ett stabilt nivået frem til slutten av perioden. Helse Midt-Norge hadde i 2014 en lavere dekningsrate for døgnplasser i TSB sammenlignet med de øvrige regionene, og regionen reduserte dekningsraten ytterligere fra 2016 til 2018.

### 9.3 Grunnlagstabell for døgnplasser

En oversikt over antall døgnplasser i TSB ved helseforetak og private avtaleinstitusjoner i regionene er presentert i tabell 9-2. Ordningen fritt behandlingsvalg (FBV) inkluderer ikke inngåelse om avtaleplasser og er derfor ikke inkludert i tabellen over døgnkapasitet.

Tabell 9-2 Antall døgnplasser i TSB i perioden 2008-2018.

|            |                 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Sør-Øst    | Helseforetak    | 423  | 442  | 431  | 428  | 408  | 433  | 445  | 446  | 421  | 421  | 430  |
|            | Private foretak | 590  | 619  | 611  | 613  | 590  | 591  | 698  | 729  | 730  | 729  | 697  |
|            | Totalt          | 1013 | 1061 | 1042 | 1041 | 998  | 1024 | 1143 | 1175 | 1151 | 1150 | 1126 |
| Vest       | Helseforetak    | 45   | 56   | 68   | 126  | 132  | 144  | 159  | 145  | 145  | 141  | 142  |
|            | Private foretak | 180  | 224  | 224  | 183  | 172  | 172  | 193  | 217  | 217  | 218  | 219  |
|            | Totalt          | 225  | 280  | 292  | 309  | 304  | 316  | 352  | 362  | 362  | 359  | 361  |
| Midt-Norge | Helseforetak    | 111  | 101  | 112  | 118  | 101  | 104  | 108  | 105  | 103  | 99   | 99   |
|            | Private foretak | 101  | 108  | 121  | 119  | 115  | 114  | 117  | 119  | 115  | 108  | 108  |
|            | Totalt          | 212  | 209  | 233  | 237  | 216  | 218  | 225  | 224  | 218  | 207  | 207  |
| Nord       | Helseforetak    | 71   | 76   | 82   | 90   | 98   | 88   | 95   | 95   | 95   | 95   | 103  |
|            | Private foretak | 72   | 75   | 75   | 75   | 76   | 66   | 91   | 91   | 91   | 91   | 91   |
|            | Totalt          | 143  | 151  | 157  | 165  | 174  | 154  | 186  | 186  | 186  | 186  | 194  |
| Totalt     | Helseforetak    | 650  | 675  | 693  | 762  | 739  | 769  | 807  | 791  | 764  | 756  | 774  |
|            | Private foretak | 943  | 1026 | 1031 | 990  | 953  | 943  | 1099 | 1156 | 1153 | 1146 | 1115 |
|            | Totalt          | 1593 | 1701 | 1724 | 1752 | 1692 | 1712 | 1906 | 1947 | 1917 | 1902 | 1889 |

# 10. Døgnbehandling i TSB

## 10.1 Innleggelser som øyeblikkelig hjelp ved foretakene

Ved helseforetakene bygges det opp beredskap for å ivareta plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp innen sektoren<sup>14</sup>. Dette tilbudet synliggjøres her gjennom andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Dette er innleggelser som ofte resulterer i korte opphold og som ikke medfører stor økning i oppholdsdøgn. I tabell 10-1 er omfanget av øyeblikkelig hjelp - innleggelser i TSB presentert for perioden fra 2014 til 2018.

Tabell 10-1: Andel (prosent) innleggelser som øyeblikkelig hjelp ved helseforetakene og ved private avtaleinstitusjoner i TSB i perioden 2014-2018.

| Behandlingssted |            | Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (prosent) |      |      |      |      | Innleggelser ved HF/ private avtaleinstitusjoner |                         |
|-----------------|------------|---|------|------|------|------|--|-------------------------|
|                 |            | 2014  | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Antall i 2018                                    | Prosent endring 2014-18 |
| HF              | Sør-Øst    | 31  | 29   | 29   | 28   | 31   | 6196   | 10                      |
|                 | Vest       | 9   | 15   | 32   | 35   | 39   | 778  | 23                      |
|                 | Midt-Norge | 23  | 35   | 29   | 38   | 43   | 1378   | 54                      |
|                 | Nord       | 3   | 4    | 6    | 5    | 13   | 954  | 12                      |
|                 | Totalt     | 25  | 26   | 26   | 27   | 31   | 9306   | 16                      |
| Private foretak |            | 4   | 4    | 4    | 4    | 5    | 5784   | 13                      |
| Totalt          |            | 17  | 17   | 17   | 18   | 21   | 15090  | 15                      |

