

# SAMDATA

## Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007

Johan Håkon Bjørngaard  
(Red.)

SINTEF Helse  
7465 TRONDHEIM  
Telefon: 4000 2590  
Telefaks: 932 70 800  
Rapport 2/08

ISBN 978-82-14-04511-6  
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse  
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

## 8 Ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområdene

Marit Sitter

### 8.1 Sammendrag

Et sentralt mål i norsk helsepolitikk er lik tilgang til helsetjenester uavhengig av man bor i landet. Etter at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten i 2002, har de regionale helseforetakene hatt et "sørge-for" ansvar for at befolkningen i hver helseregion får likeverdige spesialisthelsetjenester. I dette kapitlet undersøker vi hva som karakteriserer helseforetaksområdene i hver region med hensyn til ressursinnsats og bruk av tjenester. Dette for å kunne identifisere ulike profiler i behandlingstilbudet til befolkningen i opptaksområdene i 2007.

#### Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudet til barn og unge

I det psykiske helsevernet for barn og unge, har helseregion Sør-Øst relativt høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene. Tall for regionen samlet viser at både ressurs- og forbruksindikatorerne har verdier over gjennomsnittet for landet (tabell 8.6). Syv av 11 helseforetaksområder gir et behandlingstilbud til mer enn 4,5 prosent av befolkningen i opptaksområdene (landsgjennomsnittet), mens fire foretaksområder har nådd 5-prosentmålet i 2007. Det er et skille mellom helseforetaksområdene i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør i forholdet mellom døgnbaserte versus polikliniske tjenester. Forskjellene i døgnplassdekning og poliklinisk dekningsgrad mellom HF-områdene er betydelige ( $CV=0,53$  og  $CV=0,19$ , tabell 8.7), og viser variasjonen i tjenestetilbudet i regionen.

Helseregion Vest har de laveste ressurs- og forbruksratene blant helseregionene (tabell 8.6) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Det er imidlertid klare forskjeller både i ressursinnsats og tilgjengelighet mellom helseforetaksområdene i regionen. I likhet med de andre regionene er forskjellene størst når det gjelder døgnplassdekning ( $CV=0,31$ ). Det er større forskjell i dekningsgrad for behandlede pasienter mellom HF-områdene i helseregion Vest enn i de øvrige helseregionene ( $CV=0,21$ ), men ingen av HF-områdene har nådd målet om behandlingstilbud til fem prosent av befolkningen.

Helseregion Midt-Norge har relativt lave rater både når det gjelder ressursinnsats og forbruk av tjenester, alle under gjennomsnittet for landet (tabell 8.6). Forskjellene mellom HF-områdene når det gjelder døgnplassdekning er i størrelsesorden to til en ( $CV=0,32$ ), mens forskjellene i tilgjengelighet målt i behandlede pasienter er betydelig mindre ( $CV=0,16$ ). Ett helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge gir behandlingstilbud til over fem prosent av befolkningen i sitt opptaksområde. Dette HF-området kjennetegnes med svært lav døgnplassdekning, raten utgjør kun 48 prosent av landsgjennomsnittet (se tabell 8.6).

I likhet med tidligere år topper helseregion Nord regiontallene når det gjelder ressurs- og forbruksrater i det psykiske helsevernet for barn og unge også i 2007. Med en personell-

dekning 30 prosent over landsgjennomsnittet, og en døgnplassdekning 18 prosent over gjennomsnittet for landet, gis over seks prosent av barn og unge i regionen et behandlingstilbud. I 2007 tilbyr alle HF-områder tjenester til over fem prosent av befolkningen i opptaksområdene, og dette gjenspeiles i små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene (CV=0,11, tabell 8.6). Foretaksområdene har imidlertid ulike profiler i sitt behandlingstilbud, og det er derfor relativt store forskjeller i døgnplassdekningen mellom HF-områdene (CV=0,51).

### Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudet til voksne

I det psykiske helsevernet for voksne, preges helseregion Sør-Øst av helseforetaksområder med ulike ressurs- og forbruksprofiler; HF-områdene i tidligere helseregion Øst tenderer til å ha høyere ressursdekning, lengre døgnopphold og lavere polikliniske rater enn helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør. Til tross for gjennomsnittlig konsultasjonsrate for helseregionen samlet, er det store forskjeller i tilgjengelighet mellom foretaksområdene målt i polikliniske forbruksrater (CV=0,31, tabell 8.8). Det er også betydelige forskjeller mellom helseforetaksområdene i oppholds- og døgnrater (CV=0,22, CV=0,21) og i dekning av personell (CV=0,20). Kun helseregion Nord har større forskjeller mellom sine helseforetaksområder i personell – og døgnplassdekning, samt oppholds- og utskrivningsrater.

Helseforetaksområdene i helseregion Vest preges langt på vei av høy døgnplassdekning og høyt forbruk av døgntjenester. Helseregionen samlet har både døgnplassdekning, døgnrater og oppholdsrate over gjennomsnittet for landet i 2007. Døgnratene er relativt høyere enn oppholdsratene, noe som indikerer at døgnoppholdene gjennomsnittlig er av lengre varighet enn gjennomsnittet for landet. Helseregion Vest har den laveste konsultasjonsraten blant regionene, men forskjellene i tilgjengelighet til polikliniske tjenester mellom HF-områdene er relativt stor (CV=0,26). Forskjellene er betydelig mindre målt i antall døgnopphold (CV=0,12). Variasjonene i personell- og døgnplassdekning er også svært små (CV=0,01 og CV=0,06) innad i helseregion Vest.

Helseregion Midt-Norge preges av høyt poliklinisk forbruk i tre av fire foretaksområder. I tillegg tenderer alle HF-områder til å ha relativt korte opphold i døgninstitusjonene, to foretaksområder har imidlertid flere opphold enn gjennomsnittet for landet. Det er relativt små forskjeller mellom helseforetaksområdene i tilgjengelighet til det psykiske helsevernet, både målt i polikliniske konsultasjoner (CV=0,14) og opphold i døgninstitusjoner (CV=0,10). Mens regionen har den høyeste polikliniske forbruksraten blant helseregionene, har samtlige foretaksområder i regionen lavere ressursinnsats enn landsgjennomsnittet (tabell 8.5). Det er for øvrig små forskjeller i dekningen av døgnplasser internt i helseregion Midt-Norge (CV=0,04).

Helseregion Nord er preget av høy personelldekning og mange døgnopphold og utskrivninger i tre av fire HF-områder. To foretaksområder har en poliklinisk profil, hvor det ene kombinerer behandlingstilbudet med mange korte døgnopphold, mens det andre har færre og lengre opphold i døgninstitusjonene. Mens tall for helseregion Nord viser at regionen har ressurs- og forbruksrater på eller over landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer, er det stor forskjell i personell- og døgnplassdekning (CV=0,21 og CV=0,24), og i tilgjengeligheten til tjenestene, målt i døgnopphold (CV=0,34) mellom helseforetaksområdene.

### Helseforetakenes tjenesteprofil i tilbudene samlet

Man kan til dels konstatere en felles profil for helseforetaksområdene mellom tjenestene til barn og unge, og tjenestene til voksne i de ulike helseregionene. Mens vi ser en signifikant sammenheng mellom personelldekning til de to målgruppene, finner vi ingen tilsvarende samvariasjon i døgnplassdekningen. Når det gjelder befolkningens bruk av tjenester, kan vi for begge målgrupper se høye forbruksrater i helseregion Nord. I helseregion Sør-Øst er det

tendens til et skille mellom helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør for begge målgrupper, i forholdet mellom døgnbaserte versus polikliniske tjenester. I Helse Vest ser man motsatt profil mellom målgruppene i forbruk av tjenester, barn og unge har forbruksrater under landsgjennomsnittet, mens voksne har et høyt forbruk av døgntjenester. I helseregion Midt-Norge er det relativt lav ressursinnsats i begge målgrupper, men forbruksprofilen er ulik, høyt polikliniske forbruk blant voksne og relativt lav dekningsgrad for behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge.

## 8.2 Innledning

Etter den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten i 2002, har de regionale helseforetakene hatt ansvar for spesialisthelsetjenestene til befolkningen, det såkalte "sørge-for" ansvaret. En gjennomgang av tilgjengeligheten til tjenestene i fjorårets SAMDATA Sektorrapport (2/07), viste at det fortsatt var forskjeller mellom regioner, og HF-områder i ressursinnsats og forbruk av tjenester i 2006, og det var større variasjon innad i de regionale helseforetakene enn mellom regionene. Dette til tross for at det i perioden 2003-2006 var en utjevning både i forhold til personellinnsats, døgnplasser og tilgjengelighet (dekningsgrad) innen det psykiske helsevernet for barn og unge og døgnopphold for voksne (Pedersen, 2007).

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 2007.

Følger variasjonene mellom helseforetaksområdene et mønster ved at for eksempel enkelte regioner og helseforetaksområder gjennomgående har høye rater både med hensyn til ressursinnsats og forbruk, mens andre HF-områder har lave rater? Eller opptrer forskjellene på andre måter? Er det eksempelvis slik at helseforetaksområder med høyt poliklinisk forbruk har lave rater for døgnbehandling, eller vil et høyt forbruk av tjenester omfatte alle typer behandling? Er det innad i regionene tendens til at enkelte HF-områder ivaretar en del av behandlingstilbudet, mens andre foretaksområder ivaretar andre deler, dvs. ulik behandlingsprofil mellom HF-områdene innad i regionene? Og er det noen sammenheng mellom tjenestene til barn, unge og voksne? Vil eksempelvis helseforetaksområder med høye ressurs- og forbruksrater for barn og unge, tilsvarende ha høye eller lave rater for voksne?

