

Distriktpsikiatriske tjenester 2017

Rapport
IS-2825



Innhold

Sammendrag	4
Innledning	8
1. Volum og fordeling av døgnplasser etter institusjonstype	11
1.1 Utvikling i antall døgnplasser etter institusjonstype 1998-2017	12
1.2 Utvikling i antall døgnplasser regionalt 2008-2017	13
2. Poliklinisk og ambulant personell i det psykiske helsevernet for voksne	16
2.1 Innledning	17
2.2 Utviklingen nasjonalt 2008-2017	17
2.3 Personellsammensetning i poliklinisk og ambulant virksomhet	18
2.4 Geografisk fordeling av personellet	20
3. Personell i rusrelatert klinisk arbeid	24
3.1 Innledning	25
3.2 Polikliniske årsverk i rusrelatert og/eller ambulant virksomhet	26
4. Bruk av tjenester etter institusjonstype	32
4.1 Oppholdsdøgn etter institusjonstype 1998-2017	33
4.2 Oppholdsdøgn etter institusjonstype i regionene 2008-2017	35
4.3 Utskrivninger etter institusjonstype 1998-2017	37
4.4 Utskrivninger etter institusjonstype i regionene 2008-2017	38
4.5 Poliklinisk aktivitet etter institusjonstype 1998-2017	39
4.6 Poliklinisk aktivitet etter institusjonstype i helseregionene 2008-2017	41
5. Øyeblikkelig hjelp-innleggelser	43
5.1 Innledning	44
5.2 Omfang av ø-hjelpsinnleggelser 2011-2017	44
5.3 Geografiske forskjeller i øyeblikkelig hjelp-innleggelser	46
6. Pasienter etter alder og hovedtilstand	49

6.1	Innledning	50
6.2	Diagnosegrupper	50
6.3	Diagnosefordeling for samtlige pasienter etter institusjonstype	51
6.4	Diagnosefordeling for døgnpasienter etter institusjonstype	54
6.5	Aldersfordeling blant pasientene	56
7.	Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i 2017 – driftsindikatorer for DPS-ene	60
7.1	Innledning	61
7.2	Døgnplasser	61
7.3	Bruk av tjenester	67
	Vedlegg	81
	Datagrunnlag og metode	82
	Bostedsområder i det psykiske helsevernet for voksne i 2017.	84
	Foretaksområder i det psykiske helsevernet i 2017. Folketall per 01.01.2018	84
	DPS-områder i det psykiske helsevernet i 2017. Folketall per 01.01.2018	87



Sammendrag

Det er en målsetting å forskyve virksomheten i det psykiske helsevernet for voksne fra sykehus til DPS og fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant virksomhet. For den polikliniske og ambulante virksomheten har en langt på vei lyktes med dette. Personellinnsatsen og antall konsultasjoner har økt, og økningen har kommet ved DPS-ene. Samtidig har døgnaktiviteten blitt trappet ned. Siden 2008 har imidlertid overføring av døgnaktivitet fra sykehus til DPS stoppet opp. Det er også store geografiske forskjeller i utbyggingen av døgnaktiviteten ved DPS-ene.

Døgnplasser

Korrigert for befolkningsvekst ble antall døgnplasser mer enn halvert fra 1998 til 2017 (53 prosent reduksjon). Siden 2008 er nedgangen 33 prosent. Det er en relativt jevn fordeling av døgnplasser (rate) totalt mellom regionene. Ved DPS-ene har imidlertid Helse Sør-Øst gjennomgående lavere rate og andel plasser enn de øvrige regionene. Høyest rate og andel finner vi i Helse Vest.

52 av 66 DPS med døgnplasser hadde i 2017 etablert et tilbud med brukerstyrte plasser. 4 sykehus og 2 andre institusjoner hadde etablert en tilsvarende ordning, totalt 58 institusjoner, om lag samme antall som året før.

Poliklinisk og ambulant personell

Korrigert for befolkningsvekst har det fra 2008 til 2017 vært en vekst på 23 prosent i årsverksinnsatsen i poliklinisk og ambulant virksomhet. Veksten har både absolutt og relativt særlig kommet i den ambulante virksomheten, der personellinnsatsen ble tre-doblet. Veksten kom særlig i den første delen av perioden. Veksten er mer beskjeden ved poliklinikkene (4 prosent vekst). Ambulant virksomhet retter seg gjerne mot pasienter med mer alvorlige lidelser, og vil kreve større ressurser enn ordinær poliklinisk virksomhet. Det er likevel ønskelig å bygge ut dette tilbudet bl.a. for å unngå unødvendige innleggelse.

Samlet sett står universitetsutdannet personell (leger og psykologer) for 56 prosent av årsverksinnsatsen ved poliklinikkene og 29 prosent av årsverksinnsatsen i den ambulante virksomheten.

Høyskolegruppene står samlet for 31 prosent av årsverkene ved poliklinikkene og 64 prosent av årsverkene i den ambulante virksomheten. Det store flertallet av de høyskoleutdannede har videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Det meste av den polikliniske og ambulante virksomheten er tilknyttet DPS-ene. Disse står for 82 prosent av de polikliniske og 86 prosent av de ambulante årsverkene.

Helse Midt-Norge og Helse Nord har gjennomgående høyere rater for personell i poliklinikk enn Helse Sør-Øst og Helse Vest. Disse har imidlertid høyere aktivitet hos avtalespesialister.

Personell i rusrelatert klinisk arbeid

Om lag 1000 årsverk arbeidet i rusrelatert poliklinisk virksomhet ved helseforetakene (inkl. Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus) i 2017. Dette utgjør en femtedel av alle polikliniske årsverk i psykisk helsevern og TSB. Kun to prosent av årsverkene er organisert i vurderingsteam eller rusteam i psykisk helsevern. I tillegg var det over 900 årsverk innen ambulant virksomhet i psykisk helsevern for voksne.

Det er regionale forskjeller med hensyn til omfang og sammensetning av personellet innen det rusrelaterte tilbudet i HF-ene. Helse Vest har i størst grad prioritert rusrelatert virksomhet innen det polikliniske tjenestetilbudet, mens Helse Nord og Helse Midt-Norge har den laveste andel rusrelaterte polikliniske årsverk.

Med unntak av i Helse Nord utgjør helsefaglig personell omtrent 80 prosent av de ambulante årsverkene. Helse Vest har den høyeste andel årsverk med spesialisering og/eller videreutdanning. Helse Nord har den høyeste andel sosialfaglig personell i det ambulante tilbudet.

I det polikliniske tilbudet har Helse Sør-Øst og Helse Nord har den høyeste andelen helsefaglig personell, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge har den høyeste andelen sosialfaglig personell. Helse Midt-Norge har her den høyeste andel årsverk med spesialisering eller videreutdanning.

Oppholdsdøgn

Korrigert for befolkningsvekst har det fra 1998 til 2017 vært en nedgang på 55 prosent i antall oppholdsdøgn. Siden 2008 er nedgangen på 32 prosent. Siden 2008 har fordelingen av døgnene holdt seg stabil mellom ulike institusjonstyper, med 56-57 prosent ved sykehusene, 38 til 40 prosent ved DPS-ene og 4-5 prosent ved øvrige institusjoner.

Utskrivninger

På tross av nedgang i antall oppholdsdøgn, var det fram til 2006 en kraftig økning i utskrivningsraten. Veksten kom særlig ved DPS-ene. Fra 2007 flatet ratene ut, og fra 2012 til 2015 var det en nedgang i raten, særlig ved sykehusene. De siste årene har ratene igjen flatet ut. DPS-ene har i løpet av perioden 1998 til 2017 økt sin andel av utskrivningene fra 20 til 46 prosent.

Polikliniske og ambulante konsultasjoner

Fra 1998 til 2017 økte antall refusjonsberettigede konsultasjoner fra 476 000 til 1 744 000. Korrigert for befolkningsvekst (konsultasjoner per innbygger 18 år og eldre) gir dette en tre-dobling av aktiviteten. Veksten har i sin helhet kommet ved DPS-ene. Som en følge av dette har andel konsultasjoner ved DPS økt fra 53 til 86 prosent. Siden 2008 har antall konsultasjoner økt fra 1 099 000 til 1 744 000. Sett i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre gir dette en økning på 41 prosent. Noe av økningen skyldes endringer i finansieringssystemet fra 2016 til 2017. Fra 2008 til 2016 var økningen 30 prosent. Antall polikliniske kontakter totalt (med og uten refusjon) holdt seg stabil fra 2016 til 2017. Helse Midt-Norge har flere og Helse Vest færre konsultasjoner per innbygger enn de øvrige regionene.

Øyeblikkelig hjelp-innleggelser

I perioden 2011 til 2017 har det vært en nedgang i den samlede innleggelsesraten (per innbygger 18 år og eldre) på 3,9 prosent. Ø-hjelpsraten har i samme periode blitt redusert med 1,0 prosent. Som en følge av dette har andel ø-hjelpsinnleggelser økt fra 64 til 66 prosent.

Andel ø-hjelpsinnleggelser er høyest ved sykehusene. Den totale innleggelsesraten ved sykehusene (per innbygger 18 år og eldre) har fra 2011 til 2017 blitt redusert med 9,4 prosent, mens ø-hjelpsraten har blitt

redusert med 6,6 prosent. Andel ø-hjelpsinnleggelser ved sykehusene har dermed økt fra 81 til 83 prosent. Andel av ø-hjelpsinnleggelsene som går til sykehusene har i perioden blitt redusert fra 72 til 68 prosent.

Innleggesraten ved DPS-ene har i perioden økt med 3,5 prosent. Ø-hjelpsraten ved DPS har i samme periode økt med 13,8 prosent. Andel ø-hjelpsinnleggelser ved DPS har dermed økt fra 43 til 47 prosent. Andelen av ø-hjelpsinnleggelsene som går til DPS har økt fra 28 til 32 prosent.

Det er store forskjeller både i den totale innleggesraten og øyeblikkelig hjelp-raten mellom foretaksområdene. Det er også store forskjeller i hvilken rolle DPS-ene spiller i håndteringen av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene. I flere områder står DPS-ene for om lag halvparten av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene. I andre områder er andelen under 15 prosent. I enkelte områder spiller dermed DPS-ene fortsatt en liten rolle i håndtering av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene.

Registrert hoved-tilstand hos pasientene

I 2017 var i alt 151 000 i kontakt med institusjonene i det psykiske helsevernet for voksne. Av disse var 40 000 i kontakt med sykehusene og 127 000 i kontakt med DPS-ene. 27 000 pasienter mottok døgnbehandling.

Flest pasienter ble behandlet for affektive lidelser (stemningslidelser, 29 prosent) og nevrotiske lidelser (angstlidelser, tvangslidelser mv. 33 prosent). Dette gjaldt både innenfor sykehus (hhv. 24 og 19 prosent) og DPS (31 og 36 prosent). For pasienter behandlet i andre døgninstitusjoner var andelen med affektive og nevrotiske lidelser betydelig lavere (hhv. 16 og 14 prosent).

DPS-ene har en større andel pasienter både med affektive og nevrotiske lidelser enn sykehusene og andre døgninstitusjoner. I sykehus er andelen med schizofrenilidelser (psykoser), ruslidelser og organiske lidelser klart høyere enn i DPS. Mens DPS knapt behandlet pasienter med organiske lidelser, utgjorde dette en betydelig gruppe i andre døgninstitusjoner (10 prosent). Pasienter med en schizofrenilidelse utgjorde den største gruppen av pasienter i andre døgninstitusjoner (25 prosent).

Forskjellene mellom sykehus og DPS gjenspeiler at andel polikliniske pasienter er langt høyere ved DPS-ene enn ved sykehusene.

Andel pasienter med schizofrenilidelser og ruslidelser er vesentlig høyere blant døgnpasientene enn blant pasientene samlet. Dette gjaldt både for DPS og sykehus, hvor andelen med schizofrenilidelser var på samme nivå (23 og 20 prosent). Andelen pasienter med ruslidelser var noe lavere i DPS (ni prosent) enn i sykehus (15 prosent). Andelen med affektive lidelser var høyere blant døgnpasientene i DPS (34 prosent) enn i sykehus (26 prosent).

Få eldre i det psykiske helsevernet

Sett i forhold til innbyggertallet hadde både sykehus og DPS flest pasienter i alderen 18-29 år. Dette gjelder både pasienter totalt og for døgnpasientene. Pasientratene avtar deretter med økende alder. For sykehusene øker igjen ratene for de eldste aldersgruppene. Noen tilsvarende tendens finner vi ikke for DPS-ene. Samme mønster finner vi for behandlingsaktiviteten (døgn, konsultasjoner). For sykehusene økte ratene for de eldste aldersgruppene. For DPS-ene fortsatte ratene å synke. Alderspsykiatriske tjenester er så langt i liten grad blitt bygget ut ved DPS-ene.

Geografiske forskjeller

Det er betydelige forskjeller mellom foretakene i dekningsgrad for døgnplasser ved DPS. Forskjellene er langt mindre når man ser på døgnplasser totalt, der forskjellene er relativt begrenset. Noen foretak har med andre ord konsentrert mer av døgnplassene ved sykehusene. Dette gjelder særlig foretakene i Oslo-området (inkl. Ahus), samt Vestre Viken, Vestfold og Nordlands-området. Samme mønster finner vi også for oppholdsdøgnene, med store forskjeller i antall oppholdsdøgn ved DPS, men mindre i oppholdsdøgn

totalt. Igjen skiller foretakene i Oslo-området, samt Vestfold og Nordlands-området seg ut med lave rater ved DPS.

Det er langt større forskjeller mellom helseforetaksområdene i utskrivningsratene enn de vi fant for døgnratene og døgnplassratene. Det er igjen langt større forskjeller i utskrivninger ved DPS enn i utskrivninger totalt (inklusive sykehus). Større forskjeller i utskrivningsrate enn i døgnrate innebærer at foretak bruker tilgjengelige døgnplasser forskjellig. Noen har få lange, andre har færre korte opphold. Også for utskrivninger fra DPS finner vi de laveste ratene i Oslo-området (inklusive Ahus) samt i Vestfold.

Den polikliniske virksomheten er i all hovedsak organisert ved DPS-ene. Disse står for 86 prosent av konsultasjonene. For døgnplasser, oppholdsdøgn og utskrivninger er det imidlertid fortsatt betydelige forskjeller i hvor godt DPS-funksjonen var bygget ut.

Innledning

Denne rapporten er utarbeidet for å dokumentere omstillingen innen psykisk helsevern for voksne.

I løpet av de siste 18 årene har det skjedd en betydelig omstrukturering til et mer desentralisert tjenestetilbud. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) heter det:

«Regjeringen vil prioritere behandlingstilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet, og har gjeninnført kravet om at veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal være høyere enn for somatikk. I psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsikiatriske enheter prioriteres. Distriktpsikiatriske sentre skal være hjørnesteinen i psykisk helsevern for voksne.»¹

I statsbudsjettet for 2019 signaliseres det at psykisk helsevern vil bli et hovedområde i Nasjonal helse og sykehusplan 2019.

I statsbudsjettet for 2019 heter det at regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres, og at innen psykisk helsevern skal Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge prioriteres.

I Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2019 står det at de regionale foretakene skal fortsette å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). De regionale helseforetakene skal bidra til at tjenestetilbudet er forutsigbart og at uønsket variasjon reduseres gjennom systematisk kvalitetsforbedring og styrket ledelse. Kravet om at det skal være høyere kostnadsvekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå står fast uavhengig av hvordan kommunene tilpasser seg betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

I rapporten fokuserer vi på nasjonale og regionale utviklingstall, og på forskjeller i behandlingstilbudet mellom områder og foretak. I kapittel 7 presenteres noen sentrale indikatorer for de enkelte helseforetak/helseforetaksområder og DPS/DPS-områder. Ytterligere indikatorer finnes på Helsedirektoratets hjemmeside <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>. Her kan man laste ned grafer og tabeller som viser fordelingen og utviklingen for utvalgte indikatorer for institusjoner og områder, eller for områdene samlet. Her finner en også kart som viser det geografiske spredningsmønsteret for tjenestene.

Driftsindikatorene viser at det fortsatt er store geografiske forskjeller både i ressursinnsats ved DPS og ressursfordeling mellom sykehus og DPS.

Rapporten inngår i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Denne bygger i hovedsak på ressursdata (kostnader og døgnplasser) innsamlet av Statistisk sentralbyrå, og pasientdata innsamlet av Norsk

¹ Meld. S. 11 (2015–2016) s.30

pasientregister i Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har i tillegg samlet inn tall for personellinnsats i poliklinisk og ambulant virksomhet. Datagrunnlag og beregningsmetoder er omtalt i et vedlegg til rapporten.

Rapporten viser tidsserier for utviklingen både nasjonalt og regionalt.

I kapittel 1 presenteres tall for utviklingen i antall døgnplass nasjonalt og i de regionale helseforetakene, fordelt på sykehus, DPS og andre institusjoner.

I kapittel 2 presenteres en oversikt over personellinnsats i poliklinisk og ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for voksne.

I kapittel 3 gis en samlet oversikt over poliklinisk og ambulant personell i TSB og i psykisk helsevern som arbeider med rusrelaterte problemstillinger.

Kapittel 4 omhandler bruk av tjenester sortert etter institusjonstype. Det har vært en markant nedgang i oppholdsdøgn fra 1998 til 2017, men en betydelig vekst i antall utskrivninger og i antall polikliniske konsultasjoner. Fordelingen av oppholdsdøgn mellom sykehus og DPS har siden 2004 holdt seg stabil, men andel utskrivninger fra DPS har økt. Den polikliniske virksomheten er i all hovedsak lokalisert ved DPS-ene.

Det er en målsetting å utvikle gode akutt-tjenester ved DPS-ene. I rapportens kapittel 5 analyserer vi omfanget av akuttinnleggelser over perioden 2011 til 2017.

Kapittel 6 viser tall for pasientfordeling etter hoveddiagnoser i ICD-10 og etter alder.

I kapittel 7 presenteres tall for tjenester, brutt ned på helseforetaksområder og DPS-områder. Flere tall og indikatorer finnes på helsedirektoratets nettsider.

Analysene i denne rapporten bygger på en inndeling i Helseforetaksområder og DPS-områder, det vil si opptaksområdene for de enkelte helseforetakene og DPS-ene. En oversikt over områdeinndeling og folketall i områdene følger som vedlegg til rapporten.

1. Volum og fordeling av døgnplasser etter institusjonstype

Siden 1998 har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne blitt redusert fra 5 980 til 3 444. Korrigert for befolkningsvekst gir dette en nedgang på 53 prosent. Fra 1998 til 2004 økte plasstallet ved DPS-ene. Økningen var likevel svakere enn nedgangen ved de psykiatriske sykehjemmene. Sykehusene viser en svak nedgang gjennom hele perioden. Siden 2004 har den prosentvise fordelingen av plassene holdt seg relativt stabil mellom sykehus, DPS og «andre institusjoner».

Korrigert for befolkningsvekst har det siden 2008 samlet sett vært en nedgang i antall plasser på 33 prosent, mest i Helse Sør-Øst (37 prosent), minst i Helse Nord (22 prosent). I øvrige regioner er nedgangen 30 prosent. I Helse Vest (3 prosentpoeng), Helse Nord (2 prosentpoeng) og i Helse Midt-Norge (9 prosentpoeng) har andel plasser ved DPS økt. I Helse Sør-Øst har andel plasser ved DPS gått ned med 4 prosentpoeng. Nedgangen her skjer særlig fra 2016 til 2017.

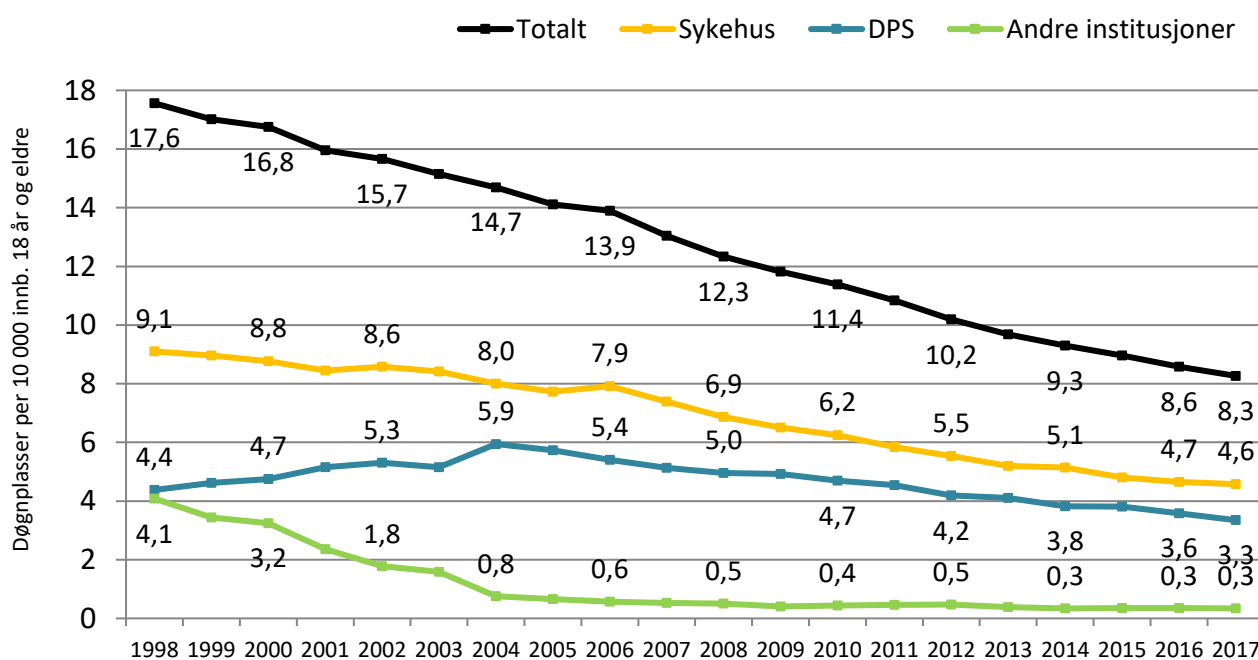
Det er en relativt jevn fordeling av døgnplasser (rate) totalt mellom regionene. Ved DPS-ene har Helse Sør-Øst gjennomgående lavere rate og andel plasser enn de øvrige regionene. Høyest rate og andel finner vi i Helse Vest.

52 av 66 DPS med døgnplasser har etablert et tilbud med brukerstyrte plasser. 4 sykehus og 2 andre institusjoner har etablert en tilsvarende ordning, totalt 58 institusjoner, om lag samme antall som året før.

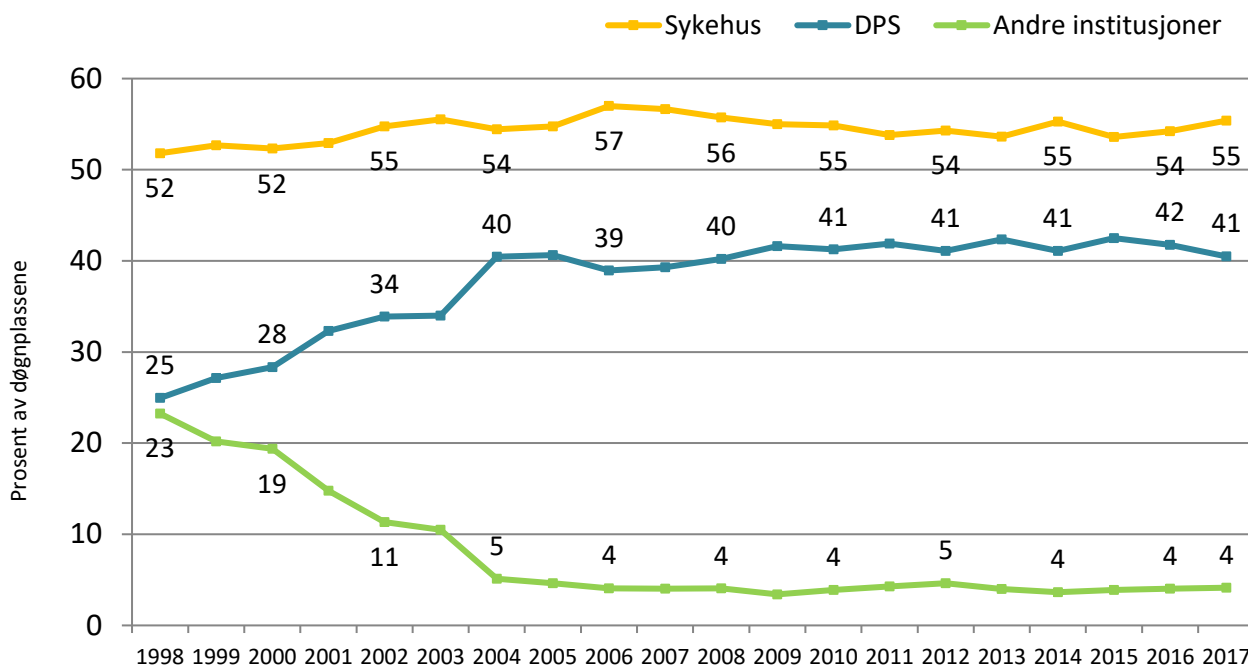
1.1 Utvikling i antall døgnplasser etter institusjonstype 1998-2017

Figur 1 viser utviklingen i antall døgnplasser etter institusjonstype over perioden 1998-2017. Figur 2 viser den prosentvise fordelingen over samme periode.

Figur 1: Døgnplasser etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1998-2017. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 2: Døgnplasser etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis fordeling 1998-2017.



Siden 1998 har antall døgnplasser blitt redusert fra 5 980 til 3 444. Korrigert for befolkningsvekst gir dette en nedgang på 53 prosent. Siden 2008 er reduksjonen 33 prosent. Fra 1998 til 2004 økte plassstallet ved DPS-ene med 600, eller 40 prosent. Økningen var likevel svakere enn nedgangen ved sykehjemmene, som i samme periode fikk redusert plassstallet med drøyt 1100, eller 81 prosent. Sykehusene viser en svak nedgang gjennom hele perioden. Siden 2004 har den prosentvise fordelingen av plassene holdt seg relativt stabil mellom sykehus, DPS og «andre institusjoner».

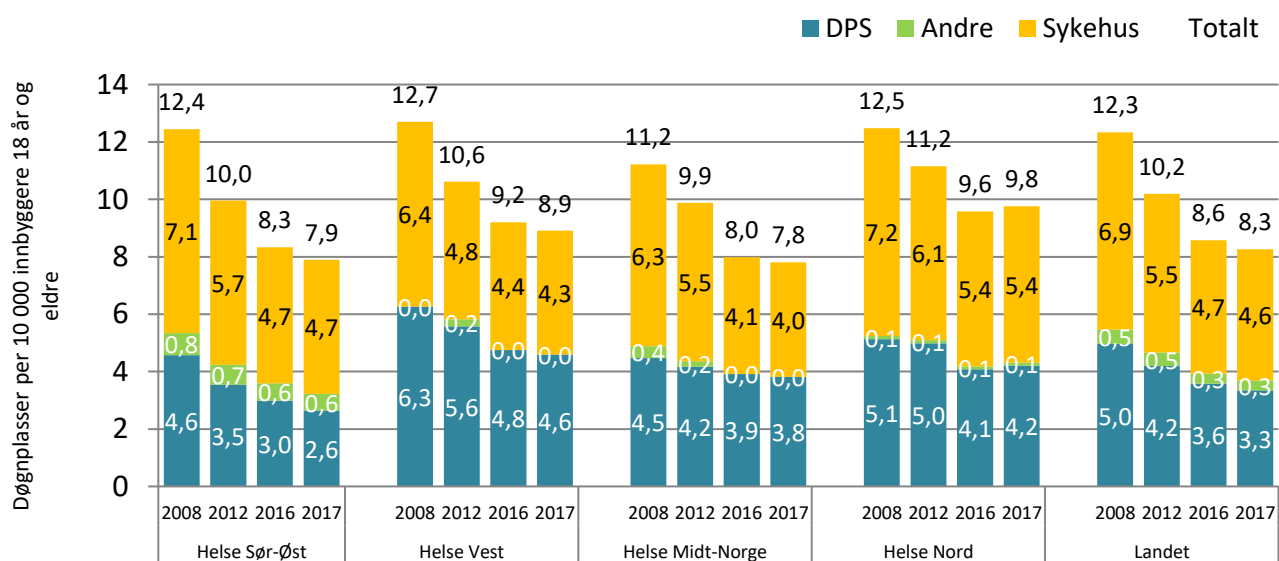
1.2 Utvikling i antall døgnplasser regionalt 2008-2017

Tabell 1 viser antall døgnplasser etter institusjonstype og regionalt helseforetak for årene 2008, 2012, 2016 og 2017. Figur 3 viser de tilsvarende befolkningsbaserte ratene (18 år og eldre), mens figur 4 viser utviklingen i den prosentvise fordelingen. Private institusjoner er fordelt etter beliggenhetsregion.

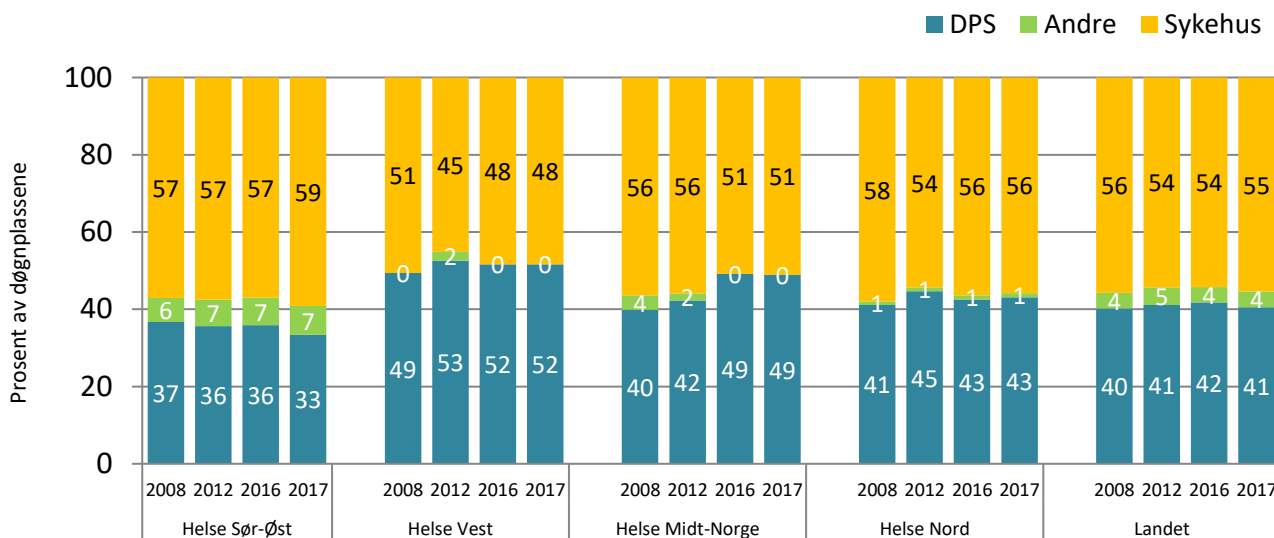
Tabell 1: Døgnplasser etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 2008-2017.

	2008	2012	2016	2017
Helse Sør-Øst				
Sykehus	1 473	1 263	1 104	1 100
DPS	949	783	695	621
Andre døgninst.	160	151	139	138
Totalt	2 582	2 197	1 938	1859
Helse Vest				
Sykehus	484	387	378	368
DPS	472	451	404	393
Andre døgninst.		20		
Totalt	956	858	782	761
Helse Midt-Norge				
Sykehus	324	299	230	228
DPS	229	226	222	218
Andre døgninst.	21	10		
Totalt	574	535	452	446
Helse Nord				
Sykehus	258	225	208	211
DPS	183	185	157	163
Andre døgninst.	4	4	4	4
Totalt	445	414	369	378
Totalt				
Sykehus	2 539	2 174	1 920	1907
DPS	1 833	1 645	1 478	1395
Andre døgninst.	185	185	143	142
Totalt	4 557	4 004	3 541	3 444

Figur 3: Døgnplasser etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Plasser per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak 2008-2017.



Figur 4: Døgnplasser etter institusjonstype. Prosentvis fordeling. Regionale helseforetak 2008-2017.



Korrigert for befolkningsvekst har det siden 2008 samlet sett vært en nedgang i antall plasser på 33 prosent, mest i Helse Sør-Øst (37 prosent), minst i Helse Nord (22 prosent). I øvrige regioner er nedgangen 30 prosent. I Helse Vest (3 prosentpoeng), Helse Nord (2 prosentpoeng) og i Helse Midt-Norge (9 prosentpoeng) har andel plasser ved DPS økt². I Helse Sør-Øst har andel plasser ved DPS gått ned med 4 prosentpoeng. Nedgangen her er særlig fra 2016 til 2017.

Det er en relativt jevn fordeling av døgnplasser (rate) mellom regionene. Helse Sør-Øst har gjennomgående lavere rate og andel plasser ved DPS enn de øvrige regionene. Høyest rate og andel finner vi i Helse Vest.

52 av 66 DPS med døgnplasser har etablert et tilbud med brukerstyrte plasser. 4 sykehus og 2 andre institusjoner har etablert en tilsvarende ordning, totalt 58 institusjoner, om lag samme antall som året før.

Det er betydelige forskjeller i døgnplassratene for DPS-ene, brutt ned på foretaks- og DPS-områder. Dette behandles i kapittel 7. På Helsedirektoratets hjemmeside <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata> kan man laste ned ytterligere indikatorer i form av grafer, kart og tall for selv-valgte institusjoner, områder og år.

² Økningen i Helse Midt-Norge er særlig knyttet til at DPS-funksjonen i Helse Nord-Trøndelag har blitt skilt ut fra sykehusavdelingene.

2. Poliklinisk og ambulant personell i det psykiske helsevernet for voksne

Korrigert for befolkningsvekst, har det fra 2008 til 2017 vært en vekst på 23 prosent i årsverksinnsatsen i poliklinisk og ambulant virksomhet. Veksten har både absolutt og relativt særlig kommet i den ambulante virksomheten, der personellinnsatsen ble tre-doblet. Veksten kom særlig i den første delen av perioden. Veksten er mer beskjeden ved poliklinikkene (4 prosent vekst).