Tabell 10-1 viser at om lag 30 prosent av innleggelsene ved helseforetakene var øyeblikkelig hjelp - innleggelser i 2018 og andelen økte fra en fjerdedel i 2014. Ved helseforetakene i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge utgjør øyeblikkelig hjelp-innleggelser en betydelig andel av døgnvirksomheten. Veksten i øyeblikkelig hjelp-innleggelser har imidlertid funnet sted i alle regionene, men utgjør fremdeles en liten andel av døgntilbudet i Helse Nord. Blant de private institusjonene er det få institusjonene som har akuttberedskap.

## 10.2 Varigheten av døgnbehandlingen ved foretakene

Døgntilbudet i TSB tilbys både ved helseforetakene og ved private foretak. Omlag 60 prosent av døgnplassene er private avtaleplasser. Behandlingstilbudet ved helseforetak og private foretak er ulikt i regionene og varigheten av døgnbehandlingen i helseforetakene og ved de private institusjonene er presentert separat i tabell 10-2.

<sup>14</sup> [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)

Tabell 10-2: Varigheten av døgnbehandlingen etter behandlingssted. Utskrivninger fra helseforetak og private avtaleinstitusjoner i 2014-2018.

| Behandlingssted       | Region <sup>1</sup> | 2014         |                                    | 2015         |                                    | 2016         |                                    | 2017         |                                    | 2018         |                                    |
|-----------------------|---------------------|--------------|------------------------------------|--------------|------------------------------------|--------------|------------------------------------|--------------|------------------------------------|--------------|------------------------------------|
|                       |                     | Median dager | Estimert trimpunkt<br>(95% grense) | Median dager | Estimert trimpunkt<br>(95% grense) | Median dager | Estimert trimpunkt<br>(95% grense) | Median dager | Estimert trimpunkt<br>(95% grense) | Median dager | Estimert trimpunkt<br>(95% grense) |
| HF                    | Sør-Øst             | 10           | 41,5                               | 10           | 41,5                               | 10           | 41,5                               | 10           | 39                                 | 9            | 31,5                               |
|                       | Vest                | 26           | 205,5                              | 28           | 204                                | 25,5         | 190,5                              | 22           | 153,5                              | 20           | 124                                |
|                       | Midt-Norge          | 15,5         | 151,5                              | 8            | 103                                | 11           | 83                                 | 8            | 63                                 | 8            | 63                                 |
|                       | Nord                | 21           | 107,5                              | 19           | 95,5                               | 20           | 106,75                             | 17           | 98,25                              | 15           | 97                                 |
|                       | <b>Totalt</b>       | <b>12</b>    | <b>55</b>                          | <b>12</b>    | <b>54</b>                          | <b>12</b>    | <b>51,5</b>                        | <b>11</b>    | <b>46,5</b>                        | <b>10</b>    | <b>44</b>                          |
| Private institusjoner | Sør-Øst             | 56           | 341                                | 45           | 327                                | 56           | 387,5                              | 43           | 351,5                              | 69           | 398,5                              |
|                       | Vest                | 17           | 74                                 | 20           | 105                                | 19           | 91,5                               | 18           | 91,5                               | 16           | 92                                 |
|                       | Midt-Norge          | 9            | 96,5                               | 11           | 99                                 | 11           | 120                                | 14           | 131                                | 14           | 129,5                              |
|                       | Nord                | 49,5         | 252                                | 35           | 264,5                              | 38,5         | 327                                | 49           | 397,5                              | 23           | 287,5                              |
|                       | <b>Totalt</b>       | <b>21</b>    | <b>212</b>                         | <b>21</b>    | <b>212</b>                         | <b>22</b>    | <b>230,5</b>                       | <b>21</b>    | <b>213</b>                         | <b>22</b>    | <b>223</b>                         |
| <b>Totalt</b>         |                     | <b>14</b>    | <b>101</b>                         | <b>14</b>    | <b>105</b>                         | <b>14</b>    | <b>111</b>                         | <b>14</b>    | <b>97,5</b>                        | <b>13</b>    | <b>95</b>                          |

<sup>1</sup>Antall utskrivninger ved regionens helseforetak er fordelt etter tilknytningsregion og utskrivninger ved private døgninstitusjoner er fordelt etter pasientens bostedsregion.

