

Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2020

SAMDATA

SPECIALISTHELSETJENESTEN

Rapport
IS-3017



Innhold

Innhold	1
Sammendrag	5
Pasienter i psykisk helsevern	5
Barn og unge i psykisk helsevern	6
Voksne i psykisk helsevern	8
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	11
1. Pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	14
Psykisk helsevern	15
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	21
2. Øyeblikkelig hjelp og planlagte innleggelser	26
Innleggelser i TSB i regioner og foretaksområder	27
Innleggelser av barn og unge i psykisk helsevern i regionene og foretaksområdene	29
Innleggelser av voksne i psykisk helsevern i regionene og foretaksområdene	32
3. Varigheten av døgnbehandlingen innen tjenesteområdene	36
Sammenhengende døgnbehandling	37
Varigheten av døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB	38
Døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne bosatt i regioner og foretaksområder	39
Døgnbehandlingen i psykisk helsevern for barn og unge bosatt i regionene	46
Døgnbehandling i TSB for pasienter bosatt i regionene	50
4. Kommunale helse- og omsorgstjenester for pasienter i psykisk helsevern og TSB	53
5. Befolkningens bruk av psykisk helsevern – barn og unge	61
Nasjonale utviklingstrekk	62

Regionale utviklingstrekk	63
6. Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU)	71
Utvikling i døgnplasser i tjenestene til barn og unge	72
Døgnplasser relatert til befolkningsgrunnet	72
Data og metode	75
Grunnlagstall 2010-2020	75
7. Poliklinisk og ambulant personell i psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	76
Utviklingen nasjonalt	77
Regional utvikling	78
Personellsammensetning	81
Datagrunnlag	83
8. Døgnbehandling og polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	84
Døgnbehandling ved helseforetak/private foretak	85
Polikliniske kontakter ved helseforetak/private foretak	90
9. Befolkningens bruk av psykisk helsevern - voksne pasienter	93
Nasjonale utviklingstrekk	94
Regionale utviklingstrekk	95
10. Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	105
Utvikling i døgnplasser i tjenestene til voksne	106
Døgnplasser relatert til befolkningsgrunnet	106
Data og metode	109
Grunnlagstall 2010-2020	109
11. Poliklinisk og ambulant personellinnsats i psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	110
Utviklingen nasjonalt	111
Regional utvikling	112
Personellsammensetning	115
Datagrunnlag	117
12. Døgnbehandling og polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	118

Døgnbehandling ved helseforetak/private foretak	119
Polikliniske kontakter ved helseforetak/private foretak	124
13. Befolkningens bruk av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	127
Nasjonale utviklingstrekk	128
Regionale utviklingstrekk	129
14. Døgnplasser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	139
(TSB)	139
Antall døgnplasser	140
Antall døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget	141
Grunnlagstabell	142
15. Døgnbehandling og polikliniske kontakter i foretakene i (TSB)	144
Døgnbehandling ved helseforetak/private foretak	145
Polikliniske kontakter ved helseforetak/private foretak	151
Vedlegg	154
Boksplott beskriver fordelingen av pasientenes døgnopphold (antall dager)	155
Vedleggstabell	155



Foto: Mohamad Alnaimi/Unsplash

Sammendrag

I 2020 var om lag 56 700 personer i kontakt med institusjoner og poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge, i underkant av 154 000 personer var i kontakt med institusjoner og poliklinikker for voksne, mens 54 000 personer var i kontakt med en avtalespesialist i psykiatri eller psykologi. Totalt var 254 000 personer i kontakt med tjenestene, mot i underkant av 248 000 fem år tidligere. Dette tilsvarer en økning på 3 prosent. Det var så å si ingen endring i pasienttallet i løpet av det siste året.

I løpet av 2020 fikk om lag 32 500 voksne pasienter behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), en nedgang på to prosent fra året før. I løpet av perioden fra 2016 til 2020 var det en nedgang i antall pasienter i TSB på 0,5 prosent, og endringen var i samme størrelsesorden både for pasienter med og uten døgnbehandling.

Dette er noen av resultatene som framkommer i denne rapporten. I rapporten beskrives utviklingen i behandlingsaktiviteten nasjonalt og regionalt innen psykiske helsevern og TSB. Resultatene er i hovedsak avgrenset til perioden fra 2016 til 2020. Ved geografiske sammenligninger er i all hovedsak aktivitetsmålene relatert til befolkningsgrunnlaget i området. Når antall pasienter relateres til befolkningsgrunnlaget omtales det som pasientrater. Når andre aktivitetsmål som innleggelse, utskrivninger, oppholdsdøgn, polikliniske kontakter og polikliniske årsverk relateres til befolkningsgrunnlaget, omtales det som dekningsrater for det aktuelle aktivitetsmålet.

Spesialisthelsetjenesten var i 2020 preget av koronaepidemien og endringer fra 2019 til 2020 må ses i lys av dette. Statistikk over virksomheten i helseforetak, private foretak, samt bruken av behandlingstjenestene etter foretaksområder finnes på Helsedirektoratets hjemmesider:

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

Pasienter i psykisk helsevern

I 2020 var 5,0 prosent av guttene og 4,6 prosent av jentene under 18 år i kontakt med tjenestene, totalt 4,8 prosent. Det var en økning på fire prosent for jentene og en reduksjon på ett prosent for guttene i løpet av det siste året.

Tilsvarende rater for de over 18 år var 3,7 prosent av mennene og 5,7 prosent av kvinnene, totalt 4,7 prosent i 2020. Det var så å si ingen endring i pasientratene i løpet av det siste året.

Både for kvinner og menn steg raten fram til aldersgruppen 16-17 år, der henholdsvis 11,9 og 6,7 prosent av befolkningen var i kontakt med tjenestene i 2020. Siden 2016 har det for begge kjønn vært en økning for aldersgruppene 18-39 år. For befolkningen 18 år og eldre sank pasientraten med stigende alder. Fra 2016 til 2020 sank i tillegg pasientraten for aldersgruppene 40 år og eldre.

Pasienter hos avtalespesialistene hadde en annen kjønns- og aldersfordeling enn pasientene ved poliklinikkene og ved døgnavdelingene. Hovedtyngden av avtalepasientene var i alderen 23 til 49 år. Den høyeste raten hadde aldersgruppen 30-39 år hvor 2,5 prosent av kvinnene og 1,1 prosent av mennene var i behandling hos en privatpraktiserende avtalespesialist.

Barn og unge i psykisk helsevern

Poliklinisk og ambulant personellinnsats i PHV-BU

I tjenestene til barn og unge økte antall polikliniske og ambulante årsverk fra 2 286 til 2 549 i perioden 2011 til 2016. Korrigert for befolkningsutviklingen (0-17 år) utgjorde dette en vekst på 10 prosent.

Fra 2016 til 2018 flatet veksten ut (0,1 prosent), deretter økte personellinnsatsen betydelig fra 2018 til 2020. Det var 2 809 polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for barn og unge i 2020, korrigert for befolkningsutviklingen utgjorde dette en vekst på 12 prosent fra 2018.

Det var vekst i personellinnsatsen i alle regioner fra 2016 til 2020 når man tar hensyn til befolkningsutviklingen. Størst var veksten i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Vest. Raten for ambulante årsverk avtok på nasjonalt nivå, men økte i Helse Nord og Helse Vest i perioden.

Innleggelser for barn og unge

Samlet sett økte dekningsraten for innleggelser for barn og unge i psykisk helsevern med seks prosent fra 2019 til 2020. Det var øyeblikkelig hjelp-innleggelsene som økte, mens det ble færre planlagte innleggelser for barn og unge i psykisk helsevern. Dette medførte at i døgntilbudet til barn og unge utgjorde øyeblikkelig hjelp-innleggelser en større andel i 2020 sammenlignet med 2019.

I løpet av 2020 økte antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i alle regionene med unntak av i Sør-Øst. Dette medførte en gradient fra sør til nord i øyeblikkelig hjelp-innleggelser hvor Sør-Øst hadde den laveste raten via Vest og Midt-Norge til Nord som hadde den høyeste raten dette året.

Varighet av døgnbehandlingen for barn og unge

For barn og unge som ble innlagt for døgnbehandling i psykisk helsevern i 2020 hadde oppholdet en median varighet på 5 dager og 95 prosent av behandlingene var avsluttet innen 50 dager. For døgnbehandlingen som startet som øyeblikkelig hjelp var median varighet på tre dager og det var ingen endringer i perioden 2017-2020. Blant de planlagte døgnbehandlingene var det regionale forskjeller hvor barn og unge i Sør-Øst hadde lengre døgnbehandling sammenlignet med barn og unge i Midt-Norge.

Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017-2018

Blant barn og unge som var i behandling i psykisk helsevern i løpet av 2018 var det 11 prosent som mottok en vedtaksbasert kommunal helse- og omsorgstjeneste i løpet av 2017-2018. Opplysningene er hentet fra KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister) og er basert på IPLOS (Individbaserte pleie- og

omsorgsstatistikk). De kommunale tilbudene som barn og unge mottok i løpet av disse to årene var praktisk bistand (5 prosent), tidsbegrenset opphold/avlastning (3 prosent), omsorgsstønad (3 prosent) og helsetjenester i hjemmet (1 prosent).

Bruk av behandlingstjenestene i psykisk helsevern – barn og unge

I løpet av 2020 fikk om lag 56 700 pasienter behandling ved helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern for barn og unge. Det var så å si ingen endring i pasienttallet i løpet av det siste året, men blant døgnpasientene hadde det vært en økning på tre prosent. I løpet av perioden 2016 til 2020 var antall pasienter økt med to prosent og også her var økningen blant døgnpasientene på tre prosent.

Barn og unge i behandling hos avtalespesialistene utgjorde om lag 2 500 pasienter årlig gjennom perioden 2016-2020, men på grunn av usikkerhet knyttet til rapporteringen i deler av perioden kan vi ikke med sikkerhet anslå endringstall.

Det var regionale forskjeller i pasienter per innbygger i regionene. I Nord var det flere barn og unge i behandling i psykisk helsevern sammenlignet med de andre regionene, både for døgnpasienter og pasienter som kun var i poliklinisk behandling. Sør-Øst hadde de laveste pasientratene. I løpet av perioden 2016-2020 var det på landsbasis en vekst i pasientrate på fem prosent, med størst vekst i Nord (21 prosent) og i Vest (12 prosent). I Midt-Norge var det en nedgang på fire prosent i perioden. Utviklingen i pasientrate siste år var en vekst på ett prosent og alle regionene hadde vekst i pasientraten for barn og unge. Veksten var størst i Nord med fire prosent.

Dekningsraten for utskrivninger fra døgnbehandling ved helseforetak/private foretak i psykisk helsevern for barn og unge viste en vekst på 10 prosent fra 2016 til 2020, med 7 prosents vekst siste år. Det var en vekst fra 2019 i alle regionene unntatt i Sør-Øst og størst var veksten i Nord som også hadde den høyeste dekningsraten gjennom perioden.

Dekningsratene for oppholdsdøgn i helseforetak/private foretak i psykisk helsevern for barn og unge viste en nedgang på syv prosent fra 2016 til 2020, hvorav nedgangen siste år var på fire prosent. Det var en vekst i Midt-Norge og Nord, mens Sør-Øst og Vest hadde nedgang i dekningsrate. Nord hadde den høyeste dekningsraten for oppholdsdøgn, mens Midt-Norge hadde den laveste dekningsraten gjennom perioden 2016-2020.

Type poliklinisk kontakt som barn og unge mottok fra helseforetak/private foretak i psykisk helsevern er presentert ved antall ambulante kontakter, antall telefonkontakter og kontakter totalt per innbyggere i aldersgruppen 0-17 år. Samlet dekningsrate for barn og unge i psykisk helsevern viste ingen økning i løpet av perioden 2016-2020, men det var en vekst på syv prosent siste år. Det var vekst i alle regionene. Bruken av telefonkontakter økte med 41 prosent siste år, mens bruken av ambulante kontakter ble halvert. Størst reduksjon i dekningsraten for ambulante kontakter hadde Midt-Norge, som også hadde den laveste dekningsraten i 2020. Både Nord og Sør-Øst lå over landsgjennomsnittet for telefonkontakter og ambulante kontakter i 2020.

Døgnbehandlingen i helseforetak og private foretak i PHV-BU

Blant innleggelsene ved helseforetak/private foretak i psykisk helsevern for barn og unge var 64 prosent øyeblikkelig hjelpinnleggelse i 2020, noe som var på samme nivå som i 2017. Ved foretakene hadde det

vært en nedgang i antall innleggelser i 2018 og 2019, som særlig var knyttet til øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Antall innleggelser i 2020 var tilbake på nivå med 2017.

Varigheten av døgnbehandlingen var noe kortere i 2020 sammenlignet med 2017; median varighet var fem dager i 2020 mot seks dager tidligere i perioden.

I løpet av de første 30 dagene etter avsluttet døgnbehandling i psykisk helsevern for barn og unge hadde pasientene poliklinisk kontakt med foretakene i 86 prosent av utskrivningene i 2020. Dette var en økning på tre prosentpoeng fra 2019. I Vest og Sør-Øst hadde om lag 90 prosent av de utskrevne pasientene en slik kontakt, mens i Midt-Norge og Nord hadde henholdsvis 76 og 82 prosent av pasientene poliklinisk kontakt innen 30 dager etter utskrivningen.

Utvikling i døgnplasser i PHV-BU

Tallet på døgnplasser har holdt seg relativt stabilt i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU) de siste 20 årene, med 296 døgnplasser i 1998 og 300 plasser i 2020. Fra tidlig 2000-tall avtok døgnplasstallet fra 331 til 303 i perioden 2005 til 2015. Fra 2016 til 2020 har det, for perioden sett under ett, vært en nedgang på seks plasser, og siste år en nedgang på en plass.

Fra 2016 til 2020 var det vekst i raten for døgnplasser i Helse Vest (10,3 prosent) og Helse Nord (9,8 prosent) og reduksjon i de to øvrige regionene. For landet samlet var det liten endring i tilgjengeligheten til døgnbehandling for barne- og ungdomsbefolkningen, målt i antall døgnplasser per innbygger. Det var store geografiske forskjeller i døgnplasskapasiteten i helseforetakene både i 2016 og 2020.

Voksne i psykisk helsevern

Poliklinisk og ambulant personellinnsats i PHV-V

Fram til 2016 var det en tydelig vekst i poliklinisk og ambulant personellinnsats i psykisk helsevern for voksne. Fra 2010 til 2016 økte antall årsverk fra 3 418 til 4 194. Korrigert for befolkningsveksten (18 år og eldre) ga dette en økning på 13 prosent i denne perioden. Veksten kom særlig i den ambulante virksomheten (19 prosent). Fra 2016 til 2018 stoppet veksten i personellinnsatsen langt på vei opp (1,1 prosent), men fra 2018 til 2020 økte antall polikliniske og ambulante årsverk fra 4 320 til 4 538. Korrigert for befolkningsveksten utgjorde dette en vekst på 3,2 prosent siste toårsperiode.

Alle regioner hadde enten vekst eller uforandret personellrate ved poliklinikkene i løpet av perioden 2016-2020. I 2020 hadde Helse Midt-Norge det høyeste nivået både for poliklinisk og ambulant personellinnsats korrigert for innbyggertallet i regionene.

Innleggelser for voksne

For de voksne ble dekningsratene for innleggelser til døgnbehandling i psykisk helsevern redusert med syv prosent fra 2019 til 2020. Reduksjonen for øyeblikkelig hjelpinnleggelser var 2 prosent, mens de elektive ble redusert med 18 prosent.

De regionale forskjellene i dekningsrate for øyeblikkelig hjelp-innleggelser var knyttet til høyere dekningsrater i Vest og Nord sammenlignet med Midt-Norge og Sør-Øst. Nord hadde den høyeste dekningsraten for planlagte innleggelser til tross for nedgangen siste år.

Varighet av døgntillegget for voksne

Det var ingen endring i median varighet (syv dager) av den samlede døgntillegget for de voksne i perioden 2017-2020. I alt 95 prosent av døgntilleggene var avsluttet innen 48 dager i 2020. De lengste døgntilleggene ble imidlertid kortere i løpet av 2020 og dette var knyttet til pasientene i Sør-Øst. Døgntillegger som startet som øyeblikkelig hjelp, hadde median varighet på seks dager. I Midt-Norge var øyeblikkelig hjelp-innleggelsene kortere sammenlignet med de øvrige regionene og i 2020 var median varighet på fire dager i denne regionen. I Sør-Øst og Vest var det flere pasienter som hadde lange akutt-innleggelser sammenlignet med pasienter fra Midt-Norge og fra Nord.

Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017-2018

Blant de voksne pasientene behandlet ved helseforetak/private foretak i psykisk helsevern i 2018 hadde 28 prosent hatt tilgang på kommunale helse- og omsorgstjenester i løpet av 2017-2018. Blant døgntilleggs- og pasienter med rusproblematikk hadde henholdsvis 58 og 46 prosent tilgang til slike tjenester, mens 24 prosent av pasientene i poliklinikken hadde mottatt tilsvarende kommunalt tilbud. Blant de voksne pasientene i behandling hos avtalespesialist i 2018 var det 11 prosent som i tillegg mottok kommunale tjenester i løpet av disse to årene.

Bruk av behandlingstjenestene i psykisk helsevern - voksne pasienter

I løpet av 2020 fikk om lag 153 800 pasienter behandling ved helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern for voksne, noe som var bort imot samme omfang som året før. Antall døgntilleggs- var redusert med fire prosent fra 2019. I løpet av perioden 2016 til 2020 var antall døgntilleggs- redusert med tre prosent, mens pasienter i poliklinisk behandling økte med fem prosent. Antall voksne pasienter i behandling hos avtalespesialistene har vært stabilt på samme nivå de siste årene.

De regionale forskjellene var knyttet til høyere døgntilleggsrate i Nord, sammenlignet med Sør-Øst og Midt-Norge som lå på landsgjennomsnittet. Vest hadde en nedgang for døgntilleggsraten i løpet av det siste året og lå også på landsgjennomsnittet for 2020. I Midt-Norge var det flere pasienter som kun hadde poliklinisk tilbud i helseforetak/private foretak sammenlignet med de øvrige regionene. Vest hadde den laveste pasientraten for kun poliklinisk behandling. Behandlingstilbudet hos avtalespesialistene er et tilbud med store geografiske forskjeller, og utgjør en større andel av behandlingstilbudet i Sør-Øst og Vest enn i Midt-Norge og Nord.

Dekningsraten for utskrivninger fra helseforetak/private i psykisk helsevern for voksne har gått ned med åtte prosent i fra 2016 til 2020, hvorav nedgangen siste år var på syv prosent. Nord hadde den høyeste dekningsraten, den største nedgangen siste år (10 prosent), men ligger over landsgjennomsnittet også i 2020. Vest hadde en nedgang på tre prosent og hadde minst nedgang i antall utskrivninger per innbygger siste år.

Nedgangen i dekningsrate for oppholdsdøgn ved helseforetak og private foretak i psykisk helsevern for voksne var på 16 prosent fra 2016 til 2020. Nedgangen var gjennomgående for alle regionene i perioden 2016-2020 med en ekstra tydelig reduksjon (ni prosent) siste år. Nord og Vest hadde høyeste dekningsrate, mens Midt-Norge hadde den laveste dekningsraten gjennom perioden.

Bruken av det polikliniske tilbudet i psykisk helsevern er presentert ved dekningsrate for polikliniske kontakter knyttet til pasienter i aldersgruppen 18 år og eldre uavhengig av behandlingssted. Samlet dekningsrate for voksne i psykisk helsevern viste en nedgang på to prosent i løpet av perioden 2016-

2020, men det var en vekst på to prosent siste år. Veksten i 2020 var på tre prosent i Sør-Øst og Nord, mens Vest og Midt-Norge lå på samme nivå som 2019. Bruken av telefonkontakter økte med 50 prosent siste år og økningen var størst i Midt-Norge og Nord. Bruken av ambulante kontakter var størst i Midt-Norge også i 2020 til tross for en kraftig nedgang siste år.

Døgnbehandlingen i helseforetak og private foretak i PHV-V

Døgntilbudet i psykisk helsevern for voksne var i stor grad knyttet til beredskap og øyeblikkelig hjelp-innleggelse. På nasjonalt nivå var 69 prosent av innleggelsene ved helseforetakene og de private foretakene øyeblikkelig hjelp-innleggelse og det var en økning på tre prosentpoeng fra 2019. I perioden 2017-2019 lå andel øyeblikkelig hjelpinnleggelse på 65/66 prosent. Endringen siste år var knyttet til en betydelig nedgang (16 prosent) i de planlagte innleggelsene ved foretakene, mens omfanget av øyeblikkelig hjelp-innleggelse i foretakene ble opprettholdt.

Totalt sett var det ingen endring i varigheten av døgnbehandlingen de siste årene. Median varighet av døgnbehandlingen ved helseforetak/private foretak var 7 dager, det vil si at 50 prosent varte 7 dager eller mindre. 95 prosent av døgnbehandlingene var avsluttet innen 50 dager.

I denne rapporten ser vi også på forløp etter utskrivning fra døgnbehandling. I 2019 var 37 prosent av utskrivningene fra foretakene uten ny døgnbehandling i løpet av det første året etter utskrivning. Videre ble pasientene ved fem prosent av utskrivningene fra foretakene overført til videre døgnbehandling ved annet foretak eller tjenesteområde. Andel utskrivninger hvor pasienten ble innlagt på ny i løpet av ett år, utgjorde 58 prosent av utskrivningene.

Statistikk over pasientenes kontakt med tjenestene i løpet av de første 30 dagene etter avsluttet døgnbehandling i 2020, viste at 17 prosent av pasientene ble innlagt på nytt med behov for øyeblikkelig hjelp (reinnlagt) og 7 prosent hadde en ny innleggelse uten behov for øyeblikkelig hjelp (gjeninnlagt). For i alt 49 prosent av utskrivningene hadde pasienten *bare* poliklinisk kontakt med tjenestene i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning, og dette var en økning på to prosentpoeng fra 2019. For 58 prosent av utskrivningene hadde pasienten *minst én* poliklinisk kontakt med psykisk helsevern for voksne etter utskrivning og det var også en økning på to prosentpoeng fra året før. Denne endringen ble gjenfunnet i alle regionene. Pasienter utskrevet fra døgnbehandling i Nord hadde i mindre grad kontakt med tjenestene etter utskrivning sammenlignet med pasienter utskrevet fra døgnbehandling i de andre tre regionene.

Utvikling i døgnplasser i PHV-V

Fra 1998 til 2020 ble antall døgnplasser per innbygger redusert med 56 prosent i psykisk helsevern for voksne. Fra 2016 til 2020 var nedgangen på nær 11 prosent når man tar hensyn til befolkningsveksten. I denne perioden har den årlige reduksjonen i tallet på døgnplasser avtatt noe både i antall og prosentvis nedgang. I 2020 var det 3 284 døgnplasser i tjenestene til voksne.

Det har vært en nedgang i døgnplasser per 10 000 innbygger i samtlige regioner siden 2002. Den prosentvise nedgangen i raten for døgnplasser var størst i Helse Sør-Øst og minst i Helse Nord. Det var store geografiske forskjeller i døgnplasskapasiteten i tjenestene til voksne når man korrigerer for befolkningsstørrelsen både i 2016 og 2020. Forskjellene var spesielt store innad i Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Pasienter etter alder og kjønn

I 2020 var 0,5 prosent av voksne kvinner og 1,0 prosent av voksne menn i kontakt med TSB, totalt 0,8 prosent. Det var en nedgang på to prosent i løpet av det siste året.

For menn steg raten fram til aldersgruppen 30-39 år der 1,6 prosent av befolkningen var i kontakt med tjenestene i 2020. For menn i aldersgruppen 40 år og eldre sank raten med stigende alder. For kvinnene har aldersgruppen 30-59 år den høyeste raten, hvor 0,8 prosent hadde kontakt med TSB dette året. For kvinner over 59 år sank raten med stigende alder. Siden 2016 hadde det for begge kjønn vært en nedgang for aldersgruppene 18-29 år og en økning for aldersgruppen 60-69 år.

Innleggelser og øyeblikkelig hjelp

I 2020 var 22 prosent av innleggelsene til rusbehandling øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Mens dekningsraten for planlagte innleggelser ble redusert var det på nasjonalt nivå ingen reell endring for øyeblikkelig hjelp-innleggelser fra 2019 til 2020.. Den samlede nedgangen i antall innleggelser var på åtte prosent. Det var store forskjeller mellom foretaksområdene med hensyn til dekningsrater både for øyeblikkelig hjelp-innleggelser, planlagte innleggelser og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Nedgangen i dekningsrate for planlagte innleggelser gjenfinnes også på foretaksområdenivå og det var områdene med høye dekningsrater som hadde den største nedgangen.

Varighet av døgnbehandlingen

Det var ingen endringer i median varighet av døgnbehandlingen til pasientene i TSB i løpet av perioden 2017-2020. Median varighet av døgnbehandlingen var på 14 dager, mens 95 prosent av døgnoppholdene var avsluttet innen 132 dager. Det var regionale forskjeller i varighet av døgnbehandlingen. Døgnbehandlinger for pasientene bosatt i Vest hadde lengre opphold sammenlignet med pasientene bosatt i de øvrige regionene. Pasientene i Midt-Norge hadde de korteste døgnbehandlingene og det gjaldt for opphold som startet med en øyeblikkelig hjelp-innleggelse.

Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017-2018

Blant de voksne pasientene behandlet i TSB i 2018 hadde 42 prosent hatt vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester i løpet av perioden 2017-2018. En fjerdedel hadde vedtak om helsetjenester i hjemmet, noe som gjaldt alle aldersgruppene. Totalt 15 prosent av pasientene hadde vedtak om praktisk bistand og støttekontakt, med en andel som var økende med stigende alder. En liten andel i alle aldersgruppene hadde kommunalt boligtilbud.

Befolkningens bruk av behandlingstjenestene

I løpet av 2020 fikk om lag 32 500 voksne pasienter behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette var en nedgang på 2 prosent i løpet av det siste året. I løpet av perioden fra 2016 til 2020 var det en nedgang i antall pasienter i TSB på 0,5 prosent og endringen var i samme størrelsesorden både for døgnpasienter og pasienter som kun var i poliklinisk behandling.

De regionale forskjellene i pasientratene ble mindre i løpet av 2016-2020 fordi befolkningen i Nord, som hadde den laveste pasientraten i 2016, økte sin pasientrate og Sør-Øst og Vest reduserte sine pasientrater. Det var liten forskjell mellom regionene i døgnpasientrate i perioden slik at forskjellene var knyttet til bruken av det polikliniske tilbud.

Behandlingstilbudet målt ved innleggelser, oppholdsdøgn og polikliniske kontakter er nøkkeltall som belyser volumet av tjenestene i sektoren og tallene innhentes via pasientdata fra Norsk pasientregister supplert med forespørsler til institusjoner i de tilfeller hvor pasientdata var mangelfulle. Korrigert for befolkningsveksten, var det samlet sett en nedgang i innleggelser og oppholdsdøgn på hhv 10 og 4 prosent mens polikliniske kontakter økte med 2 prosent siste år. I løpet av perioden 2016-2020 var nedgangen for innleggelser og oppholdsdøgn på hhv 6 og 7 prosent, mens polikliniske kontakter i TSB økte med 5 prosent. Nedgangen i oppholdsdøgn var videreføring av en trend de siste fire årene i Vest og Midt-Norge, mens Sør-Øst har opprettholdt dekningsraten for oppholdsdøgn gjennom bidrag fra ordningen med fritt behandlingsvalg (FBV). Dekningsratene for innleggelser og oppholdsdøgn i Nord ble redusert siste år.

I løpet av 2020 økte dekningsraten for polikliniske kontakter med 1 prosent i Sør-Øst, 1 prosent i Vest og 10 prosent i Midt-Norge, mens den sank med 7 prosent i Nord. Når bidraget fra psykisk helsevern ble inkludert var veksten i Sør-Øst og Midt-Norge på hhv 2 og 7 prosent. Økningen i telefonkontakter var på 29 prosent og økningen fant sted i alle regionene. Dekningsraten for ambulante kontakter økte kun i Vest. Det var fremdeles store geografiske forskjeller i poliklinisk rusbehandling i 2020.

Døgnbehandling i helseforetak og private foretak

Døgntilbudet i foretakene er fordelt på helseforetak og private foretak. Det er en arbeidsdeling mellom helseforetak og private foretak i regionene, hvor helseforetakene i hovedsak ivaretar tilbudet om øyeblikkelig hjelp, mens de private tilbyr planlagt døgnbehandling. Det er imidlertid forskjeller i behandlingsvarighet mellom regionene både innen helseforetak og private foretak. Dette er delvis knyttet til ulike institusjonstyper og ulike behandlingstilbud både innen helseforetakene og de private foretakenes behandlingstilbud.

På nasjonalt nivå var det liten endring i varigheten av døgnbehandlingen de siste årene. Ved helseforetakene er døgnbehandlingen blitt noe kortere i løpet av perioden 2017-2020. Median varighet av døgnbehandlingen ble redusert fra 11 til 9 dager i løpet av 2017-2020. Ved private avtaleforetak hadde median varighet av døgnbehandlingen økt fra 21 til 35 dager. Det var regionale forskjeller for både helseforetakene og de private avtaleinstitusjonene, både med hensyn til varighet og endringer i varighet av døgnbehandlingen. Nedgangen i varighet i døgnbehandling ved helseforetakene gjenfinnes i alle regionene, mens økningen i varighet ved private ble kun gjenfunnet i Sør-Øst.

Statistikken over forløp etter utskrivning viser at i 2019 var 32 prosent av utskrivningene fra foretakene uten ny døgnbehandling i løpet av det første året etter utskrivning. Videre ble 14 prosent av utskrivningene fra foretakene overført til annen døgnbehandling i TSB og dette var en økning på 1 prosentpoeng fra 2018. Samtidig gikk andelen med ny innleggelse på ett senere tidspunkt ned fra 47 til 45 prosent.

Statistikken over forløp i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning viste en nedgang i andel gjeninnleggelser og uendret omfang av reinnleggelser. Trenden ble gjenfunnet i alle regionene med unntak av Sør-Øst hvor andel gjeninnleggelser økte samtidig med at andel reinnleggelser gikk ned. Utskrivninger med kun poliklinisk kontakt i løpet av de første 30 dagene økte fra 51 prosent i 2019 til 54 prosent i 2020. Samlet sett mottok 65 prosent av de utskrevne pasientene i 2020 en poliklinisk kontakt med behandlingstjenestene i TSB eller psykisk helsevern i løpet av de første dagene og dette var en

økning på 2 prosentpoeng fra året før. Denne trenden med større grad av kontakt med pasienten etter utskrivning fra TSB som vi fant i 2019-2020, ble gjenfunnet i alle regionene, med unntak av i Nord.

Døgnplasser i helseforetak og private foretak

I 2020 var det 1875 døgnplasser, fordelt på helseforetak og private foretak i TSB. Dette var en nedgang på 8 plasser i løpet av 2020, hvorav en reduksjon på 6 fant sted i Midt-Norge. Døgnplassdekningen ble redusert med 1 prosent nasjonalt mens reduksjonen i Midt-Norge var på 4 prosent. De regionale forskjellene var lite endret de siste årene. Nord og Sør-Øst har dekningsrater over landsgjennomsnittet, mens Vest og Midt-Norge har dekningsrater som ligger lavere enn landsgjennomsnittet.

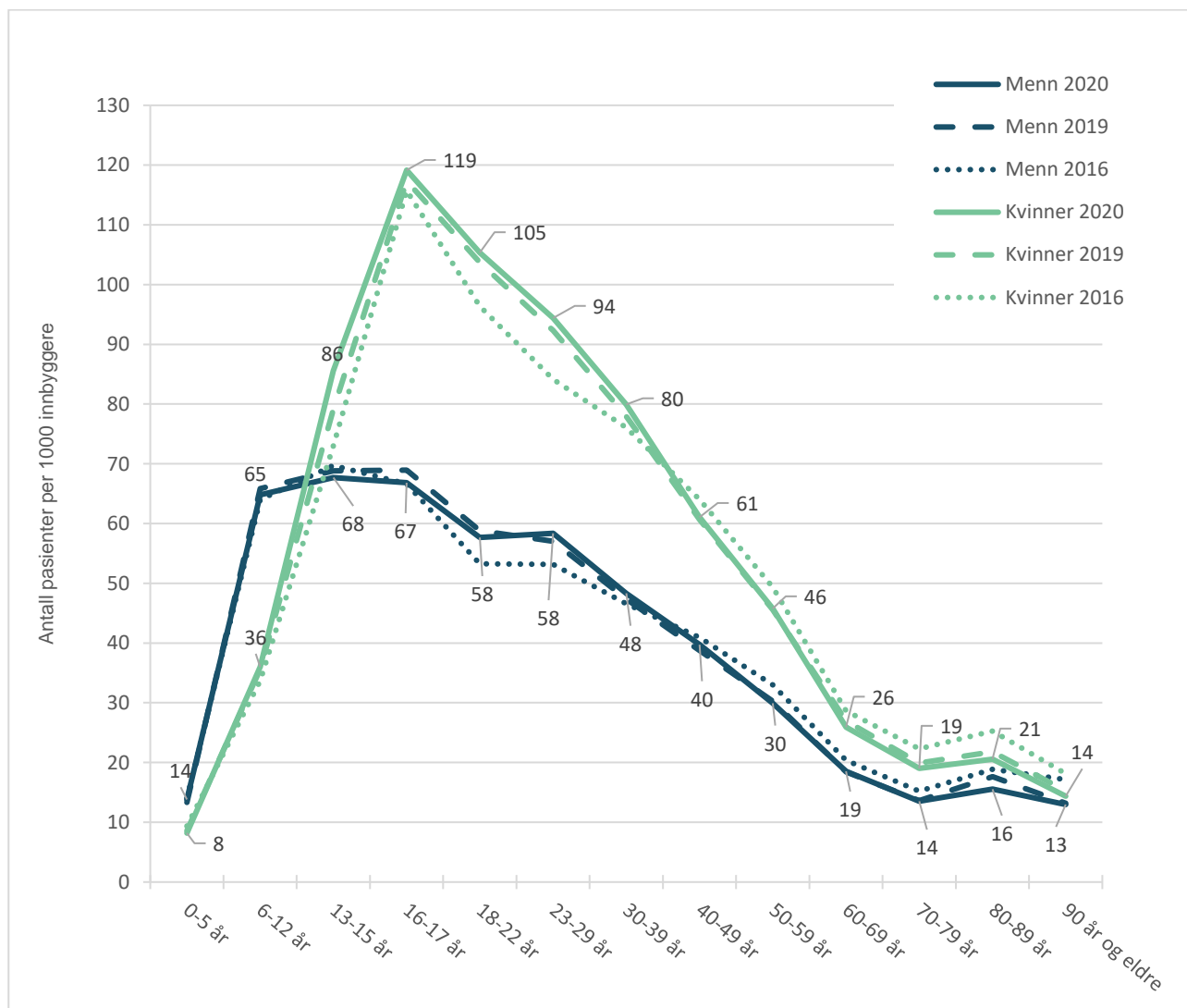
1. Pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vi vil i dette kapitlet se på pasientfordelingen i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter kjønn og alder, og hvordan denne har utviklet seg de siste årene. Tallene for psykisk helsevern omfatter tjenestene rettet mot barn og unge og mot voksne, og tjenestene som avtalespesialistene i psykiatri og psykologi tilbyr befolkningen. Tallene framstilles som rater i forhold til innbyggertallet for gruppen (f.eks. kvinnelige pasienter 30-39 år per 1 000 kvinner 30-39 år).

Psykisk helsevern

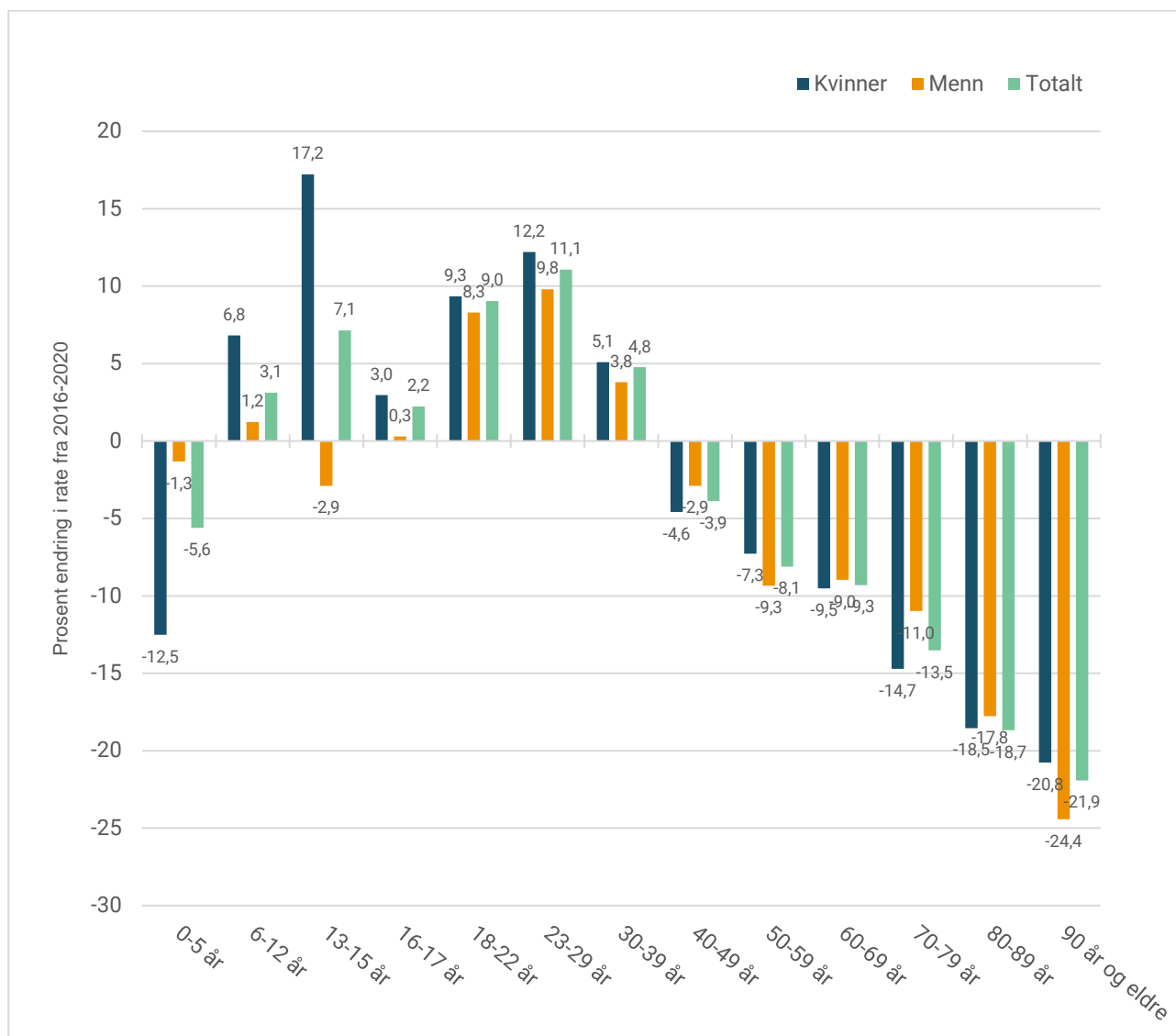
I 2020 var omlag 56 700 barn og unge i kontakt med institusjoner og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, i underkant av 154 000 personer i psykisk helsevern for voksne, og 54 000 personer hos avtalespesialistene. Noen personer mottok tjenester fra flere instanser. Totalt var derfor 254 000 personer i kontakt med tjenestene, mot i underkant av 248 000 fem år tidligere¹. Figur 1-1 viser totalratene for 2016, 2019 og 2020, mens figur 1-2 viser prosent endring i raten for ulike aldersgrupper fra 2016 til 2020.

Figur 1-1 Pasienter totalt i psykisk helsevern etter kjønn og alder.



¹ Tallene er korrigert for underrapportering av pasientdata fra avtalespesialistene, manglende opplysninger om kjønn og bosted samt pasienter uten bosted i Norge.

Figur 1-2 Endring i pasientrate fra 2016 til 2020. Pasienter totalt i psykisk helsevern.

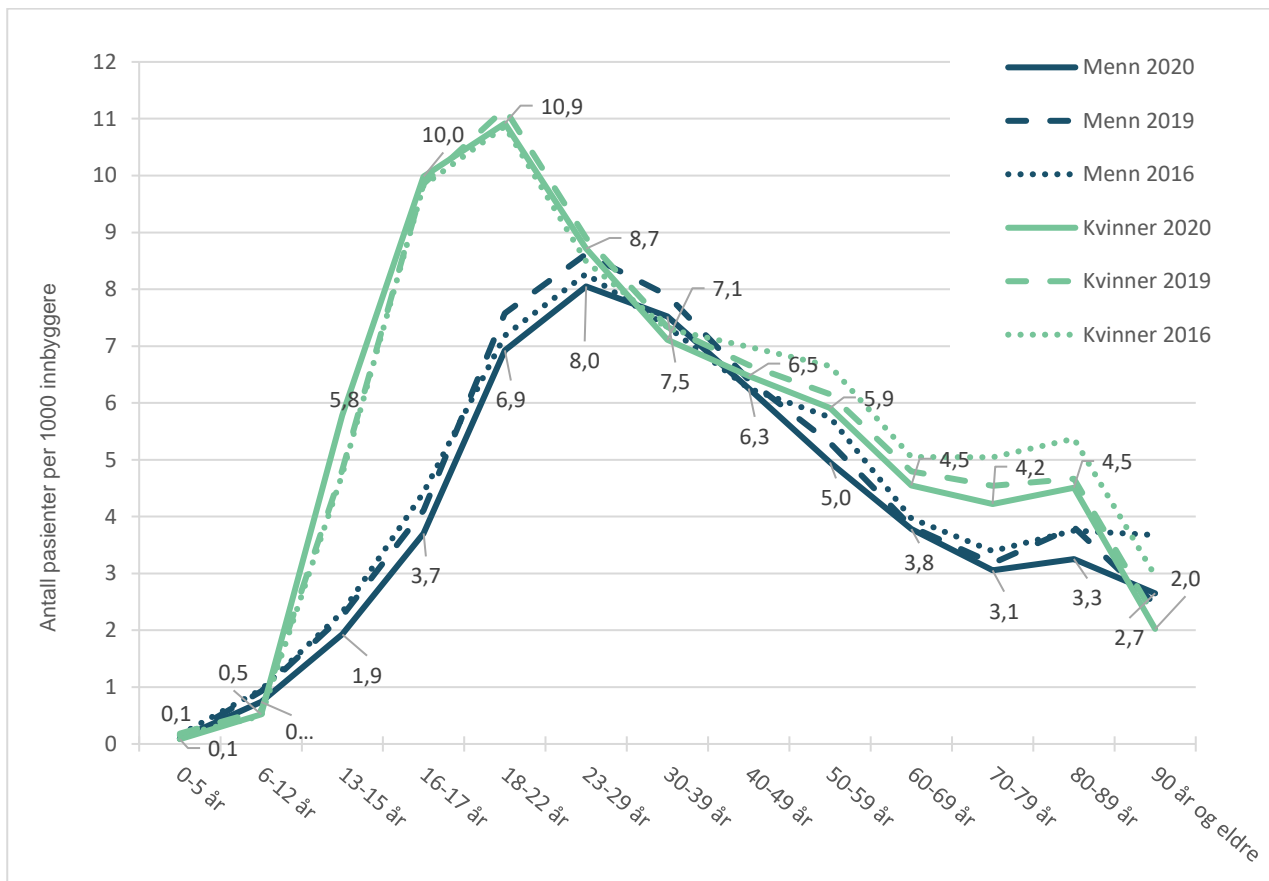


For både kvinner og menn steg raten fram til aldersgruppen 16-17 år, der hhv. 11,9 og 6,7 prosent av befolkningen var i kontakt med tjenestene i 2020. Pasientraten avtok deretter med økende alder. Siden 2016 har det for begge kjønn særlig vært en økning for aldersgruppene 18-29 år. Fra 2016 til 2020 var det en økning i ratene for jentene i aldersgruppene (6-29 år), med størst økning for aldersgruppen 13-15 år, og synkende rater for de eldre aldersgruppene (40 år og eldre). Tendensen til synkende rate med økende alder har dermed blitt ytterligere styrket i løpet av perioden. Fra 2019 til 2020 ser man samme tendens for jenter/kvinner, med en økning i pasientratene spesielt for aldersgruppen 13-15 år. For gutter opp til 22 år sank derimot pasientraten siste år, spesielt for aldersgruppen 16-17 år.

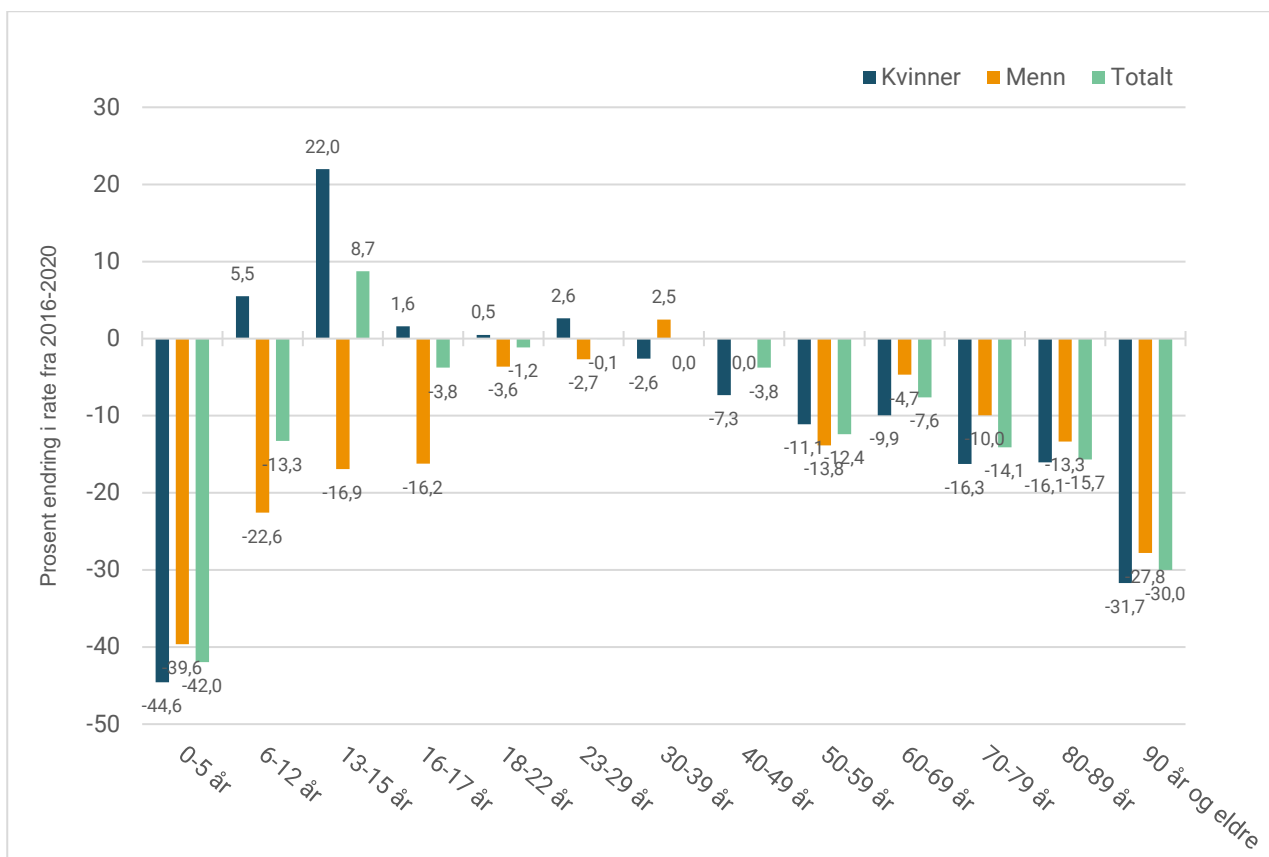
Døgnpasienter

Figur 1-3 viser pasientratene for døgnpasientene fra 2016,2019 og 2020, mens figur 1-4 viser prosent endring i raten for ulike aldersgrupper fra 2016 til 2020.

Figur 1-3 Pasienter i døgntilrettelagt psykiatri etter kjønn og alder.



Figur 1-4 Prosent endring i pasientrate fra 2016 til 2020. Døgntilrettelagt psykiatri.

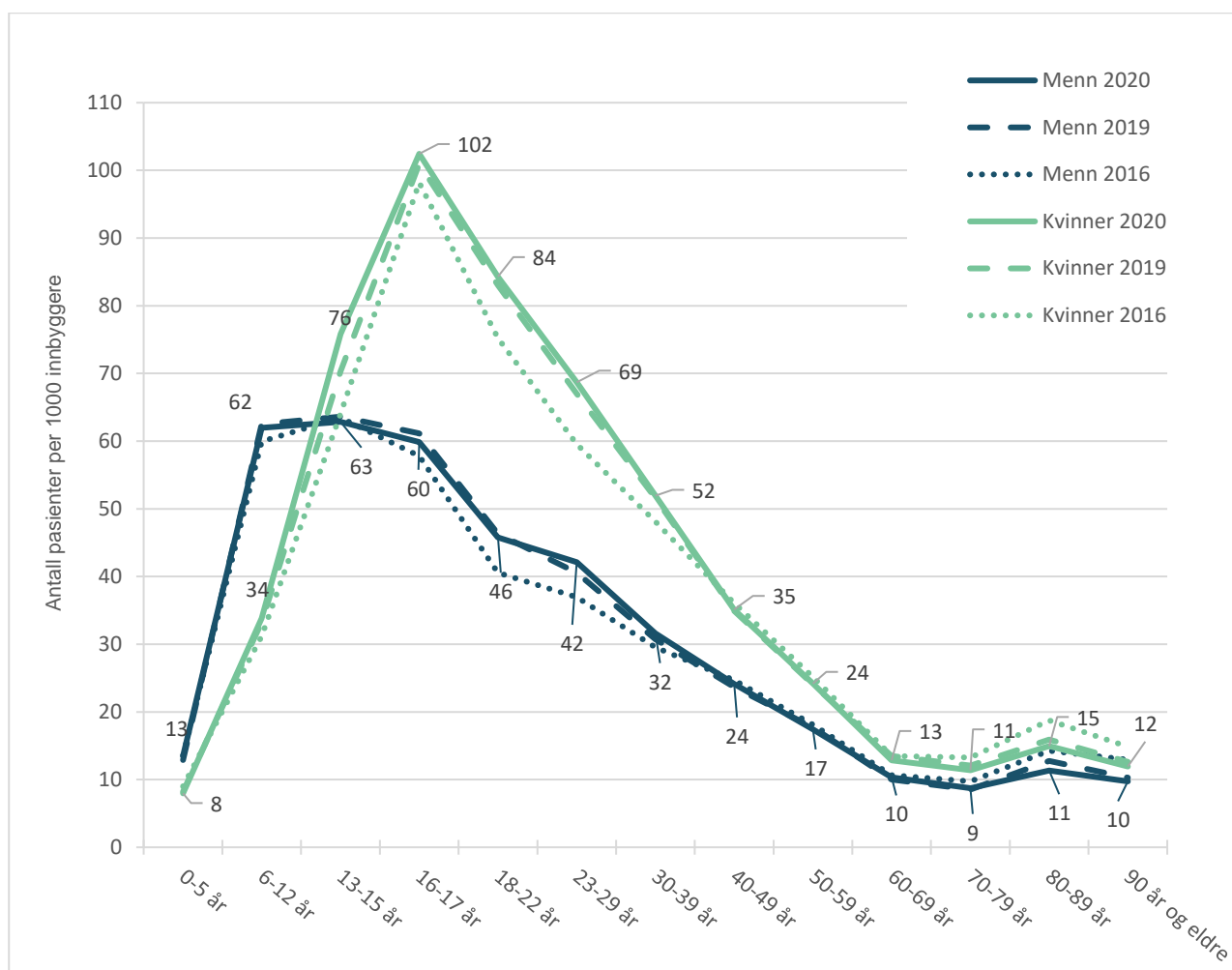


Blant kvinnene steg 2020 raten for døgnpasienter fram til aldersgruppen 16-17 år, der 1,1 prosent av kvinnene var innlagt i løpet av året. Blant mennene var raten høyest for aldersgruppen 23-29 år, der 0,8 prosent var innlagt. Blant mennene var det fra 2016 til 2020 en gjennomgående nedgang i døgnpasientraten for alle aldersgruppene. Blant kvinnene var det en nedgang i raten for gruppen 40 år og eldre. Fra 2019 til 2020 ser man samme tendens for jenter/kvinner med en nedgang i døgnpasientraten, med unntak for jenter i ungdomsalder (13-17 år). For jenter i denne alderen var det en økning i pasientraten siste år, spesielt for aldersgruppen 13-15 år. For gutter og menn sank derimot pasientraten siste år, med unntak for de aller eldste.

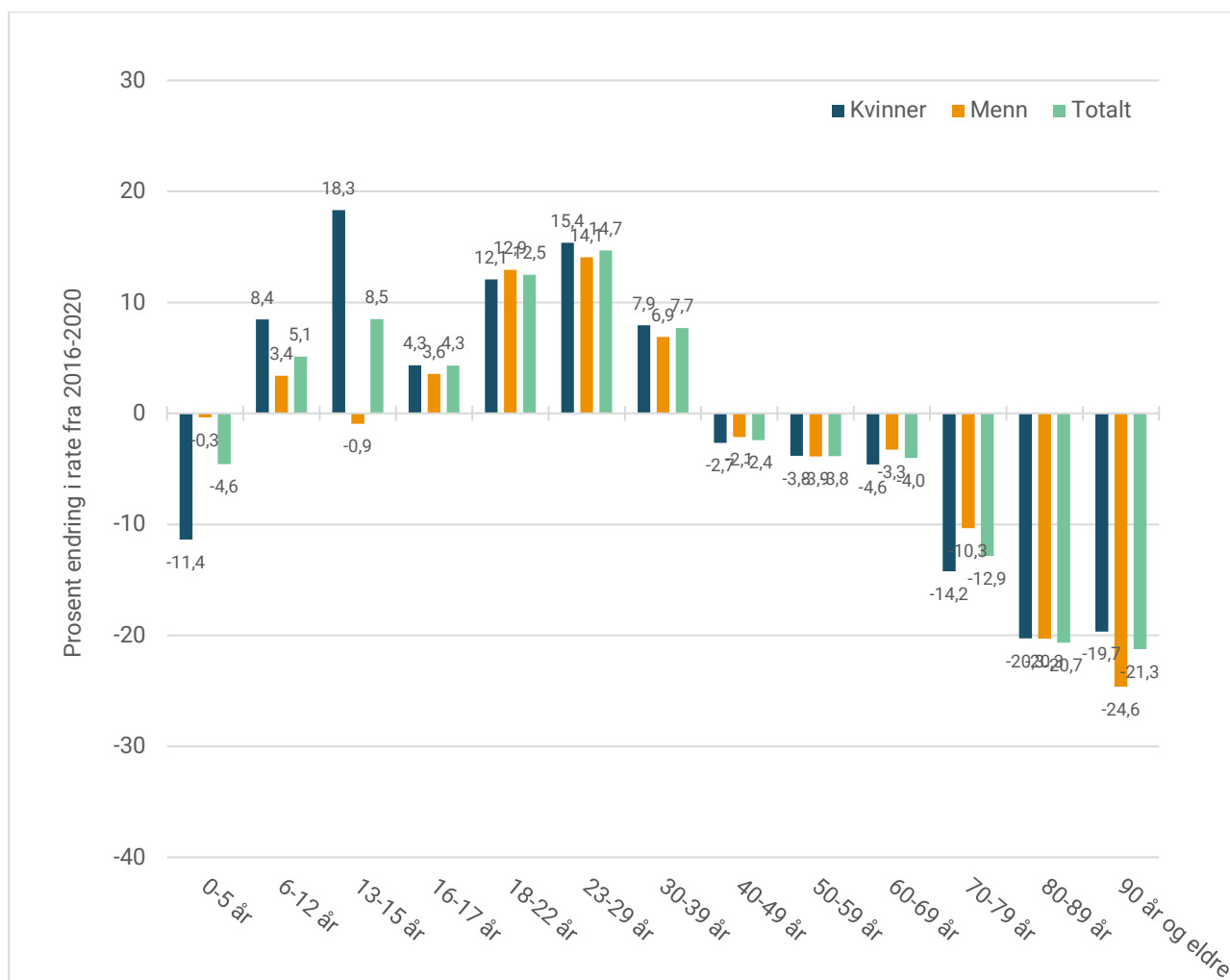
Pasienter med kun poliklinisk behandling

Figur 1-5 viser pasientratene for pasientene som kun mottar poliklinisk behandling fra 2016, 2019 og 2020, mens figur 1-6 viser prosent endring i raten for ulike aldersgrupper fra 2016 til 2020.

Figur 1-5 Pasienter som kun mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern etter kjønn og alder.



Figur 1-6 Prosent endring i pasientrate fra 2016 til 2020. Pasienter som kun er i poliklinisk behandling i psykisk helsevern.

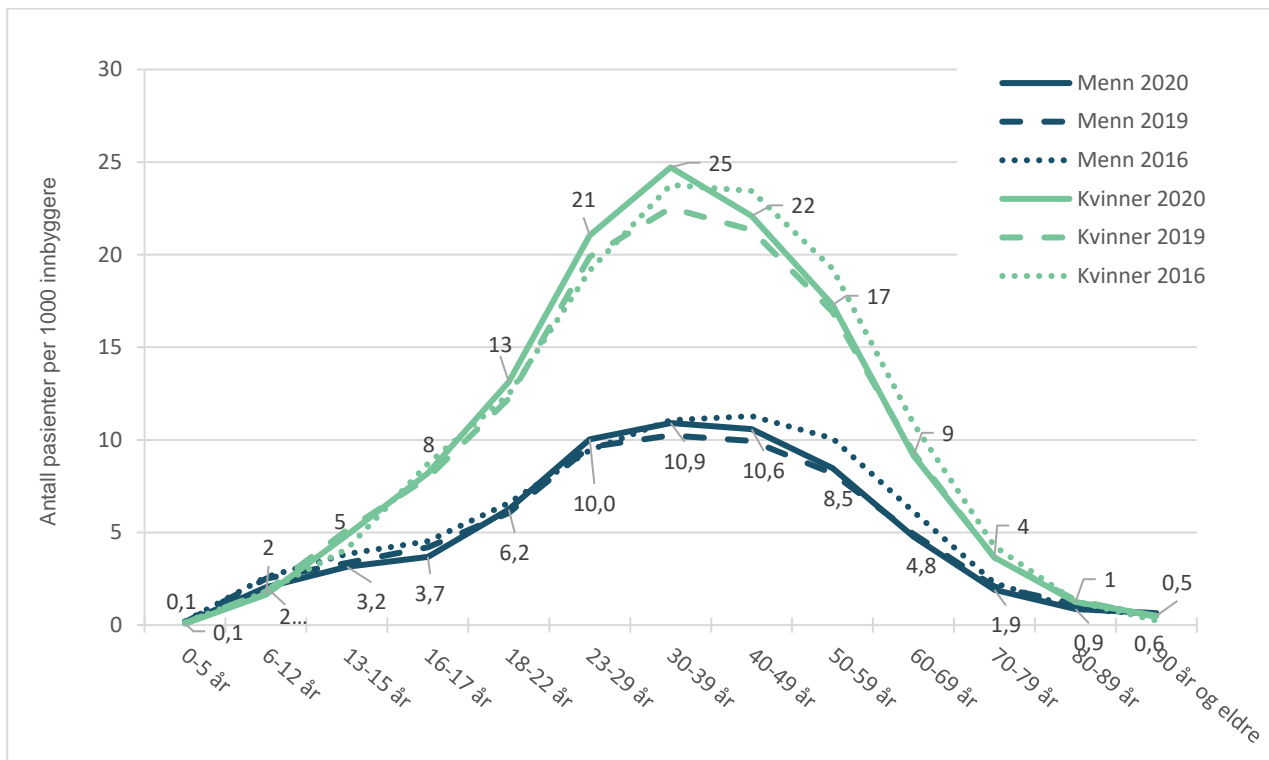


For kvinnene økte pasientraten ved poliklinikkene fram til aldersgruppen 16-17 år, for deretter å avta med økende alder. For mennene var raten høyest for aldersgruppen 13-15 år, og avtok for aldergruppene 18 år og eldre. For begge kjønn har det fra 2016 til 2020 vært en svak økning i ratene for aldersgruppene 18-39 år. Det var også en vekst i ratene for jenter i alderen 13-15 år. Fra 2019 til 2020 ser man samme tendens for jenter/kvinner med en økning i ratene for poliklinikkene, spesielt for aldersgruppen 13-15 år. For gutter og menn sank derimot pasientraten svakt for aldersgruppen 6-22 år siste år.

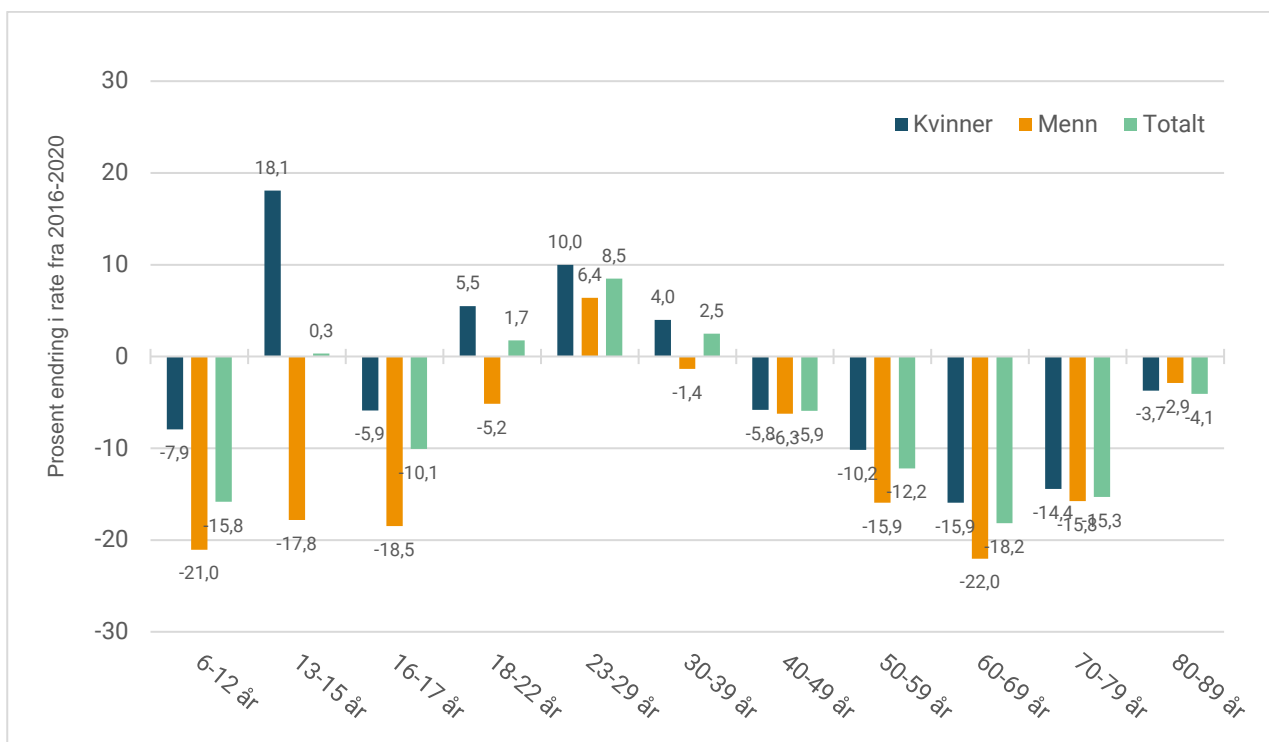
Pasienter hos avtalespesialistene

Figur 1-7 viser pasientratene for pasientene i behandling hos avtalespesialistene fra 2016, 2019 og 2020, mens figur 1-8 viser prosent endring i raten for ulike aldersgrupper fra 2016 til 2020.

Figur 1-7 Pasienter hos avtalespesialister i psykisk helsevern etter kjønn og alder.



Figur 1-8 Prosent endring i pasientrate fra 2016 til 2020. Pasienter hos avtalespesialistene; psykiatere og psykologspesialister.



