



Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge – utvikling og variasjon 2013-2017



Tittel: Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge – utvikling og variasjon 2013 -2017

Nummer: 09/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Komparativ statistikk og styringsinformasjon

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Beate.Margrethe.Huseby@helsedir.no

Sentralbord: 810 20 050

Nettsted: www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Marit Sitter

Forsidebilder: © [Antonio Guillem](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Anders Ludvigson](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [leungchopan](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [HalfPoint s. r. o.](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [racorn](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [racorn](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Andrey Popov](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

SAMMENDRAG

I 2017 var 59 085 pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette omfattet både pasienter behandlet i offentlige tjenester (PHV-BU) og hos avtalespesialister. I perioden 2013 til 2017 økte antall pasienter med tre prosent, siste år var veksten på 2,7 prosent. Aktiviteten målt i konsultasjoner økte med 10,4 prosent i samme periode, siste år med 2,3 prosent.

Bruken av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge varierte kraftig med kjønn og alder i 2017. Jenter i ungdomsalder (16-17 år) hadde betydelig større bruk av tjenester enn øvrige pasientgrupper. Mens 11,6 prosent av jenter i alderen 16-17 år var i kontakt med det psykiske helsevernet for barn og unge i 2017, var tilsvarende tall for gutter i samme alder 6,7 prosent. Gutter hadde derimot størst bruk av tjenester i barneårene og tidlig ungdom (0-5 år og 6-12 år). Blant barn i alderen 6-12 år var 6,6 prosent av guttene og 3,5 prosent av jentene i behandling. Det var mindre kjønnsforskjeller for aldersgruppen 13-15 år. I perioden 2013 til 2017 økte pasientraten mest for ungdom i alderen 16-17 år, litt mer for jenter (opp 7,2 prosent) enn gutter (opp 6,9 prosent). Det var samme tendens til ulik bruk av tjenester i samtlige regioner.

Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD) utgjorde den største diagnosekategorien blant gutter i alle aldersgrupper både i 2013 og 2017. Andelen avtok imidlertid med økende alder. Samme tendens gjaldt for atferdsforstyrrelser. Blant gutter i alderen 16-17 år utgjorde også nevrotiske lidelser en stor og økende andel i perioden (fra 24 til 28 prosent). I døgnbehandling var schizofreni den største diagnosekategorien blant gutter 16-17 år i 2017, og andelen økte fra 17 til 21 prosent i perioden.

Nevrotiske lidelser utgjorde den største diagnosekategorien blant jenter i ungdomsalder (13-17 år). Fra 2013 til 2017 var det en klar økning både blant jenter i alderen 13-15 år (fra 34 til 37 prosent) og 16-17 år (fra 35 til 43 prosent) med denne diagnosen. Jenter med affektive lidelser avtok i samme periode for jenter 16-17 år (fra 29 til 22 prosent). I døgnbehandling var det en økende andel døgn knyttet til spiseforstyrrelser blant jenter i perioden (fra 15 til 28 prosent), og i 2017 utgjorde dette den største diagnosekategorien i døgnbehandling for jenter.

Det var til dels store forskjeller i bruk av tjenester mellom bostedsområdene i 2017, spesielt i døgnbehandling. Forskjellene ble imidlertid noe mindre fra 2013 til 2017, med unntak for døgnbehandling for gutter.

1 INNLEDNING

Formålet med dette notatet er å belyse utviklingen i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 2013 til 2017. Tema er nasjonal og regional utvikling i bruk av tjenester for jenter og gutter i ulike aldersgrupper, målt i pasienter, konsultasjoner, oppholdsdøgn og utskrivinger. Dette vil både omfatte pasienter som har vært i kontakt med offentlige tjenester (PHV-BU) og avtalespesialister i perioden. Videre beskrives variasjonen i bruken av tjenester mellom regioner og bostedsområder.

Analysene i dette notatet bygger på pasientdata fra Norsk pasientregister. På helsedirektoratets nettsider finnes indikatorer for pasienter og aktivitet i PHV-BU for regioner og bostedsområder.

2 UTVIKLING I BRUK AV TJENESTER FOR BARN OG UNGE 2013-2017

I 2017 var 59 085 pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette omfattet både pasienter behandlet i offentlige tjenester (PHV-BU) og hos avtalespesialister. I perioden 2013 til 2017 økte antall pasienter samlet med tre prosent, siste år var veksten på 2,7 prosent. Denne økningen var større enn veksten i befolkningen, noe som ga vekst i pasientraten (pasienter per innbygger) både i femårsperioden (opp 2,8 prosent) og siste år (opp 2,9 prosent). Aktiviteten målt i konsultasjoner økte med 10,4 prosent i perioden 2013 til 2017, siste år med 2,3 prosent. Mens pasienter behandlet i offentlige institusjoner økte (opp 3,1 prosent), avtok antall pasienter behandlet hos avtalespesialister i perioden (ned 12,9 prosent).

Tabell 1 Antall pasienter og aktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge 2013-2017.

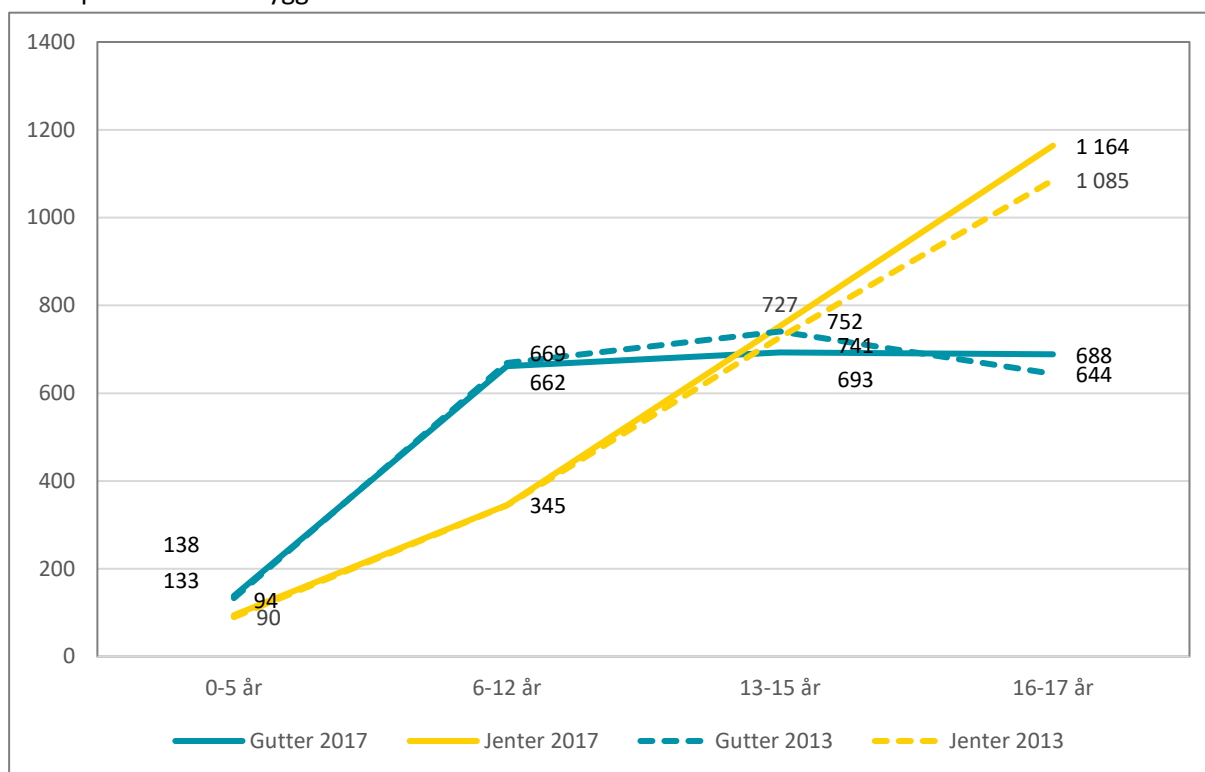
	2013	2014	2015	2016	2017	Prosent endring 2016-17	Prosent endring 2013-17
Konsultasjoner med refusjon	761 435	783 015	817 529	821 669	840 569	2,3	10,4
Konsultasjoner hos avtalespesialister	29 392	29 096	28 441	28 616	26 658	-6,8	-9,3
Pasienter PHV-BU	55 304	55 263	56 162	55 527	57 252	3,1	3,5
Pasienter hos avtalespesialister ¹	2 942	2 878	2 865	2 691	2 563	-4,8	-12,9
Pasienter totalt ¹	57 380	57 355	58 234	57 507	59 085	2,7	3,0
Pasienter per 10 000 innb. 0-17 år	509	508	516	508	523	2,9	2,8
Befolkning	1 125 161	1 125 604	1 127 402	1 131 052	1 129 007	-,02	0,3

¹Data fra avtalespesialistene har ikke vært komplette og antallet pasienter og konsultasjoner ble estimert for 2015 og tidligere år.

2.1 Nasjonal utvikling for pasienter

I denne delen av notatet belyses utviklingen i bruk av tjenester i PHV-BU fordelt på kjønn og alder, målt i behandlede pasienter. Figur 1 viser utvikling i pasientrater i PHV-BU og hos avtalespesialister for jenter og gutter i ulike aldersgrupper fra 2013 til 2017.

Figur 1 Pasienter i PHV-BU og hos avtalespesialister etter kjønn og alder for årene 2013 og 2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Figuren viser at gutter hadde høyere pasientrater enn jenter for aldersgruppene 0-5 år og 6-12 år, deretter hadde jenter de høyeste ratene i 2017. For jenter økte bruken av tjenester med økende alder, mens den flatet ut for gutter fra aldersgruppen 13-15 år. Blant 16-17 åringer hadde jenter betydelig høyere pasientrater enn gutter, mens det var mindre kjønnsforskjell i pasientratene for aldersgruppen 13 til 15 år.

