

# Følgeskriv SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005

**SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005 fokuserer på følgende to hovedtema:**

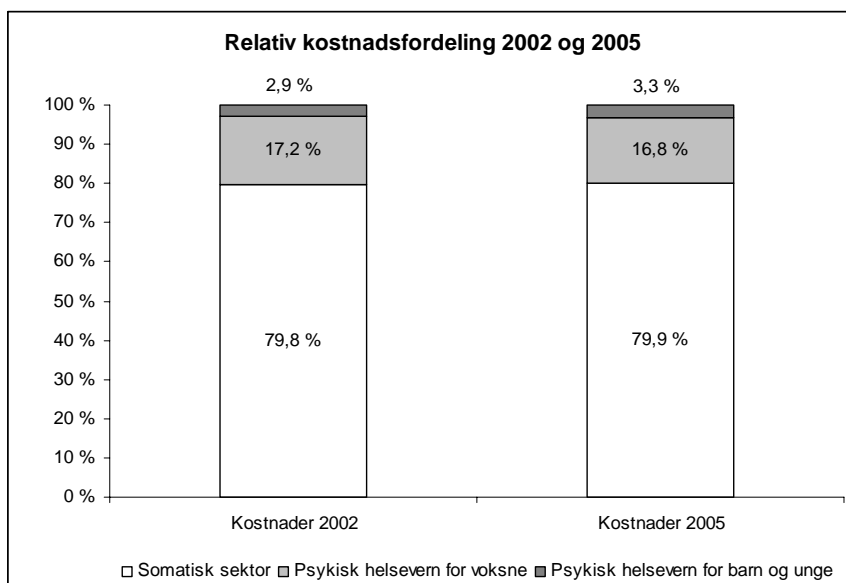
- A) Utvikling fra 2002 til 2005 i relativ ressursinnsats mellom sektorene somatisk virksomhet, psykisk helsevern for barn og unge - og psykisk helsevern for voksne.
- B) Utvikling fra 2002 til 2005 i tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet – for henholdsvis somatisk sektor, psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.

## A) Utvikling fra 2002 til 2005 i relativ ressursinnsats mellom sektorene somatisk virksomhet, psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.

### **Somatisk sektor tar en større del av "kaka" i 2005 sammenlignet med 2002.**

Bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene har for årene 2003 til 2005 gitt signaler om å øke innsatsen i psykisk helsevern. Selv om den kostnadsmessige innsatsen til psykisk helsevern øker, så viser beregninger utført i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005 at kostnader til somatisk sektor øker mer. Fra 2002 til 2005 øker kostnadene i psykisk helsevern med 10 prosent, mens kostnader til somatisk sektor øker med 11 prosent. Dette medfører at relativt mer av "kaka" fordeles til somatisk sektor i 2005 sammenlignet med 2002.

Relativ fordeling av kostnader til somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 og 2005.



Somatisk sektor øker sin kostnadsandel med 0,1 prosentpoeng fra 2002 til 2005. Dette kan virke marginalt. For å illustrere betydningen av dette gis et regneksempel. Med et totalt driftsbudsjett for somatisk sektor og psykisk helsevern på 63 mrd kr i 2005 utgjør 0,1

prosent 63 mill kr. Hvis somatisk sektor derimot skulle fått redusert sin kostnadsandel med 0,1 prosentpoeng i perioden, så måtte kostnader til psykisk helsevern øke med ytterligere 126 mill kr, på bekostning av somatisk sektor.

Det er imidlertid store variasjoner mellom de ulike regionene når utvikling fra 2002 til 2005 i kostnadsandel til somatisk sektor studeres. Helse Sør og Helse Midt-Norge øker sin andel med ett prosentpoeng, mens Helse Vest og Helse Nord derimot reduserer andel kostnader til somatisk sektor med ett prosentpoeng.

