

SAMDATA

Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008

Per Bernhard Pedersen
(Red.)

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 2/09

ISBN 978-82-14-04803-2
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

7 Ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområdene i 2008

Marit Sitter

7.1 Sammendrag

Etter at den 10-årige Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008, vil et sentralt spørsmål være om man har kommet nærmere målet om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. I dette kapitlet undersøker vi hva som karakteriserer helseforetaksområdene i hver region med hensyn til ressursinnsats og bruk av tjenester ved utgangen av opptrappingsperioden. Dette for å kartlegge om foretaksområdene fortsatt har ulike profiler i behandlingstilbudet til befolkningen i 2008.

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudet til barn og unge

Det psykiske helsevernet for barn og unge har i hele opptrappingsperioden vært preget av store ulikheter med hensyn til ressursinnsats og forbruk av tjenester, både mellom helse-regioner og helseforetaksområder. Til tross for en utjevning i tjenestetilbudet etter foretaksreformen i 2002 (Pedersen, 2007), var det fortsatt betydelige forskjeller i 2008. Forskjellene mellom HF-områdene var størst når det gjaldt tilgangen til døgn-tjenester ($CV=0,52$), men også dekningsgraden for behandlede pasienter totalt varierte betydelig ($CV=0,25$) i Opptrappingsplanens sluttår.

Vi har undersøkt hvordan helseforetakene prioriterer mellom døgn-/dagbehandling og poliklinisk behandling. For mange foretak fant vi ikke noe klart mønster, med enten høy eller lav personelldekning for begge tjenestetyper. Noen foretaksområder hadde imidlertid en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk personelldekning eller høy dekning for døgn-/dagvirksomheten. Innenfor helseregionene Sør-Øst og Midt-Norge var det en negativ samvariasjon mellom de to driftsformene, det vil si at enkelte HF-områder vektla poliklinisk behandling mens andre områder hadde høy dekning i døgn-/dagbaserte tjenester. I helseregion Nord hadde tre av fire foretaksområder både høy innsats i poliklinisk og døgn-/dagbasert virksomhet. I helseregion Vest var situasjonen motsatt, der hadde tre av fire HF-områder relativt lav personelldekning for begge typer driftsformer.

Analyser av ulike faktorerets betydning for dekningsgraden i det psykiske helsevernet for barn og unge, viste at det var en positiv sammenheng mellom helseforetaksområdenes personelldekning og omfanget av behandlede pasienter per innbygger i 2008. Helseforetaksområder med høy personelldekning tenderte til å ha høyere dekningsgrad for behandlede pasienter enn HF-områder med lavere årsverksinnsats.

Det var også en tendens til at helseforetak med lav produktivitet, målt i antall behandlede polikliniske pasienter per fagårsverk, hadde lavere dekningsgrad for behandlede pasienter enn helseforetak med høy produktivitet. Sammenheng mellom produktivitet og dekningsgrad var imidlertid ikke signifikant. Noen HF-områder med høy dekning og lav produktivitet bryter med dette mønstret. Disse så ut til å kompensere med sterkt poliklinisk fokus i

behandlingstilbudet (høy poliklinisk personellinnsats), og nådde på den måten høy dekningsgrad selv om produktiviteten var lav. Motsatt hadde HF-områder med høy produktivitet og lav dekningsgrad relativt høy døgnplasskapasitet og personellinnsats i avdelinger.

For nærmere omtale av de enkelte foretaksområdene, se avsnitt 7.7.

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudet til voksne

Også innen tjenestene til voksne fant vi ulike mønstre i prioriteringen av poliklinisk versus døgnbaserte tjenester. Et mindretall av HF-områdene hadde en driftsform med høye døgnrater, som dro landsgjennomsnittet opp. Den største andelen av foretakene hadde derfor en driftsform med relativt lave døgnrater, ofte i kombinasjon med poliklinisk aktivitet rundt landsgjennomsnittet. Noen få foretaksområder hadde en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk aktivitet (Ringerike, Vestfold) eller med et stort volum på døgnaktiviteten (Ullevål, Asker og Bærum, Bergen, Nordland, Finnmark). Et fåtall foretaksområder hadde enten høy eller lav aktivitet for begge driftformer i tjenestene til voksne.

Døgn tjenestene i foretaksområdene hadde ulike kombinasjoner av lengde og omfang på døgnoppholdene. Et flertall av foretaksområdene (15) hadde relativt korte døgnopphold. Enkelte områder skilte seg ut med mange korte opphold (Finnmark, Sørlandet, UNN), mens andre karakteriseres med få og lange opphold (Asker og Bærum, Ullevål, Diakonhjemmet). Kun ett foretaksområde markerte seg med mange og lange døgnopphold (Lovisenberg).

Det var betydelige forskjeller mellom foretaksområdene i utskrivningsrate og personelldekning i døgninstitusjonene (CV=0,24 og CV=0,25). Forskjellene mellom HF-områdene var også stor for polikliniske konsultasjonsrater (CV=0,26).

For nærmere omtale av de enkelte foretaksområdene, se avsnitt 7.8.

Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudene samlet

Helseforetaksområdene hadde i 2008 til dels sammenfallende profil når det gjaldt poliklinisk personellinnsats mellom tjenestene til barn og unge og tjenestene til voksne. Helseforetaksområder med høy poliklinisk dekning i tjenestene til barn og unge, hadde en tendens til å ha høye polikliniske rater også i tjenestene til voksne, og omvendt.

Åtte foretaksområder hadde poliklinisk personelldekning over landsgjennomsnittet for begge målgrupper, hvorav tre fra helseregion Nord (Nordland, UNN, Finnmark), tre fra helseregion Sør-Øst (Ringerike, Blefjell og Vestfold) og to fra region Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal, St. Olavs Hospital). Seks foretaksområder hadde dekning under landsgjennomsnittet for begge målgrupper. Dette gjaldt tre HF-områder i helseregion Sør-Øst (Østfold, Innlandet, Sørlandet), to i region Vest (Fonna, Bergen) og ett i Midt-Norge (Sunnmøre).

Det var ingen tilsvarende samvariasjon når det gjaldt døgnbasert omsorg, målt i personellinnsats.

7.2 Innledning og problemstilling

Etter en 10-årig Opptappingsplan for psykisk helse, vil et sentralt spørsmål være om man har oppnådd likverdige spesialisthelsetjenester i og mellom helseregionene i det psykiske helsevernet. Tidligere SAMDATA-rapporter har vist at til tross for utjevning mellom foretaksområdene etter foretaksreformen i 2002, har tendensen vært betydelige forskjeller mellom regioner og HF-områder i ressursinnsats og forbruk av tjenester.

I dette kapitlet ønsker vi å undersøke hva som karakteriserer helseforetaksområdene innad i hver region med hensyn til ressurstilgang og befolkningens bruk av tjenester i 2008.

Ved å sammenstille og studere utvalgte indikatorer for ressursinnsats og forbruk for det enkelte helseforetaksområde, ønsker vi å synliggjøre ulike profiler med hensyn til behandlingstilbud til befolkningen i opptaksområdene. For å operere med sammenliknbare indikatorer for ressursinnsats og bruk av tjenester, benyttes rater per innbyggere og rater i prosent av landsgjennomsnittet.

Vi vil først studere profiler i helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for barn og unge (fra avsnitt 7.4), deretter gjøres tilsvarende analyser for det psykiske helsevernet for voksne (fra avsnitt 7.5). Deretter sees tjenestene til de to befolkningsgruppene i sammenheng (avsnitt 7.6). I avsnitt 7.7 og 7.8 gis mer detaljerte analyser av ressurs- og forbruksprofiler blant HF-områdene i den enkelte helseregion for de to målgruppene.

7.3 Variabler og metode

For å belyse ressursinnsats i det psykiske helsevernet for henholdsvis barn og unge og voksne, benyttes indikatorer for personelldekning (per 10 000 innbyggere) og døgnplassdekning (per 10 000 innbyggere). Personellet er splittet i poliklinisk/ambulant personell og avdelingspersonell. Beregningene av ratene tar utgangspunkt i antall årsverk og antall døgnplasser ved utgangen av året. Ressurstillene er korrigert for bruken av tjenester fra andre regioner og foretaksområder (se PV7 "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på nettstedet www.sintef.no/samdata).

Indikatorer for bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge er dekningsgrad for behandlede polikliniske pasienter (per 100 innbyggere 0-17 år), og dekningsgrad for behandlede pasienter totalt (per 100 innbyggere 0-17 år). Indikatorene viser antall individer eller brukere under behandling innen tjenestene til barn og unge i relasjon til befolkningsstørrelsen i helseforetaksområdene. Ratene er fordelt etter omsorgsnivå, poliklinisk og totalt.

Som indikatorer for bruk av behandlingstjenester for voksne benyttes antall døgnopphold (både avsluttede og uavsluttede), antall utskrivninger, antall oppholdsdøgn og antall polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere over 18 år. Ratene er beregnet etter pasientens bostedsområde.

For å belyse hvordan produktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge er relatert til dekningsgrad og sammensetning av behandlingstilbudet, benyttes indikatoren pasienter per fagårsverk i poliklinikker. Med fagårsverk i poliklinisk virksomhet menes antall årsverk utført av universitets- eller høyskoleutdannet personell. For nærmere beskrivelse, se kapittel 8.

Med "helseforetaksområde" menes det geografiske området (kommuner, bydeler) der et helseforetak har hovedansvaret for spesialisthelsetjenestene til befolkningen. I deler av Oslo utøves dette ansvaret av private institusjoner, og altså ikke av et helseforetak i juridisk forstand. For enkelthets skyld benyttes likevel betegnelsen "helseforetaksområde" også om disse områdene.

For definisjoner, beregningsmåter og datagrunnlag, se PV2, PV3 og PV7 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" på nettstedet www.sintef.no/samdata.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike ressurs- og forbruksindikatorne, vil vi presentere en korrelasjonsmatrise med korrelasjonskoeffisienten Pearsons r for begge målgrupper. I tillegg til de presenterte indikatorene, vil en indikator for gjennomsnittlig varighet av opphold inngå i matrisen for tjenestene til voksne. Denne er definert som oppholdsdøgnraten dividert med utskrivningsraten i helseforetaksområdene.

Som mål på forskjeller mellom regioner og mellom helseforetaksområder, vil vi bruke variasjonskoeffisienten (CV), definert som standardavvik dividert med gjennomsnitt. Vi vil imidlertid også presentere standardavviket som er et vanlig mål på spredning. Hvis standardavviket reduseres har de absolutte forskjellene i dekningsgrad blitt redusert. Standardavviket måles med samme målestokk som fordelingen vi studerer, og er basert på

avvikene for de enkelte observasjonene i fordelingen fra gjennomsnittet for fordelingen. Dette innebærer at en ikke kan foreta sammenligninger på tvers av fordelinger med ulik målestokk. Standardavviket tar heller ikke hensyn til nivået på fordelingen. For å korrigere for slike relative forskjeller benytter vi variasjonskoeffisienten (standardavviket delt på gjennomsnittet) som gir informasjon om de relative snarere enn de absolutte forskjellene.

7.4 Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge 2008

Ved å sammenstille indikatorer for ressursinnsats og forbruk i det psykiske helsevernet for barn og unge, ønsker vi å kartlegge HF-områdenes ulike sammensetninger av behandlingstilbudet til befolkningen i opptaksområdene etter at Opptappingsplanen er avsluttet.

Først presenteres en korrelasjonsmatrise for de utvalgte ressurs- og forbruksindikatorene (tabell 7.1). Deretter illustreres ulike profiler i tjenestene til barn og unge (figur 7.1), og hvilke faktorer som bidrar til høy dekningsgrad (figur 7.2 og 7.3).

Tabell 7.1 Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) mellom ressurs- og forbruksrater. Personelldekning, døgnplassdekning, dekningsgrad polikliniske pasienter og dekningsgrad pasienter totalt. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseforetaksområder. 2008

	Personell- dekning totalt	Poliklinisk personell- dekning	Personell- dekning avdelinger	Døgnplass- dekning	Deknings- grad pasienter totalt	Deknings- grad polikliniske pasienter
Personelldekning totalt	1	0,554**	0,853**	0,582**	0,645**	0,625**
Poliklinisk personelldekning	0,554**	1	0,038	0,015	0,529**	0,513*
Personelldekning avdelinger	0,853**	0,038	1	0,688**	0,442*	0,429*
Døgnplassdekning	0,582**	0,015	0,688**	1	0,199	0,186
Dekningsgrad pasienter totalt	0,645**	0,529*	0,442*	0,199	1	0,995**
Dekningsgrad polikliniske pasienter	0,625**	0,513*	0,429*	0,186	0,995**	1

N=23

Datakilde: NPR og SSB

* p < 0.05, ** p < 0.01 (2-sidig test)

Tabell 7.1 viser at:

- HF-områder med høy personelldekning har signifikant høyere polikliniske personelldekning, døgnplassdekning og behandlingsrater enn HF-områder med lav personelldekning.
- HF-områder med høy poliklinisk personelldekning har signifikant høyere personelldekning totalt og behandlingsrater enn HF-områder med lav poliklinisk personelldekning.
- HF-områder med høy døgnplassdekning har signifikant høyere personelldekning enn HF-områder med lav døgnplassdekning.

- HF-områder med høy behandlingsrate for polikliniske pasienter har signifikant høyere personelldekning totalt og poliklinisk, og behandlingsrate totalt enn HF-områder med lav dekningsgrad for polikliniske pasienter.
- HF-områder med høy total dekningsgrad for barn og unge har signifikant høyere personelldekning totalt og poliklinisk, og polikliniske behandlingsrater enn HF-områder med lav dekningsgrad.
- HF-områder med høy dekning av døgnplasser har ikke lavere dekningsgrad, verken for polikliniske pasienter eller dekningsgrad totalt enn HF-områder med lavere døgnplassdekning. Høy døgnplassdekning er kun korrelert med høy personelldekning, noe som indikerer at døgnbehandling er et ressurskrevende behandlingstilbud.

7.4.1 Profiler i det psykiske helsevernet for barn og unge

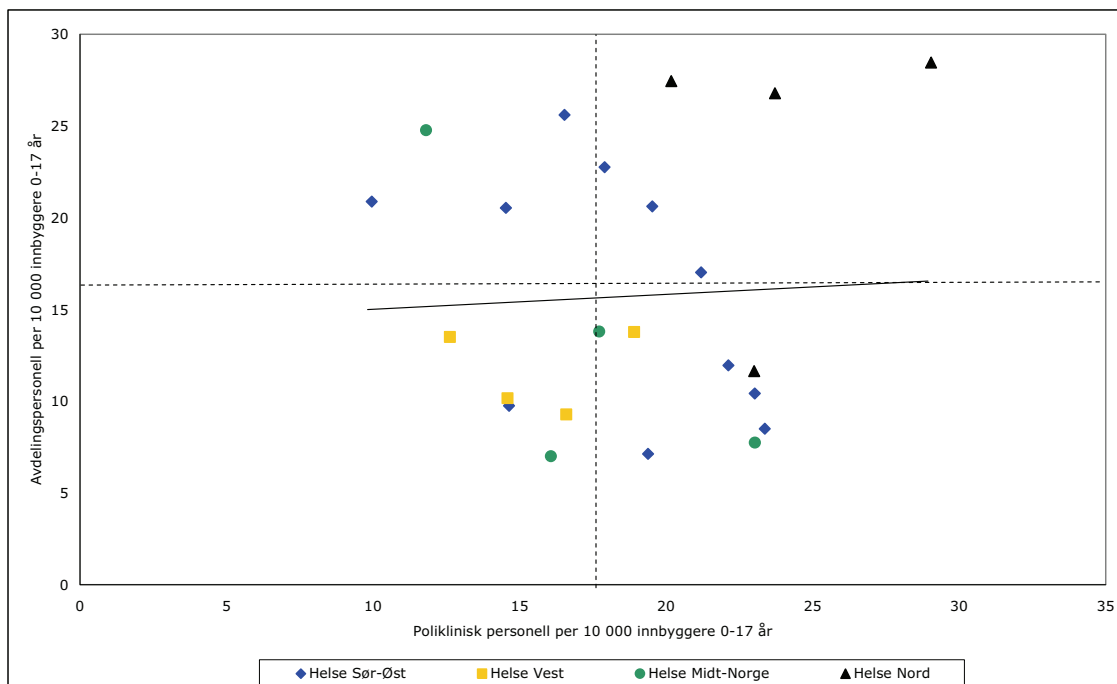
Tabell 7.1 viste at det ikke er en signifikant sammenheng mellom personelldekning i poliklinikk og avdeling (Pearsons $r=0,038$) mellom helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette betyr at det ikke er et klart mønster i HF-områdenes valg av enten en poliklinisk eller døgn-/dagbasert profil. Vi skal i dette avsnittet se hvordan foretaksområdene fordeler seg langs aksene som beskriver ulike typer driftsformer.

I figur 7.1 presenteres forholdet mellom indikatorene grafisk. Langs x-aksen vises poliklinisk personell per 10 000 innbyggere og langs y-aksen døgn-/dagpersonell per 10 000 innbyggere (0-17 år).

De ulike helseforetakenes regiontilhørighet er markert med ulike symboler og farger.

I figurene er landsgjennomsnittet for de ulike indikatorene markert med en vertikal og en horisontal stippet linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser HF-områder med personelldekning over landsgjennomsnittet for både poliklinisk og avdelingspersonell.
- Kvadranten nederst til høyre viser HF-områder med poliklinisk personell over landsgjennomsnittet og avdelingspersonell under gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten øverst til venstre viser HF-områder med poliklinisk personell under landsgjennomsnittet og avdelingspersonell over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten ned til venstre viser HF-områder med dekning for både poliklinisk og avdelingspersonell lavere enn landsgjennomsnittet.



Figur 7.1 Personellinnsats i poliklinisk og døgn-/dagvirksomhet i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseforetaksområder. 2008

Figuren viser at det ikke var noen sammenheng mellom HF-områdenes dekning av poliklinisk personell og avdelingspersonell (Pearsons $r=0,038$) i 2008. Dette betyr at det ikke er et klart mønster i HF-områdenes valg av enten en poliklinisk eller døgn-/dagbasert profil. Helseforetaksområdene ser ut til å ha ulike kombinasjoner av døgn-/dagbasert og poliklinisk virksomhet, og fordeler seg relativt jevnt mellom de fire kvadrantene.

HF-områder i øverste høyre kvadrant kjennetegnes av både å ha høy personelldekning per innbygger både i poliklinisk og døgnbasert virksomhet. Seks foretaksområder har denne kombinasjonen, hvorav tre foretaksområder tilhører helseregion Sør-Øst (Akershus, Asker og Bærum, Oslo og Follo) og tre helseregion Nord (Helgeland, UNN, Finnmark). To av foretakene i region Nord skiller seg ut med svært høye rater for begge driftsformer, mens HF-områdene fra Sør-Øst ligger nærmere landsgjennomsnittet for begge indikatorer.

Hvis vi holder de tre foretaksområdene i Helse Nord utenfor analysen, blir det en negativ samvariasjon mellom de to indikatorene, dvs. at foretaksområder med høy poliklinisk dekning, har lav dekning for døgnvirksomhet og omvendt.

I nederste venstre kvadrant ser vi HF-områder med motsatt profil, dvs. lav personelldekning både i poliklinisk og døgn-/dagbasert virksomhet. Fem HF-områder faller innenfor denne kvadranten; ett fra helseregion Sør-Øst (Telemark), tre fra Vest (Stavanger, Fonna, Bergen) og ett fra region Midt-Norge (Sunnmøre).

I de to gjenstående kvadrantene finner vi HF-områder som har en mer rendyrket tilbudsprofil, enten med høy poliklinisk personelldekning eller med høy dekning i døgn-/dagbasert virksomhet.

HF-områder i nederste høyre kvadrant kjennetegnes av relativt høy poliklinisk dekning og lavt nivå på dekningen for døgn-/dagvirksomheten. Her er åtte foretaksområder plassert; fire fra helseregion Sør-Øst (Buskerud, Blefjell, Ringerike, Vestfold), to fra Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal, St. Olavs Hospital), ett fra Vest (Førde) og ett fra region Nord (UNN).