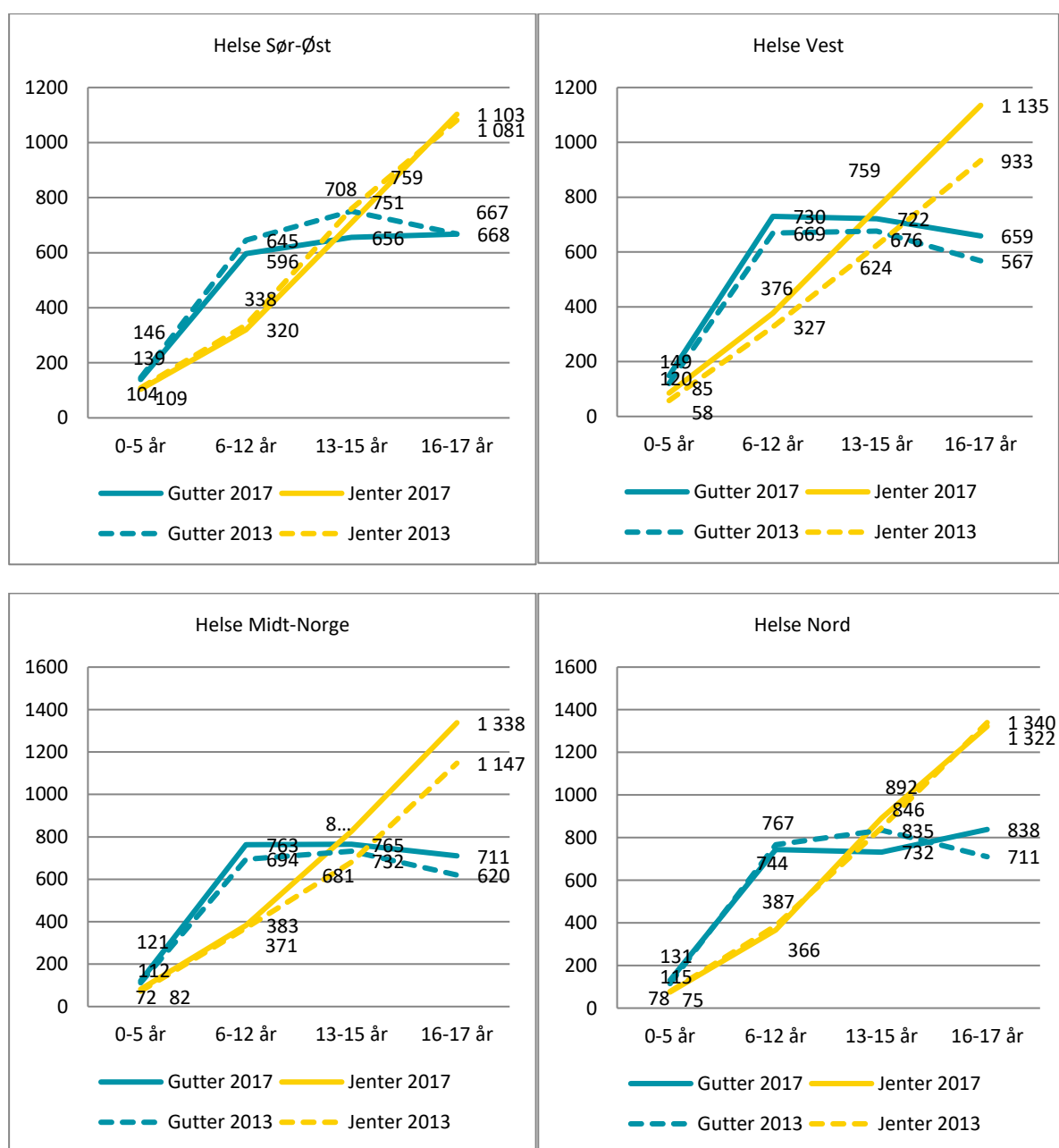
Blant 16-17 åringene hadde både jenter (opp 7,2 prosent) og gutter (opp 6,9 prosent) høyere pasientrater i 2017 enn i 2013. Dette gjaldt også jenter i alderen 13 til 15 år (opp 3,5 prosent), mens guttene i samme alder hadde en avtagende pasientrate (ned 6,4 prosent) i samme perioden. Det var også en økning i bruk av tjenester blant pasienter i alderen 0-5 år (opp 4 prosent for gutter og 5 prosent for jenter). Antallet pasienter var imidlertid relativt lavt i denne aldersgruppen, noe som kan gi relativt store prosentvise utslag. Utviklingen må derfor ses i lys av dette. Det var mindre endring i pasientraten for barn i alderen 6-12 år, både for jenter (opp 0,1 prosent) og gutter (ned 1,1 prosent).

BRUK AV TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

2.2 Regional utvikling for pasienter

Figur 2 illustrerer utviklingen i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge i regionene.

Figur 2 Pasienter i PHV-BU og hos avtalsespesialister etter kjønn og alder for årene 2013 og 2017, regioner. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



I samtlige regioner var det samme mønster med hensyn til kjønn og alder. Høyere pasientrater blant gutter enn jenter i de to yngste aldersgruppene, deretter flatet ratene ut for guttene. Fra 13-15 år hadde jentene de høyeste pasientratene. Blant 16-17 åringer hadde jenter betydelig høyere rater enn gutter, mens det var liten kjønnsforskjell i bruk av tjenester for aldersgruppen 13 til 15 år. Nivå og utvikling i perioden 2013 til 2017 varierte noe mellom regionene.

Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde høyest bruk av tjenester blant jenter. Unntaket var de yngste jentene, hvor Helse Sør-Øst lå høyeste. Blant guttene hadde Helse Nord de høyeste ratene blant 16-17 åringer, mens Helse Midt-Norge hadde noe høyere bruk av tjenester blant gutter i alderen 6-15 år. De yngste guttene hadde høyeste bruk i Helse Vest.

I Helse Sør-Øst avtok raten fra 2013 til 2017 for alle grupper med unntak for jenter i alderen 16-17 år (opp 2,0 prosent). Pasientraten avtok mest for gutter i alderen 13-15 år (ned 12,6 prosent) og minst for gutter i alderen 16-17 år (ned 0,1 prosent).

I Helse Vest var det vekst i raten for begge kjønn og samtlige aldersgrupper fra 2013 til 2017. Veksten var sterkest for jenter, for 16-17 åringer økte raten med 21,6 prosent for jenter og 16,1 prosent for gutter.

I Midt-Norge var det også vekst i alle grupper av pasienter. Sterkest var veksten i de eldste aldersgruppene for begge kjønn. Jenter hadde en kraftig vekst både blant ungdom i alderen 13-15 år (21,3 prosent) og 16-17 år (16,6 prosent), mens guttene hadde sterkest vekst blant 16-17 åringer (opp 14,6 prosent).

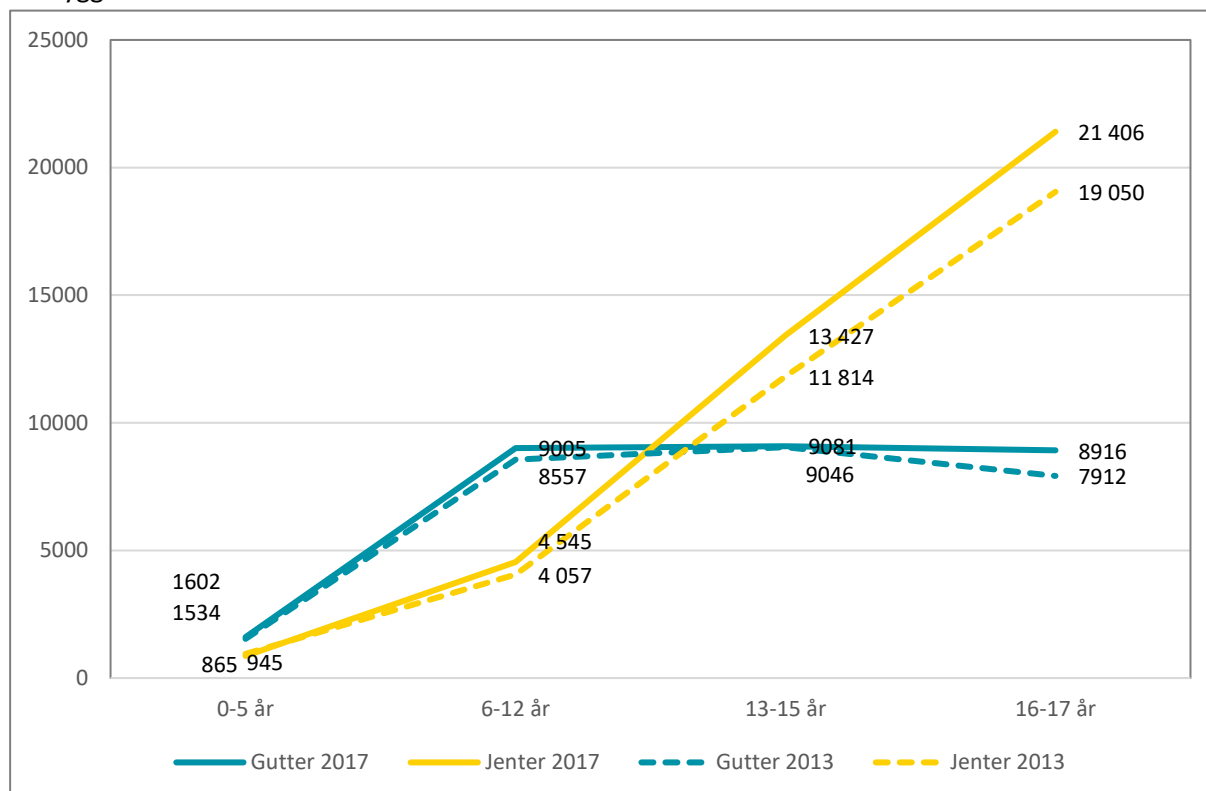
I Helse Nord økte raten for jenter i alderen 13-15 år (opp 5,4 prosent) fra 2013 til 2017, for jenter i de øvrige aldersgruppene gikk raten noe ned. For gutter 16-17 år økte pasientraten med 18 prosent i denne regionen.

2.3 Nasjonal utvikling i poliklinisk behandling

Psykisk helsevern for barn og unge har en sterk poliklinisk profil og det er derfor viktig å vise utviklingen i bruk av tjenester, målt i polikliniske konsultasjoner.

Figur 3 viser utviklingen for konsultasjoner i PHV-BU for jenter og gutter i ulike aldersgrupper fra 2013 til 2017.