#### ***Andel kostnader til psykisk helsevern for voksne går ned***

Det må understrekes at alle regioner i perioden har en sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern for barn og unge, sammenlignet med somatisk sektor. Svak kostnadsvekst i psykisk helsevern relateres til voksne. I 2002 benytter spesialisthelsetjenesten 17,2 prosent av kostnadene til psykisk helsevern for voksne, i 2005 har denne andelen sunket til 16,8 prosent.

#### ***Sterkere lønnsvekst i somatisk sektor?***

Rapporten SAMDATA Spesialisthelsetjenesten diskuterer utvikling i kostnadsandeler mellom sektorene i lys av sterk lønnsvekst for leger. Beregningsutvalget for Spesialisthelsetjenesten viser at lønnsveksten for leger er 22,4 prosent i perioden fra 2002 til 2005, mens lønnsveksten for alle personellgrupper samlet er 14,4 prosent. En hypotese som fremsettes i diskusjonen er at høyere andel leger i somatisk sektor gir sterkere samlet kostnadsvekst sammenlignet med psykisk helsevern.

#### ***Sammensatt problematikk knyttet til fordeling av felleskostnader?***

Utvikling i kostnadsandeler mellom de ulike sektorene diskuteres også i lys av endrede og ulike rutiner for fordeling av felleskostnader. Rapporten konkluderer med at problematikken knyttet til fordeling av felleskostnader ser ut til å være sammensatt. På nasjonalt nivå er det ikke indikasjoner på økt fordeling av felleskostnader til psykisk helsevern i perioden. På regionalt nivå er bildet variert: Beregningene motiverer for å stille spørsmål om noen regioner i større grad belaster fellesressursene i somatisk sektor, mens andre derimot i økende grad relaterer disse til psykisk helsevern.

## **B) Utvikling fra 2002 til 2005 i tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet – for henholdsvis somatisk sektor, psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.**

Rapporten SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005 har fokus på *regional* utvikling i tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet. Sammendraget gir under punkt I en oppsummering av hovedresultater – med fokus på utvikling og utfordringer. Del II gir en regionvis oppsummering av god målstyring, og hva som fortsatt ser ut til å være utfordringsbildet – basert på utvikling i indikatorer fra SAMDATA.

### **I: Hovedresultater**

#### ***i) Psykisk helsevern for barn og unge***

##### ***Økt tilgang til psykisk helsevern for barn og unge – men fortsatt utfordringer for Helse Vest og Helse Midt-Norge***

Tilgang til psykisk helsevern for barn og unge øker for alle regioner i perioden. Dekningsgraden, det vil si hvor stor andel av barn og unge som får et tilbud fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten øker på nasjonalt nivå fra 2,9 prosent i 2002 til 4 prosent i 2005. Økningen i dekningsgrad er sterkere for Helse Sør og Helse Nord, disse to regionene

har i 2005 høyest dekningsgrad med henholdsvis 4,3 og 5,7 prosent. Helse Vest og Helse Midt-Norge har lavest dekningsgrad i 2005, med henholdsvis 3,2 og 3,7 prosent.

Aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge, målt ved polikliniske tiltak per innbygger, øker med 60 prosent i perioden. I 2005 utføres 52 polikliniske tiltak per 100 innbyggere i barne- og ungdomsbefolkningen. Helse Øst har den sterkeste veksten i dette aktivitetsmålet i perioden. Helse Nord har det høyeste aktivitetsnivået i 2005, selv om veksten i antall tiltak per innbygger er svakere sammenlignet med landet samlet i perioden. Nivået på tiltak per innbygger er lavere enn gjennomsnittet i Helse Vest og Helse Midt-Norge i 2005, men veksten har vært i tråd med landsgjennomsnittet i perioden.

