

Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innhold

Sammendrag.....	4
Innledning	6
Metode	8
Ny modell for framskrivninger innen psykisk helsevern og TSB	9
1.1. Behov	10
1.2. Variasjon.....	13
1.3. Demografisk utvikling.....	14
1.4. Faglig utvikling.....	17
Forsterket oppsøkende poliklinisk behandling	17
Digital behandling.....	18
Endring i omsorgsnivå – fra døgn til poliklinikk	19
Resultater	21
1.5. Vedtaksbaserte tjenester fra kommunal helse- og omsorgstjeneste.....	21
1.6. Spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og TSB	22
1.7. Døgnbehandling	24
1.8. Poliklinikk.....	26
Vedlegg 1 - Resultattabeller	29
Vedlegg 2 - Fag- og analysenotat.....	44
1. Innledning.....	47
1.1. Mandat.....	49
1.2. Datagrunnlag	49
2. Psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Norge.....	50
2.1. Global Burden of Disease	50
2.2. Behandlingsgapet.....	51
2.3. Faktorer assosiert med behov for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser.....	55
2.4. Variasjon.....	57
3. Demografi og bosetningsmønster fram mot 2040.....	62
4. Karakteristika og utviklingstrekk ved de ulike helsetjenestene	66
4.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester	66
4.2. Barn og unge	71
4.2.1. Hvem behandles i psykisk helsevern for barn og unge?	73
4.2.2. Variasjon i bruk av døgnopphold.....	76
4.2.3. Sped- og småbarn.....	77

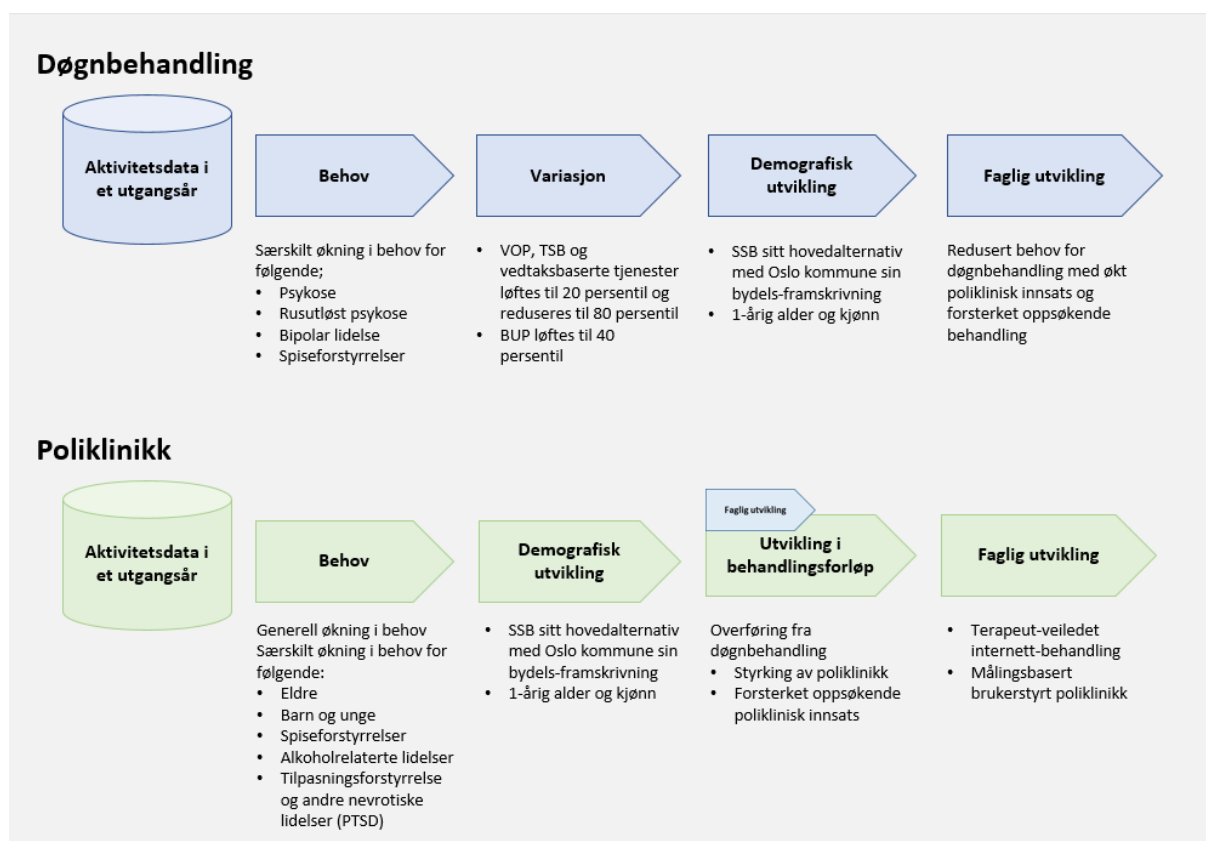
4.2.4.	Inkludering og utenforskap.....	78
4.2.5.	Barn i barnevernet.....	78
4.2.6.	Barn og unge med rusmiddelproblemer, ruslidelser og avhengighetsproblematikk	79
4.3.	Alminnelig og utbredte psykiske lidelser hos voksne	80
4.3.1.	Ulik behandlingspraksis ved utbredte og allmenne tilstander	81
4.4.	Alvorlig psykisk lidelse	82
4.4.1.	ROP-lidelser.....	84
4.4.2.	Sikkerhetspsykiatri.....	85
4.5.	Øyeblikkelig hjelp	86
4.6.	Alderspsykiatri og tjenester til eldre.....	89
4.6.1.	Demens.....	90
4.7.	Rus- og avhengighetslidelser.....	91
5.	Innholdet i helsetjenestene og noen faktorer i utviklingen av tjenestene.....	98
5.1.	Bedre bruk av teknologi.....	100
6.	Særskilt om vektig av historiske trender	102
7.	Diverse:	104
7.1.	Deltakere i arbeidsgruppen	104
7.2.	Diagnoser som inngår i GBD's tilstandsgrupper.....	106
7.3.	Variasjonskoeffisient (CV).....	107
7.4.	Funksjonsvurdering i kommunen	107
7.5.	Grunnlag for justert aktivitet.....	108
7.6.	Tabelloversikt.....	109
7.7.	Figuroversikt	113

1. Sammendrag

Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er utviklet med utgangspunkt i aktivitetstall fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). For å fange opp behov for helsetjenester, er det tatt utgangspunkt i Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sine estimat av prevalens av ulike psykiske lidelser i Norge. Forekomst av sykdom i befolkningen blir sammenholdt med aktivitetsdata (NPR og KPR) for å vurdere om det er pasientgrupper helsetjenesten trenger å videreutvikle tilbud til i årene frem mot 2040.

Modellen gjør trinnvise beregninger med utgangspunktet i dagens aktivitet. Modellen korrigerer for endringsbehov i dagens tjenestetilbud før demografisk utvikling framskrives. Det er stor variasjon i bruk av døgnbehandling mellom helseforetakene, og modellen reduserer derfor variasjon i bruk av døgnbehandling. Resultatet justeres deretter basert på forventninger til endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og bruk av ny teknologi.

Framskrivningsmodellens trinn og komponenter er vist i figuren under:



Figur 1 Modell for framskrivning av aktivitetsbehov for psykisk helsevern og TSB

En bredt sammensatt faggruppe har vurdert endringsbehov i dagens tjenestetilbud og forventet effekt av endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og ny teknologi.

Modellen gir følgende endring frem til 2040:

For liggedøgn gir modellen en moderat reduksjon i TSB, uendret nivå for psykisk helsevern for voksne og en vekst i antall liggedøgn i psykisk helsevern for barn og unge.

Standardisert rate liggedøgn			Endring
2019	2040		
TSB	11 284	10 557	-6 %
VOP	19 997	20 430	2 %
BUP	6 139	7 018	14 %
Total	32 787	32 702	0 %

For poliklinisk aktivitet gir modellen en klar økning for alle områder, og med en særlig vekst i TSB.

Standardisert rate poliklinikk			Endring
2019	2040		
TSB	11 438	15 727	37 %
VOP	34 473	40 579	18 %
BUP	65 862	78 829	20 %
Avtalespesiali	11 397	13 113	15 %
Total	73 008	88 202	21 %

2. Innledning

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester og i målbildet for utvikling i helsetjenesten i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.¹ Der beskriver Regjeringen hvordan den vil utforme sin strategi for utvikling av psykiske helsetjenester, gjennom å avklare kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsetjenester, prioritere kvalitet og fagutvikling i tjenesten og videreutvikle tjenestene basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi. Modellen skal legge til rette for gode faglig løsninger samtidig som den skal bidra til å sikre en bærekraftig utvikling av helsetjenesten. Modellen skal bidra til å redusere uønsket faglig variasjon og styrke tilbudet til pasientgrupper som vil ha økt behov for helsetjenester i fremtiden. Videre skal den legge til rette for kvalitetsforbedring og økt bruk av teknologi.

Ny modell for framskriving av psykisk helsevern og TSB er utarbeidet i samarbeid med en interregional arbeidsgruppe bestående av brukerrepresentant, tillitsvalg, KS, Sykehusbygg, fagpersoner fra helseregionene og Helsedirektoratet som observatør. Modellen er utviklet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. I oppdraget skal det på sikt utvikles et felles framskrivingsverktøy for helseforetak og kommuner.

Framskrivning av befolkningens behov for helsetjenester skal legges til grunn ved planlegging av utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur, organisering og innretting av helsetjenesten. For å understøtte likeverdige helsetjenester skal framskrivinger være basert på en felles nasjonal modell, med mulighet for lokale tilpasninger der det enkelte regionale helseforetak vurderer det nødvendig og relevant. Likeverdige helsetjenester til befolkningen er et lovfestet krav til både kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser er hyppig forekommende i befolkningen og har store konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. På grunn av stort helsetap og høy forekomst, er angst og depresjon på hhv. 8. og 9. plass over lidelser som gir størst sykdomsbyrde. Psykiske lidelser er av denne grunn del av Verdens helseorganisasjons (WHO) fokusområder av ikke-smittsomme sykdommer sammen med kreft, hjerte-/karsykdom, diabetes og kols.² Akutt schizofreni, alvorlig depresjon og alvorlig opioidavhengighet er de tilstandene som har høyest helsetap grunnet sykdomsbyrde.³ Alkohol er det rusmiddel som påvirker folkehelsen mest, er direkte årsak til flere sykdommer og skader, og medvirkende årsak til mer enn 60 sykdomsdiagnoser.⁴ FHI anslår at alkoholrelaterte lidelser har en forekomst på om lag 8% for menn og 3 % for kvinner. En studie fra Folkehelseinstituttet (2017) viste at bare 3% av de med alkoholproblem fanges opp i primærhelsetjenesten, og 7% i spesialisthelsetjenesten.⁵ Det er estimert at 8% av innleggelses ved somatiske

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

² <https://www.who.int/nmh/about/en/>

³ Global Health Metrics (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet.

⁴ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol,⁶ og at alkohol har betydning for opptil en tredjedel av alle innleggelses i somatiske avdelinger.⁷

Alminnelige og utbredte psykiske lidelser er den vanligste årsaken til uførhet i Norge, og står for 36% av all arbeidsuførhet.⁸ For unge voksne mellom 18-29 år er psykiske lidelser hovedårsak til uførhet for hele 63%.⁹ Pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser har økt risiko for somatisk sykdom og en betydelig kortere forventet levetid.¹⁰ Alvorlige psykiske lidelser rammer en liten andel av befolkningen, men utvikles ofte tidlig og med langvarig funksjonsnedsettelse.

Notatet beskriver en modell for framskriving av framtidig behov for psykisk helsevern for voksne, barn og unge og TSB i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet baserer seg på følgende forutsetninger:

- Spesialisthelsetjenesten skal dimensjoneres for å håndtere alvorlig og moderate lidelser.
- Kommunene skal også i årene fremover videreutvikle behandlingstilbud til pasienter med moderate og milde lidelser samt lavterskeltilbud som kan fange opp pasienter tidlig i sykdomsforløpet.
- Basert på forventet befolkningsutvikling, forutsettes et nærmere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om tilbud til barn og unge, og for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Vurderingene rundt kriteriene i modellen er basert på utredning og analyser som ligger vedlagt i vedlegg 2.

Det foreslås at modellen revideres hvert fjerde år i forbindelse med utarbeidelse av ny Nasjonal helse- og sykehusplan. En regelmessig revisjon vil sikre at faglig utvikling, nye datakilder, ny teknologi, endringer i lover og nye faglige normative produkter kan innarbeides i modellen. Dagens kommunedata er i begrenset grad dekkende for kommunenes tilbud, og bør innarbeides etter hvert som flere kommunale tilbud innarbeides i KPR.

⁶ BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

⁷ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a cross-sectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients, 21, Norsk Epidemiologi.

⁸ https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd_kap

⁹ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdede-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse>

¹⁰ Charlson et al. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016, 44, Schizophrenia Bulletin

3. Metode

Analysene i rapporten baserer seg på følgende datakilder:

- Befolkningsframskrivninger fra Statistisk Sentralbyrå – SSB (aug. 2020)¹¹
- Forekomstdata fra Global Burden og Disease (Senter for sykdomsbyrde, FHI) (2019)
- Helsedirektoratets notat om ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (juli 2020)
- Aktivitetstall på tjenester levert av spesialisthelsetjenesten, NPR-data (2016-2019)
- Aktivitetstall på vedtaksbaserte tjenester levert av kommunene, KPR-data (2018-2019) for pasienter som samtidig var registrert i PHV og TSB i 2018/2019.

Arbeidets kunnskapsgrunnlag favner bredere og omfatter tilgjengelig statistikk og analyse fra blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, samt en rekke andre kilder som oppgis fortløpende i fotnoter.

Kommunene har en rekke tilbud og tiltak til personer med psykiske plager og/eller rusproblemer som ikke fanges opp i datasettet. Det omfatter tilbud fra ikke-vedtaksbaserte kommunale tjenester, og tilbud fra eksempelvis kommunepsykologer, barnevernstjenesten og helsesykepleiere.¹² I det videre arbeidet bør det utvikles en bedre oversikt over det totale tilbudet i kommunene.

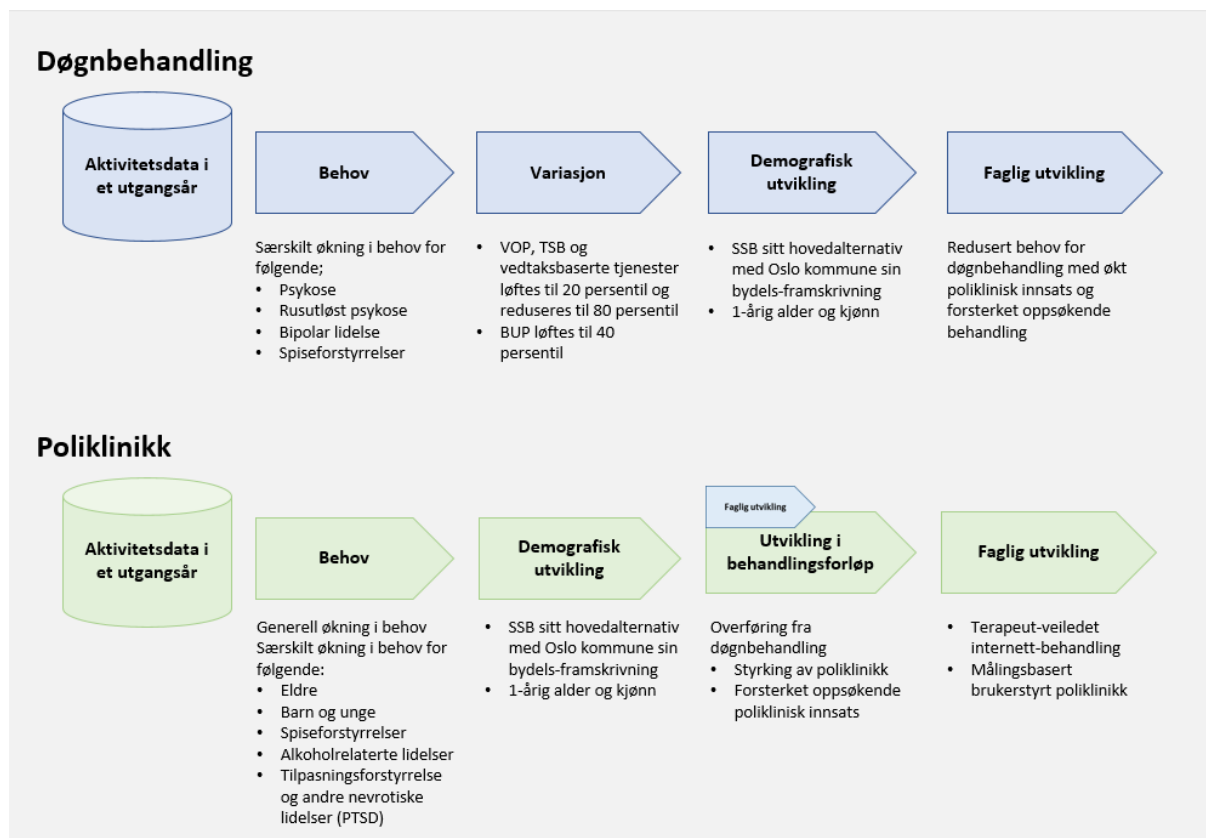
Sikkerhetspsykiatriske problemstillinger er ikke spesifikt analysert i dette arbeidet ettersom aktivitet i en rekke lokalpsykiatriske enheter ikke kan skilles fra annen aktivitet i helseforetakene. Sikkerhetspsykiatri blir indirekte, men ikke fullstendig, belyst i dette arbeidet.

¹¹ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivninger-for-kommunene-2020-2050>

¹² Barnevernet har vedtaksbaserte tiltak, men prosjektet har ikke data om disse.

4. Ny modell for framskrivinger innen psykisk helsevern og TSB

Figuren under viser komponentene i den nye framskrivningsmodellen. De enkelte trinnene gjennomgås i de påfølgende underkapitlene.



4.1. Behov

Ny modell for framskrivning har lagt inn en behovskomponent for å fange opp endringer i befolkningens fremtidige behov for helsetjenester. Behovskomponenten kommer i tillegg til modellens justering for befolkningsutvikling. En direkte framskrivning med utgangspunkt i dagens bruk, kan bidra til å forsterke utilsiktet variasjon. Komponentene skal bidra til å justere for eventuelle mangler i tjenestetilbudet, forventede endringer i sykdomsbyrde/behandlingsmetoder og oppgavedeling i samfunnet.

Epidemiologiske studier tyder på at forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen er stabil over tid.^{13,14,15} Det danner grunnlag for å vurdere prevalens sammenholdt mot aktivitetsdata (NPR og KPR) for å vurdere tilstandsgrupper som kan ha udekket behov for helsetjenester. I modellen vurderes behov for helsetjenester med utgangspunkt i Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), som har estimert prevalens av ulike psykiske lidelser i Norge.

Forekomst av sykdom i befolkningen blir sammenholdt med aktivitetsdata for å vurdere om det er grupper som kan ha udekket behov for helsetjenester i dag. Sammenstillingen viser at om lag en av tre med en diagnostiserbar psykisk lidelse mottar behandling i spesialisthelsetjenesten. Forskjellen mellom forekomst av *diagnostiserbar* psykisk lidelse og behandling i spesialisthelsetjenesten vil i det følgende omtales som behandlingsgapet. Det er et mål for Verdens helseorganisasjon (WHO) å redusere behandlingsgapet, noe som også har en gunstig kost/nytte effekt.¹⁶

Data fra GBD estimerer høyere forekomst av psykiske lidelser i Oslo. Modellen legger til grunn at det ikke er større forskjeller i forekomst mellom øvrige fylker i Norge. Data fra GBD, sammenstilt med NPR, indikerer at dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten for eldre over 65 år, pasienter med spiseforstyrrelser og alkoholrelaterte lidelser er lav. Modellen reduserer behandlingsgapet for eldre ved å øke dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten fra 14% til 16,5%. Dekningsgraden for pasienter med spiseforstyrrelser økes fra 21% til 25%, og for alkoholrelaterte lidelser fra 13% til 25%. Pasienter med alkohollidelser innarbeides ved å styrke samlet poliklinisk innsats til pasienter med rusrelaterte lidelser (inkl. ROP-pasienter).

¹³ Baxter et al. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*, 31.

¹⁴ Sawyer et al. (2018). Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57

¹⁵ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*

¹⁶ Chisholm et al. (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, 3, *Lancet*

Tabell 1 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske og ruslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder

Tilstandsgruppe	Estimert antall individer med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse	Rate per 100 000 innbygger	Antall individer i PHV og TSB	Andel i spesialisthelsetjenesten	Median rate (20 og 80 persentil) per 100 000 innbygger
Angstlidelser	379 879	7 130	78 803	21 %	1415 (1314 - 1739)
Atferdsforstyrrelse	23 409	439	1 285	5 %	24 (19 - 35)
Autismespekter forstyrrelse	24 389	458	6 756	28 %	135 (84 - 164)
Bipolar lidelse	50 238	943	11 105	22 %	214 (182 - 248)
Depressive lidelser	194 687	3 654	47 881	25 %	827 (695 - 1102)
Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	65 939	1 238	24 939	38 %	491 (357 - 589)
Idiopatisk psykisk utviklingshemming	11 485	216	1 684	15 %	19 (14 - 65)
Psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol	92 743	1 741	11 707	13 %	215 (174 - 244)
Psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler	49 304	925	19 331	39 %	333 (262 - 483)
Schizofreni	17 938	337	8 892	50 %	165 (142 - 197)
Spiseforstyrrelser	22 474	422	4 822	21 %	86 (73 - 110)
Alle psykiske lidelser	820 391	15 397	274 396	33 %	5220 (4915 - 5697)

Spesialisthelsetjenesten behandler i dag få barn- og unge med rusproblematikk, og flere undersøkelser har vist at barn og unge som følges opp av barnevernet har høy forekomst av psykiske lidelser. Modellen legger derfor til grunn at det er behov for at spesialisthelsetjenesten i større grad deltar i utredning og oppfølging i barnevernet.¹⁷¹⁸¹⁹²⁰ Synkende barnetall, i kombinasjon med store demografiske endringer, gjør det krevende for mange kommuner å yte gode nok tilbud til barn og unge uten et nærere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at samarbeidet mellom tjenestenivåene utvides i årene fremover, noe som bidrar til å øke poliklinisk aktivitet fra BUP for å understøtte kommunenes innsats innen lavterskeltilbud, tidlig innsats og annen utadrettet aktivitet. I modellen håndteres dette ved å øke dekningsgraden i BUP med 0,5% for å gi økt kapasitet i psykisk helsevern for barn og unge i 2040.

Endringer i lover og normerende dokumenter (veiledere, retningslinjer, etc.) påvirker hvor mye ressurser en pasient utløser. Et eksempel er pakkeforløpene, som ved psykoselidelser og spiseforstyrrelser stiller krav til hvilke faggrupper som skal inn på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet. Slike endringer vil både øke den polikliniske aktiviteten og ha stor betydning for ressursutnyttelsen. Det forutsettes at tjenesten også fremover vil gjennomgå slike endringer. I modellen håndteres dette som en årlig vekst på 0,5% i poliklinisk aktivitet.

Modellen forutsetter at framskriving av fremtidige behov ikke utelukkende ser hen til siste års aktivitet, men tar inn utviklingen over en tidsperiode for å fange opp trender og endringer i faget (se analysenotat, seksjon om historiske trender for nærmere drøfting).

De siste 20 årene har psykisk helsevern gjennomgått en omstilling med økt bruk av poliklinikk og redusert døgnkapasitet. Data fra de siste fire årene viser at det har vært en forskyvning av døgnkapasitet mot mer øyeblikkelig hjelp, økt innleggelsesvolum med

¹⁷ https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e

¹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-og-utredning-av-psykisk-helse-og-rus-hos-barn-og-unge>

¹⁹ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

²⁰ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-tverrfaglig-helsekartlegging-av-barn-i-barnevernet/id2819979/?expand=horingsbrev>

alvorligere tilstander og en reduksjon i oppholdstider. Denne utviklingen i liggedøgn i psykisk helsevern og TSB er fremstilt i tabell 2:

Tabell 2 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB

	Liggedøgn		Rate per 100 000	
	Totalt	Øhjelp	Totalt	Øhjelp
2016	1 844 169	573 146	35 370	10 992
2017	1 793 553	579 716	34 109	11 025
2018	1 769 017	613 360	33 405	11 582
2019	1 749 470	598 552	32 834	11 234
Snitt årlig endring			-2,4 %	0,7 %

Samtidig som forekomsten av psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser er relativt stabil, er det indikasjon på endringer i komorbiditet for enkelte pasientgrupper. Det har store konsekvenser for pasientenes sykelighet og behov for døgnbehandling. Her peker ROP-pasienter seg særlig ut.²¹

Endringer innen justissektoren gir ekstra usikkerhet i dimensjonering av tjenestetilbudet. Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har økt de siste 10 årene. Dersom trenden vedvarer de neste ti årene, vil antallet domfelte i psykisk helsevern utgjøre 500-600 personer. Samtidig foreligger kun planer om å øke kapasiteten til totalt 225 plasser. Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet opptar sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som er eneste aktuelle tilbudet til pasienter med alvorlig lidelse, høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. Modellen gjør ikke egne beregninger for pasienter i sikkerhetsavdelinger, men øker tilbudet til pasientgruppen med alvorlig psykisk lidelse for å bedre dekke behovet for døgntilbud.²²

På grunn av nedtrekk i døgnkapasitet over tid, endringer i innleggelsesmønster, faktorer som påvirker sykelighet i pasientpopulasjonen (e.g. ROP-pasienter) og endringer som direkte påvirker kapasitet (e.g. antall dømte), anbefales økt kapasitet til døgnbehandling av pasienter med ROP-lidelser, alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser med 15%. Det utgjør i underkant av 80 000 liggedøgn i 2019, og tilsvarer i gjennomsnitt en økning på 11 senger per opptaksområde i Norge.

Aktivitet i kommunale helse- og omsorgstjenester er heftet med større usikkerhet enn data fra spesialisthelsetjenesten. Data fra søknadsbaserte tjenester er relativt gode, men det mangler komplett oversikt over øvrige kommunale tilbud som behandling hos kommunepsykolog og helsesykepleier.

Det forutsettes at kommunene også fremover utvikler gode tilbud til milde og moderate psykiske lidelser. Estimert basert på kommunedata indikerer at om lag 220 000 individer har en behandlingskontakt med ikke-vedtaksbaserte kommunale tilbud, noe som utgjør 25% av estimert forekomst. Det er indikasjoner på en positiv kost/nytte-effekt å

²¹ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend

²² Aktivitet i sikkerhetspsykiatrien kan ikke skilles ut for all aktivitet i datasettet.

reduere behandlingsgapet, særlig for angst og depresjon.²³ Ettersom det ikke finnes data på hvilke pasienter som får hvilke tilbud hvor, er det vanskelig å definere et måltall for vekstbehovet i lavterskeltilbud.

Pasienter med oppfølging i spesialisthelsetjenesten mottar i liten grad botilbud i kommunene, sammenlignet med antall person som mottar annen praktisk støtte og kompensierende tiltak. Boforhold virker inn på behovet for spesialisthelsetjenester og andre tjenester, men det er vanskelig å definere et konkret måltall basert på dette arbeidet. Det anbefales i det videre arbeidet å sammenstille et bedre grunnlag for å gjøre vurderinger av behov for helsetjenester og sosialtjenester i regi av kommunene.

I modellen innarbeides:

- Poliklinikk: Andel barn i kontakt med spesialisthelsetjenesten økes med 0,5%. For eldre over 65 år økes andelen i spesialisthelsetjenesten fra 14% til 16,5% av estimert prevalens. For pasienter med spiseforstyrrelser og alkoholrelaterte problemstillinger økes andelen i spesialisthelsetjenesten til 25% av estimert prevalens. Det legges inn 0,5% årlig polikliniske vekst knyttet til et generelt økt behov.
- Døgnbehandling: Kapasitet for ROP-lidelser, alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser økes med 15%. Oslo vektet opp med 8% som følge av estimert høyere forekomst.

4.2. Variasjon

Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende og lovregulert prinsipp i Norsk helsetjeneste, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Befolkningen skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi, språk, bakgrunn og bosted. Aktivitetstallene viser stor variasjon både mellom opptaksområder i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester. Områder med stor behandlingsskapasitet vil legge beslag på mye av de tilgjengelige ressursene. Det kan redusere muligheten for at andre, særlig rekrutteringssvake områder, kan etablere og vedlikeholde tilstrekkelige helsetjenester.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for ulike oppgaver i oppfølging av pasienter og deres pårørende. Pasienter har rett på likeverdige og kvalitativt gode tjenester fra både sykehus og kommuner, og stor innsats fra en kommune kan ikke kompensere for manglende tilbud fra sykehuset eller motsatt. Av denne grunn er det lagt inn korleksjon for variasjon i både kommunale- og sykehustjenestene.

Størst variasjon er det i innleggelser for barn- og unge, poliklinisk oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse og ø-hjelpsinnleggelser i TSB. Se tabell 21 i vedlegg 1.

²³ Chisholm et al. (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, 3, Lancet

For å redusere variasjon, justerer modellen opptaksområder med svært høy eller lav døgnaktivitet etter en persentilfordeling. Helseforetak med døgnaktivitet under 20. persentil løftes opp til 20. persentil, mens helseforetak med døgnaktivitet over 80. persentil reduseres til 80. persentil. Unntaket er psykisk helsevern for barn og unge, da døgnkapasiteten for barn og unge er lav, med små og sårbare enheter. For å redusere variasjon, løftes helseforetak med kapasitet 40. persentil for å unngå reduksjon i akutt- og spesialenheter. Det gjøres ingen reduksjon i de helseforetak med høy aktivitet da dette oftest er helseforetak med liten befolkning og relativt små døgnenheter.

Se tabell 23 og påfølgende tabeller i vedlegg 1 for samlet effekt og etter tjenesteområder over opptaksområder. Det gir følgende justering av variasjon for:

- 20. og 80. persentil i liggedøgn for opptaksområder for psykisk helsevern voksen og TSB.
- Opp til 40. persentil i liggedøgn for psykisk helsevern barn og unge.

4.3. Demografisk utvikling

Aktivitetsdata fra NPR og KPR viser at ulike aldersgrupper bruker helsetjenester forskjellig. Av denne grunn har modellen lagt inn befolkningsframskrivninger fra Statistisk Sentralbyrås (aug. 2020) midtalternativ for en indikasjon på behov i 2040. SSB framskriver ikke Oslos bydeler, og det benyttes derfor Oslo kommunes sin framskriving på bydeler for flyttemønster og SSB sin framskrivning for antall personer i Oslo.

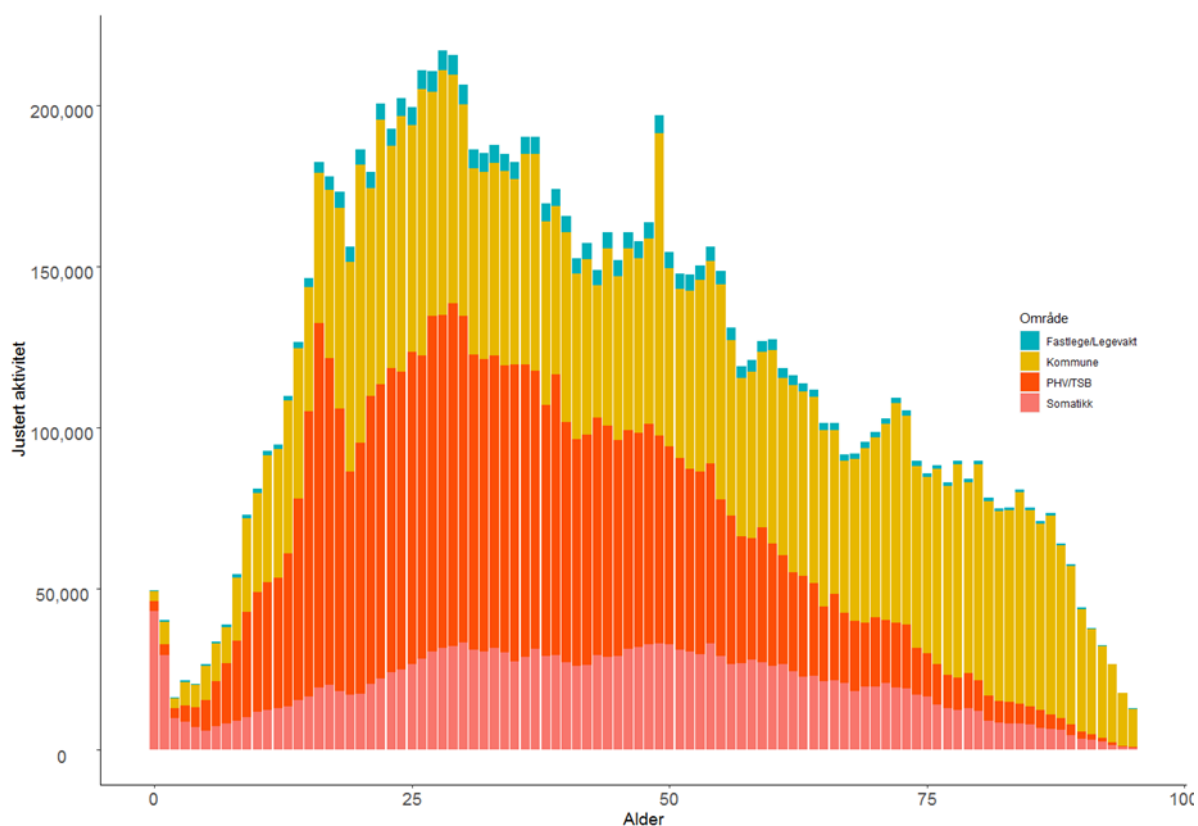
Det er store forskjeller i Norge over opptaksområder frem til 2040 basert på SSB framskriving av 2020 hovedalternativ. Områdene rundt Oslo, samt Bergen, Stavanger og Trondheim er framskrevet med en vekst på over 10%, mens det er framskrevet en negativ befolkningsvekst for opptaksområdene til Helgeland og Førde.