Samlet sett står universitetsutdannet personell (leger og psykologer) for 56 prosent av årsverksinnsatsen ved poliklinikkene og 29 prosent av årsverksinnsatsen i den ambulante virksomheten. Totalt står universitetsgruppene for halvparten av årsverkene.

Høgskolegruppene står samlet for 31 prosent av årsverkene ved poliklinikkene og 64 prosent av årsverkene i den ambulante virksomheten, totalt 38 prosent. Det store flertallet av de høyskoleutdannede har videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Det meste av den polikliniske og ambulante virksomheten utføres ved DPS-ene. Disse står for 82 prosent av de polikliniske og 86 prosent av de ambulante årsverkene.

Helse Midt-Norge og Helse Nord har gjennomgående høyere rater enn Helse Sør-Øst og Helse Vest. Disse har imidlertid høyere aktivitet hos avtalespesialister.

2.1 Innledning

Det er en målsetting å vri virksomheten i det psykiske helsevernet fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant virksomhet. Vi vil i dette kapitlet gi en oversikt over utviklingen i personellinnsats i poliklinisk og ambulant virksomhet fra 2008 til 2017. Tallene for 2008 er samlet inn av SSB. For øvrige år er tallene samlet inn av Helsedirektoratet.

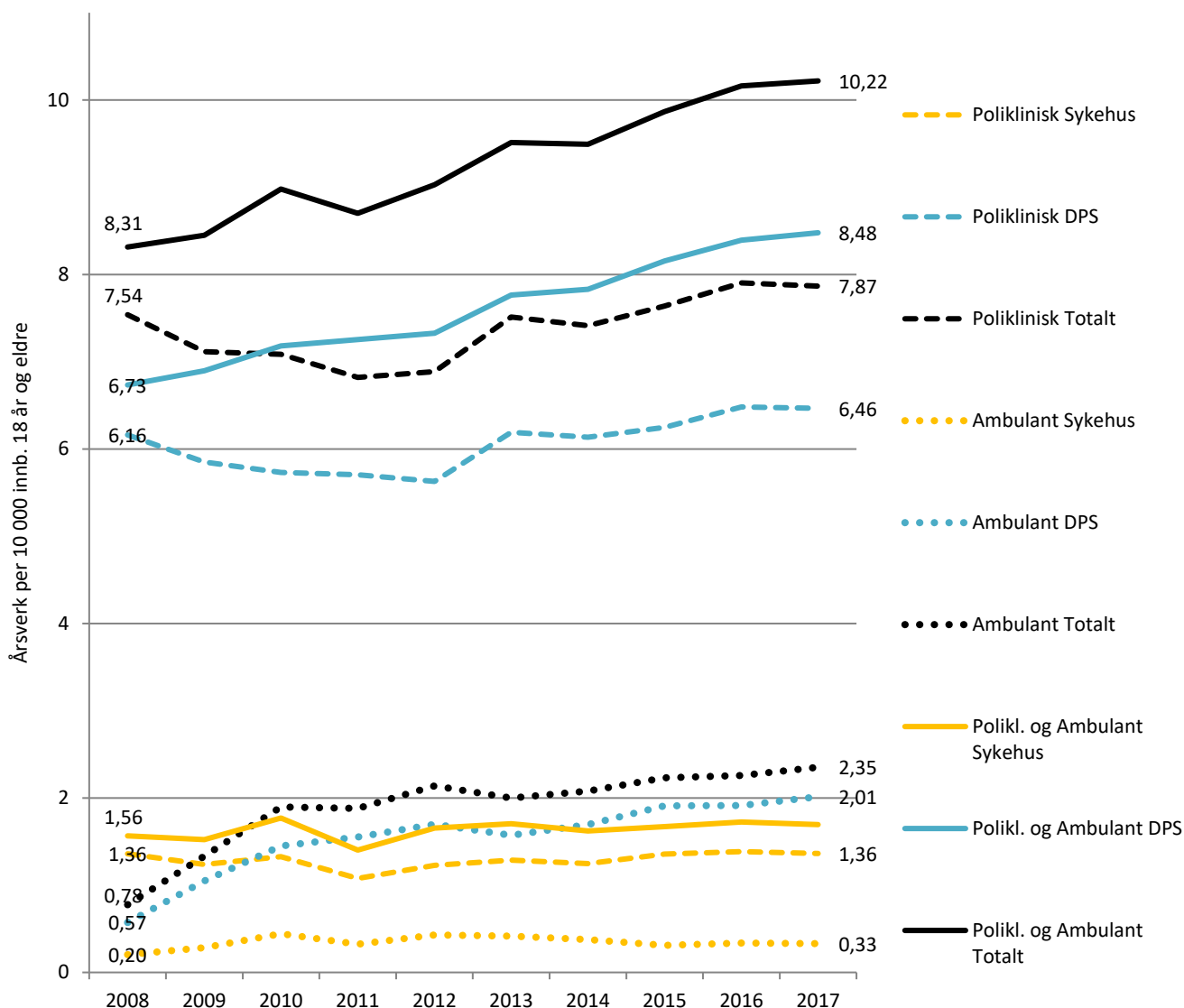
2.2 Utviklingen nasjonalt 2008-2017

Tabell 2 viser utviklingen i årsverk over perioden 2008 til 2017. I figur 5 er tallene fremstilt som rater i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre.

Tabell 2: Årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for voksne 2008-2017.

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Poliklinisk	Sykehus	503	464	505	417	482	512	504	555	571	568
	DPS	2 277	2 193	2 181	2 206	2 211	2 467	2 479	2 553	2 675	2 694
	Andre	6	10	11	15	13	14	13	13	15	16
	Totalt	2 786	2 668	2 697	2 638	2 706	2 993	2 995	3 121	3 262	3 278
Ambulant	Sykehus	75	107	169	126	169	166	152	127	140	138
	DPS	211	393	552	600	667	627	684	780	789	839
	Andre	0	1	1	1	5	3	4	4	3	3
	Totalt	287	500	721	727	841	796	840	911	932	980
Polikl. og ambulant	Sykehus	578	571	674	542	651	679	656	682	711	706
	DPS	2 489	2 586	2 733	2 806	2 878	3 093	3 163	3 333	3 464	3 533
	Andre	6	11	12	16	18	17	17	17	19	19
	Totalt	3 073	3 168	3 418	3 365	3 546	3 789	3 835	4 032	4 194	4 258

Figur 5: Poliklinisk og ambulant personell i det psykiske helsevernet for voksne 2008-2017.



Korrigert for befolkningsvekst, har det fra 2008 til 2017 vært en vekst på 23 prosent i årsverksinnsatsen i poliklinisk og ambulant virksomhet. Veksten har både absolutt og relativt særlig kommet i den ambulante virksomheten, der personellinnsatsen ble tre-doblet. Veksten kom særlig i den første delen av perioden. Veksten er mer beskjeden ved poliklinikkene (4 prosent vekst). Ambulant virksomhet retter seg gjerne mot pasienter med mer alvorlige lidelser, og vil kreve større ressurser enn ordinær poliklinisk virksomhet. Det er likevel ønskelig å bygge ut dette tilbudet bl.a. for å unngå unødvendige innleggelses.

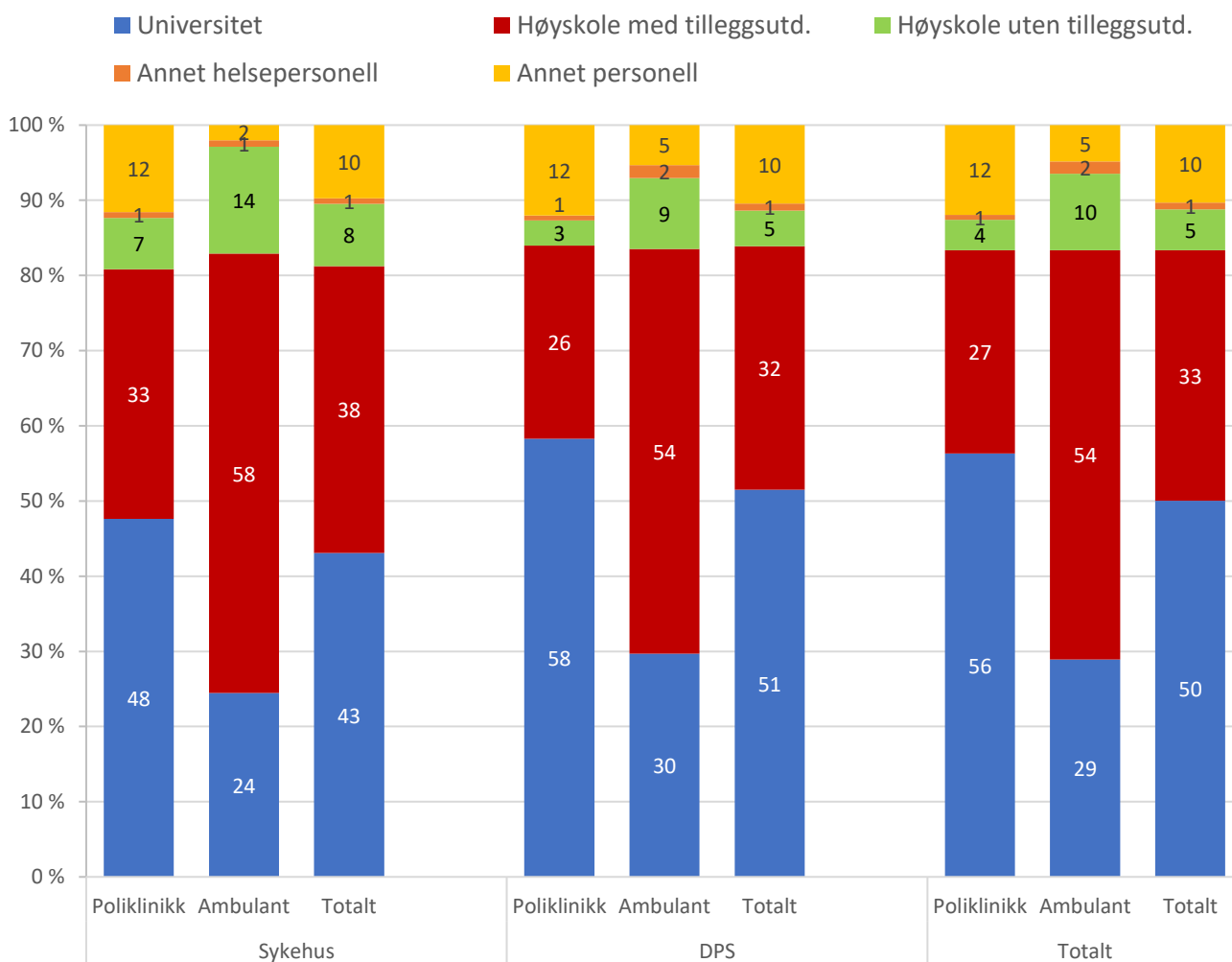
2.3 Personellsammensetning i poliklinisk og ambulant virksomhet

Tabell 3 viser personellfordeling etter utdanningsgruppe og institusjonstype i poliklinisk og ambulant virksomhet i 2017. Figur 6 viser fordelingen grafisk for noen hovedgrupper.

Tabell 3: Årsverk etter utdanning og institusjonstype i poliklinisk og ambulant virksomhet. Psykisk helsevern for voksne 2017.

Sykehus	Poliklinikk		Ambulant		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Psykiatere	85	15	12	8	96	14
Andre leger	30	5	5	3	35	5
Psykologer	155	27	18	13	173	25
Sykepleiere og vernepleiere med videreutd.	140	25	68	49	209	30
Andre sykepleiere og vernepleiere	19	3	14	10	33	5
Annet høyskolepers med videreutd.	48	8	13	9	61	9
Annet høyskolepers uten videreutd.	20	3	6	4	26	4
Annet helsepersonell	4	1	1	1	5	1
Annet personell	66	12	3	2	69	10
Totalt	568	100	138	100	706	100
DPS						
Psykiatere	341	13	84	10	425	12
Andre leger	151	6	14	2	164	5
Psykologer	1 075	40	150	18	1 225	35
Sykepleiere og vernepleiere med videreutd.	474	18	368	44	842	24
Andre sykepleiere og vernepleiere	28	1	42	5	70	2
Annet høyskolepers med videreutd.	217	8	82	10	299	8
Annet høyskolepers uten videreutd.	61	2	37	4	97	3
Annet helsepersonell	18	1	14	2	33	1
Annet personell	323	12	44	5	368	10
Totalt	2 694	100	839	100	3 532	100
Totalt (inkl. andre inst).						
Psykiatere	429	13	96	10	525	12
Andre leger	181	6	18	2	199	5
Psykologer	1 234	38	168	17	1 402	33
Sykepleiere og vernepleiere med videreutd.	617	19	436	45	1 054	25
Andre sykepleiere og vernepleiere	50	2	57	6	106	2
Annet høyskolepers med videreutd.	267	8	95	10	362	9
Annet høyskolepers uten videreutd.	82	3	43	4	125	3
Annet helsepersonell	22	1	16	2	38	1
Annet personell	390	12	47	5	438	10
Totalt	3 278	100	980	100	4 258	100

Figur 6: Årsverk etter utdanning og institusjonstype i poliklinisk og ambulant virksomhet. Psykisk helsevern for voksne 2017.



Samlet sett står universitetsutdannet personell (leger og psykologer) for 56 prosent av årsverksinnsatsen ved poliklinikkene og 29 prosent av årsverksinnsatsen i den ambulante virksomheten. Totalt står universitetsgruppene for halvparten av årsverkene.

Høgskolegruppene står samlet for 31 prosent av årsverkene ved poliklinikkene og 64 prosent av årsverkene i den ambulante virksomheten, totalt 38 prosent. Det store flertallet av de høyskoleutdannede har videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Øvrig personell er i hovedsak merkantilt personell. Innslaget av helsepersonell fra videregående skole er minimalt.

2.4 Geografisk fordeling av personellet

Tabell 4 viser antall årsverk etter helseforetak i poliklinisk og i ambulant virksomhet, fordelt på institusjonstype i 2017. Tabell 5 viser de tilsvarende ratene.

Tabell 4: Årsverk i poliklinisk og i ambulant virksomhet etter institusjonstype. Helseforetak. Psykisk helsevern for voksne 2017.

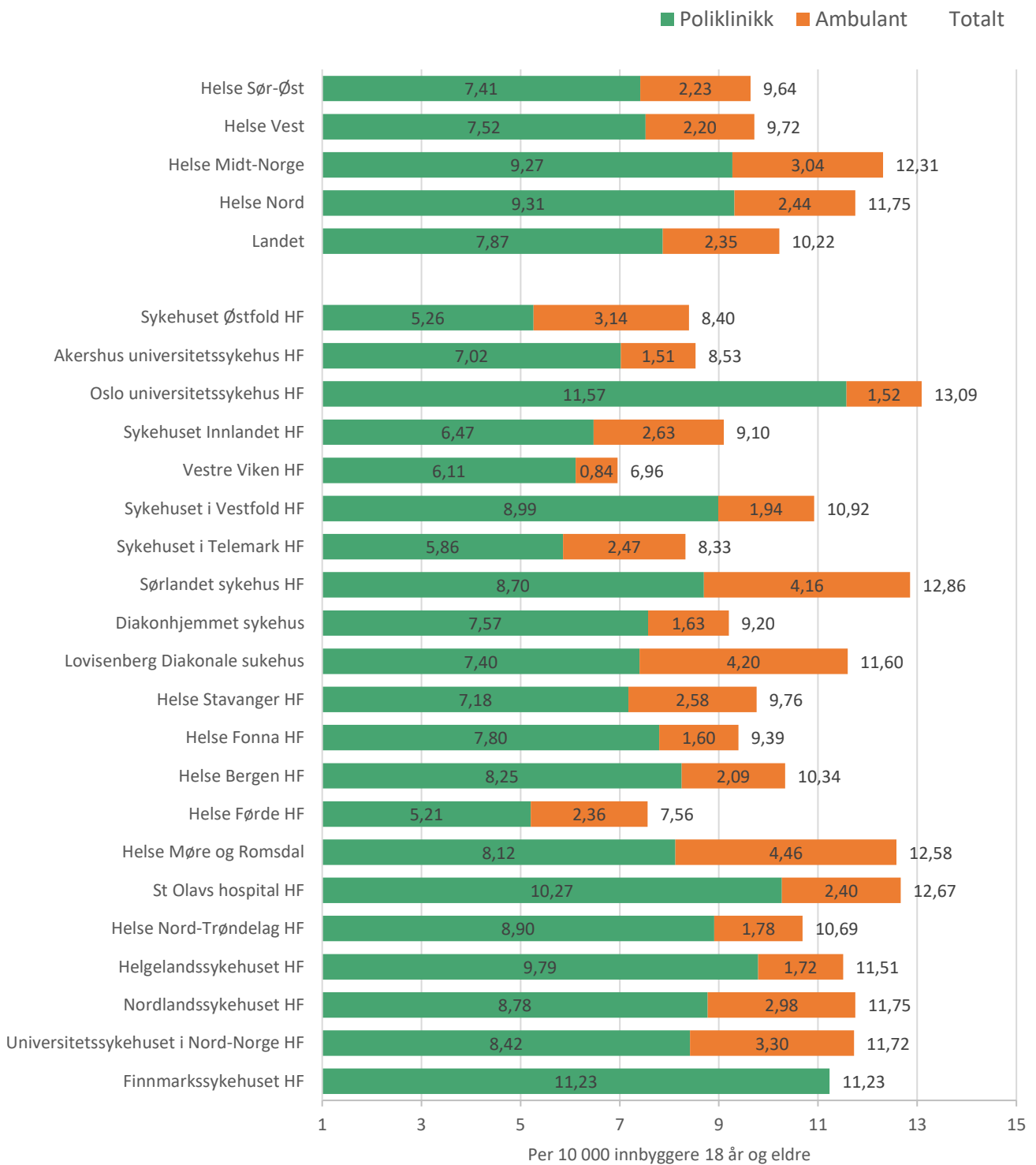
Helseforetak	Poliklinisk personell				Ambulant personell			
	Sykehus	DPS	Andre inst.	Totalt	Sykehus	DPS	Andre inst.	Totalt
Helse Sør-Øst	336	1 400	8	1 744	81	440	3	524
Helse Vest	116	527	0	643	28	160	0	188
Helse Midt-Norge	89	438	3	530	28	145	0	174
Helse Nord	27	329	5	361	1	94	0	94
Landet	568	2 694	16	3 278	138	839	3	980
Sykehuset Østfold HF	8	115		123	4	69		73
Akershus universitetssykehus HF	13	279		292	8	55		63
Oslo universitetssykehus HF	104	138		242	9	23		32
Sykehuset Innlandet HF	23	173		196	16	64		79
Vestre Viken HF	20	205		225	5	28		32
Sykehuset i Vestfold HF	36	130		166	8	27		36
Sykehuset i Telemark HF	6	76		81	0	34		34
Sørlandet sykehus HF	27	178		205	13	85		98
Diakonhjemmet sykehus	88			88	19			19
Lovisenberg Diakonale sykehus	0	97		97	0	55		55
Helse Stavanger HF	58	106		163	12	39		51
Helse Fonna HF	23	85		109	5	17		22
Helse Bergen HF	24	167		191	7	40		46
Helse Førde HF	3	42		45	3	17		20
NKS Olaviken alderspsyk. senter	7			7	1			1
Betanien Bergen		33		33		16		16
Jæren DPS		35		35		21		21
Solli sykehus		46		46		6		6
Voss DPS, NKS Bjørkeli		14		14		5		5
Helse Møre og Romsdal	19	151		170	5	89		93
St Olavs hospital HF	43	217		260	10	50		61
Helse Nord-Trøndelag HF	27	69		97	13	6		19
Helgelandssykehuset HF		61		61		11		11
Nordlandssykehuset HF	15	81		96	0	33		33
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	12	118		130	1	50		51
Finnmarkssykehuset HF		68		68		0		0
Modum Bad	13			13	0		0	0
Bergfløtt behandlingssenter			6	6			2	2
Betania Malvik Bo- og behandlingssenter			3	3			0	0
Fekjærs behandlingshjem			2	2			1	1
Modum Bad, voksenpsykiatrisk poliklinikk		9		9		0		0
NKS Kløveråsen			5	5			0	0

Tabell 5: Årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseforetak. Psykisk helsevern for voksne 20171.

	Poliklinisk personell				Ambulant personell			
	Sykehus	DPS	Andre inst.	Totalt	Sykehus	DPS	Andre inst.	Totalt
Helse Sør-Øst	1,43	5,95	0,04	7,41	0,34	1,87	0,01	2,23
Helse Vest	1,36	6,17	0,00	7,52	0,32	1,87	0,00	2,20
Helse Midt-Norge	1,56	7,66	0,05	9,27	0,50	2,54	0,00	3,04
Helse Nord	0,69	8,50	0,13	9,31	0,02	2,41	0,00	2,44
Landet	1,36	6,46	0,04	7,87	0,33	2,01	0,01	2,35
Sykehuset Østfold HF	0,34	4,92	0,00	5,26	0,17	2,96	0,00	3,14
Akershus universitetssykehus HF	0,30	6,72	0,00	7,02	0,19	1,32	0,00	1,51
Oslo universitetssykehus HF	4,97	6,60	0,00	11,57	0,44	1,08	0,00	1,52
Sykehuset Innlandet HF	0,76	5,64	0,07	6,47	0,50	2,08	0,04	2,63
Vestre Viken HF ²	0,52	5,60	0,00	6,11	0,13	0,72	0,00	0,84
Sykehuset i Vestfold HF	1,95	7,03	0,00	8,99	0,45	1,49	0,00	1,94
Sykehuset i Telemark HF	0,40	5,46	0,00	5,86	0,00	2,47	0,00	2,47
Sørlandet sykehus HF	1,15	7,55	0,00	8,70	0,53	3,62	0,00	4,16
Diakonhjemmet sykehus	7,57	0,00	0,00	7,57	1,63	0,00	0,00	1,63
Lovisenberg Diakonale sykehus	0,00	7,40	0,00	7,40	0,00	4,20	0,00	4,20
Helse Stavanger HF ³	2,09	5,09	0,00	7,18	0,43	2,15	0,00	2,58
Helse Fonna HF	1,68	6,12	0,00	7,80	0,38	1,22	0,00	1,60
Helse Bergen HF ⁴	0,89	7,35	0,00	8,25	0,21	1,88	0,00	2,09
Helse Førde HF	0,36	4,85	0,00	8,25	0,36	1,99	0,00	2,36
Helse Møre og Romsdal	0,91	7,21	0,00	8,12	0,22	4,24	0,00	4,46
St Olavs hospital HF	1,68	8,58	0,00	10,27	0,41	1,99	0,00	2,40
Helse Nord-Trøndelag HF	2,52	6,39	0,00	8,90	1,23	0,56	0,00	1,78
Helgelandssykehuset HF	0,00	9,79	0,00	9,79	0,00	1,72	0,00	1,72
Nordlandssykehuset HF	1,37	7,41	0,00	8,78	0,00	2,98	0,00	2,98
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	0,75	7,67	0,00	8,42	0,06	3,25	0,00	3,30
Finmarkssykehuset HF	0,00	11,23	0,00	11,23	0,00	0,00	0,00	0,00

- 1) Private institusjoner er fordelt etter beliggenhetsregion. Følgende institusjoner er ikke fordelt på foretak: CRUX Bergfløtt behandlingssenter, Betania Malvik, Modum bads traumepoliklinikk i Oslo, NKS Kløveråsen.
- 2) Inklusive poliklinikken ved Modum bad på Modum.
- 3) Inklusive Jæren DPS.
- 4) Inklusive Olaviken, Betania DPS, Solli DPS og Voss DPS.

Figur 7: Årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet etter helseforetak i 2017.



Det meste av den polikliniske og ambulante virksomheten utføres ved DPS-ene. Disse står for 82 prosent av de polikliniske og 86 prosent av de ambulante årsverkene.

Helse Midt-Norge og Helse Nord har gjennomgående høyere rater enn Helse Sør-Øst og Helse Vest. Disse har imidlertid høyere aktivitet hos avtalespesialister.

3. Personell i rusrelatert klinisk arbeid

Om lag 1000 årsverk arbeidet i rusrelatert poliklinisk virksomhet ved helseforetakene (inkl. Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus) i 2017. Dette utgjør en femtedel av alle polikliniske årsverk i psykisk helsevern og TSB. Kun to prosent av årsverkene er organisert i vurderingsteam eller rusteam i psykisk helsevern. I tillegg var det over 900 årsverk som arbeider innen ambulant virksomhet i psykisk helsevern for voksne.

Det er regionale forskjeller med hensyn til omfang og sammensetning av personellet innen det rusrelaterte tilbudet i HF-ene. Helse Vest har i størst grad prioritert rusrelatert virksomhet innen det polikliniske tjenestetilbudet, mens Helse Nord og Helse Midt-Norge har den laveste andel rusrelaterte polikliniske årsverk.

Med unntak av i Helse Nord utgjør helsefaglig personell omlag 80 prosent av de ambulante årsverkene. Helse Vest har den høyeste andel årsverk med spesialisering og/eller videreutdanning. Helse Nord har den høyeste andel sosialfaglig personell i det ambulante tilbudet.

I dette polikliniske tilbudet har Helse Sør-Øst og Helse Nord den høyeste andelen helsefaglig personell, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge har den høyeste andelen sosialfaglig personell. Helse Midt-Norge har her den høyeste andel årsverk med spesialisering eller videreutdanning. Tidligere analyser har vist at Helse Nord har lavere dekningsrate (pasienter per innbygger) sammenlignet med de øvrige regionene innen tilbudet av rusrelatert poliklinisk virksomhet. Helse Nord har en høy andel helsefaglig kompetanse innen det ruspolikliniske tilbudet, men tilbudet kommer færre pasienter til gode.

3.1 Innledning

Poliklinisk virksomhet innen rusbehandling har hatt en vekst siden rusreformen. Denne veksten stoppet opp i 2017 og dette ble gjenfunnet både for konsultasjoner og årsverk. Innsatsstyrt finansiering (ISF) for psykisk helsevern og TSB ble innført fra 2017 og dette introduserte et nytt regelverk som til en viss grad har betydning for hvordan de polikliniske kontaktene blir vektlagt økonomisk. Utførende behandlerpersonell har imidlertid ikke vært et kriterium for vektleggingen av aktiviteten i psykisk helsevern og TSB i 2017.

Psykiatriske ungdomsteam (PUT) var i sin tid etablert innen psykisk helsevern. I løpet av tiden etter rusreformen i 2004 har PUT i all hovedsak blitt en del av sektoren TSB. PUT som er organisert innen psykisk helsevern i 2017 er inkludert i personelltall for rusteam i psykisk helsevern. De øvrige er inkludert i personelltall for TSB.

Den ambulante virksomheten i psykisk helsevern for voksne er styrket gjennom flere årsverk³. Ambulant virksomhet er både rettet mot pasienter som ikke kan møte ved poliklinikken, men omfatter også arbeidet med pasientbehandling og oppfølging som foregår utenfor institusjonene. En betydelig andel av pasientene som mottar dette tilbudet har rusproblematikk som komorbiditet.

³<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/e65034cf-6170-4b78-9683-d6d00dbaea83?e=false&vo=viewonly>

Hovedmålet med denne presentasjonen er først og fremst å synliggjøre omfanget av årsverkskapasitet rettet mot pasienter med rusproblematikk. Det er imidlertid også relevant å inkludere kapasiteten som ytes pasientgrupper med behov for ambulant kontakt. Pasienter med rusproblematikk i tillegg til psykiske problemer trenger ofte kontakt og oppfølging av spesialisthelsetjenesten utenfor behandlingstilstandenes lokaler. Rusproblematikk kan medvirke til at pasientene har problemer med å komme til avtalt konsultasjoner, og dersom denne pasientgruppen skal få et tilbud på linje med øvrige pasienter, er det nødvendig med rom for et fleksibelt og ambulant tilbud.

3.2 Polikliniske årsverk i rusrelatert og/eller ambulant virksomhet

Av årsverkene i den polikliniske/ambulante virksomheten i TSB var det 6 prosent som arbeidet ambulant. Rusrelatert virksomhet i psykisk helsevern inkluderer rusteam, psykiatriske ungdomsteamene (PUT) og virksomhet rettet mot behandling av henvisning til rusbehandling som er organisert innen psykisk helsevern i 2017. Dette rapporteres inn til helsedirektoratet fra de enkelte helseforetak. I tillegg er også den ambulante virksomheten innen psykisk helsevern inkludert i dette avsnittet i og med at en betydelig del av pasientgrunnet har rusproblematikk som komorbiditet.

Utvalget som dette avsnittet er basert på, er helseforetakene samt de private foretakene Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. For TSB omfatter dette utvalget 84 prosent av årsverkene i poliklinisk virksomhet, mens de resterende 16 prosent er knyttet til øvrige private foretak.

I tabell 6 er andel årsverk i ambulant virksomhet og rusrelatert poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for voksne og årsverk i TSB presentert. Tabell 7 viser antall årsverk.

Tabell 6: Polikliniske årsverk som arbeider ambulant eller i rusteam i psykisk helsevern for voksne og polikliniske årsverk i TSB. Andel av alle polikliniske årsverk i psykisk helsevern for voksne og TSB i helseforetakene og ved Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus i 2017.

Behandlingssted	Andel (prosent) av alle polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for voksne (PH) og TSB			
	Ambulant personell (PH)	Rusteam (PH)	TSB	Samlet
Helse Sør-Øst (HF, Lovisenberg, Diakonhjemmet)	19	0,04	20	39
Helse Vest (HF)	16	3	24	43
Helse Midt-Norge (HF)	22	4	12	38
Helse Nord (HF)	18	5	11	34
Totalt for utvalget	19	2	19	39
Sykehuset Østfold HF	27	0	28	55
Akershus universitetssykehus HF	15	0	15	30
Oslo universitetssykehus HF	9	0	25	33
Sykehuset Innlandet HF	23	0	19	43
Vestre Viken HF	10	0	22	32
Sykehuset i Vestfold	13	0	25	39
Sykehuset Telemark HF	24	0	19	43
Sørlandet sykehus HF	27	0	16	43
Diakonhjemmet sykehus	15	0	15	30
Lovisenberg diakonale sykehus	31	0	14	45
Helse Stavanger HF	17	5	26	48
Helse Fonna HF	15	0	13	29
Helse Bergen HF	13	0	32	45
Helse Førde HF	26	13	1	41
Helse Møre og Romsdal HF	32	10	10	52
St. Olavs Hospital HF	16	0	13	30
Helse Nord-Trøndelag HF	15	0	13	28
Helgelandssykehuset HF	13	9	6	29
Nordlandssykehuset HF	22	1	12	35
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24	4	14	42
Finmarkssykehuset HF	0	10	9	19

I alt 39 prosent av den polikliniske virksomheten var i 2017 knyttet til ambulant og/eller rusrelatert virksomhet. Det var Helse Vest som i størst grad prioriterte denne virksomheten ved at 43 prosent av de polikliniske årsverkene arbeidet med rusrelaterte og/eller ambulante tjenester.

Samlet sett var 19 prosent av de polikliniske årsverkene knyttet til TSB. Det var i Helse Sør-Øst og Helse Vest poliklinisk virksomheten knyttet til TSB var høyest prioritert, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde en lavere andel årsverk innen rusrelatert virksomhet.

Tabell 7: Antall polikliniske årsverk som arbeider ambulant eller i rusteam i psykisk helsevern for voksne og polikliniske årsverk i TSB i helseforetakene og ved Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus i 2017.

Behandlingssted	Antall polikliniske årsverk			
	Ambulant personell (PH)	Rusteam (PH)	TSB	Samlet
Helse Sør-Øst (HF, Lovisenberg, Diakonhjemmet)	521	1	559	1 081
Helse Vest (HF)	135	24	208	367
Helse Midt-Norge (HF)	174	30	95	299
Helse Nord (HF)	94	24	58	176
Totalt for utvalget	923	79	920	1 922
Sykehuset Østfold HF	73	0	76	149
Akershus universitetssykehus HF	63	0	63	126
Oslo universitetssykehus HF	32	0	90	121
Sykehuset Innlandet HF	79	1	65	145
Vestre Viken HF	32	0	72	104
Sykehuset i Vestfold	36	0	68	104
Sykehuset Telemark HF	34	0	27	61
Sørlandet sykehus HF	98	0	56	154
Diakonhjemmet sykehus	19	0	18	37
Lovisenberg diakonale sykehus	55	0	25	80
Helse Stavanger HF	49	16	76	141
Helse Fonna HF	22	0	19	42
Helse Bergen HF	46	0	111	158
Helse Førde HF	17	8	1	26
Helse Møre og Romsdal HF	93	30	30	153
St. Olavs Hospital HF	61	0	48	109
Helse Nord-Trøndelag HF	19	0	18	37
Helgelandssykehuset HF	10	7	5	22
Nordlandssykehuset HF	33	2	18	52
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	51	8	29	87
Finmarkssykehuset HF	0	8	6	14

Innen rusbehandling er både sosialfaglig og helsefaglig kompetanse sentralt. Økt behov for helsefaglige kompetanse ble vektlagt etter rusreformen og har resultert i en egen legespesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin. Videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rusproblematikk er en kompetanseheving som er tilgjengelig for alle personellgruppene, uavhengig av grunnutdanning. TSB har flere institusjoner som har lang erfaring fra det fylkeskommunale tilbudet før foretaksreformen. Den sosialfaglige tradisjonen stod trolig sterkere den gangen, men er igjen blitt aktualisert. Pasienter med rusproblematikk har ofte både sosiale og helsemessige problemer og medikamentell og medisinsk behandling trenger ofte støtte av sosialfaglig kompetanse.

I tabell 8 og tabell 9 er innslaget av hhv sosialfaglige og helsefaglige årsverk innen ambulant virksomhet og rusteam i psykisk helsevern og TSB i 2017.

Tabell 8: Andel (prosent) årsverk med sosialfaglig utdanning blant personell som arbeider ambulant eller i rusteam i psykisk helsevern for voksne og polikliniske årsverk i TSB. Utvalget er basert på virksomhet ved helseforetakene, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus i 2017.