#### ***Høy og økende ventetid til poliklinisk behandling for barn og unge – utfordring for Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord***

Fra 2002 til 2005 reduseres ventetiden til poliklinisk behandling for barn og unge med 8 døgn. I 2005 er gjennomsnittlig ventetid 83 døgn. Reduksjonen tilskrives utvikling fra 2002 til 2003. På nasjonalt nivå øker ventetiden jevnt fra 75 døgn i 2003 til 83 i 2005. Tendensen til økt ventetid på nasjonalt nivå de siste årene skyldes i hovedsak økt ventetid i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Vest har vedvarende høy ventetid på om lag 105 døgn. Helse Sør utmerker seg med reduksjon i ventetiden gjennom hele perioden, og har i 2005 lavest ventetid. I 2005 er gjennomsnittlig ventetid til poliklinisk behandling for barn og unge 58 døgn i Helse Sør, altså 25 døgn mindre enn gjennomsnittet for landet.

#### ***Økt produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge – særlig sterk produktivitetsvekst i Helse Sør***

Produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge, målt med antall tiltak per fagårsverk, øker med drøyt 25 prosent i perioden. I 2005 utføres på nasjonalt nivå 414 tiltak per fagårsverk. Alle regioner har en produktivitetsvekst i denne størrelsesorden målt ved denne indikatoren, men unntaket er Helse Sør som har en sterk produktivitetsvekst i overkant av 40 prosent. Helse Vest og Helse Midt-Norge har i 2005 et produktivetsnivå under gjennomsnittet, mens Helse Sør derimot har et nivå som er om lag 20 prosent over.

Produktivitetsutvikling i psykisk helsevern for barn og unge belyses også ved antall pasienter per fagårsverk. Denne indikatoren viser en økning på om lag 15 prosent i perioden. For landet samlet behandles 31 pasienter per fagårsverk i 2005. Også målt ved denne indikatoren har alle regioner en produktivitetsvekst, men veksten er noe sterkere for Helse Sør med en vekst i overkant av 17 prosent, og noe svakere i Helse Vest og i Helse Nord med en vekst på henholdsvis 8 og 10 prosent. I 2005 behandles 40 pasienter per fagårsverk i Helse Sør, mens de andre regionene behandler rundt 30.

## ***ii) Psykisk helsevern for voksne***

#### ***Ulik veksttakt for aktivitet i psykisk helsevern for voksne – lav poliklinisk aktivitet i Helse Vest og lav døgnaktivitet i Helse Øst i 2005***

På landsbasis øker antall polikliniske konsultasjoner per innbygger i psykisk helsevern for voksne med 38 prosent i perioden fra 2002 til 2005. I 2005 utføres på nasjonalt nivå 24 konsultasjoner per 100 innbyggere. Dette indikerer økt tilgang. Veksttaket varierer mellom regionene. I Helse Sør og i Helse Midt-Norge øker antall konsultasjoner per innbygger med henholdsvis 45 og 48 prosent, mens den tilsvarende veksten i Helse Nord og Helse Vest er 26 og 31 prosent. Aktivitetsnivået er i 2005 om lag 20 prosent lavere enn gjennomsnittet i Helse Vest, mens Helse Sør har et tilsvarende høyere aktivitetsnivå.

Aktiviteten målt ved antall døgnopphold per innbygger øker med om lag 4,5 prosent for landet samlet i perioden 2003 til 2005. I 2005 er det 13,4 døgnopphold per 100 innbyggere. Veksttaket varierer mellom regionene for dette aktivitetsmålet også: Helse Øst, Helse Sør og Helse Midt-Norge har en aktivitetsvekst som er sterkere enn landsgjennomsnittet, mens Helse Vest og Helse Nord har tilnærmet nullvekst. Veksten i døgnaktivitet, for de tre regionene som har vekst, kommer siste år i sterkest grad ved DPS-avdelinger i Helse Øst og

Helse Sør. Helse Øst har i 2005 et nivå på døgnaktiviteten som er om lag ti prosent under gjennomsnittet, mens Helse Nord derimot har et nivå som er 15 prosent over.