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 prosent av landsgjennomsnittet.

Vi vil først studere forskjellene i det psykiske helsevernet for barn og unge (avsnitt 8.4), deretter gjøres tilsvarende analyser for det psykiske helsevernet for voksne (avsnitt 8.5). Avslutningsvis sees tjenestene til de to befolkningsgruppene i sammenheng (avsnitt 8.6).

## 8.3 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). Beregningene av ratene tar utgangspunkt i antall årsverk og antall døgnplasser ved utgangen av året. Ressurstallene er korrigert for bruken av tjenester fra andre regioner og foretaksområder.

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 befolkningen 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.

I det psykisk helsevernet for voksne har vi undersøkt hvordan kapasitetsutnyttning i døgninstitusjoner samvarierer med døgnplassdekning ved å se på beleggsprosenten. Beleggsprosenten måler utnyttelsesgraden av døgnplassene og er et forholdstall mellom totalt antall oppholdsdøgn i løpet av året og døgnplasser (x 365).

For definisjoner, beregningsmåter og datagrunnlag, se PV2, PV3 og PV7 "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på nettstedet [www.sintef.no/samdata](http://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 i tillegg 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 ulike 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.

## 8.4 Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for 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), er det fortsatt betydelige forskjeller også i 2007.

Ved å sammenstille indikatorer for ressursinnsats og forbruk i det psykiske helsevernet for barn og unge, ønsker vi å kartlegge om forskjeller i HF-områdene synliggjør ulike behandlingsprofiler, ved ulike sammensetninger av behandlingstilbud.

Vil eksempelvis helseforetaksområder som har et poliklinisk fokus behandle flere pasienter og dermed ha en høyere dekningsgrad enn helseforetaksområder som i større grad vektlegger døgnbaserte tjenester? Og vil det kun være helseforetaksområder som har god personelltilgang som vil kunne tilby døgnbaserte behandlingstilbud av et visst omfang, etter som dette er en relativt ressurskrevende behandlingsform?

Til tross for at det psykiske helsevernet i all hovedsak behandler pasienter poliklinisk, har samtlige helseforetaksområder også døgnbaserte tjenestetilbud. Årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge er fordelt forholdsvis likt mellom poliklinisk og døgnbasert virksomhet. Dette innebærer at om lag 50 prosent av årsverkene behandler en svært liten andel av pasientene, døgnbasert virksomhet er med andre ord en ressurskrevende behandlingsform. Vi vil undersøke hvordan ulike kombinasjoner av døgn- og polikliniske behandlingstilbud påvirker omfanget av behandlede pasienter og dekningsgrad.

Vi vil også studere hvordan produktivitet i poliklinikkene samvarierer med dekningsgrad for polikliniske pasienter. Er det slik at jo flere pasienter behandlerne i poliklinikkene tar hånd om, jo større andel av befolkningen får et behandlingstilbud? Vil høy produktivitet med andre ord medføre høy dekningsgrad og tilgjengelighet til tjenestene, målt i behandlede polikliniske pasienter?

I dette avsnittet presenteres først en korrelasjonsmatrise for de utvalgte ressurs- og forbruksindikatorerne (tabell 8.1). Deretter gis en grafisk framstilling av forholdet mellom personelldekning og dekningsgrad i figur 8.1. Dekningsgrad for de ulike indikatorerne presenteres i tabell 8.2, samt en illustrasjon av ratene i prosent av landsgjennomsnittet i figur 8.3. Etter en analyse av foretaksområdene i hver helseregion, presenteres forholdet mellom produktivitet og dekningsgrad i poliklinikker.

#### 8.4.1 Samvariasjon – ressurs- og forbruksindikatorer i det psykiske helsevernet for barn og unge

I tabell 8.1 presenteres en korrelasjonsmatrise hvor de ulike utvalgte ressurs- og forbruksindikatorerne for helseforetaksområdene inngår.

Tabell 8.1 Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) mellom ressurs- og forbruksrater. Personelldekning, døgnplassdekning, dekningsgrad polikliniske pasienter og dekningsgrad pasienter totalt. Det psykiske helsevernet for barn og unge. 2007

	Personelldekning	Døgnplassdekning	Dekningsgrad polikliniske pasienter	Dekningsgrad pasienter totalt
Personelldekning	1	0,473*	0,545**	0,573**
Døgnplassdekning	0,473*	1	-0,011	0,005
Dekningsgrad polikliniske pasienter	0,545**	-0,011	1	0,997**
Dekningsgrad pasienter totalt	0,573**	0,005	0,997**	1

N=23

Datakilde: NPR og SSB

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

Tabell 8.1 viser at:

- Hf-områder med høy personelldekning har signifikant høyere døgnplassdekning og behandlingsrate enn HF-områder med lav 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 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 og polikliniske behandlingsrater enn HF-områder med lav dekningsgrad.

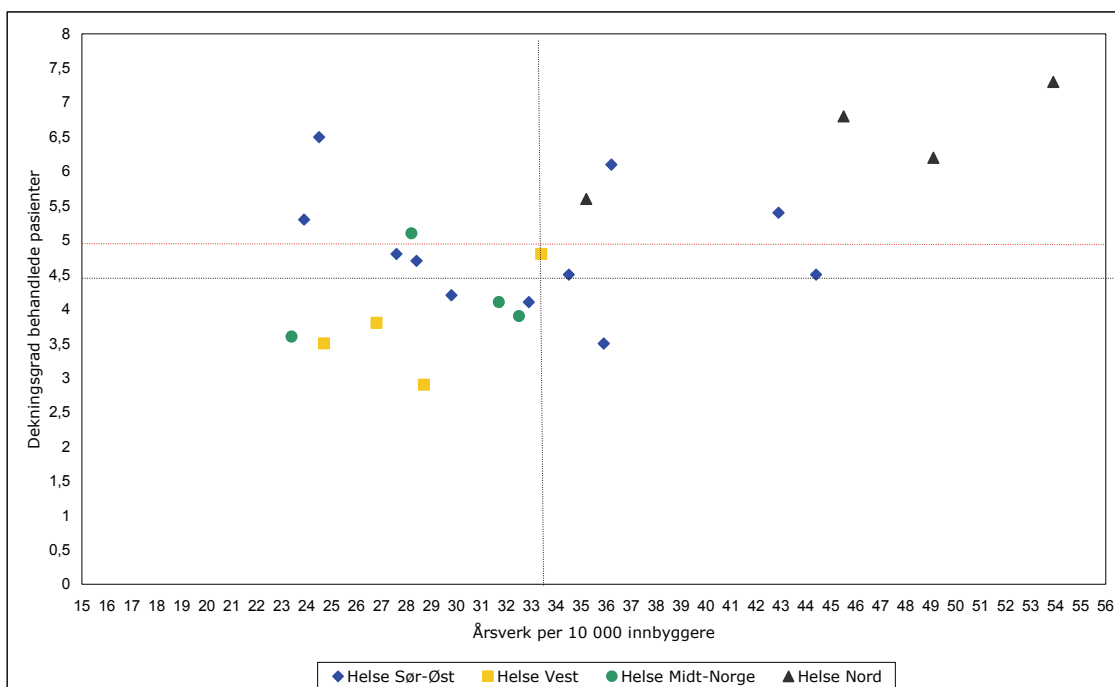
- Hf-områder med mange døgnplasser har ikke lavere dekningsgrad, verken for polikliniske pasienter eller dekningsgrad totalt enn HF-områder med lavere døgnplassdekning.

#### 8.4.2 Personelldekning og dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge

Tabell 8.1 viste at det er en signifikant sammenheng mellom personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge (Pearsons  $r=0,57$ ). I figur 8.1 presenteres denne sammenhengen grafisk. Langs x-aksen vises antall årsverk per 10 000 innbyggere og langs y-aksen antall behandlede pasienter per 100 innbyggere. 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 stiplede linje. I tillegg er 5-prosent dekningsgrad, som er Opptappingsplanens måltall, markert med rød stiplede linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser årsverk per innbygger og dekningsgrad for behandlede pasienter over gjennomsnittet for landet.
- Kvadranten nederst til høyre viser personelldekning over landsgjennomsnittet og dekningsgrad for behandlede pasienter under snittet 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 under landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.1 Personelldekning (x-aksen) og dekningsgrad for behandlede pasienter (y-aksen) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseforetaksområder. 2007



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 fire foretaksområder fra helseregion Sør-Øst i samme kategori, hvorav to tangerer landsgjennomsnittet for dekningsgraden på 4,5 prosent.

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

Ett helseforetaksområde fra helseregion Sør-Øst (Akershus HF-område), befinner seg i nederste høyre kvadrant med høy personelldekning og lav dekningsgrad for behandlede pasienter. Av tabell 8.2 og figur 8.2 ser vi at dette foretaksområde har landets høyeste døgnplasskapasitet, 90 prosent over landsgjennomsnittet. Som omtalt tidligere vil døgnbasert behandling være ressurskrevende og trolig delvis forklare hvorfor dekningsgraden er relativt lav for dette foretaket.

Øverste venstre kvadrant kjennetegnes med lav personellkapasitet og høy dekningsgrad, og i dette feltet er fire helseforetaksområder fra helseregion Sør-Øst, samt ett fra helseregion Midt-Norge lokalisert. Med unntak for ett HF-område (Innlandet HF-område), karakteriseres disse foretakene av lav døgnplasskapasitet (se tabell 8.2 og figur 8.2). Dette er foretaksområder som trolig har en poliklinisk profil, for disse foretakene er dekningsgraden for polikliniske pasienter sammenfallende med dekningsgrad for pasienter totalt (se tabell 8.2).