Varigheten av døgnbehandling ved helseforetakene hadde samlet sett en medianverdi på 10 dager i 2018. Dette betyr at halvparten av døgnbehandlingene ved helseforetakene var avsluttet i løpet av 10 dager. Dette resultatet tydet på en nedgang i median varighet siden 2014 som i all hovedsak har funnet sted de to siste årene i perioden. Den estimerte 95 prosent trimpunktgrensen var på 44 dager i 2018. Dette betyr at de fem prosent lengste døgnbehandlingene hadde 44 dagers varighet eller mer dette året og denne grensen var 11 dager kortere i 2018 enn i 2014.

Døgnbehandlingen ved de private foretakene hadde lengre varighet enn ved helseforetakene. Døgnbehandlingene ved de private foretakene hadde en median varighet på om lag 21/22 dager gjennom denne perioden. Trimpunktgrensen gikk både opp og ned i løpet av disse årene men i 2018 ble 95 prosent av døgnbehandlingene avsluttet innen 223 dager. Det samlede tilbudet ved private foretak inkluderer både private avtaleinstitusjoner og institusjoner som tilbød fritt behandlingsvalg (FBV) denne perioden.

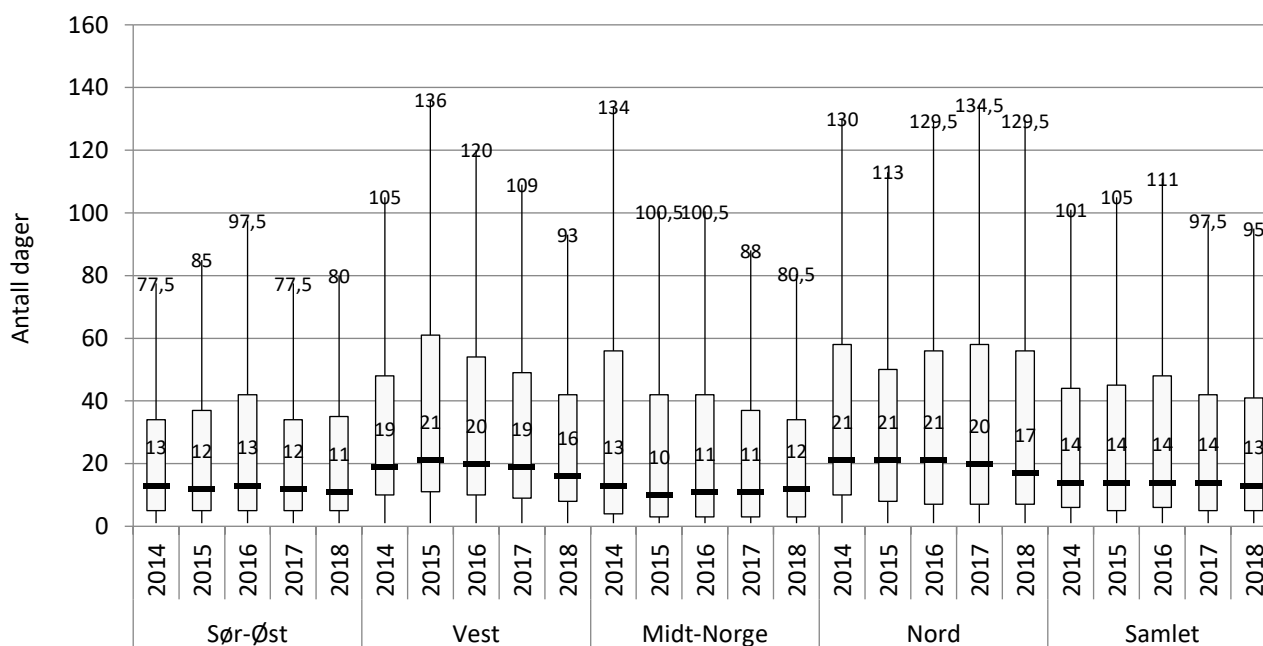
For helseforetak og private foretak samlet sett, var median varighet av døgnbehandling på 13 dager og 95 prosent av døgnbehandlingene er avsluttet innen 95 dager i 2018. Det var store forskjeller mellom regionene med hensyn til døgnbehandlingens varighet; både ved helseforetakene og ved de private foretakene.