Tabell 3 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2040 etter opptaksområder i Norge

Opptaksområde	2020	2040	Endring %
Akershus universitetssykehus HF	579 099	670 672	16 %
Diakonhjemmet Sykehus	142 123	164 183	16 %
Finnmarksykehuset HF	75 472	77 375	3 %
Helgelandssykehuset HF	77 863	75 394	-3 %
Helse Bergen HF	456 500	502 849	10 %
Helse Fonna HF	180 398	183 676	2 %
Helse Førde HF	108 404	106 391	-2 %
Helse Møre og Romsdal HF	271 201	281 342	4 %
Helse Nord Trøndelag HF	149 508	152 256	2 %
Helse Stavanger HF	371 121	412 959	11 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	156 788	170 295	9 %
Nordlandssykehuset HF	138 145	140 255	2 %
Oslo universitetssykehus HF	282 930	319 777	13 %
St. Olavs hospital HF	313 231	349 659	12 %
Sykehuset i Vestfold HF	246 041	269 397	9 %
Sykehuset Innlandet HF	338 965	352 609	4 %
Sykehuset Telemark HF	173 355	178 614	3 %
Sykehuset Østfold HF	317 489	355 323	12 %
Sørlandet Sykehus HF	307 231	333 985	9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	193 066	197 915	3 %
Vestre Viken HF	488 650	546 690	12 %
Norge	5 367 580	5 841 616	9 %

Utfordringen fremover vil særlig ramme små kommuner, hvor antallet barn og unge reduseres i både antall og andel, andel yrkesaktive blir lavere, mens antallet og andelen eldre vokser. Behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester vil øke vesentlig med en eldre befolkning.

Figuren nedenfor viser et justert uttrykk for aktivitet i spesialisthelsetjenesten, søknadsbaserte tjenester fra kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger etter aldersgrupper.



Figur 2 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder

Figuren viser at bruken av tjenester fra psykiske helsevern og TSB avtar med økt alder, mens den kommunale innsatsen er stabil gjennom livet til pasientene.

En eldre befolkning vil gi et økt behov for kommunale tjenester, et eksempel på dette er oppfølgingen av pasienter med demens. Tre fjerdedeler av pasientene i PHV og TSB med demens i 2018/2019 hadde institusjonsopphold i kommunen samme periode. I følge demensplan 2025, har 84,3 % av alle med sykehjems plass demens.²⁴ I 2019 var det 39 466 sykehjems plasser i Norge.²⁵ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse sin kartlegging av demens til Regjeringens demensplan 2025 viste at det i 2020 er 101 118 personer med demens, mens antallet stiger til 236 789 i 2050.²⁶

²⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

²⁵ <https://www.ssb.no/pleie/>

²⁶ https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf

4.4. Faglig utvikling

Helsetjenestene er i stadig utvikling. Det er nødvendig både for bedre utredning og behandling, sikre bærekraft og best mulig utnyttelse av felles ressurser. Nasjonal helse- og sykehusplan vektlegger flere faktorer som skal øke kvalitet, redusere variasjon og gi mer bærekraftige helsetjenester. Sentralt for bedre bærekraft er bruk av effektiv behandling, økt bruk av teknologi og bedre samhandling på tvers av tjenestenivåer. Nye behandlingsmetoder og bedre bruk av teknologi forventes å virke inn på flere forhold i helsetjenestetilbudet. Det kan øke tilgjengelighet til helsetjenester, forkorte varighet av behandling, redusere behovet for døgninnleggelser og bidra til å redusere konsekvensene av geografiske avstander. Det forutsettes at det vil være ulikt potensial for de ulike diagnosegruppene.

Forsterket oppsøkende poliklinisk behandling

For voksne pasienter over 18 år med langvarige behov for helsehjelp er poliklinisk oppfølging sentralt for forebygging og tidlig intervensjon ved tegn på forverring. Forsterket oppsøkende polikliniske innsats som ACT og FACT er godt etablert i Norge, og kan bidra til å redusere behovet for døgninnleggelser.²⁷ Volumet av poliklinisk innsats og registrert oppsøkende poliklinisk kontakt varierer betydelig mellom opptaksområder i Norge, og ligger lavt i flere områder. Det er fremdeles potensial i en systematisk innføring av forsterket oppsøkende poliklinisk innsats.

Beregningen av potensial for forsterket oppsøkende poliklinisk behandling er avhengig av både kommunestørrelse, dvs. andel av befolkningen i opptaksområde som bor i kommuner med mer enn 15 000 innbyggere, i hvilken grad behandlingen er tatt i bruk, dvs. høy (15%)/lav (30%) og diagnose. Se tabell 22 i vedlegg for detaljert oversikt.

Modellen gjør følgende forutsetninger:

- For psykose, rusutløst psykose, bipolar lidelse, rusrelaterte lidelser og LAR er effekten beregnet til en 25% reduksjon i liggedøgn.
- For alvorlig depresjon, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser er effekten beregnet til en 35% reduksjon i liggedøgn.
- Dersom opptaksområdet har 50% av befolkningen bosatt i kommuner som er større enn 15 000 innbyggere og i liten grad har tatt i bruk oppsøkende poliklinisk behandling (under median) blir potensialet $50\% \times 30\% = 15\%$. Deretter ganges 15% av liggedøgnene for psykoser med 25% reduksjon som et uttrykk for potensial i reduksjon i liggedøgn med forsterket oppsøkende poliklinisk behandling.
- Modellen legger inn en vekst på 1 poliklinisk konsultasjon for hvert liggedøgn som blir redusert.

²⁷ https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf/_/attachment/inline/8f652113-5590-4353-ac97-5b4f642cf633:1440ec6d41871d69b50eec913dd8ef66d619d05b/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf

Det siste punktet skyldes at forsterket oppsøkende poliklinisk behandling krever økt innsats. Pasientgruppen har ofte behov for oppfølging over lengre tid.²⁸

Digital behandling

Bedre bruk av teknologi forventes å virke inn på flere forhold i helsetjenestetilbudet. Teknologiske løsninger kan forenkle og effektivisere kommunikasjonen med og mellom helsetjenestene. Eksempler er Helsenorge-løsningen, tilgang til egen journal, elektronisk meldingsutveksling og elektronisk kommunikasjon mellom enheter. Teknologiske løsninger øker tilgjengeligheten til helsetjenesten, både ved at flere kan gis et adekvat tilbud tidligere, og ved å redusere geografiske hindre. Erfaringer fra Helse Bergen viser at internettassistert behandling som eMeistring kan øke antallet pasienter per behandler. Beslutningsforum ga i 2019 godkjenning til at terapeutveiledet internettbehandling kan tas i bruk når det er hensiktsmessig, og ordningen ble innlemmet i ISF samme år.

Tabell 4 viser hvordan effekter av internettassisterte behandlingstilbud og brukerstyrt poliklinikk med digital monitorering implementeres i modellen. Det polikliniske volumet beregnes først som en del av det samlede behovet, før det avgrenses til digital poliklinikk.

Tabell 4 Estimert andel konsultasjoner som kan utføres digitalt per diagnosegruppe

Diagnosegruppe	Effekt digital poliklinikk
ADHD	20 %
Alkoholrelaterte lidelser	20 %
Alvorlig depresjon	10 %
Andre diagnoser	10 %
Andre psykiske lidelser	25 %
Angst	25 %
Bipolar lidelse	15 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	15 %
LAR	1 %
Mangler diagnose	10 %
Mild/Moderat depresjon	25 %
Organiske lidelser	1 %
Personlighetsforstyrrelser	10 %
Psykisk utviklingshemming	15 %
Psykose	15 %
Rusrelaterte lidelser	20 %
Rusutløst psykose	10 %
Spiseforstyrrelser	20 %
Symptomdiagnose	25 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	20 %
Øvrig depresjon	20 %

²⁸ https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf/_/attachment/inline/8f652113-5590-4353-ac97-5b4f642cf633:1440ec6d41871d69b50eec913dd8ef66d619d05b/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf

Brukerstyrt poliklinikk med skjemabasert oppfølging og bruk av medisinsk-teknisk utstyr

Systematiske effektmålinger og tilstandsmonitorering av pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser har flere positive effekter.^{29,30} For flere alvorlige psykiske lidelser har tidlig intervensjon stor betydning, og kan gi en ny dimensjon for pårørende i oppfølgingen.^{31,32}

Digitale helsetjenester gjør det mulig for pasientene å veksle mellom fysiske og digitale møter etter behov, og ulike internettassistert behandlingsformer gjør at dialogen mellom pasient og behandler kan skje raskere. Avstandsoppfølging og brukerstyrte poliklinikker vil bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, men hvor oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Tradisjonelt har oppfølging av kronisk syke pasienter vært sykehusstyrt gjennom faste fysiske møtepunkter på sykehuset, uten at det nødvendigvis er samsvar mellom pasientens reelle behov og tidspunkt for når konsultasjonen settes opp. For noen pasienter er det mer hensiktsmessig å tilby tilpassede pasientforløp der pasienten får oppfølging ved behov, i stedet for fastsatte intervaller (PRO-oppfølging (Patient Reported Outcome)). Raskt tilgjengelig brukerstyrt poliklinikk kan bidra til at forverringer blir fanget opp raskere.³³

Effekten av digitale helsetjenester er lagt inn i modellen på følgende måte:

- 20% av pasientene i døgnbehandling med bipolar lidelse, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, personlighetsforstyrrelse, psykose, rusrelaterte lidelser, rusutløst psykose, spiseforstyrrelser, belastningslidelser og alkoholrelaterte lidelser får tilbud om brukerstyrt poliklinikk med digital oppfølging.
- Det forutsettes at det reduserer liggetiden med 5% for disse pasientgruppene.
- Det legges til 0,5 polikliniske konsultasjoner for hvert liggedøgn som reduseres.

Endring i omsorgsnivå – fra døgn til poliklinikk

Helsetjenestene trenger tilstrekkelig døgnkapasitet for å sikre at pasienter med behov for døgnbehandling har tilstrekkelig hjelpetilbud. Godt utviklede dag- og polikliniske tilbud kan redusere behovet for døgninnleggelse, og for enkelte pasientgrupper kan intensiv og oppsøkende poliklinisk behandling erstatte deler av døgnbehandlingen.

Modellen forutsetter følgende:

- Tradisjonell behandling og oppfølging erstattes delvis med tidsintensive behandlingsopplegg, forsterket oppsøkende poliklinisk innsats, internettassisterte behandlingstilbud og brukerstyrte poliklinikker med digital monitorering.

²⁹ Scott & Lewis (2015). Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment, Cogn Behav Pract.

³⁰ Lewis et al. (2019). Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health A Review, 76, JAMA Psychiatry.

³¹ Friis et al. (2016). Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis, 67, Psychiatric Services.

³² Romm et al (2020). Remote Care for Caregivers of People With Psychosis: Mixed Methods Pilot Study. JMIR Ment Health, 7.

³³ Møller et al. (2018). 24-hour access outpatient clinic for patients with exacerbation of chronic disease: a before-after cohort study of differences in acute healthcare utilisation, 18, BMC Health Services Research

- Basert på variasjon i innleggelsesmønster, nasjonale og internasjonale veiledere for behandling, antas at en større andel kan følges opp poliklinisk.
- 10% av de nasjonale døgnoppholdene omgjøres til poliklinikk for angst, mild/moderat depresjon, øvrig depresjon, tilpasningsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelse, LAR, alkoholrelaterte lidelser og øvrige psykiske lidelser.
- Det legges til 0,5 polikliniske konsultasjoner for hvert liggedøgn som reduseres.

5. Resultater

Tabellene i kapitlet viser framskrivningsmodellens hovedresultater. Ytterligere tabeller og oversikter er oppstilt i vedlegg 1.

Tabell 5 viser utvikling i befolkning, estimert prevalens for psykiske lidelser og rusavhengighet i perioden fra 2019 til 2040. Det forutsettes en 30 % overlapp mellom pasientpopulasjonen i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten dvs. at de mottar tilbud i begge områder.

Tabell 5 Framskrivning av befolkning i Norge, estimert antall individer med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse i spesialist- og primærhelsetjeneste

	2019	2040
Befolkning Norge	5 328 212	5 841 616
Estimert antall med diagnostiserbare psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser	820 391	899 440
Antall med kontakt med fastlege	630 000	690 704
Estimert antall individer med lavterskeltilbud i kommunene	220 000	241 198
Antall individer med tilbud i spesialisthelsetjenesten	274 403	300 843
Samtaleterapi hos fastlege	70 000	76 745
Estimert antall individer i behandling forutsatt 30% overlapp	395 082	433 151
Estimert andel av prevalens i behandling	48 %	48 %

5.1. Vedtaksbaserte tjenester fra kommunal helse- og omsorgstjeneste

Tabell 6 viser en ren demografisk framskrivning av antall individer med vedtaksbaserte tjenester, antall timer for aktivisering og hjemmetjenester, oppholdsdøgn i institusjon, kommunal bolig og justert aktivitet (omberegnet uttrykk for sammenlignbare størrelser). Det er korrigert for variasjon. Eventuell vekst i behov for boliger og andre omstillingstiltak er ikke innarbeidet og bør inngå i det videre arbeidet med utviklingsplaner og nasjonal helse- og sykehusplan.

Tabell 6 Framskrivning av vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste 2019 - 2040

	2019			Korreksjon for variasjon			2040 etter befolkningsendringer		
	Individer	Timer- /oppholdsdøgn	Justert aktivitet	Individer	Timer- /oppholdsdøgn	Justert aktivitet	Individer	Timer- /oppholdsdøgn	Justert aktivitet
Aktivisering	16 168	4 085 839	106 116	16 393	4 117 489	106 938	18 416	4 769 938	123 884
Hjemmetjenester	66 948	24 024 481	1 255 829	66 771	23 971 043	1 253 036	74 496	25 475 235	1 331 665
Institusjon	13 957	2 956 615	868 402	14 356	3 026 763	889 685	22 090	4 754 243	1 397 471
Bolig	8 329	2 684 268	52 321	8 445	2 723 660	53 102	10 036	3 188 941	62 173

Tabell 7 viser framskrivningen for justert aktivitet av vedtaksbaserte tjenester per 100 000 innbygger (total befolkning).

Tabell 7 Framskrivning av justert aktivitet av vedtaksbaserte tjenester per 100 000 innbygger (total befolkning).

	2019	2040	Endring
Aktivering	1 992	2 121	6 %
Hjemmetjenester	23 569	22 796	-3 %
Institusjon	16 298	23 923	47 %
Bolig	982	1 064	8 %

5.2. Spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og TSB

Tabell 8 viser utvikling i liggedøgn fra 2019 til 2040 med de ulike faktorene i modellen. Kolonnen «Faglig utvikling» viser volum i 2040. Det er en samlet vekst på 4% i antall liggedøgn i perioden.

Tabell 8 Framskrivning av liggedøgn 2019 til 2040 etter tjenesteområde

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling	Endring	
TSB	601 258	602 212	597 405	614 590	567 051	-34 207	-5,7 %
VOP	1 065 478	1 138 547	1 144 045	1 237 837	1 165 647	100 169	9,4 %
BUP	80 218	84 228	92 152	86 960	83 706	3 488	4,3 %
	1 746 954				1 816 404	69 450	4,0 %

Tabell 9 viser utviklingen i liggedøgn per 100 000 innbygger. Psykisk helsevern for voksne over 18 år – VOP, mens BUP favner de mellom 0-17 år. Tabellen viser en reduksjon per innbygger innen TSB, stabilt nivå for VOP, og en økning for BUP. Variasjonen er redusert i alle tjenesteområdene.

Tabell 9 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger, endring i % og variasjonskoeffisient

	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2040	Endring	CV 2019	CV 2040
TSB	14 296	11 888	-17 %	27 %	18 %
VOP	25 334	24 438	-4 %	19 %	17 %
BUP	7 146	7 810	9 %	43 %	29 %

Tabell 10 viser standardiserte verdier (femårig alder) per 100 000 innbygger vektet for befolkningssammensetningen i Norge 2019. Resultatene viser en større vekst for BUP, stabilitet i VOP og en svak reduksjon i TSB. Dette fordi en beregning av rå-rate ikke gir tilstrekkelig informasjon til å vurdere utviklingen, ettersom forbruksprofilen er aldersavhengig og det er forventet en endring i befolkningssammensetningen i Norge frem til 2040.

Tabell 10 Standardiserte rater per 100 000 liggedøgn

Standardisert rate liggedøgn	Standardiserte rater per 100 000 liggedøgn		Endring
	2019	2040	
TSB	11 284	10 557	-6 %
VOP	19 997	20 430	2 %
BUP	6 139	7 018	14 %
Total	32 787	32 702	0 %

Oversikt over utvikling i poliklinikk og dagopphold vises i tabell 11.

Tabell 11 Framskrivning av poliklinikk og dagopphold 2019 – 2040

	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlingsforløp	Endring	Herav digital poliklinikk
TSB	609 461	790 200	826 117	856 915	141 %	108 959
VOP	1 836 794	2 084 516	2 167 270	2 220 785	121 %	424 494
BUP	836 500	984 070	922 380	924 007	110 %	206 340
Avtalespesialister	607 269	688 503	721 813	721 813	119 %	147 658
Totalt	3 890 024	4 547 288	4 637 580	4 723 520	121 %	887 450

Tabell 12 viser utviklingen i poliklinikk og dagbehandling per 100 000 innbygger (samme aldersinndeling som over). Variasjonen er i liten grad påvirket, ettersom det ikke er korrigert for variasjon i volum av poliklinikk.

Tabell 12 Polikliniske og dagopphold per 100 000 innbygger, endring i % og variasjonskoeffisient

	Aktivitet 2019	Aktivitet 2040	Endring	CV 2019	CV 2040
TSB	14 491	17 983	24 %	61 %	55 %
VOP	43 674	46 548	7 %	22 %	24 %
BUP	74 521	85 988	15 %	15 %	14 %
Avtalespesialister	14 439	15 092	5 %	60 %	61 %

Tabell 13 viser standardiserte rater per 100 000 innbygger for poliklinikk.

Tabell 13 Standardisert rate per 100 000 innbygger poliklinikk

Standardisert rate poliklinikk	Standardisert rate		Endring
	2019	2040	
TSB	11 438	15 727	37 %
VOP	34 473	40 579	18 %
BUP	65 862	78 829	20 %
Avtalespesiali	11 397	13 113	15 %
Total	73 008	88 202	21 %

5.3. Døgnbehandling

Tabell 14 viser komponentene i modellen for ulike diagnosegrupper i døgnbehandling. Utvikling per opptaksområde er fremstilt i vedlegg 1.

Tabell 14 Framskrivning av liggedøgn 2019 - 2040 etter diagnosegruppe

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling
ADHD	16 563	16 563	17 027	16 477	16 477
Alkoholrelaterte lidelser	206 135	206 135	205 136	218 547	194 612
Alvorlig depresjon	72 338	72 338	72 790	90 290	85 352
Andre diagnoser	21 187	21 187	21 275	28 997	28 997
Andre psykiske lidelser	9 644	9 644	10 034	9 778	8 837
Angst	46 010	46 010	46 502	51 354	46 272
Bipolar lidelse	100 059	115 068	115 814	129 698	123 241
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	18 983	18 983	19 397	19 172	18 980
LAR	75 646	75 646	75 712	79 695	68 664
Mangler diagnose	166 454	166 454	167 864	175 373	175 373
Mild/Moderat depresjon	76 337	76 337	77 323	88 511	79 785
Organiske lidelser	22 937	22 937	23 287	33 345	33 345
Personlighetsforstyrrelser	50 005	50 005	50 538	49 914	41 933
Psykisk utviklingshemming	8 381	8 381	8 641	8 493	8 493
Psykose	356 957	410 501	411 328	428 676	406 495
Rusrelaterte lidelser	291 342	291 342	289 126	290 056	275 109
Rusutløst psykose	12 626	14 520	14 469	14 276	13 587
Spiseforstyrrelser	50 580	58 167	60 701	57 000	54 189
Symptomdiagnose	26 709	26 709	27 367	27 563	27 563
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	107 397	107 397	108 212	109 899	98 014
Øvrig depresjon	10 664	10 664	11 057	12 273	11 088

For psykose, rusutløst psykose og spiseforstyrrelser er det primært aldersgruppen 15-40 år som har et betydelig døgnforbruk. Utviklingen for gruppen mellom 15-40 år har en klar vekst i antall liggedøgn per innbygger som er fremstilt i tabell 15.

Tabell 15 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger i aldersgruppe 15-40 år etter selekterte diagnosegrupper

	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2040	Endring
Psykose	20 394	24 364	19 %
Rusutløst psykose	721	814	13 %
Spiseforstyrrelser	2 890	3 248	12 %

Tabell 16 viser utviklingen per diagnosegruppe per 100 000 innbygger (total befolkning). Oversikten gir et noe skjevt bilde på grunn av den sterke veksten i antall eldre.

Tabell 16 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) og endring etter diagnosegrupper

	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2040	Endring
ADHD	311	282	-9 %
Alkoholrelaterte lidelser	3 869	3 331	-14 %
Alvorlig depresjon	1 358	1 461	8 %
Andre diagnoser	398	496	25 %
Andre psykiske lidelser	181	151	-16 %
Angst	864	792	-8 %
Bipolar lidelse	1 878	2 110	12 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	356	325	-9 %
LAR	1 420	1 175	-17 %
Mangler diagnose	3 124	3 002	-4 %
Mild/Moderat depresjon	1 433	1 366	-5 %
Organiske lidelser	430	571	33 %
Personlighetsforstyrrelser	938	718	-24 %
Psykisk utviklingshemming	157	145	-8 %
Psykose	6 699	6 959	4 %
Rusrelaterte lidelser	5 468	4 709	-14 %
Rusutløst psykose	237	233	-2 %
Spiseforstyrrelser	949	928	-2 %
Symptomdiagnose	501	472	-6 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	2 016	1 678	-17 %
Øvrig depresjon	200	190	-5 %

Tabell 17 viser utviklingen i antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) per tjeneste- og opptaksområde.

Tabell 17 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) etter opptaksområde og tjenestoområde

	TSB 2019	TSB 2040	Endring	VOP 2019	VOP 2040	Endring	BUP 2019	BUP 2040	Endring
Akershus universitetssykehus HF	14 590	11 888	-19 %	18 962	19 895	5 %	8 634	8 509	-1 %
Helse Stavanger HF	13 202	10 798	-18 %	32 854	29 655	-10 %	4 367	6 121	40 %
Sykehuset Innlandet HF	16 700	14 755	-12 %	30 448	30 376	0 %	9 218	8 923	-3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	25 978	16 672	-36 %	30 171	30 644	2 %	7 785	8 936	15 %
Nordlandssykehuset HF	16 864	14 386	-15 %	23 992	23 472	-2 %	10 551	10 536	0 %
Oslo universitetssykehus HF	15 584	13 461	-14 %	29 395	28 587	-3 %	8 962	9 520	6 %
Sykehuset Østfold HF	14 537	12 089	-17 %	27 382	25 197	-8 %	12 902	12 847	0 %
Sørlandet Sykehus HF	14 951	12 593	-16 %	26 941	25 559	-5 %	2 291	6 560	186 %
St. Olavs hospital HF	9 808	9 571	-2 %	22 178	22 306	1 %	3 071	7 022	129 %
Sykehuset Telemark HF	19 362	14 911	-23 %	32 070	31 098	-3 %	8 747	7 833	-10 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	15 685	12 907	-18 %	31 805	29 265	-8 %	7 555	7 669	2 %
Diakonhjemmet Sykehus	12 922	10 936	-15 %	21 035	21 694	3 %	7 965	8 107	2 %
Sykehuset i Vestfold HF	14 865	11 846	-20 %	20 948	19 005	-9 %	6 291	6 126	-3 %
Vestre Viken HF	9 840	9 047	-8 %	20 944	19 390	-7 %	6 797	6 623	-3 %
Helgelandsykehuset HF	16 483	14 185	-14 %	21 585	20 762	-4 %	15 626	12 597	-19 %
Helse Bergen HF	12 460	10 484	-16 %	26 535	26 487	0 %	6 351	6 358	0 %
Finnmarksykehuset HF	21 688	14 729	-32 %	33 560	29 753	-11 %	13 803	13 592	-2 %
Helse Fonna HF	17 451	15 034	-14 %	22 749	21 848	-4 %	5 355	6 144	15 %
Helse Førde HF	7 678	9 539	24 %	23 991	24 415	2 %	6 345	5 793	-9 %
Helse Nord Trøndelag HF	10 531	8 851	-16 %	16 891	20 380	21 %	4 551	5 911	30 %
Helse Møre og Romsdal HF	12 967	10 516	-19 %	22 070	20 964	-5 %	5 746	6 566	14 %

5.4. Poliklinikk

Tabell 18 viser effekten på poliklinikk og dagbehandling for ulike diagnosegrupper i poliklinikk og dagbehandling. Tabeller i vedlegg 1 viser utviklingen per opptaksområde.

Tabell 18 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling 2019 - 2040 etter diagnosegruppe

	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlingsforløp	Endring	Herav digital poliklinikk
ADHD	227 837	258 739	246 927	246 927	8 %	49 385
Alkoholrelaterte lidelser	120 676	259 166	278 844	290 811	141 %	56 752
Alvorlig depresjon	54 118	61 571	67 640	72 577	34 %	7 258
Andre diagnoser	31 166	36 952	45 388	45 388	46 %	4 539
Andre psykiske lidelser	114 640	131 412	124 995	125 466	9 %	31 366
Angst	376 207	422 318	425 949	428 490	14 %	107 123
Bipolar lidelse	136 859	153 789	163 776	169 610	24 %	25 189
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	76 188	86 868	83 277	83 373	9 %	12 587
LAR	262 945	290 836	303 554	310 604	18 %	3 106
Mangler diagnose	60 739	67 908	69 096	69 096	14 %	6 910
Mild/Moderat depresjon	378 608	424 682	441 686	446 050	18 %	111 512
Organiske lidelser	14 987	18 506	28 640	28 640	91 %	286
Personlighetsforstyrrelser	211 553	234 346	232 833	238 133	13 %	23 495
Psykisk utviklingshemming	14 376	16 118	15 939	15 939	11 %	2 391
Psykose	302 011	337 372	363 112	383 241	27 %	56 520
Rusrelaterte lidelser	145 723	161 175	163 407	176 965	21 %	34 071
Rusutløst psykose	4 677	5 168	5 113	5 733	23 %	580
Spiseforstyrrelser	96 655	129 208	123 177	125 715	30 %	24 909
Symptomdiagnose	675 746	769 270	760 249	760 249	13 %	190 062
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	509 775	598 270	606 198	612 140	20 %	121 735
Øvrig depresjon	74 538	83 617	87 781	88 374	19 %	17 675

Tabell 19 viser utviklingen i poliklinikk for diagnosegruppene i standardiserte rater per 100 000 innbygger

Tabell 19 Standardiserte rater poliklinikk per 100 000 innbygger og endring etter diagnosegrupper.

Standardiserte rater poliklinikk			
Diagnosegruppe	2019	2040	Endring
ADHD	4 276	4 887	14 %
Alkoholrelaterte lidelser	2 265	5 219	130 %
Alvorlig depresjon	1 016	1 248	23 %
Andre diagnoser	585	699	19 %
Andre psykiske lidelser	2 152	2 497	16 %
Angst	7 061	8 074	14 %
Bipolar lidelse	2 569	3 029	18 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	1 430	1 664	16 %
LAR	4 935	5 655	15 %
Mangler diagnose	1 140	1 287	13 %
Mild/Moderat depresjon	7 106	8 153	15 %
Organiske lidelser	281	356	27 %
Personlighetsforstyrrelser	3 970	4 535	14 %
Psykisk utviklingshemming	270	308	14 %
Psykose	5 668	6 959	23 %
Rusrelaterte lidelser	2 735	3 367	23 %
Rusutløst psykose	88	111	26 %
Spiseforstyrrelser	1 814	2 491	37 %
Symptomdiagnose	12 682	14 618	15 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	9 567	11 447	20 %
Øvrig depresjon	1 399	1 597	14 %
Totalsum	73 008	88 202	21 %

Tabell 20 viser utviklingen i poliklinikk per 100 000 innbygger (total befolkning) per tjeneste- og opptaksområde.

Tabell 20 Antall poliklinikk og dagopphold per 100 000 innbygger (total befolkning) per tjeneste- og opptaksområde

	TSB 2019	TSB 2040	Endring	VOP 2019	VOP 2040	Endring	BUP 2019	BUP 2040	Endring	Avt.spes 2019	Avt.spes 2040	Endring
Akershus universitetssykehus HF	9 790	13 305	36 %	40 698	43 022	6 %	68 665	78 071	14 %	14 862	15 156	2 %
Helse Stavanger HF	20 235	21 346	5 %	43 169	45 374	5 %	70 602	81 684	16 %	12 263	12 257	0 %
Sykehuset Innlandet HF	9 893	12 821	30 %	42 546	45 717	7 %	83 454	96 212	15 %	11 563	12 435	8 %
Lovisenberg Diagonale Sykehus HF	20 985	30 438	45 %	78 199	88 011	13 %	63 577	83 427	31 %	40 440	42 864	6 %
Nordlandssykehuset HF	4 937	6 768	37 %	35 714	37 557	5 %	86 424	99 030	15 %	10 991	12 399	13 %
Oslo universitetssykehus HF	13 139	18 897	44 %	45 650	52 683	15 %	78 681	95 288	21 %	28 292	28 685	1 %
Sykehuset Østfold HF	16 535	20 193	22 %	34 222	35 585	4 %	69 949	80 017	14 %	13 037	13 277	2 %
Sørlandet Sykehus HF	14 063	17 853	27 %	52 663	54 682	4 %	69 884	81 030	16 %	9 993	9 971	0 %
St. Olavs hospital HF	11 661	16 754	44 %	53 103	56 744	7 %	63 235	75 389	19 %	8 486	9 326	10 %
Sykehuset Telemark HF	13 719	16 112	17 %	41 600	44 623	7 %	88 752	100 864	14 %	17 669	17 980	2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	8 165	10 588	30 %	38 273	41 284	8 %	81 647	93 808	15 %	9 487	9 983	5 %
Diakonhjemmet Sykehus	12 923	18 446	43 %	47 170	53 312	13 %	69 958	84 030	20 %	27 537	29 477	7 %
Sykehuset i Vestfold HF	29 155	32 779	12 %	48 056	49 948	4 %	99 398	114 270	15 %	13 381	13 558	1 %
Vestre Viken HF	11 392	13 735	21 %	38 317	39 940	4 %	76 937	87 593	14 %	15 756	16 709	6 %
Helgelandsykehuset HF	5 299	6 343	20 %	48 391	50 721	5 %	97 974	113 347	16 %	4 167	4 442	7 %
Helse Bergen HF	32 470	36 026	11 %	45 506	47 590	5 %	79 660	91 128	14 %	17 552	18 028	3 %
Finnmarsykehuset HF	2 787	4 075	46 %	36 337	38 436	6 %	81 358	94 551	16 %	5 540	5 563	0 %
Helse Fonna HF	20 175	23 078	14 %	34 016	35 074	3 %	64 481	74 243	15 %	10 194	10 435	2 %
Helse Førde HF	2 220	3 046	37 %	33 383	35 985	8 %	74 570	85 150	14 %	9 164	9 912	8 %
Helse Nord Trøndelag HF	7 054	9 849	40 %	39 879	43 876	10 %	60 064	67 687	13 %	8 034	7 643	-5 %
Helse Møre og Romsdal HF	5 491	7 914	44 %	41 113	42 790	4 %	61 003	68 129	12 %	6 942	7 021	1 %

Vedlegg 1 - Resultattabeller

Tabell 21 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV)

Aktivitetsparametere	Gjennomsnittlig rate (std)	CV
Individer i PHV/TSB	5394 (681)	13 %
Individer i BUP	5411 (1024)	19 %
Polikliniske opphold BUP	76271 (14320)	19 %
Individer innlagt BUP	212 (97)	46 %
Liggedøgnsforbruk BUP	7789 (3602)	46 %
Individer i VOP	3843 (477)	12 %
Polikliniske opphold VOP	43714 (9566)	22 %
Individer innlagt VOP	675 (125)	18 %
Liggedøgnsforbruk VOP	25548 (4873)	19 %
Individer innlagt med alvorlig psykisk lidelse	203 (34)	19 %
Liggedøgnsforbruk alvorlig psykisk lidelse	10500 (2624)	25 %
Polikliniske opphold alvorlig psykisk lidelse	9160 (5083)	55 %
Registrert oppsøkende poliklinisk kontakt alvorlig psykisk lidelse	1557 (1429)	92 %
Individer innlagt angst (F4)	49 (16)	32 %
Liggedøgnsforbruk angst	1145 (479)	42 %
Individer i TSB	797 (249)	31 %
Polikliniske opphold TSB (eksl. LAR-diagnoser)	7689 (3308)	43 %
Individer innlagt TSB	222 (58)	26 %
Liggedøgn TSB	15021 (4059)	27 %
Individer innlagt ø-hjelp TSB	41 (26)	63 %
Aktiveringstjenester i kommunen	382 (109)	29 %
Hjemmetjenester i kommunen	1544 (366)	24 %
Institusjonstilbud i kommunen	359 (98)	27 %
Botilbud i kommunen	204 (69)	34 %
Individer i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	38721 (3325)	9 %
Individer innlagt somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	10817 (918)	8 %
Liggedøgn somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	91966 (11246)	12 %
Individer innlagt øhjelptilbud med hjernekar sykdommer i somatiske sykehusfunksjoner	225 (43)	19 %

Tabell 22 Opptaksområde med høy/lav grad av oppsøkende behandling i TSB og VOP i dag (høy grad gir lavt potensial for forsterket poliklinisk innsats) og andel av opptaksområde som bor i kommuner med mer enn 15 000 innbygger (prosenten brukes direkte i modellering av potensial for forsterket poliklinisk innsats).