#### ***Svak reduksjon i ventetid til poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – lengst ventetid i Helse Nord***

Ventetid til poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne reduseres fra 58 døgn i 2002 til 54 døgn i 2005. Helse Øst, Helse Sør og Helse Midt-Norge har en reduksjon i ventetiden på om lag 4 – 5 døgn i perioden, mens ventetiden er uendret i Helse Vest og i Helse Nord. Helse Nord har i 2005 fortsatt lengst ventetid med et gjennomsnitt på 66 døgn, etterfulgt av Helse Midt-Norge med 61 døgn. Helse Sør har i 2005 kortest ventetid med et gjennomsnitt på 49 døgn.

#### ***Andel tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne øker noe fra 2003 til 2005 – størst utfordring i Helse Øst***

Fra 2003 til 2005 øker andel sykehusinnleggelse med tvang etter spesialistvedtak fra 28 til 29 prosent. Helse Øst og Helse Nord reduserer sin andel tvangsinnleggelse i sykehus med ett prosentpoeng. Helse Øst ligger i utgangspunktet høyt med en andel tvangsinnleggelse etter spesialistvedtak på 36 prosent, men det er ikke tilfelle for Helse Nord som i utgangspunktet har en andel under landsgjennomsnittet på 24 prosent. Helse Sør øker sin andel med 5 prosentpoeng, og ligger om lag på landsgjennomsnittet i 2005. Økningen er marginal i Helse Vest som begge år følger landsgjennomsnittet. Helse Midt-Norge, med en andel tvangsinnleggelse på 20 prosent, er fortsatt i 2005 den regionen som har lavest andel sykehusinnleggelse med tvang etter spesialistvedtak.

### ***iii) Somatisk sektor***

#### ***Aktivitetsvekst i somatisk sektor – høy vekst og høyt aktivitetsnivå i Helse Sør***

Til tross for at bestillerdokumentene fra HOD til RHF-ene har gitt signaler om dempet aktivitetsvekst, har aktiviteten økt relativt sterkt i perioden fra 2002 til 2005. Antall døgnopphold per innbygger har økt med 6,5 prosent i perioden, mens antall dagbehandlinger per innbygger har økt med 40 prosent. I 2005 utføres det på nasjonalt nivå henholdsvis 183 døgnopphold og 111 dagopphold per 10 000 innbyggere.

Helse Sør har i perioden sterk vekst i både døgnopphold og dagbehandlinger per innbygger, med en vekst på henholdsvis 7,5 og 53 prosent. Dette medfører at Helse Sør i 2005 har et aktivitetsnivå i somatisk sektor som for døgnvirksomheten er 6 prosent over landsgjennomsnittet, og som for dagvirksomheten er om lag 23 prosent over gjennomsnittet. Helse Nord har også i 2005 et nivå på døgnopphold som er 10 prosent over landsgjennomsnittet, men veksten er avtakende. Helse Vest har en aktivitetsvekst både for døgnopphold og dagbehandlinger som overstiger landsgjennomsnittet, men aktivitetsnivået er fortsatt per 2005 lavere.

#### ***Redusert ventetid i somatisk sektor for alle regioner, men økning i 2005 for pasienter bosatt i Midt-Norge***

Ventetidsindikatorene tyder på at alle regioner styrer mot redusert ventetid. Median ventetid til utredning og behandling reduseres fra 60 døgn i 2002 til 51 døgn i 2005. For Helse Midt-Norge øker imidlertid ventetiden fra 52 døgn fra 2004 til 59 døgn i 2005, noe som er en påfallende negativ utvikling. Det er utjevning i median ventetid og andel langtidsventende mellom foretaksområdene i Helse Øst, Helse Vest og Helse Nord.

#### ***Et stykke fram til nasjonale målsettinger for kvalitetsindikatorer i somatisk sektor***

Andel epikriser sendt innen sju døgn har på nasjonalt nivå økt til 55 prosent 3. tertial 2005. Det er fortasatt et stykke fram til den nasjonale målsettingen på 80 prosent. Redusert epikrisetid i Helse Øst og Helse Vest forårsaker i hovedsak kortere epikrisetid på nasjonalt nivå.