Figur 3 Konsultasjoner i PHV-BU etter kjønn og alder for årene 2013 og 2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



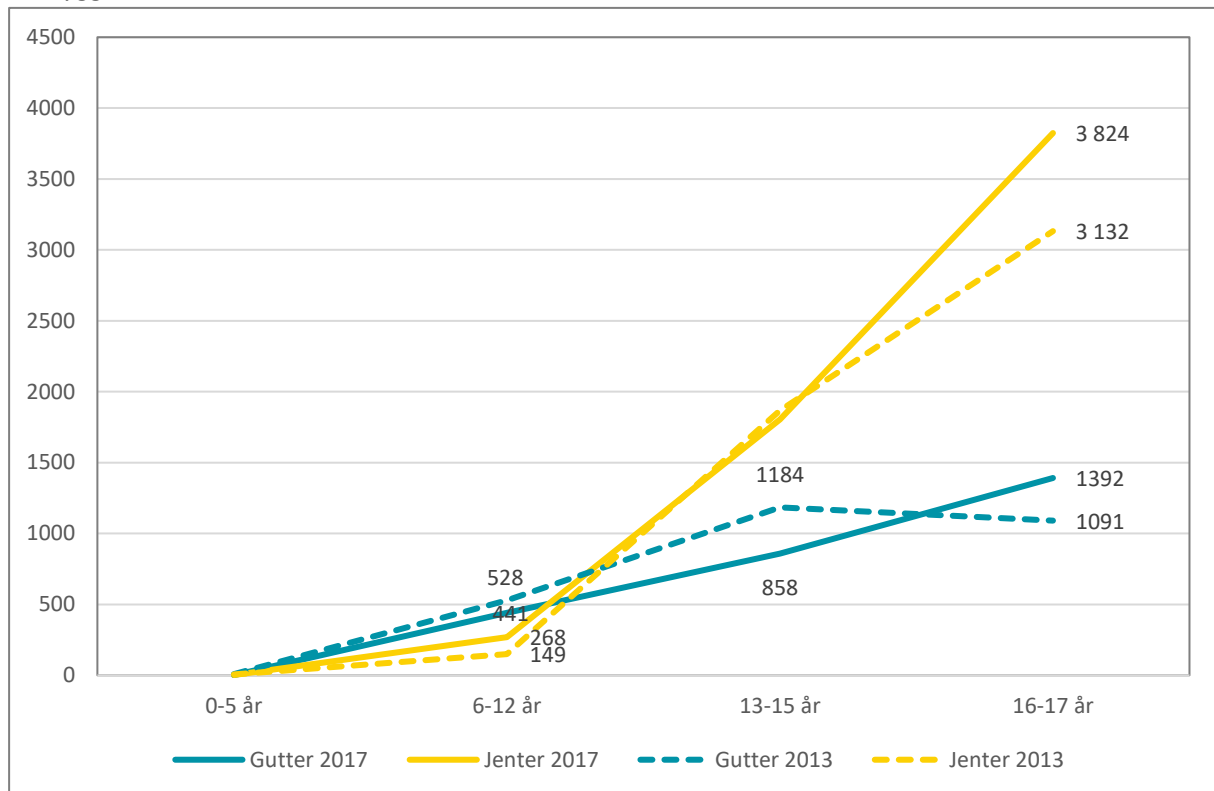
Figuren viser at gutter hadde høyeste konsultasjonsrate i PHV-BU for aldersgruppene 0-5 år og 6-12 år, deretter hadde jenter høyere bruk av tjenester, målt i konsultasjoner. Konsultasjonsraten økte med økende alder for jentene, mens for gutter økte raten fram til 6-12 år, for så å flate ut.

Med unntak for de yngste jentene (0-5 år), var det vekst i konsultasjonsraten for samtlige pasientgrupper i perioden 2013 til 2017. For jenter var den prosentvise veksten på omtrent på samme nivå for de tre eldste aldersgruppene (opp 12-13,7 prosent), mens for gutter økte konsultasjonsraten mest for 16-17 åringene (opp 12,7 prosent).

2.4 Nasjonal utvikling i døgntil behandling

I det psykiske helsevernet for barn og unge omfatter døgntil behandling kun en liten andel av pasientene som mottar behandling (3,6 prosent i 2017). Det er imidlertid viktig å følge utviklingen også for denne delen av tjenesten, da pasientsammensetningen i døgntil behandling er en annen enn i poliklinisk virksomhet. Figur 4 viser utviklingen i omfanget av oppholds døgntil i tjenestene, mens figur 5 viser utviklingen for utskrivninger, fordelt på kjønn og alder.

Figur 4 Oppholdsdøgn i PHV-BU etter kjønn og alder for årene 2013 og 2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.

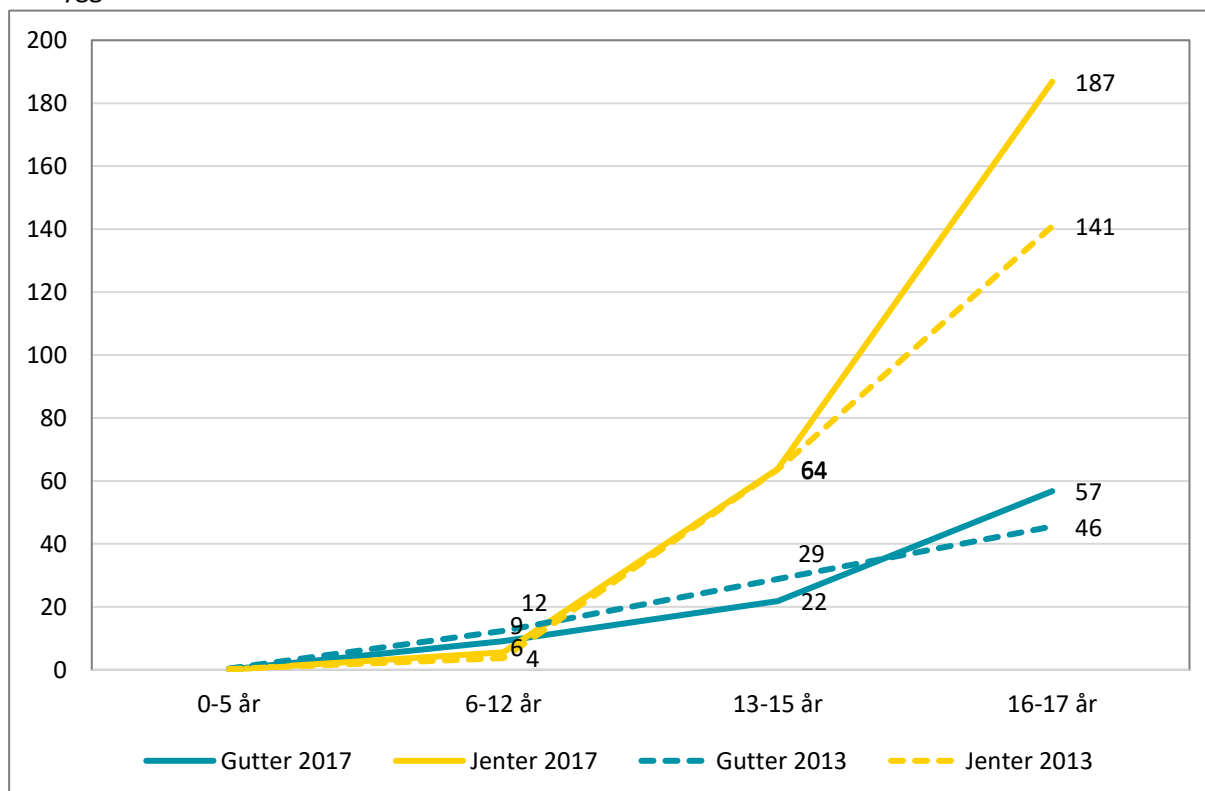


Det er ungdom som i størst grad mottar døgnbehandling. Dette gjør at figuren over, som viser volum av oppholdsdøgn for ulike aldersgrupper, har betydelig høyere rater for unge fra 13 år og oppover enn for yngre barn. Men også her ser vi samme tendens som for poliklinisk behandling, at gutter har de høyeste behandlingsratene for aldersgruppen 6-12 år, deretter har jenter høyere rater.

Både i 2013 og 2017 hadde jenter betydelig høyere døgnrater enn gutter i ungdomsalder, jenter i alderen 16-17 år hadde nær 3 ganger så høye døgnrater som gutter i samme alder i 2017. I femårsperioden var det også en klar vekst i døgnbehandlingen blant de eldste jentene (opp 22,1 prosent). I tillegg økte raten for jenter i alderen 6 til 12 år (80,2 prosent), en gruppe som i utgangspunktet hadde en relativt lav rate i 2013. Blant guttene avtok døgnratene blant pasienter opp til 15 år fra 2013 til 2017, mens for gutter i alderen 16-17 år økte raten betydelig (opp 27,6 prosent).

I likhet med raten for oppholdsdøgn er utskrivningsraten betydelig høyere for ungdom enn yngre barn. Vi ser samme tendens som ved de andre målene på bruk av tjenester i PHV-BU, at gutter har de høyeste behandlingsratene for aldersgruppen 6-12 år, deretter har jenter høyere rater. Dette illustreres i figur 5.

Figur 5 Utskrivninger i PHV-BU etter kjønn og alder for årene 2013 og 2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Jenter hadde betydelig høyere utskrivningsrater enn gutter fra aldersgruppen 13-15 år og oppover både i 2013 og 2017. Mens jenter i alderen 16-17 år hadde en rate på 187 utskrivninger i 2017, hadde gutter i samme alder en rate på 57 utskrivninger. Det var også en kraftig vekst i utskrivningsraten både blant jenter i denne aldersgruppen (opp 32,6 prosent) og gutter (opp 24,6 prosent) fra 2013 til 2017. For yngre gutter var utskrivningsraten avtagende i perioden.

3 UTVIKLING I DIAGNOSEFORDELING 2013-2017

Analysene så langt har vist at jenter i ungdomsalder har en betydelig høyere bruk av tjenester i det psykiske helsevernet enn de øvrige gruppene av pasienter. Samtidig ser man en klar vekst for flere grupper av pasienter i femårsperioden fra 2013 til 2017. Ved å studere diagnosefordelingen i 2013 og 2017, kan man identifisere eventuelle endringer i pasientsammensetningen i tjenesten i perioden.