Opptaksområde	Mediansplit antall individer med oppsøkende polikliniske behandling 2019	Andel individer i opptaksområdet bosatt i kommuner > 15 000
Helse Stavanger	Høy	83 %
Sykehuset Innlandet	Høy	49 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	Høy	100 %
Sykehuset Østfold	Høy	89 %
Sørlandet sykehus	Høy	66 %
St. Olavs Hospital	Høy	77 %
Sykehuset Telemark	Høy	53 %
Helse Bergen	Høy	92 %
Helse Fonna	Høy	54 %
Helse Førde	Høy	36 %
Akershus universitetssykehus	Lav	90 %
Nordlandssykehuset	Lav	38 %
Oslo universitetssykehus	Lav	99 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Lav	64 %
Diakonhjemmet Sykehus	Lav	100 %
Sykehuset i Vestfold	Lav	100 %
Vestre Viken	Lav	88 %
Helgelandssykehuset	Lav	34 %
Finnmarkssykehuset	Lav	28 %
Helse Nord Trøndelag	Lav	56 %
Helse Møre og Romsdal	Lav	45 %

Tabell 23 Samlet effekt av justering for variasjon over opptaksområder

Opptaksområde	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2019 etter korreksjon for variasjon	Endring	
St. Olavs Hospital	82 692	88 029	5 337	6 %
Helse Nord Trøndelag	33 014	38 868	5 854	18 %
Helse Møre og Romsdal	76 475	76 815	340	0 %
Helse Midt-Norge	192 181	203 712	11 531	6 %
Nordlandssykehuset	48 371	48 371	-	0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	76 375	75 535	-840	-1 %
Helgelandssykehuset	26 453	26 138	-315	-1 %
Finnmarkssykehuset	35 662	31 588	-4 074	-11 %
Helse Nord	186 861	181 632	-5 229	-3 %
Akershus universitetssykehus	157 109	167 167	10 057	6 %
Sykehuset Innlandet	135 145	135 145	-	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	70 080	61 291	-8 789	-13 %
Oslo universitetssykehus	93 968	93 968	-	0 %
Sykehuset Østfold	113 687	113 687	-	0 %
Sørlandet sykehus	101 446	104 189	2 743	3 %
Sykehuset Telemark	74 497	70 547	-3 950	-5 %
Diakonhjemmet Sykehus	38 124	39 972	1 848	5 %
Sykehuset i Vestfold	72 977	73 006	29	0 %
Vestre Viken	123 957	128 494	4 537	4 %
Helse Sør-Øst	980 990	987 465	6 476	1 %
Helse Stavanger	132 901	130 184	-2 717	-2 %
Helse Bergen	144 713	144 713	-	0 %
Helse Fonna	58 579	58 551	-28	0 %
Helse Førde	28 838	31 654	2 816	10 %
Helse Vest	365 031	365 103	72	0 %
Total	1 725 063	1 737 912	12 849	1 %

Tabell 24 Antall liggedøgn TSB per 100 000 innbygger 18 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering

Opptaksområde	Liggedøgn 2019	Rate per 100 000	Kommentar	Endring
Akershus universitetssykehus	64 595	14 368	Ingen endring	0 %
Helse Stavanger	37 223	13 313	Ingen endring	0 %
Sykehuset Innlandet	45 816	16 737	Ingen endring	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	34 483	23 968	Over 80 persentil	-28 %
Nordlandssykehuset	18 751	16 864	Ingen endring	0 %
Oslo universitetssykehus	33 584	14 360	Ingen endring	0 %
Sykehuset Østfold	36 945	14 801	Ingen endring	0 %
Sørlandet sykehus	35 869	15 092	Ingen endring	0 %
St. Olavs Hospital	24 740	9 808	Under 20 persentil	13 %
Sykehuset Telemark	26 915	19 362	Over 80 persentil	-11 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	24 269	15 685	Ingen endring	0 %
Diakonhjemmet Sykehus	14 986	11 888	Ingen endring	0 %
Sykehuset i Vestfold	29 114	14 979	Ingen endring	0 %
Vestre Viken	37 409	9 877	Under 20 persentil	12 %
Helgelandssykehuset	10 452	16 661	Ingen endring	0 %
Helse Bergen	44 260	12 460	Ingen endring	0 %
Finmarkssykehuset	13 182	21 688	Over 80 persentil	-20 %
Helse Fonna	24 632	17 638	Over 80 persentil	-2 %
Helse Førde	6 704	7 799	Under 20 persentil	42 %
Helse Nord Trøndelag	12 130	10 531	Under 20 persentil	5 %
Helse Møre og Romsdal	27 105	12 967	Ingen endring	0 %

Tabell 25 Antall liggedøgn VOP per 100 000 innbygger 18 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering

Opptaksområde	Liggedøgn 2019	Rate per 100 000	Kommentar	Endring
Akershus universitetssykehus	83 954	18 674	Under 20 persentil	12 %
Helse Stavanger	91 859	32 854	Over 80 persentil	-5 %
Sykehuset Innlandet	83 349	30 448	Ingen endring	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	39 934	27 757	Ingen endring	0 %
Nordlandssykehuset	26 677	23 992	Ingen endring	0 %
Oslo universitetssykehus	63 248	27 043	Ingen endring	0 %
Sykehuset Østfold	68 348	27 382	Ingen endring	0 %
Sørlandet sykehus	64 029	26 941	Ingen endring	0 %
St. Olavs Hospital	55 946	22 178	Ingen endring	0 %
Sykehuset Telemark	44 581	32 070	Over 80 persentil	-3 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	49 213	31 805	Over 80 persentil	-2 %
Diakonhjemmet Sykehus	24 395	19 352	Under 20 persentil	8 %
Sykehuset i Vestfold	40 716	20 948	Ingen endring	0 %
Vestre Viken	79 322	20 944	Under 20 persentil	0 %
Helgelandssykehuset	13 541	21 585	Ingen endring	0 %
Helse Bergen	94 255	26 535	Ingen endring	0 %
Finmarkssykehuset	20 398	33 560	Over 80 persentil	-7 %
Helse Fonna	31 770	22 749	Ingen endring	0 %
Helse Førde	20 623	23 991	Ingen endring	0 %
Helse Nord Trøndelag	19 456	16 891	Under 20 persentil	24 %
Helse Møre og Romsdal	46 131	22 070	Ingen endring	0 %

Tabell 26 Antall liggedøgn BUP per 100 000 innbygger 0-17 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering

Opptaksområde	Liggedøgn 2019	Rate per 100 000	Kommentar	Endring
Akershus universitetssykehus	10 985	8 503	Ingen endring	0 %
Helse Stavanger	3 819	4 367	Under 40 persentil	45 %
Sykehuset Innlandet	5 980	9 218	Ingen endring	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	1 757	7 163	Ingen endring	0 %
Nordlandssykehuset	2 943	10 551	Ingen endring	0 %
Oslo universitetssykehus	5 307	8 245	Ingen endring	0 %
Sykehuset Østfold	8 394	12 902	Ingen endring	0 %
Sørlandet sykehus	1 548	2 291	Under 40 persentil	177 %
St. Olavs Hospital	2 006	3 071	Under 40 persentil	107 %
Sykehuset Telemark	3 001	8 747	Ingen endring	0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	2 893	7 555	Ingen endring	0 %
Diakonhjemmet Sykehus	2 058	7 328	Ingen endring	0 %
Sykehuset i Vestfold	3 147	6 291	Under 40 persentil	1 %
Vestre Viken	7 226	6 797	Ingen endring	0 %
Helgelandssykehuset	2 460	15 626	Ingen endring	0 %
Helse Bergen	6 198	6 351	Ingen endring	0 %
Finnmarkssykehuset	2 082	13 803	Ingen endring	0 %
Helse Fonna	2 177	5 355	Under 40 persentil	19 %
Helse Førde	1 511	6 345	Under 40 persentil	0 %
Helse Nord Trøndelag	1 428	4 564	Under 40 persentil	39 %
Helse Møre og Romsdal	3 239	5 746	Under 40 persentil	11 %

Tabell 27 Endring i % per opptaksområde for korreksjon av variasjon i vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Rater er beregnet per 100 000 innbygger (total befolkning)

	Aktivisering	Hjemme- tjenester	Institusjon	Bolig
Akershus universitetssykehus	7 %	3 %	46 %	25 %
Diakonhjemmet Sykehus	39 %	50 %	0 %	43 %
Helgelandssykehuset	0 %	0 %	0 %	-2 %
Helse Bergen	0 %	0 %	0 %	19 %
Finnmarkssykehuset	-19 %	0 %	-5 %	0 %
Helse Fonna	0 %	0 %	0 %	0 %
Helse Førde	-23 %	0 %	0 %	-2 %
Helse Nord Trøndelag	0 %	-1 %	-18 %	-16 %
Helse Møre og Romsdal	-1 %	0 %	0 %	0 %
Helse Stavanger	0 %	0 %	0 %	0 %
Sykehuset Innlandet	-4 %	-8 %	0 %	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	126 %	4 %	27 %	4 %
Nordlandssykehuset	0 %	-5 %	-9 %	0 %
Oslo universitetssykehus	18 %	3 %	35 %	0 %
Sykehuset Østfold	0 %	0 %	0 %	-7 %
Sørlandet sykehus	0 %	-5 %	0 %	0 %
St. Olavs Hospital	0 %	0 %	0 %	0 %
Sykehuset Telemark	0 %	0 %	-3 %	0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	0 %	0 %	0 %	0 %
Sykehuset i Vestfold	0 %	0 %	0 %	0 %
Vestre Viken	0 %	0 %	1 %	0 %

Tabell 28 Framskrivning av liggedøgn i TSB etter opptaksområde

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling
Akershus universitetssykehus HF	64 595	64 681	64 681	70 693	64 135
Helse Stavanger HF	36 913	36 996	36 996	38 304	35 645
Sykehuset Innlandet HF	45 716	45 831	45 831	45 890	43 110
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	34 384	34 410	24 877	27 189	24 602
Nordlandssykehuset HF	18 751	18 905	18 905	17 889	16 640
Oslo universitetssykehus HF	33 533	33 598	33 598	38 680	34 719
Sykehuset Østfold HF	36 286	36 292	36 292	37 877	35 266
Sørlandet Sykehus HF	35 534	35 612	35 612	36 534	34 060
St. Olavs hospital HF	24 740	24 754	27 950	29 399	27 382
Sykehuset Telemark HF	26 915	26 915	24 088	23 436	22 000
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	24 269	24 285	24 285	22 868	21 044
Diakonhjemmet Sykehus	14 986	14 987	14 987	16 649	15 034
Sykehuset i Vestfold HF	28 893	28 924	28 924	28 961	26 264
Vestre Viken HF	37 266	37 325	41 847	44 029	40 096
Helgelandssykehuset HF	10 340	10 459	10 459	9 410	8 836
Helse Bergen HF	44 260	44 283	44 283	46 313	42 879
Finmarksykehuset HF	13 182	13 183	10 533	10 149	9 408
Helse Fonna HF	24 371	24 400	23 971	23 345	22 480
Helse Førde HF	6 600	6 613	9 390	8 741	8 259
Helse Nord Trøndelag HF	12 130	12 143	12 769	11 932	10 993
Helse Møre og Romsdal HF	27 105	27 129	27 129	26 303	24 198

Tabell 29 Framskrivning av liggedøgn i VOP etter opptaksområde

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling
Akershus universitetssykehus HF	83 954	89 618	100 520	115 912	107 335
Helse Stavanger HF	91 859	99 230	94 422	103 521	97 896
Sykehuset Innlandet HF	83 349	88 297	88 297	93 148	88 750
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	39 934	43 284	43 284	47 843	45 221
Nordlandssykehuset HF	26 677	27 873	27 873	28 671	27 149
Oslo universitetssykehus HF	63 248	68 621	68 621	80 476	73 734
Sykehuset Østfold HF	68 348	72 365	72 365	78 043	73 501
Sørlandet Sykehus HF	64 029	68 031	68 031	72 426	69 129
St. Olavs hospital HF	55 946	59 941	59 941	66 758	63 816
Sykehuset Telemark HF	44 581	47 349	46 156	48 049	45 882
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	49 213	52 069	51 180	50 790	47 715
Diakonhjemmet Sykehus	24 395	26 464	28 642	32 403	29 824
Sykehuset i Vestfold HF	40 716	43 812	43 812	45 952	42 137
Vestre Viken HF	79 322	84 509	84 515	92 355	85 934
Helgelandssykehuset HF	13 541	14 465	14 465	13 560	12 933
Helse Bergen HF	94 255	101 377	101 377	114 071	108 329
Finmarksykehuset HF	20 398	21 377	19 913	20 047	19 004
Helse Fonna HF	31 770	33 822	33 822	34 146	32 669
Helse Førde HF	20 623	22 300	22 300	22 047	21 139
Helse Nord Trøndelag HF	19 456	20 710	25 681	26 671	25 312
Helse Møre og Romsdal HF	46 131	48 827	48 827	50 947	48 239

Tabell 30 Framskrivning av liggedøgn i BUP etter opptaksområde

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling
Akershus universitetssykehus HF	10 985	11 313	11 313	11 790	11 160
Helse Stavanger HF	3 819	3 979	5 785	5 271	5 071
Sykehuset Innlandet HF	5 980	6 360	6 360	5 564	5 392
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	1 757	1 832	1 832	2 135	2 031
Nordlandssykehuset HF	2 943	3 070	3 070	2 721	2 591
Oslo universitetssykehus HF	5 307	5 490	5 490	6 202	5 888
Sykehuset Østfold HF	8 394	8 881	8 881	8 482	8 173
Sørlandet Sykehus HF	1 548	1 632	4 525	4 202	4 167
St. Olavs hospital HF	2 006	2 126	4 396	4 525	4 464
Sykehuset Telemark HF	3 001	3 139	3 139	2 568	2 434
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 893	3 142	3 142	2 760	2 674
Diakonhjemmet Sykehus	2 058	2 117	2 117	2 260	2 165
Sykehuset i Vestfold HF	3 147	3 486	3 519	3 000	2 921
Vestre Viken HF	7 226	7 780	7 780	7 049	6 855
Helgelandssykehuset HF	2 460	2 517	2 195	1 779	1 650
Helse Bergen HF	6 198	6 547	6 547	6 202	5 967
Finmarksykehuset HF	2 082	2 100	2 072	1 943	1 835
Helse Fonna HF	2 177	2 194	2 601	2 184	2 098
Helse Førde HF	1 511	1 613	1 615	1 214	1 148
Helse Nord Trøndelag HF	1 424	1 458	2 028	1 713	1 659
Helse Møre og Romsdal HF	3 239	3 389	3 745	3 397	3 364

Tabell 31 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i TSB etter opptaksområde

Opptaksområde	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlings- forløp	Herav digital poliklinikk
Akershus universitetssykehus HF	43 343	60 744	66 937	71 508	11 061
Helse Stavanger HF	56 576	67 624	68 800	70 483	6 205
Sykehuset Innlandet HF	27 082	35 647	35 764	37 394	5 527
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	27 776	38 559	43 304	44 877	6 385
Nordlandssykehuset HF	5 490	7 116	7 027	7 773	974
Oslo universitetssykehus HF	28 272	40 389	45 957	48 602	7 180
Sykehuset Østfold HF	41 273	54 512	57 152	58 886	7 873
Sørlandet Sykehus HF	33 423	45 590	46 813	48 268	7 935
St. Olavs hospital HF	29 416	42 517	46 688	47 934	8 010
Sykehuset Telemark HF	19 071	23 567	22 923	23 752	3 331
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	12 634	16 221	15 978	17 186	2 425
Diakonhjemmet Sykehus	14 987	21 809	24 216	25 314	4 047
Sykehuset i Vestfold HF	56 669	69 604	70 698	72 673	6 678
Vestre Viken HF	43 145	55 026	57 999	60 755	10 618
Helgelandssykehuset HF	3 324	4 062	3 588	3 927	399
Helse Bergen HF	115 336	137 913	145 347	147 523	10 146
Finnmarksykehuset HF	1 694	2 275	2 151	2 567	456
Helse Fonna HF	28 175	35 699	34 022	34 549	4 163
Helse Førde HF	1 908	2 525	2 345	2 617	391
Helse Nord Trøndelag HF	8 125	11 959	11 603	12 204	2 133
Helse Møre og Romsdal HF	11 478	16 468	16 804	18 123	3 023

Tabell 32 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i VOP etter opptaksområde

Opptaksområde	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlingsforløp	Herav digital poliklinikk
Akershus universitetssykehus HF	180 188	204 081	225 204	232 039	43 820
Helse Stavanger HF	120 700	136 724	145 692	149 773	28 408
Sykehuset Innlandet HF	116 468	132 120	130 911	133 654	25 263
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	103 503	117 130	128 009	130 021	23 309
Nordlandssykehuset HF	39 711	45 102	42 520	43 463	8 578
Oslo universitetssykehus HF	98 224	111 972	130 093	135 679	25 554
Sykehuset Østfold HF	85 421	96 295	100 691	103 770	20 884
Sørlandet Sykehus HF	125 161	141 549	145 868	148 074	28 492
St. Olavs hospital HF	133 956	151 537	160 424	162 561	31 687
Sykehuset Telemark HF	57 829	66 164	64 494	65 874	12 695
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	59 221	67 067	65 013	67 263	13 430
Diakonhjemmet Sykehus	54 704	62 842	71 013	73 260	13 219
Sykehuset i Vestfold HF	93 405	106 478	107 614	110 726	21 179
Vestre Viken HF	145 119	164 645	171 769	176 956	34 564
Helgelandssykehuset HF	30 357	34 492	31 218	31 638	6 436
Helse Bergen HF	161 639	182 887	190 476	194 733	36 817
Finnmarksykehuset HF	22 086	24 927	23 927	24 553	4 949
Helse Fonna HF	47 505	54 001	51 523	52 490	9 833
Helse Førde HF	28 696	32 944	30 630	31 185	6 285
Helse Nord Trøndelag HF	45 934	52 684	53 501	54 536	9 979
Helse Møre og Romsdal HF	85 936	97 708	96 679	98 539	19 112

Tabell 33 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i BUP etter opptaksområde

Opptaksområde	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlingsforløp	Herav digital poliklinikk
Akershus universitetssykehus HF	87 363	102 807	102 330	102 645	23 400
Helse Stavanger HF	61 739	72 650	67 748	67 848	14 147
Sykehuset Innlandet HF	54 139	63 679	58 210	58 295	13 238
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	14 348	16 851	18 957	19 009	4 290
Nordlandssykehuset HF	24 107	28 295	24 344	24 409	5 495
Oslo universitetssykehus HF	46 592	54 655	58 922	59 079	13 285
Sykehuset Østfold HF	45 509	53 461	50 873	51 028	11 409
Sørlandet Sykehus HF	47 227	55 684	51 587	51 605	11 760
St. Olavs hospital HF	41 312	48 588	48 021	48 051	10 701
Sykehuset Telemark HF	30 448	35 625	31 354	31 421	7 065
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	31 265	36 814	32 753	32 796	7 354
Diakonhjemmet Sykehus	18 075	21 249	22 451	22 499	4 987
Sykehuset i Vestfold HF	49 723	59 096	54 588	54 627	12 090
Vestre Viken HF	81 792	96 294	90 806	90 903	20 186
Helgelandssykehuset HF	15 424	18 128	14 819	14 883	3 324
Helse Bergen HF	77 740	91 133	85 631	85 749	19 160
Finnmarksykehuset HF	12 272	14 390	12 741	12 795	2 921
Helse Fonna HF	26 213	30 810	25 372	25 415	5 632
Helse Førde HF	17 758	20 970	16 876	16 909	3 811
Helse Nord Trøndelag HF	18 794	22 116	19 013	19 040	4 318
Helse Møre og Romsdal HF	34 385	40 452	34 985	35 001	7 768

Tabell 34 Framskrivning av poliklinikk avtalespesialister etter opptaksområde

Opptaksområde	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlings- forløp	Herav digital poliklinikk
Akershus universitetssykehus HF	65 801	74 587	81 992	81 992	16 972
Helse Stavanger HF	34 286	38 741	40 571	40 571	8 375
Sykehuset Innlandet HF	31 652	36 052	36 432	36 432	7 426
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	53 526	60 295	63 425	63 425	12 973
Nordlandssykehuset HF	12 221	13 976	14 381	14 381	2 728
Oslo universitetssykehus HF	60 876	68 801	74 189	74 189	15 098
Sykehuset Østfold HF	32 542	36 799	38 837	38 837	7 833
Sørlandet Sykehus HF	23 749	26 758	27 042	27 042	5 570
St. Olavs hospital HF	21 407	24 240	26 754	26 754	5 613
Sykehuset Telemark HF	24 562	27 809	26 601	26 601	5 656
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	14 679	16 721	16 322	16 322	3 336
Diakonhjemmet Sykehus	31 936	36 463	40 634	40 634	8 219
Sykehuset i Vestfold HF	26 008	29 489	30 142	30 142	6 144
Vestre Viken HF	59 675	68 218	74 252	74 252	15 089
Helgelandssykehuset HF	2 614	2 963	2 774	2 774	576
Helse Bergen HF	62 344	70 618	73 933	73 933	15 074
Finnmarksykehuset HF	3 367	3 799	3 563	3 563	750
Helse Fonna HF	14 237	16 146	15 646	15 646	3 042
Helse Førde HF	7 877	8 904	8 605	8 605	1 814
Helse Nord Trøndelag HF	9 254	10 497	9 519	9 519	2 043
Helse Møre og Romsdal HF	14 511	16 458	16 199	16 199	3 326

Vedlegg 2 - Analysenotat

Desember 2020

Merknad:

Dette notatet er basert på arbeid interregional faggruppe og ble ferdigstilt i desember 2020. Det betyr at enkelte begrep, analyser og resultat kan avvike noe fra det som presenteres i modellen.

1. Innledning

Psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser er hyppig forekommende i befolkningen og har store konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. På grunn av stort helsetap og høy forekomst, er angst og depresjon på henholdsvis 8. og 9. plass over lidelser som gir størst sykdomsbyrde. Psykiske lidelser er av denne grunn en av verdens helseorganisasjons (WHO) prioriterte områder av ikke-smittsomme sykdommer sammen med kreft, hjerte-/karsykdom, diabetes og kols.³⁴ Akutt schizofreni, alvorlig depresjon og alvorlig opioid-avhengighet er på topp 4 av sykdommene med høyest helsetap grunnet sykdomsbyrde.³⁵ Alkohol er det rusmiddelet som har størst negativ effekt på folkehelsen og er direkte årsak til flere sykdommer og skader, og medvirkende årsak til mer enn 60 sykdomsdiagnoser.³⁶ FHI anslår at alkoholrelaterte lidelser har en forekomst på om lag 8% for menn og 3% for kvinner.³⁷ En studie fra Folkehelseinstituttet (2017) viste at bare 3% av de med alkoholproblem fanges opp i primærhelsetjenesten, og 7% i spesialisthelsetjenesten.³⁸ Det er estimert at 8% av innleggelsene ved somatiske sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol³⁹, og at alkohol har betydning for opptil en tredjedel av alle innleggelser i somatiske avdelinger.⁴⁰

Alminnelige og utbredte psykiske lidelser er den vanligste årsaken til uførhet i Norge, og står for 36,2% av all arbeidsuførhet.⁴¹ For unge voksne mellom 18-29 år er psykiske lidelser hovedårsak til uførhet, og står for 63% av totalt antall uføre i aldersgruppen.⁴² Alvorlige psykiske lidelser rammer en liten andel av befolkningen, men utvikles ofte tidlig og med langvarig funksjonsnedsettelse. Pasienter med psykiske lidelser har økt risiko for somatisk sykdom, og personer med alvorlig psykisk lidelse har betydelig kortere forventet levetid.⁴³

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Det innebærer blant annet at områder som

³⁴ <https://www.who.int/nmh/about/en/>

³⁵ Global Health Metrics (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet.

³⁶ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

³⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

³⁸ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

³⁹ BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

⁴⁰ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a crosssectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients, 21, Norsk Epidemiologi.

⁴¹ https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd_kap

⁴² <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdde-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse>

⁴³ Charlson et al. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016, 44, Schizophrenia Bulletin

utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur, organisering og innretting av helsetjenesten skal se hen til en framskriving av befolkningens behov for helsetjenester. For å understøtte likeverdige helsetjenester for alle landets innbyggere, skal framskrivingen være basert på en felles nasjonal modell. Det skal samtidig videre være mulighet for lokale tilpasninger, der det enkelte regionale helseforetak mener det er nødvendig og relevant.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) gir overordnede føringer for hvordan bedre psykiske helse- og rustjenester skal utvikles.⁴⁴ Befolkningens samlede behov skal møtes gjennom et bærekraftig helsetilbud på rett omsorgsnivå. Vår mest kritiske ressurs de kommende årene er tilgang til helsepersonell. Bedre psykiske helsetjenester skal oppnås gjennom dels et fag- og kvalitetsutviklingsarbeid, dels gjennom bedre arbeidsdeling, samarbeid og teknologi. Barn- og unge, samt pasienter med alvorlige og sammensatte behov, skal vies særlig oppmerksomhet og er løftet frem i helsefelleskapene. Sentralt i nasjonal helse- og sykehusplan står pasientens helsetjeneste. Pasientens helsetjeneste skal blant annet realiseres gjennom aktiv deltakelse fra pasientene selv og medvirkning i valg som angår egen helse. Pakkeforløpene er en del av satsningen på økt kvalitet og prioritering i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og behandlingen skal tilpasses det som er viktigst for den enkelte. Nasjonal helse- og sykehusplan vil møte de utfordringene vi står overfor med videreutvikling av tjenestene, bedre bruk av teknologi, bedre samhandling og bedre bruk av kompetansen til de ansatte.

I arbeidet med ny modell for framskriving av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det gjort analyser av dagens bruk av helsetjenester på tvers av psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), rusbehandling og psykisk helsehjelp i kommunene, og relevante kommunale tjenester. Dette notatet baserer seg på arbeid i en faggruppe og beskriver faktorer som bør vurderes ved framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Faggruppen var sammensatt av fagpersoner fra alle helseregioner, brukerrepresentant, tillitsvalgt, Sykehusbygg HF og med Helsedirektoratet som observatør. Oversikt over faggruppens medlemmer ligger i notatets siste kapittel.

⁴⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

1.1. Mandat

Prosjektet skal levere analyser av dagens bruk av helsetjenester på tvers av psykisk helsevern, TSB, rusbehandling og psykisk helsehjelp i kommunene, og relevante kommunale tjenester. Arbeidet skal gjøre en framskrivning av befolkningens behov for helsetjenester for psykiske lidelser og rusmiddelproblemer fram mot 2040, og vurdere om det er grupper som ikke får dekket sine behov i dag. Prosjektets *resultatmål* er å levere forslag til en modell for å framskrive befolkningens behov for helsetjenester innen psykisk helsevern og TSB.

1.2. Datagrunnlag

Analysene i notatet baserer seg på følgende datakilder:

- Befolkningsframskrivinger fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) (aug. 2020)⁴⁵
- Forekomstdata fra Global Burden of Disease (sykdomsbyrde) (2019)
- Helsedirektoratets notat om ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (juli 2020)
- Aktivitetstall på tjenester levert av spesialisthelsetjenesten, NPR-data (2016-2019)
- Aktivitetstall på vedtaksbaserte tjenester levert av kommunene, KPR-data (2018-2019) for pasienter som samtidig var registrert i PHV og TSB i 2018/2019.

Kommunene har en rekke tilbud og tiltak til personer med psykiske plager og/eller rusproblemer som ikke fanges opp i datasettet. Det omfatter tilbud fra ikke-vedtaksbaserte kommunale tjenester, og tilbud fra eksempelvis kommunepsykologer, barnevernstjenesten⁴⁶ og helsesykepleiere.

Arbeidets kunnskapsgrunnlag omfatter tilgjengelig statistikk og analyse fra blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, samt en rekke andre kilder som oppgis fortløpende i fotnoter.

⁴⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-for-kommunene-2020-2050>

⁴⁶ Vedtaksbaserte, men prosjektet har ikke data om disse.

2. Psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Norge

Forekomsten av alvorlig psykiske lidelser, alminnelig og utbredte psykiske lidelser og psykiske lidelser hos barn og unge, synes å være relativt stabil over tid^{47, 48, 49} og rammer om lag 16% av Norges befolkning per år. Estimat fra Global Burden of Disease (GBD) var at om lag 820 000 individer hadde diagnostiserbare psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser i 2019.⁵⁰ Forekomsten av psykiske plager synes i større grad å være i endring.⁵¹

Helsetjenester tilbys på mange nivåer av ulike aktører. Fastleger og legevakt har en sentral rolle, og i 2019 var 630 000 individer i kontakt med fastlege for psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser. Psykisk helsevern voksen, barn- og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har årlig om lag 5,2% av befolkningen i behandling og oppfølging (274 000 individer i 2019).

Spesialisthelsetjenesten er i kontakt med en tredjedel av populasjonen med estimert forekomst av en diagnostiserbar psykisk lidelse i Norge. Fastleger oppgir at de ikke er tilfreds med tilgjengelighet til og samhandling med denne delen av spesialisthelsetjenesten, og utviklingen har vært negativ de siste årene.⁵² Det pekes både på en for høy avslagsrate, og et behov for mer differensierte tilbud (e.g. ikke alle trenger samtaletilbud).

2.1. Global Burden of Disease

Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet (FHI) samarbeider med Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), og har bistått prosjektet med å tilrettelegge data for estimert prevalens av diagnostiserbar psykisk lidelse i Norge. GBD er et omfattende internasjonalt forskningsprosjekt hvor hovedmålet er å estimere effekten av ulike sykdomskategorier for dødelighet og helsetap internasjonalt, og særlig i deler av verden hvor tilgang på gode helsedata er redusert. Forekomst av ulike sykdomsgrupper er en av mange faktorer som inngår i

⁴⁷ Baxter et al. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*, 31.

⁴⁸ Sawyer et al. (2018). Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57

⁴⁹ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 191.

⁵⁰ <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

⁵¹ Reneflot et al. (2018). Psykisk helse i Norge. FHI

⁵² PasOp0p 2019:3, *Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre (FHI)*,

deres beregninger, og som benyttes i denne rapporten. Ettersom GBD-prosjektet har et vidtfavnende internasjonalt perspektiv, er det sannsynlig med noe diskrepans til nasjonale epidemiologiske undersøkelser. Ett eksempel på dette er Stene med kolleger som drøfter forekomst av diabetes i Norge versus estimat på diabetes fra GBD.⁵³ FHI anslår at den årlige prevalensen av psykiske lidelser i Norge er rundt 16-22% av den voksne befolkningen, noe som sammenfaller med internasjonale prevalensundersøkelser.⁵⁴ GBD-prosjektet estimerer forekomsten av psykiske lidelser i alderen 20 år og eldre Norge til å være 16,5% i 2019. Altså i nedre sikt av FHI sitt anslag på forekomst. Fra 2019 estimerer GBD-prosjektet forekomsten av ulike sykdomsgrupper ned på fylkesnivå i Norge. Det er samtidig vanskelig å validere et estimat på fylkesnivå, ettersom det ikke finnes regionale forekomststudier av psykiske lidelser i Norge. Estimert prevalens som vist i tabell nedenfor, viser forholdsvis lav variasjon mellom fylker, med unntak av Oslo, som ligger i overkant av 8% over gjennomsnittet i Norge.

Tabell 35 Estimert prevalens av antall personer med psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelser (GBD) per 100 000 innbygger 2019 fordelt etter fylker

	Alle psykiske lidelser	Avvik til Norge
Agder	15 146	-2,0 %
Hedmark/Oppland	15 929	3,1 %
Møre- og Romsdal	15 431	-0,1 %
Nordland	15 250	-1,3 %
Oslo	16 743	8,3 %
Rogaland	15 280	-1,1 %
Trøndelag	15 120	-2,2 %
Troms/Finnmark	15 293	-1,0 %
Vestfold/Telemark	15 496	0,3 %
Vestlandet	15 489	0,2 %
Viken	14 908	-3,5 %
Norge	15 453	0,0 %

Forekomsten av psykiske lidelser varierer over alder og kjønn, med høyest forekomst for kvinner mellom 15-24 år. I gruppen er 20,3% estimert til å ha en psykisk lidelse og/eller rus- og avhengighetslidelse.

2.2. Behandlingsgapet

Gapet mellom forekomst av diagnostiserbar psykisk lidelse og behandling i spesialisthelsetjenesten vil i det følgende omtales som behandlingsgapet. Det er estimert at om lag 820 000 individer har en diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rus- og avhengighetslidelse i Norge 2019.

⁵³ <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>

⁵⁴ <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>

- Om lag 75% (630 000) av estimert antall individer har hatt minst en kontakt hos fastlege i 2019.⁵⁵
- Om lag 41% (335 000) av pasientene hadde minst en kontakt i den samlede spesialisthelsetjenesten
- 33% (274 000) av pasientene hadde minst en kontakt i tjenesteområdene PHV og TSB (inkl. avtalespesialister).

Tjenesteområdene PHV og TSB har et stabilt volum av pasienter i oppfølging og utgjør 5,2% av befolkningen i perioden 2016-2019. Sammenstilt med estimert prevalens i Norge fra GBD og prevalens i spesialisthelsetjenesten, er det noen utfordringer som til dels er tilstands- og aldersavhengig. Om lag 44% av barn og unge og 35% av voksne med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse har registrert kontakt i spesialisthelsetjenesten 2019, mens 14% av personer over 65 år er i kontakt med denne delen av spesialisthelsetjenesten.

Tabell 36 viser estimert prevalens av psykiske lidelser i Norge 2019 etter tilstandsgrupper (se kap. 7 for fordeling av diagnosegrupper til tilstandskategorier), samt antallet individer i spesialisthelsetjenesten med de diagnostiserte tilstandene. Angst og depresjon er de psykiske lidelsene med høyest forekomst, mens schizofreni og psykisk utviklingshemming er tilstandskategoriene med lavest forekomst. Alle psykiske lidelser (her definert som behandlet i PHV/TSB, inkludert avtalespesialister) viser en samlet andel på 33% av samlet estimert prevalens, og har lav variasjon over opptaksområder. Dette innebærer at det er relativt likt antall individer i de ulike opptaksområdene i Norge, som har en eller annen form for kontakt med denne delen av spesialisthelsetjenesten.