Behandlingssted	Andel (prosent) årsverk med sosialfaglig utdanning ¹ i psykisk helsevern for voksne (PH) og TSB			Antall polikliniske årsverk med sosialfaglig utdanning ¹ i psykisk helsevern og TSB
	Ambulant personell (PH)	Rusteam (PH) og TSB	Samlet	
Helse Sør-Øst (HF, Lovisenberg, Diakonhjemmet)	8	21	15	160
Helse Vest (HF)	9	26	20	73
Helse Midt-Norge (HF)	6	31	16	48
Helse Nord (HF)	13	15	14	24
Totalt for utvalget	8	23	16	306
Sykehuset Østfold HF	5	14	10	15
Akershus universitetssykehus HF	10	18	14	18
Oslo universitetssykehus HF	11	27	23	28
Sykehuset Innlandet HF	9	27	17	25
Vestre Viken HF	7	29	22	23
Sykehuset i Vestfold	6	14	11	11
Sykehuset Telemark HF	18	10	14	9
Sørlandet sykehus HF	7	22	12	19
Diakonhjemmet sykehus	9	17	13	5
Lovisenberg diakonale sykehus	5	16	9	7
Helse Stavanger HF	7	34	24	34
Helse Fonna HF	14	31	22	9
Helse Bergen HF	7	17	14	22
Helse Førde HF	12	54	27	7
Helse Møre og Romsdal HF	6	37	18	28
St. Olavs Hospital HF	5	25	14	15
Helse Nord-Trøndelag HF	7	26	16	6
Helgelandssykehuset HF	19	25	22	5
Nordlandssykehuset HF	15	15	15	8
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10	9	10	8
Finmarkssykehuset HF	*	20	20	3

¹ Sosialfaglige årsverk omfatter sosionomer og barnevernspedagoger.

*Ingen årsverk i denne kategorien.

Årsverkene med sosialfaglig utdanninger omfatter her sosionomer og barnevernspedagoger. Personellgruppen utgjør her om lag 300 årsverk og omfatter 70 prosent av alle sosialfaglige årsverk innen ambulant/poliklinisk virksomhet og halvparten er tilknyttet TSB.

Innslaget av sosialfaglig årsverk utgjør 8 prosent av den ambulante virksomheten i psykisk helsevern for voksne og dette gjenfinnes i alle regionene. I rusteam og/eller TSB har en fjerdedel av årsverkene sosialfaglig kompetanse. Helse Midt-Norge har her en høyere andel enn de øvrige regionene.

Tabell 9: Andel (prosent) årsverk med helsefaglig utdanning blant personell som arbeider ambulant eller i rusteam i psykisk helsevern for voksne og polikliniske årsverk i TSB. Utvalget er basert på virksomhet ved helseforetakene, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus i 2017.

Behandlingssted	Andel (prosent) av alle polikliniske og ambulante årsverk med helsefaglig utdanning ¹ i psykisk helsevern for voksne (PH) og TSB			Antall polikliniske årsverk med helsefaglig utdanning ¹ i psykisk helsevern og TSB
	Ambulant personell (PH)	Rusteam (PH)/TSB	Samlet	
Helse Sør-Øst (HF, Lovisenberg, Diakonhjemmet)	81	66	73	790
Helse Vest (HF)	81	61	68	251
Helse Midt-Norge (HF)	79	58	70	208
Helse Nord (HF)	73	71	72	127
Totalt for utvalget	80	64	72	1376
Sykehuset Østfold HF	88	71	79	118
Akershus universitetssykehus HF	84	66	75	94
Oslo universitetssykehus HF	79	64	68	83
Sykehuset Innlandet HF	81	61	72	104
Vestre Viken HF	90	59	68	71
Sykehuset i Vestfold	85	66	73	76
Sykehuset Telemark HF	73	74	74	45
Sørlandet sykehus HF	80	74	78	120
Diakonhjemmet sykehus	67	67	67	25
Lovisenberg diakonale sykehus	74	58	69	55
Helse Stavanger HF	81	50	61	86
Helse Fonna HF	80	69	74	31
Helse Bergen HF	84	71	75	118
Helse Førde HF	77	31	61	16
Helse Møre og Romsdal HF	78	51	67	103
St. Olavs Hospital HF	78	64	72	78
Helse Nord-Trøndelag HF	85	64	75	28
Helgelandssykehuset HF	81	75	78	17
Nordlandssykehuset HF	79	75	77	40
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	68	67	68	59
Finnmarkssykehuset HF	*	73	73	10

¹ Årsverk knyttet til leger, sykepleiere og psykologer.

*Ingen årsverk i denne kategorien.

Årsverkene med helsefaglig utdanning omfatter leger, psykologer og sykepleiere. Personellgruppen utgjør i underkant av 1400 årsverk og om lag 37 prosent av denne personellgruppen er tilknyttet ambulant eller rusrelatert poliklinisk virksomhet. Innen ambulant virksomhet i psykisk helsevern har 80 prosent av personellet helsefaglig utdanning, og med unntak av Helse Nord ligger alle regionene på dette nivået. Når det gjelder rusrelatert virksomhet er andelen helsepersonell på 64 prosent, og her ligger Helse Sør-Øst og Helse Nord høyere sammenlignet med de øvrige to regionene.

I tabell 10 er andel årsverk med spesialisering eller videreutdanning som arbeider i ambulant virksomhet eller rusrelatert poliklinisk virksomhet presentert.

Tabell 10: Andel årsverk med spesialisering/videreutdanning blant personell som arbeider ambulant eller i rusteam i psykisk helsevern for voksne og polikliniske årsverk i TSB. Utvalget er basert på virksomhet ved helseforetakene, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus i 2017.

Behandlingssted	Andel (prosent) av årsverkene som har spesialisering/ videreutdanning ¹			Antall årsverk med spesialisering/ videreutdanning ¹
	Ambulant personell (PH)	Rusteam (PH) og TSB	Samlet	
Helse Sør-Øst (HF, Lovisenberg, Diakonhjemmet)	74	60	67	722
Helse Vest (HF)	77	50	60	221
Helse Midt-Norge (HF)	70	67	69	205
Helse Nord (HF)	62	61	61	108
Totalt for utvalget	72	59	65	1256
Sykehuset Østfold HF	87	63	75	111
Akershus universitetssykehus HF	74	44	59	74
Oslo universitetssykehus HF	78	72	74	90
Sykehuset Innlandet HF	78	74	77	111
Vestre Viken HF	73	54	60	63
Sykehuset i Vestfold	67	54	59	61
Sykehuset Telemark HF	71	57	65	40
Sørlandet sykehus HF	68	62	65	101
Diakonhjemmet sykehus	49	57	53	19
Lovisenberg diakonale sykehus	74	49	66	53
Helse Stavanger HF	71	49	56	80
Helse Fonna HF	76	89	82	34
Helse Bergen HF	84	44	56	88
Helse Førde HF	77	61	72	19
Helse Møre og Romsdal HF	65	63	64	98
St. Olavs Hospital HF	72	67	70	76
Helse Nord-Trøndelag HF	87	78	83	31
Helgelandssykehuset HF	57	67	62	14
Nordlandssykehuset HF	75	59	69	36
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	55	61	57	50
Finnmarkssykehuset HF	*	57	57	8

¹ Årsverk med spesialisering i psykiatri/rus- og avhengighetsmedisin eller videreutdanning innen psykisk helsearbeid og/eller rusproblematikk.
*Ingen årsverk i denne kategorien.

Personell med spesialisering i psykiatri/rus- og avhengighetsmedisin eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk omfatter alle grunnutdanninger innen helse- og sosialfag. Andel årsverk med spesialisering og videreutdanning utgjør 72 prosent av alle årsverkene innen ambulant virksomhet i psykisk helsevern. Den høyeste andelen hadde Helse Vest hvor Helse Bergen hadde den høyeste andel årsverk med spesialisering eller videreutdanning.

Innen den rusrelaterte polikliniske virksomheten hadde Helse Midt-Norge den høyeste andelen årsverk med spesialisering eller videreutdanning. I regionens tilbud hadde to tredjedeler av personellet en slik kompetanse og Helse Nord-Trøndelag hadde den høyeste andelen i denne regionen.

4. Bruk av tjenester etter institusjonstype

Siden 1998 har det vært en jevn nedgang i antall oppholdsdøgn, fra 1 932 000 i 1998 til 1 063 000 i 2017. Korrigert for befolkningsvekst gir dette en nedgang på 55 prosent. Siden 2008 er nedgangen på 32 prosent. Fra 1998 til 2004 økte ratene for DPS-ene med 37 prosent. Veksten var imidlertid mindre enn nedgangen for de psykiatriske sykehjemmene. Siden 2008 har fordelingen av døgnene holdt seg stabil, med 56-57 prosent ved sykehusene, 38 til 40 prosent ved DPS-ene og 4-5 prosent ved øvrige institusjoner.

Helse Sør-Øst har en lavere rate for døgn ved DPS enn de øvrige regionene, og har også hatt en nedgang i andel plasser ved DPS på 4 prosentpoeng. I Helse Midt-Norge har andelen økt med 7 prosent⁴. I øvrige regioner har fordelingen vært stabil.

På tross av nedgang i antall oppholdsdøgn, var det fram til 2006 en kraftig økning i utskrivningsraten. Veksten kom særlig ved DPS-ene. Fra 2007 flatet ratene ut, og fra 2012 til 2015 var det en nedgang i raten, særlig ved sykehusene. De siste årene har ratene igjen flatet ut. DPS-ene har i løpet av perioden 1998 til 2017 økt sin andel av utskrivningene fra 20 til 46 prosent.

I tre av fire regioner har det siden 2008 vært en nedgang i den totale utskrivningsraten. Nedgangen er mest markert i Helse Sør-Øst. I Helse Vest har det vært en tilsvarende økning. Andel utskrivninger fra DPS har i samme periode økt i alle regioner, mest markert i Helse Sør-Øst og i Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst har en lavere andel og Helse Vest en høyere andel utskrivninger fra DPS enn de øvrige regionene.

Fra 1998 til 2017 økte antall konsultasjoner fra 476 000 til 1 744 000. Korrigert for befolkningsvekst (konsultasjoner per innbygger 18 år og eldre) gir dette en tre-dobling av aktiviteten. Veksten har i sin helhet kommet ved DPS-ene. Som en følge av dette har andel konsultasjoner ved DPS økt fra 53 til 86 prosent.

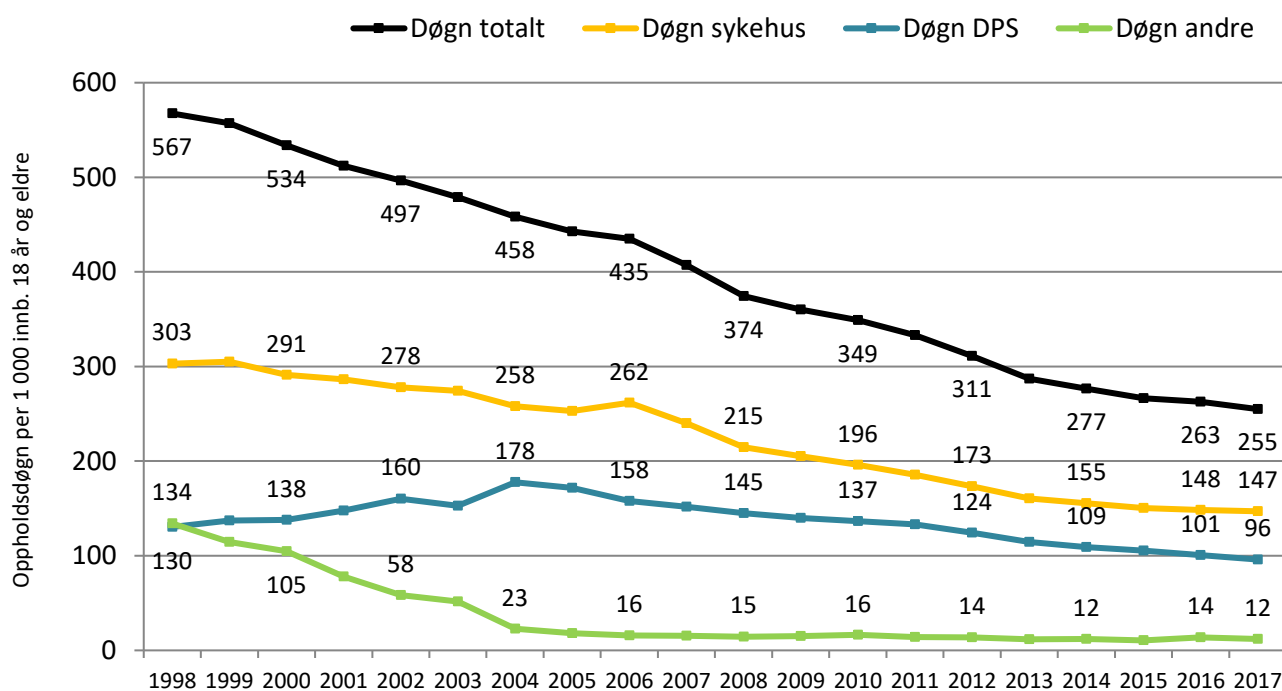
Siden 2008 har antall refusjonsberettigede konsultasjoner økt fra 1 099 000 til 1 744 000. Sett i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre gir dette en økning på 41 prosent. Noe av økningen skyldes endringer i finansieringssystemet fra 2016 til 2017. Fra 2008 til 2016 var økningen 30 prosent. Antall polikliniske kontakter totalt (med og uten refusjon) holdt seg stabil fra 2016 til 2017. Helse Midt-Norge har en flere og Helse Vest færre konsultasjoner (per innbygger 18 år og eldre) enn de øvrige regionene.

4.1 Oppholdsdøgn etter institusjonstype 1998-2017

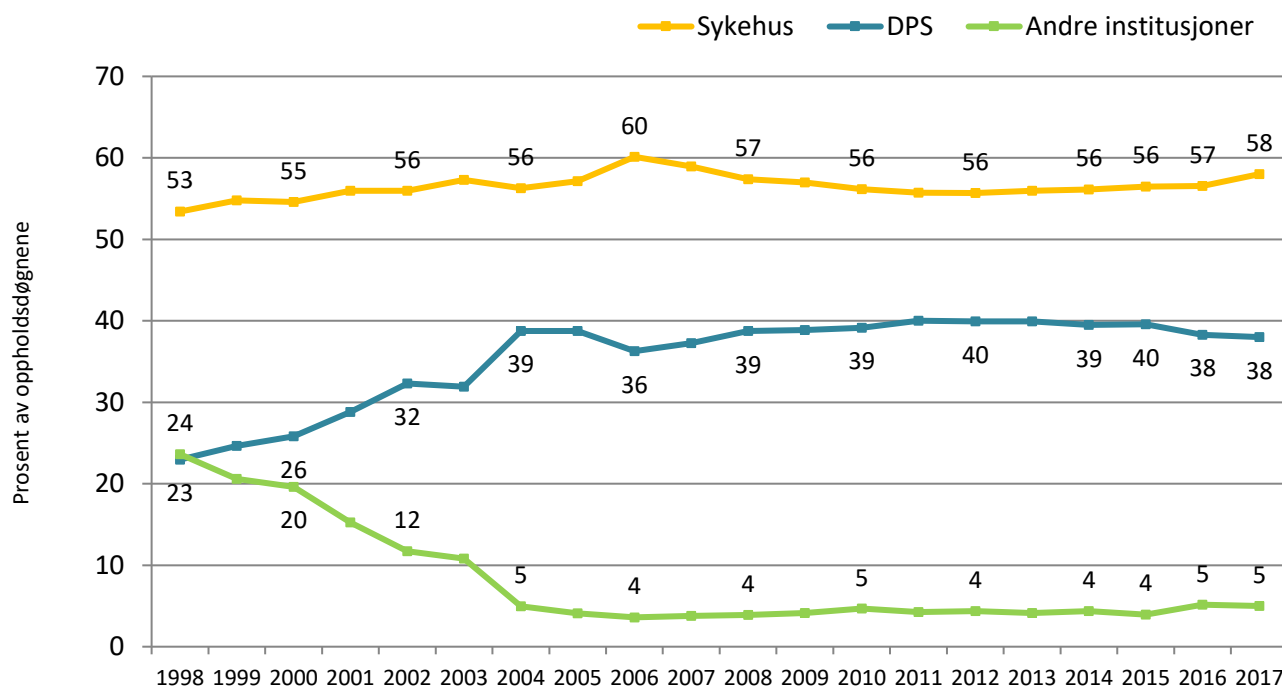
Figur 8 viser rater for fordeling av oppholdsdøgn etter institusjonstype over perioden 1998-2017. Figur 9 viser den prosentvise fordelingen.

⁴ Økningen er her knyttet til endret organisering av virksomheten i Levanger og Namsos.

Figur 8: Oppholdsdøgn etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1998-2017. Per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 9: Oppholdsdøgn etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1998-2017. Prosentvis fordeling.



Figuren viser det samme mønsteret som vi fant for døgnplassene. Siden 1998 har det vært en jevn nedgang i antall oppholdsdøgn, fra 1 932 000 i 1998 til 1 063 000 i 2017. Korrigert for befolkningsvekst gir dette en nedgang på 55 prosent. Siden 2008 er nedgangen på 32 prosent. Fra 1998 til 2004 økte ratene for DPS-ene med 37 prosent. Veksten var imidlertid mindre enn nedgangen for sykehjemmene. Siden

2008 har fordelingen holdt seg stabil, med 56-57 prosent ved sykehusene, 38 til 40 prosent ved DPS-ene og 4-5 prosent ved øvrige institusjoner.

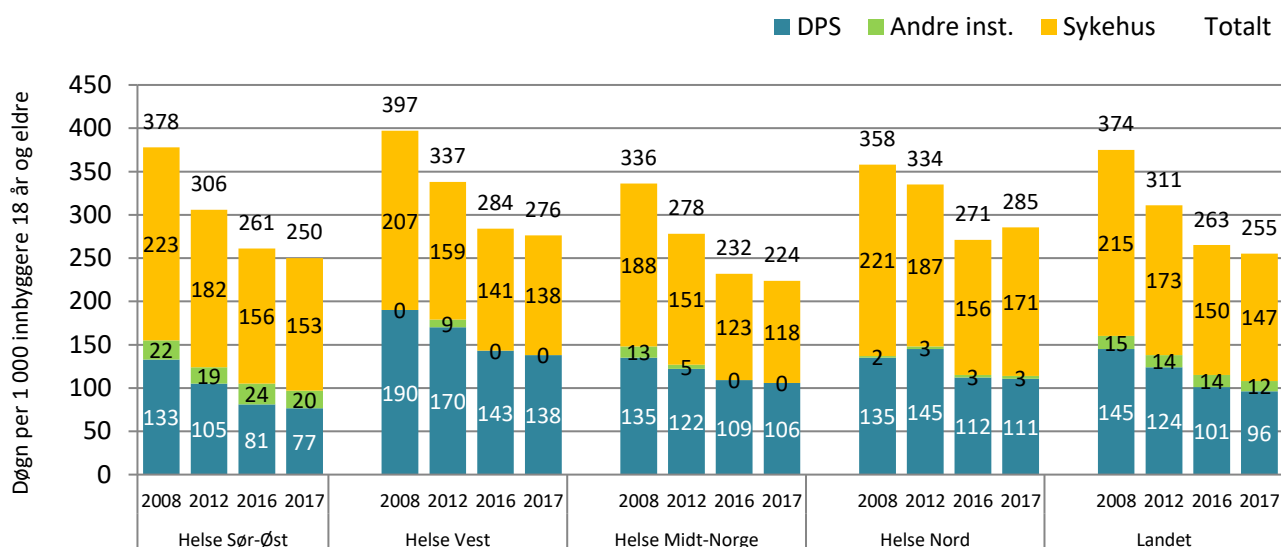
4.2 Oppholdsdøgn etter institusjonstype i regionene 2008-2017

Tabell 11 viser fordeling av oppholdsdøgn mellom ulike institusjonstyper basert på helseregion over perioden 2008 til 2017. Private institusjoner er fordelt etter beliggenhetsregion. Figur 10 viser fordelingen som befolkningsbaserte rater for de samme årene, mens figur 11 viser den prosentvise fordelingen av oppholdsdøgnene mellom ulike institusjonstyper.

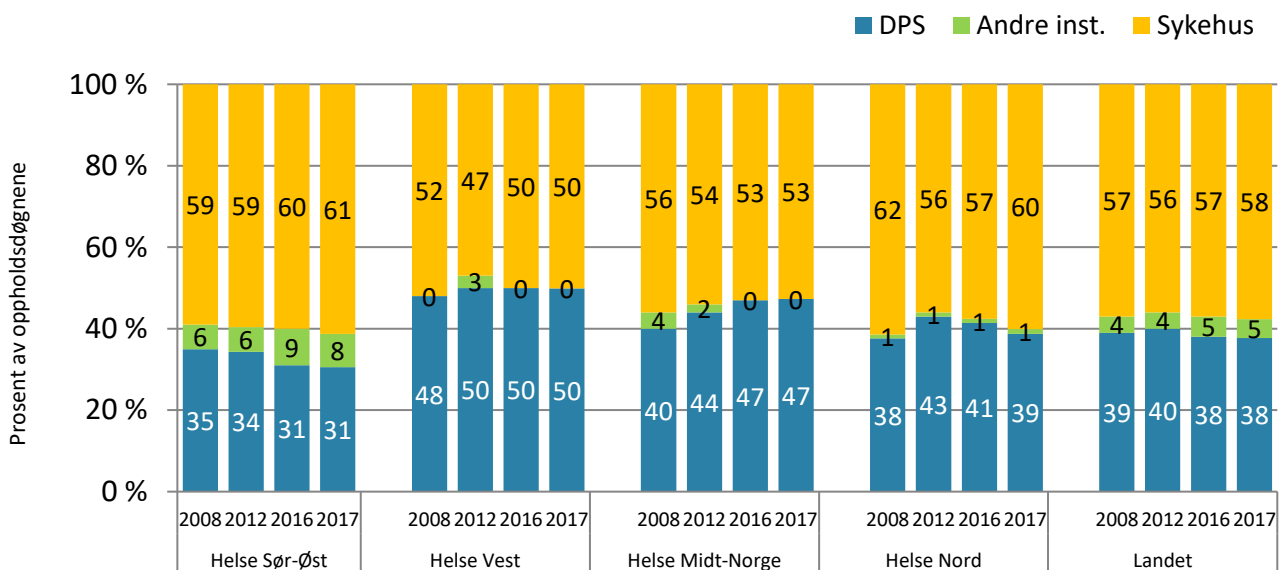
Tabell 11: Oppholdsdøgn etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 2008-2017.

	2008	2012	2016	2017
Helse Sør-Øst				
Sykehus	463 012	401 282	363 288	360 809
DPS	275 824	230 662	188 809	180 084
Andre døgninst.	46 246	42 828	54 850	47 651
Totalt	785 082	674 772	606 947	588 544
Helse Vest				
Sykehus	155 612	128 223	120 009	118 276
DPS	143 019	137 405	121 343	117 904
Andre døgninst.		7 041		
Totalt	298 631	272 669	241 352	236 180
Helse Midt-Norge				
Sykehus	96 041	81 897	69 595	67 477
DPS	69 090	66 145	61 657	60 491
Andre døgninst.	6 748	2 545		
Totalt	171 879	150 587	131 252	127 968
Helse Nord				
Sykehus	78 820	69 297	59 978	66 429
DPS	47 962	53 723	43 273	42 851
Andre døgninst.	763	950	1 136	1 300
Totalt	127 545	123 970	104 387	110 580
Landet totalt				
Sykehus	793 485	680 699	612 870	612 991
DPS	535 895	487 935	415 082	401 330
Andre døgninst.	53 757	53 364	55 986	48 951
Totalt	1 383 137	1 221 998	1 083 938	1 063 272

Figur 10: Oppholdsdøgn etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak 2008-2017.



Figur 11: Oppholdsdøgn etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis fordeling. Regionale helseforetak 2008-2017.



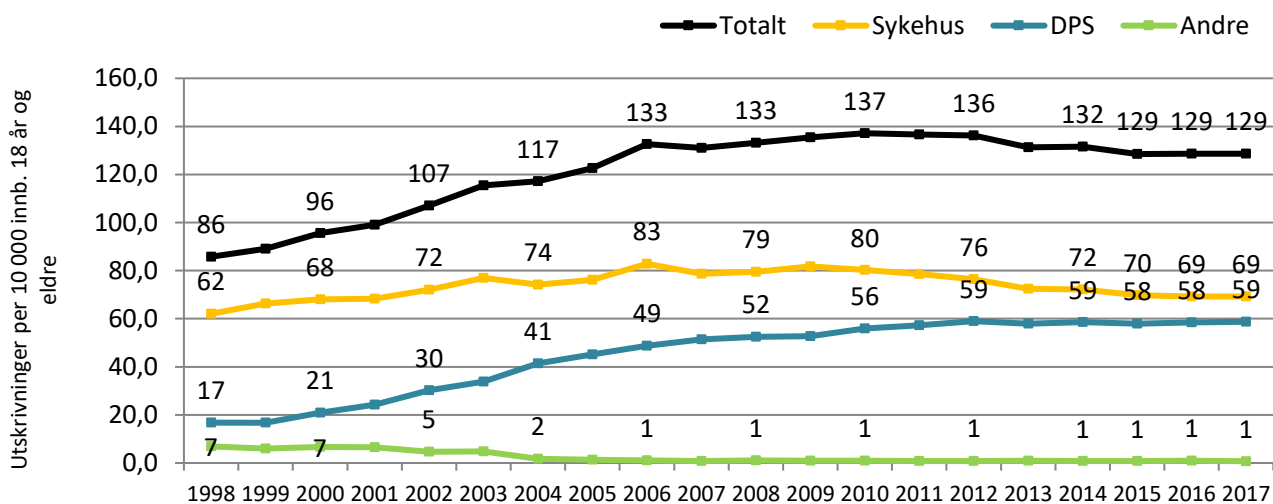
Siden 2008 har det vært en nedgang i samlet rate for oppholdsdøgn på 32 prosent. Størst i Helse Sør-Øst med 34 prosent, minst i Helse Nord med 20 prosent. I Helse Vest og Helse Midt-Norge er nedgangen hhv. 30 og 33 prosent. Helse Sør-Øst har en lavere for døgn ved DPS, og har også hatt en nedgang i andel plasser ved DPS på 4 prosentpoeng. I Helse Midt-Norge har andelen økt med 7 prosent⁵. I øvrige regioner har fordelingen vært stabil.

⁵ Økningen er her knyttet til endret organisering av virksomheten i Levanger og Namsos.

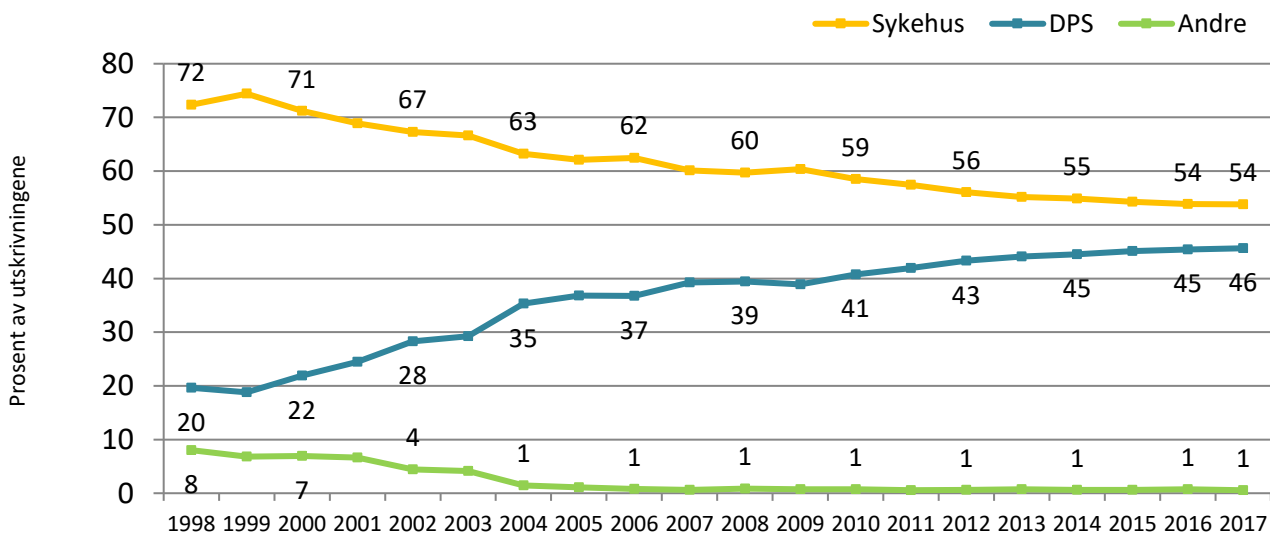
4.3 Utskrivninger etter institusjonstype 1998-2017

Figur 12 viser utskrivninger etter institusjonstype over perioden 1998-2017. Figur 13 viser den prosentvise fordelingen.

Figur 12: Utskrivninger etter institusjonstype fra det psykiske helsevernet for voksne 1998-2017. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 13: Utskrivninger etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis fordeling 1998-2017.



Det var en kraftig økning i utskrivningsraten fram til 2006. Veksten kom særlig ved DPS-ene. Fra 2007 flatet ratene ut, og fra 2012 til 2015 var det en nedgang i raten, særlig ved sykehusene. De siste årene har ratene igjen flatet ut. DPS-ene har i løpet av perioden 1998 til 2017 økt sin andel av utskrivningene fra 20 til 46 prosent.

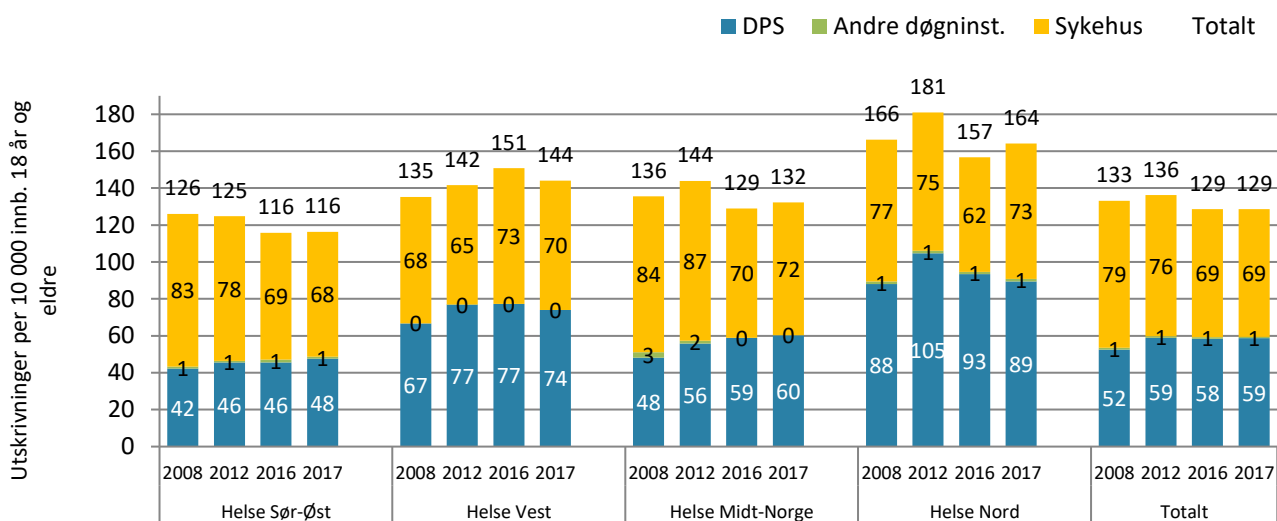
4.4 Utskrivninger etter institusjonstype i regionene 2008-2017

Tabell 12 viser utskrivninger etter institusjonstype og regionalt helseforetak for årene 2008, 2012, 2016 og 2017. Figur 14 viser de tilsvarende befolkningsbaserte ratene. Figur 15 viser utviklingen i den prosentvise fordelingen av utskrivningene innad i hver av regionene.

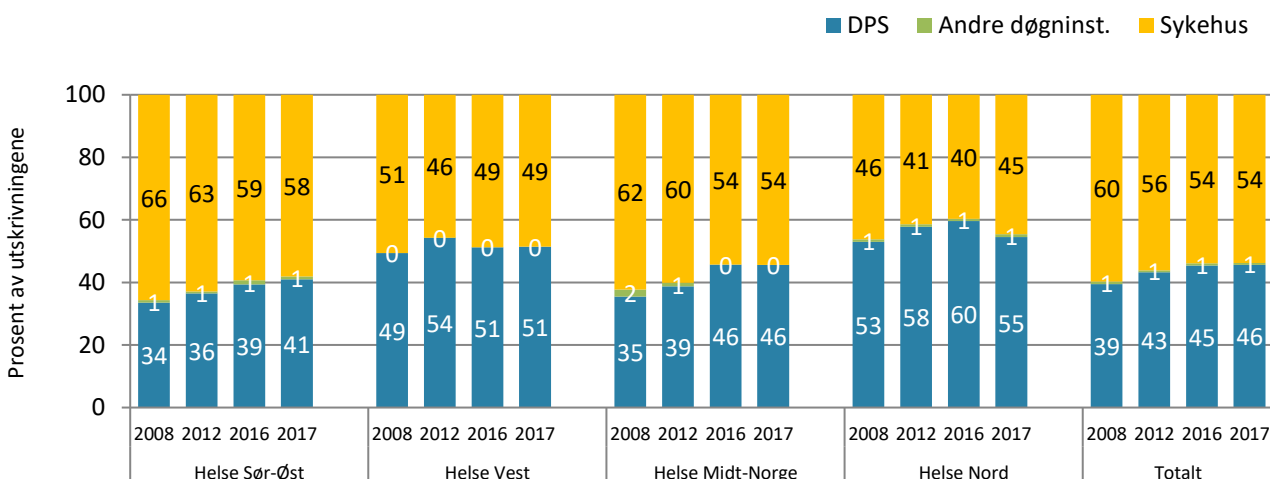
Tabell 12: Utskrivninger etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 2008-2017.