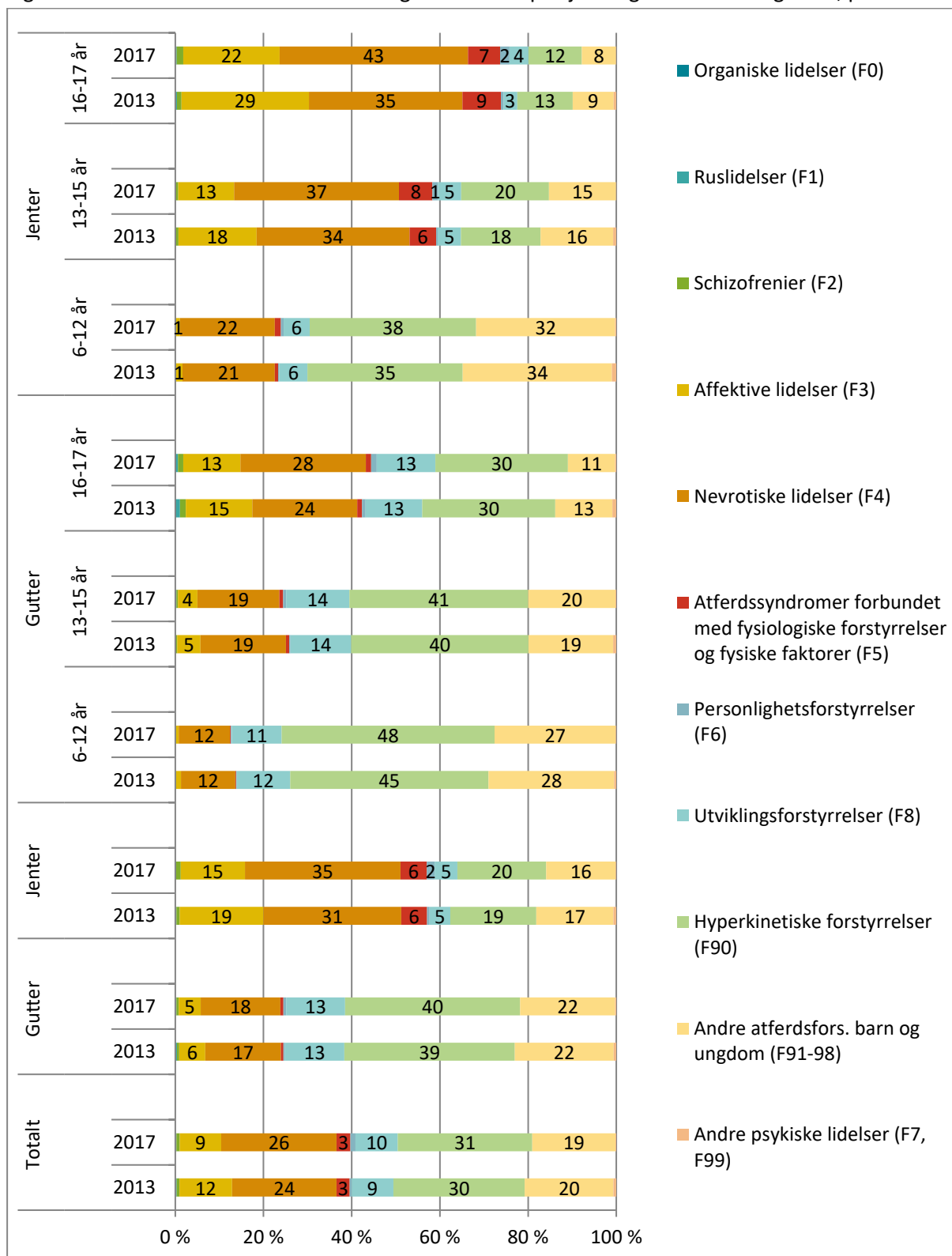
I tjenestene til barn og unge benyttes et multiaksialt klassifikasjonssystem for diagnostisering hvor det skåres tilstander på seks akser. Her viser vi fordelingen for siste tilstand 1 på Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom, for pasienter som har vært i kontakt med PHV-BU i året. Dette omtales som hoveddiagnose. Ved presentasjon av diagnose i figurene, holdes Z-diagnosene (kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning) og R-diagnoser (symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn ikke klassifisert annet sted), samt manglende koding, utenfor prosentfordelingen. I vedlagte tabell 5 vises omfanget av dette. Diagnosefordelingen presenteres for pasienter og oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2013 og 2017, fordelt på kjønn og alder. I omtale av de ulike diagnosene, vil Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F5) omtales som spiseforstyrrelser (F5).

3.1 Diagnosefordeling - pasienter

Figur 6 viser diagnosefordelingen for pasienter i PHV-BU i 2013 og 2017 fordelt etter pasientenes kjønn og alder. Aldersgruppen 0-5 år er utelatt i figurene på grunn av få pasienter i denne aldersgruppen.

BRUK AV TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

Figur 6 Pasienter i PHV-BU etter hoveddiagnose fordelt på kjønn og alder i 2013 og 2017, prosent.



Figuren viser at hyperkinetiske forstyrrelser utgjorde den størst diagnosekategorien blant gutter i alle aldersgrupper både i 2013 og 2017. Andelen avtok imidlertid med økende alder. Samme tendens gjaldt for atferdsforstyrrelser.

Samtidig var det en økende andel med nevrotiske og affektive lidelser med økende alder både blant jenter og gutter, og i 2017 utgjorde nevrotiske lidelser den største diagnosekategorien for jenter i ungdomsalder. Fra 2013 til 2017 var det en klar økning i andelen med nevrotiske lidelser blant ungdom, både blant jenter i alderen 13-15 år (fra 34 til 37 prosent) og 16-17 år (fra 35 til 43 prosent). Gutter 16-17 år hadde også en klar økning i perioden (fra 24 til 28 prosent) i omfanget av denne diagnosen. Affektive lidelser avtok i samme periode for jenter 16-17 år (fra 29 til 22 prosent).

Mens utviklingsforstyrrelser utgjorde en større og relativt stabil andel blant gutter i alle aldersgrupper (13 prosent av gutter 16-17 år i 2017), utgjorde spiseforstyrrelser (F5) en større andel blant jenter i ungdomsalder (8 prosent av jenter 13-15 år i 2017). Denne diagnosekategorien økte noe i andel i femårsperioden blant jenter 13-15 år (6 til 8 prosent). Blant gutter var det liten endring i diagnosefordeling fra 2013 til 2017.

Tabell 6 i vedlegget viser diagnosefordelingen korrigert for befolkningsutviklingen i 2013-2017. Her vises antall pasienter i forhold til befolkningen i 2013 og 2017. Tallene viser at pasientraten for nevrotiske lidelser har økt i perioden (opp 12,5 prosent), mens raten for affektive lidelser har avtatt (ned 4,8 prosent). Dette er i tråd med endringen i prosentfordeling av diagnosekategoriene i perioden, som er beskrevet over.

3.2 Diagnosefordeling - oppholdsdøgn

Figur 7 viser den prosentvise fordelingen av oppholdsdøgn i PHV-BU etter hoveddiagnose i 2013 og 2017, fordelt på kjønn og alder.

BRUK AV TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

Figur 7 Oppholdsdøgn i PHV-BU etter pasientenes hoveddiagnose fordelt på kjønn og alder, 2013 og 2017, prosent.



Figuren viser at 23 prosent av døgnene i PHV-BU i 2017 var knyttet til nevrotiske lidelser og 20 prosent til spiseforstyrrelser (F5). Affektive lidelse stod for 14 prosent av døgnene og schizofrenier (F2) for 11 prosent. Fra 2013 til 2017 økte andelen døgn knyttet til spiseforstyrrelser fra 10 til 20 prosent. I tillegg økte andelen døgn for pasienter med schizofrenier (fra 9 til 11 prosent). De øvrige diagnosekategoriene var uendret eller avtok i perioden.

Det var spesielt blant jenter man registrerte en økende andel døgn knyttet til spiseforstyrrelser (fra 15 til 28 prosent) i perioden. Dette gjaldt både jenter i alderen 13 til 15 år (17 til 33 prosent) og 16-17-åringene (fra 16 til 24 prosent). For jenter i begge aldersgrupper og for jenter totalt var dermed spiseforstyrrelser (F5) den største diagnosekategorien i døgnbehandling i 2017. For de eldste jentene var døgn knyttet til nevrotiske lidelser i samme størrelsesorden (24 prosent). For jenter totalt gikk andelen med nevrotiske lidelser i døgnbehandling ned fra 2013 til 2017 (ned fra 29 til 24 prosent). Det samme var tilfelle for affektive lidelser (fra 19 til 16 prosent) og atferdsforstyrrelser (fra 12 til 5 prosent). Denne utviklingen gjaldt alle aldersgrupper. Døgn knyttet til schizofrenier økte for jenter i alderen 16-17 år i perioden (11 til 14 prosent). Utviklingsforstyrrelser økte spesielt for jenter 13-15 år (fra 5 til 9 prosent).

Hyperkinetiske forstyrrelser (38 prosent) og atferdsforstyrrelser (31 prosent) utgjorde flest døgn blant gutter i 6-12-årsgruppen i 2017, så avtok andelen med økende alder. I tillegg avtok andelen døgn knyttet til hyperkinetiske forstyrrelser for gutter i de to eldste aldergruppene fra 2013 til 2017 (fra 32 til 19 prosent for 13-15-åringene, og fra 21 til 16 prosent for 16-17-åringene). Schizofreni utgjorde den største diagnosekategorien for gutter i alderen 16-17 år (21 prosent) i 2017. Andelen døgn knyttet til schizofreni økte for gutter i alle aldersgrupper i perioden (fra 7 til 12 prosent for gutter samla). Blant gutter i alderen 13 til 15 år økte også andelen med nevrotiske lidelser og utgjorde den største diagnosen i 2017 (27 prosent).

4 VARIASJON I BRUK AV TJENESTER MELLOM BOSTEDSOMRÅDER

For å belyse variasjon i bruk av tjenester presenteres tall for pasientenes bostedsområde¹. I denne delen av notatet beskrives variasjon i rater for pasienter samla i PHV-BU, pasienter 16-17 år, konsultasjoner og døgn fordelt på kjønn og bostedsområde.

Tabell 2 viser forskjeller i ratene for ulike indikatorer for bruk av tjenester mellom bostedsområdene i 2013 og i 2017.

Tabell 2 Forskjeller i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge. Variasjonskoeffisient 2013 og 2017, samt korrelasjonskoeffisient mellom 2013 og 2017, bostedsområder.