I øverste venstre kvadrant er HF-områder med høy dekning av døgn-/dagpersonell og lav poliklinisk personelldekning plassert. Tre foretaksområder fra Sør-Øst (Østfold, Innlandet,

Sørlandet) og ett fra helseregion Midt-Norge (Nord-Trøndelag) har en tilbudsprofil hvor døgn-/dagbaserte tilbud ser ut til å være mer vektlagt enn polikliniske tilbud.

Det er ikke et klart mønster i HF-områdenes valg mellom enten en poliklinisk eller døgn-/dagbasert profil i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2008. HF-områdene har ulike kombinasjoner av polikliniske versus døgnbaserte tjenester. Noen foretaksområder har imidlertid en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk personelldekning eller høy dekning for døgn-/dagvirksomheten. Innenfor helseregionene Sør-Øst og Midt-Norge er det en negativ samvariasjon mellom de to driftsformene, det vil si at enkelte HF-områder vektlegger en poliklinisk profil mens andre områder har høy dekning i døgn-/dagbaserte tjenester. I helseregion Nord har tre av fire foretaksområder både høy innsats i poliklinisk og døgn-/dagbasert virksomhet. I helseregion Vest er situasjonen motsatt, der har tre av fire HF-områder relativt lav personelldekning for begge typer driftsformer.

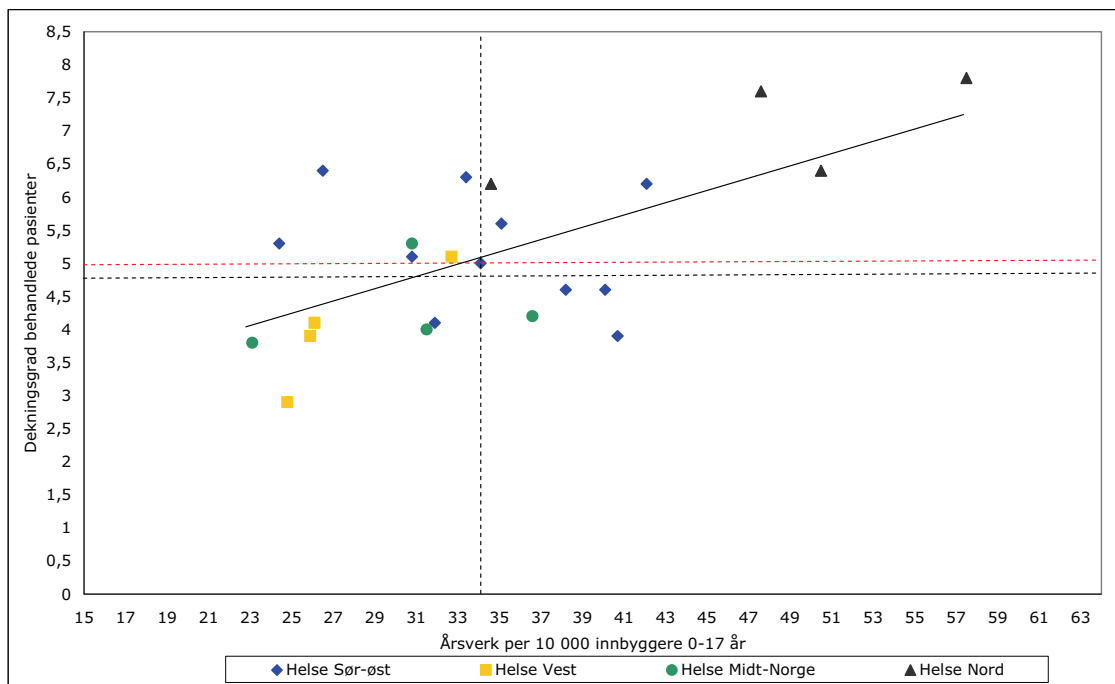
7.4.2 Hvilke faktorer bidrar til høy dekningsgrad for barn og unge?

Personelldekning og dekningsgrad

Tabell 7.1 viste at det er en signifikant sammenheng mellom personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge (Pearsons $r=0,64$). I figur 7.2 presenteres denne sammenhengen grafisk. Langs x-aksen vises antall årsverk per 10 000 innbyggere og langs y-aksen antall behandlede pasienter per 100 innbyggere (0-17 år). De ulike helseforetakenes regiontilhørighet er markert med ulike symboler og farger.

I figuren er landsgjennomsnittet for personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter markert med en vertikal og en horisontal stiplet linje. I tillegg er femprosent dekningsgrad, som er Opptrappingsplanens måltall, markert med rød stiplet linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten nederst til høyre viser personelldekning over landsgjennomsnittet og dekningsgrad for behandlede pasienter under gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten øverst til venstre viser personelldekning under landsgjennomsnittet og dekningsgrad over snittet for landet.
- Kvadranten ned til venstre viser personelldekning og dekningsgrad lavere enn landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.2 Personelldekning (x-aksen) og dekningsgrad for behandlede pasienter (y-aksen) i det psykiske helsevernet for barn og unge 0-17 år. Helseforetaksområder. 2008

Figuren bekrefter at det er en positiv sammenheng mellom helseforetaksområdenes personelldekning og omfanget av behandlede pasienter per innbygger. Helseforetaksområder med høy personelldekning har en tendens til å ha høyere dekningsgrad for behandlede pasienter enn HF-områder med lav årsverksinnsats. Samtidig ser vi at en del foretaksområder ligger utenfor denne aksen, spesielt finner vi flere foretak i øverste venstre kvadrant, dvs. høy dekningsgrad og lav personelldekning.

Når det gjelder foretaksområdenes regiontilhørighet, ser vi at alle HF-områder i helseregion Nord ligger i øverste høyre kvadrant, dvs. høy personelldekning og høy dekningsgrad. I tillegg er to foretaksområder fra helseregion Sør-Øst i samme kategori.

Med unntak for ett helseforetaksområde (Førde), ligger alle HF-områder i helseregion Vest i nedre venstre kvadrant, med lav personelldekning og lav dekningsgrad for behandlede pasienter. Det samme gjelder for to av helseregion Midt-Norges foretaksområder (Sunnmøre, St. Olavs Hospital), samt ett foretak fra helseregion Sør-Øst (Buskerud).

Tre helseforetaksområder fra helseregion Sør-Øst (Akershus HF-område Asker og Bærum HF-område, Oslo og Follo HF-område), befinner seg i nederste høyre kvadrant med høy personelldekning og lavere dekningsgrad for behandlede pasienter enn landsgjennomsnittet. Disse foretaksområdene har døgnplasskapasitet over landsgjennomsnittet (tabell 7.4). Som omtalt tidligere vil døgnbasert behandling være ressurskrevende og trolig delvis forklare hvorfor dekningsgraden er relativt lav for disse foretakene.

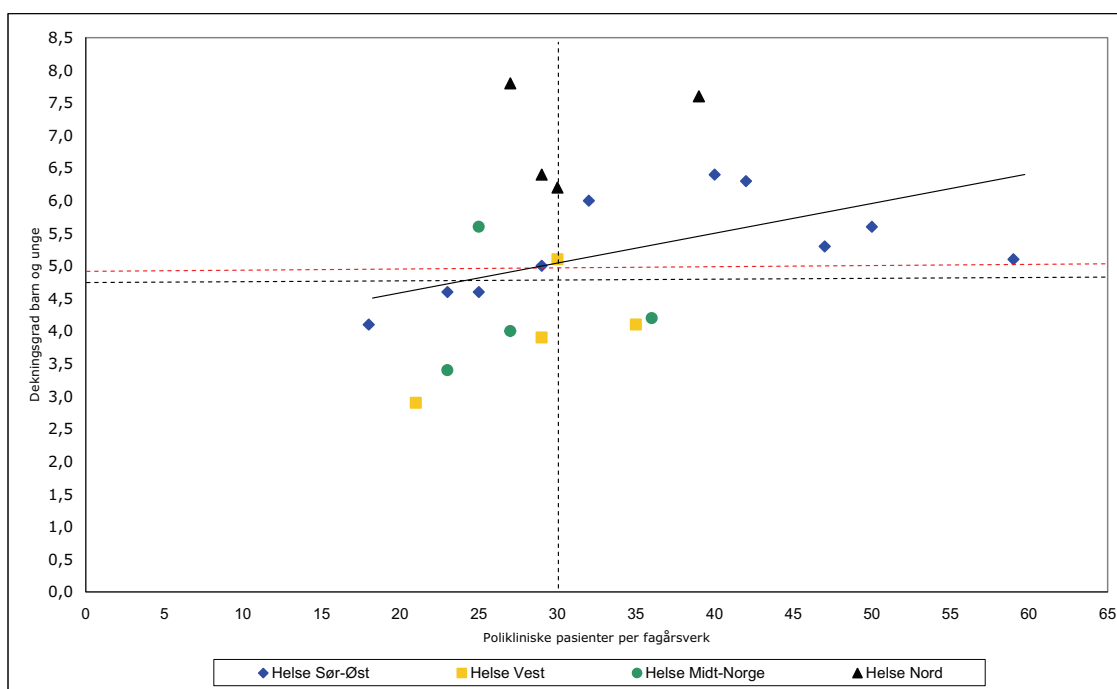
Øverste venstre kvadrant kjennetegnes med lav personellkapasitet og høy dekningsgrad, og her er seks HF-områder lokalisert; fire helseforetaksområder fra helseregion Sør-Øst (Ringerike, Blefjell, Telemark, Sørlandet), ett fra helseregion Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal) og ett fra region Vest (Førde). Med unntak for Telemark og Sørlandet HF-områder er dette er foretaksområder som i stor grad har en poliklinisk profil med høy poliklinisk personelldekning og høy dekningsgrad.

Produktivitet og dekningsgrad

I figur 7.3 har vi sammenstilt dekningsgrad for polikliniske pasienter (y-aksen) i HF-områdene og en indikator for produktivitet i poliklinikker for barn og unge; antall polikliniske pasienter per fagårsverk (langs x-aksen).

I figuren er landsgjennomsnittet for dekningsgrad og produktivetsindikatoren markert med en henholdsvis vertikal og horisontal stiplet linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med følgende kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser høy produktivitet og dekningsgrad for behandlede pasienter over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten nederst til høyre viser produktivitet over landsgjennomsnittet og dekningsgrad for behandlede pasienter under gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten øverst til venstre viser lav produktivitet og dekningsgrad over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten ned til venstre viser lav produktivitet og lav dekningsgrad sammenliknet med landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.3 Dekningsgrad for behandlede pasienter (per 100 innbyggere 0-17 år) og produktivitet (polikliniske pasienter per fagårsverk). Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2008

Figuren viser en svak positiv, men ikke signifikant samvariasjon mellom produktivitet i helseforetakene og andelen av behandlede pasienter i foretaksområdene (Pearsons $r=0,35$). Dersom helseforetaket med høyeste produktivitet, Sørlandet HF-område, holdes utenfor analysen, er sammenheng (Pearsons $r=0,43$) mellom dekningsgrad og produktivitet signifikant.

Til tross for at sammenhengen ikke er så sterk, ser vi at helseforetak med lav produktivitet, målt i antall behandlede pasienter per fagårsverk, har en tendens til å ha lavere dekningsgrad for behandlede pasienter enn helseforetak med høy produktivitet. For eksempel har Stavanger helseforetak laveste dekningsgrad og nest laveste produktivitet

blant foretaksområdene, mens helseforetakene Ringerike, Blefjell og Nordland både kan skilte med høy produktivitet og dekningsgrad for barn og unge.

Samtidig ser vi at en del foretak ligger utenfor denne akse, spesielt finner vi flere foretak i øverste venstre kvadrant, dvs. lav produktivitet og høy dekningsgrad sett i forhold til landsgjennomsnittet. De aktuelle helseforetakene kjennetegnes enten av høy poliklinisk personellinnsats og lav døgnplasskapasitet, eller både høy kapasitet når det gjelder døgn- og poliklinisk virksomhet. Nederste høyre kvadrant viser to foretak med relativt høy produktivitet, men med dekningsgrad under landsgjennomsnittet i opptaksområdene. Disse har begge døgnplasskapasitet over og poliklinisk personellinnsats under landsgjennomsnittet (Fonna og Nord-Trøndelag).

Når det gjelder foretakenes regiontilhørighet, ser vi at øvre høyre kvadrant har seks foretaksområder fra helseregion Sør-Øst og ett fra region Nord, mens HF-områder lokalisert i nederste venstre del av figuren både har tilhørighet i helseregion Sør-Øst, Vest og Midt-Norge. Tre av foretaksområdene i Helse Nord har produktivitet på eller under landsgjennomsnittet, mens dekningsgraden er høy for samtlige fire foretaksområder og befinner seg derfor i øvre del av figuren.

Til tross for en positiv samvariasjon, er det som nevnt ingen signifikant sammenheng mellom produktivitet og dekningsgrad for behandlede pasienter. HF-områder med høy dekning og lav produktivitet bryter med dette mønstret. Flere av disse HF-områdene ser ut til å kompensere med sterkt poliklinisk fokus i behandlingstilbudet (høy poliklinisk personellinnsats), og oppnår på den måten høy dekningsgrad uten nødvendigvis høy produktivitet. Motsatt har begge HF-områder med høy produktivitet og dekningsgrad under gjennomsnittet relativt høy døgnplasskapasitet og personellinnsats i avdelinger.

7.5 Helseforetaksområder i det psykisk helsevernet for voksne i 2008

I dette avsnittet vil vi kartlegge hvordan forskjeller i innsats og tilgjengelighet mellom helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for voksne fremstår ved Opptrappingsplanens slutt i 2008.

I dette avsnittet presenteres først en korrelasjonsmatrise for de utvalgte ressurs- og forbruksindikatorene (tabell 7.2). Deretter ser vi på ulike profiler i helseforetaksområdene i figur 7.4 og 7.5.

Tabell 7.2 Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) mellom ressurs- og forbruksrater i helseforetaksområdene. Poliklinisk personelldekning, personelldekning døgn/dag, personelldekning totalt, døgnplassdekning, døgnoppholdsrate, utskrivningsrater, døgnrater, polikliniske konsultasjonsrater samt gjennomsnittlig varighet av døgnopphold. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseforetaksområder. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

	Personell- dekning polikl	Personell- dekning døgn/dag	Personell- dekning	Døgn- plass- dekning	Døgnopp- holdsrate	Utskriv- ningsrate	Døgnrate	Konsul- tasjons- rate	Gjennom- snittlig varighet opphold
Poliklinisk personelldekning	1	0,135	0,321	0,226	0,542**	0,541**	0,156	0,480*	-0,314
Personelldekning døgn/dag	0,135	1	0,982**	0,78**	0,307	0,258	0,756**	-0,042	0,466*
Personelldekning	0,321	0,982**	1	0,795**	0,398*	0,351	0,752**	0,052	0,385
Døgnplassdekning	0,226	0,786**	0,795**	1	0,498**	0,443*	0,894**	0,013	0,429*
Døgnoppholdsrate	0,542**	0,307	0,398*	0,498**	1	0,997**	0,318	0,034	-0,485*
Utskrivningsrater	0,541**	0,258	0,351	0,443*	0,997**	1	0,253	0,023	-0,543**
Døgnrater	0,156	0,756**	0,752**	0,894**	0,318	0,252	1	0,153	0,651**
Polikliniske konsultasjonsrater	0,480*	-0,042	0,052	0,013	0,034	0,023	0,153	1	0,063
Gjennomsnittlig varighet opphold	-0,314	0,466*	0,385	0,429*	-0,485*	-0,543*	0,651**	0,063	1

N=26

Datkilde: NPR og SSB

* p < 0.05, ** p < 0.01 (2-sidig test)

Tabell 7.2 viser at:

- HF-områder med høy personelldekning har signifikant høyere døgnplassdekning, døgnopphold, utskrivninger og døgnrater per innbyggere enn HF-områder med lav personelldekning.
- HF-områder med høy poliklinisk personelldekning har høyere konsultasjonsrater, oppholdsrate og utskrivningsrater enn HF-områder med lav personelldekning i poliklinisk virksomhet.
- HF-områder med høy personelldekning for døgn- og dagvirksomhet har høyere døgnplassdekning, døgnrater og lengre gjennomsnittlig varighet av oppholdene enn HF-områder med lav personelldekning.
- HF-områder med høy døgnplassdekning har signifikant høyere personelldekning, flere døgnopphold og utskrivninger samt høyere døgnrater per innbygger enn HF-områder med lav døgnplassdekning.
- HF-områder med høy døgnoppholdsrate har signifikant høyere personelldekning, døgnplassdekning og antall utskrivninger og opphold av kortere varighet enn HF-områder med færre opphold.
- HF-områder med høy utskrivningsrate har signifikant høyere poliklinisk personelldekning, døgnplassdekning og oppholdsrate, samt opphold av kortere varighet enn helseforetaksområder med lavere utskrivningsrate.

- HF-områder med høye døgnrater har signifikant høyere personelldekning for døgn og dagvirksomhet, døgnplassdekning, døgnoppholdsrate samt opphold av lengre varighet enn HF-områder med lave døgnrater.
- HF-områder med høye konsultasjonsrater har signifikant høyere poliklinisk personelldekning.
- HF-områder med lang gjennomsnittlig varighet for døgnopphold har signifikant høyere døgnrater, døgnplassdekning og personelldekning for døgn- og dagvirksomhet, samt lavere oppholdsrate og utskrivningsrate enn HF-områder med kortere varighet på døgnopphold.
- Høy personelldekning generelt påvirker bare i begrenset grad personelldekningen ved poliklinikkene.

7.5.1 Profiler i det psykiske helsevernet for voksne

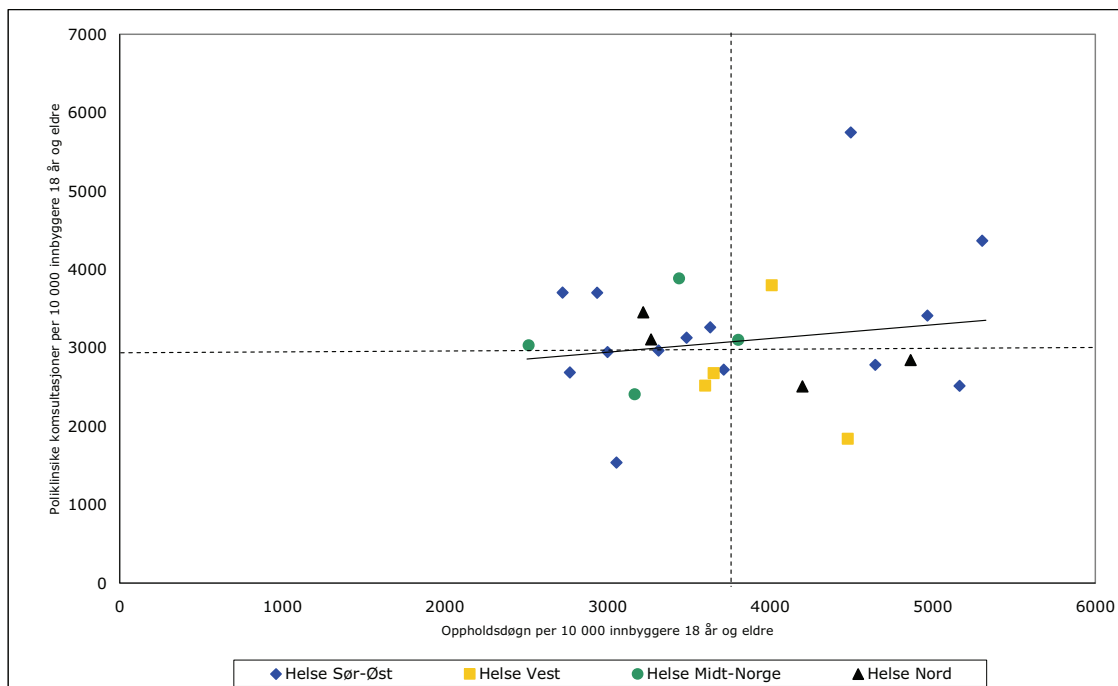
Tabell 7.2 viste at det verken er en signifikant sammenheng mellom omfanget av oppholds-døgn og polikliniske konsultasjoner (Pearsons $r=0,153$), eller mellom oppholdsdøgn og utskrivninger (Pearsons $r=0,252$) mellom helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for voksne. Dette betyr at det ikke er et klart mønster i HF-områdenes valg av enten en poliklinisk eller døgnbasert profil. Det er heller ikke en entydig tendens at døgnavdelingene i HF-områdene enten har mange og korte opphold, eller færre opphold av lengre varighet, eller omvendt. Vi skal i dette avsnittet se hvordan foretaksområdene fordeler seg langs disse aksene som beskriver ulike typer driftsformer.