På nasjonalt nivå er andel korridorpasienter stabilt på i overkant av 2 prosent i perioden, mens den nasjonale målsettingen er som hovedregel ingen korridorpasienter. I Helse Sør er

det derimot en tendens til reduksjon i andel korridorpasienter fra drøyt 2 prosent i 2004 til om lag 1,5 prosent i 2004. Helse Nord har gjennom 2004 og 2005 lavere andel korridorpasienter sammenlignet med landet samlet.

Målsettingen for andel strykninger fra operasjonsprogram er at den skal være under 5 prosent, men andelen er stabil på 8 – 9 prosent gjennom 2004 og 2005. Helse Vest har positiv utvikling i denne indikatoren fra 2004 til 2005, og har i 2005 et nivå omtrent på landsgjennomsnittet.

### ***Ulik effektivitetsutvikling mellom regionene i somatisk sektor – utfordring for Helse Midt-Norge og Helse Nord***

Beregnet kostnadseffektivitet øker med fem prosent i perioden fra 2002 til 2005. Utviklingen for de fem helseregionene er delt. For foretakene i Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest beregnes en økning i kostnadseffektiviteten på om lag 7 til 8 prosent, mens det derimot for foretakene i Helse Midt-Norge og Helse Nord beregnes en reduksjon på 1 til 2 prosent.

Beregnet utvikling i arbeidskraftens effektivitet viser omtrent samme bilde; sterk vekst i Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest, mens det motsatte er tilfelle for Helse Midt-Norge og Helse Nord. Bildet modifiseres imidlertid noe når arbeidskraftens effektivitetsutvikling trekkes inn. Helse Vest har en svakere effektivitetsforbedring for arbeidskraften sammenlignet med utvikling i kostnadseffektivitet; beregnet vekst i kostnadseffektiviteten er 8 prosent, mens beregnet vekst i arbeidskraftens effektivitet er 4 prosent. Helse Midt-Norge har en positiv effektivitetsutvikling på 1 prosent når arbeidskraftens effektivitetsutvikling beregnes, men en negativ utvikling i samme størrelsesorden for kostnadseffektiviteten. Ulik utvikling for kostnadseffektivitet og arbeidskraftens effektivitet motiverer for å stille spørsmål om ulik fordeling av felleskostnader og lønnsvekst.

## ***II: Regional status – måloppnåelse og utfordringer***

Rapporten SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005 belyser måloppnåelse for de ulike helseregionene. Dette punktet trekker fram god måloppnåelse og hva som fortsatt er utfordringsbildet for de ulike regionene – basert på utvikling i indikatorer fra SAMDATA.

Områder hvor regionens utvikling er omtrent på landsgjennomsnittet blir ikke kommentert.

### ***Helse Øst***

Helse Øst har positiv utvikling i ventetid til utredning og behandling i somatisk sektor, og til poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Gjennom hele perioden har ventetiden blitt redusert, og Helse Øst har fortsatt i 2005 kortere ventetid både i somatisk sektor og i psykisk helsevern for barn og unge.

Utvikling i epikrisetid i somatisk sektor er også positiv for Helse Øst, i 2005 sender Helse Øst i gjennomsnitt 64 prosent av epikrisene innen 7 døgn, mot et landsgjennomsnitt på 55 prosent. Effektivitets- og produktivitetsutviklingen i somatisk sektor er bedre enn gjennomsnittet for landet samlet, men en negativ utvikling i kostnadseffektivitet fra 2004 til 2005 kan påpekes.

På den andre siden tyder utvikling i aktuelle indikatorer på at utfordringen for Helse Øst ligger innen psykisk helsevern for voksne. Andel sykehusinnleggelse ved tvang er fortsatt i 2005 en del høyere sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet. Utskrivninger per døgnplass, det vil si pasientgjennomstrømmingen, for døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne er en del under gjennomsnittet for landet samlet. Det siste kan også ha sammenheng med ulik behandlingsprofil sammenlignet med landet for øvrig – produktiviteten i poliklinisk virksomhet er imidlertid høy.