Døgnbehandlingen ved helseforetakene i Helse Vest og Helse Nord var gjennomgående lengre enn ved helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Samtidig ble døgnbehandlingen ved helseforetakene i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord noe kortere i løpet av perioden.

Samlet sett var døgntilbudene lengre ved private foretak sammenlignet med døgntilbudene ved helseforetakene i regionene, med unntak av i Helse Vest. De korteste døgntilbudene ved private foretakene var innen døgntilbudet i Helse Midt-Norge.

I figur 10-1 er varigheten av døgntilbud basert på alle utskrivningene ved foretakene i løpet av 2014-2018 presentert ved bruk av boksplokk (se avsnitt 10.3). Median varighet og estimert trimpunkt er tallfestet i figuren.

Figur 10-1: Varigheten av døgntilbudet ved helseforetak og private foretak i regionene. Varigheten er beskrevet ved boksplokk.



Figur 10-1 illustrerer varigheten av døgntilbudet ved helseforetakene og bidraget fra døgntilbudet ved de private foretak i løpet av perioden 2014-2018. I Helse Vest og i Helse Midt-Norge var det en tendens til kortere døgntilbud i løpet av denne perioden. Døgntilbudene ved foretakene i Helse Sør-Øst og Midt-Norge i 2018 var noe kortere sammenlignet med Helse Vest og Helse Nord.

### 10.3 Forløp etter utskrivning fra døgntilbud

#### Forløp i løpet av det første året etter utskrivning

Forløp i løpet av det første året etter utskrivning viser omfang av overføringer, ny innleggelse og andel utskrivninger hvor det ikke har funnet sted ny døgntilbud for pasienten. Her er eventuell videre døgntilbud i psykisk helsevern også tatt hensyn til.

Utskrivninger fra helseforetak og private foretak innen TSB i 2013, 2015 og 2017 er utgangspunktet for den summariske beskrivelsen av forløpet i løpet av 365 dager etter utskrivning som er presentert i figur 10-2.





Andel utskrivninger som etterfølges av ny innleggelse i psykisk helsevern på et senere tidspunkt, utgjør 9 prosent og har endret seg lite i løpet av perioden. Andel døgnbehandlinger som ikke etterfølges av ny døgnbehandling i løpet av året etter utskrivning, reduseres i perioden. Dette gjaldt 37 prosent av utskrivningene i 2013 og 32 prosent av utskrivningene i 2017.