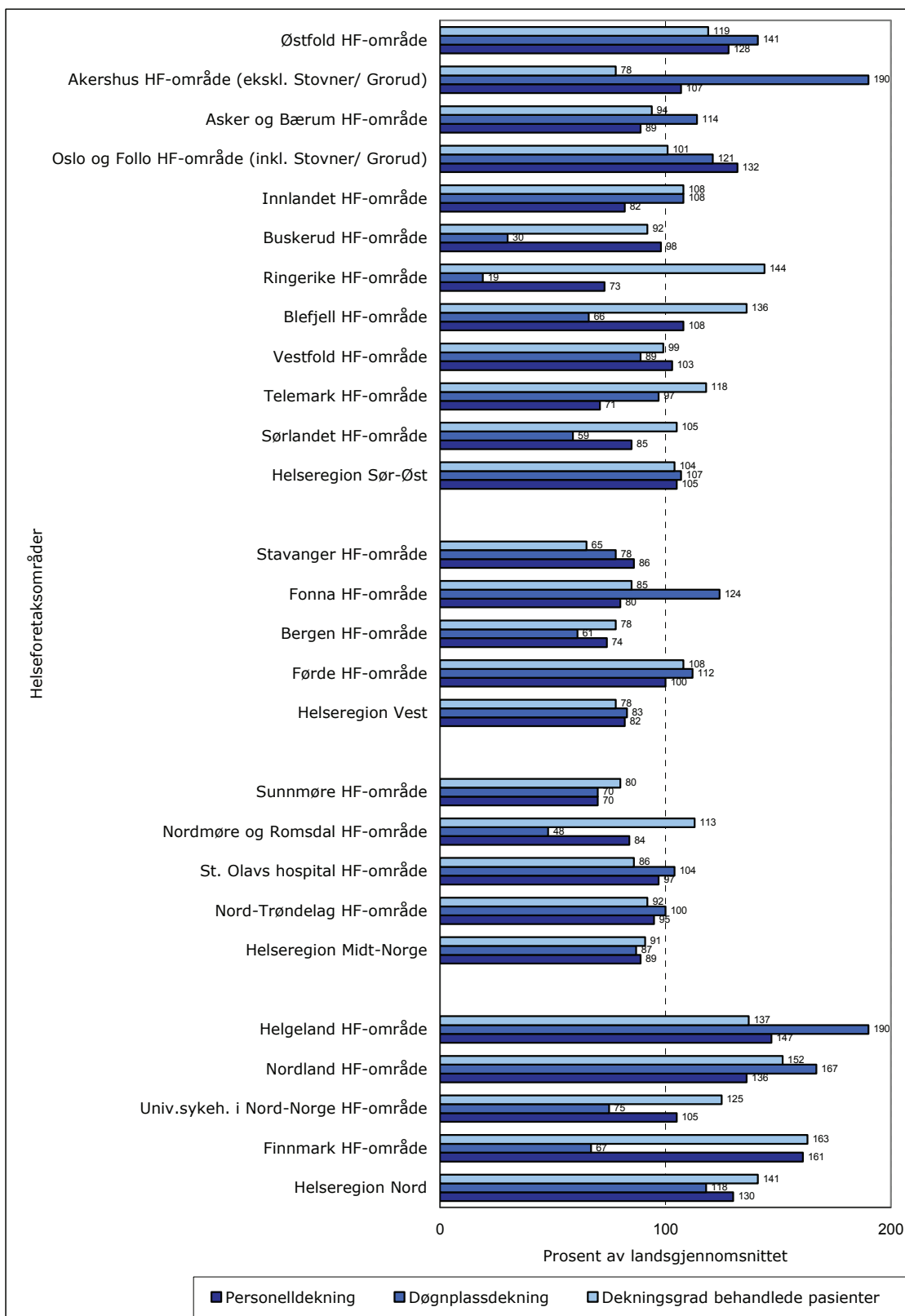
#### 8.4.3 Sammenstilling av indikatorer i det psykiske helsevernet for barn og unge

Tabell 8.2 presenterer ressurs- og forbruksrater etter pasientens bostedsregion og helseforetaksområde innen det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007, og figur 8.2 viser ratene for de ulike helseforetaksområdene i prosent av landsgjennomsnittet når det gjelder personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad for behandlede pasienter under 18 år. Da det er små differanser i forbruksratene mellom polikliniske pasienter og pasienter totalt, er dekningsgrad for polikliniske pasienter utelatt i figur 8.2.

Tabell 8.2 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helse-region. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og døgnplasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år. 2007

Bostedsregion / HF-område	Ressursinnsats		Behandlede pasienter	
	Årsverk per 10 000 innb 0-17 år	Plasser per 10 000 innb. 0-17 år	Polikliniske pasienter per 100 innb 0-17 år	Pasienter totalt per 100 innb. 0-17 år
Østfold HF-område	42,9	4,3	5,0	5,4
Akershus HF-område	35,9	5,8	3,4	3,5
Asker og Bærum HF-område	29,8	3,5	4,1	4,2
Oslo og Follo HF-område	44,4	3,7	4,4	4,5
Innlandet HF-område	27,6	3,3	4,8	4,8
Buskerud HF-område	32,9	0,9	4,1	4,1
Ringerike HF-område	24,5	0,6	6,5	6,5
Blefjell HF-område	36,2	2,0	6,1	6,1
Vestfold HF-område	34,5	2,7	4,5	4,5
Telemark HF-område	23,9	2,9	5,3	5,3
Sørlandet HF-område	28,4	1,8	4,7	4,7
Helseregion Sør-Øst	35,2	3,3	4,6	4,7
Stavanger HF-område	28,7	2,4	2,9	2,9
Fonna HF-område	26,8	3,8	3,8	3,8
Bergen HF-område	24,7	1,9	3,4	3,5
Førde HF-område	33,4	3,4	4,8	4,8
Helseregion Vest	27,4	2,5	3,4	3,5
Sunnmøre HF-område	23,4	2,1	3,4	3,6
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	28,2	1,5	5,0	5,1
St. Olavs Hospital HF-område	32,5	3,2	3,8	3,9
Nord-Trøndelag HF-område	31,7	3,0	4,1	4,1
Helseregion Midt-Norge	29,7	2,6	4,0	4,1
Helgeland HF-område	49,1	5,8	6,1	6,2
Nordland HF-område	45,5	5,1	6,8	6,8
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	35,2	2,3	5,5	5,6
Finnmark HF-område	53,9	2,0	7,1	7,3
Helseregion Nord	43,4	3,6	6,2	6,3
Totalt	33,5	3,0	4,4	4,5

Datakilde: NPR og SSB



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.2 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år, i prosent av landsgjennomsnittet. 2007

Barn og unges behandlingstilbud og tilgjengelighet til det psykiske helsevernet preges fortsatt i stor grad av ulikhet, både i omfang og sammensetning. Dette tiltross for at det har vært en utjevning både på landsbasis og innen et flertall av regionene i løpet av de siste årene (Pedersen, 2007).

En sammenstilling av ressurs- og forbruksrater som er gjort i tabell 8.1 og figur 8.2 synliggjør regionenes og helseforetakenes ulike profiler med hensyn til behandlingstilbud til befolkningen i opptaksområdene. Forskjellene er større mellom helseforetaksområder enn mellom helseregioner når det gjelder ressursinnsats (døgnplassdekning,  $CV=0,47$  og personelldekning ( $CV=0,25$ ), mens forskjellene i tilgjengelighet (dekningsgrad for behandlede pasienter, ( $CV=0,26$ ) er noe større mellom regioner enn HF-områder (tabell 8.7 i vedlegg).

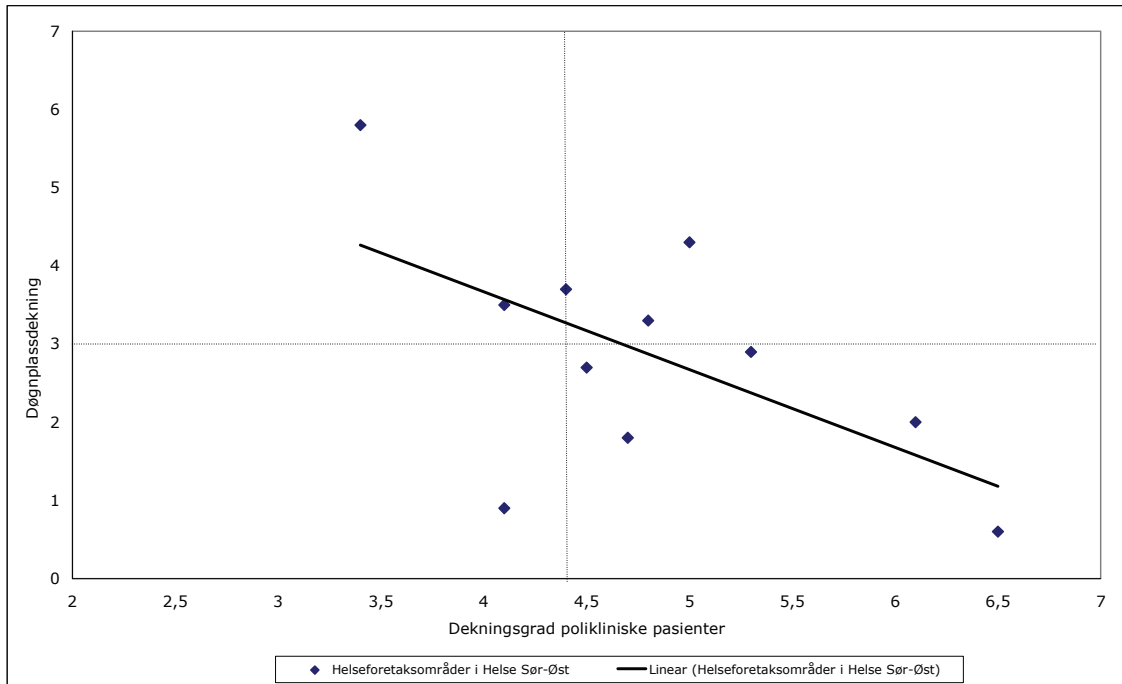
## Helseregion Sør-Øst

Helseregion Sør-Øst preges av relativt høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene, samtidig er det relativt stor variasjon i behandlingstilbudet til befolkningen i de ulike opptaksområdene.