### ***Helse Sør***

Utvikling i tilgang til psykisk helsevern for barn og unge er positiv i Helse Sør. Dekningsgraden, det vil si andel barn og unge i befolkningen som får et tilbud, er i 2005 høyere enn gjennomsnittet for landet. I tillegg er ventetiden til poliklinisk behandling for

barn og unge redusert. Helse Sør har utviklet seg fra å ha lengre ventetider sammenlignet med landsgjennomsnittet i 2002, til å ha kortere ventetider i 2005.

Aktiviteten i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for voksne har økt - målt ved konsultasjoner per innbygger er aktiviteten en del høyere enn landsgjennomsnittet i 2005. Tilgangen til psykisk helsevern for voksne har også økt ved at ventetiden til poliklinisk behandling er redusert i perioden. Helse Sør har gjennom hele perioden hatt kortere ventetid sammenlignet med gjennomsnittet for landet.

Andel korridorpasienter er i 2005 lavere sammenlignet med landet samlet, Helse Sør har i 3 tertial 2005 en andel på 1,3 prosent mot et landsgjennomsnitt på 2,0 prosent. Gjennom 2004 var denne indikatoren omtrent på nivå med landet for øvrig.

Helse Sør har positiv utvikling i effektivitets- og produktivetsindikatorer, for alle tre sektorene – somatisk virksomhet, psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.

Utfordringen for Helse Sør ser ut til å være et vedvarende høyt og økende aktivitetsnivå i somatisk sektor. Høyt aktivitetsnivå, kombinert med ingen endring i ventetid - og økende andel langtidsventende i 2005 – kan motivere for å stille spørsmål om prioritering i somatisk sektor. En annen utfordring, innen psykisk helsevern for voksne, er økt andel sykehusinnleggelse ved tvang i 2005.

Til slutt kan det nevnes at Helse Sør, i motsetning til landet for øvrig, ikke har redusert epikrisetid. Epikrisetiden er omtrent uendret i Helse Sør.

#### **Helse Vest**

Helse Vest har positiv utvikling i kostnadseffektivitet i perioden. Utvikling i arbeidskraftens effektivitet er også positiv, men ikke like sterk som utviklingen i kostnadseffektivitet. Utvikling i epikrisetid er positiv; ved begynnelsen av 2004 har Helse Vest lengre epikrisetid sammenlignet med landet samlet, men dette bildet er snudd ved slutten av 2005 – da har Helse Vest kortere epikrisetid. Regionen har også positiv utvikling i andel strykninger i operasjonsprogram; ved slutten av 2005 er andel strykninger redusert til å være på nivå med landet for øvrig.

Utfordringene for Helse Vest er i hovedsak innenfor psykisk helsevern. Innen psykisk helsevern for barn og unge har Helse Vest i 2005 lavest dekningsgrad, det vil si andel barn og unge i befolkningen som får et tilbud. Regionen har svakest vekst i dekningsgraden i perioden 2002 til 2005. Lav aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge synliggjøres også gjennom indikatoren polikliniske tiltak per innbygger, hvor Helse Vest har både lavere nivå og vekst sammenlignet med landet samlet.

Ventetiden til poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge er høy og økende. I 2005 venter barn og unge i Helse Vest i gjennomsnitt 105 døgn på poliklinisk behandling, mens landsgjennomsnittet er 83 døgn. Produktiviteten i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Vest viser en svakere utvikling sammenlignet med landet samlet, og nivå er enda lenger under landsgjennomsnittet i 2005 sammenlignet med 2002.

Utvikling i aktivitet og produktivitet i psykisk helsevern for voksne viser samme bilde som for barn og unge; Svakere vekst og/eller lavere nivå sammenlignet med gjennomsnittet for landet for øvrig i perioden fra 2002 til 2005.

Helse Vest har også en utfordring knyttet til høy andel korridorpasienter.

