



Ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012

Heftets tittel: Ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012
Utgitt: Desember 2012

Bestillingsnummer: IS-2130
ISBN-nr. 978-82-8081-312-1

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling økonomi og analyse

Forfattere: Solfrid Lilleeng (aktivitet og personell)
Ragnild Bremnes (kostnader)

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, 7037 Trondheim
Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2130

Grafisk design: 07 Media
Forside: 07 Media

Forord

Siden rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004, har de regionale helseforetakene hatt ansvaret for å organisere tilbudet i den nye sektoren TSB; tverrfaglig spesialisert rusbehandling, til sin befolkning. Dette er løst gjennom anskaffelsesprosesser¹ mot private stiftelser og ideelle organisasjoner og utvikling av offentlig tilbud innen helseforetakene. Utviklingen av TSB har vært et prioritert utviklingsområde og i tillegg til årlig styrking av sektoren gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet har regionene selv prioritert TSB. Regionene har økt rammene og vektlagt kvalitet og kompetanse i leveransene fra de private og samtidig videreutviklet TSB i helseforetakene.

Private stiftelser og ideelle organisasjoner står for en betydelig andel av tilbudet til pasienter med ruslidelser, og i 2012 var om lag en tredjedel av spesialisthelsetjenestens kostnader til rusbehandling knyttet til aktivitet i private institusjoner av denne typen.

Det vil være en viss grad av arbeidsdeling mellom offentlige og private tilbydere, og tidligere gjennomgang av aktivitet og kostnader har også vist at helseforetakene har et høyere kostnadsnivå enn gruppen av private tilbydere. Kostnadsnivået varierer imidlertid betydelig mellom alle tilbydere av rusbehandling. Denne rapporten inneholder analyser av aktivitet, årsverk og kostnadstall for 2012 og har som formål å identifisere faktorer som kan bidra til å forklare observerte forskjeller i kostnadsnivået.

1 FOR 2006-04-07 nr 402: Forskrift om offentlige anskaffelser.

Innhold

Forord	1
Innledning	5
1 Sammen drag	7
1.1 Aktivitet og kostnader i døgnavdelingene	7
1.2 Aktivitet og kostnader i poliklinikkene	13
1.3 Konklusjon	14
2 Datagrunnlag og metode	15
2.1 Kostnader	17
2.2 Personell	18
2.3 Aktivitet og pasientkarakteristika	19
3 Kostnader og kostnadsindikatorer for TSB i 2012	21
3.1 Innledning	21
3.2 Kostnader og kostnadssammensetning	21
3.3 Kostnadsnivå for private og offentlige tilbydere av TSB i 2012	26
4 Aktivitet i TSB i 2012	33
4.1 Innledning	33
4.2 Resultater	33

5	Personell og kapasitetsutnytting i TSB i 2012	47
5.1	Innledning	47
5.2	Resultater	47
Vedlegg		52
Vedleggstabell 1:	Kostnader til pasientbehandling i TSB for 2012, angitt i tusen kroner. Grunnlag for kostnadsindikatorer	52
Vedleggstabell 2:	Volumet av pasientbehandling innen TSB i 2012. Samdata 2012.	54
Vedleggstabell 3:	Varighet av døgnbehandlingen ved HF og private institusjoner 2012	56
Vedleggstabell 4:	Forløp etter utskrivning fra HF og private institusjoner. Andel utskrivninger (prosent) i 2012	58
Vedleggstabell 5:	Manglende innrapportering av hovedtilstand, NCMP, Individuell plan (IP), avslutningsmåte, oppfølgingstype ved utskrivning fra HF/ privat institusjon. 2012.	60
Vedleggstabell 6:	Andel (prosent) utskrivninger fra HF/ privat institusjon etter type ruslidelse. Andel av alle med registrert hovedtilstandskode. 2012.	62
Vedleggstabell 7:	Andel (prosent) utskrivninger fra HF/ privat institusjon etter status for Individuell plan. Andel av alle utskrivninger med rapportert status. 2012.	64
Vedleggstabell 8:	Antall årsverk totalt ved HF og private institusjoner 2012.	66
Vedleggstabell 9:	Antall årsverk innen døgnvirksomheten ved HF og private institusjoner 2012	68
Vedleggstabell 10:	Opphold per årsverk, personelfaktor, behandlerfaktor, andel årsverk med høyskole/universitetsutdanning og beleggprosent innen døgnbehandlingen 2012	70



Innledning

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2013 fått i oppdrag å etablere et grunnlag for å kunne sammenligne kostnadene og kvaliteten ved offentlige og private tilbydere av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oppdraget har vi delt i to deler: Den første delen besvares gjennom denne rapporten og gjelder kvantitative analyser av kostnader, årsverk og aktivitet. Den andre delen er en gjennomgang av hva som gjøres og hva som må til for å etablere et grunnlag for sammenligning av kvalitet i TSB. Dette arbeidet rapporteres i form av et eget notat til HOD.

Denne rapporten etablerer et grunnlag for å sammenligne aktivitet og kostnader ved offentlige helseforetak og private institusjoner basert på aktivitetsåret 2012. Regnskapstall og informasjon om personellressurser og

aktivitet ved foretakene er gjennomgått med sikte på å si noe om kostnadsnivået i offentlige og private foretak og for å belyse forhold som påvirker kostnadsnivået. Datagrunnlagene for Samdata 2012² er utgangspunktet for analyser og sammenstillinger.

Rapporten er delt i 5 kapitler. Oppsummering med sammenstilling av de viktigste resultatene finnes i kapittel 1, mens datagrunnlag og tilrettelegginger av data for analyseformål er nærmere beskrevet i kapittel 2. Kapittel 3 presenterer kostnader, kostnadssammensetning og kostnadsindikatorer, kapittel 4 beskriver aktiviteten og pasientsammensetningen ved enhetene og kapittel 5 beskriver personellbruk og personellsammensetningen.

² Helsedirektoratet (2013): Samdata spesialisthelsetjenesten 2012. Rapport IS-2074.
Nettsted med rapport og datagrunnlag: www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/



1

Sammendrag

Private stiftelser og ideelle organisasjoner utgjør en betydelig andel av tilbudet innen TSB, og i 2012 stod de private foretakene for om lag 60 prosent av oppholds-døgnene, 40 prosent av døgnoppholdene og 25 prosent av alle refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner. Analysene som presenteres i denne rapporten sammenstiller informasjon om kostnader, aktivitet, pasienter og personell i TSB og tar sikte på å si noe om kostnadsnivået i offentlige og private foretak og på å belyse forhold som påvirker kostnadsnivået. Kostnadsnivået måles ved tre indikatorer:

- Kostnad per oppholdsdøgn
- Kostnad per døgnopphold
- Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon

Mens mange av de private tilbyderne dekker en avgrenset del av et pasientforløp innen TSB, dekker de fleste offentlige foretakene et forløp av tjenester, fra akutt-behandling og avrusning til poliklinisk oppfølging etter utskrivning. Kostnadsindikatorerne som presenteres korrigerer ikke for forventet ressursbehov i pasient-behandlingen, og de vil dermed ikke være egnet for å sammenligne kostnadsnivå for enheter med svært ulikt tjenesteinnhold eller forskjellig pasientpopulasjon. I presentasjonene deles derfor de private foretakene inn i grupper av tilbydere med relativt sammenlignbart tjenestetilbud, hvor gruppenes kostnadsnivå beregnes

og presenteres. For mer informasjon om kategoriene av private institusjoner henvises til kapittel 2.

Fire større private foretak tilbyr, på linje med de offentlige foretakene, alle typer tjenester innenfor TSB. Dette gjelder Borgestadklinikken, Lade Behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikkene (jf. gruppe 3.1, se tabell 2.1). For disse antas sammenligning med de offentlige foretakene å være relevant, og denne sammenligningen er den sentrale dimensjonen i rapporten. Forskjeller og likheter mellom offentlige og private tilbydere belyses ved indikatorer som beskriver behandlingstilbudet, pasientpopulasjonen, personellsammensetningen og kapasitetsutnyttningen. Eventuelle forskjeller i kvalitet eller effekt av behandlingen kan ikke belyses med utgangspunkt i de data som ligger til grunn for denne gjennomgangen.

Om lag 80 prosent av årsverkene i TSB er knyttet til døgnavdelingene og det er innen døgntilbudet de private foretakene utgjør en betydelig aktør. Det er derfor primært fokusert på indikatorer som beskriver døgnvirksomheten.

1.1 Aktivitet og kostnader i døgnavdelingene

Tabell 1.1 gir en oversikt over beregnede kostnadsindikatorer for døgnbehandling i TSB i offentlige helseforetak og private foretak i 2012.

Tabell 1.1
Døgnaktivitet og kostnader i TSB for 2012 basert på totale driftskostnader.

Gruppe	Median varighet	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per opphold	
		Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
HF med TSB (gruppe 1)	12	7 386	152	205 083	105
HF med TSB i oppbygging (gruppe 2) ¹	Ekskludert fra beregningsgrunnlaget				
Private med helhetlig TSB (gruppe 3)	14	4 061	83	132 615	68
Private med sammensatt tilbud (gruppe 4)	45	2 665	55	193 858	99
Privat langtidsbehandling (gruppe 5)	85	3 116	64	309 475	158
Private uten avtaleplasser, eller under oppstart (gruppe 6) ¹	Ekskludert fra beregningsgrunnlaget				
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	14	4 873	100	195 429	100

¹ For disse enhetene antas forholdet mellom kostnader og aktivitet å være lite representativt.

Beregningene viser at gjennomsnittlig døgnekostnad for TSB i 2012 var på om lag 4 900 kroner og at den var høyere for helseforetakene enn i alle grupper av private tilbydere. Private foretak i gruppe 3 har en samlet døgnekostnad som tilsvarer 55 prosent av døgnekostnaden for helseforetakene. Oppsummeringen som følger, sammenstiller resultater fra gjennomgangen av regnskapsdata, personelldata og pasientdata med tanke på å identifisere faktorer som kan bidra til å belyse og delvis forklare denne forskjellen i kostnadsnivå.

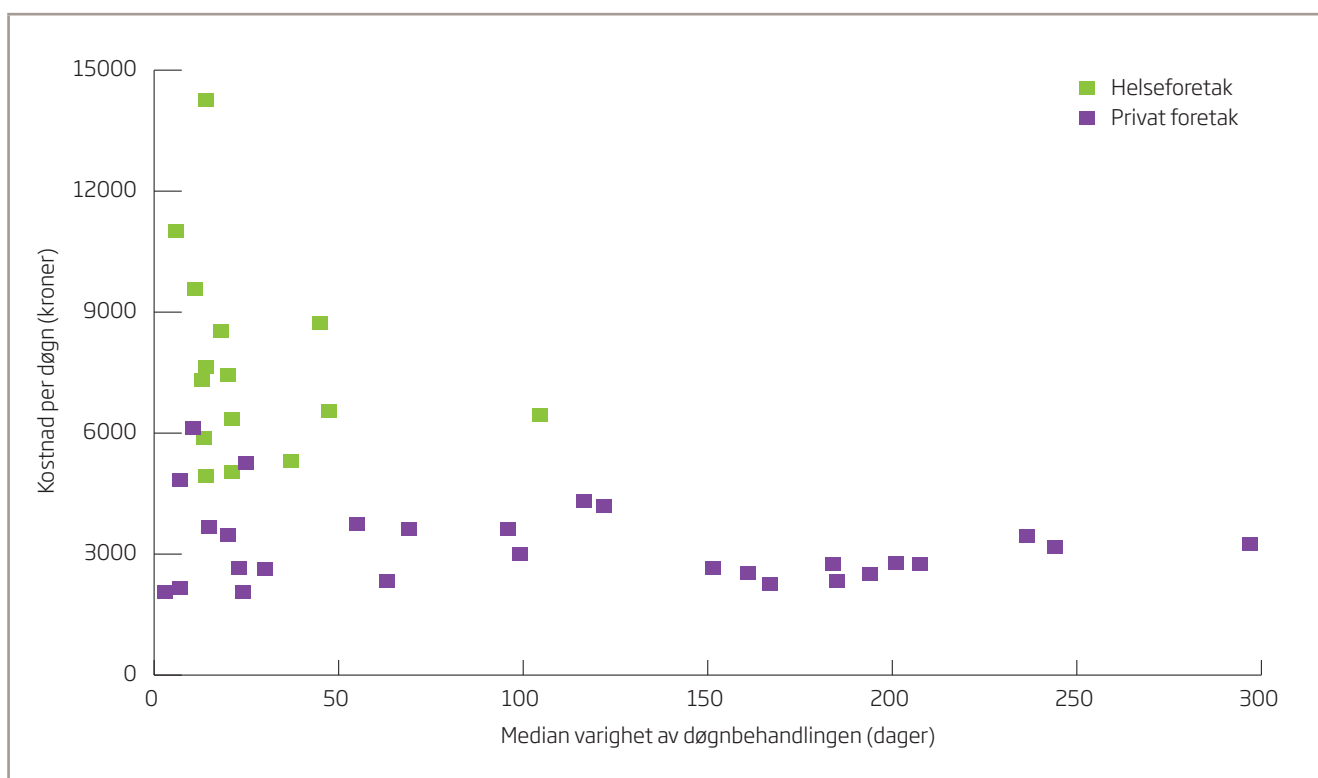
Effekt av oppholdstid

I 2012 kostet hvert opphold i TSB i gjennomsnitt 195 000 kroner. Oppholdskostnaden vil avhenge både av oppholdets varighet og av ressursinnsatsen i behandlingen, og oppholdskostnaden varierer mellom de ulike gruppene av tilbydere.

Figur 1.1 viser sammenhengen mellom gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn og median varighet av oppholdene for alle helseforetak og private tilbydere av

TSB i 2012. Figuren skiller mellom helseforetak og private foretak og illustrerer at gjennomsnittlig døgnekostnad varierer fra om lag 2 000 kroner til over 14 000 kroner per oppholdsdøgn og at økt innslag av lange opphold assosieres med lavere gjennomsnittlig døgnekostnad. Døgnekostnaden ser altså ut til å avta med økt oppholdstid, men korte opphold kan også være rimelige. Dette gir seg utslag i at vi ikke har en signifikant lineær samvariasjon og figuren viser at sammenhengen er forskjellig for helseforetak og private foretak.

Helseforetakene kommer ut med en høyere døgnekostnad enn private tilbydere med helhetlig TSB-tilbud (jf. gruppe 3), men analyser av døggnbehandlingens varighet viser også at innslaget av korte opphold er litt større i helseforetakene. Forskjellen i kostnadsnivået mellom disse gruppene av tilbydere er derfor mindre målt ved gjennomsnittlig oppholdskostnad enn ved gjennomsnittlig døgnekostnad. Noe av forskjellen vi observerer for gjennomsnittlig døgnekostnad kan altså være knyttet til mer korttidsbehandling i helseforetakene.



Figur 1.1 Kostnad per oppholdsdøgn og median varighet av døggnbehandling. Helseforetak og private tilbydere av TSB i 2012.

Tabell 1.2

Døgnaktivitet og kostnader i TSB for 2012 eksklusive kostnader til pensjon, arbeidsgiveravgift, husleie og av- og nedskrivning.

Gruppe	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per opphold	
	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
HF med TSB (gruppe 1)	5 409	149	150 188	103
Private med helhetlig TSB (gruppe 3)	3 017	83	98 513	68
Private med sammensatt tilbud (gruppe 4)	2 005	55	145 830	100
Privat langtidsbehandling (gruppe 5)	2 465	68	144 854	169
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	3 623	100	145 309	100

Effekt av spesifikke kostnadskomponenter

Det beregnede kostnadsnivået ved den enkelte enhet vil delvis være påvirket av faktorer som foretakene i liten grad kan påvirke på kort og mellomlang sikt og som påvirker kostnadsnivået ulikt for offentlige og private foretak. Gjennomgang av rapporterte regnskapstall viser at dette særlig gjelder kostnader knyttet til pensjon og arbeidsgiveravgift som er relativt lavere for private foretak og kostnader knyttet til husleie og av- og nedskrivninger som er relativt lavere for helseforetakene. I tabell 1.2 presenteres derfor kostnadsindikatorer eksklusive disse kostnadskomponentene.

Det er først og fremst kostnadsnivået for privat langtidsbehandling som påvirkes av kostnader til pensjon, arbeidsgiveravgift, av- og nedskrivninger og husleie. For gruppene samlet reduseres den relative forskjellen mellom helseforetak og private i gruppe 3 bare marginalt når alle disse kostnadskomponentene holdes utenfor.

Effekt av merkostnader knyttet til administrasjon og HF-overbyggende oppgaver

Eventuelle merkostnader som gjelder helseforetakenes administrative overbygning, herunder administrasjon av LAR, oppfølging av avtaler med private tilbydere og kostnader til opplæring og undervisning av helsepersonell, kan ikke identifiseres i rapporterte regnskapstall og vil dermed inngå i kostnadsgrunnlaget for de beregnede kostnadsindikatorer. Dette kan bidra til et noe høyere kostnadsnivå for TSB i offentlige foretak sammenlignet med private foretak, men effekten kan ikke tallfestes. Dersom man antar at slike kostnader utgjør 10 prosent

av totale kostnader til TSB i helseforetakene og disse kostnadene trekkes ut ved beregning av kostnadsindikatorer, vil gjennomsnittlig døgnkostnad i helseforetakene reduseres til om lag 6 600 kr. Dette kostnadsnivået er fortsatt 60 prosent høyere enn gjennomsnittlig døgnkostnad for private med helhetlig TSB-tilbud.

Betydning av personell og kompetanse

70-80 prosent av kostnadene til TSB gjelder lønn, og det er derfor sannsynlig at forskjeller i beregnet kostnadsnivå vil være nært knyttet til forskjeller som gjelder bemanning og lønnsnivå. Bemanningsbehovet vil avhenge av hvilke tjenester som tilbys og hvilke pasienter som behandles, men også av forhold som gjelder organisering av tjenestene. Lønnsnivået vil blant annet avhenge av personellens kompetanse og sammensetning. Flere forhold har betydning for utviklingen av personellressursen: Den geografiske beliggenheten til enhetene vil kunne ha betydning for rekrutteringsmulighetene. Rusfeltet fikk med rusmeldingen³ sin egen legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin og spisskompetanse innen dette feltet er fremdeles en begrenset ressurs. I helseforetakene er TSB ofte samlokalisert og/eller organisert i samme divisjon som psykisk helsevern og vil representere fagmiljø som er attraktive blant helsefaglig personell. Både personellsammensetningen og bemanning vil kunne være påvirket av denne samlokaliseringen. De private foretakene har siden rusreformen vært underlagt krav om kompetanseoppbygging gjennom anbudsordningen og har i denne tiden styrket den helsefaglige bemanningen⁴.

³ Meld.St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol-narkotika-doping.

⁴ Helsedirektoratet (2013): Samdata spesialisthelsetjenesten 2012 Rapport IS-2074 (2009-2012)
Samdata sektorrapport for rusbehandling 2008 4/09. SINTEF Helse (2006-2008).

Tabell 1.3 Kostnad per døgn, personell- og aktivitetsindikatorer i døgnbehandlingen i TSB i 2012.

Gruppe	Kostnad per døgn	Opphold per døgn-årsverk	Personell-faktor ¹	Behandler-faktor ²	Andel årsverk med høyskole/ universitets-utdanning	Median dager (avsluttede døgnopphold)	Beleggs-prosent ³
HF med TSB (gruppe 1)	7 386	5,1	2,6	1,7	65	12	83
Private med helhetlig TSB (gruppe 3)	4 061	5,9	1,9	1,1	61	14	97
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	2 665	9,3	0,9	0,7	74	50	91
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)		4,0	1,1	0,6	55	42	101
Private langtid (gruppe 5.1)	3 116	2,9	1,3	0,7	53	88	101
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)		2,9	1,2	0,6	48	82	104
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	4 873	5,0	1,8	1,1	61	14	92

¹ Personellfaktoren er antall årsverk per pasient per dag i gjennomsnitt.

² Behandlerfaktoren er antall årsverk med høyskole/universitetsutdanning per pasient per dag i gjennomsnitt.

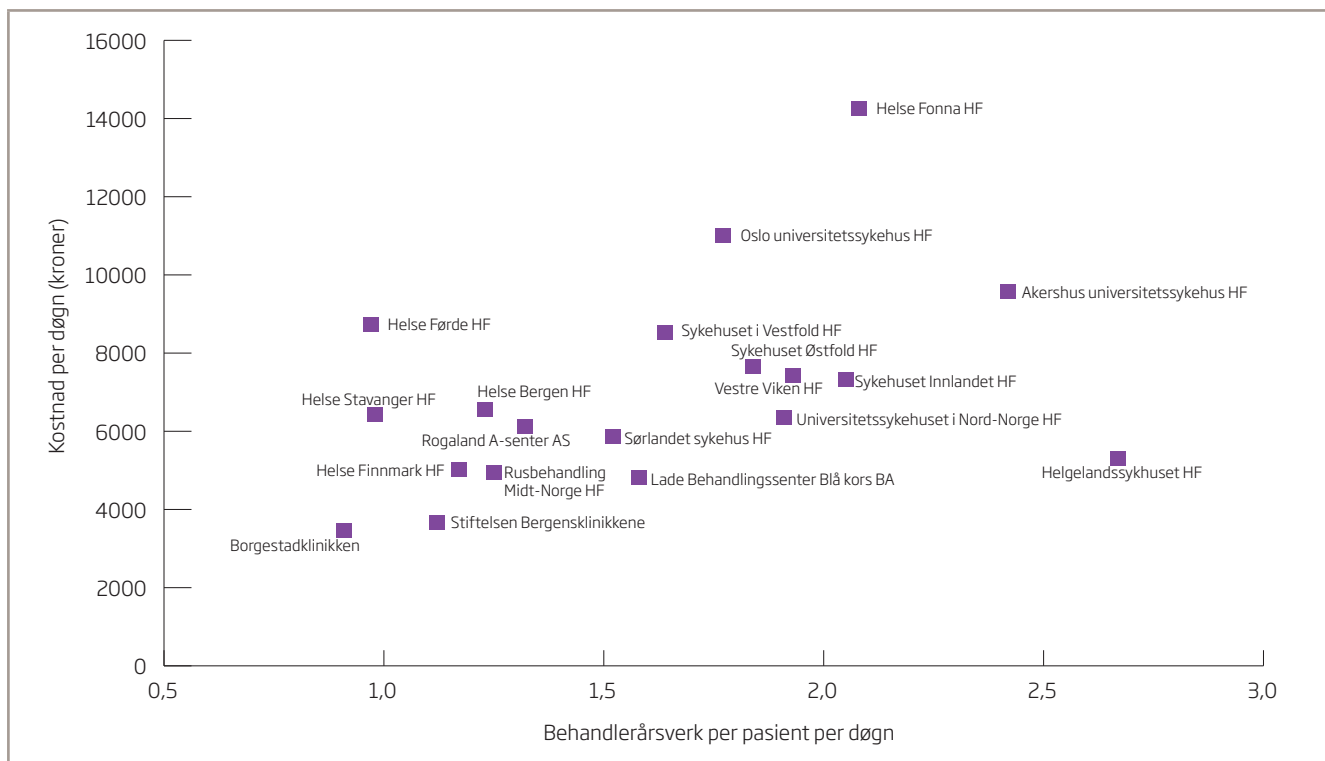
³ Beleggsprosent er antall oppholdsdøgn i løpet av 2012 dividert med døgnplasskapasiteten ved årets slutt/avtalefestet kapasitet multiplisert med 366 dager. Når beleggsprosenten er over 100 betyr det at flere døgnplasser er enn det avtalefestende antall døgnplasser ved private eller antall døgnplasser ved årets slutt, er tatt i bruk.

Personellindikatorene viser at døgnbemanningen er høyere i helseforetakene: De offentlige foretakene har færre døgnopphold per årsverk og har mer personell per døgnpasient. Videre utgjør behandlerpersonell en større gruppe sammenlignet med de private i gruppe 3 og de offentlige foretakene har også en høyere andel personell med høyskole- og universitetsutdanning. Antall lege- og psykologårsverk per døgnpasient er imidlertid på samme nivå ved de private i gruppe 3 og ved helseforetakene. Forskjellen mellom disse to kategoriene ligger altså i flere høyskoleutdannede årsverk per pasient ved helseforetakene. Dette er forhold som vil bidra til høyere kostnadsnivå i de offentlige foretakene samlet sett.

Definisjonen av personellfaktorene er basert på det faktiske belegget ved døgnenhetene. Langtidsheter, som i all hovedsak har fullt belegg, vil av denne grunn komme ut med lavere personellfaktor, sammenlignet med korttidsheter som har lavere belegg. Selv om det ikke er pasienter på hver døgnplass hver dag, vil det være personell tilstede. Beleggsprosenten ved helseforetakene er lavere enn ved private foretak (gruppe 3). Når personellfaktoren korrigeres i henhold til beleggsprosenten, blir forskjellen mellom helseforetakene og private

foretak (gruppe 3) mindre. Dersom vi antar fullt belegg på døgnplassene, har private foretak i gruppe 3 en bemanning av behandlerpersonell som er 15 prosent lavere enn helseforetakene.