	2008	2012	2016	2017
Helse Sør-Øst				
Sykehus	17 165	17 315	15 988	15 913
DPS	8 769	10 054	10 606	11 224
Andre døgninst.	223	179	345	251
Totalt	26 157	27 548	26 939	27 388
Helse Vest				
Sykehus	5 150	5 228	6 244	5 985
DPS	5 024	6 216	6 564	6 330
Andre døgninst.	0	7	0	0
Totalt	10 174	11 451	12 808	12 315
Helse Midt-Norge				
Sykehus	4 324	4 691	3 966	4 116
DPS	2 463	3 019	3 336	3 445
Andre døgninst.	152	89	0	0
Totalt	6 939	7 799	7 302	7 561
Helse Nord				
Sykehus	2 739	2 784	2 392	2 836
DPS	3 140	3 885	3 598	3 466
Andre døgninst.	152	89	0	0
Totalt	6 939	7 799	7 302	7 561
Totalt				
Sykehus	29 378	30 018	28 590	28 850
DPS	19 396	23 174	24 104	24 465
Andre døgninst.	421	325	391	307
Totalt	49 195	53 517	53 085	53 622

Figur 14: Utskrivninger etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale foretak 2008-2017.



Figur 15: Utskrivninger etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis fordeling. Regionale helseforetak 2008-2017.



I tre av fire regioner har det siden 2008 vært en nedgang i utskrivningsraten. Nedgangen er mest markert i Helse Sør-Øst. I Helse Vest har det vært en tilsvarende økning. Andel utskrivninger fra DPS har i samme periode økt i alle regioner, mest markert i Helse Sør-Øst og i Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst har en lavere andel og Helse Vest en høyere andel utskrivninger fra DPS enn de øvrige regionene.

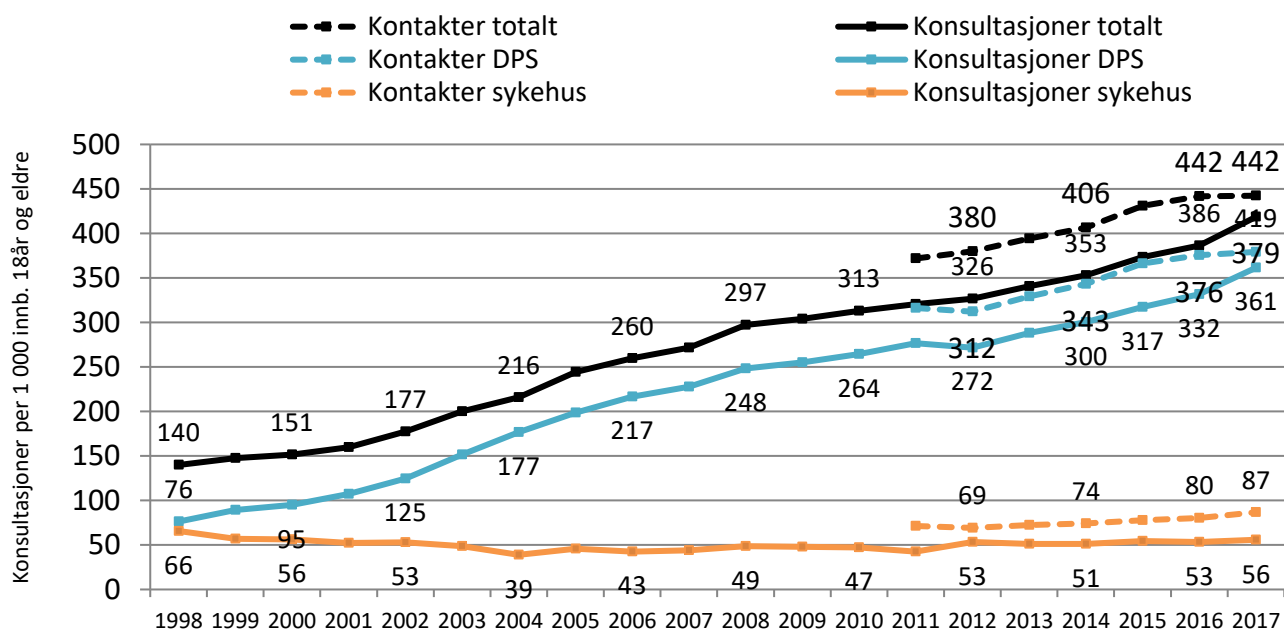
4.5 Poliklinisk aktivitet etter institusjonstype 1998-2017

Figur 16 viser utviklingen i den polikliniske aktiviteten etter institusjonstype over perioden 1998-2017. Figur 17 viser den prosentvise fordelingen. Som indikator har vi tidligere år benyttet refusjonsberettigede konsultasjoner, dvs. konsultasjoner som utløser en eller flere refusjonstakster fra Helfo. Fra 2017 ble finansieringssystemet lagt om. Takstsystemet for psykisk helsevern og TSB ble avviklet, og i stedet ble denne aktiviteten innlemmet i systemet for innsatsstyrt finansiering (ISF). For å få sammenlignbare

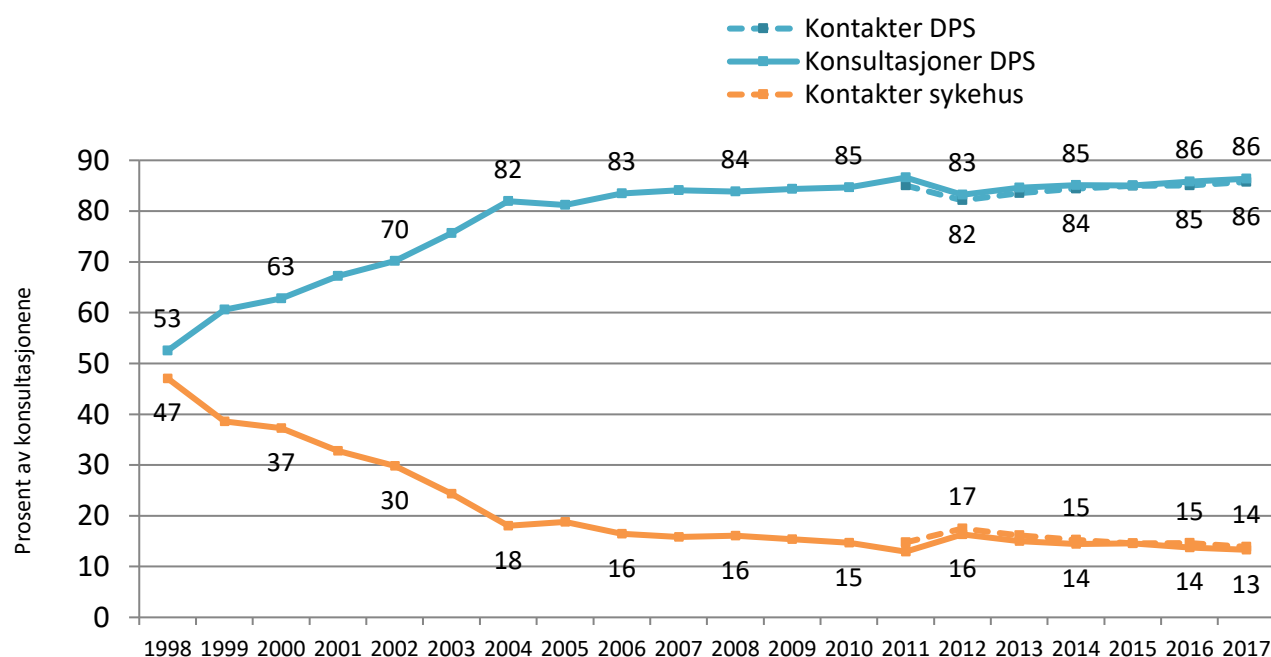
utviklingstall, har vi for perioden 2011-2017 også tatt med tall for polikliniske kontakter totalt, inklusive kontakter som ikke utløste refusjon (stiplede linjer).

Omfanget av poliklinisk aktivitet ved "andre institusjoner" er ubetydelig. Vi har derfor utelatt disse fra figuren. De inngår imidlertid i konsultasjoner totalt.

Figur 16: Polikliniske konsultasjoner og kontakter etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1998-2017. Rater per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 17: Polikliniske konsultasjoner og kontakter etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1998-2017. Rater per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.



Med unntak av utviklingen fra 2016 til 2017 viser både refusjonsberettigede konsultasjoner og polikliniske kontakter totalt samme mønster. Fra 1998 til 2017 økte antall konsultasjoner fra 476 000 til 1 744 000. Korrigert for befolkningsvekst (konsultasjoner per innbygger 18 år og eldre) gir dette en tredobling av aktiviteten. Veksten har i sin helhet kommet ved DPS-ene. Som en følge av dette har andel konsultasjoner ved DPS økt fra 53 til 86 prosent. Fra 2016 til 2017 flater raten for polikliniske kontakter totalt seg ut, mens raten for refusjonsberettigede konsultasjoner fortsatt stiger. Dette kan tyde på at økningen i den polikliniske aktiviteten nå flater ut⁶.

4.6 Poliklinisk aktivitet etter institusjonstype i helseregionene 2008-2017

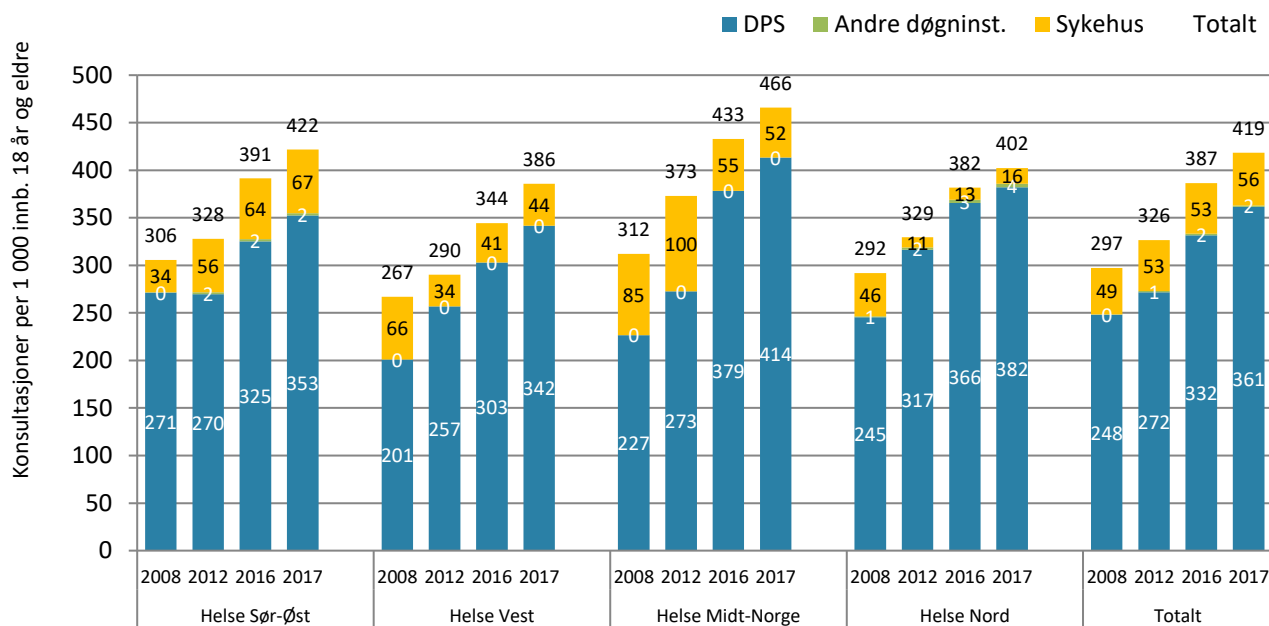
Tabell 13 viser antall konsultasjoner etter institusjonstype og regionalt helseforetak for årene 2008, 2012, 2016 og 2017. Figur 18 viser de befolkningsbaserte ratene (konsultasjoner per innbygger 18 år og eldre), mens figur 19 viser utviklingen i den prosentvise fordelingen mellom institusjonstyper.

Tabell 13: Polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 2008-2017.

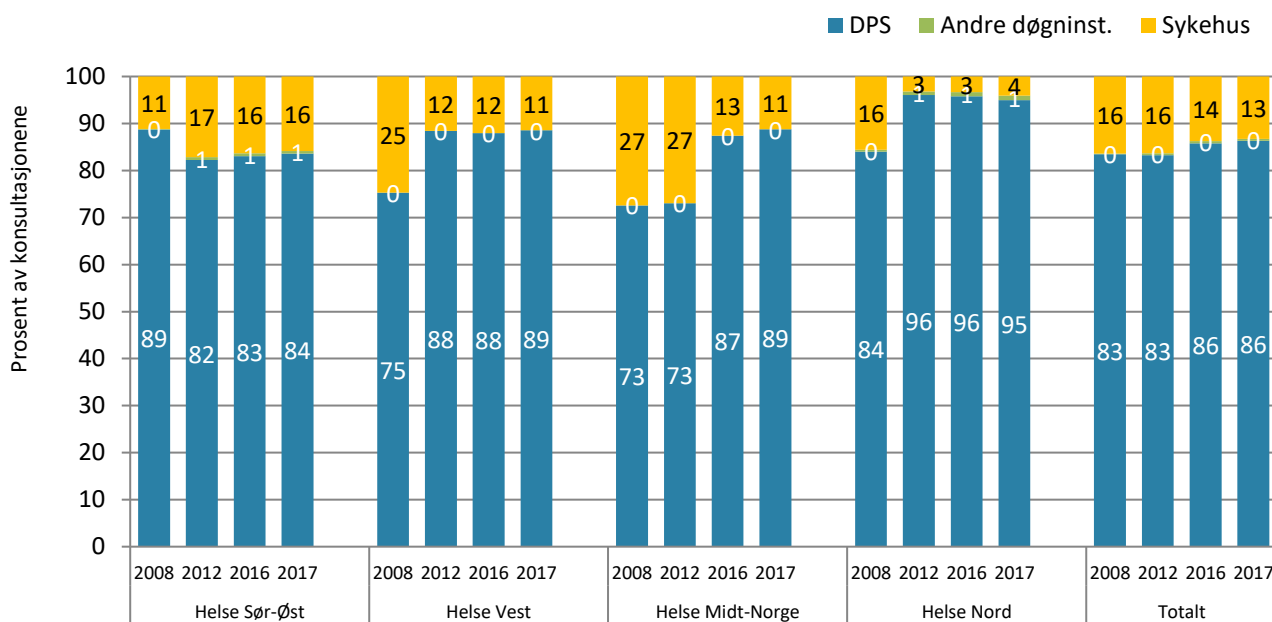
	2008	2012	2016	2017
Helse Sør-Øst				
Sykehus	70 718	123 938	148 707	157 500
DPS	562 802	594 799	756 417	829 722
Andre døgninst.	848	4 640	5 409	5 047
Total	634 368	723 377	910 533	992 269
Helse Vest				
Sykehus	49 530	27 135	35 215	37 763
DPS	151 240	207 635	257 294	291 970
Andre døgninst.	0	0	0	0
Total	200 770	234 770	292 509	329 733
Helse Midt-Norge				
Sykehus	43 755	54 436	30 896	29 943
DPS	115 945	147 671	214 417	236 341
Andre døgninst.	0	0	0	0
Total	159 700	202 107	245 313	266 284
Helse Nord				
Sykehus	16 230	3 924	4 918	6 372
DPS	87 443	117 492	140 759	148 034
Andre døgninst.	387	859	1 272	1 427
Total	104 060	122 275	146 949	155 833
Total				
Sykehus	180 233	209 433	219 736	231 578
DPS	917 430	1 067 597	1 368 887	1 506 067
Andre døgninst.	1 235	5 499	6 681	6 474
Total	1 098 898	1 282 529	1 595 304	1 744 119

⁶ Fortsatt vekst i antall refusjonsberettigede konsultasjoner kan gjenspeile endringer i refusjonssystemet. Tidligere ble det bare registrert en konsultasjon per gruppebehandling. I ISF utløses en konsultasjon for hver av deltakerne i gruppebehandlingen, og dermed øker antall refusjonsberettigede konsultasjoner.

Figur 18: Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak 2008-2017.



Figur 19: Polikliniske konsultasjoner etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak 2008-2017.



Siden 2008 har antall konsultasjoner økt fra 1 099 000 til 1 744 000. Sett i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre gir dette en økning på 41 prosent. Noe av økningen skyldes endringer i finansieringssystemet fra 2016 til 2017. Fra 2008 til 2016 var økningen 30 prosent. Som vi har sett ovenfor holdt antall polikliniske kontakter seg stabilt fra 2016 til 2017. Helse Midt-Norge har flere og Helse Vest færre konsultasjoner (per innbygger 18 år og eldre) enn de øvrige regionene.

5. Øyeblikkelig hjelp- innleggelser

I perioden 2011 til 2017 har det vært en nedgang i den samlede innleggelsesraten (per innbygger 18 år og eldre) på 3,9 prosent. Ø-hjelpsraten har i samme periode blitt redusert med 1,0 prosent. Som en følge av dette har andel ø-hjelpsinnleggelser økt fra 64 til 66 prosent.

Andel ø-hjelpsinnleggelser er høyest ved sykehusene. Den totale innleggelsesraten har her blitt redusert med 9,4 prosent, mens ø-hjelpsraten har blitt redusert med 6,6 prosent. Andel ø-hjelpsinnleggelser ved sykehusene har dermed økt fra 81 til 83 prosent. Andel av ø-hjelpsinnleggelsene som går til sykehusene har i perioden blitt redusert fra 72 til 68 prosent.

Innleggelsesraten ved DPS-ene har i perioden økt med 3,5 prosent. Ø-hjelpsraten har i samme periode økt med 13,8 prosent. Andel ø-hjelpsinnleggelser ved DPS har dermed økt fra 43 til 47 prosent. Andelen av ø-hjelpsinnleggelsene som går til DPS har økt fra 28 til 32 prosent.

Det er store forskjeller både i den totale innleggelsesraten og øyeblikkelig hjelp-raten mellom foretaksområdene.

Det er ingen entydig sammenheng mellom raten for og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Andelen vil avhenge av to forhold: raten for øyeblikkelig hjelp og totalraten (inklusive elektive innleggelser. Andel ø-hjelp går fra 37 til 83 prosent.

Det er også store forskjeller i hvilken rolle DPS-ene spiller i håndteringen av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene. I flere områder står DPS-ene for om lag halvparten av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene. I andre områder er andelen under 15 prosent. I enkelte områder spiller dermed DPS-ene fortsatt en liten rolle i håndtering av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene.

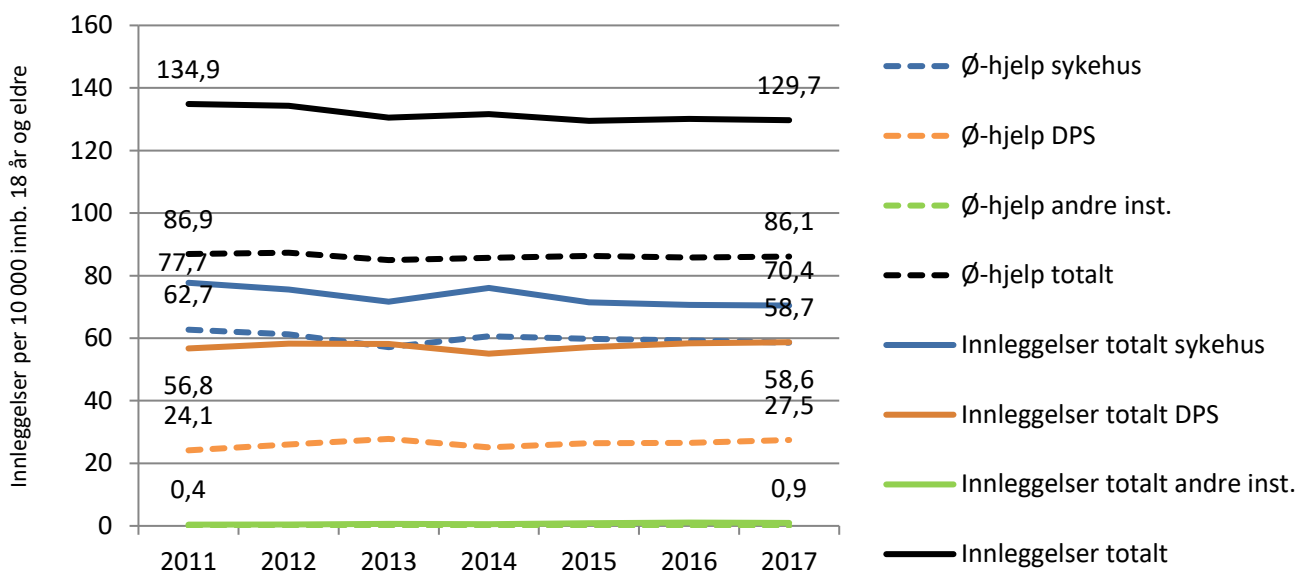
5.1 Innledning

Det er en målsetting at alle DPS skal etablere et akutt-tilbud. Vi skal i dette avsnittet se nærmere på omfanget av øyeblikkelig hjelpinnleggelser, her definert som alle innleggelser med hastegrad innen 24 timer. I avsnitt 5.2 ser vi på utviklingen i ø-hjelpsinnleggelser totalt og etter institusjonstype over perioden 2011-2017. I avsnitt 5.3 ser vi på geografiske forskjeller mellom helseforetaksområder i 2017. Tilsvarende tall for DPS-områder, samt flere grunnlagstall finnes på helsedirektoratets hjemmesider. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

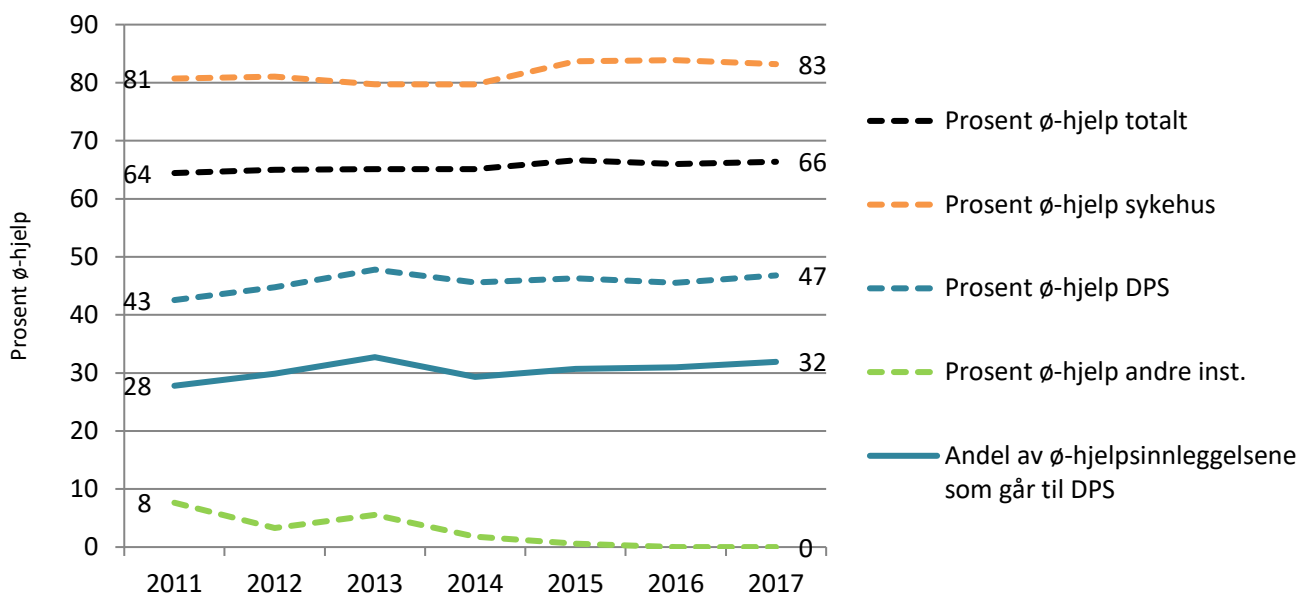
5.2 Omfang av ø-hjelpsinnleggelser 2011-2017

Figur 20 viser omfanget av ø-hjelpsinnleggelser og innleggelser totalt etter institusjonstype over perioden 2011 til 2017, sett i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre. Figur 21 viser andelen av innleggelser som skjer som ø-hjelp etter institusjonstype. I figuren har vi også lagt inn prosentandelen av ø-hjelpsinnleggelsene som skjer ved DPS.

Figur 20: Ø-hjelpsinnleggelser og innleggelser totalt etter institusjonstype. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 2011-2017.



Figur 21: Andel ø-hjelpsinnleggelser etter institusjonstype og andel av ø-hjelpsinnleggelsene som skjer ved DPS 2011-2017.



I perioden 2011 til 2017 har det vært en nedgang i den samlede innleggelsesraten (per innbygger 18 år og eldre) på 3,9 prosent. Ø-hjelpsrate har i samme periode blitt redusert med 1,0 prosent. Som en følge av dette har andel ø-hjelpsinnleggelser økt fra 64 til 66 prosent.

Andel ø-hjelpsinnleggelser er høyest ved sykehusene. Den totale innleggelsesraten ved sykehusene har her blitt redusert med 9,4 prosent, mens ø-hjelpsrate har blitt redusert med 6,6 prosent. Andel ø-hjelpsinnleggelser ved sykehusene har dermed økt fra 81 til 83 prosent. Andel av ø-hjelpsinnleggelsene som går til sykehusene har i perioden blitt redusert fra 72 til 68 prosent.

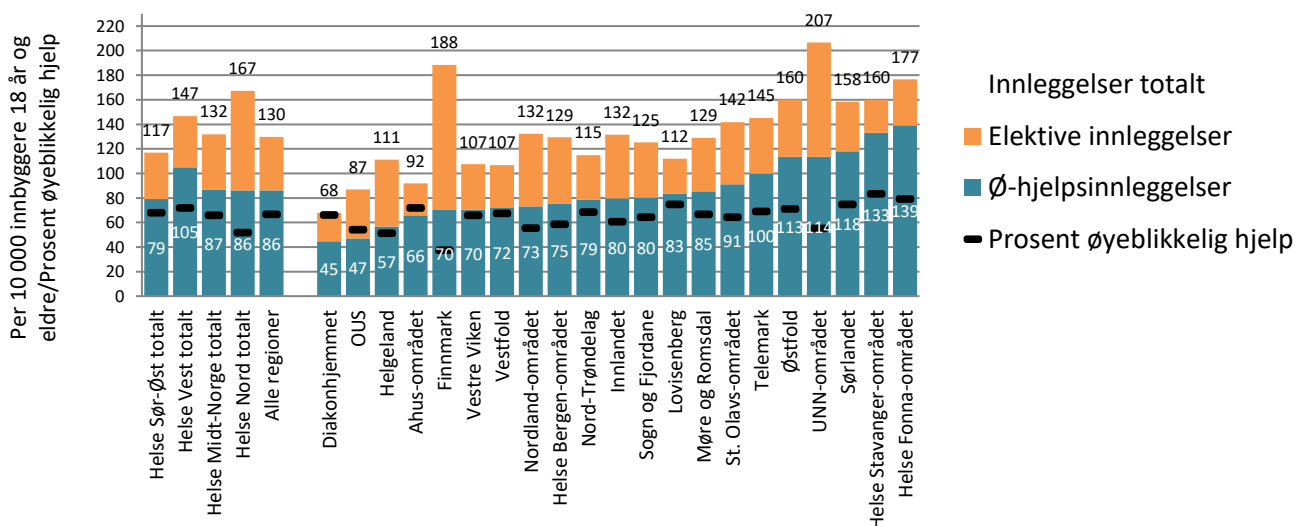
Innleggelsesraten ved DPS-ene har i perioden økt med 3,5 prosent. Ø-hjelpsrate har i samme periode økt med 13,8 prosent. Andel ø-hjelpsinnleggelser ved DPS har dermed økt fra 43 til 47 prosent. Andelen av ø-hjelpsinnleggelsene som går til DPS har økt fra 28 til 32 prosent.

Antall ø-hjelpsinnleggelser ved andre institusjoner har i perioden vært ubetydelig.

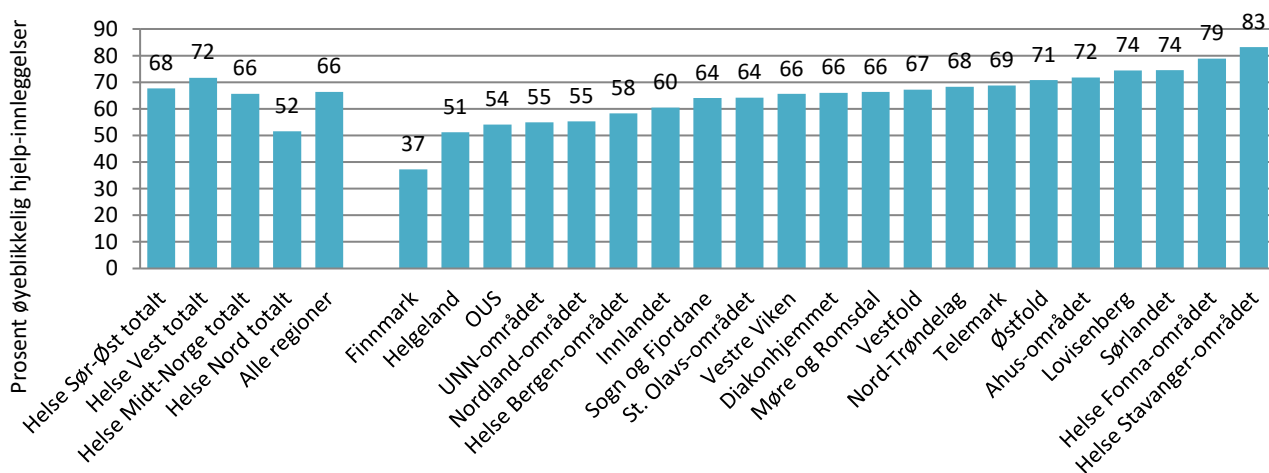
5.3 Geografiske forskjeller i øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Omfanget av øyeblikkelig hjelp-innleggelser varierer mellom foretaksområdene. Figur 22 viser innleggelsesrater, fordelt på øyeblikkelig hjelp, elektive innleggelser og innleggelser totalt. Vi har også tegnet inn andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (svart strek). Foretaksområdene er sortert etter stigende øyeblikkelig hjelp-rate. Figur 23 viser andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Figur 22: Innleggelser etter hastegrad. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.



Figur 23: Prosent øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Foretaksområder 2017.

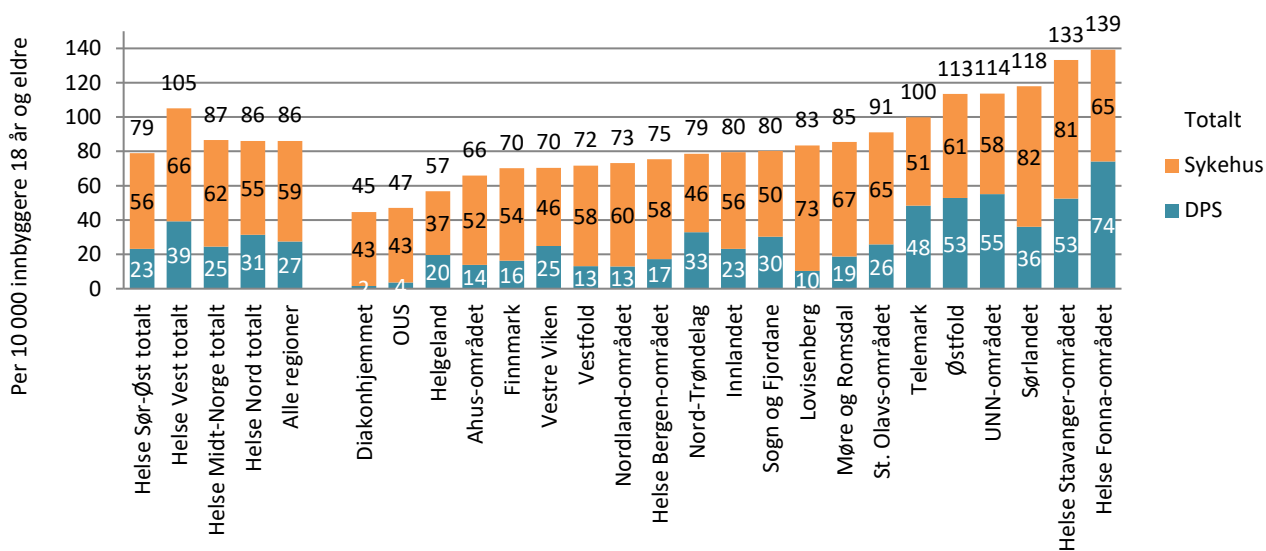


Det er store forskjeller både i den totale innleggelsesraten og øyeblikkelig hjelp-raten mellom foretaksområdene. Totalraten går fra 68 i Diakonhjem-området til 207 i UNN-området. Øyeblikkelig hjelp-raten går tilsvarende fra 45 i Diakonhjem-området til 83 i Stavanger-området.