⁵⁵ SAMDATA

Tabell 36 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder

Diagnosegruppe	Estimert prevalens GBD		Antall individer i spesialisthelsetjenesten PHV/TSB			
	Individer	Rate per 100 000	Individer	Andel i PHV/TSB	Snitt rate (std)	CV
Angstlidelser	379 879	7 130	78 803	21 %	1534 (289)	19 %
Atferdsforstyrrelse	23 409	439	1 285	5 %	27 (12)	44 %
Autismespekter forstyrrelse	24 389	458	6 756	28 %	127 (42)	33 %
Bipolar lidelse	50 238	943	11 105	22 %	219 (47)	22 %
Depressive lidelser	194 687	3 654	47 881	25 %	922 (280)	30 %
Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	65 939	1 238	24 939	38 %	476 (127)	27 %
Idiopatisk psykisk utviklingshemming	11 485	216	1 684	15 %	36 (32)	88 %
Psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol	92 743	1 741	11 707	13 %	230 (76)	33 %
Psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler	49 304	925	19 331	39 %	370 (129)	35 %
Schizofreni	17 938	337	8 892	50 %	173 (46)	26 %
Spiseforstyrrelser	22 474	422	4 822	21 %	93 (25)	27 %
Alle psykiske lidelser	820 391	15 397	274 396	33 %	5388 (682)	13 %

Tilstandsgruppene som er særlig lavt representert er atferdsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol. Den lave andelen med atferdsforstyrrelser forklares sannsynligvis av den større andelen av pasienter med ADHD. Oppfølgingen av pasienter med psykisk utviklingshemming i Norge er fordelt over ulike tjenestoområder. For pasientene under 18 år blir hoveddelen fulgt opp i habilitering, mens 25% har en oppfølging i BUP. Dette indikerer ulik oppfølging og behandling av denne pasientgruppen. Andelen pasienter med spiseforstyrrelser er relativt lav med tanke på alvorlighetsgraden tilstandene representerer og omfanget av behandling, når pasientene kommer i behandling.

Den lave dekningsgraden vises i flere norske og utenlandske studier og indikerer at mange med psykiske lidelser ikke kontakter helsetjenesten. Folkehelseinstituttets tvillingstudie viste at fastlegen ga depresjonsdiagnose til bare 33% av de som selv oppga depresjon, 20% av de med angst og 3% av de med skadelig alkoholbruk.⁵⁶ Spesialisthelsetjenesten diagnostiserte 14% av de som oppga depresjon med diagnosen, mot 20% av de med oppgitt angst og 7% av de med skadelig alkoholbruk.

Angst og depresjon rammer henholdsvis 7,1% og 3,6% av befolkningen. Internasjonale studier indikerer et behandlingssap på om lag 70% for angst og 80% for depresjon.^{57, 58} Vi estimerer at Norge har et mindre behandlingssap enn andre høyinntektsland,

⁵⁶ Torvik et al., (2017). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries, 137, Acta Psychiatrica Scand.

⁵⁷ Alonso et al. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries, 35, Depress Anxiety

⁵⁸ Chisholm et al. (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, 3, Lancet

ettersom 25% av pasienter med depresjon og 21% av pasienter med angst er i oppfølging i spesialisthelsetjenesten, uten å medberegne tilbud i regi av primærhelsetjenesten.

Data på kommunale helse- og omsorgstjenester er her avgrenset til søknadsbaserte tjenester koblet med data fra spesialisthelsetjenesten for pasienter som har en eller annen form for kontakt i PHV og TSB 2018 eller 2019. Dette innebærer at vi har lite systematisk informasjon om hvilke tilbud som gis i kommunene, hverken for pasienter tilknyttet spesialisthelsetjenesten eller de som kun har oppfølging i kommunene. I en evaluering av tilbudet til pasienter med lettere psykiske lidelser i Norge, vurderer tre fjerdedeler av kommunene at tilbudet til pasienter med lette og moderate tilstander er godt, mens i overkant av halvparten av kommunene vurderer tilbudet til pasienter med alvorlig psykiske lidelser som godt.⁵⁹ Det fremheves økende etterspørsel og manglende kapasitet til pasienter med lettere psykiske lidelser. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser fremheves en stadig mer alvorlig sykdom i pasientpopulasjon, manglende tilbud innen arbeid, aktivisering og botilbud. Det beskrives at 90% av ressursene for slike kommunale tilbud går til pasienter med alvorlige lidelser.

Det finnes ikke oversikt over hvor mange personer som mottar et lavterskeltilbud i kommuner i Norge per år. FHIs evalueringsrapport av de 12 første pilotene for *rask psykisk helsehjelp* gikk over en to-årsperiode i kommuner som dekket 5% av Norges befolkning og behandlet 2 000 personer. Det gir om lag 20 000 personer per år i Norge. Dersom vi oppskalerer tilbudet som er gitt i Fredrikstad kommune i 2020 gjennom rask psykisk helsehjelp til nasjonale størrelser, gir dette ett anslag på 40 000 individer nasjonalt. Samtidig er dette tilbudet kun tilgjengelig i 20% av landets kommuner, men da sannsynligvis i de mer befolkningstette kommunene.

Kommunepsykologer representerer en annen del av kommunenes lavterskeltilbud. Vi har heller ikke her informasjon om volum av pasienter. Dersom vi legger til grunn lavterskeltilbudet i Fredrikstad kommune, indikerer det et volum på rundt 200 000 pasienter i lavterskeltilbud nasjonalt.

Det er et klart definert mål i verdens helseorganisasjon å redusere behandlingsgapet. En studie som modellerte effekten av å redusere behandlingsgapet i høyinntektland med 25%, til en dekningsgrad på 40%, indikerte en økonomisk nytte/kost-ratio på 3.²⁵ Behandling kan være mange ulike typer oppfølging og Sintef problematiserer i sin rapport hensiktsmessigheten av en bred utbygging av et ressurskrevende spisset behandlingssopplegg for lettere psykiske lidelser. Det kan være samlet sett være bedre å satse på tjenester som adresserer flere problemstillinger samtidig (inkl. sosioøkonomiske).²⁶ Dette vil kunne være lavterskel helsesentre med muligheter for interaksjon over nivåer.

⁵⁹ Osborg Ose, Kaspersen & Børve (2018). En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer, Sintef

Det er en helsepolitisk føring, og anbefalt av Helsedirektoratet, at pasienter med milde og moderate tilstander følges opp av primærhelsetjenesten. Det er vanskelig å estimere hvor stort volum av pasienter dette utgjør, særlig ettersom funksjonsnivået og alvorlighetsgrad av tilstand i større grad kan si noe om indikasjon for spesialisthelsetjenesten, enn diagnose alene. Basert på tall fra NPR og KPR, utgjør pasienter med milde tilstander, uspesifiserte lidelser og symptomlidelser uten omfattende tjenester fra kommunen, rundt 8% av pasientvolumet i PHV og TSB (se del om funksjonsnivå (CGAS) i seksjon om barn- og unge for alternativ tilnærming med likt resultat). Dette utgjør i overkant av 20 000 individer. Volumet av avslag i PHV og TSB er om lag på dette nivået.

2.3. Faktorer assosiert med behov for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser

Befolkningens behov for helsetjenester påvirkes av flere faktorer. Det omfatter blant annet eksisterende tilbud, tilgjengelighet til tjenesten og befolkningens preferanser til behandling. Forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser er større enn antall pasienter som får behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette kan medføre at man får store endringer i etterspørsel uten at forekomsten av psykisk lidelse endrer seg. Langt fra alle med psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser vurderer selv at de har behov for behandling (estimert til 40%)⁶⁰, og ikke alle vil ha nytte av behandling.

Risikofaktorer for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser er multifaktorielle. Det er dels en genetisk komponent, dels en kombinasjon av individets opplevelser. I tillegg til psykologiske, sosiale og samfunnsmessige faktorer.^{61, 62} Det er ingen enkel «årsak – effekt» modell for utvikling av psykiske lidelser. Hendelser som bidrar til å gi et individ betydelig lidelse, trenger ikke å gi et annet individ lidelse. Det er ingen nasjonale studier på forekomst av psykiske lidelser i Norge som kan vise eventuelle regionale forskjeller. Befolkningsundersøkelser fra Oslo og Sogn og Fjordane tilbake på 1990-tallet indikerte høyere forekomst i Oslo.⁶³ Fra 2019 estimerer GBD-prosjektet forekomsten av ulike sykdomsgrupper ned på fylkesnivå i Norge. Ettersom det ikke er tilgjengelige nasjonale forekomststudier, er det vanskelig å validere estimatet på fylkesnivå. Estimert prevalens fra GBD viser forholdsvis lav variasjon over fylker i Norge, med unntak av Oslo, som ligger i overkant av 8% over gjennomsnittet i Norge.

⁶⁰ Alonso et al. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries, 35, *Depress Anxiety*

⁶¹ Stilo & Murray (2019). Non-Genetic Factors in Schizophrenia, 21, *Curr Psychi Rep*.

⁶² Hammon (2018). Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review, 7, *Annu Rev Clin Psychol*

⁶³ Reneflot et al. (2018). Psykisk helse i Norge. FHI

Internasjonale studier viser en sammenheng mellom sosioøkonomisk deprivasjon og forekomst av multimorbiditet og psykiske lidelser.^{64,65} En befolkningsstudie fra Skottland viste at forekomsten av multimorbiditet øker ved lav sosioøkonomisk status og lav utdanning. Kombinasjonen av fysisk og psykisk sykdom forekom dobbelt så hyppig i de mest fattige områdene.⁶⁶ Tilsvarende funn er vist i studier fra flere andre land som Danmark og Canada.⁶⁷

Et uttrykk for sosioøkonomisk deprivasjon er andel av innbyggere med lav inntekt. Tabell 37 viser oversikt over personer i husstander med årlig inntekt som er 50% under medianinntekt. Det er relativt lav variasjon fra nasjonalt gjennomsnitt på 5,7%, mens Oslo har 60% høyere andel av husholdninger med lavinntekt enn gjennomsnittet i Norge.

Tabell 37 Antall husstander med definert lavinntekt etter OECD-skala over fylker i Norge 2018 (kilde SSB)

Fylke 2018	OECD-skala 50 prosent
14 Sogn og Fjordane	4,4
18 Nordland	4,4
02 Akershus	4,8
15 Møre og Romsdal	4,7
19 Troms - Romsa	4,6
50 Trøndelag - Trööndelage	4,8
05 Oppland	5,0
11 Rogaland	5,1
12 Hordaland	5,2
07 Vestfold	5,4
20 Finnmark - Finnmarku	5,4
04 Hedmark	5,5
06 Buskerud	5,7
09 Aust-Agder	6,0
08 Telemark	6,3
01 Østfold	6,5
10 Vest-Agder	6,3
03 Oslo	9,1

⁶⁴ Barnett et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, 7, Lancet

⁶⁵ Reiss (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review, 90, Social Science & Medicine

⁶⁶ <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01543-8>

⁶⁷ <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4314-8>

2.4. Variasjon

Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende og lovregulert prinsipp, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Befolkningen skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi, språk, bakgrunn og bosted. Aktivitetstallene viser likevel stor variasjon både mellom opptaksområder i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester.

Områder med stor behandlingsskapasitet vil legge beslag på mye av de tilgjengelige ressursene. Det kan redusere muligheten for at andre, særlig rekrutteringssvake områder kan etablere og vedlikeholde tilstrekkelige helsetjenester. En av de større risikoene for framtidige helsetjenester i Norge er tilgang på kvalifisert personell. Den seneste befolkningsframskrivingen fra SSB, viser en sentralisering av befolkningen og flere eldre.⁶⁸ Dette påvirker særlig somatiske helsetjenester og kommunal helse- og omsorgstjeneste, og i mindre grad PHV og TSB ettersom pasienter som behandles i disse tjenesteområde er yngre. Men, det er allerede i dag vanskelig å rekruttere personell til PHV og TSB utenfor sentrale strøk, og trolig at trenden vil fortsette også i fremtiden grunnet økt behov i andre helsetjenesteområder.

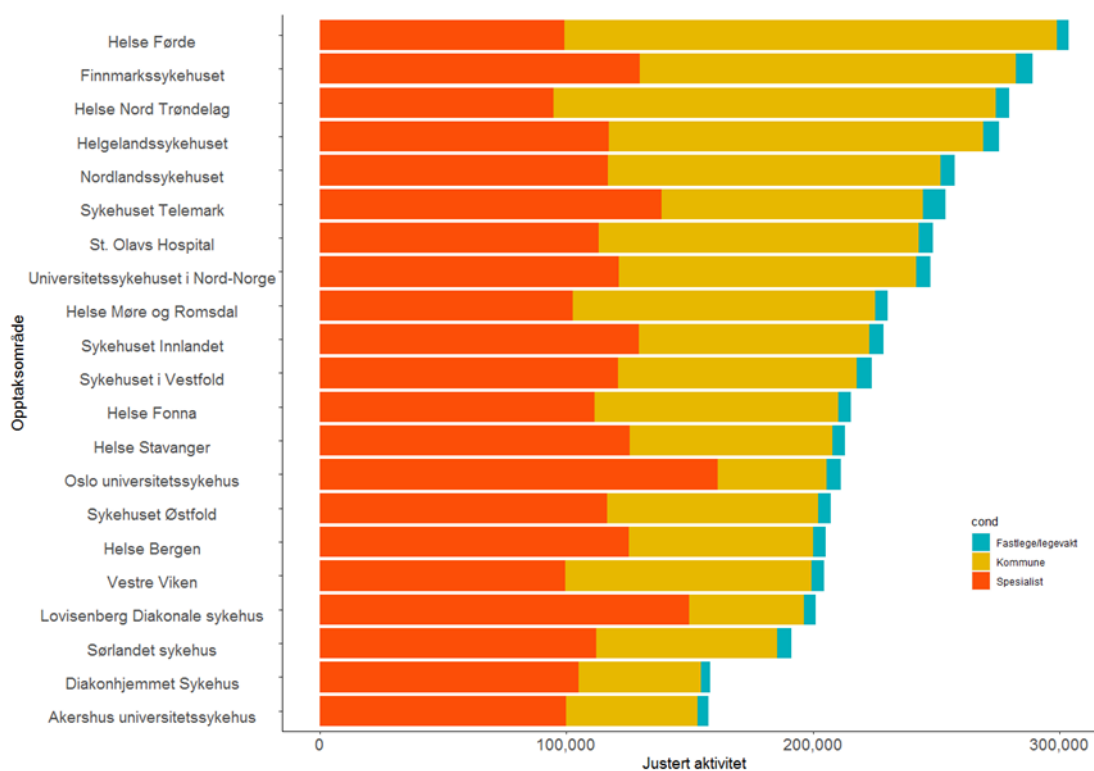
Helsetjenester til personer med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser varierer avhengig av bosted i Norge. Deler av variasjonen skyldes trolig ulik satsning, ulik økonomi, ulik historisk kapasitet, og i hvilken grad befolkningen søker helsehjelp. Figur 1 sammenstiller helsetjenester gitt til personer i kontakt med PHV/TSB i spesialisthelsetjenesten, bruk av fastlege og legevakt og deres bruk av søknadsbasert helsetjenester i kommunen per 100 000 innbygger i 2018/2019 over opptaksområder omregnet til sammenliknbare størrelser. Alle tjenester gitt av spesialist- og primærhelsetjeneste er omregnet til sammenliknbare størrelser. Utgangspunktet er gjennomsnittlige enhetskostnader, beregnet ut fra 1 = kostnad per liggedøgn i VOP. For spesialisthelsetjenesten brukes grunnlag fra SAMDATA. Der SAMDATA ikke oppgir kostnad per enhet (e.g. kostnad per poliklinisk konsultasjon i somatiske sykehusfunksjoner) benyttes gjennomsnittlig DRG-poeng. For fastleger og legevakt brukes totale kostnad dividert med antall kontakter. For kommunale helse- og omsorgstjenester er inndeling og prinsipp hentet fra

Enhetskostnader i norske kommuner. For kommunale boliger brukes gjennomsnitt per døgn basert på samlede kostnader dividert på antall boliger * 365. Praktisk bistand, hjemmetjenester, støttekontakt og dagaktivitet er beregnet med antall timer per pasient i perioden 2018/2019. For institusjon (enhetskostnad for dagopphold og nattopphold er dividert med 3) er det beregnet antall døgn på institusjon i perioden. Det er ikke gjort fratrukk fra «oppholdsdøgn» i kommunal bolig når pasienten er innlagt på sykehus. Prinsippet er at dette skal kunne gi en kvantitativ tilnærming til å sammenligne helsetjenestetilbudet (justert aktivitet).

⁶⁸ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>

Figur 3 viser at befolkningen bosatt i opptaksområdet til Helse Førde har det høyeste forbruket av helsetjenester per innbygger, og at det særlig skyldes kommunal innsats. I perioden 2016-2019 har innbyggerne i Helse Førde lik reduksjon i liggedøgn i spesialisthelsetjenesten per innbygger som resten av Norge (i snitt 2,4% per år). I andre enden av skalaen er innbyggerne bosatt i områdene til Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet sykehus. Disse har om lag samme ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten som Helse Førde, men søknadsbaserte tjenester utgjør under halvparten av nivået i Helse Førde HF. Det reiser flere problemstillinger. Vil pasienter bosatt i områder med lavere innsats fra den ene av partene ha fullgod nytte av innsatsen i den andre? Burde nivået vært høyere i den ene delen av tjenestene for å kompensere for et lavt nivå i den andre? Vi forutsetter at kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for ulike oppgaver i oppfølging av pasienter og deres pårørende. Av denne grunn er det nødvendig å se på variasjon i både kommunale- og sykehustjenester. Pasienter har rett på likeverdige og kvalitativt gode tjenester fra både sykehus og kommuner, og stor innsats fra en kommune kan ikke kompensere for manglende tilbud fra sykehuset eller motsatt.

Figur 3 Justert aktivitet fordelt over opptaksområder



Ikke alle områder innen PHV og TSB viser stor variasjon. Tabell 38 viser en rekke selekterte aktivitetsparametere i PHV/TSB, søknadsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester for pasienter i spesialisthelsetjenesten, og noen generelle områder innen somatiske sykehusfunksjoner. Tallene viser gjennomsnittlig rate per 100 000 innbygger over opptaksområder (BUP = 0-17 år og VOP og TSB = 18 år og eldre), standardavvik og variasjonskoeffisient⁶⁹.

Tabell 38 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV)

Aktivitetsparametere	Gjennomsnittlig rate (std)	CV
Individer i PHV/TSB	5394 (681)	13 %
Individer i BUP	5411 (1024)	19 %
Polikliniske opphold BUP	76271 (14320)	19 %
Individer innlagt BUP	212 (97)	46 %
Liggedøgnsforbruk BUP	7789 (3602)	46 %
Individer i VOP	3843 (477)	12 %
Polikliniske opphold VOP	43714 (9566)	22 %
Individer innlagt VOP	675 (125)	18 %
Liggedøgnsforbruk VOP	25548 (4873)	19 %
Individer innlagt med alvorlig psykisk lidelse	203 (34)	19 %
Liggedøgnsforbruk alvorlig psykisk lidelse	10500 (2624)	25 %
Polikliniske opphold alvorlig psykisk lidelse	9160 (5083)	55 %
Registrert oppsøkende poliklinisk kontakt alvorlig psykisk lidelse	1557 (1429)	92 %
Individer innlagt angst (F4)	49 (16)	32 %
Liggedøgnsforbruk angst	1145 (479)	42 %
Individer i TSB	797 (249)	31 %
Polikliniske opphold TSB (eksl. LAR-diagnoser)	7689 (3308)	43 %
Individer innlagt TSB	222 (58)	26 %
Liggedøgn TSB	15021 (4059)	27 %
Individer innlagt ø-hjelp TSB	41 (26)	63 %
Aktiveringstjenester i kommunen	382 (109)	29 %
Hjemmetjenester i kommunen	1544 (366)	24 %
Institusjonstilbud i kommunen	359 (98)	27 %
Botilbud i kommunen	204 (69)	34 %
Individer i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	38721 (3325)	9 %
Individer innlagt somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	10817 (918)	8 %
Liggedøgn somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	91966 (11246)	12 %
Individer innlagt øhjelptilbud med hjernekar sykdommer i somatiske sykehusfunksjoner	225 (43)	19 %

Tabell 38 illustrerer flere forhold rundt variasjon. For det første er variasjonen lavere, jo mer «globale» målene er. Det er for eksempel lite variasjon mellom opptaksområder knyttet til i hvilken grad innbyggerne har en eller annen kontakt med PHV og TSB i spesialisthelsetjenesten. Den er samtidig noe høyere enn for somatiske

⁶⁹ CV – desto lavere verdier indikerer lavere variasjon.

sykehusfunksjoner. Et annet område med lav variasjon er antall polikliniske opphold per innbygger i BUP. Dette indikerer at den yngre delen av befolkningen har lik tilgang til et volum av behandling. Samtidig er det større variasjon i BUP for døgninnleggelse, og differansen mellom ytterpunktene er at fem ganger så mange barn- og unge blir innlagt i området med flest døgninnleggelser sammenliknet med området med færrest innleggelser.

Variasjonen i innleggelse for pasienter med alvorlig psykisk lidelse (primærpsykoser, mani og bipolar lidelse) er lav. Samtidig er det betydelig forskjeller i volumet av polikliniske oppfølging, og særlig for registrert oppsøkende polikliniske kontakt. I løpet av ett år er det kun tre opptaksområder som har et snittopphold per individ over 25 konsultasjoner, mens det over to år er det 13 opptaksområder med snittopphold over 25 konsultasjoner.⁷⁰ Etersom poliklinisk oppfølging er viktig for å legge til rette for økt stabilitet, synes det å være et potensial for å bedre oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Forbruk av liggedøgn til pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer og differansen mellom ytterpunktene er 2,4 ganger. Døgnbehandling av angsttilstander varierer i større grad, med ytterpunkter på 7 ganger flere liggedøgn for opptaksområdet med flest liggedøgn per innbygger sammenliknet med opptaksområdet med lavest liggedøgnsforbruk.

Innen TSB er det større variasjon i andel individer i kontakt med tjenesten, poliklinisk volum og innleggelsesmønster. En større andel av pasientene blir innlagt i TSB (25%), sammenliknet med VOP (17%). Variasjonen i antall som blir innlagt til øyeblikkelig hjelp er stor, og differansen mellom ytterpunktene per innbygger er 26 ganger. Dette kan indikere forskjeller i grunnleggende tilbud. Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom innleggelser til øyeblikkelig hjelp per innbygger i TSB, og innleggelser til øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern for TSB populasjonen mellom opptaksområder ($r=-0,29$). Det er en indikasjon på at VOP til en viss grad kompenserer for redusert tilbud i TSB. Samme analyse innen akuttinnleggelser i somatikk viser en nær signifikant positiv korrelasjon ($r=0,41$, $p = 0,06$) og indikerer at pasientpopulasjonen i TSB i områder som har en høy rate innlagte til øyeblikkelig hjelp i TSB, også har en høy innleggelsesrate i somatikk.

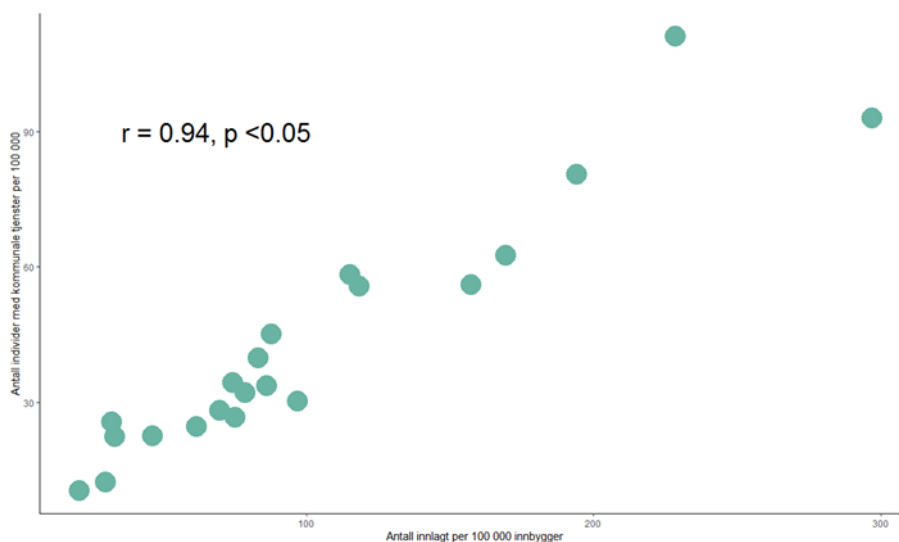
Andelen liggedøgn til øyeblikkelig hjelp i TSB utgjør kun 4,5% av totale liggedøgn i TSB, mens det i VOP utgjør 52%. Bruk av private aktører til døgnbehandling i TSB utgjør i overkant av 60% på nasjonalt nivå. Over en toårs periode har pasienter innlagt hos private institusjoner 118 liggedøgn per individ, mot 47 liggedøgn i offentlig helseforetak. Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom befolkningens bruk av private tilbydere og bruk av elektiv døgnbehandling for pasientgruppen i

⁷⁰ Lincoln et al. (2016). What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions. *European psychiatry*, 38.

helseforetakene mellom opptaksområder som kan gå i retning av et kompenserende tilbud ($r = -0,22, p > 0,05$). Samlet sett er det for TSB indikasjon på at det i større grad bør utvide polikliniske tilbud, samt omfordele eksisterende kapasitet i døgntilstand.

Søknadsbaserte kommunale tjenester viser moderat variasjon over opptaksområder, og ytterpunktene for aktiviseringstilbud og bolig er over 4 ganger så høyt for opptaksområder med flest registrerte individer per innbygger. Hjemmetjenester og institusjonstjenester viser mindre variasjon, og ytterpunkter ligger på over to ganger. Det er ingen åpenbare sammenhenger mellom tjenester i kommuner og spesialisthelsetjeneste. I noen tilfeller, som for barn- og unge med medfødte og varige tilstander, synes det gjennomgående å være en positiv sammenheng. Opptaksområder hvor det bli innlagt mange individer per innbygger med medfødte og varige tilstander i BUP, har ofte høyere kapasitet i BUP og har samtidig et høyt nivå av kommunale tjenester per innbygger på pasientgruppe. Figur 4 viser forholdet mellom døgninnleggelser og kommunale tjenester for pasienter medfødte og varige tilstander. Det er her ikke korrigert for alvorlighet i tilstand.

Figur 4 Antall personer innlagt til døgntilstand i BUP og antall personer med kommunale tjenester med medfødte og varige tilstander i 2018/2019



Det er lav variasjon i antall kontakter hos fastlege per 100 000 innbygger over opptaksområdene (gjennomsnitt = 866, standardavvik = 122, CV = 14%). Tverrfaglige møter hos fastlege er en viktig samhandlingsarena, og har større variasjon per 100 000 innbygger over opptaksområder (gjennomsnitt = 185, standardavvik = 47, CV = 25%). Det er særlig områdene til Oslo sykehusområde og Akershus universitetssykehus HF som har en lavere rate med tverrfaglige møter med fastlege (om lag 46% under landsgjennomsnitt). I underkant av 24% av pasientene i PHV/TSB hadde i 2018 eller 2019 en eller annen form for søknadsbasert tjeneste fra kommunal helse- og omsorgstjenesten, og tjenestene er primært tilbudt pasienter med mest alvorlige tilstander (se kapittel om kommunale helse- og omsorgstjenester). I gruppen som har fått

døgnbehandling i 2018/2019 hadde 7% en registrert virksam individuell plan i våre data. Ettersom det ikke synes å være mangel på innsats fra ulike nivåer, vil dette kunne være et aksjonspunkt for å forbedre samhandlingen.

Organisering, innretting og innhold i både spesialist- og primærhelsetjenesten til pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer i Norge. Pasientens bosted virker inn på hva slags helsetjenestetilbud som gis, dvs. i hvilken grad pasientene mottar oppsøkende tjenester, aktiviseringstilbud, hvor lange sykehusoppholdene er og i hvilken grad det er sannsynlig å bli reinnlagt på sykehus før det er gått 30 dager. Pasienter bosatt i opptaksområder med lav gjennomsnittlig oppholdstid har større sannsynlighet for å nye innleggelser og det er mindre variasjon i liggedøgn per individ over en ett-års periode. Variasjonen i bruk reduserer når man ser over flere år. Dette viser at pasientgrupper med kroniske lidelser og fluktuerende funksjonsnivå over tid, bør analyseres over flere år. Det gjelder også poliklinisk oppfølging, ettersom mange av pasienten i PHV og TSB er i behandling over kalenderår. Avtalespesialister behandler en tredjedel av pasienter med angst og depresjon. Over en fireårsperiode mottar pasientene hos avtalespesialister i snitt 40% flere polikliniske opphold per individ sammenliknet med offentlig behandling. Dette kan indikere en systematisk variasjon og et uttrykk for ikke-likeverdige helsetjenester.

3. Demografi og bosetningsmønster fram mot 2040

I «det handler om Norge» (NOU-2020-15) beskrives situasjonen slik: *Distriktskommuner har i dag en eldre befolkning enn resten av landet. Fram til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten doble seg. Distriktskommuner får dermed en eldrebølge på toppen av en allerede relativt gammel befolkning.*⁷¹

Det innenlandske flyttemønsteret i Norge er sentraliserende.⁷² Selv om SSBs seneste befolkningsframskriving anslår en generell befolkningsvekst for landet som helhet, er veksten utenfor de aller største byene lavere enn gjennomsnitt, og folketallet vil synke i de fleste av landets 356 kommuner.⁷³ Geografien og bosetningsmønsteret i Norge gjør det krevende for både kommuner og spesialisthelsetjenesten å yte likeverdige helsetjenester. Innbyggertallet varierer fra et par hundre til Oslo med over 650 000 innbyggere, og arealmessig fra Utsira med 6,3 km² til Kautokeino med 9707 km². Utviklingen av befolkningssammensetningen har konsekvenser for hvilke muligheter som finnes for oppgavedeling, rekruttering og bærekraft. Den høye alderen i

⁷¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>

⁷² <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>

⁷³ <https://www.ks.no/fagomrader/demokrati-og-styring/kommunereform/noen-fakta-om-nye-kommuner-fra-2020/>

distriktskommunene vil gi kommunene relativt større forpliktelser til pleie og omsorg, og et større behov for helsepersonell. I *Det handler om Norge* beskrives spesialisering og «silo-tenkning» i helsetjenesten som negativt for distriktene, og gjør det nødvendig med regionale nettverk for implementering av innovasjon.⁷⁴ Det styrker behovet for gjensidig veiledning og samarbeid.

Tabell 39 viser endringen i antall innbygger i Norge over opptaksområder frem til 2040 basert på SSB framskriving av 2020 hovedalternativ. Områdene rundt Oslo vokser mest.