Figur 1.2 illustrerer forholdet mellom gjennomsnittlig døgnkostnad og behandlerfaktor for helseforetakene og private tilbydere i gruppe 3. Døgnkostnaden øker med økt behandlerfaktor. For de private institusjonene er den lineære samvariasjonen signifikant (Pearson korrelasjonskoeffisient er på 0,8 og resultatet har signifikantsannsynlighet < 1 %). Denne sammenhengen finner vi ikke ved de offentlige helseforetakene. Døgnkostnaden i de offentlige er altså ikke like tydelig påvirket av personellinnsats og utdanningsnivå som ved de private institusjonene. Fraværet av en slik sammenheng kan skyldes svakheter ved metode for fordeling av fellespersonell mellom ulike tjenesteområder innen helseforetakene. Til en viss grad fordeler helseforetakene fellespersonell etter egne fordelingsnøkler. Når fordelingen ikke er ivarettatt av helseforetakene lokalt, fordeles fellespersonell etter antall årsverk i forbindelse med tilretteleggingen av personellstatistikk som publiseres i Samdata.



Figur 1.2 Samvariasjonen mellom kostnad per døgn og personellfaktor for helseforetak og private institusjoner med TSB (gruppe 3).

Betydning av pasientsammensetning

Aktiviteten ved døgnenhetene er analysert med tanke på å synliggjøre faktorer som kan bidra til å belyse tjenestenes innhold og pasientsammensetningen. Forhold ved døgnbehandlingen som belyses er varigheten av døgnbehandlingen, hoveddiagnose ved avslutningen av døgnoppholdet, status for individuell plan, avslutningsmåte for behandlingen og plan for oppfølging etter utskrivning. De to sistnevnte forhold er imidlertid svært mangelfulle med hensyn på foreliggende rapportering i pasientdata til NPR.

I tillegg er pasientpopulasjonen beskrevet med hensyn på alder, kjønn og bruk av tjenester fra den offentlige delen av psykisk helsevern for voksne i løpet av toårsperioden 2011-2012. Fra behandlingen i psykisk helsevern er det inkludert informasjon om hvorvidt pasienten er diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse⁵ (SMI) eller har fått en rusdiagnose.

For å få et inntrykk av det døgnbaserte pasientforløpet, er omfanget av pasientens døgnbehandling i psykisk

helsevern eller TSB i løpet av ett år før innleggelse og i løpet av ett år etter utskrivning kartlagt. En indikasjon på kontinuitet i pasientforløpet er hvorvidt pasienten har poliklinisk kontakt med tjenesten etter utskrivning og forekomsten av poliklinisk kontakt innen 30 dager etter utskrivning er derfor kartlagt.

Oppsummeringen fokuserer også her på forskjeller og likheter mellom helseforetak og private tilbydere i gruppe 3 med formål om å identifisere faktorer av betydning for ressursinnsats og med det forklare observerte forskjeller i bemanning og kostnadsnivå. De belyste indikatorene kan avdekke egenskaper ved pasientsammensetningen eller tjenesteinnholdet som er av betydning for kostnadsnivået, men vil ikke være dekkende for alle relevante forhold.

Døgnpasientenes alder, kjønn og bruk av psykisk helsevern:

Det er ingen forskjeller med hensyn på alder, kjønn og bruk av psykisk helsevern for døgnpasientene i behandling ved helseforetakene sammenlignet med døgnpasientene ved de private foretakene med helhetlig TSB (gruppe 3).

5 Alvorlig psykisk lidelse (SMI) er her definert ved forekomst av ICD 10 kodene F20,F22-F29,F30-F31.

Andel menn i døgnbehandling i 2012 er på 70 prosent og aldersfordelingen viser at aldersgruppen 18-29 år utgjør en fjerdedel av pasientene, mens aldersgruppen 30-49 år dominerer og utgjør halvparten av pasientene i døgnbehandling. Halvparten av pasientene har vært i behandling i psykisk helsevern i løpet av 2011-2012, fire femdel av disse er diagnostisert med en ruslidelse fra oppholdet i psykisk helsevern mens omlag ti prosent har fått en diagnose klassifisert som alvorlig psykisk lidelse. Nær to tredjedeler av døgnpasientene har vært i behandling i TSB i 2011 og kun en sjettedel av alle pasientene er nye pasienter i 2012 når TSB og psykisk helsevern ses under ett.

Fordelingen av hoveddiagnose ved utskrivning og varigheten av døgnbehandlingen:

Når vi ser på diagnosefordelingen, er det bare små forskjeller mellom pasientpopulasjonene i helseforetakene og hos de private tilbyderne i gruppe 3. I begge gruppene er pasienter med ruslidelser grunnet alkohol (henholdsvis 37 og 38 prosent) og opiater (henholdsvis 30 og 28 prosent) de største gruppene, og innslaget av andre typer ruslidelser er tilnærmet identisk.

Varigheten av døgnbehandlingen har også en tilnærmet lik profil, men med litt høyere innslag av korte opphold ved helseforetakene. Dette er hovedsakelig relatert til øyeblikkelig hjelp- innleggelser, som gjennomgående har kortere varighet sammenlignet med de øvrige innleggelserne. Omfanget av øyeblikkelig hjelp - innleggelser er knyttet til utvalgte helseforetak⁶ hvor dette tilbudet er blitt etablert. Andelen utgjør over 20 prosent av alle innleggelsene ved helseforetakene i 2012, mens sju prosent av innleggelsene ved private i gruppe 3⁷ er rapportert som øyeblikkelig hjelp.

Når dette tas hensyn til, er det fremdeles en liten forskjell i oppholdstid mellom helseforetakene og de private med TSB (gruppe 3)⁸, men denne forskjellen er ikke signifikant for diagnosegruppene. Videre har nye pasienter kortere oppholdstid i helseforetakene sammenlignet med de private foretakene i gruppe 3⁹. Her er nye pasienter definert ved pasienter uten tidligere behandling i TSB i 2011 og psykisk helsevern i perioden 2011/2012.

Individuell plan:

Individuell plan er et kvalitativt verktøy for å sikre retten til en sammenfatning av pasientens behov og for å sikre kontinuitet i pasientforløpet. Kriteriene for retten til individuell plan er at pasienten har behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester. Dersom pasienten oppfyller kriteriene indikerer det dermed en viss alvorlighet i sykdomsbildet for pasienten. Rapporterte tall fra helseforetakene viser at det er 16 prosent av pasientene som ikke oppfyller kriteriene for individuell plan ved utskrivning, mens det samme gjelder for ti prosent av utskrivningene fra private institusjoner i gruppe 3. Private institusjoner i gruppe 3 rapporterer imidlertid manglende kjennskap til status for individuell plan for pasienten ved 30 prosent av utskrivningene. Dette gjelder sannsynligvis i større grad pasienter som ikke oppfyller kriteriene og i så fall vil andel utskrivninger knyttet til pasienter som ikke oppfyller kriteriene være underestimert fra disse private foretakene. All informasjon om individuell plan mangler imidlertid for hele 41 prosent av utskrivningene fra helseforetakene og for 53 prosent av utskrivningene fra de private tilbyderne i gruppe 3. Samlet sett er det derfor usikkert i hvilken grad informasjonen fra rapporteringen om individuell plan i pasientdata kan si noe om forskjeller i alvorlighetsgrad mellom pasientpopulasjonene.

Behandling før innleggelse:

Ni prosent av innleggelsene til helseforetakene og til de private tilbyderne i gruppe 3 gjelder overføringer fra andre tilbydere av TSB eller psykisk helsevern. For 36 prosent av innleggelsene i helseforetakene hadde ikke pasienten vært i døgnbehandling i psykisk helsevern eller TSB siste år. Tilsvarende andel for private med helhetlig tilbud var 42 prosent av innleggelsene. Andel innleggelser hvor pasienten har vært i døgnbehandling i psykisk helsevern siste år er tilnærmet lik for de to gruppene. Rapporterte pasientdata tyder altså på omtrent samme omfang av samarbeid med psykiske helsevern for både offentlige foretak og private tilbydere i gruppe 3, mens det er en liten overvekt av døgnopphold knyttet til pasienter uten døgnbehandling siste år ved de private.

6 OUS (52%), Sykehuset Innlandet HF (20%), Sørlandet sykehus HF (28%), Helse Bergen HF (21%), Helse Førde HF (20%) og Rusbehandling Midt-Norge (32%).

7 Rogaland A-senter har 33% øyeblikkelig hjelp innleggelser.

8 Mann-Whitney median test og Kolmogorow-Smirnovs test av fordeling gir en signifikanssannsynlighet < 1%

9 Mann-Whitney median test og Kolmogorow-Smirnovs test av fordeling gir en signifikanssannsynlighet < 1%

Behandling etter utskrivning:

Kartlegging av behandlingsforløp etter utskrivning viser at henholdsvis 11 og 13 prosent av pasientene overføres direkte til annen tilbyder ved utskrivning fra døgnbehandling i helseforetakene eller hos private med helhetlig TSB-tilbud. For helseforetakene viser også pasientdata at 66 prosent av utskrivningene etterfølges av ny innleggelse til TSB eller psykisk helsevern i løpet av en periode på ett år. Tilsvarende tall for utskrivninger fra private foretak i gruppe 3 var 61 prosent. Det er altså en liten overvekt av døgnopphold knyttet til pasienter uten ny døgnbehandling i løpet av det første året etter utskrivning ved de private foretakene i gruppe 3. Poliklinisk kontakt i løpet av 30 dager etter utskrivning finner sted for om lag halvparten av utskrivningene og dette gjelder både ved helseforetakene og ved de private i gruppe 3. Vi kjenner ikke til hvem som initierer denne polikliniske kontakten, men at det finner sted en kontakt er et tegn på at kontinuiteten i forløpet ivaretas. Avslutningsmåte og oppfølgingstype er i liten grad rapportert fra helseforetakene og dermed vanskelig å bruke i sammenligningsøyemed.

Pasientpopulasjonene som mottar behandling i helseforetakene og de private foretakene i gruppe 3 er sammenlignbare med hensyn på alder, kjønn og diagnosefordeling.

Analyser av varigheten¹⁰ av døgnbehandlingen viser at oppholdstiden i helseforetakene er marginalt kortere enn ved de private foretakene i gruppe 3, men forskjellen er ikke signifikant på diagnosegruppenivå. De private foretakene i gruppe 3 har en høyere andel døgnopphold knyttet til nye pasienter sammenlignet med helseforetakene og varigheten av døgnbehandlingen er lengre enn ved helseforetakene. Med nye pasienter menes her pasienter uten døgnbehandling siste år før innleggelse eller utskrivninger uten etterfølgende døgnbehandling påfølgende år. Andel nye pasienter er imidlertid ikke forskjellige mellom helseforetak og private foretak.

1.2 Aktivitet og kostnader i poliklinikkene

Kostnadsindikatoren og personellutnyttningen i det polikliniske tilbudet er presentert i tabell 1.4.

Enhetsprisen for helseforetakene og private tilbydere i gruppe 3 er ganske lik og dette tyder på at det er et felles underliggende kostnadsnivå for denne delen av virksomheten. Produktiviteten viser at det i snitt utføres om lag 1.6 konsultasjoner per årsverk per arbeidsdag¹¹ ved helseforetakene mens aktiviteten ved de private i gruppe

Tabell 1.4
Produktivitet og kompetanse ved den polikliniske virksomheten i TSB i 2012.

Gruppe	Kostnad per refusjonsberettiget konsultasjon	Refusjonsberettigede konsultasjoner per korrigerte ¹ poliklinisk årsverk	Andel lege/psykologårsverk	Andel årsverk m høyskole/universitetsutdanning
HF med TSB (gruppe 1)	2 496	362	32	92
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	2 429	414	41	100
Privat poliklinikk (gruppe 3.2)		289	57	92
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	1 905	455	39	82
Private langtid (gruppe 5.1)	1 564	771	47	90
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)		284	10	100
Totalt	2 426	368	34	92

¹ Polikliniske årsverk er korrigert med hensyn til andel poliklinisk virksomhet som er rapportert med refusjon.

¹⁰ Eksklusive øyeblikkelig hjelp- innleggelser.

¹¹ Her legges det til grunn 228 arbeidsdager i 2012.

3 utgjør om lag 1.8 konsultasjoner per årsverk per dag. Årsverkene innen poliklinisk virksomhet er for en stor del personell med høyskole/universitetsutdanning og en tredjedel av årsverkene er personell med lege- eller psykologutdanning¹².

Når det gjelder pasientpopulasjonene som mottar behandling ved helseforetakene og ved de private med TSB, ser vi noen forskjeller: Pasientene i de offentlige foretakene er noe yngre, har i større grad vært i psykisk helsevern for voksne i løpet av de siste to årene og har flere kontakter med TSB sammenlignet med pasientene hos de private med TSB.

De private med helhetlig TSB-tilbud dekker kun en femtedel av poliklinisk virksomhet i TSB og dette gir et avgrenset sammenligningsgrunnlag. Analysene tyder på noen forskjeller i pasientsammensetning, men ingen eller liten forskjell i kostnad per konsultasjon og produktivitet knyttet til refusjonsgivende virksomhet.

1.3 Konklusjon

Beregninger for 2012 viser at gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn i TSB utgjorde om lag 4 900 kroner dette året. Gjennomsnittlig døgnkostnad varierer mellom tilbyderne, men var høyere i de offentlige foretakene enn i alle typer av private institusjoner. Dette gjelder også dersom man korrigerer for kjente forskjeller i økonomiske rammebetingelser mellom offentlige og private foretak.

Mange av de private rusinstitusjonene dekker en avgrenset del av et pasientforløp innen TSB mens helseforetakenes tilbud vanligvis omfatter alle typer tjenester fra akuttberedskap og avrusning til poliklinisk oppfølging. Noe av forskjellen i gjennomsnittlig døgnkostnad vil derfor skyldes forskjeller som kan forklares ved ulikt innhold i tjenestene, herunder vaktberedskap og øyeblikkelig hjelp – virksomhet som gir lavere kapasitetsutnyttelse. Gjennomsnittlig døgnkostnad er imidlertid også høyere i helseforetakene enn i private rusinstitusjoner som antas å tilby det samme spekteret av tjenester og som fremstår som tilnærmet sammenlignbare med hensyn til pasient-

populasjon, tjenesteinnhold og oppholdstidsfordeling. Gjennomgangen identifiserer faktorer som delvis kan forklare denne forskjellen:

Omfanget av døgnopphold knyttet til pasienter med foregående eller påfølgende opphold i TSB eller psykisk helsevern for voksne er noe høyere i helseforetakene. Gjentatte innleggelser i TSB og/ eller psykisk helsevern kan være et uttrykk for alvorligheten i pasientens sykdomsforløp, men dette kan også skyldes forhold som gjelder kontinuitet i behandlingen og/ eller organisering av tjenestene. Pasienter uten tidligere behandling i TSB eller behandling i psykisk helsevern i løpet av to årsperioden utgjør en noe mindre andel av oppholdene og har kortere opphold når de behandles ved helseforetakene sammenlignet med de private tilbydere med helhetlig tilbud.

Helseforetakene synes å ha en høyere øyeblikkelig hjelp-beredskap og et lavere belegg i sine døgnavdelinger sammenlignet med antatt sammenlignbare private foretak. Dette krever en høyere årsverksinnsats per døgnplass, og forskjellen i kostnadsnivå ser langt på vei ut til å skyldes en høyere personelltetthet i helseforetakene: Helseforetakene har flere årsverk per pasient per dag og mer behandlerpersonell. Helseforetakene har også en høyere andel høyskoleutdannet personell. Disse forhold vil kunne bidra til et høyere kostnadsnivå i helseforetakene.

Gjennomgangen av pasientdata identifiserer noen forskjeller mellom pasientene behandlet i offentlige foretak og pasientene behandlet i private institusjoner med helhetlig TSB-tilbud. Pasientdata har imidlertid fremdeles store mangler med hensyn på rapporteringen av individuell plan, avslutningsmåte og oppfølgingstype som gir hhv en indikasjon på alvorlighetsgraden i pasientpopulasjonen, omfang av avbrudd i behandlingen og plan for videre oppfølging. Pasientdata gir derfor begrenset informasjon om alvorlighetsgraden i pasientenes sykdom og pasientenes funksjonsnivå. Uten god koding av prosedyrekoder er også tilgjengelig informasjon om innholdet i pasientbehandlingen begrenset. Forskjeller i pasientpopulasjonene kan derfor ikke utelukkes selv om dette ikke kan identifiseres med utgangspunkt i tilgjengelige data.

¹² Innen TSB finner det sted poliklinisk virksomhet som det ikke gis refusjon for; 15 % i 2012 når korrigerte tall fra OUS legges til grunn. Poliklinisk personell er dermed ikke entydig knyttet til refusjonsgivende virksomhet. I og med at kostnadene relateres til den refusjonsberettigede virksomheten er personelltallet nedjustert tilsvarende i indikatoren for konsultasjoner per årsverk. Gruppe 1 og gruppe 3.1 har begge 83% refusjonsberettigede konsultasjoner av alle polikliniske kontakter rapportert. Private poliklinikker for øvrig har over 90 prosent refusjonsberettigede konsultasjoner, mens langtidsinstitusjonene ligger på 60-70 prosent.

2

Datagrunnlag og metode

Analysene som presenteres i denne rapporten sammenstiller informasjon om kostnader, aktivitet og personell i TSB og tar sikte på å si noe om kostnadsnivået i offentlige og private foretak og på å belyse forhold som påvirker kostnadsnivået. Informasjon om aktivitet er basert på pasientdata fra Norsk Pasientregister (NPR), mens regnskaps- og personelldata er levert av Statistisk Sentralbyrå (SSB). Informasjon om poliklinisk og ambulant personell er hentet fra Helsedirektoratets egen innsamling. De enkelte datagrunnlagene er nærmere beskrevet under.

Kostnadsnivået måles ved tre kostnadsindikatorer:

- Kostnad per oppholdsdøgn
- Kostnad per opphold
- Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon

Kostnadsindikatorene korrigerer ikke for forventet ressursbehov i pasientbehandlingen, og de vil derfor ikke være egnet for å sammenligne kostnadsnivå for enheter med svært ulikt tjenesteinnhold. I presentasjonene deles foretakene derfor i grupper av tilbydere med antatt sammenlignbart tilbud. Kategoriene av helseforetak og institusjoner er presentert i tabell 2.1.

De fleste helseforetakene vil ha et sammensatt tjenestetilbud som dekker alle typer behandling innenfor TSB og, med unntak for tre foretak, er helseforetakene derfor

også samlet i én kategori. De tre helseforetakene i gruppen '*HF med delvis TSB*' har en relativt sett ny døgnetablering innen TSB. Siden foretakene er i oppbygging er ressursinnsatsen foreløpig svært høy i forhold til rapportert aktivitet. Kostnadsnivået ved disse foretakene antas derfor ikke å være representative for den offentlige tjenesteproduksjonen og foretakene er også holdt utenfor ved beregning av indikatorer på gruppenivå.

De private institusjonene er kategorisert i sju grupper. Private tilbydere med helhetlig TSB-tilbud (gruppe 3) vil være mest relevant å sammenligne med helseforetakene. Dette er private institusjoner som tilbyr alle typer tjenester innenfor TSB, inkludert avrusning og akuttbehandling. Private institusjoner '*uten avtaleplasser/oppstart 2012*' (gruppe 6) er holdt utenfor gjennomgangen og inngår ikke i grunnlaget for beregning av kostnadsindikatorer. Enhetene bidrar med tjenesteproduksjonen for bare deler av året og dette skaper periodeforskyvninger med hensyn på forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet.

Kostnadsindikatorer presenteres per rapporteringsenhet og for gruppe 1, 3 (3.1 og 3.2¹³ samlet), 4 (4.1 og 4.2 samlet) og 5 (5.1 og 5.2 samlet). Aktivitet, pasientsammensetning og personelltall presenteres for alle kategorier. Vedlegg tabellene 1-10 gir utvidet informasjon om kostnader, aktivitet og personell for det enkelte foretak.

13 Regnskapstall for Vinderen ruspoliklinikk mangler i våre grunnlag.

Tabell 2.1
Gruppering av offentlige og private foretak med utgangspunkt i foretakenes behandlingstilbud.

		Beskrivelse	Foretak
Offentlige foretak	Gruppe 1	Helseforetak med etablert TSB-sektor	Sykehuset Østfold HF Akershus universitetssykehus HF Oslo universitetssykehus HF Sykehuset Innlandet HF Vestre Viken HF Sykehuset i Vestfold HF Sørlandet sykehus HF Helse Stavanger HF Helse Fonna HF Helse Bergen HF Helse Førde HF Rusbehandling Midt-Norge HF Helgelandssykehuset HF Universitetssykehuset i Nord-Norge HF Helse Finnmark HF
	Gruppe 2	Helseforetak med TSB i oppbygging	Sykehuset Telemark HF Helse Nord-Trøndelag HF Nordlandssykehuset HF
Private foretak ¹	Private med helhetlig tilbud		
	Gruppe 3.1	Private tilbydere med helhetlig TSB-tilbud, inkludert avrusning	Borgestadklinikken (A/M/N) Lade Behandlingssenter Blå Kors (A/M/N) Rogaland A-senter (A/M/N) Stiftelsen Bergensklinikkene (A/M/N)
	Gruppe 3.2	Private ruspoliklinikker	Lovisenberg diakonale sykehus (ruspoliklinikk) (N) Blå Kors Øst (ruspoliklinikk) (A/M) Vinderen ruspoliklinikk ()
	Private med sammensatt tilbud		
	Gruppe 4.1	Private tilbydere med sammensatt døgntilbud og poliklinikker	A-senteret (A) Incognito klinikk(A/M) Trasoppklinikken Stiftelsen (A/M)
	Gruppe 4.2	Private tilbydere med sammensatt døgntilbud uten poliklinikker	Blå Kors behandlingssenter Eina (A/M/N) Riisby Behandlingssenter (A/M) Sigma Nord AS (A/M/N) Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård () Tyrili, Kampen (N) Valdresklinikken Stiftelsen (A/M/N) Veslelien (N/M)
	Privat langtidsbehandling		
	Gruppe 5.1	Private tilbydere med hovedvekt på langtidsbehandling	Frelsesarmeens behandlingssenter (A/M/N) Haugaland A-senter (A/M/N) Kalfaret behandlingssenter (N/M) Fossen Rusbehandling (A/M/N) Fredheim Stiftelsen (A/M/N) Langørjan Gård (M/N) Origosenteret (A/M/N)
	Gruppe 5.2	Kollektiv og terapeutiske samfunn	NKS Kvamsgrindkollektivet AS (N) Fossumkollektivet Stiftelsen (N) Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen (N) Renåvangen Stiftelsen (N) Samtun AS (N) Solliakollektivet Stiftelsen (N/M) Stiftelsen Finnmarkskollektivet (N)
	Ekkluderte enheter		
	Gruppe 6	Uten avtaleplasser/oppstart 2012	Frelsesarmeen Fetsund () Incita, østsiden () Karmsund ABR Senter Stiftelsen(A/M/N) Nybøle(N) Phoenix Haga (N)

¹ Private foretak har angitt tilhørende rusmiddelfokus (A=alkohol, M=medikament, N=narkotika) hentet fra Tiltakskatalogen 2007 (2007; Lund;M.Ø. & Skretting,A.) basert på nettstedet over alle rustiltak www.rustiltak.no. Dette nettstedet inngikk i det nasjonalt dokumentasjonssystem for tiltak for rusmiddelmisbrukere sammen med klientkartleggingssystemet. Nettstedet ble drevet av SIRUS frem til det ble avviklet i 2009.

2.1 Kostnader

Utgangspunktet for kostnadsanalysene som presenteres er driftsregnskapene som helseforetakene og private institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten har rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB) for driftsåret 2012. Dette gjelder rapportering på skjema 0X for helseforetakene og på skjema 39 for private institusjoner med kjøps- eller driftsavtale med de regionale helseforetakene. Alle driftskostnader som inngår i resultatregnskapet er inkludert i grunnlaget.

For helseforetakene er kostnadene fordelt mellom de ulike tjenesteområdene i henhold til gjeldende funksjonskontoplan før innrapportering til SSB, og dette gjelder også felleskostnader. De regnskapstallene som her legges til grunn gjelder rapportering for funksjon 681.

«Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2012»¹⁴ gir en nærmere beskrivelse av retningslinjer for rapportering til SSB.

Helsedirektoratet har samarbeidet med SSB om kvalitets sikring av rapporterte regnskapstall og har videre stått for tilrettelegging til analyseformål. Tilretteleggingen er gjort i dialog med foretakenes kontaktpersoner for regnskapsrapportering til SSB.

Tilrettelegging av kostnadsgrunnlag for kostnadsindikatorer

Kostnadsindikatorene som presenteres kobler informasjon om kostnader og informasjon om aktivitet målt ved henholdsvis opphold, oppholdsdøgn og refusjonsberettede polikliniske konsultasjoner. Til dette formålet er kostnadene avgrenset til å gjelde kostnader som kan relateres til drift og pasientbehandling i døgnavdelinger og poliklinikker. Denne tilretteleggingen omfatter:

Ekskluderte rapporteringsenheter

Kostnader rapportert fra enheter uten en tydelig kobling mot aktivitet er tatt ut av analysegrunnlaget både for indikatorberegningene og i analyser av kostnadsfordeling i offentlige og private foretak. Dette gjelder rapportering fra de regionale helseforetakene og kostnader rapportert fra private tilbydere med kjøpsavtale for bare deler av året (jf. gruppe 6, se tabell 2.1).

