



## Produktivitet, aktivitet og ressursinnsats i psykisk helsevern og TSB



Nr. 01/2017

 Helsedirektoratet

# Analysenotat 18/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten

Publikasjonens tittel: Produktivitet, aktivitet og ressursinnsats i psykisk helsevern og TSB

Nr: 18 /2017

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Økonomi og Analyse

Kontaktperson: Ragnild Bremnes

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

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

Forfattere: Ragnild Bremnes  
Solfrid Lilleeng  
Marit Sitter  
Per Bernhard Pedersen

Illustrasjon: Bente Restad

# SAMMENDRAG

## Sammendrag

Fra 2012 til 2016 har totale kostnader til psykisk helsevern og TSB økt om lag 3 prosent utover prisveksten i perioden. Kostnadsveksten gjelder i særlig grad rusbehandling der behandlingstilbudet i helseforetakene bygges opp og bruken av private døgnplasser øker, men også i psykisk helsevern for barn og unge har ressurstilgangen økt. I psykisk helsevern for voksne reduseres imidlertid de behandlingsrelaterte kostnadene fra 2012 til 2016. Nedgangen er i særlig grad knyttet til nedbygging av døgnavdelinger i sykehusene med omfordeling av ressurser til DPS-ene og overgang til poliklinikkbaserte tjenestetilbud. For helseforetakene samlet, utgjør omfordelingen fra døgnavdelingene til poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne anslagsvis 700 mill. kroner.

Pasientstatistikken for samme periode viser en økning i antall behandlede pasienter i tjenester for voksne, mens antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge var tilnærmet uendret. Målt ved kroner og antall pasienter, har vi med dette en situasjon siste femårsperiode med kostnads- og aktivitetsvekst for TSB, aktivitetsvekst uten kostnadsvekst i psykisk helsevern for voksne og kostnadsvekst uten aktivitetsvekst i psykisk helsevern for barn og unge. Dette gir 2 prosent økning i gjennomsnittlig kostnad per pasient i psykisk helsevern for barn og unge, 1 prosent kostnadsvekst per pasient i helseforetakenes rusbehandlingstilbud men 13 prosent kostnadsreduksjon i psykisk helsevern for voksne. Kostnad per pasient vil både være påvirket av ressursutnyttelse og kostnadsnivå i poliklinikkene og døgnavdelingene og av behandlingsomfang og behandlingsprofiler i foretakene, herunder innslag av døgnbehandling og ressursintensive behandlingsformer i de ulike delene av tjenesten. Dette er faktorer som i ulik grad har endret seg i perioden og bidratt til kostnadsutviklingen i de tre tjenesteområdene.

Målt i antall polikliniske konsultasjoner, har aktiviteten i poliklinikkene økt mye i perioden som studeres. Dette gjelder både for psykisk helsevern og i spesialisert rusbehandling. Aktivitetsveksten er muliggjort både ved flere årsverk i tjenestene og ved økt personellproduktivitet. Kostnad per polikliniske konsultasjon er dermed også redusert, og dette gjelder i særlig grad for ruspoliklinikkene. For 2016 beregnes kostnad per konsultasjon til 2 900 kroner for TSB og psykisk helsevern for voksne, mens kostnadsnivået i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker tilsvarer 3 300 kroner per refusjonsberettigede konsultasjon. I psykisk helsevern for barn og unge er all aktivitetsveksten knyttet til økt behandlingsomfang per pasient, mens pasienttallet er tilnærmet uendret. Kostnad per pasient er derfor økende selv om kostnad per konsultasjon reduseres. Dette gjelder også i det psykiske helsevernet for voksne der behandlingsomfanget har økt mer enn effekten av produktivitetsforbedringen.

TSB, som har hatt kostnadsvekst i hele perioden som studeres, økte også døgnkostnadene og aktiviteten i døgnavdelingene i helseforetakene fra 2012 til 2016. Mye av aktivitetsveksten var knyttet til oppbygging av beredskapskapasitet for å ivareta plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp, og for dette tjenesteområdet økte den gjennomsnittlige døgnkostnaden 14 prosent for perioden samlet. For 2016 beregnes gjennomsnittlig døgnkostnad for TSB til 7 100 kr. Private langtidsinstitusjoner



inngår ikke i grunnlaget for denne kostnadsberegningen, og kostnadsnivået som er beregnet er antagelig høyere enn det som gjelder for TSB totalt.

I psykisk helsevern for voksne er både døgnplasser, oppholdsdøgn og kostnader til døgnbehandling redusert fra 2012 til 2016, og utviklingen for perioden viser intensivert og mindre bruk av døgnbehandling. Selv om den gjennomsnittlige døgnkostnaden øker 7 prosent i perioden samlet og til 12 300 kroner for 2016, har denne utviklingen bidratt til å frigjøre ressurser som er benyttet til å øke befolkningens tilgang til polikliniske tjenester og til mer behandling per polikliniske pasient. Reduksjonen i kostnad per pasient for dette tjenesteområdet er med dette først og fremst drevet av endret behandlingsprofil med overføring av pasienter fra ressursintensiv behandling i døgnbaserte tjenestetilbud til mindre kostnadsintensiv poliklinisk behandling. Dette har muliggjort aktivitetsvekst uten at kostnadene har økt.

## Innledning

Dette analysenotatet vil gi en beskrivelse av ressursinnsats, aktivitet og produktivitet for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og belyser samtidig forhold som forventes å ha betydning for produktivitet og produktivitsutvikling i disse tjenesteområdene. Gjennomgangen dekker perioden 2012 til 2016, og produktivitsindikatorer beregnes særskilt for TSB, psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og psykisk helsevern for voksne (PHV-V). Alle offentlige helseforetak, alle private avtaleinstitusjoner med områdeansvar samt fire større private institusjoner som leverer tjenester innen TSB inngår i grunnlagene for analysene<sup>1</sup>.

Analysenotatet vil i noen grad synliggjøre forskjeller i produktivitet, men fokuserer først og fremst på utvikling for utvalget samlet i perioden 2012 til 2016. Grunnlagstall som viser nivå og utvikling per region og for helseforetak og private institusjoner er tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

Generelt vil produktivitsanalyser være analyser som studerer forholdet mellom *ressursinnsats* og *produksjon*, og der produktiviten beskrives som økende når ressursinnsats per produserte enhet reduseres. *Produksjon* i helsetjenestene kan måles langs flere akser, herunder også kvalitet og behandlingsresultat. Produktivitsanalyser er likevel oftest begrenset til å vurdere ressursinnsats målt opp imot kvantifiserbare aktivitetsmål for behandlingsvolum. Denne begrensningen gjelder også analysene som ligger til grunn for dette notatet. Produktivitet vil derfor videre være fortolket og omtalt som kostnadsnivå, og operasjonalisert ved tre kostnadsindikatorer som måler forholdet mellom aktivitet og kostnader til pasientbehandling:

1. Kostnad per pasient
2. Kostnad per oppholdsdøgn
3. Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon

Indikator 2 gjelder døgnavdelingene, indikator 3 gjelder poliklinikkene, mens den første indikatoren gjelder for tjenestene samlet og vil derfor påvirkes av aktivitet, ressursinnsats og ressursutnyttelse i både døgnavdelingene og poliklinikkene.

Psykisk helsevern og TSB er personellintensive tjenester, og helseforetakenes regnskapstall viser at nærmere 80 prosent av driftskostnadene er knyttet til lønn. Selv om kostnadene i tjenestene

---

<sup>1</sup> I tillegg til de offentlige helseforetakene vil følgende private være en del av analysegrunnlaget: Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, NKS Olaviken alderspsykiatriske senter, Betanien Bergen, Jæren DPS, Solli sykehus, Voss DPS/ NKS Bjørkeli, Borgestadklinikken, Rogaland A-senter, Stiftelsen Bergensklinikkene og Lade behandlingssenter.



påvirkes av flere forhold enn årsverk, vil derfor kostnadsnivået være høyt korrelert med personellinnsats. Kostnad per polikliniske konsultasjon speiler derfor langt på vei antall konsultasjoner per behandler i poliklinikkene. Kostnad per oppholdsdøgn kan også fortolkes som en indikator for kapasitetsutnyttelse og personellintensitet i døgnavdelingene. Under ellers like forhold, vil foretak med høyere personellproduktivitet i poliklinikkene, høyere belegg og lavere personellintensitet i døgnavdelingene ha et lavere kostnadsnivå per konsultasjon, per oppholdsdøgn og per pasient.

Målt ved indikatorene som nevnes over, kan lavt kostnadsnivå også handle om andre forhold enn effektiv utnyttelse av tilgjengelige personellressurser, herunder egenskaper ved foretakenes behandlingsprofiler. Gjennomgangen vil derfor også belyse 4 slike egenskaper som vil påvirke kostnadsnivået i tjenestene. Dette gjelder

- Behandlingsomfang
- Omfang av øyeblikkelig hjelp-innleggelse
- Omfang av ambulante tjenester
- Arbeidsdeling mellom døgnavdelinger og poliklinikker

Når endringer og forskjeller i kostnadsnivået er drevet av andre forhold enn ressursutnyttelse, vil man ikke uten videre kunne konkludere om produktiviteten i tjenestene uten samtidig å vurdere kvalitative forhold ved behandlingen. Aktuelle aktivitetsmål for psykisk helsevern og TSB korrigerer heller ikke for forskjeller i pasientsammensetning og ressursbehov. Det må derfor forventes at forskjeller i behandlingsprofiler i noen grad skyldes at pasientsammensetningen er ulik. Pasientsammensetning, kvalitet og behandlingsresultater belyses ikke i notatet, og analysene tar heller ikke sikte på å vurdere eller kostnadsberegne betydningen av forhold som gjelder forskjeller eller endring i behandlingsprofiler. Indikatorene vil følgelig ikke være sammenlignbare mellom foretak med svært ulik pasientsammensetning eller tjenesteinnhold, og analyseresultatene må først og fremst betraktes som et utgangspunkt for videre undersøkelser og arbeid med kvalitet, ressursutnyttelse og hensiktsmessig praksis.