Man ser et klart skille mellom helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst og helseregion Sør i forhold til bruk av døgnbaserte versus polikliniske tjenester. Mens samtlige helseforetaksområder i gamle helseregion Øst har en døgnplassdekning over landsgjennomsnittet, har alle HF-områder i tidligere helseregion Sør døgnplassrater under gjennomsnittet for landet. Helseregion Sør-Øst har faktisk den største forskjellen i døgnplassdekning mellom sine HF-områder blant regionene ( $CV=0,53$ , tabell 8.7). Det samme gjelder personelldekningen ( $CV=0,21$ ). Helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør ser i større grad ut til å vektlegge poliklinisk behandling. I samtlige HF-områder er den polikliniske dekningsgraden lik dekningsgrad for alle behandlede pasienter. Forskjellene mellom HF-områdene i poliklinisk dekningsgrad innad i helseregion Sør-Øst er nest størst blant regionene ( $CV=0,19$ , tabell 8.7).

Til tross for at det ikke er en signifikant korrelasjon mellom døgnplassdekning og poliklinisk dekningsgrad når man ser landet under ett (tabell 8.1), ser det innad i helseregion Sør-Øst ut til å være en klar tendens (Pearsons  $r=-0,59$ ,  $p=0,056$ ). Fem av seks helseforetaksområder i tidligere Helse Sør har parallelt med lav døgnplasskapasitet, dekningsgrad på eller over landsgjennomsnittet for behandlede pasienter. Ringerike foretaksområde har eksempelvis svært lav døgnplassdekning (0,6 plasser per 10 000 innbyggere, 19 prosent av landsgjennomsnittet), samtidig mottar 6,5 prosent av befolkningen i foretaksområde behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette utgjør regionens høyeste dekningsgrad for behandlede pasienter, 44 prosent over landsgjennomsnittet. Motsatt har Akershus foretaksområde regionens og landets høyeste døgnplassdekning, og regionens laveste dekningsgrad for behandlede pasienter. Det er imidlertid ikke noe en-til-en-forhold, alle HF-områder har både døgn- og polikliniske behandlingstilbud til sin befolkning, men sammensetningen av tilbudet ser ut til å være ulik.

Figur 8.3 illustrer sammenhengen mellom døgnplassdekning i helseforetaksområdene i helseregion Sør-Øst og dekningsgraden for behandlede polikliniske pasienter. I figuren er landsgjennomsnittet for døgnplassdekning og dekningsgrad for polikliniske pasienter markert med en vertikal og en horisontal stiplede linje.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.3 Døgnplassdekning og dekningsgrad for polikliniske pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge i helseforetaksområder i Helse Sør-Øst, 2007

Figuren viser en klar nedadgående tendens der helseforetaksområder med høy døgnplassdekning har lavere dekningsgrad for polikliniske pasienter, enn HF-områder med lavere dekning av døgnplasser. HF-området i nederste venstre kvadrant (Buskerud HF-område) er et unntak, med lav døgnplassdekning og relativt lav dekningsgrad for polikliniske pasienter.

Oppsummert har helseregion Sør-Øst relativt høy ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene, målt i behandlede pasienter. Syv av 11 helseforetaksområder gir et behandlingstilbud til mer enn 4,5 prosent av befolkningen i opptaksområdene. Tall for regionen samlet (tabell 8.2 og 8.5) viser at samtlige indikatorer har verdier over gjennomsnittet for landet. Internt i helseregionen ser det ut til at høy dekningsgrad er relativt enklere å oppnå i HF-områdene hvor poliklinisk behandling er prioritert, enn i helseforetaksområder hvor døgnbehandling er mer vektlagt, og her går det et skille mellom tidligere HF-områder i helseregionene Øst og Sør.

## Helseregion Vest

Helseregion Vest preges 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 er det klare forskjeller i både ressursinnsats og tilgjengelighet mellom HF-områdene. I likhet med de andre regionene, er forskjellene størst når det gjelder døgnplassdekning ( $CV=0,31$ , tabell 8.7), regionen har imidlertid den laveste variasjonen for denne indikatoren blant regionene. Forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene (målt behandlede pasienter) mellom HF-områdene i helseregion Vest, er derimot større enn innad i de andre regionene ( $CV=0,21$ ).

Førde helseforetaksområde skiller seg ut fra de andre HF-områdene i regionen med relativt høy ressursinnsats og bruk av tjenester. Mens døgnplassdekningen er 12 prosent over gjennomsnittet for landet, ligger dekningsgraden for behandlede pasienter åtte prosent over. Personelldekningen er lik landsgjennomsnittet. Dette viser at foretaksområdet både har

større ressurstilgang og tilgjengelighet til tjenester i det psykiske helsevernet for sin befolkning enn de øvrige foretaksområdene i helseregion Vest.

Ett foretaksområde i helseregion Vest har imidlertid bedre tilgjengelighet til døgnbaserte tjenester. Fonna HF-område har en døgnplassdekning på 124 prosent av landsgjennomsnittet. Mens dette foretaksområdet har vektlagt døgnbehandlingen i sitt tilbud til barn og unge, har Bergen helseforetaksområde derimot den laveste døgnplassdekningen, med en dekning tilsvarende 61 prosent av landsgjennomsnittet. Foretaksområdet har også lavest personellinnsats i regionen og relativt lavt poliklinisk forbruk. Stavanger HF-område ligger lavest av foretaksområdene når det gjelder behandlede pasienter i forhold til innbyggertallet.

Oppsummert preges helseregion Vest av relativt lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene, målt i behandlede pasienter. Tall for regionen samlet (tabell 8.2 og 8.6) viser at samtlige indikatorer har verdier under gjennomsnittet for landet. Forskjellene i tilgjengelighet til tjenestene mellom HF-områdene innad i helseregion Vest er imidlertid større enn for de andre regionene. To HF-områder har høy døgnplassdekning, det ene har dekningsgrad for behandlede pasienter over landsgjennomsnittet, det andre under snittet. De øvrige har både lavere ressursinnsats og dekningsgrad. I denne regionen ser vi derfor ingen sammenheng mellom døgnplassdekning og dekningsgrad for polikliniske pasienter, og ingen av HF-områdene har nådd målet om behandlingstilbud til fem prosent av befolkningen.

## Helse Midt-Norge

Helseregion Midt-Norge har i likhet med helseregion Vest relativt lav ressursinnsats og tilgjengelighet til tjenestene i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tall for regionen samlet er under landsgjennomsnittet for samtlige indikatorer, men er noe høyere enn for Helse Vest.

I likhet med de øvrige regionene er forskjellene mellom foretaksområdene i helseregion Midt-Norge størst når det gjelder ressursinnsatsen i form av antall døgnplasser (CV=0,32, tabell 8.7). For de øvrige indikatorene er forskjellene mindre, noe som utgjør de nest laveste variasjonene mellom HF-områdene blant regionene (CV er mellom 0,14 til 0,17).

Internt i regionen er det Nordmøre og Romsdals helseforetaksområde som skiller seg ut med en den klareste tilbudsprofilen. Dette HF-området ser ut til å prioritere poliklinisk behandling sterkt, og har en dekningsgrad på over fem prosent, 13 prosent over landsgjennomsnittet. Døgnbehandlingstilbudet er av mindre omfang, og plassdekningen utgjør under halvparten av landsgjennomsnittet.

St. Olavs Hospital foretaksområde har den høyeste døgnplassdekningen i regionen (104 prosent over landsgjennomsnittet), men også Nord-Trøndelag HF-område ligger på landsgjennomsnittet. I begge foretaksområder behandles færre pasienter enn gjennomsnittet for landet. Sunnmøre HF-område har laveste dekningsgrad for behandlede pasienter, men også lav døgnplassdekning og laveste personelldekning i regionen. I likhet med helseregion Sør-Øst ser vi en tendens til negativ samvariasjon mellom døgnplassdekning og dekningsgrad for behandlede pasienter.

Oppsummert har helseregion Midt-Norge relativt lave rater både når det gjelder ressursinnsats og forbruk av tjenester, alle under gjennomsnittet for landet. Forskjellene mellom HF-områdene når det gjelder døgnplassdekning er i størrelsesorden en til to (CV=0,32), mens forskjellene i tilgjengelighet målt i behandlede pasienter er mindre (CV=0,16). Et HF-område har en klar poliklinisk profil, parallelt med lav døgnplassdekning. Dette er det eneste helseforetaksområde i helseregion Midt-Norge som gir et behandlingstilbud til over fem prosent av befolkningen i sitt opptaksområde.

## Helseregion Nord

Samtlige helseforetaksområder i regionen har personelldekning og dekningsgrad for behandlede pasienter godt over gjennomsnittet for landet. Det er små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene i de ulike foretaksområdene, målt i behandlede pasienter (CV=0,11, tabell 8.6). Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom foretaksområdene når det gjelder døgnplassdekning (CV=0,51).