Kostnader utover pasientbehandling i TSB

Kostnader som gjelder aktivitet utover pasientbehandling er ekskludert i henhold spesifiseringer fra rapporteringsenheter. Dette gjelder for eksempel

- Forskning og undervisning
- Aktivitet finansiert av kommuner og fylkeskommuner
- Drift av kompetansesenter
- Driftstilskudd til private aktører og kjøp av helsetjenester
- Andre kostnader som ikke knyttes til pasientbehandling¹⁵

Medikamentkostnader til LAR

Medikamentkostnader til LAR (legemiddelassistert rehabilitering) er en betydelig kostnadskomponent hos offentlige tilbydere. Denne kostnaden vurderes ikke som relevant for de kostnadsindikatorene som presenteres her, og kostnadene er derfor ekskludert i henhold til spesifiseringer fra foretakene. LAR-relaterte kostnader som gjelder administrasjon og pasientbehandling vil inngå i kostnadsgrunnlaget for poliklinikkene.

Pasientskadeerstatning

Pasientskadeerstatning er en kostnad som ikke kan knyttes direkte mot aktivitet i analyseåret. Kostnaden identifiseres direkte i rapporterte regnskapstall og er ekskludert fra grunnlaget.

Kostnader til poliklinikkene

Ved innrapportering av regnskapsdata til SSB skilles det ikke mellom poliklinikker og døgnavdelinger, og innenfor rammene av dette prosjektet, vil en ny innhenting av regnskapsdata være for omfattende. For å kunne lage separate kostnadsindikatorer for døgnbehandling og poliklinisk aktivitet, har det dermed vært nødvendig å lage en nøkkel som splitter kostnader mellom tjenesteområdene. En slik nøkkel er laget med utgangspunkt i informasjon om polikliniske inntekter (refusjoner og egenandeler) og polikliniske årsverk.

Med noen unntak, viser tilbakemeldinger fra kontaktpersonene i helseforetakene og hos de private institusjonene at de polikliniske inntektene (refusjoner og egenandeler) dekker 20-30 prosent av kostnadene i poliklinikkene. Fire ganger de polikliniske inntektene vil

¹⁴ http://www.ssb.no/innrapportering/naeringsliv/_attachment/1224257_ts=13f3340fee8

¹⁵ Kostnadene er estimert ved salgsinntekter og andre inntekter som ikke gjelder pasientbehandling, eksempelvis leieinntekter fra utleie av bygningsmasser.

dermed kunne være et grovt anslag på polikliniske kostnader. En fast nøkkel som utelukkende baserer seg på inntekter, og med det faste takster, vil imidlertid ikke korrigere for ulikheter i produktiviteten ved poliklinikkene. Den vil sannsynligvis også undervurdere de polikliniske kostnadene for foretak med betydelig omfang av poliklinisk aktivitet uten refusjon og velte denne kostnaden over på døgnavdelingene.

Lønn og sosiale utgifter utgjør 70-80 prosent av de totale driftskostnadene innenfor TSB, og årsverksfordelingen mellom tjenesteområdene vil dermed være den faktoren som i størst grad påvirker kostnadsandelen til poliklinikkene. En alternativ måte å estimere kostnader til poliklinikken på er derfor å utnytte informasjon om andel årsverk knyttet mot poliklinisk og ambulant behandling og overføre denne personellandelen til også å gjelde kostnadsandel til poliklinikkene. En slik metode korrigerer imidlertid ikke for eventuelle forskjeller i lønnsnivå, og fellespersonell som ikke er fordelt ut og tatt med i rapporteringen av polikliniske årsverk vil med denne metoden reflekteres i en for lav personell- og kostnadsandel til poliklinikkene.

Kostnader til poliklinikkene er i gjennomgang og tilrettelegging av regnskapsdata beregnet både med utgangspunkt i inntektene og med utgangspunkt i andel polikliniske årsverk. Fordi begge tilnærmingene har åpenbare svakheter, har vi valgt å vekte sammen de to estimeringsmetodene i beregningene. Nøkklene er gitt lik vekt i sammenvektingen. Kostnader som gjelder poliklinisk aktivitet utført av døgnavdelinger uten refusjonsrett vil med denne fordelingsnøkkel inngå i grunnlaget for døgnkostnadene. Kostnader som gjelder poliklinisk aktivitet uten refusjon i poliklinikkene vil delvis inngå i grunnlaget for poliklinikkindikatoren. For poliklinikker som bruker en stor andel av sine ressurser på ikke-refusjonsberettiget aktivitet vil dette bidra til høyere kostnadsnivå målt ved indikatorer som presenteres i denne rapporten.

Kostnadsindikatorer med ekskluderte kostnadskomponenter

Kostnader til pensjon, arbeidsgiveravgift, husleie, tap og av- og nedskrivningskostnader knyttet til bygninger, fast eiendom og immaterielle eiendeler vurderes å påvirke kostnadsnivået for private og offentlige foretak på

forskjellig måte. Kostnadsindikatorer er derfor beregnet både med og uten disse kostnadskomponentene. Dette tilsvarer kostnader ført på konto 540, 541, 542, 600, 601, 606, 609, 630 og 78 i kontoplan for offentlige helseforetak. Korreksjonen er basert på faktiske kostnadsandel til disse komponentene i foretakenes totale driftskostnader. For hver rapporteringsenhet er avgrensede kostnader til pasientbehandling i henholdsvis døgnavdelingene og poliklinikkene deretter nedjustert med en tilsvarende kostnadsandel. Kostnadsandelene er gjengitt i vedlegg 1.

2.2 Personell

Informasjon om personellet i TSB er basert på registertall for 2012. Data er levert av SSB, som også administrerer registerkoblingene og datauttaket. Opplysninger om de avtalte arbeidsforhold hentes fra A/a registeret og omregnes til årsverk. Fellespersonell uten sektortilknytting i rapporteringen er forholdsmessig fordelt mellom enheter og tjenesteområder.

Personelloppgaver for poliklinisk og ambulant virksomhet er innhentet av Helsedirektoratet. Personell ved døgnavdelingene er residualberegnet ved totalt antall årsverk eksklusive poliklinisk personell. Fellespersonell som ikke inngår i foretakenes rapportering av poliklinisk personell vil dermed være lagt til døgnenhetene i fremstillingen. På denne måten får vi altså et anslag på andel årsverk som ikke arbeider poliklinisk og som vi dermed knytter opp mot døgnvirksomheten. I mangel av tall på dagtilbud innen TSB, vil også denne virksomheten inngå i årsverkene, men altså ikke bidra inn i aktivitetstallene.

I og med at det er individbasert informasjon registrene inneholder, kan informasjon om gjennomført utdanning/videreutdanning innhentes gjennom kobling mot utdanningsregisteret og helsepersonellregistret. Det er årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning med vekt på helsefaglig og sosialfaglig personell som er grunnlaget for personellstatistikken i TSB. Som behandlingsårsværk legger vi til grunn årsverk med høyskole- eller universitetsutdanning. Kontroll og tilrettelegging av personelltallene er ytterligere beskrevet i Samdata Spesialisthelsetjenesten 2012.

2.3 Aktivitet og pasientkarakteristika

Datagrunnlaget for analyse av pasientkarakteristika er basert på pasientdata for 2011 og 2012. Data er innrapportert til NPR i henhold til spesifikasjonen i NPR-meldingen. Vårt utgangspunkt er døgnepisoder og polikliniske kontakter i løpet av 2011 og 2012, utlevert fra NPR. Aktivitetsdata fra TSB brukes altså til to formål:

1. Beregne enhetspriser:

Til dette formålet er det viktig at volumet av all aktivitet inngår og at aktiviteten som inngår korresponderer med kostnadene. Behandlingstilbudets volum i 2012 er målt ved oppholdsdøgn, innleggelser og konsultasjoner i løpet av året og er basert på pasientdata supplert med institusjonstall rapportert på skjema 38 til SSB¹⁶. Disse volumtallene inngår i beregningene av enhetsprisene i kapittel 3.

2. Beskrive pasientpopulasjonen og helsetjenesten ved de ulike foretakene:

Pasientpopulasjonen beskrives ved alder og kjønn og tjenesten beskrives ved varighet av døgnbehandlingen, hoveddiagnose ved utskrivning, type innleggelse og pasientforløp. Til dette formålet er vi henvist til å bruke aktivitetsdata med det volum og den kvalitet de er blitt innrapportert med fra helseforetakene og de private foretakene. Noen opplysninger har god kompletthet; dette gjelder varigheten av døgnbehandlingen, pasientens alder og kjønn. Andre opplysninger har varierende kompletthet i rapporteringen. Dette gjelder individuell plan (IP), avslutningsmåte og oppfølgingstype.

I denne rapporten beregnes HF-opphold slik at analyse-enheten korresponderer med rapporteringsnivået for regnskapene ved de offentlige behandlingsenhetene. Et

HF-opphold er en sammenhengende døgnbehandling innen samme HF. Det vil si at når pasienten overføres mellom institusjoner innad i HF-et, knyttes disse institusjonsoppholdene sammen til samme HF-opphold. Denne analyseenheten vil dermed ikke være påvirket av helseforetakenes ulike måter å organisere døgntilbudet på. Når pasientdata ligger til grunn for aktivitetsstatistikken beregnes HF-opphold fra pasientdata. Når pasientdata i noen tilfeller er mangelfull som grunnlag for aktivitetsstatistikken, brukes det pasientdatabaserte forholdstallet mellom institusjonsutskrivninger og utskrivninger fra HF-et for å estimere totalt antall HF-opphold i HF-et til beregning av enhetspriser. For de private institusjonene benyttes institusjonsopphold. Med avsluttede opphold/utskrivninger menes her utskrivninger fra HF eller private institusjoner.

I forbindelse med gjennomgangen av regnskapstall for beregning av enhetspriser er mindre justeringer blitt foretatt. Ettervernstilbudet ved Gauselskogen, som inngår i Samdata, er ikke inkludert i døgnaktiviteten i disse beregningene. Dette beror på at kostnadene til boenhetene ikke tillegges Helse Stavanger fordi døgnplassene eies av Blå Kors. Videre er SSB-tall (skjema 38) lagt til grunn for aktivitetsvolumet ved Sigma Nord. Ved denne enheten rapporteres det i pasientdata en del virksomhet som er finansiert av andre; privatpersoner, kommuner etc, og som ikke skal inkluderes i spesialisthelsetjenestestatistikken.

Ved beregning av de ulike indikatorene er informasjon fra pasientdata i TSB og den offentlige delen av psykisk helsevern for voksne lagt til grunn. Pasientdata foreligger for toårsperioden 2011–2012, og et gjennomgående anonymisert pasientløpenummer gjør det mulig for oss å følge pasienten gjennom hele toårsperioden.



232
452
2861
2770
1738
83
73583
62
429
1566
214
240
1852
110
75262

3

Kostnader og kostnadsindikatorer for TSB i 2012

Beregninger for 2012 viser at gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn i TSB utgjorde om lag 4 900 kroner dette året. Dette gir en gjennomsnittlig behandlingskostnad per opphold på 195 000 kroner. Om lag en tredjedel av spesialisthelsetjenestens kostnader til behandling av pasienter med rusrelaterte lidelser er knyttet opp mot private stiftelser og ideelle organisasjoner. Kostnadsnivået i døgnavdelingene varierer, men gjennomsnittlig døgnekostnad for TSB-behandling i de private foretakene var lavere enn døgnekostnaden i helseforetakene. Det er en viss arbeidsdeling mellom offentlige og private der de private eksempelvis har et større innslag av langtidsbehandling. Kostnadsforskjellen gjelder imidlertid også mellom offentlige og private rusinstitusjoner med akuttfunksjon og allsidig tjenestetilbud. Kostnadsnivået i poliklinikkene var omtrent likt for offentlige og private tilbydere med gjennomsnittlig kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon beregnet til 2 500 kroner.

3.1 Innledning

Totale driftskostnader til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utgjorde i underkant av 4 milliarder kroner for 2012. Beløpet inkluderer kapitalkostnader og avsetninger til fremtidige pensjonsforpliktelser. Spesialisthelsetjenestetilbudet til pasienter som behandles for ruslidelser har et betydelig innslag av private tilbydere, og om lag en tredjedel av spesialisthelsetjenestens kostnader til TSB er knyttet opp mot private tilbydere med kjøps- eller driftsavtale med de regionale helseforetakene.

Dette kapitlet vil gi en presentasjon av kostnader, kostnadssammensetning og kostnadsnivå for henholdsvis offentlige og private tilbydere av TSB i 2012, og presenterer tre kostnadsindikatorer knyttet til aktivitet i døgnavdelingene og poliklinikkene. Dette er gjennomsnittlig kostnad per henholdsvis oppholdsdøgn, opphold og refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon.

3.2 Kostnader og kostnadssammensetning

Totale driftskostnader til TSB i 2012

Utgangspunktet for kostnadsanalysene som presenteres i kapitlet er driftsregnskapene som helseforetak og private institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten har rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB) for 2012, og tabell 3.1 gir en oversikt over rapporterte driftskostnader for henholdsvis private og offentlige tilbydere av TSB. Alle kostnader utover kostnader som gjelder kjøp av pasientbehandling mellom tilbydere i spesialisthelsetjenesten er inkludert i grunnlaget.

I underkant av 2,7 mrd. kroner gjelder driftskostnader i de offentlige foretakene, mens de totale driftskostnadene fra de private institusjonene utgjør i overkant av 1,5 mrd. kroner. For en del av de private tjenestetilbyderne vil imidlertid noe av aktiviteten være finansiert utenfor spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig inntekter i forbindelse med aktivitet på vegne av kommuner og fylkeskommuner og særskilte tilskudd eller inntekter

Tabell 3.1

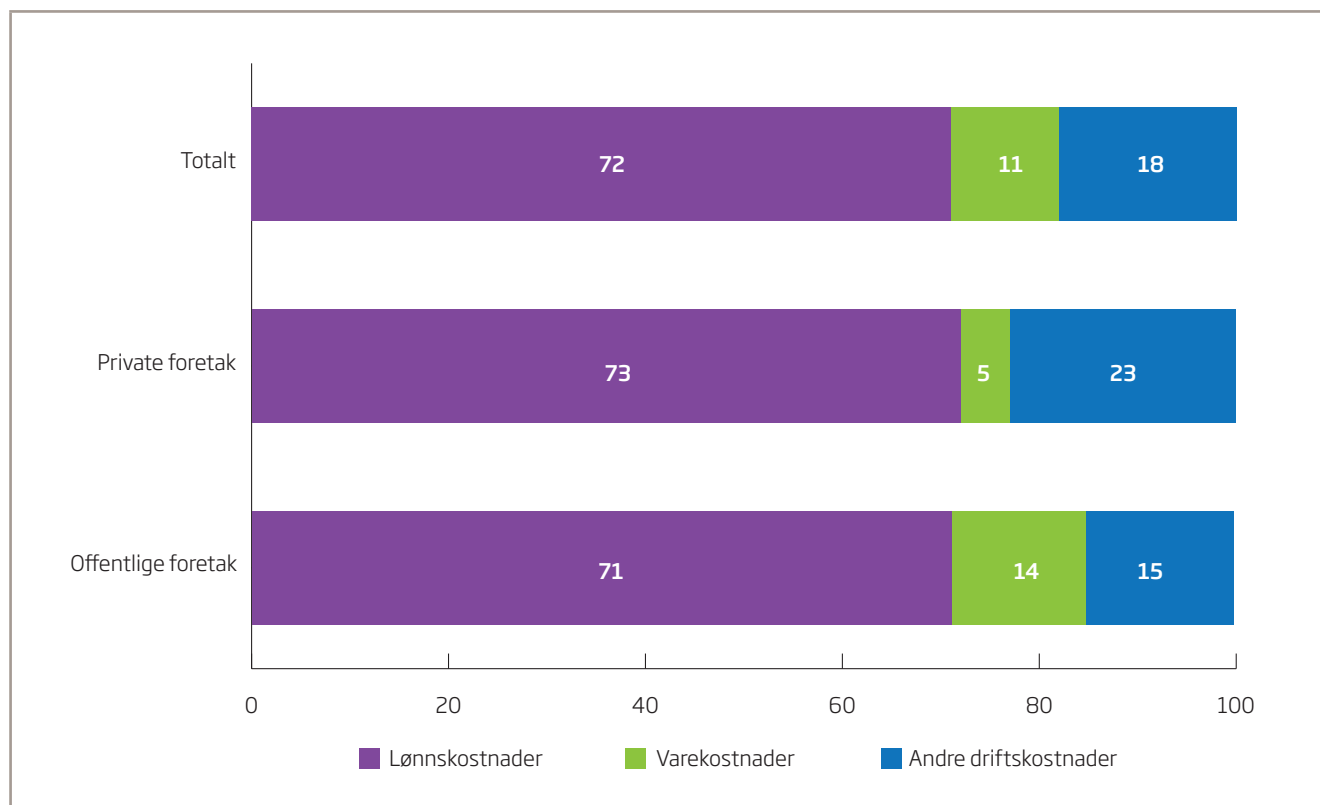
Totale driftskostnader til TSB i 2012, angitt i millioner kroner.

	Driftskostnader 2012 inkl. kapital- og pensjonskostnader	Kostnadsandel
Offentlige tilbydere	2 660	67
Private tilbydere -herav finansiert utenfor spesialisthelsetjenesten	1 513 195	
Totalt (ekskl. ekstern finansiering i privat sektor)	3 978	100

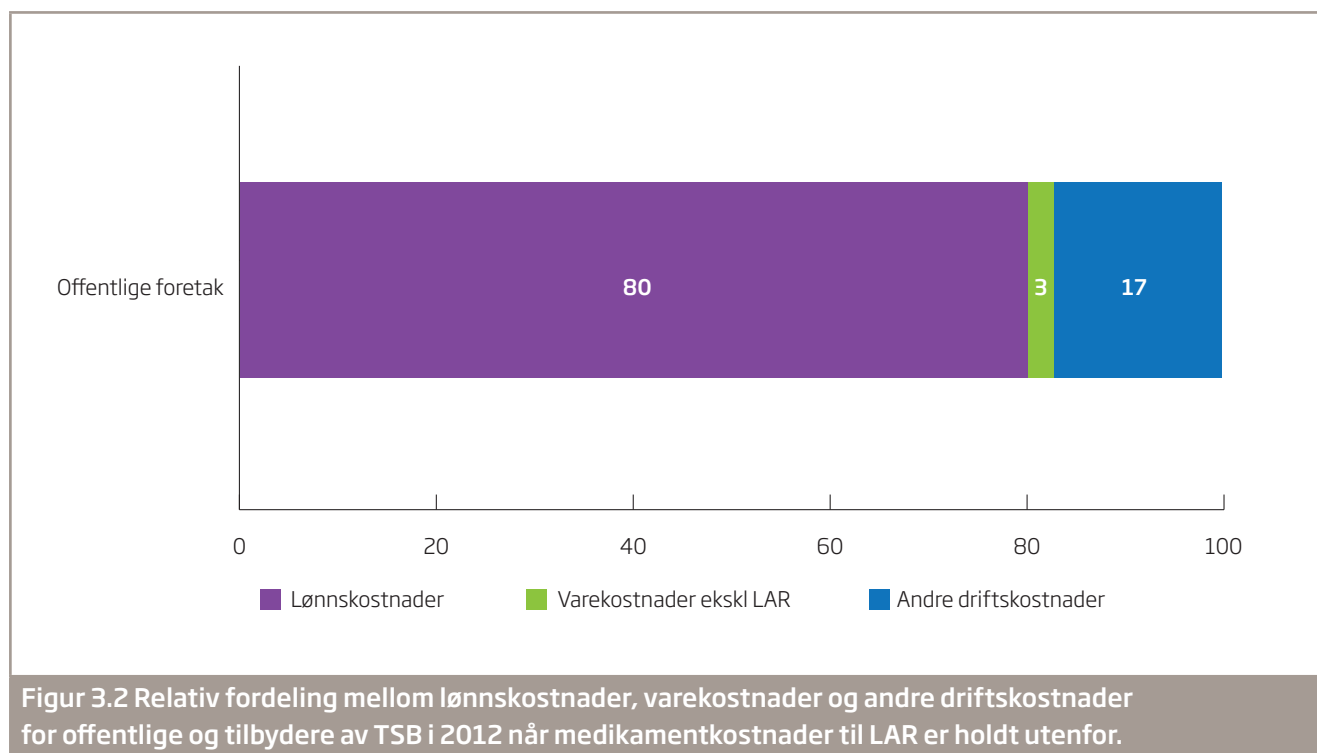
knyttet til forskning, kursvirksomhet og drift av kompetansesenter. I henhold til institusjonenes egne spesifikasjoner utgjør dette om lag 195 millioner kroner for 2012. Kostnader relatert til denne virksomheten inngår i de rapporterte driftsregnskapene, men denne aktiviteten er ikke en del av spesialisthelsetjenesten og tilhørende kostnader holdes derfor utenfor i oppstillingen av totale kostnader til TSB.

Kostnadssammensetning i driftskostnader til TSB i 2012

Figur 3.1 viser relativ fordeling mellom varekostnader (kontogruppe 4), lønnskostnader (kontogruppe 5) og andre driftskostnader (kontogruppe 6 og 7) for private og offentlige foretak i rapporteringen for 2012.



Figur 3.1 Relativ fordeling mellom lønnskostnader, varekostnader og andre driftskostnader for offentlige og private tilbydere av TSB i 2012.

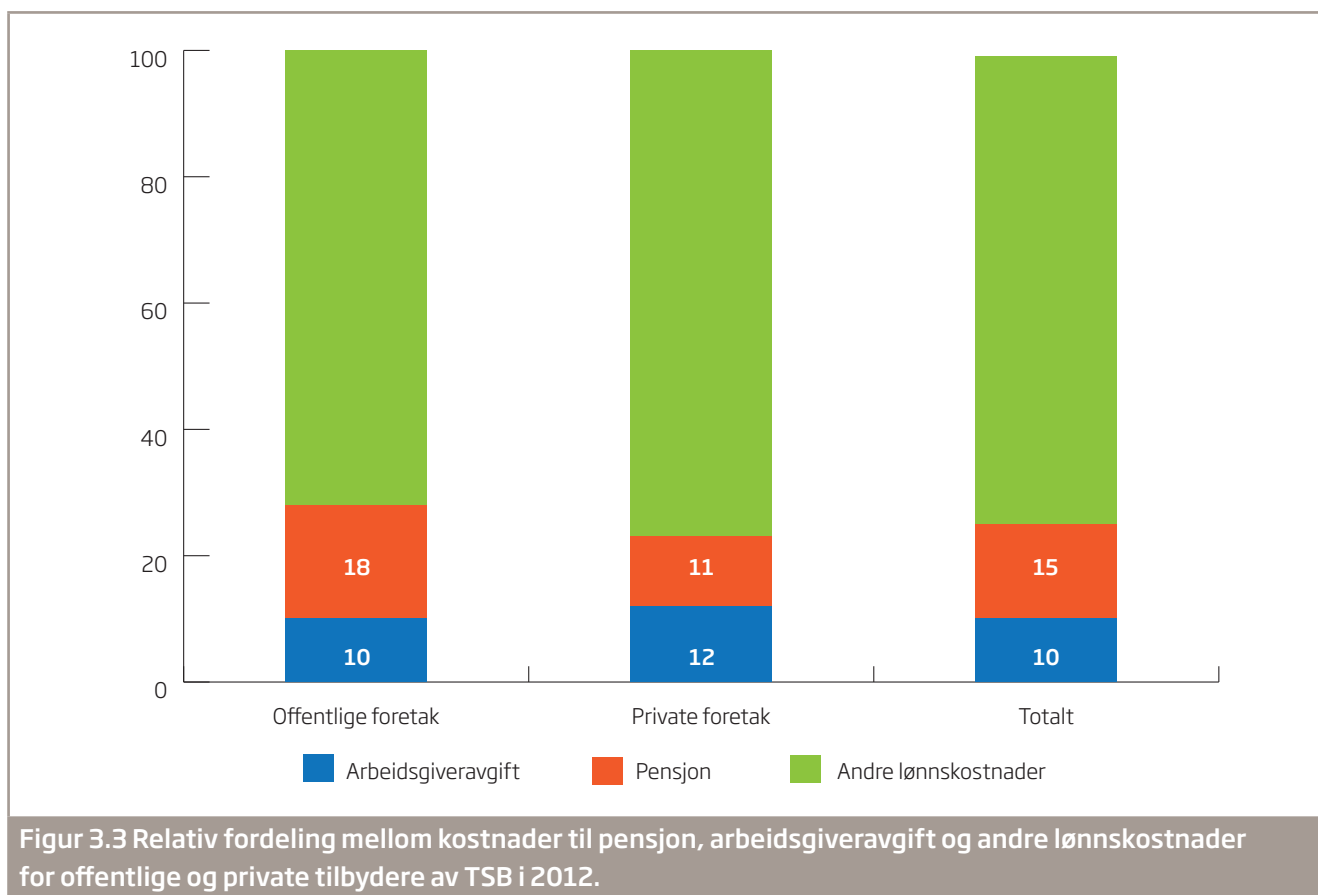


Oversikten viser at lønn og sosiale kostnader utgjør mer enn 70 prosent av driftskostnadene til TSB, og dette gjelder både for private og for offentlige foretak. De private foretakene har videre en relativt mindre varekostnad, men tilsvarende høyere kostnadsandel knyttet til øvrige driftskostnader sammenlignet med de offentlige foretakene.