I figur 7.4 og 7.5 presenteres forholdet mellom disse indikatorene grafisk. Langs x-aksen vises antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere og langs y-aksen antall polikliniske konsultasjoner/utskrivninger per 10 000 innbyggere.

De ulike helseforetakenes regiontilhørighet er markert med ulike symboler og farger.

I figurene er landsgjennomsnittet for de ulike indikatorene markert med en vertikal og en horisontal stippet linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser HF-områder med oppholdsdøgn og konsultasjoner/utskrivninger over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten nederst til høyre viser HF-områder med oppholdsdøgn over landsgjennomsnittet og konsultasjoner/utskrivninger under gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten øverst til venstre viser HF-områder med oppholdsdøgn under landsgjennomsnittet og konsultasjoner/utskrivninger over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten ned til venstre viser HF-områder med oppholdsdøgn og konsultasjoner/utskrivninger lavere enn landsgjennomsnittet.



Figur 7.4 Oppholds døgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder. 2008

Figur 7.4 viser at det ikke er noen sammenheng mellom HF-områdenes omfang av oppholds døgn og polikliniske konsultasjoner (Pearsons $r=0,153$). Hvis vi holder Telemark HF-område, som skiller seg ut med et svært høyt konsultasjonsnivå, utenfor analysen, blir det ingen samvariasjon mellom de to indikatorene, og trendlinjen flater ut. Dette betyr at det ikke er et klart mønster i HF-områdenes valg av enten en poliklinisk eller døgnbasert profil. Helseforetaksområdene ser ut til å ha ulike kombinasjoner av døgnbasert og poliklinisk virksomhet, og fordeler seg relativt jevnt mellom de fire kvadrantene.

HF-områder i øverste høyre kvadrant kjennetegnes av både å ha høy døgnrate og høy poliklinisk konsultasjonsrate per innbygger, dvs. mange eller lange døgnopphold i døgnavdelingene. Fem foretaksområder har denne kombinasjonen, hvorav tre foretaksområder tilhører helseregion Sør-Øst (Lovisenberg, Diakonhjemmet, Telemark), ett region Vest (Stavanger) og ett helseregion Midt-Norge (St. Olavs Hospital). Telemark skiller seg ut med svært høye rater for begge driftsformer, mens St. Olavs Hospital ligger nær landsgjennomsnittet for begge indikatorer.

I nederste venstre kvadrant ser vi HF-områder med motsatt profil, dvs. lav døgnaktivitet og lav poliklinisk aktivitet. Fem HF-områder fra Sør-Øst faller innenfor denne kvadranten (Østfold, Akershus, Innlandet, Buskerud, Sørlandet), to fra helseregion Vest (Fonna og Førde) og ett fra region Midt-Norge (Sunnmøre). HF-områdene Akershus og Sørlandet ligger imidlertid helt opp mot landsgjennomsnittet for poliklinisk aktivitet.

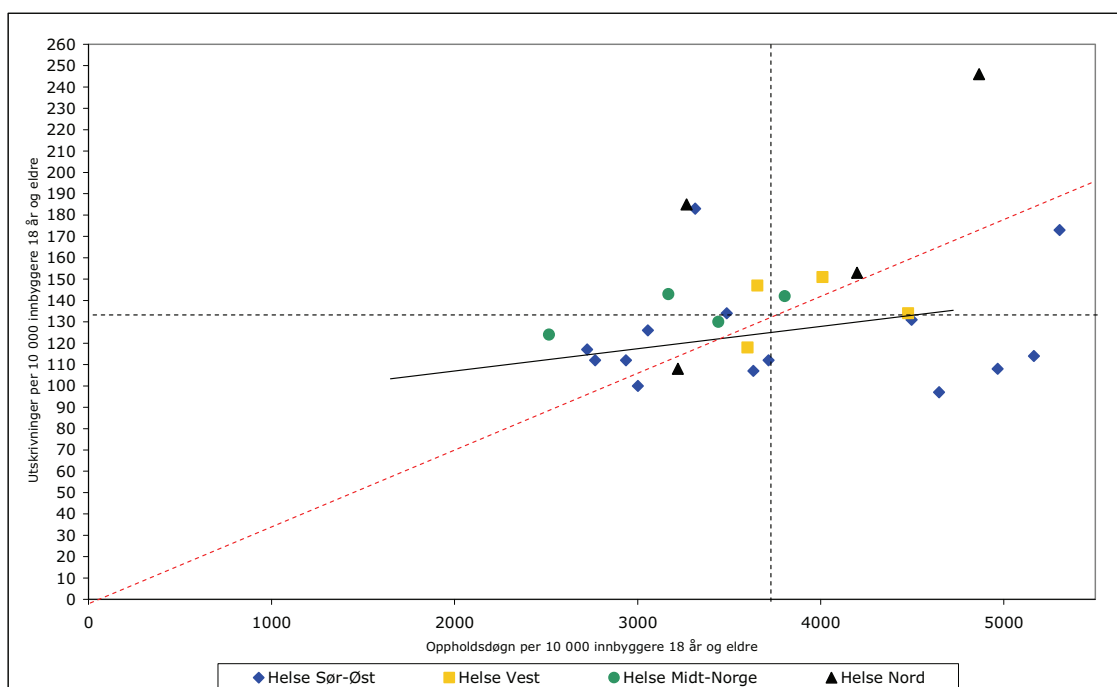
I de to gjenstående kvadrantene finner vi HF-områder som har en mer rendyrket tilbudsprofil, enten med høy poliklinisk aktivitet eller med stort volum på døgnaktiviteten.

HF-områder i øverste venstre kvadrant kjennetegnes av relativt høy poliklinisk aktivitet og lavt nivå på døgnaktiviteten, målt i antall oppholds døgn. Her er åtte foretaksområder plassert; fire fra helseregion Sør-Øst (Aker, Ringerike, Blefjell, Vestfold), to fra Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal, Nord-Trøndelag) og to fra helseregion Nord (Helgeland, UNN). Foretaksområdene i denne kvadranten ligger relativt samlet, flere nært landsgjennomsnittet for polikliniske konsultasjoner. Dette indikerer at disse foretakene har relativt lik driftsform. Ringerike og Vestfold har den tydeligste polikliniske profilen blant disse foretaksområdene.

I nederste høyre kvadrant er HF-områder med høy døgnaktivitet og lav poliklinisk aktivitet plassert. To foretaksområder fra Sør-Øst (Asker og Bærum, Ullevål) og to fra region Nord (Nordland, Finnmark), samt ett fra helseregion Vest (Bergen) har en tilbudsprofil hvor døgnbaserte tilbud ser ut til å være mer vektlagt enn polikliniske tilbud.

Dette viser at HF-områder i det psykiske helsevernet for voksne i 2008 har ulike kombinasjoner av poliklinisk versus døgnbaserte tjenester. Et mindretall av HF-områdene har en driftsform med høye døgnrater, men disse drar gjennomsnittet opp. Den største andelen av foretakene har derfor relativt lave døgnrater, ofte i kombinasjon med poliklinisk aktivitet rundt landsgjennomsnittet. Noen få foretaksområder har en mer rendyrket tjenesteprofil, enten i form av høy poliklinisk aktivitet eller med et stort volum på døgnaktiviteten. Et fåtall foretaksområder har høy/lav aktivitet for begge driftsformer.

I figur 7.5 skal vi belyse varighet av døgnoppholdene i avdelingene ved å sammenstille omfanget av HF-områdenes oppholdsdøgn og utskrivninger. Rød stiplet linje markerer HF-områdenes gjennomsnittlige oppholdstid. Foretak som ligger under denne linja har oppholdstid over landsgjennomsnittet, mens de som ligger over har kortere varighet på oppholdene.



Figur 7.5 Oppholdsdøgn og utskrivninger per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområder. 2008

Det er heller ingen signifikant sammenheng mellom helseforetakenes rater for oppholdsdøgn og utskrivninger (Pearsons $r=0,252$), men ulike kombinasjoner av døgnoppholdenes lengde og omfang.

Flest foretaksområder ligger i nedre venstre kvadrant med et relativt lavt nivå på ratene for døgn og utskrivninger. I denne kategorien befinner det seg sju foretaksområder fra helseregion Sør-Øst, ett fra Vest, to fra Midt-Norge og ett fra helseregion Nord. Foretakene som ligger over den røde stipla linja, som markerer gjennomsnittlig oppholdstid, har en driftsform med relativt få og korte døgnopphold (Østfold, Buskerud, Ringerike, Vestfold, Nordmøre og Romsdal, Nord-Trøndelag), mens foretakene under linja har få og relativt lange døgnopphold (Akershus, Helgeland, Førde, Aker, Innlandet).

I nedre høyre kvadrant finner man HF-områder med mange oppholdsdøgn og få utskrivninger per innbygger, dvs. en profil med få opphold med relativt lang varighet. Fire helseforetaksområder i Helse Sør-Øst har denne typen døgndrift; Asker og Bærum, Ullevål, Diakonhjemmet og Telemark. Sistnevnte foretaksområde har imidlertid en utskrivningsrate helt opp mot landsgjennomsnittet, og har derfor flere opphold enn de andre foretakene i denne kategorien.

Foretakene i øverste høyre kvadrant kan karakteriseres med et relativt høyt nivå både på døgn- og utskrivningsratene. Dette gir en driftform med mange døgnopphold i institusjonene. Her befinner det seg seks foretaksområder, hvorav to er fra helseregion Nord, to fra Vest og ett fra henholdsvis regionene Sør-Øst og Midt-Norge. Finnmark markerer seg spesielt med et svært høyt nivå på utskrivningsratene. Med unntak for ett foretaksområde, har disse foretakene relativt korte døgnopphold (Stavanger, Bergen, St. Olavs Hospital Nordland, Finnmark). Kun Lovisenberg HF-område har mange opphold av lengre varighet enn den gjennomsnittlige oppholdstiden.

Til slutt ser vi at fem foretaksområder befinner seg i øvre venstre kvadrant. Disse HF-områdene karakteriseres med lavt nivå på oppholdsdøgn og høyt nivå på utskrivninger, dvs. en døgntjeneste med mange korte opphold. Dette er HF-områdene Blefjell, Sørlandet, Fonna, Sunnmøre og UNN. Blant disse skiller Sørlandet og UNN seg ut med den klareste profilen, mens de øvrige har utskrivningsrater nærmere landsgjennomsnittet.

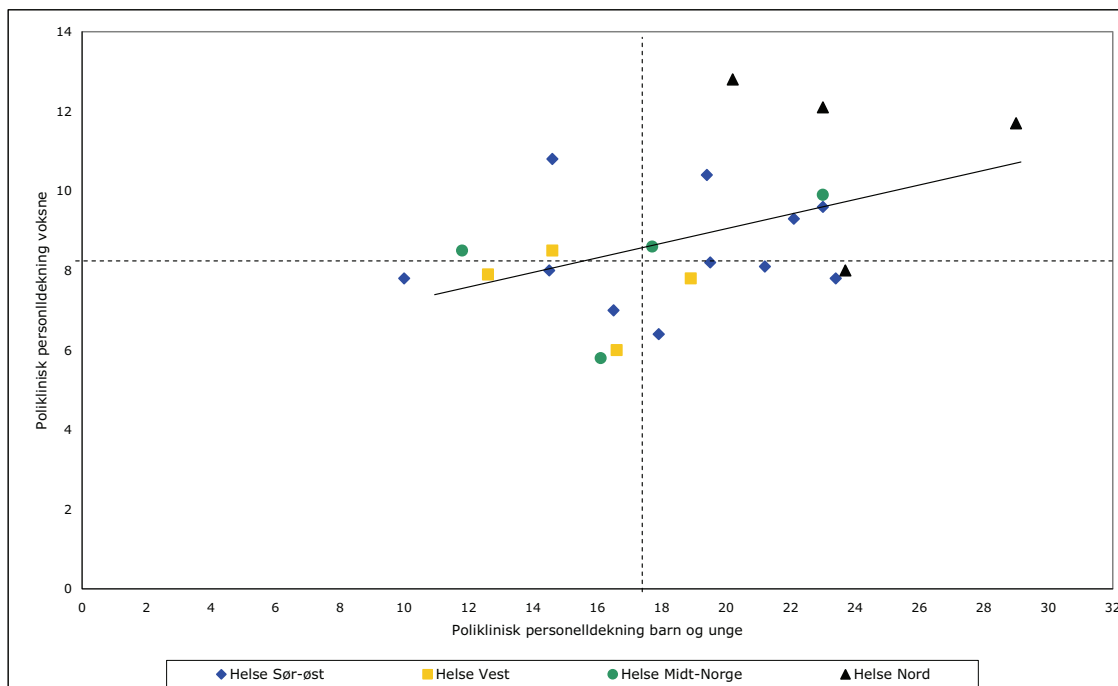
Døgntjenestene i foretaksområdene har med andre ord ulike kombinasjoner av lengde og omfang på døgnoppholdene. Et flertall av foretaksområdene (15) har relativt korte døgnopphold. Enkelte områder skiller seg ut med mange korte opphold (Finnmark, Sørlandet og UNN), mens andre karakteriseres med få og lange opphold (Asker og Bærum, Ullevål og Diakonhjemmet). Kun ett foretaksområde utmerker seg med mange og lange døgnopphold (Lovisenberg).

7.6 Ressursinnsats i tjenestene til barn og unge og tjenestene til voksne samlet

Vi har så langt sett atskilt på tilbudet til henholdsvis barn og unge, og voksne i det psykiske helsevernet. I dette avsnittet vil vi undersøke om det er noen sammenheng mellom tilbudet til de to målgruppene i ressursinnsats i poliklinisk og døgnbasert virksomhet. Er det slik at HF-områder med høye personellrater for barn og unge også har høye rater for voksne og omvendt? Og er det eventuelt slik at tjenestene til begge målgrupper enten har vektlagt polikliniske eller døgnbaserte tjenester?

Indikatorene for ressursinnsats er identiske for de to målgruppene, og det er derfor mulig å sammenlikne rater for personell, fordelt på poliklinisk personell og avdelingspersonell. Indikatorene for bruk av tjenester er imidlertid ulike i tjenestene til barn og unge, og voksne og vil derfor ikke tas med i denne analysen.

Figur 7.6 viser den polikliniske personelldekningen i helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og tjenestene til voksne (y-aksen). Figur 7.7 og 7.8 illustrerer personelldekningen i prosent av landsgjennomsnittet for henholdsvis poliklinisk personell og avdelingspersonell.



Datakilde: NPR og SSB

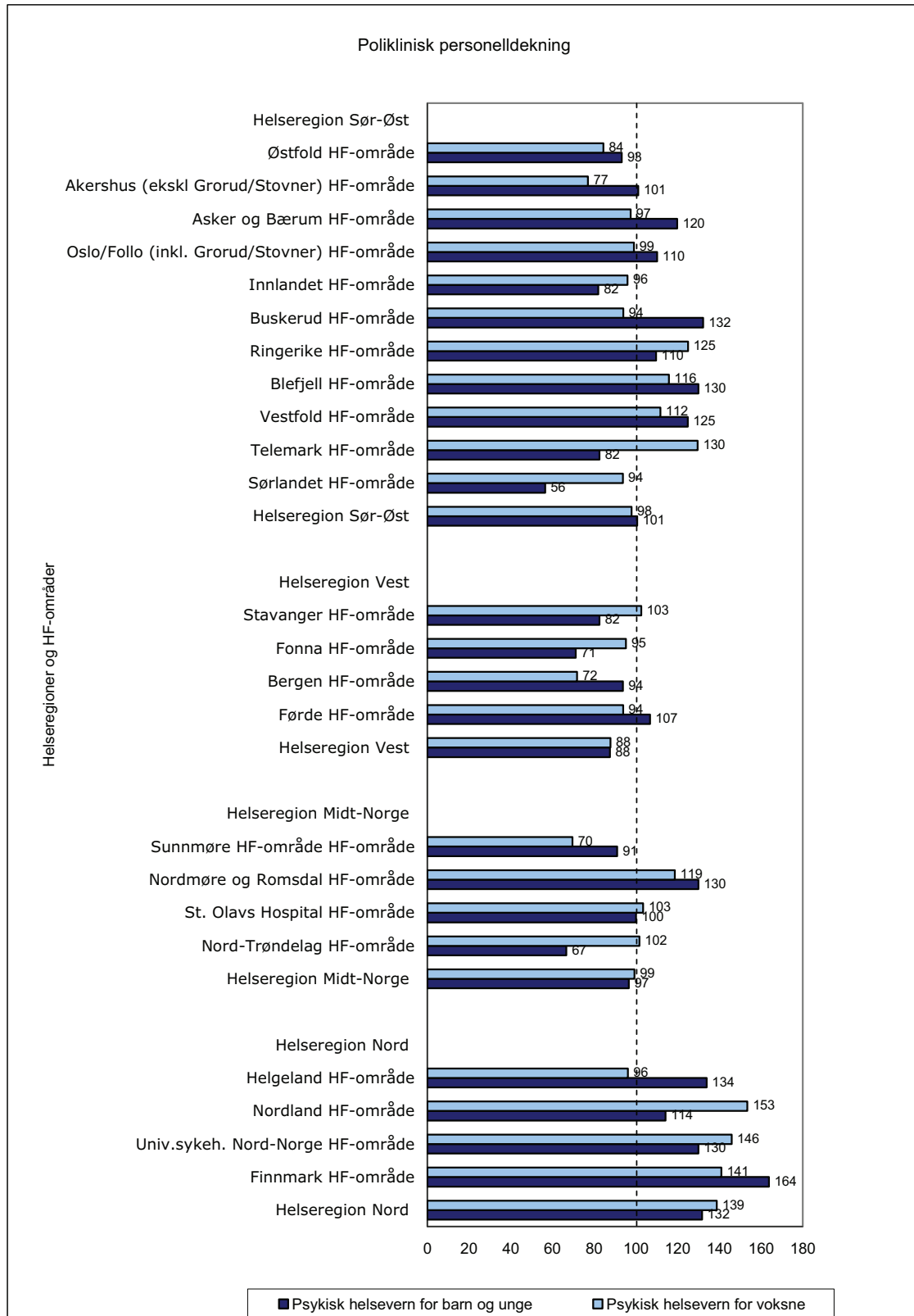
Figur 7.6 Poliklinisk personelldekning i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og voksne (y-aksen). Årsverk per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder. 2008

Figuren viser at det er en signifikant positiv sammenheng mellom ressursinnsatsen i tjenestene til barn, unge og voksne (Pearsons $r=0,44$), målt i polikliniske årsverk per innbyggere. Dette betyr at helseforetaksområder med høy poliklinisk personelldekning i tjenestene til barn og unge, har en tendens til å ha høye polikliniske personellrater også i tjenestene for voksne, og omvendt.

Åtte foretaksområder har poliklinisk personelldekning over gjennomsnittet for begge målgrupper, hvorav tre er fra helseregion Nord (Nordland, UNN, Finnmark), tre fra helseregion Sør-Øst (Ringerike, Blefjell og Vestfold) og to fra Midt-Norge (Nordmøre og Romsdal og St. Olavs Hospital). Seks foretaksområder har dekning under landsgjennomsnittet for begge målgrupper. Dette gjelder tre HF-områder i helseregion Sør-Øst (Østfold, Innlandet, Sørlandet), to i Vest (Fonna, Bergen) og ett i Midt-Norge (Sunnmøre).