Innad i helseregion Nord ser foretaksområdene ut til å ha ulike tilbudsprofiler. Mens Helgeland og Nordland HF-områder har høy dekning når det gjelder døgnplasser (190 og 167 prosent av landsgjennomsnittet), har Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmark HF-område dekning godt under gjennomsnittet for landet. Sistnevnte foretaksområder har i større grad vektlagt poliklinisk behandling, og Finnmark HF-område har regionens høyeste personelldekning, samt dekningsgrad for behandlede pasienter med verdier over 160 prosent av landsgjennomsnittet.

Hf-områdene Helgeland og Nordland har imidlertid god kapasitet både innen poliklinisk og døgnbasert virksomhet. Begge foretak har høye rater for polikliniske pasienter (6,1 og 6,6 prosent) parallelt med høy personell- og døgnplassdekning.

I helseregion Nord er det ingen sammenheng mellom døgnplassdekning og dekningsgrad for behandlede pasienter, man når femprosent målet i alle HF-områder med ulike kombinasjoner av døgnbaserte og polikliniske tilbud.

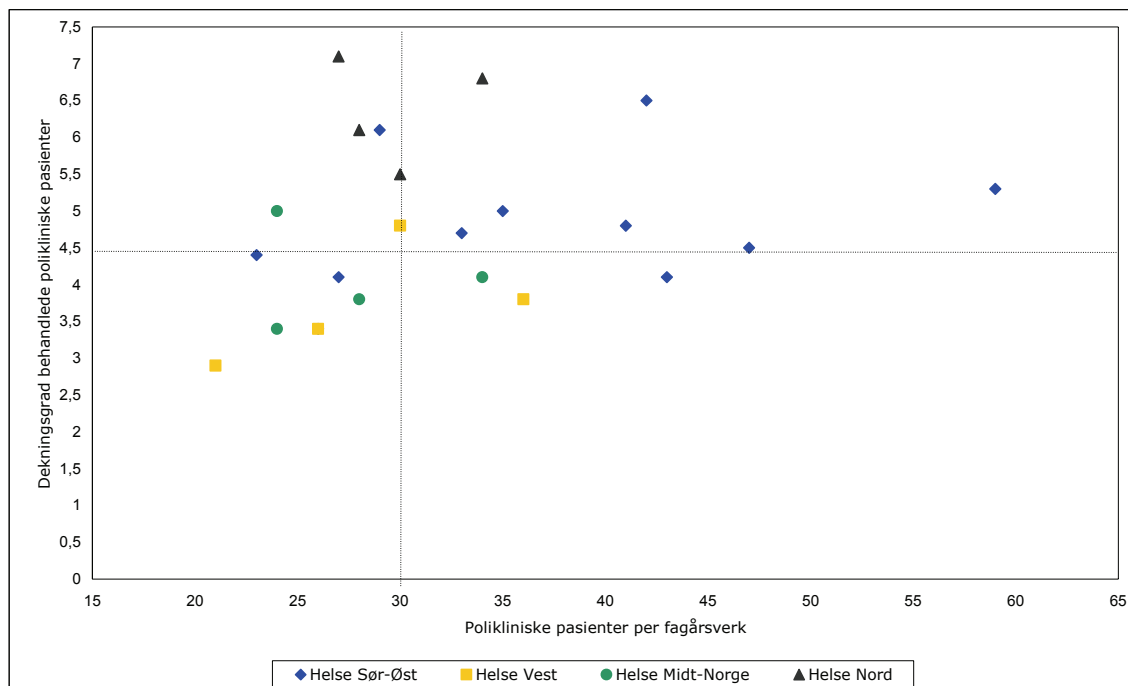
Oppsummert ser vi at helseregion Nord i likhet med tidligere år topper regiontallene når det gjelder ressurs- og forbrukstall i det psykiske helsevernet for barn og unge også i 2007. Med en personelldekning 30 prosent over landsgjennomsnittet og en døgnplassdekning 18 prosent over gjennomsnittet, gis over seks prosent av alle barn og unge i regionen et behandlingstilbud. Dette tilsvarer 141 prosent av landsgjennomsnittet for behandlede pasienter. Helseforetaksområdene har god tilgjengelighet til tjenestene, men har ulike profiler i sitt behandlingstilbud. Mens to foretaksområder har prioritert poliklinisk virksomhet i størst grad, har to foretaksområder vektlagt både høy tilgjengelighet til døgn tjenester samt polikliniske tjenester. Alle HF-områder tilbyr tjenester til over fem prosent av befolkningen i 2007.

### 8.4.4 Dekningsgrad og produktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge

I figur 8.4 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 poliklinisk dekningsgrad og produktivitetsindikatoren markert med en henholdsvis vertikal og horisontal stiptet linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med følgende kjennetegn:

- Kvadranten øverst til høyre viser høy produktivitet og dekningsgrad for behandlede polikliniske 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 8.4 Dekningsgrad for polikliniske pasienter og produktivitet (polikliniske pasienter per fagårsverk). Helseforetaksområder i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2007

Figuren viser en svak positiv, men ikke signifikant samvariasjon mellom produktivitet i helseforetakene og omfanget av behandlede pasienter i foretaksområdene (Pearsons  $r = ,24$ ). 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. Eksempelvis har Stavanger helseforetak både laveste produktivitet og laveste dekningsgrad for polikliniske pasienter i sitt opptaksområde, mens Ringerike helseforetak både kan skilte med høy produktivitet og dekningsgrad i opptaksområde. Sistnevnte helseforetaksområde kan forøvrig kjennetegnes med landets laveste døgnplasskapasitet.

Samtidig ser vi at en del foretak ligger utenfor denne aksen, spesielt finner vi flere foretak i øverste venstre kvadrant, dvs. lav produktivitet og høy dekningsgrad sett i forhold til landsgjennomsnittet. Av de fire aktuelle helseforetakene kjennetegnes tre av disse med høy poliklinisk aktivitet og lav døgnplasskapasitet. Kun ett av foretaksområdene, Helgeland HF-område, har både høy kapasitet når det gjelder døg- og poliklinisk behandling. Nederste høyre kvadrant viser tre foretak med relativt høy produktivitet og dekningsgrad under landsgjennomsnittet i opptaksområdene. To av disse har døgncapasitet på og over landsgjennomsnittet, mens det tredje har lav kapasitet når det gjelder døgnplasser.

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

Oppsummert er det til tross for en positiv samvariasjon, ingen signifikant sammenheng mellom produktivitet og dekningsgrad for polikliniske pasienter. HF-områder med høy dekning og lav produktivitet bryter med dette mønstret. Disse HF-områdene ser ut til å kompensere med sterkt poliklinisk fokus i behandlingstilbudet og oppnår på den måten høy dekningsgrad uten høy produktivitet. To av tre HF-områder med høy produktivitet og dekningsgrad under gjennomsnittet har relativt høy døgnplasskapasitet.



## 8.5 Helseforetaksområder i det psykisk helsevernet for voksne

Forskjeller i ressurs- og forbruksrater har i hele opptrappingsperioden vært mindre i det psykiske helsevernet for voksne enn i tjenestene til barn og unge. Innen tjenestene til voksne har forskjeller i ressursinnsats holdt seg stabile på landsbasis i perioden 2003-2006. Oppholdsdøgn- og konsultasjonsraten var også uforandret i perioden, mens forskjellene i tilgjengelighet målt i døgnopphold gikk ned på landsbasis (Pedersen, 2007).

I denne delen av kapitlet vil vi undersøke hvordan situasjonen er i 2007, samt å kartlegge om forskjeller i innsats og tilgjengelighet synliggjør ulike ressurs- og forbruksprofiler blant helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet for voksne.

I dette avsnittet presenteres først en korrelasjonsmatrise for de utvalgte ressurs- og forbruksindikatorerne (tabell 8.3). Deretter gis en grafisk framstilling av forholdet mellom personelldekning og døgnrater i figur 8.5. Dekningsgrad for de ulike indikatorerne presenteres i tabell 8.4, og ratene i prosent av landsgjennomsnittet i tabell 8.5. En visuell framstilling av ressurs- og forbruksrater i prosent av landsgjennomsnittet presenteres i figur 8.6 og 8.7. Etter en analyse av foretaksområdene i hver helseregion, omtales forholdet mellom kapasitetsutnyttning (beleggsprosent) og døgnplassdekning i døgninstitusjoner.

### 8.5.1 Samvariasjon – ressurs- og forbruksindikatorer i det psykiske helsevernet for voksne

I tabell 8.3 presenteres en korrelasjonsmatrise hvor de ulike utvalgte ressurs- og forbruksindikatorerne for helseforetaksområdene inngår.