#### **Helse Midt-Norge**

Regionen har i 2005 den laveste andelen sykehusinnleggelse ved tvang, selv om andelen øker i 2005. Fra 2002 til 2005 har Helse Midt-Norge en sterk vekst i antall konsultasjoner per innbygger, og har i 2005 et nivå på linje med landsgjennomsnittet for denne indikatoren.

Utfordringsbildet er sammensatt. Selv om Helse Midt-Norge har økt dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge, det vil si hvor stor andel av befolkningen som får et tilbud, så er nivået på dekningsgraden fortsatt lavt i 2005. Helse Midt-Norge har også lavere nivå og vekst i polikliniske tiltak for barne- og ungdomsbefolkningen sammenlignet med gjennomsnittet for landet i perioden. Ventetiden til poliklinisk behandling i psykisk helsevern

for barn og unge er litt høyere enn for landet samlet, og tendensen i 2005 er økende ventetid. Vekst og nivå på indikatorer som belyser produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge er også lavere enn gjennomsnittet for landet for øvrig i perioden.

Ventetiden til poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne reduseres i tråd med landsgjennomsnittet, men den er gjennom hele perioden om lag 6 – 7 døgn lengre.

Gjennom 2004 og 2005 har Helse Midt-Norge vedvarende lengre epikrisetid, høyere andel korridorpasienter og høyere andel strykninger fra operasjonsprogram. Regionen har dermed en utfordring knyttet til kvalitet i praksis og organisering av somatisk virksomhet. I somatisk sektor observeres videre en utflating i dagbehandlinger, og økende ventetid til utredning og behandling, i 2005. Helse Midt-Norge har også en utfordring knyttet til redusert kostnadseffektivitet de siste årene i perioden. Når utvikling i arbeidskraftens effektivitet studeres, beregnes også et effektivitetsfall de siste årene – men effektivitetsfallet er ikke like stort som fallet i kostnadseffektivitet.

### ***Helse Nord***

Helse Nord har i psykisk helsevern for barn og unge et høyt nivå og høy vekst i dekningsgraden, det vil si hvor stor andel av barne- og ungdomsbefolkningen, som får et tilbud om psykisk helsevern. Regionen har i 2005 den høyeste dekningsgraden i landet. Dette vises også gjennom et høyt nivå på polikliniske tiltak per innbygger gjennom hele perioden. Imidlertid kan det påpekes at ventetiden til poliklinisk behandling for barn og unge øker i 2005.

Andel korridorpasienter er i 2004 og 2005 noe lavere i Helse Nord sammenlignet med landet for øvrig, og det er positivt. Det samme gjelder andel sykehusinnleggelser ved tvang i psykisk helsevern for voksne.

Indikatorene kan tyde på at Helse Nord har en utfordring når det gjelder tilgang til psykisk helsevern for voksne. Dette baseres på utflating i antall polikliniske konsultasjoner per innbygger siste år, kombinert med høyere ventetid til poliklinisk behandling gjennom hele perioden. Men det kan påpekes at tilgangen til døgnbehandling, målt som antall opphold per innbygger, er høyere sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet. Beregnet produktivitet i poliklinisk behandling – målt som konsultasjoner per fagårsverk - reduseres i 2005. Omløpshastigheten i døgnvirksomheten er imidlertid høy gjennom hele perioden.

I somatisk sektor er utfordringen redusert kostnadseffektivitet i perioden. Nivå på kostnadseffektivitet er lavere i 2005 sammenlignet med 2002. Samtidig er nivået på døgnaktivitet i somatisk sektor gjennomgående høyere sammenlignet med gjennomsnittet for landet for øvrig i hele perioden. Disse to momentene kan tyde på at Helse Nord har en utfordring knyttet til organisering av somatisk sektor. Avslutningsvis kan det også nevnes at Helse Nord har høyere andel strykninger fra operasjonsprogram sammenlignet med gjennomsnittet for landet, noe som også tyder på utfordringer knyttet til organisering.