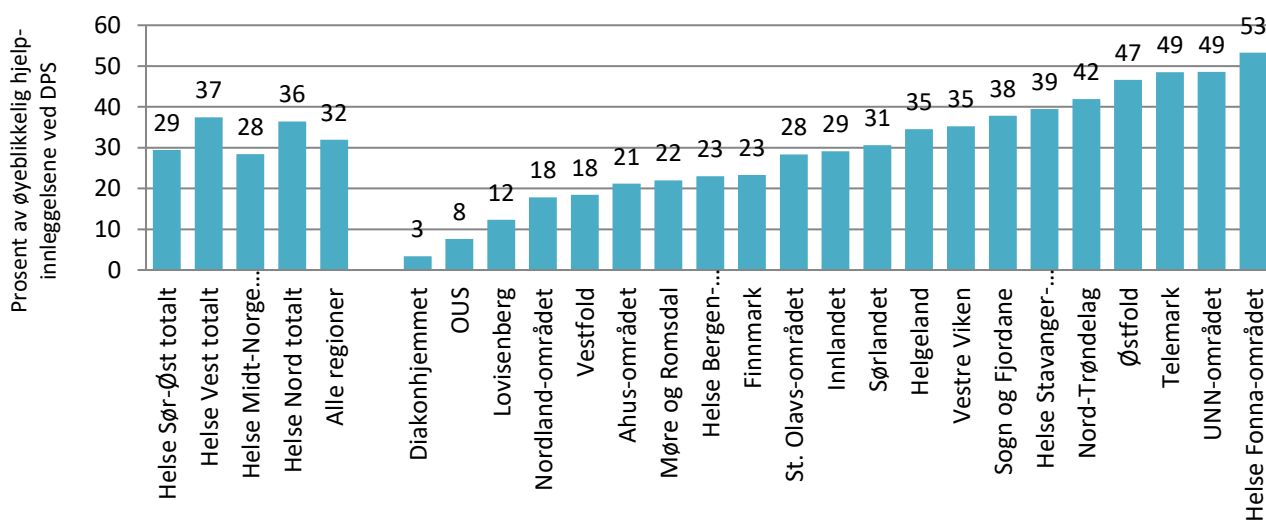
Det er ingen entydig sammenheng mellom raten og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Andelen vil avhenge av to forhold: raten for øyeblikkelig hjelp og totalraten (inklusive elektive innleggelse). Eksempelvis har Finnmark en lav andel øyeblikkelig hjelp pga. mange elektive innleggelse. Omvendt har Diakonhjemmet en andel øyeblikkelig hjelp-innleggelse på landsgjennomsnittet, til tross for lav rate for øyeblikkelig hjelp, ettersom foretaksområdet har få elektive innleggelse. Andel ø-hjelp går fra 37 til 83 prosent.

Det er også store forskjeller i hvilken rolle DPS-ene spiller i håndteringen av øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Figur 24 viser øyeblikkelig hjelp-ratene fordelt på sykehus og DPS. Figur 25 angir andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelse som går til DPS-ene. Figur 26 viser det geografiske spredningsmønsteret.

Figur 24: Øyeblikkelig hjelp-innleggelse etter institusjonstype. Foretaksområder 2017.



Figur 205: Prosent av øyeblikkelig hjelp-innleggelse som går til DPS. Foretaksområder 2017.

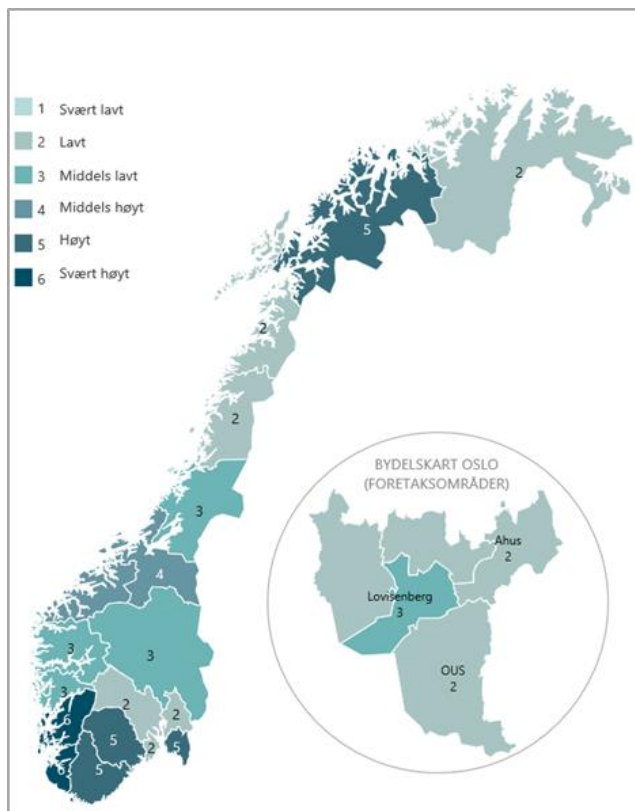


I flere områder står DPS-ene for om lag halvparten av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene. I andre områder er andelen under 15 prosent.

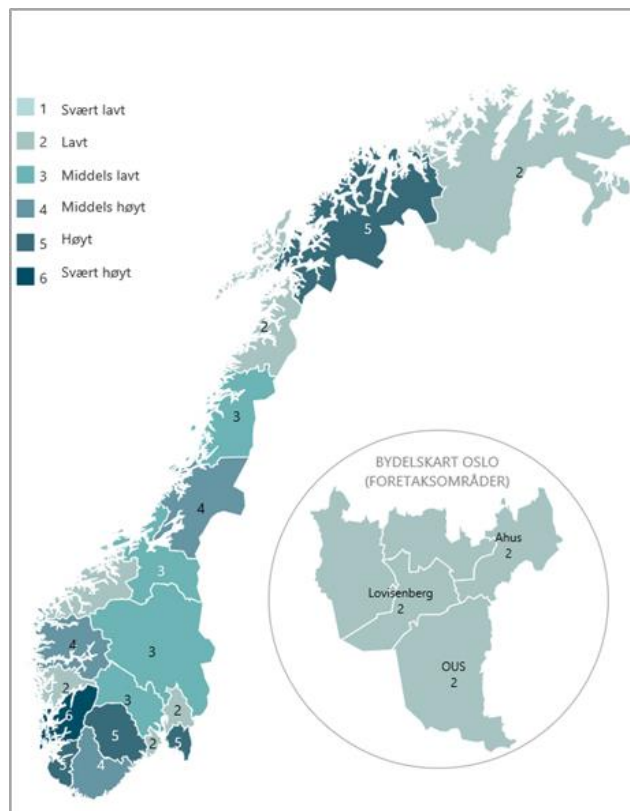
Grunnlagstall og rater for foretaks- og DPS-områder finnes på Helsedirektoratets hjemmesider. Her kan en også laste ned kart som viser spredningsmønsteret. Figur 26 viser rater for øyeblikkelig hjelpinnleggelseser totalt og ved DPS i 2017.

Figur 26: Øyeblikkelig hjelp-innleggelseser totalt og ved DPS. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.

Innleggelseser totalt.



Innleggelseser ved DPS



6. Pasienter etter alder og hovedtilstand

I 2017 var i alt 151 000 i kontakt med institusjonene i det psykiske helsevernet for voksne. Av disse var 40 000 i kontakt med sykehusene og 127 000 i kontakt med DPS-ene. 27 000 pasienter mottok døgnbehandling.

Flest pasienter ble behandlet for affektive lidelser (stemningslidelser, 29 prosent) og nevrotiske lidelser (angstlidelser, tvangslidelser mv., 33 prosent). Dette gjaldt både innenfor sykehus (hhv. 24 og 19 prosent) og DPS (31 og 36 prosent). For pasienter behandlet i andre døgninstitusjoner var andelen med affektive og nevrotiske lidelser betydelig lavere (hhv. 16 og 14 prosent). DPS-ene har en større andel pasienter med affektive eller nevrotiske lidelser som hoveddiagnose enn sykehusene og andre døgninstitusjoner.

DPS-ene har en større andel pasienter både med affektive og nevrotiske lidelser enn sykehusene og andre døgninstitusjoner. I sykehus er andelen med schizofrenilidelser (psykoser), ruslidelser og organiske lidelser klart høyere enn i DPS. Mens DPS knapt behandlet pasienter med organiske lidelser, utgjorde dette en betydelig gruppe i andre døgninstitusjoner (10 prosent). Pasienter med en schizofrenilidelse utgjorde den største gruppen av pasienter i andre døgninstitusjoner (25 prosent).

Forskjellene mellom sykehus og DPS gjenspeiler at andel polikliniske pasienter er langt høyere ved DPS-ene enn ved sykehusene.

Andel pasienter med schizofrenilidelser og ruslidelser er vesentlig høyere blant døgnpasientene enn blant pasientene samlet. Dette gjaldt både for DPS og sykehus, hvor andelen med schizofrenilidelser var på samme nivå (23 og 20 prosent). I «andre døgninstitusjoner» utgjorde denne gruppen 38 prosent av døgnpasientene. Andelen pasienter med ruslidelser var noe lavere i DPS (ni prosent) enn i sykehus (15 prosent). Andelen med affektive lidelser var høyere blant døgnpasientene i DPS (34 prosent) enn i sykehus (26 prosent).

I 2017 hadde både sykehus og DPS de høyeste ratene for pasienter i alderen 18-29 år. Dette gjelder både pasienter totalt og for døgnpasientene. Pasientratene avtar deretter med økende alder. For sykehusene øker igjen ratene for de eldste aldersgruppene. Noen tilsvarende tendens finner vi ikke for DPS-ene.

Samme mønster finner vi for behandlingsaktiviteten (døgn, konsultasjoner). Ratene når et topp-punkt for aldersgruppen 23 til 29 år, og avtar deretter med økende alder. For sykehusene øker raten for de eldste aldersgruppene. For DPS-ene fortsetter raten å synke med økende alder. Alderspsykiatriske tjenester er så langt i liten grad blitt bygget ut ved DPS-ene.

6.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres tall for diagnose- og aldersfordeling etter institusjonstype.

6.2 Diagnosegrupper

Inndelingen tar utgangspunkt i pasientenes hoveddiagnose. Dette er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for. Inndelingen tar utgangspunkt i ICD-10. Det er særlig kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som er av interesse. Kapitlet er inndelt i følgende kategoriblokker:

F00-F09	Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser
F10-F19	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (psykoser)
F30-F39	Affektive lidelser (stemningslidelser)
F40-F48	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (angstlidelser, tvangslidelser mv.)
F50-F59	Atferds syndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
F60-F69	Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne
F70-F79	Psykisk utviklingshemming
F80-F89	Utviklingsforstyrrelser
F90	Hyperkinetiske forstyrrelser
F90-F98	Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder
F99	Uspesifisert psykisk lidelse

I tillegg har vi valgt å skille ut kapittel VI (G00-G99) Sykdommer i nervesystemet. Innenfor det psykiske helsevernet er det særlig diagnose G30 Alzheimers sykdom som er i bruk.

For å forenkle fremstillingen blir kategoriblokkene F5, F7, F8 og F99 behandlet under ett. I framstillingen er navnene forkortet. Diagnosegruppe er imidlertid angitt i parentes.

Vi har valgt å behandle kapittel XXI (Z00-Z99) «Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten» separat. Innenfor det psykiske helsevernet er det særlig diagnosene Z00.4 «Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert annet sted» og diagnose Z03.2 «Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» som er i bruk. Disse diagnosene gir ikke informasjon om lidelsen. Det er også vanlig å holde kapittel XXI utenfor i internasjonale sammenligninger. I det følgende vil diagnosene i kapittel XXI bli rapportert, men holdt utenfor prosenteringen. Vi har også valgt å holde kapittel XVIII (Symptomer, tegn, unormale kliniske funn (R00-R99) utenfor prosenteringen⁷.

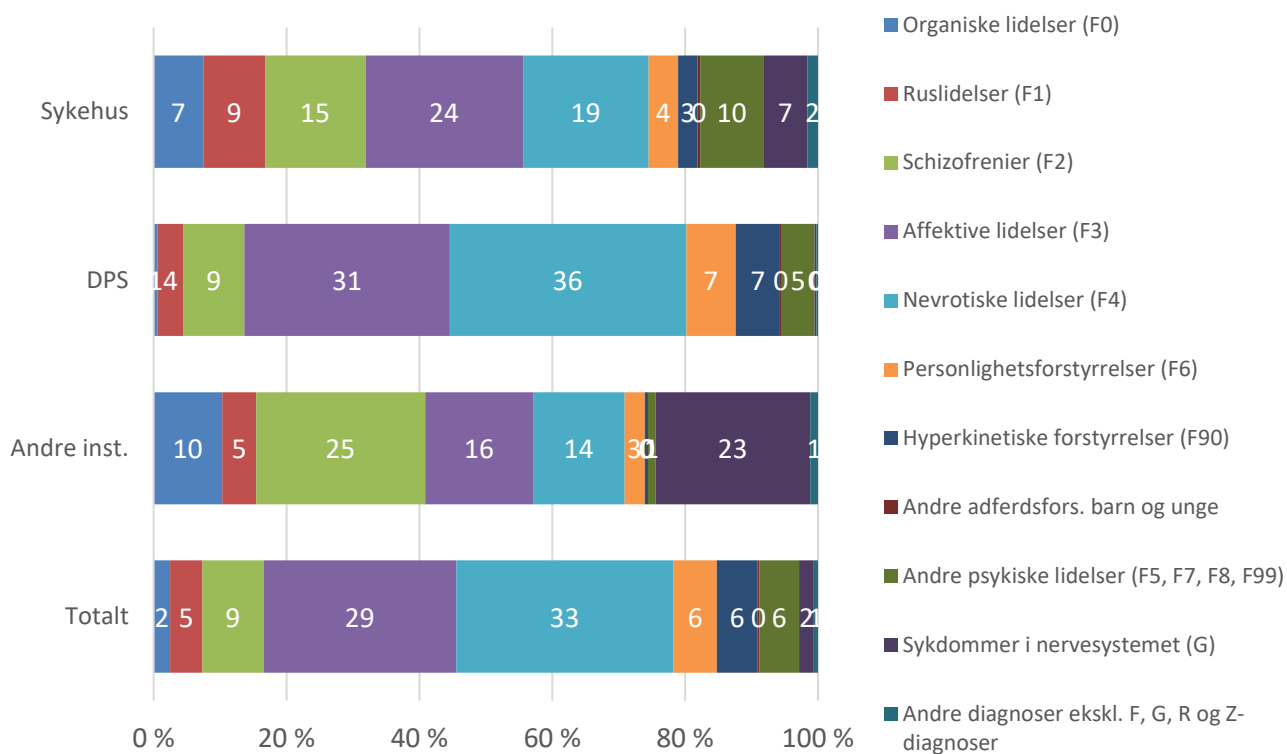
I dette kapitlet presenteres den prosentvise diagnosefordelingen etter type behandlingstilstand for pasienter i det psykiske helsevernet for voksne i 2017. Figur 26 viser fordelingen for samtlige pasienter. For DPS-ene vil disse tallene først og fremst gjenspeile diagnosefordelingen for de polikliniske pasientene. Figur 27 viser den tilsvarende fordelingen for døgnpasienter. Grunnlagstallene for figurene vises i tabellene 14 til 17. Tall for det enkelte DPS finnes på helsedirektoratets hjemmeside <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

6.3 Diagnosefordeling for samtlige pasienter etter institusjonstype

Figur 27 viser den prosentvise fordelingen av diagnose etter type behandlingstilstand for pasienter i det psykiske helsevernet for voksne i 2017.

⁷ Manglende rapportering av Z- og R-diagnoser kan skyldes at endelig diagnose enda ikke var satt da datagrunnlaget ble overført til Samdata.

Figur 27: Pasienter totalt etter hoveddiagnose og institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 2017.



I 2017 ble flest pasienter behandlet for affektive lidelser (stemningslidelser, 29 prosent) og nevrotiske lidelser (angstlidelser, tvangslidelser mv., 33 prosent). Dette gjaldt både innenfor sykehus (hhv. 24 og 19 prosent) og DPS/poliklinikk (31 og 36 prosent). For pasienter behandlet i andre døgninstitusjoner var andelen med affektive og nevrotiske lidelser betydelig lavere (hhv. 16 og 14 prosent). DPS-ene har en større andel pasienter med affektive eller nevrotiske lidelser som hoveddiagnose enn sykehusene og andre døgninstitusjoner.

I sykehus er andelen med schizofrenilidelser (psykoser), ruslidelser og organiske lidelser klart høyere enn i DPS. Mens DPS knapt behandlet pasienter med organiske lidelser, utgjorde dette en betydelig gruppe i andre døgninstitusjoner (10 prosent). Pasienter med en schizofrenilidelse utgjorde den største gruppen av pasienter i andre døgninstitusjoner (25 prosent).

Forskjellene mellom sykehus og DPS gjenspeiler at andel polikliniske pasienter er langt høyere ved DPS-ene enn ved sykehusene.

Tabell 14 og 15 viser bakgrunnstall for figur 24, absolutte tall i tabell 14 og prosentfordeling i tabell 15. Det er viktig å være oppmerksom på at totalt antall pasienter ikke er summen av pasienter behandlet ved de ulike institusjonstypene, da flere pasienter mottar behandling ved flere typer institusjoner innenfor samme år.

Tabell 14: Diagnosefordeling etter type institusjon for pasienter i det psykiske helsevernet for voksne 2017. Absolutte tall.

	Sykehus	DPS	Andre inst.	Totalt
Organiske lidelser (F0)	2 604	602	115	3 099
Ruslidelser (F1)	3 250	4 014	57	6 026
Schizofrenier (F2)	5 272	9 368	283	11 423
Affektive lidelser (F3)	8 263	31 597	181	36 018
Nevrotiske lidelser (F4)	6 587	36 407	153	40 657
Personlighetsforstyrrelser (F6)	1 551	7 600	34	8 064
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	1 033	6 807	5	7 580
Andre adferdsfors. barn og unge (F91-98)	128	297	0	393
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	3 318	5 005	13	7 370
Sykdommer i nervesystemet (G)	2 304	289	259	2 777
Andre diagnoser ekskl. F, G, R og Z-diagnoser	561	256	13	771
Totalt	40 064	127 150	1 281	150 749
Herav:				
Z-diagnose	605	3 004	42	3 406
R-diagnoser	4 280	21 774	45	22 741
ICD10 mangler	308	130	81	424

Tabell 15: Diagnosefordeling etter type institusjon for pasienter i det psykiske helsevernet for voksne 2017. Prosent.

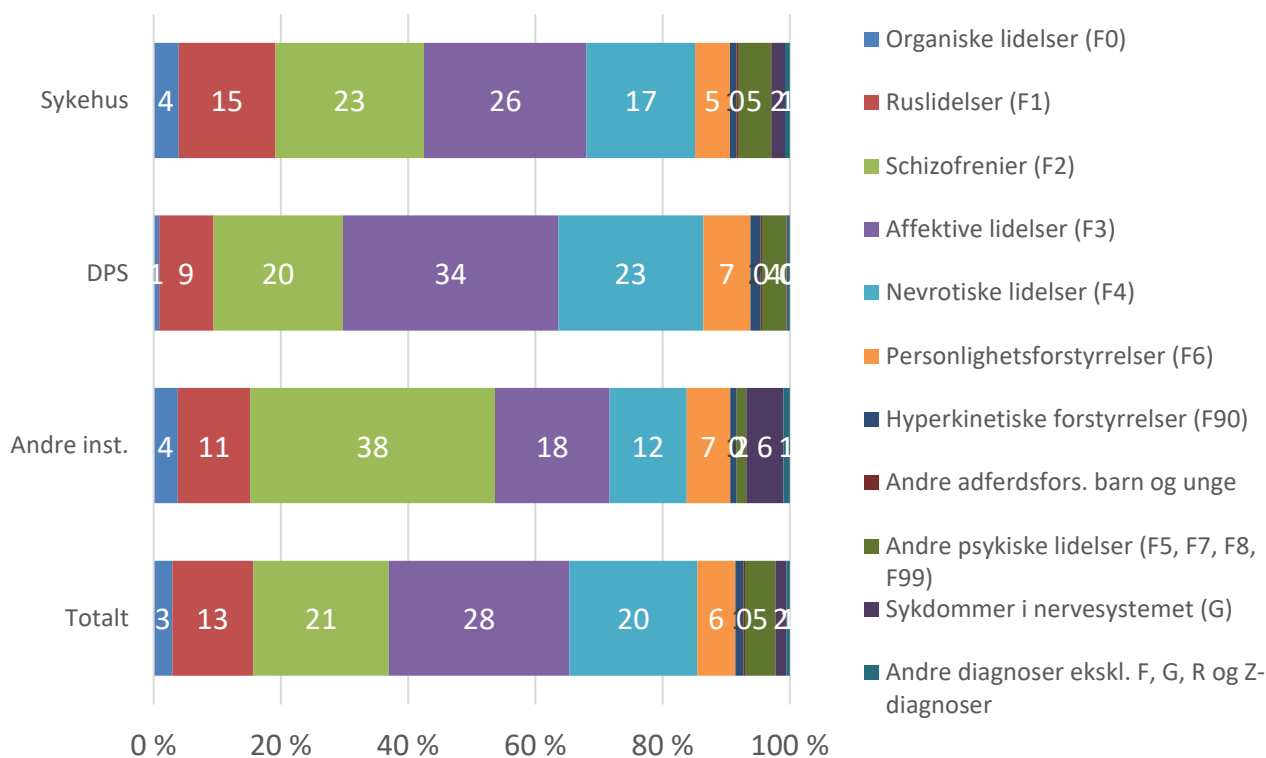
	Sykehus	DPS	Andre inst.	Totalt
Organiske lidelser (F0)	7,5	0,6	10,3	2,5
Ruslidelser (F1)	9,3	3,9	5,1	4,9
Schizofrenier (F2)	15,1	9,2	25,4	9,2
Affektive lidelser (F3)	23,7	30,9	16,3	29,0
Nevrotiske lidelser (F4)	18,9	35,6	13,7	32,7
Personlighetsforstyrrelser (F6)	4,4	7,4	3,1	6,5
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	3,0	6,7	0,4	6,1
Andre adferdsfors. barn og unge (F91-98)	0,4	0,3	0,0	0,3
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	9,5	4,9	1,2	5,9
Sykdommer i nervesystemet (G)	6,6	0,3	23,3	2,2
Andre diagnoser ekskl. F, G, R og Z-diagnoser	1,6	0,3	1,2	0,6
Totalt	100	100	100	100
N	40 064	127 150	1 281	150 749
Herav:				
Z-diagnose	(1,5)	(2,4)	(3,3)	(2,3)
R-diagnoser	(10,7)	(17,1)	(3,5)	(15,1)
ICD10 mangler	(0,8)	(0,1)	(6,3)	(0,3)

I tabell 15 er prosentandel for kategoriene «Symptomer, tegn, unormale tilstander» (R), «Andre faktorer og kontakter (Z)» og «ICD10 mangler» beregnet av totalt antall pasienter for de ulike institusjonstypene. Disse tallene er satt i parentes, og angir omfanget av pasienter som mangler diagnose eller har en foreløpig R- eller Z-diagnose.

6.4 Diagnosefordeling for døgnpasienter etter institusjonstype

Figur 28 viser den prosentvise fordelingen av døgnpasienter etter hoveddiagnose og type behandlingstjenestestruktur i det psykiske helsevernet for voksne i 2017.

Figur 28: Døgnpasienter etter hoveddiagnose og institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 2017.



Andel pasienter med schizofrenilidelser og ruslidelser er vesentlig høyere blant døgnpasientene enn blant pasientene samlet. Dette gjaldt både for DPS og sykehus, hvor andelen med schizofrenilidelser var på samme nivå (23 og 20 prosent). I «andre døgninstitusjoner» utgjorde denne gruppen 38 prosent av døgnpasientene. Andelen pasienter med ruslidelser var noe lavere i DPS (ni prosent) enn i sykehus (15 prosent). Andelen med affektive lidelser var høyere blant døgnpasientene i DPS (34 prosent) enn i sykehus (26 prosent).

Tabell 16 og 17 viser bakgrunnstall for figur 26, absolutte tall i tabell 16 og prosentfordeling i tabell 17. Det er viktig å være oppmerksom på at totalt antall pasienter ikke er summen av pasienter behandlet ved de ulike institusjonstypene, da flere pasienter mottar behandling ved flere typer institusjoner.

Tabell 16: Diagnosefordeling for døgnpasienter etter type institusjon i det psykiske helsevernet for voksne 2017. Absolutte tall.

	Sykehus	DPS	Andre inst.	Totalt
Organiske lidelser (F0)	693	118	15	754
Ruslidelser (F1)	2 678	1 175	45	3 261
Schizofrenier (F2)	4 121	2 791	152	5 443
Affektive lidelser (F3)	4 505	4 646	71	7 260
Nevrotiske lidelser (F4)	3 006	3 131	48	5 153
Personlighetsforstyrrelser (F6)	966	1 016	27	1 526
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	172	218	*	327
Andre adferdsfors. barn og unge (F91-98)	43	30	0	62
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	924	528	6	1 236
Sykdommer i nervesystemet (G)	387	31	23	421
Andre diagnoser ekskl. F, G, R og Z-diagnoser	130	40	*	147
Totalt	18 661	14 181	418	26 888
Herav				
Z-diagnose	242	11	*	247
R-diagnoser	507	395	5	767
ICD10 mangler	287	51	15	284

* Færre enn 5.

Tabell 17: Diagnosefordeling for døgnpasienter etter type institusjon i det psykiske helsevernet for voksne 2017. Prosentandel.

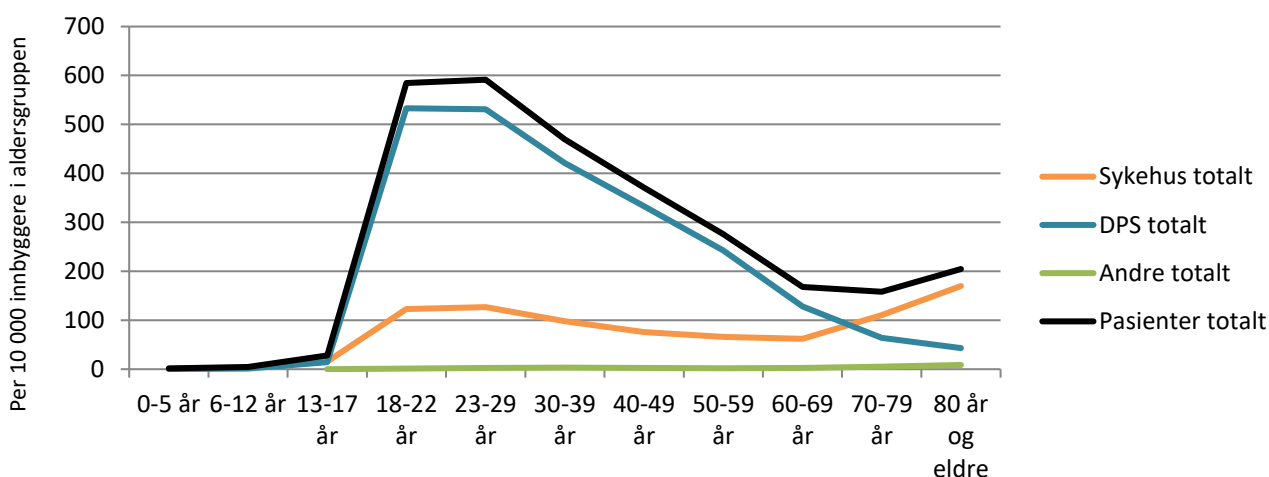
	Sykehus	DPS	Andre inst.	Totalt
Organiske lidelser (F0)	3,9	0,9	3,8	2,9
Ruslidelser (F1)	15,2	8,6	11,4	12,7
Schizofrenier (F2)	23,4	20,3	38,5	21,3
Affektive lidelser (F3)	25,6	33,9	18,0	28,4
Nevrotiske lidelser (F4)	17,1	22,8	12,2	20,1
Personlighetsforstyrrelser (F6)	5,5	7,4	6,8	6,0
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	1,0	1,6	1,0	1,3
Andre adferdsfors. barn og unge (F91-98)	0,2	0,2	0,0	0,2
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	5,2	3,8	1,5	4,8
Sykdommer i nervesystemet (G)	2,2	0,2	5,8	1,6
Andre diagnoser ekskl. F, G, R og Z-diagnoser	0,7	0,3	1,0	0,6
Totalt	100	100	100	100
N	18 661	14 181	418	26 888
Herav				
Z-diagnose	(1,3)	(0,1)	(0,7)	(0,9)
R-diagnoser	(2,7)	(2,8)	(1,2)	(2,9)
ICD10 mangler	(1,5)	(0,4)	(3,6)	(1,1)

I tabell 17 er prosentandel for kategoriene «Symptomer, tegn, unormale tilstander» (R), «Andre faktorer og kontakter (Z)» og «ICD10 mangler» beregnet av totalt antall pasienter for de ulike institusjonstypene. Disse tallene er satt i parentes, og angir omfanget av pasienter som mangler diagnose eller har en foreløpig R- eller Z-diagnose.

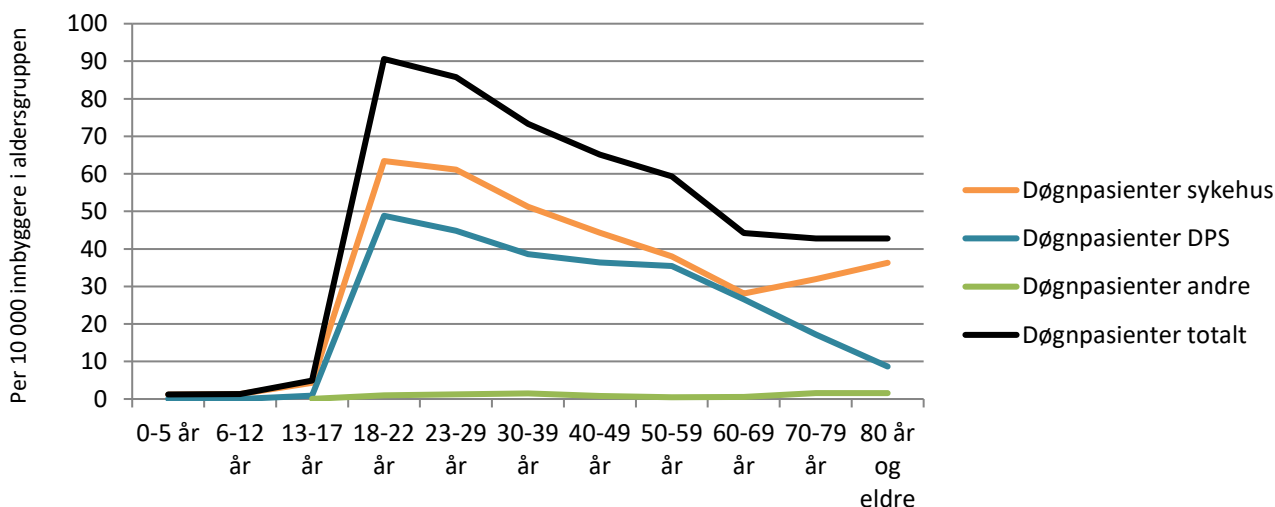
6.5 Aldersfordeling blant pasientene

I følge nasjonal helse- og sykehusplan skal DPS-ene dekke alle vanlige behov på spesialistnivå, herunder også alderspsykiatriske tjenester. Figur 29 viser pasientrater totalt for ulike aldersgrupper ved sykehus, ved DPS og totalt (inkl. andre institusjoner). Figur 30 viser de tilsvarende ratene for døgnpasientene. Tallene som ligger til grunn for figuren finnes i tabell 18.

Figur 29: Pasienter totalt etter institusjonstype og alder. Per 10 000 innbyggere i den enkelte aldersgruppen. Psykisk helsevern for voksne 2017.



Figur 30: Døgnpasienter etter institusjonstype og alder. Per 10 000 innbyggere i aldersgruppen.



Tabell 18: Pasienter etter omsorgsnivå og institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 2017.

	Pasienter totalt		Døgnpasienter		Polikliniske pasienter	
	Antall	Per 10 000 innb.	Antall	Per 10 000 innb.	Antall	Per 10 000 innb.
Sykehus						
0-5 år	42	1	42	1	0	0
6-12 år	142	3	61	1	82	2
13-17 år	496	16	135	4	382	12
18-22 år	4 131	123	2 129	63	2575	77
23-29 år	6 483	127	3 116	61	4173	82
30-39 år	6 925	98	3 630	51	4018	57
40-49 år	5 592	76	3 258	44	2857	39
50-59 år	4 497	66	2 588	38	2317	34
60-69 år	3 547	62	1 609	28	2403	42
70-79 år	4 425	110	1 284	32	3890	97
80 år og eldre	3 784	170	809	36	3464	156
Totalt	40 064	76	18 661	35	26161	49
DPS						
0-5 år	17	0	*	0	15	0
6-12 år	56	1	0	0	55	1
13-17 år	455	14	29	1	446	14
18-22 år	17 899	533	1 639	49	17767	529
23-29 år	27 068	531	2 285	45	26842	526
30-39 år	29 840	421	2 732	39	29520	417
40-49 år	24 471	333	2 673	36	24132	328
50-59 år	16 509	243	2 415	35	16068	236
60-69 år	7 318	128	1 522	27	7000	122
70-79 år	2 562	64	691	17	2381	59
80 år og eldre	954	43	193	9	876	39
Totalt	127 150	240	14 181	27	125 103	236
Andre inst.						
13-17 år	*	0	*	0	*	0
18-22 år	49	1	32	1	22	1
23-29 år	120	2	63	1	49	1
30-39 år	231	3	103	1	77	1
40-49 år	202	3	61	1	62	1
50-59 år	132	2	30	0	56	1
60-69 år	141	2	30	1	104	2
70-79 år	214	5	63	2	170	4
80 år og eldre	191	9	35	2	173	8
Totalt	1 281	2	418	1	714	1
Totalt						
0-5 år	59	2	44	1	15	0
6-12 år	198	4	61	1	137	3
13-17 år	892	28	155	5	809	26
18-22 år	19 633	585	3 042	91	19244	573
23-29 år	30 163	591	4 376	86	29476	578
30-39 år	33 238	469	5 191	73	32215	455
40-49 år	27 241	371	4 784	65	26161	356
50-59 år	18 788	276	4 038	59	17768	261
60-69 år	9 618	168	2 529	44	8993	157
70-79 år	6 356	158	1 716	43	6013	150
80 år og eldre	4 562	205	952	43	4280	192
Totalt	150 749	285	26 888	51	145 112	274

Både for pasienter totalt og for døgnpasientene finner vi gjennomgående det samme mønsteret, med de høyeste ratene for aldersgruppene 18-29 år. Pasientratene avtar deretter med økende alder. For sykehusene øker igjen ratene for de eldste aldersgruppene. Noen tilsvarende tendens finner vi ikke for DPS-ene.

Vi har også undersøkt hvor mye pasientene er i kontakt med tjenestene etter alder. Resultatene er gjengitt i tabell 19.