Tabell 8.3 Korrelasjonsmatrise (Perasons r) mellom ressurs- og forbruksrater. Personelldekning, døgnplassdekning, døgnoppholdsrater, utskrivningsrater, døgnrater, polikliniske konsultasjonsrater samt gjennomsnittlig varighet av døgnopphold. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. 2007

	Personell- dekning	Døgnplass- dekning	Døgnopp- holdsrate	Utskrivings- rater	Døgnrater	Konsulta- sjonsrater	Gjennom- snittlig varighet
Personelldekning	1	0,831**	0,621**	0,578**	0,748**	-0,107	0,064
Døgnplassdekning	0,831**	1	0,653**	0,600**	0,872**	-0,162	0,148
Døgnoppholdsrater	0,621**	0,653**	1	0,997**	0,422*	-0,108	-0,570**
Utskrivningsrater	0,578**	0,600**	0,997**	1	0,359	-0,082	-0,626**
Døgnrater	0,748**	0,872**	0,422*	0,359	1	-0,327	0,461*
Polikliniske konsultasjonsrater	-0,107	-0,162	-0,108	-0,082	-0,327	1	-0,210
Gjennomsnittlig varighet opphold	0,064	0,148	-0,57**	-0,626**	0,461*	-0,210	1

N=23

Datakilde: NPR og SSB

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

Tabell 8.3 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 døgnplassdekning har signifikant høyere personelldekning, døgnopphold, utskrivninger samt døgnrater per innbyggere enn HF-områder med lav døgnplassdekning.
- HF-områder med høy døgnoppholdsrate har signifikant høyere personelldekning, døgnplassdekning og antall utskrivninger og døgn per innbyggere, samt opphold av kortere varighet enn HF-områder med færre opphold.
- HF-områder med høy utskrivningsrate har signifikant høyere personelldekning, døgnplassdekning og oppholdsrate, samt opphold av kortere varighet enn helseforetaksområder med lavere utskrivningsrate.
- HF-områder med høye døgnrater har signifikant høyere personelldekning, døgnplassdekning, døgnoppholdsrate samt opphold av lengre varighet enn HF-områder med lave døgnrater.
- Konsultasjonsrate er ikke signifikant korrelert med noen av de øvrige indikatorer.
- HF-områder med høy gjennomsnittlig varighet for døgnopphold har signifikant lavere oppholdsrate, utskrivningsrate, samt høyere døgnrater enn HF-områder med lavere varighet på døgnopphold.

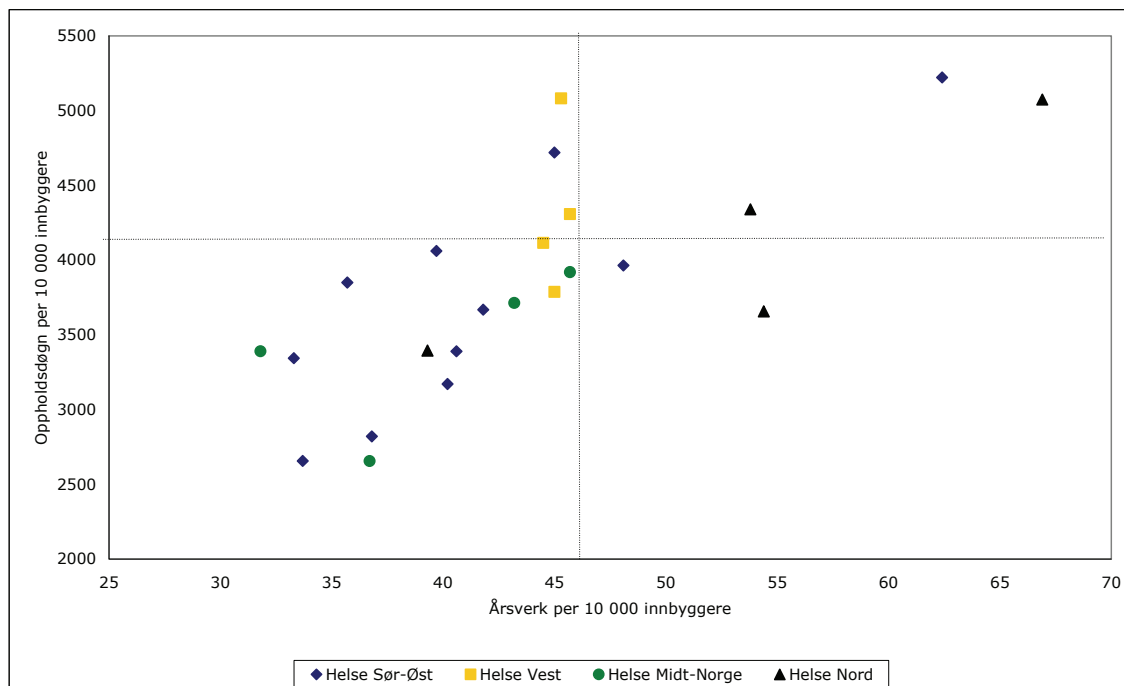
### 8.5.2 Personelldekning og døgnrater i det psykiske helsevernet for voksne

Tabell 8.3 viste at det er en signifikant sammenheng mellom personelldekning og døgnrater i det psykiske helsevernet for voksne (Pearsons  $r=0,74$ ). I figur 8.5 presenteres denne sammenhengens grafisk. Langs x-aksen vises antall årsverk per 10 000 innbyggere og langs y-aksen antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere. De ulike helseforetaksområdenes regiontilhørighet er markert med ulike symboler og farger.

I figuren er landsgjennomsnittet for personelldekning og døgnraten markert med en vertikal og en horisontal stiplede linje. Linjene for gjennomsnittstallene danner fire kvadranter med ulike kjennetegn:

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

Figur 8.5 illustrer den positive sammenheng mellom helseforetaksområdenes personelldekning og antall oppholdsdøgn per innbyggere. Helseforetaksområder med høy personelldekning har en tendens til å ha høyere døgnrate enn HF-områder med lav årsverksinnsats. Eksempelvis har Ringerike HF-område lav personelldekning og lav døgnrate, mens Finnmark foretaksområde har høye rater for begge indikatorer. Samtidig ser vi at enkelte foretaksområder ligger utenfor denne aksens.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.5 Personelldekning (x-aksen) og oppholdsdøgnrate (y-aksen) i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområder. 2007

Et stort flertall av foretaksområdene ligger i nedre venstre kvadrant med personelldekning og døgnrater under landsgjennomsnittet (15 av 23 foretaksområder). Blant disse foretaksområdene kan mulige ressursprofiler enten være lav døgnplassdekning eller lav beleggsprosent.

Kun tre foretaksområder er lokalisert i øvre høyre kvadrant med både høy personelldekning og høye døgnrater. For disse foretaksområdene vil forbruksprofilene trolig være preget av høyt forbruk av døgnbaserte behandlingstilbud, enten med mange og/eller lange døgnopphold, gjerne i kombinasjon med lett tilgjengelighet til polikliniske tilbud.

I de øvrige to kvadrantene er det totalt fem foretaksområder. Hf-områder med høy personelldekning og lav døgnrate, kan ha behandlingstilbud med vekt på polikliniske tilbud og/eller lav døgnplassdekning eller lav beleggsprosent. Motsatt vil HF-områder med lav personelldekning og høye døgnrater trolig ha lange eller mange opphold i døgninstitusjon med relativt lav bemanning.

Ut fra figur 8.5 kan vi ikke si mer eksakt om hvilken type døgnopphold (mange korte eller flere lange opphold) eller forbruksprofil som karakteriserer de enkelte foretaksområder, vi må da sette indikatorene i relasjon til antall opphold/utskrivninger og polikliniske konsultasjoner. Dette vil bli gjort i neste avsnitt.

### 8.5.3 Sammenstilling av ressurs- og forbruksindikatorer i det psykiske helsevernet for voksne

Tabell 8.4 presenterer ressurs- og forbruksrater etter pasientens bostedsregion og helseforetaksområde innen det psykiske helsevernet for voksne i 2007, og tabell 8.5 viser hvordan de ulike helseforetaksområdene skiller seg fra landsgjennomsnittet når det gjelder personelldekning, døgnplassdekning og forbruksrater. Figur 8.6 og 8.7 illustrerer ratene i prosent av landsgjennomsnittet for henholdsvis personelldekning og oppholdsdøgn, samt døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Da det er små differanser i de relative forbruks-

ratene mellom døgnopphold og utskrivninger, samt døgn og døgnplasser er utskrivninger og døgnplasser utelatt i figur 8.6 og 8.7.