Pasientene hos avtalespesialistene hadde en annen aldersfordeling enn døgnpasientene og pasientene som var i poliklinisk behandling ved poliklinikkene. Hovedtyngden av pasientene var i alderen 23 til 49 år. Ratene var gjennomgående langt høyere for kvinner enn for menn. Fra 2016 til 2020 kan vi spore en svak nedgang i ratene for aldergruppene over 40 år. Fra 2019 til 2020 økte pasientratene hos

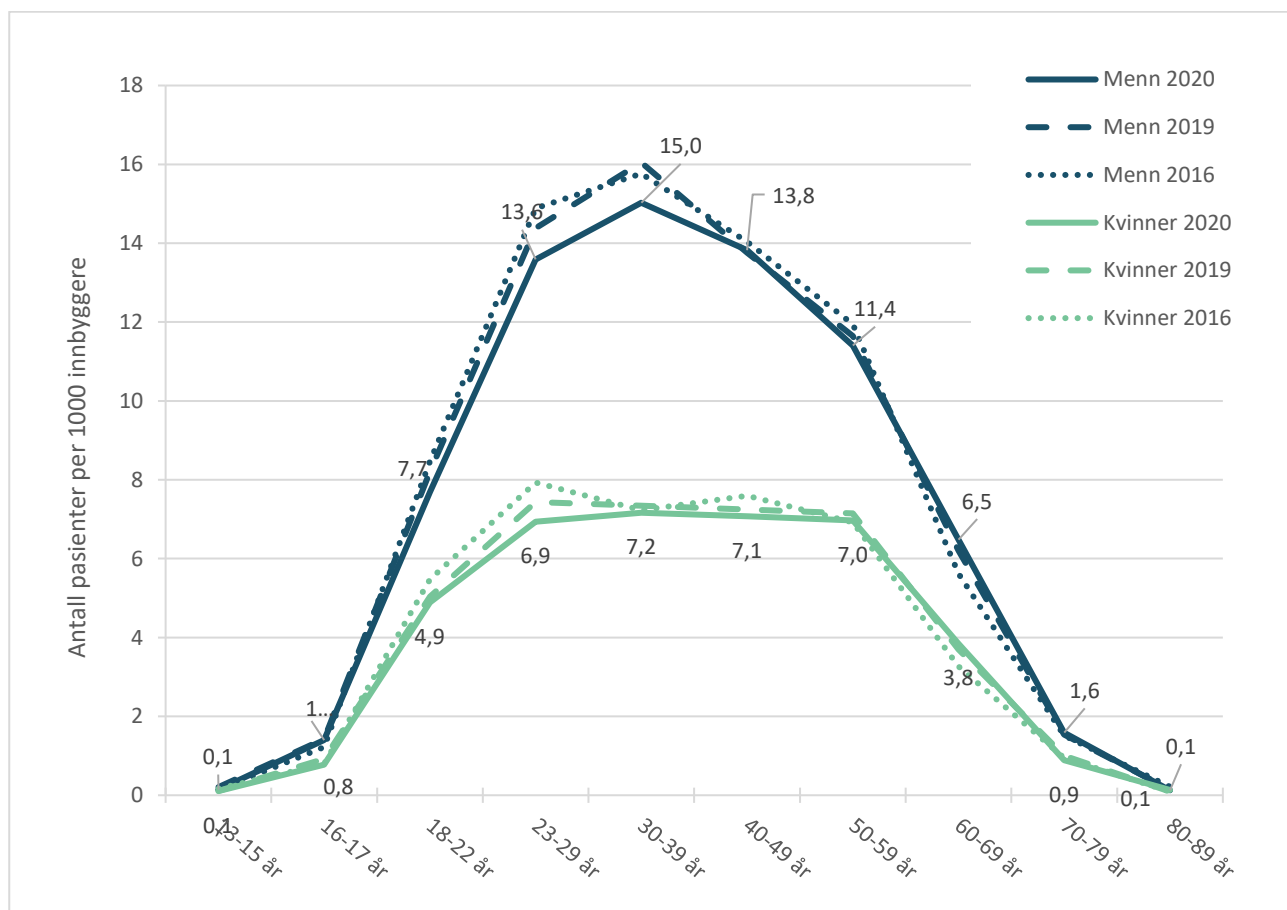
avtalespesialister for kvinner, spesielt for aldersgruppen 30-39 år. For menn økte også pasientraten mest for aldersgruppen 30-49 år fra 2019 til 2020.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I 2020 var omlag 32 500 voksne pasienter i kontakt med helseforetak og private foretak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I tillegg var i underkant av 1000 personer under vurdering for rusbehandling ved vurderingsinstansene i psykisk helsevern. I 2016 var antall pasienter i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern på 34 000².

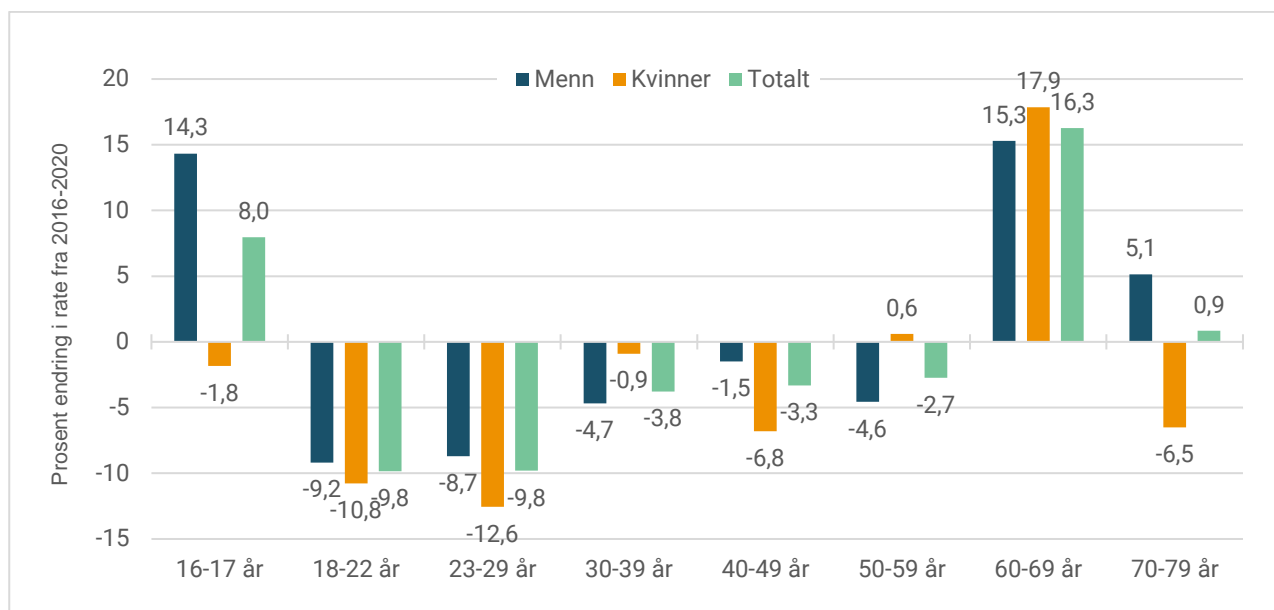
Figur 1-9 viser pasientratene for pasientene i behandling i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern fra 2016, 2019 og 2020, mens figur 1-10 viser prosent endring i raten for ulike aldersgrupper fra 2016 til 2020.

Figur 1-9 Pasienter totalt i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern etter kjønn og alder.



² Tallene er inklusive pasienter yngre enn 18 år, manglende opplysninger om alder, kjønn og bosted samt pasienter uten bosted i Norge. Disse er utelatt ved rateberegningene.

Figur 1-10 Prosent endring i pasientrate fra 2016-2020. Pasienter totalt i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern.

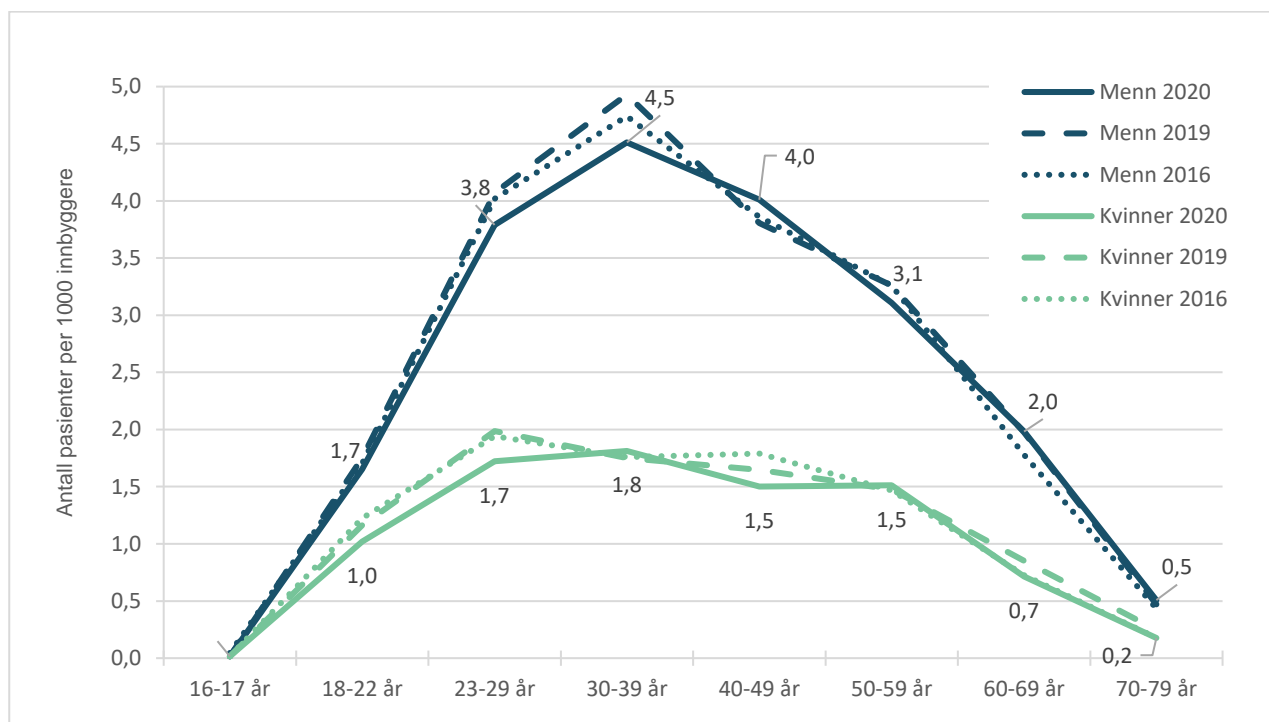


Blant mennene steg 2020 raten for rusbehandling til aldersgruppen 30-39 år, der 1,5 prosent av mennene var i behandling i løpet av året. Blant kvinnene var pasientraten høyest for aldersgruppen 23-59, der 0,7 prosent var i behandling. Blant menn og kvinner i aldersgruppen 18-29 år var det fra 2016 til 2020 en gjennomgående nedgang i raten. For aldersgruppen 60-69 år var det en økning i pasientrate for både menn og kvinner. Fra 2019 til 2020 ser man samme utvikling med avtagende pasientrater for begge kjønn, med unntak for aldersgruppen 60-69 år.

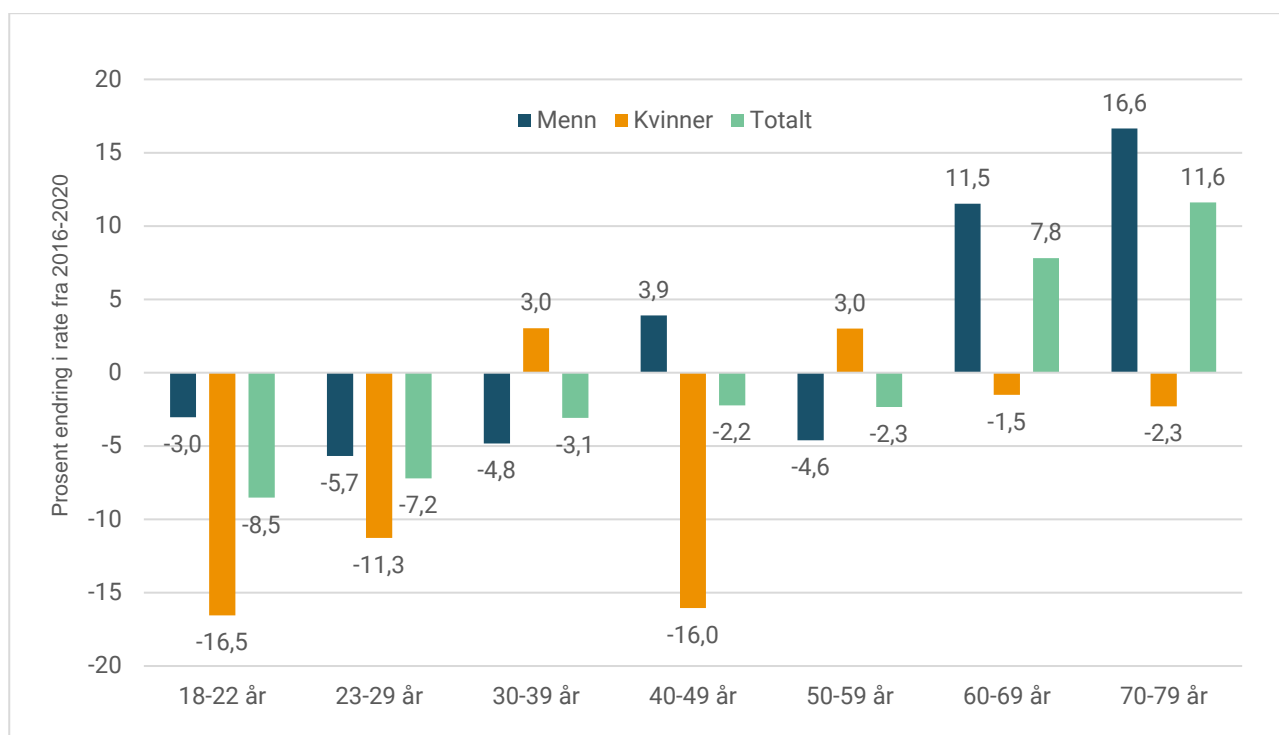
Døgnpasienter

Figur 1-11 viser pasientratene for pasientene i døgnbehandling fra 2016, 2019 og 2020, mens figur 1-12 viser prosent endring i raten for ulike aldersgrupper fra 2016 til 2020.

Figur 1-11 Pasienter i døgntilrettelagt behandling i TSB etter kjønn og alder.



Figur 1-12 Prosent endring i pasientrate fra 2016-2020. Pasienter i døgntilrettelagt behandling i TSB.

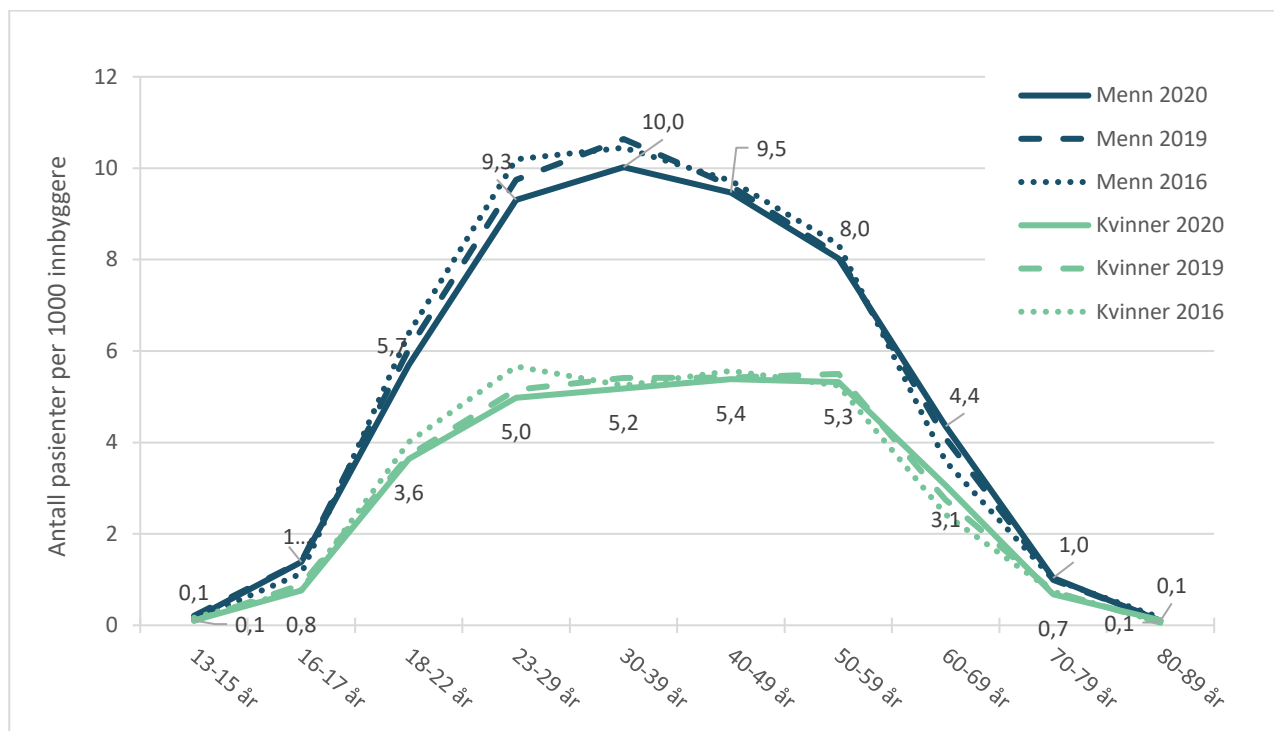


Blant mennene steg 2020 raten for døgntilrettelagte pasienter fram til aldersgruppen 30-39 år, der 0,5 prosent av mennene var innlagt i løpet av året. Blant kvinnene var raten høyest for aldersgruppen 23-39 år, der 0,18 prosent var innlagt. Blant mennene var det fra 2016 til 2020 en svak nedgang i raten med unntak av aldersgruppen 60 år og eldre. Det samme var tilfelle fra 2019 til 2020, men med noe større nedgang i raten for aldersgruppen 30-39 år.

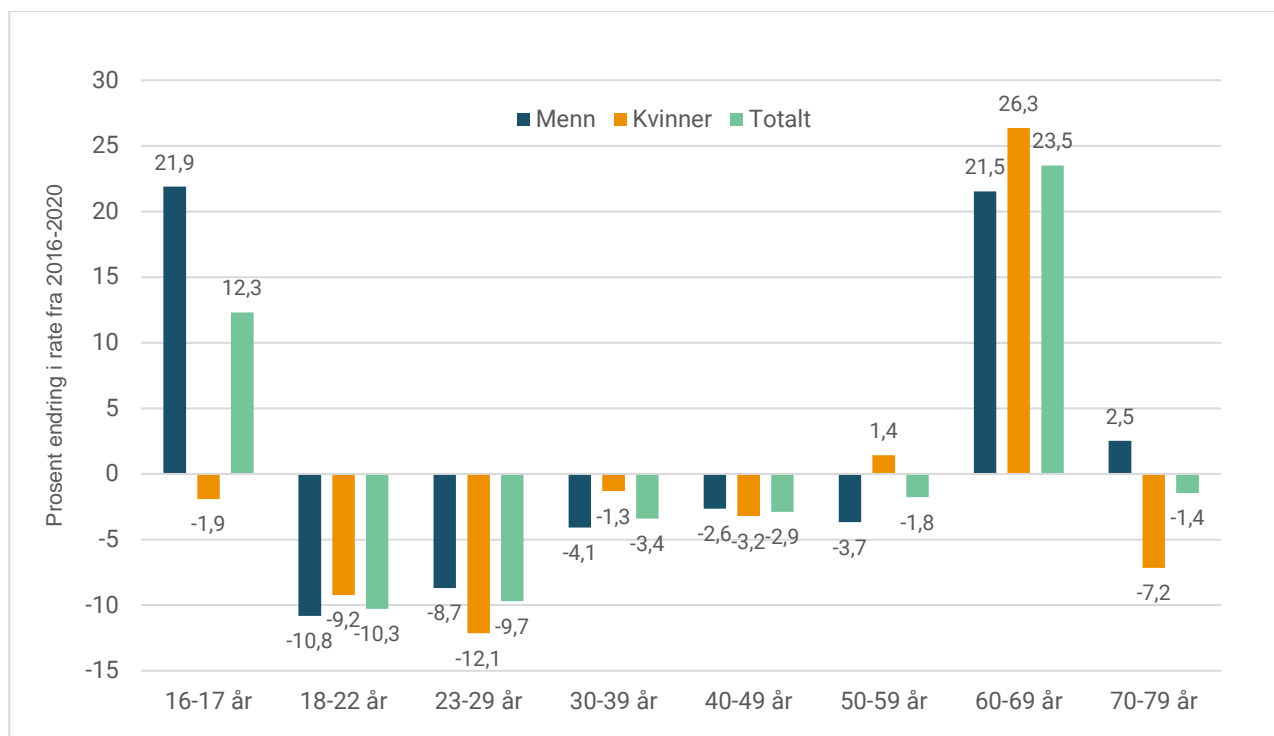
Pasienter med kun poliklinisk behandling

Figur 1-13 viser pasientratene for pasientene som kun er i poliklinisk behandling fra 2016, 2019 og 2020, mens figur 1-14 viser prosent endring i raten for ulike aldersgrupper fra 2016 til 2020.

Figur 1-13 Pasienter kun i poliklinisk behandling i TSB etter kjønn og alder.



Figur 1-14 Prosent endring i pasientrate fra 2016-2020. Pasienter kun i poliklinisk behandling i TSB.



Blant mennene steg 2020 raten for pasienter i kun poliklinikk fram til aldersgruppen 30-39 år, der 1 prosent av mennene var i behandling i løpet av året. Blant kvinnene var raten høyest for aldersgruppen 23-59 år, der 0,5 prosent var i behandling. Blant menn og kvinner var det fra 2016 til 2020 en nedgang i raten for aldersgruppen 18-29 år, mens for aldersgruppen 60-69 år var det en økning. Det samme var tilfelle fra 2019 til 2020, men med noe mindre endring i raten.

2. Øyeblikkelig hjelp og planlagte innleggelser

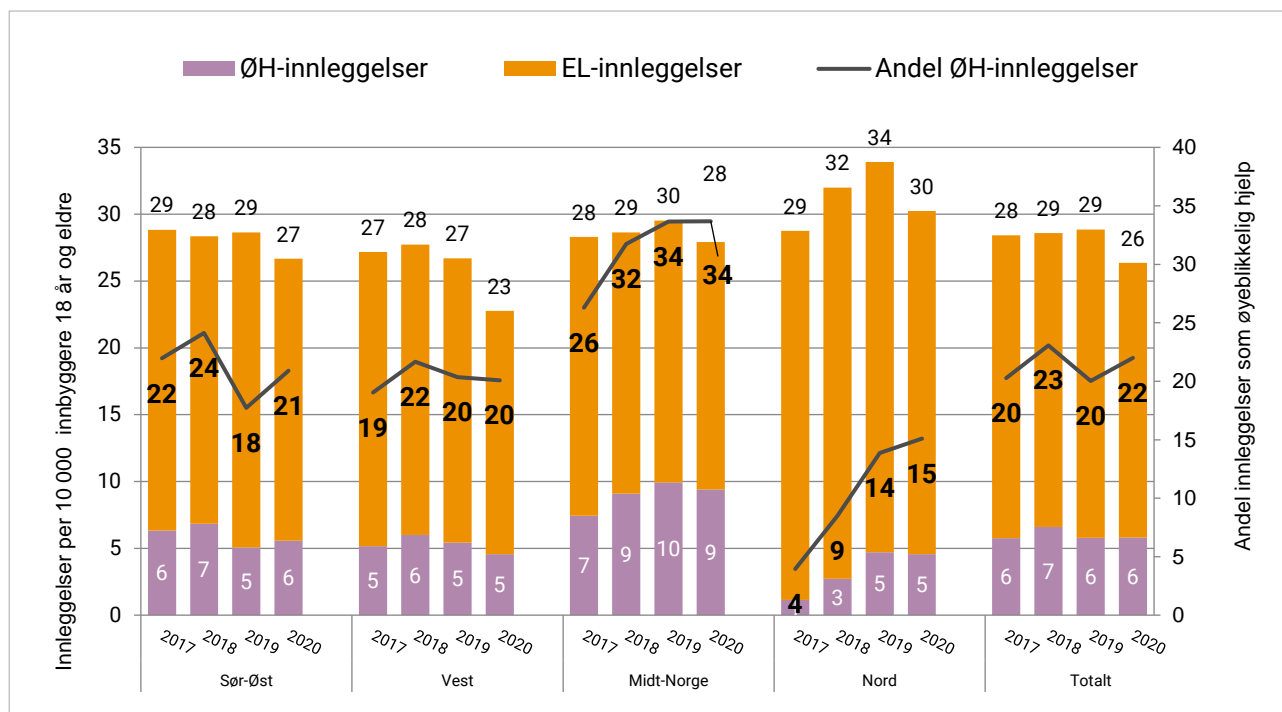
I dette avsnittet presenteres de geografiske dekningsratene for øyeblikkelig hjelp-innleggelser og elektive innleggelser i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dekningsratene i regionene er presentert for perioden 2017-2020. Helseforetakene og private avtaleinstitusjoner besørger døgntilbudet til befolkningen i 21 geografiske områder (opptaksområder). Dekningsrater for innleggelser per innbygger i opptaksområdene for 2019 og 2020 er presentert i dette avsnittet.

Innleggelser i TSB i regioner og foretaksområder

Innen TSB har det vært geografiske forskjeller i kapasiteten i øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Dette resulterer i forskjeller i antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser og korresponderende dekningsrater for de geografiske områdene.

Figur 2-1 viser bruken av øyeblikkelig hjelp i TSB i befolkningen i de fire regionene i løpet av 2017-2020.

Figur 2-1 Antall innleggelser fordelt på øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling i TSB. Bostedsregion.

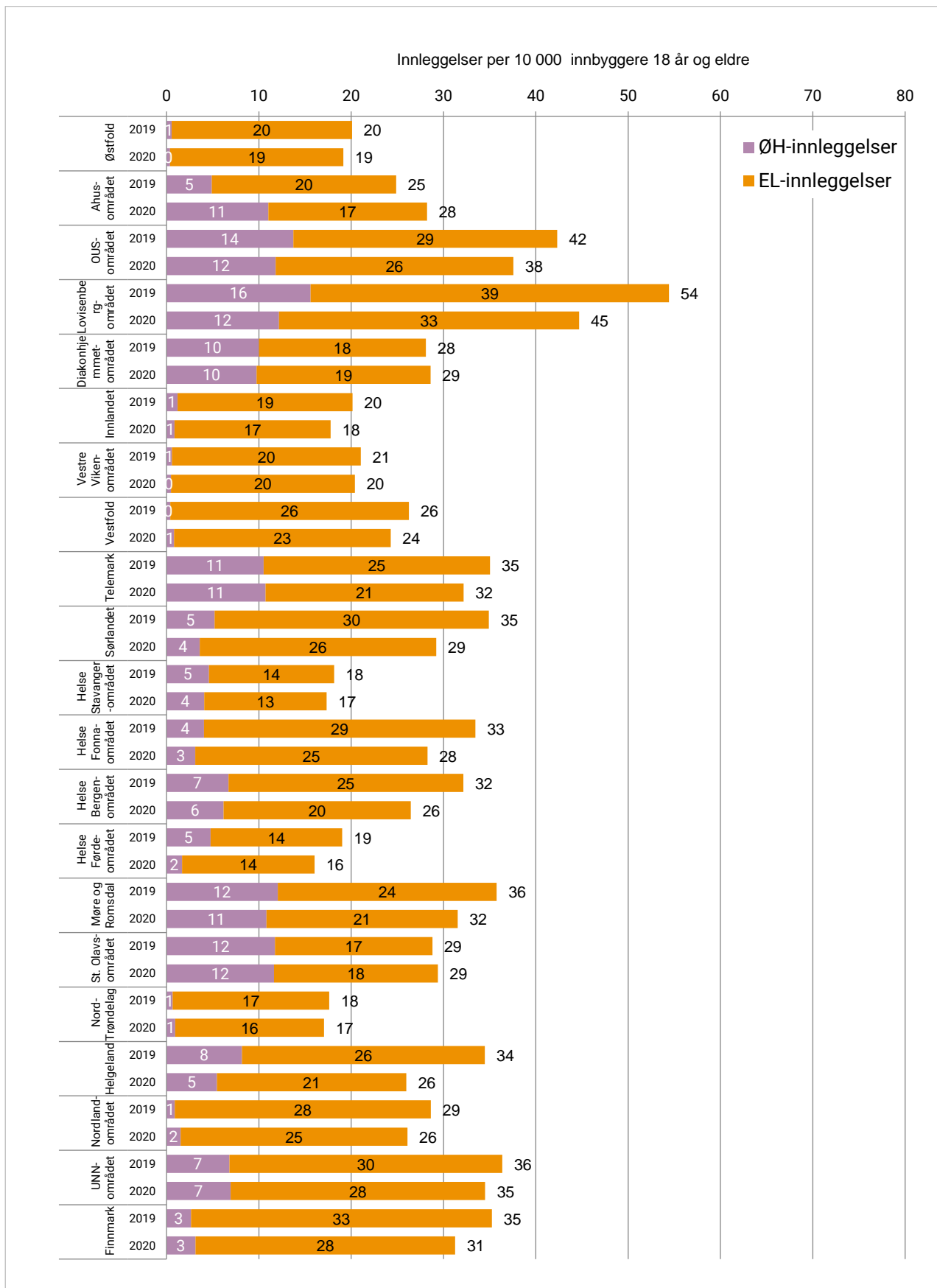


Figuren viser at andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser i TSB utgjorde 22 prosent av alle nye innleggelser i 2020. Mens volumet av planlagte innleggelser ble redusert var det ingen reell endring for øyeblikkelig hjelp-innleggelser fra 2019 til 2020 på nasjonalt nivå. Den samlede nedgangen i antall innleggelser var på 8 prosent.

De regionale resultatene viste at i Midt-Norge og i Nord økte øyeblikkelig hjelp-innleggelser per innbygger i denne perioden. Ved utgangen av perioden hadde Midt-Norge dobbelt så høyt ratenivå som Nord for øyeblikkelig hjelp. I løpet av 2020 hadde alle regionene en nedgang i antall innleggelser totalt, og i Midt-Norge og Nord medførte dette at øyeblikkelig hjelp-tilbudet utgjorde en større andel av døgntilbudet til befolkningen.

I figur 2-2 er utviklingen i innleggesrater fra 2019 til 2020 belyst i foretaksområdene.

Figur 2-2 Antall innleggelser fordelt på øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling for voksne i TSB³. Bostedsområde.



Figuren viser at det også i 2020 var store geografiske forskjeller i øyeblikkelig hjelp-innleggelser innen rusbehandling. Dette tilbudet utgjør 3 prosent av innleggelsene til rusbehandling for befolkningen i Vestfold, mens 39 prosent av innleggelsene knyttet til befolkningen bosatt i AHUS-området er øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Antall innleggelser til rusbehandling i TSB ble redusert i de fleste områdene fra 2019 til 2020. Det var kun i AHUS-området det hadde vært en økning av betydning i antall innleggelser totalt per innbygger fra 2019 til 2020. I 11 områder var det en reduksjon både for øyeblikkelig hjelp- innleggelser og for planlagte innleggelser. I 8 områder var det en økning i øyeblikkelig hjelp-innleggelser og samtidig en reduksjon i elektive innleggelser, men bortsett fra Ahus-området dreide dette seg om områder med lave dekningsrater for øyeblikkelig hjelp. Områdene med lave dekningsrater har trolig en viss dekning av akuttberedskapen for ruspasienter gjennom psykisk helsevern, slik det er estimert i tabell 8-13 i IS-2952⁴. Der ble et minimumsanslag på bidraget fra psykisk helsevern estimert til 10 øyeblikkelig hjelpinnleggelser per 10 000 voksne innbyggere. Dette bidraget var imidlertid ikke størst for områder uten eget øyeblikkelig hjelp-tilbud innen TSB og vice versa og var dermed ikke direkte utjevne på de geografiske forskjellene.

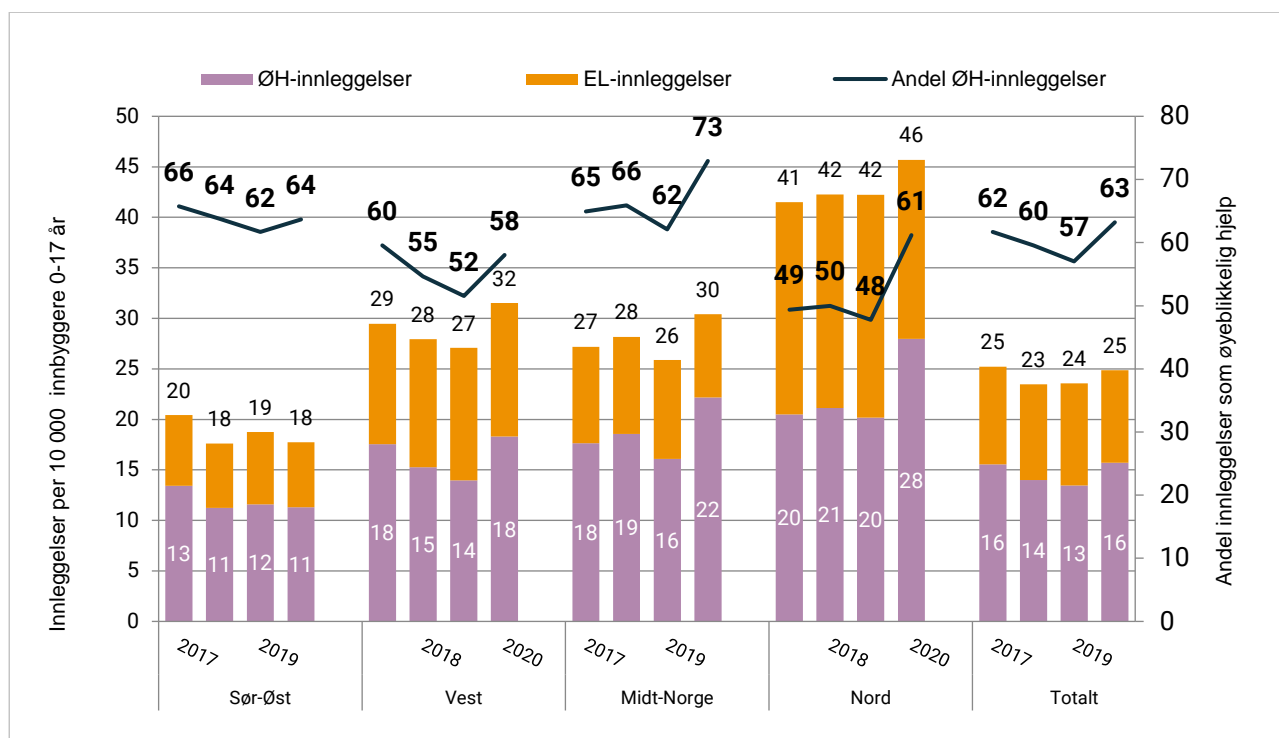
Innleggelser av barn og unge i psykisk helsevern i regionene og foretaksområdene

Innleggelser for barn og unge i psykisk helsevern i regionene er presentert i figur 2-3. I figur 2-4 er innleggelser i helseforetaksområdene presentert.

³ Antall innleggelser med hastegrad øyeblikkelig hjelp i TSB er underrapportert fra Oslo universitetssykehus HF fom 2019. Dette påvirker først og fremst resultatene for Oslo-området i figur 2-2.

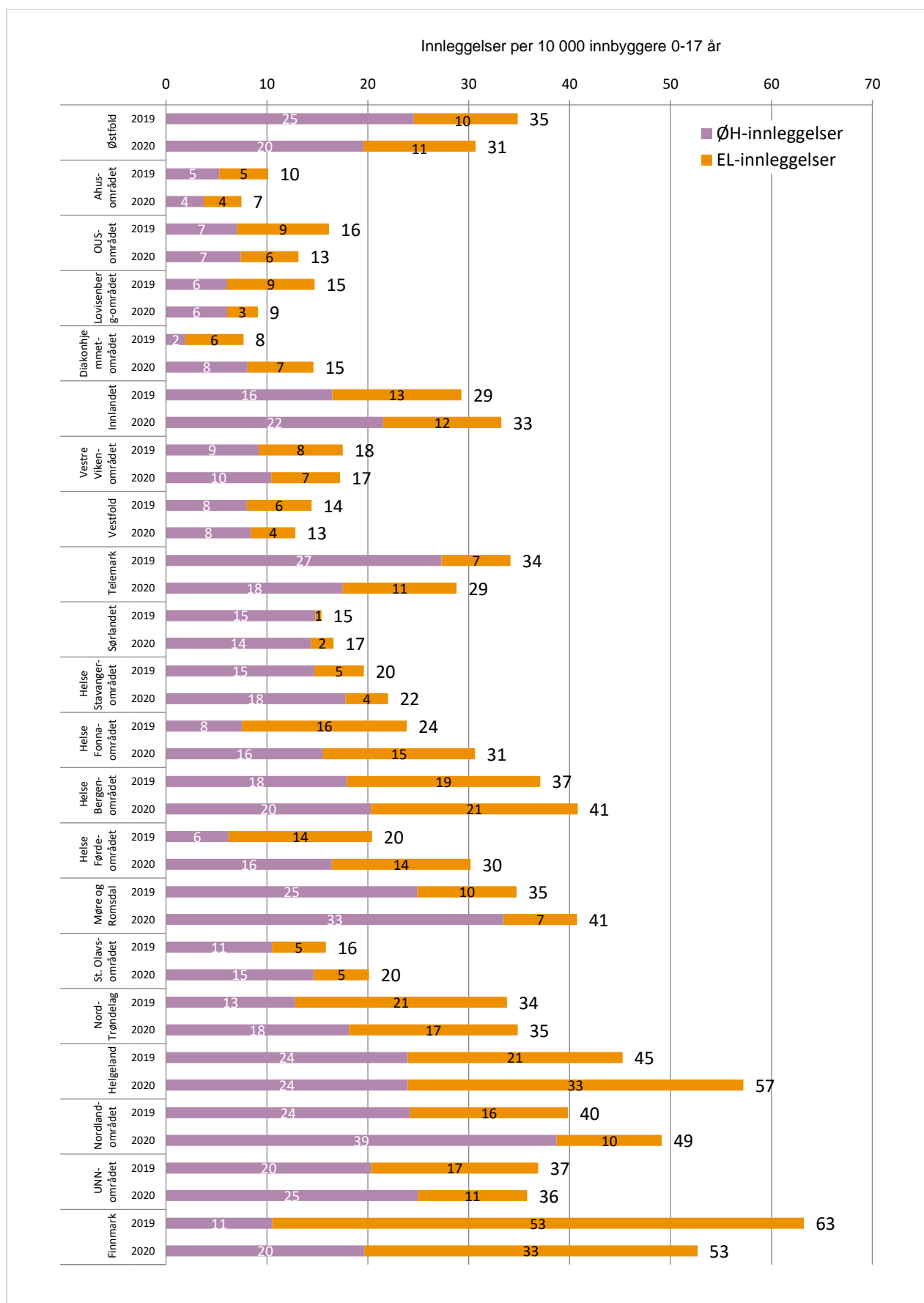
⁴ Rapport IS-2952 Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019. SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN.

Figur 2-3 Antall innleggelser fordelt på øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling for barn og unge i psykisk helsevern. Bostedsregion.



Figur 2-3 viser bruken av øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern for pasienter yngre enn 18 år i de fire regionene i løpet av 2017-2020. For denne pasientgruppen utgjorde øyeblikkelig hjelp 63 prosent av de nye innleggelsene i 2020. Nasjonalt var antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser per innbygger i 2020 på samme nivå som i 2017. I løpet av 2020 økte antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i alle regionene med unntak av i Sør-Øst. Dette har medført en gradient i øyeblikkelig hjelp-innleggelser fra Sør-Øst med den laveste raten via Vest og Midt-Norge til Nord som har den høyeste raten dette året. Når det gjelder elektive innleggelser var det liten forskjell mellom Vest og Midt-Norge og dette medførte at øyeblikkelig hjelp som andel av innleggelsene lå høyest i Midt-Norge.

Figur 2-4 Antall innleggelser fordelt på øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling for barn og unge i psykisk helsevern. Bostedsområde.



Figur 2-4 sammenstiller resultatene fra 2019 og 2020 med hensyn til områdenes dekningsrate for pasientopphold som starter med en øyeblikkelig hjelp-innleggelse eller som planlagt innleggelse for pasienter yngre enn 18 år i psykisk helsevern. Endringene fra 2019 til 2020 var kjennetegnet ved en økning i øyeblikkelig hjelp-innleggelser og samtidig en reduksjon i antall elektive innleggelser. Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjorde 37 prosent av innleggelsene i Finnmark, mens de på Sørlandet utgjorde 86 prosent av alle innleggelsene i 2020.

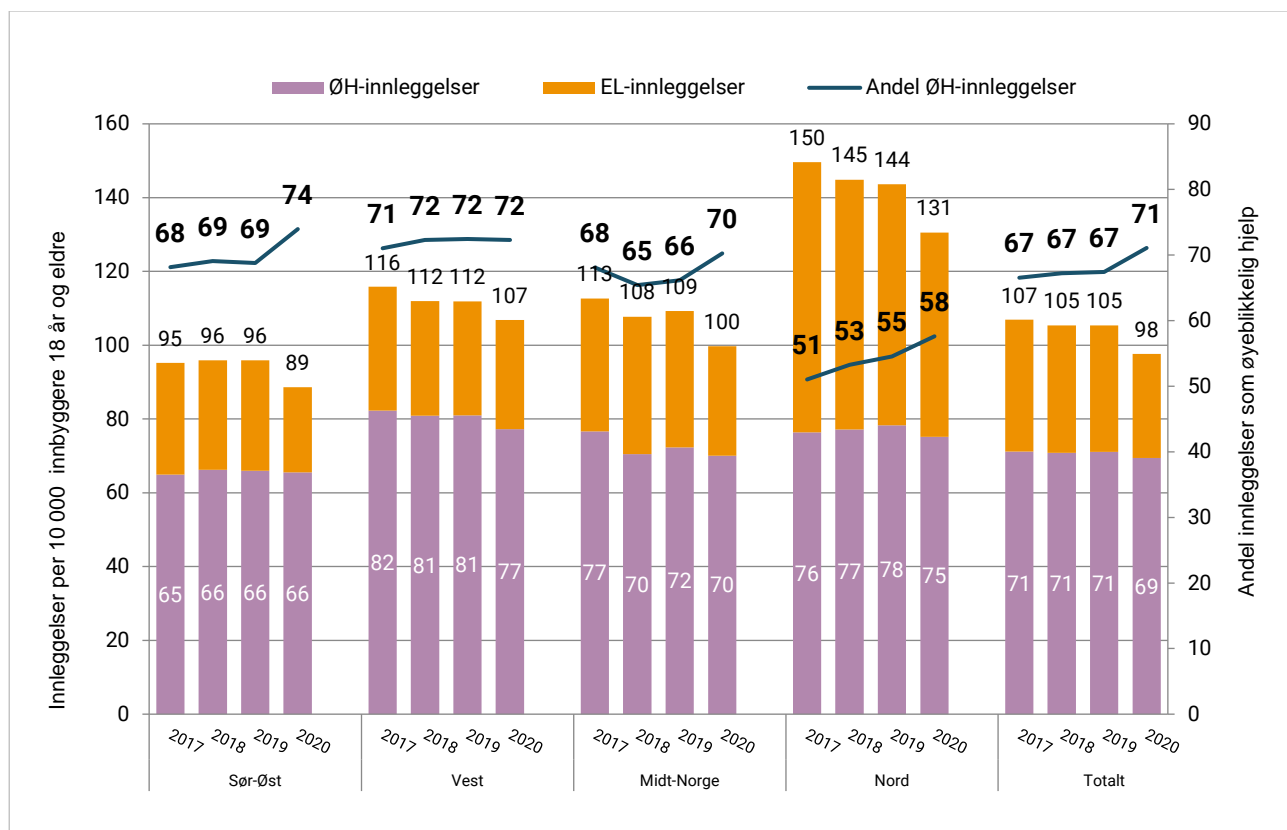
Figuren viser at det er geografiske forskjeller i øyeblikkelig hjelp-innleggelser innen psykisk helsevern for denne aldersgruppen. Antall innleggelser til døgntilrettelagt opphold i psykisk helsevern for barn og unge økte i 13 områder fra 2019 til 2020. For 10 av områdene var det øyeblikkelig hjelp-innleggelsene som økte, mens i to områder; Helgeland og Sørlandet, var det primært de planlagte innleggelsene som økte. I Diakonhjemmets opptaksområde økte både øyeblikkelig hjelp-innleggelser og elektive innleggelser.

For 5 av totalt 8 områder med nedgang i dekningsrate, var reduksjonen primært knyttet til de planlagte innleggelsene. For 2 av områdene med nedgang i dekningsrate; Østfold og Telemark, var nedgangen knyttet til øyeblikkelig hjelp-innleggelsene, mens det for Ahus-området var nedgang både for øyeblikkelig hjelp-innleggelser og planlagte innleggelser.

Innleggelser av voksne i psykisk helsevern i regionene og foretaksområdene

Innleggelser av voksne i psykisk helsevern i regionene er presentert i figur 2-5 og figur 2-6. I figur 2-7 er innleggelser i helseforetaksområdene presentert.

Figur 2-5 Antall innleggelser fordelt på øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling for voksne i psykisk helsevern. Bostedsregion.



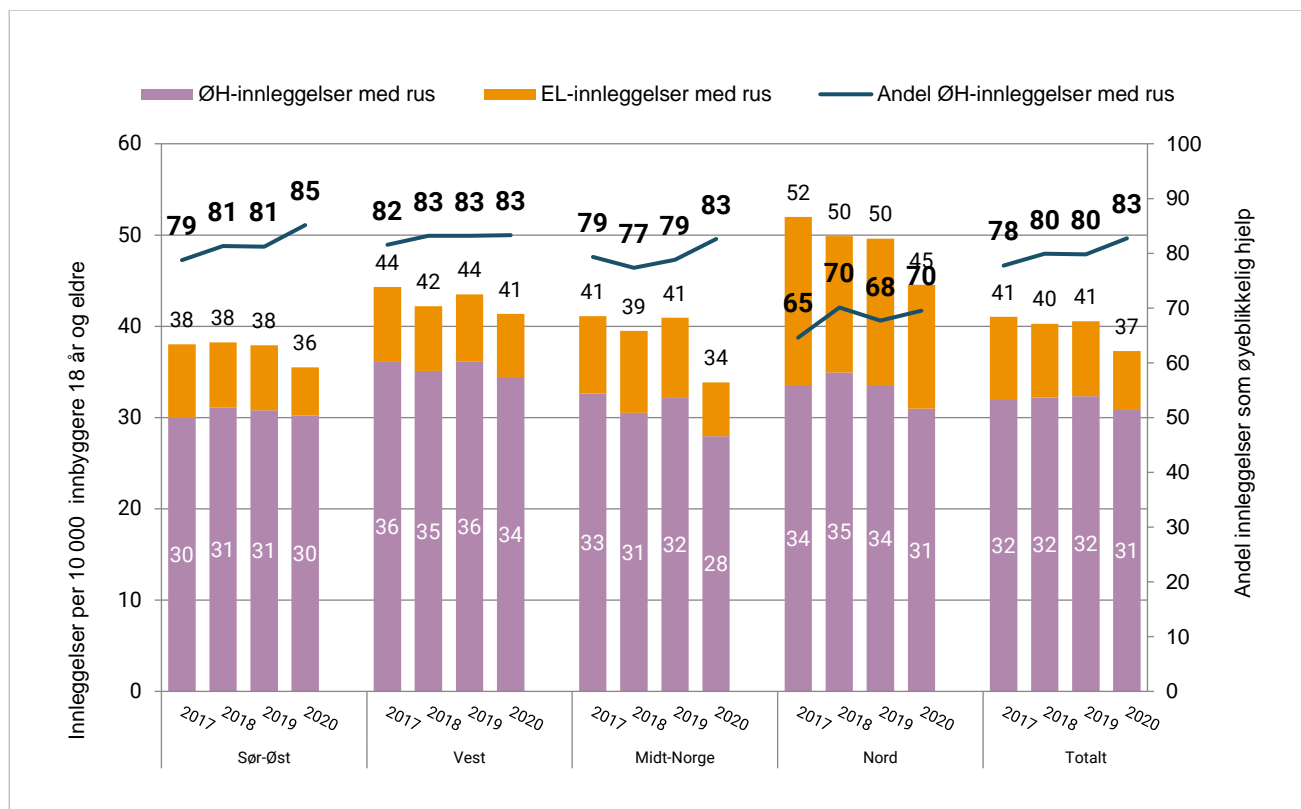
For aldersgruppen 18 år og eldre utgjorde døgntilbudet 98 innleggelser per 10 000 voksne innbyggere i 2020 og dette var en nedgang på 8 prosent fra 2017. Nedgangen var størst siste år. Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser per voksne innbyggere ble redusert med 3 prosent siste år og dette medførte at andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser økte fra 67 til 71 prosent av innleggelsene.

Reduksjonen i antall innleggelser per innbygger fant sted i alle regionene. Dekningsraten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser gikk noe ned i Vest, Midt-Norge og Nord og dette har redusert de regionale forskjellene noe. Men Vest og Nord hadde høyere øyeblikkelig hjelp-rater sammenlignet med Midt-Norge og Sør-Øst også i 2020.

Ratenivået for elektive innleggelser var fremdeles høyere i Nord sammenlignet med de øvrige regionene, til tross for nedgangen siste år.

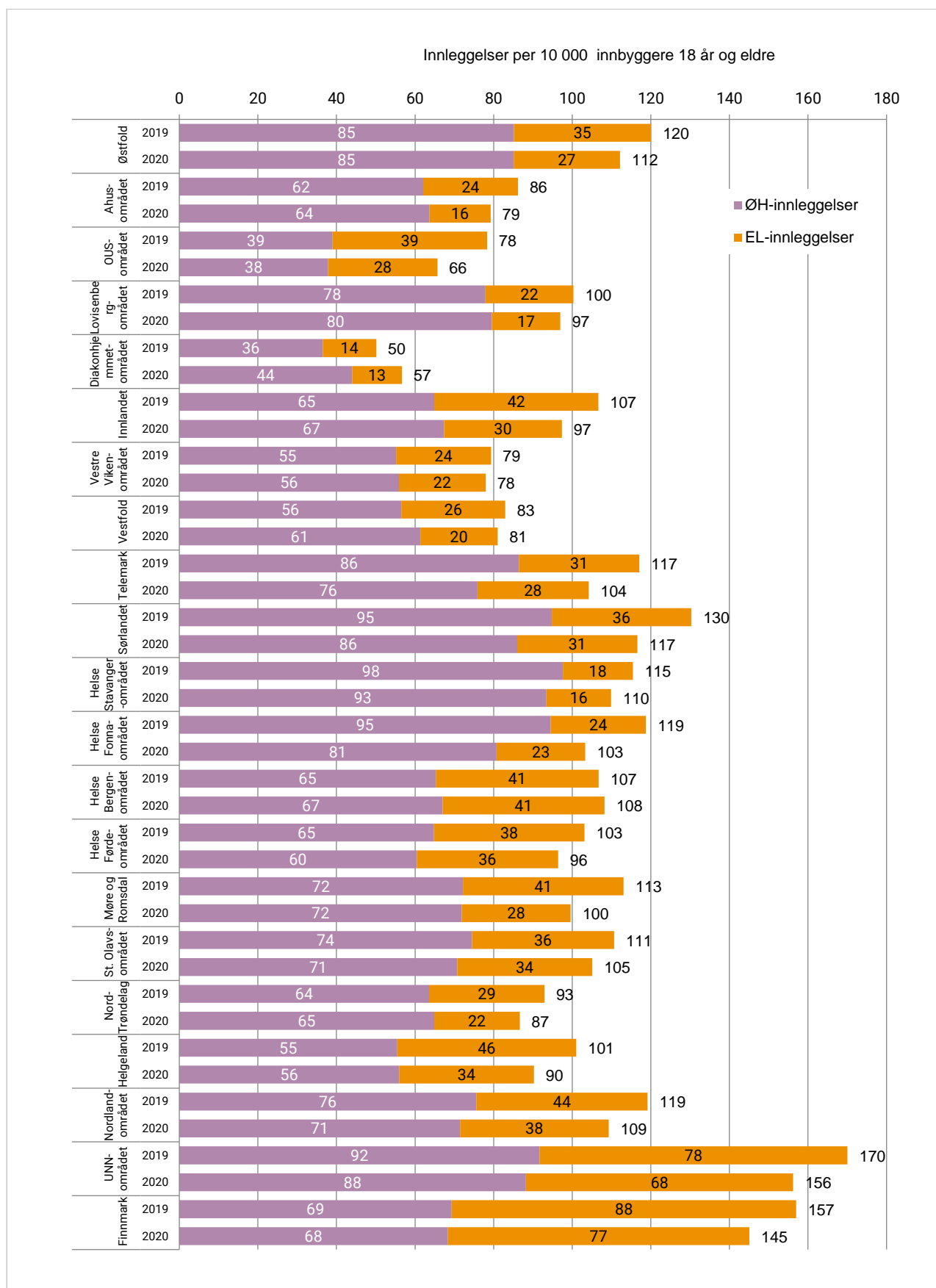
Pasienter med rusproblematikk utgjør en betydelig andel av de voksne pasientene som trenger øyeblikkelig hjelp. Antall innleggelser for denne pasientgruppen er presentert i figur 2-6.

Figur 2-6 Antall innleggelser for voksne pasienter med rusproblematikk fordelt på øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling i psykisk helsevern. Bostedsregion.



Fra figuren ser vi utviklingen i antall innleggelser for pasienter med rusproblematikk i løpet av perioden 2017-2020. Det var høyere dekningsrate for denne pasientgruppen i Nord sammenlignet med de øvrige regionene. I alt 83 prosent av innleggelsene for denne pasientgruppen var øyeblikkelig hjelp-innleggelser i 2020 og andelen økte i løpet av perioden 2017-2020. Det var en nedgang på 5 prosent for dekningsraten for øyeblikkelig hjelp-innleggelsene siste år. Nedgangen var størst i Midt-Norge (13 prosent) og Nord (8 prosent). Dekningsraten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser for pasienter med rusproblematikk var høyere i Vest enn i de øvrige regionene.

Figur 2-7 Antall innleggelser fordelt på øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling for voksne i psykisk helsevern. Bostedsområde.



Figur 2-7 viser at det var geografiske forskjeller i øyeblikkelig hjelp-innleggelser til voksne pasienter i psykisk helsevern i 2019 og 2020. I tillegg var det også geografiske forskjeller med hensyn til hvor stor andel øyeblikkelig hjelp utgjorde av innleggelsene til døgnbehandling. Øyeblikkelig hjelp-tilbudet utgjorde 47 prosent av innleggelsene til døgnbehandling for befolkningen i Finnmark, mens 85 prosent av innleggelsene knyttet til befolkningen bosatt i Stavanger-området var øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Antall innleggelser til døgnbehandling i psykisk helsevern ble redusert i de fleste områdene fra 2019 til 2020. Det var kun i Diakonhjemmets opptaksområde det hadde vært en økning av betydning i antall innleggelser totalt per innbygger fra 2019 til 2020 og økningen var særlig knyttet til øyeblikkelig hjelp-innleggelsene.

I 10 områder var det en nedgang både for øyeblikkelig hjelp- innleggelser og for planlagte innleggelser. Den største nedgangen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser hadde Helse Fonna-området, Telemark og Sørlandet, men dette var områder som lå relativt høyt i utgangspunktet. Nedgangen i elektive innleggelser ved OUS-området var på 30 prosent, mens øyeblikkelig hjelp-innleggelser ble redusert med 3 prosent.

I de øvrige områdene var det mindre vekst i øyeblikkelig hjelp-innleggelser og samtidig til dels betydelig nedgang i elektive innleggelser. I Ahus-området og Møre- og Romsdal var reduksjonen i elektive innleggelser på over 30 prosent fra 2019 til 2020.

3. Varigheten av døgnbehandlingen innen tjenesteområdene

I dette avsnittet beskrives døgntilbudet ved varigheten av den sammenhengende døgntilbudet som tilbys innen tjenesteområdene. Døgntilbudets varighet presenteres etter pasientenes bostedsområde for å synliggjøre døgntilbudet til befolkningen. Døgntilbudet som starter som øyeblikkelig hjelp er presentert separat. Ulik organisering av døgntilbudet ved arbeidsdeling mellom sykehus og DPS eller mellom helseforetak og private avtaleinstitusjoner, er det tatt hensyn til gjennom bruk av pasientopphold som analyseenhet.

Sammenhengende døgntilbud

Når døgntilbudet tilrettelegges slik at pasientene oppnår et sammenhengende døgntilbud, reduseres antall innleggelsesperioder samtidig som varigheten av døgntilbudet blir lengre. Når døgntilbudet deles opp i separate døgntilbud, hvor pasienten er hjemme i eget bosted i mellomtiden, vil antall innleggelsesperioder øke og varigheten av de enkelte døgntilbudene bli kortere. Dette kan være et riktig forløp og et godt samarbeid i døgntilbudet for en del pasienter, mens det for andre kan være et uønsket avbrudd i forløpet. Dette er imidlertid ikke belyst i dette avsnittet i og med at det er sammenhengende døgntilbud som er lagt til grunn.

I psykisk helsevern tilbyr både sykehusene og DPS-ene døgntilbud. DPS-ene ivaretar den desentraliserte spesialisthelsetjenesten i døgntilbudet. I tabell 3-1 er samarbeidet mellom sykehus og DPS innen samme pasientopphold presentert i form av andel innleggelsesperioder fordelt etter utskrivningssted.

Tabell 3-1 Samarbeid i døgntilbudet mellom sykehus og DPS i psykisk helsevern i 2020.

Bostedsregion	Innleggelsessted	Utskrivningssted	
		Sykehus	DPS
Sør-Øst	Sykehus	81	19
	DPS	3	97
Vest	Sykehus	68	32
	DPS	2	98
Midt-Norge	Sykehus	84	16
	DPS	1	99
Nord	Sykehus	91	9
	DPS	2	98
Totalt	Sykehus	80	20
	DPS	2	98

Tabellen viser at samlet sett ble 20 prosent av innleggelsene til døgntilbud ved sykehusene videreført og utskrevet fra DPS. Ved DPS-ene var det to prosent av innleggelsene som ble overført til og utskrevet fra sykehus. Det var regionale forskjeller i samarbeidet om døgntilbudet og det var Vest som i størst grad overførte pasienter fra sykehus til DPS. I Vest omfattet overføringer til DPS nesten en tredjedel av sykehusinnleggelsene. I Nord ble 9 prosent av sykehusinnleggelsene videreført ved DPS og var den regionen hvor sykehus og DPS i minst grad delte på døgntilbudet i en sammenhengende døgntilbud.

En liten andel av behandlingsforløpene inkluderer overføringer mellom sektorer. Psykisk helsevern for barn og unge overførte en prosent av innleggelsene til videre døgntilbud i psykisk helsevern for voksne, og tilsvarende omfang ble overført fra psykisk helsevern for voksne til psykisk helsevern for barn og unge.

For pasientene som ble innlagt i TSB ble 98 prosent skrevet ut ved samme sektor, mens to prosent av innleggelsene ble overført og utskrevet fra døgntilbud i psykisk helsevern for voksne. Dette gjaldt både for øyeblikkelig hjelp-innleggelser og elektive innleggelser.

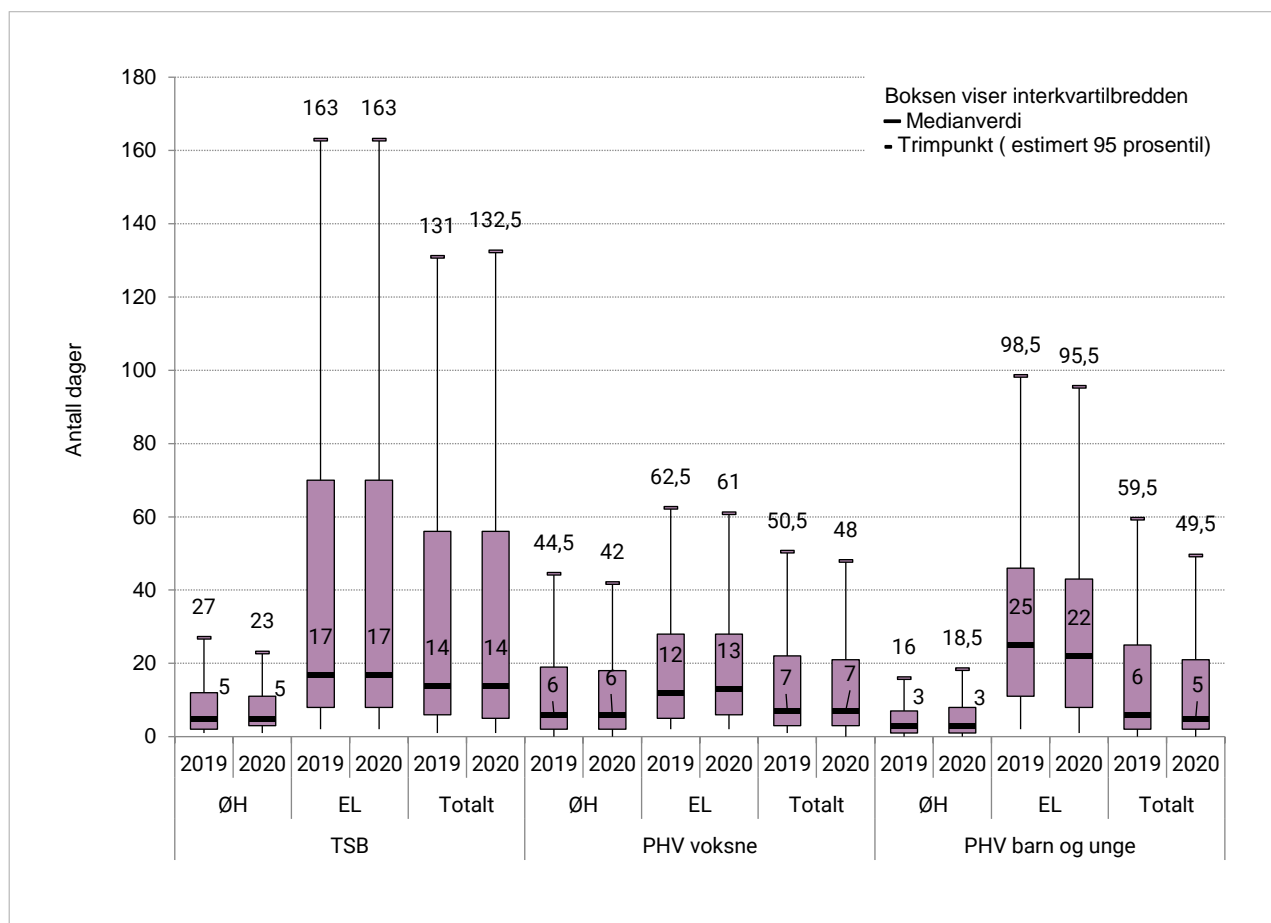
I 98 prosent av innleggelsene i psykisk helsevern for voksne avsluttet pasienten døgntilbudet samme sted. To prosent av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene i psykisk helsevern for voksne ble overført til og utskrevet fra TSB og i TSB utgjorde dette volumet 5 prosent av oppholdene.

Varigheten av døgntilbud i psykisk helsevern og TSB

Døgntilbudet i psykisk helsevern er i størst grad rettet mot voksne, mens barn og unge i all hovedsak mottar poliklinisk behandlingstilbud. I TSB utgjør døgntilbud en betydelig andel av behandlingstilbudet. En oppsummering av den nasjonale utviklingen for varigheten av døgntilbudet i 2019 og 2020 er presentert i dette avsnittet. Døgntilbudet i psykisk helsevern er omtalt i avsnitt 6 og 10. I avsnitt 14 er døgntilbud i TSB presentert.

Figur 3-1 viser varigheten av døgntilbudet når pasientens døgntilbud startet som en øyeblikkelig hjelp-innleggelse eller som en planlagt innleggelse innen hvert tjenesteområde.

Figur 3-1 Varigheten av døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB etter hastegrad ved innleggelse.

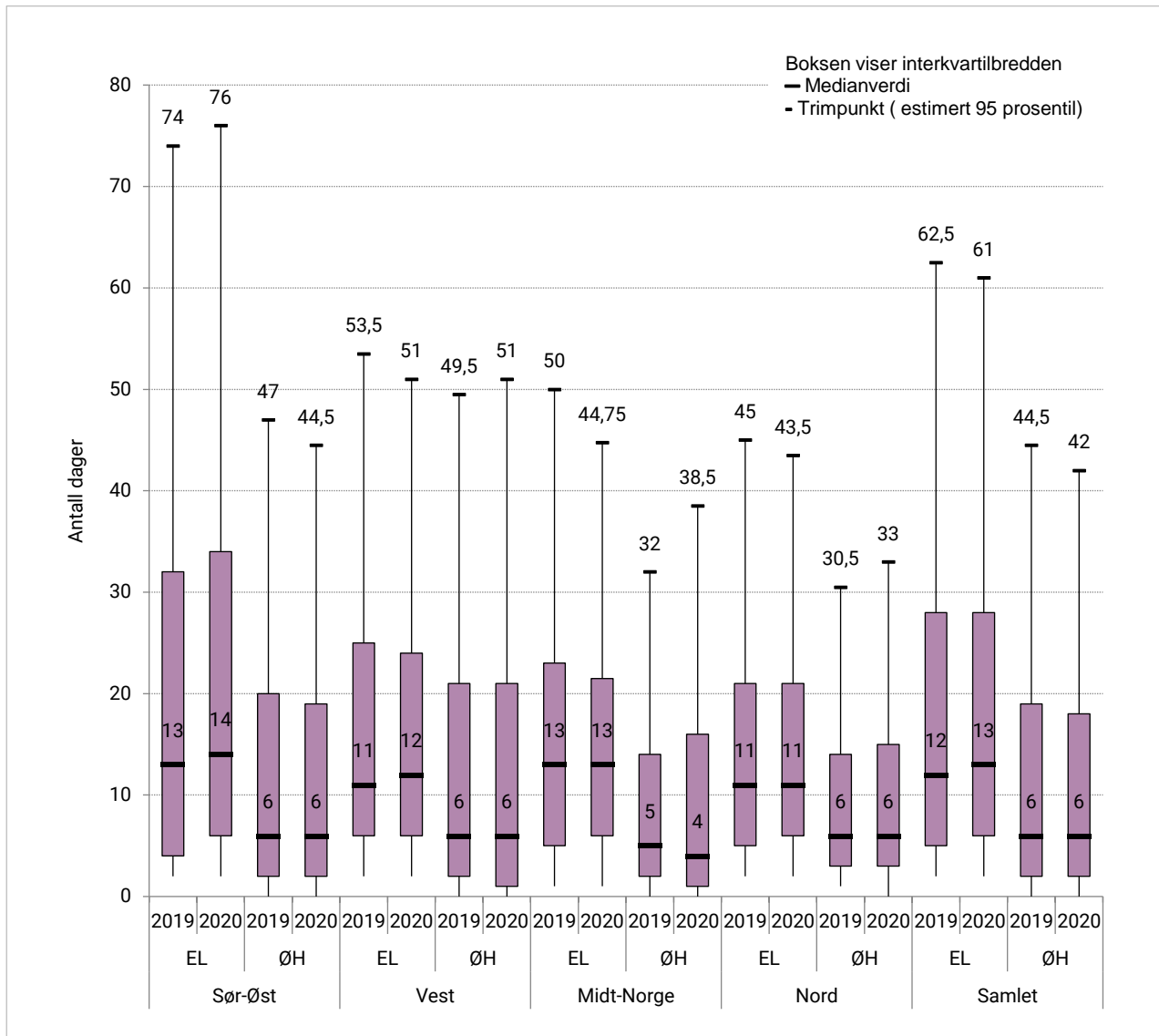


Pasientene mottok kortere døgnbehandlinger når innleggelsen startet som øyeblikkelig hjelp, og dette gjaldt både i psykisk helsevern og TSB. De korteste øyeblikkelig hjelp-innleggelsene fant vi for barn og unge i psykisk helsevern, mens øyeblikkelig hjelp-innleggelsene i TSB var noe lengre. Også for døgnbehandlingen for voksne i psykisk helsevern var det forskjell mellom øyeblikkelig hjelp-innleggelse og planlagte innleggelse med hensyn til varighet, men forskjellen var mindre. Det var marginale forskjeller i varighet av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene fra 2019 til 2020.