## Nasjonal utvikling i fra 2012 til 2016

Gjennomgang av kostnadsdata fra spesialisthelsetjenesten viser at totale kostnader til psykisk helsevern og TSB i 2016 utgjorde 28,5 mrd. kroner. De samlede driftskostnadene for disse tjenesteområdene hadde med dette økt vel 3 prosent i perioden fra 2012. Kostnadsveksten gjaldt i særlig grad TSB der behandlingstilbudet i de offentlige helseforetakene er styrket i tillegg til at det er inngått avtaler om bruk av flere døgnplasser ved private, ideelle institusjoner. Kostnader til psykiske helsetjenester for barn og unge økte også noe i samme periode, mens i det psykiske helsevernet for voksne var ressursinnsatsen målt i faste kroner lavere i 2016 enn i 2012. Pasientstatistikken for perioden 2012 til 2016 viser en økning i antall behandlede pasienter i tjenester for voksne, mens antall behandlede pasienter i det psykiske helsevern for barn og unge var tilnærmet uendret<sup>2</sup>.

### Kostnad per pasient

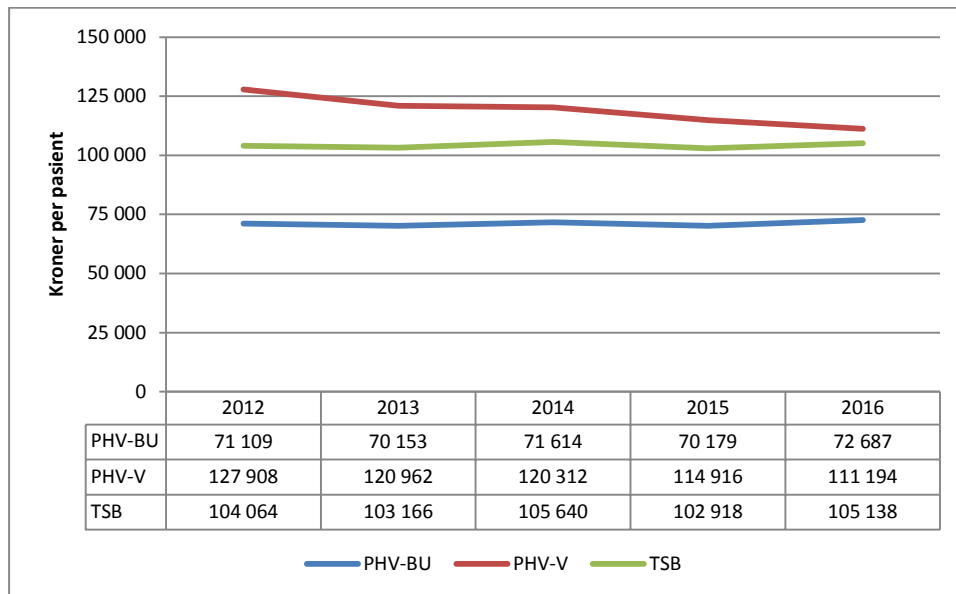
Kostnader til pasientbehandling og aktivitet målt ved behandlede pasienter har fulgt om lag samme utvikling i utvalget av helseforetak og private institusjoner som for tjenestene samlet, og endringstall fra 2012 til 2016 er gjengitt i figur 2. Målt ved kroner og antall pasienter, har vi med dette en situasjon siste femårsperiode med kostnads- og aktivitetsvekst for TSB, aktivitetsvekst uten kostnadsvekst i psykisk helsevern for voksne og kostnadsvekst uten aktivitetsvekst i psykisk helsevern for barn og unge. Dette gir 2 prosent økning i kostnad per pasient i tjenester for barn og unge. For TSB øker kostnadsnivået 1 prosent i perioden samlet, men økningen gjelder i hovedsak private institusjoner i utvalget og for siste del av perioden. De tjenesteområdene som har fått tilført ressurser i perioden som studeres har altså ikke økt aktiviteten målt ved antall behandlede pasienter tilsvarende.

I det psykiske helsevernet for voksne reduseres derimot det gjennomsnittlige kostnadsnivået fra 128 000 kroner per pasient i 2012 til 111 000 kr i 2016. Dette tilsvarer 13 prosent kostnadsreduksjon og kostnadsnivået er fallende gjennom hele perioden. Bak utviklingen ligger altså betydelig aktivitetsvekst samtidig som kostnader til pasientbehandling reduseres.

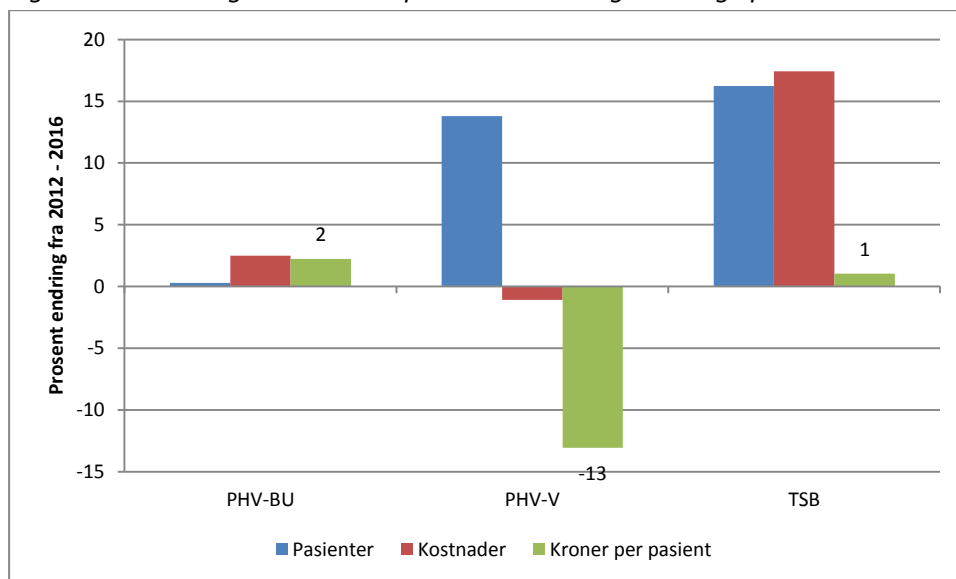
---

<sup>2</sup> Se «Døgnplasser i rusbehandlingstilbudet», Analysenotat 06/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, «Kostnader i spesialisthelsetjenesten», Analysenotat 17/17, SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, «Pasienter og behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge 2016», Analysenotat 4/17, SAMDATA Spesialisthelsetjenesten og «Pasienter og behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne 2016», Analysenotat 3/17, SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.

Figur 1: Kostnadsnivå målt ved faste kroner per pasient. Utvikling i perioden 2012 til 2016.



Figur 2: Aktivitet og kostnader til pasientbehandling. Endring i perioden 2012 til 2016.



### Kostnadsnivå i poliklinikkene

Aktiviteten i poliklinikkene har økt mye i perioden 2012 til 2016, og dette gjelder både for spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Vi har ikke informasjon om kostnader til poliklinikkene for perioden før 2016, men årsverksstatistikken viser betydelig vekst i polikliniske årsverk fra 2012 til 2016<sup>3</sup>. Dette gjelder alle tre tjenesteområder. Dersom vi forutsetter at kostnad per polikliniske

<sup>3</sup> Se «Poliklinisk og ambulant personell i det psykiske helsevernet 2016», Analysenotat 09/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten

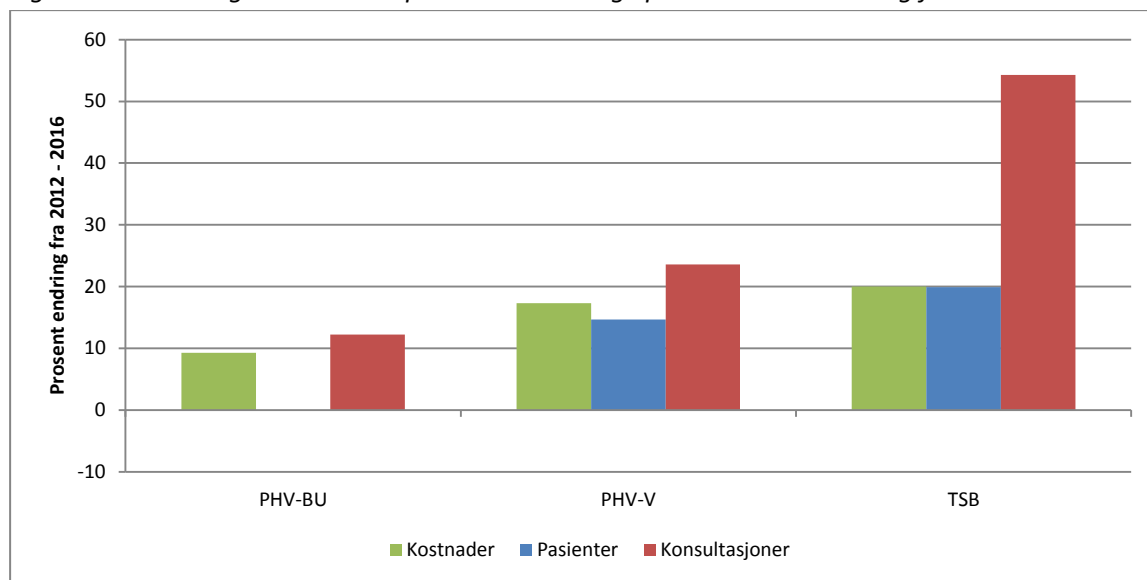


# PRODUKTIVITET, AKTIVITET OG RESSURSINNSATS I PSYKISK HELSEVERN OG TSB

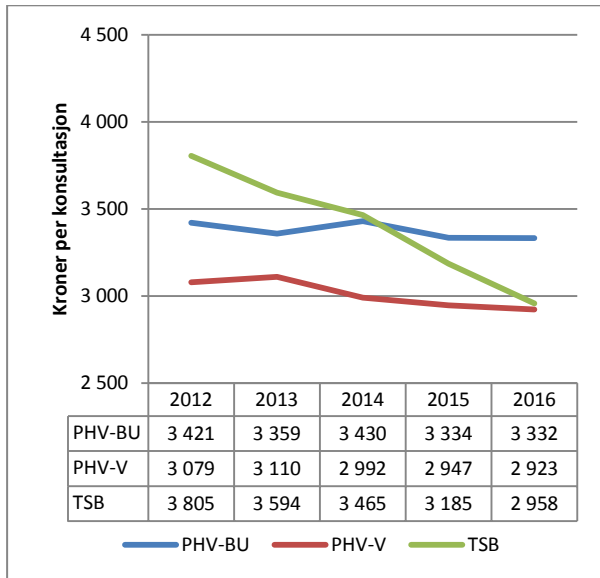
årsverk er uendret gjennom hele perioden og reelt på samme nivå som i 2016, utgjør ressursveksten i poliklinikkene om lag 1,1 mrd. kroner for psykisk helsevern og TSB samlet. Nærmere 700 mill. kroner gjelder psykisk helsevern for voksne som samtidig hadde reduksjon i totale kostnader til pasientbehandling fra 2012 til 2016.

Økningen i konsultasjoner har vært sterkere enn veksten i kostnader og årsverk, og for perioden 2012 til 2016 sett under ett, reduseres kostnad per konsultasjon i takt med økt personellproduktivitet. Dette er illustrert ved figur 4 og 5 som viser utvikling i kostnad per konsultasjon og personellproduktivitet målt ved konsultasjoner per fagårsverk. Produktivitetsforbedringen gjelder alle de tre tjenesteområdene men var størst for TSB. Ved periodens utløp hadde ruspoliklinikkene redusert gjennomsnittlig kostnad per konsultasjon med 22 prosent og til samme nivå som for psykisk helsevern for voksne. Nedgangen har ikke vært like tydelig for psykisk helsevern, og fra 2015 til 2016 var kostnadsnivået og personellproduktiviteten tilnærmet uendret i de psykiatriske poliklinikkene.

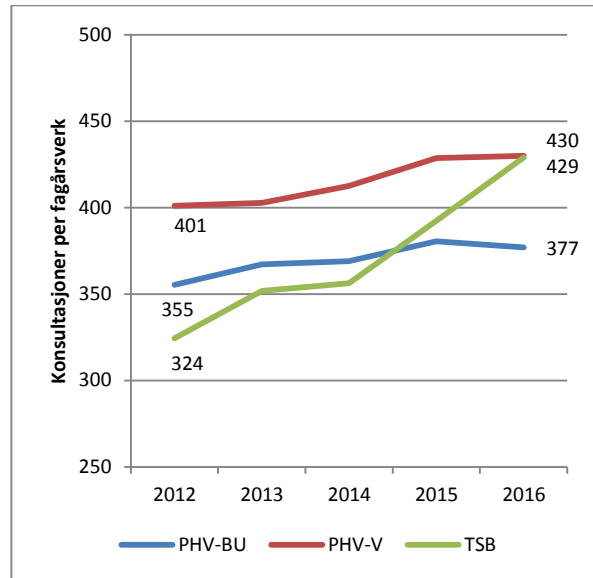
Figur 3: Aktivitet og kostnader til pasientbehandling i poliklinikkene. Endring fra 2012 til 2016.



Figur 4: Kostnadsnivå i poliklinikkene, målt ved faste kroner per konsultasjon. Endring fra 2012 - 2016.



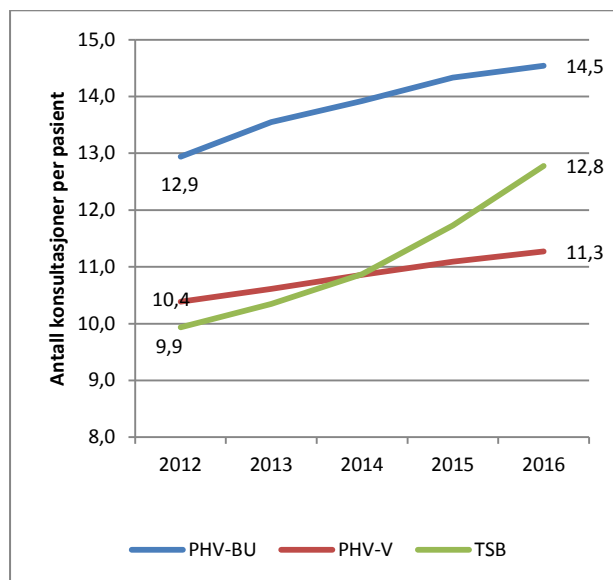
Figur 5: Personellproduktiviteten i poliklinikkene, målt ved konsultasjoner per fagårsverk. Endring fra 2012 - 2016.



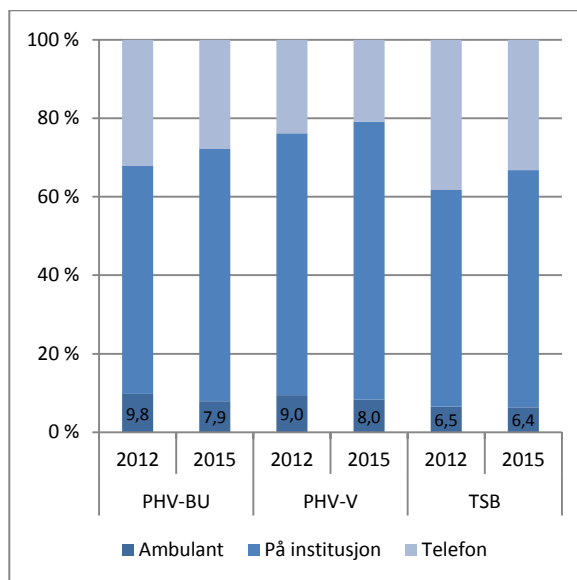
Veksten i konsultasjoner i perioden som studeres har vært sterkere enn økningen i pasienter behandlet ved poliklinikkene, og behandlingsomfanget per pasient er økende, se figur 6. Figur 7 viser at ambulante tjenester ikke øker mer enn andre konsultasjonstyper, mens andel takstgivende telefonkonsultasjoner reduseres i perioden.

For den polikliniske delen av tjenestene gir økt behandlingsomfang, men redusert kostnad per konsultasjon, i sum økt ressursinnsats per pasient for psykisk helsevern. For ruspoliklinikkene er ressursinnsatsen per pasient uendret. Dersom aktiviteten og behandlingsomfanget i poliklinikkene skulle ha økt som vist i perioden uten endring i personellproduktivitet og kostnad per konsultasjon, ville dette ha krevd ytterligere kostnadsvekst tilsvarende 660 mill. kroner for psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling samlet: 70 mill. kroner til psykisk helsevern for barn og unge, 250 mill. kroner til psykisk helsevern for voksne og 340 mill. kroner til TSB.

Figur 6: Behandlingsomfang i poliklinikkene, målt ved konsultasjoner per pasient. Endring fra 2012 - 2016.



Figur 7: Konsultasjoner i poliklinikkene. Fordeling mellom ulike kontakttyper i 2012 og 2015<sup>1</sup>.



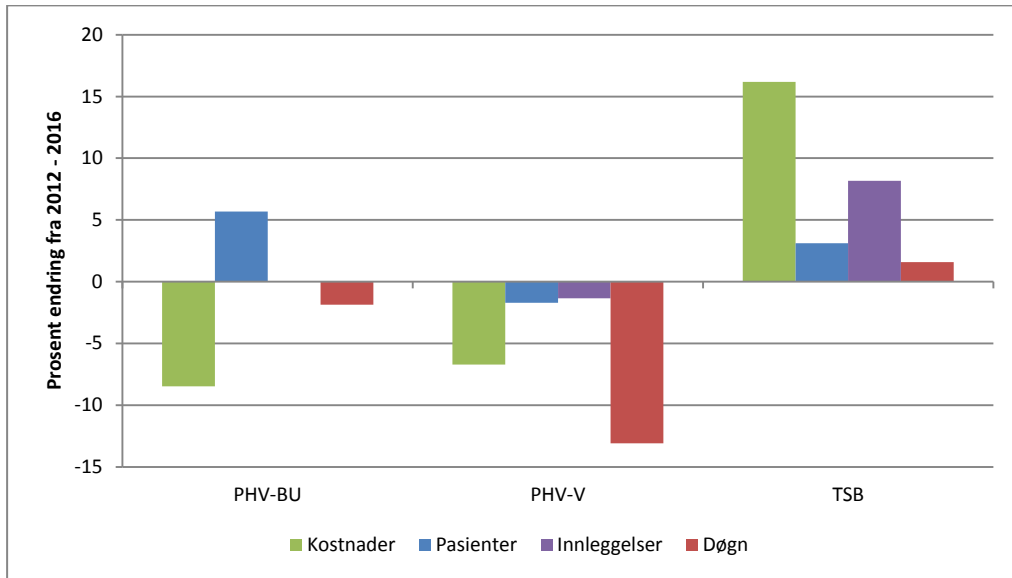
1) Innrapporteringskravet er endret i perioden. 2012 og 2015 brukes for best mulig å ivareta sammenlignbarhet.