	År	Minimum	Maksimum	Maks/min	Variasjonskoeffisient (CV)	Korrelasjonskoeffisient 2013/2017
Pasienter totalt	2013	377	710	1,8	0,18	0,78
	2017	436	723	1,6	0,17	
Jenter 0-17 år	2013	297	567	1,9	0,19	0,75
	2017	351	635	1,8	0,17	
Gutter 0-17 år	2013	353	698	2,0	0,16	0,73
	2017	415	714	1,7	0,15	
Jenter 16-17 år	2013	837	1586	1,9	0,19	0,60
	2017	946	1789	1,9	0,16	
Gutter 16-17 år	2013	514	779	1,5	0,13	0,51
	2017	528	964	1,8	0,15	
Oppholdsdøgn jenter	2013	266	2244	8,4	0,58	0,78
	2017	386	1 864	4,8	0,45	
Oppholdsdøgn gutter	2013	103	1 183	11,5	0,57	0,70
	2017	41	1 657	40,4	1,03	
Konsultasjoner jenter	2013	4 315	9 374	2,2	0,20	0,65
	2017	5 643	11 152	2,0	0,19	
Konsultasjoner gutter	2013	4 309	9 535	2,2	0,20	0,44
	2017	6 195	10 441	1,7	0,18	

¹ Pasientenes bostedsområde er foretakenes opptaksområder.

Forskjellene er målt ved variasjonskoeffisienten ($CV = \text{standardavvik} / \text{gjennomsnitt}$). Det er også tatt med tall for variasjonsbredde (minimum og maksimum samt forholdstallet mellom ytterpunktene). Det er i tillegg tatt med korrelasjonskoeffisienten mellom årene.

I figur 11 og 14 er forskjellene illustrert ved boks-diagram. Boksene representerer de midterste 50 prosent av foretaksområdene. De tynne linjene representerer siste observasjon som befinner seg mindre enn 1,5 ganger over eller under boksen.

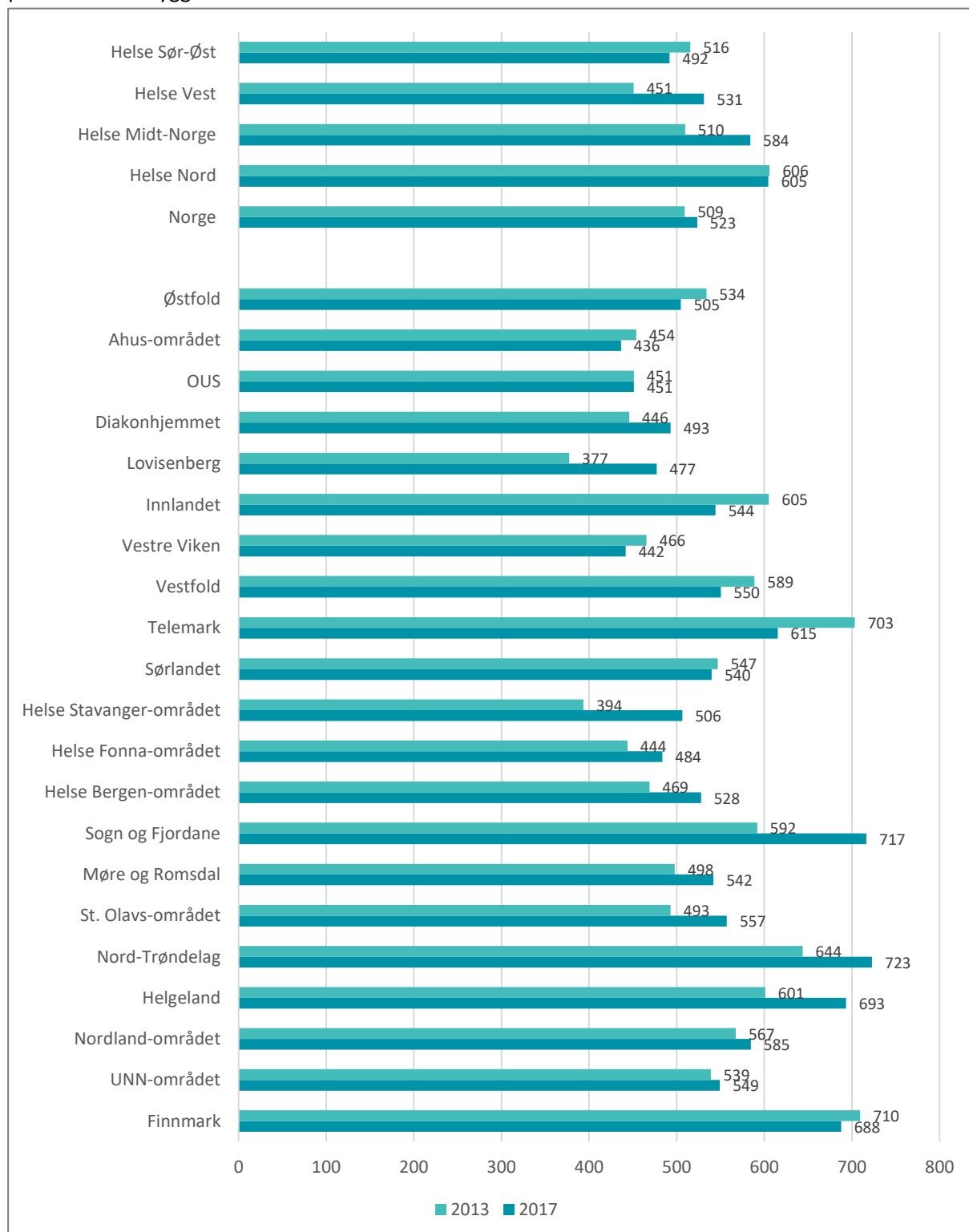
4.1 Pasienter etter bostedsområde

Figur 8 viser antall pasienter per 10 000 innbyggere i offentlige institusjoner og hos avtalespesialister fordelt på region og bostedsområde for 2013 og 2017.

Pasienter med bosted i region Nord hadde samla de høyeste pasientratene både i 2013 og 2017, spesielt lå Finnmark høyt begge år i forhold til befolkningsstørrelsen. Veksten har imidlertid vært sterkest i Helse Vest (opp 18 prosent) og i Midt-Norge (opp 15 prosent). Pasienter bosatt i Nord-Trøndelag hadde den høyeste samla pasientraten siste år, mens pasienter fra Sogn og Fjordane hadde den nest høyeste raten. I samtlige områder i Helse Vest og Helse Midt-Norge har det vært vekst i pasientraten i perioden. Hovedstadsområdet og Vestre Viken hadde de laveste pasientratene i 2017. Pasienter fra Helse Stavanger (opp 29 prosent) og Helse Fonna-området (opp ni prosent) hadde også lave pasientrater i 2013, men har hatt en klar vekst i perioden fram til 2017.

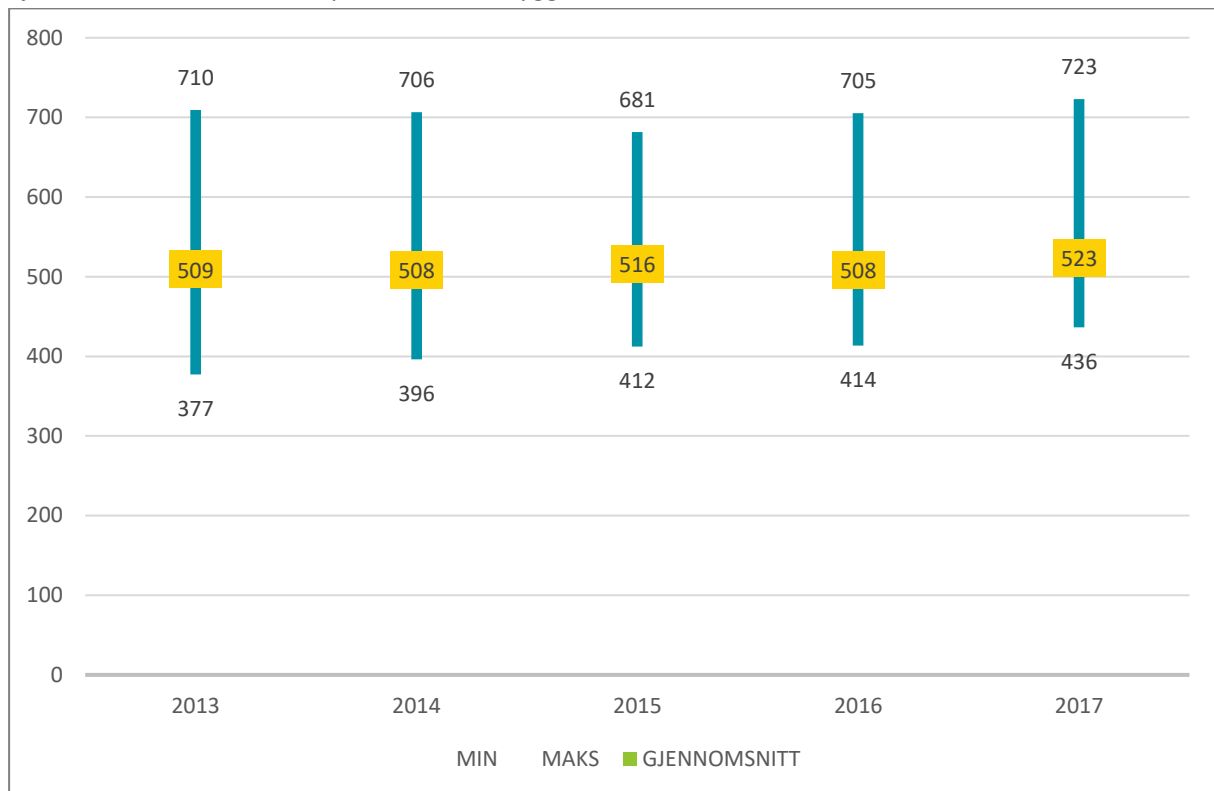
BRUK AV TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

Figur 8 Pasienter i PHV-BU og hos avtalespesialister fordelt etter bostedsområde 2013 og 2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Vekst i bostedsområdene i Helse Vest og avtagende rate i Sør-Øst har bidratt til mer utjevning mellom foretaksområdene i perioden 2013 til 2017. Figur 9 viser hvordan forskjellen mellom høyest og lavest pasientrate for bostedsområdene har utviklet seg i perioden 2013 til 2017.