Tabellen viser det samme mønsteret som vi fant for pasientratene. Ratene nådde et topp-punkt for aldersgruppen 23 til 29 år, og avtok deretter med økende alder. For sykehusene økte raten for de eldste aldersgruppene. For DPS-ene fortsatte raten å synke.

Tabell 19: Oppholdsdøgn, utskrivninger og polikliniske episoder etter alder og institusjonstype. Psykisk helsevern for voksne 2017.

	Oppholdsdøgn		Utskrivninger		Polikliniske episoder	
	Antall	Per 10 000 innb.	Antall	Per 10 000 innb.	Antall	Per 10 000 innb.
Sykehus						
0-5 år	2 660	73	56	2	0	0
6-12 år	3 094	69	64	1	368	8
13-17 år	4 647	147	220	7	2 989	95
18-22 år	60 937	1 815	3 628	108	32 824	978
23-29 år	110 724	2 171	5 143	101	56 531	1 108
30-39 år	130 516	1 842	5 843	82	45 327	640
40-49 år	102 484	1 394	5 151	70	30 911	421
50-59 år	74 188	1 090	3 728	55	20 089	295
60-69 år	49 648	867	2 332	41	17 848	312
70-79 år	47 431	1 181	1 696	42	29 849	743
80 år og eldre	26 662	1 197	989	44	19 630	881
Totalt	612 991	1 158	28 850	54	256 366	484
DPS						
0-5 år	18	0	2	0	72	2
6-12 år	0	0	0	0	446	10
13-17 år	401	13	33	1	2 471	78
18-22 år	39 882	1 188	2 461	73	209 866	6 250
23-29 år	69 833	1 369	3 864	76	354 464	6 949
30-39 år	82 581	1 166	4 892	69	398 513	5 626
40-49 år	76 522	1 041	4 904	67	317 758	4 323
50-59 år	65 980	969	4 393	65	197 235	2 897
60-69 år	42 358	740	2 668	47	75 521	1 320
70-79 år	19 403	483	1 005	25	19 393	483
80 år og eldre	4 352	195	243	11	3 839	172
Totalt	401 330	758	24 465	46	1 579 579	2 983
Andre inst.						
0-5 år	0	0	0	0	0	0
6-12 år	0	0	0	0	0	0
13-17 år	256	8	0	0	3	0
18-22 år	4 501	134	23	1	430	13
23-29 år	7 874	154	51	1	1 036	20
30-39 år	14 959	211	73	1	1 587	22
40-49 år	9 024	123	34	0	1 477	20
50-59 år	4 707	69	14	0	478	7
60-69 år	2 290	40	21	0	527	9
70-79 år	3 841	96	57	1	575	14
80 år og eldre	1 499	67	34	2	529	24
Totalt	48 951	92	307	1	6 642	13
Totalt						
0-5 år	2 678	74	58	2	72	2
6-12 år	3 094	69	64	1	814	18
13-17 år	5 304	168	253	8	5 463	173
18-22 år	105 320	3 137	6 112	182	243 120	7 241
23-29 år	188 431	3 694	9 058	178	412 031	8 078
30-39 år	228 056	3 219	10 808	153	445 427	6 288
40-49 år	188 030	2 558	10 089	137	350 146	4 763
50-59 år	144 875	2 128	8 135	120	217 802	3 200
60-69 år	94 296	1 648	5 021	88	93 896	1 641
70-79 år	70 675	1 760	2 758	69	49 817	1 241
80 år og eldre	32 513	1 460	1 266	57	23 998	1 077
Totalt	1 063 272	2 008	53 622	101	1 842 587	3 479

7. Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i 2017 – driftsindikatorer for DPS-ene

Det er betydelige forskjeller mellom foretakene i dekningsgrad for døgnplasser ved DPS. Forskjellene er langt mindre når man ser på døgnplasser totalt, der forskjellene er relativt begrenset. Noen foretak har med andre ord konsentrert mer av døgnplassene ved sykehusene. Dette gjelder særlig foretakene i Oslo-området (inkl. Ahus), samt Vestre Viken, Vestfold og Nordlands-området.

Samme mønster finner vi også for oppholdsdøgnene, med betydelige forskjeller, med store forskjeller i antall oppholdsdøgn ved DPS, men mindre i oppholdsdøgn totalt. Igjen skiller foretakene i Oslo-området, samt Vestfold og Nordlands-området seg ut med lave rater ved DPS.

Det er langt større forskjeller i utskrivningsratene enn de vi fant for døgnratene og døgnplassratene. Det er igjen langt større forskjeller i utskrivninger ved DPS enn i utskrivninger totalt. Større forskjeller i utskrivningsrate enn i døgnrate innebærer at foretak og DPS bruker tilgjengelige døgnplasser forskjellig. Noen har få og lange opphold, mens andre har færre og korte opphold. Også for utskrivninger fra DPS finner vi de laveste ratene i Oslo-området (inklusive Ahus) samt i Vestfold.

Den polikliniske virksomheten er i all hovedsak organisert ved DPS-ene. Disse står for 86 prosent av konsultasjonene. Selv om vi holder Diakonhjemmet/Vinderen utenfor (der DPS-funksjonen er organisert som del av sykehuset), fant vi for både døgnplasser, oppholdsdøgn og utskrivninger betydelige forskjeller i hvor godt DPS-funksjonen var bygget ut. For konsultasjoner ved DPS finner vi om lag samme spredning som for konsultasjoner totalt. For de andre indikatorene var forskjellene mindre når vi så på samlet tilbud enn på tilbudet ved DPS alene.

7.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres noen sentrale driftsindikatorer for virksomheten ved DPS-ene. Alle indikatorene gjelder driftsåret 2017. Vi vil konsentrere oss om fordelingen av døgnplasser og bruk av tjenester ved DPS og totalt for områdene. Formålet er dels å gjøre noen sentrale nøkkeltall tilgjengelige for institusjoner og helseforetak, dernest å beskrive forskjeller i tjenestetilbudet. Tall for helseregioner, helseforetaksområder og DPS-områder finnes på Helsedirektoratets nettsider <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>. Her vil en finne grunnlagstall og rate-tall for fordeling mellom sykehus, DPS og «andre institusjoner». Man kan også laste ned tall for enkeltområder og gruppeområder i form av tabeller, grafer og kart, for 2017 og for tidligere år.

Vi vil først se på ressursinnsats i form av døgnplasser, ved DPS og totalt for området (avsnitt 7.2). Deretter vil vi se på bruken av tjenester i form av oppholdsdøgn og utskrivninger for døgnpasienter, samt polikliniske konsultasjoner, ved DPS og totalt for området (avsnitt 7.3).

7.2 Døgnplasser

Tabell 20 viser tall for fordeling av døgnplasser mellom helseforetaksområdene. Tabell 21 viser den tilsvarende fordelingen for DPS-områdene.

Tabellene viser rater for døgnplasser fordelt på eget DPS, ved DPS totalt for området og for totalt for området (inklusive sykehus og «andre institusjoner»). Ratene viser nivået (per innbygger 18 år og eldre)

som prosent avvik fra landsgjennomsnittet. I tabellene har vi i tillegg lagt inn andel av samlet antall døgnplasser som finnes ved DPS (og ikke ved sykehus og «andre institusjoner»).

Befolkningen benytter i varierende utstrekning tjenester fra institusjoner utenfor eget opptaksområde. Tall for «DPS total», «område totalt», er korrigert for dette. Tall for «eget DPS» er ikke korrigert.

Tabell 22 viser mål for spredning mellom foretaks og DPS-områder.

Tabell 20: Døgnplasser ved DPS og totalt. Rater per innbygger 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder 2017.

Område	Døgnplasser per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet			Prosent døgnplasser ved DPS	Brukerstyrte plasser ved DPS?
	Ved eget DPS	Ved DPS totalt	Døgnplasser totalt		
Helse Sør-Øst totalt	-21	-21	-5	34	
Helse Vest totalt	37	37	10	50	
Helse Midt-Norge totalt	14	13	-7	49	
Helse Nord totalt	26	26	21	42	
Norge totalt	0	0	0	41	
Østfold totalt	4	5	2	42	Nei
Ahus-området totalt	-39	-38	-19	31	Ja
OUS totalt	-29	-31	8	26	Ja
Diakonhjemmet totalt	-100	-96	-17	2	Ved sykehus
Lovisenberg totalt	-61	-60	-1	16	Ja
Innlandet totalt	11	10	3	44	Ja
Vestre Viken totalt	-29	-29	-12	33	Ja
Vestfold totalt	-32	-31	-22	36	Ja
Telemark totalt	25	25	11	46	Ja
Sørlandet totalt	5	6	7	40	Ja
Helse Stavanger-området totalt	55	55	28	49	Ja
Helse Fonna-området totalt	26	31	4	51	Ja
Helse Bergen-området totalt	19	17	1	47	Ja
Sogn og Fjordane totalt	74	70	3	67	Ja
Møre og Romsdal totalt	18	21	-3	51	Ja
St. Olavs-området totalt	-4	-7	-9	41	Ja
Nord-Trøndelag totalt	48	43	-13	67	Ja
Helgeland totalt	10	20	13	43	Ja
Nordland-området totalt	-24	-24	7	29	Ja
UNN-området totalt	53	50	22	50	Ja
Finnmark totalt	63	63	54	43	Ja

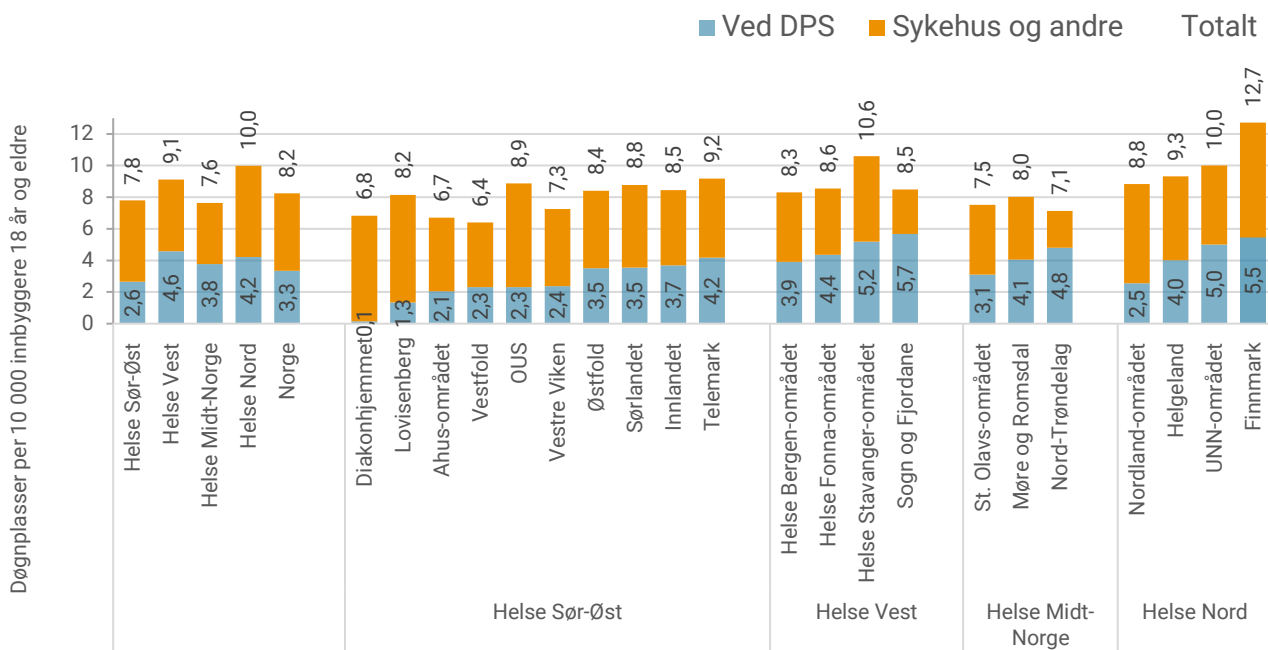
Tabell 21: Døgnplasser ved DPS og totalt. Rater per innbygger 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet. DPS-områder 2017.

Område	Døgnplasser per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet			Prosent døgnplasser ved DPS	Brukerstyrte plasser ved DPS?
	Ved eget DPS	Ved DPS totalt	Døgnplasser totalt		
Helse Sør-Øst totalt	-21	-21	-5	34	
Helse Vest totalt	37	37	10	50	
Helse Midt-Norge totalt	14	13	-7	49	
Helse Nord totalt	26	26	21	42	
Norge totalt	0	0	0	41	
Halden Sarpsborg	27	28	8	48	Nei
Fredrikstad	-21	-1	-1	41	Nei
Nordre Østfold	2	-11	-1	36	Nei
Nedre Romerike	-43	-40	-29	34	Ja
Øvre Romerike	-34	-31	-28	39	Ja
Gro Ruddalen	-23	-55	-1	18	Ja
Follo	-54	-26	-13	35	Ja
Nydalen	-12	-15	22	28	Ja
Søndre Oslo	-44	-45	-5	24	Ja
Vinderen	-100	-96	-17	2	Ved sykehus
Lovisenberg/Tøyen	-61	-60	-1	16	Nei
Kongsvinger	3	13	-14	53	Ja
Hamar	-11	-4	4	38	Ja
Tynset	-1	-9	-34	56	Ja
Gjøvik	33	16	17	40	Ja
Lillehammer	24	30	0	53	Ja
Bærum	-41	-28	-25	39	Ja
Drammen	-55	-44	0	23	Ja
Ringerike	-17	-12	-9	39	Ja
Kongsberg	-26	-28	-26	39	Ja
Asker	14	-23	-6	33	Ja
Nordre Vestfold	-27	-25	-18	37	Ja
Søndre Vestfold	-38	-38	-27	35	Nei
Nedre Telemark	17	12	11	41	Ja
Notodden Seljord	49	63	12	59	Ja
Aust-Agder	-15	-12	0	35	Ja
Strømme	2	15	8	43	Ja
Solvang	39	4	12	38	Nei
Lister	27	45	16	51	Ja
Dalane	61	72	-25	93	Ja
Jæren	112	101	5	78	Ja
Sandnes	36	33	29	42	Ja
Stavanger	26	28	42	36	Ja

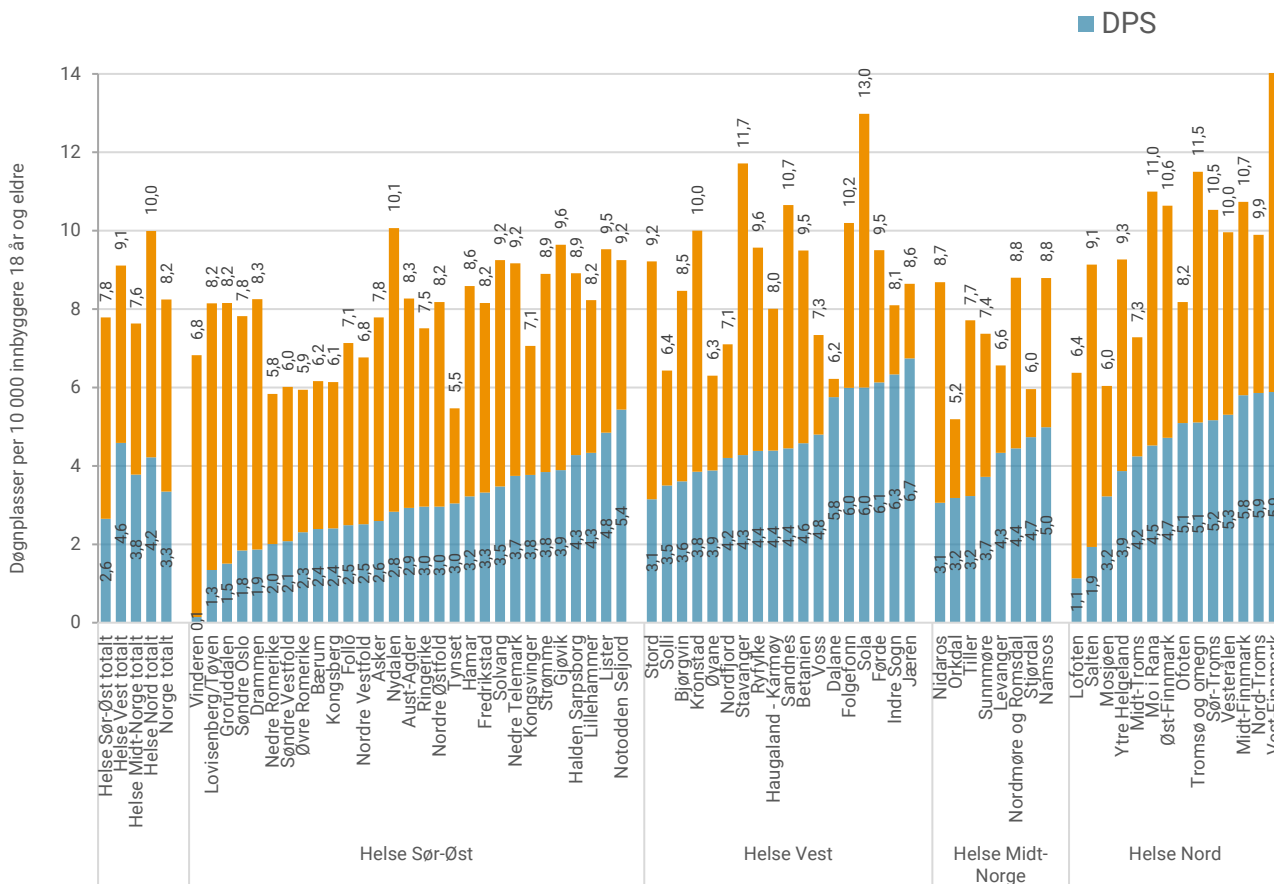
Område	Døgnplasser per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet			Prosent døgnplasser ved DPS	Brukerstyrte plasser ved DPS?
	Ved eget DPS	Ved DPS totalt	Døgnplasser totalt		
Ryfylke	33	31	16	46	Ja
Sola	72	79	57	46	Ja
Haugaland - Karmøy	28	31	-3	55	Ja
Folgefonn	78	79	24	59	Ja
Stord	-15	-6	12	34	Ja
Øyane	21	16	-24	62	Ja
Bjergvin	19	8	3	43	Ja
Kronstad	3	15	21	39	Ja
Betanien	39	37	15	48	Ja
Voss	57	43	-11	65	Ja
Solli	6	5	-22	54	Ja
Indre Sogn	70	89	-2	78	Ja
Nordfjord	58	26	-14	59	Ja
Førde	84	83	15	65	Ja
Nordmøre og Romsdal	18	33	7	51	Ja
Sunnmøre	18	11	-11	50	Ja
Orkdal	-11	-5	-37	61	Nei
Tiller	2	-4	-6	42	Nei
Nidaros	2	-9	5	35	Ja
Stjørdal	35	41	-28	79	Ja
Levanger	35	29	-20	66	Ja
Namsos	41	49	7	57	Nei
Mosjøen	219	-4	-27	53	Ja
Ytre Helgeland	-100	16	12	42	-
Mo i Rana	0	35	33	41	Ja
Salten	-10	-42	11	21	Ja
Lofoten	-100	-66	-23	18	-
Vesterålen	-2	59	21	53	Ja
Ofoten	65	52	-1	62	Nei
Sør-Troms	39	54	28	49	Nei
Tromsø og omegn	57	53	39	44	Ja
Midt-Troms	30	27	-12	58	Nei
Nord-Troms	99	75	20	59	Ja
Vest-Finnmark	-1	76	80	40	Nei
Midt-Finnmark	144	73	30	54	Ja
Øst-Finnmark	117	41	29	44	Nei

Fordelingen av døgnplassene er illustrert i figur 31, som viser rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre for døgnplasser ved DPS og for døgnplasser totalt for foretaksområdene. Figur 32 viser den tilsvarende fordelingen for DPS-områdene. Figur 33 og 34 viser det geografiske fordelingsmønsteret for foretaks- og DPS-områdene, mens tabell 22 viser noen sentrale spredningsmål.

Figur 31: Døgnplasser ved DPS og totalt etter foretaksområde. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 2017.

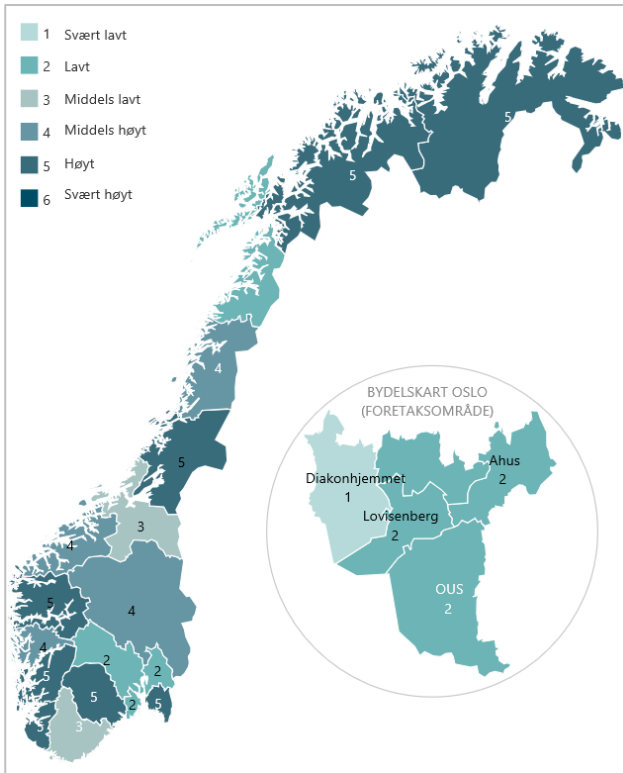


Figur 32: Døgnplasser ved DPS og totalt etter DPS-område. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 2017.

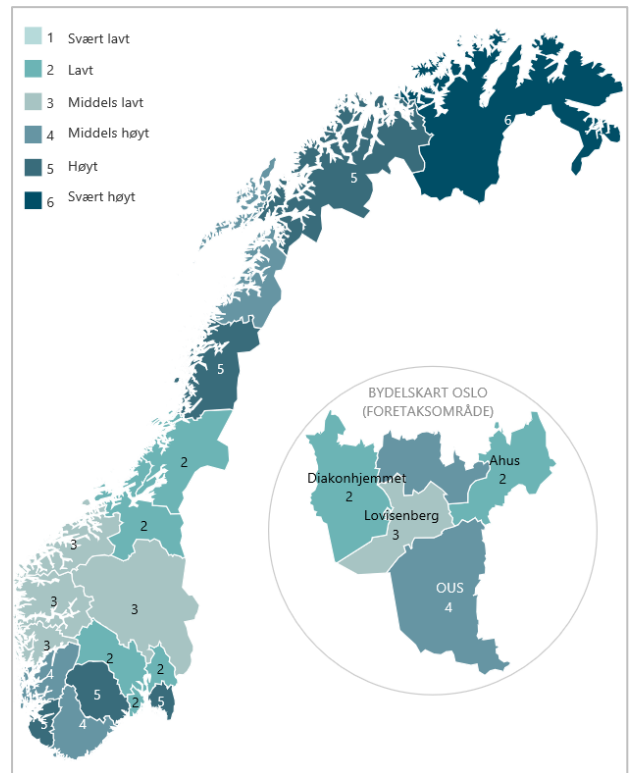


Figur 33: Døgnplasser ved DPS og totalt etter foretaksområde. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 2017.

Ved DPS

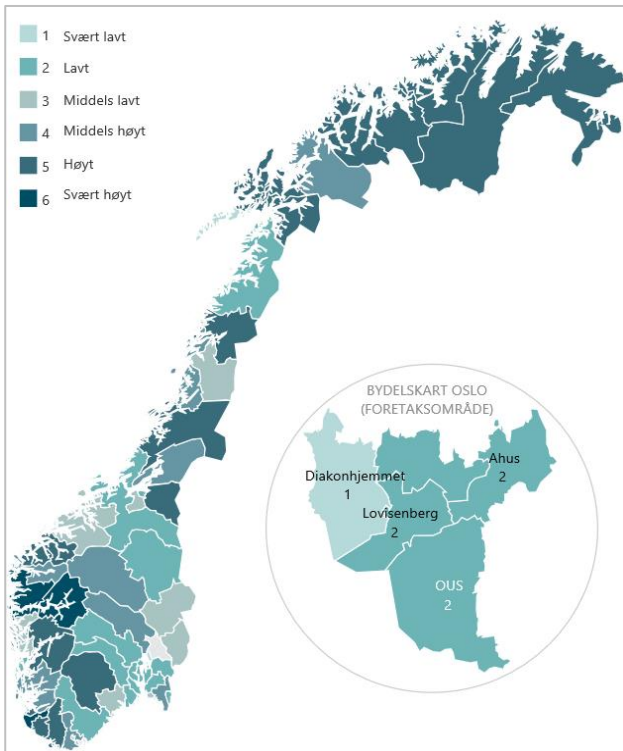


Totalt

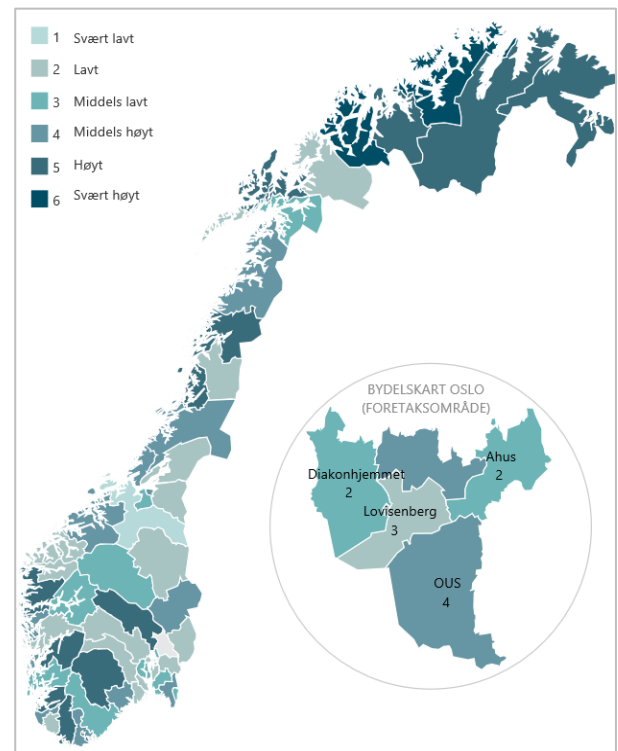


Figur 34: Døgnplasser ved DPS og totalt etter DPS-områder. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 2017.

Ved DPS



Totalt



Tabell 22: Spredningsmål for døgnplasser ved DPS og totalt i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder og DPS-områder 2017.

	Minimum	Maksimum	Maks/min	Landet	CV
Plasser Ved DPS					
Foretaksområder	0,1	5,7	39,0	3,3	0,43
Foretaksområder ekskl. Diakonhjemmet	1,3	5,7	4,2	3,3	0,37
DPS-områder	0,1	6,7	46,3	3,3	0,42
DPS-områder ekskl. Vinderen	1,1	6,7	6,0	3,3	0,40
Plasser totalt					
Foretaksområder	6,4	12,7	2,0	8,2	0,17
Foretaksområder ekskl. Diakonhjemmet	6,4	12,7	2,0	8,2	0,17
DPS-områder	5,2	14,8	2,9	8,2	0,22
DPS-områder ekskl. Vinderen	5,2	14,8	2,9	8,2	0,22

Målt ved variasjonskoeffisienten (CV)⁸ er det langt større forskjeller i plasstallet ved DPS enn i plasstall totalt. Ved Diakonhjemmet er DPS-funksjonen organisert som del av sykehuset. Selv om denne institusjonen holdes utenfor, finner vi forskjeller mellom lavest og høyest dekning i størrelsesorden 1:4 for foretaksområdene og 1:6 for DPS-områdene. Foretakene i Oslo-området (inklusive Ahus, Vestre Viken og Vestfold) foruten Nordlandsområdet har lavere rater for DPS-plasser enn øvrige foretak.

For døgnplasser totalt er forskjellene mindre målt ved CV både for foretaksområder og DPS-områder. Det er likevel forskjeller i størrelsesorden 1:2 for foretaksområdene og 1:3 for DPS-områdene.

7.3 Bruk av tjenester

Tabell 23 viser befolkningens bruk av tjenester i form av oppholdsdøgn og utskrivninger for døgnpasienter, samt polikliniske konsultasjoner, fordelt på helseforetaksområder i 2017. Tabell 24 viser tilsvarende tall for DPS-områdene.

Tabellene viser rater for DPS for området og for området totalt (inklusive sykehus og «andre institusjoner»). Ratene viser nivået (per innbygger 18 år og eldre) som prosent avvik fra landsgjennomsnittet. I tabellen har vi i tillegg lagt inn andel av oppholdsdøgnene, utskrivningene og konsultasjonene som utføres ved DPS (og ikke ved sykehus og «andre institusjoner»).

Befolkningen benytter i varierende utstrekning tjenester fra institusjoner utenfor eget opptaksområde. Tall for DPS og området totalt, samt andel av tjenestene utført ved DPS er korrigert for dette.

⁸ Variasjonskoeffisienten (CV) er definert som standardavviket dividert med landsgjennomsnittet.

Tabell 23: Oppholdsdøgn, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner ved DPS og totalt. Rater per innbygger 18 år og eldre i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder 2017.

Område	Døgn per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet		Prosent av døgnene ved DPS	Utskrivninger per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet		Prosent av utskrivningene ved DPS	Konsultasjoner per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet		Prosent av konsultasjonene ved DPS
	Ved DPS	Totalt		Ved DPS	Totalt		Ved DPS	Totalt	
Helse Sør-Øst totalt	-20	-3	31	-19	-11	42	-2	1	84
Helse Vest totalt	43	11	48	26	14	51	-5	-8	89
Helse Midt-Norge totalt	9	-13	47	2	3	46	13	10	89
Helse Nord totalt	15	16	38	52	30	53	7	-2	94
Norge totalt	0	0	38	0	0	46	0	0	86
Østfold	5	6	37	53	25	56	-16	-25	96
Ahus-området	-39	-19	29	-44	-29	36	-4	-8	91
OUS	-28	9	25	-48	-33	35	2	15	76
Diakonhjemmet	-95	-14	2	-95	-47	5	-84	9	13
Lovisenberg	-57	5	15	-62	-14	20	66	75	82
Innlandet	16	6	41	1	2	45	-3	-9	92
Vestre Viken	-14	-3	34	-23	-24	46	-15	-16	87
Vestfold	-29	-20	33	-41	-18	33	-5	4	79
Telemark	7	9	37	31	13	53	7	-1	94
Sørlandet	-14	-4	34	13	24	42	31	23	92
Helse Stavanger-området	69	29	49	25	23	46	-6	1	81
Helse Fonna-området	34	6	48	75	37	58	-16	-20	91
Helse Bergen-området	20	4	43	10	0	50	-1	-8	93
Sogn og Fjordane	69	-9	70	17	-2	54	-7	-16	95
Møre og Romsdal	8	-14	47	-12	1	40	3	-6	95
St. Olavs-området	-1	-7	40	11	10	46	29	25	90
Nord-Trøndelag	34	-27	69	9	-10	55	-8	6	75
Helgeland	-15	-7	35	2	-14	54	37	20	98
Nordland-området	-22	3	29	-19	3	36	-12	-17	91
UNN-området	38	19	44	113	61	61	10	2	93
Finnmark	57	55	38	77	45	56	2	-10	98

Tabell 24: Oppholdsdøgn, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner ved DPS og totalt. Rater per innbygger 18 år og eldre i prosent av landsgjennomsnittet, samt andel ved DPS. DPS-områder 2017.