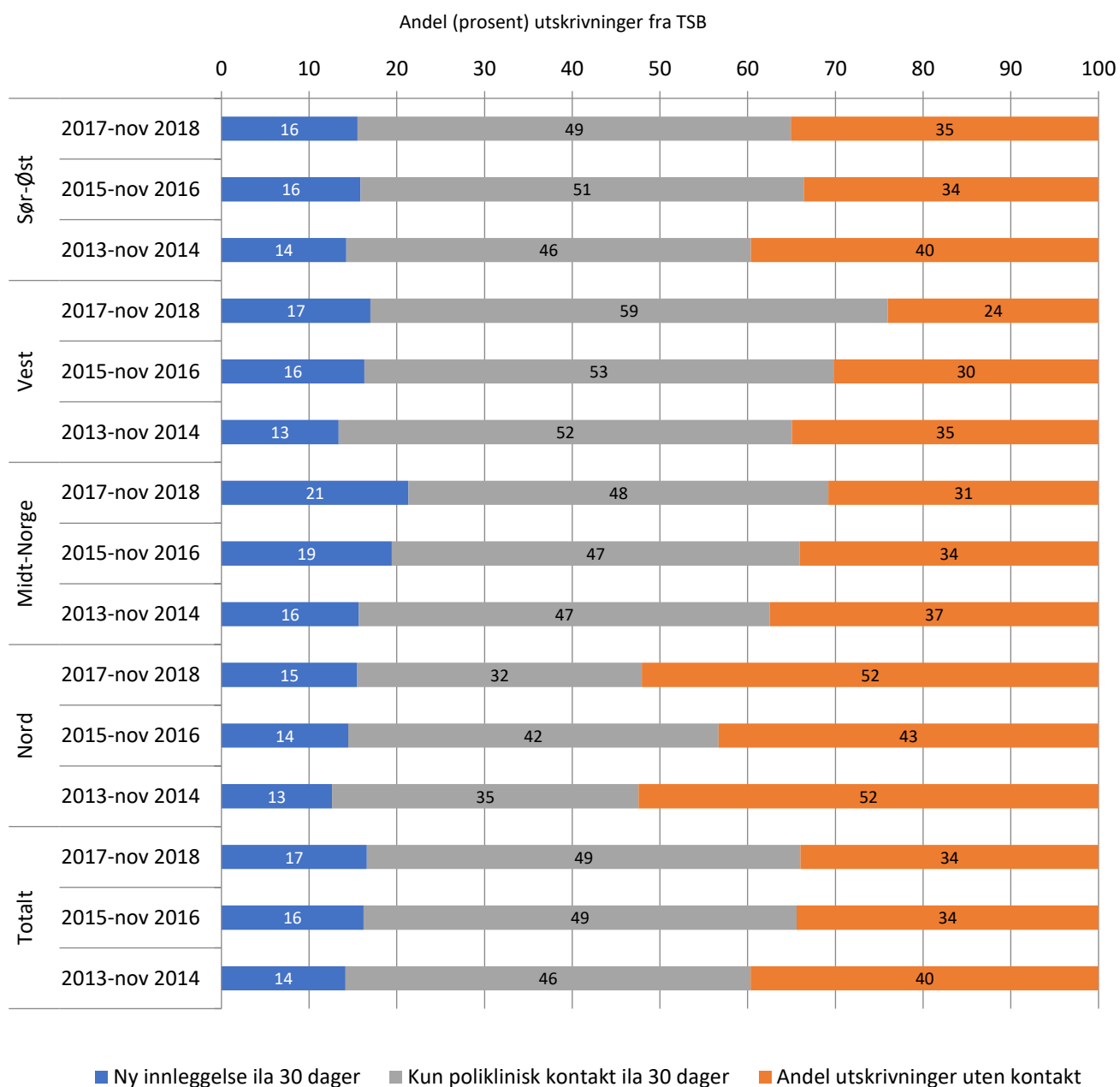
Hovedtrenden med en større andel overføringer mellom helseforetak og private foretak gjenfinnes ved alle regionene. Helse Nord har imidlertid en lavere andel overføringer sammenlignet med de øvrige regionene og tyder på en mindre grad av samarbeid mellom helseforetak og private foretak.

Pasienter som ble utskrevet fra Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde i større grad nye innleggelser i løpet av det etterfølgende året. Det er små forskjeller mellom regionene med hensyn til bruk av døgnbehandling i psykisk helsevern for pasientene som har vært innlagt i TSB.

### **Forløp i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning**

I dette avsnittet har vi sett på i hvilken grad pasientene ble fulgt opp med kontakt fra spesialisthelsetjenesten i løpet av den første måneden etter avsluttet døgnbehandling. For å beskrive dette forløpet tok vi utgangspunkt i avsluttede døgnbehandlinger ved helseforetak og private foretak i tre perioder: 2013-november 2014, 2015-november 2016 og 2017-november 2018. Regionvise resultater er presentert i figur 10-3.

Figur 10-3: Forløp i løpet av de første 30 dager etter avsluttet døgnbehandling i TSB.



Samlet sett er 34 prosent av utskrivningen uten ny kontakt med TSB eller psykisk helsevern i løpet av de første 30 dagene når vi ser på utskrivninger i tidsrommet 2015-2018. For avsluttede døgnbehandling i den første perioden (2013-november 2014) var 40 prosent av pasientene uten kontakt med TSB eller psykisk helsevern.