Figur 9 Variasjon i pasientrater mellom bostedsområder i PHV-BU og hos avtalespesialister fordelt på kjønn, 2013 til 2017. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



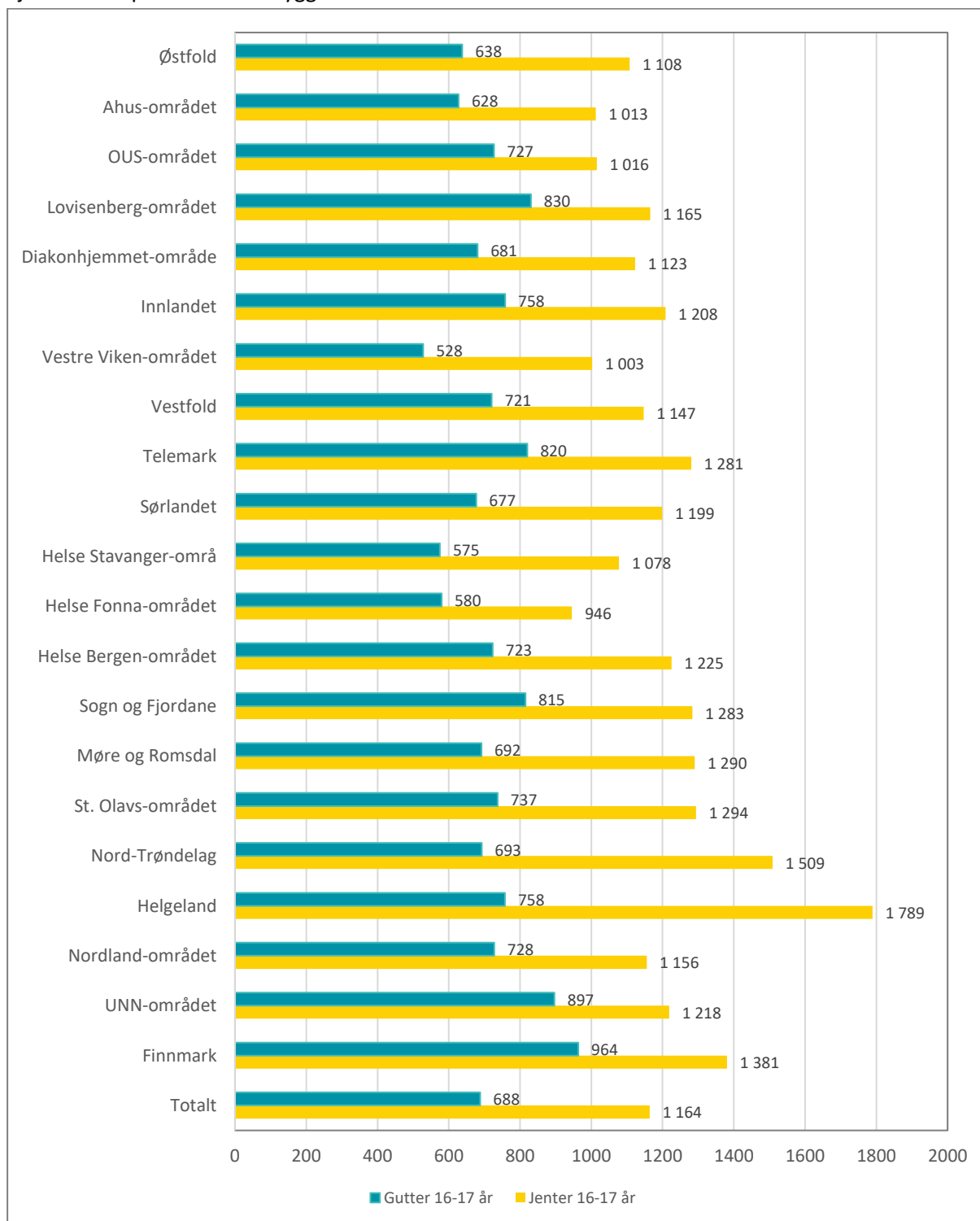
Det var noe mindre forskjeller mellom bostedsområdet med høyeste og laveste pasientrate i 2017 sammenlignet med 2013. Den nasjonale pasientraten vises i de gule boksene.

Variasjonskoeffisienten, som er et uttrykk for forskjeller mellom bostedsområdene har gått ned i perioden (fra 0,18 til 0,17).

Figur 10 viser pasientrater for jenter og gutter i alderen 16-17 år etter bostedsområde.

BRUK AV TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

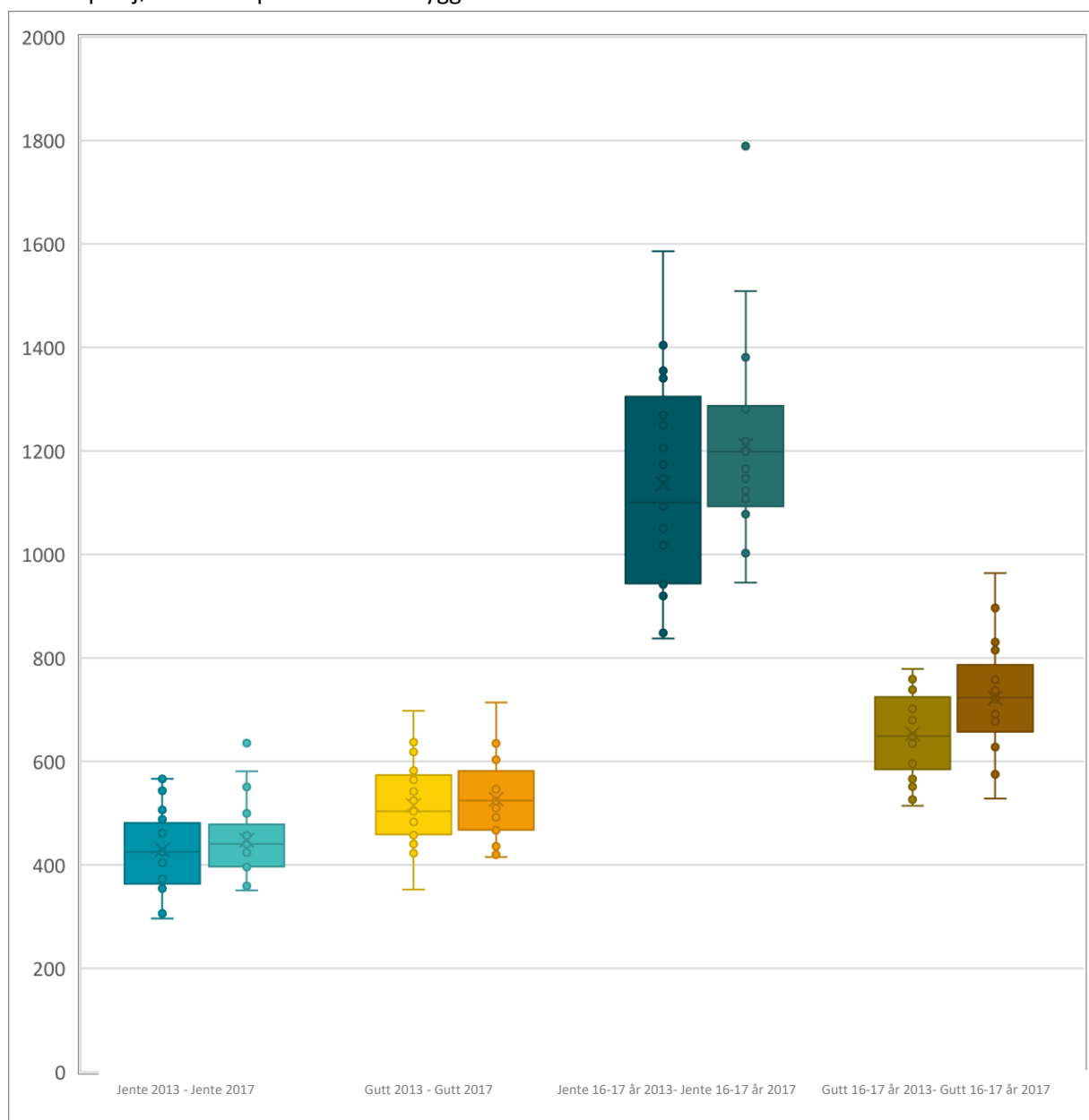
Figur 10 Pasienter 16-17 år i PHV-BU og hos avtalespesialister i 2017 fordelt etter bostedsområde og kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Figuren viser at det er betydelig høyere pasientrater for jenter i det psykiske helsevernet for barn og unge enn gutter for aldersgruppen 16-17 år. Dette gjelder i samtlige bostedsområder i 2017. Jenter bosatt i Helgeland og Nord-Trøndelag hadde de høyeste ratene, mens Helse Fonna- og Vestre Viken-området hadde blant de laveste ratene for begge kjønn.

Figur 11 illustrerer variasjonene mellom bostedsområdene for utvalgte mål på bruk av tjenester i 2013 og 2017.

Figur 11 Variasjon i pasienter 0-17 år og 16-17-åringene mellom bostedsområder i 2013 og 2017 fordelt på kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Boksene som viser samla pasientrater for jenter og gutter, illustrerer hvordan gutter hadde høyere samla pasientrater enn jenter begge år og at variasjonene mellom bostedsområdene har gått litt ned for begge kjønn (variasjonskoeffisient gikk ned fra 0,19 til 0,17 for jenter og 0,16 til 0,15 for gutter). For pasienter 16-17 år, synliggjør figuren jenters betydelig høyere pasientrater enn gutter begge år. For jenter i denne aldersgruppen har variasjonen mellom bostedsområdene gått noe ned fra 2013 til 2017 (variasjonskoeffisient ned fra 0,19 til 0,16), mens den har økt for gutter i samme periode (variasjonskoeffisient opp fra 0,13 til 0,15).