## Kostnadsnivå i døgnavdelingene

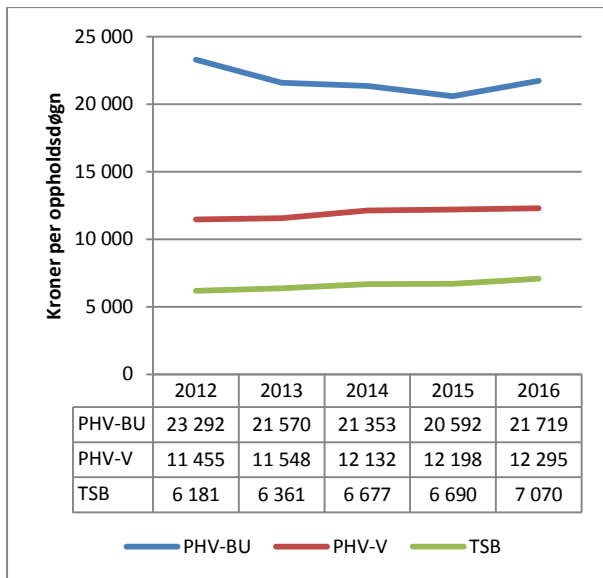
TSB, som har hatt kostnadsvekst i hele perioden som studeres, økte også døgnkostnadene og aktiviteten i døgnavdelingene i helseforetakene fra 2012 til 2016. I psykisk helsevern reduseres derimot både kostnader og antall oppholdsdøgn, og dette gjelder både i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge. Kostnadsreduksjonen fra 2012 utgjør om lag 1 mrd. kroner for psykisk helsevern samlet, mens helseforetakene og utvalget av private økte døgnbehandlingskostnadene for TSB med om lag 300 mill. kroner.

I psykisk helsevern for barn og unge behandles 97 prosent av pasientene uten innleggelse, men selv om døgnbehandling bare gjelder tre prosent av pasientene, viser rapporterte kostnadstall for 2016 at døgnavdelingene i tjenestene legger beslag på 34 prosent av pasientbehandlingskostnadene, se figur 13 og 14. Gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn er med dette betydelig høyere for dette tjenesteområdet enn i tjenester for voksne, og er for 2016 beregnet til 21 700 kr. Kostnadsnivået er redusert i perioden sett under ett, men økte 5 prosent fra 2015 til 2016. Endringstallene må imidlertid fortolkes i lys av at dette er aktivitet med lite omfang. Tilfeldige variasjoner kan derfor gi betydelig prosentvis endring fra ett år til neste.

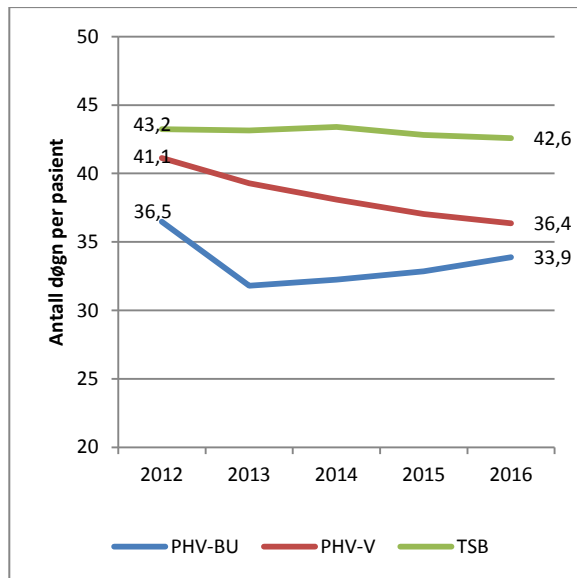
Figur 8: Aktivitet og kostnader til pasientbehandling i døgnavdelingene. Endring fra 2012 til 2016.



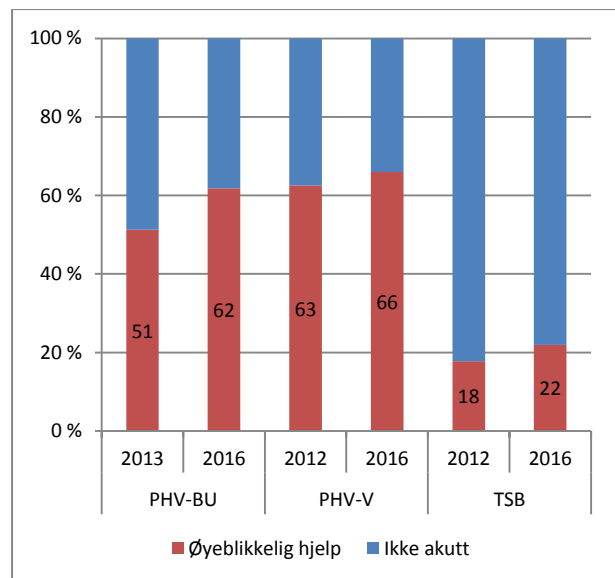
Figur 9: Kostnadsnivå i døgnavdelingene, målt ved faste kroner per oppholdsdøgn. Endring fra 2012 - 2016.



Figur 10: Behandlingsomfang i døgnavdelingene, målt ved døgn per døgnpasient. Endring fra 2012 - 2016.

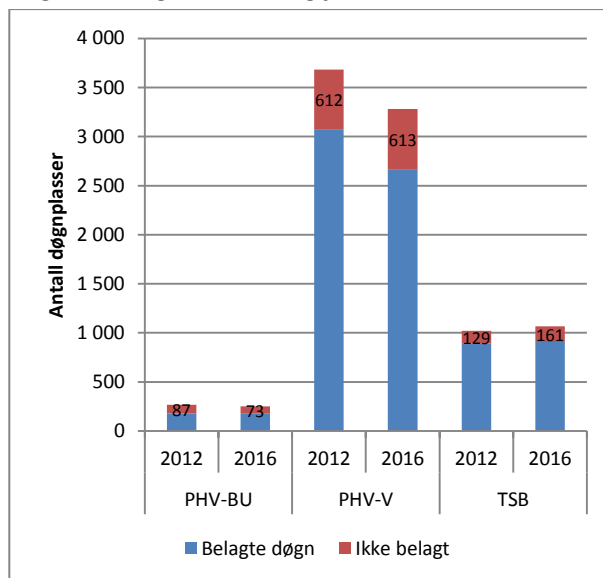


Figur 11: Innleggelser for øyeblikkelig hjelp. Andel av alle innleggelser i 2012<sup>1</sup> og 2016.



1) Grunnet forhold ved datagrunnlaget for 2012 brukes 2013 som referanseår for PHV-BU

Figur 12: Døgnkapasitet og kapasitetsutnyttelse målt ved døgnplasser og belegg<sup>1</sup> i døgnavdelingene. Endring fra 2012 - 2016.



1) Den totale døgnkapasiteten er beregnet ved punkttelling av døgnplasser ved årets slutt. Tallet korrigerer ikke for stengte perioder i løpet av året. Faktisk belegg kan derfor være noe undervurdert.

Fra 2012 til 2016 reduseres aktiviteten målt ved oppholdsdøgn mer enn døgnbehandlingskostnadene i psykisk helsevern for voksne, og gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn er økende gjennom perioden. Kostnadsveksten utgjør 7 prosent i 5-årsperioden og 1 prosent siste år. Samtidig er døgnkapasiteten målt ved antall døgnplasser redusert med 11 prosent for dette tjenesteområdet<sup>4</sup>, og behandlingsraten for innbyggere 18 år og eldre reduseres fra 71 til 65 pasienter i døgnbehandling per 10 000 innbyggere i alderskategorien<sup>5</sup>. Nedbyggingen innebærer faktisk reduksjon i innleggelser og behandlede pasienter, men også redusert behandlingsomfang per pasient. Dette er illustrert ved figur 10 som viser at døgn per døgnpasient er redusert fra 41 til 36 i perioden samlet. Reduksjonen skyldes ikke færre innleggelser per pasient, men at gjennomsnittlig oppholdstid er redusert fra 23 døgn i 2012 til 21 døgn i 2016. Median oppholdstid holder seg likevel uendret på 7 døgn gjennom hele perioden, og reduksjonen ser dermed ut til særlig å gjelde de lengste døgnoppholdene. Redusert oppholdstid og lavere befolkningskorrigeret rate for døgnbehandling kan fortolkes som et uttrykk for intensivert døgnbehandling og indikerer forhøyet terskel for innleggelse: Færre legges inn og døgnoppholdene avsluttes også fortere. Aktivitetstallene for perioden som studeres viser videre marginal økning i andel innleggelser for øyeblikkelig hjelp og redusert beleggsprosenten. Dette er forhold som hver for seg kan bidra til økningen i døgnkostnaden. Den samlede effekten av redusert oppholdstid er likevel sterkere enn effekten ved økt kostnad per oppholdsdøgn, og døgnavdelingene

<sup>4</sup> Se «Døgnplasser i det psykiske helsevernet 2016», Analysenotat 05/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten

<sup>5</sup> Se «Pasienter og behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne 2016», Analysenotat 03/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten



i psykisk helsevern for voksne har med dette frigjort mer ressurser enn nedgangen i antall døgnpasienter skulle tilsi.