Nær halvparten av pasientene hadde kun poliklinisk kontakt med TSB eller psykisk helsevern etter utskrivning i tidsrommet 2015-2018. Andel pasienter med ny innleggelse i løpet av den første måneden økte fra 14 til 17 prosent av utskrivningene i TSB når vi sammenlignet første periode med de to siste periodene. Pasientene som ble skrevet ut fra døgnbehandling i TSB fikk i større grad oppfølging av

behandlingstjenestene den første måneden etter utskrivning i løpet av tidsrommet 2013-2018. Dette dreide seg både om poliklinisk kontakt, men også om ny innleggelse for disse pasientene.

Det var forskjeller mellom regionene med hensyn til kontakt etter avsluttet døgnbehandling i TSB. I Helse Nord hadde halvparten av pasientene ingen kontakt med TSB eller psykisk helsevern i løpet av de første 30 dagene etter avsluttet døgnbehandling i TSB. Dette var særlig knyttet til at regionen i mindre grad tilbudte poliklinisk kontakt etter utskrivning sammenlignet med de øvrige regionene. I Helse Vest hadde pasientene i stor grad poliklinisk kontakt med TSB eller psykisk helsevern etter utskrivning. For alle regionene, med unntak av Helse Nord, så det ut som om omfanget av poliklinisk kontakt etter utskrivning økte når vi så på utviklingen fra 2013 til 2018. Alle regionene hadde i større grad tilbudt ny innleggelse i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning fra TSB i perioden 2017-2018 sammenlignet med 2013-2014. I Helse Midt-Norge hadde omfanget av ny innleggelse løpet av de første 30 dagene økt fra 16 til 21 prosent av utskrivningene i tidsrommet 2013-2018 og regionen lå høyere sammenlignet med de øvrige regionene gjennom alle tre periodene.

## 10.4 Datagrunnlag

### **Datagrunnlag og beregninger**

Beregning av døgnbehandlingens varighet og forløp var i dette avsnittet basert på utskrivninger ved helseforetak eller private foretak ved bruk av analyseenheten foretaksopphold per sektor. Det vil si at døgnopphold ved poster, avdelinger og institusjoner innad i foretaket ved samme sektor ble lenket sammen til et foretaksopphold dersom døgnbehandlingene fulgte etter hverandre i tid. Datagrunnlaget var avsluttede og uavsluttede avdelingsopphold over to år (samme pasient kan følges gjennom to år innen psykisk helsevern og TSB). Ved beregning av varigheten av døgnbehandling ble utskrivninger det siste året i toårsfilen benyttet. Bakgrunnen for dette er at enkelte pasienter hadde vært i døgnbehandling ved flere avdelinger innen foretaket og ved bruk av toårsfil sikret man at beregningene i større grad fanger opp sammenhengende døgnbehandlinger også for utskrivningene tidlig på året. Dersom en utskrivning ble videreført ved et annet foretak, ble dette synliggjort i forløpsstatistikken. Dette vil også forlenge pasientens samlede varighet av døgnbehandling og kan belyses ved bruk av pasientopphold som analyseenhet. Dette ble imidlertid ikke synliggjort i dette avsnittet i og med at avsnittet hadde foretaksperspektivet som vinkling for statistikken.

Ved beregning av forløp i løpet av det første året etter utskrivning fra foretakene, ble forløpet kategorisert i tre hovedkategorier: direkte overføring til videre døgnbehandling annet sted, ny innleggelse for døgnbehandling på et senere tidspunkt eller ingen ny døgnbehandling i løpet av dette året. I kategorien overføring inngikk overføring til et annet foretak; helseforetak eller privat foretak innen samme sektor, eller overføring til psykisk helsevern. Når det gjaldt forekomsten av ny innleggelse, var ny innleggelse ved annet foretak eller innleggelse ved psykisk helsevern inkludert i kategorien. Somatisk sektor var ikke inkludert i denne sammenhengen slik at ingen ny innleggelse betydde ingen ny døgnbehandling i TSB eller i psykisk helsevern, men kunne altså finne sted utenfor disse to sektorene.