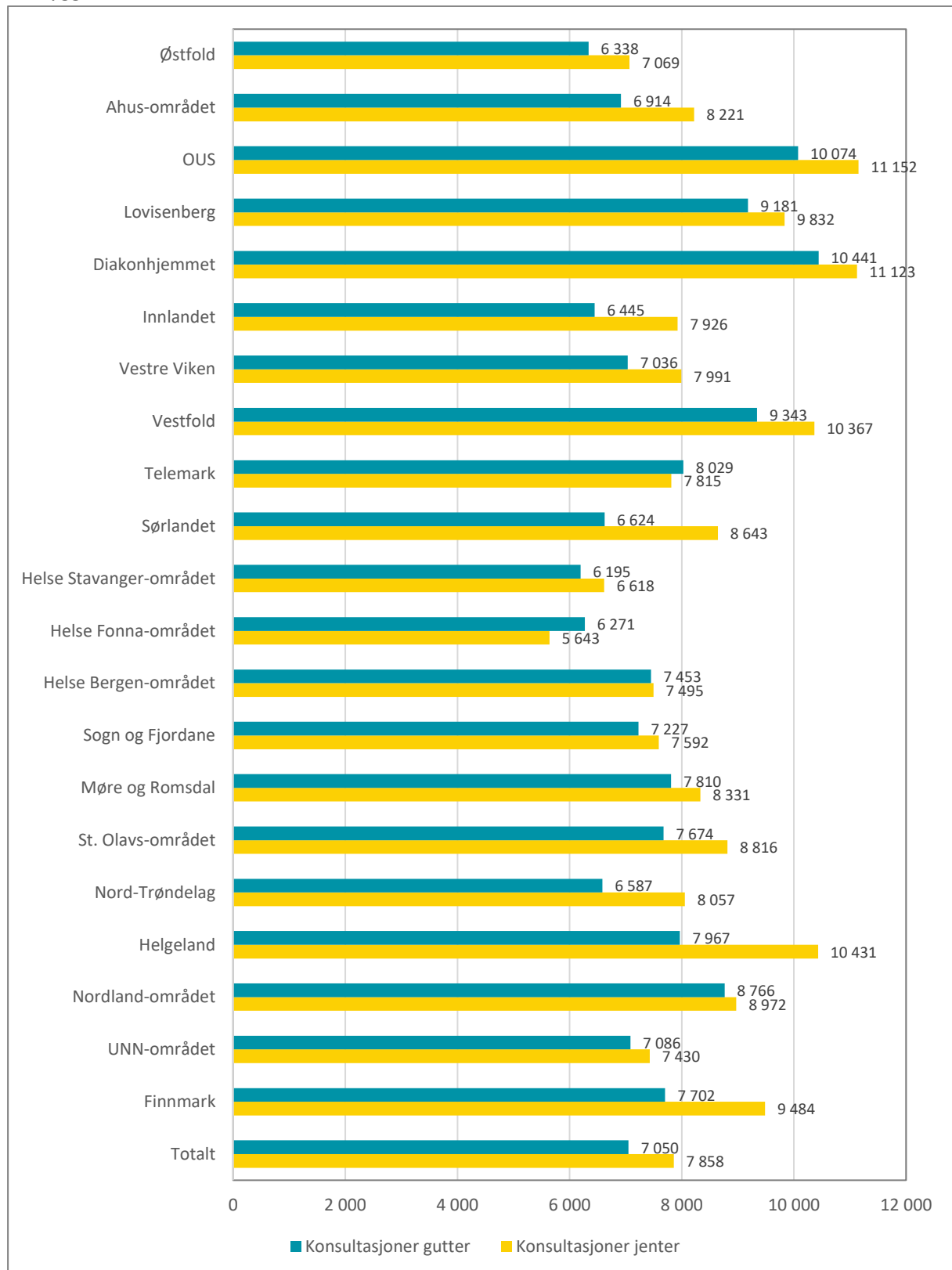
4.2 Konsultasjoner og oppholdsdøgn etter bostedsområde

I figur 12 og 13 vises fordelingen av rater for konsultasjoner og oppholdsdøgn etter kjønn og bostedsområde.

Med unntak for Telemark og Helse Fonna, er det gjennomgående høyere konsultasjonsrater for jenter enn gutter i helseforetaksområdene. Størst forskjell mellom kjønnene finner man for Helgeland og Sørlandet, mens små forskjeller finner man blant annet i Telemark, Helse Bergen, Sogn og Fjordane og Nordlandsområdet. Det er litt større variasjoner mellom bostedsområdene for jenter (CV=0,19) enn gutter (CV=0,18) i 2017.

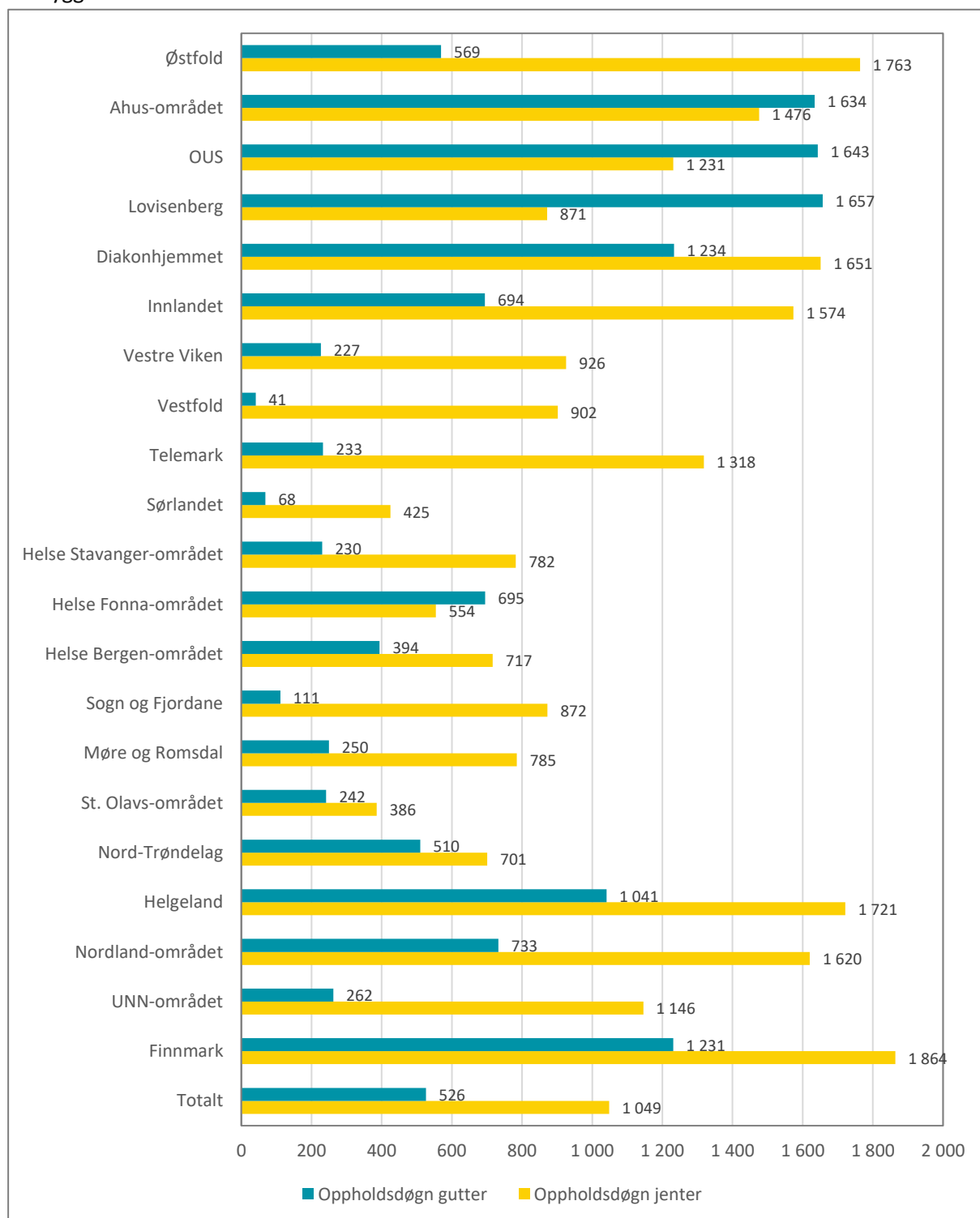
Figur 13 viser at det var store variasjoner mellom bostedsområdene i døgnbehandlingen i 2017. Forskjellen var stor for begge kjønn, men større blant gutter (CV=1,03) enn jenter (CV=0,45). Jenter hadde nesten dobbelt så høye døgnrater som gutter på nasjonalt nivå siste år. I de fleste bostedsområdene hadde jenter høyere døgnrater enn gutter, unntaket var A-hus-området, OUS, Lovisenberg og Helse Fonna hvor guttene hadde høyere rater enn jenter. De høyeste døgnratene var blant jentene i Finnmark, Helgeland og Østfold, men ratene var nesten på samme nivå for gutter i A-hus-området, OUS og Lovisenberg.

Figur 12 Konsultasjoner i PHV-BU i 2017 fordelt etter bostedsområde og kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