Varekostnader er i fremstillingen definert ved alle kostnader ført under kontogruppe 4, med fradrag for kostnader som gjelder kjøp av spesialisthelsetjenester og tilskudd til avtaleinstitusjoner. Figur 3.1 viser at varekostnadene utgjør 5 prosent av driftskostnadene for de private tilbyderne, men 14 prosent av driftskostnadene for helseforetakene. Forskjellen er først og fremst knyttet til medikamentkostnader i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). LAR var ikke en del av tjenestetilbudet for noen av de private virksomhetene i 2012, mens de offentlige foretakene spesifiserer medikamentkostnader til LAR på om lag 279 millioner kroner. Dette tilsvarer nærmere 75 prosent av helseforetakenes varekostnader til TSB og påvirker med det både de totale kostnadene og den relative fordelingen mellom lønn- og andre driftskostnader i så stor grad at sammenlig-

ning av kostnadsnivå og kostnadssammensetning mellom offentlige og private tilbydere blir vanskelig. Medikamentkostnader til LAR vurderes ikke som relevante i forhold til de kostnadsindikatorene som presenteres i dette kapitlet, og denne kostnaden er derfor ekskludert fra kostnadsgrunnlaget for alle analysene som presenteres. Dette gir relativ kostnadsfordeling for offentlige foretak som vist i figur 3.2. Varekostnadene utgjør da 3 prosent av de totale driftskostnadene for helseforetakene mens lønnsandelen utgjør 80 prosent av kostnadene mot 73 prosent for de private institusjonene.

I fremstillingen er lønnskostnader definert ved alle kostnader til lønn og godtgjørelser som føres under kontogruppe 5 i de rapporterte regnskapene. Her ligger også arbeidsgiveravgiften og avsetninger til pensjon. Rapporterte regnskapstall for 2012 viser at arbeidsgiveravgift og pensjonskostnader til sammen utgjorde om lag 26 prosent av totale lønnskostnader til TSB. Andelen er noe høyere for helseforetakene enn for de private institusjonene og forskjellen er knyttet til pensjonskostnaden som utgjorde 11 prosent av lønnskostnadene for de private tilbyderne av TSB men 18 prosent av lønnskostnader rapportert under TSB for helseforetakene. For-



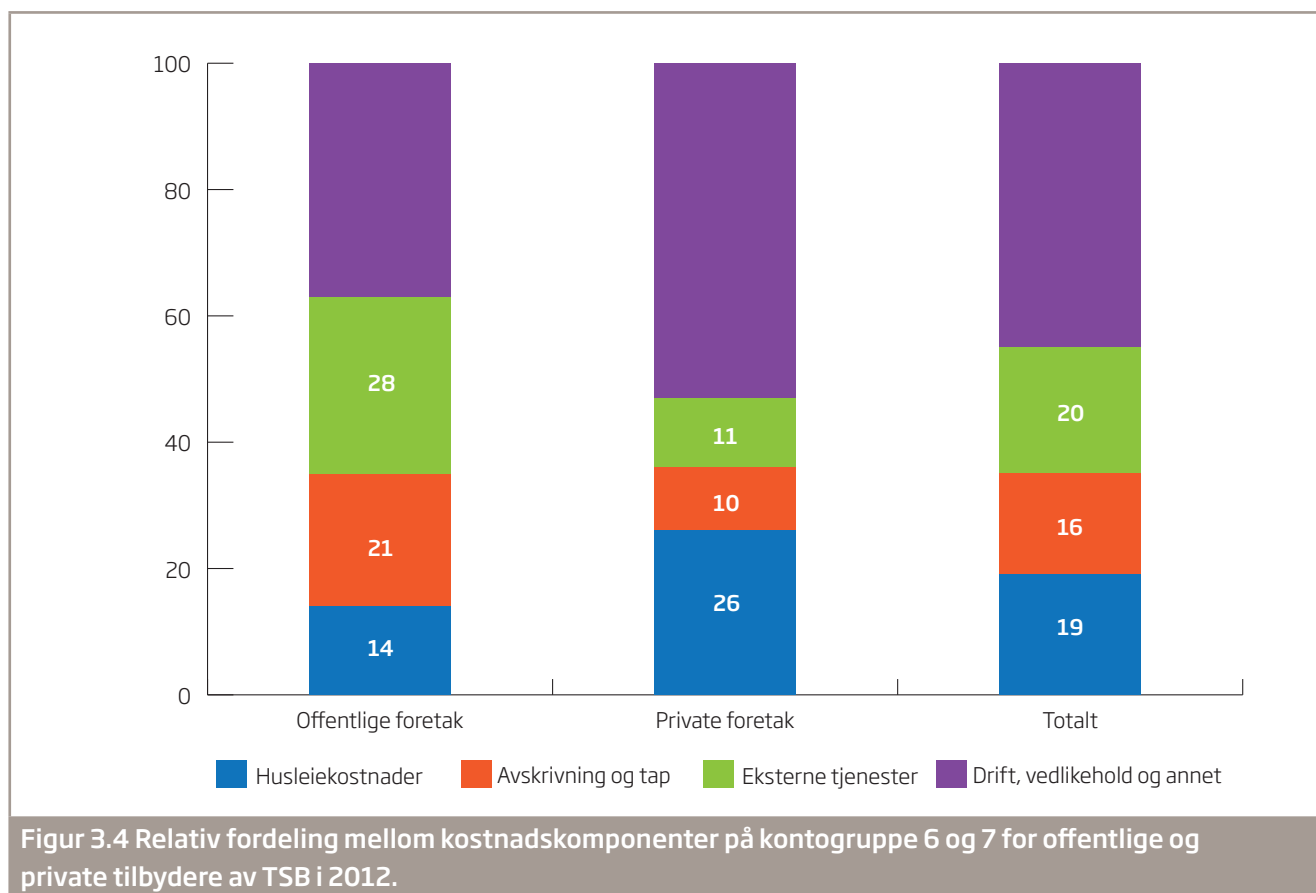
skjellen er illustrert ved figur 3.3. Målt som andel av totale driftskostnader utgjorde arbeidsgiveravgift og pensjon i gjennomsnitt 16 prosent av kostnadene for private foretak og 22 prosent av kostnadene for offentlige foretak.

Forskjellen i pensjonsandelen mellom offentlige og private institusjoner antas å ha sammenheng med hvilken type pensjonsordning virksomhetene har. I det offentlige er det normalt med ytelsesbaserte ordninger hvor man har kostnader for å vedlikeholde opptjente rettigheter. Dette gir en relativt høy pensjonskostnad. I private virksomheter er det mer normalt å ha innskuddsbaserte ordninger, selv om noen også her har ytelsesbaserte ordninger. Dette innebærer at pensjonskostnaden utgjør en fast prosent av lønnen. Maksimum- og minimumssats er juridisk regulert, men hvor høy eller lav sats som blir benyttet innenfor denne rammen avtales av partene i den enkelte virksomhet. Denne forskjellen i pensjonsbetingelsen vil isolert bidra til et høyere kostnadsnivå for de offentlige foretakene.

Arbeidsgiveravgiftssatsen vil variere mellom foretakene avhengig av geografisk tilknytning, men på aggregert nivå ser dette ut til å påvirke kostnadsnivået omtrent likt for offentlige og private tilbydere.

Kostnader ført under kontogruppe 6 og 7 omtales her som andre driftskostnader. Dette gjelder for eksempel alle typer kostnader knyttet til drift og vedlikehold av bygninger, leiekostnader, konsulenthonorar og av- og nedskrivningskostnader. For de private foretakene utgjør disse kostnadene 23 prosent av de totale driftskostnadene for 2012 mens andelen er 17 prosent for helseforetakene når medikamentkostnader til LAR holdes utenfor.

Figur 3.4 illustrerer at den relative fordelingen av kostnader innenfor denne kostnadsgruppen er ulik for helseforetakene og de private institusjonene med betydelig høyere andel kostnader til eksterne tjenester for helseforetakene. Dette gjelder kostnader lagt til kontogruppe 67 i helseforetakenes regnskapsrapportering og omfatter blant annet konsulenttjenester. Det er uklart hva som er årsaken til denne forskjellen.



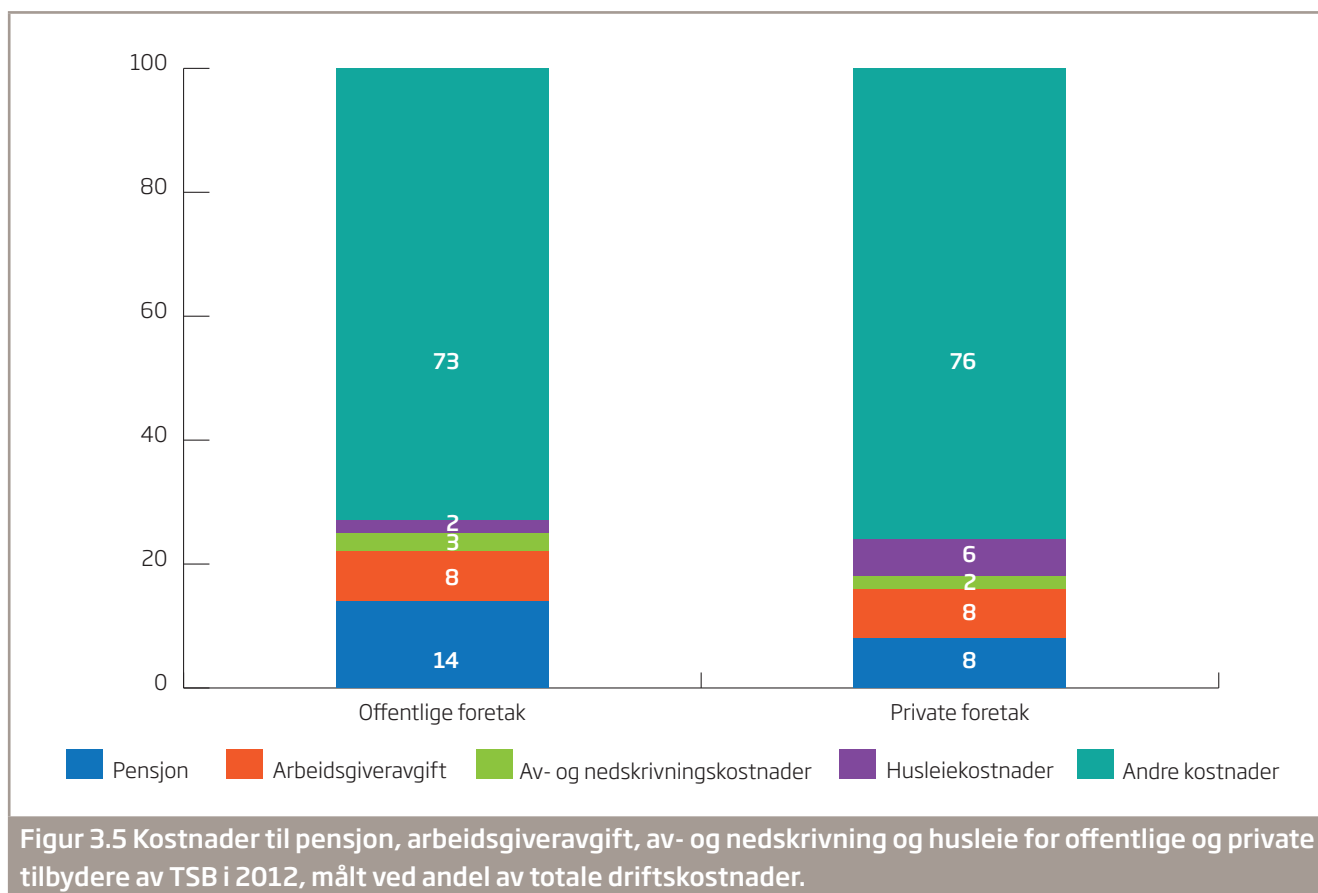
Kostnadssammensetningen illustrerer også at private aktører i større grad enn de offentlige foretakene leier sine lokaler. Dette gir høyere husleiekostnader men lavere avskrivningskostnader. Avskrivning, tap og husleiekostnader utgjør til sammen 5 prosent av de totale driftskostnadene for de offentlige helseforetakene, men 8 prosent for de private tilbyderne. Kostnader som gjelder lokaler vil dermed isolert bidra til et høyere kostnadsnivå for de private aktørene.

Av- og nedskrivningskostnader og kostnader til pensjon, arbeidsgiveravgift og husleie er en del av foretakenes lønns- og driftskostnader. Samtidig er dette kostnadskomponenter som påvirkes av forhold foretakene i liten grad kan styre på kort og mellomlang sikt, og som isolert vil påvirke kostnadsnivået i offentlige og private foretak ulikt. Figur 3.5 viser total kostnadsandel til alle disse kostnadskomponentene i helseforetakenes og de private foretakenes totale driftskostnad. Ved sammenligning av kostnadsnivået i offentlig og privat sektor kan det være relevant å ekskludere disse kostnadene fra analysene.

Administrative kostnader

Ved innrapportering til SSB skal alle kostnader som inngår i resultatregnskapet inkluderes i grunnlaget. For helseforetakene skal kostnader og inntekter fordeles mellom de ulike tjenesteområdene før innrapporteringen, og dette gjelder også felleskostnader knyttet til HF-administrasjon, støttefunksjoner og helseforetakenes ansvar for utdanning og opplæring av helsepersonell. Administrative kostnader vil dermed inngå i de totale driftskostnadene for både offentlige og private tilbydere og det vil ikke være mulig å trekke ut administrative kostnader i analysene.

Eventuelle merkostnader som gjelder helseforetakets administrative overbygning kan ikke identifiseres av rapporterte regnskap, men vil inngå med en forholdsmessig kostnadsandel i driftskostnadene til det enkelte tjenesteområdet. Dette kan bidra til et noe høyere kostnadsnivå for TSB i offentlige foretak sammenlignet med private institusjoner.



3.3 Kostnadsnivå for private og offentlige tilbydere av TSB i 2012

En kostnadsindikator for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten kobler informasjon om aktivitet og kostnader og vil kunne gi en indikasjon på forskjeller i kostnadsnivået mellom enheter eller mellom grupper av enheter. Institusjonsstatistikken fra SSB og pasientdata fra NPR gir informasjon om antall opphold, antall oppholdsdøgn og antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner innenfor TSB, og disse størrelsene benyttes som aktivitetsmål i kostnadsindikatorene som presenteres i dette kapitlet. Kostnadene som inkluderes i analysegrunnlaget for kostnadsindikatorer må avgrenses til å gjelde kostnader som kan relateres til den pasientbehandlingen indikatoren gjelder, og innrapporterte regnskapstall for TSB er tilrettelagt spesielt for å ivareta dette hensynet. Enheter hvor aktivitet og kostnader ikke kan kobles på en god måte er ekskludert fra analysegrunnlaget.

Rapporterte regnskapsdata skiller ikke mellom poliklinikker og døgnavdelinger. For rapporteringsenheter med både døgnavdelinger og poliklinikker, er kostnader til poliklinikkene derfor estimert og skilt ut basert på informasjon om polikliniske inntekter (refusjoner og egenandeler) og andel polikliniske årsværk.

Tabell 3.2 gir en oversikt over ekskluderte kostnader for henholdsvis offentlige og private tilbydere. Datagrunnlaget og de tilretteleggingene som er gjort vil også være nærmere beskrevet i kapittel 2. Helsedirektoratet har stått for all tilrettelegging av data, og dette er gjort i tett dialog med enhetenes kontaktpersoner for regnskapsrapportering til SSB.

Aktivitetsmålene i kostnadsindikatorene som her presenteres korrigerer ikke for forventet ressursbehov i pasientbehandlingen, og forskjeller i pasientsammensetningen eller i tjenestenes innhold vil derfor kunne forklare forskjeller i det beregnede kostnadsnivået for rapporteringsenheter. Dette innebærer også at

Tabell 3.2

Avgrensning av kostnader til pasientbehandling i rapporterte regnskapstall for TSB i 2012, angitt i millioner kroner.

	Offentlige tilbydere	Private tilbydere
Totale driftskostnader inkl. kapital og pensjon	2 660	1 513
Ekskluderte kostnader		
A. Ekskluderte rapporteringsenheter	16	108
B. Kostnader utover pasientbehandling i TSB	167	189
C. Medikamentkostnader til LAR	279	0
D. Pasientskadeerstatning	0,5	0
Grunnlag for kostnadsindikatorer (Totale driftskostnader ekskl. A, B, C og D)	2 197	1 216
Herav estimerte kostnader til døgnavdelingene	1 671	1 076
Herav estimerte kostnader til poliklinikkene	526	140

kostnadsindikatorene ikke vil være egnet for sammenligning av kostnadsnivå for foretak med svært ulikt tjenesteinnhold.

TSB-tilbudet vil i noen grad være preget av arbeidsdeling mellom offentlige og private tilbydere, og det må derfor også forventes at kostnadsnivået er høyere i helseforetak med akuttberedskap enn i privat langtidsbehandling. presentasjonen av kostnadsindikatorene, har vi derfor valgt å dele de private tilbyderne i tre grupper. Inndelingen er gjort med utgangspunkt i de private foretakenes behandlingstilbud og er nærmere beskrevet i tabell 2.1. For helseforetakene presenteres kostnadsindikatorer bare samlet og for det enkelte foretak, men de fleste helseforetakene vil ha et sammensatt tjenestetilbud som dekker alle typer behandling innenfor TSB. Tre helseforetak er tatt ut av grunnlaget for aggregerte indikatorer for offentlige foretak. Dette skyldes at TSB er i oppbygging i disse foretakene. Det beregnede kostnads-

nivået anses derfor ikke å gi et godt bilde på kostnadsnivået i helseforetakenes TSB-virksomhet.

Tabellene 3.3 – 3.8 presenterer beregnede kostnadsindikatorer for de ulike gruppene av offentlige og private tilbydere og for den enkelte rapporteringsenheten som inngår i analysegrunnlaget. Som vist i avsnittet om kostnadskomponenter og kostnadsfordeling i rapporterte regnskapstall fra offentlige og private tilbydere av TSB, vil det beregnede kostnadsnivået ved den enkelte enhet delvis være påvirket av faktorer som foretakene i liten grad kan påvirke og som påvirker kostnadsnivået ulikt for offentlige og private tilbydere. Det vil ikke være mulig å korrigere for alle relevante kostnadsforskjeller av denne typen, men for økt sammenlignbarhet i kostnadsindikatorer for offentlige og private foretak innenfor TSB, presenteres kostnadsindikatorer og relativt kostnadsnivå både med og uten kostnader til pensjon, arbeidsgiveravgift, husleiekostnader og av- og nedskrivningskostnader.

Kostnadsindikatorer med alle kostnadskomponenter inkludert**Tabell 3.3**

Aktivitet og kostnader i TSB for 2012. Kostnadsindikatorer basert på totale driftskostnader og angitt for grupper av offentlige og private tilbydere.

Gruppe	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per opphold		Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon	
	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
Offentlige helseforetak (gruppe 1)	7 386	152	205 083	105	2 496	103
Private med helhetlig tilbud (gruppe 3)	4 061	83	132 615	68	2 429	100
Private med sammensatt tilbud (gruppe 4)	2 665	55	193 858	99	1 905	79
Privat langtidsbehandling (gruppe 5)	3 116	64	309 475	158	1 564	64
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	4 873	100	195 429	100	2 426	100

Tabell 3.4

Aktivitet og kostnader for offentlige tilbydere av TSB i 2012. Kostnadsindikatorer basert på totale driftskostnader og angitt per helseforetak.

Foretak	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per opphold		Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon	
	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
Offentlige helseforetak med etablert tilbud (Gruppe 1)						
Sykehuset Østfold HF	7 647	157	263 768	135	2 550	105
Akershus universitetssykehus HF	9 584	197	136 273	70	2 251	93
Oslo universitetssykehus HF	11 017	226	145 292	74	2 904	120
Sykehuset Innlandet HF	7 319	150	288 925	148	2 442	101
Vestre Viken HF	7 432	153	255 346	131	2 418	100
Sykehuset i Vestfold HF	8 532	175	217 055	111	2 394	99
Sørlandet sykehus HF	5 871	120	130 114	67	2 084	86
Helse Stavanger HF	6 442	132	701 737	359	2 255	93
Helse Fonna HF	14 267	293	468 788	240	4 043	167
Helse Bergen HF	6 555	135	467 680	239	3 891	160
Helse Førde HF	8 739	179	483 123	247	0	0
Rusbehandling Midt-Norge HF	4 935	101	196 015	100	2 564	106
Helgelandssykehuset HF	5 298	109	176 988	91	0	0
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	6 352	130	199 104	102	1 871	77
Helse Finnmark HF	5 025	103	154 042	79	0	0
Offentlige helseforetak under etablering (Gruppe 2)						
Sykehuset i Telemark HF	12 140	249	312 921	160	1 247	51
Helse Nord-Trøndelag HF	13 580	279	541 224	277	2 925	121
Nordlandssykehuset HF	10 061	206	334 956	171	4 204	173
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	4 873	100	195 429	100	2 426	100

Tabell 3.5

Aktivitet og kostnader for private tilbydere av TSB i 2012. Kostnadsindikatorer basert på totale driftskostnader og angitt per institusjon.

Foretak	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per opphold		Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon	
	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
Private med helhetlig tilbud (Gruppe 3)						
Rogaland A-senter AS	6 117	126	123 631	63	2 363	97
Stiftelsen Bergensklinikkene	3 662	75	96 717	49	2 021	83
Lade Behandlingssenter Blå kors BA	4 827	99	122 420	63	2 381	98
Borgestadklinikken	3 470	71	184 848	95	2 648	109
Lovisenberg diakonale sykehus, Seks					2 602	107
Blå Kors Øst					2 930	121
Private med sammensatt tilbud (Gruppe 4)						
A-senteret	3 613	74	270 282	138	2 165	89
Incognito klinikk	2 342	48	132 249	68	1 358	56
Trasoppklinikken Stiftelsen	2 646	54	80 669	41	2 020	83
Valdresklinikken Stiftelsen	2 052	42	44 382	23		
Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	2 749	56	393 056	201		
Blå Kors Behandlingssenter Eina	2 333	48	299 024	153		
Riisby Behandlingssenter	2 623	54	215 309	110		
Sigma Nord AS	2 072	43	163 571	84		
Tyrili, Kampen	2 775	57	372 304	191		
Veslelien	3 445	71	515 570	264		
Privat langtidsbehandling (Gruppe 5)						
Frelsesarmeens Behandlingssenter	5 263	108	272 612	139		
Haugaland A-senter	3 744	77	208 794	107	1 313	54
Kalfaret Behandlingssenter	2 995	61	259 291	133	1 886	78
Fossen Rusbehandling AS	2 257	46	236 465	121		
Fredheim Stiftelsen	2 507	51	359 434	184		
Langørjan Gård	2 766	57	370 023	189		
Origosenteret	3 260	67	471 858	241		
N K S Kvamsgrindkollektivet AS	3 166	65	421 789	216	3 636	150
Fossumkollektivet Stiftelsen	4 320	89	543 603	278		
Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	3 621	74	290 222	149		
Renåvangen Stiftelsen	2 148	44	141 514	72		
Samtun AS	2 539	52	377 453	193		
Solliakollektivet Stiftelsen	2 666	55	321 271	164		
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	4 185	86	531 643	272		
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	4 873	100	195 429	100	2 426	100

Kostnadsindikatorer med ekskluderte kostnadskomponenter**Tabell 3.6**

Aktivitet og kostnader i TSB for 2012. Kostnadsindikatorer angitt for grupper av offentlige og private tilbydere. Kostnader til pensjon, arbeidsgiveravgift, husleie og av- og nedskrivning er ekskludert.

Gruppe	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per opphold		Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon	
	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
Offentlige helseforetak (gruppe 1)	5 409	149	150 188	103	1 818	102
Private med helhetlig TSB (gruppe 3)	3 017	83	98 513	68	1 830	103
Private med sammensatt tilbud (gruppe 4)	2 005	55	145 830	100	1 318	74
Privat langtidsbehandling (gruppe 5)	2 465	68	244 854	169	1 183	67
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	3 623	100	145 309	100	1 774	100

Tabell 3.7

Aktivitet og kostnader i TSB for 2012. Kostnadsindikatorer angitt for det enkelte helseforetak. Kostnader til pensjon, arbeidsgiveravgift, husleie og av- og nedskrivning er ekskludert.

Foretak	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per opphold		Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon	
	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
Offentlige helseforetak med etablert tilbud (Gruppe 1)						
Sykehuset Østfold HF	5 574	154	192 259	132	1 858	105
Akershus universitetssykehus HF	6 837	189	97 208	67	1 605	90
Oslo universitetssykehus HF	7 907	218	104 286	72	2 084	117
Sykehuset Innlandet HF	5 324	147	210 162	145	1 776	100
Vestre Viken HF	5 525	153	189 839	131	1 798	101
Sykehuset i Vestfold HF	6 346	175	161 422	111	1 780	100
Sørlandet sykehus HF	4 300	119	95 298	66	1 527	86
Helse Stavanger HF	4 579	126	498 747	343	1 603	90
Helse Fonna HF	10 880	300	357 492	246	3 083	174
Helse Bergen HF	4 619	127	329 585	227	2 742	155
Helse Førde HF	6 411	177	354 430	244	0	0
Rusbehandling Midt-Norge HF	3 575	99	141 991	98	1 857	105
Helgelandssykehuset HF	4 455	123	148 854	102	0	0
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4 973	137	155 858	107	1 465	83
Helse Finnmark HF	3 988	110	122 245	84	0	0
Offentlige helseforetak under etablering (Gruppe 2)						
Sykehuset i Telemark HF	8 716	241	224 646	155	895	50
Helse Nord-Trøndelag HF	10 015	276	399 154	275	2 157	122
Nordlandssykehuset HF	7 651	211	254 731	175	3 197	180
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	3 623	100	145 309	100	1 774	100

Tabell 3.8

Aktivitet og kostnader i TSB for 2012. Kostnadsindikatorer angitt per institusjon for private tilbydere. Kostnader til pensjon, arbeidsgiveravgift, husleie og av- og nedskrivning er ekskludert.