For TSB er veksten i kostnader til pasientbehandling fra 2012 til 2016 fordelt mellom døgnavdelingene og poliklinikkene, men med noe sterkere kostnadsvekst for poliklinikkene i utvalget som analyseres. For ruspoliklinikkene økte likevel ikke ressursinnsats per pasient. For døgnavdelingene i helseforetakene og utvalget av private har kostnadsveksten vært sterkere enn aktivitetsveksten målt både ved pasienter, innleggelse og oppholdsdøgn, og kostnad per oppholdsdøgn økte med 14 prosent for perioden samlet. I løpet av denne perioden er øyeblikkelig hjelp-beredskapen bygget opp innad i sektoren, primært ved helseforetakene, og deler av kostnadsveksten vil trolig være knyttet til dette. Det er fremdeles regionale forskjeller når vi ser på andel innleggelse som øyeblikkelig hjelp, noe som tyder på at det fremdeles er behov for bidrag fra psykisk helsevern og somatiske akuttavdelinger. Dette har bidratt til økt pasientgjennomstrømning i døgnavdelingene og en høyere andel korte, men ressursintensive, døgnopphold<sup>6</sup>.

### **Arbeidsdeling mellom døgnavdelinger og poliklinikker**

For 2016 viser aktivitets- og kostnadsrapporteringen fra foretakene i utvalget at 65 prosent av pasientbehandlingskostnadene i psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling var knyttet til døgnaktiviteten. 15 prosent av pasientene hadde minst ett døgnopphold i løpet av året, men arbeidsfordelingen mellom døgnavdelinger og poliklinikker er i utgangspunktet forskjellig for de tre tjenesteområdene som studeres. Denne forskjellen gjenspeiles også i gjennomsnittlig kostnad per pasient som er høyere for tjenesteområder og foretak med mye og/ eller mer personellintensiv døgnbehandling.

Vekst i polikliniske tjenester og overgang fra døgnbaserte til polikliniske behandlingstilbud er vektlagt i de politiske føringene for spesialisthelsetjenesten, og for alle tjenesteområdene viser analysene at dette er ivaretatt i helseforetakenes tjenesteutvikling: Kostnadsandelen til døgnbehandlingen reduseres fra 2012 til 2016 og aktivitetsveksten har vært sterkere i poliklinikkene enn i døgnavdelingene. Dette har konsekvenser både for pasientsammensetningen og behandlingsintensiteten i de ulike delene av tjenestene og vil påvirke kostnadsnivå og ressursinnsats per pasient både samlet og i poliklinikkene og døgnavdelingene hver for seg.

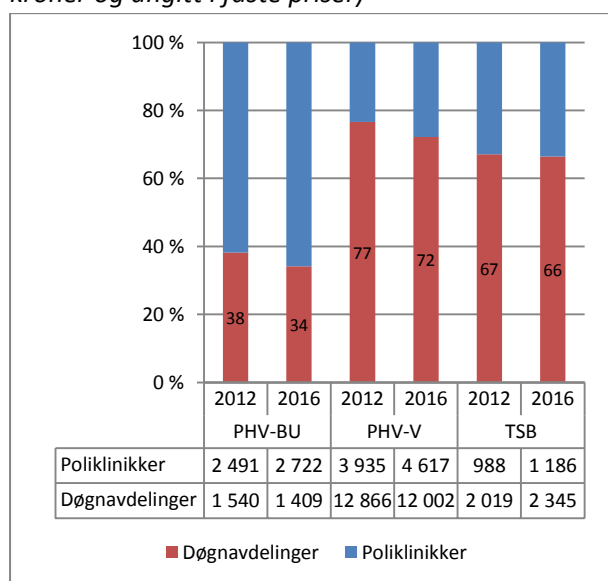
I perioden som studeres vil *endringer* i arbeidsdeling mellom døgnavdelingene og poliklinikkene spesielt være av betydning for analyser som gjelder kostnadsnivå og ressursinnsats per pasient i det psykiske helsevernet for voksne, der det har skjedd en faktisk omfordeling av ressurser fra døgnavdelingene til poliklinikkene. Døgnbehandling vil i utgangspunktet være et behandlingstilbud forbeholdt de sykeste pasientene i tjenestene, og det må derfor også forventes at tidligere utskrivning fra døgnopphold og mindre bruk av døgnbehandling må erstattes med økt og mer

---

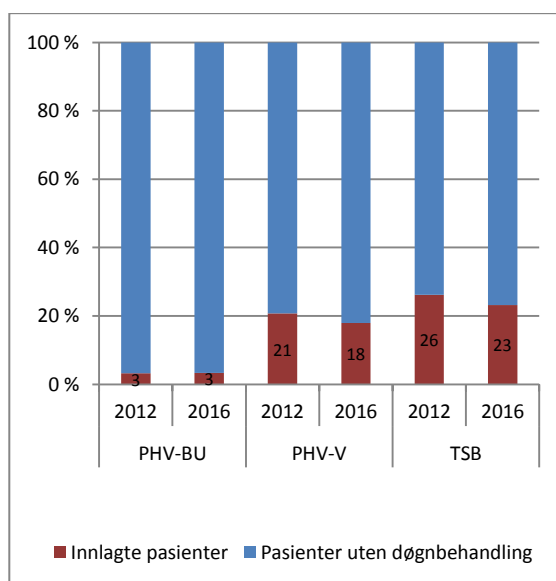
<sup>6</sup> Se analysenotatene «Døgnplasser i rusbehandlingstilbudet», Analysenotat 06/17 og «Behandlingstilbudet i TSB», Analysenotat 08/17, SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.

intensivert poliklinisk oppfølging. Ressursoverføring fra døgnavdelingene og produktivitetsforbedringen i poliklinikkene har muliggjort vekst i de voksenpsykiatriske poliklinikkene tilsvarende om lag 300 000 polikliniske konsultasjoner i perioden fra 2012 til 2016. Reduksjonen i døgnavdelingene utgjør 150 000 oppholdsdøgn. Som vist i figur 6, økte behandlingsomfanget i poliklinikkene med om lag 1 konsultasjon per pasient i perioden 2012 til 2016. En grundig analyse av endringer i behandlingstilbudet til pasienter eller pasientgrupper som påvirkes av profilendringen i tjenesten ligger utenfor rammene av dette prosjektet, men separate analyser av behandlingsomfanget for polikliniske pasienter med og uten døgnopphold viser sterkere vekst samt høyere innslag av ambulante tjenester for døgnpasientene. Resultatene er gjengitt i figur 15. Fordelingen mellom døgnpasienter med kort og lang oppholdstid er ikke studert, men resultatet indikerer at mindre døgnbehandling, i alle fall i noen grad, er kompensert ved mer poliklinisk behandling<sup>7</sup>.

Figur 13: Kostnadsfordeling mellom døgnavdelinger og poliklinikker (kostnader i mill. kroner og angitt i faste priser)

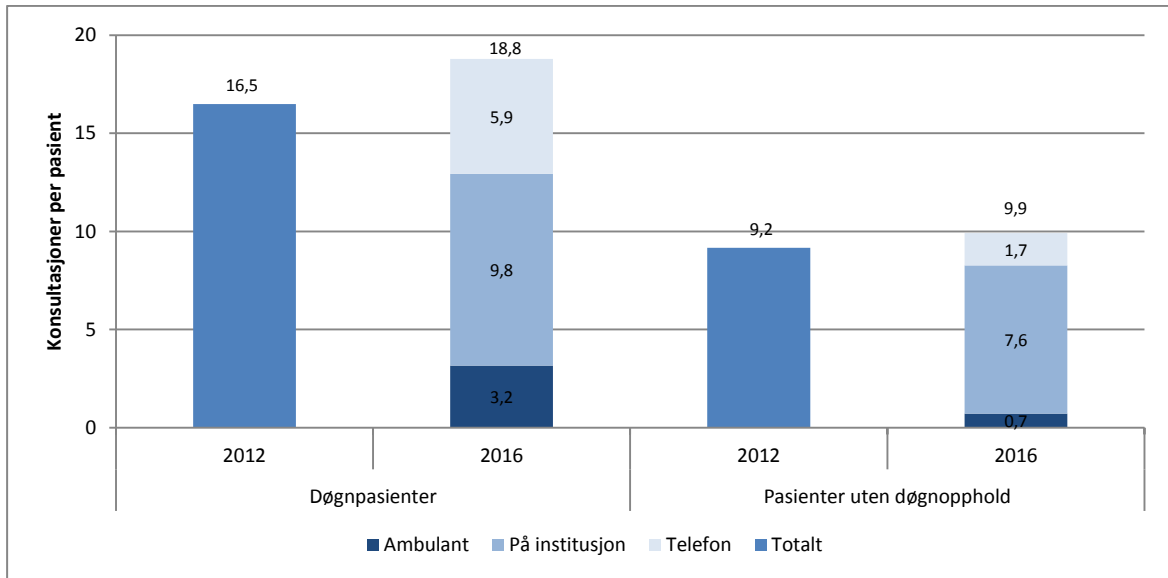


Figur 14: Pasienter i døgnbehandling. Andel av alle behandlede pasienter i 2012 og 2016.