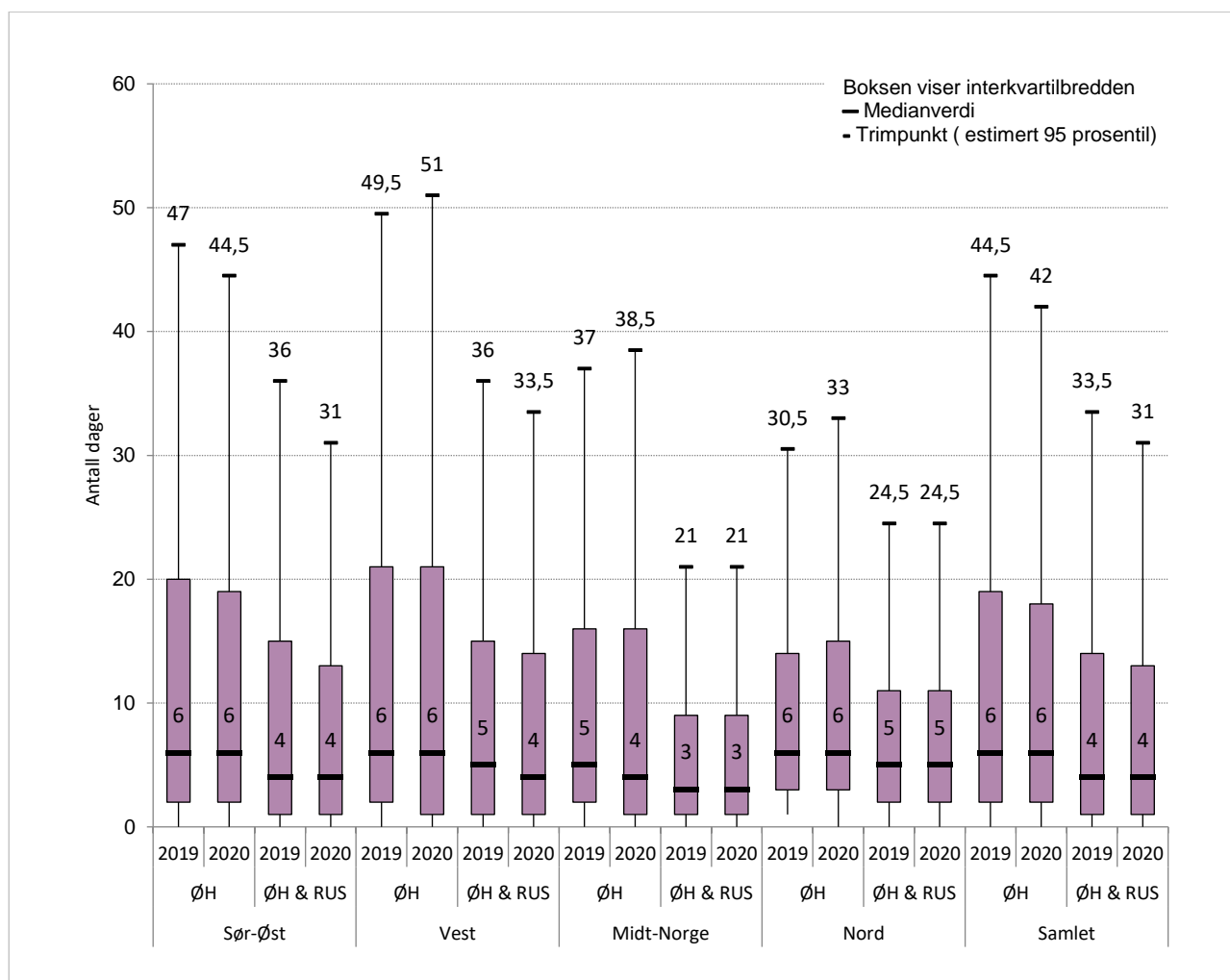
Døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne bosatt i regioner og foretaksområder

I dette avsnittet presenteres først regionvise tall for varigheten av døgnbehandlingen for ulike pasientgrupper i 2019 og 2020. I figur 3-2 sammenlignes de planlagte døgnbehandlingene med øyeblikkelig hjelp-innleggelsene. I figur 3-3 sammenlignes varigheten av alle øyeblikkelig hjelp-innleggelsene med varigheten av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene for pasienter med rusproblematikk som hovedlidelse eller komorbiditet.

Figur 3-2 Varigheten av døgntilrettelagt behandling etter hastegrad for voksne i psykisk helsevern. Bostedsregion.



Figur 3-3 Varigheten av døgnbehandling ved øyeblikkelig hjelp-innleggelse for voksne i psykisk helsevern. Bostedsregion.



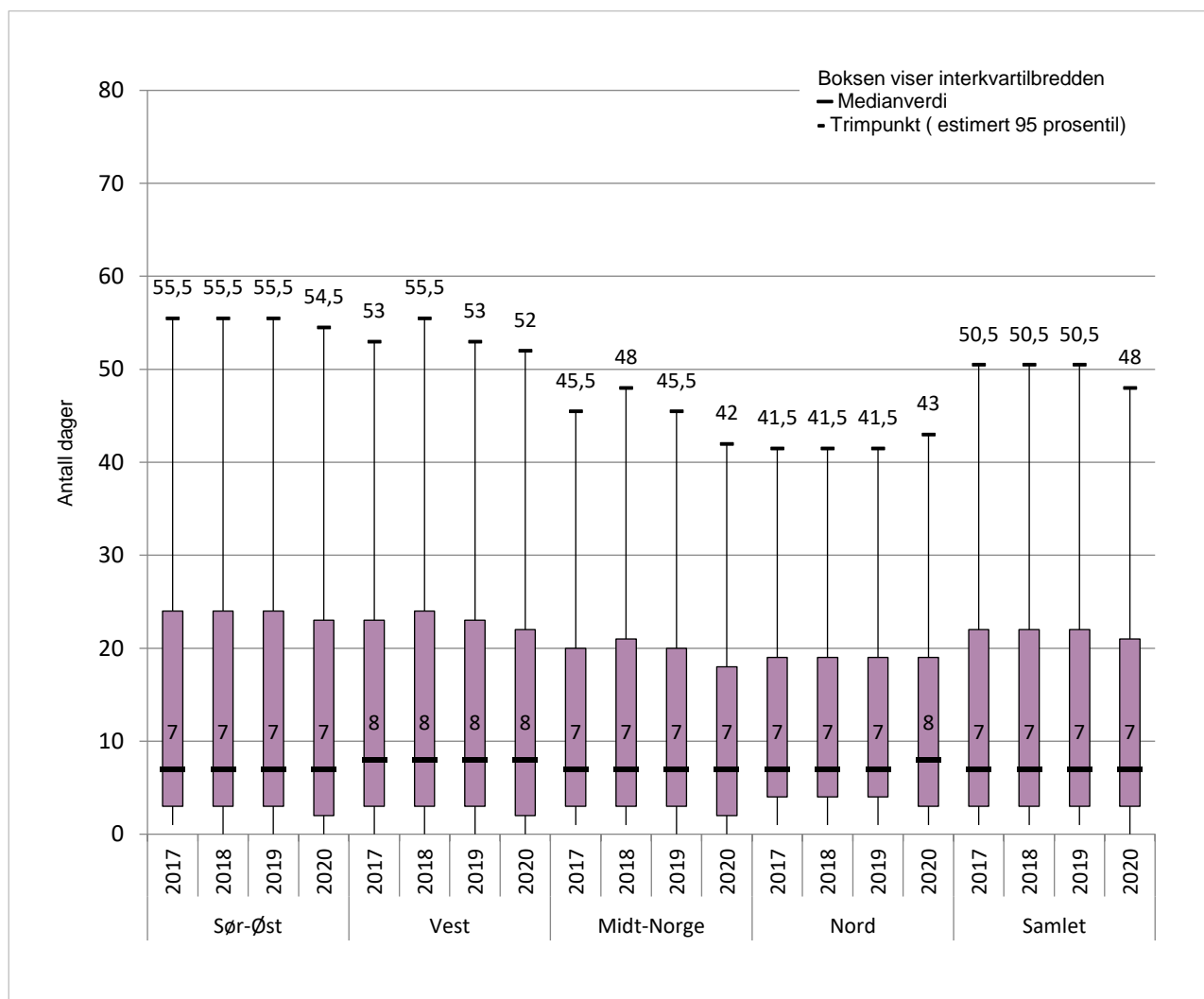
For alle regionene samlet sett hadde øyeblikkelig hjelp-innleggelsene en median varighet på 6 dager både i 2019 og 2020. De lengste døgnbehandlingene ble imidlertid kortere i 2020 sammenlignet med året før og det var i Sør-Øst som hadde denne utviklingen.

Det var regionale forskjeller i median varighet av øyeblikkelig hjelp-innleggelse i 2020. I Midt-Norge var median varighet 4 dager, mens de øvrige regionene lå på landsgjennomsnittet.

Blant øyeblikkelig hjelp-innleggelsene utgjorde pasienter med rusproblematikk om lag 45 prosent av innleggelsene mot 30 prosent samlet sett. For denne gruppen var median varighet av døgnbehandling på 4 dager. Midt-Norge hadde de korteste døgnbehandlingene med median varighet på 3 dager, mens i Nord var median varighet på 5 dager. Denne pasientgruppen hadde kortere døgnbehandling sammenlignet med øyeblikkelig hjelp-innleggelsene samlet sett, og dette ble gjenfunnet i alle regionene. Fra 2019 til 2020 var det små endringer i varigheten for denne pasientgruppen. De lengste døgnbehandlingene ble kortere i Sør-Øst og median varighet gikk ned fra 5 til 4 dager i Vest.

for å kunne se siste års utvikling i et videre tidsrom er varighet av døgnbehandling i regionene for perioden 2017-2020 vist i figur 3-4.

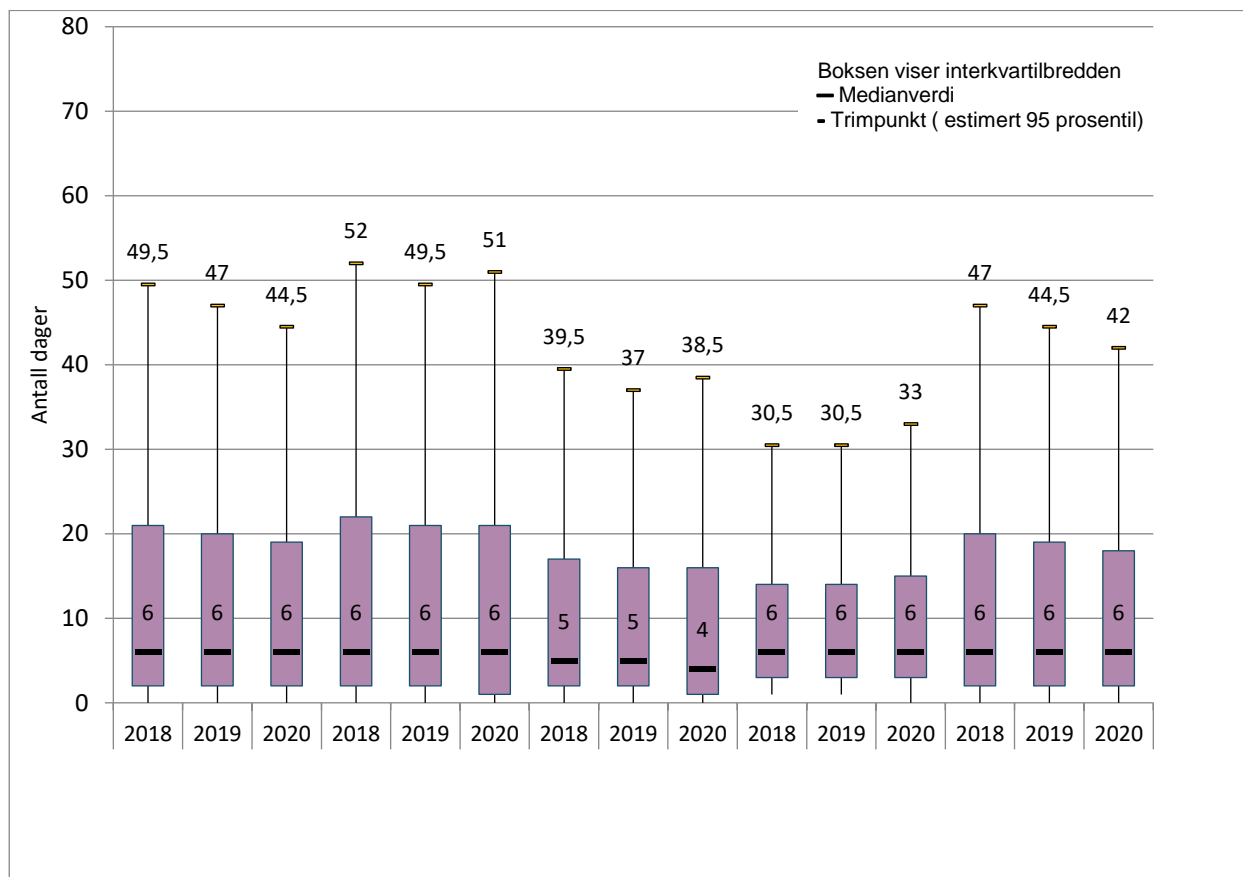
Figur 3-4 Varigheten av døgnbehandlingen for voksne i psykisk helsevern. Bostedsregion.



Fra figur 3-4 ser vi at det var ingen endring i median varighet av døgnbehandlingen i perioden 2018-2020 på nasjonalt nivå. Det var imidlertid en tendens til at de lengste døgnbehandlingene ble kortere i løpet av 2020 som tidligere omtalt. Denne utviklingen gjenfinnes på regionnivå i Sør-Øst og Midt-Norge. Det var regionale forskjeller i varighet av døgnbehandlingen. I Vest var median varighet på 8 dager, mens median varighet av døgnbehandlingen i Sør-Øst og Midt-Norge var på 7 dager. De lengste døgnbehandlingene var kortere i Midt-Norge og Nord sammenlignet med Sør-Øst og Vest.

Varigheten av døgnbehandlingen når den starter som øyeblikkelig hjelp er presentert i figur 3-5.

Figur 3-5 Varigheten av døgnbehandlingen for voksne i psykisk helsevern når den starter som øyeblikkelig hjelp. Bostedsregion.



Når døgnbehandlingen startet som øyeblikkelig hjelp, var median varighet på 6 dager for alle regionene samlet. I løpet av perioden 2018-2020 hadde de lengste døgnbehandlingene blitt kortere. Det var regionale forskjeller i varighet av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene. I Midt-Norge var median varighet kortere sammenlignet med de øvrige regionene og fra 2019 til 2020 var median varighet redusert fra 5 til 4 dager. Det var imidlertid like stor andel lange døgnbehandlinger i 2020; døgnbehandlinger med lengre varighet enn det estimert trimpunkt, som de to foregående år. I Sør-Øst var de lengste døgnbehandlingene blitt kortere i løpet av det siste året. Allikevel var det en større andel lange døgnopphold i Sør-Øst og Vest blant de øyeblikkelig hjelp-innlagte sammenlignet med Midt-Norge og Nord.

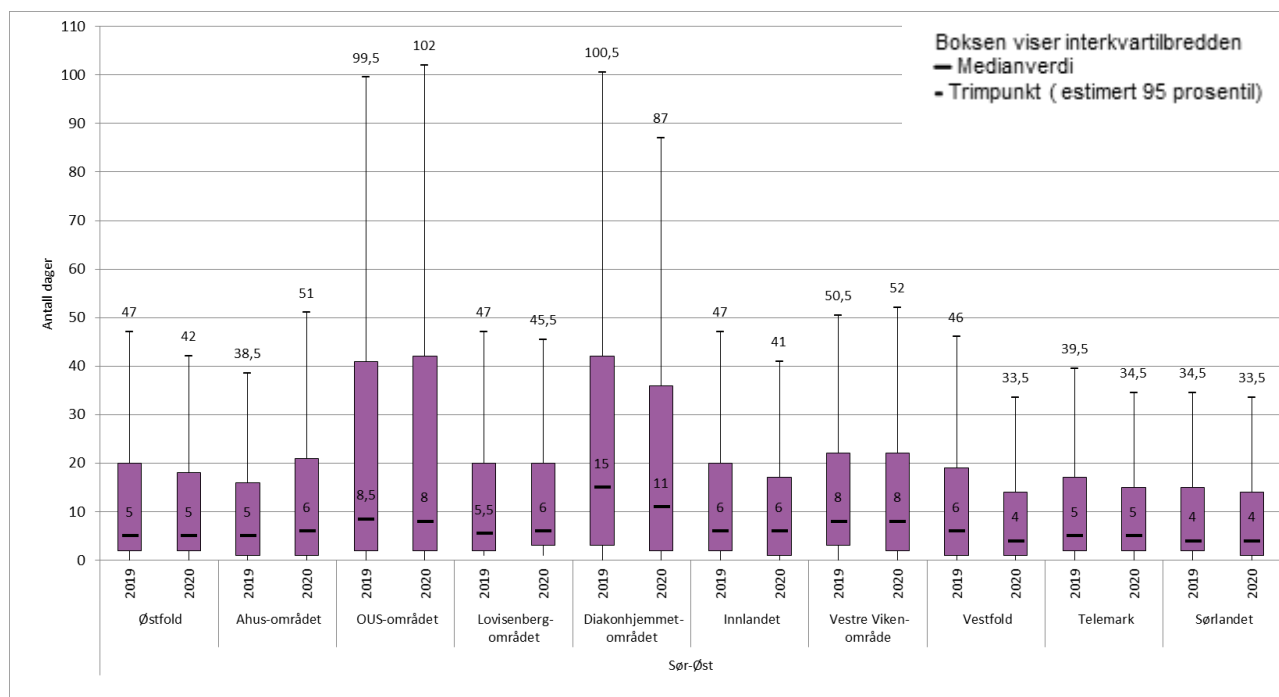
Tidligere analyser av geografiske forskjeller i døgnbehandlingen i psykisk helsevern har vist at det er forskjeller mellom foretaksområdene i behandlingsvarighet for pasienter med samme utskrivningsdiagnoser⁵. Faktorer som kan bidra til forskjeller som blir særlig synlige på foretaksområdenivå, er forskjeller i pasientens funksjonsnivå, eventuell rusproblematikk og hvorvidt døgnbehandlingen startet som øyeblikkelig hjelp som kan påvirke varigheten av døgnbehandlingen på ulike måter. Når det gjelder pasienter som har behov for en øyeblikkelig hjelp-innleggelse er det særlig to hovedgrupper av pasienter. Det er pasienter med rusproblematikk og pasienter som blir innlagt på tvungent vern. Disse to gruppene har ulik varighet av døgnbehandlingen, hvor pasienter med rusproblematikk har korte døgnopphold (se figur 3-3), mens pasienter innlagt med vedtak om tvungent

⁵ IS-2807 Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet.

vern har lange døgnopphold⁶. Ulike innslag av disse to gruppene bidrar også til ulikheter mellom bostedsområdene. Det er utfordringer knyttet til å identifisere disse to gruppene av flere årsaker. Når det gjelder den første gruppen blir kartleggingen av rusproblematikk identifisert gjennom forekomst av rusdiagnose. Pasientenes eventuelle rusmiddelbruk er ikke innrapportert til NPR fra psykisk helsevern, slik at beregninger basert på pasientdata vil underestimerer forekomsten av denne pasientgruppen. Når det gjelder den andre pasientgruppen er arbeidet med å videreføre oppdatert statistikk for pasienter som er underlagt tvungen døgnbehandling planlagt høsten 2021. Det er utfordringer knyttet til koblingen av gjeldende vedtak om tvungent vern, inklusive opphør av det tvungne vernet, med de aktuelle døgnoppholdene. Forekomsten av disse to pasientgruppene er imidlertid ikke hensyntatt i beskrivelsen av varigheten av døgnbehandlingen for pasientene i de ulike geografiske områdene i dette avsnittet.

Varigheten av døgnbehandling som starter med en øyeblikkelig hjelp-innleggelse er presentert etter foretaksområdene for 2019 og 2020 i hhv figur 3-6 og 3-7.

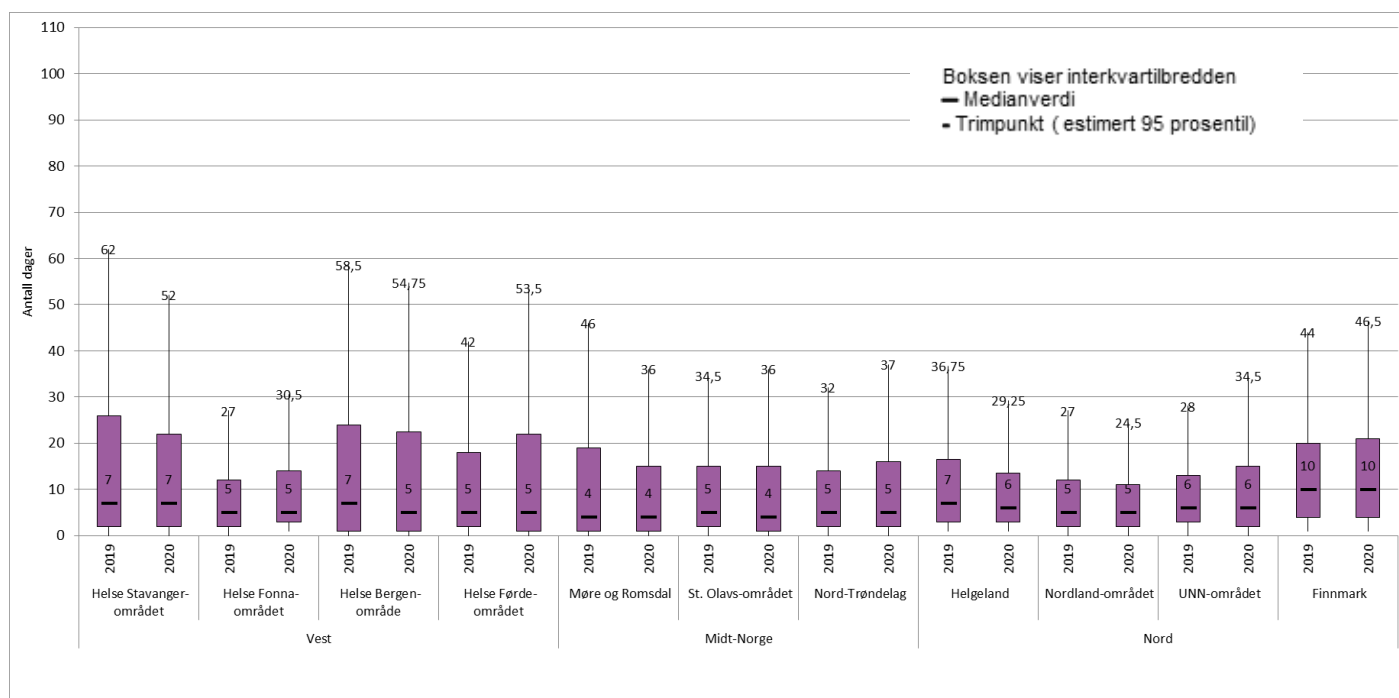
Figur 3-6 Varigheten av døgnbehandlingen for voksne i psykisk helsevern når den starter som øyeblikkelig hjelp, fordelt etter foretakenes opptaksområder. Pasienter bosatt i Sør-Øst.



Figur 3-6 og 3-7 viser at det er geografiske forskjeller i varigheten av døgnbehandlingen når den starter som en øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Forskjellene mellom områdene gjenfinnes både i 2019 og 2020. Fra 2019 til 2020 ble døgnbehandlingen noe lengre (økt median varighet) for pasienter fra Ahus-området. I noen områder var median varighet av døgnbehandlingen lite endret samtidig som de lengste døgnbehandlingene ble lengre, og dette skjedde for pasientene i OUS-området, Nord-Trøndelag og UNN-området. Pasienter fra bostedsområdene Diakonhjemmets område, Vestfold, Helse Bergen-området, St. Olavs-området og Helgeland fikk kortere (reduert median varighet) døgnbehandling i 2020 sammenlignet med året før.

⁶ IS-2888 Tvang i psykisk helsevern

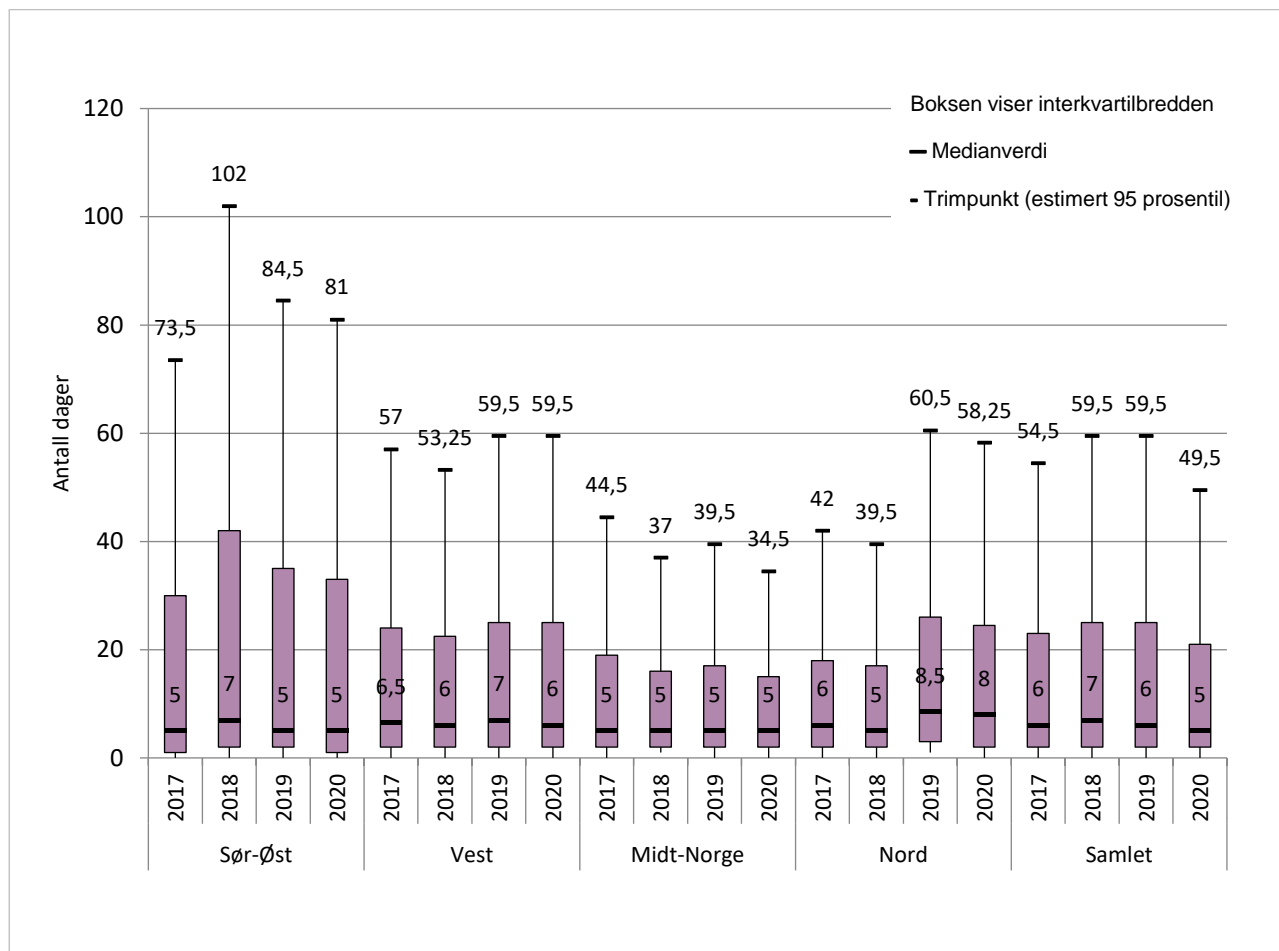
Figur 3-7 Varigheten av døgnbehandlingen for voksne i psykisk helsevern når den starter som øyeblikkelig hjelp, fordelt etter foretakenes opptaksområder. Pasienter bosatt i Vest, Midt-Norge og Nord.



Døgnbehandlingen i psykisk helsevern for barn og unge bosatt i regionene

Den samlede varigheten av døgnbehandlingen i psykisk helsevern for barn og unge er presentert i figur 3-8.

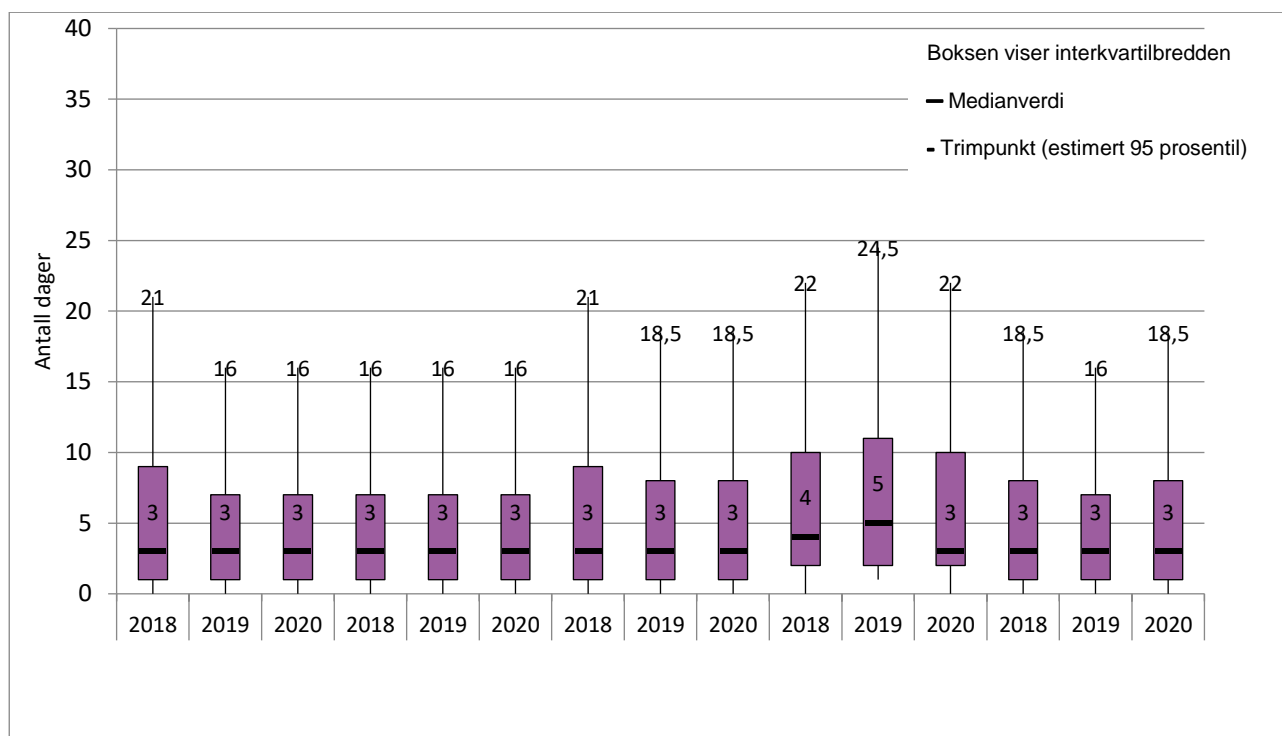
Figur 3-8 Varigheten av døgnbehandlingen for barn og unge i psykisk helsevern. Bostedsregion.



Når det gjaldt døgnbehandlingen som ble tilbudt barn og unge i psykisk helsevern var det forskjeller mellom regionene. De lengste døgnbehandlingene ble tilbudt barn og unge i Sør-Øst. I Nord var døgnbehandlingen i 2019 og 2020 lengre enn den var i starten av perioden. I Vest var det små endringer i løpet av perioden, mens Midt-Norge hadde de korteste døgnbehandlingene til denne pasientgruppen.

Varigheten av døgnbehandlingene når den startet som øyeblikkelig hjelp, er presentert i figur 3-9.

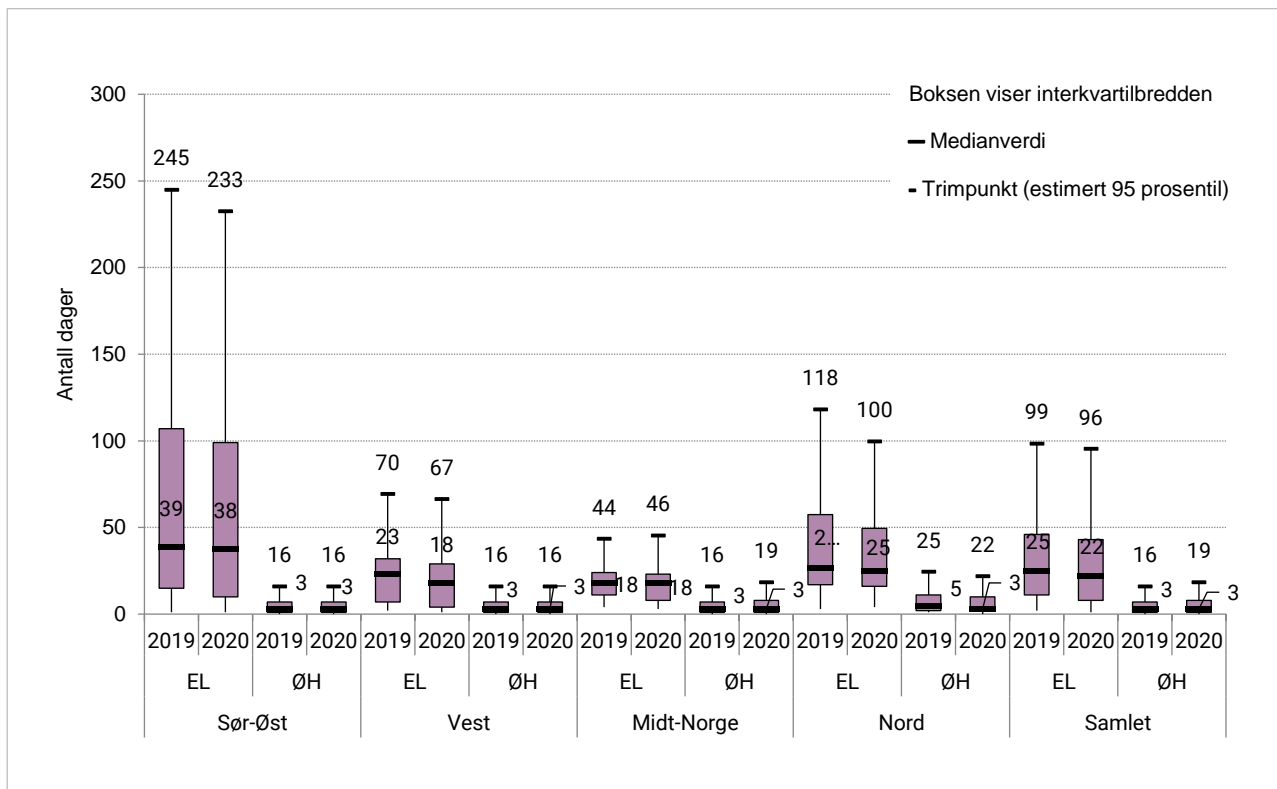
Figur 3-9 Varigheten av døgnbehandling for barn og unge i psykisk helsevern når den startet som øyeblikkelig hjelp. Bostedsregion.



Ser vi på døgnbehandlinger som følge av behov for øyeblikkelig hjelp, var det mindre regionale forskjeller i varigheten. De lengste døgnbehandlingene var det Nord som hadde, men i 2020 var median varighet av døgnbehandling ved akuttinnleggelse på linje med de øvrige regionene.

Figur 3-10 viser utviklingen fra 2019 til 2020 i varighet av døgnbehandlingen, fordelt etter hastegrad.

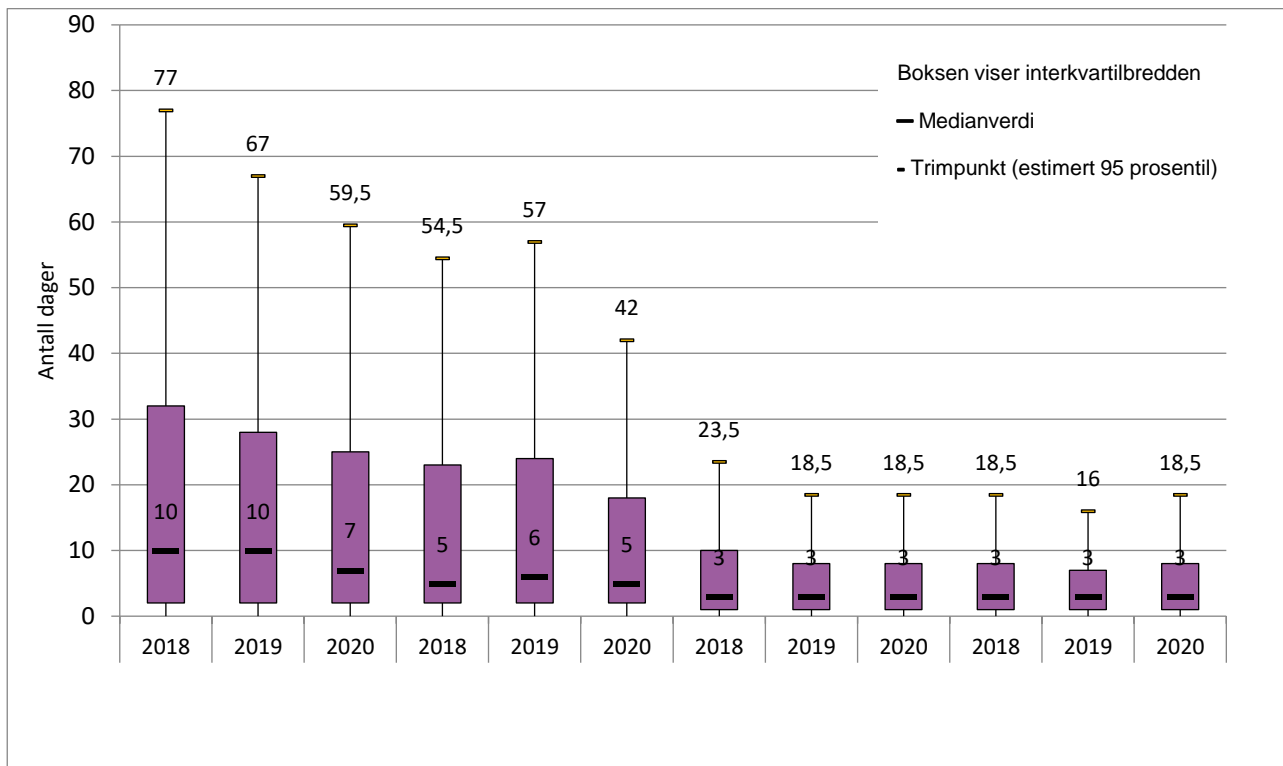
Figur 3-10 Varigheten av døgnbehandling etter hastegrad for barn og unge i psykisk helsevern. Bostedsregion.



I figur 3-10 er varigheten av døgnbehandlingen presentert etter hastegrad ved innleggelsen. Det var relativt små forskjeller mellom regionene når det gjaldt døgnbehandling som startet med en øyeblikkelig hjelp-innleggelse, mens det var forskjeller mellom regionene i behandlingsvarigheten for de planlagte døgnbehandlingene. I Sør-Øst var de planlagte døgnbehandlingene for barn og unge lengre enn i de øvrige regionene.

I figur 3-11 er varigheten av døgnbehandling for gutter og jenter presentert.

Figur 3-11 Varigheten av døgnbehandlingen for gutter og jenter i psykisk helsevern.

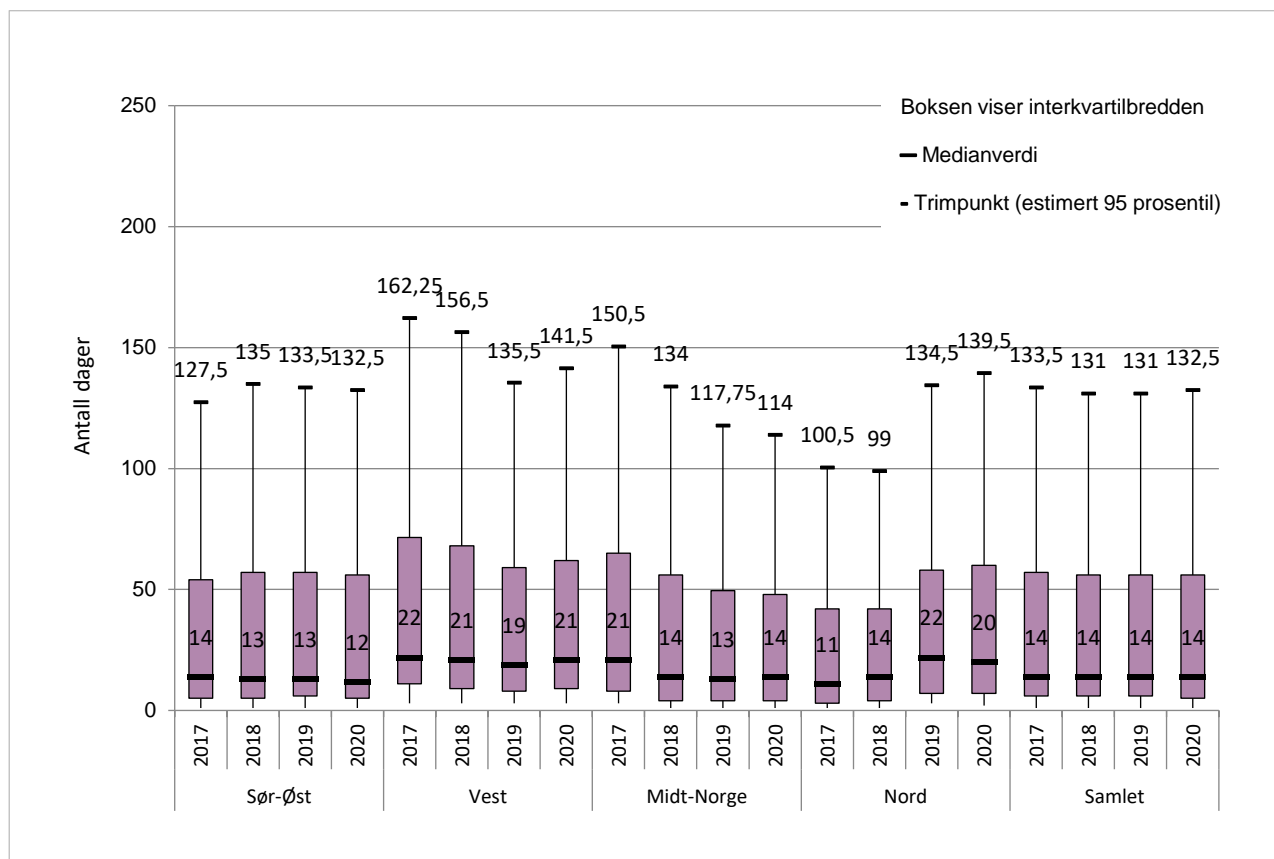


Varigheten av døgnbehandlinger etter øyeblikkelig hjelp-innleggelse var ganske like for gutter og jenter gjennom perioden 2018-2020. Døgnbehandlingene for guttene var lengre enn døgnbehandlingene for jentene, og forskjellen gjaldt de planlagte døgnbehandlingene. Døgnbehandlingen for guttene ble kortere i løpet av 2018-2020.

Døgnbehandling i TSB for pasienter bosatt i regionene

Varigheten av døgnbehandlingen i TSB i perioden 2018-2020 er presentert i figur 3-12.

Figur 3-12 Varigheten av døgnbehandlingen i TSB. Bostedsregion.

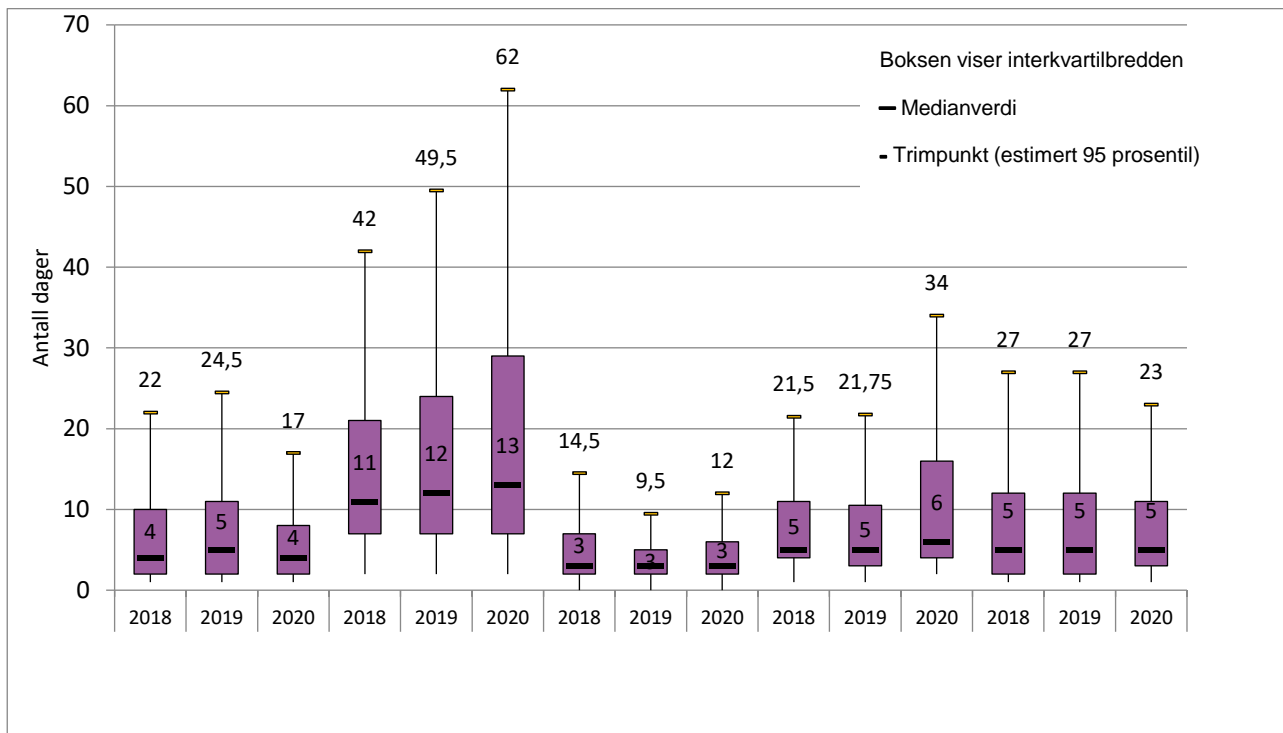


Figuren viser at varigheten av døgnbehandlingen i TSB som tilbys befolkningen ligger på samme nivå gjennom perioden 2017-2020 nasjonalt sett. Det er imidlertid forskjeller mellom regionene, hvor Midt-Norge hadde kortere døgnbehandlinger sammenlignet med de øvrige regionene.

Utviklingen i regionene i løpet av denne perioden var knyttet til at de lengste døgnbehandlingene ble lengre i Vest og Nord i løpet av det siste året og ligger på samme nå som i starten av perioden. I Midt-Norge, hvor de lengste døgnbehandlingene var kortere sammenlignet med de øvrige regionene, ble disse ytterligere redusert i varighet.

Varigheten av døgnbehandlingen når den startet med en øyeblikkelig hjelp-innleggelse er presentert i figur 3-13.

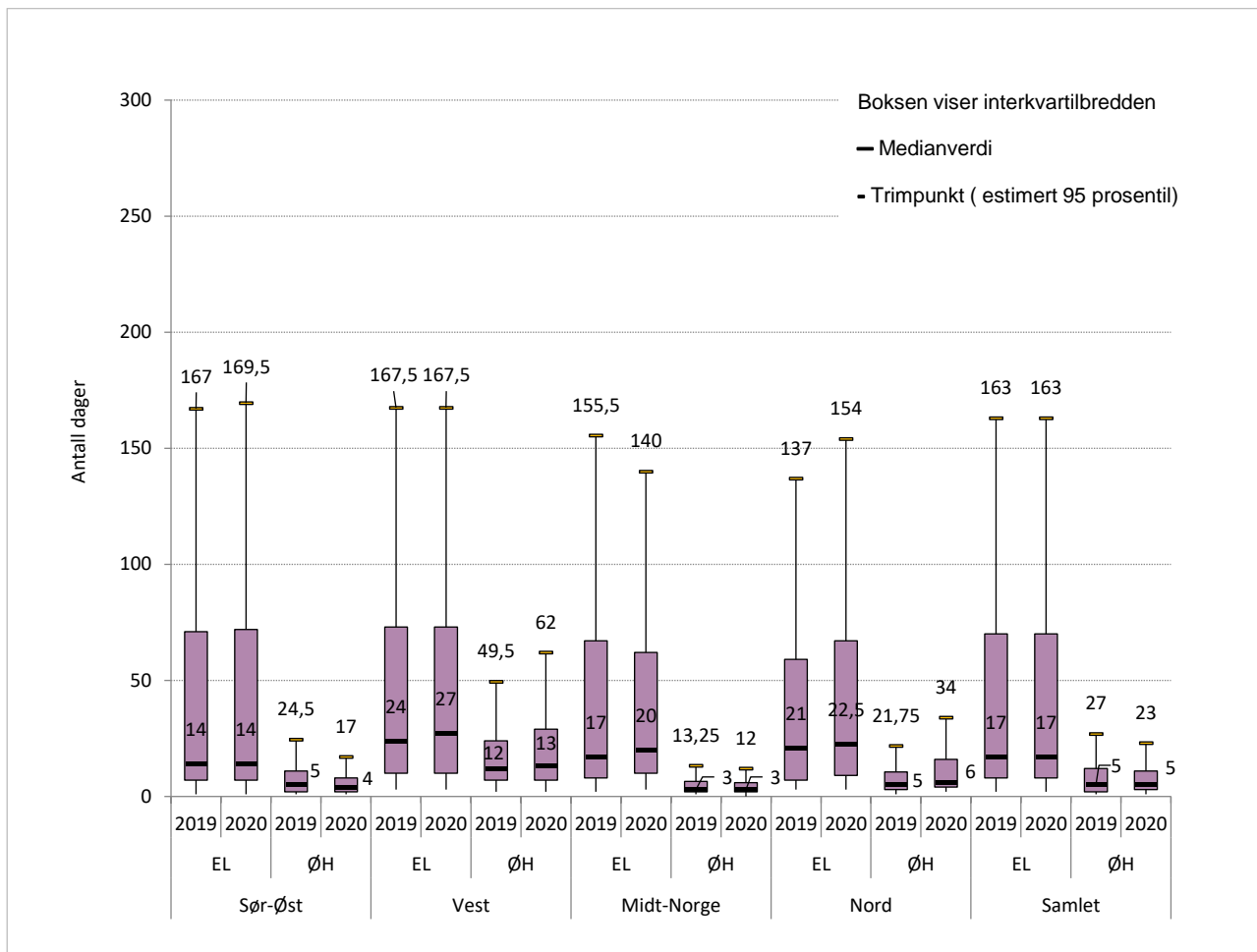
Figur 3-13 Varigheten av døgnbehandlingen i TSB når den startet med en øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Bostedsregion.



Varigheten av døgnbehandlinger som startet med en øyeblikkelig hjelp-innleggelse hadde kortere varighet sammenlignet med de øvrige døgnbehandlingene. Nasjonalt sett hadde disse pasientoppholdene en median varighet på 5 dager og 95 prosent av døgnbehandlingene var avsluttet innen om lag tre uker i 2020. Det var store regionale forskjeller i dette tilbudet, hvor Midt-Norge hadde de korteste (median varighet på 3 dager) og Vest hadde de lengste med median varighet på omlag to uker. I løpet av det siste året ble varigheten av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene kortere i Sør-Øst, mens de ble lengre i Vest og Nord.

I figur 3-14 er utviklingen i varighet av døgnbehandlingen etter hastegrad i 2019 og 2020 presentert.

Figur 3-14 Varigheten av døgnbehandlingen etter hastegrad i TSB. Bostedsregion.



Som tidligere vist var døgnbehandlingen kortere når den startet som en øyeblikkelig hjelp-innleggelse, og i figuren over sammenlignes disse med de planlagte døgnbehandlingene. De planlagte døgnbehandlingene var lengre i Vest (median varighet på 27 dager i 2020) sammenlignet med Nord og Midt-Norge hvor median varighet av døgnbehandlingen var på om lag 3 uker i 2020. I Sør-Øst var halvparten av døgnoppholdene avsluttet innen to uker. Når det gjelder øvre kvartil i fordelingen (75 prosent av døgnbehandlingene) var det liten forskjell mellom regionene; 75 prosent av de planlagte døgnbehandlingene var avsluttet innen 67-73 dager.

4. Kommunale helse- og omsorgstjenester for pasienter i psykisk helsevern og TSB

Pasientene i behandling i psykisk helsevern og TSB mottar også kommunale helse- og omsorgstjenester. I dette avsnittet ser vi imidlertid på kommunale vedtak innen pleie- og omsorgstjenesten. Dette var informasjon som ble rapportert inn i IPLOS som var et register med individbasert pleie og omsorgsstatistikk og som nå inngår i KPR (kommunalt pasient- og brukerregister).

ser vi om pasientene som har vært i behandling i psykisk helsevern i 2018 mottar vedtaksplichtige kommunale kommunale helse - og omsorgstjenester i løpet av 2017-2018. Mer informasjon om hjemmel for vedtak, registrering og rapportering av tjenestene finnes på Helsedirektoratets nettsider⁷. Tjenestene er kategorisert som vist i tabell 4-1.

Tabell 4-1 Kategorier av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tjenestekategori	Beskrivelse
Omsorgsstønad	Omsorgsstønad rapporteres på personer som utløser særlig tyngende omsorgsarbeid, mens den som yter omsorg mottar stønaden.
Praktisk bistand/støttekontakt	Brukerstyrt personlig assistanse, opplæring og bistand til daglige gjøremål, støttekontakt og matombringing.
Dagtilbud	Dagaktivitetstilbud og dagopphold i institusjon.
Tilsyn/oppfølging (Velferdsteknologi)	Digitalt tilsyn, elektronisk medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi (GPS), trygghetsalarm.
Helsetjenester i hjemmet	Alle former for planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten eller med utgangspunkt i pasientens hjem. Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Også regelmessige samtaler mv. til personer med rusmiddelavhengighet eller psykiske lidelser kan tilbys som helsetjenester i hjemmet, dersom behovet tilsier dette. Hvilke helsetjenester som kan ytes i hjemmet vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering.
Tidsbegrenset opphold/avlastning/rehabilitering	Nattopphold i institusjon, avlastning i eller utenfor institusjon, kommunalt øyeblikkelig hjelp-døgnopphold, re-/habilitering utenfor institusjon, opphold for utredning/behandling, re-/habilitering eller annet.
Langtidsopphold	Langtidsopphold i institusjon.
Boligtilbud	Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål, omsorgsbolig eller annen bolig.

Tjenester innen psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene er ikke identifiserbare i kodeverket slik det foreligger. *Helsetjenester i hjemmet* er en tjenestekategori som kan omfatte mange ulike

⁷ Registrering av IPLOS-data i kommunen - Helsedirektoratet

helsetjenester, og vi kan ikke identifisere hvorvidt det dreier seg om somatiske eller psykiske problemstillinger.

Tjenester som ikke utløser vedtak inngår i oversikten, men rapporteres kun for brukere som allerede mottar en vedtakspliktig tjeneste. Omfanget av kommunale tjenester uten vedtak, som for eksempel kommunalt øyeblikkelig hjelp-døgnopphold, kan dermed ikke kartlegges gjennom denne registreringen.

Tabell 4-2 viser tjenestene som de ulike pasientgruppene mottar.

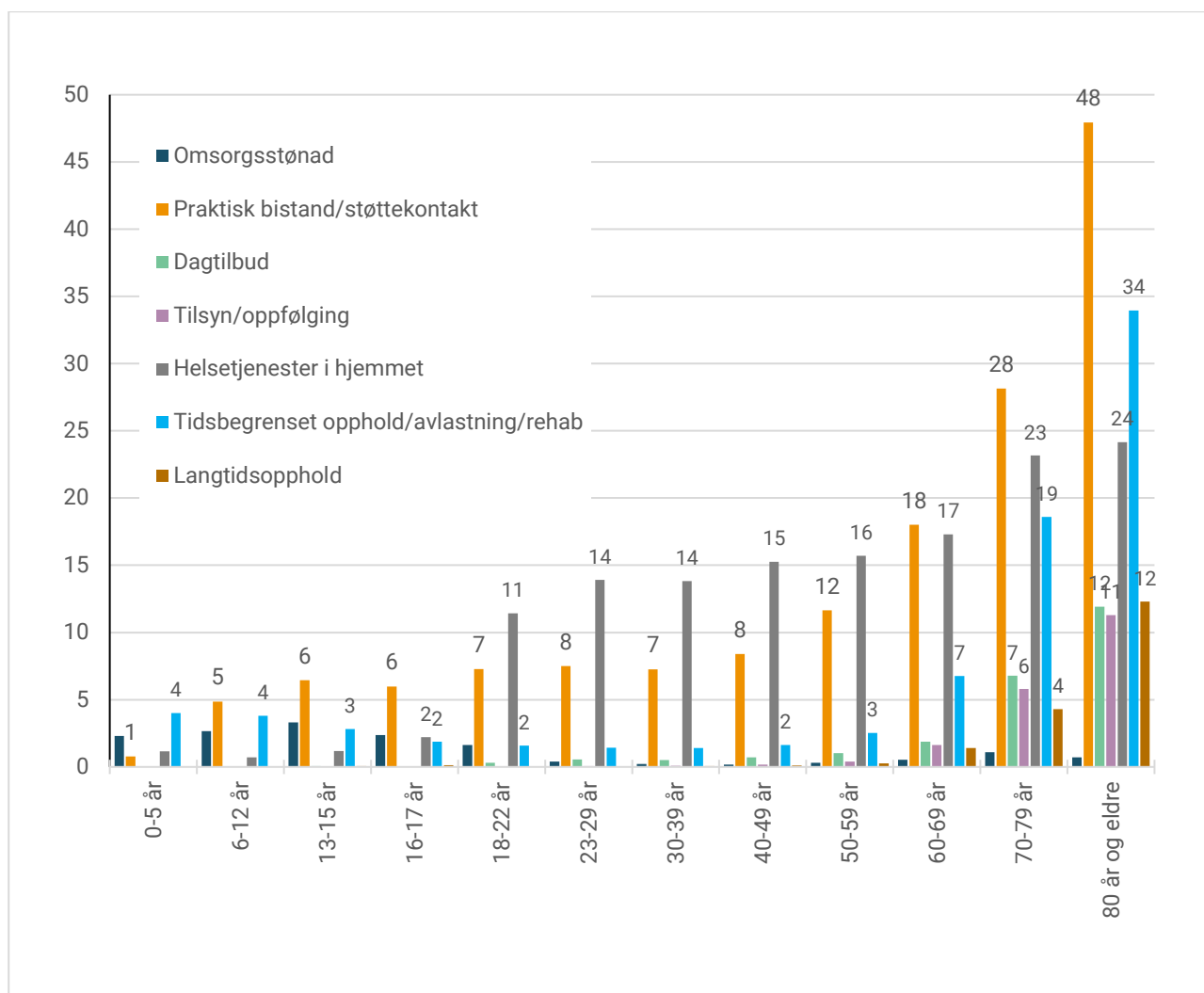
Tabell 4-2 Andel pasienter (prosent) i psykisk helsevern og TSB i 2018 med helse- og omsorgstjenester i 2017-2018.

	Pasientgruppe 2018	Aldersgruppe	Omsorgsstønad	Praktisk bistand/støttekontakt	Dagtilbud	Tilsyn/oppfølging	Helsetjenester i hjemmet	Tidsbegrenset opphold/avlast/rehabilitering	Langtidsopphold	Boligtilbud	Totalt
PSYKISK HELSEVERN	Pasienter ved helseforetak/private foretak	0-17 år	3	5	<0,1	<0,1	1	3	<0,1	<0,1	11
	<i>Herav døgnpasienter</i>	0-17 år	5	10	0,1	0	4	5	0,4	0,1	21
	<i>Herav pasienter kun i poliklinikk</i>	0-17 år	3	5	<0,1	<0,1	1	3	<0,1	<0,1	11
	Pasienter ved helseforetak/private foretak	>17 år	1	11	1	1	15	3	1	1	28
	<i>Herav pasienter med rus-komorbiditet</i>	>17 år	0,2	18	1	1	27	4	0,4	0	46
	<i>Herav døgnpasienter</i>	>17 år	1	25	3	1	30	7	1	2	58
	<i>Herav pasienter kun i poliklinikk</i>	>17 år	0,5	9	1	1	13	3	1	0,5	24
	Pasienter hos avtalespesialist	>17 år	0,2	4	0,3	0,3	6	1	0,1	0,2	11
TSB	Pasienter ved helseforetak/private foretak	>17 år	0,2	15	1	0,5	25	4	0,2	1	42

Som tabell 4-2 viser, mottar pasientgruppene ulike tjenester i ulik grad. I denne oversikten er minst ett vedtak innen de ulike tjenestekategoriene lagt til grunn, slik at mengden av tjenester er ikke belyst i dette avsnittet. I tillegg avhenger tjenesteb Bruken av pasientens alder. Aldersgruppene er basert på pasientens aldersgruppe i 2018, mens tjenestene kan være mottatt på ulike tidspunkt i tidsrommet 2017-2018.

Det fremgår av tabellen at voksne pasienter mottar helse- og omsorgstjenester oftere enn pasienter i aldersgruppen 0-17 år. Figur 4-1 viser hvordan omfanget og typen tjenester endrer seg med pasientens alder.

Figur 4-1 Andel pasienter med helse- og omsorgstjenester 2017-2018. Pasienter ved helseforetak /private foretak i psykisk helsevern i 2018.



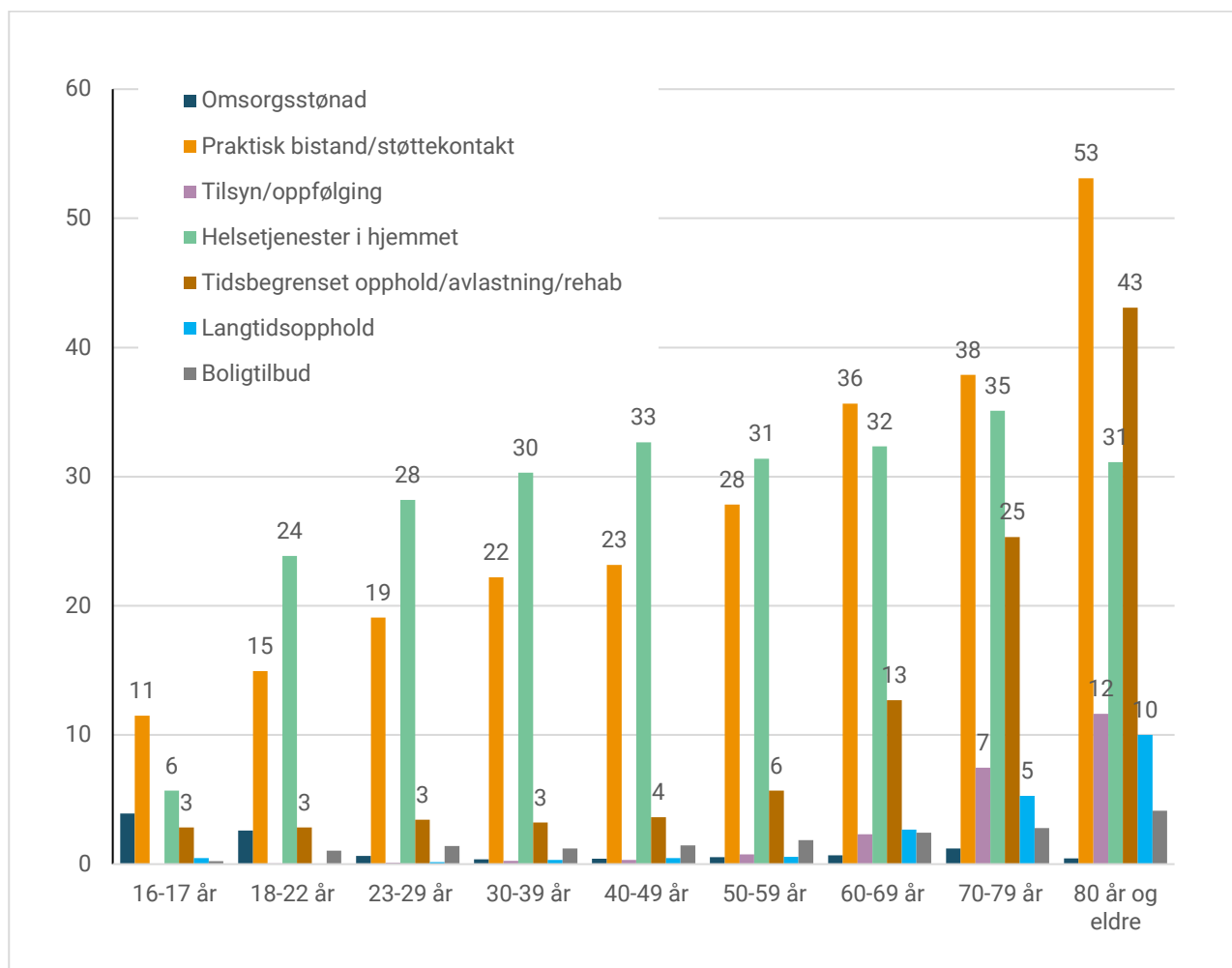
Blant barn og unge i behandling i psykisk helsevern, mottok 11 prosent vedtaksbaserte tjenester Dette dreide seg i hovedsak om omsorgsstønad til familiene og om praktisk bistand/støttekontakt (fra 6 år og eldre) og tidsbegrenset opphold/avlastning.