Foretak	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per opphold		Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon	
	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
Private med helhetlig TSB (Gruppe 3)						
Rogaland A-senter AS	4 639	128	93 754	65	1 792	101
Stiftelsen Bergensklinikkene	2 812	78	74 265	51	1 552	87
Lade Behandlingssenter Blå kors BA	3 487	96	88 431	61	1 720	97
Borgestadklinikken	2 557	71	136 219	94	1 951	110
Lovisenberg diakonale sykehus, ruspoliklinikk					1 862	105
Blå Kors Øst, ruspoliklinikk					2 379	134
Private med sammensatt tilbud (Gruppe 4)						
A-senteret	2 378	66	177 894	122	1 425	80
Incognito klinikk	1 770	49	99 962	69	1 027	58
Trasoppklinikken Stiftelsen	1 865	51	56 843	39	1 424	80
Valdresklinikken Stiftelsen	1 838	51	39 752	27		
Tyrili Stiftelsen, Høvingen gård	2 209	61	315 829	217		
Blå Kors Behandlingssenter Eina	1 861	51	238 495	164		
Riisby Behandlingssenter	1 900	52	155 998	107		
Sigma Nord AS	1 593	44	125 814	87		
Tyrili, Kampen	2 149	59	288 298	198		
Veslelien	2 441	67	365 288	251		
Privat langtidsbehandling (Gruppe 5)						
Frelsesarmeens Behandlingssenter	4 324	119	223 991	154		
Haugaland A-senter	2 766	76	154 220	106	970	55
Kalfaret Behandlingssenter	2 437	67	210 960	145	1 534	86
Fossen Rusbehandling AS	1 820	50	190 639	131		
Fredheim Stiftelsen	1 955	54	280 262	193		
Langørjan Gård	2 068	57	276 633	190		
Origosenteret	2 376	66	343 825	237		
N K S Kvamsgrindkollektivet AS	2 464	68	328 247	226	2 830	160
Fossumkollektivet Stiftelsen	3 533	98	444 575	306		
Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	2 861	79	229 314	158		
Renåvangen Stiftelsen	1 831	51	120 656	83		
Samtun AS	2 027	56	301 364	207		
Solliakollektivet Stiftelsen	2 260	62	272 355	187		
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	3 653	101	464 108	319		
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	3 623	100	145 309	100	1 774	100

Beregningene viser at gjennomsnittlig døgnkostnad for TSB i 2012 var på om lag 4 900 kr, men at kostnadsnivået varierer mellom de ulike gruppene av tilbydere. For helseforetakene beregnes en gjennomsnittskostnad på 7 400 kr. Dette er omtrent på nivå med beregnet døgnkostnad for DPS-ene, men betydelig høyere enn for alle grupper av private tilbydere. Den relative forskjellen mellom offentlige og private tilbydere reduseres marginalt når kostnader til pensjon, arbeidsgiveravgift, husleie og av- og nedskrivningskostnader tas ut av kostnadsgrunnlaget.

Private med helhetlig tilbud (gruppe 3) kommer ut med den laveste gjennomsnittlige kostnaden per opphold. Kostnad per opphold vil avhenge både av den beregnede døgnprisen og av oppholdenes varighet, og oppholdskostnaden er høyest for private institusjoner med hovedvekt av langtidsbehandling.

Det polikliniske tilbudet ivaretas i hovedsak av helseforetakene og av private i gruppe 3. For disse gruppene er

gjennomsnittlig kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon tilnærmet lik. Gjennomsnittlig kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon beregnes til om lag 2 500 kroner for 2012. Også dette er omtrent på samme nivå som for poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne, men kostnadsnivået varierer noe mellom foretakene. Dette vil blant annet kunne forklares ved at poliklinikkene i ulik grad har aktivitet som ikke gir refusjon. Kostnader knyttet til administrasjon av LAR-behandling i helseforetakene er ikke korrigert ut av kostnadsgrunnlaget for poliklinikkene, og dette vil isolert bidra til noe høyere kostnadsnivå i de offentlige poliklinikkene.

Fordi eventuelle kostnader som gjelder administrativ overbygning i helseforetakene ikke kan korrigeres ut av kostnadsgrunnlaget på en god måte, må man anta at dette kan forklare noe av kostnadsforskjellen mellom offentlige og private tilbydere av TSB.

4

Aktivitet i TSB i 2012

Helseforetakene utfører omlag 60 prosent av døgnoppholdene i TSB, mens de private står for omlag 40 prosent av døgnoppholdene i TSB i 2012. Pasientdata for 2012 viser at samlet sett er median varighet av døgnbehandlingen på 14 dager og 95 prosent av utskrivningene er avsluttet innen 100 dager. HF-oppholdene har median varighet på 12 dager og 95 prosent av utskrivningene er avsluttet innen 54 dager. Det private tilbudet kan deles i to grupper: private med helhetlig tilbud innen TSB (gruppe 3) som står for 22 prosent av døgnoppholdene i 2012, og de øvrige private institusjoner (gruppe 4-5). Det er klare likhetstrekk mellom helseforetakene og private med TSB (gruppe 3) med hensyn på varighet av døgnbehandlingen og diagnosefordelingen. De øvrige private institusjonene har lengre døgnbehandlinger og en pasientsammensetning som er ulik pasientpopulasjonen behandlet i helseforetakene.

4.1 Innledning

Ulik aktivitet ved institusjonene kan bidra til kostnadsforskjeller. Tilbud til enkelte pasientgrupper og utvalgte behandlingstilbud kan kreve spesiell kompetanse som bidrar til høyere kostnadsnivå og ulike behandlingsforløp gir forskjeller i ressursbruk. Ved å se nærmere på virksomheten gjennom aktiviteten som rapporteres til NPR vil vi forsøke å belyse pasientpopulasjonen som mottar helsetjenester innen TSB ved helseforetakene og ved de private institusjonene. I oppdraget vi har fått, er skillet mellom offentlig og privat hovedfokus. I og med at de private tiltakene primært tilbyr døgnbehandling innen TSB er det pasienter i døgnbehandling som blir vektlagt i dette kapitlet.

4.2 Resultater

I dette avsnittet presenteres resultater fra de enkelte analyser av pasientpopulasjonen i døgnbehandling i TSB i 2011/2012. Helseforetakene og de private institusjonene er gruppert i seks kategorier (se tabell 2.1) og resultatene i dette kapitlet er presentert for hver av gruppene. I vedleggstabellene er resultater for hvert helseforetak og hver privat institusjon presentert.

Volumet av aktiviteten ved helseforetakene og ved private foretak

Volumet i aktiviteten innen TSB i 2012 er presentert i tabell 4.1

Kategorien *Uten avtaleplasser/oppstart 2012* består av institusjoner som har hatt aktivitet kun for deler av året 2012. Kategorien *HF med delvis TSB* har mangelfulle pasientdata. I presentasjonene i dette kapitlet er disse gruppene holdt utenfor statistikken som beskriver aktiviteten for 2012. Når vi altså ser bort fra disse kategorien er fordelingen av behandlingsvolumet fordelt som vist i tabell 4.2.

Helseforetakene dekker omlag 40 prosent av oppholds-døgnene og 58 prosent av oppholdene. Private med døgnbehandlingstilbud fordeles seg på tre hovedgrupper: Private med TSB, private m/ sammensatt tilbud og private langtid/Kollektiv/TS. Private med TSB har en virksomhet som utgjør 22 prosent av alle døgnopphold i 2012 mens 20 prosent av døgnoppholdene har funnet sted ved de øvrige private institusjonene.

Tabell 4.1
Volumet av pasientbehandling innen TSB i 2012.

Gruppe	Oppholdsdøgn 2012	Døgnopphold 2012	Konsultasjoner totalt 2012	Konsultasjoner m/ref 2012
HF med TSB (gruppe 1)	218 958	7 886	234 037	194 086
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	99 961	3 061	34 643	28 912
Privat poliklinikk (gruppe 3.2)	0	0	22 694	21 377
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	24 740	559	15 368	14 247
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	105 376	1 230	1 553	0
Private langtid (gruppe 5.1)	56 493	597	9 102	6 652
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	47 098	446	993	575
Totalt¹	552 626	13 779	318 390	265 849
HF med delvis TSB (gruppe 2)	4 596	139	23 957	23 737
Uten avtaleplasser/oppstart 2012 (gruppe 6)	19 764	143	0	0
Totalt volum for TSB i 2012²	576 986	14 061	342 347	289 586

¹ Her inngår gruppene 1,3, 4 og 5 som vil ligge til grunn for statistikken i denne rapporten.

² Her er følgende avvik fra Samdata 2012: Ettervernsplasser (3086 oppholdsdøgn v/Helse Stavanger) inngår ikke her, aktivitet finansiert utenfor spesialisthelsetjenesten ved Sigma Nord (8228 oppholdsdøgn) er tatt ut og Alfa behandlingssenter (26 oppholdsdøgn) er unntatt her. Videre er antall konsultasjoner med refusjon endret fra 20 979 til 8 614 ved OUS etter kontakt med HF-et.

Tabell 4.2
Andel av volumet i pasientbehandlingen fordelt etter institusjonsgruppe i 2012.

Gruppe	Oppholdsdøgn 2012	Døgnopphold 2012	Konsultasjoner totalt 2012	Konsultasjoner m/ref 2012
HF med TSB (gruppe 1)	40	57	74	74
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	18	22	11	11
Privat poliklinikk (gruppe 3.2)	0	0	7	8
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	4	4	5	5
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	19	9	0	0
Private langtid (gruppe 5.1)	10	4	3	3
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	8	3	0,3	0,2
Totalt	100	100	100	100

Varigheten av døgnbehandlingen

Varigheten av døgnbehandlingen er beregnet for avsluttede døgnopphold (HF-opphold og institusjonsopphold ved private foretak). Varigheten er beskrevet ved kvartilene fra fordelingen slik at fordelingsformen synliggjøres. En øvre grenseverdi (trimpunkt) for varigheten for 95 prosent av de avsluttede døgnbehandlingene er estimert. I tabell 4.3 er varigheten av de avsluttede døgnoppholdene presentert.

Median varighet av døgnbehandlingen ved helseforetakene er på 12 dager og 95 prosent av oppholdene er avsluttet innen 54 dager. Private med helhetlig TSB er på

linje med helseforetaken når det gjelder varigheten av døgnbehandlingen med median oppholdstid på 14 dager og hvor 95 prosent av utskrivningene er avsluttet innen 69 dager. Selv om fordeling har en tilnærmet lik profil for disse gruppene, er forskjellen signifikant. Helseforetakene har en større andel øyeblikkelig hjelp opphold sammenlignet med de private i gruppe 3.1. Blant helseforetakene er andelen samlet sett på 24 prosent av innleggelsene i 2012. Øyeblikkelig hjelp-tilbud er rapportert for følgende HF: Oslo universitetssykehus HF (52 %), Sykehuset Innlandet HF (20%), Sørlandet sykehus HF (28%), Helse Bergen HF (21%), Helse Førde HF (20%) og Rusbehandling Midt-Norge (32%). Blant de private i

Tabell 4.3
Varighet av pasientbehandlingen ved HF/private institusjoner i 2012.

Gruppe	Nedre kvartil ¹	Median ²	Øvre kvartil ³	Trimpunkt ⁴	Utskrivninger HF/private
HF med TSB (gruppe 1)	6	12	25	54	7 298
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	6	14	31	69	2 783
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	13	50	77	173	497
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	4	42	177	437	1 028
Private langtid (gruppe 5.1)	32,5	88	188	421	448
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	14	82	235	567	317
Totalt	6	14	44	101	12 371

¹ Nedre kvartil Q_1 er maksimal varighet for de 25% korteste døgnoppholdene.

² Median varighet angir antall dager som er maksimal varighet for halvparten av utskrivningene sortert med hensyn på oppholdstid.

³ Øvre kvartil Q_3 er minste varighet for de 25% lengste døgnoppholdene.

⁴ Trimpunktet beregnes ved $T = Q_3 + 1.5 \cdot (Q_3 - Q_1)$, og er den estimert grensen for antall dager hvor 95% av døgnoppholdene er avsluttet.

gruppe 3.1 er det bare Rogaland A-senter som rapporterer et øyeblikkelig hjelp tilbud som for denne institusjonen omfatter 33 prosent av innleggelsene i 2012. Øyeblikkelig hjelp- innleggelsene ved helseforetakene har median varighet på 5 dager, mens tilsvarende opphold ved private i gruppe 3.1 har median varighet på 10 dager. Når man ser kun på alle ordinære innleggelser ved helseforetakene og de private i gruppe 3.1 er forskjellen i varighet av døgnbehandlingen fremdeles signifikant. Dersom man ser på diagnosegruppenivå er imidlertid ikke forskjellen i behandlingstid signifikant forskjellig mellom helseforetakene og de private i gruppe 3.1.

De øvrige private institusjonene; i gruppe 4 og 5, har lengre behandlingsopphold for sine pasienter. Private institusjoner med både korttidsbehandling og poliklinikker er kjennetegnet ved median varighet på 50 dager og 95 prosent av utskrivningene er avsluttet innen 173 dager. Private institusjoner med sammensatt tilbud/uten poliklinikk har median varighet på 42 dager for sine døgnbehandlinger. For denne gruppen er øvre kvartil på 177 dager som betyr at 25 prosent av utskrivningene finner sted etter 177 dager. Trimpunktet for denne institusjonsgruppen er på 437, som betyr at 95 prosent av oppholdene er avsluttet innen 1 år og 10 uker.

Ved langtidsinstitusjonene er median varighet av døgnbehandlingen på 12 uker, mens 95 prosent av oppholdene er avsluttet innen 60 og 80 uker ved hhv langtidsenhetene og kollektivene/TS.

Kvalitet i rapportering av pasientdata

Når vi her ser på kvalitet i rapporteringen avgrenser vi det til rapportering i henhold til spesifikasjonen i NPR-meldingen i pasientdataene slik de er overlevert fra NPR. Dersom mange utskrivninger mangler rapportering, vil informasjonen i rapporteringen ha begrenset nytteverdi. Komplettheten i rapporteringen avgjør kvaliteten i pasientdata og legger premissene for videre bruk av informasjonen. I tabell 4.4 er kvaliteten i rapporteringen presentert ved andel utskrivninger som mangler informasjon om hovedtilstandskode, individuell plan, prosedyrekoder, avslutningstype og oppfølgingsmåte.

Hovedtilstanden er pasientens tilstand som ligger til grunn for helsehjelpen som gis og denne kodes ved bruk av ICD 10-kodeverket. Dersom pasienten har flere tilstandskoder som kvalifiserer som hovedtilstandskode, skal den viktigste og mest ressurskrevende føres som hovedtilstandskode i rapporteringen av pasientdata. En hovedtilstandskode vil foreligge ved avslutningen av en døgnbehandling og det er derfor rimelig å forvente 100 prosent rapportering på denne. Hovedtilstand mangler for åtte prosent av utskrivningene. Det er i hovedsak ved private langtidsinstitusjoner pasientdata mangler opplysninger om hovedtilstandskode. For helseforetakene ligger missingandelen på gjennomsnittet mens private institusjoner med helhetlig TSB-tilbud, mangler hovedtilstandskode for tre prosent av utskrivningene. I tabell 4.5 er fordelingen av de rapporterte hovedtilstandskodene presentert.

Tabell 4.4

Manglende innrapportering av hovedtilstand, NCMP, Individuell plan (IP), avslutningsmåte og oppfølgings-type ved utskrivning fra HF/privat institusjon. 2012.

Gruppe	Andel (prosent) utskrivninger fra HF/private institusjoner som mangler:					Antall utskrivninger
	Hoved-tilstand	NCMP	IP	Avslutnings-måte	Oppfølgings-type	
HF med TSB (gruppe 1)	9	47	38	95	92	7 298
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	2	38	23	52	40	2 783
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	0	30	4	55	14	497
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	11	30	3	37	21	1 028
Private langtid (gruppe 5.1)	17	33	33	65	39	448
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	21	56	7	61	17	317
Totalt	8	43	29	76	68	12 371

Prosedyrekodeverket NCMP – den norske klassifikasjon for medisinske prosedyrer inkluderte fra og med 2010 prosedyrekodeverk for tverrfaglig spesialisert rusbehandling som tidligere inngikk i HRRP (prosedyrekodeverk for habilitering, rehabilitering, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern). En revisjon av kodeverket ble gjennomført i 2011 og testet ut i 2012. Prosedyrekodene som forelå i 2011 ga muligheter for å angi tiltak både innen utredning, behandling, rådgivning, samarbeid og opplæring men behovet for den snarlige revisjonen tilsa at det var nødvendig med forbedringer av kodeverket. Manglende rapportering av prosedyrer kan derfor bero på at kodeverket er nytt og ikke tatt i bruk fullt ut. Videre er det arbeid i behandlingen som utføres overfor en pasient som ikke utløser prosedyrekoder. Tabellen viser at 43 prosent av utskrivningene mangler prosedyrekoderegistrering. Ved helseforetakene mangler 47 prosent av utskrivningene prosedyrekoder, mens ved Kollektiv/TS er missingandelen på 56 prosent. De øvrige private institusjonene ligger under den gjennomsnittlige missingandel for prosedyreregistrering. I denne omgang er det ikke presentert hvor mange og hvilke prosedyrer som er benyttet.

Bruken av Individuell plan (IP) er først og fremst knyttet til pasientene med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. I denne oversikten er det enhver rapportering av IP som presenteres mens innholdet i rapporteringen er presentert i tabell 4.7. Rapportering av IP i pasientdata mangler for 30 prosent av utskrivningene. Det er særlig helseforetakene og langtidsinstitusjonene som mangler innrapportering. Ved

helseforetakene er det 38 prosent av utskrivningene som mangler rapportering på IP. Når det gjelder de private institusjonene med helhetlig TSB mangler 23 prosent av utskrivningene rapportering av IP. Ved langtidsinstitusjonene mangler rapportering på IP for en tredjedel, mens ved de øvrige private institusjonene er informasjon om IP rapportert for over 93 prosent av utskrivningene.

Avslutningsmåte er en angivelse av på hvilken måte behandlingen ble avsluttet. Dette er informasjon som rusfeltet har registrert i KSS (Klientkartleggingsskjemaet) fra tiden før NPR-meldingen ble tatt i bruk for TSB. Det samme gjelder *Oppfølgingstype* som angir hvilke planer som er lagt for pasienten etter utskrivning. Rapporteringen på avslutningsmåte og oppfølgingstype mangler for hhv 77 og 68 prosent av utskrivningene. Ved helseforetakene mangler 95 prosent av utskrivningene informasjon om avslutningsmåte, mens ved de private institusjonene mangler rapportering på avslutningsmåte for 37-65 prosent av utskrivningene. Oppfølgingstype mangler for 92 prosent av utskrivningene i rapporteringen fra helseforetakene, mens missingandelen er på 40 prosent og lavere i rapporteringen fra de private institusjonene. Innholdet i rapporteringen av avslutningsmåte og oppfølgingsmåte presenteres i avsnittet om kvalitetsvariable.

Diagnosefordeling for døgnpasienter

Diagnosefordelingen er basert på den siste registrerte hovedtilstandskoden ved utskrivning. Diagnoseinformasjon er en sentral informasjonskilde ved beskrivelse av pasientpopulasjonen som mottar behandling ved HF/ private institusjoner. I tabell 4.5 er utskrivningene fordelt etter de viktigste ruslidelsene.

Tabell 4.5

Andel (prosent) utskrivninger fra HF/privat institusjon etter type ruslidelse. Andel av alle med registrert hovedtilstandskode. 2012.

Gruppe	Ruslidelser							ICD10: F0,F20-F99	Andre diagnoser fra ICD10	Totalt
	Alkohol (F10)	Opiater (F11)	Cannabis (F12)	Sedativa og hypnotika (F13)	Andre stimulanter (F15)	Multiple stoffer (F19)	Kokain, hallusinogener og flyktige løsemidler (F14,F16 og F18)			
HF med TSB (gruppe 1)	37	30	5	4	8	11	1	4	1	100
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	38	28	5	5	7	10	0,1	3	3	100
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	78	4	4	5	2	1	1	6	0	100
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	55	12	4	2	14	6	1	3	3	100
Private langtid (gruppe 5.1)	21	28	8	4	16	18	1	4	1	100
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	12	9	12	6	18	32	2	8	0	100
Totalt	39	26	5	4	8	11	1	4	1	100

Den største gruppen ruslidelser i behandling i løpet av 2012 er alkoholrelaterte. Samlet sett dreier dette seg om 40 prosent av utskrivningene. De private institusjonene med sammensatt tilbud har en høy andel ruslidelser grunnet alkoholbruk. Langtidsinstitusjonene har færre utskrivninger hvor alkoholrelaterte ruslidelse er angitt og i større grad opiatrelaterte ruslidelser, ruslidelser grunnet andre stimulanter (inkl amfetamin) og ruslidelse grunnet bruk av flere stoffer.

Helseforetakene og private med helhetlig tilbud har i stor grad sammenfallende fordeling av hovedtilstandskoder blant utskrivningene i 2012.

I tabell 4.6 er ruslidelserne fordelt etter skadelig bruk eller avhengighet. Dette spesifiseres på 4.siffernivå når ruslidelse angis som hovedtilstandskode.

Tabell 4.6 viser at det i all hovedsak er avhengighetproblematikk og i mindre grad skadelig bruk som angis som presisering av alvorlighetsgraden for ruslidelsen. Dette varierer for noen typer ruslidelse: Ved ruslidelse grunnet opiatbruk er det i all hovedsak snakk om avhengighet, mens ved bruk av flere stoffer angis oftere skadelig bruk som grunnlag for ruslidelsen.

Tabell 4.6

Andel (prosent) utskrivninger fra HF/privat institusjon etter hvorvidt ruslidelsen er klassifisert ved skadelig bruk(.2) eller avhengighet(.3). Andel av alle med ruslidelse som hovedtilstandskode. 2012.

Gruppe	Ruslidelser F10-F19 etter type spesifisering på 4.siffernivå				Antall utskrivninger med ruslidelser
	Skadelig bruk	Avhengighet	Annet	Totalt	
HF med TSB (gruppe 1)	6	93	1	100	6 338
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	7	91	2	100	2 561
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	5	95	0	100	466
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	2	98	0	100	858
Private langtid (gruppe 5.1)	8	90	2	100	358
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	10	87	3	100	229
Totalt	6	93	1	100	10 810

Tabell 4.7
Status for Individuell plan (IP) ved utskrivning fra HF/privat institusjon. Andel (prosent) av utskrivninger med rapportering i 2012.

Gruppe	Pasient oppfyller ikke kriteriene	Ønsker ikke individuell plan eller har ikke gitt samtykke	Arbeid med individuell plan ikke startet	Arbeid med individuell plan påbegynt	Individuell plan foreligger	Individuell plan er avsluttet	Ukjent med status for individuell plan	Totalt
HF med TSB (gruppe 1)	16	11	6	39	24	0,04	3	100
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	10	10	15	13	22	0,3	30	100
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	36	8	17	6	4	0,2	28	100
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	5	8	21	15	30	0	22	100
Private langtid (gruppe 5.1)	8	3	11	20	27	0	31	100
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	0	3	9	6	60	0	21	100
Totalt	14	10	11	26	24	0,11	15	100

Kvalitetsvariablene

Individuell plan (IP) er et kvalitativt verktøy for å sikre en sammenfatning av pasientens behov og sikre kontinuitet i pasientforløpet. Kriteriene for retten til IP er at pasienten har behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester. Dersom pasienten oppfyller kriteriene indikerer det en viss alvorlighet i sykdomsbildet for pasienten. I tabell 4.7 er innrapporteringen av status for IP presentert.

Tabell 4.7 viser at samlet sett utgjør pasientene som ikke oppfyller kriteriene for IP 14 prosent av utskrivningene fra TSB. Videre utgjør pasienter som ikke ønsker IP 10 prosent av utskrivningene, og for 15 prosent av utskrivningene er behandlingsenheten ukjent med status for IP. For halvparten av utskrivningene er IP påbegynt eller foreligger i en eller annen form.

Pasienter som ikke oppfyller kriteriene for IP utgjør 16 prosent av utskrivningene ved helseforetakene, mens ved private med helhetlig TSB-tilbud gjelder dette 10 prosent av utskrivningene. Ved private institusjoner med sammensatt tilbud og poliklinikker er over en tredjedel av utskrivningene knyttet til pasienter som ikke oppfyller kriteriene for IP. Ved de private institusjonene er det for mer enn 20 prosent av utskrivningene angitt at enheten ikke er kjent med status for IP for pasienten, mens

helseforetakene angir i liten grad dette som svar på pasientens IP-status ved utskrivning. Dette betyr at enheten ikke kjenner status for IP når pasienten skrives ut fra institusjonen.