<sup>7</sup> Grunnet endringer i rapporteringskravet til foretakene i perioden som studeres, er det ikke mulig å identifisere omfanget av ambulante tjenester på en sammenlignbar måte. Tall for 2012 er derfor ikke fordelt etter type konsultasjon. For 2016 er omfanget av ambulante kontakter identifisert ved takst for ambulant tjeneste.

Figur 15: Behandlingsomfang i poliklinikkene for pasienter i psykisk helsevern for voksne. Endring fra 2012 – 2016.



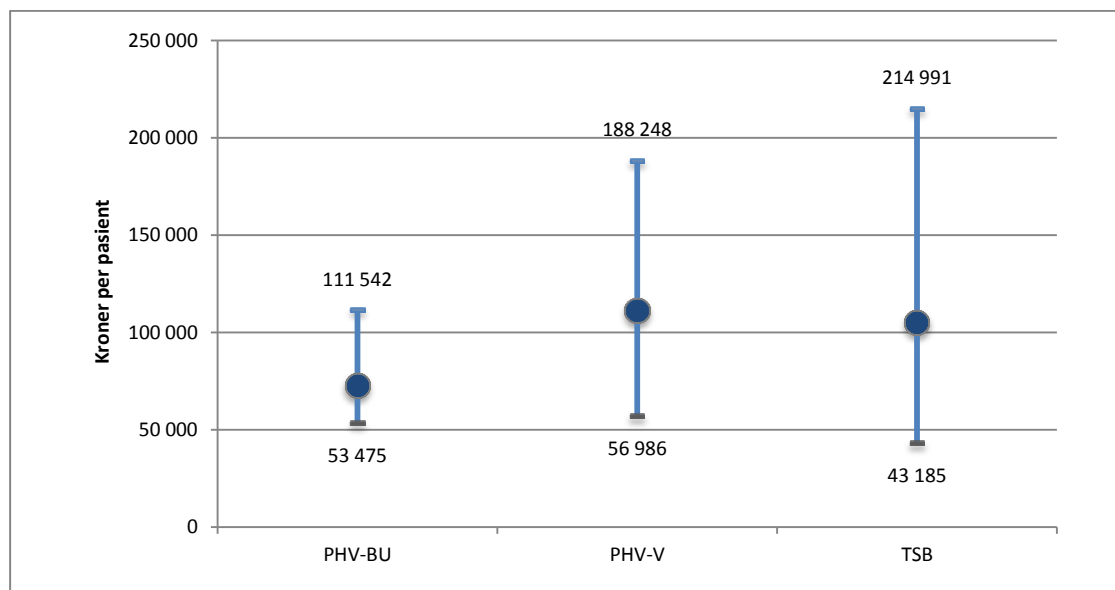


## Forskjeller i kostnadsnivå og behandlingsprofiler i 2016

For alle tjenesteområder er det store forskjeller i ressursinnsats per pasient, konsultasjon og oppholdsdøgn. Forskjellene gjelder både på regionalt nivå og mellom helseforetakene og skyldes både forskjeller i personellproduktivitet og ressursutnyttelse og forskjeller i behandlingsprofiler. For vurdering av kostnadsnivået i det enkelte foretak må derfor flere indikatorene betraktes i sammenheng. Forskjellen mellom helseforetakene er illustrert ved figurene 16-18, som viser gjennomsnittet for utvalgene og høyeste og laveste kostnadsnivå i beregningene for 2016<sup>8</sup>.

Forskjeller i kostnad per konsultasjon skyldes i noen grad at foretakene legger ulike prinsipper til grunn ved uttrekk av kostnader til poliklinikkene, men vil i all hovedsak være en funksjon av personellproduktiviteten<sup>9</sup>. Kostnadsnivået i døgnavdelingene vil spesielt være drevet av forskjeller i bemanningsfaktor og belegg, og vil generelt være høyere i foretak med spesialiserte funksjoner. For TSB forklarer ulik grad av arbeidsdeling mot private og forskjeller i beredskapskapasitet mye av forskjellen i kostnad per pasient og kostnad per oppholdsdøgn.

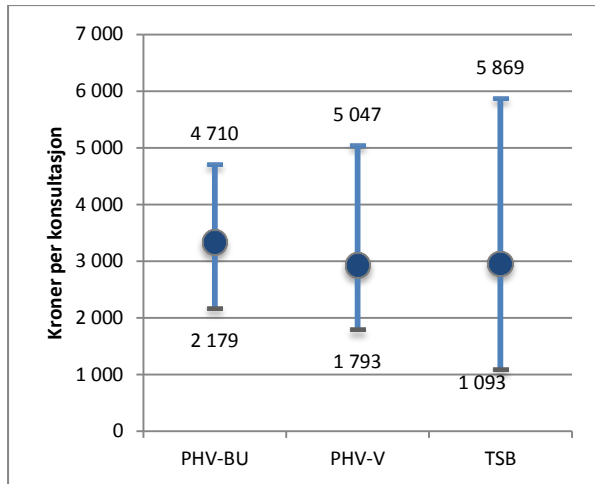
Figur 16: Kostnad per pasient i psykisk helsevern og TSB i 2016, forskjeller mellom helseforetakene.



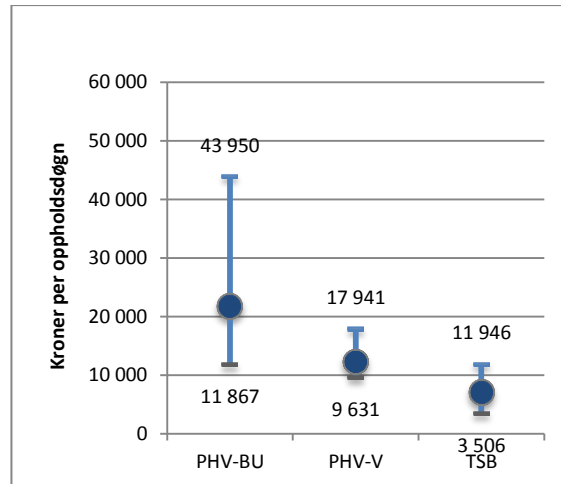
<sup>8</sup> De private institusjonene i utvalget inngår i beregning av gjennomsnitt, men rene poliklinikker og rene døgnavdelinger er holdt utenfor ved betraktning av høyeste og laveste kostnadsnivå per pasient.

<sup>9</sup> Merk at aktiviteten er avgrenset til å gjelde refusjonsberettigede konsultasjoner. Foretak med høyere innslag av aktivitet som ikke gir refusjon vil komme ut med et høyere kostnadsnivå.

Figur 17: Kostnad per polikliniske konsultasjon i psykisk helsevern og TSB i 2016, forskjeller mellom helseforetakene.



Figur 18: Kostnad per oppholdsdøgn i psykisk helsevern og TSB i 2016, forskjeller mellom helseforetakene.



Figurene 19 til 27 viser 1) hvordan kostnad per pasient i hvert av tjenesteområdene har utviklet seg på regionalt nivå fra 2015 til 2016, 2) andel døgnpasienter i 2016 og 3) kostnadsnivå og behandlingsomfang poliklinikkene og døgnavdelingene i 2016.

Kostnadsnivå og behandlingsomfang i poliklinikkene måles ved kostnad per konsultasjon og konsultasjoner per polikliniske pasient. Kostnadsnivå og behandlingsomfang i døgnavdelingene måles ved kostnad per oppholdsdøgn og døgn per døgnpasient. Størrelsene er angitt som prosent av gjennomsnittet for utvalgene.

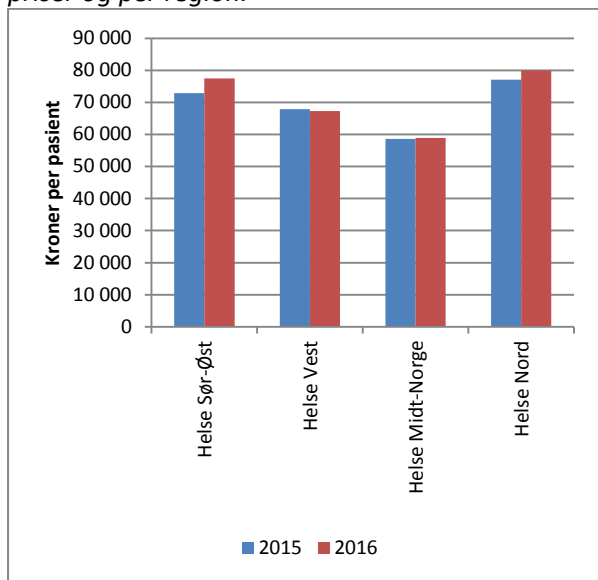
Flere forhold påvirker kostnad per pasient, men generelt vil høyere andel døgnpasienter og høyere kostnadsnivå og behandlingsomfang i poliklinikkene og døgnavdelingene bidra til et høyere kostnadsnivå per pasient.

Med unntak for Helse Vest, økte regionene kostnad per pasient i psykisk helsevern for barn og unge fra 2015 til 2016. I psykisk helsevern for voksne gikk kostnadsnivået ned i alle regioner. Kostnad per pasient i TSB økte for fra 2015 til 2016 for Helse Midt-Norge, men er redusert i de øvrige regionene<sup>10</sup>.