Tabell 8.4 Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre. 2007

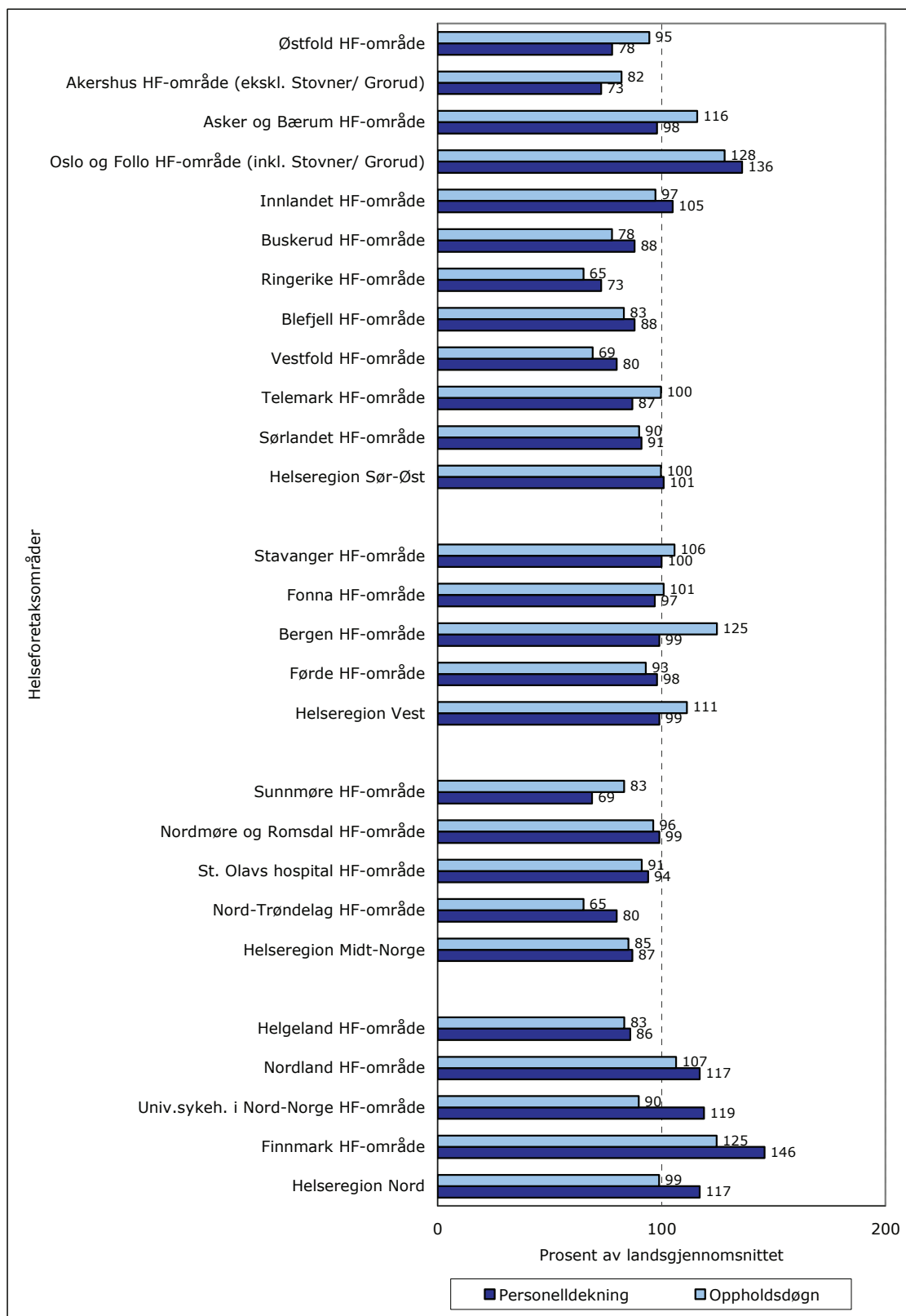
Bostedsregion/ HF-område	Årsverk per 10 000 innb.	Plasser per 10 000 innb.	Døgnopp- hold per 10 000 innb.	Utskriv- inger per 10 000 innb.	Døgn per 10 000 innb.	Konsulta- sjoner per 10 000 innb.
Østfold HF-område	35,7	11,6	144	135	3 849	1 516
Akershus HF-område	33,3	9,9	101	93	3 344	2 401
Asker og Bærum HF- område	45,0	13,9	101	86	4 719	2 226
Oslo og Follo HF-område	62,4	16,2	143	129	5 222	3 033
Innlandet HF-område	48,1	12,9	123	112	3 964	2 040
Buskerud HF-område	40,2	10,1	118	110	3 171	2 539
Ringerike HF-område	33,7	9,9	98	91	2 656	3 444
Blefjell HF-område	40,6	12,0	126	119	3 389	2 823
Vestfold HF-område	36,8	10,4	122	115	2 820	3 614
Telemark HF-område	39,7	13,3	124	114	4 061	4 701
Sørlandet HF-område	41,8	13,0	195	185	3 668	2 635
Helseregion Sør-Øst	46,2	13,0	134	123	4 064	2 704
Stavanger HF-område	45,7	14,3	154	142	4 307	3 156
Fonna HF-område	44,5	14,3	162	151	4 114	2 775
Bergen HF-område	45,3	14,0	143	129	5 081	1 648
Førde HF-område	45,0	12,6	121	111	3 787	2 273
Helseregion Vest	45,2	14,0	147	135	4 533	2 381
Sunnmøre HF-område	31,8	11,9	158	151	3 390	2 539
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	45,7	11,7	155	148	3 919	3 526
St. Olavs Hospital HF- område	43,2	12,2	135	125	3 713	3 212
Nord-Trøndelag HF- område	36,7	11,0	128	121	2 655	3 337
Helseregion Midt-Norge	40,1	11,8	141	133	3 472	3 156
Helgeland HF-område	39,3	11,3	106	98	3 394	3 168
Nordland HF-område	53,8	13,8	156	144	4 339	2 447
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	54,4	12,1	191	182	3 657	3 169
Finnmark HF-område	66,9	18,8	247	231	5 074	2 446
Helseregion Nord	53,7	13,5	177	165	4 030	2 863
Totalt	45,9	13,1	142	131	4 073	2 717

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 8.5 Personellinnsats, døgnplasser og bruk av tjenester etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre i prosent av nivået på landsbasis. 2007

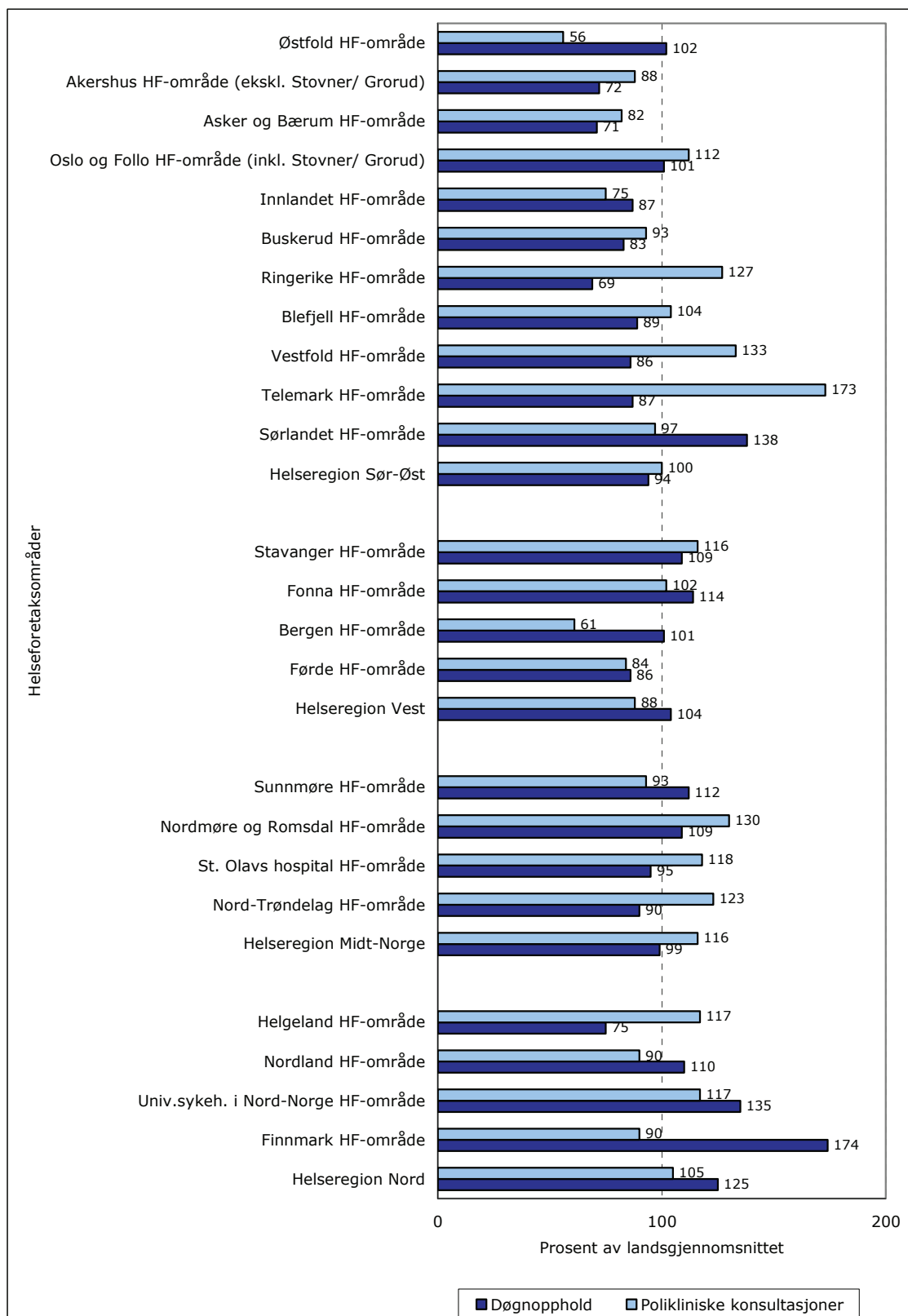
	Årsverk i prosent av landsgj.sn.	Plasser i prosent av landsgj.sn.	Døgnopph. i prosent av landsgj.sn.	Utskrivinger i prosent av landsgj.sn.	Døgn i prosent av landsgj.sn.	Konsultasjoner i prosent av landsgj.sn.
Østfold HF-område	78	88	102	103	95	56
Akershus HF-område	73	76	72	71	82	88
Asker og Bærum HF-omr.	98	106	71	66	116	82
Oslo og Follo HF-område	136	124	101	99	128	112
Innlandet HF-område	105	99	87	85	97	75
Buskerud HF-område	88	77	83	84	78	93
Ringerike HF-område	73	75	69	69	65	127
Blefjell HF-område	88	92	89	91	83	104
Vestfold HF-område	80	79	86	87	69	133
Telemark HF-område	87	101	87	87	100	173
Sørlandet HF-område	91	99	138	142	90	97
Helseregion Sør-Øst	101	99	94	94	100	100
Stavanger HF-område	100	109	109	109	106	116
Fonna HF-område	97	109	114	115	101	102
Bergen HF-område	99	107	101	99	125	61
Førde HF-område	98	96	86	85	93	84
Helseregion Vest	99	107	104	103	111	88
Sunnmøre HF-område	69	90	112	115	83	93
Nordmøre og Romsdal HF-område	99	89	109	113	96	130
St. Olavs Hospital HF-omr	94	93	95	96	91	118
Nord-Trøndelag HF-omr.	80	84	90	92	65	123
Helseregion Midt-Norge	87	90	99	102	85	116
Helgeland HF-område	86	86	75	75	83	117
Nordland HF-område	117	106	110	110	107	90
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	119	92	135	139	90	117
Finnmark HF-område	146	143	174	176	125	90
Helseregion Nord	117	103	125	126	99	105
Totalt	100	100	100	100	100	100

Datakilde: NPR og SSB



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.6 Personellinnsats og oppholdsdøgn etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2007



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.7 Døgnopphold og polikliniske konsultasjoner etter helseforetaksområde. Det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år i prosent av landsgjennomsnittet, 2007

Befolkningens tilgjengelighet til det psykiske helsevernet kan både være forskjellig og av ulik karakter avhengig av bosted. En sammenstilling av ressurs- og forbruksrater i helseforetaksområdene synliggjør helseregionenes og helseforetakenes ulike profiler med hensyn til behandlingstilbud til befolkningen i opptaksområdene.