Informasjon om hvordan behandlingsforløpet avsluttes ved institusjonen rapporteres i avslutningsmåte og dette er presentert i tabell 4.8. Som tidligere vist mangler informasjon om avslutningsmåte for svært mange utskrivninger ved helseforetakene og det er samlet sett kun 20 prosent av utskrivningene som ligger til grunn for tabell 4.8. Tabellen viser imidlertid at i dette utvalget er gjensidig avtale mellom behandler og pasient den vanligste formen å avslutte døgntilbehandlingen på. Omfanget av ensidig pasientstyrt avslutning av døgntilbehandlingen har tidligere vært lite kjent og i dette, dog begrensede, materialet er omlag 20 prosent av utskrivningene avsluttet på denne måten. Omfanget av døgntilbehandlinger hvor pasienter har avsluttet behandlingen uten å gi beskjed, utgjør om lag fem prosent av utskrivningene.

Oppfølging etter utskrivning er presentert i tabell 4.9. Som tidligere vist er status for oppfølging ved utskrivning kun rapportert for 30 prosent av utskrivningene. Innholdet i rapporteringen i tabell 4.9 viser at det for om lag 80 prosent av utskrivningene ikke er avtalt oppfølging. Det kan imidlertid gjøres flere avtaler for hver utskrivning.

Tabell 4.8

Status for Avslutningsmåte ved utskrivning fra HF/privat institusjon. Andel (prosent) av utskrivninger med rapportering i 2012.

Gruppe	Etter gjensidig avtale mellom pasient og helseinstitusjon/behandlere	Ensidig fra helseinstitusjons/behandlers side	Ensidig fra pasientens side (beskjed gitt)	Pasient uteblitt (beskjed ikke gitt)	Overført til annen helseinstitusjon med hjemmel i lovparagraf om tvang	Dødsfall	Totalt
HF med TSB (gruppe 1)	74	6	18	2	0,3	0,3	100
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	71	5	20	4	0,2	0,3	100
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	50	20	10	20	0	0	100
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	78	7	13	1	0,2	0	100
Private langtid (gruppe 5.1)	52	13	28	7	1	0	100
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	45	5	42	8	0	0	100
Totalt	69	7	19	5	0,2	0,2	100

Ser vi separat på forekomsten av de ulike avtalene er det avtale med spesialisthelsetjenesten som oftest er etablert og dette gjelder om lag 11 prosent av utskrivningene med oppfølgingsstatus. Avtale med kommunal helse- og omsorgstjeneste foreligger for 12 prosent av utskrivningene ved helseforetakene og 9 prosent av utskrivningene ved private med helhetlig TSB. Melding om tilbakeføring til kommunale helse- og sosialtjeneste gjøres for 6 prosent av utskrivningene med oppfølgingsstatus.

Pasientforløp- døgnerbehandling etter utskrivning i 2011.

Gjennom Samdata er pasientdata fra NPR utlevert for både 2011 og 2012. Dette gir mulighet til å observere pasientforløp i løpet av ett tidsvindu på to år. Vi vil i tabellene 4.10 - 4.11 beskrive forekomst av døgnerbehandling som finner sted etter utskrivningene i 2011. Vi avgrenser observasjonsperioden til ett år etter utskrivning.

Tabell 4.9

Status for oppfølging etter utskrivning fra HF/privat institusjon. Andel (prosent) av utskrivninger med rapportering i 2012.

Gruppe	Avtale om oppfølging i regi av egen institusjon	Melding om tilbakeføring til kommunal helse-/sosialtjeneste	Avtale med kommunal helse-/sosialtjeneste	Avtale med spesialtjeneste	Avtale med frivillig organisasjon eller gruppe	Ikke avtalt oppfølging
HF med TSB (gruppe 1)	2	8	12	9	2	83
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	0	2	9	20	0,2	75
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	0	10	4	6	2	84
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	0	9	4	3	0,2	89
Private langtid (gruppe 5.1)	0	4	4	3	0	92
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	0	9	6	3	0,4	89
Totalt	0	6	7	11	1	82

Tabell 4.10
Forløp etter utskrivning fra HF/privat institusjon. Antall utskrivinger i 2011.

Gruppe	Overføringer			Ny innleggelse				Utskriv- ing uten etter- følgende døgn- behandling	Utskriv- ninger totalt
	TSB		Psykisk helsevern for voksne	TSB			Psykisk helsevern for voksne		
	annet HF/ offentlig	Privat		samme HF/inst	annet HF	Privat			
HF med TSB (gruppe 1)	137	444	193	2 691	231	319	758	2413	7 186
Private med TSB (gruppe 3.1)	163	145	57	865	110	86	273	1095	2 794
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	11	0	1	127	54	7	38	303	541
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	1	18	6	387	85	25	60	391	973
Private langtid (gruppe 5.1)	6	1	10	32	34	44	37	185	349
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	0	5	6	116	32	13	21	110	303
Totalt	318	613	273	4 218	546	494	1 187	4 497	12 146

I tabell 4.11 presenteres andel utskrivinger som etterfølges av ett nytt døgnopphold. Når vi ser på utskrivinger fra helseforetakene, overføres 11 prosent videre til annet HF/ privat institusjon i TSB eller psykisk helsevern for voksne. For private med helhetlig TSB overføres 13 prosent videre til HF/annen privat eller psykisk helsevern.

For helseforetakene viser tallene at i alt 37 prosent av utskrivingene i 2011 resulterer i en ny innleggelse ved samme helseforetak i løpet av ett år etter utskriving. For private med helhetlig TSB er om lag 30 prosent av utskrivingene knyttet til pasienter med ny innleggelse ved samme institusjon i løpet av ett år. For begge gruppene er i overkant av ti prosent av utskrivingene knyttet til pasienter som blir innlagt ved psykisk helsevern på et

Tabell 4.11
Forløp etter utskrivning fra HF/privat institusjon. Andel (prosent) utskrivinger i 2011.

Gruppe	Overføringer			Ny innleggelse				Utskrivning uten etterfølgende døgnbehandling	Utskrivninger totalt
	TSB		Psykisk helsevern for voksne	TSB			Psykisk helsevern for voksne		
	annet HF/ offentlig	Privat		samme HF/inst	annet HF/ offentlig	Privat			
HF med TSB (gruppe 1)	2	6	3	37	3	4	11	34	100
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	6	5	2	31	4	3	10	39	100
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	2	0	0,2	23	10	1	7	56	100
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	0,1	2	1	40	9	3	6	40	100
Private langtid (gruppe 5.1)	2	0,3	3	9	10	13	11	53	100
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	0	2	2	38	11	4	7	36	100
Totalt	3	5	2	35	4	4	10	37	100

Tabell 4.12

Forløp før innleggelse ved HF/privat institusjon. Antall innleggelser i 2012.

Gruppe	Overføringer			Tidligere innleggelser				Innlegg- elser uten tidligere døgn- behandling	Innlegg- elser totalt
	Innen TSB		Psykisk helsevern for voksne	Innen TSB			Psykisk helsevern for voksne		
	Fra annet HF	Fra Privat		samme HF/inst	annet HF	Privat			
HF med TSB (gruppe 1)	86	195	371	2 707	185	355	769	2 609	7 277
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	109	41	100	794	140	82	327	1 161	2 754
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	112	1	4	118	74	7	38	139	493
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	120	34	11	417	74	34	53	288	1 031
Private langtid (gruppe 5.1)	102	91	21	40	27	23	38	100	442
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	78	27	5	118	35	12	17	34	326
Totalt	607	389	512	4 194	535	513	1 242	4 331	12 323

senere tidspunkt innen ettårsperioden. For begge gruppene ser vi også at om lag en tredjedel av utskrivningene er knyttet til pasienter med kun ett opphold i løpet av perioden. Pasienter ved institusjoner med langtidsbehandling (gruppe 4.1) er imidlertid sjelden å gjenfinne ved samme institusjon etter utskrivning. Disse pasientene er imidlertid oftere å gjenfinne ved andre private institusjoner eller i psykisk helsevern for voksne.

Pasientforløp- døgntilrettelagt behandling før innleggelse i 2012

Forekomsten av eventuell døgntilrettelagt behandling forut for innleggelse i 2012 er presentert i tabell 4.12 og tabell 4.13. Tidsrommet som ligger til grunn for beregningene er ett år forut for innleggelsen.

Tabell 4.13

Forløp før innleggelse ved HF/privat institusjon. Andel (prosent) innleggelser i 2012.

Gruppe	Overføringer			Tidligere innleggelser				Innleggelser uten tidligere døgntidligere behandling	Innleggelser HF/ privat totalt
	Innen TSB		Psykisk helsevern for voksne	Innen TSB			Psykisk helsevern for voksne		
	Fra annet HF	Fra Privat		samme HF/inst	annet HF	Privat			
HF med TSB (gruppe 1)	1	3	5	37	3	5	11	36	100
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	4	1	4	29	5	3	12	42	100
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	23	0,2	1	24	15	1	8	28	100
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	12	3	1	40	7	3	5	28	100
Private langtid (gruppe 5.1)	23	21	5	9	6	5	9	23	100
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	24	8	2	36	11	4	5	10	100
Totalt	5	3	4	34	4	4	10	35	100

I tabell 4.13 presenteres andel innleggelser som etterfølger annet døgnopphold og hvor denne døgnbehandlingen fant sted. Innleggelsene ved helseforetakene (gruppe 1) er i fem prosent av tilfellene et resultat av overføringer fra psykisk helsevern for voksne. Dette gjelder også innleggelser ved private med helhetlig TSB (gruppe 3.1) og langtidsinstitusjonene (gruppe 5.1). Langtidsinstitusjonene har en stor andel innleggelser som er overføringer fra andre private institusjoner. Innleggelsene ved HF (gruppe 1) og private med helhetlig TSB (gruppe 3.1) dreier seg i mindre grad om overføringer fra andre institusjoner, men pasientene har i stor grad vært innlagt innen TSB i løpet av det siste året. Videre er over ti prosent av innleggelsene knyttet til pasienter som hadde forrige døgnbehandling i psykisk helsevern. Samlet sett er 35 prosent av innleggelsene knyttet til pasienter uten tidligere døgnbehandling i løpet av året før innleggelsen; verken i TSB eller psykisk helsevern for voksne.

Pasientforløp- poliklinisk kontakt innen 30 dager etter utskrivning

Poliklinisk kontakt innen 30 dager etter utskrivning er beregnet for utskrivninger i perioden januar 2011 tom november 2012 og presentert i tabell 4.14. Eventuell poliklinisk kontakt i psykisk helsevern for voksne er inkludert i disse beregningene.

For om lag halvparten av utskrivningene har det funnet sted en poliklinisk kontakt med TSB eller psykisk helsevern for voksne i løpet av de første fire ukene. Andelen utskrivninger med en slik kontakt varierer fra 30 til 61 og

viser noen forskjeller mellom helseforetak og private institusjoner. Ved private institusjoner uten egen poliklinikk er det i mindre grad poliklinisk kontakt i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning med unntak av langtidsinstitusjonene (gruppe 5.2).

Oversikten gir et bilde av tilbudet/forløpet slik pasienten opplever det og synliggjøre kontinuitet i tilbudet. Vi kjenner ikke til hvilke enheter som er ansvarlig for og initierer kontakten. I denne sammenhengen er sektor-tilhørigheten presentert slik at bidraget fra psykisk helsevern synliggjøres. Poenget med oversikten er å synliggjøre i hvilken grad at det finner sted en kontakt, noe som viser en kontinuiteten i pasientbehandlingen fra spesialisthelsetjenestens side.

Hva kjennetegner pasientene?

Kjennetegn ved døgnpasientene er presentert i tabell 4.15-4.16. Aldersfordelingen for pasientpopulasjonen i døgnbehandling viser at det ulike pasientgrupper som mottar behandling ved de ulike kategoriene private institusjoner. Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1) er imidlertid ganske lik pasientpopulasjonen ved helseforetakene når det gjelder alder og kjønn. Tabell 4.16 presenterer informasjon om annen behandling pasientene har mottatt i løpet av toårsperioden.

Også når det gjelder bruk av psykisk helsevern for voksne er det små forskjeller mellom pasientene i behandling ved helseforetakene og private med helhetlig TSB (gruppe 3.1). Større utslag fremkommer for de øvrige gruppene

Tabell 4.14
Forekomst av poliklinisk kontakt innen 30 dager etter utskrivning fra HF/privat institusjon i TSB i perioden januar 2011-november 2012. Andel (prosent) av utskrivningene.

Gruppe	Poliklinisk kontakt innen 30 dager			Utskrivninger HF/private januar 2011-november 2012
	TSB	Psykisk helsevern for voksne	Totalt	
HF med TSB (gruppe 1)	42	9	50	13 988
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	40	8	48	5 366
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	58	3	61	1 012
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	30	8	39	1 937
Private langtid (gruppe 5.1)	53	6	60	771
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	24	6	30	590
Totalt	41	8	49	23 664

Tabell 4.15
Aldersfordelingen (prosent) og andel (prosent) menn blant døgnpasientene i TSB i 2012.

Gruppe	18-29 år	30-49 år	50-69 år	70 år og eldre	Andel menn	Antall pasienter
HF med TSB (gruppe 1)	28	49	22	1	71	5 486
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	26	48	23	1	68	2 340
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	4	51	43	2	59	432
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	22	52	25	1	73	953
Private langtid (gruppe 5.1)	34	53	11	0	75	554
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	65	33	2	0	69	335
Totalt	26	49	23	1	70	8 702

Tabell 4.16
Kjennetegn ved døgnpasientene i TSB i 2012. Andel (prosent) pasienter er angitt i hver kategori.

Gruppe	Pasienter fra psykisk helsevern for voksne					TSB	Ingen tidligere behandling i TSB i 2011 eller i PHV
	Behandlet i 2011	Behandlet i 2011 og/eller 2012	Døgnpasienter i 2011 eller 2012	RUS-diagnose	SMI ¹	Behandlet i 2011	
HF med TSB (gruppe 1)	36	52	31	41	6	65	17
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	34	49	31	41	6	66	18
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	23	35	18	22	3	65	25
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	33	44	19	35	3	71	16
Private langtid (gruppe 5.1)	36	50	29	40	4	76	10
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	36	53	32	42	4	79	10
Totalt	35	49	29	39	6	65	17

¹ Alvorlig psykisk lidelse (SMI) er definert ved ICD-10: F20,F22-F29, F30-F31.

private institusjoner. Samlet sett er det 17 prosent av pasientene som ikke har hatt annen kontakt med psykisk helsevern for voksne eller TSB i løpet av disse to årene. Som oversikten viser er hele 65 prosent av døgnpasientene pasienter som har vært i behandling i TSB forrige år.

Kjennetegn ved de polikliniske pasientene; både fra refusjonsgivende og ikke refusjonsgivende virksomhet, er presentert i tabell 4.17-4.19.

Tabell 4.17
Aldersfordeling (prosent) og andel (prosent) menn blant polikliniske pasienter i TSB i 2012.

Gruppe	18-29 år	30-49 år	50-69 år	70 år og eldre	Andel menn	Antall pasienter
HF med helhetlig TSB (gruppe 1)	29	49	20	1	66	19 004
Private med TSB (gruppe 3.1)	16	53	28	1	64	4 376
Privat poliklinikk (gruppe 3.2)	29	52	19	1	63	1 476
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	6	48	44	2	59	1 663
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	32	51	17	0	82	420
Private langtid (gruppe 5.1)	35	46	17	0,3	68	862
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	81	17	2	0	74	149
Totalt	9	16	8	0,3	58	26 318

Aldersfordelingen blant de polikliniske pasientene viser noen forskjeller mellom kategoriene av institusjoner. Her er det størst likhet mellom helseforetakene og de private poliklinikkene hvor om lag 30 prosent av pasientene er yngre enn 30 år. Kategorien private med helhetlig TSB (gruppe 3.1) og private institusjoner med korttidsbehandling (gruppe 4.1) har en eldre pasientpopulasjon i sine poliklinikker. De øvrige kategoriene består av institusjoner som primært tilbyr døgntilrettelagt behandling og den polikliniske virksomhet ved disse er i stor grad rettet mot unge. Det er også i større grad menn som mottar dette tilbudet.

I tabell 4.18 er polikliniske pasienters bruk av psykisk helsevern for voksne presentert. Innslaget av nye pasienter; pasienter som ikke har mottatt behandling i TSB eller psykisk helsevern for voksne i løpet av 2011 og 2012, er størst ved private med helhetlig TSB (gruppe 3.1) og private institusjoner med korttidsbehandling (gruppe 4.1) og ligger på hhv 26 og 28 prosent av pasientene. Videre er andel pasienter med tidligere behandling fra TSB i 2011 på om lag 60 prosent ved disse to gruppene av institusjoner. To tredjedeler av de polikliniske pasientene ved helseforetakene var også i

Tabell 4.18
Kjennetegn ved pasienter i poliklinisk kontakt med TSB i 2012. Andel (prosent) pasienter er angitt i hver kategori.

Gruppe	Pasienter fra psykisk helsevern for voksne					TSB	Ingen tidligere behandling i TSB i 2011 eller i PHV
	Behandlet i 2011	Behandlet i 2011 og/eller 2012	Døgnpasienter i 2011 eller 2012	RUS-diagnose	SMI ¹	Behandlet i 2011	
HF med TSB (gruppe 1)	26	39	20	27	4	67	20
Private med TSB (gruppe 3.1)	24	36	19	24	4	59	26
Privat poliklinikk (gruppe 3.2)	35	51	16	34	5	50	22
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	18	28	11	16	3	62	28
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	36	46	19	37	2	81	9
Private langtid (gruppe 5.1)	29	40	22	29	2	68	18
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	47	62	36	50	4	72	13
Totalt	35	49	29	39	6	63	22

¹ Alvorlig psykisk lidelse (SMI) er definert ved ICD-10: F20, F22-F29, F30-F31.

Tabell 4.19
Fordelingen av pasienter etter antall kontakter/konsultasjoner i TSB i 2012.

Gruppe	Andel (prosent) pasienter fordelt etter antall kontakter/konsultasjoner pasienten har hatt i løpet av året						Median antall kontakter
	1 kon- takter	2-3 kon- takter	4-6 kon- takter	7-10 kon- takter	11-20 kon- takter	> 21 kon- takter	
HF med TSB (gruppe 1)	16	17	16	13	19	18	7
Private med TSB (gruppe 3.1)	20	26	18	14	14	9	4
Privat poliklinikk (gruppe 3.2)	12	12	14	15	22	25	10
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	17	16	18	15	20	14	6
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	34	29	21	10	5	1	3
Private langtid (gruppe 5.1)	14	15	18	19	21	14	7
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	30	17	23	16	9	5	4
Totalt	17	18	16	14	18	16	7

behandling i TSB i 2011 og 40 prosent av pasientene har også vært i behandling i psykisk helsevern. I tabell 4.19 er antall kontakter i løpet av 2012 presentert for de polikliniske pasientene. I og med at vi verken kjenner til oppstarten av henvisningsperioden, eller hvorvidt den er avsluttet i løpet av 2012, vil dette kun være et øyeblikksbilde av aktiviteten i løpet av kalenderåret 2012. Tabell 4.19 viser at omfanget av poliklinisk kontakt som gis pasientene i TSB i 2012 er på 7 kontakter per pasient. I og med at helseforetakene utfører brorparten av den polikliniske virksomheten er dette styrende for landsgjennomsnittet. Ved private foretak (gruppe 3.1) er

median antall kontakter per pasient på 4 kontakter i løpet av 2012. Flest kontakter per pasient har de private poliklinikkene, her er median antall kontakter på 10 i løpet av ett år. Fordelingen av andel polikliniske kontakter viser at en tredjedel av pasientene har hatt inntil 3 kontakter/konsultasjoner i løpet av 2012. Ved de private med helhetlig TSB (gruppe 3.1) gjelder dette 46 prosent av pasientene. Ved de private poliklinikkene er det en fjerdedel av pasientene som har hatt inntil 3 konsultasjoner mens nesten halvparten av pasientene har hatt mer enn ti konsultasjoner i løpet av året.



5

Personell og kapasitetsutnytting i TSB i 2012

I alt 60 prosent av årsverkene er knyttet til helseforetakene mens 40 prosent er knyttet til de private institusjonene. Andel helsefaglige årsverk utgjør 46 prosent av alle årsverk. I helseforetakene utgjør helsefaglig personell halvparten av årsverkene. Poliklinisk virksomhet har 60 prosent helsefaglige årsverk mens innen døgntilbudet er andelen på om lag 40 prosent.

Når det gjelder døgntilbudet er forskjellen mellom helseforetakene og private med helhetlig TSB (gruppe 3) knyttet til flere helsefaglige årsverk per døgnpasient per dag. Også sosialfaglige årsverk per døgnpasient per dag er høyere ved helseforetakene sammenlignet med de private med TSB. Andel årsverk med høyskole eller universitetsutdanning er høyere ved helseforetakene sammenlignet med private med helhetlig TSB (gruppe 3) og forskjellen er knyttet til at helseforetakene har flere årsverk med høyskoleutdanning innen døgnavirksomheten.

5.1 Innledning

I og med at en stor andel av kostnadene i TSB er lønns-kostnader, er det grunn til å anta at personelltettheten, personellsammensetningen og kompetansen i virksomheten er av betydning for kostnadsnivået. Videre er spesialisering og videreutdanning blant personellet faktorer som kan bidra til forskjeller i kostnadsnivå.

5.2 Resultater

Personell totalt

I tabell 5.1 er antall årsverk i TSB i 2012 presentert for utvalgte utdanningsgrupper og institusjonsgruppene. I tabell 5.2 er andel årsverk i utvalgte utdanningsgrupper presentert for helseforetakene med TSB og hver av gruppene med private foretak.

Tabell 5.1
Antall årsverk totalt i TSB etter type personell i 2012.

Gruppe	Leger	Psyko- loger	Helse- per- sonell ¹	Sosionom/ barne- verns- pedagog	Spesialisert/ videre- utdannet personell ²	Helse- og sosialfaglig personell	Totalt personell
HF med TSB (gruppe 1)	117	230	1 096	394	788	1737	2 210
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	23	67	286	84	163	435	599
Privat poliklinikk (gruppe 3.2)	5	27	36	16	41	62	78
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	7	19	56	12	45	74	94
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	2	10	79	70	49	190	308
Private langtid (gruppe 5.1)	3	22	78	37	43	133	220
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	1	5	41	24	23	87	157
Totalt	158	381	1 670	637	1 152	2 718	3 666
HF med delvis TSB (gruppe 2)	7	13	59	24	63	107	129
Uten avtaleplasser/oppstart 2012 (gruppe 6)	2	3	29	10	11	70	119
Samdata 2012	168	397	1 760	672	1 226	2 895	3 914

¹ Helsepersonell er leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

² Spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid og/eller rusproblematikk.

Tabell 5.2
Andel (prosent) årsverk i TSB etter type personell. Årsverk totalt i 2012.

Gruppe	Leger	Psyko- loger	Helse- per- sonell ¹	Sosionom/ barne- verns- pedagog	Spesialisert/ videre- utdannet personell ²	Helse- og sosial- faglig personell	Årsverk med høgskole/ universitet- utdanning
HF med TSB (gruppe 1)	5	10	50	18	36	79	73
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	4	11	48	14	27	73	66
Privat poliklinikk (gruppe 3.2)	6	34	47	20	52	79	78
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	8	20	59	12	47	79	77
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	1	3	26	23	16	62	56
Private langtid (gruppe 5.1)	1	10	36	17	20	61	56
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	1	3	26	15	14	55	50
Totalt	4	10	46	17	32	74	69

¹ Helsepersonell er leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

² Spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid og/eller rusproblematikk.

Samlet sett utgjør leger/psykologer 15 prosent av årsverkene, helsepersonell utgjør 46 prosent og nesten $\frac{3}{4}$ av årsverkene har helse- og sosialfaglig utdanning. Nesten en tredjedel av årsverkene har videreutdanning. Institusjonene som ligger lavere enn disse gjennomsnittstallene er private døgningstusjoner som ikke har poliklinikker: *Private med sammensatt tilbud u/polikl*, *Private langtid* og *Kollektiv/TS*. Institusjonene har opp mot 40 prosent årsverk uten helse- og sosialfaglig utdanning. Pedagoger og annet personell i pasientrettet arbeid uten formell helse- og sosialfaglig utdanning inngår i denne andelen. De øvrige private institusjonene ligger på linje med helseforetakene når det gjelder kompetanse målt ved disse indikatorene.

Personellsammensetningen ved poliklinikkene skiller seg fra personellsammensetningen i TSB samlet sett ved en særlig høy andel leger/psykologer. Dette gjenfinnes også for institusjonskategori *Privat poliklinikk* og *Private med sammensatt tilbud m/polikl*. I tabell 5.5 er polikliniske personell presentert separat. I tabellene 5.3 og 5.4 er kompetansen innen døgntilbud og bruken av

døgntilbudet presentert. I vedleggstabellene 8, 9 og 10 er årsverk totalt, døgntilbud og bruken av døgntilbud presentert for hvert helseforetak og for hver av de private institusjonene.