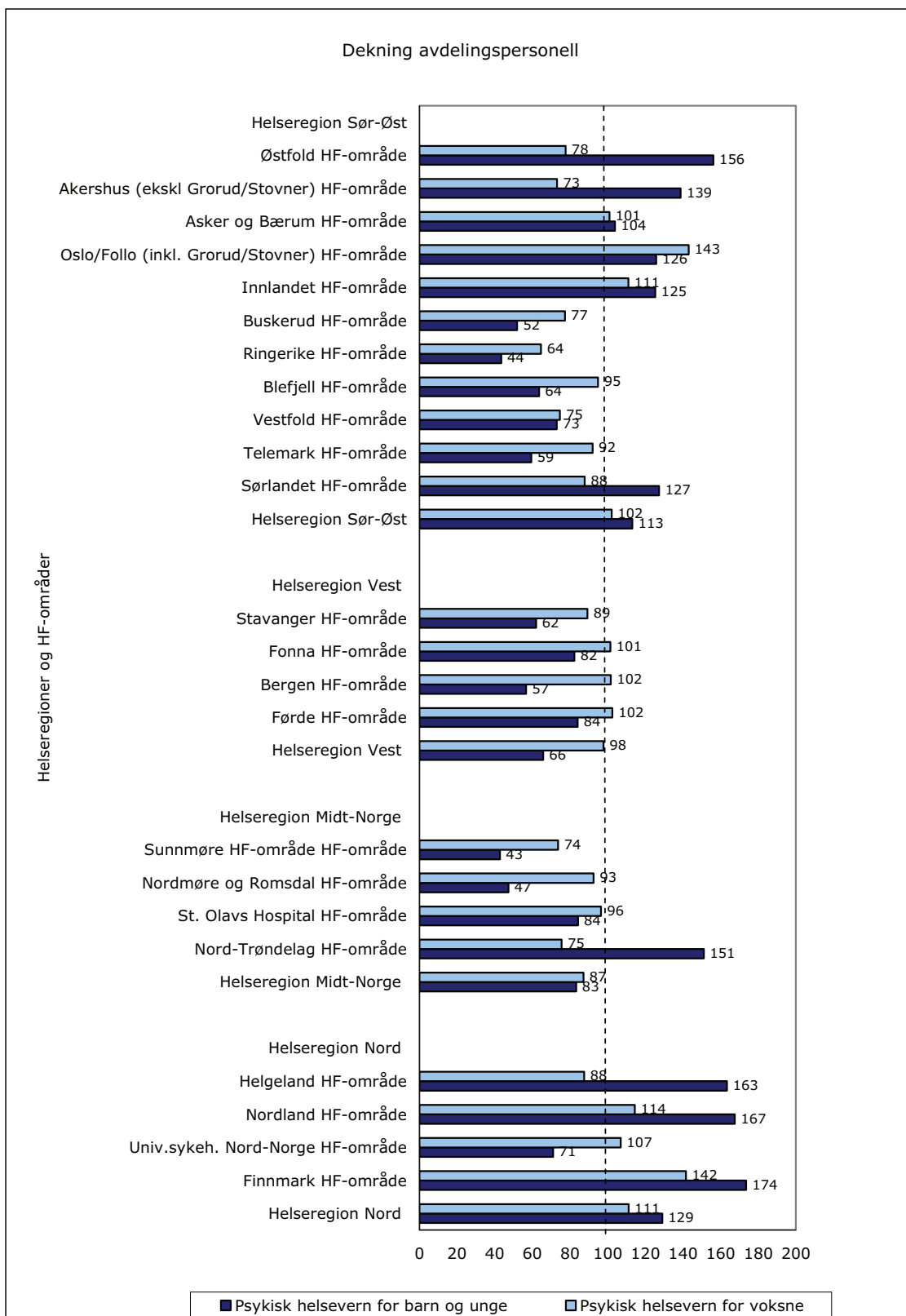
Ni foretaksområder faller utenfor denne aksen, hvorav seks HF-områder har høye rater for barn og unge og lave rater for voksne sett i relasjon til landsgjennomsnittet (Akershus, Asker og Bærum, Oslo og Follo, Buskerud, Førde og Helgeland), mens tre foretaksområder har relativt høye rater for voksne og lave for barn og unge (Telemark, Stavanger, Nord-Trøndelag).

Det er ingen signifikant sammenheng mellom de to tjenesteområdene når det gjelder dekningen av personell i avdelinger (døgn-/dagavdelinger) i helseforetaksområdene. Figur 7.8 viser dekningen i de ulike foretaksområdene for de to målgruppene, i prosent av landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR

Figur 7.7 Poliklinisk personelldeknning i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder. 2008



Datakilde: NPR

Figur 7.8 Dekning avdelingspersonell i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder. 2008

7.7 Ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for barn og unge

Før vi presenterer en mer detaljert analyse av helseforetakenes ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for barn og unge for 2008, skal vi se kort på utviklingen i opptrappingsperioden. I og med at helseforetak ble organisatorisk enhet ved den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten i 2002, har vi ikke mulighet til å sammenligne HF-områdenes utvikling i opptrappingsperioden²⁷. For å oppnå sammenlignbare enheter for begge år, har vi laget regionrater for 1998, basert på tall for fylkene som inngår i de enkelte helseregioner. For 1998 er helseregionene Øst og Sør holdt atskilt, da helseregion Sør-Øst først ble opprettet i 2006.

Deretter viser vi regionvise ressurs- og forbruksrater for hvert HF-område i 2008. Under omtalen av hver region vil figurer illustrere ratene i prosent av landsgjennomsnittet for HF-områdene. I vedleggstabellene 7.3 og 7.4 vises ratene for alle indikatorer, samt hvordan de ulike helseforetaksområdene skiller seg fra landsgjennomsnittet. Variasjonskoeffisient CV i vedleggstabell 7.7 viser variasjonen mellom HF-områdene i den enkelte region og mellom helseregionene.

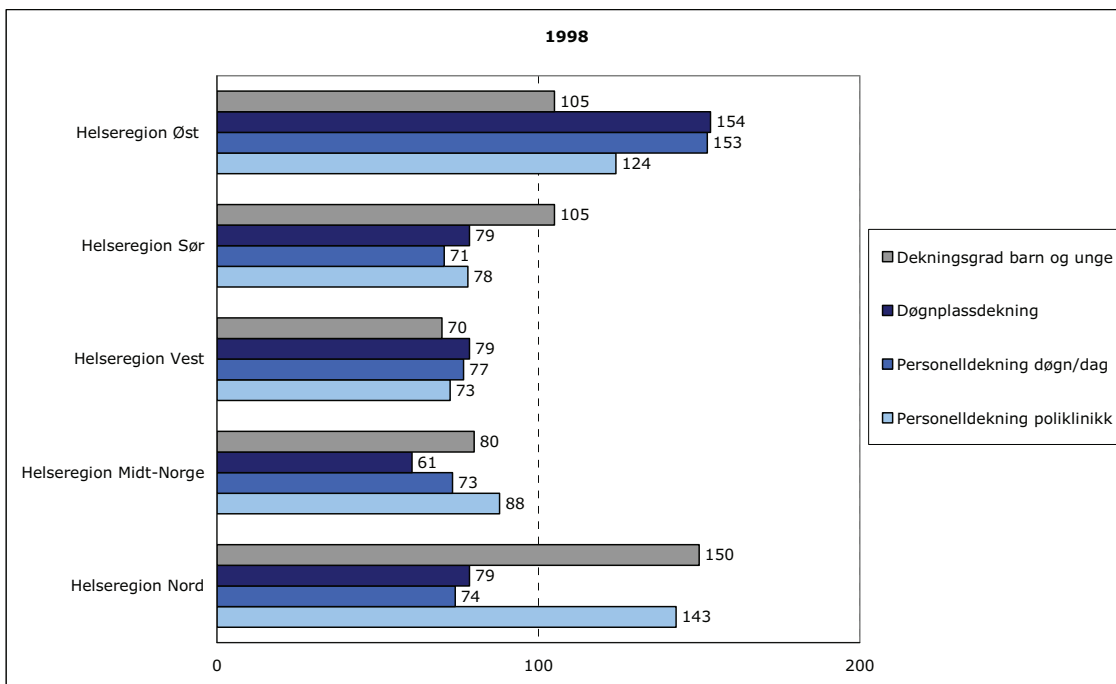
Da det er små differanser i forbruksratene mellom polikliniske pasienter og pasienter totalt, er dekningsgrad for polikliniske pasienter utelatt i figurene 7.9 til 7.14.

Det er viktig å være oppmerksom på at i og med at ressurstallene er korrigert for bruk av tjenester av pasienter fra andre helseforetaksområder (gjestepasienter), vil for eksempel HF-områder med en høy andel gjestepasienter i døgntjenester utenfor eget HF-område, framstå med lavere døgnplassdekning/døgnpersonell enn om pasientene hadde mottatt behandling i eget HF-område. Motsatt vil HF-områder som kjøper døgntjenester framstå med høyere døgnplassdekning/døgnpersonell enn hva antall døgnplasser/personell tilhørende eget HF tilsier.

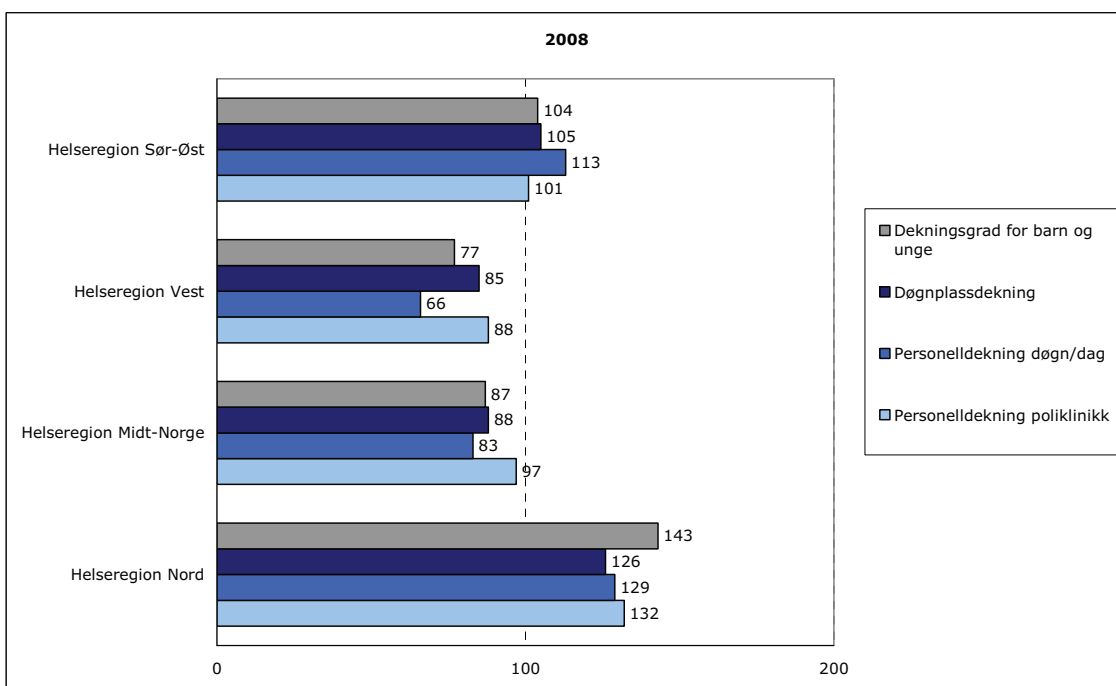
7.7.1 Regionale profiler i PHBU i opptrappingsperioden 1998-2008

Figur 7.9 og 7.10 viser henholdsvis ressurs- og forbruksrater på regionnivå i 1998 og 2008, i prosent av landsgjennomsnittet.

²⁷ På grunn av konsesjonsvilkår har man ikke kommunenummer for datafiler for 1998. Det er derfor ikke mulig å reanalysere eldre årganger.



Figur 7.9 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgnavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. 1998



Figur 7.10 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgnavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. 2008

Karakteristisk for fylkene som utgjorde helseregion Øst i 1998, var høy ressursinnsats og dekningsgrad. Ved inngangen til opptrappingsperioden lå innsatsfaktorene i døgnbasert virksomhet omlag 50 prosent over gjennomsnittet for landet. Samtidig var den polikliniske personellinnsatsen høy (124 prosent av landsgjennomsnittet), og andelen av barn og unge som mottok behandling utgjorde 2,1 prosent av befolkningen i region Øst, 5 prosent over landsgjennomsnittet.

I helseregion Sør hadde man samme dekningsgrad som helseregion Øst for barne- og ungdomsbefolkningen ved opptrappingsperiodens startpunkt, men langt lavere ressursinnsats. Personell- og døgnplassdekningen lå omlag 20-30 prosent under landsgjennomsnittet i 1998.

I 2006 ble de to helseregionene slått sammen til helseregion Sør-Øst. Denne regionen utgjorde i 2008 over halvparten av barne- og ungdomsbefolkningen i Norge, og størrelsen på denne enheten påvirket derfor gjennomsnittstallene kraftig. I 2008 lå derfor ratene for helseregion Sør-Øst nært landsgjennomsnittet, og profilen utgjorde en kombinasjon av profilene i tidligere region Øst og Sør. Samlet så regionen i 2008 ut til å vektlegge døgnaktiviteten noe høyere enn den polikliniske aktiviteten, sett i relasjon til landsgjennomsnittet. I 2008 fikk fem prosent av barn og unge under 18 år i helseregion Sør-Øst behandling i det psykiske helsevernet. Dette tilsvarer Opptrappingsplanens måltall, og andelen barn og unge under behandling i regionen lå ved opptrappingsperiodens slutt 4 prosent over gjennomsnittet for landet.

Helseregion Vest har i hele opptrappingsperioden hatt ressurs- og forbruksrater under gjennomsnittet for landet. Men nivået på døgnplasser og poliklinisk personell lå nærmere landsgjennomsnittet i 2008 enn i 1998, spesielt har kapasiteten i poliklinisk virksomhet økt i perioden. Personellrater i døgnbasert virksomhet var imidlertid på et relativt lavere nivå i 2008 enn i 1998. Dette kan tyde på at regionen samlet har vektlagt en mer poliklinisk profil i løpet av perioden. Regionen ga behandling til en større andel av barn og unge i 2008 enn i 1998, og har nærmet seg dekningsgraden for landet i perioden. Ved utgangen av opptrappingsperioden var det imidlertid fortsatt helseregion Vest som hadde laveste ressursinnsats og forbruk av tjenester blant regionene.

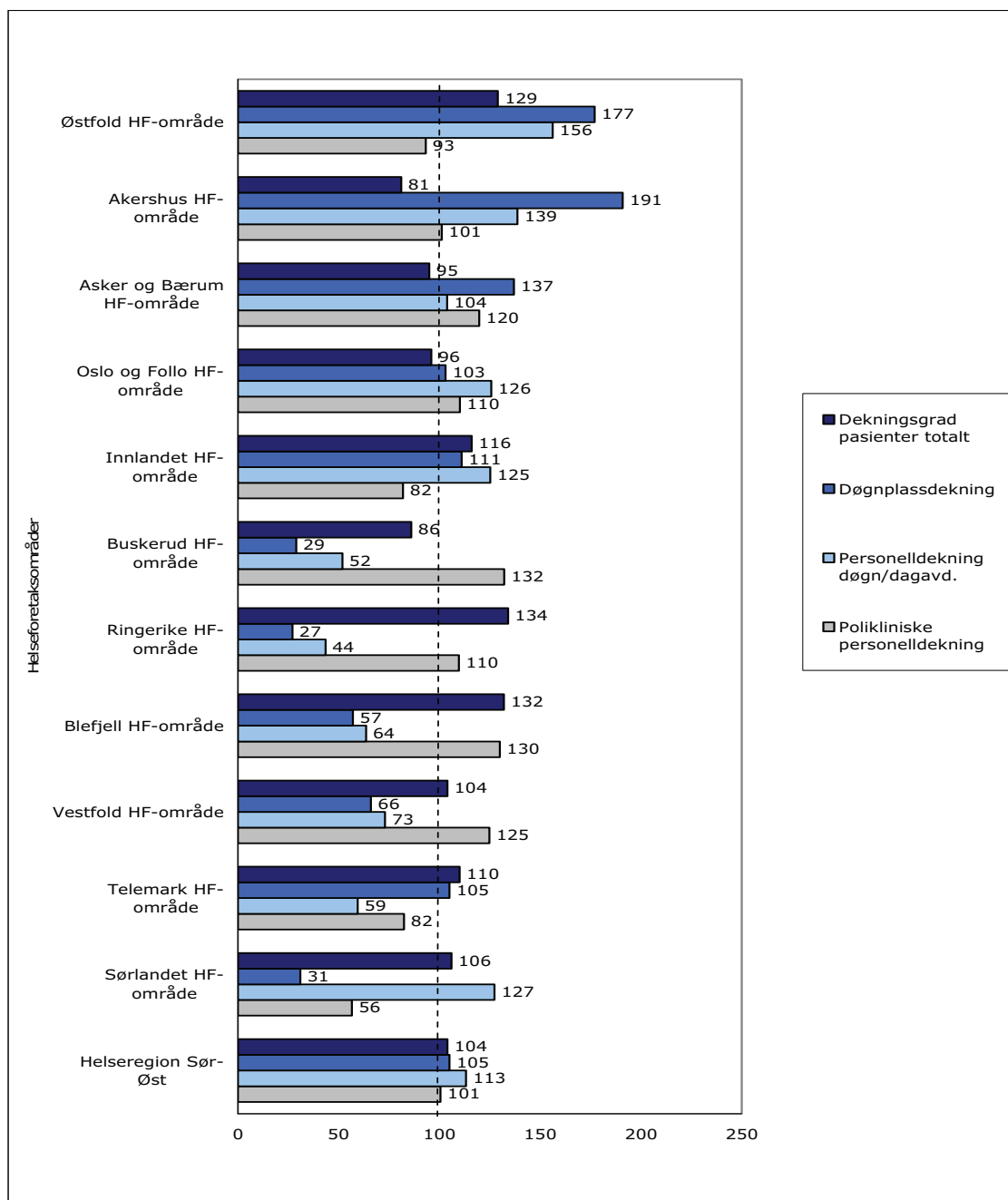
I helseregion Midt-Norge har tilgjengeligheten til det psykiske helsevernet for barn og unge blitt bedret i opptrappingsperioden, både i forhold til befolkningsstørrelsen og relativt til de andre regionene. Det har spesielt vært en bedring i forhold til kapasiteten i døgnbasert behandling, og i poliklinisk personelltilgang i perioden fra 1998 til 2008. Fra å ha den laveste døgnplassdekningen, nær 40 prosent under landsgjennomsnittet i 1998, lå dekningsgraden kun 12 prosent under landsgjennomsnittet i 2008. På samme måte har personelldekningen i poliklinisk virksomhet økt fra å utgjøre 88 prosent til 97 prosent av gjennomsnittet for landet fra 1998 til 2008. Andelen av barne- og ungdomsbefolkningen som mottok behandling var også nærmere gjennomsnittet for landet i 2008 enn i 1998, og lå på 4,2 prosent ved utgangen av planperioden. Til tross for at helseregion Midt-Norge både i 1998 og 2008 hadde ressurs- og forbruksrater under gjennomsnittet for landet, har regionen nærmet seg landsgjennomsnittet i løpet av perioden.