For voksne pasienter i psykisk helsevern var 28 prosent mottakere av helse- og omsorgstjenester i løpet av 2017-2018. Bruken av tjenestene og tjenesteprofilen var ulik for døgnpasienter og pasienter som kun var i poliklinisk behandling i 2018.

Over halvparten (56 prosent) av døgnpasientene (16 år og eldre) i psykisk helsevern i 2018 mottok vedtaksbaserte tjenester 2017-2018, fra 23 prosent av pasientene i aldersgruppen 16-17 år til 95 prosent av pasientene på 80 år og eldre.

Som vist i tabell 4-2 er bruken av helse- og omsorgstjenester generelt større for døgnpasienter enn for pasienter i poliklinikk. Figur 4-2 viser hvordan type tjenester endrer seg med alder, spesifikt for døgnpasientene.

Figur 4-2 Andel pasienter med helse- og omsorgstjenester 2017-2018. Døgnpasienter i psykisk helsevern i 2018.

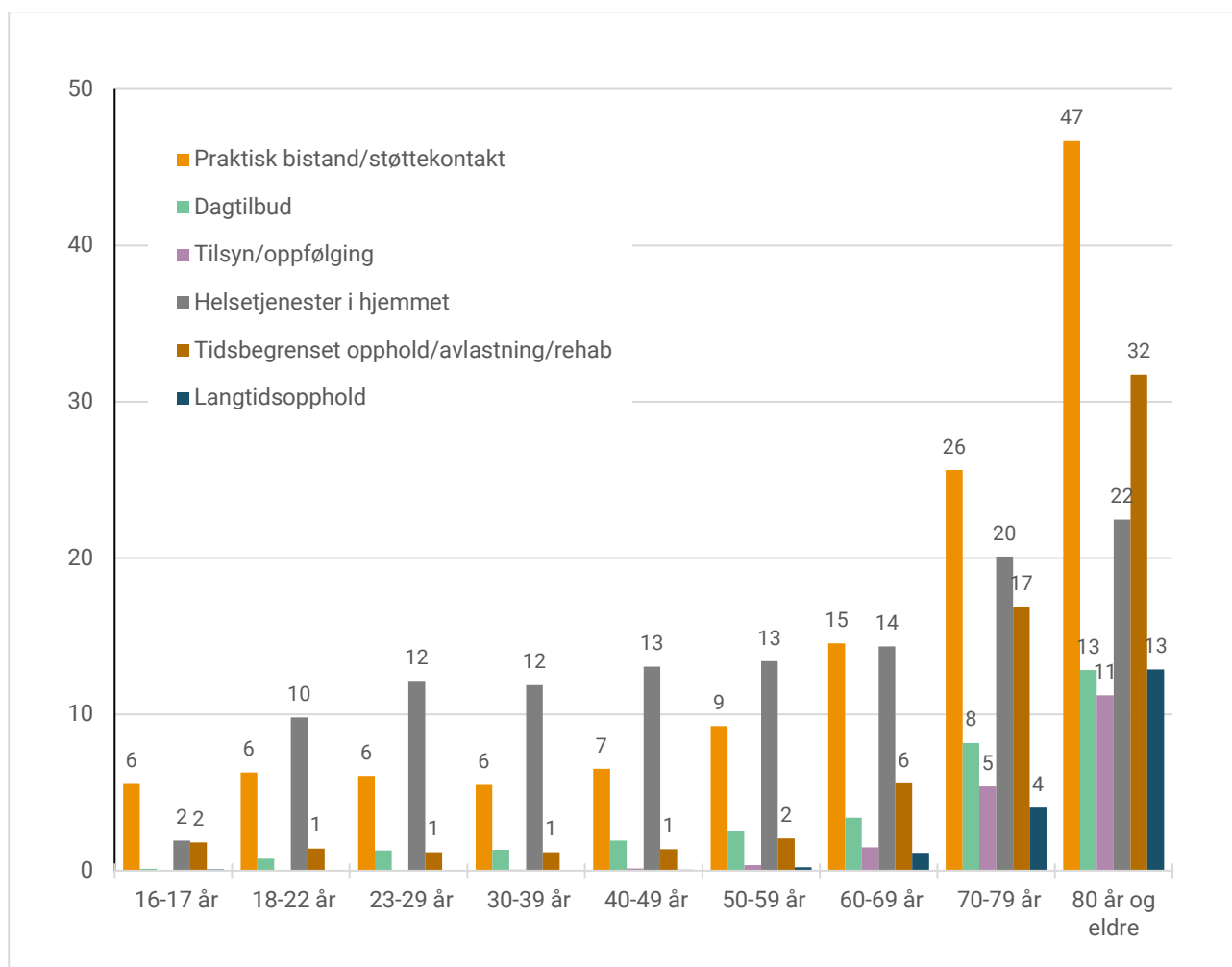


Blant døgnpasientene i aldersgruppen 16-17 år hadde 11 prosent praktisk bistand eller støttekontakt fra kommunen. Andelen med dette tilbudet økte med alderen og over halvparten av pasientene i aldersgruppen 80 år og eldre hadde et slikt tilbud. For døgnpasientene som var 16 år og eldre hadde 25 prosent et slikt tilbud.

Helsetjenester i hjemmet var et tilbud som 30 prosent av døgnpasientene i aldersgruppen 16 år og eldre mottok. Det var en liten andel (6 prosent) av 16-17 åringene som fikk dette tilbudet, men i aldersgruppen 18-22 år va 24 prosent mottakere av dette tilbudet. Andel døgnpasienter som mottok helsetjenester i hjemmet økte med pasientens alder og utgjorde 35 prosent for aldersgruppen 70-79 år. Tidsbegrenset opphold/avlastning ble tilbudt 13 prosent av døgnpasientene i aldersgruppen 60-69 år, og omfanget økte til 43 prosent av døgnpasientene som var 80 år eller eldre. Velferdsteknologi og langtidsopphold tilbys hhv 12 og 10 prosent av de eldste pasientene.

Pasienter uten døgnbehandling utgjør 88 prosent av de voksne pasientene i psykisk helsevern. Helse – og omsorgstjenester til denne pasientgruppen er vist i figur 4-3.

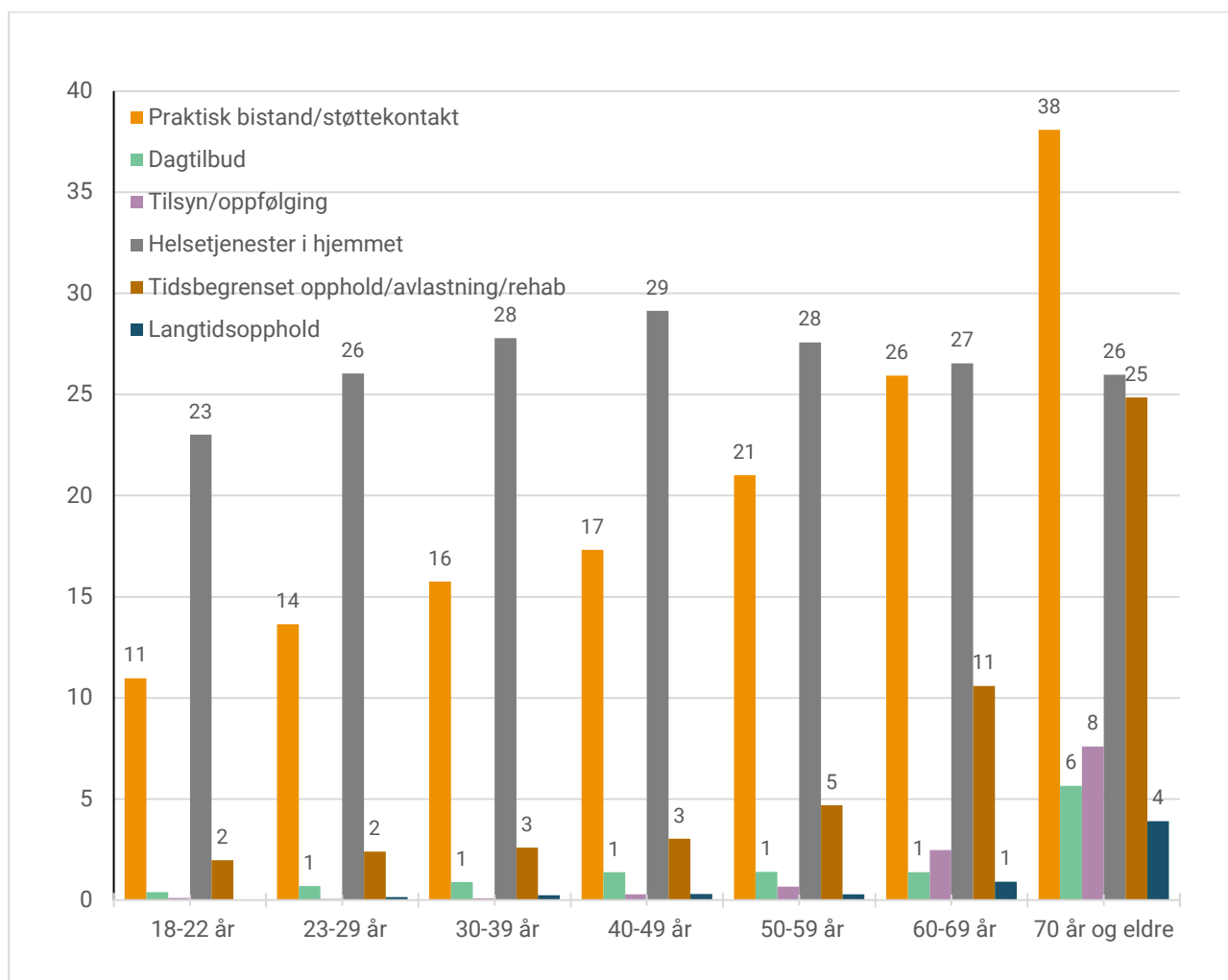
Figur 4-3 Andel pasienter med helse- og omsorgstjenester 2017-2018. Pasienter uten døgntilbud i psykisk helsevern i 2018.



Samlet sett hadde 24 prosent av de voksne pasientene i poliklinikk tilbud om en kommunal tjeneste i løpet av 2017-2018; fra 11 prosent av pasientene i aldersgruppen 16-17 år til 88 prosent av pasientene på 80 år og eldre. Bruken av de kommunale tjenestene endrer seg lite mellom aldersgruppene 18-22 år og 50-59 år, men øker for pasientene i aldersgruppen 60 år og eldre. Praktisk bistand/støttekontakt tilbys 47 prosent og tidsbegrenset opphold/avlastning tilbys 32 prosent av pasientene i aldersgruppen 80 år og eldre.

Blant de voksne pasientene med samtidig rusproblematikk har 46 prosent vedtaksbaserte helse – og omsorgstjenester, jf. tabell 4-2. I aldersgruppen 18-22 år har 41 prosent av pasientene slike tjenester og bruken av helse- og omsorgstjenester øker opp til aldersgruppen 80 år og eldre hvor 92 prosent av pasientene har en eller flere tjenester. I figur 4-4 er bruken av de ulike tjenestene presentert etter aldersgruppe.

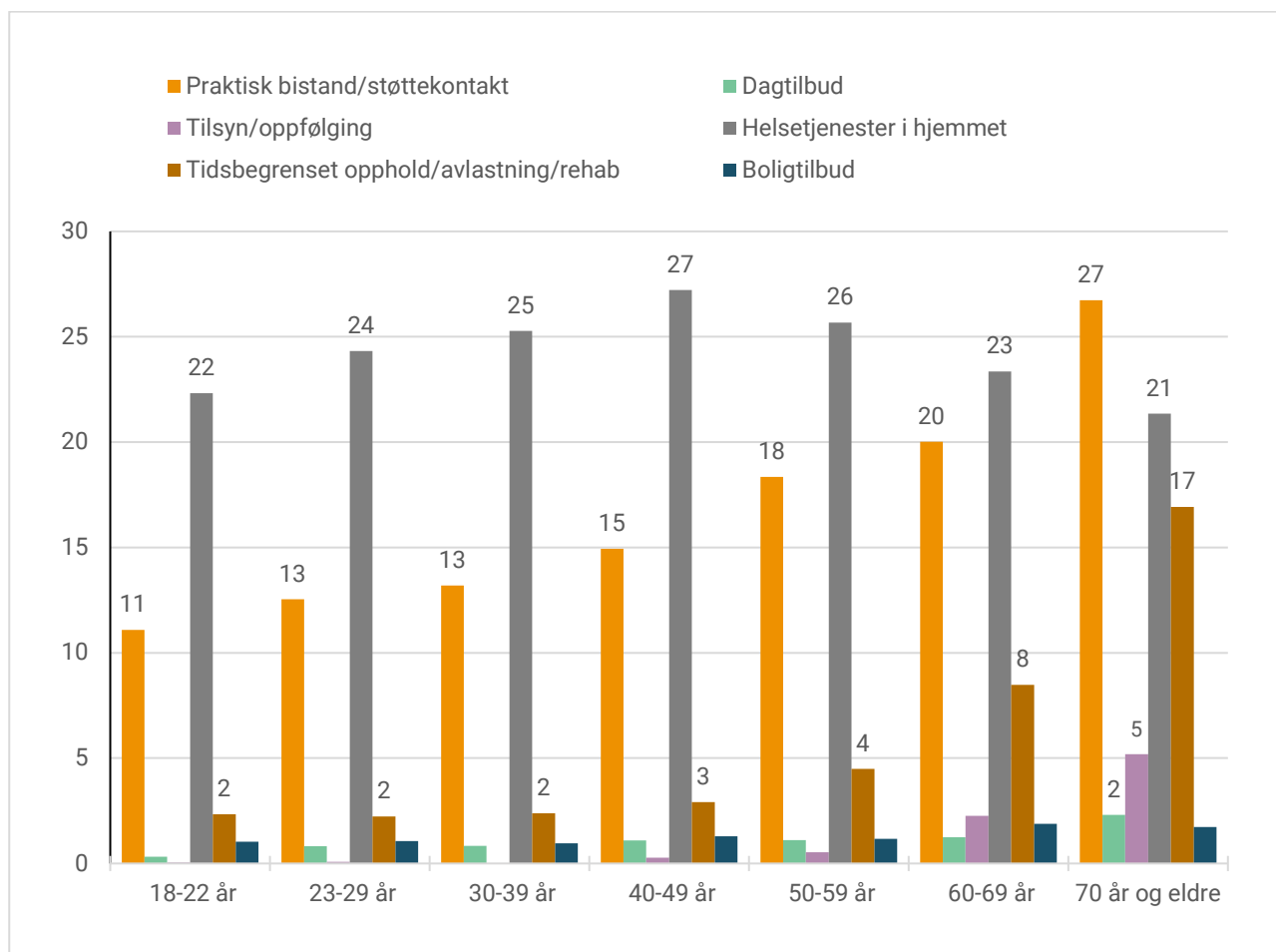
Figur 4-4 Andel pasienter med helse- og omsorgstjenester 2017-2018. Pasienter med rusproblematikk i psykisk helsevern i 2018.



Figuren viser at helsetjenester i hjemmet ble benyttet for om lag en fjerdedel av pasientene i alle aldersgrupper. Tilbudet om praktisk bistand/støttekontakt økte med alderen, og ble tilbudt 38 prosent av pasientene 70 år og eldre. Tidsbegrenset opphold/avlastning/rehabilitering var tjenester som en fjerdedel av pasientene på 70 år og eldre benyttet.

For pasienter i behandling i TSB er tilbudet av de kommunale tjenestene presentert i figur 4-5.

Figur 4-5 Andel pasienter med helse- og omsorgstjenester 2017-2018. Pasienter i TSB i 2018.



For pasientene i aldersgruppen 18-22 år mottok 34 prosent en eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester, og andelen med slike tjenester økte med stigende alder. For aldersgruppen 70 år og eldre mottok halvparten av pasientene en eller flere kommunale tjenester i løpet av 2017-18.

Tilbudet om helsetjenester i hjemmet var tilbudt 25 prosent av pasientene, og aldersgruppen 40-59 år hadde i større grad dette tilbudet sammenlignet med yngre og eldre pasienter. Tilbudet om praktisk bistand/støttekontakt økte med alderen, og ble tilbudt 27 prosent av pasientene 70 år og eldre. Tidsbegrenset opphold/avlastning/rehabilitering var tjenester som 17 prosent av de eldste pasientene benyttet. For denne pasientgruppen er det noen få med boligtilbud i alle aldersgruppene.

5. Befolkningens bruk av psykisk helsevern – barn og unge

Nasjonale utviklingstrekk

I løpet av 2020 fikk om lag 56 700 pasienter behandling ved helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern for barn og unge. Det var så å si ingen endring i pasienttallet i løpet av det siste året. Blant døgnpasientene var det imidlertid en økning på 3 prosent siden 2019.

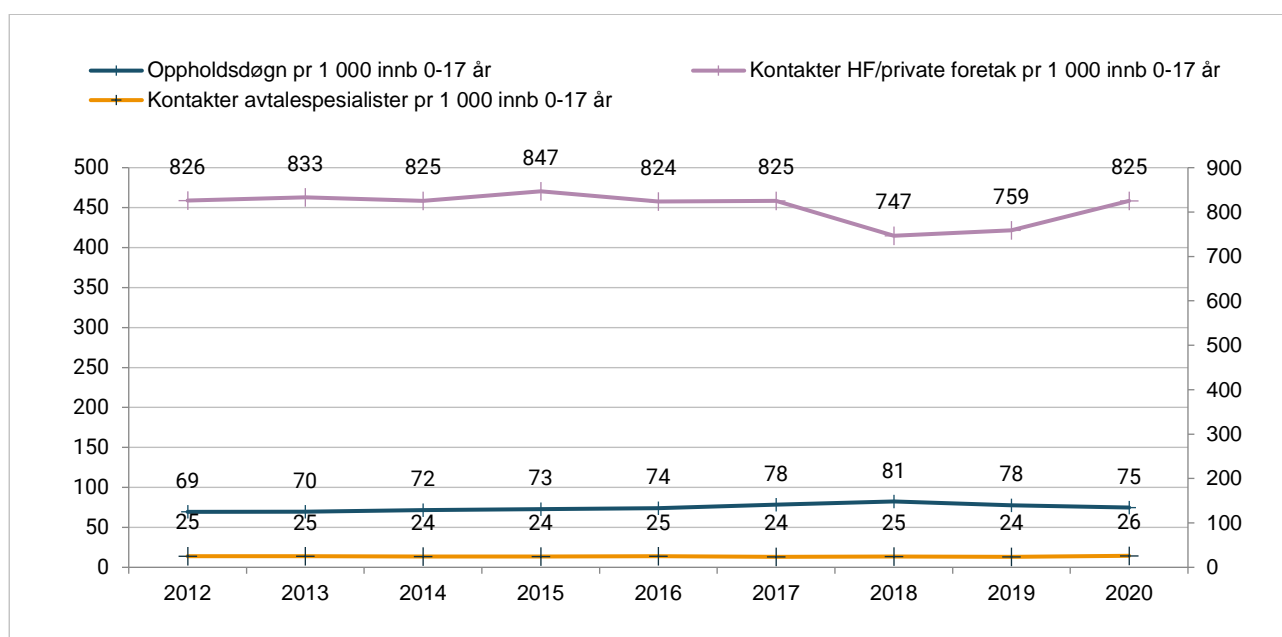
I løpet av perioden 2016 til 2020 var antall døgnpasienter økt med 3 prosent, mens pasienter i poliklinisk behandling økte med 2 prosent. Barn og unge i behandling hos avtalespesialistene utgjør om lag 2500 pasienter årlig, men på grunn av usikkerhet knyttet til rapporteringen gjennom perioden kan vi ikke med sikkerhet anslå endringstall.

I løpet av 2020 var det om lag 3 000 utskrivninger fra helseforetak og private foretak, og døgntilbudet utgjorde i overkant av 76 000 oppholdsdøgn. Antall utskrivninger hadde en vekst på 7 prosent mens volumet av oppholdsdøgn ble redusert med 5 prosent fra året før.

I løpet av 2020 utgjorde det polikliniske tilbudet i overkant av 904 000 kontakter og dette var en vekst på 8 prosent fra året før. Det var samlet sett 70 prosent økning i antall telefonkontakter i løpet av 2020, mens ambulante kontakter ble redusert med 34 prosent. Profilen i det polikliniske tilbudet er omtalt i kapittel 8.

I figur 5-1 er dekningsrater for oppholdsdøgn og konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge presentert.

Figur 5-1 Dekningsrater for oppholdsdøgn og polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn og unge.



Dekningsratene i figur 5-1 representerer historiske indikatorer som synliggjør utviklingen av behandlingsvolumet innen psykisk helsevern for barn og unge. Den øverste linjen angir dekningsraten for kontakter ved helseforetak/private foretak innen tjenesten. Nedgangen fra 2017 til 2018 var i hovedsak knyttet til skifte av datasystem i Midt-Norge. Endringen ble knyttet til denne systemomleggingen og registreringspraktiske forhold, men det ble også påpekt at overgang til ISF-finansiering av poliklinisk aktivitet samt tilpasning av arbeidsprosesser ved innføring av pakkeforløp gjorde at tallene fra Helse Midt-Norge må tolkes med forsiktighet.

Dekningsraten for oppholdsdøgn viser antall oppholdsdøgn i løpet av året som var belagt innen døgntilbudet justert for befolkningsgrunnlaget 0-17 år. Dekningsraten for oppholdsdøgn avhenger av antall døgnplasser og bruken av disse. Øyeblikkelig hjelp-innleggelse har kortere varighet og medfører færre oppholdsdøgn ved døgnenhetene samtidig som akutt plasser har lavere belegg sammenlignet med døgnplasser for planlagte innleggelse. Ved økt akuttbehandling vil dermed oppholdsdøgn gå ned gitt den samme døgnplasskapasiteten.

Nederste linje i figuren er dekningsraten for avtalespesialistkontaktene. Som det fremkommer av figuren utgjør dette en lite, men stabilt innslag i behandlingstilbudet til barn og unge.

Regionale utviklingstrekk

Antall barn og unge i behandling

I Sør-Øst var det 0,3 prosent økning i antall barn og unge i behandling i psykisk helsevern i 2020 sammenlignet med året før. For døgnpasientene var det en nedgang på 2,2 prosent og for pasienter som kun mottok poliklinisk behandling var det en økning på 1,1 prosent.

Helse Vest hadde 1,2 prosent økning i antall pasienter blant barn og unge fra 2019 til 2020. Det var en økning på 4,9 prosent knyttet til pasienter i døgnbehandling og antall barn og unge som kun var i poliklinisk behandling økte med 0,7 prosent.

I Helse Midt-Norge var det en nedgang i antall pasienter på 0,9 prosent fra 2019 til 2020. I denne regionen økte antall døgnpasienter med 7,3 prosent, mens barn og unge som kun var i poliklinisk behandling økte med 0,5 prosent.

I Helse Nord økte det samlede volumet av behandlede barn og unge i psykisk helsevern med 1,5 prosent fra 2019 til 2020. Det var en nedgang blant barn og unge i døgnpasientene (14,6 %), mens pasienter kun i poliklinisk behandling økten med 2,9 prosent.

I løpet av perioden fra 2016 til 2020 var det samlet sett en økning på 3,1 prosent for barn og unge i behandling i helseforetak og private foretak i psykisk helsevern. Det var vekst i alle regionene unntatt i Midt-Norge. I Sør-Øst var økningen på 2,9 prosent, i Vest var økningen på 8,6 prosent og i Nord var det 5,2 prosent flere barn og unge i behandling. I Midt-Norge var det en reduksjon på 6,0 prosent fra 2016 til 2020.

Det var en nedgang i antall barn og unge i døgnbehandling i alle regionene i 2016-2020, unntatt i Vest. Samtidig var veksten knyttet til flere barn og unge som kun var i poliklinisk behandling og det gjaldt alle regionene, med unntak av Midt-Norge.

På grunn av varierende kvalitet i rapporteringen av pasientdata fra avtalespesialistene i denne perioden kan pasienttallene medføre en underestimert av det totale antall pasienter i psykisk helsevern.

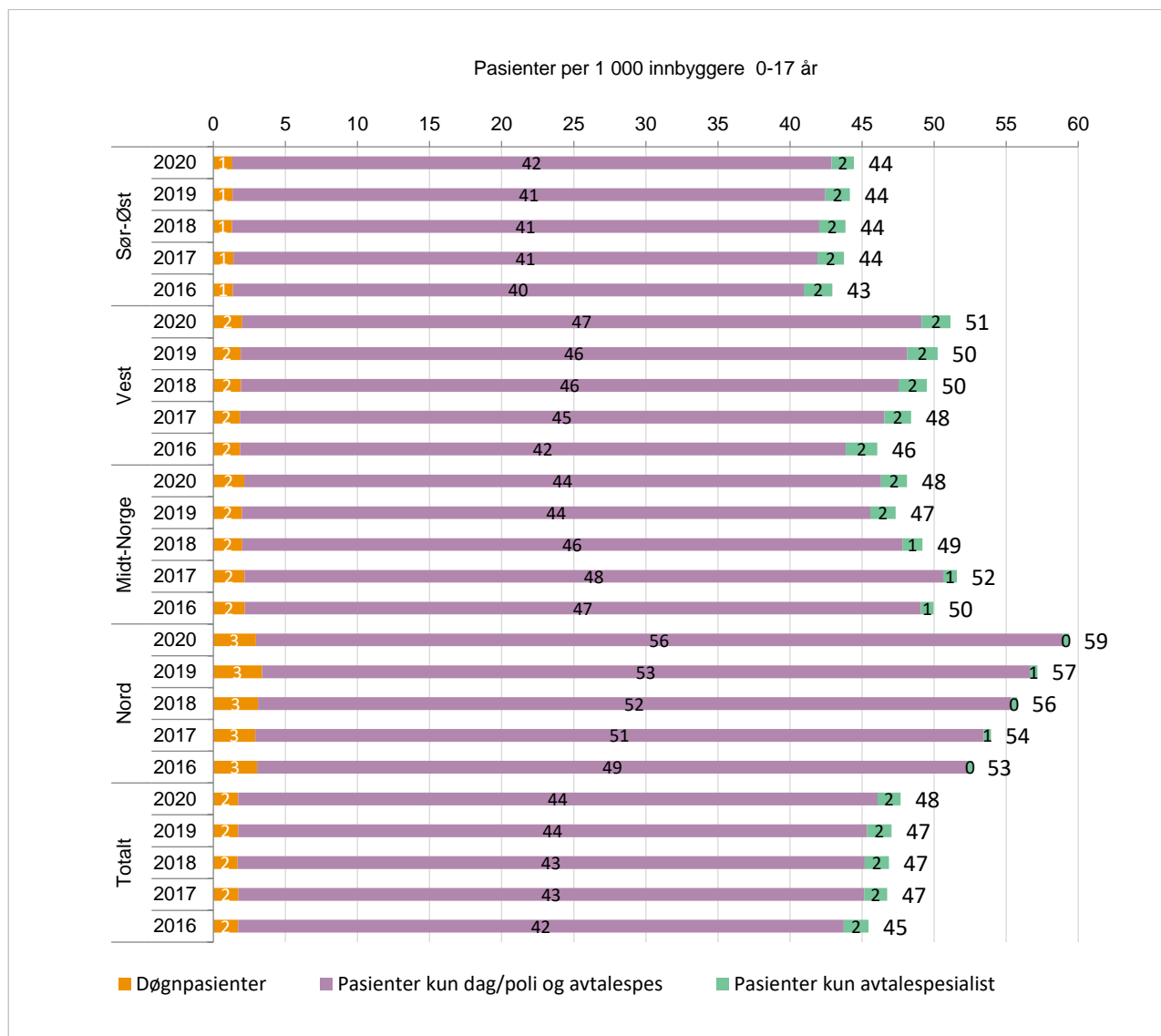
Antall barn og unge per innbygger i aldersgruppen 0-17 år

Det psykiske helsevernet som tilbys barn og unge i regionene, omfatter først og fremst et poliklinisk behandlingstilbud i helseforetakene og private foretak. I og med at de aller fleste pasientene er i poliklinisk

utredning/behandling, skiller vi her mellom døgnpasienter og pasienter som kun mottar poliklinisk tilbud. Avtalespesialistenes tilbud kommer i tillegg i en del områder og her synliggjøres denne pasientgruppen gjennom kategorien som er i behandling hos avtalespesialist uten ytterligere kontakt med helseforetak eller private foretak.

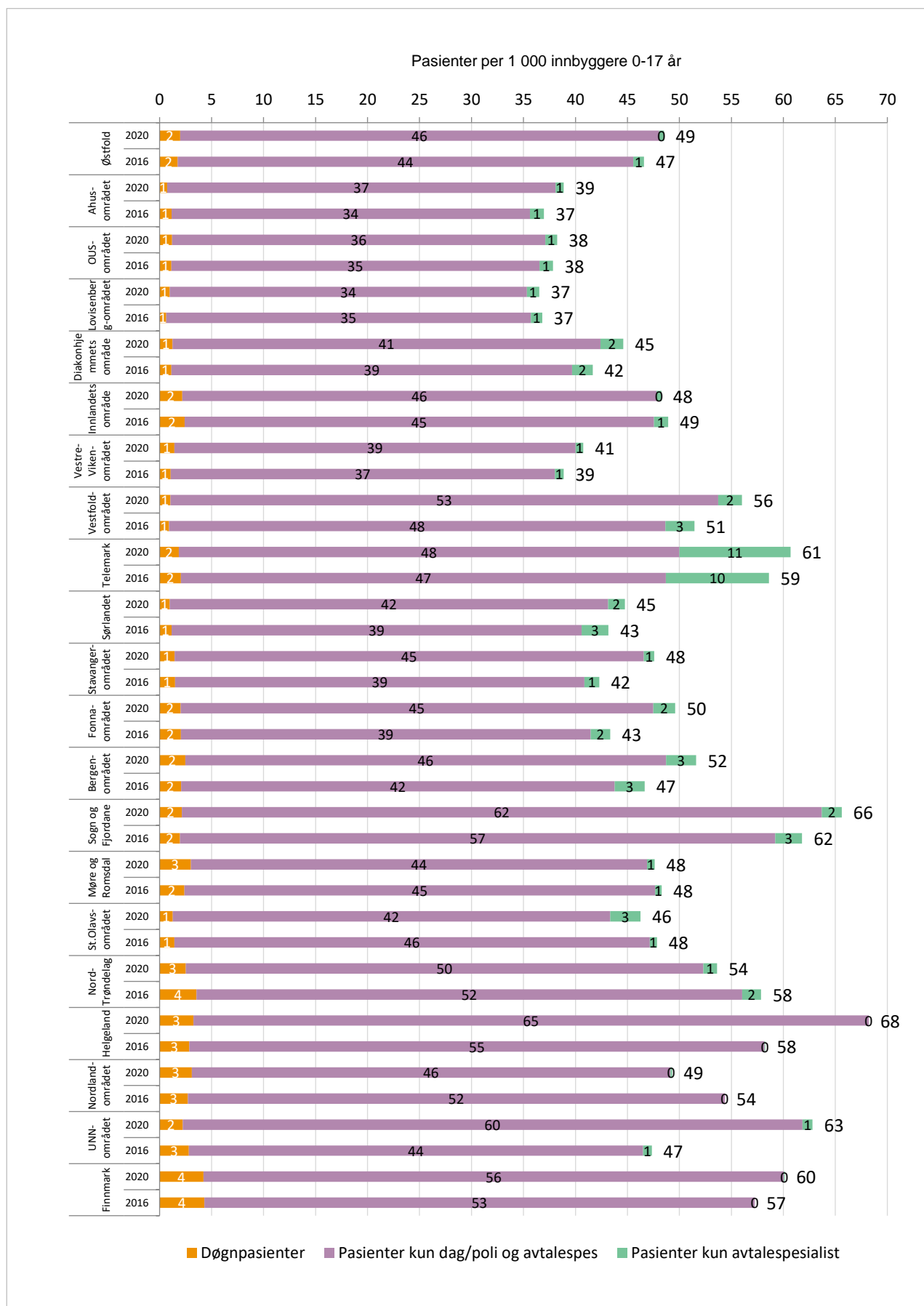
Figur 5-2 viser regionale forskjeller i barn og unges bruk av psykisk helsevern og i figur 5-3 er forskjellene mellom bostedsområdene presentert. Figurene viser pasienter per innbyggere i aldersgruppen 0-17 år i perioden 2016 til 2020.

Figur 5-2 Barn og unge som pasienter i psykisk helsevern. Bostedsregion 2016-2020.



Fra figur 5-2 fremkommer det at døgntilbudet omfatter få barn og unge. De regionale døgnpasientratene i Nord var høyest, mens døgnpasientraten i Sør-Øst var lavest. Pasientratene for kun poliklinisk behandling var også høyest i Nord, mens pasientratene i Sør-Øst var de laveste. I løpet av perioden 2016-2020 var det en vekst i pasientrate på 5 prosent og veksten var størst i Nord (21 prosent) og i Vest (12 prosent). I Midt-Norge var det en nedgang på 4 prosent i perioden. Utviklingen fra 2019 var på 1 prosent vekst i pasientrate, og alle regionene hadde vekst i pasientraten for barn og unge. Veksten i Nord var størst og utgjorde 4 prosent.

Figur 5-3 Barn og unge som pasienter i psykisk helsevern. Bostedsområde 2016 og 2020.



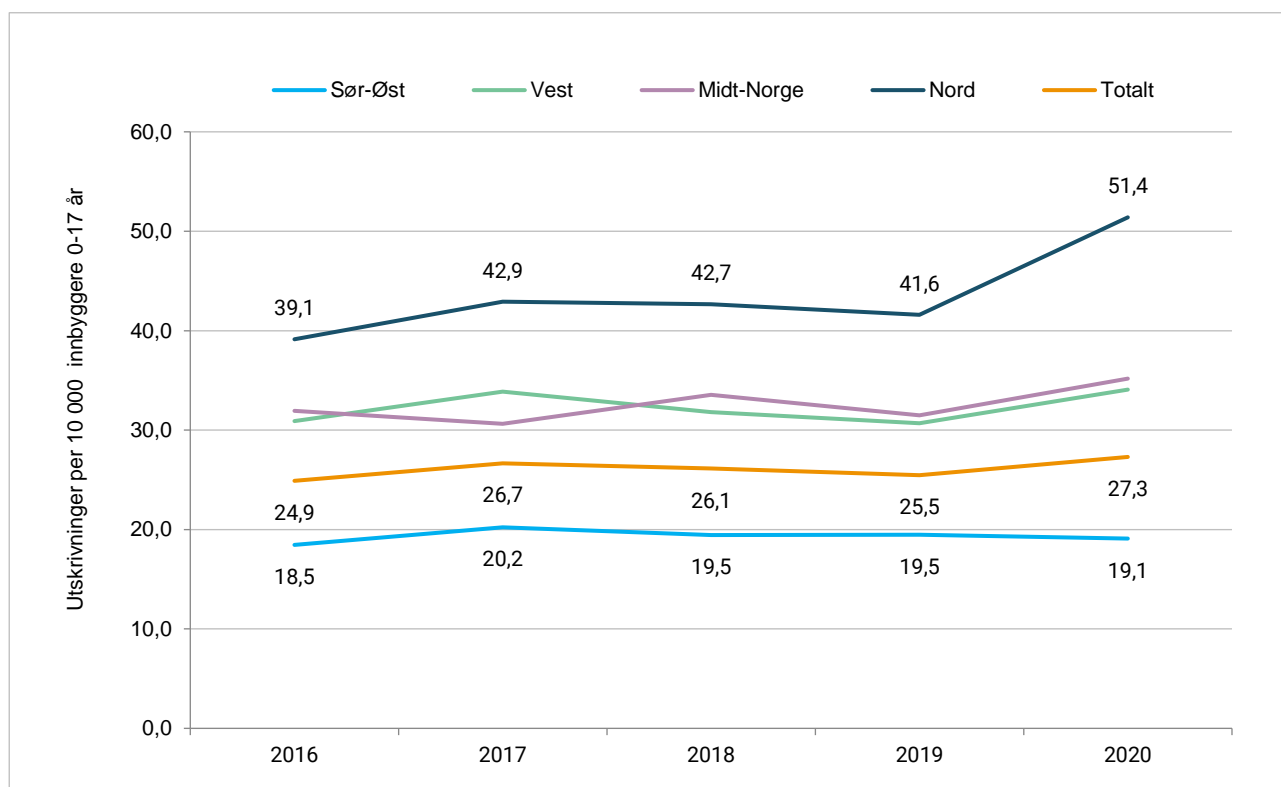
Oversikten som viser pasientrater etter bostedsområder synliggjør forskjeller innad i regionene. Helgeland og Sogn og Fjordane har de høyeste pasientratene for barn og unge i psykisk helsevern. Finnmark, UNN-området, Telemark og Vestfold-området har også pasientrater over landsgjennomsnittet. I Telemark er det avtalespesialisttilbudet som bidrar til pasientrater over landsgjennomsnittet.

Kart som viser geografiske forskjeller i pasienters bruk av de ulike behandlingstilbudene finnes på våre nettsider⁸.

Utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske kontakter innen psykisk helsevern for barn og unge

Aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern for barn og unge var tidligere avgrenset til volumtall på utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske kontakter og dette ble innhentet gjennom samleoppgaver i regi av SSB. Dette ble avvirket da pasientdata innrapportert til NPR ble ansett for å være av tilfredsstillende kvalitet. Det er imidlertid fremdeles enkeltinstitusjoner som mangler i rapporteringen. For å synliggjøre det samlede volumet av aktiviteten i regionene innen psykisk helsevern for barn og unge er utviklingen i utskrivninger, oppholdsdøgn og kontakter per innbygger de siste fem årene vist i figur 5-4, figur 5-5 og figur 5-6.

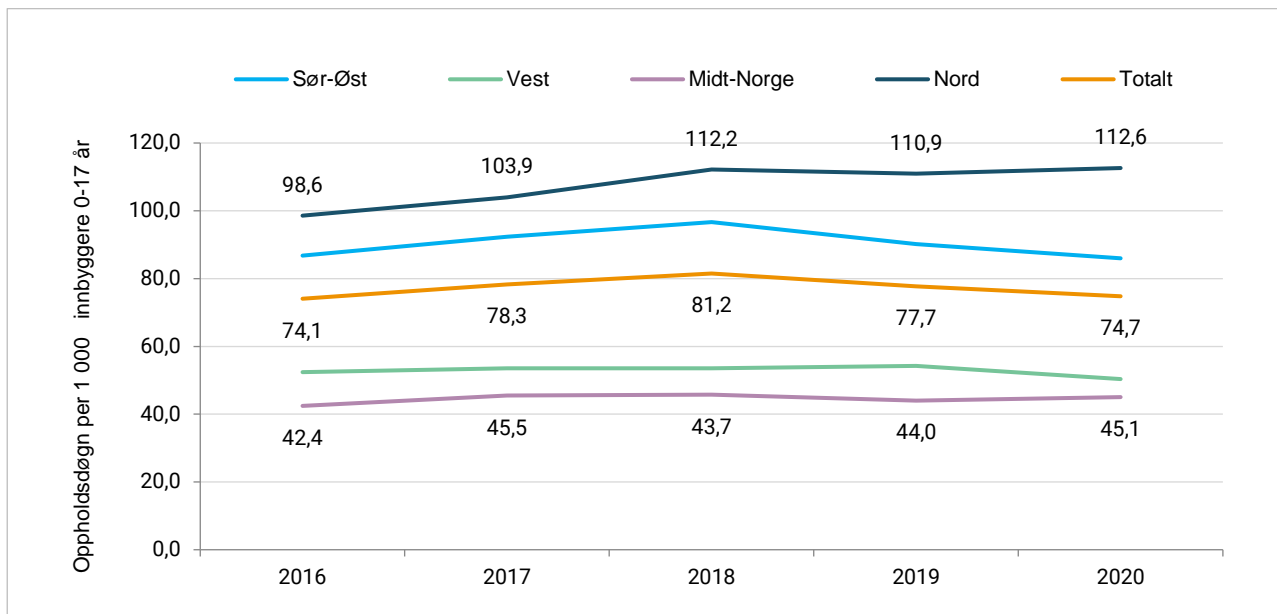
Figur 5-4 Utskrivninger fra helseforetak/private foretak i psykisk helsevern for barn og unge. Bostedsregion.



Figur 5-4 viser at det har vært små endringer i antall utskrivninger fra helseforetakene og de private foretakene i løpet av perioden 2016-2019. De regionale linjene viser at det var i Nord det var flest utskrivninger, mens Sør Øst hadde færrest utskrivninger sammenlignet med de øvrige regionene. I løpet av det siste året var det en vekst i antall utskrivninger i alle regionene unntatt i Sør-Øst.

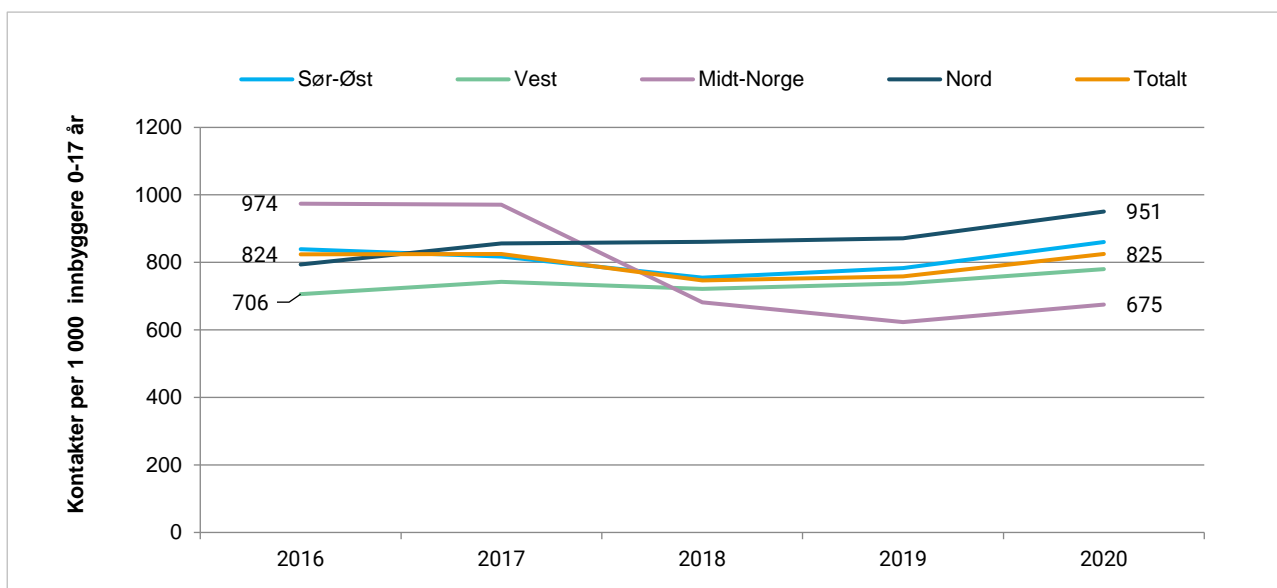
⁸ Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Figur 5-5 Oppholdsdøgn i helseforetak/private foretak i psykisk helsevern for barn og unge. Bostedsregion.



Det var en vekst i dekningsraten for oppholdsdøgn tidlig i perioden, med en påfølgende nedgang fra 2018 (figur 5-5). Midt-Norge hadde den laveste dekningsraten basert på oppholdsdøgn, mens Nord hadde den høyeste rateverdien.

Figur 5-6 Polikliniske kontakter ved helseforetak/private foretak i psykisk helsevern for barn og unge. Bostedsregion.

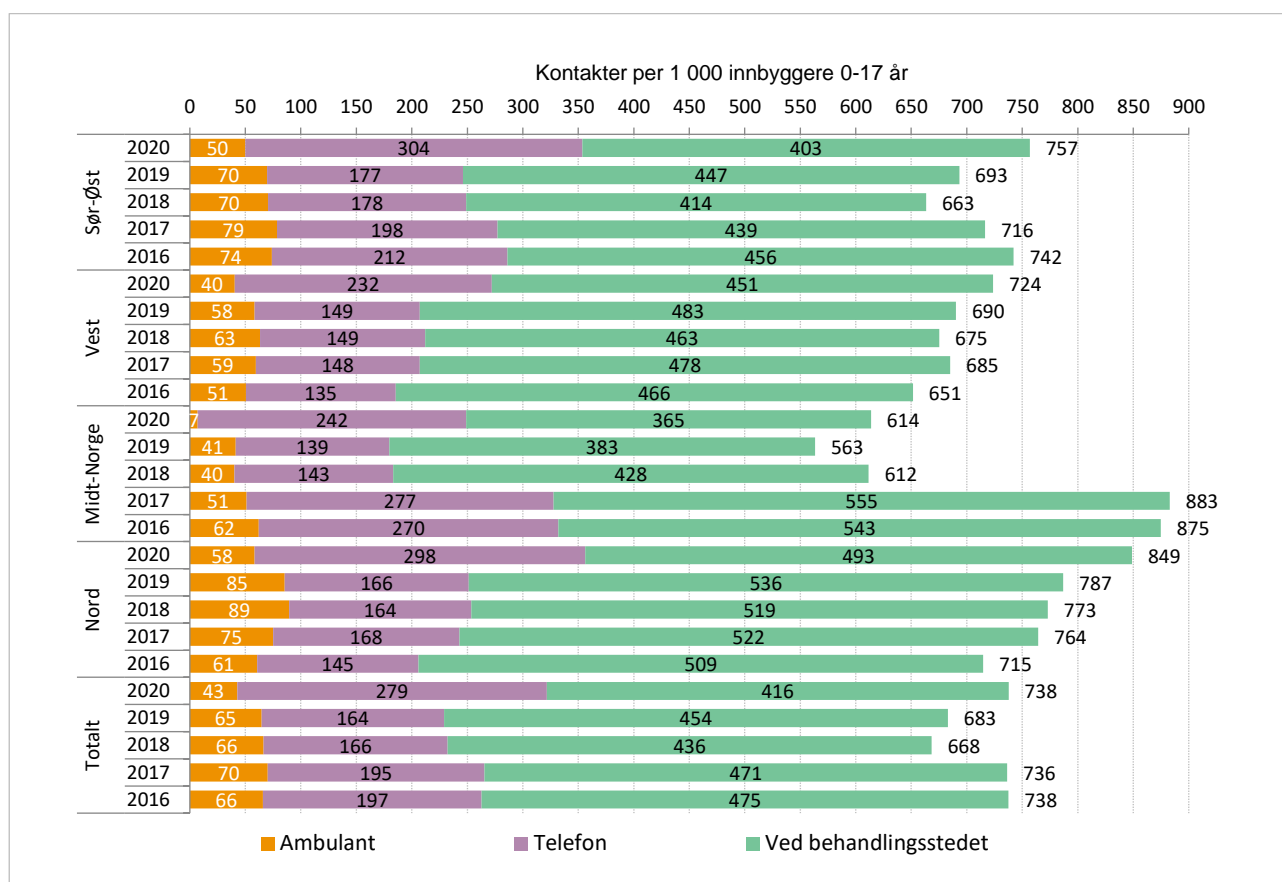


Figur 5-6 viser utviklingen av aktiviteten ved helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern for barn og unge i regionene. Det var Midt-Norge som hadde den høyeste dekningsraten i 2016-2017, men det er usikkerhet knyttet til volumet av kontakter som nevnt under nasjonale utviklingstrekk innledningsvis i kapitlet. Regionen har den laveste dekningsraten fra 2018-2020. Nord har hatt vekst i dekningsrate gjennom hele perioden. I løpet av 2020 har det vært en vekst i dekningsrate for polikliniske kontakter i alle regionene. Det er liten forskjell mellom Vest og Sør-Øst som ligger rundt landsgjennomsnittet. Presentasjon av poliklinisk virksomhet ved helseforetakene/de private foretakene etter tilknytningsregion er presentert i kapittel 8.

Bruken av (type) poliklinisk kontakt for barn og unge

Ved bruk av pasientdata kan bruken av det polikliniske tilbudet for alle barn og unge i kontakt med psykisk helsevern beskrives. Her inngår pasienter i aldersgruppen 0-17 år uavhengig av om behandlingstilbudet ble tilbudt i psykisk helsevern for barn og unge eller voksne. De unge som beholder sitt behandlingstilbud fra psykisk helsevern for barn og unge også etter fylte 18 år, vil ikke være inkludert her. For å oppnå mest mulig korrekte aldersspesifikke dekningsrater er statistikken laget uavhengig av behandlingssted. Kart som viser geografiske forskjeller i bruken av de ulike behandlingstilbud finnes på våre nettsider⁹. Dekningsrater for polikliniske kontakter knyttet til pasienter som er i aldersgruppen 0-17 år er presentert regionvis i figur 5-7 og etter bostedsområder i figur 5-8. Her er det skilt mellom ambulante kontakter, telefonkontakter og kontakter på behandlingsstedet. Mer om kategorisering av polikliniske kontakter ligger på våre nettside under Aktivitet og profiler/poliklinisk behandling¹⁰.

Figur 5-7 Barn og unges polikliniske kontakter med psykisk helsevern.

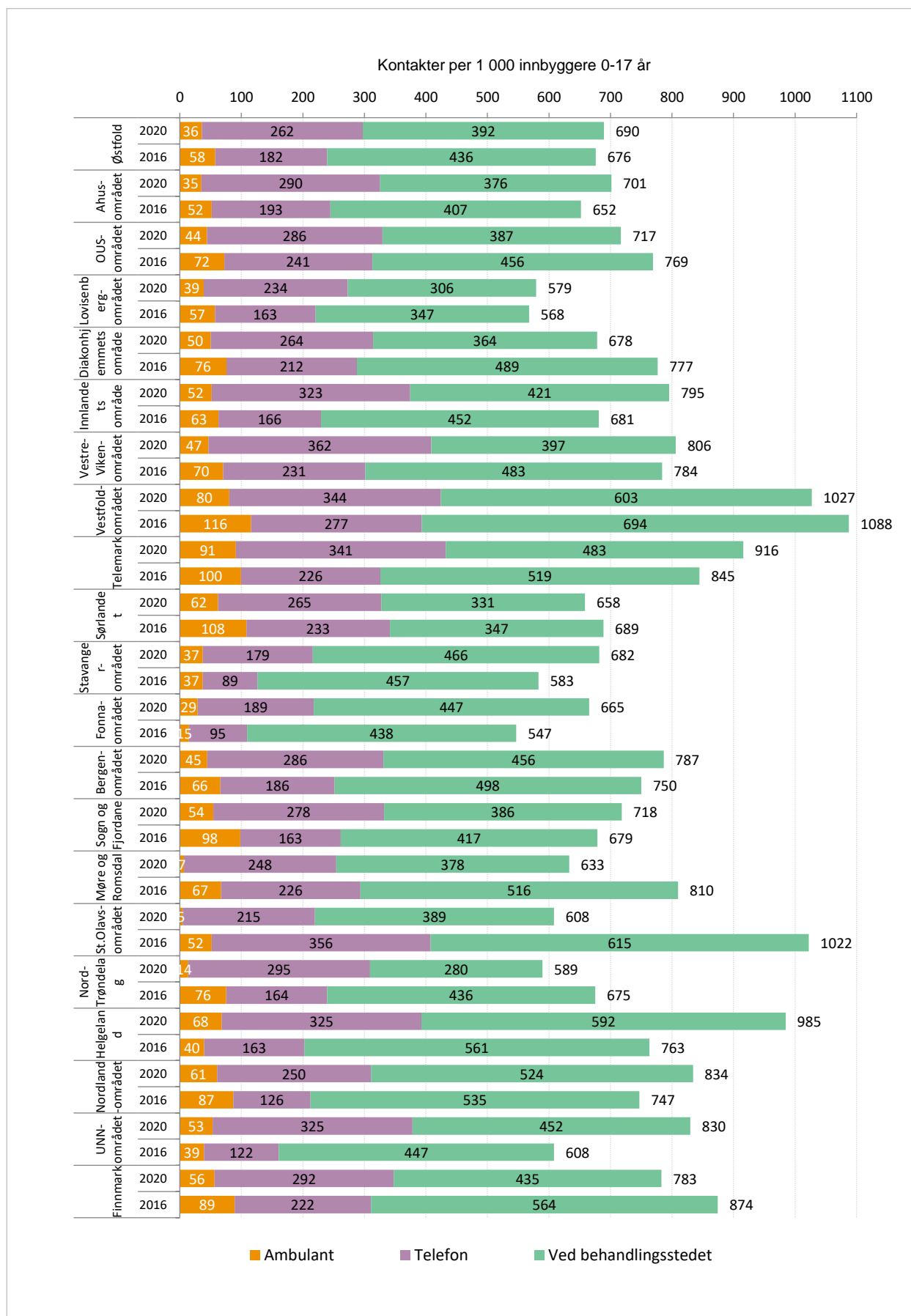


Veksten i dekningsrate fra 2019 til 2020 var på 7 prosent. Veksten i Sør-Øst, Vest, Midt-Norge og Nord var på hhv 8, 5, 8 og 7 prosent. Dekningsratene for polikliniske kontakter i 2020 var kjennetegnet ved høyere bruk av telefonkontakter sammenlignet med tidligere år. Økningen i dekningsrate var på 41 prosent og økningen fant sted i alle regionene. Bruken av ambulante kontakter ble halvert i 2020 og særlig stor var nedgangen i Midt-Norge.

⁹ Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

¹⁰ Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Figur 5-8 Barn og unges polikliniske kontakter med psykisk helsevern. Bostedsområder.



Figuren som viser polikliniske kontakter per innbygger 0-17 år etter bostedsområder synliggjør geografiske forskjeller i bruk av det polikliniske tilbudet i 2016 og 2020 for barn og unge. Vestfold-området, Telemark og Helgeland hadde de høyeste dekningsratene både innen bruk av ambulante kontakter og telefonkontakter og kontakter totalt i 2020. Mens Telemark og Helgeland hadde en vekst i dekningsrate fra 2016 var den redusert i Vestfold-området.

Innlandets område, Vestre Viken-området, Bergen-området, Nordland-området, UNN-området og Finnmark lå alle over landsgjennomsnittet i dekningsrate i 2020. Dette gjaldt alle typer kontakter for disse områdene, unntatt dekningsraten for telefonkontakter i Nordland som lå under landsgjennomsnittet. Med unntak av Finnmark hadde områdene høyere dekningsraten i 2020 sammenlignet med 2016.

Områdene med dekningsrater som lå mer enn 10 prosent under landsgjennomsnittet var Lovisenberg-området, Sørlandet, Møre- og Romsdal og Nord-Trøndelag. Sørlandet hadde imidlertid dekningsrate godt over landsgjennomsnittet for ambulante kontakter. Områdene hadde en nedgang i dekningsrate fra 2016 til 2020, unntatt Lovisenbergområdet som lå lavt begge år.

6. Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU)

Utvikling i døgnplasser i tjenestene til barn og unge

Tallet på døgnplasser har holdt seg relativt stabilt i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU) de siste 20 årene, med 296 døgnplasser i 1998 og 300 plasser i 2020. Fra tidlig 2000-tall avtok døgnplasstallet fra 331 til 303 i perioden 2005 til 2015. Fra 2016 til 2020 har det for perioden sett under ett vært en nedgang på seks plasser, siste år en nedgang på en plass.

I 2020 var majoriteten av døgnplassene i psykisk helsevern for barn og unge i de offentlige helseforetakene (251 plasser), mens 49 døgnplasser var i institusjoner med avtale med de regionale helseforetakene.

I tabell 6-1 vises antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge etter region i 2020, samt endring siste år og i perioden 2016 til 2020.

Tabell 6-1 Antall døgnplasser i psykiske helsevern for barn og unge etter tilknytningsregion, 2016 og 2020.

Region	Døgnplasser 2020	Endring i døgnplasser fra 2016		Endring i døgnplasser fra 2019	
	Antall	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Sør-Øst	123	-9	-6,8	0	0,0
Helse Vest	55	4	7,8	0	0,0
Helse Midt-Norge	32	-3	-8,6	-2	-5,9
Helse Nord	41	1	2,5	0	0,0
Avtale med RHF	49	1	2,1	1	2,1
Totalt	300	-6	-2,0	-1	-0,3

Tabell 6-1 viser at det har vært en nedgang på seks plasser på nasjonalt nivå i tjenestene til barn og unge siste femårsperiode. Nedgangen fant sted i Helse Sør-Øst (-9 plasser) og Helse Midt-Norge (-3 plasser), mens det var vekst i Helse Vest (+4 plasser) og Helse Nord (+1 plass). Tallet på avtaleplasser økte med en plass i perioden. De private institusjonene med avtale med RHF hadde i all hovedsak avtale med Helse Sør-Øst.

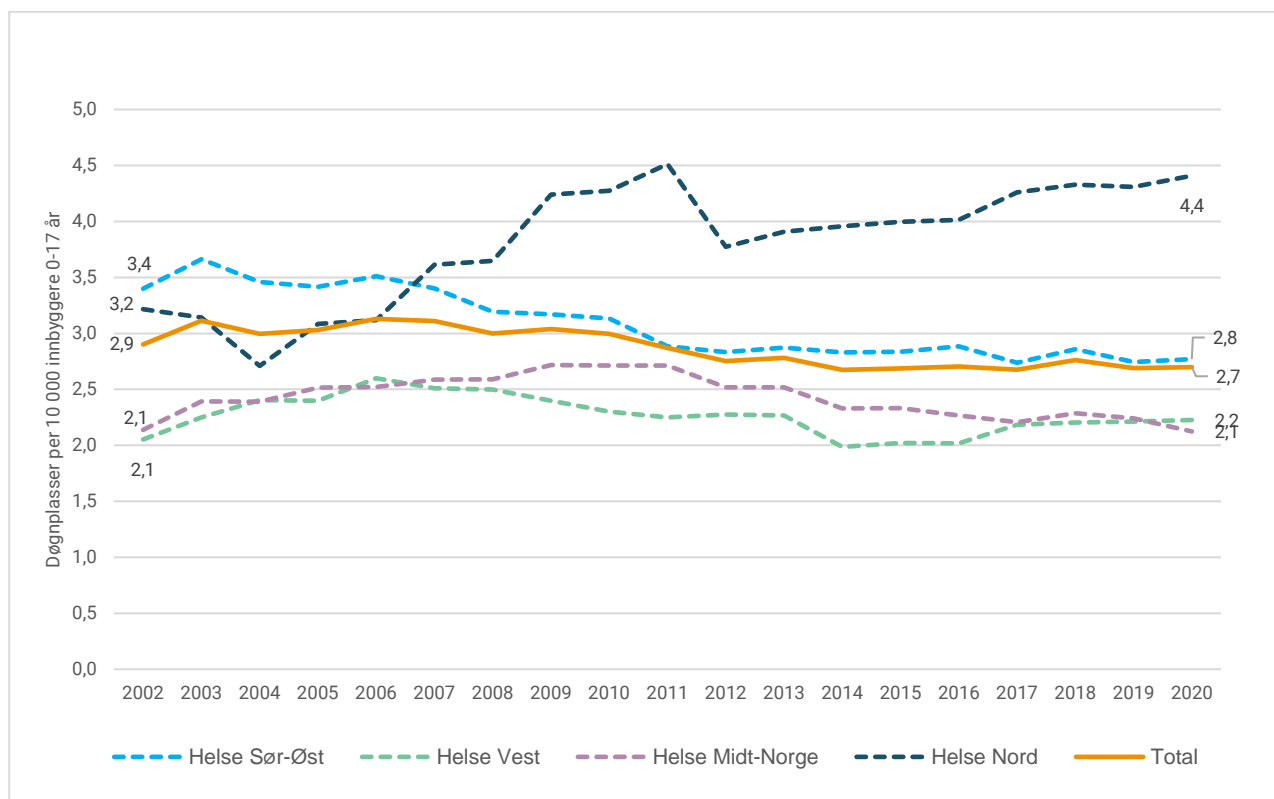
Fra 2019 til 2020 gikk døgnplassene kun ned med en plass på nasjonalt nivå. Antallet var uendret i regionene med unntak for Helse Midt-Norge hvor plasstallet avtok med 2 plasser. For private institusjoner var det en økning på en plass siste år.

Døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget

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 ikke tatt hensyn til dette.

Figur 6-1 viser utviklingen for døgnplasskapasitet i regionene i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 2002 til 2020. Private døgnplasser er sortert under institusjonenes tilknytningsregion.

Figur 6-1 Døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge etter region fra 2002 til 2020.



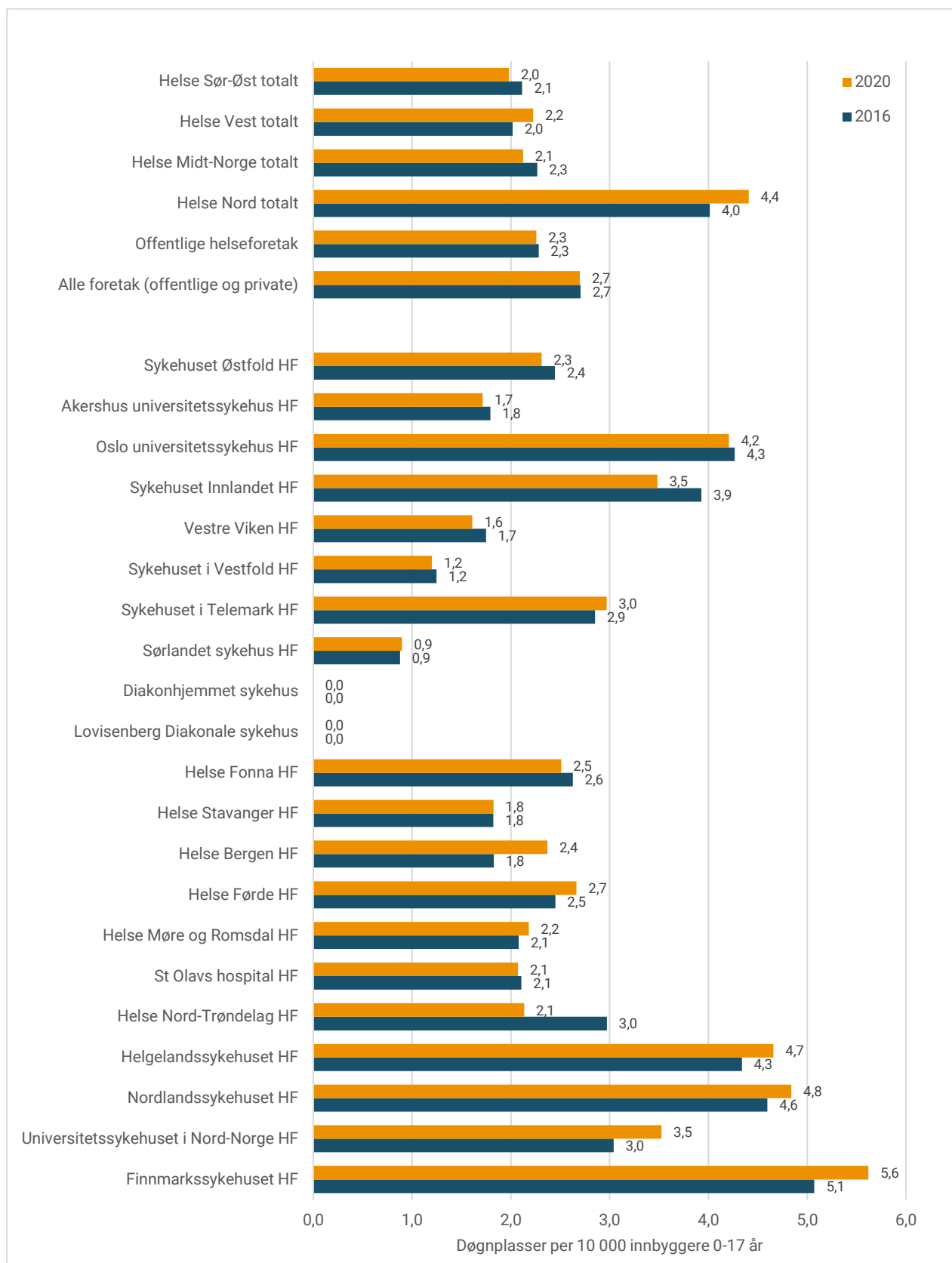
Figuren viser at antall døgnplasser per innbygger har holdt seg relativt stabil i Helse Vest og Helse Midt-Norge siden 2002. I Helse Nord var det vekst fra 3,2 til 4,4 døgnplasser per 10 000 innbyggere under 18 år i perioden, mens i Helse Sør-Øst var det en nedgang fra 3,4 til 2,8 døgnplasser per 10 000 innbyggere.

Fra 2016 til 2020 var det vekst i raten for døgnplasser i Helse Vest (10,3 prosent) og Helse Nord (9,8 prosent) og reduksjon i de to øvrige regionene, mens for landet samla var det liten endring i tilgjengeligheten til døgnbehandling for barne- og ungdomsbefolkningen, målt i antall døgnplasser per innbygger.

Denne utviklingen har resultert i at de geografiske forskjellene i døgnplassraten (døgnplasser per innbygger) i det psykiske helsevernet for barn og unge har økt i perioden. Figuren viser at Helse Nord fra 2007 har hatt et høyere nivå enn de øvrige regionene når man tar hensyn til befolkningsstørrelsen. I 2020 var raten for døgnplasser i Helse Nord dobbelt så høy (4,4 per 10 000 innbygger 0-17 år) som raten i Helse Vest og Helse Midt-Norge (2,1 - 2,2 per 10 000 innbygger 0-17 år).

Figur 6-2 viser døgnplasskapasitet i helseforetakene i tjenestene til barn og unge i 2016 og 2020. Private døgnplasser er sortert under institusjonenes tilknytningsregion.

Figur 6-2 Døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge etter helseforetak, 2016 og 2020.



Figuren viser at det var store geografiske forskjeller i døgnplasskapasiteten når man korrigerer for befolkningsstørrelsen i helseforetakene både i 2016 og 2020. Finnmarkssykehuset HF hadde høyeste og Sørlandet sykehus HF laveste rate for døgnplasser både i 2016 og 2020.

Alle foretak i den nordligste regionen hadde døgnplassrater over landsgjennomsnittet både i 2016 og 2020. Innad i Helse Sør-Øst er det stor variasjon mellom foretakene. I 2020 hadde OUS HF (4,2 per 10 000 innbygger 0-17 år) betydelig høyere plasstall per innbygger enn Sørlandet sykehus HF (0,9 per 10 000 innbygger 0-17 år), som hadde laveste antall døgnplasser per innbygger i regionen. Det var også noe variasjon innad i Helse Vest, mens det var mindre forskjeller mellom foretakene i Helse Midt-Norge i 2020.