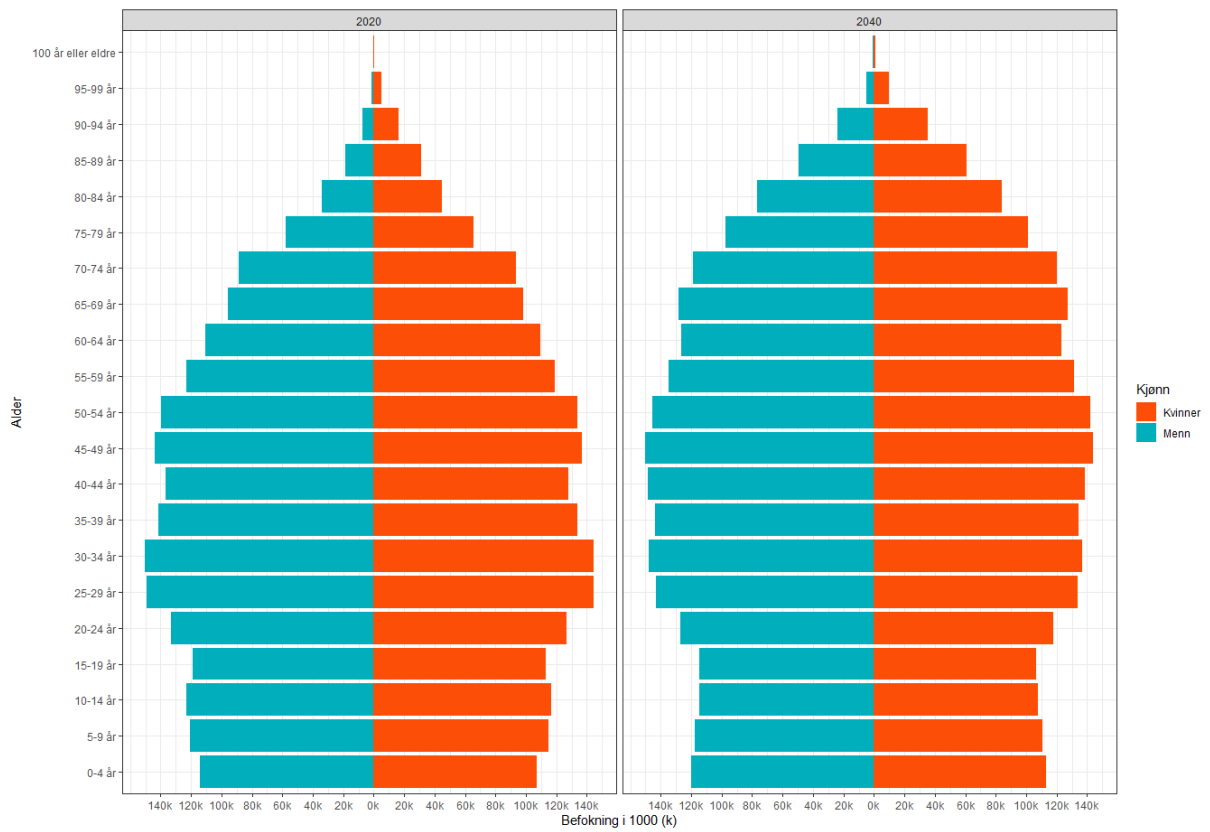
Tabell 39 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2050 etter opptaksområder i Norge

Opptaksområde	2020	2040	Endring %
Akershus universitetssykehus HF	579 099	670 672	16 %
Diakonhjemmet Sykehus	142 123	164 183	16 %
Finnmarksykehuset HF	75 472	77 375	3 %
Helgelandssykehuset HF	77 863	75 394	-3 %
Helse Bergen HF	456 500	502 849	10 %
Helse Fonna HF	180 398	183 676	2 %
Helse Førde HF	108 404	106 391	-2 %
Helse Møre og Romsdal HF	271 201	281 342	4 %
Helse Nord Trøndelag HF	149 508	152 256	2 %
Helse Stavanger HF	371 121	412 959	11 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	156 788	170 295	9 %
Nordlandssykehuset HF	138 145	140 255	2 %
Oslo universitetssykehus HF	282 930	319 777	13 %
St. Olavs hospital HF	313 231	349 659	12 %
Sykehuset i Vestfold HF	246 041	269 397	9 %
Sykehuset Innlandet HF	338 965	352 609	4 %
Sykehuset Telemark HF	173 355	178 614	3 %
Sykehuset Østfold HF	317 489	355 323	12 %
Sørlandet Sykehus HF	307 231	333 985	9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	193 066	197 915	3 %
Vestre Viken HF	488 650	546 690	12 %
Norge	5 367 580	5 841 616	9 %

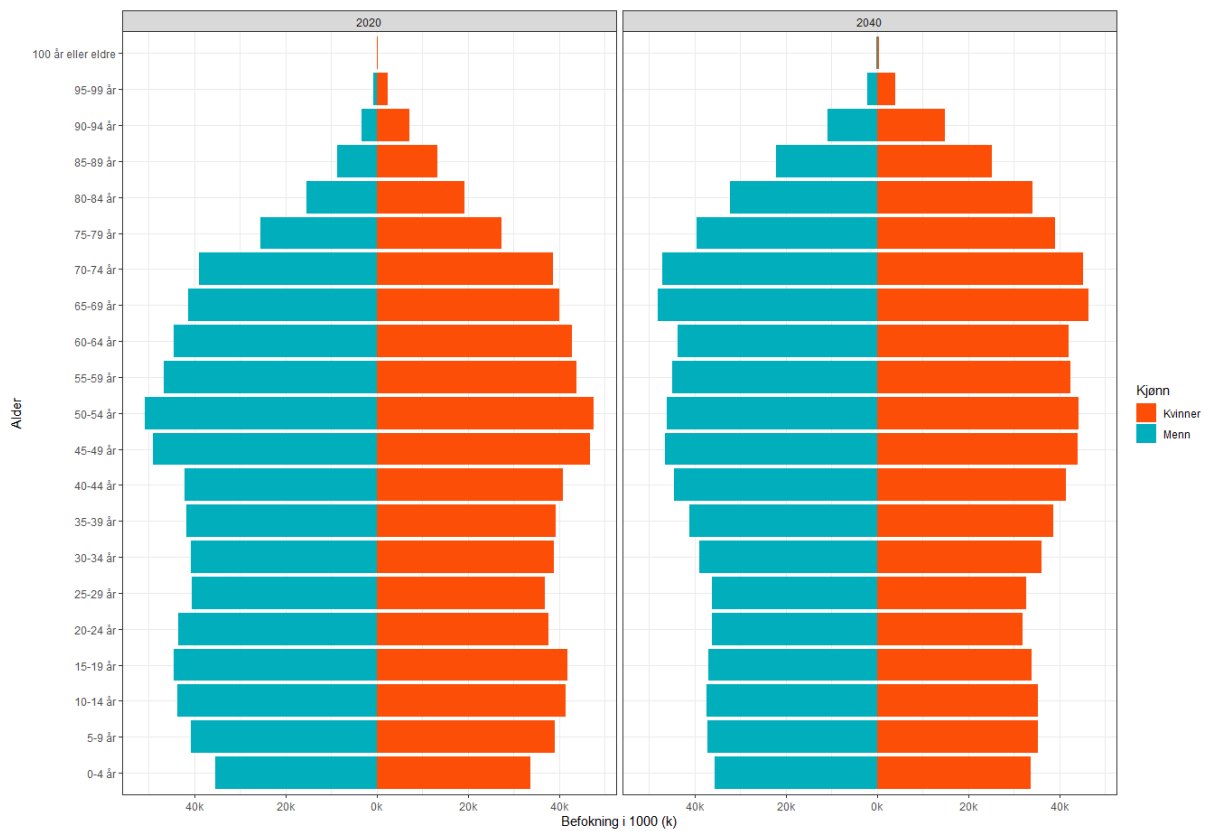
Figur 5 og 6 viser befolkningspyramider i 2020 og 2040 for kommuner med reisetid på hhv. under og over 30 minutter til DPS. Figurene illustrerer utfordringen for Norge, særlig for kommuner som er av mindre størrelse, hvor antallet barn og unge reduseres i antall og som andel, andel yrkesaktive blir lavere, mens antallet og andel eldre vokser.

⁷⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>

Figur 5 Framskriving av befolkning 2020-2040 for pasienter bosatt i kommuner med under en halvtime reisetid til DPS

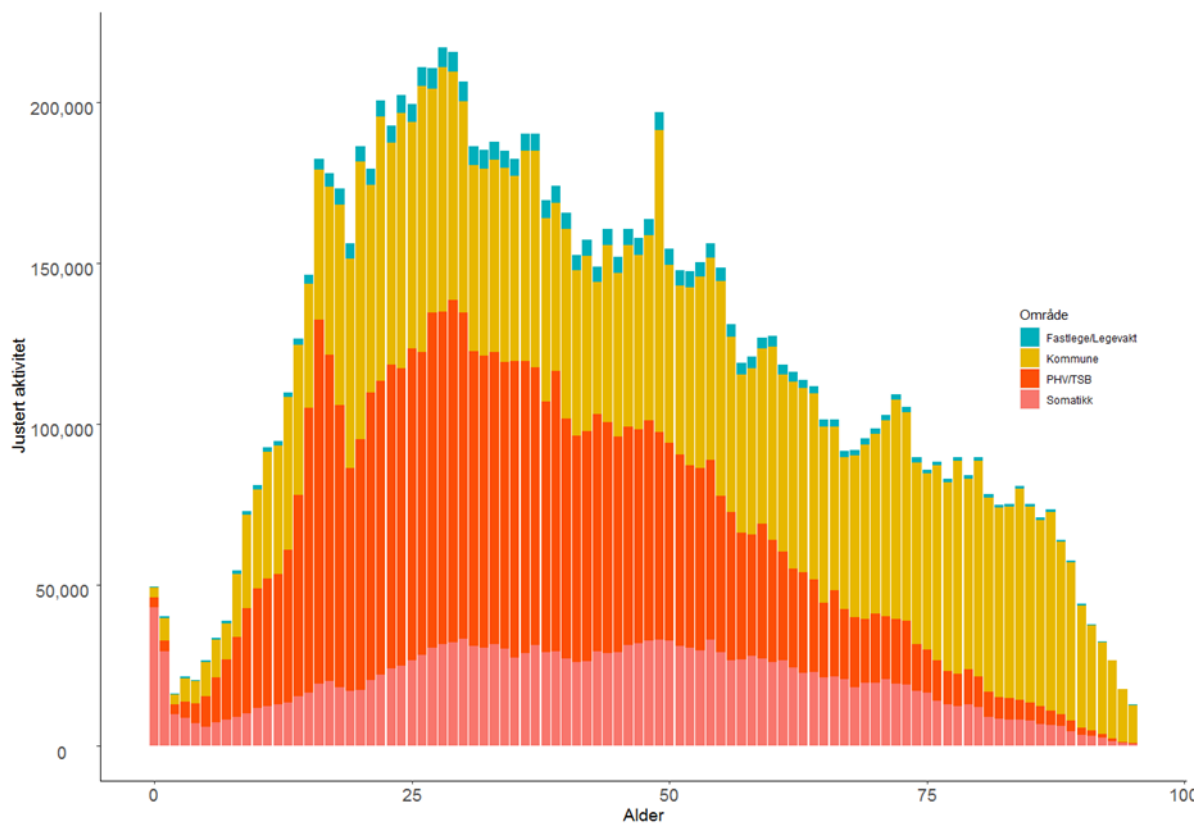


Figur 6 Framskrevet befolkning 2020 - 2040 for kommuner med mer enn 30 minutter til DPS



Helsetjenestetilbud som avhenger av befolkningsstørrelse og alder, påvirkes av befolkningsframskrivingen. Tjenesteområdene innen PHV og TSB blir i mindre grad affisert av den forventede befolkningsendringen i Norge, mens tjenester levert av kommunal helse- og omsorgstjeneste påvirkes i større grad. Figur 7 viser et justert uttrykk for aktivitet i spesialisthelsetjenesten, søknadsbaserte tjenester fra kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger etter aldersgrupper.

Figur 7 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder



Mens bruken av spesialisthelsetjenester er avtagende med alder, er den kommunale innsatsen stabil. Helsetjenester for psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser er aldersavhengig, og således er fremtidig befolknings sammensetning viktig for behovet for helsetjenester.

4. Karakteristika og utviklingstrekk ved de ulike helsetjenestene

4.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester

Samhandlingsreformens hovedbudskap er at forebygging og tidlig hjelp gir bedre tjenester gjennom «*bedre behandling, på rett sted, til rett tid*». ⁷⁵ I tråd med intensjonen er det bygget opp et utvidet helsetilbud til befolkningen.

Fastlegene står for en vesentlig ressursinnsats og hele 70% av befolkningen oppsøker fastlege årlig. ⁷⁶ I 2019 var om lag 630 000 individer i kontakt med fastlege med diagnose for psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser. Psykiske plager og lidelser står for nesten 11% av fastlegenes årlige konsultasjoner, dvs. nesten 1,6 millioner konsultasjoner i 2019. Antall kontakter utgjorde for samme pasientgruppe rundt 3,6 millioner. I 2019 hadde 89% av pasientene i PHV og TSB minst en konsultasjon hos fastlege. Det er estimert at 820 000 individer hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse i Norge 2019. Altså hadde om lag 75% av estimert antall individer med diagnostiserbar psykisk lidelse, rus- og avhengighetslidelse minst en kontakt med helsetjenesten i 2019.

Fastlegene har således en sentral rolle i oppfølgingen og behandling av pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Tabell 40 viser oversikt over pasienter som mottok behandling i psykisk helsevern og TSB i 2018/2019 og deres kontakt med fastlege/legevakt. I snitt har pasientene en kontakt per måned (inkl. administrative kontakter) og en konsultasjon hver 10. uke. Det er lav variasjon i antall kontakter hos fastlege per 100 000 innbygger over opptaksområdene. ⁷⁷ Tverrfaglige møter hos fastlege er en viktig samhandlingsarena, og har større variasjon per 100 000 innbygger over opptaksområder. ⁷⁸ Det er særlig områdene til Oslo sykehusområde og Akershus universitetssykehus HF som har en lavere rate med tverrfaglige møter med fastlege (om lag 46% under landsgjennomsnitt).

⁷⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/smk/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2009/samhandlingsreformen--rett-behandling--p/id567911/>

⁷⁶ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>

⁷⁷ Gjennomsnitt = 866, standardavvik = 122, CV = 14%.

⁷⁸ Gjennomsnitt = 185, standardavvik = 47, CV = 25%.

Tabell 40 Pasienter i psykisk helsevern og TSB med oppfølging hos fastlege/legevakt i 2018/2019

	Individer legevakt/fastlege	Andel fra spesialisthelsetjenesten i kontakt med fastlege/legevakt	Snitt alder	Antall kontakter	Kontakter per individ
Legevakt	202 032	53 %	35,5	800 754	4,0
0-17 år	34 862	47 %	11,5	88 188	2,5
18-64 år	149 001	54 %	36,2	617 596	4,1
65 år og eldre	18 168	66 %	75,6	94 967	5,2
Alvolig psykisk lidelse	13 319	60 %	43,0	73 058	5,5
Depresjon	21 391	47 %	38,5	60 759	2,8
Angst	16 176	47 %	33,4	50 211	3,1
Belastning/Traume	21 285	52 %	35,5	72 138	3,4
Rus (inkl. komorbiditet)	34 513	70 %	40,6	249 706	7,2
Personlighetsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	16 822	58 %	35,5	110 091	6,5
Utviklingsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	12 146	50 %	21,8	57 804	4,8
Villet egenskade	3 391	87 %	33,4	38 527	11,4
Fastlege	371 741	98 %	34,8	8 778 372	23,6
Konsultasjoner	361 787	95 %	34,8	3 791 152	10,5
Psykoterapi	186 250	49 %	37,6	795 123	4,3
Tverrfaglige møter	144 508	38 %	39,8	947 138	6,6
Konsultasjoner:					
Alvolig psykisk lidelse	20 378	92 %	43,1	222 762	10,9
Depresjon	43 961	97 %	39,3	512 123	11,6
Angst	33 700	97 %	33,7	359 397	10,7
Belastning/Traume	39 878	97 %	37,2	466 042	11,7
Rus (inkl. komorbiditet)	46 373	94 %	41,2	547 695	11,8
Personlighetsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	27 836	96 %	35,8	347 131	12,5
Utviklingsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	22 442	93 %	20,4	162 689	7,2
Villet egenskade	3 767	97 %	33,3	53 085	14,1

Kommunene har hatt flere større satsninger på psykisk helsehjelp, særlig de senere årene. Rask psykisk helsehjelp (RPH) finnes i dag i 66 kommuner, og tilbudet består av veiledet selvhjelp og kognitiv terapi ved ulike angstproblemer, lett/moderat depresjon og ev. søvnproblemer i tillegg. Tilbudet skal være lett tilgjengelig, krever ikke henvisning, og kan suppleres med viderehenvisning ved behov for et annet tilbud, eks. i spesialisthelsetjenesten. Folkehelseinstituttets evaluering viser at tilbudet har god effekt på angst og depresjon.⁷⁹ Brukerne rapporterte stor tilfredshet med RPH-tilbudet. Lav terskel for å ta kontakt, kombinert med det relativt raskt behandlingstilbud ble vurdert som særlig positivt. Selv om RPH har gode resultater, er tilbudet fraværende i de fleste kommuner i dag. En nylig publisert studie viser at RPH er et tilbud som egner seg godt for å etablere i interkommunalt samarbeid.⁸⁰

Fra 1.1.20 ble det innført et lovkrav om psykologkompetanse i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Lovforarbeidenes uttalte mål er at psykologkompetansen bør benyttes i system- og samfunnsrettet arbeid,

⁷⁹ <https://www.fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/>

⁸⁰ https://www.idunn.no/tp/2020/02-03/aa_gjoere_noe_sammen_vi_ikke_kunne_gjort_alene_raskpsyki

folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder også til veiledning og fagstøtte til øvrig personell i kommunene. Rapporteringen viser at om lag 40% av stillingen nyttes til samfunns- og systemarbeid, mens 20% er rettet mot helsefremmende og forebyggende arbeid. I 2019 mottok 384 kommuner/bydeler tilskudd til 617 psykologer, hvorav 132 av stillingene var ubesatt. 74 prosent av psykologene er ansatt i kommuner med 10 000 innbyggere eller flere, 16 prosent i kommuner med 5 000-9 999 innbyggere, og bare 10% i kommuner med 0-5 000 innbyggere. Lovkravet angir ikke hvilke oppgaver psykologene skal ha, og psykologenes kliniske virke er hovedsakelig innrettet som gratis lavterskeltilbud, uten henvisning. De fleste psykologene jobber i tverrfaglige team, der flere fagpersoner deltar samtidig.

For personer med større hjelpebehov tilbyr kommunene vedtaksbaserte helsetjenester som aktivisering (dagaktivitet, støttekontakt), hjelp i hjemmet (praktisk bistand, personlig assistent og helsetjenester i hjemmet), institusjonsbehandling og en rekke sosialtjenester som økonomisk støtte og hjelp med bolig. Om lag 23% av pasientene i psykisk helsevern og TSB 2018/2019 hadde minst ett vedtaksbasert tilbud fra kommunene (se tabell 8 for en fordeling av tjenester). Den klart mest frekvente tjenesten var hjemmetjenester, mens registrert bolig utgjorde 12%. Hjemmetjenester til pasienter med psykiske lidelser vil ha som hovedhensikt å kompensere for affisert organisering- og gjennomføringsfunksjoner (e.g. struktur, bistand til husarbeid, matlaging, butikk, økonomi etc.). Det er i overkant av 100 000 omsorgsboliger i Norge per år, noe som innebærer at om lag 10% av disse disponeres av pasienter med oppfølging innen psykisk helsevern og TSB.

Tabell 41 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med vedtaksbaserte kommunale helse og omsorgstjenester i 2018/2019

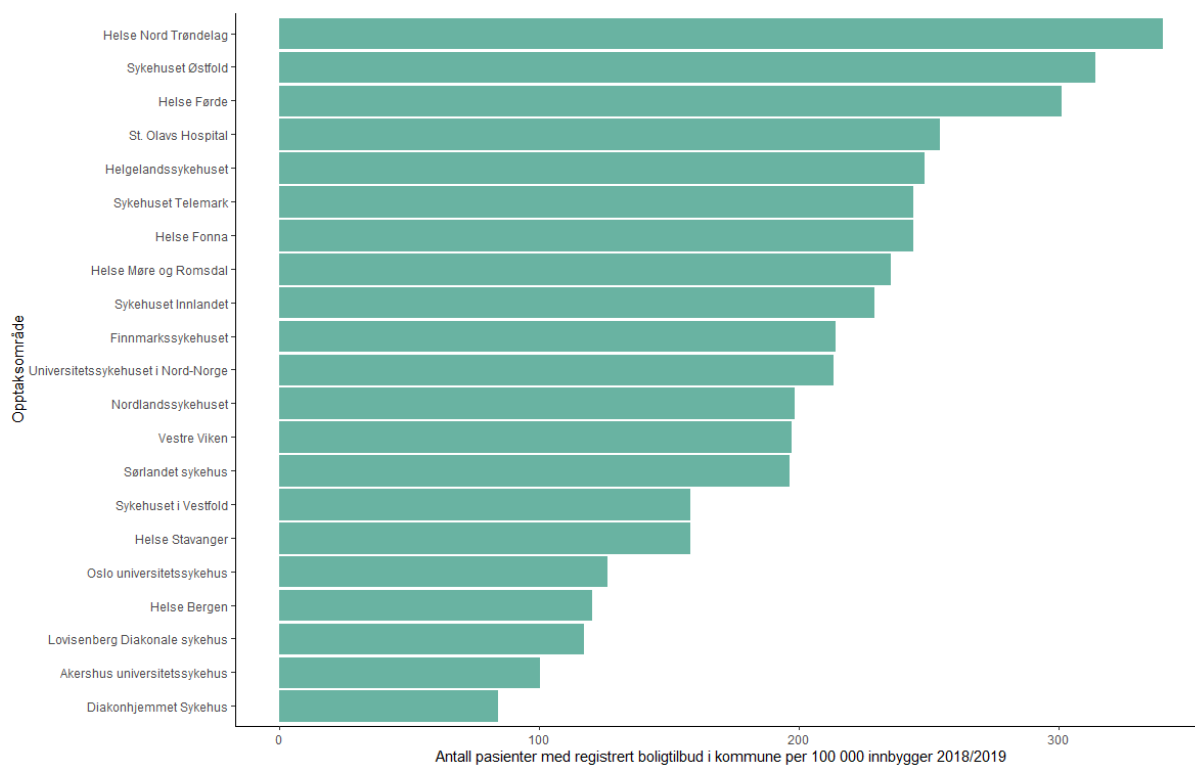
	Antall individer	Andel av populasjon i PHV/TSB
Aktivisering	19 595	5 %
Hjemmetjenester	79 823	21 %
Institusjon	17 872	5 %
Bolig	10 224	3 %
Annet	7 857	2 %
Total	88 297	23 %

De kommunale helse- og omsorgstjenestene viser moderat variasjon per 100 000 innbygger over opptaksområder:

- Aktivisering: gjennomsnitt = 382, standardavvik = 109, CV = 29%
- Hjemmetjenester: gjennomsnitt = 1544, standardavvik = 366, CV = 24%
- Institusjon: gjennomsnitt = 359, standardavvik = 98, CV = 27%
- Bolig: gjennomsnitt = 204, standardavvik = 69, CV = 34%

Boligtilbud vises nærmere i figur 8. De store byene i Norge, med unntak av Trondheim har alle lavest antall pasienter med registrert bolig per 100 000 innbygger. Tilgang på optimale botilbud i kommunen er svært viktig for rehabilitering av pasienter med funksjonsnedsettelse som følge av den psykisk lidelse.

Figur 8 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med registrert boligtilbud per 100 000 innbygger i 2018/2019



Vedtaksbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester er hovedsakelig rettet mot pasienter i spesialisthelsetjenesten med mer alvorlige problemstillinger og eldre. Tabell 42 viser fordelingen av ulike tjenestetyper for ulike grupperinger i spesialisthelsetjenesten. For BUP har 12% av populasjonen vedtaksbaserte tjenester, mens andelen er 40 % for barn- og unge med varige og medfødte tilstander (e.g. psykisk utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse) og døgninnleggelse. Over halvparten av pasientene med behov for øyeblikkelig hjelpsinleggelse har vedtaksbaserte kommunale tjenester, mens andelen er 44% for pasienter med rusrelaterte lidelser (inkl. rus som komorbiditet). Av eldre i behandling i spesialisthelsetjenesten har 64% av pasientene vedtaksbaserte tjenester, mens andelen for pasienter med demens er 90%. For pasientene med demens er 74% av pasientene registrert med institusjonsopphold i perioden 2018/2019. Dette illustrerer hvordan en økning i antall eldre vil kunne bli en utfordring for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Tabell 42 Antall individer med kontakt i PHV/TSB 2018/2019 med vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter selekterte grupper

	BUP-populasjon		Varige og medfødte tilstander og døgninnleggelse		Ø-hjelps populasjon voksne		Alvorlig psykisk lidelse		Rusrelatert lidelse (inkl. komorbiditet)		Eldre (65 år og eldre)		Demens	
	Individer	Andel av BUP-populasjon	Individer	Andel av døgn-populasjon	Individer	Andel av ø-hjelps populasjon	Individer	Andel av populasjon med alvorlig psykisk lidelse	Individer	Andel av populasjon med rusrelaterte lidelser	Individer	Andel av eldre i PHV/TSB	Individer	Andel av populasjon i PHV
Aktivering	4 338	5 %	246	23 %	3 801	11 %	2 679	12 %	2 703	5 %	4 475	16 %	2 062	32 %
Hjemmetjenester	6 930	9 %	325	30 %	17 764	50 %	10 712	48 %	20 466	42 %	15 153	55 %	4 547	70 %
Institusjon	831	1 %	81	8 %	4 056	12 %	1 811	8 %	3 175	6 %	11 168	40 %	4 776	74 %
Bolig	141	0 %	11	1 %	3 094	9 %	2 613	12 %	2 865	6 %	2 755	10 %	920	14 %
Annet	35	0 %			1 281	4 %	584	3 %	1 054	2 %	5 852	21 %	1 910	29 %
Total	9 356	12 %	439	41 %	18 904	54 %	11 443	52 %	21 483	44 %	17 780	64 %	5 829	90 %

Over halvparten av pasienter med alvorlig psykisk lidelse har i perioden 2018/2019 søknadsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester:

- Knappe 50% har hjemmetjenester (e.g. praktisk bistand, helsetjenester hjem, re-/habilitering utenfor institusjon)
- 12% har aktivisering (e.g. støttekontakt, dagaktivitet)
- 8% har institusjonsopphold (e.g. kort og lang tid, KAD, nattopphold og dagopphold)
- 12% har et boligtilbud.

For pasienter med alvorlig psykisk lidelse, hjemmetjenester og/eller bolig er det relativt lav variasjon per innbygger over opptaksområder i Norge (hhv: gjennomsnitt = 208, standardavvik = 43, CV = 20%, gjennomsnitt = 50, standardavvik = 10, CV = 21%), mens det for aktivisering og institusjon er større variasjon per innbygger over opptaksområder (hhv: gjennomsnitt = 52, standardavvik = 17, CV = 33%; gjennomsnitt = 37, standardavvik = 13, CV = 34%). Det er samtidig et spørsmål om boligtilbudet er for lavt og årsrapport fra brukerplan viser at ca. 20% av personer med psykiske problemer og/eller rus har ikke-optimale boforhold.⁸¹ Gode boforhold reduserer risiko for tilbakefall for pasienter med alvorlig psykisk lidelser.

Antallet brukere av pleie- og omsorgstjenester over 80 år er forventet å bli tredoblet de neste 40 årene, fra 220 000 brukere i 2018 til nærmere 700 000 i 2060 (Leknes et al., 2018). Mange av disse brukerne vil være personer med demens. De fleste pasienter med demens og som har mottatt oppfølging i psykisk helsevern og TSB 2018/2019, hadde institusjonsopphold i kommunen. Med den forestående endring i befolkningssammensetning i Norge, vil det utfordre den kommunale hjelpetjenesten.

⁸¹ https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/5650_BrukerPlan_A%cc%8arsrapport_digital_2020_06_02_ef.ny.pdf

4.2. Barn og unge

Barn og unge har behov for tilbud tilrettelagt for aldersgruppens preferanser og utfordringer. Barn og unge lever livet i sosiale strukturer som familie, venner og lokalsamfunn. Det er derfor innen denne rammen at potensialet for forebygging og forbedring er størst. For å redusere frafall og skjevutvikling, må tilbudet til barn og unge (PHBU) i større grad samordne innsatsen med instanser og etater som rår over barnets øvrige livsbetingelser. Det er et mål at barn og unge får helsehjelp når de trenger det og der de trenger det.

Selv om helsehjelp fra psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) innvilges hovedsakelig basert på psykisk lidelse (diagnose), skal også atferd som selvskading og skolevegning vurderes. For å i større grad forhindre utenforskap bør samarbeidet mellom PHBU og kommunene videreutvikles for å aktivt følge opp sårbare grupper som:

- Barn i barnevernet (kommunalt og Bufetat)
- Barn som vokser opp med stor sosial risiko
- Barn av foreldre med alvorlig sykdom
- Barn av foreldre som utøver eller truer med vold
- Barn av foreldre som misbruker rusmidler
- Barn som faller ut av skole/ står utenfor det sosiale fellesskapet
- Barn som tidlig viser tegn på sosial mistilpasning og tegn på antisosial atferd (ekstremisme, rus, kriminalitet, etc.)

Hvert år får om lag 5% av barn og unge et tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Over fireårsperioden fra 2016 til 2019 var det 134 546 unike pasienter i BUP, slik at flere går til oppfølging i BUP over år. Frem til 14 års-alder er det flest gutter i behandling hos BUP, mens det fra 15 år er flest jenter. Sammenlignet med estimert forekomst fra GBD, får 45% av barn og unge med diagnostiserbare psykiske lidelser et tilbud i BUP for alderen 0-9 år, 38% for alderen 10-14 år og 33% for alderen 15-19 år.

Tabell 43 Antall pasienter i BUP per år og rate per 100 000 innbygger mellom 0-17 år

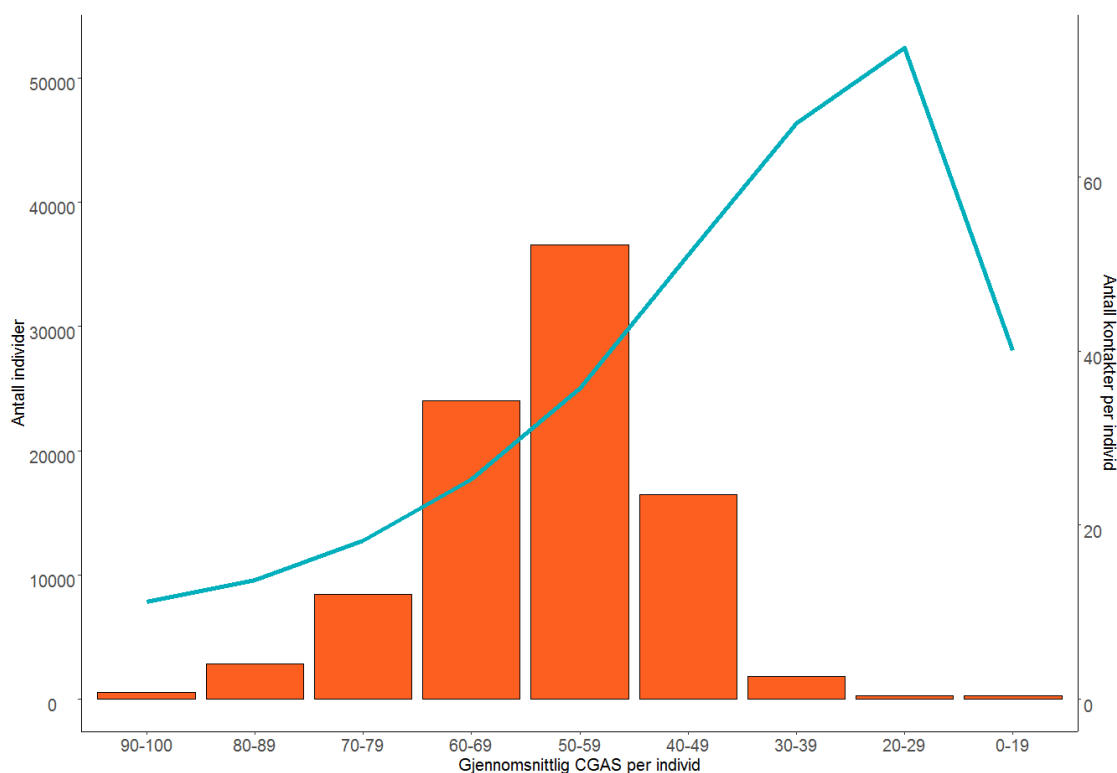
	Antall individer	Rate per 100 000
2016	55 527	4 925
2017	57 252	5 062
2018	56 658	5 018
2019	56 357	5 021

Kommunale tjenester som helsestasjon, skolehelsetjenesten, fastlege, kommunepsykolog og psykisk helsetjeneste, tilbud fra barnevernet, PPT, kommunalt innsatsteam, logopedtjeneste og skole har stor betydning for fungering i hverdagen. De kommunale tilbudene antas derfor å dekke deler av behovet. Kommunene har økt antall

årsverk i helsestasjonene og skolehelsetjenesten de senere årene.⁸² Helseesykepleierne selv oppgir at de sykeste barna primært ivaretas av spesialisthelsetjenesten, mens andre peker på at det er lite tid til å arbeide forebyggende grunnet nettopp arbeid med de alvorligst syke barna.⁸³ Det er samtidig potensiale for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre instanser, som for eksempel barnevernet.⁸⁴

Psykisk helsevern for barn og unge har høyere dekningsgrad i spesialisthelsetjenesten enn tilsvarende tjeneste for voksne. I BUP sitt multiaksiale diagnostiske system skåres funksjonsnivå på en skala fra 1-100 (hvor 100 er best mulig fungering). Figur 9 viser barn og unge i BUP for årene 2016-2019 med CGAS-skåre (75% har skåre) og det er beregnet gjennomsnittsskåre gjennom forløpet og antall kontakter per pasient for ulike funksjonsnivå.

Figur 9 Antall pasienter og kontakter per pasient fordelt etter CGAS funksjonsgruppe (Antall pasienter: venstre akse og søyler; Kontakter per pasient: høyre akse og linje)



Figuren viser at forholdet mellom funksjonsnivå og volum av behandling (antall kontakter) stiger lineært med redusert funksjonsnivå, fram til det når de med

⁸² https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202020.pdf/_attachment/inline/c40e5784-a262-48ef-ba65-afe1bb3a35bf:5a3a258326564ea73310d8c4a23acb18ab4c5db7/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202020.pdf

⁸³ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf

⁸⁴ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

gjennomsnittlig CGAS under 30. Samtidig viser figuren at om lag 13 000 pasienter i fireårsperioden har en gjennomsnittlig CGAS over 70, og at denne gruppen fikk 11 til 18 kontakter per person. Det illustrerer at dagens BUP har en andel på over 10% som har lavere indikasjon for spesialisthelsetjeneste, og at denne andelen får relativt omfattende oppfølging ved inntak. Vi har ikke grunnlag for å vurdere hva som er bakgrunnen, dvs. om dette skyldes tidlig innsats, eller om oppfølgingen burde ha vært gitt i kommunen. En omstilling av psykisk helsevern for barn og unge vil trolig kunne skje innen rammen av denne gruppen. Her kan lavterskeltilbud, i et tettere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten bidra til bedre tilgjengelighet, legge til rette for tidlig dialog og rask avklaring. Det kan forenkle prioriteringer, samt øke sannsynlighet for tidlig oppdagelse av alvorlig sykdom. Et eksempel er «Inntak ute i bydel» som Lovisenberg Diakonale sykehus har opprettet i utvalgte bydeler i Oslo. Tilbud som rask psykisk helsehjelp og eMeistring bør utvikles for å tilpasses ungdom.

4.2.1. Hvem behandles i psykisk helsevern for barn og unge?

Diagnostisk fordeling av hovedtilstand på akse 1 for poliklinisk behandling vises i tabell 10 for 2019. Kategorien for uspesifisert diagnose inkluderer R- og Z-diagnoser. Ettersom hvert opphold telles (ikke bare sluttdiagnose), blir denne kategorien forholdsvis større. Kategorien blir mindre hvis kun sluttdiagnose inkluderes. Samtidig er dette et uttrykk for at mange barn og unge ikke får spesifiserte F-diagnoser i BUP på akse 1. For en del barn og unge er det ukorrekt å stille spesifiserte F-diagnoser, og prodromale symptomer kan manifestere seg som diffuse symptomer eller pasienten kan ha lavt funksjonsnivå og være avhengig av oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Av de spesifiserte F-diagnosene er det ADHD og tilpasningsforstyrrelser som er av særlig volum. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser er av et lavere volum, men mottar flest konsultasjoner per individ.