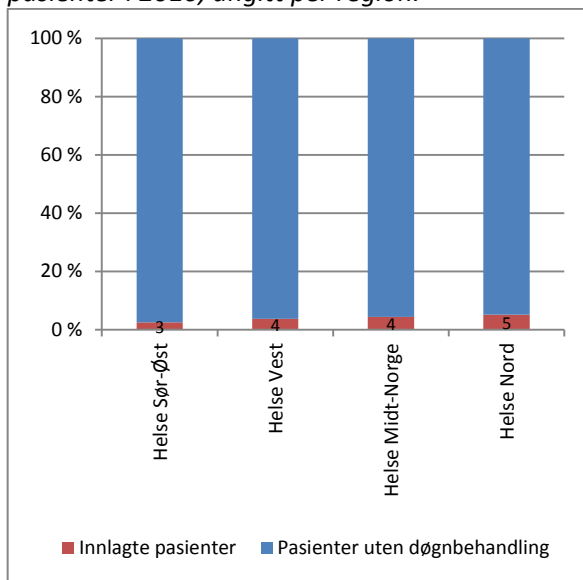
<sup>10</sup> Regionale tall er gitt ved summen av aktivitet og kostnader i underliggende helseforetak og tilknyttede avtaleinstitusjoner med områdeansvar, se også note 1. Borgestadklinikken, Rogaland A-senter, Stiftelsen Bergensklinikkene, Lade behandlingssenter og andre private institusjoner bidrar ikke inn i de regionale gjennomsnittstallene.

# PRODUKTIVITET, AKTIVITET OG RESSURSINNSATS I PSYKISK HELSEVERN OG TSB

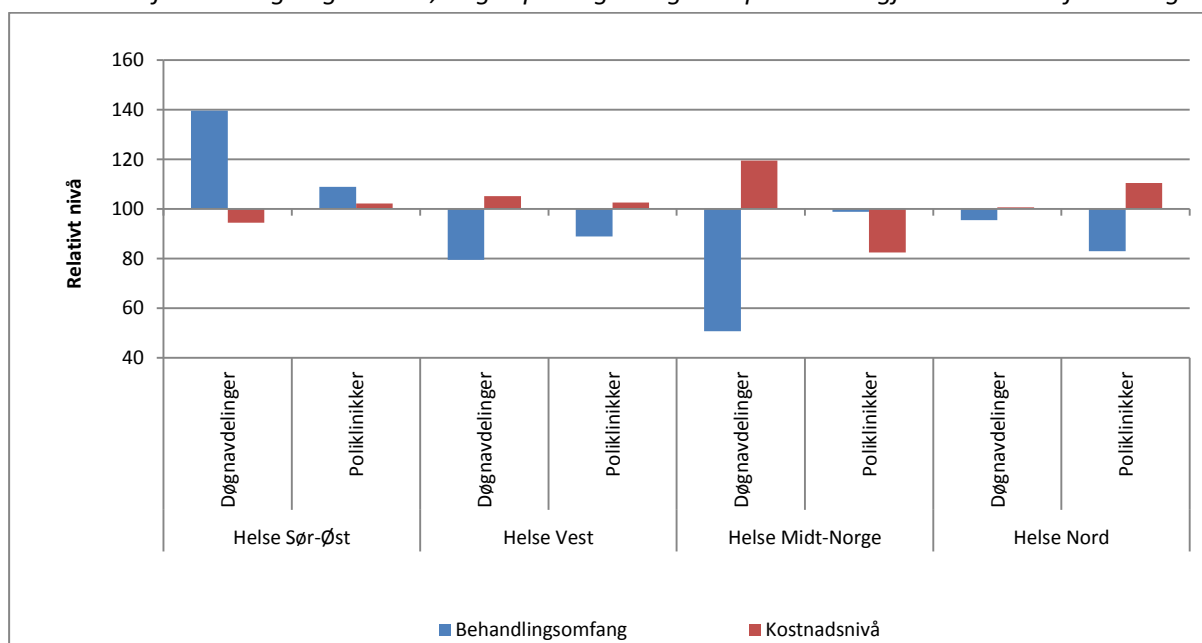
Figur 19: Kostnad per pasient i psykisk helsevern for barn og unge i 2015 og 2016, angitt i faste priser og per region.



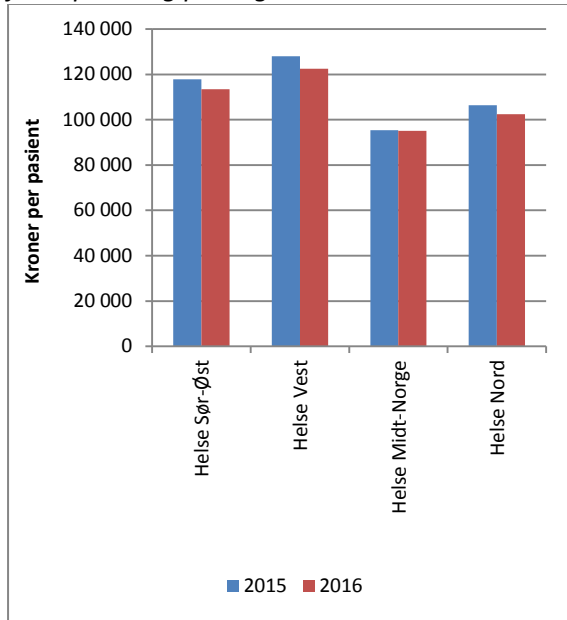
Figur 20: Pasienter i døgntilrettelagt helsevern for barn og unge. Andel av behandlede pasienter i 2016, angitt per region.



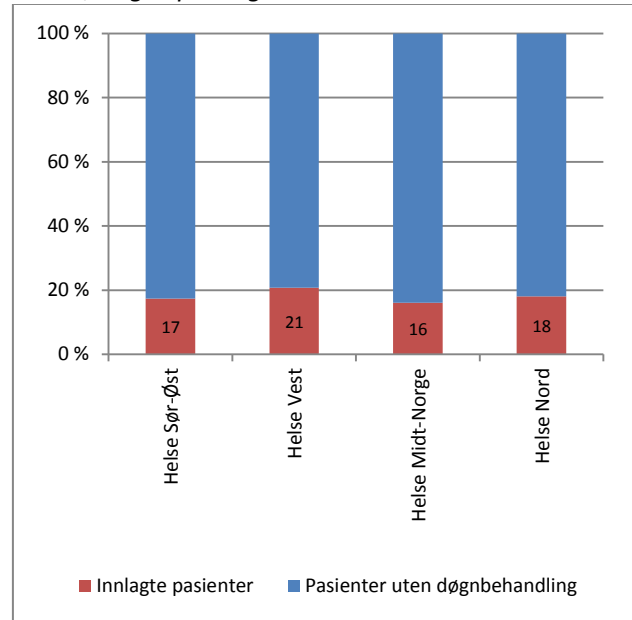
Figur 21: Behandlingsomfang og kostnadsnivå i poliklinikk og døgnavdelinger i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2016, angitt per region og som prosent av gjennomsnittet for utvalget.



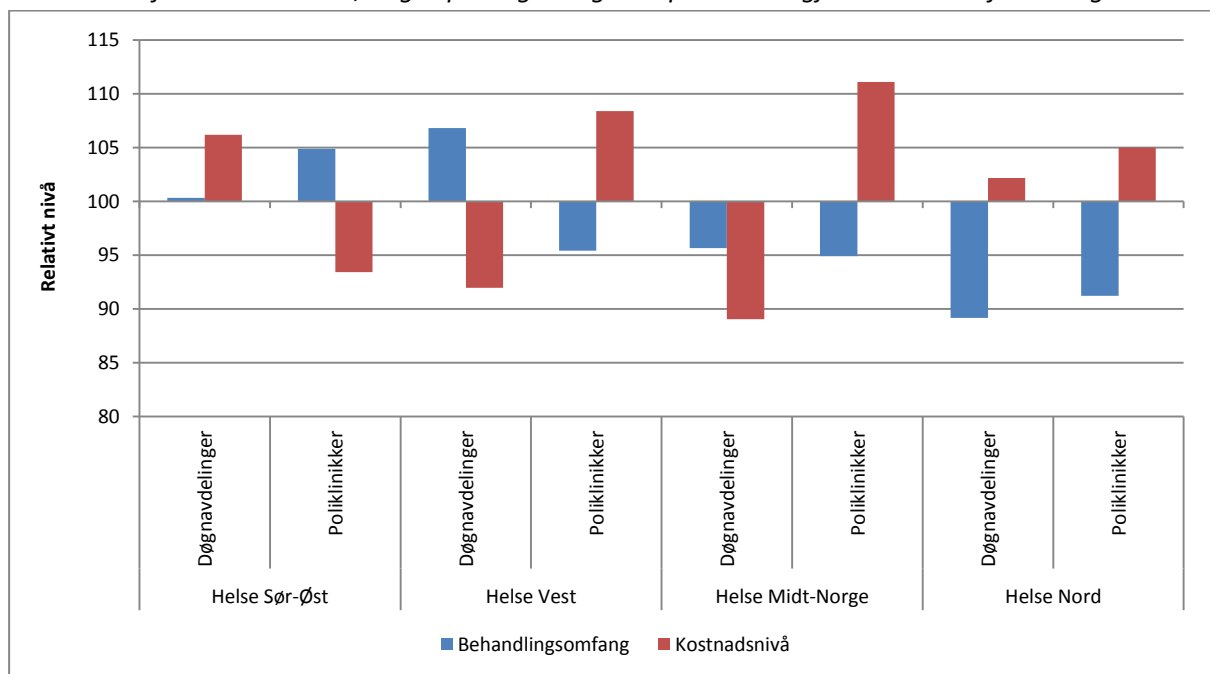
Figur 22: Kostnad per pasient i psykisk helsevern for voksne i 2015 og 2016, angitt i faste priser og per region.