Data og metode

Data om døgnplasser samles inn av Statistisk sentralbyrå (SSB). Helsedirektoratet samarbeider med SSB i kvalitetskontrollen av data, og årlig korrigeres tall for tidligere år hvis det avdekkes feil eller framkommer ny informasjon. Dette medfører at antallet døgnplasser vil avvike fra SSB sine tall for enkelte år. Dette er nærmere beskrevet på SAMDATAs nettsider.

Grunnlagstall 2010-2020

En oversikt over antall døgnplasser i regionene og ved private avtaleinstitusjoner i tjenestene til barn og unge er presentert i tabell 6-2.

Tabell 6-2 Antall døgnplasser i psykiske helsevern for barn og unge etter region, 2010-2019.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	157	143	141	132	130	132	131	128	130	123	123
Helse Vest	57	56	57	57	50	51	51	55	55	55	55
Helse Midt-Norge	42	42	39	39	36	36	35	34	35	34	32
Helse Nord	45	47	39	40	40	40	40	42	42	41	41
Offentlige helseforetak	301	288	276	268	256	255	258	262	262	253	251
Avtaleinstitusjoner	33	33	33	45	45	48	48	48	48	48	49
Offentlige og avtaleinstitusjoner	334	321	309	313	301	303	306	310	310	301	300

7. Poliklinisk og ambulant personell i psykisk helsevern for barn og unge (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, med spesiell vekt på perioden 2016 til 2020.

Det kan være vanskelig å eksakt tallfeste og skille mellom ambulante og polikliniske årsverk i en virksomhet, da personellet ofte overlapper. Den mest robuste indikatoren for personellinnsats vil derfor være å se årsverkene samlet. Virksomhetene i helseforetakene har imidlertid etter beste evne rapportert begge størrelser til Helsedirektoratet siden 2009. Det er ikke tall for 2019 i datagrunnlaget, da rapportering for dette året ble utelatt.

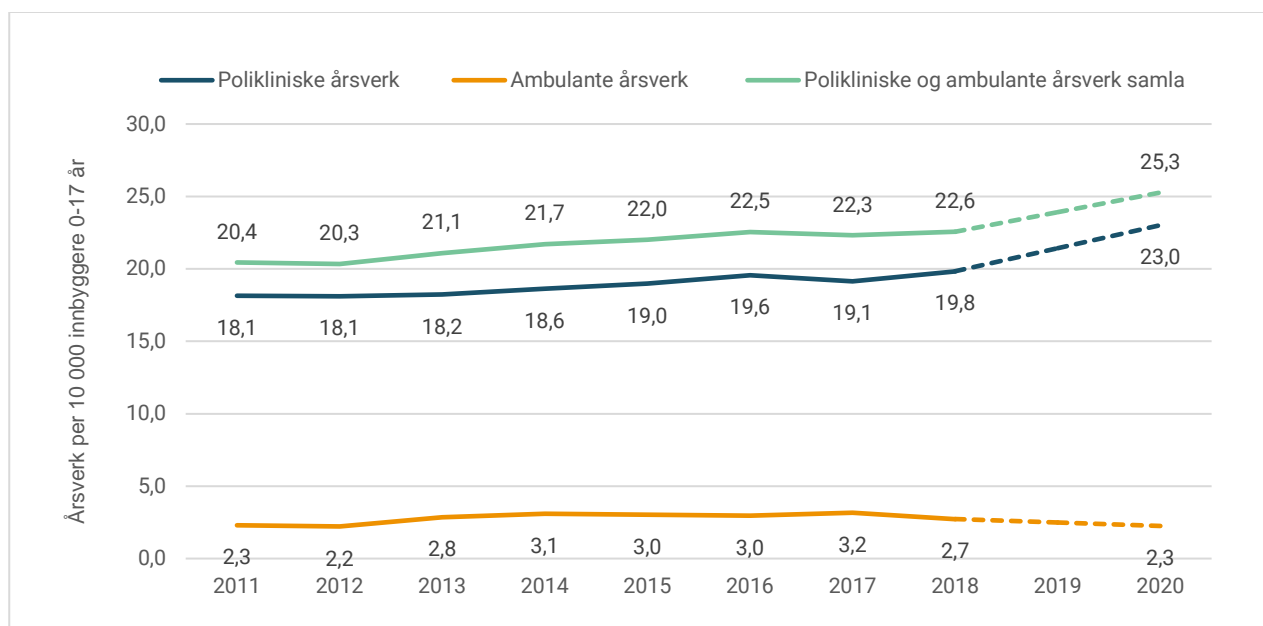
Utviklingen nasjonalt

I tjenestene til barn og unge økte antall polikliniske og ambulante årsverk fra 2 286 til 2 549 i perioden 2011 til 2016. Korrigert for befolkningsutviklingen (0-17 år) utgjorde dette en vekst på 10 prosent.

Fra 2016 til 2018 flatet veksten ut (0,1 prosent), deretter økte personellinnsatsen betydelig fra 2018 til 2020. Det var 2 809 polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for barn og unge i 2020, korrigert for befolkningsutviklingen utgjorde dette en vekst på 12 prosent fra 2018.

Figur 7-1 viser utvikling i polikliniske og ambulante årsverk i perioden 2011 til 2020. På grunn av manglende data for 2019, brukes et estimat¹¹ for dette året (stiplet linje). Tallene er fremstilt som rater i forhold til antall innbyggere 0-17 år.

Figur 7-1 Polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for barn og unge 2011-2020.



Figuren viser som tidligere omtalt at det var vekst i polikliniske og ambulante årsverk i tjenestene til barn og unge siste toårsperiode, etter vekst i perioden 2011 til 2016 og deretter en utfllating fra 2016 til 2018.

¹¹ Det er beregnet et gjennomsnitt av ratene for 2018 og 2020 for å kunne fremstille utviklingen i perioden 2018-2020 grafisk.

Veksten fra 2018 gjaldt de polikliniske årsverkene i tjenesten, mens ambulante årsverk avtok både i antall og personellrate i samme periode. Da polikliniske årsverk utgjør hovedtyngden av årsverkene i tjenestene til barn og unge, følger utviklingen i samla personellrate samme utvikling som den polikliniske personellraten.

Regional utvikling

Tabell 7-1 viser utviklingen i antall årsverk fra 2016 til 2020 på regionnivå i psykisk helsevern for barn og unge. I figur 7-2 er tallene fremstilt som rater i forhold til antall innbyggere 0-17 år i regionene.

Tabell 7-1 Antall polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for barn og unge i 2020, og endring fra 2016 og 2018.

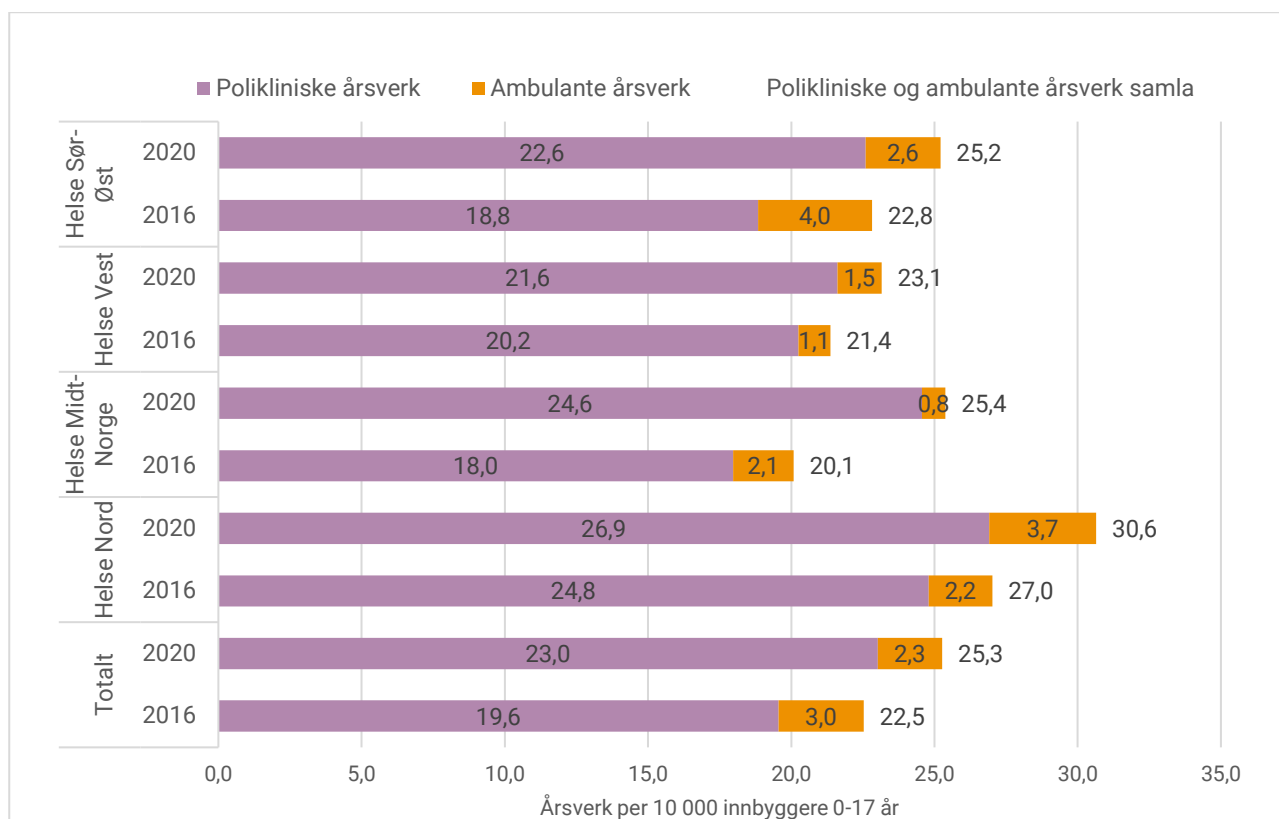
Region	Årsverk 2020			Endring i årsverk totalt fra 2016-2020		Endring i årsverk totalt fra 2018-2020	
	Polikliniske årsverk	Ambulante Årsverk	Totalt	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Sør-Øst	1 403,32	162,05	1 566,6	141,2	9,9	147,4	10,4
Helse Vest	534,14	38,12	571,3	31,4	5,8	53,1	10,2
Helse Midt-Norge	370,05	12,4	382,5	72,3	23,3	72,6	23,4
Helse Nord	250,3	34,7	285,0	15,8	5,8	-0,2	-0,1
Private	1	3	4,0	0,0	0,0	4,0	-
Totalt	2 558,81	250,27	2 809,3	260,6	10,2	276,9	10,9

Tabell 7-1 viser at det på nasjonalt nivå var en vekst på 10,2 prosent i antall polikliniske og ambulante årsverk i siste femårsperiode og en nesten tilsvarende vekst fra 2018 til 2020 (10,9 prosent). Det var vekst i alle regioner fra 2016 til 2020, og i tre av regionene fra 2018 til 2020.

Helse Midt-Norge hadde prosentvis størst vekst i antall årsverk både fra 2016 til 2020 og fra 2018 til 2020. I Helse Sør-Øst og Helse Vest var veksten siste toårsperiode omtrent i samme størrelsesorden, mens personellinnsatsen i Helse Nord var tilnærmet uendret siste periode.

Figur 7-2 viser regionvis utvikling i personellratene for polikliniske og ambulante årsverk i perioden 2016 til 2020. Private institusjoner er sortert under tilknytningsregion.

Figur 7-2 Polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for barn og unge i 2016 og 2020. Rater per 10 000 innbygger 0-17 år etter region.

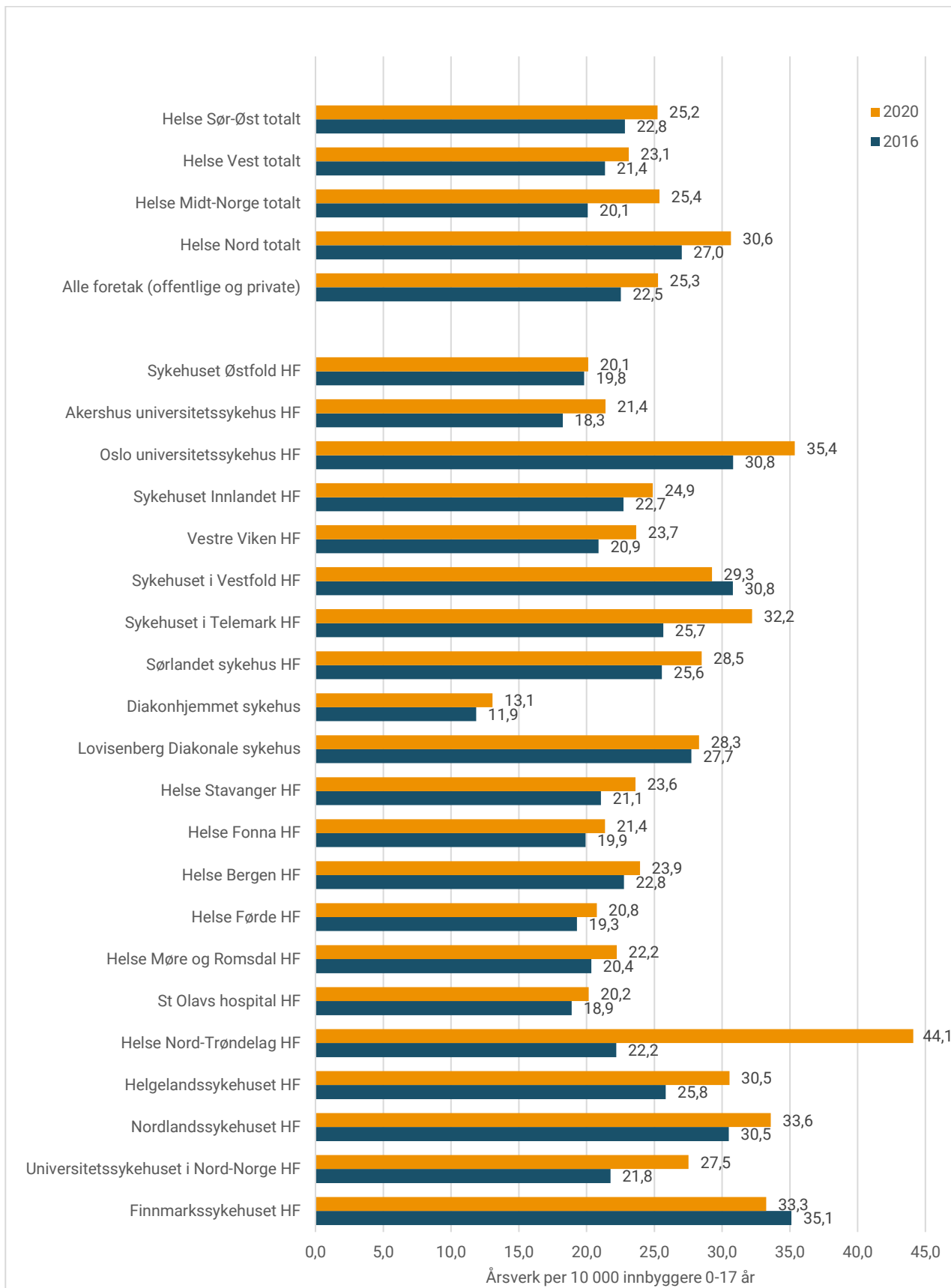


Figuren viser at polikliniske årsverk utgjorde hovedtyngden i personellinnsatsen i alle regioner både i 2016 og 2020, mens for ambulante årsverk var personellraten betydelig lavere. Helse Nord hadde den høyeste personellraten begge år (27 og 30,6 årsverk per 10 000 innbygger), og i 2020 gjaldt dette både ratene for polikliniske (26,9) og ambulante årsverk (3,7). I 2016 hadde Helse Sør-Øst den høyeste personellraten for ambulante årsverk, men denne avtok i perioden.

Korrigert for befolkningsutviklingen var det vekst i personellinnsatsen i alle regioner fra 2016 til 2020. Størst var veksten i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Vest. Raten for ambulante årsverk avtok på nasjonalt nivå, men økte i Helse Nord og Helse Vest i perioden.

Figur 7-3 viser utviklingen i personellratene for polikliniske og ambulante årsverk samlet i helseforetakene i perioden 2016 til 2020.

Figur 7-3 Polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for barn og unge etter helseforetak i 2016 og 2020.



Figuren viser at det har vært vekst i den samla personellinnsatsen i poliklinisk og ambulant virksomhet i tjenestene til barn og unge i alle helseforetak med unntak for Sykehuset Vestfold¹² i perioden 2016 til 2020.

Det var relativt store geografiske forskjeller i personellinnsatsen når man korrigerer for befolkningsstørrelsen i helseforetakene både i 2016 og 2020. Helse Nord-Trøndelag¹³ hadde høyeste og Diakonhjemmet sykehus laveste personelldekning i 2020.

Personellsammensetning

Tabell 7-2 viser personellfordelingen etter utdanningsgruppe i poliklinisk og ambulant virksomhet i 2016 og 2020.

Tabell 7-2 Årsverk etter utdanning i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge 2016 og 2020.

Utdanningsgruppe	2016		2020		Endring	
	Antall	Prosentandel	Antall	Prosentandel	Antall	Prosentendring
Psykiatere	210,8	8,4	254,6	9,1	43,8	20,8
Spesialister i rus- og avhengighetsmedisin	0,0	0,0	12,2	0,4	12,2	0,0
Andre leger	158,5	6,3	151,3	5,4	-7,2	-4,5
Spesialister i klinisk psykologi	531,8	21,1	613,8	21,8	82,0	15,4
Andre psykologer	425,8	16,9	520,9	18,5	95,1	22,3
Sykepleiere og vernepleiere uten videreutdanning	12,7	0,5	33,0	1,2	20,4	160,9
Sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning	156,8	6,2	150,4	5,4	-6,4	-4,1
Sosionomer uten videreutdanning	34,8	1,4	46,5	1,7	11,7	33,6
Sosionomer med videreutdanning	188,7	7,5	186,6	6,6	-2,1	-1,1
Barnevernspedagoger uten videreutdanning	19,0	0,8	25,9	0,9	6,9	36,2
Barnevernspedagoger med videreutdanning	94,1	3,7	90,8	3,2	-3,3	-3,5
Annet helse- og sosialfaglig pers med høyskoleutdanning uten videreutdanning	22,1	0,9	13,7	0,5	-8,4	-38,0
Annet helse- og sosialfaglig pers med høyskoleutdanning med videreutdanning	47,9	1,9	44,5	1,6	-3,4	-7,2
Annet personell med helse- og sosialfaglig utdanning (uten høyskoleutdanning)	10,1	0,4	19,1	0,7	9,0	89,1
Annet høyskoleutdannet behandlingpersonell (pedagoger mv.)	294,3	11,7	317,6	11,3	23,3	7,9
Merkantilt personell	312,3	12,4	331,6	11,8	19,3	6,2
Personell totalt ¹⁴	2548,7	100	2809,3	100,0	260,6	10,2

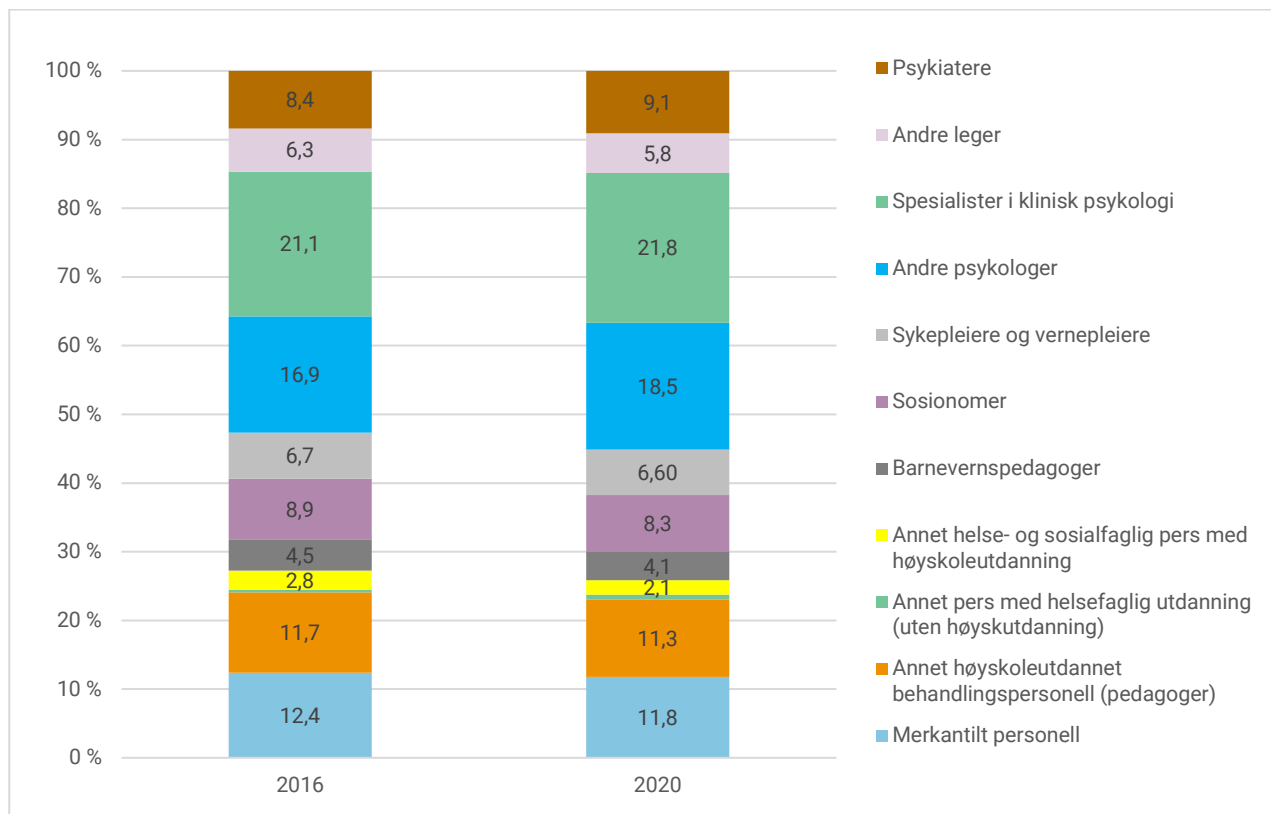
¹² Endring i metode for rapportering fra Sykehuset i Vestfold HF gjør at tallene for 2020 ikke er helt sammenliknbare med tidligere år, og forklarer delvis nedgang i antall årsverk fra 2018 til 2020.

¹³ Det er knyttet usikkerhet til sammenliknbarheten mellom år for Helse Nord-Trøndelag. På grunn av manglende 2018-tall er 2017-tall benyttet for dette helseforetaket.

¹⁴ Det mangler utdanningskategorier for 29 årsverk for 2016-tallene.

I figur 7-4 viser fordelingen grafisk for utdanningskategoriene, og i figur 7-5 er tilsvarende kategorier gruppert i hovedgrupper.

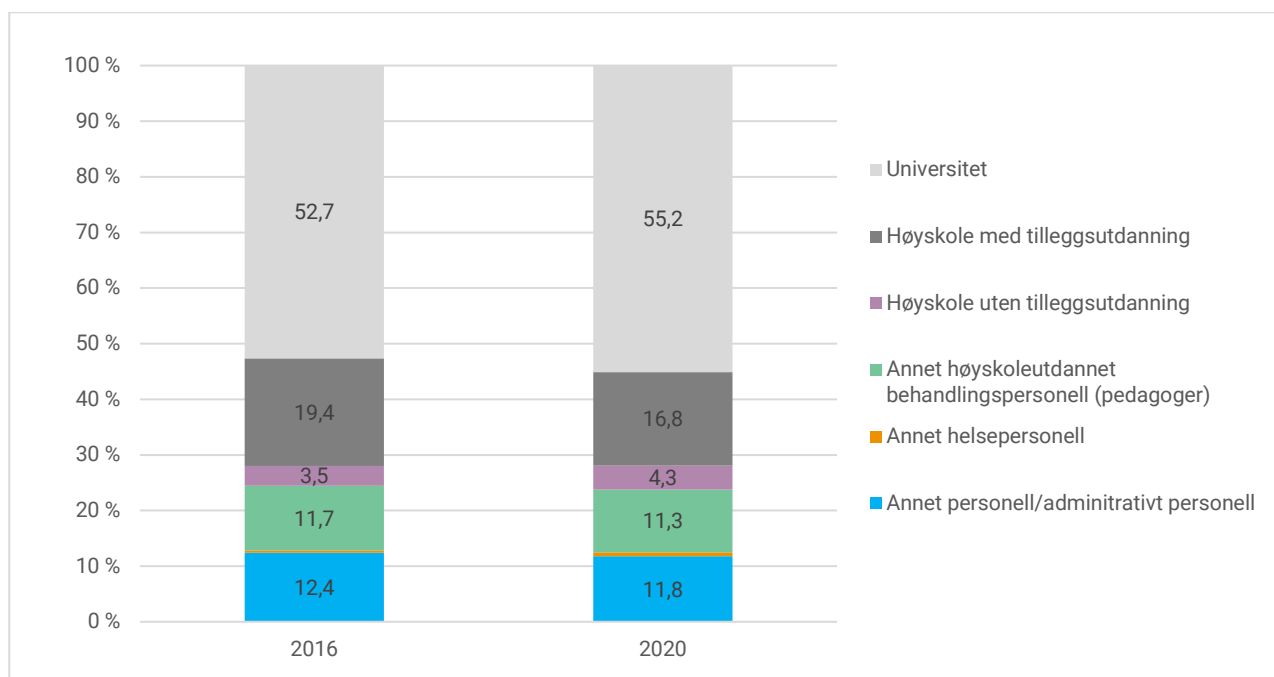
Figur 7-4 Prosentandel årsverk etter utdanning i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge i 2016 og 2020.



Figur 7-4 viser at psykiatere og psykologer utgjør en større andel av de polikliniske og ambulante årsverkene i 2020 enn i 2016, mens de øvrige utdanningskategoriene i hovedsak utgjør en noe mindre andel.

I figur 7-5 har vi gruppert utdanningskategoriene i grovere grupper. Det har vært en økning i andel årsverk i gruppene med høyest utdanning.

Figur 7-5 Prosentandel årsverk gruppert etter utdanning i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykiske helsevern for barn og unge i 2016 og 2020.



I det psykiske helsevernet for barn og unge sto universitetsutdannet personell (leger og psykologer) for 55 prosent av årsverkene i poliklinikkene og i den ambulante virksomheten i 2020. Dette gir en økning på to prosentpoeng prosent siden 2016.

Høyskoleutdannet personell (sosionomer, sykepleiere, vernepleiere, pedagoger og helse- og sosialfaglig personell) sto for 32 prosent av årsverkene i 2020, en liten nedgang fra nær 35 prosent i 2016. De fleste av disse har videreutdanning innen fagfeltet. Det er få ansatte med kun helseutdanning fra videregående skole ("Annet helsepersonell"). Det øvrige personellet er i hovedsak merkantilt personell.

Datagrunnlag

Data for poliklinisk og ambulant personellinnsats er samlet inn av Helsedirektoratet for perioden 2009 til 2020, mens Statistisk sentralbyrå (SSB) var ansvarlig for innsamlingen fram til og med 2008.

8. Døgnbehandling og polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)

Døgnbehandling ved helseforetak/private foretak

Øyeblikkelig hjelp- innleggelser

Øyeblikkelig hjelp utgjør en betydelig andel av døgntilbudet i psykisk helsevern for barn og unge. Det er helseforetakene som ivaretar av denne beredskapen. Innleggelser ved helseforetakene og samlet oversikt for de private foretakene i løpet av perioden 2017-2020, er presentert i tabell 8-1.

Tabell 8-1 Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved helseforetak og private foretak.

Behandlingssted		Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (prosent)				Totalt antall innleggelser ved HF/ private foretak	
		2017	2018	2019	2020	Antall i 2020	Prosent endring 2017-20
HF	Sør-Øst	68	66	63	69	1120	-4
	Vest	62	59	55	59	858	-3
	Midt-Norge	66	68	62	70	540	15
	Nord	56	56	54	62	462	7
	Totalt	64	63	59	65	2980	1
Privat foretak		0	0	0	0	52	-24
Totalt		63	62	58	64	3032	0,3

Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved helseforetakene i 2020 utgjorde samlet sett 65 prosent av de nye innleggelsene. Andelen øyeblikkelig hjelp har økt betydelig det siste året og var i 2020 tilbake på samme nivå som i starten av perioden. Antall innleggelser ved helseforetak og private foretak økte med 1 prosent i perioden 2017-2020, mens antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser økte med 2 prosent. Helseforetakene i Midt-Norge og Sør-Øst hadde samlet sett de høyeste øyeblikkelig hjelp-andelene, mens Vest og Nord hadde de laveste andelene. Midt-Norge hadde i tillegg en økning i antall innleggelser på 15 prosent i perioden 2017-2020.

Varigheten av døgnbehandlingen

Døgntilbudet i psykisk helsevern for barn og unge tilbys i all hovedsak ved helseforetakene. I tillegg tilbys behandling ved private foretak som har avtale med RHF Sør-Øst. Varigheten av døgnbehandlingen ved helseforetakene og ved de private foretakene er presentert i tabell 8-2.

Tabell 8-2 Varigheten av døgntillegget ved helseforetak og private foretak.

Behandlings- sted	Region	2017		2018		2019		2020	
		Median dager	Trim- punkt (95% grense) ¹	Median dager	Trim- punkt (95% grense) ¹	Median dager	Trim- punkt (95% grense) ¹	Median dager	Trim- punkt (95% grense) ¹
HF	Sør-Øst	5	57	6	87	5	69,5	4	68,5
	Vest	6	53,5	6	59,5	6	57	5	43,25
	Midt- Norge	5	37	5	34,5	6	42	5	39,5
	Nord	8	59,5	9	58	11,5	88	9	58
	Totalt	6	49,5	6	59,5	6	59,5	5	49,5
Private foretak		146,5	763	193	796,5	237	719,75	193	837,25
Totalt		6	54,5	6	59,5	6	59,5	5	52

¹Trimpunkt er estimert 95 prosentil: $Q_3 + 1.5(Q_3 - Q_1)$ hvor $Q_1 = 25$ prosentil og $Q_3 = 75$ prosentil.

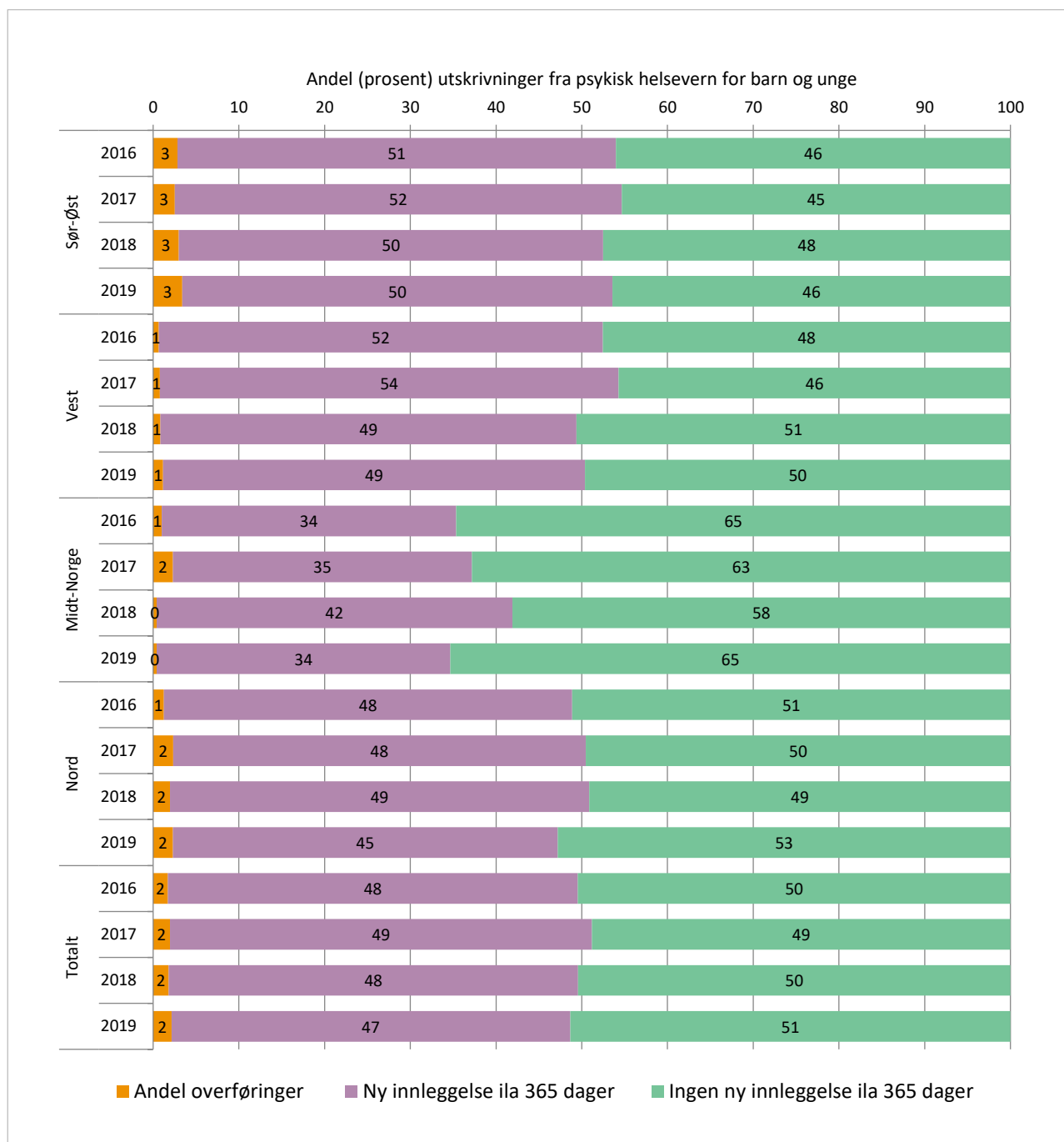
Varigheten av døgntillegg ved helseforetakene hadde samlet sett en medianverdi på 5 dager i 2020. Dette betyr at halvparten av døgntilleggene ved helseforetakene var kortere enn 5 dager. Den estimerte trimpunktgrensen var på 49,5 dager samme år og det betyr at de fem prosent lengste døgntilleggene ved helseforetakene hadde varighet på mer enn 50 dager dette året. Døgntilleggene i Nord hadde median varighet på 9 dager i 2020 og regionen lå høyere sammenlignet med de øvrige regionene. Denne forskjellen gjenfinnes i hele perioden. De 5 prosent lengste døgntilleggene ved helseforetakene i regionene hadde om lag 1½-2½ måneders varighet gjennom perioden. Ved de private foretakene var det lange døgntillegger gjennom hele perioden.

Forløp etter utskrivning

Forløp i løpet av det første året etter utskrivning

I dette avsnittet er forløp i løpet av det første året etter utskrivning presentert. Her presenteres omfang av overføringer, ny innleggelse i løpet av 365 dager etter utskrivning. I tillegg angis andel utskrivninger hvor det ikke har funnet sted ny døgntillegg for pasientene. Her er eventuell videre døgntillegg i psykisk helsevern eller TSB tatt hensyn til. Utskrivninger fra helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2016-2019 er utgangspunktet for den summariske beskrivelsen av forløpet i løpet av 365 dager etter utskrivning som er presentert figur 8-1.

Figur 8-1 Forløp ett år etter utskrivning fra døgntilrettelagt ved helseforetak og private foretak.

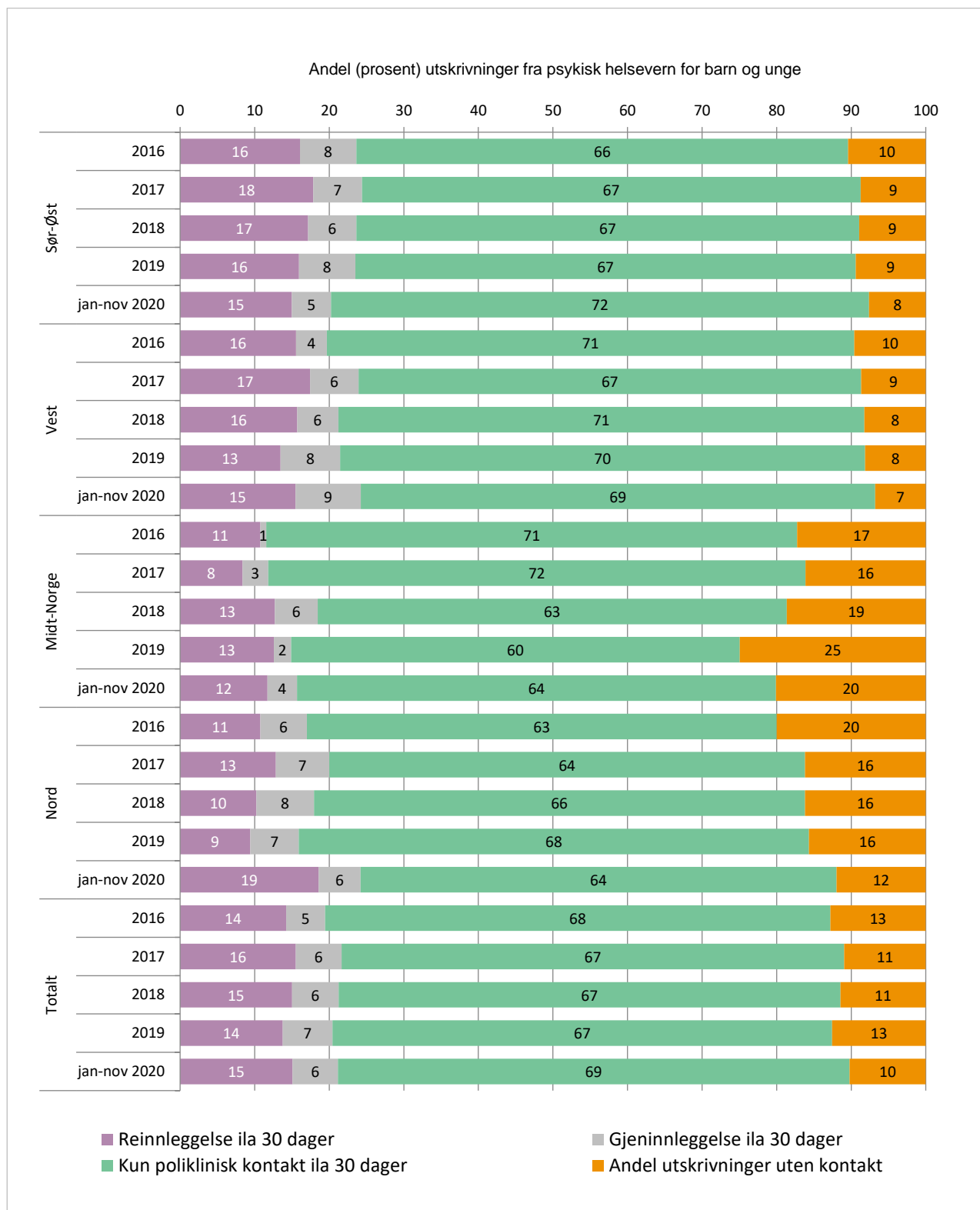


Samlet sett ble 2 prosent av utskrivningene i 2019 videreført i form av overføring til døgntilrettelagt ved annet foretak eller psykisk helsevern for voksne. I alt 47 prosent av utskrivningene i 2019 ble videreført i form av ny døgntilrettelagt og det dreide seg i all hovedsak om innleggelser innen psykisk helsevern for barn og unge. Andel døgntilrettelagte som ikke ble etterfulgt av ny innleggelse i løpet av året etter utskrivning, utgjorde 51 prosent av utskrivningene i 2019. Midt-Norge hadde en lavere andel utskrivninger som ble etterfulgt av ny døgntilrettelagt og følgelig en høyere andel utskrivninger uten ny innleggelse i løpet av 365 dager etter utskrivning sammenlignet med de øvrige regionene.

Forløp i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning

I dette avsnittet har vi sett på i hvilken grad pasientene mottok en poliklinisk kontakt eller ny innleggelse i spesialisthelsetjenesten i løpet av den første måneden etter avsluttet døgntilrettelagt behandling. Regionvise resultater for forekomsten av ny innleggelse eller poliklinisk kontakt etter utskrivning er presentert i figur 8-2, mens forekomsten av poliklinisk kontakt etter utskrivning er presentert i figur 8-3.

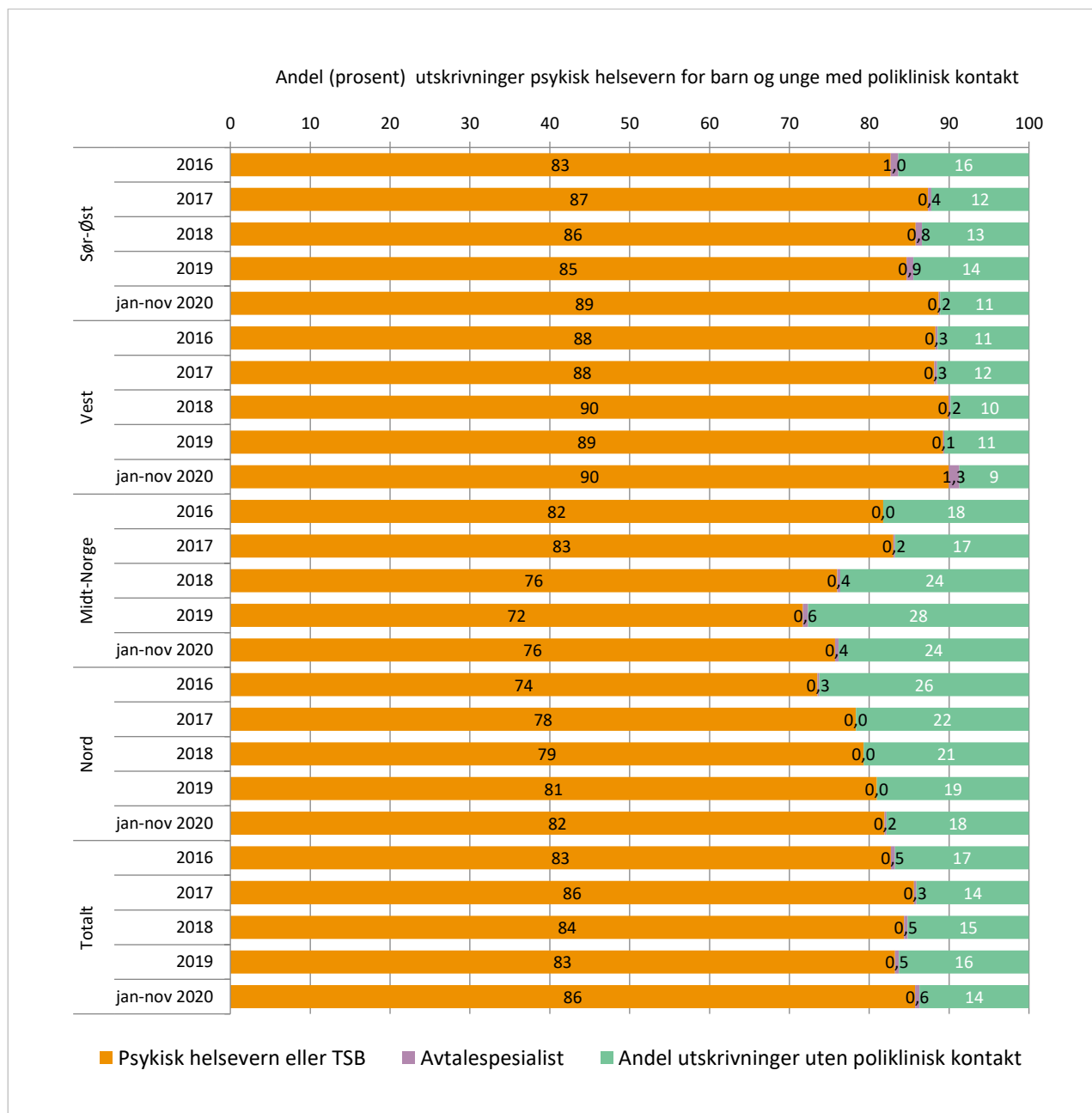
Figur 8-2 Forløp 0 til 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling ved helseforetak og private foretak.



Samlet sett var 10 prosent av utskrivningen i perioden januar til november 2020 uten ny kontakt med psykisk helsevern eller TSB i løpet av de første 30 dagene. Andel utskrevne pasienter med kun poliklinisk kontakt utgjorde 69 prosent av utskrivningene. Andel reinnleggelser utgjorde 15 prosent, mens planlagte gjeninnleggelser utgjorde 6 prosent av utskrivningene. Det var små endringer i løpet av perioden.

I Nord var 19 prosent av utskrivninger reinnlagt i løpet av 30 dager, en økning på 10 prosentpoeng fra året før. Pasienter i Midt-Norge og Nord hadde i mindre grad kontakt med psykisk helsevern de første 30 dagene etter utskrivning, sammenlignet med pasienter i Sør-Øst og Vest.

Figur 8-3 Poliklinisk kontakt ila 30 dager etter utskrivning fra døgntil behandling ved helseforetak og private foretak.



Figur 8-3 viser forekomsten av poliklinisk kontakt de første 30 dagene etter utskrivning fordelt på region. Kontakt med avtalespesialist er vist separat. Samlet sett hadde 86 prosent av de utskrevne pasientene en poliklinisk kontakt ila de første 30 dagene etter utskrivningen fra døgntil behandling i 2020. Det var ulik

bruk av poliklinikk i regionene. Hovedforskjellen bestod av mindre bruk av poliklinisk kontakt etter utskrivning i Midt-Norge og Nord sammenlignet med Sør-Øst og Vest. Avtalespesialistene var i liten grad i kontakt med de utskrevne pasientene i løpet av denne måneden.

Datagrunnlaget

Beregningen av døgnbehandlingens varighet og forløp er basert på utskrivninger ved helseforetak eller private foretak ved bruk av analyseenheten foretaksopphold. Foretaksopphold beregnes separat for TSB, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Det vil si at døgnopphold ved poster, avdelinger og institusjoner innad i foretaket innen samme sektor ble lenket sammen til et foretaksopphold dersom døgnbehandlingene avløste hverandre i tid. Her er også videre døgnbehandling som finner sted dagen etter, inkludert. Datagrunnlaget er avsluttede og uavsluttede døgnepisoder i løpet av perioden 2016-2020 innrapportert til NPR.

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. I kategorien overføring inngår overføring til et annet foretak; helseforetak eller privat foretak innen samme sektor, eller overføring til psykisk helsevern eller TSB. Når det gjelder forekomsten av ny innleggelse, er ny innleggelse ved annet foretak eller innleggelse ved psykisk helsevern eller TSB inkludert i kategorien. Somatisk sektor er ikke inkludert i denne sammenhengen slik at ingen ny innleggelse betydde 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 pasientens videre kontakt med psykisk helsevern eller TSB undersøkt. Her er avsluttede døgnbehandling ved foretakene i løpet av perioden 2016-november 2020 lagt til grunn for beregningene. Når det gjelder ny innleggelse eller ny kontakt, er enhver kontakt med foretakene innad TSB eller i psykisk helsevern inklusive avtalespesialistene, inkludert i resultatene. Somatisk sektor er imidlertid ikke inkludert.

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

Polikliniske kontakter ved helseforetak/private foretak

Poliklinisk virksomhet er den sentrale behandlingstjenesten i psykisk helsevern for barn og unge og den ivaretas primært av helseforetakene. Polikliniske kontakter ved helseforetak og private foretak i løpet av perioden 2017-2020 er presentert i tabell 8-3. Kontaktene ved de private foretakene er fordelt etter pasientens bostedsregion.

Tabell 8-3 Antall polikliniske kontakter ved helseforetak/private foretak.

Tilknytningsregion	Antall polikliniske kontakter					
	2017	2018	2019	2020	Prosent endring 2017-20	Prosent endring 2019-20
Sør-Øst	512274	472040	490041	536339	5	9
Vest	185930	179145	182694	192750	4	6
Midt-Norge	149832	103899	93703	100982	-33	8
Nord	83559	83252	82614	87545	5	6
Totalt	931595	838336	849052	917616	-2	8

Antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn og unge økte med 8 prosent fra 2019 til 2020 og alle regionene hadde en vekst i det polikliniske tilbudet.

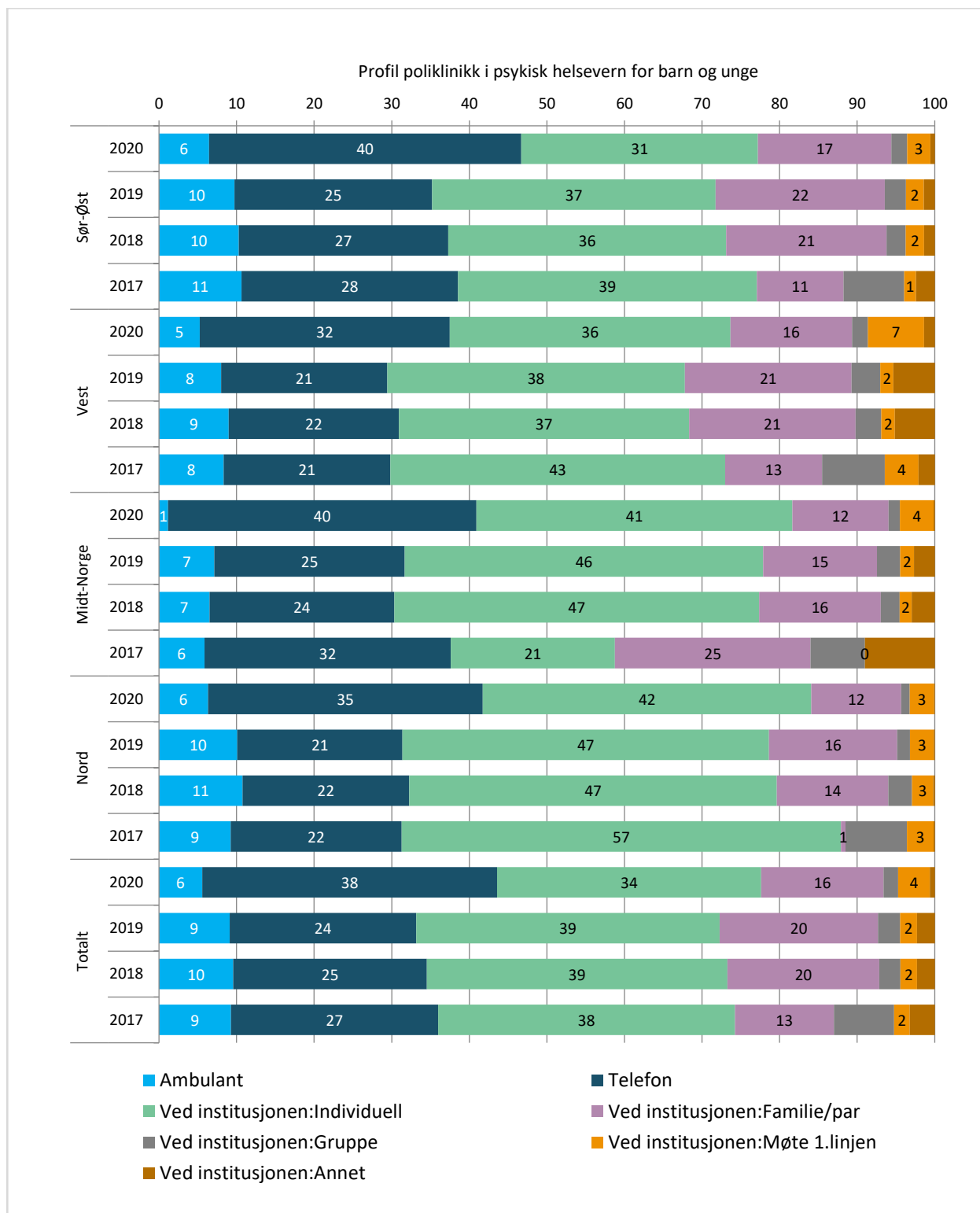
Samlet sett for perioden 2017-2020 var det en vekst i alle regionen bortsett fra i Midt-Norge. Den kraftige reduksjonen i polikliniske kontakter i Midt-Norge skyldes trolig i stor grad endringer i pasientdatasystemet, og medførte en reduksjon i de nasjonale tallene. Reduksjonen fant sted i 2018/2019. Nærmere beskrivelse i omtale av datagrunnlaget.

Profilen i den polikliniske virksomheten

Volumet av polikliniske kontakter påvirkes av profilen i det polikliniske tilbudet. Telefonkontakter er mindre ressurskrevende sammenlignet med ambulante kontakter hvor behandlere drar ut fra institusjonen og oppsøker pasienten eller samarbeidende instanser for å avholde møter og samtaler relevant for behandlingsforløpet. Dersom telefonkontakter utgjør en stor andel av virksomheten ved et behandlingssted forventes det et større volum av polikliniske kontakter sammenlignet med behandlingssteder med et stort innslag av ambulant virksomhet.

Profilen i det polikliniske tilbudet er presentert i figur 8-4.

Figur 8-4 Profilen i det polikliniske tilbudet ved helseforetak og private foretak etter tilknytningsregion. Andel kontakter fordelt på kontaktttype i 2017-2020.



9. Befolkningens bruk av psykisk helsevern - voksne pasienter

Nasjonale utviklingstrekk

I løpet av 2020 fikk om lag 153 800 pasienter behandling ved helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern for voksne. Det var så å si ingen endring i pasienttallet i løpet av det siste året. Blant døgnpasientene hadde det imidlertid vært en nedgang på 4 prosent siden 2019.

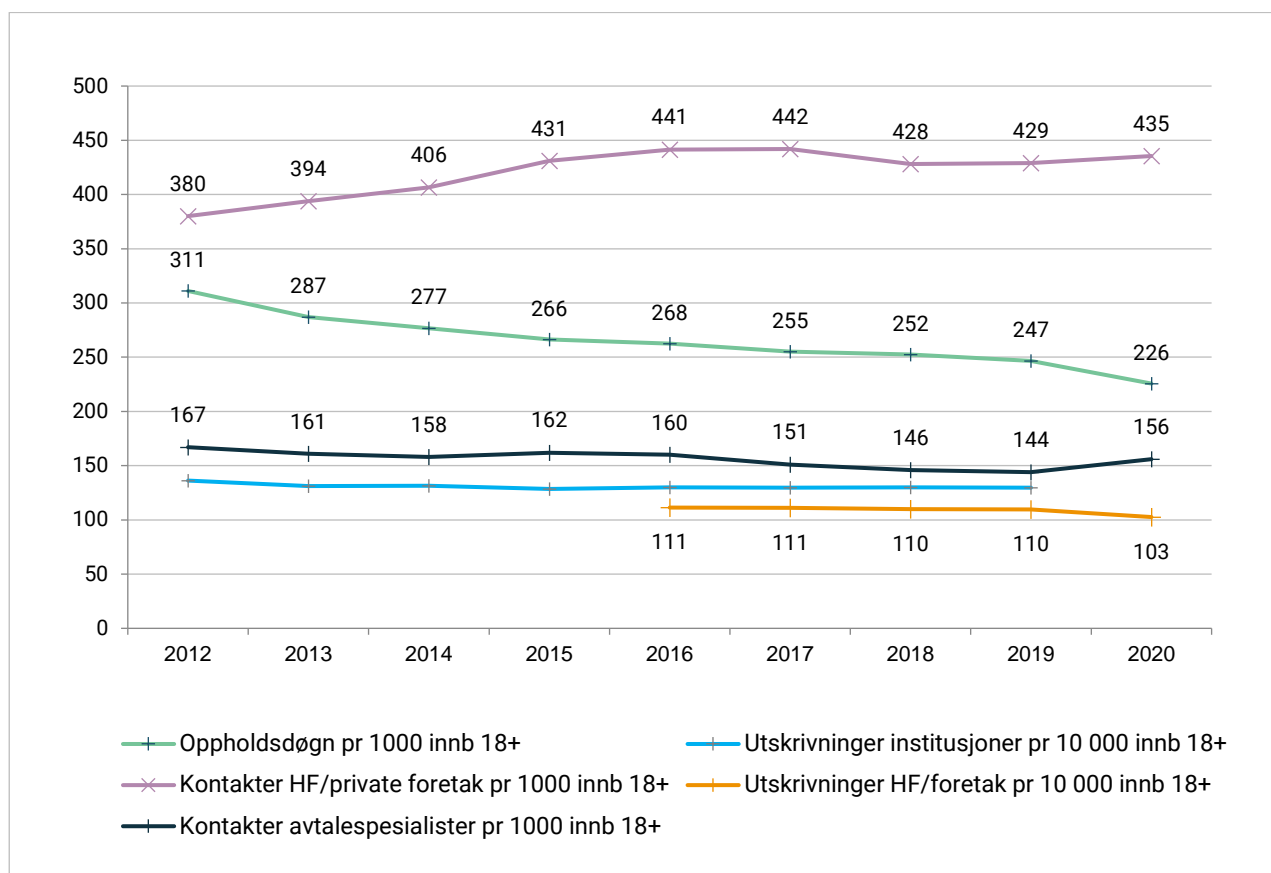
I løpet av perioden 2016 til 2020 var antall døgnpasienter redusert med 3 prosent, mens pasienter i poliklinisk behandling økte med 5 prosent. Voksne pasienter i behandling hos avtalespesialistene ligger på samme nivå gjennom de siste tre årene.

I løpet av 2020 var det om lag 44 000 utskrivninger fra helseforetak og private foretak og døgntilbudet utgjorde i underkant av 966 000 oppholdsdøgn som var en nedgang på 6 og 8 prosent for hhv utskrivningene og oppholdsdøgnene fra året før.

I løpet av 2020 utgjorde det polikliniske tilbudet i 1 864 000 kontakter og dette var en vekst på 2 prosent fra året før. Det var en dobling i antall telefonkontakter i løpet av det året, mens ambulante kontakter ble redusert. Profilen i det polikliniske tilbudet er omtalt i kapittel 12.

I figur 9-1 er dekningsrater for oppholdsdøgn, utskrivninger og kontakter i psykisk helsevern for voksne presentert.

Figur 9-1 Dekningsrater for oppholdsdøgn, utskrivninger, polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne.



I figuren ser vi ulike indikatorer som historisk sett har beskrevet volumet av tjenester innen psykisk helsevern for voksne. Den øverste linjen angir dekningsraten for kontakter totalt innen tjenesten.

Endringen i ratenivå fra 2017 til 2018 sammenfaller med innføringen av ISF som erstattet P-takstene som grunnlag for delfinansieringen av poliklinikkene. Polikliniske kontakter hos avtalespesialistene er ikke berørt av ISF. Dekningsraten er ganske stabil over år, men de lavere dekningsratene de siste årene kan ha sammenheng med underrapportering av behandlingstilbudet.

Dekningsraten for oppholdsdøgn viser antall oppholdsdøgn i løpet av året som var belagt innen døgntilbudet justert for befolkningsgrunnlaget 18 år og eldre. Dekningsraten for oppholdsdøgn avhenger av antall døgnplasser og bruken av disse. Øyeblikkelig hjelp-innleggelse har kortere varighet og medfører færre oppholdsdøgn ved døgnenhetene samtidig som akutt plasser har lavere belegg sammenlignet med døgnplasser for planlagte innleggelser. Ved økt akuttbehandling vil dermed antall oppholdsdøgn gå ned selv med samme døgnplasskapasiteten. Antall utskrivninger fra institusjonene har tidligere vært en indikator som avhenger av institusjonsinndelingen innad i foretakene. For de siste fem årene er antall utskrivninger fra helseforetak/private foretak beregnet og dekningsraten viser en stabil utvikling frem til 2019, med en nedgang på 6,5 prosent siste år.

Regionale utviklingstrekk

Antall voksne pasienter i behandling

I Sør-Øst var det 2 prosent økning i antall voksne pasienter i psykisk helsevern i 2020 sammenlignet med året før. For døgnpasientene var det en nedgang på 3 prosent og for pasienter som kun mottok poliklinisk behandling var det en økning på 3 prosent.

I Helse Vest hadde over 2 prosent økning i antall pasienter totalt fra 2019 til 2020. Det var en tilsvarende reduksjon knyttet til pasienter i døgnbehandling. I Helse Midt-Norge var det en nedgang i antall pasienter på 1 prosent fra 2019 til 2020, og særlig stor var nedgangen for døgnpasientene (4,5 %). I Helse Nord ble det samlede volumet av behandlede pasienter i psykisk helsevern redusert med 4 prosent fra 2019 til 2020. Reduksjonen var knyttet til både døgnpasientene (10 %) og pasienter kun i poliklinisk behandling (4,6 %).

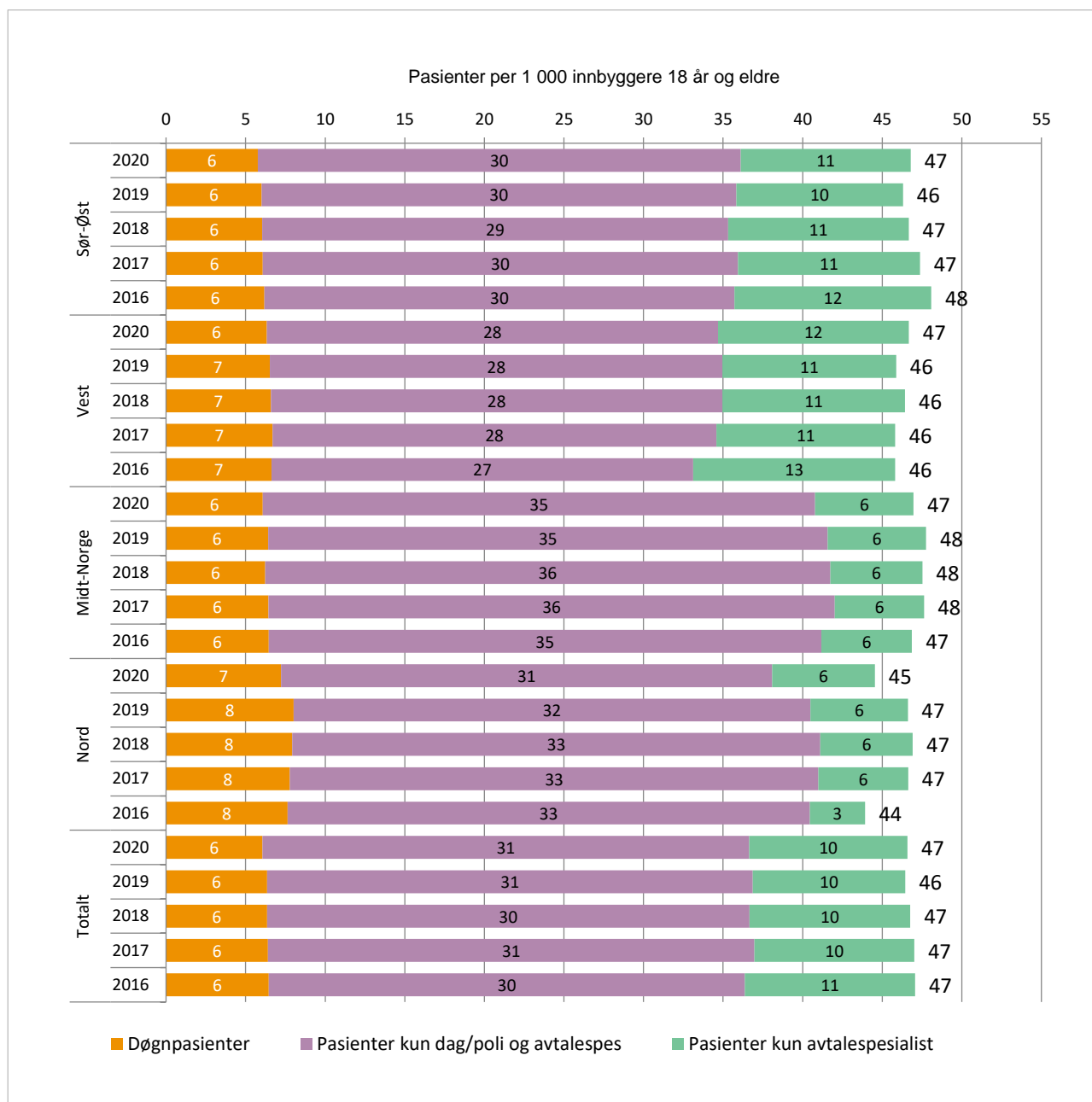
I løpet av perioden fra 2016 til 2020 var det samlet sett en økning på 5 prosent for antall voksne pasienter i behandling i helseforetak og private foretak i psykisk helsevern. Denne økningen hadde både Sør-Øst og Vest, mens veksten i antall pasienter var lavere i Midt-Norge (3,5 %). I Nord var det en nedgang på 3 prosent for antall pasienter i løpet av perioden 2016-2020. Det var en nedgang i antall døgnpasienter, mens antall pasienter som kun var i behandling i poliklinikken økte i alle regionene unntatt i Nord. På grunn av varierende kvalitet i rapporteringen av pasientdata fra avtalespesialistene i denne perioden kan pasienttallene medføre en underestimering av det totale antall voksne pasienter i psykisk helsevern.

Antall voksne pasienter per innbygger

Det psykiske helsevernet som tilbys den voksne befolkningen i regionene, omfatter først og fremst et poliklinisk behandlingstilbud i helseforetakene og de private foretakene. I og med at de aller fleste pasientene er i poliklinisk utredning/behandling, skiller vi her mellom døgnpasienter og pasienter som kun mottar poliklinisk tilbud. Avtalespesialistenes tilbud kommer i tillegg i en del områder, og her synliggjøres denne pasientgruppen gjennom kategorien som er i behandling hos avtalespesialist uten ytterligere kontakt med helseforetak eller private foretak i løpet av det aktuelle året.