Tabell 44 Antall pasienter og opphold i poliklinisk og dagbehandling BUP 2019 etter diagnose (Akse 1)

Diagnose	Individer	Antall pol./dag-opphold	Andel av individer	Andel av pol./dag-opphold
ADHD	11 707	124 480	21 %	15 %
Alvorlig psykisk lidelse	458	10 492	1 %	1 %
Andre diagnostiserte tilstand	3 882	21 552	7 %	3 %
Andre forstyrrelser	5 928	68 351	11 %	8 %
Angst	2 143	26 283	4 %	3 %
Depresjon	3 168	45 210	6 %	5 %
Fobi	1 878	26 299	3 %	3 %
Kompleks belastning	270	3 094	0 %	0 %
Mangler	1 722	7 911	3 %	1 %
OCD	954	14 206	2 %	2 %
Organisk	18	124	0 %	0 %
PF	495	6 001	1 %	1 %
Rus	75	547	0 %	0 %
Spiseforstyrrelse	1 322	32 301	2 %	4 %
Tilpasningsforstyrrelse	5 440	74 571	10 %	9 %
Uspesifisert	32 416	330 008	58 %	39 %
Utviklingsforstyrrelse	3 794	48 463	7 %	6 %
Total	56 197	839 893	100 %	100 %

Det er et noe tydeligere diagnostisk bilde på pasienter med behov for døgnbehandling. I 2019 utgjorde pasienter med spiseforstyrrelser 21% av samlet antall liggedøgn.

Tabell 45 Diagnostisk fordeling døgnbehandling BUP 2019

	Antall individer	Antall liggedøgn	Andel av individer	Andel av liggedøgn
ADHD	168	4 390	8 %	5 %
Alvorlig psykisk lidelse	183	9 448	9 %	12 %
Andre diagnostiserte tilstander	45	1 328	2 %	2 %
Andre forstyrrelser	153	4 913	7 %	6 %
Angst	80	2 560	4 %	3 %
Depresjon	296	8 887	14 %	11 %
Fobi	64	3 915	3 %	5 %
Kompleks belastning	14	598	1 %	1 %
Mangler	212	7 043	10 %	9 %
OCD	32	1 309	2 %	2 %
Organisk		30	0 %	0 %
PF	40	1 186	2 %	1 %
Rus	39	293	2 %	0 %
Spiseforstyrrelse	219	17 194	11 %	21 %
Tilpasningsforstyrrelse	270	6 759	13 %	8 %
Uspesifisert	364	2 915	18 %	4 %
Utviklingsforstyrrelse	148	7 454	7 %	9 %
Total	2 068	80 222	100 %	100 %

Pasienter med spiseforstyrrelser utgjør 11% av populasjonen som får døgnbehandling, og bare 2% av pasientene i poliklinikk. I 2016 utgjorde antall liggedøgn for pasienter med spiseforstyrrelser i underkant av 12 000, mens det i 2019 var 17 000. Tabell 46 viser utviklingen for pasienter med spiseforstyrrelser i BUP i perioden 2016-2019. Den årlige veksten korrigert for befolkning er formidabel. Sammenholdt med estimert prevalens av spiseforstyrrelser, er det en relativt lav dekningsgrad i spesialisthelsetjenesten, og økningen vil sannsynligvis indikere at flere søker behandling. Veksten i liggedøgn er større enn antallet individer, og indikerer således at hver pasient som blir innlagt får mer omfattende behandling.

Tabell 46 Utvikling antall pasienter, totale opphold (døgn, dag og polikliniske opphold) og liggedøgn for pasienter med spiseforstyrrelser i perioden 2016-2019.

År	Individer	Antall		Rate per 100 000 mellom 0 - 17 år	
		Totale opphold	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn
2016	1 043	23 297	11 783	93	1 045
2017	1 177	34 234	12 899	104	1 140
2018	1 307	30 141	16 443	116	1 456
2019	1 363	32 622	17 194	121	1 532
Snitt årlig endring				10 %	16 %

Pasientgruppen har ofte et betydelig helsehjelpsbehov på tvers av somatikk, psykisk helsevern for voksne, barn og unge og kommunale tjenester. Det er vanskelig å si hvordan utviklingen går videre, men dersom utviklingen vedvarer vil det ha konsekvenser for ressursfordelingen innad i helsetjenesten. Det bør undersøkes nærmere om tiltak rettet mot forebygging av spiseforstyrrelser kan ha positiv effekt.⁸⁵

Pasienter med medfødte og varige tilstander (e.g. psykisk utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme, asperger), spesifikke utviklingsforstyrrelser og ADHD) er en sentral del av pasientpopulasjonen i BUP. Særlig psykisk utviklingshemming og spesifikke utviklingsforstyrrelser klassifiseres på hhv. akse 2 og 3, og vil ofte registreres som samtidig diagnoser med en akse 1-diagnose. Dersom vi ser bort fra pasienter med ADHD, utgjorde pasienter med medfødte og varige tilstander 16% av pasientpopulasjon i BUP 2019. Tabell 47 viser utviklingen over de siste år. Tabellen viser at denne gruppen utgjør en stadig større andel, noe som skyldes en årlig vekst for pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.

⁸⁵ Le et al., (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis, 53, Clin Psych Rev

Tabell 47 Antall individer i BUP og individer med medfødte og varige tilstander i perioden 2016-2019

aar	Antall individer					Rate per 100 000 0-17 år		
	Totalt antall individer	Individer med medfødte og varige tilstander	Psykisk utviklingshemming	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	Spesfikk utviklingsforstyrrelse	Psykisk utviklingshemming	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	Spesfikk utviklingsforstyrrelse
2016	55 527	7 821	629	2 905	4 465	56	258	396
2017	57 252	8 391	586	3 379	4 671	52	299	413
2018	56 658	8 286	521	3 538	4 486	46	313	397
2019	56 357	8 923	569	3 711	4 899	51	331	436
Snitt årlig endring						-3 %	9 %	3 %

Pasienter med varige og medfødte tilstander utgjør i 2019 om lag 17% av døgnpopulasjonen i BUP. Fra 2016 er det en større utvikling i antall individer som blir innlagt med disse problemstillingen, med en årlig vekst på om lag 10%.

4.2.2. Variasjon i bruk av døgnopphold

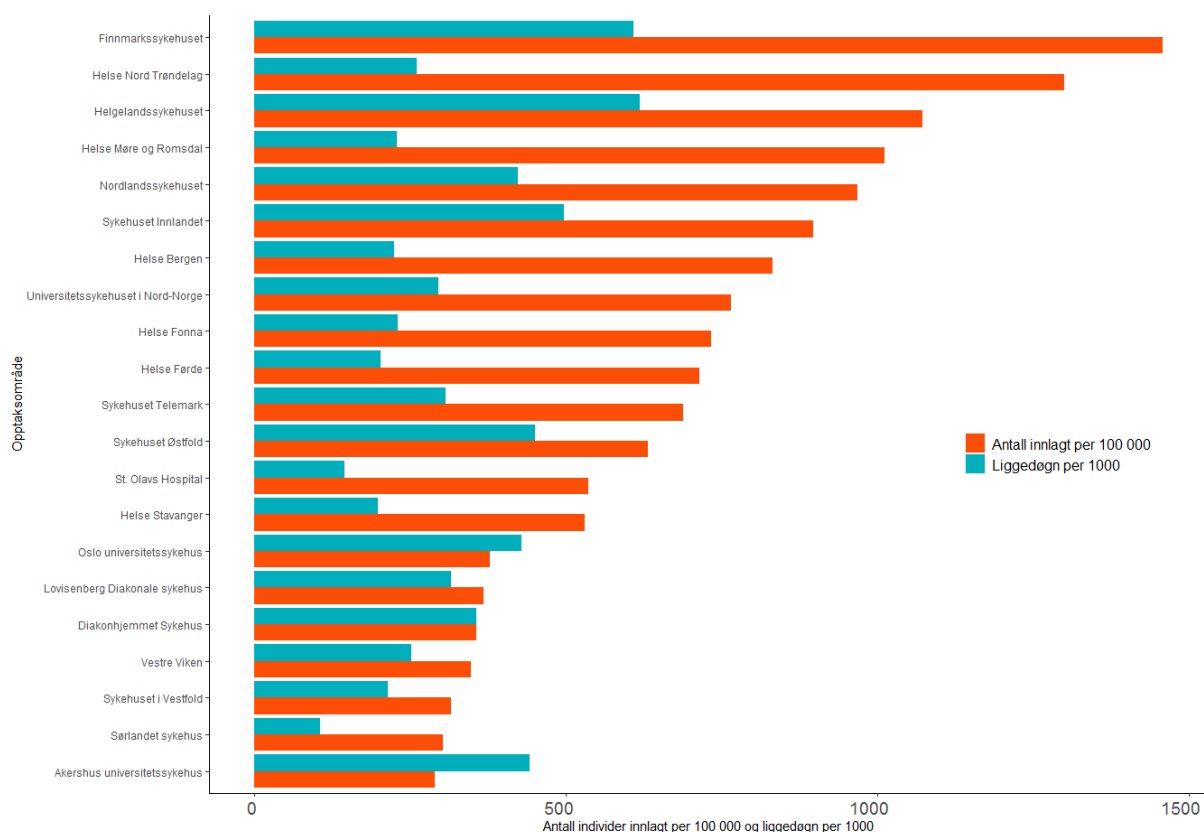
Psykisk helsevern for barn og unge gir primært poliklinisk behandling og 99,7% av har minst en poliklinisk kontakt i 2019. Kun 3,7% av pasientene i BUP blir innlagt til døgnbehandling i løpet av et år. Disse forholdstallene er helt stabile for årene 2016-2019. Antall pasienter i poliklinisk behandling og antall polikliniske opphold per innbygger varierer i mindre grad over opptaksområder med henholdsvis en variasjonskoeffisient på 15 og 13% i 2019.

Tabell 48 Gjennomsnittlige rate per 100 000 mellom 0-19 år over opptaksområder, standardavvik og variasjonskoeffisient

	Snitt rate (std)	CV
Antall individer i BUP	5411 (1024)	19 %
Antall individer innlagt døgn	212 (97)	46 %
Liggedøgn	7789 (3602)	46 %

Det er langt større variasjon i bruk av døgnopphold og liggedøgn per innbygger. Denne variasjonen er også forholdsvis stabil og indikerer således en ulik tilnærming til døgnbehandling. Figur 10 viser variasjonen i døgnbehandling over opptaksområder for perioden 2016-2019 og illustrer ulik tilnærming til behandling i BUP, og forskjeller i kapasitet. I fremstillingen er oppholdsdøgn for pasienter bosatt i Oslo inkludert hjemmesykehus, slik at fremstillingen i uttrykker varighet av høyintensiv behandling.

Figur 10 Antall pasienter innlagt til døgntilrettelagt BUP og liggedøgn i perioden 2016-2019 per 100 000 innbygger 0-17 år (gjennomsnitt av årene)



I hvilken grad pasienter blir innlagt med varige og medfødte tilstander og omfanget av døgntilrettelagt BUP varierer også over opptaksområder i Norge (hhv. 76% og 83%), og det er særlig områdene i Nordland, Finnmark og Helgeland, samt Oslo og Akershus som har et betydelig høyere forbruk av liggedøgn. Det er en klar positiv sammenheng ($r= 0.7$) mellom samlet døgntilrettelagt BUP og døgntilrettelagt BUP for pasienter med medfødte og varige tilstander.

4.2.3. Sped- og småbarn

Sped- og småbarn fra 0-5 år er en pasientgruppe som i dag har stor variasjon i tilbud mellom helseregionene. Utgangspunktet er at sped- og småbarns problemer må forstås innenfor en omsorgs- og samspillramme som endres over tid. Tidlig hjelp til barnas familier er derfor svært viktig.⁸⁶ NPR-tall fra 2016-2017 viser at andel barn i psykisk helsevern for barn og unge i alderen 0-3 år per helseforetak har en variasjon fra -63 til 103% av landsgjennomsnitt. Det kan skyldes flere forhold, som ulik organisering av barnehabilitering, at det kommunale tilbudet er ulikt utbygget og at tjenesten selv har ulikt tjenestetilbud eller registreringspraksis. Variasjonen i bruk og innhold i tilbudet

⁸⁶ <https://www.r-bup.no/no/maalgrupper/sped-og-smaabarn>

rettet mot sped- og småbarn viser at det fortsatt er behov for videre kunnskapsutvikling innen fagområdet.

4.2.4. Inkludering og utenforskap

OECD har påpekt at Norge bør gjøre mer for å redusere andelen unge under 30 år som ikke har arbeid eller er under utdanning.⁸⁷ Andelen unge på uføretrygd i Norge er den høyeste i OECD. Unge uten fullført videregående opplæring har større sannsynlighet for å motta en form for stønad, og for å motta stønad i en lengre periode. De mest sårbare mottar sosialstønad, har psykiske helseproblemer, lite arbeidserfaring og behov for mer samordnet hjelp. Erfaringer fra IPS (Individual Placement and Support/Individuell jobbstøtte) viser at også personer med alvorlig psykisk lidelse kan mestre jobb og skolegang med riktig støtte. Enkelte helseforetak tilbyr jobbstøtte også til unge, eks. Diakonhjemmet.⁸⁸ Etter mal fra FACT for voksne, er det nylig etablert flere piloter på en tilpasset modell for unge mellom 12-24, FACT-ung.⁸⁹ Det kan bidra til at flere klarer å opprettholde funksjon over lengre perioder og vil bidra til å redusere risiko for utenforskap.

4.2.5. Barn i barnevernet

I 2019 fikk nesten 55 000 barn og unge under 23 år hjelp fra barnevernet.⁹⁰ Det er omtrent samme størrelse som psykisk helsevern for barn og unge. Her mangler gode nasjonale tall for å vite hvor stor andel av barn og unge i barnevernet som samtidig har et tilbud i BUP.

Bufdirs statistikk for 2019 viser at for 61% av barn og unge ble det gitt hjelpetiltak i hjemmet. Nesten 15 000 barn og unge hadde plassering utenfor hjemmet i 2019. De fleste i fosterhjem (73%), i egen bolig med oppfølging (19%) eller i barnevernsinstitusjon (8%).⁹¹ Kayed m. fl. sin rapport om psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner viste at 76% av institusjonsbeboerne fyller kriteriene for en eller flere psykisk lidelse(r), mens bare 38% hadde fått hjelp fra psykisk helsevern de siste tre månedene.⁹² Det er også indikasjon på at ungdom i barnevernsinstitusjonene har høyere forekomst av psykisk lidelse enn ungdom for øvrig, høy grad av komorbiditet og at nesten 28% hadde tidligere innleggelse i psykisk helsevern for barn og unge.⁹³ De mest utbredte lidelsene var depresjon (37%), angst (34%), ADHD (32%) og aspergers

⁸⁷ OECD *Investing in Youth: Norway* 5. April 2018

⁸⁸ <https://diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern-og-rus/barne-og-ungdomspsykiatrisk-poliklinikk#gruppeterapi>

⁸⁹ <https://www.napha.no/content/24269/Oppsokende-FACT-team-for-unge-i-gang>

⁹⁰ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/

⁹¹ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Oppsummert_status_i_tall_for_barnevernet/

⁹² <https://bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002834>

⁹³ https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e

syndrom (23%). 19% hadde alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) og 21% reaktiv tilknytningsforstyrrelse.

Barn og unge i barnevernet har hatt økt fokus de senere år, og ulike tiltak er iverksatt. Det er innført lokale samarbeidsavtaler mellom BUP og barnevern, regionale avtaler mellom de regionale helseforetakene og Bufetat, fellesinstitusjoner for BUP/barnevern, barnevernsansvarlig i BUP og det er prøvd ut andre strukturer som felles akuttinntak og stillasbyggerne. Helsedirektoratet og Bufdir har også utarbeidet et pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus for barn og unge i barnevernet.⁹⁴ Likevel er det mye som gjenstår, jf. Barneombudets nyeste rapport *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*.⁹⁵

Barne- og familiedepartementet har nylig fremmet forslag om å endre barnevernloven. Høringsforslaget innstiller på at det skal utføres tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Formålet er økt kunnskap om barnets behov, som skal gi bedre grunnlag for forsvarlig omsorg og oppfølging. Kartleggingen forutsetter at særlig spesialisthelsetjenesten bidrar med nødvendig kompetanse og ressurser for å kartlegge psykisk og somatisk helse, inkl. tannhelse. Forslaget forplikter dermed både kommunene og spesialisthelsetjenesten til å avsette kompetanse og ressurser til både kartlegging og videre oppfølging og behandling.⁹⁶

4.2.6. Barn og unge med rusmiddelproblemer, ruslidelser og avhengighetsproblematikk

Statistikk fra Bufetat viser at barn og unges rusbruk sjelden er hovedårsak til tiltak i barnevernet. Det tyder på at det er andre risikofaktorer enn rusbruk hos barn og unge som utløser hjelpetiltak fra barnevernet, Bufetat eller PHBU, eks. foreldre som ruser seg, atferdsvansker osv. Barn og unge med samtidige psykiske lidelser og ruslidelse vil henvises til PHBU for behandling av den psykiske lidelsen. Det er først og fremst ungdom på 17 år som er å finne i TSB, og antallet er lavt.

Unge under 18 år henvises i liten grad til TSB og barn og unge med rusproblemer fanges derfor oftest opp av utekontakten, politi, barnevern og lavterskeltiltak i kommunen. Så lenge det er Bufetat som følger opp, er det også her behov for en avklaring av hvilken etat som skal tilby hjelp til barn og unge med rusproblemer. Polikliniske opphold hvor rusrelatert diagnose er stilt som hoveddiagnose eller bidiagnose er svært lavfrekvent i PHBU.

En annen gruppe med avhengighetsproblematikk er unge med spillavhengighet. Selv om det foreløpig er en forholdsvis liten gruppe, kan avhengighetsproblematikken ha store

⁹⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-og-utredning-av-psykisk-helse-og-rus-hos-barn-og-unge>

⁹⁵ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

⁹⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-tverrfaglig-helsekartlegging-av-barn-i-barnevernet/id2819979/?expand=horingsbrev>

konsekvenser for fungering i familien, sosialt og i skole/utdanning. Kompetansen bygges i dag opp i TSB. Det er lite forskjell på å behandle en 15-åring og en 18-åring. Her er det en mulighet for at TSB kan utvide ansvarsområdet ned til 15 år.

4.3. Alminnelig og utbredte psykiske lidelser hos voksne

Angst- og depresjonslidelser er, sammen med ruslidelser, utbredt i befolkningen og har betydelige konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. Grunnet helsetapet og den høye forekomsten, er angst og depresjon på 8. og 9. plass over sykdommer som gir størst sykdomsbyrde. Alminnelige og utbredte psykiske lidelser som angst (fobi, angst og OCD) og depresjon er den største pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med angst og depresjon utgjorde 34% av pasientpopulasjonen i 2019 over 18 år (75 000 individer). I perioden 2016 til 2019 var 181 000 pasienter til behandling for angst og depresjon (inkl. avtalespesialister) i spesialisthelsetjenesten. Pasientene mottar ofte behandling over kalenderår og i perioden 2018-2019 hadde pasienter med angst og depresjon om lag 14,6 polikliniske opphold per pasient. Det samlede polikliniske volumet for denne pasientgruppen er i underkant av 800 000 per år.

OCD (tvangslidelse) er en relativt liten undergruppe av angstlidelser, som årlig utgjør i underkant av 4 000 individer. Pasientene følges ofte opp over flere år og i en fireårsperiode er populasjonen på 8 000 individer. Gjennom denne perioden har pasientene om lag 19 polikliniske opphold per individ. Utviklingen av 4-dagers behandlingen har vist svært gode resultater, men krever en betydelig høyere ressursinnsats over kortere tid (omregnet til det dobbelte av gjennomsnittlig antall polikliniske opphold per individ). Dersom behandling skal tilbys bredspektret blir det nødvendig å justere kapasiteten.

Pasienter med tilpasningsforstyrrelser og komplekse belastningslidelser (e.g. PTSD, dissosiasjonslidelser) er en større pasientgruppe i spesialisthelsetjenesten som i 2019 utgjorde ca. 40 000 individer. Tabell 49 viser utviklingen for pasienter over 18 år med alminnelige og utbredte tilstander i poliklinikk.

Tabell 49 Utvikling av alminnelige og utbredte tilstander i spesialisthelsetjenesten 2016-2019

	Antall individer						Rate per 100 000 over 19 år					
	Depresjon	Fobi	Angst	OCD	Tilpasningsforstyrrelse	Kompleks belastning	Depresjon	Fobi	Angst	OCD	Tilpasningsforstyrrelse	Kompleks belastning
2016	44 465	8 519	18 496	3 187	31 899	3 352	1 125	215	468	81	807	85
2017	45 171	9 114	19 806	3 503	33 744	4 364	1 131	228	496	88	845	109
2018	43 998	9 087	19 666	3 535	34 223	3 953	1 090	225	487	88	848	98
2019	44 057	9 336	19 878	3 776	35 742	3 650	1 082	229	488	93	878	90
Snitt årlig endring							-1 %	2 %	1 %	5 %	3 %	2 %

Avtalespesialister innen psykisk helsevern står for en viktig del av behandlingen som tilbys pasienter med angst og depresjon. Tabell 50 viser antall pasienter og volum av behandling ved henholdsvis offentlig behandling og hos avtalespesialist. Over en fireårsperiode mottar pasientene ved avtalespesialist 40% flere polikliniske opphold.

Tabell 50 Pasienter med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse i poliklinisk behandling i perioden 2016-2019 ved offentlig og avtalespesialist.

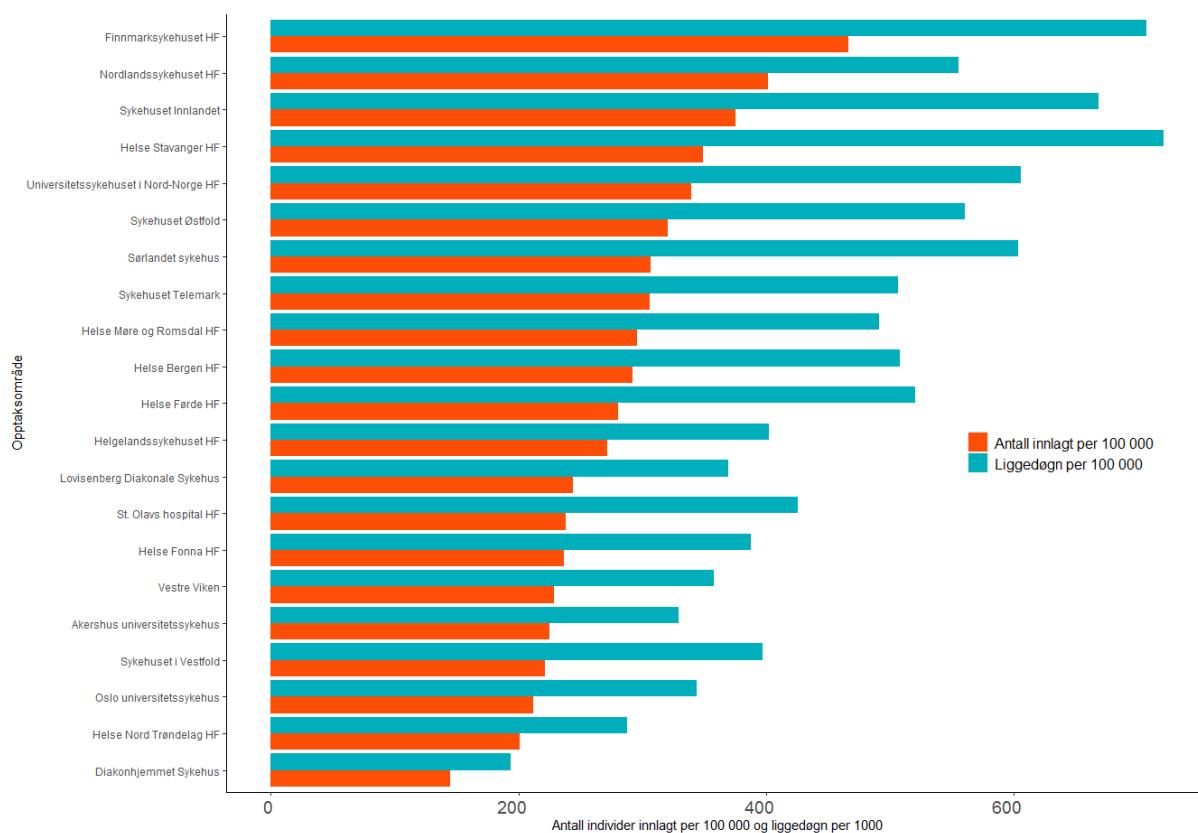
	Individer	Polikliniske opphold	Opphold per individ
Offentlig	174 578	2 953 882	16,9
Avtalespesialist	72 790	1 745 793	24,0
Total	233 631	4 699 675	20,1

I henhold til Helsedirektoratets prioriteringsveileder for psykisk helsevern, skal pasienter med milde og moderate tilstander følges opp av primærhelsetjenesten. Basert på tall fra NPR og KPR, utgjør pasienter med milde tilstander, uspesifiserte lidelser og symptomlidelser uten omfattende tjenester fra kommunen rundt 8% av pasientvolumet i psykisk helsevern og TSB. Det er i overkant av 20 000 individer, med estimert volum på nærmere 200 000 polikliniske opphold per år. Variasjonen i spesialisthelsetjenestens oppfølging av alminnelig og utbredte lidelser indikerer samtidig et potensial for optimalisering av forløp i spesialisthelsetjenesten. En tydeligere oppgavedeling og optimalisering av behandlingsforløp vil kunne bidra til å bredde tilbud som 4-dagersbehandling for OCD i spesialisthelsetjenesten.

4.3.1. Ulik behandlingspraksis ved utbredte og allmenne tilstander

En relativt liten andel av denne pasientgruppen blir innlagt til døgnbehandling (10%). For den utvidete gruppen av utbredte og alminnelig tilstander (inkl. OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse) er det moderat variasjon i liggedøgnsforbruk over opptaksområder i 2019 (CV = 29%) og området med høyest forbruk er tre ganger så høyt som område med lavest forbruk. Oversikt over bruk over opptaksområder er å finne i figur 11. Det er av interesse at pasienter bosatt i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus har et betydelig annet døgnforbruk ved disse tilstandene, enn pasienter bosatt i for eksempel Diakonhjemmet sitt opptaksområde. Disse forskjellene indikerer ulik tilnærming til behandling og ulik kapasitet, og representerer en utfordring for likeverdige helsetjenester.

Figur 11 Antall individer til døgnbehandling og liggedøgn per 100 000 innbygger over 19 år med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse.



4.4. Alvorlig psykisk lidelse

Alvorlig psykisk lidelse viser til diagnosegruppene psykoselidelser (F2) og bipolar lidelse (F30-31). Alvorlige psykiske lidelse utvikles ofte fra slutten av tenårene og begynnelsen av tjuårene. Forekomsten er stabil over tid. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil ofte ha behov for flere samtidige tjenester som involverer medikamentell behandling, poliklinisk oppfølging, oppsøkende tjenester og periodevis døgnbehandling. Alvorlig psykisk lidelse er samtidig en heterogen gruppe tilstander, der sykdommens innvirkning på pasientens liv og funksjon varierer både mellom pasienter og gjennom pasientens liv. Målet med behandlingen er reduksjon i symptomer og gjenoppretting av ervervet funksjonsnivå. Mange trenger støtte for å gjenopprette funksjonsnivået. Det omfatter praktisk støtte til å gjenoppta studier/arbeid, hverdagslig fungering eller botrening. Andre vil igjen ha behov for langvarige kompensierende tiltak for å forbedre bo- og funksjonsevne. Tilbudet vil for mange inkludere økonomisk bistand. Kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og NAV er sentrale aktører i et langvarig behandlingsforløp med psykososial rehabilitering, muligheter for bostøtte og økonomisk hjelp. Personer med alvorlig psykisk lidelse har en kortere forventet levetid enn gjennomsnittet i den norske befolkningen.

Om lag 24 000 pasienter med alvorlig psykisk lidelse som hoveddiagnose har en eller flere kontakter i spesialisthelsetjenesten årlig. I 2019 var det i overkant av 5000 nye pasienter med alvorlig psykisk lidelse.⁹⁷ Det er lav variasjon per 100 000 innbygger over 19 år over opptaksområder for antall pasienter med alvorlig psykisk lidelse som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten (CV = 19%). Cirka 35% av pasientene med alvorlig psykisk lidelse har minst en døgninnleggelse per år og korrigert for innbyggere er personer med alvorlig psykisk lidelse som mottar døgnbehandling svært stabil over tid. Den primære døgnbehandling gis i psykisk helsevern voksen (VOP). Pasienter med alvorlig psykisk lidelse utgjør 30% av pasienter som mottar døgnbehandling i VOP, og om lag 40% av liggedøgnene.

I gjennomsnitt har pasientgruppen 20,2 polikliniske kontakter per år, noe som er 57% mer enn gjennomsnittet i VOP. Det er samtidig betydelig variasjon i hvor stor grad pasienter med alvorlig psykisk lidelse får polikliniske oppfølging per 100 000 innbygger over opptaksområder i Norge (CV = 52%). Det er registrert oppsøkende polikliniske behandling med et snitt på 24% over opptaksområder (fra 9-38%), og volumet pasientene får av oppsøkende behandling har en variasjonskoeffisient på 87% over opptaksområder per 100 000 innbygger over 19 år. Ut fra den registrerte aktiviteten er det fremdeles et betydelig potensial i den polikliniske oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Organisering, innretting og innhold i både spesialist- og primærhelsetjenesten til pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer i Norge. Pasientene bosted virker inn på hva slags helsetjenestetilbud som gis, dvs. i hvilken grad pasientene mottar oppsøkende tjenester, aktiviseringstilbud, hvor lange sykehusoppholdene er, og i hvilken grad det er sannsynlig å bli reinnlagt på sykehus før det er gått 30 dager. Pasienter bosatt i opptaksområder med lav gjennomsnittlig oppholdstid har større sannsynlighet for å nye innleggelser og det er mindre variasjon i liggedøgn per individ over en ett-års periode. Dersom man ser over flere år, reduseres variasjonen ytterligere (se tabell 17 for illustrasjon).

Dette viser at pasientgrupper med kroniske lidelser og fluktuerende funksjonsnivå over tid, bør analyseres over flere år. Dersom man for eksempel ser på opptaksområde 12 og 16 er det svært forskjellig tilnærming til snitt oppholdstid. Akkumulert over en 4 årsperiode er differansen mellom antall opphold per pasient nærmere dobbelt for opptaksområde 16 og antall liggedøgn er nesten utjevnet. Muligheten til å tilby lengre døgnopphold er kapasitetsdefinerende all den tid ikke alle pasienter over en 4 års periode blir innlagt med faste og regelmessige intervaller (i.e. likt antall pasienter per dag i 4 år).

⁹⁷ Nye pasienter er definert som at de ikke registrert kontakt i NPR, 2016-2018.

Tabell 51 Oppholdstid, opphold per pasient, liggedøgn per pasient for pasienter med alvorlig psykisk lidelse over opptaksområder, ett år, to år og fire år

Opptaksområde	Ett år			To år			Fire år		
	Oppholdstid	Opphold per pasient	Liggedøgn per individ	Oppholdstid	Opphold per pasient	Liggedøgn per individ	Oppholdstid	Opphold per pasient	Liggedøgn per individ
1	25,8	1,9	49,6	27,0	2,4	64,3	27,5	3,0	82,4
2	34,5	1,8	62,3	29,8	2,4	70,1	34,4	2,8	95,8
3	24,5	2,0	49,1	23,9	2,6	61,0	22,6	3,2	73,1
4	19,4	2,7	52,6	20,1	3,6	71,4	20,6	4,6	94,9
5	18,9	2,3	43,4	18,1	3,3	59,4	18,4	4,6	84,2
6	14,1	3,0	42,2	14,8	4,1	60,8	15,1	5,5	83,2
7	24,8	2,8	68,7	23,8	3,4	82,2	22,5	4,0	91,2
8	19,5	2,2	43,2	20,4	2,6	53,0	22,9	3,2	74,4
9	15,4	2,7	42,1	16,7	3,2	54,0	18,7	4,1	77,3
10	19,7	3,0	58,7	19,1	4,0	76,5	19,6	5,1	99,3
11	30,3	1,9	58,7	27,4	2,6	72,0	27,8	3,3	93,1
12	31,0	1,8	56,0	29,7	2,3	68,2	29,9	2,8	83,0
13	24,5	1,7	41,3	25,8	2,1	53,7	23,5	2,6	61,9
14	33,0	2,0	67,1	31,3	2,7	83,1	34,3	3,2	108,5
15	25,4	2,0	51,7	26,0	2,6	68,0	27,0	3,2	87,1
16	17,5	2,6	44,6	17,9	3,3	59,8	18,3	4,4	80,4
17	19,2	2,6	49,5	20,0	3,4	68,7	20,4	4,5	91,8
18	20,3	2,7	54,5	19,6	3,6	71,2	19,4	4,6	88,9
19	16,1	3,0	48,8	15,5	4,4	68,2	13,8	6,0	82,7
20	23,0	2,4	54,8	23,4	3,1	73,1	24,1	3,7	89,1
21	24,9	2,0	49,9	22,9	2,7	61,5	24,8	3,4	83,7
Gjennomsnitt	22,9	2,3	51,8	22,5	3,1	66,7	23,1	3,9	86,0
Standardavvik	5,6	0,4	7,8	4,8	0,6	8,3	5,4	0,9	9,8
CV	25 %	18 %	15 %	21 %	21 %	12 %	23 %	24 %	11 %

4.4.1. ROP-lidelser

ROP-lidelser (Rus og Psykose) er alvorlige psykiske lidelser med samtidig ruslidelse. Forskning fra andre land indikerer en høy samtidighet (40%) av schizofrenispektrum lidelser og rus- og avhengighetslidelser. På tross av stabil samlet prevalens, synes prevalens av samtidig illegalt rusmiddelbruk å øke.