Helseregion Nord har i hele opptrappingsperioden hatt et høyt forbruk av tjenester til barn og unge, og ga allerede i 1998 et behandlingstilbud til 3,0 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i regionen. I løpet av opptrappingsperioden har det imidlertid skjedd en markant bedring av tilgjengeligheten til døgnbehandling i regionen. I 1998 var ressursinnsatsen (personell og døgnplasser) knyttet til døgnbasert virksomhet langt under landsgjennomsnittet, på nivå med helseregion Sør og Vest. Helseregionen hadde imidlertid den høyeste personelldekningen knyttet til poliklinisk virksomhet blant regionene på dette tidspunktet. Ved utgangen av opptrappingsperioden hadde befolkningen i helseregion Nord den beste tilgjengeligheten blant regionene til både polikliniske tilbud og døgnbehandling, og nær sju prosent (6,9 prosent) av barn og unge i regionen mottok behandling i 2008.

7.7.2 Ressurs- og forbruksprofiler i HF-områdene i 2008 - PHBU

HF-områder i helseregion Sør-Øst

Figur 7.11 viser en sammenstilling av ressurs- og forbruksrater for helseforetaksområdene i helseregion Sør-Øst i 2008.



Figur 7.11 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Sør-Øst. 2008

Behandlingstilbudet til barne- og ungdomsbefolkningen i helseregion Sør-Øst var i 2008 preget av relativt høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene. For regionen samlet var ratene over landsgjennomsnittet for samtlige utvalgte ressurs- og forbruksindikatorer. Samtidig var forskjellene i behandlingstilbudet til befolkningen i de ulike helseforetaksområdene innad i regionen relativt stor.

I 2008 var det fortsatt et skille mellom helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør i bruk av døgnbaserte versus polikliniske tjenester. Mens samtlige helseforetaksområder i gamle helseregion Øst hadde høy ressursinnsats knyttet til døgnvirksomhet, hadde HF-områdene i tidligere helseregion Sør langt lavere ressursinnsats knyttet til denne typen virksomhet. Samtidig hadde flere av HF-områdene i tidligere Øst (Østfold, Akershus, Asker og Bærum, Oslo og Follo) høy poliklinisk personelldekning. For disse foretaksområdene ser det ut til at man har vektlagt å ha begge typer virksomhet av et visst omfang.

Helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør vektla i større grad polikliniske behandlingstilbud enn døgntjenester ved utgangen av opptrappingsperioden. Fire av seks HF-områder hadde poliklinisk personelldekning over landsgjennomsnittet, mens kun ett HF-område hadde personelldekning for avdelingene over gjennomsnittet for landet.

Variasjonen i tilgjengelighet til døgntjenester mellom HF-områdene bekreftes av høy variasjonskoeffisient for døgnplassdekning og avdelingspersonell i helseregion Sør-Øst (CV=0,62 og CV=0,41, tabell 7.7).

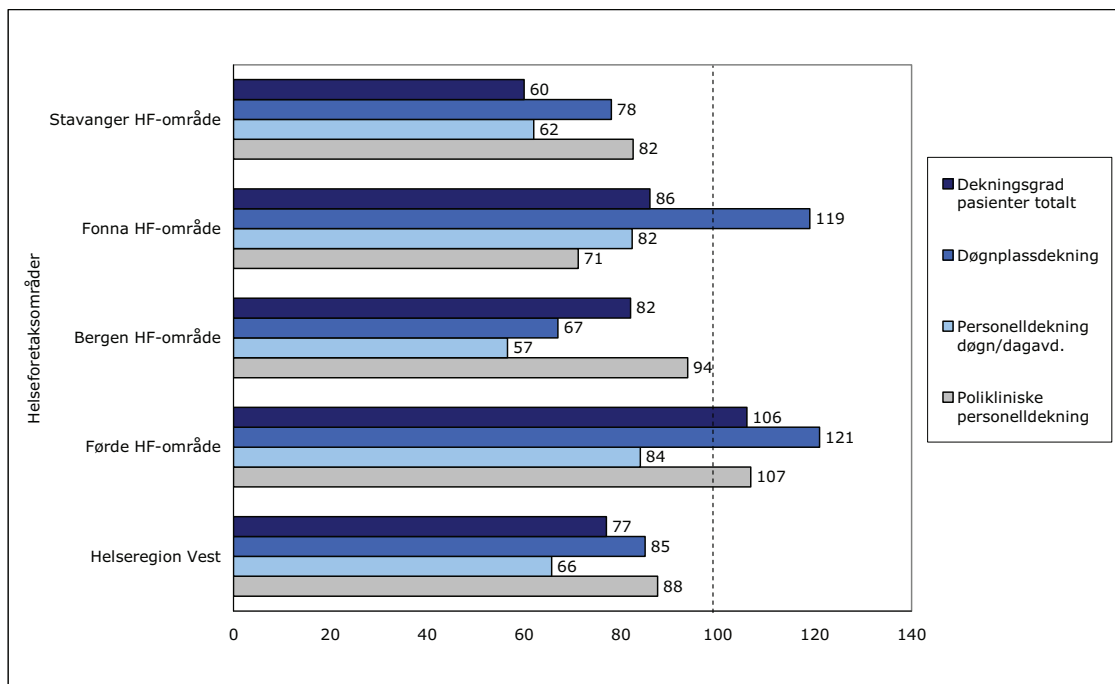
Det kan se ut til at HF-områder med høy poliklinisk kapasitet ga behandlingstilbud til en større andel av sin barne- og ungdomsbefolkning enn HF-områder med lav poliklinisk personellinnsats og større fokus på virksomheten i avdelinger.

Fire av seks helseforetaksområder i tidligere Helse Sør hadde parallelt med lav døgnplasskapasitet høy dekningsgrad for behandlede pasienter (fem prosent eller mer). Ringerike foretaksområde hadde eksempelvis svært lav døgnplassdekning (0,8 plasser per 10 000 innbyggere, 27 prosent av landsgjennomsnittet), og høy dekningsgrad (6,4 prosent) for befolkningen i foretaksområdet. Dette utgjorde i 2008 regionens høyeste dekningsgrad, 34 prosent over landsgjennomsnittet. Motsatt hadde Akershus foretaksområde regionens høyeste døgnplassdekning, og regionens laveste dekningsgrad for behandlede pasienter. Samtidig hadde Akershus også høy poliklinisk kapasitet. På samme måte ser vi at Buskerud HF-område hadde høy poliklinisk personelldekning og relativt lav dekningsgrad. Det er med andre ord ikke noe en-til-en-forhold mellom tjenesteprofil og dekningsgrad; alle HF-områder hadde ved Opptrappingsplanens slutt både døgn- og polikliniske behandlingstilbud til sin barne- og ungdomsbefolkning, men med ulik sammensetning og drift av tilbudene nådde man en ulik andel av befolkningen.

Oppsummert hadde helseregion Sør-Øst i 2008 høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene for sin befolkning. Tall for regionen samlet viste at samtlige ressurs- og forbruksindikatorer hadde verdier over gjennomsnittet for landet. Syv av 11 helseforetaksområder ga et behandlingstilbud til 5 prosent eller mer av befolkningen i opptaksområdene. Av disse hadde tre HF-områder en poliklinisk profil (Ringerike, Blefjell og Vestfold) og tre en blandingsprofil med relativt høy innsats i både poliklinisk og døgnbasert virksomhet (Østfold, Innlandet, Telemark). Blant foretakene med lavere dekningsgrad, hadde tre av fire HF-områder høy døgnplasskapasitet og personellinnsats i avdelinger, parallelt med relativt høy poliklinisk personelldekning. Ved utgangen av opptrappingsperioden var det fortsatt et skille mellom HF-områder i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør, i bruk av døgnbaserte versus polikliniske tjenester.

HF-områder i helseregion Vest

Figur 7.4 viser en sammenstilling av ressurs- og forbruksrater for helseforetaksområdene i helseregion Vest i 2008.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.12 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Vest. 2008

Helseregion Vest var i 2008 fortsatt preget av relativt lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tall for regionen samlet viser de laveste ratene blant regionene. Innad i helseregion Vest var det imidlertid forskjeller i både ressursinnsats og tilgjengelighet mellom HF-områdene.

Førde helseforetaksområde skilte seg i 2008 ut fra de andre HF-områdene i regionen med relativt høy ressursinnsats og bruk av tjenester. Døgnplassdekningen lå ved opptrappingsperiodens slutt 21 prosent over gjennomsnittet for landet, og andel barn og unge som mottok behandling utgjorde 5,1 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i HF-området. Denne dekningsgraden lå seks prosent over landsgjennomsnittet i 2008. Personelldekningen for poliklinisk virksomhet var også over landsgjennomsnittet, mens dekningen av personell til døgnbasert behandling var lavere enn snittet for landet. Førde foretaksområde hadde med andre ord større ressurstilgang og tilgjengelighet til både polikliniske og døgnbaserte tjenester for sin befolkning i 2008 enn de øvrige foretaksområdene i helseregion Vest.

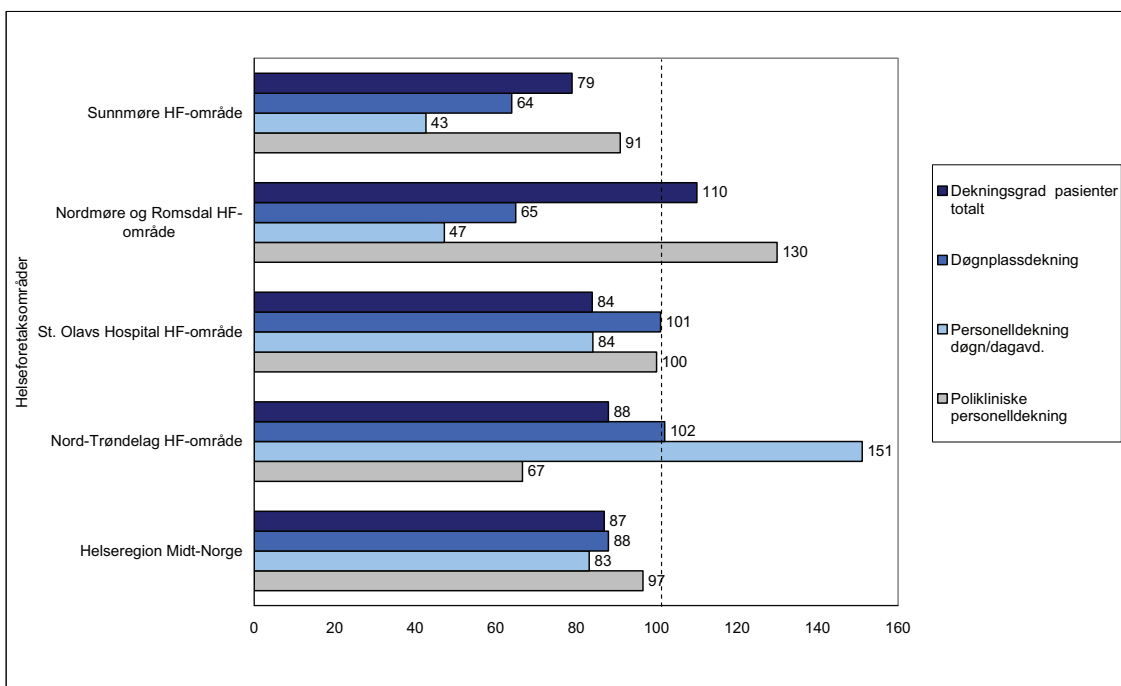
Fonna HF-område hadde også god kapasitet i døgnbaserte tjenester i 2008, med en døgnplassdekning på 119 prosent av landsgjennomsnittet. Mens dette foretaksområdet har vektlagt døgnbehandlingen i sitt tilbud til barn og unge, har Bergen helseforetaksområde motsatt profil. Med relativt høy dekning av poliklinisk personell (94 prosent av landsgjennomsnittet) og laveste døgnplassdekning og personellinnsats for døgnbasert virksomhet i regionen (67 og 57 prosent av landsgjennomsnittet), hadde Bergen HF-område i 2008 et klarere poliklinisk fokus. Med til dels ulik profil ga de to foretakene et behandlingstilbud til omtrent samme andel av barne- og ungdomsbefolkningen i sine opptaksområder ved utgang av opptrappingsperioden, Fonna med 4,1 prosent og Bergen 3,9 prosent.

Stavanger HF-område lå i 2008 lavest av foretaksområdene når det gjaldt personellinnsats og bruk av tjenester. Både dekningsgrad og personellinnsats lå under landsgjennomsnittet, og ut fra de valgte indikatorene skilte ikke foretaket seg ut med en klar tilbudsprofil.

Oppsummert hadde helseregion Vest i 2008 lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene sammenliknet med de andre regionene. Tall for regionen samlet viser at samtlige indikatorer hadde verdier under gjennomsnittet for landet. Forskjellene i tilgjengelighet til tjenestene mellom HF-områdene innad i helseregion Vest var imidlertid større enn for de andre regionene, målt i andel barn og unge som mottok behandling. Mens Stavanger HF-område ga et tilbud til 2,9 prosent av sin befolkning, var Førde eneste HF-område med tilbud til over 5 prosent. Dette foretaket hadde regionens høyeste ressursinnsats både i poliklinisk og døgnbasert virksomhet ved utgangen av opptrappingsperioden. Mens Bergen HF-område vektla poliklinisk virksomhet, hadde Fonna mer fokus på døgnbasert virksomhet. De to foretaksområdene hadde tilnærmet lik dekningsgrad i 2008 med hhv. 3,9 og 4,1 prosent.

HF-områder i helseregion Midt-Norge

Figur 7.5 viser en sammenstilling av ressurs- og forbruksrater for helseforetaksområdene i helseregion Midt-Norge i 2008.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.13 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlede pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Midt-Norge. 2008.

Helseregion Midt-Norge hadde i likhet med helseregion Vest relativt lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2008. Tall for regionen samlet var under landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer, men noe høyere enn for helseregion Vest. Internt i regionen hadde HF-områdene i 2008 ulike profiler i sitt tilbud til barn og unge. Største var forskjellene i tilgjengelighet til døgnbasert virksomhet (CV=0,62 for døgn-/dagpersonell). Forskjellene mellom HF-områdene var mindre i tilgjengeligheten til tjenesten totalt, målt i behandlede pasienter (CV=0,15).

Nordmøre og Romsdals helseforetaksområde vektla i 2008 i stor grad en poliklinisk behandlingsprofil. Med høy poliklinisk personelldekning (130 prosent av landsgjennomsnittet), lav døgnplassdekning (65 prosent av landsgjennomsnittet) og en personelldekning for døgn-

virksomhet som utgjorde under halvparten av landsgjennomsnittet, ga de et behandlingstilbud til 5,3 prosent av barn og unge i sitt opptaksområde.

Sunnmøre HF-område hadde også en poliklinisk forbruksprofil med relativt høy poliklinisk personelldekning og lav døgnplassdekning samt personelldekning til denne typen aktivitet. Men personellinnsatsen var lavere enn for Nordmøre og Romsdal, og dekningsgraden (3,6 prosent) var langt under gjennomsnittet for landet og femprosentmålet.

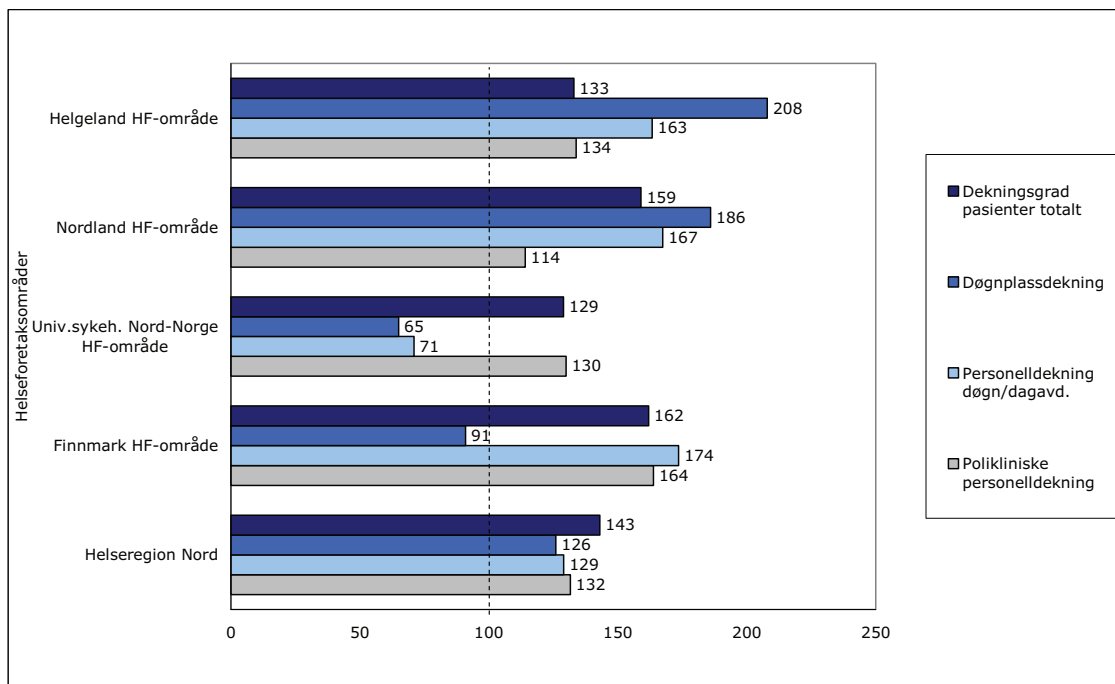
Nord-Trøndelag HF-område vektla døgn-/dagtilbudet i større grad enn det polikliniske tilbudet, sett i relasjon til landet for øvrig. Med døgnplassdekning over landsgjennomsnittet og bemanning til døgn-/dagbaserte tjenester 50 prosent over gjennomsnittet, samt regionens laveste personelldekning for poliklinisk virksomhet, hadde foretaket en klar vektlegging av døgn-/dagbaserte tjenester i 2008. Helseforetaket ga tilbud til 4,2 prosent av befolkningen i opptaksområdet ved opptrappingsperiodens slutt.

St. Olavs Hospital foretaksområde hadde i større grad en blandingsprofil med både relativt høy døgnplassdekning og poliklinisk personelldekning (hhv. 101 og 100 prosent av landsgjennomsnittet). Prosentandelen barn og unge som mottok behandling utgjorde 4,0 prosent av befolkningen under 18 år i foretakets opptaksområde. Denne dekningsgraden lå 16 prosent under landsgjennomsnittet for behandlede pasienter.

Oppsummert hadde helseregion Midt-Norge i 2008 relativt lave rater både når det gjaldt ressursinnsats og forbruk av tjenester, alle under gjennomsnittet for landet. Nordmøre og Romsdal HF-område hadde en klar poliklinisk profil og dette var det eneste helseforetaksområdet i helseregion Midt-Norge som ga et behandlingstilbud til over fem prosent av befolkningen i sitt opptaksområde i 2008. Sunnmøre HF-område hadde også en poliklinisk forbruksprofil med relativt høy poliklinisk personelldekning, men personellinnsatsen var lavere i dette foretaket og dekningsgraden langt under landsgjennomsnittet (3,6 prosent). Nord-Trøndelag HF-område vektla i motsetning til de andre HF-områdene døgn-/dagtilbudet i større grad enn det polikliniske tilbudet. St. Olavs Hospital foretaksområde hadde en blandingsprofil med både relativt høy døgnplassdekning og poliklinisk personelldekning. Disse foretakene hadde tilnærmet lik tilgjengelighet til sine tjenester i 2008, med en dekningsgrad på henholdsvis 4,2 og 4,0 prosent.

HF-områder i helseregion Nord

Figuren under viser en sammenstilling av ressurs- og forbruksrater for helseforetaksområdene i helseregion Nord i 2008.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.14 Personellinnsats i poliklinisk virksomhet og døgn-/dagavdelinger, døgnplasser og dekningsgrad for behandlete pasienter etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og behandlete pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. HF-områder i helseregion Nord. 2008

I 2008 hadde samtlige helseforetaksområder i regionen personelldekning og dekningsgrad for behandlete pasienter godt over gjennomsnittet for landet. Det var små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene i de ulike foretaksområdene, målt i behandlete pasienter (CV=0,12, tabell 7.7). Det var imidlertid betydelige forskjeller mellom foretaksområdene i kapasitet i døgn-/dagbasert virksomhet (CV=0,51).