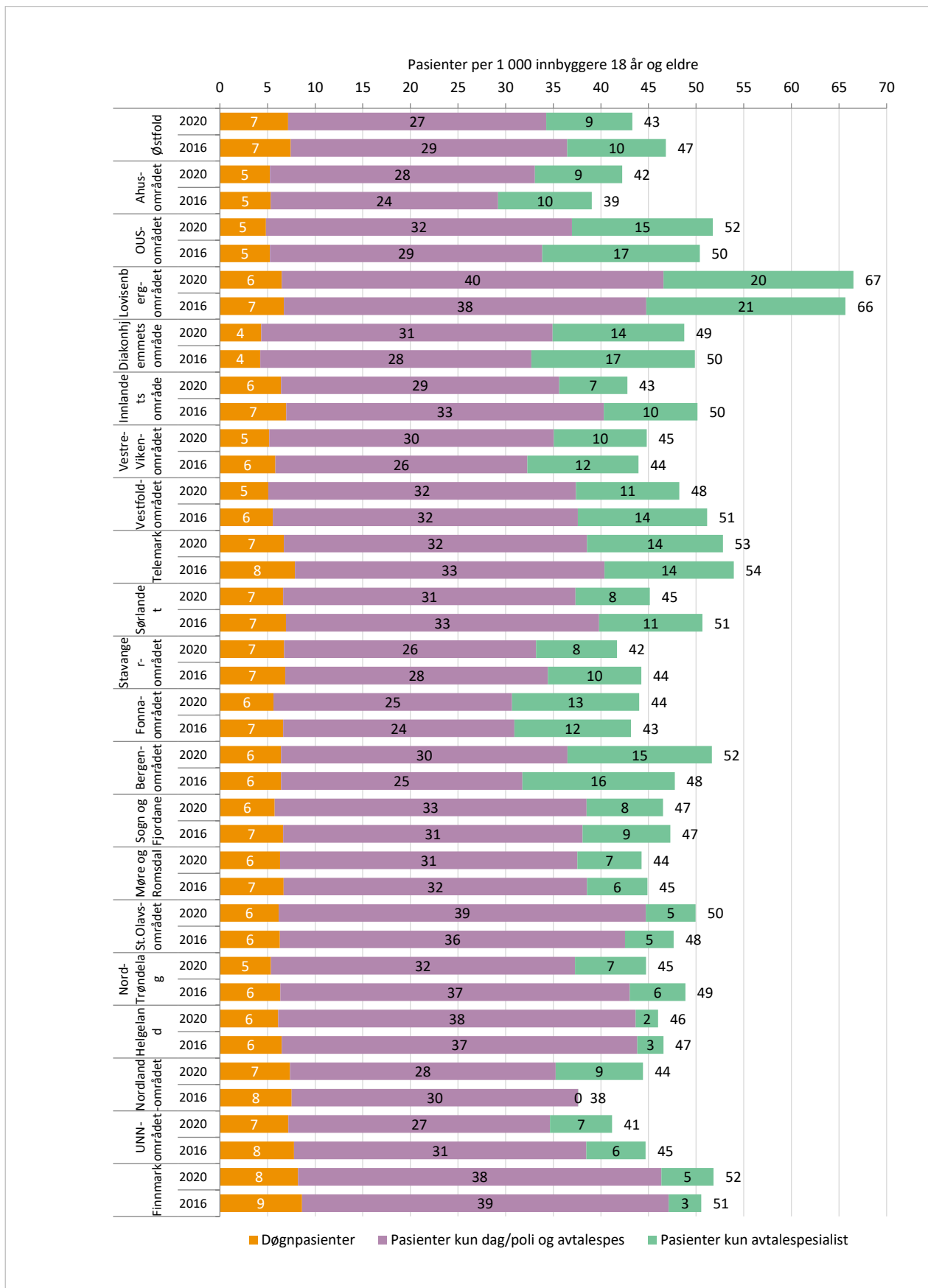
Figur 9-2 viser pasientrater for voksne i psykisk helsevern i regionene for perioden 2016-2020. I figur 9-3 er pasientrater for voksne i psykisk helsevern i foretaksområdene for 2016 og 2020 presentert.

Figur 9-2 Voksne pasienter i psykisk helsevern. Bostedsregion 2016-2020.



På nasjonalt nivå har pasientratene vært stabile gjennom hele perioden fra 2016 til 2020. Også de regionale forskjellene i pasientrater har endret seg lite. Nord har den høyeste døgnpasientraten, mens Sør-Øst og Midt-Norge har den laveste. I Midt-Norge var det flere pasienter med kun poliklinisk tilbud i helseforetak/private foretak sammenlignet med i de øvrige regionene. Vest hadde den laveste pasientraten for kun poliklinisk behandling i helseforetakene og de private foretakene. Innslaget av avtalespesialistpasienter utgjør en større andel i Sør-Øst og Vest sammenlignet med Midt-Norge og Nord.

Figur 9-3 Voksne pasienter i psykisk helsevern. Bostedsområde 2016 og 2020.



Oversikten i figur 9-3 viser pasientrater etter foretaksområdene og synliggjør geografiske forskjeller innad i regionene. Det er små geografiske forskjeller i døgnpasientrate. I 2020 har Finnmark den høyeste døgnpasientraten, mens Diakonhjemmet-området har den laveste.

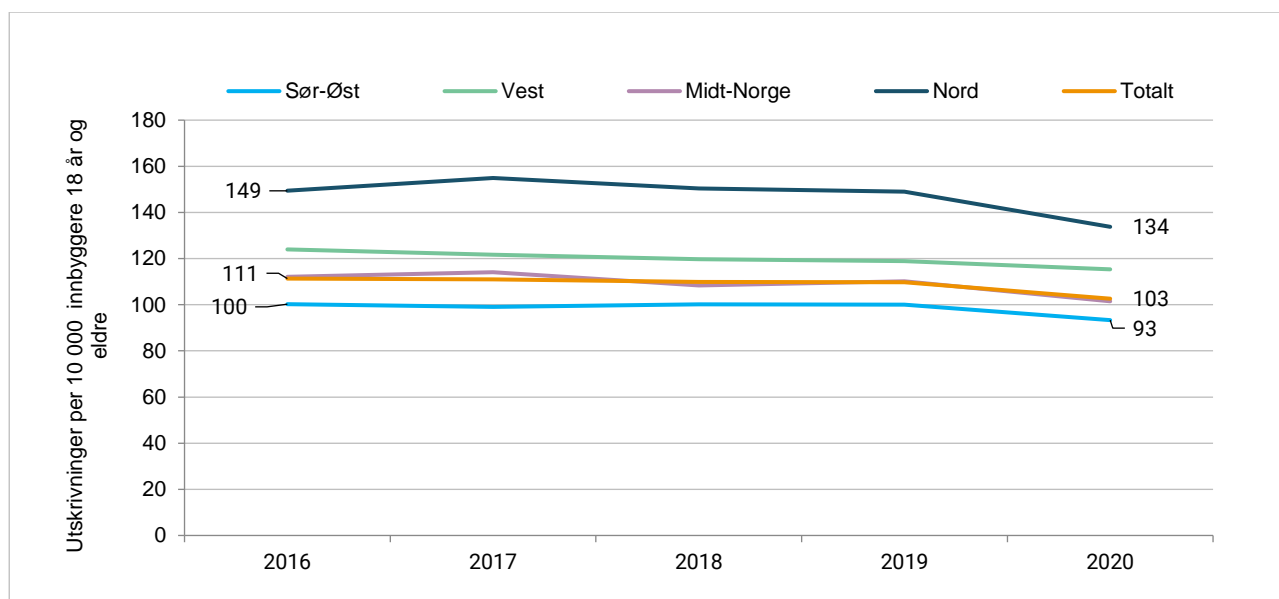
Lovisenberg-området, Helgeland og Finnmark hadde høye pasientrater når det gjelder poliklinisk behandling alene. I tillegg hadde Lovisenbergområdet mange pasienter som kun går i behandling hos avtalespesialister.

Kart som viser geografiske forskjeller i pasienters bruk av ulike behandlingstilbud finnes på våre nettsider¹⁵.

Utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske kontakter innen psykisk helsevern for voksne

Aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern for voksne var tidligere avgrenset til volumtall på utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske kontakter og dette ble innhentet gjennom samleoppgaver i regi av SSB. Dette ble avvirket da pasientdata innrapportert til NPR ble ansett for å være av tilfredsstillende kvalitet. Det er imidlertid fremdeles enkeltinstitusjoner som mangler i rapporteringen. For å synliggjøre aktiviteten i regionene innen psykisk helsevern for voksne er utviklingen i utskrivninger, oppholdsdøgn og kontakter per innbygger de siste fem årene vist i figur 9-4, figur 9-5 og figur 9-6.

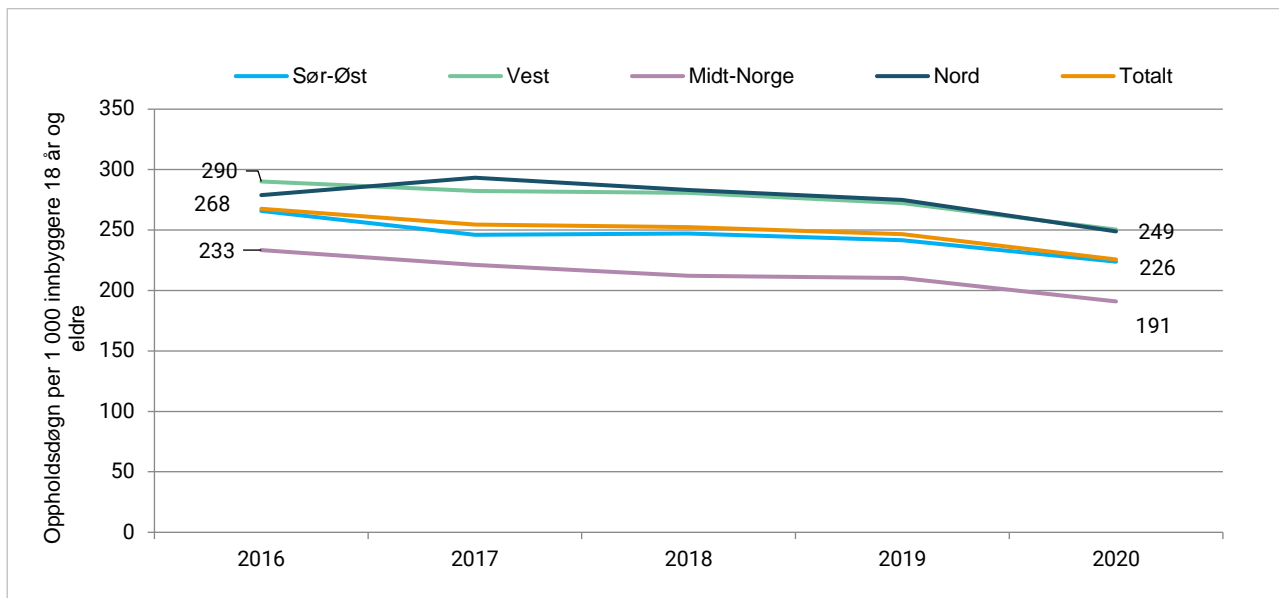
Figur 9-4 Utskrivninger fra helseforetak/private foretak i psykisk helsevern for voksne. Bostedsregion.



Figur 9-4 viser at det har vært en nedgang i antall utskrivninger fra helseforetakene og de private foretakene i løpet av perioden 2016-2020, og størst nedgang siste år. De regionale linjene viser at det var i Nord det var flest utskrivninger, mens Sør Øst hadde færrest utskrivninger sammenlignet med de øvrige regionene.

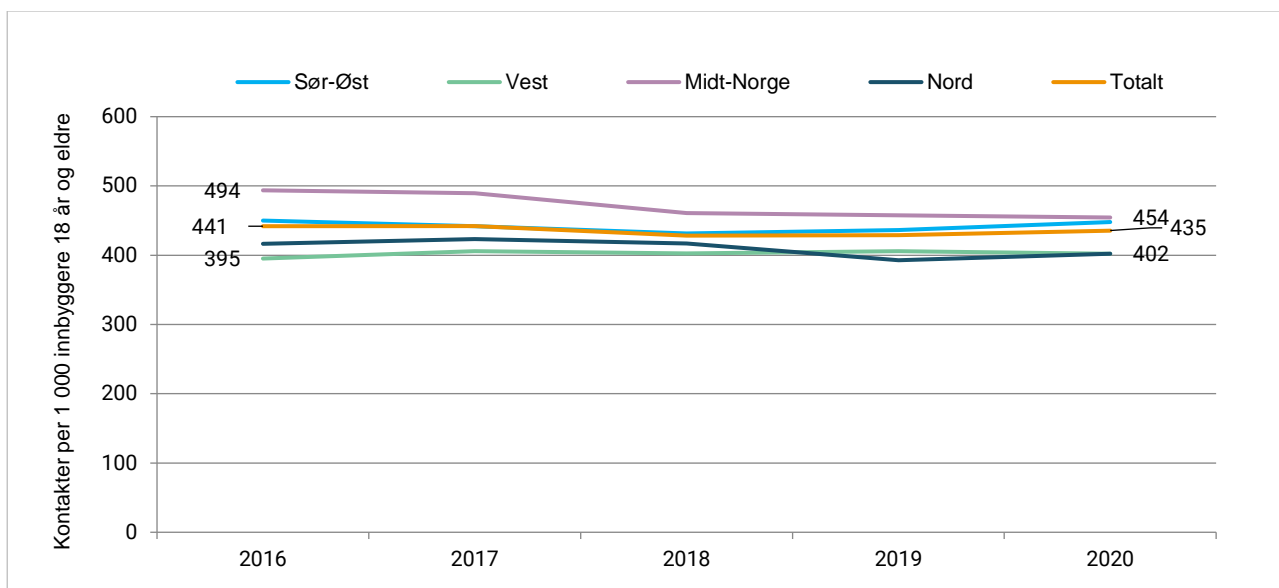
¹⁵ Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Figur 9-5 Oppholdsdøgn i helseforetak/private foretak i psykisk helsevern for voksne. Bostedsregion.



Nedgangen i dekningsrate for oppholdsdøgn ved helseforetak og private foretak er gjennomgående for alle regionene i perioden 2016-2020 med en tydelig reduksjon siste år (figur 9-5). Det var Midt-Norge som hadde den laveste dekningsraten basert på oppholdsdøgn, mens Nord og Vest hadde den høyeste dekningsraten.

Figur 9-6 Polikliniske kontakter ved helseforetak/private foretak i psykisk helsevern for voksne. Bostedsregion.

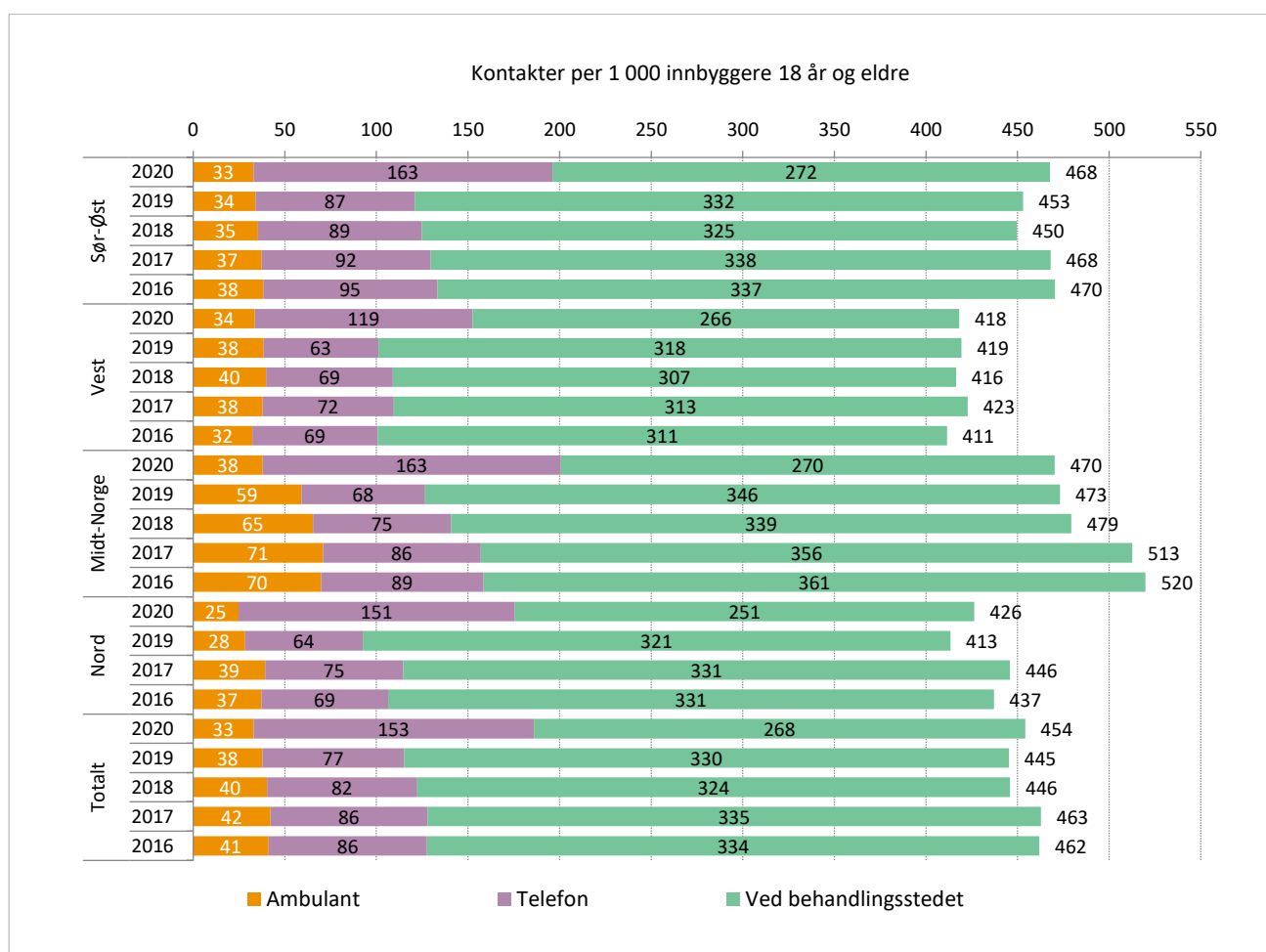


Figur 9-6 viser utviklingen i dekningsrater for polikliniske kontakter ved helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern for voksne i regionene. Det er Midt-Norge som har hatt den høyeste dekningsraten gjennom perioden. I 2020 er det liten forskjell mellom Sør-Øst og Midt-Norge, som ligger høyest. Det er også liten forskjell mellom Vest og Nord, som har de laveste dekningsratene. Nord og Midt-Norge har hatt en nedgang i dekningsraten mens Sør-Øst har hatt en vekst i dekningsraten i løpet av perioden 2016-2020. Presentasjon av poliklinisk virksomhet ved helseforetak/private foretak etter tilknytningsregion er presentert i kapittel 12.

Bruken av poliklinisk tilbud av de voksne pasientene

Ved bruk av pasientdata kan bruken av det polikliniske tilbudet for alle voksne pasienter i kontakt med psykisk helsevern beskrives. Her inngår pasienter i aldersgruppen 18 år og eldre uavhengig av om behandlingstilbudet ble tilbudt i psykisk helsevern for barn og unge eller voksne. I og med at det er mange unge som beholder sitt behandlingstilbud fra psykisk helsevern for barn og unge også etter fylte 18 år, vil det være et betydelig omfang av voksne pasienter i denne delen av psykisk helsevern. For å oppnå mest mulig korrekte aldersspesifikke dekningsrater er statistikken laget uavhengig av behandlingssted. Kart som viser geografiske forskjeller i bruken av de ulike behandlingstilbud finnes på våre nettsider under overskriften *Bruk av tjenester*¹⁶. Dekningsrater for polikliniske kontakter knyttet til pasienter som er 18 år og eldre er presentert regionvis i figur 9-7 og etter bostedsområder i figur 9-8. Her er det skilt mellom ambulante kontakter, telefonkontakter og kontakter på behandlingsstedet. Mer om kategorisering av polikliniske kontakter ligger på våre nettside under *Aktivitet og profiler/poliklinisk behandling*¹⁷.

Figur 9-7 Voksne pasienters bruk av polikliniske kontakter i psykisk helsevern.



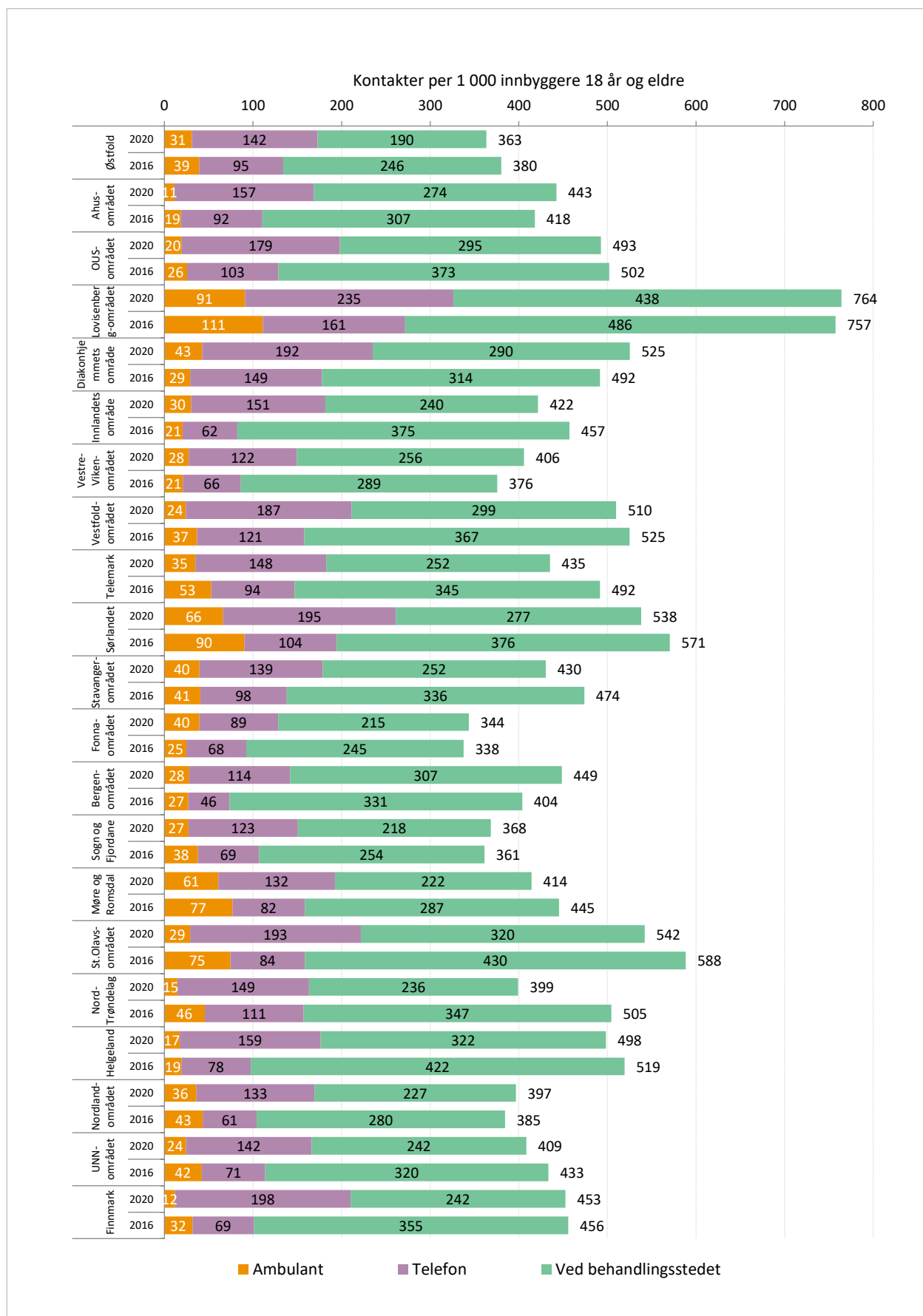
Dekningsratene for polikliniske kontakter i 2020 var kjennetegnet ved høyere bruk av telefonkontakter sammenlignet med tidligere år. Dette ser vi i alle regioner. Bruken av ambulante kontakter går litt tilbake

¹⁶ Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

¹⁷ Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

i perioden, og særlig siste år i Midt-Norge. Midt-Norge hadde tidligere i perioden en høyere dekningsrate for ambulante kontakter sammenlignet med de øvrige regionene.

Figur 9-8 Voksne pasienter i kontakt med psykisk helsevern. Bostedsområder.



Figur 9-8 viser dekningsrater for polikliniske kontakter etter bostedsområder og synliggjør geografiske forskjeller i bruk av det polikliniske tilbudet i 2016 og 2020. Lovisenbergområdet hadde den høyeste dekningsraten både innen bruk av ambulante kontakter, telefonkontakter og kontakter ved behandlingsstedet. Denne posisjonen hadde Lovisenberg både i 2016 og 2020. Sørlandet og St. Olavs-området hadde de nest høyeste dekningsratene i 2016, men nivået ble redusert med hhv 6 og 9 prosent i 2020. I St. Olavs-området ble dekningsraten for ambulante kontakter kraftig redusert. Dekningsraten for telefonkontakter økte med om lag 50 prosent i begge områdene.

Diakonhjemmets område lå også over landsgjennomsnittet og hadde økt sin dekningsrate med 6 prosent fra 2016 til 2020. Dette området hadde en vekst både for ambulante kontakter og telefonkontakter og lå over landsgjennomsnittet for alle kategoriene i 2020.

Områdene som også ligger over landsgjennomsnittet er Vestfold, Helgeland og OUS-området. Her var det små endringer i samlet dekningsrate fra 2016 til 2020, samtidig som veksten i telefonkontakter medførte at områdene lå over landsgjennomsnittet mht bruk av telefonkontakter i 2020.

Finnmark og Ahus-området hadde dekningsrate for telefonkontakter over landsgjennomsnittet mens samlet dekningsrate lå på om lag samme nivå som landsgjennomsnittet i 2020.

Områdene med dekningsrater som lå mer enn 10 prosent under landsgjennomsnittet var Østfold, Vestre Viken, Fonna-området, Sogn og Fjordane og Nordland-området. Nordland-området og Fonna-området hadde imidlertid dekningsrate for ambulante kontakter som lå over landsgjennomsnittet.

Samlet sett utgjorde telefonkontakter 38 prosent av den polikliniske virksomheten i 2020. Dette var en økning på 14 prosentpoeng fra året før. I Sør-Øst og Midt-Norge var 40 prosent av den polikliniske virksomheten telefonkontakter, mens i Vest og Nord var omfanget noe lavere. Den utstrakte bruken av telefonkontakter i 2020 var trolig resultat av tiltak iverksatt som følge av pandemien.

Samtidig var andel ambulante kontakter lavere i 2020 sammenlignet med 2019. I Midt-Norge var det en tydelig reduksjon i andel ambulante kontakter fra 2019 til 2020 og i 2020 utgjorde dette en prosent av virksomheten. I de øvrige regionene var det også en reduksjon i andel ambulante kontakter i løpet av det siste året og de utgjorde 5-7 prosent av kontaktene i 2020. Kontakter som fant sted ved behandlingsstedene, utgjorde en mindre andel i 2020 sammenlignet med tidligere i perioden og det gjaldt de fleste typer kontakter. Unntaket var møter med 1.linjetjenesten som fant sted ved institusjonen, hvor denne kontaktypen utgjorde 2 og 4 prosent av samlet virksomhet i hhv 2019 og 2020.

Datagrunnlaget

Datagrunnlaget for polikliniske konsultasjoner er basert på de samlede innrapporterte kontakter til NPR.

I tjenestene til barn og unge endret Helse Midt-Norge pasientdatasystem i løpet av 2018. Det har ikke vært mulig å avklare fullt ut hvilke konsekvenser overgangen til nytt system har gitt, men det er indikasjoner på at data fra 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 gjør at det er knyttet usikkerhet til utviklingstall for regionen de siste årene.

Ved beskrivelse av den polikliniske virksomheten ser vi i denne sammenhengen på profilen i tilbudet ved bruk av andeler av virksomheten heller enn volumtall og dekningsrater for de ulike kategoriene. De ulike kategoriene er basert på informasjon fra NPR-meldingen, og i tillegg er informasjon fra P-takster, særkoder og NCMP benyttet. Gjeldende ISF-regelverk mht konvertering fra P-takster via særkoder til NCMP kan påvirke volumtallene for kontakter innen de ulike kategoriene.

Regiontallene er basert på helseforetakenes tilknytningsregion og resultater for helseforetakene er tilgjengelig på våre nettsider hvor man også finner definisjonen av de ulike kategoriene av polikliniske kontaktene.

10. Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne (PHV-V)

Utvikling i døgnplasser i tjenestene til voksne

Fra 1998 til 2020 ble antall døgnplasser per innbygger redusert med 56 prosent i psykisk helsevern for voksne. Fra 2016 til 2020 var nedgangen på nær 11 prosent når man tar hensyn til befolkningsveksten. I denne perioden har den årlige reduksjonen i tallet på døgnplasser avtatt noe både i antall og prosent. I 2020 var det 3 284 døgnplasser i tjenestene til voksne.

I tabell 10-1 vises antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne etter region i 2020, samt endring siste år og i perioden 2016 til 2020.

Tabell 10-1 Antall døgnplasser i psykiske helsevern for voksne etter tilknytningsregion, 2016 og 2020.

Region	Døgnplasser 2020	Endring i døgnplasser fra 2016		Endring i døgnplasser fra 2019	
	Antall	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Sør-Øst	1549	-163	-9,5	-40	-2,5
Helse Vest	738	-44	-5,6	-2	-0,3
Helse Midt-Norge	422	-35	-7,7	-4	-0,9
Helse Nord	316	-8	-2,5	-3	-0,9
Avtale med RHF	259	-12	-4,4	0	0,0
Totalt	3 284	-262	-7,4	-49	-1,5

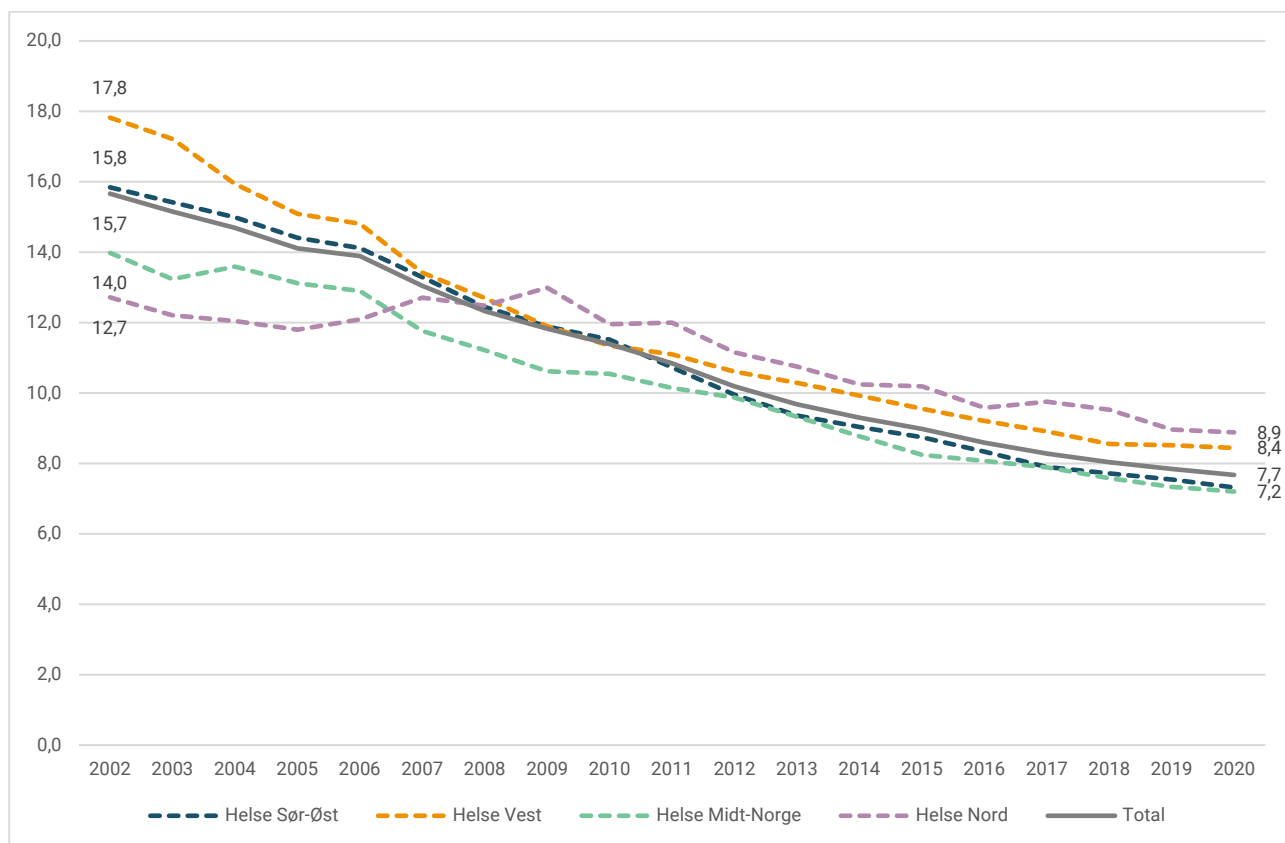
Tabell 10-1 viser at det har vært en nedgang i døgnplasser på nasjonalt nivå med 262 plasser i siste femårsperiode. Det var nedgang i samtlige regioner, størst var den prosentvise nedgangen i Helse Sør-Øst og minst i Helse Nord. De private institusjonene hadde avtale med Helse Sør-Øst og Helse Nord. Fra 2019 til 2020 gikk døgnplassene ned med 49 døgnplasser, noe som i hovedsak var knyttet til reduksjonen i døgnplasser i Helse Sør-Øst.

Døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget

Befolkningens tilgang og tilgjengelighet til døgnbehandling er regionenes «sørge for» ansvar. I all hovedsak tilbys behandling innenfor eget helseforetaksområde, men ved noen anledninger mottar pasienter behandling i andre helseforetak. I figuren under er det ikke tatt hensyn til dette.

Figur 10-1 viser utviklingen for døgnplasskapasitet i det psykiske helsevernet for voksne korrigert for befolkningsutviklingen i perioden 2002 til 2020.

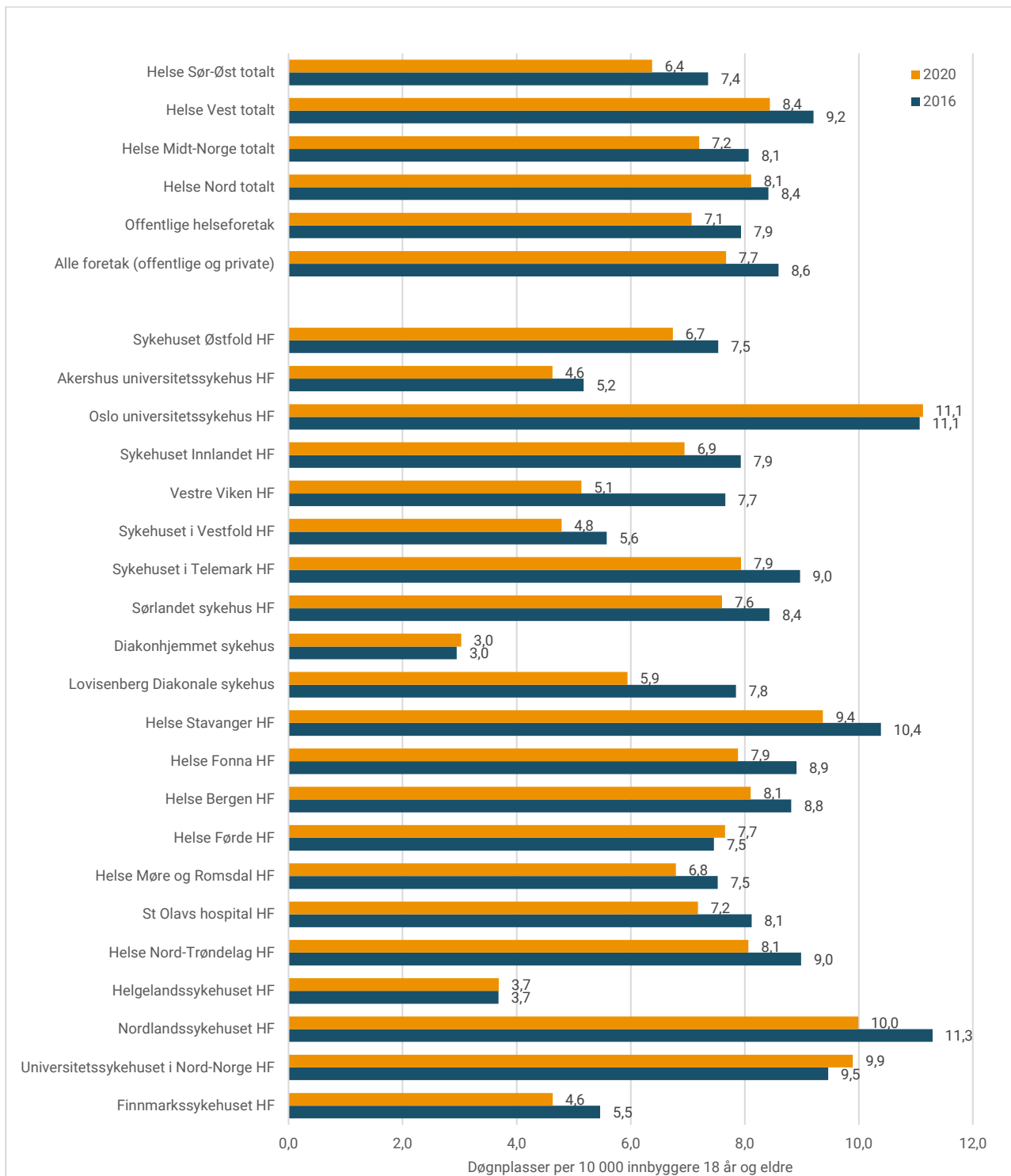
Figur 10-1 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne etter region fra 2002 til 2020.



Figuren viser nedgangen i døgnplasser per 10 000 innbygger i samtlige regioner siden 2002. Den prosentvise nedgangen i raten for døgnplasser var størst i Helse Sør-Øst og minst i Helse Nord.

Det var begrensede regionale forskjeller i antall døgnplasser i tjenestene for voksne i store deler av perioden, spesielt etter 2007. De siste årene har Helse Nord og Helse Vest hatt flere plasser per innbygger enn Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Det var imidlertid større variasjoner mellom helseforetakene innad i regionene. Dette presenteres i figur 10-2.

Figur 10-2 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne etter helseforetak, 2016 og 2020.



Figuren viser at det var store geografiske forskjeller i døgnplasskapasiteten i tjenestene til voksne når man korrigerer for befolkningsstørrelsen i helseforetakene både i 2016 og 2020.

Det var spesielt store forskjeller innad i Helse Sør-Øst og Helse Nord. I 2020 hadde OUS HF 11,1 døgnplasser per 10 000 innbygger for voksne, noe som var et betydelig høyere plasstall enn Diakonhjemmet sykehus (3,0 per 10 000 innbygger 18 år og eldre), som hadde laveste antall døgnplasser per innbygger i regionen. I Helse Nord var det også stor variasjon mellom foretakene, fra 3,7 plasser ved

Helgelandssykehuset til om lag 10 plasser per 10 000 innbyggere ved Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

Det var også noe variasjon innad i Helse Vest, mens det var noe mindre forskjeller mellom foretakene i Helse Midt-Norge i 2020.

Nedgangen i antall døgnplasser fra 2016 til 2020 sees i alle regioner og ved de fleste helseforetak, med unntak av OUS, Diakonhjemmet sykehus, Helse Førde, Helgelandssykehuset og UNN.

Data og metode

Data om døgnplasser samles inn av Statistisk sentralbyrå (SSB). Helsedirektoratet samarbeider med SSB i kvalitetskontrollen av data, og årlig korrigeres tall for tidligere år hvis det avdekkes feil eller framkommer ny informasjon. Dette medfører at antallet døgnplasser vil avvike fra SSB sine tall for enkelte år. Dette er nærmere beskrevet på SAMDATAs nettsider.

Grunnlagstall 2010-2020

En oversikt over antall døgnplasser i regionene og ved private avtaleinstitusjoner i tjenestene til voksne er presentert i tabell 10-2.

Tabell 10-2 Antall døgnplasser i psykiske helsevern for voksne etter tilknytningsregion, 2010-2019.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	2 184	2 064	1 925	1 856	1 810	1 786	1 712	1 629	1 605	1 589	1 549
Helse Vest	885	880	858	846	829	806	782	761	736	740	738
Helse Midt-Norge	544	531	525	500	487	462	457	451	437	426	422
Helse Nord	390	399	373	363	348	348	324	333	326	319	316
Offentlige helseforetak	4 003	3 874	3 681	3 565	3 474	3 402	3 275	3 174	3 104	3 074	3 025
Avtaleinstitusjoner	331	320	323	292	283	267	271	275	275	259	259
Offentlige og avtaleinstitusjoner	4 334	4 194	4 004	3 857	3 757	3 669	3 546	3 449	3 379	3 333	3 284

11. Poliklinisk og ambulant personellinnsats i psykisk helsevern for voksne (PHV-V)

I dette kapitlet presenteres utviklingen i personellinnsats i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykisk helsevern for voksne, med spesiell vekt på perioden 2016 til 2020.

Det kan være vanskelig å eksakt tallfeste og skille mellom ambulante og polikliniske årsverk i en virksomhet, da personellet ofte overlapper. Den mest robuste indikatoren for personellinnsats vil derfor være å se årsverkene samlet. Virksomhetene i helseforetakene har imidlertid etter beste evne rapportert begge størrelser til Helsedirektoratet. Det er ikke tall for 2019 i datagrunnlaget, da rapportering for dette året ble utelatt.

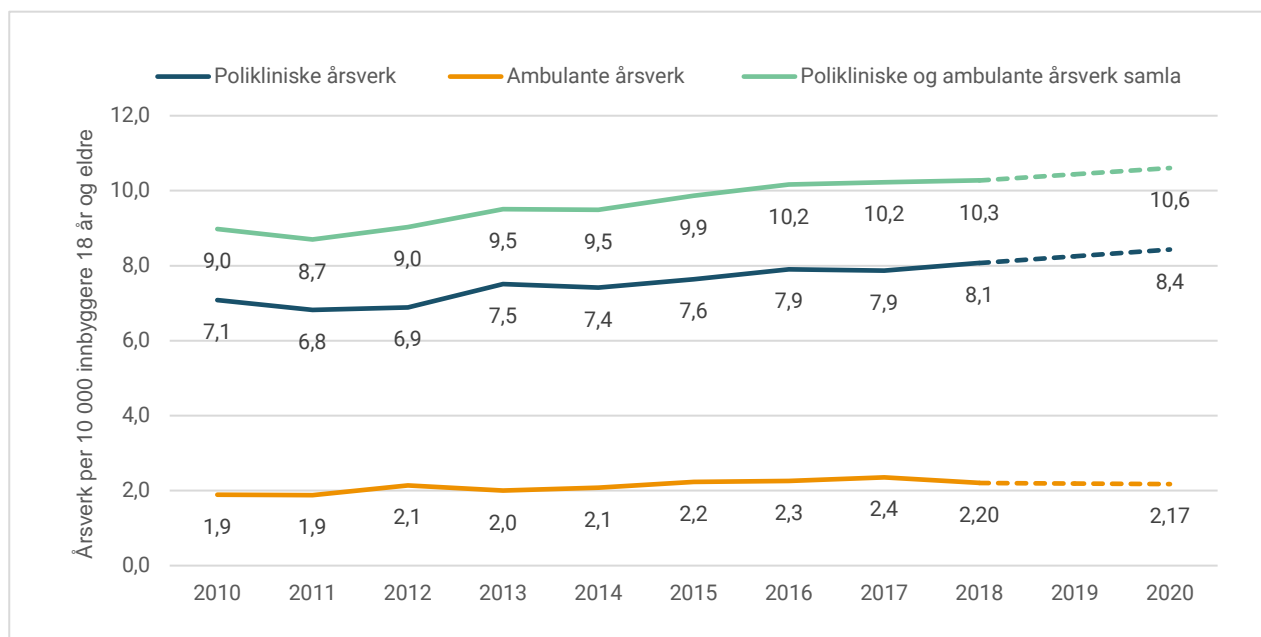
Utviklingen nasjonalt

Fram til 2016 var det tydelig vekst i poliklinisk og ambulant personellinnsats i psykisk helsevern for voksne. Fra 2010 til 2016 økte antall årsverk fra 3 418 til 4 194. Korrigert for befolkningsveksten (18 år og eldre) ga dette en økning på 13 prosent i denne perioden. Veksten kom særlig i den ambulante virksomheten (19 prosent).

Fra 2016 til 2018 stoppet veksten i personellinnsatsen langt på vei opp (1,1 prosent), men fra 2018 til 2020 økte antall polikliniske og ambulante årsverk fra 4 320 til 4 538. Korrigert for befolkningsveksten utgjorde dette en vekst på 3,2 prosent siste toårs-periode.

Figur 11.1 viser utviklingen i polikliniske og ambulante årsverk i perioden 2010 til 2020. På grunn av manglende data for 2019, brukes et estimat¹⁸ for dette året (stiplet linje). I figuren er tallene fremstilt som rater i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre.

Figur 11-1 Årsverk per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykisk helsevern for voksne 2010 til 2020.



¹⁸ Det er beregnet et gjennomsnitt av ratene for 2018 og 2020 for å kunne fremstille utviklingen i perioden 2018-2020 grafisk.

Figuren viser som tidligere omtalt at det var vekst i polikliniske og ambulante årsverk i tjenestene til voksne siste toårsperiode, etter vekst i perioden 2010 til 2016 og deretter en utflating fra 2016 til 2018.

Veksten gjaldt de polikliniske årsverkene i tjenesten, mens ambulante årsverk var tilnærmet uendret siste toårsperiode. Da polikliniske årsverk utgjør hovedtyngden av årsverkene i tjenestene til voksne, følger utviklingen i samla personellrate samme utvikling som den polikliniske personellraten.

Regional utvikling

Tabell 11-1 viser utviklingen i antall årsverk fra 2016 til 2020 på regionnivå. I figur 11-2 er tallene fremstilt som rater i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre i regionene.

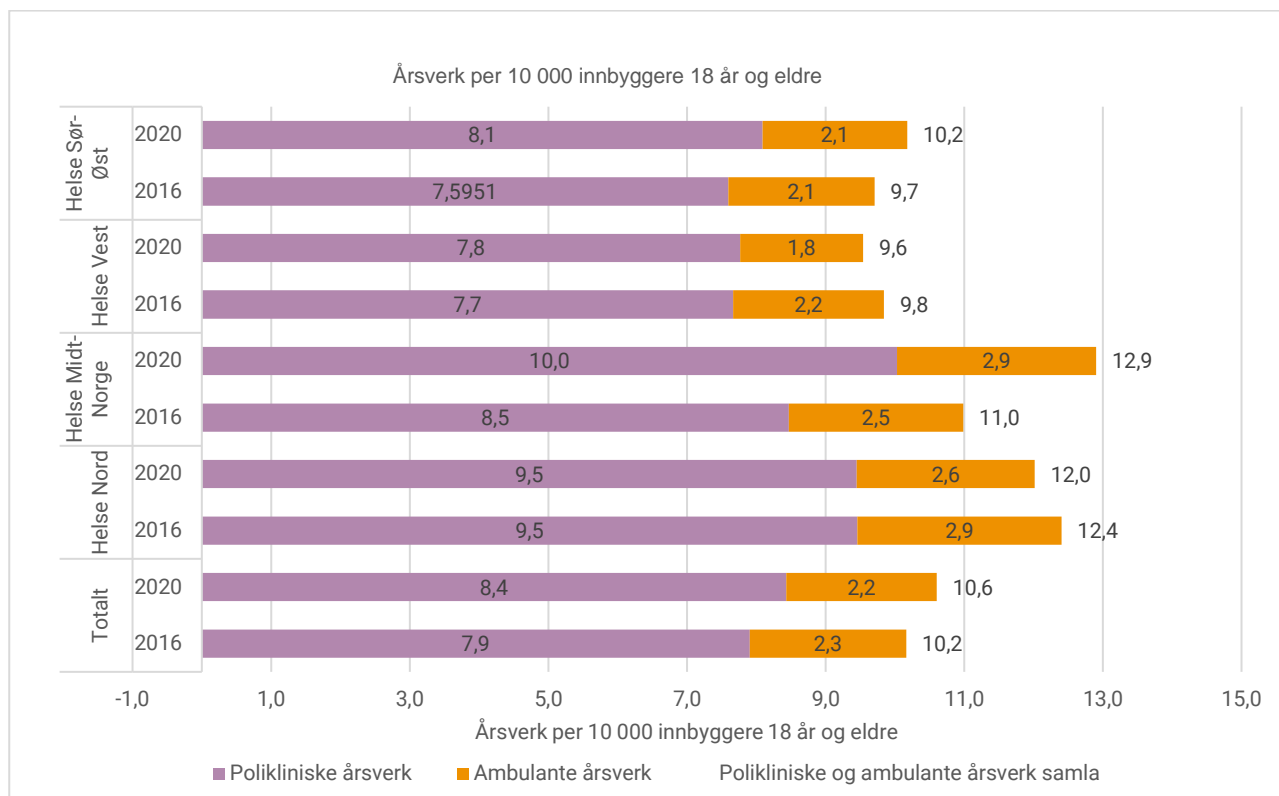
Tabell 11-1 Antall årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykiske helsevern for voksne i 2020, og endring fra 2016 og 2018.

Region	Årsverk 2020			Endring i årsverk totalt fra 2016-2020		Endring i årsverk totalt fra 2018-2020	
	Polikliniske årsverk	Ambulante Årsverk	Totalt	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Sør-Øst	1 931,7	504,2	2 435,9	213,2	9,6	148,5	6,5
Helse Vest	686,1	155,1	841,2	5,0	0,6	32,4	4,0
Helse Midt-Norge	587,8	168,3	756,1	133,7	21,5	42,2	5,9
Helse Nord	362,1	100,0	462,1	-10,5	-2,2	-4,4	-0,9
Private	40,3	2,8	43,1	2,7	6,7	-0,6	-1,3
Totalt	3 608,0	930,4	4 538,4	344,2	8,2	218,1	5,0

Tabellen viser at det har vært vekst i polikliniske og ambulante årsverk nasjonalt og i tre av fire regioner både i siste femårs periode og siste to år. I Helse Nord var det en liten nedgang i årsverk knyttet til poliklinikker og ambulant virksomhet i begge perioder. Dette kan være knyttet til høy personellrate i utgangspunktet for denne regionen. Helse Midt-Norge hadde prosentvis størst vekst i antall årsverk fra 2016 til 2020, mens fra 2018 til 2020 økte personellinnsatsen mest i Helse Sør-Øst.

Figur 11-2 viser befolkningsbaserte personellrater for polikliniske og ambulante årsverk i 2016 og 2020 etter regionalt helseforetak. Private institusjoner er sortert under tilknytningsregion.

Figur 11-2 Årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykisk helsevern for voksne i 2016 og 2020. Regionale helseforetak.

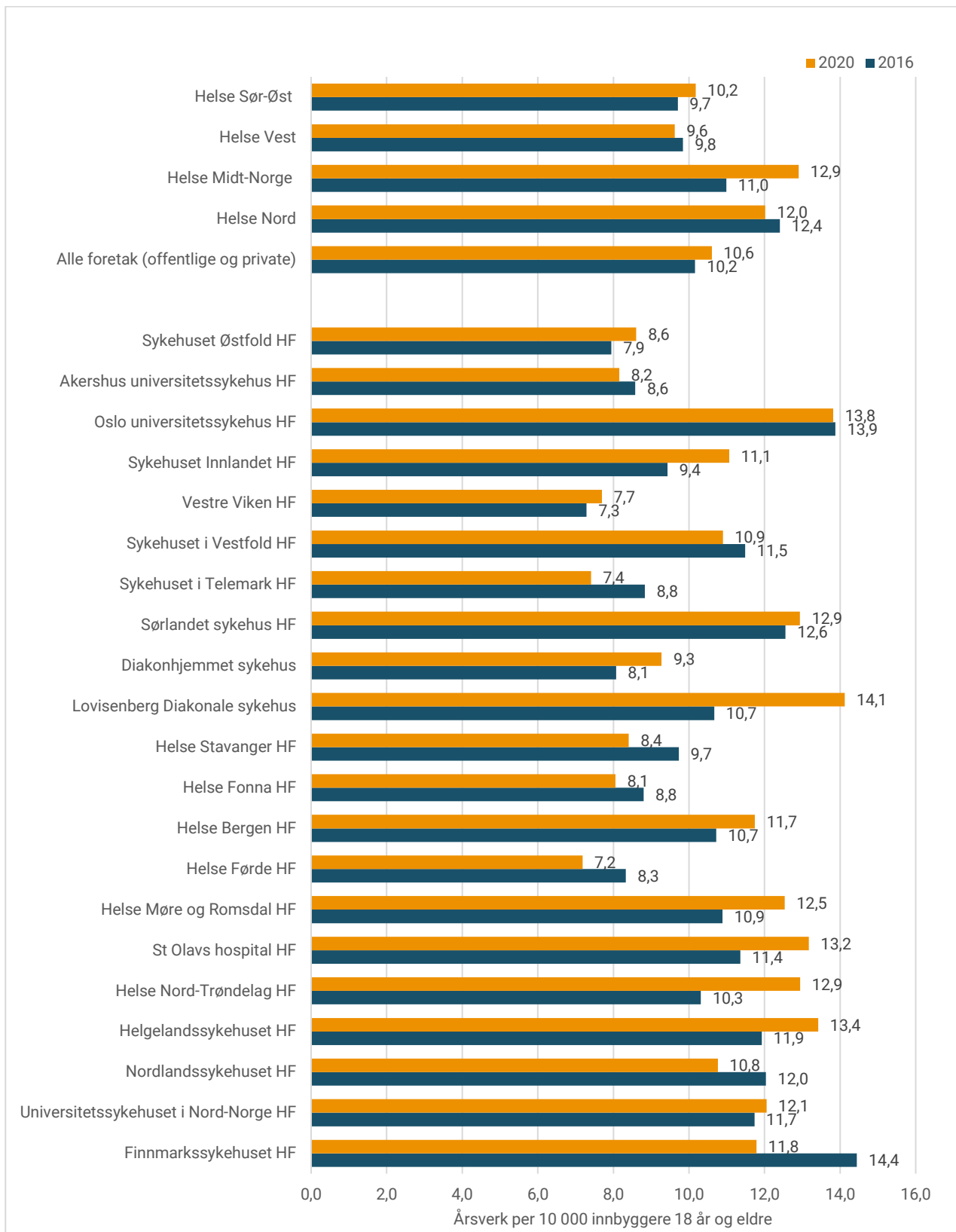


Samlet sett hadde Helse Midt-Norge og Helse Nord flere årsverk per innbygger i poliklinisk og ambulant virksomhet enn Helse Sør-Øst og Helse Vest både i 2016 og 2020. Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde også høyere rate for ambulante årsverk enn de øvrige regionene begge år i tjenestene til voksne. Dette må sees i sammenheng med at avtalespesialistene i hovedsak er konsentrert i Helse Sør-Øst og i Helse Vest. Årsverk knyttet til avtalespesialistene er ikke inkludert i denne statistikken.

Alle regioner hadde enten vekst eller uforandret personellrate ved poliklinikkene i løpet av perioden 2016-2020. I 2020 hadde Helse Midt-Norge høyeste nivå både for poliklinisk og ambulant personellinnsats korrigert for innbyggertallet i regionene.

Figur 11-3 viser befolkningsbaserte personellrater for polikliniske og ambulante årsverk samlet i 2016 og 2020 etter helseforetak. Private institusjoner er sortert under tilknytningsregion.

Figur 11-3 Årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykisk helsevern for voksne etter helseforetak i 2016 og 2020.



Figuren viser at det var en økning i personellinnsatsen i poliklinisk og ambulant virksomhet i 12 av 21 foretaksområder i tjenestene til voksne fra 2016 til 2020. Det var geografiske forskjeller i personellraten begge år. I 2020 hadde Lovisenberg Diakonale sykehus nesten dobbelt så høy personellrate som Helse

Førde, de to områdene med høyest og lavest personellinnsats i poliklinisk og ambulant virksomhet siste år. Ellers var det større variasjon mellom helseforetakene innad i Helse Sør-Øst enn i de andre regionene.

Personellsammensetning

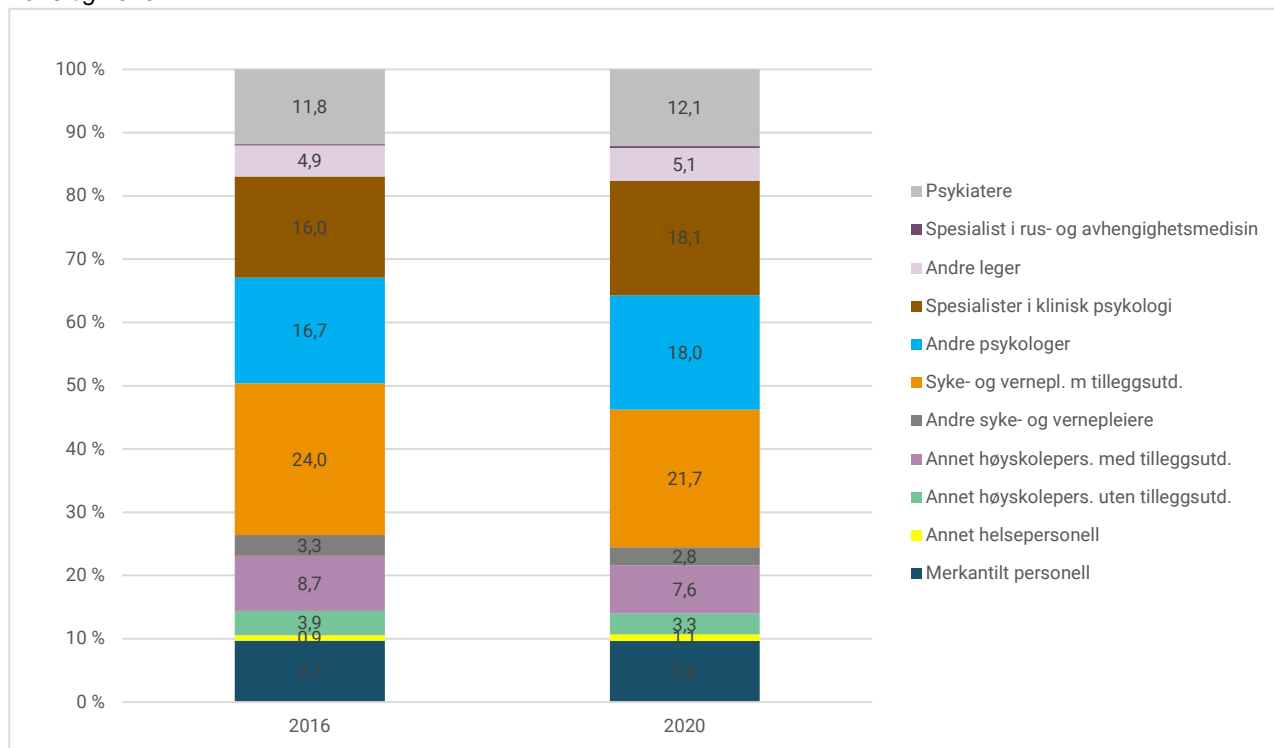
Tabell 11-2 viser personellfordelingen etter utdanningsgruppe i poliklinisk og i ambulant virksomhet i 2016 og 2020. Figur 11-4 viser fordelingen grafisk for utdanningskategoriene og i figur 11-5 er tilsvarende kategorier gruppert i noen hovedgrupper.

Tabell 11-2 Årsverk etter utdanning i poliklinisk og ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for voksne 2016 og 2020.

Utdanningsgruppe	2016		2020		Endring	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Psykiatere	496,2	11,8	548,01	12,1	51,8	10,4
Spesialister i rus- og avhengighetsmedisin	8,1	0,2	15,45	0,3	7,4	90,7
Andre leger	205,5	4,9	231,96	5,1	26,5	12,9
Spesialister i kliniskpsykologi	670,4	16,0	821,38	18,1	151,0	22,5
Andre psykologer	699,2	16,7	817,51	18,0	118,3	16,9
Syke- og vernepleiere med tilleggsutdanning	1006,0	24,0	984,93	21,7	-21,1	-2,1
Andre syke- og vernepleiere	137,3	3,3	128,82	2,8	-8,4	-6,1
Annet høyskolepers. med tilleggsutdanning	364,7	8,7	345,2	7,6	-19,5	-5,3
Annet høyskolepers. uten tilleggsutdanning	161,7	3,9	149,19	3,3	-12,5	-7,7
Annet helsepersonell	35,7	0,9	48,07	1,1	12,4	34,6
Merkantilt personell	407,6	9,7	435,95	9,6	28,3	6,9
Personell totalt ¹⁹	4194,4	100,0	4538,4	100,0	344,0	8,2

¹⁹ Det mangler utdanningskategorier for nær 12 årsverk for 2020-tallene.

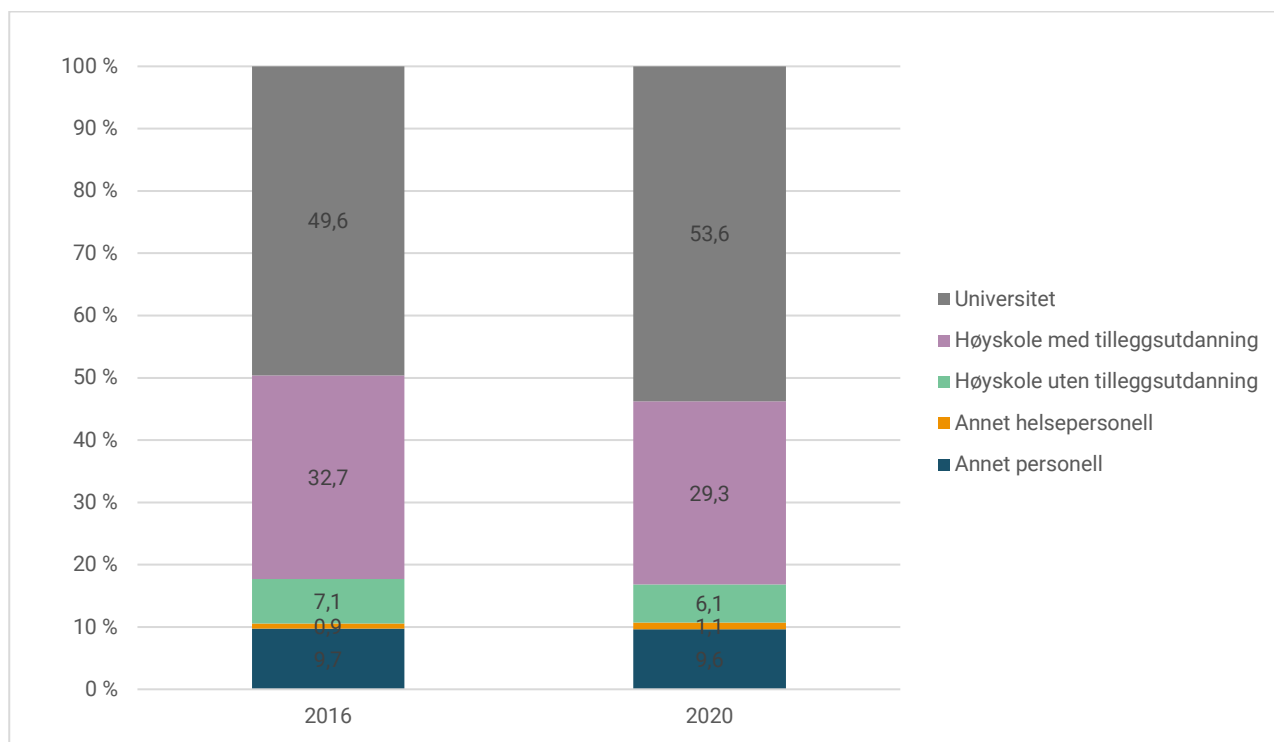
Figur 11-4 Prosentandel årsverk etter utdanning i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykisk helsevern for voksne i 2016 og 2020.



Figur 11-4 viser at psykiatere, andre leger og psykologer utgjør en større andel av de polikliniske og ambulante årsverkene i 2020 enn i 2016, mens de øvrige utdanningskategoriene utgjør en mindre andel.

I figur 11-5 er utdanningskategoriene gruppert i grovere grupper.

Figur 11-5 Prosentandel årsverk gruppert etter utdanning i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykiske helsevern for voksne i 2016 og 2020.



Universitetsutdannet personell (leger og psykologer) utgjør en større andel av årsverkene i 2020 enn i 2016. Denne gruppen sto for nær 54 prosent av årsverkene i 2020 mot 49,6 prosent i 2016.

Høgskolegruppene sto for 35 prosent av årsverkene i poliklinikkene og i ambulant virksomhet i 2020, mot 39,8 prosent i 2016. Det store flertallet av de høyskoleutdannede har videreutdanning innen fagfeltet (29,3 prosent i 2020).

Øvrig personell er i hovedsak merkantilt personell. Det var få ansatte med helseutdanning fra videregående skole både i 2016 og 2020.

Datagrunnlag

Data for personellinnsats er samlet inn av Helsedirektoratet for perioden 2009 til 2020, mens Statistisk sentralbyrå (SSB) var ansvarlig for innsamlingen fram til og med 2008.

12. Døgnbehandling og polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne (PHV-V)

Døgnbehandling ved helseforetak/private foretak

Øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Øyeblikkelig hjelp utgjør en betydelig andel av døgntilbudet i psykisk helsevern. Helseforetakene har hovedansvaret for beredskapen, men i Sør-Øst og Vest var det også et betydelig bidrag fra de private foretakene. I Sør-Øst var 49 prosent av innleggelsene ved private foretak øyeblikkelig hjelp-innleggelser i 2020, mens i Vest utgjorde dette 32 prosent av innleggelsene. I Midt-Norge var det svært liten bruk av private foretak, mens i Nord var det ingen øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved de private foretakene. Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved helseforetakene og samlet oversikt for de private foretakene i løpet av perioden 2017-2020 er presentert i tabell 12-1.