Personell innen døgntilbudet

I tabell 5.3 er kompetansen blant årsverkene innen døgntilbudet presentert. For døgntilbudet er kompetansesammensetningen preget av en lavere andel helsepersonell og spesialisert/videreutdannet personell. Samlet sett utgjør leger og psykologer ni prosent av årsverkene og helsepersonell samlet utgjør 41 prosent av årsverkene. Innslaget av sosialfaglig kompetanse er lite endret sammenlignet med årsverk totalt (tabell 5.2). Det er noen forskjeller mellom helseforetakene og private foretak med helhetlig tilbud innen TSB: Andel psykolog årsverk er høyere ved de private mens legeårsverk utgjør fire prosent av årsverkene ved både helseforetakene og de private foretakene i gruppe 3.1. Videre er andel årsverk med høyskoleutdanning høyere ved de offentlige foretakene sammenlignet med de private i denne gruppen.

Tabell 5.3
Andel årsverk innen døgntilbudet i TSB etter type personell i 2012.

Gruppe	Andel (prosent) årsverk						Årsverk totalt
	Lege Psykolog	Helse- personell ¹	Sosio- nom/ barne- verns- pedagog	Spesialis- ert/videre- utdannet personell ²	Helse- og sosial personell	Høyskole/ univer- sitets- utdanning	
HF med TSB (gruppe 1)	9	46	14	18	73	65	1 533
Private med TSB (gruppe 3.1)	11	43	12	17	68	61	515
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	21	59	7	39	77	74	60
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	4	26	23	16	62	56	308
Private langtid (gruppe 5.1)	9	33	16	17	59	53	208
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	4	26	14	13	54	49	154
Total	9	41	15	18	69	62	2 778

¹ Helsepersonell er leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

² Spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid og/eller rusproblematikk.

Tabell 5.4
Personell og kapasitetsutnytting i døgntillegget i TSB i 2012.

Gruppe	Opphold per døgns- verk	Personell- faktor ¹	Behandler- faktor ²	Helse- personell- faktor ³	Sosial- personell- faktor ⁴	Beleggs- prosent ⁵
HF med TSB (gruppe 1)	5,1	2,6	1,7	1,2	0,4	83
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	5,9	1,9	1,1	0,8	0,2	97
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	9,3	0,9	0,7	0,5	0,1	91
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	4,0	1,1	0,6	0,3	0,2	101
Private langtid (gruppe 5.1)	2,9	1,3	0,7	0,4	0,2	101
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	2,9	1,2	0,6	0,3	0,2	104
Totalt	5,0	1,8	1,1	0,8	0,3	92

¹ Personelfaktoren er antall årsverk per pasient per dag i gjennomsnitt.

² Behandlerfaktoren er antall årsverk med høyskole/universitetsutdanning per pasient per dag i gjennomsnitt.

³ Helsepersonelfaktor er antall helsefaglige årsverk per pasient per dag i gjennomsnitt.

⁴ Sosialpersonelfaktor er antall sosialfaglige årsverk per pasient per dag i gjennomsnitt.

⁵ Beleggsprosent er antall oppholdsdøgn dividert med døgnplasskapasiteten i løpet av året. Når beleggsprosenten er over 100 betyr det at flere døgnplasser er enn det avtalefestende antallet er tatt i bruk.

I tabell 5.4 er bruken av årsverkene på opphold og oppholdsdøgn og beleggsprosent beregnet. Sammenligningen av helseforetakene med private foretak med helhetlig TSB viser at det er flere opphold per årsverk ved de private. Videre er personelfaktoren og behandlerfaktorene høyere ved helseforetakene sammenlignet med private med helhetlig TSB. Beleggsprosenten er lavere ved helseforetakene, og dette medfører i seg selv en lavere personelfaktor. Selv om man tar hensyn til dette er personelfaktoren fremdeles høyere ved helseforetakene sammenlignet med de private med helhetlig TSB. Det er særlig helsepersonelltettheten som er høyere i behandlingen ved helseforetakene, men også sosialfaglig personell er i større grad representert i behandlingen av hver pasient ved helseforetakene

sammenlignet med de private i gruppe 3. Som nevnt tidligere er administrativt personell i større grad å finne blant disse årsverkene. Dersom helse- og sosialfaglig personell i større grad er å finne blant administrativt personell ved helseforetakene sammenlignet med de private med helhetlig TSB vil dette kunne bidra til å forklare noen av forskjellene. Dette har vi ikke tall på for 2012.

Personell innen poliklinisk virksomhet

Personellet som arbeider poliklinisk er oppsummert i tabell 5.5. Årsverkene er fordelt på utvalgte utdanningskategorier. Dette er årsverk som er rapportert som personell i poliklinisk virksomhet som også kan omfatte poliklinisk virksomhet utenfor poliklinikkene.

Tabell 5.5
Andel årsverk innen poliklinisk virksomhet i TSB etter type personell i 2012.

Gruppe	Andel (prosent) årsverk						Årsverk totalt
	Lege Psykolog	Helse- per- sonell ¹	Sosio- nom/ barne- verns- pedagog	Spesialis- ert/videre- utdannet personell ²	Helse- og sosial personell	Høgskole/ universitets- utdanning	
HF med TSB (gruppe 1)	32	59	26	76	92	92	680
Private med helhetlig TSB (gruppe 3.1)	41	74	25	93	100	100	84
Privat poliklinikk (gruppe 3.2)	57	66	16	79	92	92	53
Private sammensatt m/polikl (gruppe 4.1)	39	60	22	63	82	82	34
Private sammensatt u/polikl (gruppe 4.2)	0	0	78	67	89	89	9
Private langtid (gruppe 5.1)	47	66	23	64	93	90	14
Kollektiv/TS (gruppe 5.2)	10	43	45	61	100	100	5
Totalt	34	60	26	77	93	92	878

¹ Helsepersonell er leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

² Spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid og/eller rusproblematikk.

Tabellen viser at personellsammensetningen innen den polikliniske virksomheten har en tyngre helsefaglig profil sammenlignet med personellet ved døgnenhetene. Samlet sett har 93 prosent av årsverkene helse- og sosialfaglig utdanning og så å si samtlige har høyskole og eller universitetsutdanning innen dette fagfeltet. Videre har i alt 77 prosent av årsverkene spesialisering i psykiatri eller videreutdanning innen psykisk helsearbeid eller rusproblematikk. Dette viser at den polikliniske virksomhet har en annen fagsammensetning blant sine årsverk sammenlignet med døgnvirksomheten.

Vedlegg

Vedleggstabell 1: Kostnader til pasientbehandling i TSB for 2012, angitt i tusen kroner. Grunnlag for kostnadsindikatorer.									
Foretak	Totale driftskostnader ekskl kjøp av pasientbehandling (A)	Medikamentkostnader til LAR (B)	Pensjon og arbeidsgiveravgift (andel)	Husleie, av- og nedskr. (andel)	Ekskluderte kostnader (C)	Kostnader til pasientbehandling (A-B-C)	Estimerte kostnad til døgnavdelinger	Estimerte kostnader til poliklinikk	Polikliniske inntekter
Offentlige helseforetak med etablert tilbud (gruppe 1)									
Sykehuset Østfold HF	170 663	22 353	25	2	3 659	144 651	94 165	50 486	9 615
Akershus universitetssykehus HF	184 216	24 614	23	6	1 293	158 309	107 383	50 926	10 920
Oslo universitetssykehus HF	428 288	53 715	24	4	45 899	328 674	303 660	25 014	5 256
Sykehuset Innlandet HF	216 550	17 594	23	4	17 982	180 974	135 552	45 422	10 877
Vestre Viken HF	223 822	24 318	22	3	6 156	193 348	154 484	38 864	9 637
Sykehuset i Vestfold HF	192 285	21 794	23	2	2 969	167 522	104 403	63 119	12 324
Sørlandet sykehus HF	190 150	23 579	24	2	11 696	154 875	110 857	44 018	10 651
Helse Stavanger HF	127 222	8 778	19	9	8 685	109 759	55 416	54 343	9 518
Helse Fonna HF	75 820	8 056	23	0	205	67 559	46 410	21 149	2 157
Helse Bergen HF	210 142	20 411	20	10	4 113	185 618	139 836	45 782	6 035
Helse Førde HF	44 139	1 812	21	6	3 194	39 133	39 133	0	2
Rusbehandling Midt-Norge HF	247 015	20 417	18	10	35 124	191 474	160 341	31 133	4 584
Helgelandssykehuset HF	14 708	0	11	5	18	14 690	14 690	0	50
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	184 352	14 891	17	4	22 554	146 907	132 802	14 105	3 066
Helse Finnmark HF	18 288	0	11	9	111	18 177	18 177	0	9
Offentlige helseforetak under etablering (gruppe 2)									
Sykehuset i Telemark HF	45 151	9 575	25	3	1 166	34 410	12 517	21 893	5 255
Helse Nord-Trøndelag HF	37 985	0	25	2	998	36 987	22 190	14 797	3 587
Nordlandssykehuset HF	33 243	7 319	19	5	1 788	24 136	19 427	4 709	808
Private med fullverdig tilbud (gruppe 3)									
Rogaland A-senter AS	91 749	0	19	5	18 179	73 570	58 972	14 598	3 346
Stiftelsen Bergensklinikkene	135 572	0	19	4	26 877	108 695	85 594	23 101	6 128
Lade Behandlingssenter Blå kors BA	121 834	0	18	10	5 054	116 780	103 323	13 457	3 021
Borgestadklinikken	207 843	0	21	6	34 838	173 005	158 045	14 960	3 977

Foretak	Totale driftskostnader ekskl kjøp av pasient- behandling (A)	Medikamentkostnader til LAR (B)	Pensjon og arbeid- sgiveravgift (andel)	Husleie, av- og nedskr. (andel)	Ekskluderte kostnader (C)	Kostnader til pasient- behandling (A-B-C)	Estimerte kostnad til døgnavdelinger	Estimerte kostnader til poliklinikk	Polikliniske inntekter
Lovisenberg diakonale sykehus, ruspoliklinikk	19 278	0	16	12	0	19 278	0	19 278	4 141
Blå Kors Øst, ruspoliklinikk	16 611	0	8	10	37	16 574	0	16 574	3 521
Private med sammensatt tilbud (gruppe 4)									
A-senteret	37 982	0	18	16	103	37 879	24 596	13 283	2 683
Incognito klinikk	23 847	0	23	2	0	23 847	18 647	5 200	665
Trasoppklinikken Stiftelsen	35 104	0	21	8	72	35 032	26 379	8 653	1 517
Valdresklinikken Stiftelsen	15 358	0	7	4	135	15 223	15 223	0	0
Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	21 229	0	12	8	4	21 225	21 225	0	0
Blå Kors Behandlingssenter Eina	24 928	0	7	13	109	24 819	24 819	0	0
Riisby Behandlingssenter	41 859	0	18	9	89	41 770	41 770	0	0
Sigma Nord AS	36 967	0	8	15	0	36 967	36 967	0	0
Tyrili, Kampen	115 087	0	13	9	29 457	85 630	85 630	0	0
Veslelien	51 841	0	17	12	284	51 557	51 557	0	0
Privat langtidsbehandling (gruppe 5)									
Frelsesarmeens Behandlingssenter	23 476	0	16	2	304	23 172	23 172	0	0
Haugaland A-senter	42 119	0	19	7	234	41 885	34 242	7 643	2 025
Kalfaret Behandlingssenter	17 023	0	10	8	158	16 865	15 298	1 567	110
Fossen Rusbehandling AS	20 537	0	10	9	201	20 336	20 336	0	0
Fredheim Stiftelsen	30 490	0	16	6	11 440	19 050	19 050	0	0
Langørjan Gård	16 320	0	9	17	39	16 281	16 281	0	0
Origosenteret	50 284	0	19	8	267	50 017	50 017	0	0
N K S Kvamsgrindkollektivet AS	24 056	0	18	4	32	24 024	21 933	2 091	325
Fossumkollektivet Stiftelsen	92 847	0	11	7	58 600	34 247	34 247	0	0
Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	10 478	0	13	8	30	10 448	10 448	0	0
Renåvangen Stiftelsen	20 381	0	14	1	3	20 378	20 378	0	0
Samtun AS	20 205	0	15	5	200	20 005	20 005	0	0
Solliakollektivet Stiftelsen	24 189	0	12	3	1 700	22 489	22 489	0	0
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	15 083	0	5	8	197	14 886	14 886	0	0

Vedleggstabell 2:
Volumet av pasientbehandling innen TSB i 2012. Samdata 2012.

Foretak		Oppholds- døgn 2012	Døgnopphold 2012	Konsultasjoner totalt 2012	Konsultasjoner m/ref 2012
Helseforetak med etablert tilbud	Sykehuset Østfold HF	12 314	357	23 908	19 801
	Akershus universitetssykehus HF	11 204	788	23 534	22 628
	Oslo universitetssykehus ¹	27 564	2090	21 401	8 614
	Sykehuset Innlandet HF	18 521	469.16	19 762	18 603
	Vestre Viken	20 786	605	18 386	16 074
	Psykiatrien i Vestfold HF	12 236	481	29 459	26 366
	Sørlandet sykehus HF	18 881	852	27 155	21 117
	Helse Stavanger HF ²	8 602	78.97	28 656	24 099
	Helse Fonna	3 253	99	7 339	5 231
	Helse Bergen HF	21 333	299	12 246	11 767
	Helse Førde HF	4 478	81	24	24
	Rusbehandling Midt-Norge HF	32 490	818	12 935	12 143
	Helgelandssykehuset HF	2 773	83	16	16
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	20 906	667	9 147	7 539
	Helse Finnmark HF	3 617	118	69	64
Helseforetak med delvis TSB	Sykehuset i Telemark HF	1 031	40	17 558	17 558
	Helse Nord-Trøndelag HF	1 634	41	5 258	5 059
	Nordlandssykehuset HF	1 931	58	1 141	1 120
Private med helhetlig tilbud	Borgestadklinikken	45 543	855	7 733	5 650
	Lade Behandlingssenter	21 405	844	6 144	5 653
	Rogaland A-senter AS	9 641	477	8 157	6 178
	Stiftelsen Bergensklinikkene	23 372	885	12 609	11 431
Private poliklinikker	Blå Kors Øst	0	0	6 363	5 656
	DPS Vinderen, ruspoliklinikk	0	0	8 746	8 313
	Tøyen DPS, Seksjon ruspoliklinikk	0	0	7 585	7 408
Private med sammensatt tilbud	med poliklinikk				
	A-senteret	6 808	91	6 819	6 136
	Incognito klinikk	7 963	141	4 266	3 828
	Trasoppklinikken Stiftelsen	9 969	327	4 283	4 283
	uten poliklinikk				
	Blå Kors Behandlingssenter Eina	10 638	83	54	0
	Riisby Behandlingssenter	15 925	194	0	0
	Sigma Nord AS ³	17 845	226	0	0
	Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	7 722	54	278	0
	Tyrili, Kampen	30 862	230	984	0
	Valdresklinikken Stiftelsen	7 417	343	237	0
	Veslelien	14 967	100	0	0

Foretak		Oppholds- døgn 2012	Døgnopphold 2012	Konsultasjoner totalt 2012	Konsultasjoner m/ref 2012
Private langtids- institusjoner	Fossen Rusbehandling AS	9 010	86	0	0
	Fredheim Stiftelsen	7 598	53	0	0
	Frelsesarmeens behandlingssenter	4 403	85	111	0
	Haugaland A-senter	9 145	164	7 093	5 821
	Kalfaret Behandlingssenter	5 108	59	831	831
	Langørjan Gård	5 887	44	0	0
	Origosenteret	15 342	106	1 067	0
Kollektiv/TS	Fossumkollektivet Stiftelsen	7 927	63	1	0
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	2 885	36	48	0
	Kvamsgrindkollektivet AS	6 927	52	607	575
	Renåvången Stiftelsen	9 489	144	27	0
	Samtun AS	7 878	53	272	0
	Solliakollektivet Stiftelsen	8 435	70	38	0
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	3 557	28	0	0
Institusjoner uten avtale- plasser eller med oppstart i 2012 ⁴	Frelsesarmeen Fetsund	325	12	0	0
	Incita, østsiden	1 016	9	0	0
	Karmsund ABR Senter Stiftelsen	3 115	30	0	0
	Nybøle	6 520	38	0	0
	Phoenix Haga	8 788	54	0	0

¹ Antall refusjonsberettigede konsultasjoner er endret fra 20 979 til 8 228.

² Ettervernsplasser (3086 oppholdsdøgn v/Helse Stavanger) er ikke inkludert her men inngår i Samdata 2012.

³ Aktivitet finansiert utenfor spesialistehelsetjenesten ved Sigma Nord (8228 oppholdsdøgn) er tatt ut.

⁴ Alfa behandlingssenter (26 oppholdsdøgn) er ikke tatt med her, men er inkludert i Samdata 2012.

Vedleggstabell 3:
Varighet av døgntilleggsbehandling ved HF og private institusjoner 2012.

Foretak		Nedre kvartil ¹	Median ²	Øvre kvartil ³	Trimpunkt ⁴	Utskrivninger HF/ private	
HF med TSB	Sykehuset Østfold HF	8	14	21	41	325	
	Akershus universitetssykehus HF	7	11	15	27	761	
	Oslo universitetssykehus	3	6	12	26	2 034	
	Sykehuset Innlandet HF	7	13	24	50	399	
	Vestre Viken	9	20	28	57	544	
	Psykiatrien i Vestfold HF	10	18	28	55	456	
	Sørlandet sykehus HF	7	13,5	22	45	798	
	Helse Stavanger HF	22	104,5	309,5	741	56	
	Helse Fonna	7,5	14	21	41	88	
	Helse Bergen HF	17	47,5	106	240	242	
	Helse Førde HF	28	45	91	186	71	
	Rusbehandling Midt-Norge HF	4	14	56	134	732	
	Helgelandssykehuset HF	13	37	51	108	74	
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	9	21	51	114	610	
	Helse Finnmark HF	13	21	41,5	84	108	
HF med delvis TSB	Helse Nord-Trøndelag HF	32	42	50	77	38	
	Nordlandssykehuset HF	4,5	10,5	21,5	47	4	
Private med helhetlig tilbud	Borgestadklinikken	9	20	81	189	738	
	Lade Behandlingssenter	4	7	22	49	782	
	Rogaland A-senter AS	6	10,5	17	34	444	
	Stiftelsen Bergensklinikkene	10	15	28	55	819	
Private med sammensatt tilbud	med poliklinikk	A-senteret	84	96	118	169	70
		Incognito klinikk	43	63	90	161	121
		Trasoppklinikken Stiftelsen	7	23	62	145	306
	uten poliklinikk	Blå Kors Behandlingssenter Eina	115	185	290	553	55
		Risby Behandlingssenter	6	30	186	456	155
		Sigma Nord AS	4	24	93	227	249
		Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	117,5	207,5	365	736	32
		Tyrili, Kampen	90	201	365	778	146
		Valdresklinikken Stiftelsen	3	3	17	38	325
		Veslelien	182	236,5	366	642	66

Foretak		Nedre kvartil ¹	Median ²	Øvre kvartil ³	Trimpunkt ⁴	Utskrivninger HF/private
Private langtid	Fossen Rusbehandling AS	92	167	238	457	57
	Fredheim Stiftelsen	54,5	194	369	841	36
	Frelsesarmeens behandlingssenter	11	25	56	124	73
	Haugaland A-senter	27	55	91	187	139
	Kalfaret Behandlingssenter	49	99	181	379	43
	Langørjan Gård	36,5	184	451,5	1 074	32
	Origosenteret	93	297	370	786	68
Kollektiv/TS	Fossumkollektivet Stiftelsen	29	116,5	315	744	46
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	38	69	113	226	27
	Kvamsgrindkollektivet AS	147	244	298	525	31
	Renåvangen Stiftelsen	2	7	86,5	213	116
	Samtun AS	52	161	451	1 050	31
	Solliakollektivet Stiftelsen	83	151,5	260,5	527	44
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	31	122	366	869	22
Uten avtale-plasser/oppstart 2012	Karmsund ABR Senter Stiftelsen	30	90,5	154,5	341	20
	Nybøle	113	362,5	403,5	839	28
	Phoenix Haga	64	162,5	369,5	828	36

¹ Nedre kvartil Q_1 er maksimal varighet for de 25% korteste døgnoppholdene.

² Median varighet angir antall dager som er maksimal varighet for halvparten av utskrivningene sortert med hensyn på oppholdstid.

³ Øvre kvartil Q_3 er minste varighet for de 25% lengste døgnoppholdene.

⁴ Trimpunktet beregnes ved $T = Q_3 + 1.5 * (Q_3 - Q_1)$, og er den estimert grensen for antall dager hvor 95% av døgnoppholdene er avsluttet.

Vedleggstabell 4:
Forløp innen ett år etter utskrivning fra HF og private institusjoner. Andel (prosent) utskrivninger i 2011.

Foretak	Overføringer				Ny innleggelse				Enkel utskrivning
	TSB		PHV	TSB			PHV		
	annet HF	Privat		samme HF/inst	annet HF	Privat			
HF med TSB	Sykehuset Østfold HF	5	9	2	31	2	3	10	38
	Akershus universitetssykehus HF	2	8	3	33	8	4	11	32
	Oslo universitetssykehus	3	6	1	50	4	3	6	26
	Sykehuset Innlandet HF	2	11	7	22	5	4	16	35
	Vestre Viken	1	4	3	33	5	3	10	42
	Psykiatrien i Vestfold HF	3	6	2	27	2	5	12	43
	Sørlandet sykehus HF	1	9	6	33	1	4	14	32
	Helse Stavanger HF	0	6	8	3	0	17	17	50
	Helse Fonna	0	0	6	13	0	6	13	63
	Helse Bergen HF	0	4	3	23	1	21	6	41
	Helse Førde HF	0	1	0	15	1	9	15	58
	Rusbehandling Midt-Norge HF	1	3	3	41	1	7	11	34
	Helgelandssykehuset HF	3	0	0	25	3	0	15	55
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1	4	2	33	1	5	16	39
	Helse Finnmark HF	Mangler pasientdata 2011							
HF med delvis TSB	Helse Nord- Trøndelag HF	0	0	0	0	3	11	24	62
Private med helse-tilbud	Borgestadklinikken	1	2	2	26	6	1	11	52
	Lade Behandlingssenter	10	4	3	35	3	1	9	35
	Rogaland A-senter AS	6	10	3	22	3	7	13	36
	Stiftelsen Bergensklinikken	6	7	1	36	4	5	8	33

Foretak		Overføringer				Ny innleggelse				Enkel utskriv- ning	
		TSB		PHV		TSB			PHV		
		annet HF	Privat			PHV	annet HF	Privat			
Private med sammensatt tilbud	med poli- klinikk	A-senteret	4	0	0	0	3	23	3	5	62
		Incognito klinikk	0	0	0	0	5	13	2	10	71
	uten poliklinikk	Trasoppklinikken Stiftelsen	2	0	0	0	36	6	1	6	49
		Blå Kors Behandlingssenter Eina	0	0	0	2	4	14	2	8	69
		Riisby Behandlingssenter	0	2	1	1	43	10	3	10	31
		Sigma Nord AS	0	0	0	0	49	7	2	8	34
		Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	3	12	6	6	0	6	12	6	55
		Tyrili, Kampen	0	6	1	1	6	16	3	6	62
		Valdresklinikken Stiftelsen	0	1	0	0	62	3	2	3	29
		Veslelien	0	3	0	0	1	24	3	7	61
Private langtid	Fossen Rusbehandling AS	0	0	1	1	7	12	15	10	54	
	Fredheim Stiftelsen	3	0	8	8	0	23	0	20	48	
	Frelsesarmeens behandlingssenter	7	0	11	11	22	0	30	0	30	
	Haugaland A-senter	1	0	1	1	14	3	14	14	53	
	Kalfaret Behandlingssenter	0	0	3	3	6	6	32	6	47	
	Langørjan Gård	7	7	7	7	20	7	0	0	53	
	Origosenteret	2	0	0	0	0	20	0	7	70	
	Fossumkollektivet Stiftelsen	0	0	0	0	33	17	0	17	33	
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	0	0	5	5	5	26	5	11	47	
	Kvamsgrindkollektivet AS	0	9	6	6	23	9	14	6	34	
Kollektiv/TS	Renåvangen Stiftelsen	0	1	0	0	65	8	3	3	20	
	Samtun AS	0	0	0	0	0	9	3	12	76	
	Solliakollektivet Stiftelsen	0	0	0	0	35	10	2	6	47	
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	0	5	14	14	0	14	5	19	43	
	Karmsund ABR Senter Stiftelsen	0	3	0	0	5	7	16	16	52	
	Nybøle	0	0	3	3	3	35	0	16	42	
	Phoenix Haga	0	0	4	4	2	18	8	12	57	
	Uten avtale- plasser/ oppstart 2012										

Vedleggstabell 5:
Manglende innrapportering av hovedtilstand, NCMP, Individuell plan (IP), avslutningsmåte, oppfølgings-
type ved utskrivning fra HF/ privat institusjon. 2012.