Pasienter med ROP-lidelser utgjør om lag 4 200 personer, og i overkant 15% av populasjonen med alvorlig psykisk lidelse i Norge (både hoved- og bidiagnose). Det antas en underdiagnostisering av rusrelaterte lidelser ved alvorlig psykisk lidelse. Andelen av ROP-lidelser av totalen er i vekst og økte fra 15,2% i 2016 til 15,7% i 2019. Det kan indikere endringer i pasientproblematikk og/eller endringer i diagnostisk oppmerksomhet.

Tabell 52 Antall personer med alvorlig psykisk lidelse og ROP-lidelser (ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse i samme år) inntil 5 bidiagnoser og rater per 100 000 innbygger over 18 år.

	Alvorlig psykisk lidelse	ROP-lidelse	Total	Rate ROP-lidelse	Rate total
2016	22 570	4 050	26 620	99,1	651,4
2017	23 317	4 235	27 552	102,6	667,6
2018	22 853	4 218	27 071	101,2	649,7
2019	22 825	4 255	27 080	101,2	643,9

Andelen med døgninnleggelse er vesentlig høyere for pasienter med ROP-lidelser, og hele 75% av pasientpopulasjonen har døgnopphold i psykisk helsevern voksen per år. Kombinasjonen av ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse gir økt sannsynlighet for reinnleggelse og andelen med minst en reinnleggelse var 38%, mot 20% for pasienter med alvorlig psykisk lidelse uten rus som komorbiditet. Oppholdstiden er noe kortere, men ikke tilstrekkelig til å skulle forklare den store forskjellen i reinnleggesrate.

Tabell 53 Antall personer og aktivitetsparametere for pasienter innlagt til døgnbehandling i psykisk helsevern voksen med alvorlig psykisk lidelse som primærdiagnose og ROP-lidelse i 2018/2019

	Antall individer	Antall døgnopphold	Liggedøgn	Døgnopphold per individ	Liggedøgn per individ	Snitt oppholdstid
Alvorlig psykisk lidelse	9 757	37 755	783 059	3,9	80,3	20,7
ROP-lidelse	2 333	11 791	239 314	5,1	102,6	20,3

Alvorlig psykisk lidelse (F2, F30 og F31) som avgrensede for ROP-lidelser vil sannsynlig underestimere pasientpopulasjonen med alvorlig dobbeltdiagnoseproblematikk. Den største utfordringen er likevel at rusrelaterte diagnoser er underdiagnostisert.

4.4.2. Sikkerhetspsykiatri

Det er etablert egne sikkerhetspsykiatriske enheter i spesialisthelsetjenesten som har ansvar for pasienter med særskilt høy voldsrisiko og pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Sikkerhetspsykiatri skiller seg fra annen behandling ved at inntak av pasienter ikke alene hviler på faglige vurderinger og prioriteringer, men som følge av dom og kjennelse fra justissektoren. Mulige endringer innen justissektoren fører til ekstra usikkerhet i dimensjonering av tjenestetilbudet. Det sikkerhetspsykiatriske tilbudets volum og behov henger nøye sammen med antall:

- Som dømmes til overføring til tvungent psykisk helsevern (straffeloven § 62)
- Kjennelser om varetektssurrogat i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 188)
- På judisiell døgnobservasjon i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 167)

Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har økt de siste 10 årene. I 2010 var det 22 nye dommer, i 2019 var dette tallet økt til 40. Totalt er det 250 dømte i behandling i spesialisthelsetjenesten i 2019. Dømte la beslag på nesten halvparten av alle døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien i 2019, også grunnet langvarig behandling. Dersom trenden vedvarer de neste ti årene, vil antallet domfelte i psykisk helsevern utgjøre 500-600 personer. Det foreligger per i dag bare planer om å øke døgnkapasiteten med 5 plasser på nasjonalt nivå. En slik økning vil gi totalt 225 plasser. Det er flere usikkerhetsmomenter knyttet til fremtidig behov for døgnkapasitet i sikkerhetspsykiatrien. Eksempelvis mulige etableringer av andre tilbud med høy bemanning og egnede bygg, lovendringer og demografiske endringer. Det er i dag ikke etablert egne sikkerhetsplasser for pasienter under 18 år. SIFER-nettverket skal utrede omfanget av barn og ungdom med psykisk sykdom og høy voldsrisiko.

Seneste statusrapport fra SIFER-nettverket «*Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport*» fra september 2020, slår fast at den samtidige reduksjonen i døgnkapasitet i psykisk helsevern har sammenfalt med et økt behov for sikkerhetspsykiatrisk kapasitet. Endringer i straffeprosessloven § 188 og § 167 har gitt økt bruk av varetektssurrogat, judisielle observasjoner og dom på overføring til tvunget psykisk helsevern med døgnopphold, jf. straffeprosesslovens § 67.

I perioden 1990 til 2019 har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet totalt sett blitt redusert fra 7745 til 3649. Antall plasser i sikkerhetspsykiatrien har vært relativt stabilt på litt over 4 plasser per 100.000 innbyggere siden 2008. Det var i 2019 42 regionale og 178 lokale døgnplasser, til sammen 220 døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien. Det foreligger ingen nyere anbefalinger på nødvendig kapasitet i sikkerhetspsykiatrien. I 1980 kom Robak-utvalgets anbefaling og i 1999 kom Gunby-utvalgets anbefaling – begge anbefalte 5-6 sikkerhetspsykiatriske døgnplasser per 100 000. Nye lovendringer vil påvirke behovsvurderingene.

Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet, opptar sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som er eneste aktuelle tilbud til pasienter med høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. I konsekvens reduseres behandlingsskapasiteten for andre pasienter som klinisk sett har større behov for en døgnplass for behandling av sin psykiske lidelse. Fortsetter trenden i antall dømte til psykisk helsevern, må det etableres nye behandlingstilbud for å sikre pasienter med høy voldsrisiko adekvat oppfølging og behandling.

4.5. Øyeblikkelig hjelp

Akuttkjeden består av kommunale helsetjenester som legevakt, fastleger, AMK, ambulanse, og sykehusenheter. I sykehuset kan både polikliniske konsultasjoner og døgnbehandling inngå i akuttkjeden. Det polikliniske behandlingstilbudet omfatter ambulans akutteam og polikliniske kontakter. Årlig gjennomføres om lag 55 000 konsultasjoner med øyeblikkelig hjelp innen psykisk helsevern og TSB.

Akutthenvendelser til sykehuset kommer fra fastlege, legevakt, kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og andre helsetjenester. Det er om lag 45 000 innleggelser til øyeblikkelig hjelp innen PHV og TSB per år, fordelt på i underkant av 22 000 pasienter, hvor antall opphold og personer er stigende per innbygger i perioden 2016-2019. Snitt oppholdstid er redusert fra 13,4 dager i 2016 til 13,0 dager i 2019, noe som utgjør en reduksjon på 3,1% i perioden. Tabell 54 viser en fordeling over aktivitet for innleggelser til øyeblikkelig hjelp over opptaksområder. Det er relativt stor variasjon i antall opphold (CV = 29%) og liggedøgn (CV = 30%), mens det er mindre variasjon i andelen personer som blir innlagt til øyeblikkelig hjelp i befolkningen (CV=17%).

Tabell 54 Antall og rater per 100 000 innbygger 2019 - opphold, personer og liggedøgn øyeblikkelig hjelp innleggelse

Opptaksområde	Antall opphold, individer og liggedøgn			Rater per 100 000		
	Opphold	Individer	Liggedøgn	Opphold	Individer	Liggedøgn
Akershus universitetssykehus	3 678	1 954	42 343	645	343	7 429
Helse Stavanger	5 439	1 927	74 951	1 482	525	20 420
Sykehuset Innlandet	2 860	1 507	43 361	845	445	12 805
Lovisenberg Diakonale sykehus	1 371	831	18 757	885	536	12 107
Nordlandssykehuset	1 099	657	13 101	790	472	9 419
Oslo universitetssykehus	1 230	836	16 288	448	305	5 936
Sykehuset Østfold	3 395	1 447	42 641	1 079	460	13 551
Sørlandet sykehus	3 494	1 437	46 292	1 145	471	15 166
St. Olavs Hospital	3 052	1 428	33 116	966	452	10 486
Sykehuset Telemark	1 759	779	20 564	1 015	449	11 865
Universitetssykehuset i Nord-Norge	2 052	911	26 828	1 063	472	13 899
Diakonhjemmet Sykehus	601	405	8 388	424	286	5 915
Sykehuset i Vestfold	1 814	795	22 225	742	325	9 094
Vestre Viken	2 946	1 499	51 753	607	309	10 670
Helgelandssykehuset	478	311	6 675	609	396	8 506
Helse Bergen	4 092	1 840	53 651	906	407	11 877
Finnmarkssykehuset	547	320	8 399	721	422	11 071
Helse Fonna	1 890	743	20 602	1 042	410	11 357
Helse Førde	850	389	11 646	783	358	10 722
Helse Nord Trøndelag	940	585	9 468	627	390	6 320
Helse Møre og Romsdal	2 285	1 229	25 647	862	464	9 679

Det er relativt liten variasjon over opptaksområder i antall pasienter som blir akuttinnlagt, men antall opphold per pasient og liggedøgnsforbruk varierer.

Variasjonen er mindre mellom opptaksområdene for innleggelser av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og utviklingsforstyrrelse, mens det er større variasjon for andre diagnosegrupper. Over halvparten (54%) av pasientpopulasjonen som trenger akuttinnleggelser har vedtaksbaserte kommunale tjenester, og for hovedandelen (60%) gjelder dette også ved innleggelse. Den store andelen av pasienter med etablerte kommunale tjenester indikerer at både bedre forebyggende oppfølging og gode behandlingsplaner på tvers av nivåer kan forebygge innleggelser i akuttkjeden.

Om lag 60% av innleggelsene til øyeblikkelig hjelp er henvist til frivillig psykisk helsevern i perioden 2016-2019 (mangler henvisningsinformasjon på om lag 10-14% av

oppholdene per år). Det var en økning i andel innlagt til frivillig psykisk helsevern fra 2016 til 2018, men som så er gått litt ned igjen. Det er i perioden en svak nedgang i antall formaliteter per pasient (-1% fra 1,16 formaliteter per pasient til 1,15 formaliteter per pasient (e.g. først henvist frivillig, så tvang)). Det er samtidig en svak vekst i antall opphold per pasient fra 2,07 i 2016 til 2,11 i 2019 (vekst på 2%). Antall innleggelser til øyeblikkelig hjelp per 100 000 innbygger øker fra en rate på 819 i 2016 til 865 i 2019 per 100 000 innbygger (vekst på 5,6

Om lag 55% av liggedøgnene til øyeblikkelig hjelp brukes av pasienter som er henvist til en eller annen form for tvang. Av opphold med registrert henvisningsformalitet var det i 2016 281 000 liggedøgn for pasienter henvist til en eller annen form for tvang, mens det i 2019 var 316 000 liggedøgn. Dette utgjør en vekst på 12% over en fireårs periode. Det totale liggedøgnforbruket i tjenesteområdene er i samme tidsperiode redusert med 5%. Veksten i antall liggedøgn for øyeblikkelig hjelp og reduksjonen i totale liggedøgn, viser at det er gjennomført en omstilling med en samlet reduksjon av liggedøgn, samtidig som det er gjort en forskyvning av kapasitet til øyeblikkelig hjelp.

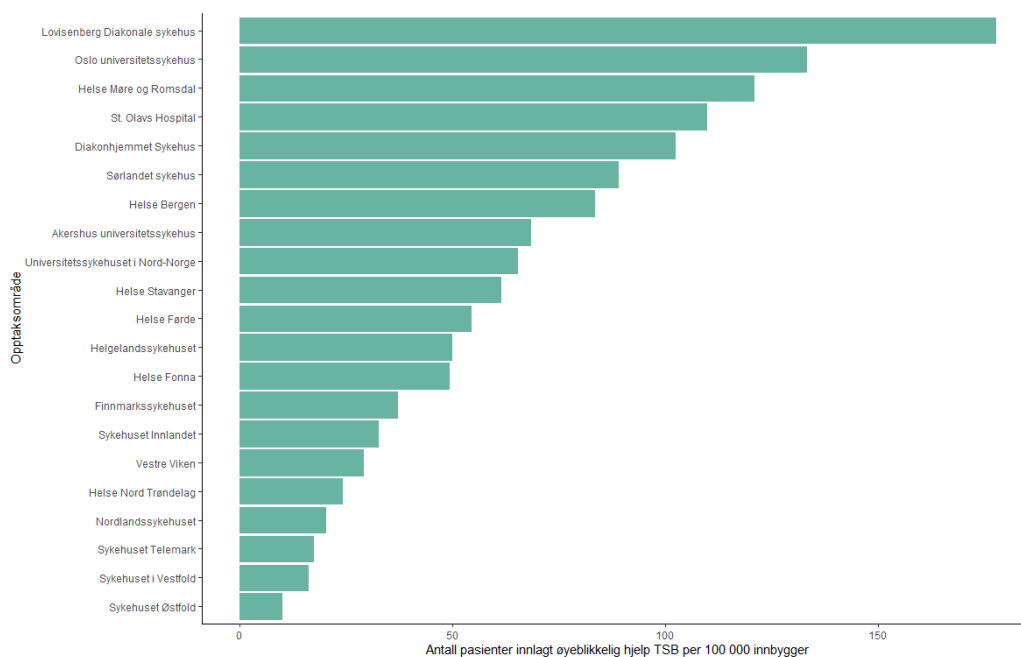
Tabell 55 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB

	Liggedøgn		Rate per 100 000	
	Totalt	Øhjelp	Totalt	Øhjelp
2016	1 844 169	573 146	35 370	10 992
2017	1 793 553	579 716	34 109	11 025
2018	1 769 017	613 360	33 405	11 582
2019	1 749 470	598 552	32 834	11 234
Snitt årlig endring			-2,4 %	0,7 %

Alvorlige psykiske lidelser, depressiv psykose og rusutløst psykose har økt med om lag 6-8% i perioden. Det er i den aktuelle perioden en omstilling i Norge med en reduksjon i totale liggedøgn, samtidig med en forskyvning til økt kapasitet for øyeblikkelig hjelp. Snitt oppholdstid er gått noe ned. Dette skjer parallelt med en økning i mer alvorlig tilstander som blir innlagt, økt antall pasienter henvist til tvang, samt reduksjon i andelen med mild depresjon, uspesifiserte lidelser og andre lidelser.

Pasienter med rus- og avhengighetslidelse bruker mer akutte tjenester og har flere innleggelser enn pasienter uten ruslidelse. Dette gjør at pasienter med ruslidelser har behov for adekvat spesialistkompetanse også i akutfasen. En viktig del av behandlingen er å kartlegge status og problemomfang, beslutning om videre oppfølging/behandling, abstinensbehandling i den akutte fasen og plan for videre abstinensbehandling. Om lag 32% av pasientene som var innlagt til døgnbehandling ved helseforetakene i 2018/2019 var til øyeblikkelig hjelp i TSB. Liggedøgnene utgjorde samtidig kun 10% av liggedøgnene til TSB ved helseforetakene. Dette innebærer at av det totale liggedøgnforbruket i TSB, utgjør liggedøgn til øyeblikkelig hjelp kun 4,5%. Til sammenligning utgjør øyeblikkelig liggedøgn i psykisk helsevern voksen i overkant av 50% og i BUP 25%. Videre er det betydelig variasjon i bruk av øyeblikkelig hjelp innen TSB i Norge (se figur 12, CV = 68%).

Figur 12 Antall personer innlagt til øyeblikkelig hjelp per 100 000 innbygger TSB 2019



Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom innleggelse til øyeblikkelig hjelp per innbygger i TSB og innleggelse til øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern for TSB populasjonen over opptaksområder ($r=-0,29$). Dette er en indikasjon på at VOP til en viss grad kompenserer for redusert tilbud i TSB. Samme analyse innen akuttinnleggelse i somatikk viser en nær signifikant positiv korrelasjon ($r=0,41$, $p = 0,06$) og indikerer at pasientpopulasjonen i TSB i områder som har en høy rate innlagte til øyeblikkelig hjelp TSB også har en høy innleggelsesrate i somatikk.

4.6. Alderspsykiatri og tjenester til eldre

Økt overlevelse og friskere aldring gjør at flere av oss blir eldre. Det innebærer at flere lever lenge med kroniske sykdommer, ettervirkninger, funksjonstap og økt bruk av legemidler.⁹⁸ Alderspsykiatriens målgruppe er avgrenset til personer med alvorlig psykisk lidelse som debuterer etter fylte 65 år, personer med demens og betydelige atferdsproblemer og/eller betydelige psykiatriske symptomer (hvor alder er av mindre betydning), de med uavklart demensdiagnose eller mistanke om kognitiv svikt på nevrodegenerativt grunnlag og personer over 65 år med en alvorlig psykiatrisk lidelse fra tidligere, men ingen etablert kontakt i voksenpsykiatrien. Eller når samtidige sykdommer og/eller høy alder gjør alderspsykiatrien hensiktsmessig som behandlingssted.⁹⁹ DPS skal ha et tilbud til andre eldre pasienter, og det er relativt sett få eldre til behandling i psykisk helsevern og TSB. Mens 5,2% av den voksne befolkningen

⁹⁸ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

⁹⁹ <https://www.napha.no/content/14148/Fagfeltet-alderspsykiatri>

er i kontakt med PHV og TSB, er andelen 2% for de over 65 år, og indikasjoner på at andelen er fallende.

Tabell 56 Antall personer og rate per 100 000 innbygger 65 år og eldre i psykisk helsevern og TSB

	Antall individer	Rate per 100 000 innbygger over 65 år
2016	18 573	2 172
2017	18 799	2 149
2018	18 898	2 108
2019	18 158	1 976

Innen psykisk helsevern og TSB får eldre pasienter primært sitt behandlingstilbud fra psykisk helsevern voksne (79%), avtalespesialister (17%) og TSB (8%). De fleste mottar et poliklinisk tilbud (95%), mens tilsammen 22% mottar døgnbehandling.

Eldre får primært behandling for uspesifiserte tilstander (F99, R- og Z-diagnoser), depresjon og organiske lidelser. Mens eldre pasienter utgjør om lag 7% av pasientvolumet i perioden, mottar de kun 3% av volumet av behandling. Dette innebærer både at eldre pasienter i mindre grad får behandling, og at de får mindre behandling enn andre aldersgrupper.

For eldre utgjør alvorlig psykisk lidelse en større gruppe ved døgnbehandling, sammen med depresjon og organiske lidelser. Om lag 42 000 personer mottok døgnbehandling i perioden 2016-2019, noe som utgjør 13% av alle pasienter i døgnbehandling. De eldre pasientene bruker i underkant 635 000 liggedøgn, som tilsvarer 9% av alle liggedøgn i PHV/TSB i samme periode.

4.6.1. Demens

Regjeringens demensplan (2020), slår fast at «*Utredning og behandling av personer med demens som har psykiske tilleggslidelser, det vil si «personer med atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens» (APSD), krever særlig kompetanse. I mange tilfeller vil utredningen derfor foregå i spesialisthelsetjenesten. Videre behandling og oppfølging i kommunen kan da kreve bistand og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.*»¹⁰⁰ Det er her særlig viktig med god samhandling mellom de ulike tjenestenivåene. I følge demensplan 2025, har 84,3% av alle med sykehjems plass demens.¹⁰¹ I 2019 var det 39 466 sykehjemsplasser i Norge.¹⁰² Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har foretatt en kartlegging av demens, knyttet til Regjeringens demensplan 2025.

¹⁰⁰https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

¹⁰¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

¹⁰² <https://www.ssb.no/pleie/>

Kartleggingen viste at det i 2020 er 101 118 personer med demens, mens antallet stiger til 236 789 i 2050.¹⁰³

I perioden 2016-2019 var 26 570 personer i spesialisthelsetjenesten hvor demens var hoveddiagnose (F00-03; G30-31). Om lag 67% av pasienten mottok oppfølging innen somatisk sykehusfunksjoner (snitt på 1,8 kontakter per pasient) og 39% av pasienten fikk oppfølging innen psykisk helsevern voksne (snitt på 5,4 kontakter per pasient). En liten andel av pasienten ble innlagt til døgnbehandling, hvor om lag 17% hadde en innleggelse i somatikk og 9% en innleggelse i psykisk helsevern. Liggedøgn per pasient i perioden 2016-2019 var 5 dager i somatiske sykehusfunksjoner og 30,7 dager i psykisk helsevern.

4.7. Rus- og avhengighetslidelser

Rus- og avhengighetslidelser er en sentral faktor for sykdomsbyrde, funksjonsnivå og livskvalitet. Alkohol er det rusmiddelet som påvirker folkehelsen mest, er direkte årsak til flere sykdommer og skader, og medvirkende årsak til mer enn 60 sykdomsdiagnoser.¹⁰⁴ Det er klare indikasjoner fra FHI¹⁰⁵ og GBD at for få blir fanget opp i behandlingssystemet. Det er estimert at 8% av innleggelser ved somatiske sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol¹⁰⁶ og at alkohol kan være av betydning ved opptil en tredjedel av alle innleggelser i somatiske avdelinger.¹⁰⁷

Fra 2016 til 2019 har antall pasienter med diagnostisert hoveddiagnose innen F1 eller som bidiagnose (inntil fem bi-diagnose) økt korrigert for befolkning med 0,3%.

Tabell 57 Antall personer med rusrelatert hoved- eller bidiagnose 2016-2019 alle tjenesteområder

	Rus hoveddiagnose	Rus bidiagnose	Total	Rate per 100 000 18 år og eldre
2016	33 828	15 062	48 890	1 196
2017	34 599	15 299	49 898	1 209
2018	34 844	15 802	50 646	1 216
2019	35 220	15 568	50 788	1 208
Snitt årlig endring				0,31 %

Rus- og avhengighetslidelser er sannsynlig underdiagnostisert som hoved- og komorbid tilstand. Data fra NPR viser at om lag at 20% av pasientene med alvorlig psykisk lidelse

¹⁰³ https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf

¹⁰⁴ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

¹⁰⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

¹⁰⁶ BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

¹⁰⁷ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a cross-sectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients, 21, Norsk Epidemiologi.

har diagnostisert en samtidig rusrelatert lidelse i 2019. Fra internasjonal epidemiologisk forskning er det estimert at andelen er stabil over tid på 40%.¹⁰⁸

I perioden 2016-2019 var det 90 000 personer med diagnostisert ruslidelse i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Uavhengig av om rus var oppgitt som diagnose ved kontaktpunkt, hadde 88% av pasientene kontakt med somatiske sykehusfunksjoner, 55% med TSB, 48% med psykisk helsevern voksne, 3% i kontakt med BUP, under 1% i rehabilitering, 35% i kontakt med avtalespesialist somatikk og 7% avtalespesialist psykiatri og psykologi. Henholdsvis 22 og 25% av pasientene var innlagt i TSB og PHV, mens 64% av pasientene hadde i snitt 3,5 døgnopphold i somatiske sykehusfunksjoner. Det var 712 pasienter som hadde i snitt 3 døgninnleggelseser per individ i BUP, mens 2 908 pasienter hadde i snitt 44 polikliniske opphold per individ i BUP. I BUP er kun 0,15% av alle opphold i 2016-2019 registrert med en ruslidelse (inntil 3 bidiagnoser), slik at rusdiagnosen er stilt parallelt med eller etter oppfølging i BUP.

Hovedandelen av pasienter med hoveddiagnose innen rusrelaterte lidelser var med alkohol. Pasienter i behandling for flere stoffer, opiater og cannabinoider utgjorde 15-20% av populasjonen.

Tabell 58 Diagnostisk fordeling, antall pasienter med rus som hoveddiagnose i 2016-2019 uavhengig av tjenesteområde

	Antall individer	Andel
Alkohol	38 662	54 %
Flere stoffer	14 321	20 %
Opiater	13 294	19 %
Cannabinoider	10 584	15 %
Sedative og hypnotika	7 549	11 %
Andre stimulanter	6 713	9 %
Kokain	909	1 %
Hallusinogener	550	1 %
Tobakk	344	0 %
Flyktige løsmidler	108	0 %
Total	71 265	100 %

Hovedandelen av pasientene med rus hoveddiagnose hadde oppfølging i TSB, mens henholdsvis 38 og 30% av pasienten fikk behandling i somatiske sykehusfunksjoner og psykisk helsevern voksne. Antall pasienter i TSB utgjør årlig rundt 33 000 individer.

¹⁰⁸ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend

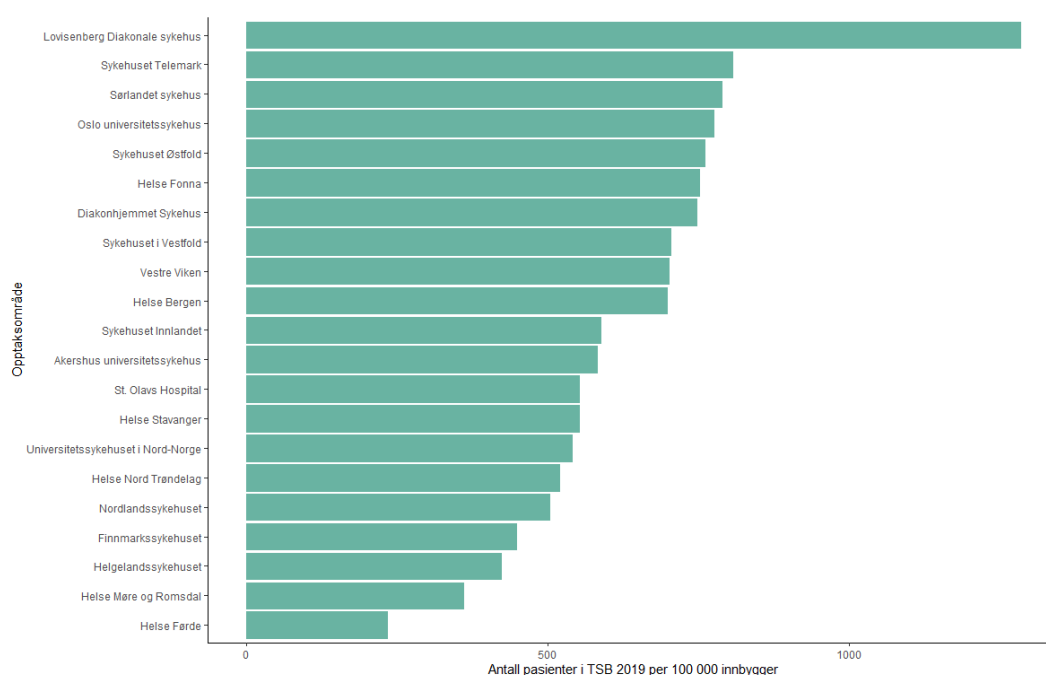
Tabell 59 Pasienter med rusrelatert hoveddiagnose og tjenesteområde i perioden 2016-2019

	Antall individer	Andel
TSB	46 433	65 %
Somatikk	27 292	38 %
VOP	21 152	30 %
Avtalespesialist psykisk helse	1 035	1 %
BUP	321	0 %
Avtalespesialist somatikk	93	0 %
Total	71 265	100 %

En stor andel av pasientene med rusrelaterte lidelser har andre spesifiserte komorbide psykiske lidelser. Av pasienter i behandling med rusrelaterte hoved- eller bidiagnose i 2016-2019 hadde 41% en spesifisert psykisk lidelse utover ruslidelsen, hvor de største gruppene var angst (44%), depresjon (30%) og alvorlig psykisk lidelse (23%).

I hvor stor grad befolkningen i Norge mottar behandling i TSB varierer (CV = 33%) og varierer mer enn hva som er tilfellet for VOP og BUP (CV = 12 og 19%). Årsaken er nok til dels at tilbudet er ulikt utbygd.

Figur 13 Antall pasienter i TSB per 100 000 innbygger etter opptaksområde



Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en betydelig andel av TSB og utgjorde i 2018 og 2019 i underkant av 8 000 personer per år (23% av pasientvolum i TSB 2019, men indikasjon på at andelen er synkende). Om lag en tredjedel av pasientene i LAR mottok også døgnbehandling (62 liggedøgn per individ per år for pasienter som ble innlagt). LAR-behandlingen i Norge følger opp pasienter over et vidt aldersspenn, og

særlig for de eldre aldersgruppene synes det å være en høy andel av estimert prevalens som er i oppfølging.

Pasienter i TSB som ikke er i LAR-oppfølging utgjør i overkant 25 000 pasienter per år og 33 928 over en toårsperiode (noe som betyr at de fleste pasientene krysser årsskifte). De aller fleste går i poliklinisk behandling (94%). Forløpene for de ulike tilstandsgruppene er mellom 13 og 17 kontakter, mens det totalt er 18,6 kontakter per individ.

Tabell 60 Poliklinikk og dagbehandling for pasienter i TSB ekskl. LAR-populasjon 2018-2019

	Antall individer	Pol./dag- behandling	Pol./dag per individ
Alkohol	12 563	211 385	16,8
Cannabinoider	4 804	80 424	16,7
Andre stimulanter	2 297	38 289	16,7
Flere stoffer	3 369	45 137	13,4
Opiater	1 754	23 742	13,5
Sedative og hypnotika	1 616	22 652	14,0
Kokain	403	5 880	14,6
Annen hoveddiagnose	15 017	203 558	13,6
Total	33 928	631 620	18,6

En stor andel av pasientene mottar døgnbehandling (27%). Halvparten av pasientene som mottar døgnbehandling er diagnostisert med alkohollidelse. Andre stimulanter, cannabinoider og flere stoffer utgjør alle om lag 10% av døgnpopulasjonen i TSB. Til sammenligning blir 18% av populasjonen i psykisk helsevern voksen innlagt til døgnbehandling (eksl. avtalespesialister). Tabell 61 viser diagnostisk fordeling for pasienter innlagt til døgnbehandling i 2018 og 2019. Hovedandelen av pasienter med andre diagnoser er manglende registreringer. I snitt har pasienter innlagt til døgnbehandling 2,6 døgnopphold per individ over en toårsperiode med 90,5 liggedøgn per individ (69,2 liggedøgn per individ 2019). Pasienter innlagt med alkoholrelaterte lidelser har en snittalder på 47 år, 7 år eldre enn gjennomsnittsalderen til døgnpopulasjonen i TSB.

Tabell 61 Døgnbehandling for pasienter i TSB 2018-2019 ekskl. LAR-pasienter

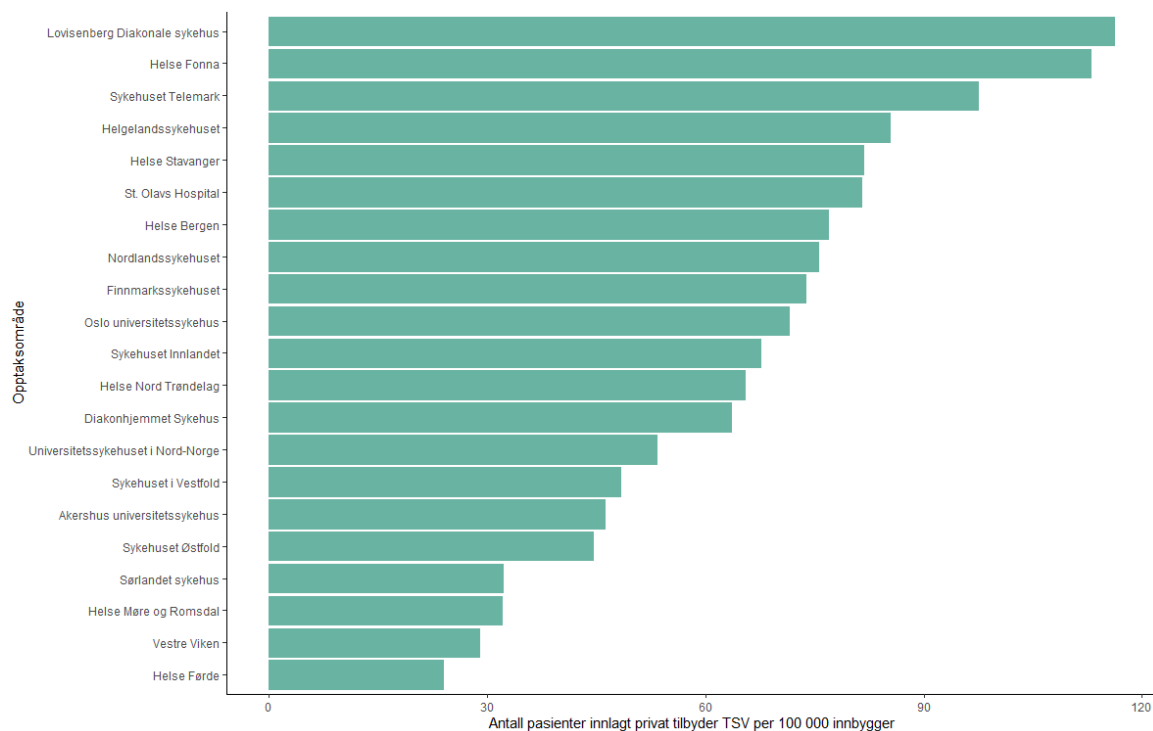
	Antall individer	Døgnopphold per individ	Liggedøgn per individ
Alkohol	5 447	2,4	66,7
Flere stoffer	1 340	1,8	81,5
Cannabinoider	1 294	1,8	86,9
Andre stimulanter	1 155	2,0	90,3
Opiater	893	1,9	49,4
Sedative og hypnotika	830	1,7	58,9
Kokain	136	2,2	94,6
Andre diagnoser	2 094	1,5	73,1
Total	10 478	2,6	90,5

Om lag 62% av liggedøgnene som gjennomføres i TSB er hos privat tilbyder. Det er flere pasienter som mottar behandling i helseforetakene, men varigheten av døgnbehandlingen er betydelig lengre hos de private tilbyderne. Det er ingen klare forskjeller i pasientpopulasjon mellom helseforetak og private tilbydere for pasientenes alder og diagnostisk fordeling (se tabell nedenfor). Private tilbydere har noe høyere andel av andre diagnoser, og færre alkoholrelaterte lidelser. Innen andre diagnoser hos private tilbydere utgjør manglende registrert diagnose 77%, mens det for helseforetakene er 42%. Ved helseforetakene er alvorlig psykisk lidelse og personlighetsforstyrrelse henholdsvis 12 og 10% av pasientene, mens de private ikke har noen andre type tilstander av større volum. Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom befolkningens bruk av private tilbydere og bruk av elektiv døgnbehandling for pasientgruppen i helseforetakene som kan indikere kompensierende tilbud ($r = -0,22$, $p > 0,05$).