Tabell 12-1 Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved helseforetak og private foretak

Behandlingssted		Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (prosent)				Totalt antall innleggelser ved HF/ private foretak	
		2017	2018	2019	2020	Antall i 2020	Prosent endring 2017-20
HF	Sør-Øst	70	71	71	76	19117	-4
	Vest	78	78	78	79	8230	-4
	Midt-Norge	68	66	67	70	5951	-10
	Nord	55	57	58	60	4898	-9
	Totalt	69	70	70	74	38196	-6
Private foretak		34	36	36	40	5584	-8
Totalt		65	66	66	69	43780	-6

Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved helseforetakene i 2020 utgjorde samlet sett 74 prosent av innleggelsene, og denne andelen økte i alle regionene i løpet av det siste året. I Sør-Øst og Vest lå andelen på hhv 76 og 79 prosent av helseforetakenes innleggelser i 2020. I tillegg hadde de private foretakene akuttberedskap i disse to regionene. I Midt-Norge og Nord var andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser på hhv 70 og 60 prosent av innleggelsene dette året. I disse to regionene var det samtidig en nedgang i det totale antall innleggelser på hhv 10 og 9 prosent.

Samlet sett var andel øyeblikkelig-hjelpinnleggelser i 2020 på 69 prosent av alle nye innleggelser og dette var en økning på 3 prosentpoeng fra 2017. Samtidig var andel nye innleggelser redusert med 6 prosentpoeng.

Varigheten av døgnbehandlingen

Døgntilbudet i psykisk helsevern tilbys primært ved helseforetakene. I tillegg tilbys behandling ved private foretak som har driftsavtale med RHF Sør-Øst og RHF Vest. Private foretak med driftsavtale eller ytelsesavtale utgjør 16 prosent av døgnplassene i 2020. Private foretak som er inkludert i ordningen fritt behandlingsvalg, utgjør en liten andel av det samlede tilbudet fra private. Varigheten av døgnbehandlingen ved helseforetakene og ved private foretakene er presentert i tabell 12-2.

Tabell 12-2 Varigheten av døgnbehandlingen ved helseforetak og private foretak.

Behandlings- sted	Region	2017		2018		2019		2020	
		Median dager	Trim- punkt (95% grense) ¹	Median dager	Trim- punkt (95% grense) ¹	Median dager	Trim- punkt (95% grense) ¹	Median dager	Trim- punkt (95% grense) ¹
HF	Sør-Øst	7	49,5	7	49,5	7	49,5	7	49,5
	Vest	7	49,5	7	52	7	49,5	7	47
	Midt- Norge	7	45,5	7	48	7	47	6	42
	Nord	7	35,5	7	36,5	7	35,5	7	35,5
	Totalt	7	49,5	7	49,5	7	47	7	44,5
Private foretak		10	71,5	10	81,5	12	81,5	12	81,5
Totalt		7	48	7	50,5	7	48	7	49,5

¹Trimpunkt er estimert 95 prosentil: $Q_3 + 1.5(Q_3 - Q_1)$ hvor $Q_1 = 25$ prosentil og $Q_3 = 75$ prosentil.

Varigheten av døgnbehandling ved helseforetakene hadde samlet sett en medianverdi på 7 dager i 2020. Dette betyr at halvparten av døgnbehandlingene ved helseforetakene var avsluttet i løpet av en uke. Den estimerte trimpunktgrensen var på 44,5 dager i 2020. Dette betyr at anslagsvis fem prosent av døgnbehandlingene ved helseforetakene hadde lengre varighet enn 44,5 dager dette året. Det var noen regionale forskjeller i tilbudet ved helseforetakene og forskjellene besto i kortere døgnbehandlinger ved helseforetakene i Nord sammenlignet med de øvrige regionene. I Midt-Norge var det noe kortere døgnbehandlinger ved helseforetakene i 2020 sammenlignet med tidligere år.

Døgnbehandlingen ved de private foretakene hadde samlet sett en median varighet på 12 dager i 2020 mot 10 dager i 2017. Samlet sett var 95 prosent av døgnbehandlingen avsluttet innen 81,5 dager. Det var ingen endring i varigheten av tilbudet siste år, men det var samlet sett en tendens til lengre døgnbehandlinger ved private foretak i 2019-2020 sammenlignet med 2017.

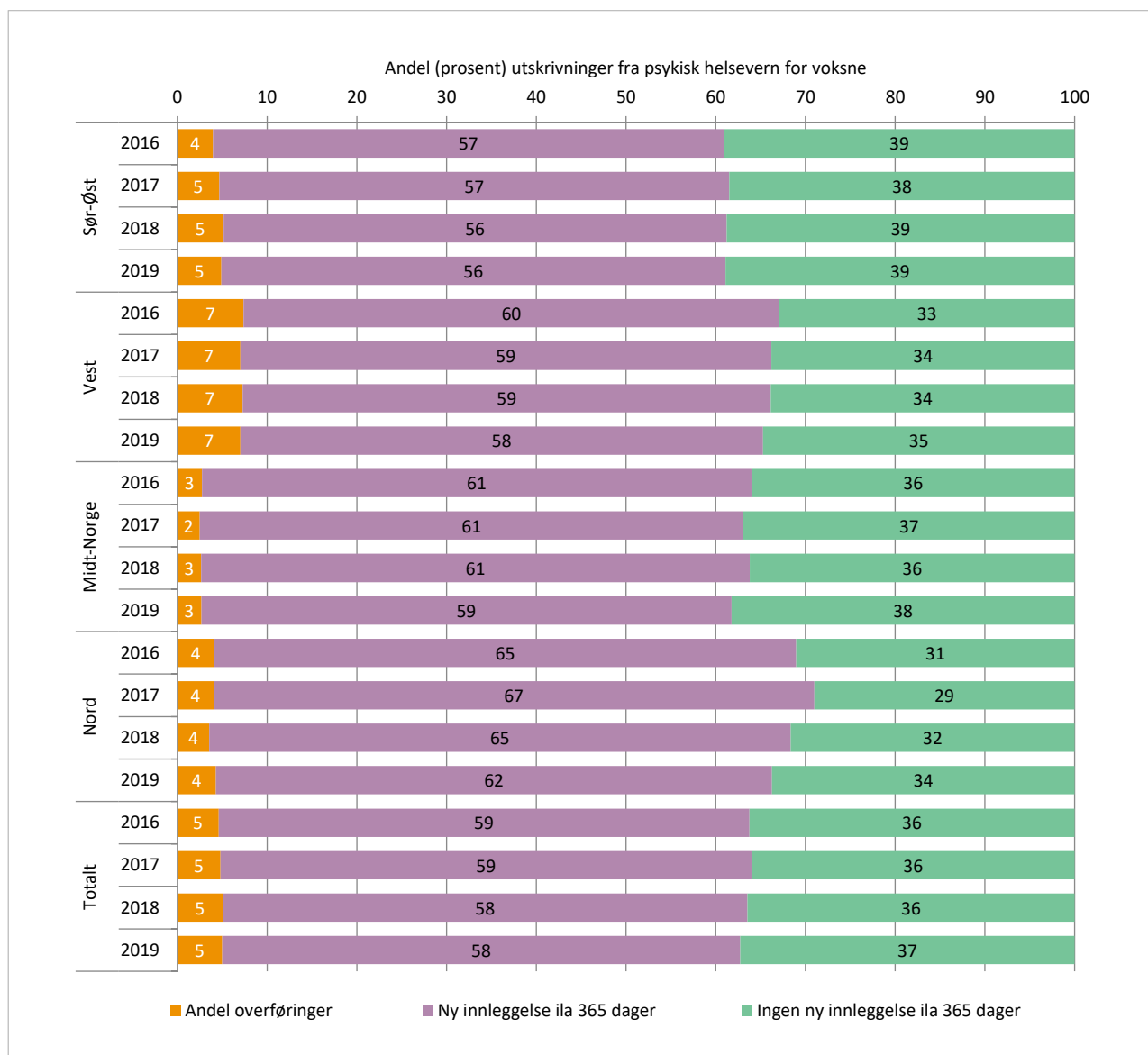
For helseforetak og private foretak samlet sett, var median varighet av døgnbehandling på 7 dager og anslagsvis 95 prosent av døgnbehandlingene var avsluttet innen 50 dager i 2020.

Forløp etter utskrivning

Forløp i løpet av det første året etter utskrivning

Dette avsnittet viser forløp i løpet av det første året etter utskrivning. Her presenteres omfang av overføringer, ny innleggelse og andel utskrivninger hvor det ikke har funnet sted ny døgnbehandling for pasienten. Her er eventuell videre døgnbehandling i psykisk helsevern eller TSB tatt hensyn til. Utskrivninger fra helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern i perioden 2016-2019 er utgangspunktet for den summariske beskrivelsen av forløpet i løpet av 365 dager etter utskrivning som er presentert figur 12-1.

Figur 12-1 Forløp ett år etter utskrivning fra døgntilrettelagt ved helseforetak og private foretak.



Samlet sett ble 5 prosent av utskrivningene i 2019 videreført i form av overføring til døgntilrettelagt ved annet foretak. Det er flere private foretak som har driftsavtale og områdeansvar, slik at det i mindre grad er snakk om en rollefordeling mellom helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern. Unntaket er i Vest hvor mange DPS-er er private foretak og overføringer til/fra disse medførte en høyere andel overføringer sammenlignet med de øvrige regionene.

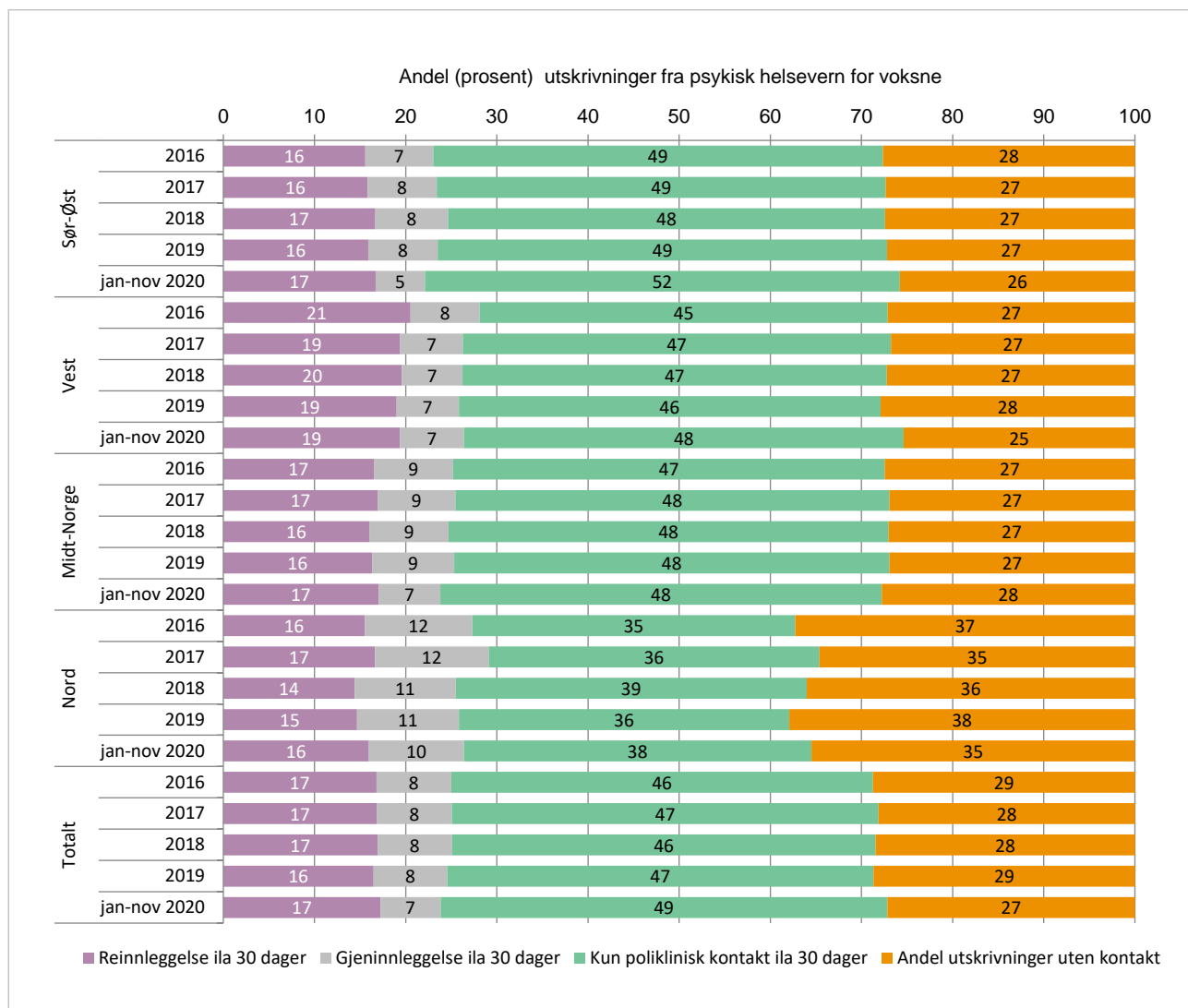
Andel utskrivninger som ble etterfulgt av en ny innleggelse på et senere tidspunkt, utgjorde 58 prosent av utskrivningene i 2019 og var stabilt gjennom hele perioden. I Nord var andel utskrivninger i 2019 med ny innleggelse i løpet av det påfølgende året 62 prosent, og lå noe høyere enn i de øvrige regionene.

Andel døgntilrettelagte som ikke ble etterfulgt av ny innleggelse i løpet av året etter utskrivning, utgjorde 37 prosent av utskrivningene i 2019. Her lå Nord og Vest lavere sammenlignet med de øvrige regionene.

Forløp i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning

I dette avsnittet har vi sett på i hvilken grad pasientene mottok en poliklinisk kontakt eller ny innleggelse i spesialisthelsetjenesten i løpet av den første måneden etter avsluttet døgntilrettelagt behandling. Regionvise resultater for forekomsten av ny innleggelse eller poliklinisk kontakt etter utskrivning er presentert i figur 12-2. I figur 12-3 er forekomsten av poliklinisk kontakt etter utskrivning vist, uavhengig av eventuell døgntilrettelagt behandling i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning.

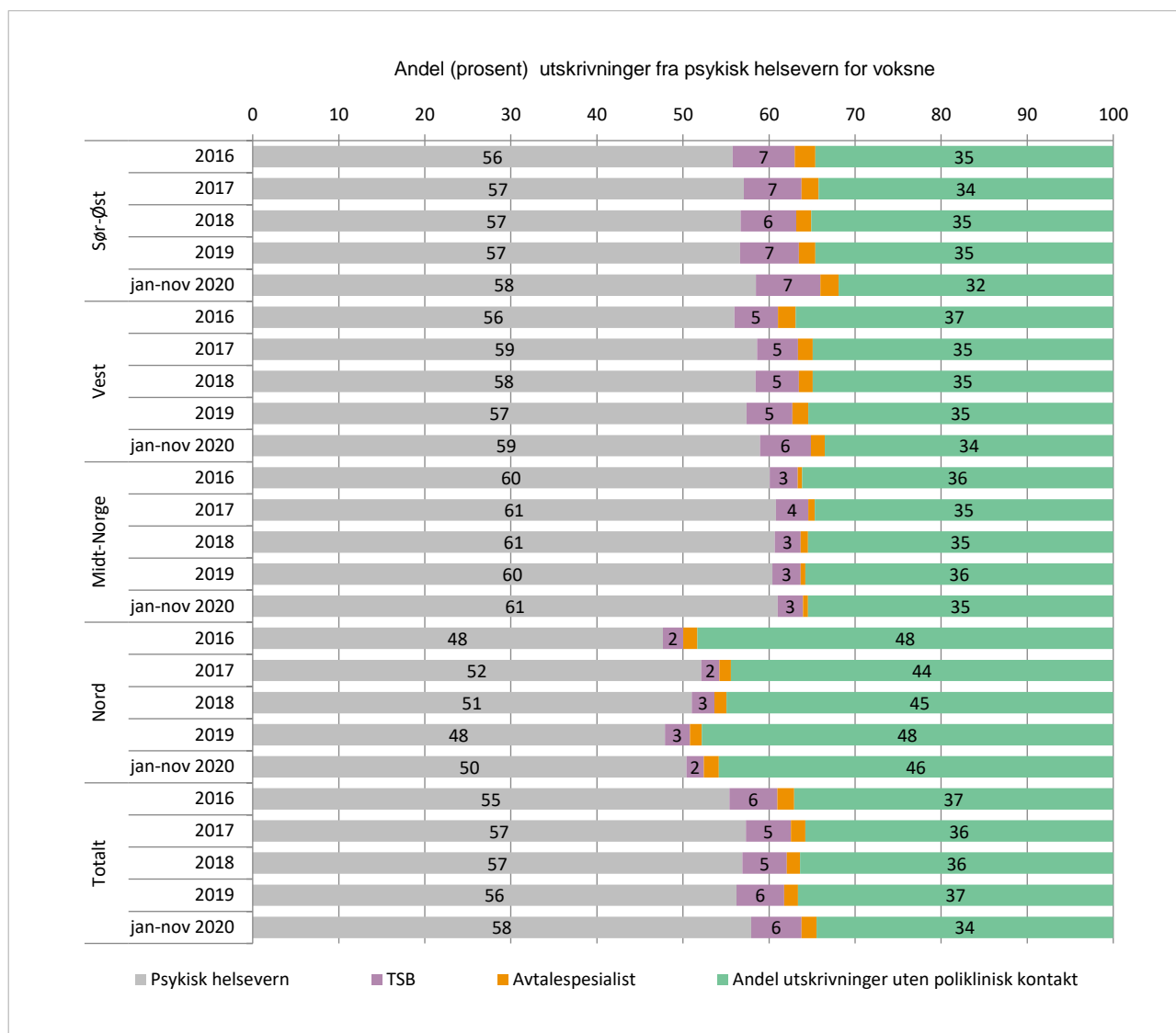
Figur 12-2 Forløp ila 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling ved helseforetak og private foretak.



Samlet sett var 27 prosent av utskrivningene i perioden januar til november 2020 uten ny kontakt med psykisk helsevern eller TSB i løpet av de første 30 dagene. Andel utskrevne pasienter med kun poliklinisk kontakt utgjorde 49 prosent av utskrivningene. Andel reinnleggelser; ny innleggelse som øyeblikkelig hjelp, utgjorde 17 prosent, mens planlagte gjeninnleggelser var knyttet til 7 prosent av utskrivningene. Det var små endringer i løpet av perioden, med unntak av en svak økning i bruk av poliklinisk kontakt etter utskrivning.

I Nord var 35 prosent av alle utskrivninger uten ny kontakt med psykisk helsevern eller TSB de første 30 dagene, og regionen lå høyere enn de øvrige tre regionene. Noe av forklaringen ligger i regionens bruk av poliklinisk kontakt etter utskrivning, som var lavere enn i de øvrige regionene (jmf figur 12-3).

Figur 12-3 Poliklinisk kontakt ila 30 dager etter utskrivning fra døgnerbehandling ved helseforetak og private foretak.



Figur 12-3 viser forekomsten av poliklinisk kontakt i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning fra døgnerbehandling og i alt 66 prosent av de utskrevne pasientene hadde minst en poliklinisk kontakt i 2020. Dette var en svak økning på 3 prosentpoeng siden starten av perioden. Dette medførte følgelig at færre utskrivninger var uten poliklinisk kontakt med tjenesten etter utskrivning i løpet av denne perioden. Det var imidlertid ulik bruk av TSB og avtalespesialister ila de første 30 dagene etter utskrivning i regionene. Hovedforskjellen mellom regionene bestod imidlertid av mindre bruk av poliklinisk kontakt etter utskrivning i Nord sammenlignet med de øvrige regionene.

Datagrunnlaget

Beregningen av døgnerbehandlingens varighet og forløp er basert på utskrivninger ved helseforetak eller private foretak ved bruk av analyseenheten foretaksopphold. Foretaksopphold beregnes separat for TSB, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Det vil si at døgneropphold ved poster, avdelinger og institusjoner innad i foretaket innen samme sektor ble lenket sammen til et foretaksopphold dersom døgnerbehandlingene avløste hverandre i tid. Her er også videre døgnerbehandling som finner sted dagen etter, inkludert. Datagrunnlaget er avsluttede og uavsluttede døgnerepisoder i løpet av perioden 2016-2020 innrapportert til NPR.

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. I kategorien overføring inngår overføring til et annet foretak; helseforetak eller privat foretak innen samme sektor, eller overføring til psykisk helsevern eller TSB. Når det gjelder forekomsten av ny innleggelse, er ny innleggelse ved annet foretak eller innleggelse ved psykisk helsevern eller TSB inkludert i kategorien. Somatisk sektor er ikke inkludert i denne sammenhengen slik at ingen ny innleggelse betydde 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 pasientens videre kontakt med psykisk helsevern eller TSB undersøkt. Her er avsluttede døgnbehandlinger ved foretakene i løpet av perioden 2016-november 2020 lagt til grunn for beregningene. Når det gjelder ny innleggelse eller ny kontakt etter utskrivning, er enhver kontakt med foretakene i TSB eller i psykisk helsevern inklusive avtalespesialistene, inkludert. Somatisk sektor er imidlertid ikke inkludert.

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

Polikliniske kontakter ved helseforetak/private foretak

Polikliniske kontakter ved helseforetakene og private foretak i løpet av perioden 2017-2020, er presentert i tabell 1.

Tabell 12-3 Antall polikliniske kontakter ved helseforetak og private foretak.

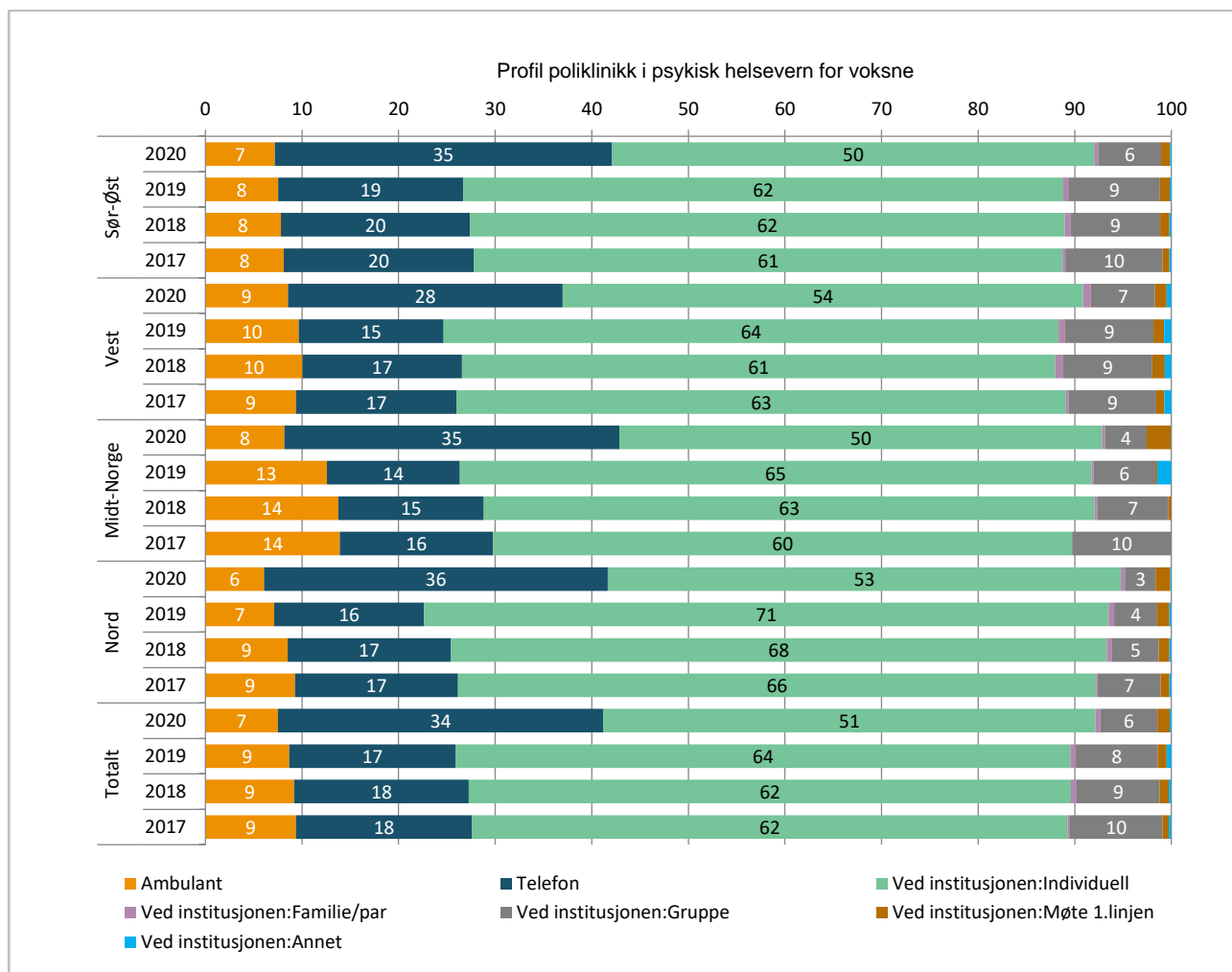
Tilknytningsregion	Antall polikliniske kontakter					
	2017	2018	2019	2020	Prosent endring 2017-20	Prosent endring 2019-20
Sør-Øst	1 050 219	1 024 954	1 050 457	1 087 038	4	3
Vest	347 406	348 620	354 243	352 960	2	0
Midt-Norge	283 789	269 373	269 644	270 319	-5	0
Nord	160 950	158 936	149 860	154 026	-4	3
Totalt	1 842 364	1 801 883	1 824 208	1 864 345	1	2

Antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne har økt med 2 prosent fra 2019 til 2020. Veksten i det polikliniske tilbudet var knyttet til Sør-Øst og Nord, mens det var ingen endring i volumet av polikliniske kontakter i Vest og Midt-Norge i løpet av 2020. Samlet sett for perioden 2017-2020 var det en vekst i Sør-Øst og Vest, mens Midt-Norge og Nord hadde en reduksjon i antall polikliniske kontakter.

Profilen i den polikliniske virksomheten

Volumet av polikliniske kontakter påvirkes av profilen i det polikliniske tilbudet. Telefonkontakter er mindre ressurskrevende sammenlignet med ambulante kontakter hvor behandlere drar ut fra institusjonen og oppsøker pasienten eller samarbeidende instanser for å avholde møter og samtaler relevant for behandlingsforløpet. Dersom telefonkontakter utgjør en stor andel av virksomheten ved et behandlingssted forventes det et større volum av polikliniske kontakter sammenlignet med behandlingssteder med et stort innslag av ambulant virksomhet. Profilen i det polikliniske tilbudet er presentert i figur 12-4.

Figur 12-4 Profilen i det polikliniske tilbudet ved helseforetak og private foretak fordelt etter tilknytningsregion.



Samlet sett utgjorde telefonkontakter 34 prosent av den polikliniske virksomheten i 2020. Dette var en økning på 17 prosentpoeng fra året før. I Sør-Øst, Midt-Norge og Nord utgjorde telefonkontakter 35-36 prosent av den polikliniske virksomheten, mens i Vest var omfanget noe lavere. Den utstrakte bruken av telefonkontakter i 2020 var trolig resultat av tiltak iverksatt som følge av pandemien.

Samtidig var andel ambulante kontakter noe lavere i 2020 sammenlignet med 2019. Samlet sett utgjorde ambulante kontakter om lag 7 prosent av kontaktene i 2020. I Midt-Norge ble andel ambulante kontakter redusert fra 13 til 8 prosent i løpet av 2020, mens i de øvrige regionene var reduksjonen på ett prosentpoeng. Ser vi på perioden 2017-2020 var det liten endring i andel ambulante kontakter i Vest og Sør-Øst.

Kontakter som fant sted på institusjonene utgjorde en mindre andel av den polikliniske aktiviteten i 2020, sammenlignet med tidligere i perioden. Blant disse var det individuell samtale og gruppesamtale som var de vanligste kontakttypene i psykisk helsevern, og disse utgjorde hhv 51 og seks prosent av kontaktene i 2020.

Datagrunnlaget

Datagrunnlaget for polikliniske konsultasjoner er basert på de samlede innrapporterte kontakter til NPR. Ved beskrivelse av den polikliniske virksomheten ser vi i denne sammenhengen på profilen i tilbudet ved bruk av andeler av virksomheten heller enn volumtall og dekningsrater for de ulike kategoriene. De ulike kategoriene er basert på informasjon fra NPR-meldingen, og i tillegg er informasjon fra P-takster, særkoder og NCMP benyttet. Gjeldende ISF-regelverk mht konvertering fra P-takster via særkoder til NCMP kan påvirke volumtallene for kontakter innen de ulike kategoriene. Regiontallene er basert på helseforetakenes tilknytningsregion og kontaktene ved de private foretakene er fordelt etter pasientens bostedsregion. Resultater for helseforetakene og de private foretakene er tilgjengelig på våre nettsider hvor man også finner definisjonen av de ulike kategoriene av polikliniske kontaktene.

13. Befolkningens bruk av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Nasjonale utviklingstrekk

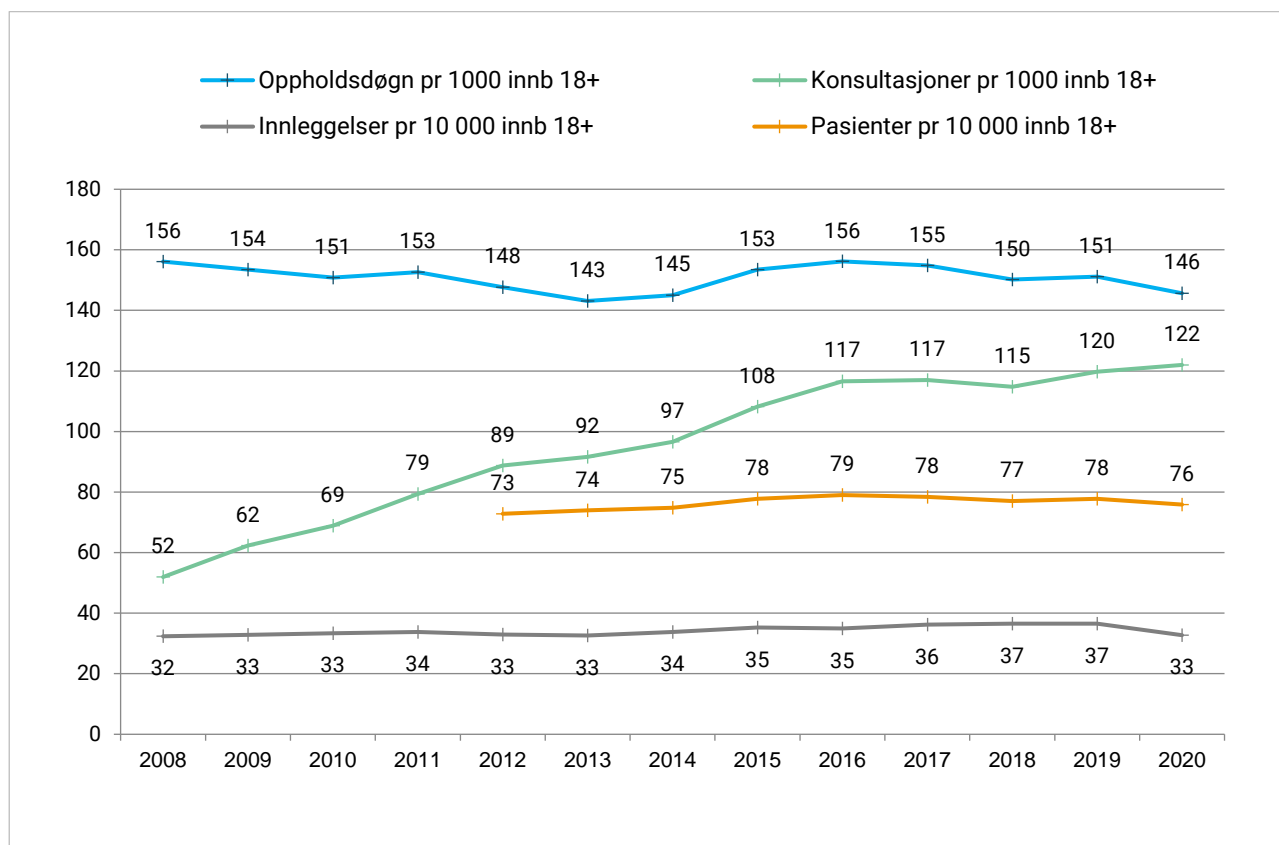
I løpet av 2020 fikk om lag 32 500 pasienter behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette var en nedgang på 2 prosent i løpet av det siste året. Nedgangen var både knyttet til færre døgnpasienter og til færre polikliniske pasienter. I løpet av perioden fra 2016 til 2020 var det en samlet nedgang i antall pasienter i TSB på 0,4 prosent og nedgangen var i samme størrelsesorden for både døgnpasienter og pasienter som kun var i poliklinisk behandling.

I løpet av 2020 var det 14 000 institusjonsinnleggelses i TSB, og døgntilbudet i løpet av dette året utgjorde 623 233 oppholdsdøgn. Dette var en nedgang på 10 og 3 prosent for hhv institusjonsinnleggelsene og oppholdsdøgnene fra året før. Ordningen Fritt behandlingsvalg (FBV) hadde flere oppholdsdøgn og færre innleggelses i løpet av 2020 sammenlignet med 2019. Innen den planlagte døgnkapasiteten (eksklusive FBV) var reduksjonen på 9 og 6 prosent for hhv institusjonsinnleggelses og oppholdsdøgn.

I løpet av 2020 utgjorde det polikliniske tilbudet i TSB 522 065 polikliniske kontakter og dette var en vekst på 3 prosent fra året før. Det var en vekst i både telefonkontakter og ambulant virksomhet i løpet av dette året. Det polikliniske tilbudet i form av virksomheten ved helseforetak og private foretak er omtalt i kapittel 15. I dette kapitlet er dekningsratene og geografiske forskjeller presentert.

I figur 13-1 er trendene for de befolkningsbaserte ratene; dekningsratene, basert på pasienter, oppholdsdøgn, innleggelses og polikliniske kontakter i TSB presentert. Dekningsratene tar hensyn til befolkningsutviklingen i aldersgruppen 18 år og eldre, som er den aldersgruppen tjenestene primært tilbyr behandling overfor.

Figur 13-1 Dekningsrater for oppholdsdøgn, innleggelses, polikliniske kontakter og pasienter i TSB.



Endringene siste år viste en nedgang i dekningsrate for innleggelser og oppholdsdøgn på hhv 10 og 4 prosent mens dekningsraten for polikliniske kontakter økte med 2 prosent. I løpet av perioden 2016-2020 var nedgangen for innleggelser og oppholdsdøgn på hhv 6 og 7 prosent, mens polikliniske kontakter økte med 5 prosent. Fra og med 2012 ble pasientdata ansett som såpass komplett at pasientrate kunne beregnes for TSB.

Regionale utviklingstrekk

Antall pasienter i behandling

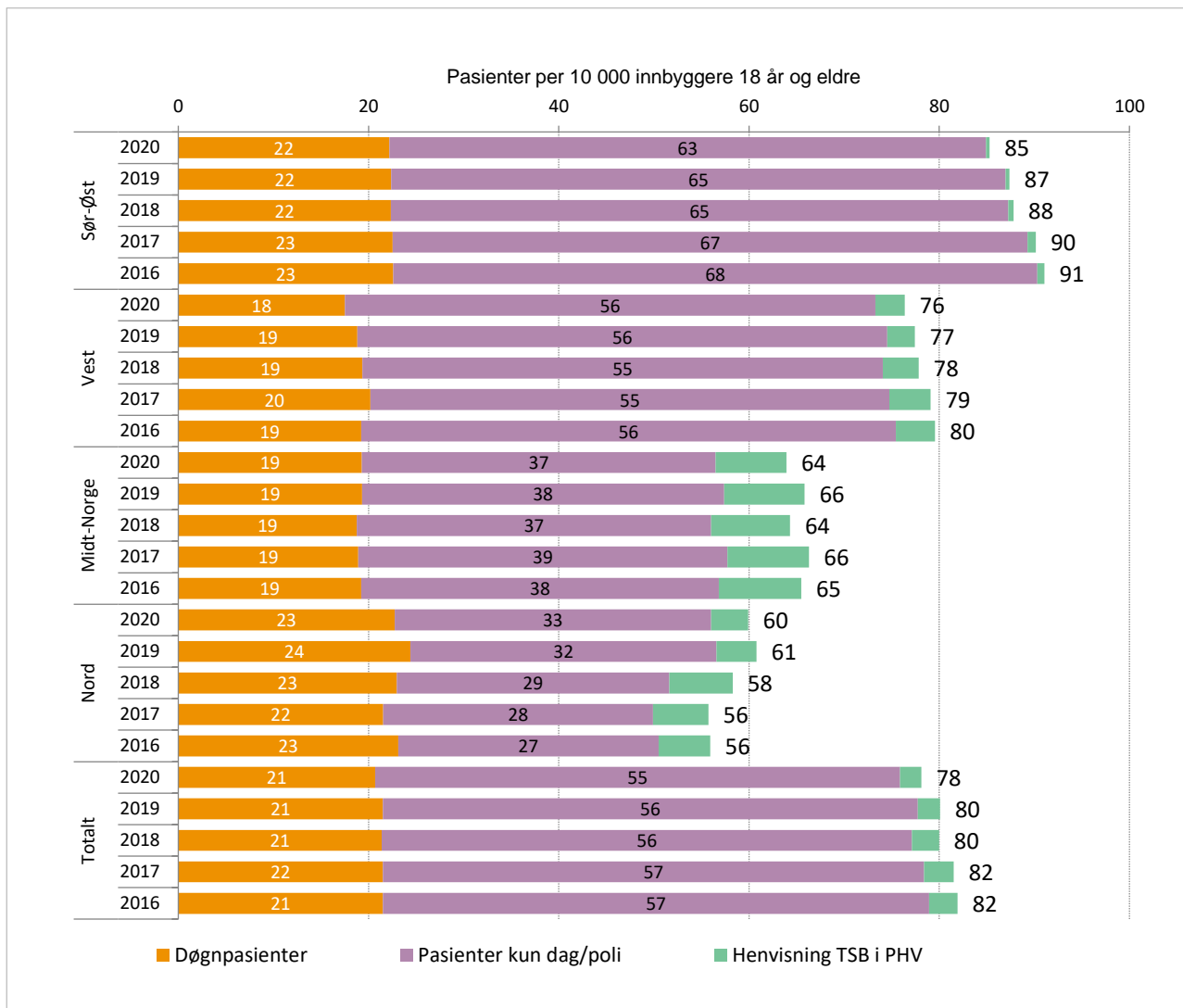
I Sør-Øst var det 2 prosent nedgang i antall pasienter i TSB i 2020 sammenlignet med året før. Endringen var på samme nivå for både døgnpasienter og pasienter som kun mottok poliklinisk behandling. I Helse Vest var det 1 prosent nedgang i antall pasienter totalt fra 2019 til 2020. Reduksjonen var knyttet til pasienter i døgnbehandling. I Helse Midt-Norge var det en nedgang på i antall pasienter på 0,7 prosent fra 2019 til 2020, og nedgangen var knyttet til pasienter som kun mottok poliklinisk tilbud. I Helse Nord ble det samlede volumet av behandlede pasienter i TSB redusert med 1 prosent fra 2019 til 2020. Reduksjonen var knyttet til døgnpasientene.

I løpet av perioden fra 2016 til 2020 var det samlet sett en nedgang på 0,5 prosent pasienter i behandling i TSB. Nedgangen i pasienttallet i Sør-Øst var knyttet til pasienter som kun var i poliklinisk behandling. Antall pasienter i TSB i Vest var uendret i løpet av perioden, men antall døgnpasienter ble redusert mens de øvrige pasientene ble flere. Antall pasienter i TSB i Midt-Norge og Nord økte i løpet av 2016-2020. I Midt-Norge var det vekst for både døgnpasienter og de øvrige, men i Nord var det pasienter som kun mottok poliklinisk behandling som økte.

Antall pasienter per innbygger

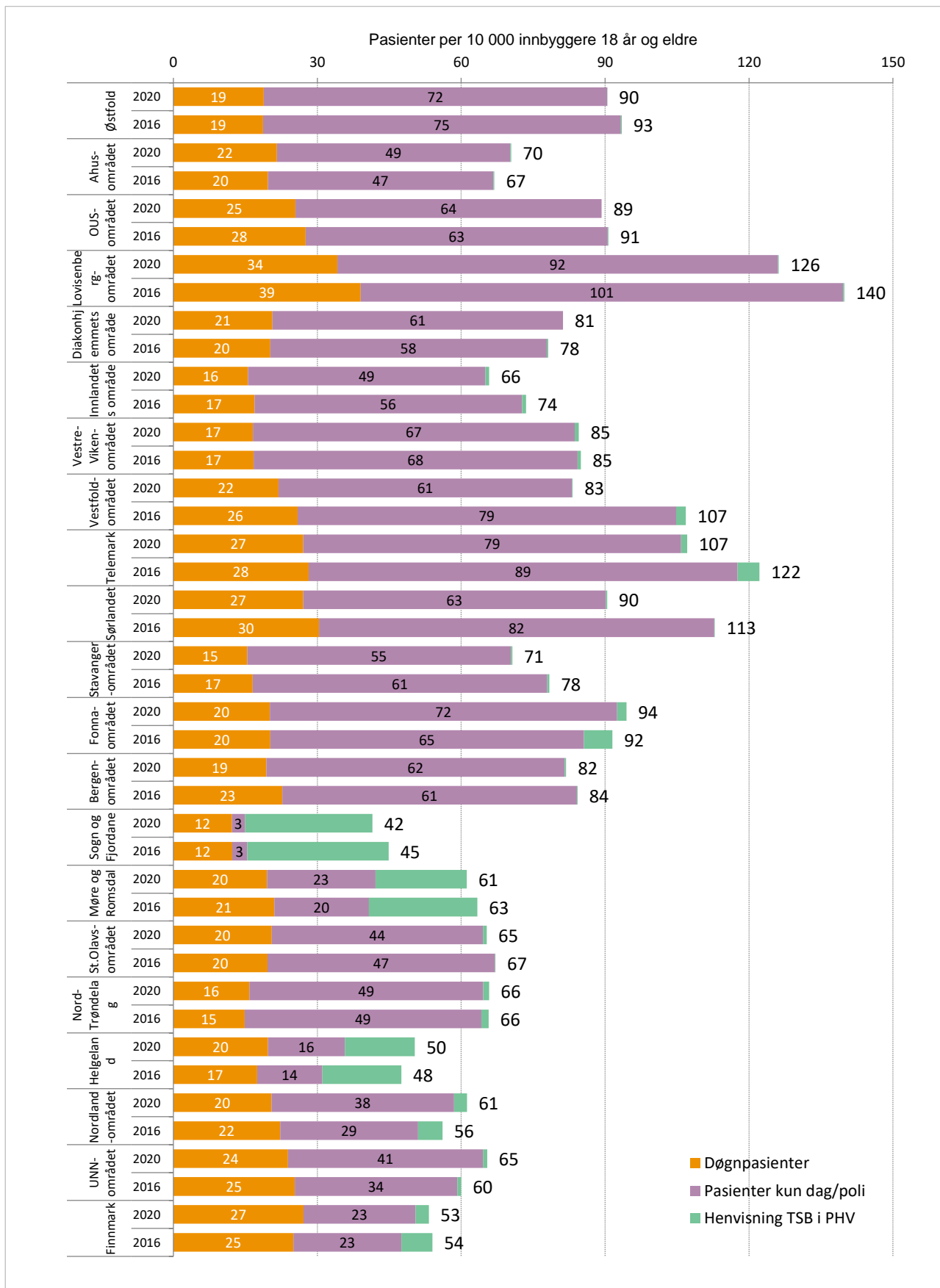
Rusbehandlingen som tilbys befolkningen i regionene, omfatter først og fremst behandlingstilbudet innen sektoren TSB. I enkelte foretak behandles henvisninger til rusbehandling ved vurderingsinstanser i psykisk helsevern. Denne virksomheten, samt utredning og behandling som utføres i psykisk helsevern når foretaket mangler ruspoliklinikk, omtales her som bidrag fra psykisk helsevern. Denne virksomheten inkluderes slik at statistikken synliggjør det samlede tilbudet til befolkningen bosatt i foretakenes opptaksområder. Når vi tar hensyn til befolkningsgrunnlaget blir de regionale forskjellene i rusbehandling som vist i figur 13-2. I figur 13-3 er forskjellene mellom bostedsområder innad i regionene presentert. Figurene viser antall pasienter per voksne innbyggere i perioden 2016 til 2020.

Figur 13-2 Pasienter i TSB og bidrag fra psykisk helsevern. Bostedsregion 2016-2020.



Figur 13-2 viser at Sør-Øst og Vest har de høyeste pasientratene gjennom hele perioden 2016-2020. De regionale forskjellene i pasientrate var mindre i 2020 sammenlignet med 2016. Mens Helse Nord hadde økt tilbudet slik at en større andel av befolkningen mottok behandling i løpet av perioden, var det samtidig en liten reduksjon i pasientraten i Helse Sør-Øst. Det var bidrag fra psykisk helsevern både i Helse Midt-Norge, Helse Nord og i Vest gjennom perioden. De regionale forskjellene skyldes i hovedsak ulik bruk av polikliniske tjenester. Når det gjaldt pasienter i døgnbehandling var det små regionale forskjeller i pasientrate i løpet av perioden.

Figur 13-3 Pasienter i TSB og bidrag fra psykisk helsevern. Bostedsområde 2016 og 2020.



Det var tildels store forskjeller mellom bostedsområder innad i regionene (figur 13-3). Forskjellene var fremdeles knyttet til bruken av poliklinisk rusbehandling, og det var små forskjeller med hensyn til døgnpasienter per innbygger. Foretaksområder med betydelig bidrag fra psykisk helsevern var Sogn- og Fjordane, Møre og Romsdal og Helgeland.

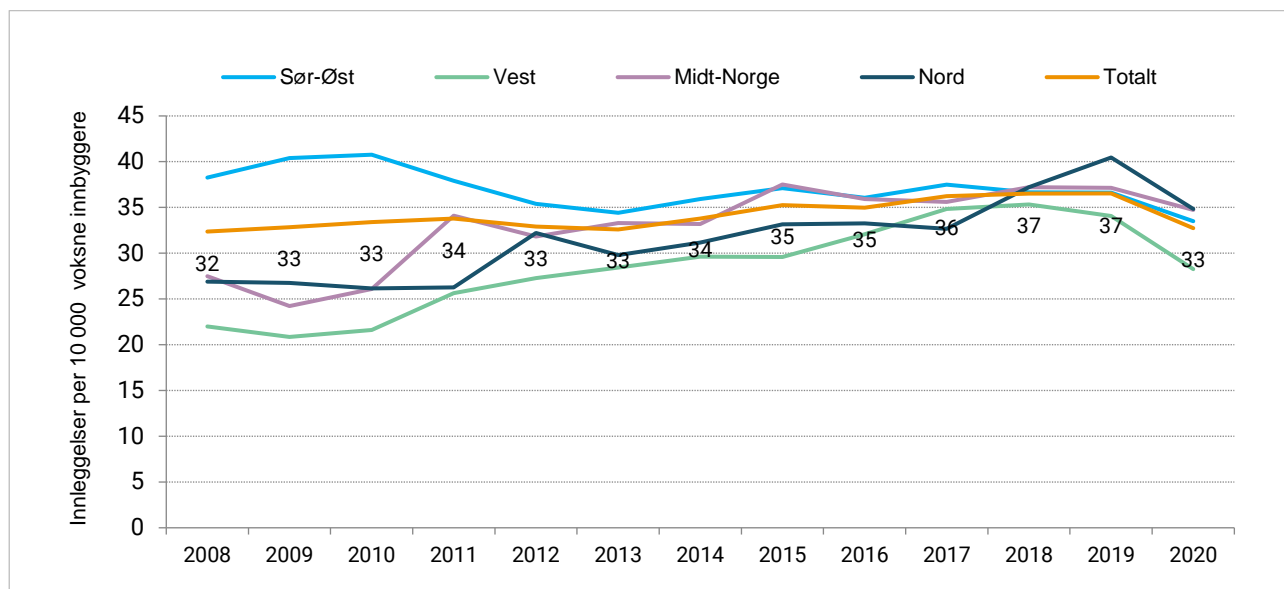
Kart som viser geografiske forskjeller i pasienters bruk av de ulike behandlingstilbudene, finnes på våre nettsider²⁰.

Bruken av institusjonsinnleggelses, oppholdsdøgn og polikliniske kontakter i sektoren

De historiske nøkkeltallene for volumet av behandlingsaktiviteten i TSB er institusjonsinnleggelses, oppholdsdøgn i løpet av aktivitetsåret og polikliniske kontakter med sektoren. Dette er opplysninger som tidligere ble innhentet av SSB (skjema 38) fra alle behandlingseenheter hvert år. Hovedkilden fra og med 2012 var pasientdata innrapportert til NPR, supplert med innhentede opplysninger fra enkeltinstitusjoner.

Døgnbehandlingen var og er fremdeles en sentral del av behandlingstilbudet i TSB. Volumet av oppholdsdøgn er i stor grad styrt av antall døgnplasser og type behandlingstilbud innen døgnkapasiteten. Øyeblikkelig hjelp-tilbudet genererer mange innleggelses av kort varighet, og det er naturlig å forvente et døgnbelegg på godt under 100 prosent. Langtidsbehandling, som utgjør en betydelig andel av døgntilbudet, bidrar med færre innleggelses og mange oppholdsdøgn og langtidsplassene til i større grad ha tilnærmet fullt belegg. Den regionale utviklingen i institusjonsinnleggelses og oppholdsdøgn per innbygger de siste årene er vist i figur 13-4 og figur 13-6. I figur 13-5 og figur 13-7 er hhv innleggelses og oppholdsdøgn fordelt på helseforetak, private avtaleforetak og FBV.

Figur 13-4 Innleggelses ved institusjoner i TSB. Bostedsregion 2018-2020.

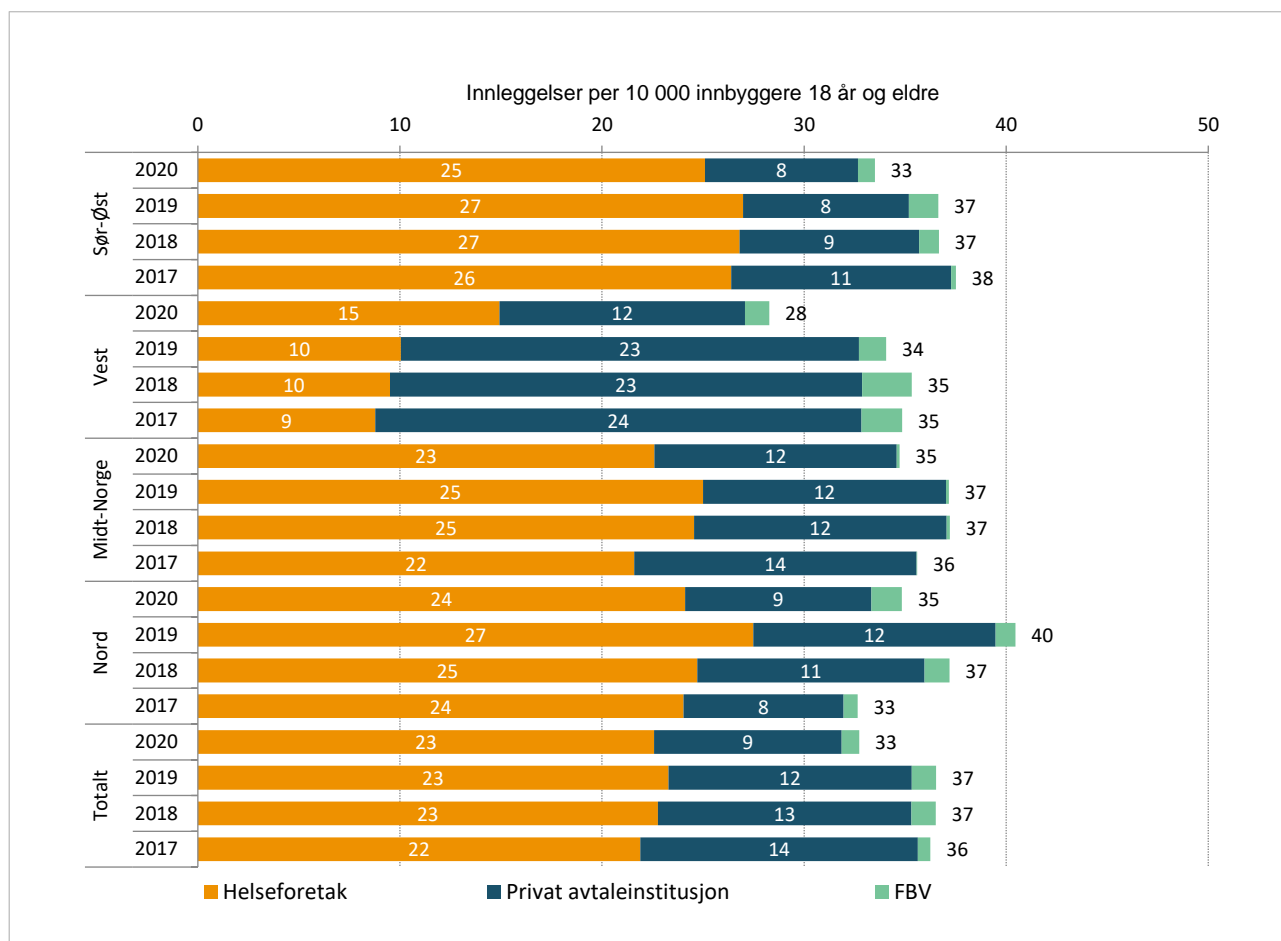


Utviklingen i antall innleggelses per innbyggere viser at de regionale forskjellene ble mindre frem mot 2018. Det siste året var det en nedgang i innleggelses per innbygger i alle regionene. Sør-Øst og Midt-

²⁰ Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

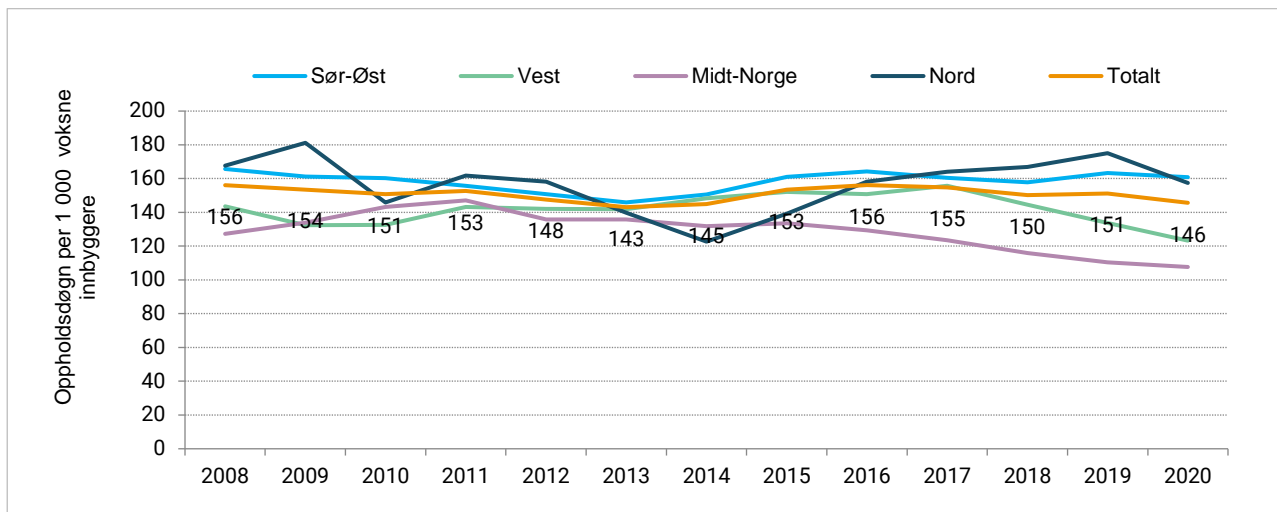
Norge hadde en nedgang på hhv 9 og 7 prosent, mens Vest og Nord hadde hhv 17 og 14 prosents nedgang for institusjonsinnleggelse.

Figur 13-5 Innleggelse i TSB fordelt på helseforetak, private avtaleforetak og FBV. Bostedsregion 2017-2020.



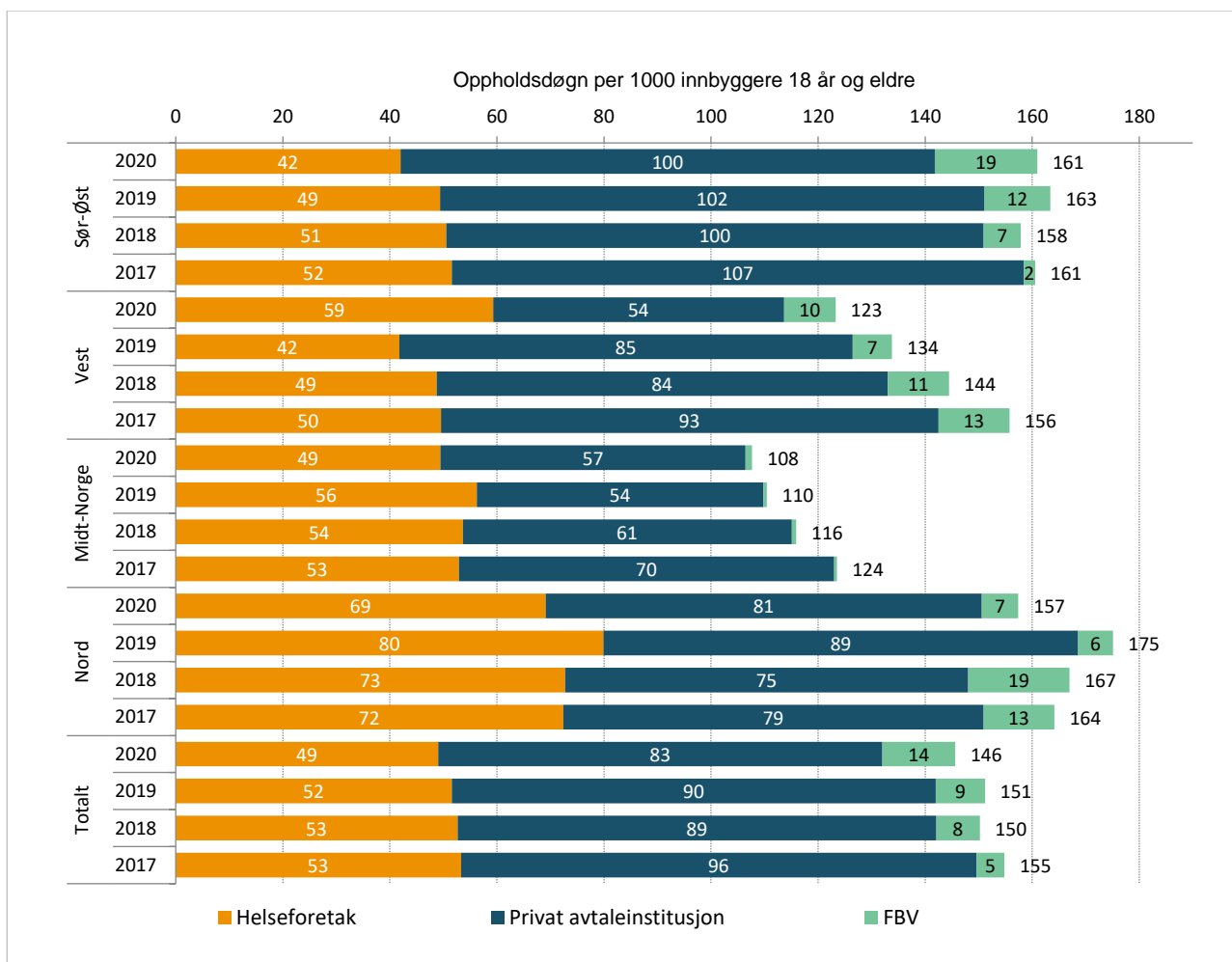
I figur 13-5 er innleggelsene fordelt på helseforetak, private avtaleforetak og institusjoner innen ordningen FBV. Figuren viser at det er ulike innslag av private blant innleggelsene og det er helseforetakene som har hovedandelen av innleggelsene, og for 2020 gjelder det også i Vest. Reduksjonen i dekningsrate for innleggelse til TSB har i størst grad funnes sted ved helseforetakene, med unntak av i Vest hvor dekningsraten for innleggelse økte for helseforetak på grunn av Helse Bergens overtagelsen av Bergensklinikkene i desember 2019.

Figur 13-6 Oppholdsøst i TSB. Bostedsregion 2008-2020.



Nedgangen i antall oppholdsøst i Sør-Øst og Midt-Norge var hhv 2 og 3 prosent, mens i Vest og Nord var den på hhv 8 og 10 prosent siste år. Bruken av FBV hadde liten betydning for innleggelsesratene (figur 13-5), men spilte en rolle for regionenes dekningsrate basert på oppholdsøst (figur 13-7).

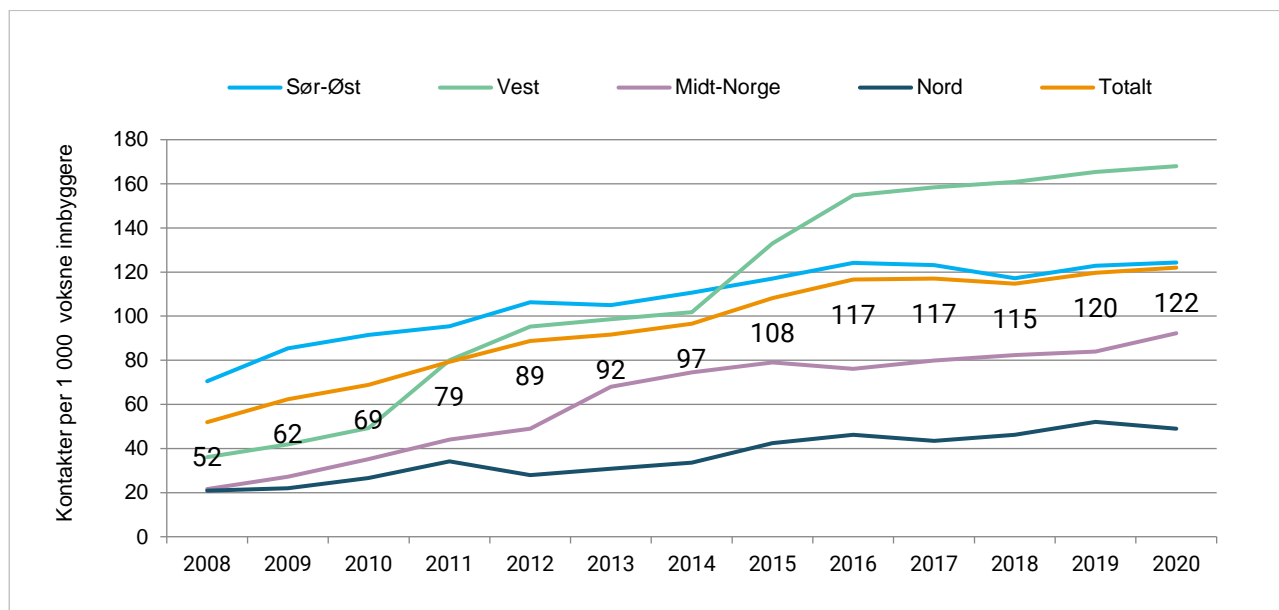
Figur 13-7 Oppholdsøst i TSB fordelt på helseforetak, private avtaleinstitusjoner og FBV. Bostedsregion 2017-2020.



Nedgangen i dekningsrate for oppholdsdøgn ved helseforetakene var gjennomgående for alle regionene unntatt Vest, og dette ble i liten grad kompensert gjennom økt aktivitet ved private avtaleforetak. I Vest økte dekningsraten for oppholdsdøgn ved helseforetak på grunn av overtakelsen av Bergensklinikkene. For Nord viste utviklingstrekkene flere store endringer i dekningsratene gjennom perioden. Endringen fra 2019 til 2020 må også ses i lys av dette.

I figur 13-8 er den regionale utviklingen i polikliniske kontakter basert på samlet aktivitet ved helseforetak og private foretak i løpet av 2008-2020 presentert.

Figur 13-8 Polikliniske kontakter per innbygger. Tilknytningsregion 2008-2020.



Figur 13-8 viser at det var en betydelig vekst i dekningsraten for polikliniske kontakter, men en svakere økning de siste årene. Tydeligst var veksten i Vest som også hadde den høyeste dekningsraten de siste årene, mens nivået i Nord flatet ut på det laveste nivået blant regionene. Presentasjon av poliklinisk virksomhet ved helseforetakene/de private foretakene etter tilknytningsregion er presentert i kapittel 15.