Foretak		Andel (prosent) utskrivninger fra HF/private institusjoner som mangler:					Antall utskrivninger
		Hovedtilstand	NCMP	IP	Avslutningsmåte	Oppfølgingsstype	
HF med TSB	Sykehuset Østfold HF	4	62	17	95	81	325
	Akershus universitetssykehus HF	5	60	48	100	100	761
	Oslo universitetssykehus	0	28	24	100	100	2 034
	Sykehuset Innlandet HF	5	29	25	100	100	399
	Vestre Viken	2	34	27	100	100	544
	Psykiatrien i Vestfold HF	7	100	34	100	100	456
	Sørlandet sykehus HF	0	36	59	100	100	798
	Helse Stavanger HF	7	75	52	100	100	56
	Helse Fonna	10	100	64	100	100	88
	Helse Bergen HF	66	100	81	100	100	242
	Helse Førde HF	1	93	30	93	80	71
	Rusbehandling Midt-Norge HF	2	16	9	51	33	732
	Helgelandssykehuset HF	15	100	55	100	100	74
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	59	98	90	100	100	610
	Helse Finnmark HF	0	14	10	100	100	108
HF med delvis TSB	Helse Nord-Trøndelag HF	3	68	87	100	100	38
	Nordlandssykehuset HF	0	100	100	100	100	4
Private med helhetlig tilbud	Borgestadklinikken	5	24	60	100	100	738
	Lade Behandlingssenter	6	98	5	39	27	782
	Rogaland A-senter AS	0	13	30	21	8	444
	Stiftelsen Bergensklinikkene	2	8	2	37	17	819
Private med sammensatt tilbud	med poliklinikk	A-senteret	0	1	4	64	70
		Incognito klinikk	2	27	13	79	121
		Trasoppklinikken Stiftelsen	0	38	0	42	306
	uten poliklinikk	Blå Kors Behandlingssenter Eina	0	5	7	51	55
		Riisby Behandlingssenter	15	94	1	75	155
		Sigma Nord AS	2	31	6	33	249
		Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	0	3	0	44	32
		Tyrili, Kampen	1	3	1	37	146
		Valdresklinikken Stiftelsen	14	5	0	24	325
		Veslelien	98	97	15	21	66

Foretak		Andel (prosent) utskrivninger fra HF/private institusjoner som mangler:					Antall utskrivninger
		Hovedtilstand	NCMP	IP	Avslutningsmåte	Oppfølgingstype	
Private langtid	Fossen Rusbehandling AS	7	21	18	33	26	57
	Fredheim Stiftelsen	3	36	47	19	14	36
	Frelsesarmeens behandlingssenter	74	93	82	96	86	73
	Haugaland A-senter	1	20	27	76	40	139
	Kalfaret Behandlingssenter	0	37	0	51	40	43
	Langørjan Gård	28	34	66	47	31	32
	Origosenteret	10	0	3	78	15	68
Kollektiv/TS	Fossumkollektivet Stiftelsen	63	100	0	83	39	46
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	30	4	37	48	30	27
	Kvamsgrindkollektivet AS	0	10	0	61	10	31
	Renåvangen Stiftelsen	19	66	3	85	13	116
	Samtun AS	0	10	0	6	3	31
	Solliakollektivet Stiftelsen	18	100	0	39	14	44
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	0	23	36	23	18	22
Uten avtale- plasser/ oppstart 2012	Karmsund ABR Senter Stiftelsen	35	90	0	100	100	20
	Nybøle	0	4	0	100	100	28
	Phoenix Haga	6	3	14	100	100	36

Vedleggstabell 6:
Andel (prosent) utskrivninger fra HF/ privat institusjon etter type ruslidelse. Andel av alle med registrert hovedtilstandskode. 2012.

Foretak	Ruslidelser kap F10-F19							ICD 10: F0,F20-F99	Andre koder i ICD 10	Totalt
	Alkohol	Opiater	Cannabis	Sedativa og hypnotika	Andre stimulanter	Multiple stoffer	Kokain, hallusinogener og flyktige løsemidler			
HF med TSB	Sykehuset Østfold HF	17,9	52,1	4,8	5,8	16	0,3	2,9	0	100
	Akershus universitetssykehus HF	45,4	25,2	3,5	4,6	3,9	15,1	1,9	0,3	100
	Oslo universitetssykehus	42,3	37,2	3,2	5,7	5,8	2,5	1,7	0,4	100
	Sykehuset Innlandet HF	23,9	44,1	7,6	2,4	5,2	7,9	7,1	1	100
	Vestre Viken	18,6	33,1	6,2	3,8	7,9	24,1	0,6	5,5	100
	Psykiatrien i Vestfold HF	28,8	32,1	13,4	6,4	14,6	1,9	1,2	1,4	100
	Sørlandet sykehus HF	30,5	20,2	4,8	2	5,7	32,9	0,6	2,4	100
	Helse Stavanger HF	5,8	25	5,8	1,9	13,5	23,1	0	25	100
	Helse Fonna	7,6	63,3	7,6	3,8	1,3	13,9	0	2,5	100
	Helse Bergen HF	26,8	25,6	0	3,7	17,1	20,7	0	6,1	100
	Helse Førde HF	32,9	18,6	4,3	2,9	0	34,3	0	7,1	100
	Rusbehandling Midt-Norge HF	54,5	11,2	6,8	2,8	12,4	4,6	0	7,4	100
	Helgelandsykehuset HF	28,6	3,2	4,8	0	3,2	31,7	0	28,6	100
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	50	15,5	5,2	2,8	14,3	4	0	7,5	100
HF med delvis TSB	Helse Finnmark HF	60,2	0	0,9	1,9	3,7	31,5	0	1,9	100
	Helse Nord-Trøndelag HF	18,9	2,7	13,5	0	5,4	8,1	0	51,4	100
	Nordlandssykehuset HF	0	50	0	0	25	0	0	25	100
Private med helhetlig tilbud	Borgestadklinikken	43,5	9,1	5,4	6,5	4,4	22,3	0	4,3	100
	Lade Behandlingssenter	46,3	22,1	7,2	6	10,6	6	0,1	1,8	100
	Rogaland A-senter AS	37,7	29,6	5,2	5	5,6	15,8	0,5	0,2	100
	Stiftelsen Bergensklippene	27,7	51	3,2	3,9	7	0,9	0,1	6,1	100

Foretak	Ruslidelser kap F10-F19							ICD 10: F0,F20-F99	Andre koder i ICD 10	Totalt				
	Alkohol	Opiater	Cannabis	Sedativa og hypnotika	Andre stimulanter	Multiple stoffer	Kokain, hallusinogener og flyktige løsemidler							
Foretak	Private med sammensatt tilbud	med poliklinikk	A-senteret	87,1	2,9	4,3	0	1,4	1,4	2,9	0	0	100	
			Incognito klinikk	78,2	4,2	3,4	12,6	0,8	0,8	0	0	0	100	
			Trasoppklinikken Stiftelsen	75,5	4,2	3,6	3,6	2	1,3	0,3	9,5	0	100	
		uten poliklinikk	Blå Kors Behandlingssenter Eina	89,1	5,5	1,8	0	0	0	0	0	3,6	0	100
			Riisby Behandlingssenter	69,7	4,5	0	0	3,8	9,8	0	12,1	0	100	
			Sigma Nord AS	50,2	17,7	5,3	2,9	23,5	0	0	0	0,4	100	
			Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	12,5	9,4	25	3,1	40,6	6,3	0	3,1	0	100	
			Tyrili, Kampen	2,1	35,2	9,7	4,8	29,7	7,6	4,1	6,9	0	100	
			Valdresklinikken Stiftelsen	83,6	2,5	0,4	0,4	3,9	9,3	0	0	0	100	
	Private langtid	Veslelien	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	
		Fossen Rusbehandling AS	20,8	43,4	3,8	3,8	24,5	1,9	1,9	0	0	100		
		Fredheim Stiftelsen	17,1	48,6	0	5,7	8,6	11,4	0	8,6	0	100		
		Frelsesarmeens behandlingssenter	0	0	0	0	0	94,7	0	5,3	0	100		
		Haugaland A-senter	42	23,2	5,1	6,5	12,3	8	0	2,9	0	100		
		Kalfaret Behandlingssenter	2,3	32,6	20,9	2,3	30,2	7	2,3	2,3	0	100		
		Langørjan Gård	8,7	8,7	0	0	13	56,5	0	13	0	100		
		Origosenteret	3,3	24,6	21,3	1,6	14,8	29,5	1,6	3,3	0	100		
		Fossumkollektivet Stiftelsen	0	11,8	5,9	5,9	0	58,8	11,8	5,9	0	100		
		Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	26,3	10,5	0	5,3	36,8	10,5	5,3	5,3	0	100		
Kollektiv/TS	Kvamsgrindkollektivet AS	25,8	6,5	19,4	0	6,5	6,5	0	35,5	0	100			
	Renåvangen Stiftelsen	14,9	14,9	17	9,6	21,3	22,3	0	0	0	100			
	Samtun AS	3,2	0	22,6	6,5	38,7	25,8	3,2	0	0	100			
	Solliakollektivet Stiftelsen	2,8	5,6	2,8	8,3	13,9	50	0	16,7	0	100			
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	4,5	0	0	0	0	86,4	0	9,1	0	100			
	Karmsund ABR Senter Stiftelsen	0	53,8	7,7	0	7,7	15,4	0	15,4	0	100			
	Nybøle	7,1	28,6	3,6	7,1	25	21,4	3,6	3,6	0	100			
Uten avtale-oppstart 2012	Phoenix Haga	8,8	17,6	32,4	2,9	11,8	26,5	0	0	0	100			

Vedleggstabell 7:
Andel (prosent) utskrivninger fra HF/ privat institusjon etter status for Individuell plan. Andel av alle utskrivninger med rapportert status.
2012.

Foretak	Sykehuset Østfold HF	Pasient oppfyller ikke kriteriene	Ønsker ikke individuell plan eller har ikke gitt samtykke	Arbeid med individuell plan ikke startet	Arbeid med individuell plan påbegynt	Individuell plan foreligger	Individuell plan er avsluttet	Ukjent med status for individuell plan	Totalt
HF med TSB	Sykehuset Østfold HF	1	14	0	45	41	0	0	100
	Akershus universitetssykehus HF	27	7	0	34	32	0	0	100
	Oslo universitetssykehus	15	16	0	52	17	0	0	100
	Sykehuset Innlandet HF	12	2	0	54	31	0	0	100
	Vestre Viken	33	6	0	47	14	0	0	100
	Psykiatrien i Vestfold HF	0	12	48	14	26	0	0	100
	Sørlandet sykehus HF	39	3	0	28	11	0	20	100
	Helse Stavanger HF	4	0	0	41	56	0	0	100
	Helse Fonna	19	6	0	19	56	0	0	100
	Helse Bergen HF	34	2	0	43	21	0	0	100
	Helse Førde HF	34	14	0	16	36	0	0	100
	Rusbehandling Midt-Norge HF	0	14	23	16	35	0	11	100
	Helgelandssykehuset HF	100	0	0	0	0	0	0	100
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	19	0	0	56	25	0	0	100
	Helse Finnmark HF	14	13	0	62	10	0	0	100
	Helse Nord - Trøndelag HF	0	20	60	20	0	0	0	100
	Nordlandssykehuset HF	-	-	-	-	-	-	-	-
Private med helhetlig tilbud	Borgestadklinikken	42	4	0	35	19	0	0	100
	Lade Behandlingssenter	1	6	6	4	29	1	53	100
	Rogaland A-senter AS	18	6	21	5	18	0	32	100
	Stiftelsen Bergensklinikkene	4	17	25	16	19	0	19	100

Foretak	Pasient oppfyller ikke kriteriene	Ønsker ikke individuell plan eller har ikke gitt samtykke	Arbeid med individuell plan ikke startet	Arbeid med individuell plan påbegynt	Individuell plan foreligger	Individuell plan er avsluttet	Ukjent med status for individuell plan	Totalt	
Private med sammensatt tilbud	A-senteret	0	6	13	0	4	0	76	100
	Incognito klinikk	28	1	10	2	7	0	52	100
Private med sammensatt tilbud	Trasopklinikken Stiftelsen	47	11	21	8	3	0	10	100
	Blå Kors Behandlingssenter Eina	0	37	24	4	33	0	2	100
	Risby Behandlingssenter	0	1	40	10	22	0	27	100
	Sigma Nord AS	0	2	18	25	20	0	36	100
	Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	0	6	19	19	22	0	34	100
	Tyrili, Kampen	0	3	17	17	37	0	26	100
	Valdresklinikken Stiftelsen	14	14	14	7	38	0	12	100
	Veslelien	0	0	30	34	30	0	5	100
	Fossen Rusbehandling AS	0	11	28	13	32	0	17	100
	Fredheim Stiftelsen	0	5	0	26	68	0	0	100
Private langtid	Frelsesarmeens behandlingssenter	0	0	8	46	38	0	8	100
	Haugaland A-senter	22	2	5	4	8	0	60	100
	Kalfaret Behandlingssenter	0	2	9	19	30	0	40	100
	Langørjan Gård	0	9	27	18	9	0	36	100
	Origosenteret	2	0	9	45	39	0	5	100
	Fossumkollektivt Stiftelsen	0	0	2	2	13	0	83	100
	Kvinnekollektivt Arken Stiftelsen	0	0	29	41	29	0	0	100
	Kvamsgrindkollektivt AS	0	19	16	6	55	0	3	100
	Renåvangen Stiftelsen	0	1	10	0	83	0	6	100
	Samtun AS	0	3	16	13	39	0	29	100
Kollektiv/TS	Solliakollektivt Stiftelsen	0	0	0	2	86	0	11	100
	Stiftelsen Finnmarkskollektivt	0	7	7	29	43	0	14	100
	Karmsund ABR Senter Stiftelsen	0	0	0	0	0	0	100	100
	Nybøle	0	4	4	29	29	0	36	100
Uten avtaleplasser/oppstart 2012	Phoenix Haga	0	0	0	90	6	0	3	100

Vedleggstabell 8:
Antall årsverk totalt ved HF og private institusjoner 2012.

Foretak	Andel (prosent) årsverk i kategori:						Årsverk totalt 2012	
	Leger	Psyko- loger	Helsefaglig personell ¹	Sosionomer og barneverns- pedagoger	Høyskole/ univ. utdannet personell	Helse- og sosialfaglig personell		
HF med TSB	Sykehuset Østfold HF	4	18	61	12	80	85	154
	Akershus universitetssykehus HF	5	20	58	14	77	79	158
	Oslo universitetssykehus	12	10	50	20	77	79	289
	Sykehuset Innlandet HF	3	6	51	16	71	77	231
	Vestre Viken	4	14	51	17	72	78	210
	Psykiatrien i Vestfold HF	6	12	53	17	77	82	153
	Sørlandet sykehus HF	6	5	49	9	64	72	215
	Helse Stavanger HF	4	12	39	40	82	88	102
	Helse Fonna	6	11	63	22	85	93	50
	Helse Bergen HF	7	14	59	16	77	81	157
	Helse Førde HF	1	0	37	11	49	78	24
	Rusbehandling Midt-Norge HF	4	5	41	31	78	81	201
	Helgelandssykehuset HF	5	8	51	23	86	97	23
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1	8	36	14	60	67	221
	Helse Finnmark HF	0,1	5	47	5	58	62	20
HF med delvis TSB	Sykehuset i Telemark HF	8	13	42	21	81	85	52
	Helse Nord-Trøndelag HF	5	10	56	20	78	82	44
	Nordlandssykehuset HF	3	6	40	12	61	80	33
	Borgestad Behandlingssenter	3	7	43	12	59	68	221
Private med helhetlig tilbud	Lade Behandlingssenter	3	10	46	22	75	76	149
	Rogaland A-senter AS	4	13	45	20	66	70	79
	Stiftelsen Bergensklinikkene	5	19	57	6	68	77	150
Privat poliklinikk	Blå Kors Øst	1	17	22	27	59	61	40
	DPS Vinderen, ruspoliklinikk	15	34	65	14	97	97	22
	Tøyen DPS, Seksjon ruspoliklinikk	6	75	81	11	98	98	16

Foretak	Andel (prosent) årsverk i kategori:						Årsverk totalt 2012
	Leger	Psyko- loger	Helsefaglig personell ¹	Sosionomer og barneverns- pedagoger	Høgskole/ univ. utdannet personell	Helse- og sosialfaglig personell	
Private med sammensatt tilbud med poliklinikk uten poliklinikk	A-senteret	4	34	55	19	82	37
	Incognito klinikk	10	12	51	8	65	23
	Trasoppklinikken Stiftelsen	9	11	69	8	79	35
	Blå Kors Behandlingssenter Eina	0	3	27	17	48	23
	Riisby Behandlingssenter	0	2	19	12	37	50
	Sigma Nord AS	0	0	11	6	17	24
	Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	1	5	35	34	70	22
	Tyrili, Kampen	1	4	24	36	71	120
	Valdresklinikken Stiftelsen	0	0	35	7	51	16
	Veslelien	2	6	35	13	55	52
	Fossen Rusbehandling AS	0	2	42	8	50	24
	Fredheim Stiftelsen	1	3	19	8	30	31
	Frelsesarmeens behandlingssenter	1	9	31	22	53	29
Private langtid	Haugaland A-senter	2	17	57	20	81	50
	Kalfaret Behandlingssenter	1	18	41	25	71	21
	Langørjan Gård	1	1	11	13	24	15
	Origosenteret	2	11	29	19	53	51
	Fossumkollektivet Stiftelsen	0	3	18	27	53	32
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	2	8	34	13	55	12
Kollektiv/TS	NK S Kvamsgrindkollektivet AS	0,1	7	19	19	50	29
	Renåvangen Stiftelsen	3	2	38	12	58	25
	Samtun AS	0	5	42	9	50	21
	Solliakollektivet Stiftelsen	0	0	12	14	35	23
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	2	0	28	2	46	15

¹ Helsepersonell er leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

Vedleggstabell 9:
Antall årsverk innen døgnvirksomheten ved HF og private institusjoner 2012.

Foretak	Andel (prosent) årsverk i kategori:						Årsverk døgn totalt 2012	
	Leger	Psyko- loger	Helsefaglig personell ¹	Sosionomer og barneverns- pedagoger	Spesialisert/ videre- utdannet personell ²	Helse- og sosialfaglig personell		
HF med TSB	Sykehuset Østfold HF	5	1	56	8	25	81	88
	Akershus universitetssykehus HF	5	4	53	14	41	77	100
	Oslo universitetssykehus	10	6	45	17	11	73	191
	Sykehuset Innlandet HF	1	1	49	10	7	70	170
	Vestre Viken	3	9	50	12	24	73	167
	Psykiatrien i Vestfold HF	6	6	56	19	26	76	82
	Sørlandet sykehus HF	5	0	44	2	10	62	152
	Helse Stavanger HF	3	3	23	38	4	80	36
	Helse Fonna	1	0	57	16	21	91	25
	Helse Bergen HF	5	8	53	15	20	78	100
	Helse Førde HF	1	0	37	11	16	78	24
	Rusbehandling Midt-Norge HF	3	5	40	25	18	75	155
	Helgelandssykehuset HF	5	8	51	23	40	97	23
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1	5	32	14	17	64	197
	Helse Finnmark HF	0,1	5	47	5	11	62	20
	Sykehuset i Telemark HF	4	6	33	8	11	68	17
	Helse Nord-Trøndelag HF	0,4	2	48	16	24	69	26
HF med delvis TSB	Nordlandssykehuset HF	2	0	37	2	32	73	25
	Borgestad Behandlingssenter	3	4	40	12	15	65	203
Private med helhetlig tilbud	Lade Behandlingssenter	4	8	43	20	25	73	130
	Rogaland A-senter AS	4	7	43	12	2	61	62
	Stiftelsen Bergensklinikkene	5	11	51	4	17	72	120

Foretak	Andel (prosent) årsverk i kategori:						Årsverk døgntotalt 2012	
	Leger	Psyko- loger	Helsefaglig personell ¹	Sosionomer og barneverns- pedagoger	Spesialisert/ videre- utdannet personell ²	Helse- og sosialfaglig personell		
Private med sammensatt tilbud med poliklinikk	A-senteret	5	25	55	14	50	83	21
	Incognito klinikk	10	8	49	3	34	71	15
	Trasoppklinikken Stiftelsen	7	8	69	3	31	75	24
	Blå Kors Behandlingssenter Eina	0	3	27	17	28	53	23
	Riisby Behandlingssenter	0	2	19	12	12	56	50
	Sigma Nord AS	0	0	11	6	2	40	24
	Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	1	5	35	34	8	75	22
	Tyrili, Kampen	1	4	24	36	20	71	120
	Valdresklinikken Stiftelsen	0	0	35	7	6	51	16
	Veslelien	2	6	35	13	19	58	52
Private med sammensatt tilbud uten poliklinikk	Fossen Rusbehandling AS	0	2	42	8	6	50	24
	Fredheim Stiftelsen	1	3	19	8	28	39	31
	Frelsesarmeens behandlingssenter	1	9	31	22	15	61	29
	Haugaland A-senter	2	9	53	19	19	84	41
	Kalfaret Behandlingssenter	1	15	36	24	15	65	17
	Langørjan Gård	1	1	11	13	6	28	15
	Origosenteret	2	11	29	19	17	59	51
	Fossumkollektivet Stiftelsen	0	3	18	27	10	55	32
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	2	8	34	13	26	55	12
	N K S Kvamsgrindwollektivet AS	0	6	16	14	12	52	26
Kollektiv/TS	Renåvangen Stiftelsen	3	2	38	12	4	65	25
	Samtun AS	0	5	42	9	27	50	21
	Solliakollektivet Stiftelsen	0	0	12	14	4	42	23
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	2	0	28	2	19	62	15

¹ Helsepersonell er leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

² Spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid og/eller rusproblematikk.

Vedleggstabell 10:

Opphold per årsverk, personellfaktor, behandlerfaktor, andel årsverk med høyskole/universitetsutdanning og beleggsprosent innen døgnbehandlingen 2012.

Foretak		Opphold per årsverk	Per-sonell-faktor ¹	Behandler-faktor ²	Andel (prosent) årsverk med universitet/høyskole	Beleggs-prosent ³	
HF med TSB	Sykehuset Østfold HF	4,1	2,6	1,8	71	78	
	Akershus universitetssykehus HF	7,9	3,3	2,4	74	75	
	Oslo universitetssykehus	10,9	2,5	1,8	70	80	
	Sykehuset Innlandet HF	2,8	3,4	2,1	61	97	
	Vestre Viken	3,6	2,9	1,9	66	78	
	Psykiatrien i Vestfold HF	5,8	2,5	1,6	67	93	
	Sørlandet sykehus HF	5,6	2,9	1,5	52	78	
	Helse Stavanger HF	2,2	1,5	1	64	65	
	Helse Fonna	3,9	2,8	2,1	74	74	
	Helse Bergen HF	3	1,7	1,2	72	84	
	Helse Førde HF	3,4	2	1	49	82	
	Rusbehandling Midt-Norge HF	5,3	1,7	1,3	72	93	
	Helgelandssykehuset HF	3,5	3,1	2,7	86	95	
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	3,4	3,4	1,9	55	82	
	Helse Finnmark HF	5,9	2	1,2	58	82	
HF med delvis TSB	Sykehuset i Telemark HF	2,3	6,2	3,5	56	94	
	Helse Nord-Trøndelag HF	1,6	5,8	3,6	62	74	
	Nordlandssykehuset HF	2,4	4,7	2,2	48	94	
Private med helhetlig tilbud	Borgestad Behandlingssenter	4,2	1,6	0,9	56	105	
	Lade Behandlingssenter	6,5	2,2	1,6	71	99	
	Rogaland A-senter AS	7,7	2,3	1,3	57	80	
	Stiftelsen Bergensklinikkene	7,4	1,9	1,1	60	89	
Private med sammensatt tilbud	med poliklinikk	A-senteret	4,3	1,1	0,9	83	93
		Incognito klinikk	9,2	0,7	0,4	60	104
		Trasoppklinikken Stiftelsen	13,9	0,9	0,6	75	83
	uten poliklinikk	Blå Kors Behandlingssenter Eina	3,6	0,8	0,4	48	97
		Riisby Behandlingssenter	3,9	1,2	0,4	37	91
		Sigma Nord AS	9,6	0,5	0,1	17	135
		Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	2,4	1,1	0,7	70	96
		Tyrili, Kampen	1,9	1,4	1	71	97
		Valdresklinikken Stiftelsen	21	0,8	0,4	51	97
		Veslelien	1,9	1,3	0,7	55	102

Foretak		Opphold per årsverk	Personell-faktor ¹	Behandler-faktor ²	Andel (prosent) årsverk med universitet/høyskole	Beleggsprosent ³
Private langtid	Fossen Rusbehandling AS	3,6	1	0,5	50	123
	Fredheim Stiftelsen	1,7	1,5	0,4	30	94
	Frelsesarmeens behandlingssenter	2,9	2,4	1,3	53	67
	Haugaland A-senter	4	1,6	1,3	77	89
	Kalfaret Behandlingssenter	3,4	1,2	0,8	65	93
	Langørjan Gård	3	0,9	0,2	24	161
	Origosenteret	2,1	1,2	0,6	53	105
Kollektiv/TS	Fossumkollektivet Stiftelsen	2	1,5	0,8	53	135
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	3	1,5	0,8	55	79
	N K S Kvamsgrindkollektivet AS	2	1,4	0,6	43	79
	Renåvangen Stiftelsen	5,8	1	0,6	58	104
	Samtun AS	2,5	1	0,5	50	102
	Solliakollektivet Stiftelsen	3,1	1	0,4	35	100
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	1,8	1,6	0,7	46	194

¹ Personellfaktoren er antall årsverk per pasient per dag i gjennomsnitt.

² Behandlerfaktoren er antall årsverk med høyskole/universitetsutdanning per pasient per dag i gjennomsnitt.

³ Beleggsprosenten er antall oppholdsdøgn dividert med døgnplasskapasiteten for 2012. Kapasiteten er basert på antall døgnplasser oppgitt av eller inkludert i avtale med de private foretakene per 31.12.2012.



Postadresse: Postboks 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 200 50

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no