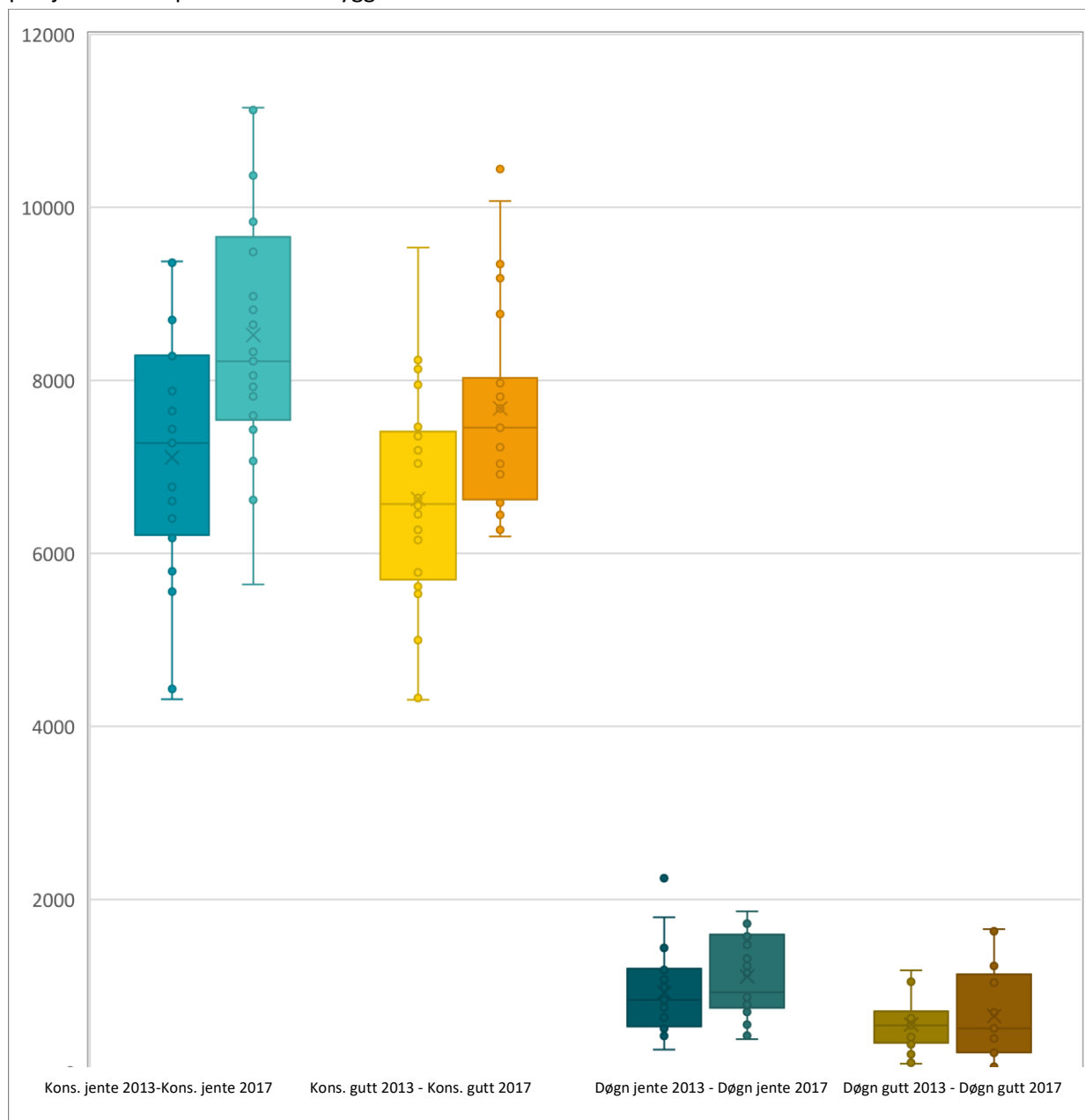
BRUK AV TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

Figur 13 Oppholdsdøgn i PHV-BU i 2017 fordelt etter bostedsområde og kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Figur 14 illustrerer variasjonene mellom bostedsområdene for bruk av tjenester, målt i konsultasjoner og oppholdsøgn i 2013 og 2017, fordelt på kjønn.

Figur 14 Variasjon i konsultasjoner og oppholdsøgn mellom bostedsområder i 2013 og 2017 fordelt på kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Figur 14 synliggjør at konsultasjonsratene for jenter var betydelig høyere enn for gutter. Samtidig viser boksene at ratene økte i perioden og at variasjonene mellom bostedsområdene gikk ned (CV ned fra 0,20 til 0,19) fra 2013 til 2017. Samme utvikling ser vi for konsultasjoner for gutter, økt rate og avtagende variasjon i perioden (CV ned fra 0,20 til 0,18). Boksene for døgn, viser at døgnratene

var høyere for jenter enn gutter begge år. Forskjellene mellom bostedsområdene gikk ned for jenter (CV ned fra 0,58 til 0,45) og økte for gutter (CV opp fra 0,57 til 1,03).

Vedlegg

Tabell 3 Registrerte antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform 2013-2017.

	Pasienter i offentlig virksomhet og hos avtale spesialister				
	Døgnpasienter	Polikliniske pasienter	Pasienter i offentlige institusjoner	Pasienter hos avtalespesialister	Pasienter totalt
2013	2 071	55 169	55 304	2 907	57 286
2014	2 022	55 146	55 263	2 809	57 181
2015	1 973	56 044	56 162	2 704	58 125
2016	2 066	55 346	55 527	2 691	57 507
2017	2 114	57 071	57 252	2 563	59 085
Per 10 000 innb. 0-17 år					
2013	18	490	492	25	509
2014	18	490	491	24	508
2015	18	497	498	24	516
2016	18	489	491	24	508
2017	19	505	507	23	523

Tabell 4 Estimerte antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform 2013-2017.

	Pasienter i offentlig virksomhet og hos avtale spesialister				
	Døgnpasienter	Polikliniske pasienter	Pasienter i offentlige institusjoner	Pasienter hos avtalespesialister ¹	Pasienter totalt ¹
2013	2 071	55 169	55 304	2 942	57 380
2014	2 022	55 146	55 263	2 878	57 355
2015	1 973	56 044	56 162	2 865	58 234
2016	2 066	55 346	55 527	2 691	57 507
2017	2 114	57 071	57 252	2 563	59 085
Per 10 000 innb. 0-17 år					
2013	18	490	492	26	510
2014	18	490	491	26	510
2015	18	497	498	25	517
2016	18	489	491	24	508
2017	19	505	507	23	523

¹ Data fra avtalespesialistene har ikke vært komplette og antallet pasienter og konsultasjoner ble estimert for 2015 og tidligere år.

BRUK AV TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

Tabell 5 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform og hoveddiagnose på Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom i 2017. Prosent.

Diagnosegruppe	Pasienter i offentlig virksomhet og hos avtale spesialister				
	Døgn-pasienter	Poli- kliniske pasienter	Pasienter i offentlige institu- sjoner	Pasienter hos avtale- spesialister	Pasienter totalt
Organiske lidelser (F0)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Ruslidelser (F1)	0,7	0,2	0,2	0,2	0,2
Schizofrenier (F2)	7,0	0,7	0,7	0,6	0,7
Affektive lidelser (F3)	20,1	9,4	9,4	9,5	9,4
Nevrotiske lidelser (F4)	28,3	26,1	26,1	21,9	26,1
Atferdssyndr. forbundet med fysiologiske forstyr. og fysiske faktorer (F5)	11,7	3,1	3,1	2,7	3,1
Personlighetsforstyrrelser (F6)	2,5	1,2	1,2	0,6	1,2
Utviklingsforstyrrelser (F8)	7,0	9,5	9,5	9,9	9,5
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	12,0	30,6	30,5	35,0	30,5
Andre atferdsfors. barn og ungdom (F91-98)	10,4	18,9	18,9	19,5	18,9
Andre psykiske lidelser (F7, F99)	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2
Andre nevrologiske lidelser (G0-G2, G4-G9)		0			
Andre diagn. (eksklusive F, G, Z, R)		0			
Totalt	100	100	100	100	100
N=	1 983	57 071	57 252	2 563	59 085
Herav:					
Z-diagnoser	13	1 778	1 778	6	1778
R-diagnoser	413	18 102	18 160	211	18160
ICD10 mangler eller er ugyldig	50	3 782	3 817	1863	5650

Tabell 6 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge hoveddiagnose på Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom i 2013 og 2017. Antall og rate per 10 000 innbyggere.

Diagnosegruppe	Pasienter i offentlig virksomhet og hos avtale spesialister				
	Antall pasienter 2013	Rate per 10 000 innbyggere 0-17 år 2013	Antall pasienter 2017	Rate per 10 000 innbyggere 0-17 år 2017	Prosent endring i pasientrate
Organiske lidelser (F0)	36	0,3	25	0,2	-0,1
Ruslidelser (F1)	65	0,6	55	0,5	-0,1
Schizofrenier (F2)	186	1,7	250	2,2	0,6
Affektive lidelser (F3)	3697	32,9	3 164	28,0	-4,8
Nevrotiske lidelser (F4)	7320	65,1	8 753	77,5	12,5
Atferdssyndr. forbundet med fysiologiske forstyr. og fysiske faktorer (F5)	927	8,2	1 045	9,3	1,0
Personlighetsforstyrrelser (F6)	144	1,3	399	3,5	2,3
Utviklingsforstyrrelser (F8)	2 914	25,9	3 195	28,3	2,4
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	9 211	81,9	10 227	90,6	8,7
Andre atferdsfors. barn og ungdom (F91-98)	6 228	55,4	6 323	56,0	0,7
Andre psykiske lidelser (F7, F99)	196	1,7	61	0,5	-1,2
Andre diagn. (eksklusive F, Z, R)	94	0,8	-	-	-
Totalt	57 286	509,1	59 085	523,3	14,2
Herav:					
Z-diagnoser	13 200	117,3	1 778	15,7	-101,6
R-diagnoser	692	6,2	18 160	160,8	154,7
ICD10 mangler eller er ugyldig	12 375	110,0	5 650	50,0	-59,9

Datagrunnlag

Data

Tallene for PHV-BU som brukes i notatet bygger på pasientdata fra Norsk pasientregister. Data omfatter pasienter og aktivitet i offentlige institusjoner og poliklinikker, samt hos avtalespesialister i psykisk helsevern. Tallene er fremstilt som rater per 1000/10 000 innbyggere 0-17 år og som rater per innbygger i prosent av ratene på landsbasis etter pasientenes bostedsområde. Noen pasienter mottar flere behandlingsformer i løpet av et år. Antall pasienter totalt vil derfor være lavere enn de som fremkommer ved å summere tallene på tvers av behandlingsformer. Tallene for avtalespesialistene har blitt mer komplette i løpet av femårsperioden (andelen har økt fra 91 prosent av virksomheten i 2011 til 97 prosent i 2015).

Skifte av pasientdatasystem

Sektoren har de siste årene gradvis er skiftet pasientdatasystem fra BUPdata til DIPS. Dette har påvirket rapporteringen av aktivitet, spesielt kontaktypen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. Den rapporterte aktiviteten går betydelig ned, spesielt året etter innføring av nytt system, omfanget varierer fra foretak til foretak. Dette er viktig å ta hensyn til i analyse og bruk av resultater spesielt på regionalt og helseforetaksnivå.

Helseforetak som har tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt system;

- 2010: Helse Stavanger HF
- 2011: Vestre Viken HF, Helse Fonna HF og Helse Førde og to avtaleinstitusjoner i Helse Sør-Øst
- 2012: Helseforetak i Helse Nord og Helse Bergen HF
- 2013: Sykehuset Østfold HF og Telemark HF
- 2014: Oslo Universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF
- 2015: Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF
- 2016: Sykehuset i Vestfold HF

Diagnose

Ved presentasjon av diagnosefordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom, tilstand 1, har vi valgt å holde Z-diagnosene (Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning) og R-diagnoser (Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn ikke klassifisert annet sted) utenfor prosentfordelingen.