Tabell 62 Døgnbehandling TSB ved helseforetak og private tilbydere 2018 og 2019 ekskl. LAR-pasienter

		Antall individer	Alder	Døgnopphold per individ	Liggedøgn per individ	Andel
Helseforetak	Alkohol	3 941	47	2,1	37,3	52 %
	Andre diagnoser	1 102	36	1,2	43,9	15 %
	Flere stoffer	932	31	1,5	47,8	12 %
	Cannabinoider	845	29	1,4	44,8	11 %
	Andre stimulanter	776	35	1,6	46,1	10 %
	Opiater	652	37	1,6	29,9	9 %
	Sedativa og hypnotika	557	37	1,5	33,5	7 %
	Kokain	93	31	1,7	50,2	1 %
	Hallusinogener	5	24	1,2	41,6	0 %
	Total	7 533	41	2,0	47,3	100 %
Privat	Alkohol	2 300	47	2,3	94,1	46 %
	Andre diagnoser	1 040	38	1,7	100,2	21 %
	Cannabinoider	610	30	1,8	122,2	12 %
	Andre stimulanter	537	35	2,0	127,7	11 %
	Flere stoffer	530	31	1,9	122,0	11 %
	Sedativa og hypnotika	355	36	1,7	85,1	7 %
	Opiater	315	36	2,0	78,3	6 %
	Kokain	54	32	2,7	151,6	1 %
	Total	4 998	40	2,3	118,4	100 %

Figur 14 Antall pasienter innlagt privat tilbyder TSB per 100 000 innbygger 2019



Pasienter med rus- og avhengighetslidelse bruker mer akutte tjenester og har flere innleggelser enn pasienter uten ruslidelse. Om lag 32% av pasientene som var innlagt til døgnbehandling ved helseforetakene i 2018/2019 var til øyeblikkelig hjelp i TSB. Liggedøgnene utgjorde samtidig kun 10% av liggedøgnene til TSB ved helseforetakene.

Dette innebærer at av det totale liggedøgnforbruket i TSB, utgjør liggedøgn til øyeblikkelig hjelp 4,5% av de totale liggedøgn i TSB. Til sammenligning utgjør øyeblikkelig liggedøgn i psykisk helsevern voksen i overkant av 50% og i BUP 25%. Det er sannsynlig relevante og viktige forskjeller mellom døgnbehandling i regi av HF versus privat tilbyder. Samtidig er det grunn til å stille spørsmål om vekten av døgntilbud er optimalt fordelt ettersom utbyggingen av TSB er ulikt over opptaksområder i Norge. En sterkere satsning på poliklinikk og grunnleggende basistjenester kan være berettiget.

5. Innholdet i helsetjenestene og noen faktorer i utviklingen av tjenestene

Behandling og oppfølging av, samt tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser har noen klare transdiagnostiske og diagnosespesifikke faktorer. Det grunnleggende målet for behandling er at individet selv skal mestre egen sykdom, gjenopprette funksjon og redusere symptomer. Tilnærminger til å oppnå disse målene er å støtte individene gjennom faser med utvikling og forverringer av sykdom med kunnskap, nye mønstre for forholdet mellom tenkning, følelser og atferd, samt bidra til å korrigere midlertidig eller varig affisert funksjonsnedsettelse. De etablerte tilbudene i dag samles primært rundt utredning og behandling i form av samtaler med varierende hyppighet og varighet, behandling med legemidler, ferdighetstrening, døgninnleggelse, aktivisering, hjemmetjenester og botilbud. Behandlingen skal være kunnskapsbasert (e.g. basert på kjente virksomme faktorer). Det har over de senere år vært en utvikling hvor man i større grad forstår viktigheten av et tidsintensivt behandlingstilbud (behandlingen gjennomføres over en kortere periode, men flere timer per gang), samt en utvikling av behandling og oppfølging gjennom digitale plattformer.

Behandling og oppfølging gjennom poliklinikk og dagbehandling, består i hovedsak av at pasientene deltar i ulike former for profesjonalsert samtale. Den typiske behandlingsserien strekker seg fra 5 til 20 møter med behandler, ukentlig eller annenhver uke, fra 30 – 60 minutters varighet. For alvorlige psykiske lidelser, vil det ofte være behov for flere møter.¹⁰⁹ For enkelte angsttilstander og pasienter med personlighetsforstyrrelser vil et mer tidsintensivt behandlingsopplegg (i.e. dagbehandling) gi bedre og raskere resultater enn tradisjonelle tilnærminger. En pilotstudie ved Sørlandet Sykehus HF viste nylig at 4-dagers metoden for behandling av angst utviklet ved Helse Bergen HF kan innføres i andre settinger med gode resultater.¹¹⁰ For en del pasienter med varige tilstander er poliklinisk oppfølging sentralt for forebygging og tidlig intervensjon ved tegn på forverring. En forsterket oppsøkende polikliniske innsats som ved bruk av ACT og FACT er godt etablert i Norge. En nylig publisert evaluering av de syv første FACT-team i Norge viser til flere positive resultater, som økt brukertilfredshet og 33% reduksjon av liggedøgn over en toårsperiode. Evalueringen kontrollerer ikke for konfunderende faktorer i estimatet på effekt (e.g. snitt oppholdstid, sykkelighet, høy alder, manglende kontrollgruppe). Oversikt fra Helsedirektoratet over etablering av FACT og ACT-team, viser at det per november 2020 er etablert team tilsvarende i overkant av 50% av det estimerte potensialet. I hvilken grad oppsøkende polikliniske behandling er tatt i bruk i Norge varierer

¹⁰⁹ Lincoln et al. (2016). What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions. *European psychiatry*, 38.

¹¹⁰ Launes et al. (2019). The Bergen 4-Day Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Does It Work in a New Clinical Setting? *Frontiers in psychology*, 10.

betydelig, og viser at det sannsynlig fremdeles er potensial – både i form av eksisterende maler og nye pasientgrupper.

For en del av pasientene med psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser er det i perioder nødvendig med døgninnleggelser. Disse kan være planlagt eller til øyeblikkelig hjelp, og noen pasienter blir innlagt på tvungent psykisk helsevern. For mange pasienter vil det være behov for videreføring, gjeninsetting eller oppstart av medikamentell behandling. Samtidig representerer døgninnleggelser for mange en viktig mulighet til å gjenoppta ervervet funksjonsnivå. Viktige elementer ved døgninnleggelser er at behandlingen søker å korrigere en del av de vanlige funksjonene som rammes ved forverring av alvorlig psykiske lidelser. Dette vil kunne være affiserte primærfunksjoner, tilbaketrekning og isolering, samt reduserte muligheter for livsutfoldelse.

Tilbudet fra primærhelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste består av et bredt tilbud til individer med psykiske plager/lidelser og/eller rusmiddelproblemer og omfatter et spekter av helsetjenester som omfatter fastlege, legevakt, helsestasjon og hjemmetjenester, fysioterapi, kommunepsykologer og skolehelsetjeneste, inkl. psykisk helserådgivere.¹¹¹ Kommunen har også ansvar for forebygging, sosiale tjenester, barnevern og bistand med bolig. I tillegg har mange kommuner et bredt spekter av tilbud og tjenester av betydning for innbyggernes helse, som frisklivssentraler og støttekontaktordning. Oppbygging av kommunale helsetilbud som rask psykisk helsehjelp har hatt god effekt for mange, og da særlig for allmenne og utbredte tilstander som angst og depresjon.¹¹² Kommunene skal både forebygge utvikling av sykdom og samtidig yte helsehjelp til de alvorligst syke. Kommunene bruker store ressurser på bemannede boliger til de med alvorlige og langvarige lidelser. I tillegg har kommunene tilbud til pasienter med større hjelpebehov en rekke søknadsbaserte tjenester som aktivisering (dagaktivitet, støttekontakt), hjelp i hjemmet (praktisk bistand, personlig assistent og helsetjenester i hjemmet) og institusjonsbehandling. Tilbudet fra kommunene et sentralt aspekt i rehabiliteringen og tilfriskningsprosessen for mange individer, og fungerer som en kilde til et meningsfylt og deltagende liv, struktur og trygge boforhold. En svakhet ved aktuelt prosjekt er mangel på data fra lavterskeltilbud i kommunene. Det finnes heller ingen fullgod oversikt over ulike kommunale tilbud. Et videre arbeid gjøres når bedre oversikt kommer på plass. Tabell 63 viser oversikt over tilbudet til pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Fredrikstad kommune.

¹¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

¹¹² <https://www.fhi.no/nyheter/2020/6-av-10-friske-med-rask-psykisk-helsehjelp/>

Tabell 63 Tilbud til innbyggere med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Fredrikstad

Tilbud	Kommentar	Årsverk	Brukere	Årsverk nasjonalt	Brukere nasjonalt
Fredrikstadhjelpa	Lavterskel samtale, grupper og møtevirksomhet	20	1 537	1 316	100 139
Læring og mestring	Lavterskel psykoeduksjon	18	622	1 186	40 525
Rask psykisk helsehjelp	Lavterskel samtale og grupper	8	580	489	37 788
Aktiv hverdag	Lavterskel fellesaktivitet/meningsfullt liv	9	650	580	42 349
Oppfølgingstjenester	Vedtaksbaserte tjenester	29	430	1 909	28 016
FACT	FACT	8	50	521	3 258
T19	Botilbud rusavhenging	17	30	1 101	1 955
Bomestring*	Bemannet botilbud	65	75	4 230	4 886
Total		174	3 974	11 331	258 916

* i tillegg kommer kjøp av bolig og institusjonstilbud fra private

5.1. Bedre bruk av teknologi

Bedre bruk av teknologi forventes å virke inn på flere forhold i helsetjenestetilbudet. For det første kan teknologiske løsninger forenkle og effektivisere kommunikasjonen med og mellom helsetjenestene, eks. på dette er Helsenorge-løsningen, tilgang til egen journal, elektronisk meldingsutveksling i løsningen, og elektronisk kommunikasjon mellom enheter. Tilgjengeligheten til helsetjenesten økes, både ved at flere kan gis et adekvat tilbud tidligere, og ved å redusere geografiske hinder. Her har Sykehuset i Vestfold sin eMeistringsmodul for alkoholrelaterte ruslidelser vist at flere tar kontakt på et tidligere tidspunkt for helsehjelp. Andre erfaringer fra eMeistring i Helse Bergen er at hver behandler kan øke antallet pasienter, noe som kan frigjøre ressurser til annen behandling.¹¹³ Beslutningsforum anbefalte i 2019 at terapeutveiledet internettbehandling kunne tas i bruk når det er hensiktsmessig. En kunnskapsoppsummering fra FHI indikerte ikke forskjell i effekt mellom terapeutveiledet internettbehandling og tradisjonell ansikt-ansikt behandling ved angst og angst og depresjon.¹¹⁴ En helseøkonomisk analyse viste ingen forskjeller i kostnad per pasient, men tydet på at terapeutveiledet internettbehandling kan behandle flere pasienter innen samme tid (kvantifisert til om lag 3 mot 1). Det bemerkes at kostnaden til den terapeutveiledet internettbehandling inkluderte lønn, drift av IKT, anskaffelse av it-utstyr og lisenser, mens det i ansikt-ansikt behandling ble inkludert kostnader til lønn (ingen overhead), samt beregnet en effekt på 3,2 konsultasjoner per dag. Det gir en produktivitet per fagårsverk som er høyere enn eksisterende gjennomsnitt, til en kostnad per konsultasjon som er lavere enn standardberegninger. Dette innebærer at de helseøkonomiske analysene sannsynlig underestimerer forskjellene.

¹¹³ <https://nyemetoder.no/metoder/emeistring>

¹¹⁴ <https://www.fhi.no/publ/2018/terapeutveiledet-internettbehandling-ved-psykiske-lidelser--en-fullstendig-/>

Behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser hvor systematiske målinger av effekt av behandling og monitorering av tilstand gjennomføres og brukes har flere positive effekter.^{115 116} For flere alvorlig tilstander har tidlig intervensjon stor betydning på kort og lang sikt.¹¹⁷ For pasienter med kroniske lidelser, kan teknologiske hjelpemiddel bidra til mer brukerinvolvering i egen helse, og brukerstyrt tilgang til helsehjelp, slik som oppfølging av epilepsipasienter i Vestre Viken.¹¹⁸ Dette kan også gi en ny dimensjon for pårørende i oppfølgingen.¹¹⁹

Digitale helsetjenester kan redusere geografiske avstander slik at pasienten kan veksle mellom fysiske og digitale møter etter behov, og ulike internettassistert behandlingsformer gjør at dialogen mellom pasient og behandler kan skje raskere. Avstandsoppfølging og brukerstyrte poliklinikker vil bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, men hvor oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Tradisjonelt har oppfølging av kronisk syke pasienter vært sykehusstyrt gjennom faste fysiske møtepunkter på sykehuset, uten at det nødvendigvis er samsvar mellom pasientens reelle behov og tidspunkt for når konsultasjonen settes opp. I enkelte tilfeller kan det være mer hensiktsmessig å tilby tilpassede pasientforløp der pasienten får oppfølging ved behov, i stedet for fastsatte intervaller (PRO-oppfølging). PRO-oppfølging er brukerstyrt oppfølging av pasienter med kronisk lidelse og/eller sykdom er behovsstyrt. Det kan f. eks. gjøres ved at pasienten har tilgang til en nettportal der de besvarer et sett av spørsmål om sin sykdom elektronisk. Svarene som pasienten gir i skjemaet sendes automatisk til sykehuset som har utarbeidet prosedyrer som plukker ut de pasienten som har behov for å kontaktes for videre oppfølging. Pasienter som rapporterer lite plager får ikke innkalling til oppfølging fra sykehuset. Endres sykdomsbildet innen neste planlagte oppfølging, kan pasienten på eget initiativ levere en besvarelse som automatisk vurderes på sykehuset. PRO-oppfølging og brukerstyrt poliklinikk kan bidra til at forverringer blir mer kortvarige. PRO-oppfølging er et viktig supplement til dagens tilbud, og bør være basert på pasientens ønsker og behov.

Digitale helsetjenester bør kunne tilbys på tvers av nivåer. Det er samtidig lite hensiktsmessig å se for seg at hver kommune skal utvikle selvstendige tilbud. Videre arbeid bør se på koordinering av slikt utviklingsarbeid, slik at flest mulig, så fort som mulig, kan ta i bruk eksisterende kunnskap.

¹¹⁵ Scott & Lewis (2015). Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment, *Cogn Behav Pract.*

¹¹⁶ Lewis et al. (2019). Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health A Review, 76, *JAMA Psychiatry.*

¹¹⁷ Friis et al. (2016). Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis, 67, *Psychiatric Services.*

¹¹⁸ <https://vestreviken.no/om-oss/nyheter/digital-oppfolging-av-pasienter-sparer-tid-og-gir-et-bedre-tilbud>

¹¹⁹ Romm et al (2020). Remote Care for Caregivers of People With Psychosis: Mixed Methods Pilot Study. *JMIR Ment Health*, 7.

6. Særskilt om viktig av historiske trender

I en planlegging av framtidig aktivitetsbehov eller kapasitet, er det viktig å se hen til observert utvikling de siste år. Det å kun benytte seg av siste tilgjengelige observasjonsperiode (i.e. siste års tilgjengelige data) kalles naiv framskriving, og vil kunne være statisk og heftet med tilfeldigheter, uteliggere og andre konfunderende faktorer.

Behandling av psykiske lidelser og ruslidelser er i kontinuerlig utvikling. Eksempler på dette er høyintensitetsbehandling og digitaliserte tjenester. For å fange opp utviklingen som skjer i behandling og pasientsammensetning er det nødvendig å ta hensyn til den historiske utviklingen.

Et distinkt problem er dersom det er endringer i pasientpopulasjonen over tid, og særlig dersom de ulike pasientgruppene har ulik kontaktform eller behandlingsbehov i helsetjenesten. Et eksempel er at epidemiologisk kunnskap tilsier at andelen med schizofreni og komorbide rustilstander er stabil, mens andelen som har komorbid illegalt rusmiddelbruk øker. Samtidig vet vi at denne pasientgruppen har andre forløpstyper enn pasienter med schizofreni uten komorbiditet og med alkohol som komorbid tilstand. Det å ikke ta hensyn til endringer i pasientsammensetningen innebærer en risiko for å underestimere aktivitetsbehov, og dermed kapasiteten. Kapasiteten vil være aktivitetsbegrensende dersom aktivitetsbehovet er underestimert.

Følgende eksempel vil forsøke å illustrere problemet. Vi har et tenkt opptaksområde på 100 000 innbyggere som over en 20 års periode vil øke til 150 000 innbyggere. Pasientpopulasjonen består av 3 sykdomsgrupper, med økende alvorlighet og behandling (aktivitetsbehov). Disse 3 sykdomsgruppene har ulik utvikling, slik at de mildeste gruppene har en årlig vekst på 1%, mens den mest alvorlige gruppen (som er den minste i pasientpopulasjonen) har en vekst på 3%. Tabell 64 viser aktivitetsbehovet gitt en naiv framskriving av aktivitet i utgangsåret versus en framskriving som tar høyde for endringer i pasientpopulasjoner over tid. Den årlige endringer er anvendt på syv år i framskrivingsperioden.

Tabell 64 Eksempel på konsekvens av naiv framskriving versus vektet for historiske trender

Sykdomsgruppe	Antall individer	Aktivitet per individ	Total aktivitet	Snitt årlig endring	Naiv framskriving	Framskriving vektet for historisk utvikling	Avvik
Mild	1000	3	3000	1 %	4500	4815	7 %
Moderat	500	5	2500	2 %	3750	4275	14 %
Alvorlig	200	7	1400	3 %	2100	2541	21 %
Total	1700	4,1	6900		10350	11631	12 %

Ved en ren naiv framskriving ville vi definert aktivitetsbehovet til 10 350 kontakter, og dette vil være kapasitetsdefinerende. Ved å ta hensyn til den historiske utviklingen ser vi at det gir et høyere aktivitetsbehov som vil måtte håndteres.

7. Diverse:

7.1. Deltakere i arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen er satt sammen av brukerrepresentant og tillitsvalgt, KS, representanter fra kommuner, Sykehusbygg og fagpersoner fra psykisk helsevern for voksne, barn og unge, og TSB.

Følgende personer har deltatt på ett eller flere møter i perioden fra februar 2020:

Tillitsvalgt

Hanne Indregard Lind – Helse Sør-Øst

Brukerrepresentant

Astrid Grete Gryti – Helse Vest

Sykehusbygg

Lilian Leistad – sykehusbygg

Helse Sør-Øst

Oddvar Sæther – Sørlandet sykehus

Espen Arnevik – Oslo Universitetssykehus

Inger Meland Buene – Sykehuset i Vestfold

Torhild T. Hovdal – Helse Sør-Øst

Nikolai Møkleby – Helse Sør-Øst RHF

Christian Thoresen – Helse Sør-Øst RHF

Helse Vest

Ola Jøsendal – Helse Vest RHF

Signe Gevik – Helse Vest RHF

Helse Midt-Norge

Brit Ingunn Hana – Helse Møre og Romsdal

Anne Slungard – Helse Nord-Trøndelag

Kristin Øien Kvam – St. Olavs hospital

Helse Nord

Ruben Sletteng – Universitetssykehuset Nord-Norge

Kristin Johannesen – Universitetssykehuset Nord-Norge

Børge Mathiassen – Universitetssykehuset Nord-Norge

Jon Tomas Finnsson – Helse Nord RHF

Linn Gros – Helse Nord RHF

KS

Åse Snåre – KS

Anne Kristine Nitter – KS/Fredrikstad kommune

Martin Fjordholm – KS

Mats Berntsen – KS/Tromsø kommune
Jon Qvortrup – KS
Anne Gamme – KS
Tone Bodal – KS/Drammen kommune
Liz Sjøgren – KS/Drammen kommune
Kari Anne Fauchald – KS /Oslo kommune
Tor Helge Tjelta – KS/Oslo kommune
Trude Lønning – KS/Sandnes kommune

Helsedirektoratet

Solfrid Lilleeng – Helsedirektoratet (observatør)
Jin Marthe Øvreeide – Helsedirektoratet (observatør)
Hanne Strømsvik – Helsedirektoratet (observatør)
Åste Herheim – Helsedirektoratet (observatør)
Turid Nygaard Dager – Helsedirektoratet (observatør)
Tor-Erik Befring – Helsedirektoratet (observatør)
Tone Kaldestad – Helsedirektoratet (observatør)
Anette Jørve Ingjer – Helsedirektoratet (observatør)
Torunn Janbu – Helsedirektoratet (observatør)

Arbeidsgruppens oppdrag har vært å:

- Gi anbefalinger til fremtidige arbeidsformer for utvalgte diagnosegrupper, for å sikre bærekraftige og effektive pasientforløp.
- Gi anbefaling om forventet behov for behandlingsskapasitet for ulike omsorgsnivå.
- Vurdere hvem som trenger helsetjenester og som ikke får dette i dag. Dette for å kunne vurdere samlet behov for helsetjenester.
- Vurdere om helsetjenesten framover må overta oppgaver som i dag løses av andre sektorer og som derfor ikke er inkludert i dagens framskrivningsmodell.

7.2. Diagnoser som inngår i GBD's tilstandsgrupper

GBD kategori	Tilhørende ICD-10 koder
Schizophrenia	F20-F20.9, F25-F25.9
Depressive disorders	F32-F33.9, F34.1
Major depressive disorder	F32-F33.9
Dysthymia	F34.1
Bipolar disorder	F30-F31.9, F34.0
Anxiety disorders	F40-F44.9, F93-F93.2
Eating disorders	F50-F50.9
Anorexia nervosa	F50.0-F50.1
Bulimia nervosa	F50.2-F50.5
Autism spectrum disorders	F84-F84.9
Attention-deficit/hyperactivity disorder	F90-F90.9
Conduct disorder	F91-F92.9
Idiopathic developmental intellectual disability	F70-F79.9, Z81.0
Other mental disorders	F04-F06.1, F06.3-F07.0, F08-F09.9, F21-F24, F26-F29.9, F34, F34.8-F34.9, F38-F39, F45-F49, F51-F52.9, F55-F55.8, F56-F69.0, F80-F83, F85-F89.0, F93.3-F99.0, G47-G47.29, G47.4-G47.9, R40-R40.4, R45-R55.0, Z03.2, Z04.6-Z04.72, Z13.4, Z64, Z81, Z81.8, Z86.5-Z86.59
Alcohol use disorders	F10-F10.99, G31.2, R78.0, X45-X45.9, X65-X65.9, Y15-Y15.9, Z81.1
Drug use disorders	F11-F19.99, P96.1, R78.1-R78.9, Z81.2-Z81.4
Opioid use disorders	F11-F11.99, R78.1
Cocaine use disorders	F14-F14.99, R78.2
Amphetamine use disorders	F15-F15.99
Cannabis use disorders	F12-F12.99
Other drug use disorders	F13-F13.99, F16-F19.99, P96.1, R78.3-R78.9

Sammenligninger av estimert forekomst fra GBD gjøres mot samlet diagnostikk av de angitte diagnoser i helse spesialisthelsetjenesten, ikke utelukkende psykisk helsevern og TSB.

7.3. Variasjonskoeffisient (CV)

Variasjonskoeffisient (CV): Variasjonskoeffisienten (Standardavvik/gjennomsnitt) benyttes i dette dokument som et uttrykk for variasjon mellom opptaksområder eller kommuner i Norge. Gjennomsnittsraten og standardavviket beregnes på bakgrunn av rate per 100 000. CV uttrykkes i prosent, og leses slik at lave verdier angir lav variasjon, mens høyere verdier indikerer større variasjon. I psykisk helsevern og TSB er de laveste anslagene på variasjon omkring 10%. Variasjon over 30% viser ofte både områder som er avvikende, men at spredningen i utvalget begynner å bli større. CV > 50% viser stor variasjon over opptaksområder.

7.4. Funksjonsvurdering i kommunen

Funksjonsvurdering i kommunale helsetjenester	
Funksjon	Ny kategorisering
Sosial deltageelse	Sekundærfunksjon
Skaffe seg varer og tjenester	Sekundærfunksjon
Beslutninger i dagliglivet	Kontrollfunksjon
Ivareta egen helse	Kontrollfunksjon
Bevege seg innendørs	Primærfunksjon
Alminnelig husarbeid	Sekundærfunksjon
Personlig hygiene	Primærfunksjon
På og avkleddning	Primærfunksjon
Lage mat	Sekundærfunksjon
Spise	Primærfunksjon
Toalett	Primærfunksjon
Bevege seg utendørs	Sekundærfunksjon
Syn	Kognitiv funksjon
Hørsel	Kognitiv funksjon
Hukommelse	Kognitiv funksjon
Kommunikasjon	Kognitiv funksjon
Styre atferd	Kontrollfunksjon
Ivareta egen økonomi	Kontrollfunksjon

7.5. Grunnlag for justert aktivitet

kategori	Justert aktivitet
vop_liggedøgn	1,00
vop_pol	0,21
bup_liggedøgn	1,52
bup_pol	0,27
tsb_liggedøgn	0,62
tsb_pol	0,21
som_liggedøgn	1,42
som_pol	0,21
avt_pol	0,21
rehab_liggedøgn	0,42
rehab_pol	0,26
dagaktivitetstilbud	0,03
hjemmetjenester	0,05
Institusjon	0,29
Kommunal bolig	0,02
fastlege	0,02
Legevakt	0,09

7.6. Tabelloversikt

Tabell 1 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske og ruslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder	11
Tabell 2 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB	12
Tabell 3 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2040 etter opptaksområder i Norge.....	15
Tabell 4 Estimert andel konsultasjoner som kan utføres digitalt per diagnosegruppe....	18
Tabell 5 Framskrivning av befolkning i Norge, estimert antall individer med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse i spesialist- og primærhelsetjeneste	21
Tabell 6 Framskrivning av vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste 2019 - 2040	21
Tabell 7 Framskrivning av justert aktivitet av vedtaksbaserte tjenester per 100 000 innbygger (total befolkning).....	22
Tabell 8 Framskrivning av liggedøgn 2019 til 2040 etter tjenesteområde.....	22
Tabell 9 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger, endring i % og variasjonskoeffisient	22
Tabell 10 Standardiserte rater per 100 000 liggedøgn	23
Tabell 11 Framskrivning av poliklinikk og dagopphold 2019 – 2040	23
Tabell 12 Polikliniske og dagopphold per 100 000 innbygger, endring i % og variasjonskoeffisient.....	23
Tabell 13 Standardisert rate per 100 000 innbygger poliklinikk.....	24
Tabell 14 Framskrivning av liggedøgn 2019 - 2040 etter diagnosegruppe.....	24
Tabell 155 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger i aldersgruppe 15-40 år etter selekterte diagnosegrupper	25
Tabell 166 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) og endring etter diagnosegrupper.....	25
Tabell 17 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) etter opptaksområde og tjenesteområde	26

Tabell 18 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling 2019 - 2040 etter diagnosegruppe.....	26
Tabell 19 Standardiserte rater poliklinikk per 100 000 innbygger og endring etter diagnosegrupper.....	27
Tabell 20 Antall poliklinikk og dagopphold per 100 000 innbygger (total befolkning) per tjeneste- og opptaksområde.....	28
Tabell 21 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV).....	30
Tabell 22 Opptaksområde med høy/lav grad av oppsøkende behandling i TSB og VOP i dag (høy grad gir lavt potensial for forsterket poliklinisk innsats) og andel av opptaksområde som bor i kommuner med mer enn 15 000 innbygger (prosenten brukes direkte i modellering av potensial for forsterket poliklinisk innsats).....	31
Tabell 23 Samlet effekt av justering for variasjon over opptaksområder.....	32
Tabell 24 Antall liggedøgn TSB per 100 000 innbygger 18 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering.....	33
Tabell 25 Antall liggedøgn VOP per 100 000 innbygger 18 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering.....	34
Tabell 26 Antall liggedøgn BUP per 100 000 innbygger 0-17 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering.....	35
Tabell 27 Endring i % per opptaksområde for korreksjon av variasjon i vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Rater er beregnet per 100 000 innbygger (total befolkning).....	36
Tabell 28 Framskrivning av liggedøgn i TSB etter opptaksområde.....	37
Tabell 29 Framskrivning av liggedøgn i VOP etter opptaksområde.....	38
Tabell 30 Framskrivning av liggedøgn i BUP etter opptaksområde.....	39
Tabell 31 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i TSB etter opptaksområde.....	40
Tabell 32 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i VOP etter opptaksområde...	41
Tabell 33 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i BUP etter opptaksområde...	42

Tabell 34 Framskrivning av poliklinikk avtalespesialister etter opptaksområde.....	43
Tabell 35 Estimert prevalens av antall personer med psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelser (GBD) per 100 000 innbygger 2019 fordelt etter fylker.....	51
Tabell 36 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder	53
Tabell 37 Antall husstander med definert lavinntekt etter OECD-skala over fylker i Norge 2018 (kilde SSB)	56
Tabell 38 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV).....	59
Tabell 39 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2050 etter opptaksområder i Norge.....	63
Tabell 40 Pasienter i psykisk helsevern og TSB med oppfølging hos fastlege/legevakt i 2018/2019	67
Tabell 41 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med vedtaksbaserte kommunale helse og omsorgstjenester i 2018/2019	68
Tabell 42 Antall individer med kontakt i PHV/TSB 2018/2019 med vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter selekterte grupper	70
Tabell 43 Antall pasienter i BUP per år og rate per 100 000 innbygger mellom 0-17 år	71
Tabell 44 Antall pasienter og opphold i poliklinisk og dagbehandling BUP 2019 etter diagnose (Akse 1).....	74
Tabell 45 Diagnostisk fordeling døgnbehandling BUP 2019.....	74
Tabell 46 Utvikling antall pasienter, totale opphold (døgn, dag og polikliniske opphold) og liggedøgn for pasienter med spiseforstyrrelser i perioden 2016-2019.....	75
Tabell 47 Antall individer i BUP og individer med medfødte og varige tilstander i perioden 2016-2019	76
Tabell 48 Gjennomsnittlige rate per 100 000 mellom 0-19 år over opptaksområder, standardavvik og variasjonskoeffisient.....	76
Tabell 49 Utvikling av alminnelige og utbredte tilstander i spesialisthelsetjenesten 2016-2019	80

Tabell 50 Pasienter med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse i poliklinisk behandling i perioden 2016-2019 ved offentlig og avtalespesialist	81
Tabell 51 Oppholdstid, opphold per pasient, liggedøgn per pasient for pasienter med alvorlig psykisk lidelse over opptaksområder, ett år, to år og fire år	84
Tabell 52 Antall personer med alvorlig psykisk lidelse og ROP-lidelser (ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse i samme år) inntil 5 bidiagnoser og rater per 100 000 innbygger over 18 år.....	85
Tabell 53 Antall personer og aktivitetsparametere for pasienter innlagt til døgnbehandling i psykisk helsevern voksen med alvorlig psykisk lidelse som primærdiagnose og ROP-lidelse i 2018/2019	85
Tabell 54 Antall og rater per 100 000 innbygger 2019 - opphold, personer og liggedøgn øyeblikkelig hjelp innleggelse	87
Tabell 55 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB	88
Tabell 56 Antall personer og rate per 100 000 innbygger 65 år og eldre i psykisk helsevern og TSB	90
Tabell 57 Antall personer med rusrelatert hoved- eller bidiagnose 2016-2019 alle tjenesteområder.....	91
Tabell 58 Diagnostisk fordeling, antall pasienter med rus som hoveddiagnose i 2016-2019 uavhengig av tjenesteområde	92
Tabell 59 Pasienter med rusrelatert hoveddiagnose og tjenesteområde i perioden 2016-2019.....	93
Tabell 60 Poliklinikk og dagbehandling for pasienter i TSB ekskl. LAR-populasjon 2018-2019	94
Tabell 61 Døgnbehandling for pasienter i TSB 2018-2019 ekskl. LAR-pasienter	95
Tabell 62 Døgnbehandling TSB ved helseforetak og private tilbydere 2018 og 2019 ekskl. LAR-pasienter	96
Tabell 63 Tilbud til innbyggere med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Fredrikstad.....	100
Tabell 64 Eksempel på konsekvens av naiv framskriving versus vektet for historiske trender	102

7.7. Figuroversikt

Figur 1 Modell for framskrivning av aktivitetsbehov for psykisk helsevern og TSB	4
Figur 2 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder	16
Figur 3 Justert aktivitet fordelt over opptaksområder	58
Figur 4 Antall personer innlagt til døgnbehandling i BUP og antall personer med kommunale tjenester med medfødte og varige tilstander i 2018/2019	61
Figur 5 Framskrivning av befolkning 2020-2040 for pasienter bosatt i kommuner med under en halvtime reisetid til DPS	64
Figur 6 Framskrevet befolkning 2020 - 2040 for kommuner med mer enn 30 minutter til DPS	64
Figur 7 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder	65
Figur 8 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med registrert boligtilbud per 100 000 innbygger i 2018/2019	69
Figur 9 Antall pasienter og kontakter per pasient fordel etter CGAS funksjonsgruppe (Antall pasienter: venstre akse og søyler; Kontakter per pasient: høyre akse og linje) ...	72
Figur 10 Antall pasienter innlagt til døgnbehandling i BUP og liggedøgn i perioden 2016-2019 per 100 000 innbygger 0-17 år (gjennomsnitt av årene)	77
Figur 11 Antall individer til døgnbehandling og liggedøgn per 100 000 innbygger over 19 år med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse.	82
Figur 12 Antall personer innlagt til øyeblikkelig hjelp per 100 000 innbygger TSB 2019	89
Figur 13 Antall pasienter i TSB per 100 000 innbygger etter opptaksområde.....	93
Figur 14 Antall pasienter innlagt privat tilbyder TSB per 100 000 innbygger 2019.....	96