Også i helseregion Nord hadde foretaksområdene ulike forbruksprofiler ved utgangen av opptrappingsperioden. Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmark HF-område vektla i størst grad poliklinisk behandling, med svært høy dekning av poliklinisk personell, og relativt lav døgnplassdekning. Spesielt gjaldt dette opptaksområdet til Universitetssykehuset i Nord-Norge.

HF-områdene Helgeland og Nordland hadde derimot god kapasitet både innen poliklinisk og døgnbasert virksomhet i 2008. Begge foretak hadde høy dekning av poliklinisk personell (134 og 114 prosent av landsgjennomsnittet) parallelt med høye rater for døgnpersonell- og døgnplassdekning (208 og 186 prosent av landsgjennomsnittet).

Helseregion Nord hadde også ved utgangen av opptrappingsperioden de høyeste ressurs- og forbruksratene i det psykiske helsevernet for barn og unge blant regionene. Med en personelldekning 30 prosent over landsgjennomsnittet og en døgnplassdekning 26 prosent over gjennomnittet, fikk nær sju prosent av alle barn og unge i regionen et behandlingstilbud i 2008. Alle helseforetaksområdene hadde god tilgjengelighet til tjenestene, men ulike profiler i sitt tjenestetilbud. Mens spesielt ett foretaksområde (UNN) hadde prioritert poliklinisk virksomhet i størst grad, hadde to foretaksområder (Helgeland og Nordland) vektlagt både høy tilgjengelighet til døgn tjenester og polikliniske tjenester. Alle HF-områder i regionen ga tjenester til over seks prosent av sin barne- og ungdomsbefolkning i 2008.

7.8 Ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for voksne

Før vi presenterer helseforetakenes ressurs- og forbruksprofiler i det psykiske helsevernet for voksne i 2008, skal vi se kort på den regionale utviklingen i opptrappingsperioden. Figur 7.15 og 7.16 viser henholdsvis ressurs- og forbruksrater på regionnivå i 1998 og 2008, i prosent av landsgjennomsnittet.

Deretter undersøkes forholdet mellom de ulike indikatorene på foretaksnivå for hver av helseregionene. Under omtalen av hver region vil figurer illustrere ressurs- og forbruksrater i prosent av landsgjennomsnittet for HF-områdene. I vedleggstabellene 7.5 og 7.6 vises ratene for alle indikatorer, samt hvordan de ulike helseforetaksområdene skiller seg fra landsgjennomsnittet. Da det er små differanser i de relative forbruksratene mellom døgnopphold og utskrivninger, er utskrivningene utelatt i figurene 7.17 til 7.24.

Variasjonskoeffisient CV i vedleggstabell 7.8 viser variasjonen mellom HF-områdene i den enkelte region og mellom helseregionene.

7.8.1 Regionale profiler i PHV i opptrappingsperioden 1998–2008

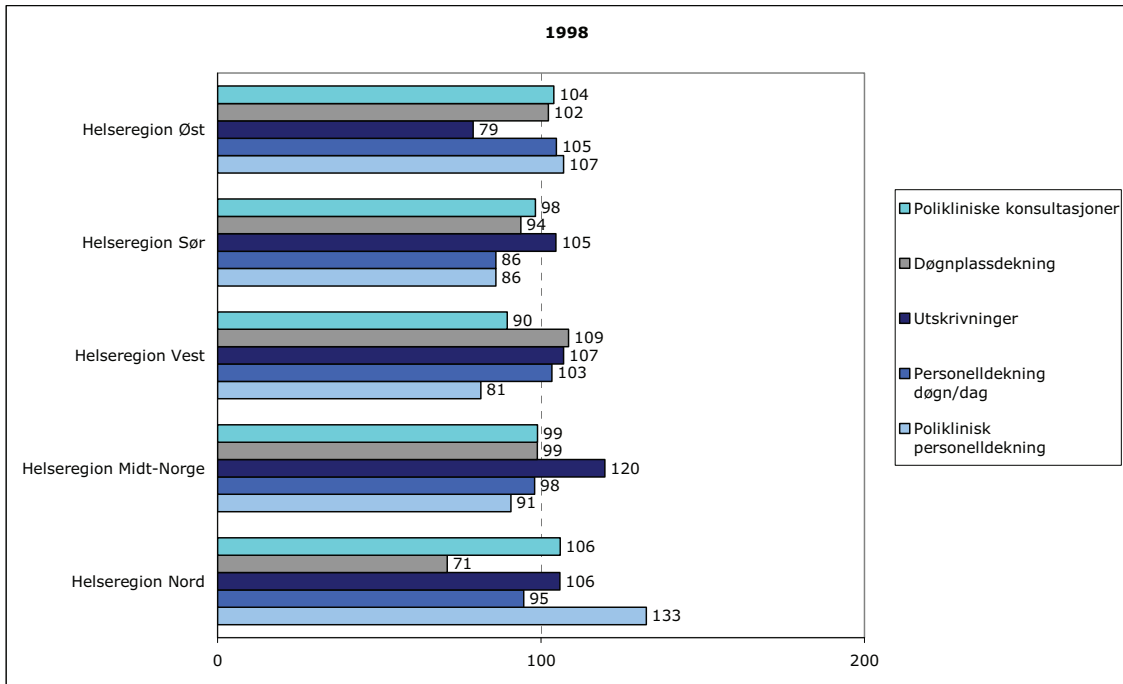
Tidligere helseregion Øst var i 1998 preget av stor personell- og døgnplasskapasitet, og høy konsultasjonsrate. Kombinert med relativt lave utskrivningsrater indikerer dette at pasientene i denne regionen hadde forholdsvis lange døgnopphold i institusjon ved opptrappingsperiodens start. Helseregion Sør hadde motsatt høye utskrivningsrater og lavere døgnplassdekning, noe som tyder på kortere opphold i døgninstitusjonene. Personellkapasiteten var lavere i Sør enn i Øst, og under landsgjennomsnittet. Ved inngangen til opptrappingsperioden var det relativt høy poliklinisk aktivitet i begge regioner, noe høyere i Øst.

Ved Opptrappingsplanens slutt i 2008 var helseregion Øst og Sør slått sammen til helseregion Sør-Øst, og den samlede profilen for denne enheten blir på grunn av regionens størrelse svært nær landsgjennomsnittet. Man kan imidlertid se at utskrivningsratene på dette tidspunktet var lavere enn for de øvrige regionene, noe som kan indikere døgnopphold med gjennomsnittlig lengre varighet enn i de andre regionene.

Til tross for vekst i både ressursinnsats og aktivitet i perioden, var behandlingsprofilen i helseregion Vest lite endret fra 1998 til 2008. På begge tidspunkt hadde regionen hovedvekt på døgnbasert virksomhet med høy døgnplassdekning og utskrivningsrater over landsgjennomsnittet. Den polikliniske aktiviteten lå begge år 10 prosent under landsgjennomsnittet, mens dekningen av poliklinisk personell lå nærmere gjennomsnittet for landet i 2008 enn ved opptrappingsperiodens start.

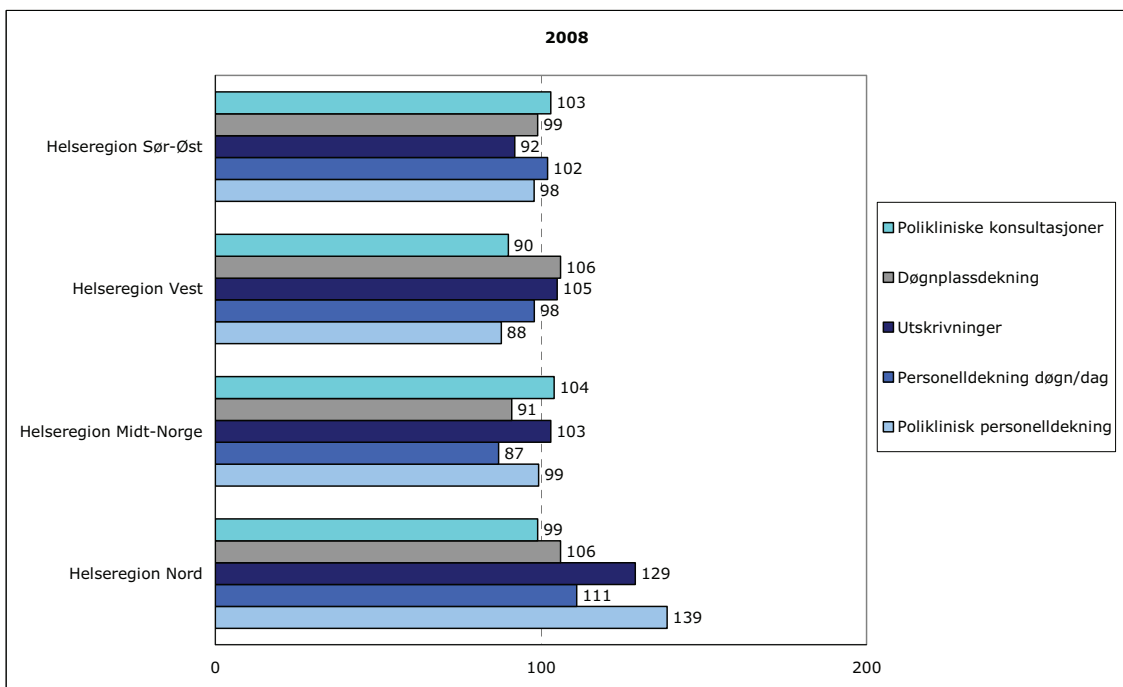
I helseregion Midt-Norge var det en styrking av det polikliniske tilbudet i opptrappingsperioden, både raten for polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning økte i perioden. Kapasiteten (personell og døgnplasser) i døgnbasert virksomhet og utskrivninger fra døgninstitusjoner, hadde et lavere nivå i 2008 enn i 1998 sett i forhold til landsgjennomsnittet.

I helseregion Nord økte kapasiteten i døgnbasert behandling markant i perioden. Døgnplassdekningen lå omlag 30 prosent under landsgjennomsnittet i 1998 og 6 prosent over gjennomsnittet i 2008. Tilsvarende økte utskrivningsraten og personelldekningen tilknyttet denne typen virksomhet. Den polikliniske aktiviteten og personelldekningen var på et høyt nivå allerede i 1998. Kapasiteten økte ytterligere i 10-årsperioden, men raten for polikliniske konsultasjoner gikk relativt sett noe tilbake, og lå i 2008 opp mot landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.15 Poliklinisk personellinnsats, personellinnsats avdeling, utskrivninger, døgnplassdekning og polikliniske konsultasjoner etter helseregion. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 1998



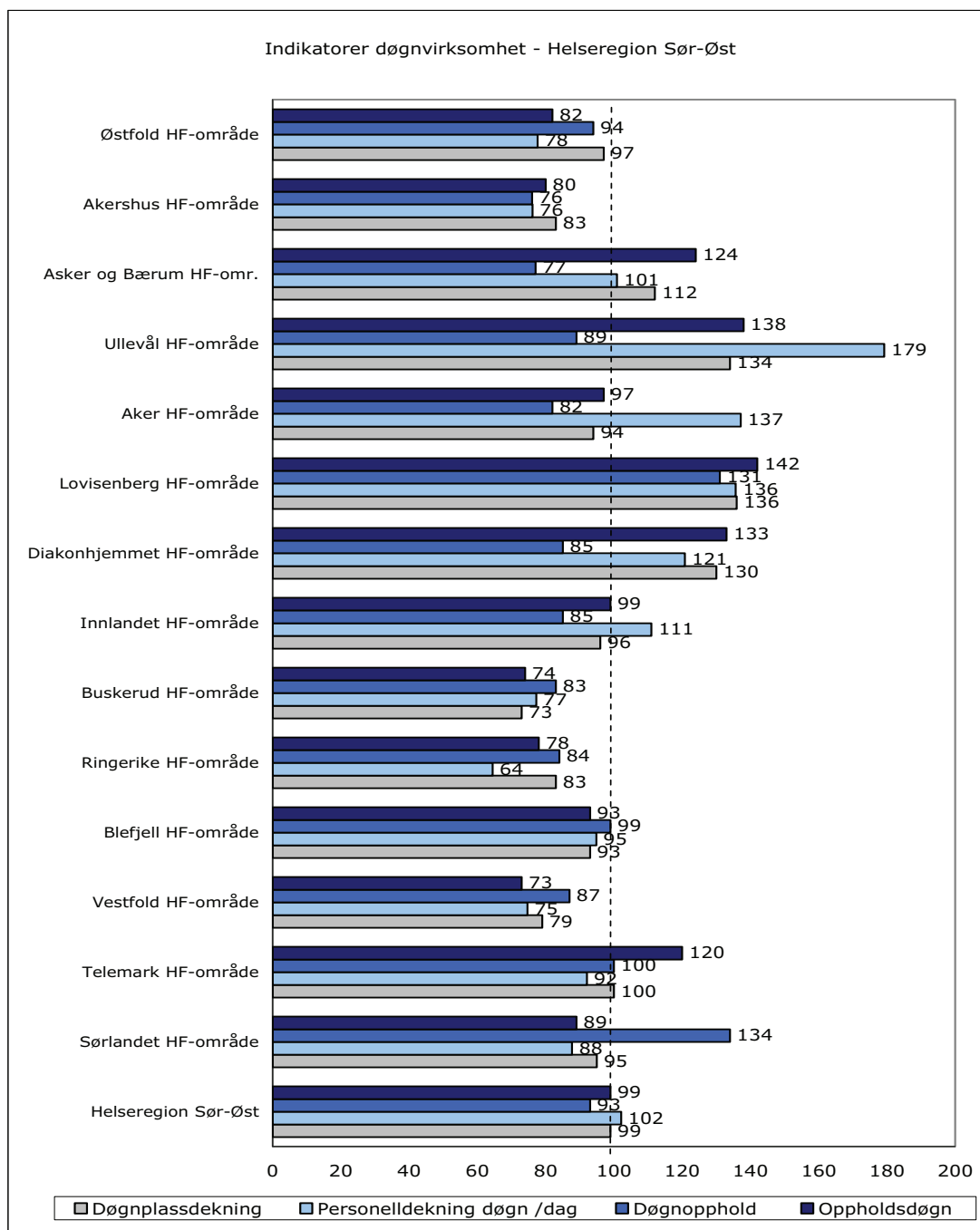
Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.16 Poliklinisk personellinnsats, personellinnsats avdeling, utskrivninger, døgnplassdekning og polikliniske konsultasjoner etter helseregion. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

7.8.2 Ressurs- og forbruksprofiler i HF-områdene i 2008 - PHV

HF-områder i helseregion Sør-Øst

Figurene 7.17 og 7.18 viser en sammenstilling av ulike ressurs- og forbruksindikatorer i helseforetaksområdene i helseregion Sør-Øst. Først presenteres indikatorer knyttet til døgn- og dagvirksomheten i regionen, deretter til poliklinisk virksomhet.



Datakilde: NPR og SSB

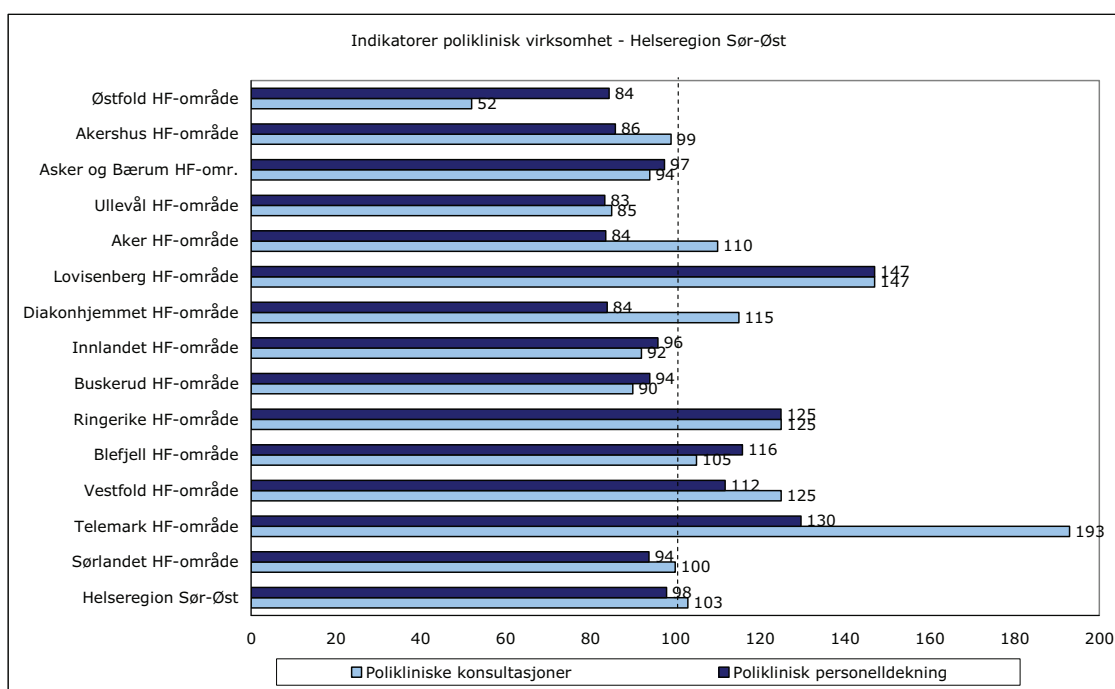
Figur 7.17 Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholds døgn etter helseforetaksområde i helseregion Sør-Øst. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2008

Figurene 7.17 og 7.18 illustrerer at det i 2008 var relativt store variasjoner både i ressursinnsats og forbruksrater mellom foretaksområdene i helseregion Sør-Øst.

Forskjellene mellom HF-områder omfatter både virksomhetene i avdelingene (CV=0,31 for personelldekning døgn/dag) og poliklinisk aktivitet (CV=0,30 for polikliniske forbruksrater). Ved Opptreppingsplanens slutt var det også relativt stor variasjon mellom helseforetaksområdene i oppholds- og utskrivningsrater (CV=0,19, CV=0,20) i døgninstitusjonene, samt i antall oppholdsdøgn (CV=0,26). Kun helseregion Nord hadde større forskjeller mellom sine helseforetaksområder i døgnplassdekning og i oppholds- og utskrivningsrater på dette tidspunktet.

HF-områder/sectorer i Oslo-området (Ullevål, Aker, Lovisenberg, Diakonhjemmet) hadde i 2008 regionens største kapasitet innen døgnvirksomhet, i form av høye rater for personellinnsats og døgnplasser. I kombinasjon med høye døgnrater, spesielt for Ullevål og Lovisenberg, var aktiviteten innen døgnbasert behandling relativt høy. Lavere oppholds- og utskrivningsrater enn omfanget av oppholdsdøgn, indikerer at det var relativt lange behandlingsopphold i døgninstitusjonene i Oslo-regionen i 2008. Befolkningen i dette området mottok også polikliniske konsultasjoner i et større omfang enn gjennomsnittet for landet, for sektorene Aker (110 prosent), Lovisenberg (147 prosent) og Diakonhjemmet (115 prosent).