Figur 23: Pasienter i døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern for voksne. Andel av behandlede pasienter i 2016, angitt per region.

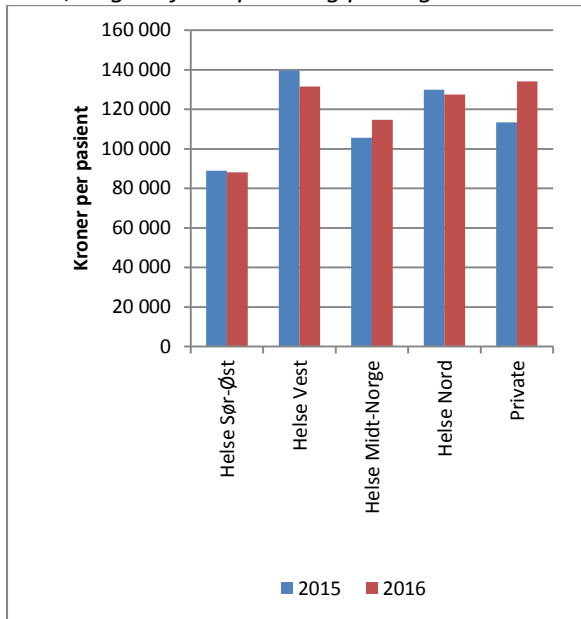


Figur 24: Behandlingsomfang og kostnadsnivå i poliklinikk og døgnavdelinger i det psykiske helsevernet for voksne i 2016, angitt per region og som prosent av gjennomsnittet for utvalget.

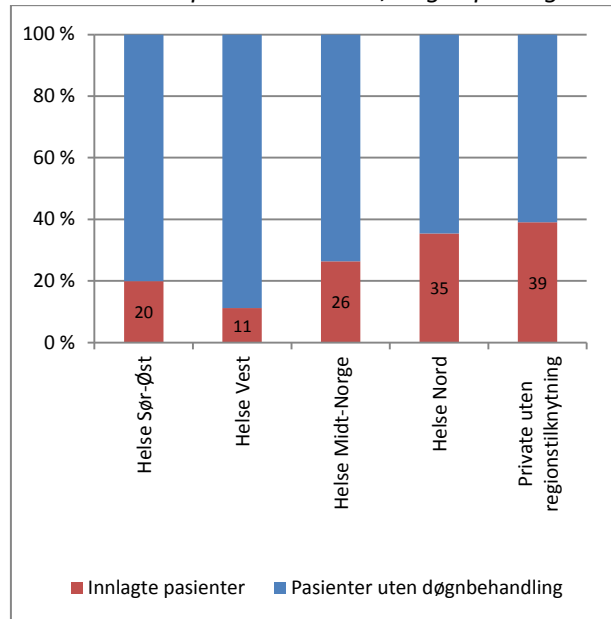


# PRODUKTIVITET, AKTIVITET OG RESSURSINNSATS I PSYKISK HELSEVERN OG TSB

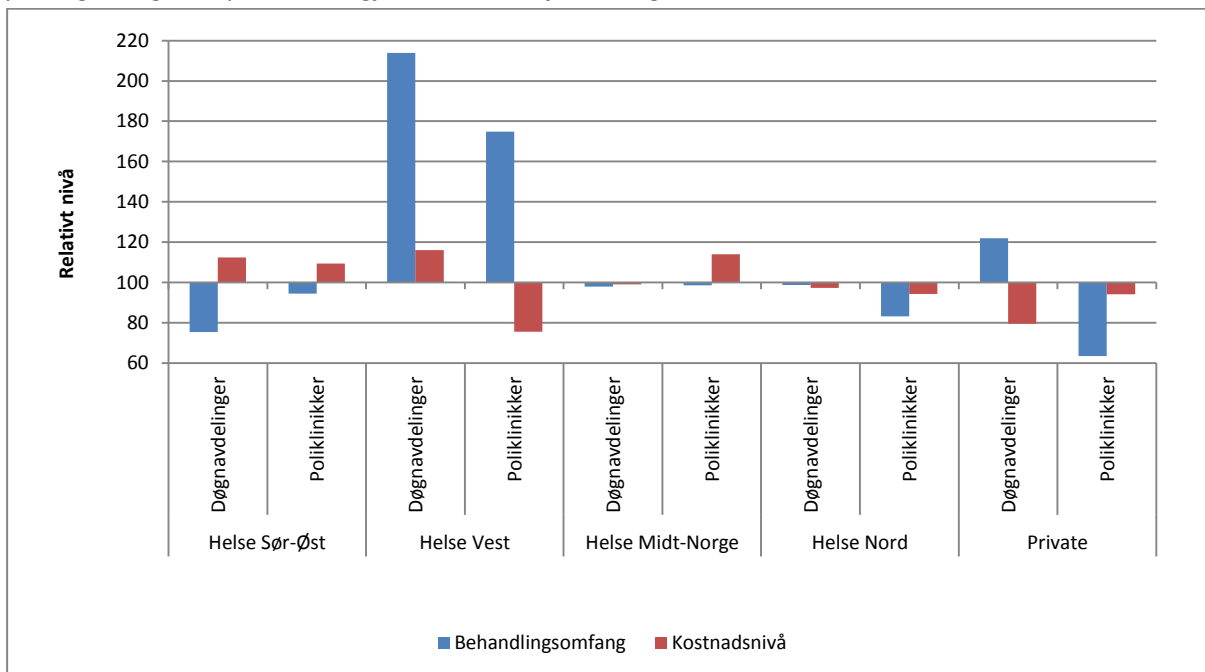
Figur 25: Kostnad per pasient i TSB i 2015 og 2016, angitt i faste priser og per region.



Figur 26: Pasienter i døgntilrettelagt behandling i TSB. Andel av behandlede pasienter i 2016, angitt per region.



Figur 27: Behandlingsomfang og kostnadsnivå i poliklinikker og døgnavdelinger i TSB i 2016, angitt per region og som prosent av gjennomsnittet for utvalget.





## Datagrunnlag

All informasjon om aktivitet er basert på pasientdata fra Norsk Pasientregister (NPR), mens informasjon om poliklinisk personell er hentet fra Helsedirektoratets egen innsamling<sup>11</sup>. Regnskapsdata er levert av Statistisk Sentralbyrå (SSB), men er, i henhold til spesifikasjoner fra foretakene, avgrenset til å gjelde behandlingsrelaterte kostnader. Denne tilretteleggingen er gjort av Helsedirektoratet.

Informasjon om kostnader til poliklinikkene er hentet fra kostnadsvektarbeidet i Helsedirektoratet, men disse dataene er bare tilgjengelige for 2016. Polikliniske kostnader for perioden 2012 til 2015 er derfor estimerte størrelser. Kostnaden er estimert ved antall polikliniske årsverk og en fast kostnad per årsverk. Årsverkskostnaden er beregnet per tjenesteområde og foretak ved bruk av kostnads- og årsverksrapporteringen for 2016. Kostnad per årsverk forutsettes altså å være endret i perioden som studeres. Døgnkostnaden er videre beregnet som kostnader til pasientbehandling eksklusive rapporterte/ estimerte kostnader til poliklinikkene.

Private institusjoner utover de som nevnes i fotnote 1 vil ikke være en del av grunnlaget for beregning av produktivitetsindikatorer. Utvalget dekker med dette nærmere 90-100 prosent av den polikliniske aktivitet i de tre tjenesteområdene og mer enn 90 prosent av døgnaktiviteten for psykisk helsevern, målt ved oppholdsdøgn i 2016. For TSB dekker utvalget imidlertid bare halvparten av oppholdsdøgnene for 2016. Den øvrige døgnvirksomheten er knyttet til private døgninstitusjoner som ikke omfattes av inklusjonskriteriene for analysene. Kostnadsnivået som beregnes for døgnbehandlingen og per pasient vil derfor ikke representere et gjennomsnitt for hele behandlingstilbudet i TSB. Oppgavefordelingen mellom offentlige og private er også ulik fra foretak til foretak og mellom regionene. Dette har betydning for pasientsammensetning og behandlingsprofiler og må tas i betraktning ved bruk av analyseresultater i sammenligningsøyemed.

Alle refererte kostnader og kostnadsindikatorer med tilhørende endringstall er justert for prisvekst i perioden som studeres. Justeringen er gjort med utgangspunkt i SSBs indeks for prisvekst i statlige helsetjenester.

Datagrunnlagene er nærmere omtalt på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

---

<sup>11</sup> Tall for den samlede personellinnsatsen i tjenestene samles inn av SSB. I denne datainnsamlingen vil personell til fellesfunksjoner være lagt til den største sektoren, som regel somatiske sykehus. Vi har derfor ingen god kilde til analyser av den totale personellinnsatsen per tjenesteområde, og personellinnsatsen i døgnavdelingene kan dermed heller ikke beregnes.





Postadresse: Pb. 7000,

St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

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