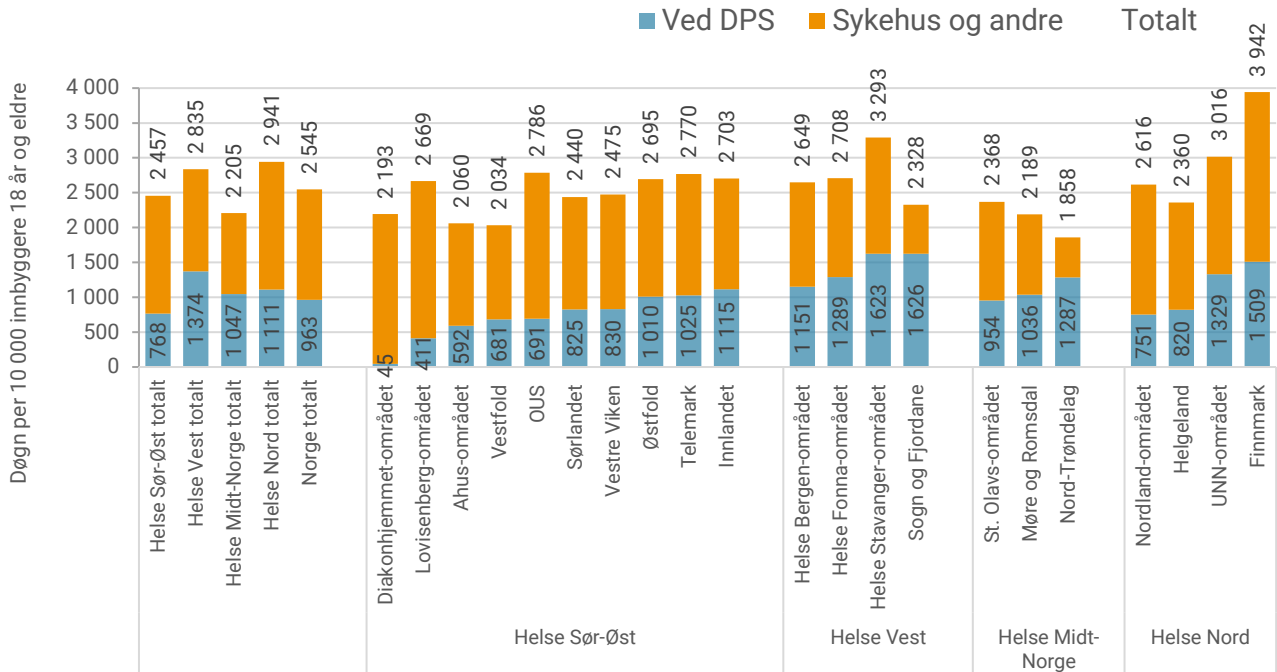
Område	Døgn per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet		Prosent av døgnene ved DPS	Utskrivninger per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet		Prosent av utskrivningene ved DPS	Konsultasjoner per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet		Prosent av konsultasjonene ved DPS
	Ved DPS	Totalt		Ved DPS	Totalt		Ved DPS	Totalt	
Helse Sør-Øst totalt	-20	-3	31	-19	-11	42	-2	1	84
Helse Vest totalt	43	11	48	26	14	51	-5	-8	89
Helse Nord totalt	15	16	38	52	30	53	7	-2	94
Helse Midt-Norge totalt	9	-13	47	2	3	46	13	10	89
Norge totalt	0	0	38	0	0	46	0	0	86
Halden Sarpsborg	16	8	41	90	38	63	-26	-32	95
Fredrikstad	11	5	40	65	34	56	-12	-21	97
Nordre Østfold	-9	5	33	11	7	48	-11	-22	97
Nedre Romerike	-37	-28	33	-38	-30	40	-9	-13	91
Øvre Romerike	-26	-27	38	-35	-25	40	-22	-27	93
Groruddalen	-60	-5	16	-62	-32	25	14	10	90
Follo	-29	-16	32	-40	-28	39	-0	-5	91
Nydalen	-17	21	26	-36	-24	39	11	26	76
Søndre Oslo	-38	-2	24	-59	-41	32	-7	5	76
Vinderen	-95	-14	2	-95	-47	5	-84	9	13
Lovisenberg/Tøyen	-57	5	15	-62	-14	20	66	75	82
Kongsvinger	31	-5	52	25	4	55	20	7	96
Hamar	4	7	37	-3	7	42	-11	-13	89
Tynset	-12	-33	49	3	-18	57	-34	-41	96
Gjøvik	21	20	38	-13	-1	40	-1	-5	91
Lillehammer	25	2	47	12	0	51	2	-8	96
Bærum	2	-10	43	-37	-43	51	-21	-22	88
Drammen	-32	9	24	-32	-13	36	-23	-16	79
Ringerike	-13	-6	35	-7	-13	49	9	0	94
Kongsberg	-20	-22	39	7	-10	54	23	12	95
Asker	-5	5	34	-24	-32	51	-40	-39	85
Nordre Vestfold	-19	-16	37	-38	-14	33	-7	6	76
Søndre Vestfold	-41	-24	30	-44	-24	34	-2	2	83
Nedre Telemark	-1	13	33	23	13	50	10	2	93
Notodden Seljord	28	-3	50	56	14	63	-1	-11	95
Aust-Agder	-46	-20	26	-18	11	34	9	3	92
Strømme	10	7	39	36	39	45	41	34	91
Solvang	1	11	34	32	30	47	44	40	89
Lister	1	-3	39	21	17	47	54	36	98
Dalane	75	-28	92	72	13	70	21	10	95

Område	Døgn per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet		Prosent av døgnene ved DPS	Utskrivninger per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet		Prosent av utskrivningene ved DPS	Konsultasjoner per innb. 18 år og eldre. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet		Prosent av konsultasjonene ved DPS
	Ved DPS	Totalt		Ved DPS	Totalt		Ved DPS	Totalt	
Sandnes	39	28	41	12	25	41	0	5	82
Stavanger	52	48	39	-21	18	30	-39	-24	69
Ryfylke	49	18	48	-17	-4	40	-14	-11	84
Sola	118	68	49	14	36	38	-17	0	71
Haugaland – Karmøy	31	-3	51	80	39	59	-31	-32	88
Folgefonn	86	27	55	104	59	59	29	16	96
Stord	5	23	32	35	17	53	-0	-7	93
Øyane	18	-24	59	13	-4	54	-26	-31	93
Bjergvin	-6	2	35	9	-0	50	18	7	95
Kronstad	21	27	36	4	12	43	9	2	92
Betanien	61	28	48	18	7	50	-5	-12	93
Voss	42	-12	61	1	-23	60	-23	-31	96
Solli	2	-23	50	11	-11	57	-6	-12	93
Indre Sogn	96	-6	79	-6	-24	57	-9	-19	97
Nordfjord	27	-20	60	12	-16	61	8	-4	97
Førde	77	-4	70	32	19	51	-15	-21	92
Nordmøre og Romsdal	28	0	48	3	1	47	16	4	96
Sunnmøre	-10	-26	46	-24	0	34	-7	-15	94
Orkdal	-6	-39	58	6	-15	57	-31	-33	89
Tiller	7	-4	42	23	13	50	50	44	90
Nidaros	-1	9	34	7	22	40	45	40	90
Stjørdal	35	-35	78	29	-13	68	0	7	80
Levanger	19	-32	66	7	-7	52	-29	-4	64
Namsos	38	-15	61	-17	-19	47	17	16	87
Helse Nord totalt	15	16	38	52	30	53	7	-2	94
Mosjøen	-37	-44	42	-17	-11	43	37	22	97
Ytre Helgeland	-17	-8	34	-27	-36	52	70	49	98
Mo i Rana	-2	11	33	35	3	60	9	-5	99
Salten	-17	14	27	-29	12	29	-11	-13	88
Lofoten	-51	-18	23	-47	-26	33	-2	-12	96
Vesterålen	-13	-12	37	29	2	58	-24	-32	97
Ofoten	35	-9	56	106	32	71	2	-7	95
Sør-Troms	28	17	41	164	78	68	21	14	92
Tromsø og omegn	55	44	41	117	79	56	6	-0	92
Midt-Troms	3	-22	50	26	9	53	10	-3	97
Nord-Troms	54	12	52	223	103	73	32	27	90
Vest-Finnmark	76	85	36	88	68	51	-1	-12	97
Midt-Finnmark	77	32	51	108	58	60	12	-3	100
Øst-Finnmark	19	22	37	46	7	63	3	-9	97

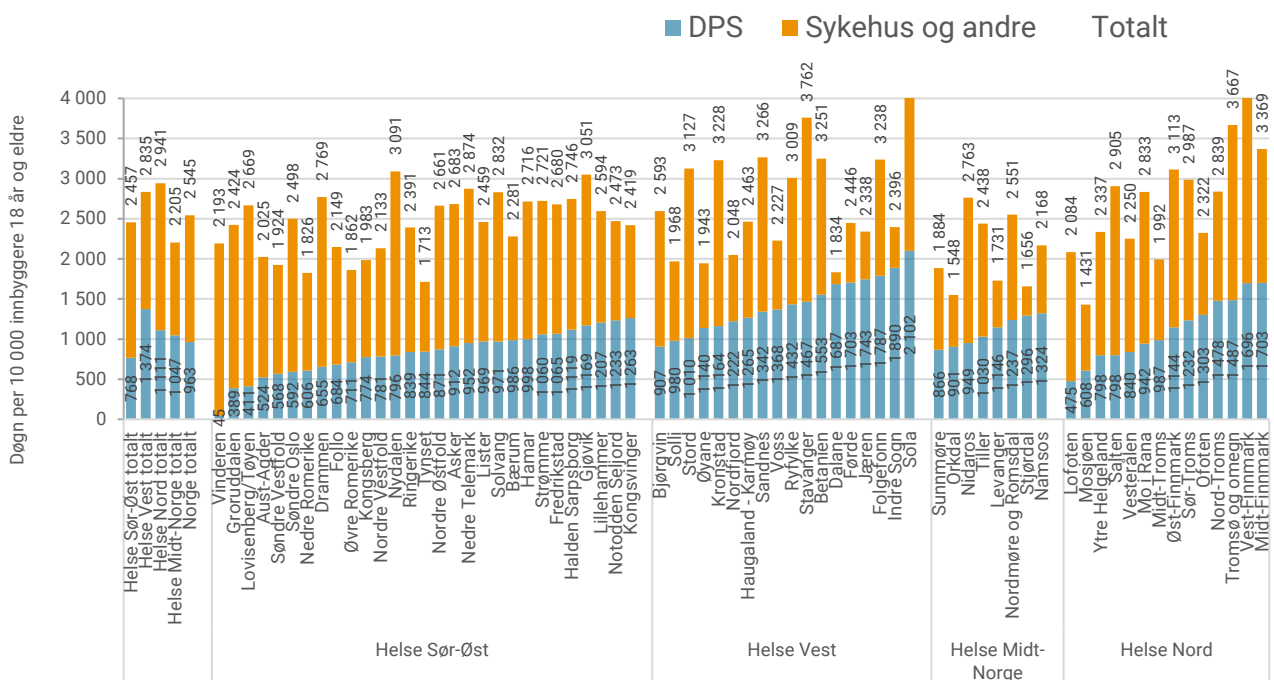
Oppholdsdøgn

Figur 35 illustrerer fordelingen av oppholdsdøgn ved DPS og totalt, fordelt på foretaksområder i 2017. Figur 36 viser den tilsvarende fordelingen for DPS-områdene. Det geografiske spredningsmønsteret er vist i figur 37 og 38. Tabell 25 gir ulike mål for spredning.

Figur 35: Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.

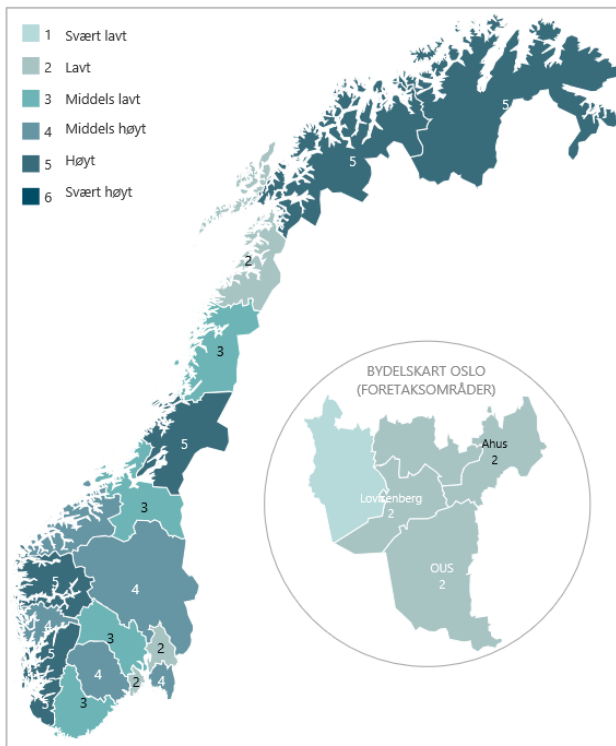


Figur 36: Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere ved DPS og totalt. DPS-områder 2017.

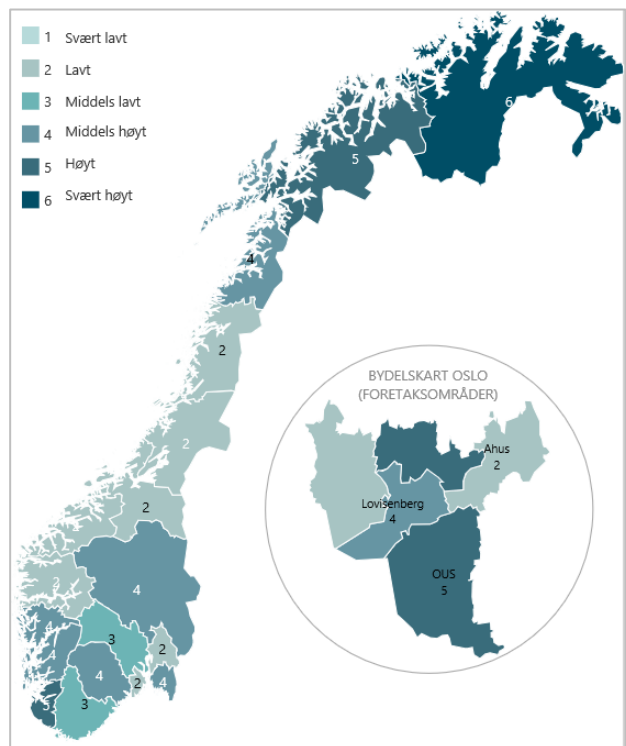


Figur 37: Oppholdsdøgn ved DPS og totalt etter foretaksområde. Rater per innbygger 18 år og eldre 2017.

Ved DPS

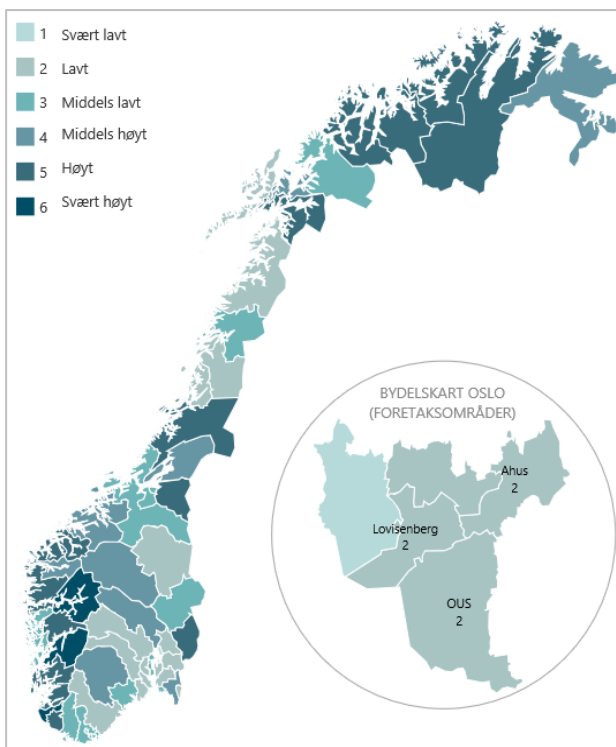


Totalt

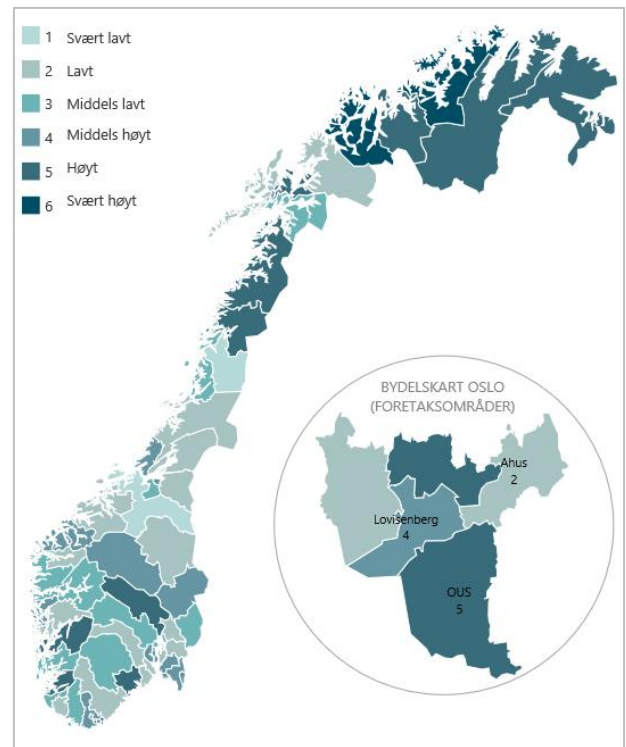


Figur 38: Oppholdsdøgn ved DPS og totalt etter DPS-områder. Rater per innbygger 18 år og eldre 2017.

Ved DPS



Totalt



Tabell 25: Spredningsmål for oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre ved DPS og totalt. Foretaksområder og DPS-områder 2017.

	Minimum	Maksimum	Maks/min	Landet	CV
Oppholdsdøgn ved DPS					
Foretaksområder	45	1 626	36,1	963	0,41
Foretaksområder ekskl. Diakonhjemmet	411	1 626	4,0	963	0,35
DPS-områder	45	2 102	46,6	963	0,41
DPS-områder ekskl. Vinderen	389	2 102	5,4	963	0,39
Oppholdsdøgn totalt					
Foretaksområder	1 858	3 942	2,1	2 545	0,18
Foretaksområder ekskl. Diakonhjemmet	1 858	3 942	2,1	2 545	0,18
DPS-områder	1 431	4 696	3,3	2 545	0,24
DPS-områder ekskl. Vinderen	1 431	4 696	3,3	2 545	0,24

Vi finner langt på vei det samme mønster som vi fant for døgnplasser foran. Målt ved CV er det langt større forskjeller i ratene for oppholdsdøgn ved DPS enn for oppholdsdøgn totalt. Selv om Diakonhjemmet holdes utenfor finner vi forholdstall på 1:4 mellom foretaksområdene med høyest og lavest verdi. For DPS-områdene er forholdstallet 1:5,4.

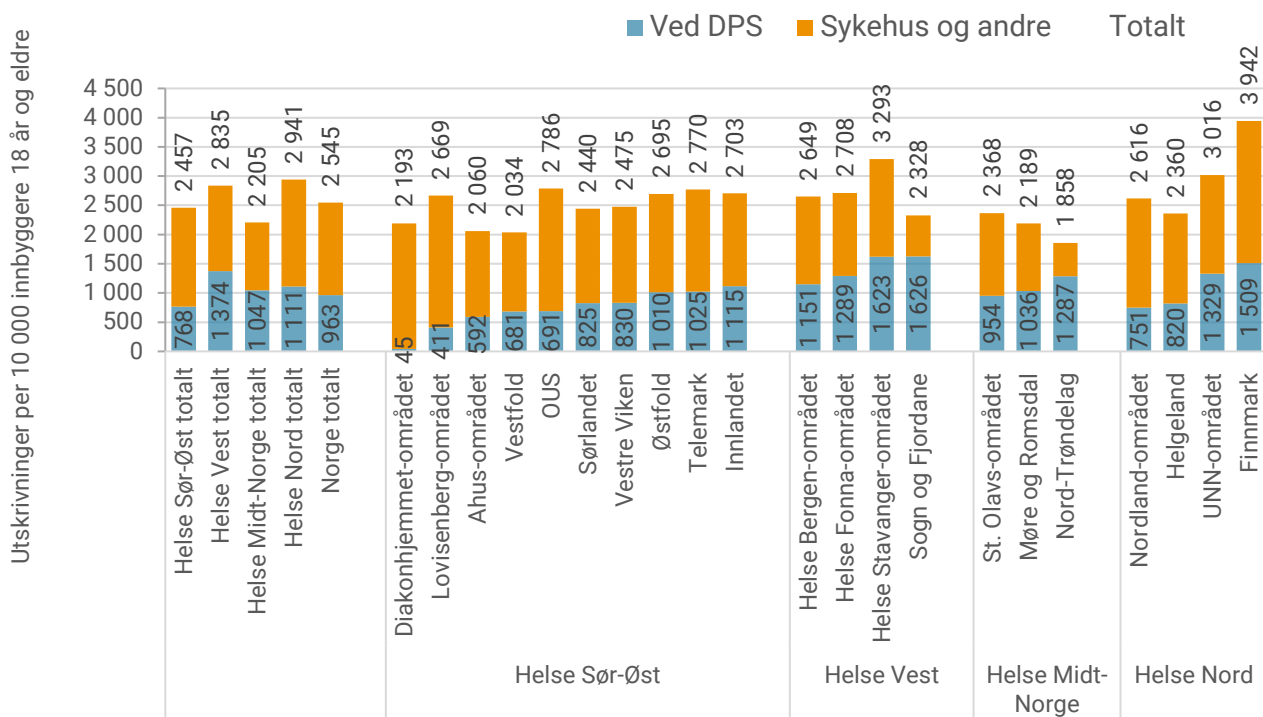
Igjen har foretakene i Oslo-området (inklusive Ahus) samt Vestfold og Nordland lavere rater ved DPS enn de øvrige områdene.

For oppholdsdøgn totalt er forskjellene mindre, med forholdstall i størrelsesorden 1:2, når Diakonhjemmet/Vinderen holdes utenfor.

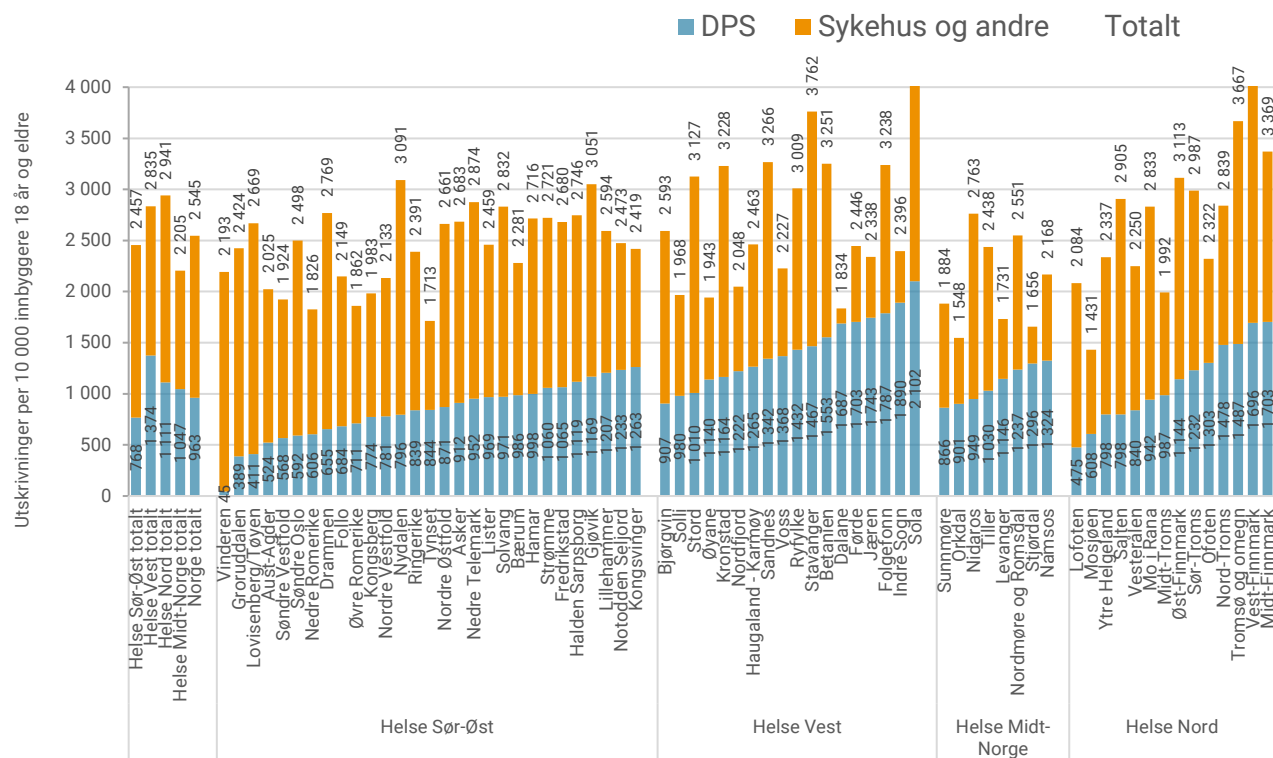
Utskrivninger

Figur 39 illustrerer fordelingen av utskrivninger fra DPS og totalt, fordelt på foretaksområder i 2017. Figur 40 viser den tilsvarende fordelingen for DPS-områdene. Det geografiske spredningsmønsteret er vist i figur 41 og 42. Tabell 26 gir ulike mål for spredning.

Figur 39: Utskrivninger per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.

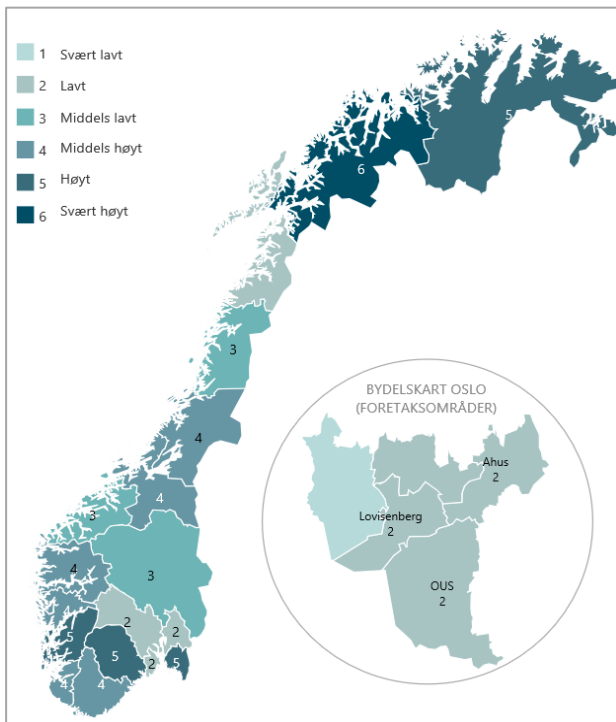


Figur 40: Utskrivninger per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. DPS-områder 2017.

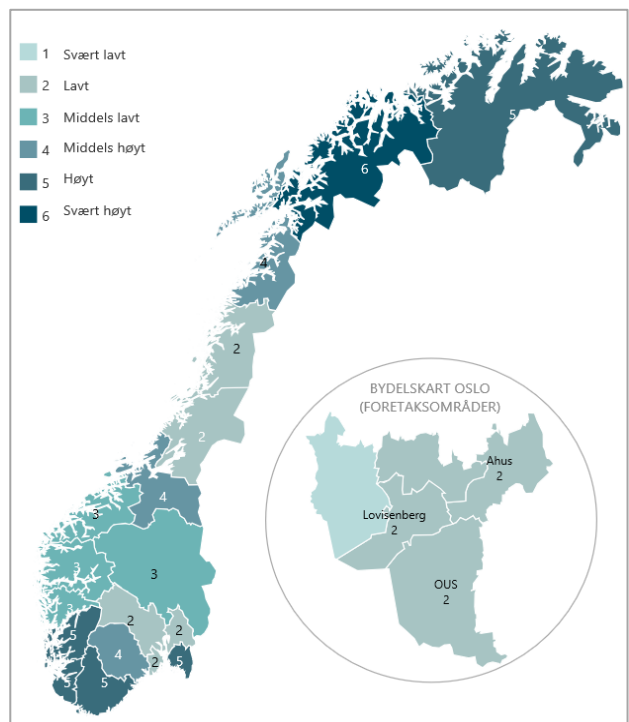


Figur 41: Utskrivninger ved DPS og totalt etter foretaksområde. Rater per innbyggere 18 år og eldre 2017.

Ved DPS

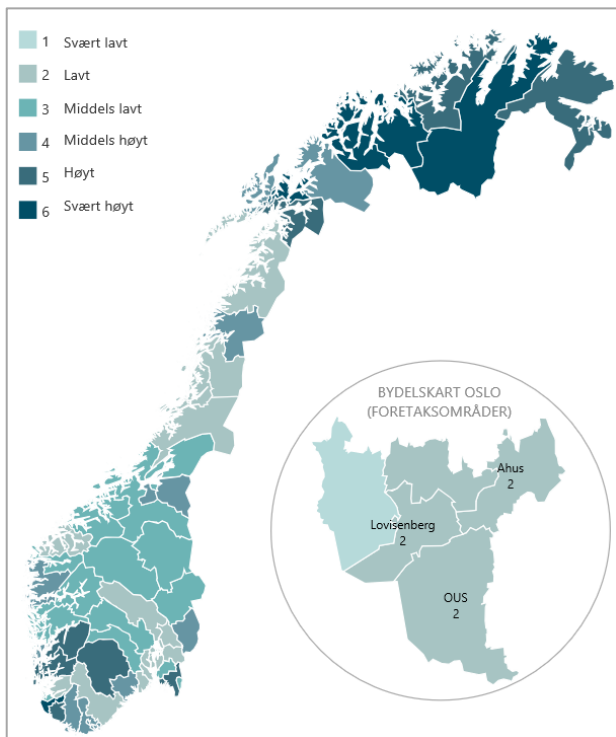


Totalt

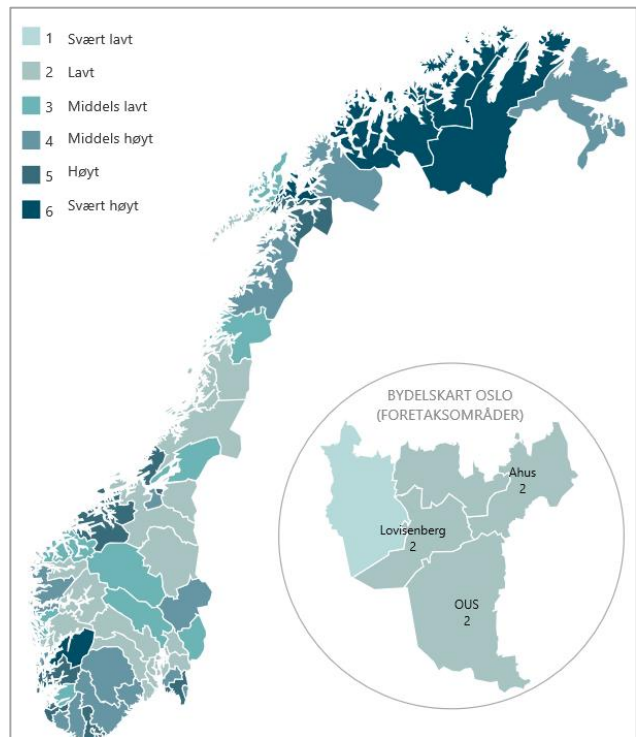


Figur 42: 21 Utskrivninger ved DPS og totalt etter DPS-område. Rater per innbyggere 18 år og eldre 2017.

Ved DPS



Totalt



Tabell 26: Spredningsmål for utskrivninger per 10 000 innbyggere 18 år og eldre ved DPS og totalt. Foretaksområder og DPS-områder 2017.

	Minimum	Maksimum	Maks/min	Landet	CV
Utskrivninger ved DPS					
Foretaksområder	3	125	40,5	59	0,49
Foretaksområder ekskl. Diakonhjemmet	22	125	5,6	59	0,45
DPS-områder	3	190	61,4	59	0,55
DPS-områder ekskl. Vinderen	22	190	8,5	59	0,54
Utskrivninger totalt					
Foretaksområder	67	206	3,1	128	0,27
Foretaksområder ekskl. Diakonhjemmet	86	206	2,4	128	0,25
DPS-områder	67	261	3,9	128	0,30
DPS-områder ekskl. Vinderen	73	261	3,6	128	0,30

Målt ved variasjonskoeffisienten finner vi større forskjeller i utskrivningsratene enn de vi fant for døgnratene og døgnplassratene. Det er igjen langt større forskjeller i utskrivninger ved DPS enn i utskrivninger totalt.

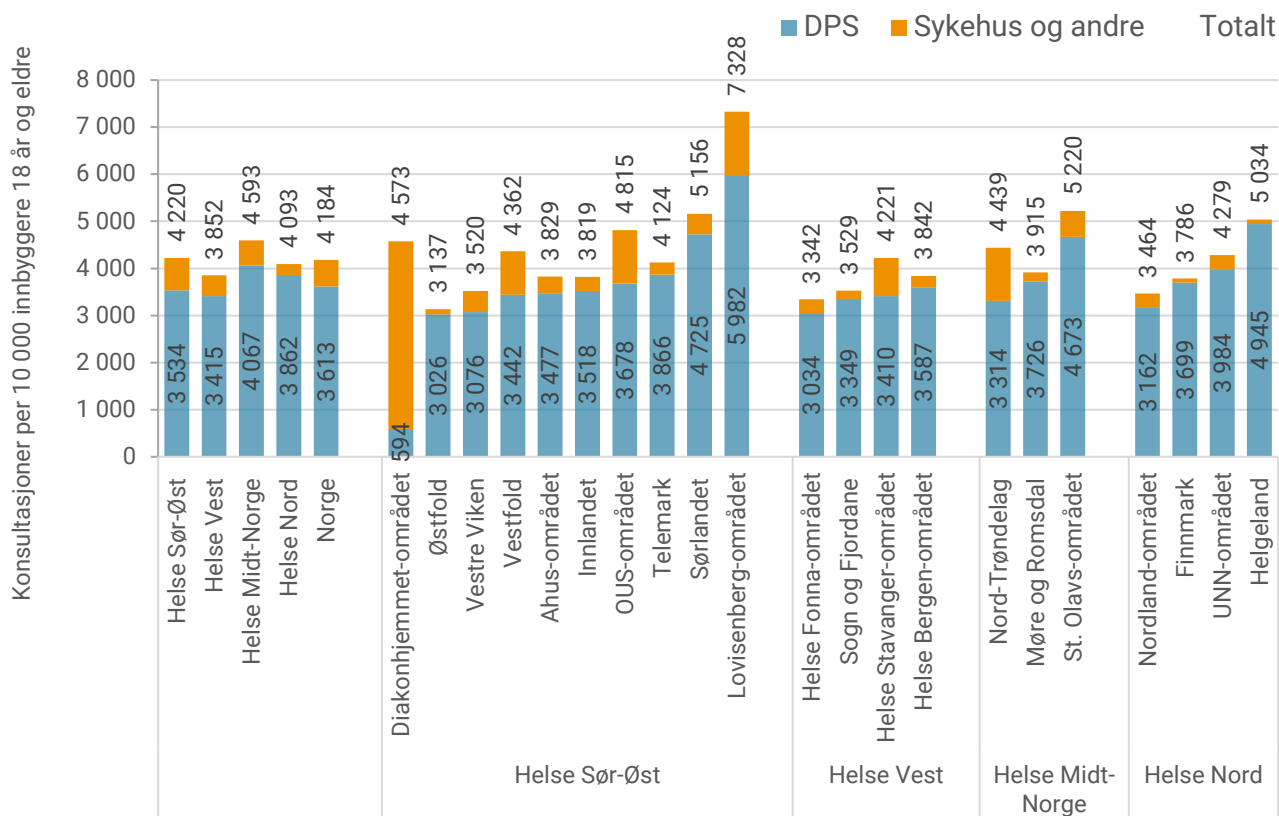
Selv om diakonhjemmet holdes utenfor er forholdstallet mellom høyeste og laveste verdi for utskrivninger fra DPS 1:5,6. For utskrivninger totalt er forholdstallet 1: 3,6.

Også for utskrivninger fra DPS finner vi de laveste ratene i Oslo-området (inklusive Ahus) samt i Vestfold.