For de øvrige helseforetakene i tidligere helseregion Øst ser vi samme tendens til relativt lange døgnopphold i institusjonene (med unntak for Østfold HF-område), mens det polikliniske tilbudet lå noe under landsgjennomsnittet for disse foretakene ved utgangen av opptreppingsperioden.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.18 Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Sør-Øst. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2008

For helseforetaksområdene i tidligere helseregion Sør var det i 2008 motsatt tendens når det gjaldt bruk av døgn tjenester, dvs. relativt korte døgnopphold. Sørlandet helseforetaksområde hadde svært høye oppholds- og utskrivningsrater (34 og 38 prosent over lands-

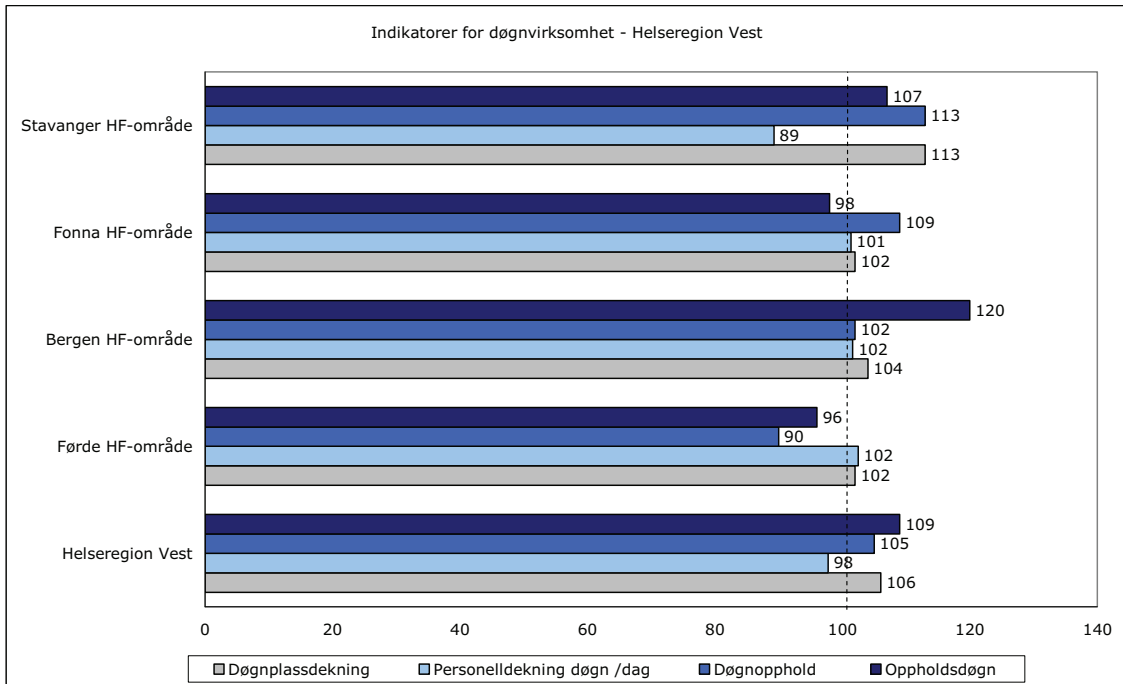
gjennomsnittet), parallelt med ressursinnsats og døgnrater under landsgjennomsnittet. Behandlingstilbudet for befolkningen i dette foretaksområdet var preget av flere og kortere døgnopphold enn i resten av regionen. Telemark HF-område var imidlertid et unntak i tidligere region Sør med relativt lange døgnopphold i 2008.

Foretaksområdene i tidligere helseregion Sør hadde imidlertid langt høyere polikliniske forbruksrater og til dels høyere poliklinisk personellinnsats. Befolkningen i Ringerike, Blefjell, Vestfold, Telemark og Sørlandet helseforetaksområder hadde i 2008 konsultasjonsrater på eller over landsgjennomsnittet (mellom 100-193 prosent av gjennomsnittet). Buskerud foretaksområde hadde også relativt høyere rater for poliklinisk behandling enn forbruksrater for døgnbaserte tjenester. Døgnplassdekningen i disse foretakene var alle på eller under landsgjennomsnittet ved Opptappingsplanens slutt.

Helseregion Sør-Øst hadde i 2008 helseforetaksområder med ulike ressurs- og forbruksprofiler; HF-områdene i tidligere Helse Øst hadde høyere ressursdekning i døgnvirksomhet, lengre døgnopphold og lavere polikliniske forbruksrater enn helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør. Befolkningen i Oslo-området (Aker, Lovisenberg, Diakonhjemmet) hadde i imidlertid både regionens største kapasitet innen døgnvirksomhet samt polikliniske konsultasjoner i et større omfang enn landsgjennomsnittet. Til tross for gjennomsnittlige konsultasjonsrater for helseregionen samlet, var det store forskjeller i tilgjengelighet mellom foretaksområdene målt i polikliniske forbruksrater og poliklinisk personelldekning ved utgangen av opptappingsperioden. Det var også betydelige forskjeller i tilgjengeligheten målt i antall døgnopphold. Tall for helseregionen samlet viser oppholds- og utskrivningsrater under landsgjennomsnittet, samt gjennomsnittlige rater for ressursinnsats (personell og døgnplasser) og oppholdsdøgn. Dette indikerer at helseregionen relativt sett hadde færre og lengre døgnopphold enn gjennomsnittet for landet.

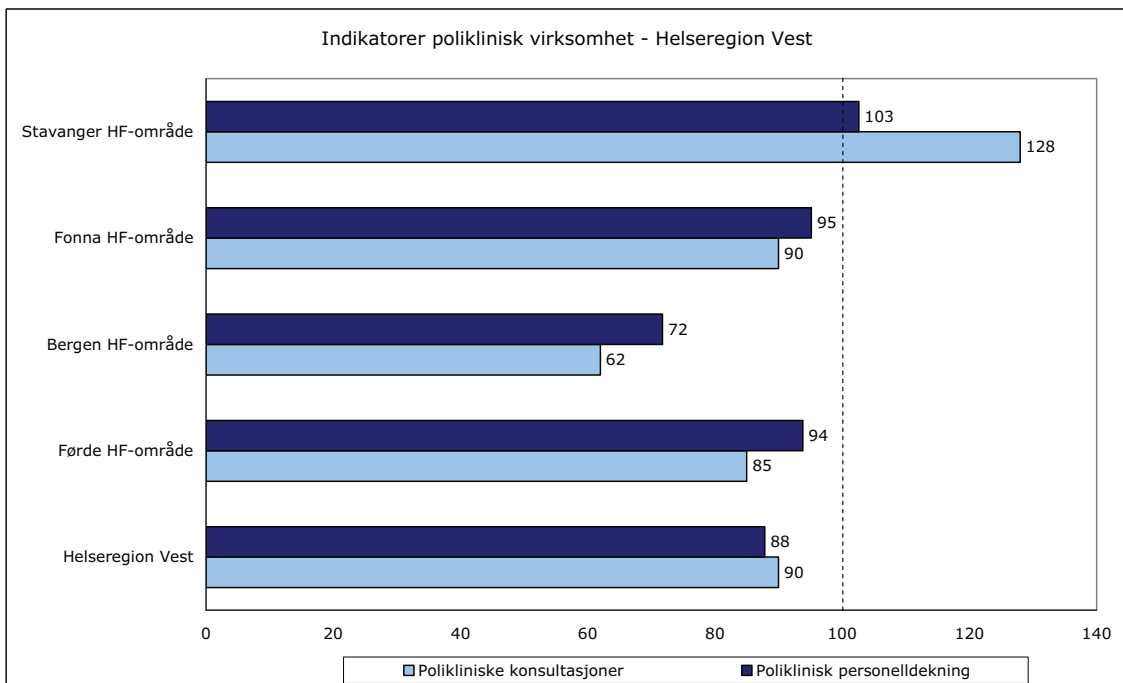
HF-områder i helseregion Vest

Det var i 2008 mindre forskjeller mellom helseforetaksområdene innad i helseregion Vest enn i helseregion Sør-Øst, spesielt i ressursinnsats og forbruksrater i døgnbasert virksomhet. Forskjellene mellom HF-områdene innad i Helse Vest var størst for polikliniske konsultasjonsrater (CV=0,29) og polikliniske årsverk (CV=0,14), mens forskjellene i personell- og døgnplassdekning var svært lave (CV=0,04 og CV=0,06).



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.19 Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Vest. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.20 Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Vest. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

Alle foretaksområder i regionen hadde døgnplassdekning over gjennomsnittet for landet og med unntak for Stavanger HF-område, hadde samtlige foretaksområder også personelldekning for døgnvirksomheten over landgjennomsnittet.

Befolkningen i Bergen HF-område hadde lengre døgnopphold (høye døgnrater i kombinasjon med gjennomsnittlige oppholds- og utskrivningsrater) enn befolkningen i Fonna og Stavanger foretaksområder (døgnoppholds- og utskrivningsrater over landsgjennomsnittet). Befolkningen i disse HF-områdene hadde til gjengjeld høyere poliklinisk forbruk og poliklinisk personelldekning. Stavanger hadde i 2008 regionens høyeste konsultasjonsrater, 28 prosent over landsgjennomsnittet. For Bergen HF-område lå den polikliniske konsultasjonsraten om lag 40 prosent under gjennomsnittet for landet.

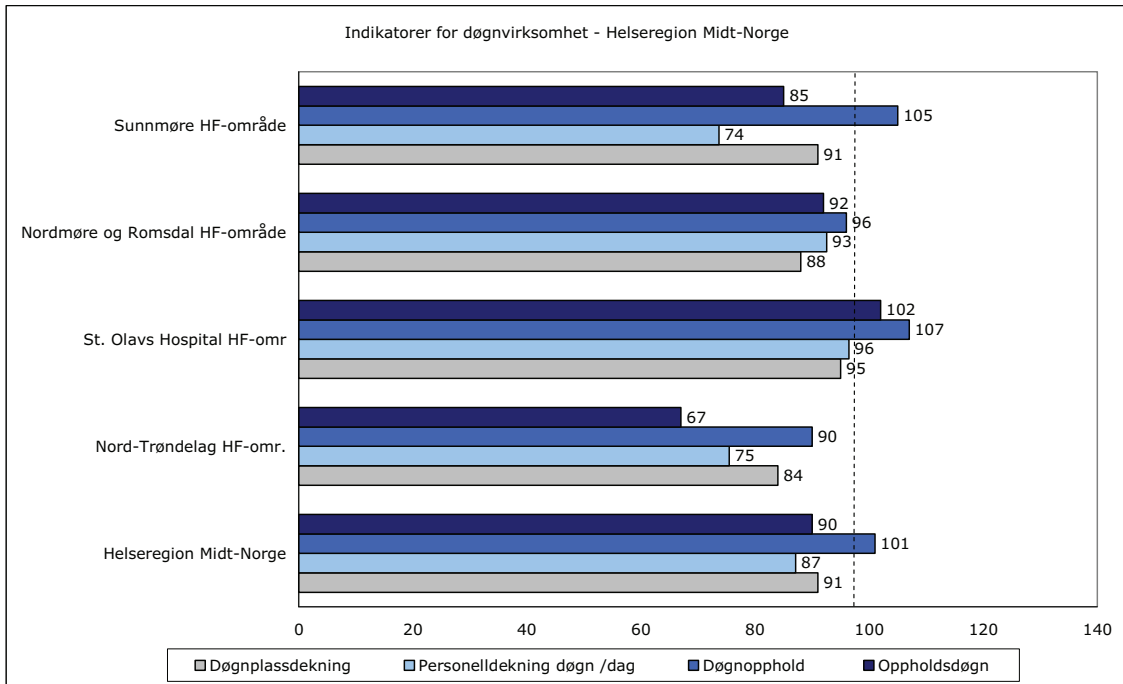
Førde helseforetaksområde hadde i likhet med Bergen relativt sett høyere ressursinnsats og forbruksrater for døgnbaserte enn poliklinisk tjenester. Forholdet mellom døgnrater og oppholdsrate, indikerer at befolkningen i HF-området i 2008 hadde relativt lange døgnopphold i institusjonene sammenliknet med landsgjennomsnittet.

Helseforetaksområdene i Helse Vest hadde i 2008 langt på vei en ressurs- og forbruksprofil med høy døgnplassdekning og høyt forbruk av døgntjenester. Befolkningen i Bergen og Førde HF-områder hadde lengre døgnopphold enn befolkningen i Fonna og Stavanger foretaksområder. I tillegg hadde Stavanger, som regionens eneste HF-område, høye polikliniske konsultasjonsrater. Helseregionen samlet hadde både døgnplassdekning, døgnrater og oppholdsrate over gjennomsnittet for landet i 2008. Døgnratene var imidlertid relativt høyere enn oppholdsratene, som tilsier at døgnoppholdenes varighet i regionen var lengre enn landsgjennomsnittet. Det var relativt små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene mellom helseforetaksområdene målt i antall døgnopphold. Helse Vest hadde samlet den laveste polikliniske konsultasjonsraten blant regionene, men forskjellene mellom helseforetakene i tilgjengelighet til polikliniske tjenester var relativt stor.

HF-områder i helseregion Midt-Norge

Ved utgangen av opptrappingsperioden hadde helseregion Midt-Norge den høyeste forbruksraten for polikliniske konsultasjoner blant helseregionene, og laveste ressursinnsats per innbygger både for totalt personell og døgnplasser. Den polikliniske personelldekningen var imidlertid bedre, kun helseregion Nord hadde et høyere nivå i 2008.

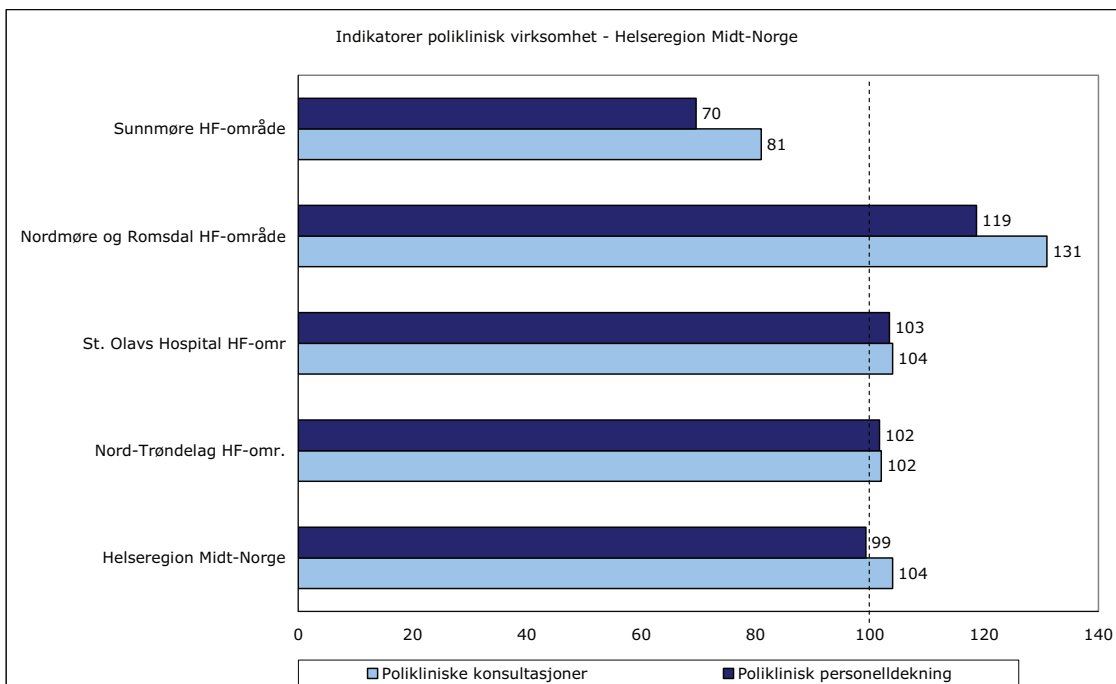
Helseregion Midt-Norge hadde i 2008 de minste forskjellene mellom foretaksområdene for indikatorene som omhandler det døgnbaserte tjenestetilbudet. Både for døgnplassdekning ($CV=0,05$), oppholds- og utskrivningsrater ($CV=0,08$ og $CV=0,06$) hadde regionen de laveste variasjonskoeffisientene (tabell 7.8). Forskjellene mellom foretaksområdene var større når det gjaldt det polikliniske tilbudet, for poliklinisk personelldekning ($CV=0,21$) hadde regionen de største interne forskjellene blant regionene.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.21 Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

Innad i regionen hadde alle HF-områder i 2008 personelldekning knyttet til døgnvirksomhet og døgnplassdekning under landsgjennomsnittet. Med unntak av Sunnmøre foretaksområde, hadde imidlertid samtlige helseforetaksområder polikliniske forbruksrater og poliklinisk personelldekning over landsgjennomsnittet. Sunnmøre og St. Olavs Hospital HF-områder hadde i tillegg høye rater for døgnopphold og utskrivninger. Nordmøre og Romsdal og Nord-Trøndelag HF-områder hadde derimot oppholds- og utskrivningsrater under gjennomsnittet for landet, noe som tilsier færre døgnopphold enn landsgjennomsnittet. Alle foretaksområder hadde relativt lavere døgnrate enn oppholds- og utskrivningsrater, og dette indikerer at døgnoppholdene var av relativt kort varighet.



Datakilde: NPR og SSB

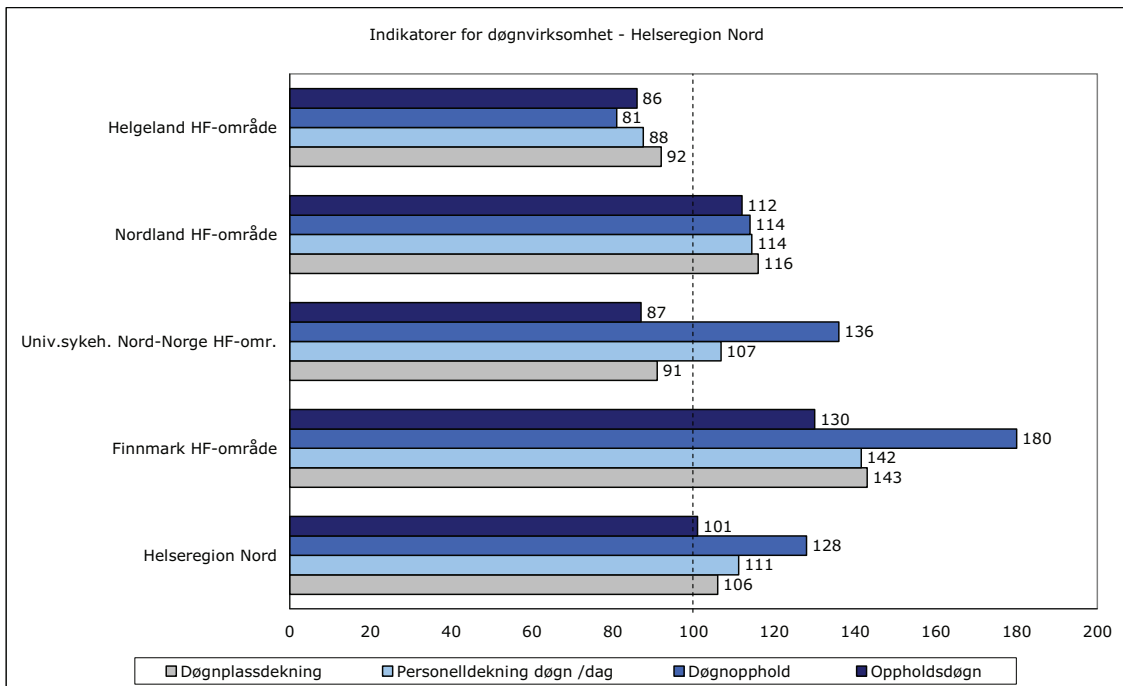
Figur 7.22 Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

Oppsummert hadde helseregion Midt-Norge i 2008 et relativt høyt poliklinisk forbruk i tre av fire foretaksområder. I tillegg tenderte alle HF-områder til å ha relativt korte opphold i døgninstitusjonene. To foretaksområder hadde imidlertid flere opphold enn gjennomsnittet for landet. Mens regionen hadde den høyeste polikliniske forbruksraten og den nest høyeste polikliniske personelldekningen blant helseregionene, hadde samtlige foretaksområder i regionen lavere ressursinnsats enn landsgjennomsnittet for den døgnbaserte virksomheten.