Ved beregning av forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra foretakene, var det pasientens videre kontakt med psykisk helsevern eller TSB som ble undersøkt. Her var det avsluttede døgnbehandlinger

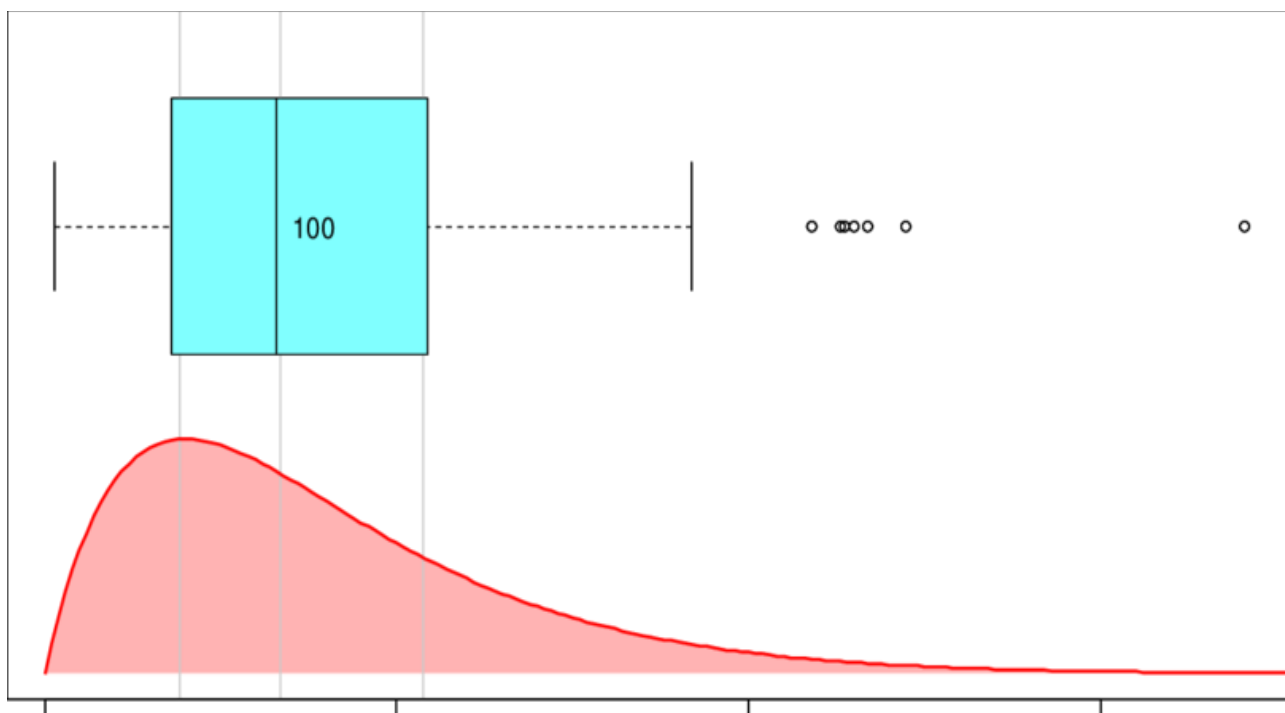
ved foretakene som ble lagt til grunn i beregningene; det vil si at beregningsgrunnlaget var avgrenset til pasienter som ikke ble overført til videre døgnbehandling ved annet foretak ved utskrivning. Beregningene var basert på avsluttede utskrivninger i løpet av 23 måneder, hvor videre kontakt i løpet av den første måneden etter utskrivning ble kartlagt. Når det gjaldt ny innleggelse eller ny kontakt, var enhver kontakt med foretakene innad TSB eller i psykisk helsevern inkludert i resultatene. Somatisk sektor og avtalespesialistene innen psykisk helsevern, var imidlertid ikke inkludert.

Foretaksoppholdene ble klassifiseres i utskrivninger ved helseforetakene og utskrivninger ved private foretak. De private foretakene består både av avtaleinstitusjoner som i all hovedsak er private ideelle institusjoner, og private aktører som har meldt sin interesse i forbindelse med ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). Regiontallene var basert på helseforetakenes tilknytningsregion og bidraget fra de private foretakene basert på pasientens bostedsregion. Resultater for hvert av helseforetakene og de private foretakene er tilgjengelig på våre nettsider.