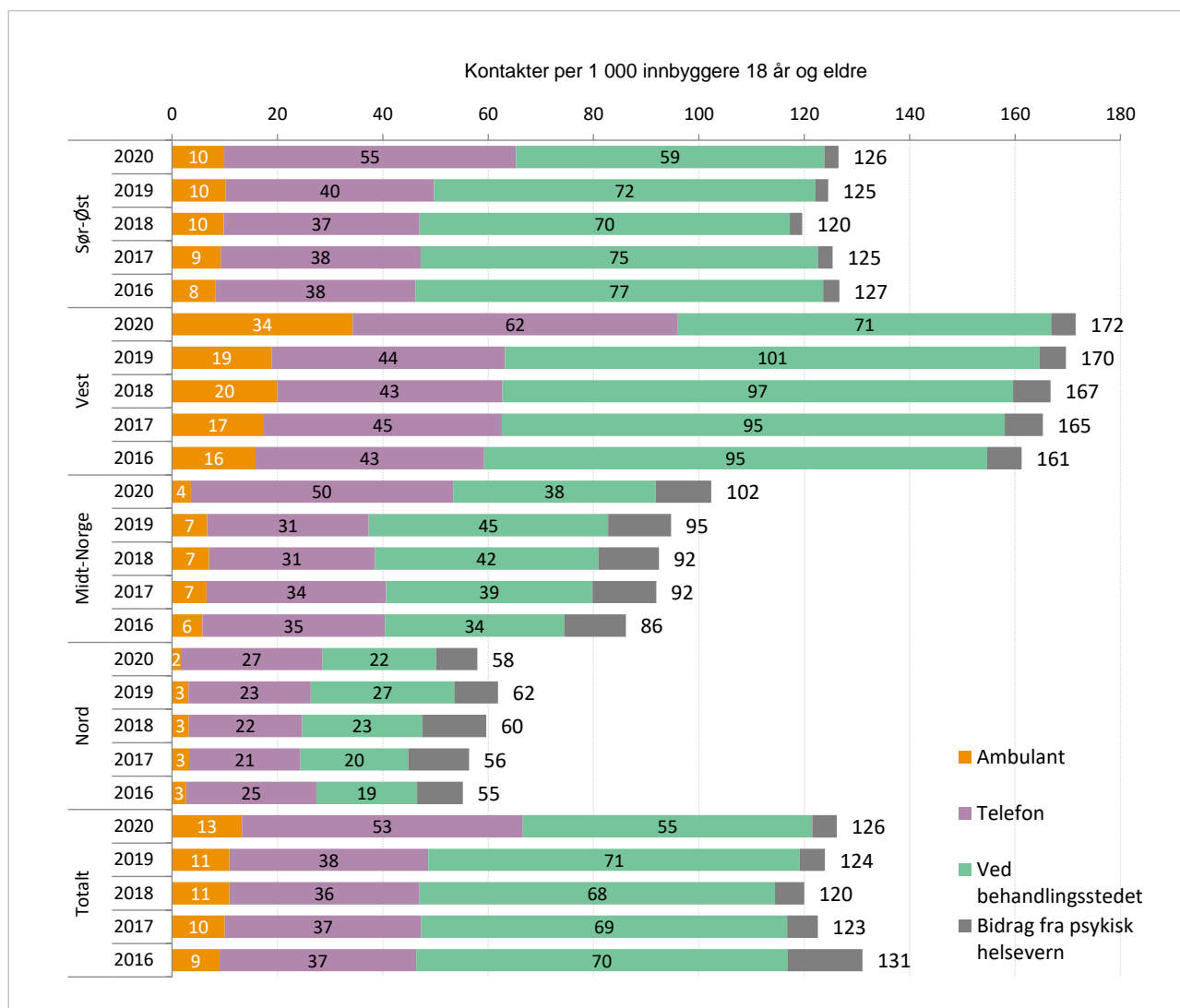
Poliklinisk rusbehandling

Dette avsnittet ser nærmere på type kontakt pasientene har i tilbudet om poliklinisk rusbehandling i TSB inklusive bidraget fra psykisk helsevern. De polikliniske kontaktene er klassifisert som ambulant kontakt, telefonkontakt og øvrig kontakt ved behandlingsstedet. Mer om klassifiseringen er beskrevet under *Aktivitet og profiler* og kart som viser geografiske forskjeller i bruken av de ulike behandlingstilbud finnes på *Bruk av tjenester* på våre nettsider²¹.

Dekningsrater for polikliniske kontakter kun knyttet til voksne pasienter er presentert etter bostedsregion i figur 13-9 og etter bostedsområder i figur 13-10.

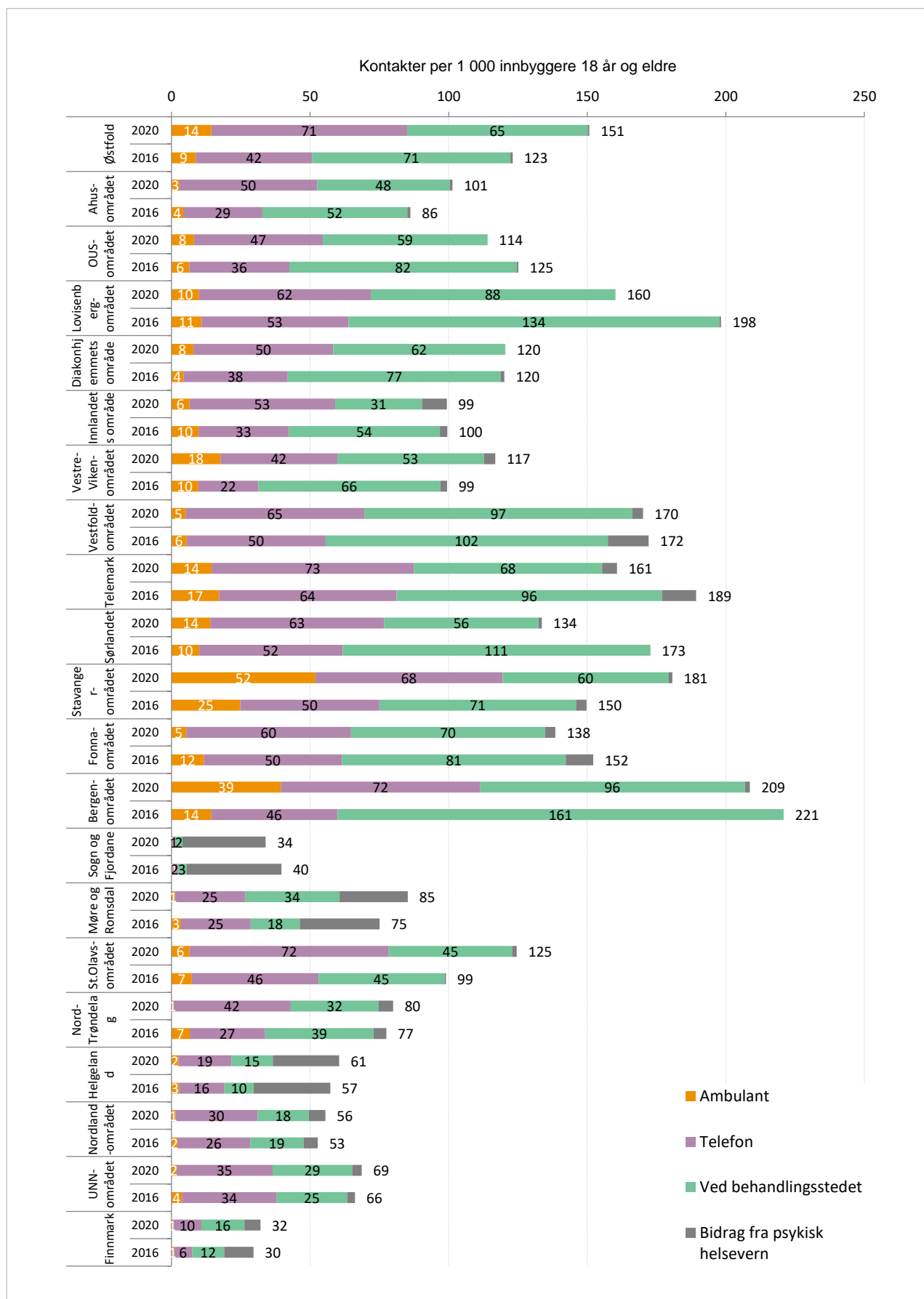
²¹ Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

Figur 13-9 Polikliniske kontakter i TSB etter pasientens bostedsregion.



Dekningsratene for polikliniske kontakter i 2020 var kjennetegnet ved høyere bruk av telefonkontakter sammenlignet med tidligere år. Økningen i dekningsrate for telefonkontakt var på 29 prosent, og økningen fant sted i alle regionene. Bruken av ambulante kontakter var større, men det var kun knyttet til Vest. Veksten i dekningsrate for kontaktene i TSB fra 2019 til 2020 var på 2 prosent og de regionvise endringene viste en vekst på 10 prosent i Midt-Norge og 1 prosent i Vest og Sør-Øst, mens dekningsraten ble redusert med 7 prosent i Nord. Når bidraget fra psykisk helsevern ble inkludert var veksten i Sør-Øst og Midt-Norge på hhv 2 og 7 prosent.

Figur 13-10 Polikliniske kontakter i TSB etter pasientens bostedsområde.



Figur 13-10 viser polikliniske kontakter per voksne innbygger etter pasientens bostedsområde og synliggjør de store geografiske forskjellene innen poliklinisk rusbehandling i TSB. Bidraget fra psykisk helsevern utgjør betydelige innslag i det polikliniske tilbudet i Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Helgeland. Dekningsratene for det samlede polikliniske tilbudet innen rusbehandling lå mer enn 30 prosent under landsgjennomsnittet i Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og i Nord i 2020.

Bruken av ambulante kontakter har økt siden 2016 og dekningsgraden har økt mest for områdene som lå høyt i 2016. Vestre Viken-området, Stavanger-området og Bergen-området har de høyeste dekningsratene for ambulante kontakter i 2020.

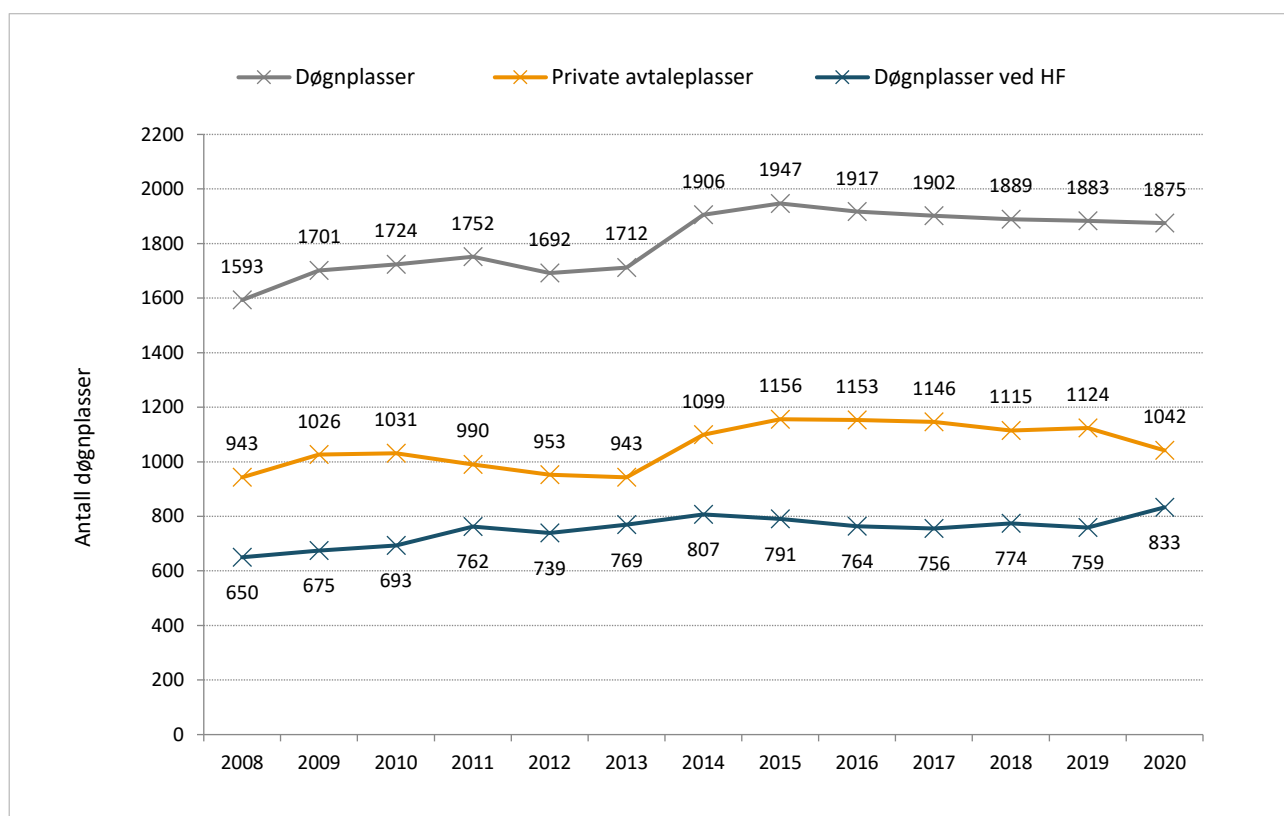
Bruken av telefonkontakter lå over landsgjennomsnittet i Østfold, Lovisenberg-området, Vestfold-området, Telemark, Sørlandet, Stavanger-området, Fonna-området, Bergen-området og St.Olavs-området i 2020.

14. Døgnplasser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Antall døgnplasser

Antall døgnplasser viser omfanget av den planlagte kapasiteten i døgntilbudet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Statistikken baserer seg på en optelling av antall døgnplasser ved utgangen av året. Dette er informasjon som kartlegges årlig gjennom samleoppgaver innhentet av SSB på skjema 38²². Antall døgnplasser omfatter det totale antall plasser som er tilrettelagt med tilpasset bemanning og legger en ytre ramme for døgncapasiteten innen denne sektoren. I 2020 er 56 prosent av døgnplassene lokalisert ved avtaleinstitusjonene som primært er 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 2020, fordelt på døgnplasser ved offentlige helseforetak og private avtaleinstitusjoner, er vist i figur 14-1.

Figur 14-1 Antall døgnplasser i TSB i perioden 2008-2020.



Utviklingstrekkene i figur 14-1 viser at veksten i antall døgnplasser fra perioden 2013-2015 ble avløst av en svak nedgang som avtok frem til 2020. Veksten frem til 2015 var knyttet til måltall for vekst i antall døgnplasser i oppdragsbrevet til de regionale helseforetakene for 2014²³. Der ble det fremmet ønske om at 200 flere avtaleplasser hos private 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.

²² [Spesialisthelsetjeneste innrapportering - helseforetak og private institusjoner - SSB](#)

²³ [Oppdragsdokument - regjeringen.no](#)

I tabell 14-1 er antall døgnplasser i regionene ved utgangen av 2020 presentert. I tillegg er endringer i antall døgnplasser fra 2013 til 2020 og fra 2019 til 2020 presentert.

Tabell 14-1 Antall døgnplasser i TSB i 2020 og endring i antall døgnplasser fra 2013 og 2019 etter tilknytningsregion.

Region	Døgnplasser 2020			Endring i antall døgnplasser fra 2013			Endring i antall døgnplasser fra 2019		
	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt
Helse Sør-Øst	409	710	1119	-24	119	95	-2	1	-1
Helse Vest	212	142	354	68	-30	38	76	-77	-1
Helse Midt-Norge	109	99	208	5	-15	-10	0	-6	-6
Helse Nord	103	91	194	15	25	40	0	0	0
Totalt	833	1042	1875	64	99	163	74	-82	-8

I perioden 2013 til 2020 har det vært en samlet økning på 163 døgnplasser i TSB. Økningen var primært knyttet til de private avtaleinstitusjonene. Siste år var det en nedgang på 8 døgnplasser.

I løpet av det siste året ble døgnplasskapasiteten ved helseforetakene økt med 74 døgnplasser mens det ble 82 færre private avtaleplasser. Denne endringen var primært knyttet til Helse Vest der Bergensklinikkene ble avviklet i desember 2019 og hvor behandlingstilbudet ble overført til Helse Bergen HF.

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 fremdeles ikke tilfredsstillende. Kartleggingen av akutttilbudet for rusmiddelavhengige som ble gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste TSB ved Oslo universitetssykehus konkluderte med at det var store forskjeller i omfang og innhold²⁴. Øyeblikkelig hjelp-innleggelse fordelt etter pasientenes bostedsområde er presentert i kapittel 2 og viser geografiske forskjeller i dette tilbudet.

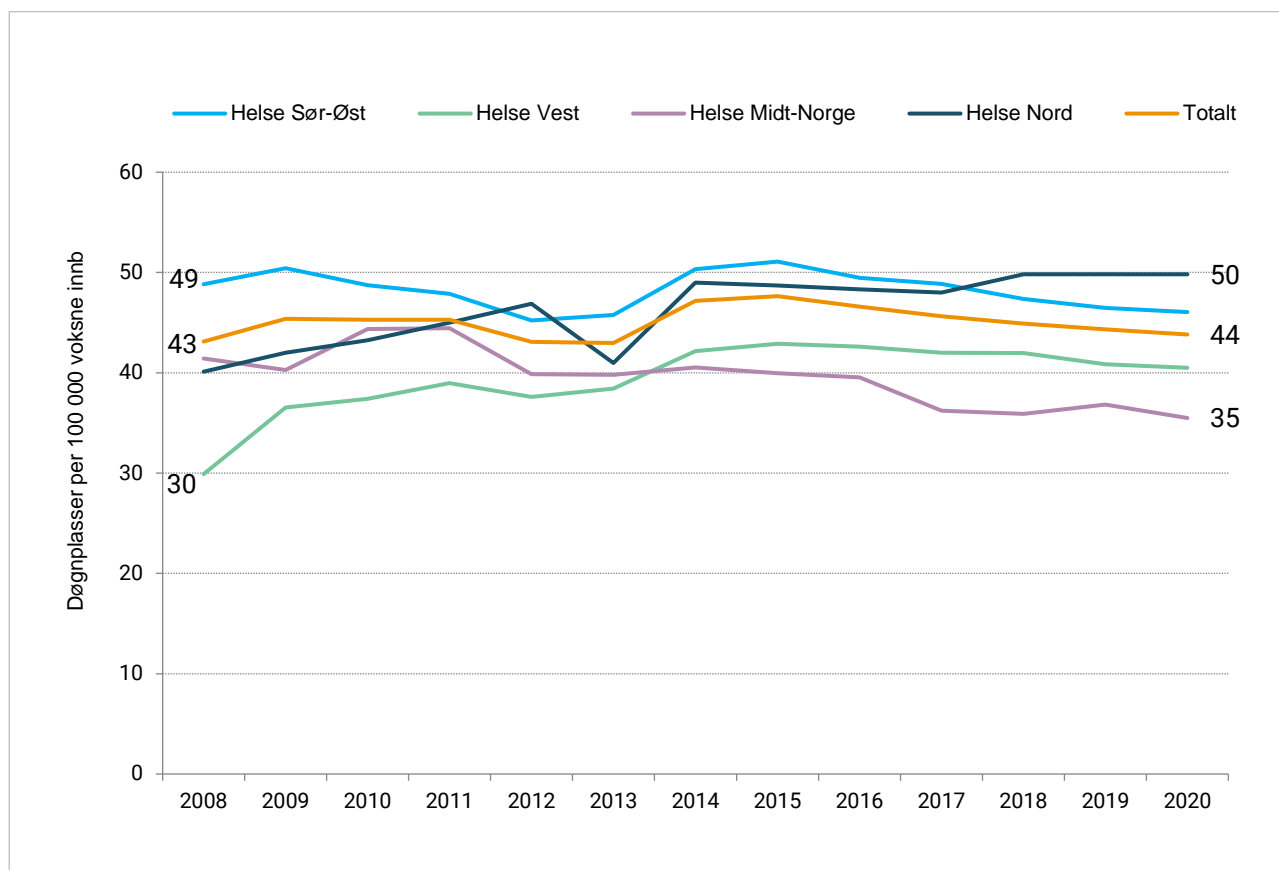
Antall døgnplasser relatert til befolkningsgrunlaget

I regionenes «sørge for» ansvar ligger det også et ansvar om å tilby en planlagt kapasitet innen døgnbehandlingstilbudet som er tilpasset regionens befolkningsgrunnlag.

I figur 14-2 er utviklingstall for dekningsratene i regionene presentert. Dekningsraten er antall døgnplasser per 100 000 voksne innbyggere.

²⁴ <https://rop.no/aktuelt/hva-er-et-godt-akuttillbud-for-ruspasienter/>

Figur 14-2 Dekningsrate for døgnplasser i TSB etter tilknytningsregion.



Nasjonal var det en nedgang på 1 prosent i dekningsrate i løpet av 2020. Dekningsratene i regionene viste små endringer det siste året, unntatt for Helse Midt-Norge som hadde en liten nedgang (4 prosent). Gjennom perioden 2008 til 2017 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 2020. Helse Nord har de senere årene hatt den høyeste døgnplassdekningen.

Grunnlagstabell

En oversikt over antall døgnplasser i TSB ved helseforetak (offentlige døgnplasser) og private avtaleinstitusjoner i regionene er presentert i tabell 14-2.

Tabell 14-2 Antall døgnplasser i TSB etter tilknytningsregion.

Region	Foretak	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	Offentlig	423	442	431	428	408	433	445	446	421	421	430	411	409
	Privat	590	619	611	613	590	591	698	729	730	729	697	709	710
	Totalt	1013	1061	1042	1041	998	1024	1143	1175	1151	1150	1127	1120	1119
Helse Vest	Offentlig	45	56	68	126	132	144	159	145	145	141	142	136	212
	Privat	180	224	224	183	172	172	193	217	217	218	219	219	142
	Totalt	225	280	292	309	304	316	352	362	362	359	361	355	354
Helse Midt-Norge	Offentlig	111	101	112	118	101	104	108	105	103	99	99	109	109
	Privat	101	108	121	119	115	114	117	119	115	108	108	105	99
	Totalt	212	209	233	237	216	218	225	224	218	207	207	214	208
Helse Nord	Offentlig	71	76	82	90	98	88	95	95	95	95	103	103	103
	Privat	72	75	75	75	76	66	91	91	91	91	91	91	91
	Totalt	143	151	157	165	174	154	186	186	186	186	194	194	194
Totalt	Offentlig	650	675	693	762	739	769	807	791	764	756	774	759	833
	Privat	943	1026	1031	990	953	943	1099	1156	1153	1146	1115	1124	1042
	Totalt	1593	1701	1724	1752	1692	1712	1906	1947	1917	1902	1889	1883	1875

15. Døgnbehandling og polikliniske kontakter i foretakene i (TSB)

Døgnbehandling ved helseforetak/private foretak

Døgntilbudet i foretakene er fordelt på helseforetak og private foretak. Det er arbeidsdeling mellom helseforetak og private foretak i regionen, hvor helseforetakene i hovedsak ivaretar tilbudet om øyeblikkelig hjelp, mens de private tilbyr planlagt døgnbehandling. Det er imidlertid forskjeller i behandlingsvarighet mellom regionene både innen helseforetak og private foretak. Dette er delvis knyttet til ulike institusjonstyper og behandlingstilbud både innen helseforetakenes tilbud og det private tilbudet. I 2020 er 56 prosent av døgnplassene private avtaleplasser. Disse avtaleinstitusjonene er godkjent av RHF-ene på grunnlag av foreliggende anbud og etterfølgende forhandlinger. I tillegg har ordningen Fritt behandlingsvalg (FBV) medført at også andre private foretak får anledning til å tilby døgnbehandling innen TSB.

Varigheten av døgnbehandlingen

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 15-1.

Tabell 15-1 Varigheten av døgnbehandlingen ved helseforetak og private foretak.

Behandlings sted	Region ¹	2017		2018		2019		2020	
		Median dager	Estimert trimpunkt ₂	Median dager	Estimert trimpunkt ₂	Median dager	Estimert trimpunkt ₂	Median dager	Estimert trimpunkt ₂
Helseforetak	Sør-Øst	10	39	9	31,5	9	31,5	8	29
	Vest	22	158,5	20	126,5	19	104	17	90,5
	Midt-Norge	8	63	8	63	7	50,5	7	59,5
	Nord	17	99,5	15	97	15	94,5	15	97
	Totalt	11	46,5	10	44	10	44	9	41,5
Private institusjoner ekskl FBV	Sør-Øst	63	405,5	88	460	82	437,5	84	448,5
	Vest	16	73	15	74,5	16	95,5	16	127
	Midt-Norge	14	134,75	14	129,5	13	92	15	112
	Nord	43	375	18	236,25	21	253,75	26	277,5
	Totalt	21	226,5	23	233	25	218	35	267,5
Fritt behandlingsvalg (FBV)	Totalt	91	332,5	91	345	87,5	367,5	89,5	332
Totalt		14	101	13	96	13	96	13	97,5

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

²Estimert trimpunkt er estimert 95 prosentil: $Q_3 + 1.5(Q_3 - Q_1)$ hvor $Q_1 = 25$ prosentil og $Q_3 = 75$ prosentil.

Varigheten av døgnbehandling ved helseforetakene hadde samlet sett en medianverdi på 9 dager i 2020. Dette betyr at halvparten av døgnbehandlingene ved helseforetakene var avsluttet i løpet av 9 dager. Den estimerte trimpunktgrensen var på 41,5 dager i 2020. Dette betyr at anslagsvis fem prosent av døgnbehandlingene hadde lengre døgnbehandling ved helseforetakene dette året.

Døgnbehandlingen ved de private avtaleinstitusjonene hadde samlet sett en median varighet på 35 dager i 2020.

Ved de private døgninstitusjonene innen FBV var median varighet av døgnbehandlingen på om lag 3 måneder og dette har vært stabilt i løpet av perioden.

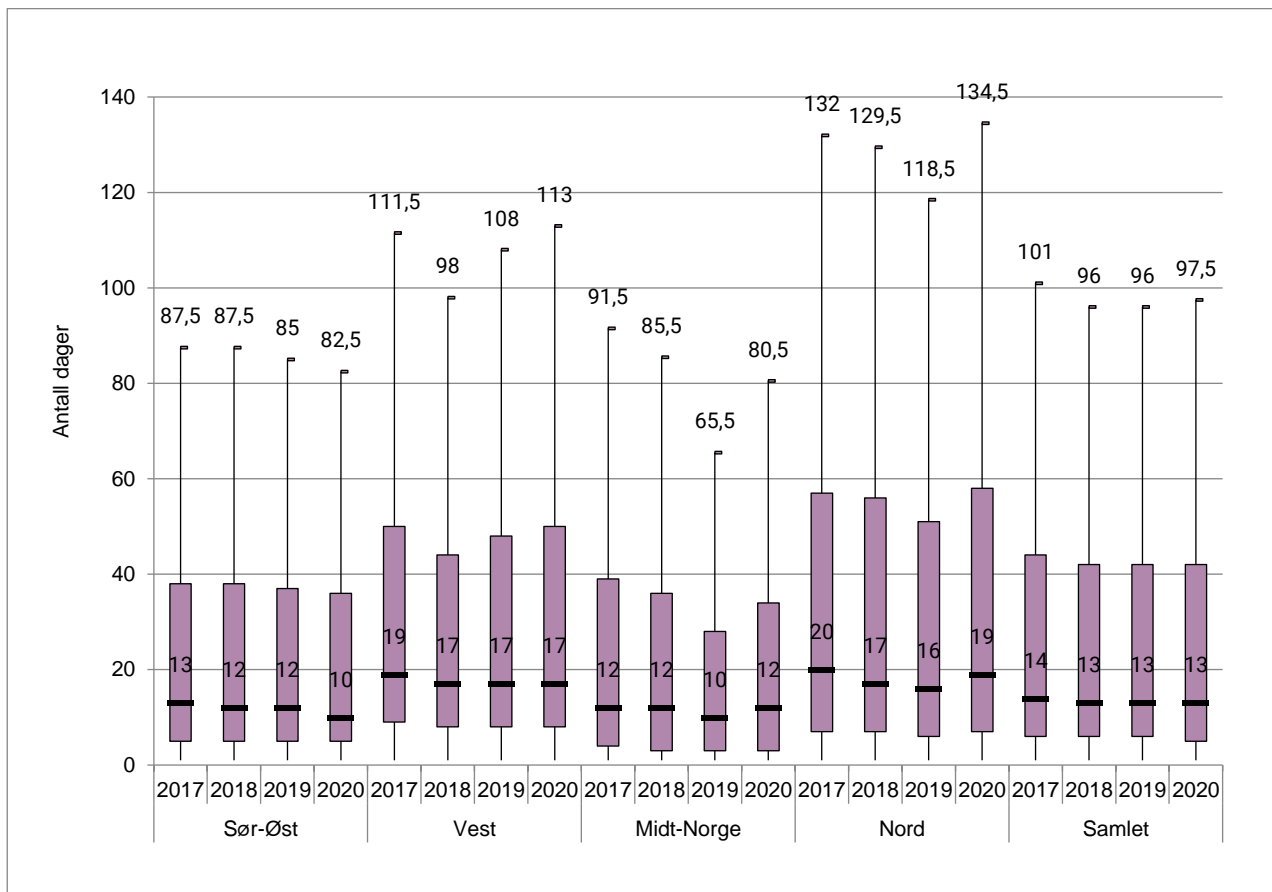
For helseforetak og private foretak samlet sett, var median varighet av døgnbehandling på 13 dager i 2020, og 95 prosent av døgnbehandlingene var avsluttet innen anslagsvis 97,5 dager

Det var store forskjeller mellom regionene med hensyn til døgnbehandlingens varighet; både ved helseforetakene og ved de private foretakene. Ved de private avtaleinstitusjonene som ble benyttet av Sør-Øst og Nord var varigheten av døgnbehandlingen lengre sammenlignet med avtaleinstitusjonene Vest og Midt-Norge hadde avtale med. Avtaleinstitusjonene i Vest og Midt-Norge hadde median varighet av døgnbehandlingen på om lag 14 dager og det var liten endring i løpet av perioden. Ved avtaleinstitusjonene i Nord var median varighet av døgnbehandlingen på 26 dager i 2020, mens i Sør-Øst hadde halvparten av døgnbehandlingene en varighet på 2-3 måneder. Døgnbehandlingen ved disse institusjonene økte i løpet av perioden 2017-2020.

Døgnbehandlingen ved helseforetakene i Sør-Øst og Midt-Norge var samlet sett kortere sammenlignet med det samlede tilbudet fra helseforetakene i de øvrige to regionene. Videre var døgnbehandlingen ved de private foretak i Vest og Midt-Norge kortere sammenlignet med døgnbehandlingen ved de private som ble benyttet av Sør-Øst og Nord.

Ser vi helseforetak og private foretak samlet blir resultatet som vist i figur 15-1, hvor varigheten av døgnbehandling basert på alle utskrivningene i løpet av 2017-2020 er presentert. Median varighet og trimpunkt er tallfestet i figuren.

Figur 15-1 Varigheten av døgnbehandlingen ved helseforetak og private foretak. Varigheten er beskrevet ved boksplokk.



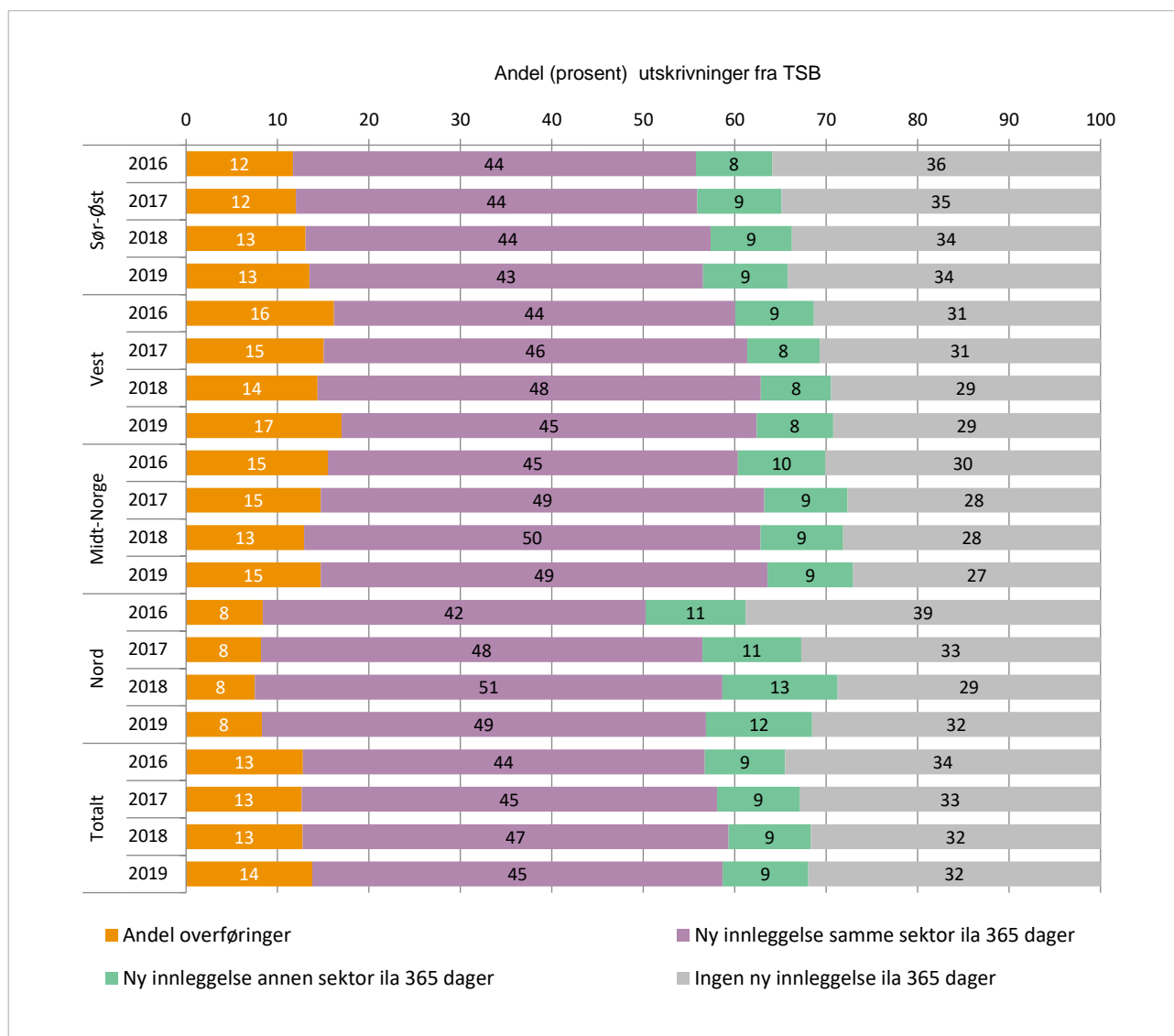
Figuren illustrerer varigheten av døgnbehandlingen ved helseforetakene inklusive bidraget fra private foretak i løpet av perioden 2017-2020. Det er Sør-Øst og Midt-Norge som har de korteste døgnbehandlingene og det er små endringer i løpet av perioden.

Forløp etter utskrivning

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 døgnbehandling for pasienten. Her er eventuell videre døgnbehandling i psykisk helsevern også tatt hensyn til. Figur 15-2 viser forløpet i løpet av 365 dager etter utskrivning fra helseforetak og private foretak innen TSB i perioden 2016-2019.

Figur 15-2 Forløp ett år etter utskrivning fra døgntilrettelagt ved helseforetak og private foretak.



Samlet sett ble 14 prosent av utskrivningene i 2019 videreført i form av overføring til døgntilrettelagt ved annet foretak. De ulike rollene mellom helseforetak og private foretak er eksempelvis arbeidsdelingen der utredningsarbeidet og avrusningstilbudet oftere skjer ved helseforetakene og lengre døgntilrettelagt ved de private foretakene. 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 døgntilrettelagte som ikke etterfølges av ny døgntilrettelagt i løpet av året etter utskrivning utgjør 32 prosent av utskrivningene i 2019.

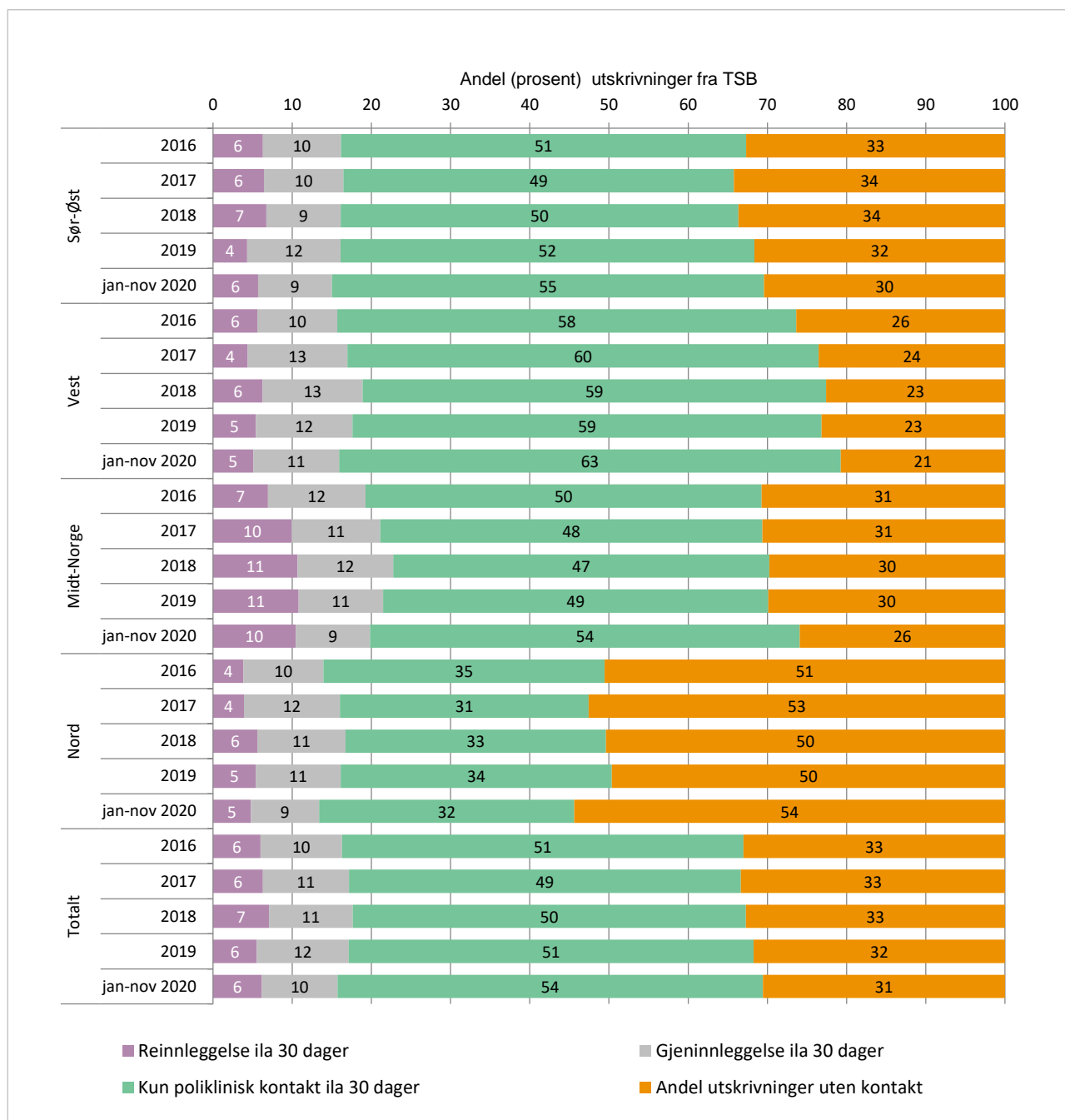
I Nord var det en lavere andel overføringer sammenlignet med de øvrige regionene. I Midt-Norge og Nord ble halvparten av utskrivningene etterfulgt av ny innleggelse ila det etterfølgende året, mens andelen i Vest og Sør-Øst var på hhv 45 og 43 prosent i 2019.

Forløp i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning

I dette avsnittet har vi sett på i hvilken grad pasientene mottok en poliklinisk kontakt eller ny innleggelse i spesialisthelsetjenesten i løpet av den første måneden etter avsluttet døgntilrettelagt.

resultater for forekomsten av ny innleggelse eller kun poliklinisk kontakt etter utskrivning er presentert i figur 15-3. Forekomsten av minst en poliklinisk kontakt etter utskrivning er presentert i figur 15-4.

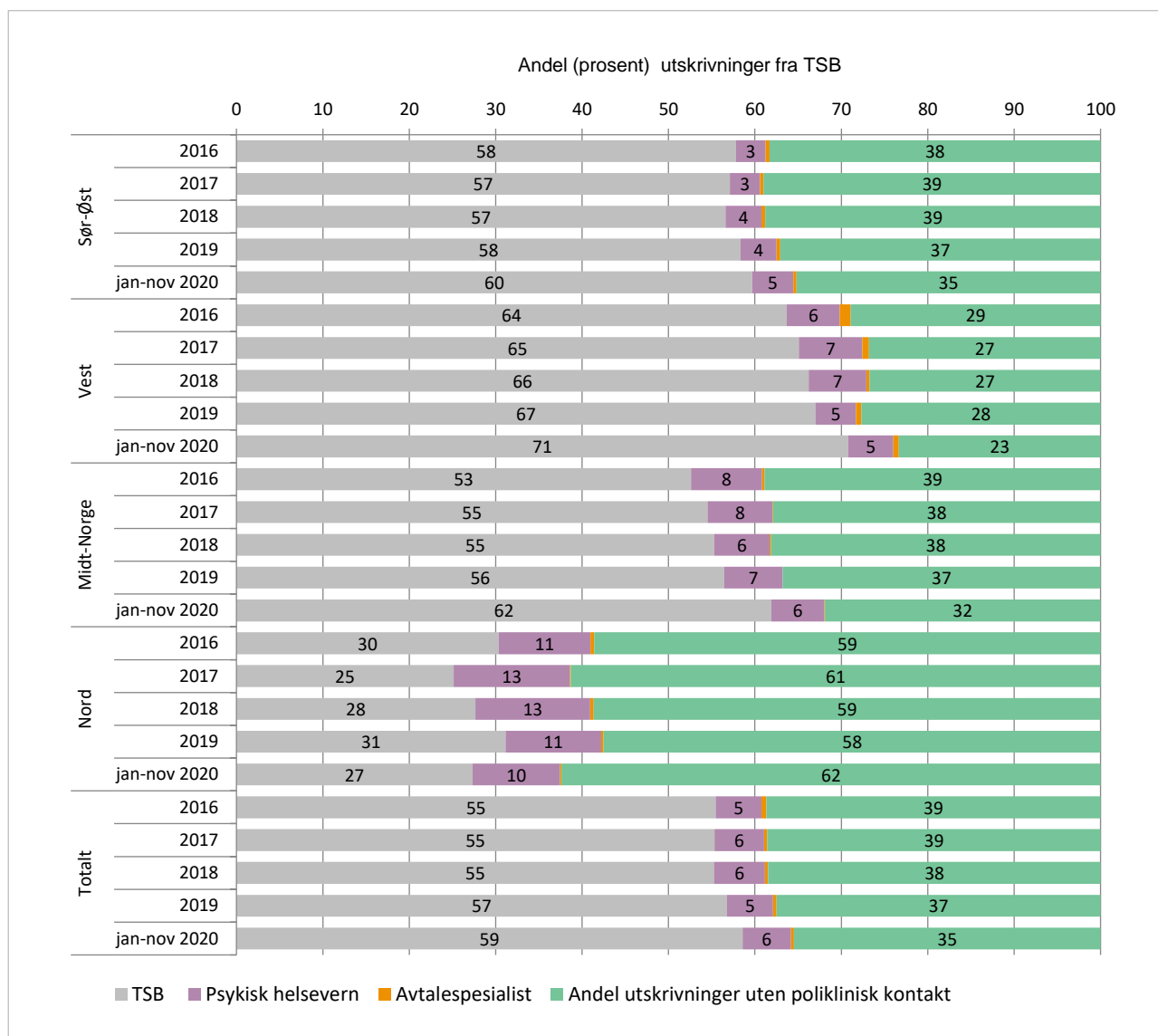
Figur 15-3 Forløp ila 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling ved helseforetak og private foretak.



Samlet sett var 31 prosent av utskrivningene i 2020 uten ny kontakt med TSB eller psykisk helsevern i løpet av de første 30 dagene. Det var en svak nedgang siden 2016. Om lag halvparten av pasientene hadde kun poliklinisk kontakt med TSB eller psykisk helsevern etter utskrivning i starten av perioden, men andelen i 2020 var økt til 54 prosent. Omfanget av reinnleggelser; ny innleggelse som øyeblikkelig hjelp, lå på det samme nivået gjennom alle fem årene, hvor Midt-Norge hadde den høyeste andelen reinnleggelser. Andel pasienter med gjeninnleggelse; ny innleggelse uten behov for øyeblikkelig hjelp, i løpet av den første måneden var knyttet til 10 prosent av utskrivningene i 2020. Bruk av poliklinisk kontakt med pasienten etter utskrivning fra døgnbehandling ble anvendt i mindre grad i Nord sammenlignet med

i de øvrige regionene. Dette betyr at halvparten av pasientene i Nord ikke hadde kontakt med tjenesten i løpet av disse 30 dagene.

Figur 15-4 Poliklinisk kontakt ila 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt ved helseforetak og private foretak.



Samlet sett hadde 65 prosent av de utskrevne pasientene minst en poliklinisk kontakt etter utskrivningen fra døgntilrettelagt i 2020 og dette var en økning på 5 prosentpoeng siden starten av perioden (figur 15-4). Dette medførte følgelig at færre utskrivninger var uten poliklinisk kontakt med tjenesten etter utskrivning i løpet av denne perioden. Denne utviklingen gjenfinnes i alle regionene med unntak av Nord. I Nord hadde 62 prosent av pasientene ingen poliklinisk kontakt med TSB eller psykisk helsevern i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning i 2020. I Vest hadde pasientene i størst grad poliklinisk kontakt etter utskrivning.

Datagrunnlag - døgntilrettelagt ved foretakene

Beregningen av døgntilrettelagets varighet og forløp er basert på utskrivninger ved helseforetak eller private foretak ved bruk av analyseenheten foretaksopphold. Foretaksopphold beregnes separat for TSB, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Det vil si at døgntilrettelagt ved poster,

avdelinger og institusjoner innad i foretaket innen samme sektor ble lenket sammen til et foretaksopphold dersom døgnbehandlingene avløste hverandre i tid. Her er også videre døgnbehandling som finner sted dagen etter, inkludert. Datagrunnlaget er avsluttede og uavsluttede døgnepisoder i løpet av perioden 2016-2020 innrapportert til NPR.

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. I kategorien overføring inngår overføring til et annet foretak; helseforetak eller privat foretak innen samme sektor, eller overføring til psykisk helsevern eller TSB. Når det gjelder forekomsten av ny innleggelse, er ny innleggelse ved annet foretak eller innleggelse ved psykisk helsevern eller TSB inkludert i kategorien. Somatisk sektor er ikke inkludert i denne sammenhengen slik at ingen ny innleggelse betydde 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 pasientens videre kontakt med psykisk helsevern eller TSB undersøkt. Her er avsluttede døgnbehandlinger ved foretakene i løpet av perioden 2016-november 2020 lagt til grunn for beregningene. Når det gjelder ny innleggelse eller ny kontakt, er enhver kontakt med foretakene i TSB eller i psykisk helsevern inklusive avtalespesialistene, inkludert i resultatene. Somatisk sektor er imidlertid ikke inkludert.

Foretaksoppholdene grupperes 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 inngår i ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). Regiontallene er basert på helseforetakenes tilknytningsregion og bidraget fra de private foretakene basert på pasientens bostedsregion. Resultater for helseforetakene og de private foretakene er tilgjengelig på våre nettsider.

Polikliniske kontakter ved helseforetak/private foretak

Poliklinisk virksomhet er en behandlingstjeneste i vekst i TSB, og den ivaretas både av helseforetak og private avtaleinstitusjoner. Polikliniske kontakter ved helseforetakene og private foretak i løpet av perioden 2017-2020 er presentert i tabell 15-2.

Tabell 15-2 Antall polikliniske kontakter ved helseforetak og private foretak.

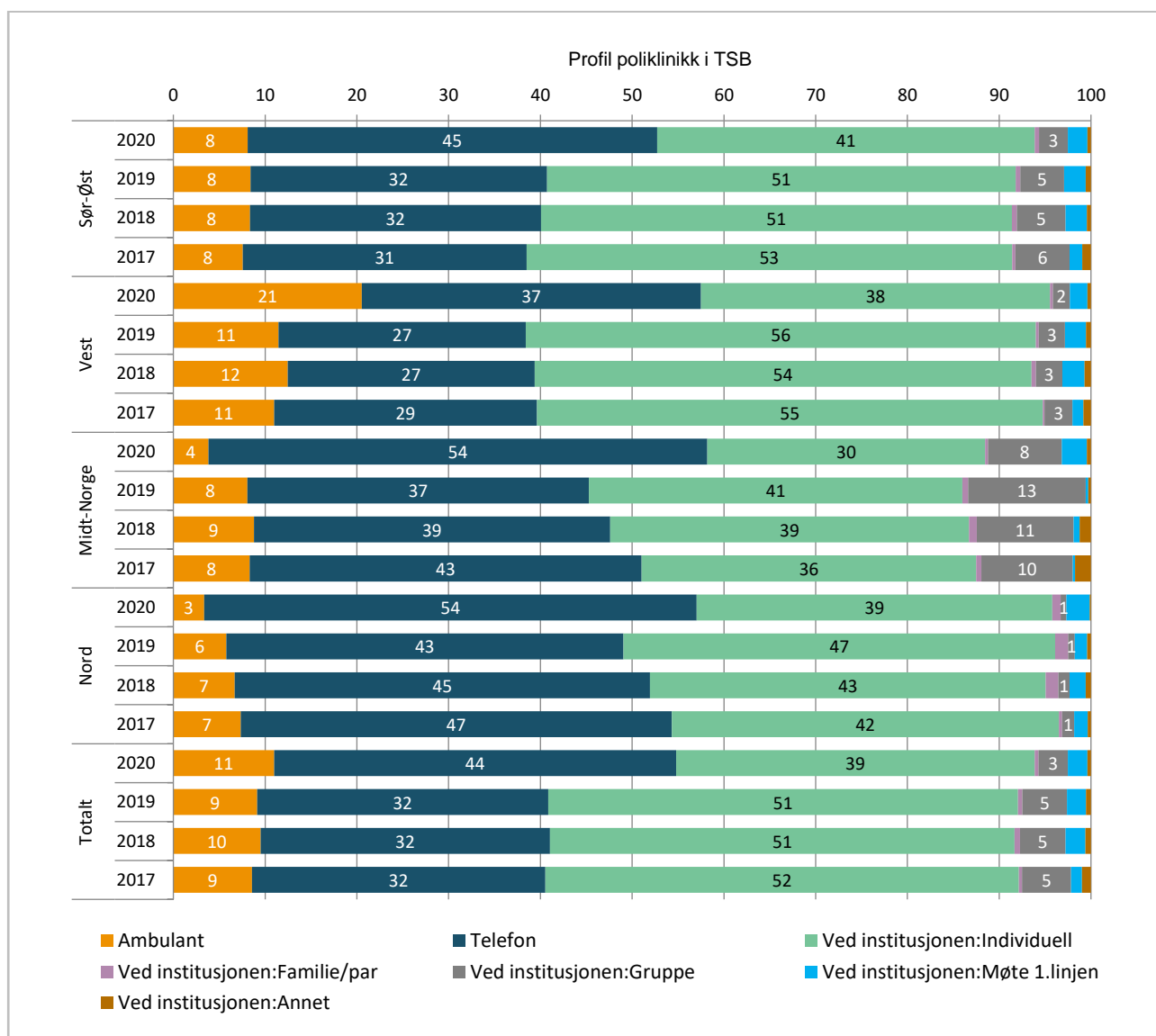
Tilknytningsregion	Antall polikliniske kontakter					
	2017	2018	2019	2020	Prosent endring 2017-20	Prosent endring 2019-20
Sør-Øst	289794	278827	295886	302056	4	2
Vest	135344	138355	143638	146877	9	2
Midt-Norge	45642	47463	48782	54059	18	11
Nord	16824	18004	20272	19073	13	-6
Totalt	487604	482649	508578	522065	7	3

Antall polikliniske kontakter i TSB økte med tre prosent fra 2019 til 2020. Veksten i det polikliniske tilbudet siste år var særlig knyttet til den polikliniske virksomheten i Midt-Norge, men det var også en økning i det polikliniske tilbudet fra Vest og Sør-Øst. I Nord var det færre polikliniske kontakter i tilbudet i løpet av 2020 sammenlignet med året før. Samlet sett for perioden 2017-2020 var det en vekst i alle regionene, med størst økning i antall polikliniske kontakter i Midt-Norge og i Nord.

Profilen i den polikliniske virksomheten

Volumet av polikliniske kontakter påvirkes av profilen i det polikliniske tilbudet. Telefonkontakter er mindre ressurskrevende sammenlignet med ambulante kontakter hvor behandlere drar ut fra institusjonen og oppsøker pasienten eller samarbeidende instanser for å avholde møter og samtaler relevant for behandlingsforløpet. Dersom telefonkontakter utgjør en stor andel av virksomheten ved et behandlingssted forventes det et større volum av polikliniske kontakter sammenlignet med behandlingssteder med et stort innslag av ambulant virksomhet. Profilen i det polikliniske tilbudet er presentert i figur 15-5.

Figur 15-5 Profilen i det polikliniske tilbudet ved helseforetak og private foretak fordelt etter tilknytningsregion.



Samlet sett utgjorde telefonkontakter 44 prosent av den polikliniske virksomheten i 2020. Dette var en økning på 12 prosentpoeng fra året før. I Midt-Norge og Nord utgjorde telefonkontakter 54 prosent av den polikliniske virksomheten, mens i Sør-Øst og Vest var omfanget på hhv 45 og 37 prosent.

Samtidig var det en liten økning i andel ambulante kontakter sammenlignet med 2019. Samlet sett utgjorde ambulante kontakter om lag 11 prosent av kontaktene i 2020. I Nord og Midt-Norge ble andel ambulante kontakter halvert i løpet av 2020 mens det i Vest økte fra 11 til 21 prosent i løpet av dette året. I Sør-Øst var det ingen endring i andel ambulante kontakter i løpet av perioden 2017-2020.

Kontakter som fant sted på institusjonene utgjorde følgelig en mindre andel i 2020 sammenlignet med tidligere i perioden. Blant disse var det individuell samtale og gruppesamtale som var de vanligste kontakttypene i TSB, og disse utgjorde hhv 39 og tre prosent av kontaktene i 2020.

Gruppebehandling utgjorde en større andel av virksomheten i Midt-Norge sammenlignet med de øvrige regionene, til tross for en reduksjon ilt det siste året.

Datagrunnlag - polikliniske kontakter ved foretakene

Datagrunnlaget for polikliniske konsultasjoner er basert på samlede innrapporterte kontakter til NPR. Innrapporteringen i 2017 åpnet for muligheten til å rapportere utdeling av LAR-medikament uten samtidig poliklinisk konsultasjon (ICD10: Z50.30). Denne virksomheten genererer mange kontakter i og med at utdelingen av medikamenter skjer hyppig. LAR-poliklinikker med ansvar for utdeling av LAR-medikamenter ble opprettet ved enkelte helseforetak. Utdeling av LAR-medikament uten poliklinisk konsultasjon er ekskludert fra statistikken over polikliniske virksomhet i TSB.

Ved beskrivelse av den polikliniske virksomheten ser vi i denne sammenhengen på profilen i tilbudet i form av andeler av virksomheten, heller enn volumtall og dekningsrater for de ulike kategoriene. De ulike kategoriene er basert på informasjon fra NPR-meldingen, og i tillegg er informasjon fra P-takster, særkoder og NCMP benyttet. Gjeldende ISF-regelverk mht konvertering fra P-takster via særkoder til NCMP kan påvirke volumtallene for kontakter innen de ulike kategoriene.

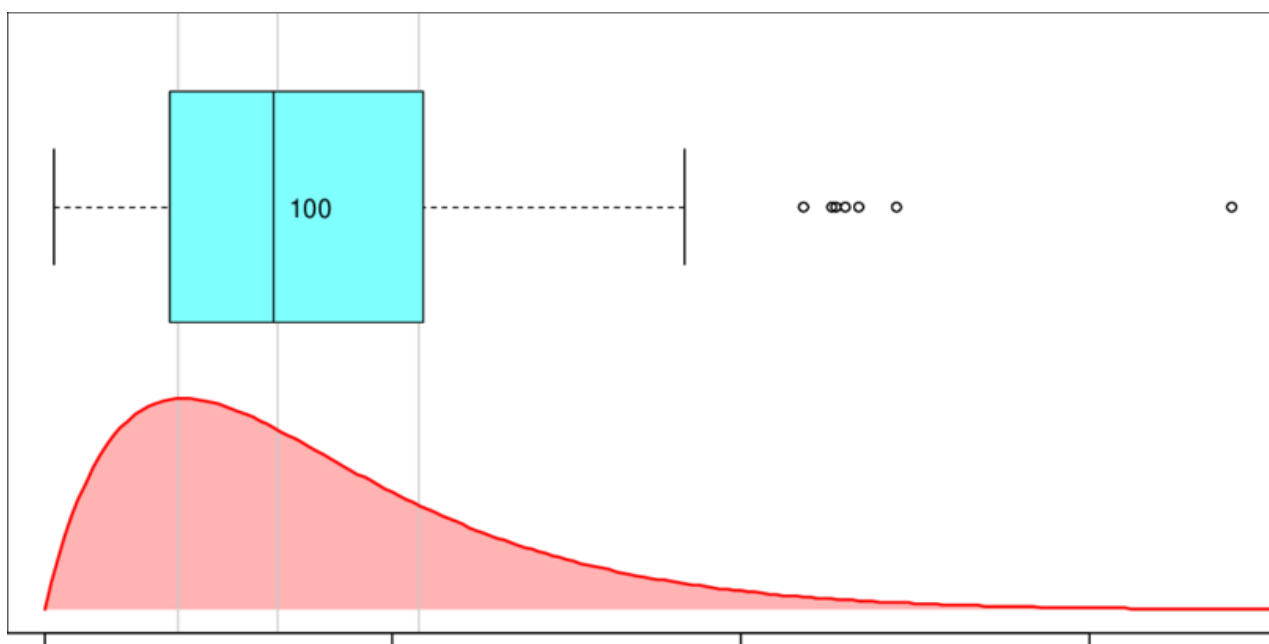
Regiontallene er basert på helseforetakenes tilknytningsregion og kontaktene ved de private foretakene er fordelt etter pasientens bostedsregion. Resultater for helseforetakene og de private foretakene er tilgjengelig på våre nettsider hvor man også finner definisjonen av de ulike kategoriene av polikliniske kontaktene.

Vedlegg

Boksplott beskriver fordelingen av pasientenes døgnopphold (antall dager)

Døgntilbudets sammenhengende varighet presenteres ved fordelingen av antall dager og oppsummerende statistikk. Vi trenger innsikt i fordelingsform for å beslutte hvilken oppsummerende statistikk som kan anvendes. Når fordelingen ikke er symmetrisk fordelt om sentraltendensen, er ikke lenger antagelsen om normalfordeling gyldig og dette har konsekvenser for hvordan varigheten kan beskrives. Boksplott er en nyttig illustrasjonsmåte som gir innsikt i formen på slike fordelinger.

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



Figuren viser sammenhengen mellom boksplottet og fordelingen. Her er medianverdien 100 og dette angis som en strek i boksen. I tillegg angir boksens lengde avstanden fra nedre kvartil til øvre kvartil; interkvartilbredden. Median er det samme som 50 prosentilen, det betyr at 50 % av observasjonene er mindre enn median. Tilsvarende er 25 % av observasjonene mindre enn nedre kvartil (25 - prosentilen) og 75% av observasjonene mindre enn øvre kvartil (75 - prosentilen). Den nedre halen angir en nedre grense og den øvre halen angir en øvre grense. Den nedre grensen kan være 5 prosentilen og den øvre grensen kan være 95 prosentilen eller den mer robuste *estimerte* 95 prosentilen (trimpunkt):

Trimpunkt= $Q_3+1.5(Q_3-Q_1)$; hvor $Q_1=25$ prosentil og $Q_3=75$ prosentil.

Vedleggstabell

Nøkkeltall:	2016	2017	2018	2019	2020	Pst endr. 2019- 20	Pst endr. 2017-20	Pst endr. 2016-20
Pasienter ¹								
Pasienter psykisk helsevern								
Aldersgruppen 0-5 år	4 333	4 308	4 093	3 872	3 818	-1	-11	-12
Aldersgruppen 6-12 år	22 100	23 003	23 115	23 101	22 796	-1	-1	3
Aldersgruppen 13-15 år	13 248	13 566	13 926	14 131	14 723	4	9	11

Aldersgruppen 16-17 år	11 886	12 014	11 531	11 604	11 723	1	-2	-1
Aldersgruppen 18-22 år	25 008	26 227	26 955	26 698	26 361	-1	1	5
Aldersgruppen 23-29 år	34 996	36 204	36 759	38 061	38 433	1	6	10
Aldersgruppen 30-39 år	43 072	43 317	44 031	45 681	47 240	3	9	10
Aldersgruppen 40-49 år	39 082	37 964	36 538	35 947	36 138	1	-5	-8
Aldersgruppen 50-59 år	27 791	27 042	26 928	26 683	26 961	1	0	-3
Aldersgruppen 60-69 år	14 147	13 814	13 703	13 258	13 100	-1	-5	-7
Aldersgruppen 70-79 år	7 259	7 545	7 689	7 369	7 377	0	-2	2
Aldersgruppen 80 år og eldre	4 839	4 813	4 647	4 395	4 161	-5	-14	-14
Pasienter TSB inkl bidrag psykisk helsevern								
Aldersgruppen 13-15 år	28	20	20	30	24	-20	20	-14
Aldersgruppen 16-17 år	133	129	146	147	139	-5	8	5
Aldersgruppen 18-22 år	2 359	2 256	2 237	2 243	2 069	-8	-8	-12
Aldersgruppen 23-29 år	5 834	5 750	5 596	5 612	5 241	-7	-9	-10
Aldersgruppen 30-39 år	8 144	8 358	8 382	8 495	8 285	-2	-1	2
Aldersgruppen 40-49 år	8 097	7 941	7 738	7 727	7 599	-2	-4	-6
Aldersgruppen 50-59 år	6 374	6 483	6 393	6 545	6 611	1	2	4
Aldersgruppen 60-69 år	2 540	2 639	2 748	2 860	3 045	6	15	20
Aldersgruppen 70-79 år	464	506	509	531	553	4	9	19
Aldersgruppen 80 år og eldre	25	31	34	21	26	24	-16	4
Aktivitet psykisk helsevern								
PHV-V Polikliniske kontakter hf/private foretak	1 822 086	1 841 425	1 801 883	1 824 208	1 864 345	2	1	2
PHV-V Polikliniske kont. priv. avtalespes. (estimert)	661 911	627 490	615 441	612 398	666 873	9	6	1
PHV-V Polikliniske kont. priv. avtalespes. (registrert)	661 911	627 490	615 441	583 810	652 263	12	4	-1
PHV-V Utskrivninger hf/private foretak	46 134	46 408	46 405	46 834	44 062	-6	-5	-4
PHV-V Oppholdsøgn hf/private foretak	1 107 000	1 063 379	1 064 320	1 051 893	969 991	-8	-9	-12
PHV-V Pasienter hf/private foretak ²	147 148	150 735	151 031	153 901	153 802	0	2	5
PHV-V Pasienter priv. avtalespes. (estimert)	52 882	49 548	50 030	51 243	51 641	1	4	-2
PHV-V Pasienter priv. avtalespes. (registrert)	52 882	49 548	50 030	48 302	50 446	4	2	-5
PHV-V Pasienter totalt registrert ²	192 547	193 025	193 942	195 071	196 591	1	2	2

PHV-BU Polikliniske kontakter hf/private foretak	932 163	931 595	838 336	849 052	917 616	8	-2	-2
PHV-BU Polikliniske kont. priv. avtalespes. (estimert)	28 616	26 658	27 540	27 115	28 852	6	8	1
PHV-BU Polikliniske kont. priv. avtalespes. (registrert)	28 616	26 658	27 540	26 804	27 768	4	4	-3
PHV-BU Utskrivninger hf/private foretak	2 818	3 014	2 937	2 855	3 035	6	1	8
PHV-BU Oppholdsdøgn hf/private foretak	83 793	88 442	91 226	86 991	83 094	-4	-6	-1
PHV-BU Pasienter hf/private foretak ³	55 527	57 252	56 658	56 357	56 715	1	-1	2
PHV-BU Pasienter priv. avtalespes. (estimert)	2 691	2 563	2 664	2 669	2 466	-8	-4	-8
PHV-BU Pasienter priv. avtalespes. (registrert) ³	2 691	2 563	2 664	2 620	2 395	-9	-7	-11
PHV-BU Pasienter totalt registrert ³	57 505	59 085	58 579	58 283	58 518	0	-1	2
Aktivitet rusbehandling (TSB)								
TSB Pasienter ⁴	32 821	32 865	32 649	33 255	32 693	-2	-1	0
TSB Innleggelseser	14 433	15 104	15 358	15 522	14 004	-10	-7	-3
TSB Utskrivninger	13 465	13 937	14 395	14 679	13 648	-7	-2	1
TSB Oppholdsdøgn	644 576	645 023	631 777	642 374	623 233	-3	-3	-3
TSB Polikliniske kontakter	481 270	487 604	482 649	508 578	522 065	3	7	8
Døgnplasser								
PHV-V Døgnplasser	3 546	3 449	3 379	3 333	3 284	-1	-5	-7
PHV-BU Døgnplasser	306	310	310	301	300	0	-3	-2
TSB Døgnplasser	1 917	1 902	1 889	1 883	1 875	0	-1	-2

1) Basert på pasienter med gyldig alder og bostedskommune i innrapporterte pasientdata til NPR (spesialisthelsetjenesten)

2) Antall pasienter er beregnet fra pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. Følgende enheter har mangelfulle pasientdata:

CRUX Bergfløtt behandlingssenter (2018-2020), Manifestssentret (2019-2020) og Furukollen psykiatriske senter (2018).

3) På grunn av manglende pasientdata fra NKS Østbyttet behandlingssenter AS for årene 2018-2020 og redusert komplettethet for seksjon for barn og unges psykiske helse på sykehus ved Barne- og ungdomsklinikken ved OUS i 2016-2020 er antall pasienter noe underestimert.

4) Antall pasienter er beregnet på grunnlag av pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. I den forbindelse er det forhold vedrørende identifisering av rusbehandlingsenheter i pasientdata og mangelfull komplettethet i pasientdata som kan påvirke pasienttallene som presenteres for sektoren: Sykehuset Innlandet- ruspoliklinikk ved Lillehammer DPS er mangelfullt identifisert i pasientdata, Sykehuset Telemark- akuttposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata, Helse Stavanger-etterverns plassene inngår ikke i pasientdatarapporteringen, Helse Fonna- rusposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata, ruspoliklinikkene i Odda og Stord er delvis identifisert, Skjelfoss psykiatriske senter TSB mangler i 2019, Manifestssentret TSB mangler i 2019 og er mangelfull i 2020, KOA AS mangler i 2019, Care service AS mangler i 2018-19 og er mangelfull i 2020 og Mestringshusene AS mangler i 2020.

Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2020

Utgitt

November 2021

Bestillingsnummer

IS-3017

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130
Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

Faks 24 16 30 01

Forfattere:

Solfrid Lilleeng

Marit Sitter

Forsidefoto

Laurence Ziegler/Unsplash

Design

Itera as

Heftet kan bestilles hos

Helsedirektoratet

v/ Trykksaksekspedisjonen

e-post trykksak@helsedir.no

Telefon 24 16 33 68

Faks 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillings-
nummer:

IS-3017

www.helsedirektoratet.no