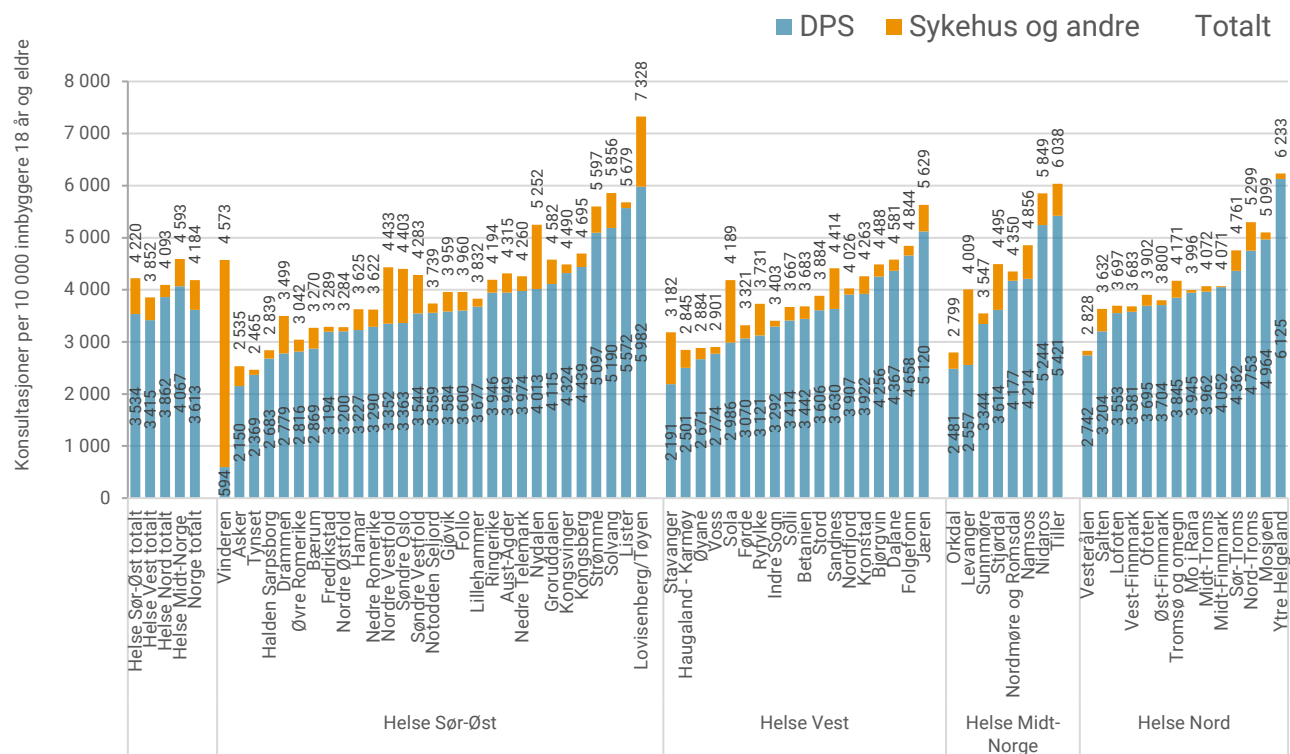
Polikliniske konsultasjoner

Figur 43 illustrerer fordelingen av polikliniske konsultasjoner ved DPS og totalt, fordelt på foretaksområder i 2017. Figur 44 viser den tilsvarende fordelingen for DPS-områdene. Det geografiske spredningsmønsteret er vist i figur 45 og 46. Tabell 27 gir ulike mål for spredning.

Figur 43: Konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.

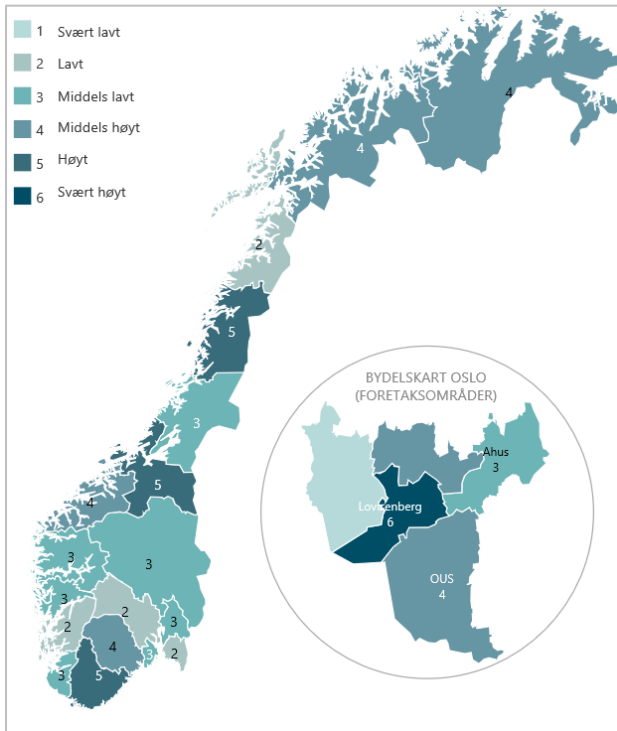


Figur 44: Konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Foretaksområder 2017.

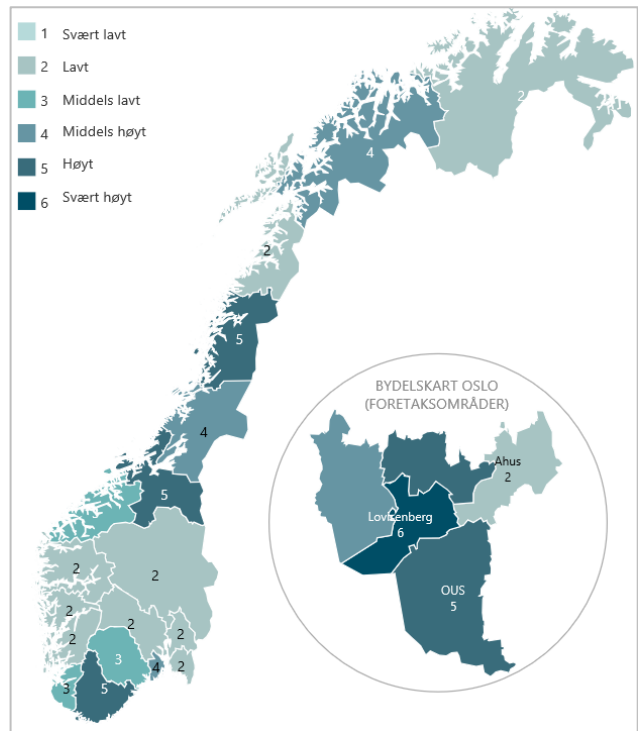


Figur 45: Konsultasjoner ved DPS og totalt etter foretaksområde. Rater per innbygger 18 år og eldre 2017.

Ved DPS

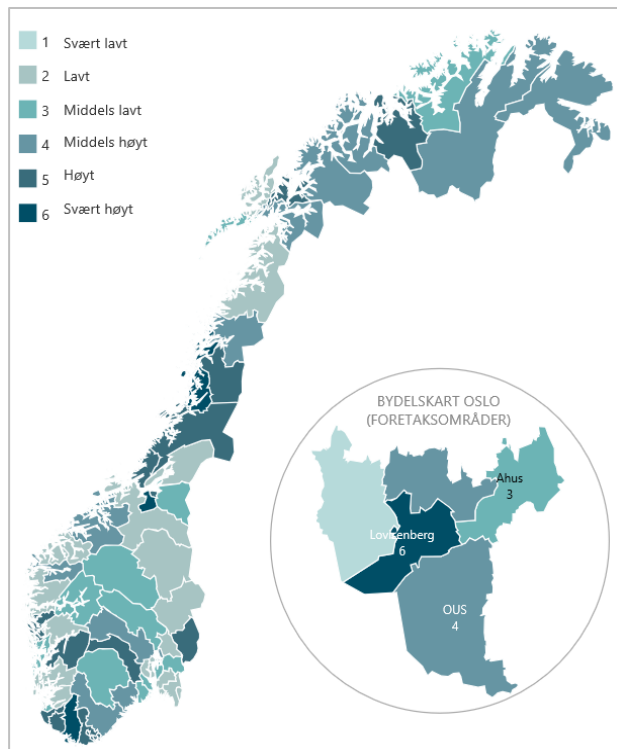


Totalt

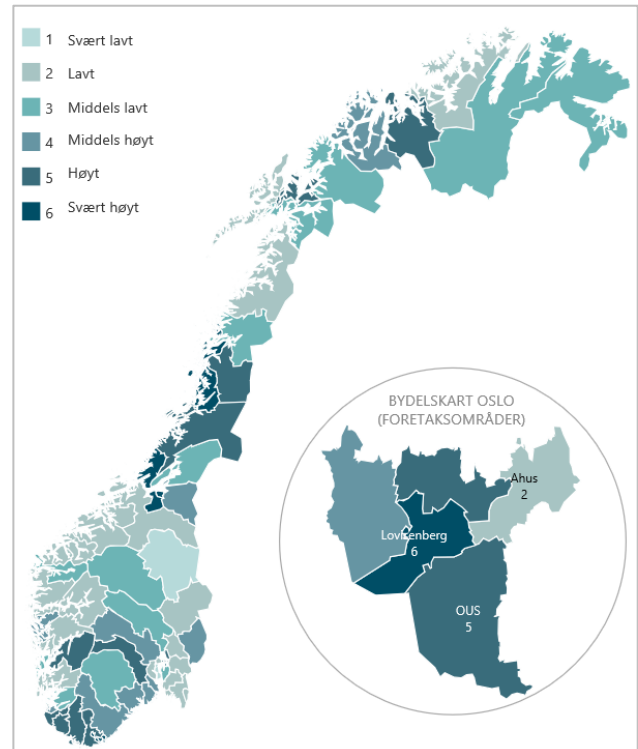


Figur 46: Konsultasjoner ved DPS og totalt etter DPS-område. Rater per innbygger 18 år og eldre 2017.

Ved DPS



Totalt



Tabell 27: Spredningsmål for konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre ved DPS og totalt. Foretaksområder og DPS-områder 2017.

	Minimum	Maksimum	Maks/min	Landet	CV
Konsultasjoner ved DPS					
Foretaksområder	594	5 982	10,1	3 613	0,28
Foretaksområder ekskl. Diakonhjemmet	3 026	5 982	2,0	3 613	0,21
DPS-områder	594	6 125	10,3	3 613	0,27
DPS-områder ekskl. Vinderen	2 150	6 125	2,8	3 613	0,25
Konsultasjoner totalt					
Foretaksområder	3 137	7 328	2,3	4 184	0,22
Foretaksområder ekskl. Diakonhjemmet	3 137	7 328	2,3	4 184	0,22
DPS-områder	2 465	7 328	3,0	4 184	0,23
DPS-områder ekskl. Vinderen	3 137	7 328	2,3	4 184	0,22

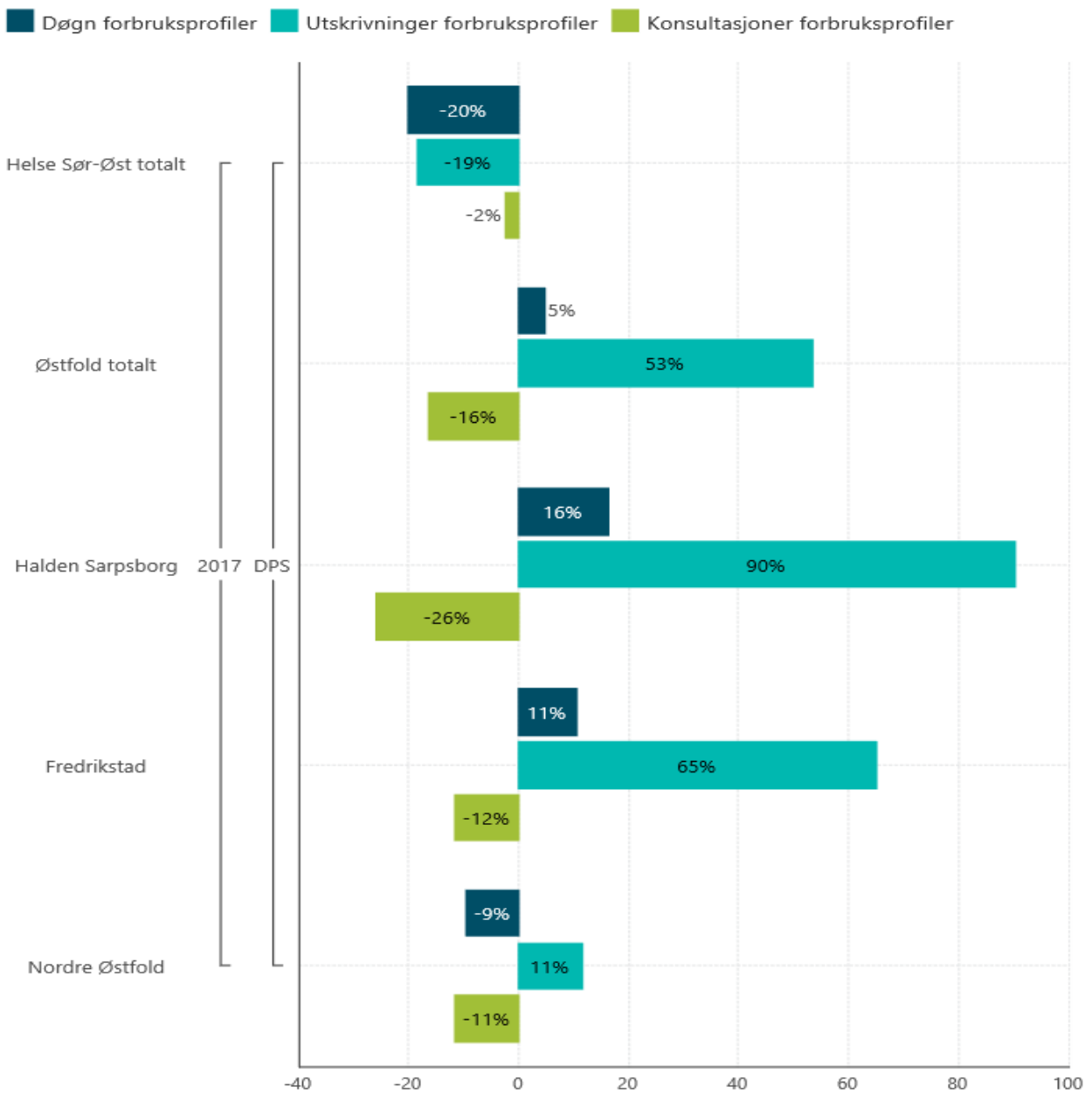
Den polikliniske virksomheten er i all hovedsak organisert ved DPS-ene. Disse står for 86 prosent av konsultasjonene. Selv om vi holder Diakonhjemmet/Vinderen utenfor, fant vi for både døgnplasser, oppholdsdøgn og utskrivninger betydelige forskjeller i hvor godt DPS-funksjonen var bygget ut målt ved CV. For konsultasjoner ved DPS finner vi om lag samme spredning som for konsultasjoner totalt. For de andre indikatorene var forskjellene mindre når vi så på samlet tilbud enn på tilbudet ved DPS alene.

Forholdstallet mellom laveste og høyeste verdi for DPS-ene er for foretakene 1:2, for DPS-områdene 1:2,8. For konsultasjoner totalt er forholdstallet 1:2,3 for både foretaks- og DPS-områder når Diakonhjemmet/Vinderen holdes utenfor.

Forbruksprofiler

På helsedirektoratets hjemmeside <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata> kan en laste ned ytterligere indikatorer i form av tabeller, figurer og kart. I figur 47 er dette illustrert med noen forbruksindikatorer for DPS-ene i Østfold-området og DPS-områdene internt sammenlignet med nivået ellers i landet. Figuren viser prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Tilsvarende figurer kan også lages for sykehusene og andre institusjoner, samt for institusjoner totalt. En vil også finne figurer som viser den prosentvise fordelingen av forbruket mellom ulike institusjonstyper.

Figur 47: Forbruksprofil for DPS i Østfold i 2017.



Vedlegg

Datagrunnlag og metode

Dette notatet inngår i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten som monitorerer utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Datagrunnlaget omfatter ressursdata (kostnader og døgnplasser) innsamlet av Statistisk sentralbyrå, og pasientdata innsamlet av Norsk pasientregister i Helsedirektoratet). Disse tallene er siden statistikkåret 2009 blitt videre bearbeidet internt i Helsedirektoratet. Tall for tidligere år har blitt bearbeidet av SINTEF Helse.

Opplysninger om årsverksinnsats ved poliklinikker og i ambulant virksomhet er siden 2009 samlet inn av Helsedirektoratet.

For nærmere omtale av datagrunnlaget viser vi til Helsedirektoratets hjemmesider <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

I rapporten har vi valgt å dele institusjonene i tre grupper:

- Sykehus, dvs. institusjoner med et større opptaksområde enn DPS-ene, gjerne fylker og/eller landsdeler
- DPS, herunder enkelte frittstående poliklinikker
- Andre institusjoner

Den siste gruppen omfatter et fåtall gjenværende psykiatriske sykehjem og et fåtall spesialiserte institusjoner som ikke naturlig lar seg klassifisere som sykehus eller DPS. Hovedvekten i rapporten vil ligge på omtalene av forholdet mellom sykehus og DPS, og gruppen «andre institusjoner» vil i liten grad bli omtalt. For 2016 foreligger pasientdata for samtlige institusjoner i det psykiske helsevernet

Befolkningen bruker i varierende grad tjenester ved andre DPS og ved andre institusjoner enn den de sokner til. For å få en samlet oversikt over tilbudet til befolkningen i det enkelte område er det i kapittel 8 korrigert for dette. Døgnplassene ved den enkelte institusjon fordeles ut på områdene ut fra områdets andel av oppholdsdøgnene ved institusjonen.

På samme måte er befolkningens bruk av tjenester fordelt etter pasientenes bosted.

I årets rapport og på nettsidene har vi fra i år tatt i bruk kart for å belyse geografiske forskjeller. Vi benytter her en 6-delt inndeling, basert på spredningen, målt ved standardavviket og gjennomsnitt for fordelingen:

Inndeling	Avstand fra gjennomsnittet	Andel av områdene, hvis normalfordelt
Svært lavt	Lavere enn - 1,64 standardavvik	5,0 prosent
Lavt	Mellom -1,64 og -0,44 standardavvik	28,3 prosent
Middels lavt	Mellom 0 og -0,44 standardavvik	16,7 prosent
Middels høyt	Mellom 0 og + 0,44 standardavvik	16,7 prosent
Høyt	Mellom +0,44 og +1,64 standardavvik	28,3 prosent
Svært høyt	Over +1,64 standardavvik	5,0 prosent

De 5 prosent av områdene som har høyest verdi vil altså bli regnet som «Svært høyt», de påfølgende 28,3 prosent av områdene som «Høy» osv.

I notatet benyttes i mange sammenhenger begrepene «rate» og «andel». Med rate menes alltid antall målt i forhold til innbyggertall, eksempelvis «utskrivninger per 10 000 innbyggere». Med andel menes del av totalen, for eksempel «Andel utskrivninger fra DPS» av antall utskrivninger totalt.

I notatet benyttes både en inndeling i helseforetaksområder (opptaksområdet til det enkelte helseforetak) og en inndeling i DPS-områder (opptaksområdet til den enkelte DPS). Det er de lokale helseforetakene som står for organisering og produksjon av spesialisthelsetjenester. Det er derfor av interesse å kartlegge forskjeller i prioritering mellom ulike institusjonstyper innad i helseforetakene. I tillegg benyttes en inndeling i DPS-områder, for å kartlegge forskjeller i det lokale tjenestetilbudet. Informasjon om områdeinndeling er innhentet fra de regionale helseforetakene. Oversikter over inndeling og folketall finnes som vedlegg til rapporten.

Kommunene Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen, Trondheim, Malvik, Levanger og Tysfjord er delt mellom flere DPS-områder. For kommunene Oslo, Stavanger og Bergen følger inndelingen bydelene. Opplysninger om bosted (bydel) skal innrapporteres til NPR. Opplysninger er i tillegg kontrollert opp mot folkeregisteret. Opplysninger om bosted er derfor langt på vei komplett. Pasienter uten rapportert bydelstilknytning er fordelt forholdsmessig ut fra andel innbyggere 18 år og eldre i bydelene. I Trondheim er to av fire bydeler delt mellom ulike DPS-områder. Pasienter fra disse bydelene er fordelt forholdsmessig mellom DPS-områdene ut fra hvilken andel av befolkningen i bydelen (18 år og eldre) som sokner til hvert DPS. For kommunene Kristiansand, Malvik og Levanger mangler vi pasientopplysninger på bydelsnivå. Pasienter fra Kristiansand er fordelt forholdsmessig mellom DPS-områdene ut fra hvilken andel av befolkningen i kommunen som sokner til hvert DPS. Malvik er skjønnsmessig fordelt med 50 prosent på Nidaros og 50 prosent på Stjørdal DPS-områder, mens Levanger kommune er delt skjønnsmessig med ti prosent på Stjørdal og 90 prosent på Levanger DPS-områder. Tysfjord er tilsvarende fordelt med 50 prosent på Salten og 50 prosent på Ofoten.

Bostedsområder i det psykiske helsevernet for voksne i 2017.

Foretaksområder i det psykiske helsevernet i 2017. Folketall per 01.01.2018

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

Vestre Viken-området	108 804	382 520	491 324	Jevnaker, Bærum, Asker, Drammen, Nedre Eiker, Lier, Røyken, Hurum, Ringerike, Hole, Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Krødsherad, Modum, Kongsberg, Sigdal, Øvre Eiker, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal, Svelvik, Sande
Vestfold	48 039	184 621	232 660	Horten, Holmestrand, Tønsberg, Hof, Re, Nøtterøy, Tjøme, Sandefjord, Larvik, Andebu, Stokke, Lardal
Telemark	34 769	138 622	173 391	Skien, Siljan, Nome, Porsgrunn, Bamble, Kragerø, Drangedal, Notodden, Bø, Sauherad, Tinn, Hjartdal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke, Vinje
Sørlandet	68 025	235 729	303 754	Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle, Mandal, Vennesla, Søgne, Marnardal, Åseral, Audnedal, Lindesnes, Songdalen, Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal, Kristiansand
Helse Vest				
Helse Stavanger-området	87 819	276 917	364 736	Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Gjesdal, Sandnes, Randaberg, Forsand, Strand, Hjelmeland, Finnøy, Rennesøy, Kvitsøy, Sola, Stavanger
Helse Fonna-området	41 377	139 355	180 732	Karmøy, Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Utsira, Vindafjord, Etne, Sveio, Kvinnherad, Jondal, Odda, Ullensvang, Eidfjord, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes
Helse Bergen-området	98 360	352 237	450 597	Sund, Fjell, Askøy, Øygarden, Modalen, Osterøy, Meland, Radøy, Lindås, Austrheim, Fedje, Masfjorden, Ulvik, Granvin, Voss, Kvam, Vaksdal, Fusa, Samnanger, Os, Austevoll, Bergen,
Sogn og Fjordane	24 214	86 016	110 230	Vik, Balestrand, Leikanger, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster, Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Gloppen, Stryn, Flora, Gulen, Solund, Hyllestad, Høyanger, Askvoll, Fjaler, Gaular, Jølster, Førde, Naustdal, Bremanger

Helse Midt-Norge				
Møre og Romsdal	57 264	209 592	266 856	Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Volda, Ørsta, Ålesund, Hareid, Ørskog, Norddal, Stranda, Stordal, Sykkylven, Skodje, Sula, Giske, Haram, Molde, Vestnes, Rauma, Nesset, Midsund, Sandøy, Aukra, Fræna, Eide, Gjemnes, Sunndal, Kristiansund, Averøy, Tingvoll, Surnadal, Rindal, Halså, Smøla, Aure
St. Olavs-området	66 719	253 181	319 900	Hemne, Snillfjord, Hitra, Frøya, Agdenes, Oppdal, Rennebu, Meldal, Orkdal, Røros, Holtålen, Midtre Gauldal, Skaun, Melhus, Klæbu, Ørland, Rissa, Bjugn, Åfjord, Roan, Trondheim, Malvik, Selbu, Tydal
Nord-Trøndelag	30 098	108 746	138 844	Meråker, Stjørdal, Frosta, Steinkjer, Leksvik, Verdal, Snåsa, Inderøy, Osen, Namsos, Verran, Namdalseid, Lierne, Røyrvik, Namsskogan, Grong, Høylandet, Overhalla, Fosnes, Flatanger, Vikna, Nærøy, Leka, Levanger,
Helse Nord				
Helgeland	15 952	62 662	78 614	Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Træna, Nesna, Hemnes, Rana, Rødøy
Nordland-området	27 993	109 844	137 837	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Steigen, Hamarøy, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes, Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy, samt vestlige deler av Tysfjord
UNN-området	39 039	154 345	193 384	Narvik, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Harstad, Kvæfjord, Skånland, Ibestad, Tromsø, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Lenvik, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvænangen samt østlige deler av Tysfjord (50 prosent)
Finnmark	15 588	60 579	76 167	Hammerfest, Alta, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp, Kautokeino, Porsanger, Karasjok, Lebesby, Gamvik, Vardø, Vadsø, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger

DPS-områder i det psykiske helsevernet i 2017. Folketall per 01.01.2018

Bostedsområde	0-17 år	18 år og eldre	Totalt	Kommuner/bydeler
Helse Sør-Øst				
Halden Sarpsborg	20 499	77 850	98 349	Halden, Sarpsborg, Marker, Rakkestad
Fredrikstad	17 429	68 088	85 517	Fredrikstad, Hvaler
Nordre Østfold	23 235	87 637	110 872	Moss, Aremark, Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Skiptvet, Råde, Rygge, Våler, Hobøl
Nedre Romerike	38 054	130 328	168 382	Rømskog, Aurskog-Høland, Sørums, Fet, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Skedsmo
Øvre Romerike	24 328	81 423	105 751	Gjerdrum, Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad, Hurdal
Groruddalen	30 810	103 250	134 060	Nittedal, samt Alna, Grorud og Stovner bydeler i Oslo
Follo	30 384	100 266	130 650	Vestby, Ski, Ås, Frogn, Nesodden, Oppegård
Nydalen	25 333	101 395	126 729	Sagene, Nordre Aker og Bjerke bydeler i Oslo
Søndre Oslo	33 483	107 576	141 058	Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand bydeler i Oslo
Lovisenberg/Tøyen	22 590	131 218	153 807	St Hanshaugen, Sentrum, Grünerløkka og Gamle Oslo bydeler i Oslo
Vinderen	25 718	115 641	141 359	Frogner, Ullern og Vestre Aker bydeler i Oslo
Kongsvinger	8 599	40 477	49 076	Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue, Åsnes
Hamar	25 464	103 728	129 192	Hamar, Ringsaker, Løten, Stange, Våler, Elverum, Trysil, Åmot
Tynset	3 576	15 122	18 698	Stor-Elvdal, Rendalen, Engerdal, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Os,
Gjøvik	21 884	89 965	111 849	Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Lunner, Gran, Søndre Land, Nordre Land, Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre, Vang
Lillehammer	13 562	57 682	71 244	Lillehammer, Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Nord-Fron, Sel, Sør-Fron, , Ringebu, Øyer, Gausdal
Bærum	29 757	95 697	125 454	Bærum
Drammen	29 460	106 548	136 008	Drammen, Nedre Eiker, Lier, Svelvik, Sande (Vestfold)
Ringerike	15 898	64 731	80 629	Jevnaker, Ringerike, Hole, Flå, Nes (Buskerud), Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Krødsherad, Modum
Kongsberg	11 816	44 589	56 405	Kongsberg, Sigdal, Øvre Eiker, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal
Asker	21 873	70 955	92 828	Asker, Røyken, Hurum
Nordre Vestfold	25 435	97 809	123 244	Horten, Tønsberg, Re, Nøtterøy, Tjøme, Holmestrand
Søndre Vestfold	22 604	86 812	109 416	Sandefjord, Larvik
Nedre Telemark	25 854	102 501	128 355	Porsgrunn, Skien, Siljan, Bamle, Kragerø, Drangedal, Nome
Notodden Seljord	8 915	36 121	45 036	Notodden, Bø (Telemark), Sauherad, Tinn, Hjartdal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke, Vinje
Aust-Agder	25 729	91 493	117 222	Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle

Strømme	12 020	73 085	85 105	Mandal, Vennesla, Søgne, Marnardal, Åseral, Audnedal, Lindesnes samt deler av Kristiansand
Solvang	1 649	42 831	44 480	Songdalen samt deler av Kristiansand
Lister	8 608	28 320	36 928	Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal
Ukjent, Kristiansand	20 019	0	20 019	
Helse Vest				
Dalane	5 726	18 566	24 292	Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim
Jæren	17 931	50 613	68 544	Hå, Klepp, Time, Gjesdal
Sandnes	19 045	57 283	76 328	Sandnes
Stavanger	19 471	71 361	90 832	Hundavåg-Storhaug, Madla og Tasta-Eiganes bydeler i Stavanger
Ryfylke	9 220	26 947	36 167	Randaberg, Forsand, Strand, Hjelmeland, Finnøy, Rennesøy, Kvitsøy
Sola	16 426	52 147	68 573	Sola samt Hillevåg og Hinna bydeler i Stavanger
Haugaland - Karmøy	27 362	91 232	118 594	Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira, Vindafjord, Etne, Sveio
Folgefonn	5 256	20 149	25 405	Kvinnherad, Jondal, Odda, Ullensvang, Eidfjord
Stord	8 759	27 974	36 733	Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes
Øyane	17 247	49 511	66 758	Sund, Fjell, Askøy, Øygarden
Bjergvin	22 576	75 544	98 120	Modalen, Osterøy, Meland, Radøy, Lindås, Austrheim, Fedje, Masfjorden
Kronstad	19 557	92 477	112 034	Bergenhus, Ytrebygda og Årstad bydeler i Bergen
Betanien	14 144	55 691	69 835	Laksevåg og Fyllingsdalen bydeler i Bergen
Voss	6 329	22 878	29 207	Ulvik, Granvin, Voss, Kvam, Vaksdal
Solli	18 507	56 136	74 643	Fusa, Samnanger, Os (Hordaland), Austevoll samt Fana bydel i Bergen
Indre Sogn	5 903	22 868	28 771	Vik, Balestrand, Leikanger, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster
Nordfjord	6 517	22 642	29 159	Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Gloppen, Stryn
Førde	11 794	40 506	52 300	Flora, Gulen, Solund, Hyllestad, Høyanger, Askvoll, Fjaler, Gaular, Jølster, Førde, Naustdal, Bremanger
Helse Midt-Norge				
Sunnmøre	32 258	113 533	145 791	Ålesund, Vanylven, Sande (Møre og Romsdal), Herøy (Møre og Romsdal), Ulstein, Hareid, Volda, Ørsta, Ørskog, Norddal, Stranda, Stordal, Sykkylven, Skodje, Sula, Giske, Haram, Sandøy
Nordmøre og Romsdal	25 006	96 059	121 065	Molde, Kristiansund, Vestnes, Rauma, Nettet, Midsund, Aukra, Fræna, Eide, Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Rindal, Halså, Smøla, Aure
Orkdal	13 400	50 538	63 938	Hemne, Snillfjord, Hitra, Frøya, Agdenes, Oppdal, Rennebu, Meldal, Orkdal, Røros, Holtålen, Midtre Gauldal, Skaun
Tiller	24 955	81 913	106 868	Melhus, Klæbu samt vestlige deler av Trondheim
Nidaros	25 664	111 524	137 188	Ørland, Rissa, Bjugn, Åfjord, Roan samt østlige deler av Trondheim og vestlige deler av Malvik (50 prosent)

Stjørdal	9 685	33 281	42 967	Selbu, Tydal, Meråker, Stjørdal, Frosta samt østlige deler av Malvik (50 prosent) og sørlige deler av Levanger (10 prosent)
Levanger	14 533	52 965	67 498	Steinkjer, Leksvik, Verdal, Snåase - Snåsa, Inderøy samt deler av Levanger (90 prosent)
Namsos	8 580	31 705	40 285	Namsos, Osen, Verran, Namdalseid, Lierne, Raarvihke - Røyrvik, Namsskogan, Grong, Høylandet, Overhalla, Fosnes, Flatanger, Vikna, Nærøy, Leka
Helse Nord				
Mosjøen	3 195	13 127	16 322	Vefsn, Grane, Hattfjelldal
Ytre Helgeland	5 890	22 615	28 505	Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy (Nordland), Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Træna
Mo i Rana	6 867	26 920	33 787	Nesna, Hemnes, Rana, Rødøy
Salten	16 983	66 222	83 205	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske - Fuosko, Sørfold, Steigen, Hamarøy - Hábmer, Røst samt vestlige deler av Tysfjord (50 prosent)
Lofoten	4 989	19 134	24 123	Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes,
Vesterålen	6 021	24 488	30 509	Hadsel, Bø (Nordland), Øksnes, Sortland - Suortá, Andøy
Ofoten	5 100	21 785	26 885	Narvik, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen samt østlige deler av Tysfjord (50 prosent)
Sør-Troms	6 392	25 730	32 122	Harstad - Hárstták, Kvæfjord, Skånland, Ibestad
Tromsø og omegn	18 048	70 239	88 287	Tromsø, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono
Midt-Troms	7 294	27 571	34 865	Gratangen, Loabák - Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Lenvik
Nord-Troms	2 205	9 020	11 225	Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono, Skjervøy, Nordreisa, Kvænangen
Vest-Finnmark	8 485	30 143	38 628	Hammerfest, Alta, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp
Midt-Finnmark	2 301	9 812	12 113	Guovdageaidnu - Kautokeino, Porsanger - Porsángu - Porsanki, Kárásjohka - Karasjok, Lebesby, Gamvik
Øst-Finnmark	4 802	20 624	25 426	Vardø, Vadsø, Berlevåg, Deatnu - Tana, Unjárga - Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger

Distriktpsikiatriske tjenester 2017

Utgitt

April - 2019

Forfatter

Per Bernhard Pedersen

Solfrid E. Lilleeng

Bestillingsnummer

IS-2825

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen

0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, Oslo

Telefon 810 20 050

E-post: postmottak@helsedir.no

Forsidefoto

Dean Drobot/Mostphotos

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no