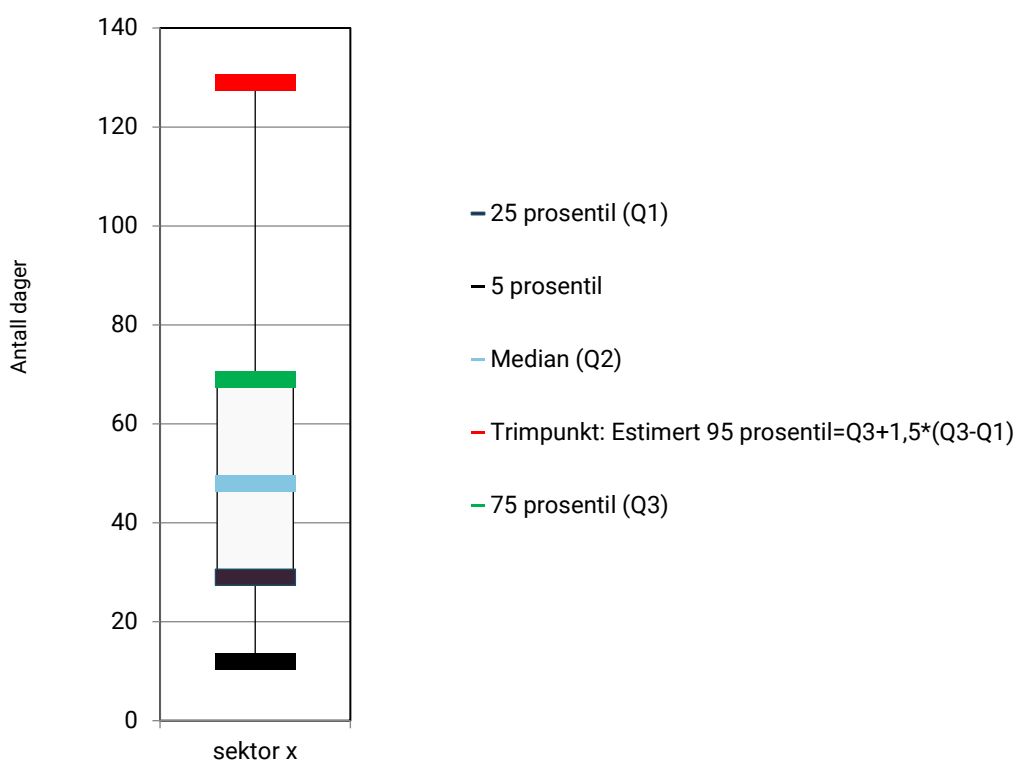
### **BoksploTT**

Når man ønsker å beskrive et utvalg som ikke er symmetrisk fordelt om sentraltendensen, er boksploTT en nyttig illustrasjonsmåte. I figur 10-4 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 prosenttilen, det betyr at 50% av observasjonene er mindre enn median. Tilsvarende er 25% av observasjonene mindre enn nedre kvartil (25 prosenttilen) og 75% av observasjonene mindre enn øvre kvartil (75 prosenttilen). Den nedre halen angir en nedre grense og den øvre halen angir en øvre grense. Den nedre grensen kan være den minste observasjonen, eller 5 prosentilet. Den øvre grensen kan være 95 prosentilen eller den estimerte 95 prosentil. I figur 10-5 er den estimerte 95 prosentilen benyttet som øvre grense i boksploTTet. Det er en robust estimator og mye brukt som grenseverdi eller øvre trimpunkt. I alt er om lag 95 prosent av observasjonene mindre eller lik dette trimpunktet.

Figur 10-4: Sammenhengen mellom den bakenforliggende fordelingen og den skjematiske illustrasjonen i form av boksplott..



Figur 10-5: Varighet av døgnbehandling i sektor x illustrert ved boksplott.



## Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014-2018

### Utgitt

September 2019

### Publikasjonsnummer:

IS-2850

### Forfattere

Solfrid Elisabeth Lilleeng

Per Bernhard Pedersen

Marit Sitter

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

### Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Holtermanns vei 70

### Forsidefoto

© HalfPoint s.r.o./Mostphotos

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)