HF-områder i helseregion Nord

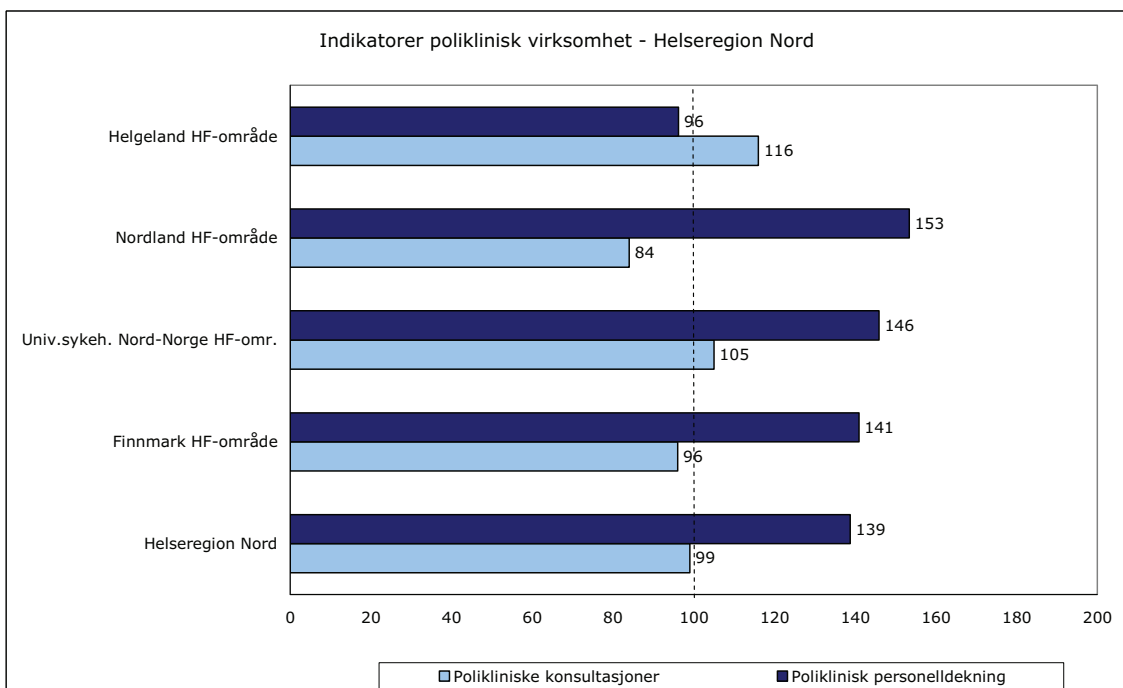
Ved Opptappingsplanens slutt var helseregion Nord preget av høye ressurs- og forbruksrater både innenfor døgnbasert og poliklinisk virksomhet. For regionen samlet, var både kapasitet og forbruk på eller over landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer.

Det var imidlertid klare forskjeller mellom HF-områdenes tjenestetilbud i 2008, spesielt i døgnbasert virksomhet. Forskjellene mellom foretaksområdene var størst blant regionene i antall døgnopphold per innbyggere (CV=0,32) og døgnplassdekning (CV=0,22). Dette indikerer at HF-områdene hadde ulike nivå med hensyn til døgnbaserte tjenester. De minste forskjellene innad i regionen ser vi for polikliniske forbruksrater (CV=0,13) (tabell 7.8).



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.23 Døgnplassdekning, personellinnsats døgn/dag, døgnopphold og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde i helseregion Nord. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008



Datakilde: NPR og SSB

Figur 7.24 Polikliniske konsultasjoner og poliklinisk personelldekning etter helseforetaksområde i helseregion Nord. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

Med unntak for Helgeland HF-område, som hadde en klar poliklinisk profil, hadde de øvrige foretaksområdene en klar døgnprofil i 2008. Mens befolkningen i opptaksområdet til Universitetssykehuset i Nord-Norge hadde mange korte opphold (høye utskrivnings- og oppholds-rater og lav døgnrate), indikerer forholdet mellom døgn- og oppholds-rater at befolkningen i Nordland HF-område hadde opphold av noe lengre varighet. Finnmark foretaksområde hadde svært mange opphold per innbyggere, landets høyeste oppholds- og utskrivnings-rater (180 og 184 prosent av landsgjennomsnittet), samtidig som de hadde den høyeste personell- og døgnplassdekning med rater over 140 prosent av landsgjennomsnittet. Foretaket hadde derfor også relativt høye døgnrater (130 prosent av landsgjennomsnittet), men på grunn av spesielt høye oppholds- og utskrivnings-rater, hadde døgnoppholdene gjennomsnittlig kort varighet. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF-område kombinerte i 2008 mange opphold i døgninstitusjoner med relativt høy poliklinisk aktivitet. Den polikliniske personelldekningen lå nær 50 prosent over landsgjennomsnittet ved utgangen av opptappingsperioden.

Helgeland HF-område hadde i 2008 ressurs- og forbruksrater for døgn-tjenester under landsgjennomsnittet. Men en relativt høyere døgnrate enn oppholds- og utskrivnings-rater, indikerer at døgnoppholdene hadde gjennomsnittlig lengre varighet enn i de andre foretaksområdene i regionen. Foretaket hadde til gjengjeld regionens høyeste konsultasjonsrate (16 prosent over landsgjennomsnittet), dette til tross for at den polikliniske personelldekningen var noe under gjennomsnittet for landet og lavest blant HF-områdene i regionen.

Figur 7.24 viser at de øvrige HF-områdene i Nord hadde svært høy personelldekning i poliklinisk virksomhet. Både Finnmark (141 prosent), UNN (146 prosent) og Nordland (153 prosent) HF-områder hadde alle personellrater langt over landsgjennomsnittet, mens antall konsultasjoner per innbygger lå betydelig under dette nivået med hhv. 96, 105 og 84 prosent av landsgjennomsnittet.

Oppsummert var helseregion Nord i 2008 preget av høy personelldekning og mange døgnopphold/ utskrivninger i tre av fire HF-områder. To foretaksområder hadde en poliklinisk profil, hvor det ene kombinerte behandlingstilbudet med mange korte døgnopphold, mens det andre hadde færre og lengre opphold i døgninstitusjonene. Mens tall for helseregion Nord viser at regionen hadde ressurs- og forbruksrater på eller over landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer, var det ved utgangen av planperioden stor forskjell i tilgjengelighet til tjenestene målt i antall døgnopphold.

Tabell 7.3 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Årsverk og døgnplasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Det psykiske helsevernet for barn og unge. 2008

Bostedsregion/HF-område	Ressursinnsats				Behandlede pasienter	
	Årsverk per 10 000 innb 0-17 år	Polikl årsverk per 10 000 innb 0-17 år	Døgn-/dag-årsverk per 10 000 innb 0-17 år	Døgn-plasser per 10 000 innb 0-17 år	Pasienter totalt per 100 innb 0-17 år	Polikl pasienter per 100 innb 0-17 år
Østfold HF-område	42,1	16,5	25,6	5,2	6,2	5,8
Akershus HF-område	40,7	17,9	22,8	5,6	3,9	3,8
Asker og Bærum HF-område	38,2	21,2	17,0	4,0	4,6	4,4
Oslo og Follo HF-område	40,1	19,5	20,6	3,0	4,6	4,5
Innlandet HF-område	35,1	14,5	20,5	3,3	5,6	5,6
Buskerud HF-område	31,9	23,4	8,5	0,8	4,1	4,1
Ringerike HF-område	26,5	19,4	7,1	0,8	6,4	6,4
Blefjell HF-område	33,4	23,0	10,4	1,7	6,3	6,3
Vestfold HF-område	34,1	22,1	12,0	1,9	5	5
Telemark HF-område	24,4	14,6	9,7	3,1	5,3	5,3
Sørlandet HF-område	30,8	10,0	20,9	0,9	5,1	5,1
Helseregion Sør-Øst	36,3	17,8	18,6	3,1	5	4,9
Stavanger HF-område	24,8	14,6	10,2	2,3	2,9	2,9
Fonna HF-område	26,1	12,6	13,5	3,5	4,1	4,1
Bergen HF-område	25,9	16,6	9,3	2,0	3,9	3,8
Førde HF-område	32,7	18,9	13,8	3,5	5,1	5,1
Helseregion Vest	26,3	15,5	10,8	2,5	3,7	3,7
Sunnmøre HF-område	23,1	16,1	7,0	1,9	3,8	3,4
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	30,8	23,0	7,7	1,9	5,3	5,2
St. Olavs Hospital HF-område	31,5	17,7	13,8	3,0	4,0	4,0
Nord-Trøndelag HF-område	36,6	11,8	24,8	3,0	4,2	4,2
Helseregion Midt-Norge	30,8	17,1	13,7	2,6	4,2	4,1
Helgeland HF-område	50,5	23,7	26,8	6,1	6,4	6,4
Nordland HF-område	47,6	20,2	27,5	5,4	7,6	7,6
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	34,6	23,0	11,6	1,9	6,2	6,1
Finnmark HF-område	57,5	29,0	28,5	2,7	7,8	7,5
Helseregion Nord	44,4	23,3	21,2	3,7	6,9	6,8
Totalt	34,1	17,7	16,4	2,9	4,8	4,7

Tabell 7.4 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år i prosent av landsgjennomsnittet. Det psykiske helsevernet for barn og unge. 2008

Bostedsregion/HF-område	Ressursinnsats				Behandlede pasienter	
	Årsverk per 10 000 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet	Polikl årsverk per 10 000 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet	Døgn-/dag-årsverk per 10 000 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet	Døgn-plasser per 10 000 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet	Pasienter totalt per 100 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet	Polikl pasienter per 100 innb 0-17 år i prosent av landsgj.-snittet
Østfold HF-område	124	93	156	177	125	123
Akershus HF-område	119	101	139	191	83	80
Asker og Bærum HF-område	112	120	104	137	95	94
Oslo og Follo HF-område	118	110	126	103	96	95
Innlandet HF-område	103	82	125	111	116	118
Buskerud HF-område	93	132	52	29	86	88
Ringerike HF-område	78	109	44	27	134	136
Blefjell HF-område	98	130	64	57	132	134
Vestfold HF-område	100	125	73	66	104	105
Telemark HF-område	72	83	59	105	110	112
Sørlandet HF-område	90	56	127	31	106	108
Helseregion Sør-Øst	107	100	113	105	104	104
Stavanger HF-område	73	82	62	78	60	61
Fonna HF-område	77	71	82	119	86	87
Bergen HF-område	76	94	57	67	82	80
Førde HF-område	96	107	84	121	106	107
Helseregion Vest	77	87	66	85	77	78
Sunnmøre HF-område	68	91	43	64	72	72
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	90	130	47	65	117	110
St. Olavs Hospital HF-område	92	100	84	101	84	84
Nord-Trøndelag HF-område	107	67	151	102	88	89
Helseregion Midt-Norge	90	97	83	88	87	87
Helgeland HF-område	148	134	163	208	133	135
Nordland HF-område	140	114	167	186	159	161
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	102	130	71	65	129	130
Finmark HF-område	169	164	174	91	162	160
Helseregion Nord	130	131	129	126	143	144
Totalt	100	100	100	100	100	100

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 7.5 Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

Bostedsregion/ HF-område	Polikl årsverk per 10 000 innb	Døgn-/ dag- årsverk per 10 000 innb	Årsverk per 10 000 innb	Plasser per 10 000 innb	Døgn- opphold per 10 000 innb	Utskriv- inger per 10 000 innb	Døgn per 10 000 innb	Konsulta- sjoner per 10 000 innb
Østfold HF-område	7,0	28,7	35,7	11,9	135	126	3 056	1 539
Akershus HF-område	7,1	28,1	35,3	10,2	108	100	3 001	2 949
Asker og Bærum HF- område	8,1	37,3	45,4	13,8	110	97	4 647	2 784
Ullevål HF-område	6,9	66,2	73,1	16,5	128	114	5 165	2 516
Aker HF-område	7,0	50,7	57,6	11,6	117	107	3 632	3 262
Lovisenberg HF-område	12,2	50,1	62,3	16,8	187	173	5 305	4 367
Diakonhjemmet HF- område	7,0	44,6	51,6	16	122	108	4 967	3 413
Innlandet HF-område	8,0	41,0	49	11,8	122	112	3 715	2 722
Buskerud HF-område	7,8	28,5	36,4	9	118	112	2 768	2 688
Ringerike HF-område	10,4	23,8	34,2	10,2	120	112	2 936	3 704
Blefjell HF-område	9,6	35,0	44,7	11,4	142	134	3 487	3 130
Vestfold HF-område	9,3	27,6	36,9	9,7	124	117	2 724	3 707
Telemark HF-område	10,8	34,0	44,8	12,3	143	131	4 496	5 749
Sørlandet HF-område	7,8	32,4	40,2	11,7	191	183	3 314	2 966
Helseregion Sør-Øst	8,1	37,7	45,9	12,2	133	123	3 704	3 055
Stavanger HF-område	8,5	33,0	41,5	14	162	151	4 010	3 798
Fonna HF-område	7,9	37,4	45,4	12,6	155	147	3 654	2 678
Bergen HF-område	6,0	37,5	43,5	12,8	145	134	4 478	1 842
Førde HF-område	7,8	37,9	45,7	12,5	128	118	3 601	2 518
Helseregion Vest	7,3	36,1	43,4	13,1	151	140	4 097	2 675
Sunnmøre HF-område	5,8	27,2	33	11,3	151	143	3 168	2 407
Nordmøre og Romsdal HF-område	9,9	34,2	44	10,8	137	130	3 441	3 886
St. Olavs Hospital HF- område	8,6	35,6	44,2	11,7	153	142	3 804	3 101
Nord-Trøndelag HF- område	8,5	27,9	36,3	10,3	129	124	2 516	3 033
Helseregion Midt-Norge	8,3	32,2	40,4	11,2	145	137	3 362	3 094

Bostedsregion/ HF-område	Polikl årsverk per 10 000 innb	Døgn-/ dag- årsverk per 10 000 innb	Årsverk per 10 000 innb	Plasser per 10 000 innb	Døgn- opphold per 10 000 innb	Utskriv- inger per 10 000 innb	Døgn per 10 000 innb	Konsulta- sjoner per 10 000 innb
Helgeland HF-område	8,0	32,3	40,3	11,4	115	108	3 220	3 454
Nordland HF-område	12,8	42,3	55	14,3	163	153	4 199	2 510
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	12,1	39,5	51,6	11,2	195	185	3 268	3 108
Finmark HF-område	11,7	52,3	64	17,7	257	246	4 865	2 847
Helseregion Nord	11,5	41,1	52,6	13,1	183	172	3 765	2 954
Totalt	8,3	36,9	45,3	12,3	143	133	3 742	2 973

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 7.6 Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre i prosent av nivået på landsbasis. Det psykiske helsevernet for voksne. 2008

	Polikli årsverk i prosent av landsgj.- sn	Døgn-/ dag- årsverk i prosent av landsgj.sn	Årsverk i prosent av landsgj.sn	Plasser i prosent av landsgj.sn	Døgnopph i prosent av landsgj.sn	Utskrivninger i prosent av landsgj.sn	Døgn i prosent av landsgj.sn	Konsulta- sjoner i prosent av landsgj.sn
Østfold HF-område	84	78	79	97	94	95	82	52
Akershus HF-område	86	76	78	83	76	75	80	99
Asker og Bærum HF-område	97	179	100	112	77	73	124	94
Ullevål HF-område	83	137	162	134	89	85	138	85
Aker HF-område	84	136	127	94	82	80	97	110
Lovisenberg HF-område	147	121	138	136	131	130	142	147
Diakonhjemmet HF-område	84	111	114	130	85	81	133	115
Innlandet HF-område	96	64	108	96	85	84	99	92
Buskerud HF-område	94	95	80	73	83	84	74	90
Ringerike HF-område	125	75	76	83	84	84	78	125
Blefjell HF-område	116	92	99	93	99	101	93	105
Vestfold HF-område	112	88	81	79	87	88	73	125
Telemark HF-område	130	102	99	100	100	99	120	193
Sørlandet HF-område	94	89	89	95	134	138	89	100
Helseregion Sør-Øst	98	101	101	99	93	92	99	103
Stavanger HF-område	103	102	92	113	113	113	107	128
Fonna HF-område	95	102	100	102	109	110	98	90
Bergen HF-område	72	98	96	104	102	100	120	62
Førde HF-område	94	74	101	102	90	88	96	85
Helseregion Vest	88	93	96	106	105	105	109	90

	Polikl årsverk i prosent av landsgj.- sn	Døgn-/ dag- årsverk i prosent av landsgj.sn	Årsverk i prosent av landsgj.sn	Plasser i prosent av landsgj.sn	Døgnopph i prosent av landsgj.sn	Utskrivinger i prosent av landsgj.sn	Døgn i prosent av landsgj.sn	Konsulta- sjoner i prosent av landsgj.sn
Sunnmøre HF- område	70	96	73	91	105	108	85	81
Nordmøre og Romsdal HF- område	119	75	97	88	96	97	92	131
St. Olavs Hospital HF-område	103	87	98	95	107	107	102	104
Nord-Trøndelag HF-område	102	88	80	84	90	93	67	102
Helseregion Midt- Norge	99	114	89	91	101	103	90	104
Helgeland HF- område	96	107	89	92	81	81	86	116
Nordland HF- område	153	142	122	116	114	115	112	84
Univ.sykeh. Nord- Norge HF-omr.	146	111	114	91	136	139	87	105
Finnmark HF- område	141	100	141	143	180	184	130	96
Helseregion Nord	139	78	116	106	128	129	101	99
Totalt	100	76	100	100	100	100	100	100

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 7.7 Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk, døgnplasser per 10 000 innbyggere og behandlede pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2008

		Personell- dekning totalt	Personell- dekning polikl. Virksom- het	Personell- dekning døgn- og dagvirk- somhet	Døgnplass- dekning	Deknings- grad polikl. pasienter	Deknings- grad pasienter totalt
Forskjeller mellom helseforetaksområder:							
Helse Sør-Øst	SD	5,73	4,17	6,53	1,7	0,86	0,86
	CV	0,17	0,23	0,41	0,62	0,17	0,17
Helse Vest	SD	3,59	2,69	2,28	0,78	0,90	0,90
	CV	0,13	0,17	0,20	0,28	0,23	0,23
Helse Midt-Norge	SD	5,56	4,62	8,23	0,63	0,74	0,67
	CV	0,18	0,27	0,62	0,26	0,18	0,15
Helse Nord	SD	9,58	3,67	8,03	2,03	0,76	0,81
	CV	0,20	0,15	0,34	0,51	0,11	0,12
Landet	SD	8,74	4,56	7,3	1,51	1,25	1,26
	CV	0,25	0,24	0,45	0,52	0,25	0,25
Forskjeller mellom helseregioner:							
	SD	7,79	3,38	4,69	0,55	1,37	1,4
	CV	0,22	0,18	0,29	0,18	0,28	0,28

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 7.8 Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne. Årsverk, døgnplasser, døgnoophold, utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient (CV). Mellom helseregioner og helseforetaksområder. 2008

		Perso- nell- dekn. totalt	Perso- nell- dekn. poli	Perso- nell- dekn. døgn/ dag	Døgn- plass- dekn.	Døgn- opp- hold	Utskriv- inger	Døgn	Kon- sulta- sjoner
Forskjeller mellom helseforetaksområder:									
Helse Sør-Øst	SD	11,58	1,68	11,75	2,51	25,74	25,50	991	976
	CV	0,25	0,19	0,31	0,20	0,19	0,20	0,26	0,30
Helse Vest	SD	1,94	1,07	2,31	0,69	14,75	14,88	404	811
	CV	0,04	0,14	0,06	0,05	0,10	0,10	0,10	0,29
Helse Midt-Norge	SD	5,62	1,72	4,29	0,60	11,47	9,28	543	606
	CV	0,14	0,21	0,13	0,05	0,08	0,06	0,16	0,19
Helse Nord	SD	9,79	2,14	8,28	3,04	59,56	58,01	792	399
	CV	0,19	0,19	0,19	0,22	0,32	0,33	0,20	0,13
Landet	SD	10,02	1,94	9,58	2,26	33,39	32,98	831	823
	CV	0,21	0,22	0,25	0,18	0,23	0,24	0,22	0,26
Forskjeller mellom helseregioner:									
	SD	5,20	1,85	3,69	0,91	21,35	20,70	301	189
	CV	0,11	0,21	0,10	0,07	0,14	0,14	0,08	0,06

Datakilde: NPR og SSB