Tabell 8.4 og 8.5 viser at det i 2007 fortsatt er variasjoner både mellom regioner og helseforetaksområder når det gjelder ressursinnsats og forbruk av tjenester. Forskjellene er gjennomgående større mellom helseforetaksområder enn mellom helseregioner for alle utvalgte indikatorer (tabell 8.8). Dette betyr at tall på regionnivå dekker over betydelige forskjeller mellom foretaksområdene internt i helseregionene. Mellom HF-områdene er forskjellene størst i tallet på utskrivninger i døgninstitusjoner ( $CV = 0,26$ ), noe som indikerer ulike profiler i det døgnbaserte tjenestetilbudet. Forskjellene i den polikliniske konsultasjonsraten er imidlertid nesten i samme størrelsesorden ( $CV = 0,25$ ), og viser at tilgjengeligheten til det polikliniske behandlingstilbudet også varierer mellom foretaksområdene.

## Helseregion Sør-Øst

Helseregion Sør-Øst preges av helseforetaksområder med flere ulike ressurs- og forbruksprofiler. Figur 8.6 og 8.7 illustrerer stor variasjon i dekning og forbruksrater mellom foretaksområdene, og tabell 8.8 viser at forskjellene mellom HF-områder innad i regionen er størst for polikliniske forbruksrater ( $CV = 0,31$ , tabell 8.8). Det er også relativt stor variasjon i mellom helseforetaksområdene i oppholds- og utskrivningsrater ( $CV = 0,22$ ,  $CV = 0,23$ ) i døgninstitusjoner, samt i antall oppholdsdøgn ( $CV = 0,21$ ) og dekning av personell ( $CV = 0,20$ ). Kun helseregion Nord har større forskjeller mellom sine helseforetaksområder i personell- og døgnplassdekning og i oppholds- og utskrivningsrater.

Oslo og Follo helseforetaksområde har regionens største kapasitet i form av høye rater for personellinnsats og døgnplasser. I kombinasjon med en høy døgnrate og gjennomsnittlige oppholds- og utskrivningsrater, indikerer dette relativt lange behandlingsopphold i døgninstitusjonene. Befolkningen i HF-området mottar også poliklinisk behandling i et større omfang enn gjennomsnittet for landet.

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 ligger under landsgjennomsnittet for disse foretakene.

Motsatt har Sørlandet helseforetaksområde svært høye oppholds- og utskrivningsrater (38 og 42 prosent over landsgjennomsnittet), parallelt med ressursinnsats og døgnrater under landsgjennomsnittet. Behandlingstilbudet for befolkningen i dette foretaksområde er preget av flere og kortere døgnopphold enn i foretaksområder i resten av regionen, parallelt med at det polikliniske forbruket er under landsgjennomsnittet.

For de øvrige helseforetaksområdene i tidligere helseregion Sør ser vi samme tendens når det gjelder bruk av døgn tjenester, dvs. relativt korte døgnopphold. Disse foretaksområdene preges imidlertid av langt høyere polikliniske forbruksrater. Befolkningen i Ringerike, Blefjell, Vestfold og Telemark helseforetaksområder har konsultasjonsrater over landsgjennomsnittet (mellom 104-173 prosent av gjennomsnittet). Buskerud foretaksområde har også relativt høyere rater for poliklinisk behandling enn forbruksrater for døgnbaserte tjenester. Ressursinnsatsen i disse foretakene er alle under landsgjennomsnittet, med unntak for Telemark foretaksområde hvor døgnplassdekningen tilsvarer gjennomsnittet for landet.

Oppsummert preges regionen av helseforetaksområder med ulike ressurs- og forbruksprofiler; HF-områdene i tidligere Helse Øst tenderer til å ha høyere ressursdekning, lengre døgnopphold og lavere polikliniske rater enn helseforetaksområder i tidligere helseregion Sør. Til tross for gjennomsnittlige konsultasjonsrater for helseregionen samlet, er det store forskjeller i tilgjengelighet mellom foretaksområdene målt i polikliniske forbruksrater. Det er også betydelige forskjeller i tilgjengeligheten målt i antall døgnopphold. Tall for helseregionen viser oppholds- og utskrivningsrater under landsgjennomsnittet, samt gjennom-



snittlige rater for ressursinnsats (personell og døgnplasser) og oppholdsdøgn. Dette indikerer at helseregionen relativt sett har færre og lengre døgnopphold enn gjennomsnittet for landet.

## Helseregion Vest

Innad i helseregion Vest ser det ut til å være mindre forskjeller mellom helseforetaksområdene både når det gjelder ressursinnsats og forbruksrater, sammenliknet med Helse Sør-Øst. Tabell 8.8 viser at forskjellene mellom HF-områdene innad i Helse Vest er størst for polikliniske konsultasjonsrater (CV=0,26), mens forskjellene i personell- og døgnplassdekning er svært lav (CV=0,01 og CV=0,06).

Med unntak for Førde HF-område, har alle foretaksområder i regionen døgnplassdekning og døgnrater over gjennomsnittet for landet. Samtlige foretaksområder har personelldekning på eller opp mot landsgjennomsnittet (fra 97 til 100 prosent av landsgjennomsnittet).

Høye døgnrater i kombinasjon med gjennomsnittlige oppholds- og utskrivningsrater i Bergen foretaksområde (125 prosent av landsgjennomsnittet) indikerer at befolkningen i Bergen HF-område har lengre døgnopphold enn befolkningen i Fonna og Stavanger foretaksområder, som har døgnoppholds- og utskrivningsrater over landsgjennomsnittet. Befolkningen i Stavanger og Fonna HF-områder har til gjengjeld høyere poliklinisk forbruk, med konsultasjonsrater over landsgjennomsnittet. For Bergen HF-område ligger den polikliniske konsultasjonsraten nær 40 prosent under landsgjennomsnittet.

Førde helseforetaksområde, som både har ressurs- og forbruksindikatorer under gjennomsnittet for landet, har i likhet med Bergen relativt sett høyere forbruksrater for døgnbaserte tjenester enn poliklinisk tjenester. Forholdet mellom døgnrater og oppholdsrate, indikerer at befolkningen i HF-område har relativt lange døgnopphold i institusjonene sammenliknet landsgjennomsnittet.

Oppsummert har helseforetaksområdene i Helse Vest langt på vei en ressurs- og forbruksprofil som preges av høy døgnplassdekning og høyt forbruk av døgnbaserte tjenester. Helseregionen samlet har både døgnplassdekning, døgnrater og oppholdsrate over gjennomsnittet for landet i 2007. Døgnratene er imidlertid relativt høyere enn oppholdsratene, noe som tilsier at døgnopphold i regionen er lengre enn landsgjennomsnittet. Det er relativt små forskjeller i tilgjengelighet til tjenestene mellom helseforetaksområdene målt i antall døgnopphold. Helse Vest har den laveste konsultasjonsraten blant regionene, men forskjellene mellom helseforetakene i tilgjengelighet til polikliniske tjenester er relativt stor.

## Helseregion Midt-Norge

Tall for helseregion Midt-Norge viser at regionen har den høyeste raten for polikliniske konsultasjoner og laveste ressursinnsats per innbygger både når det gjelder personell og døgnplasser.

Helseregion Midt-Norge er den regionen som har de minste forskjellene mellom foretaksområdene innad i regionene for de fleste utvalgte indikatorene. Både når det gjelder døgnplassdekning (CV=0,04), oppholds- og utskrivningsrater (CV=0,10 og 0,11), samt rater for polikliniske konsultasjoner (CV=0,14) har regionen de laveste variasjonskoeffisientene (tabell 8.8). Størst er forskjellene mellom foretaksområdene i personelldekning (CV=0,16).

Innad i regionen har alle HF-områder personell- og døgnplassdekning under landsgjennomsnittet. Med unntak av Sunnmøre foretaksområde, har også samtlige helseforetaksområder polikliniske rater over landsgjennomsnittet. Sunnmøre og Nordmøre og Romsdal HF-områder har i tillegg høye rater for døgnopphold og utskrivninger, noe som indikerer flere opphold i døgninstitusjonene enn gjennomsnittet for landet. St. Olavs Hospital og Nord-Trøndelag HF-områder har derimot oppholds- og utskrivningsrater under gjennomsnittet for

landet, noe som tilsier færre døgnopphold sammenliknet med landsgjennomsnittet. Alle foretaksområder har relativt lavere døgnrate enn oppholds- og utskrivningsrater, og dette indikerer at døgnoppholdene er av relativt kort varighet.

Oppsummert preges helseregion Midt-Norge av poliklinisk fokus i tre av fire foretaksområder. I tillegg tenderer alle HF-områder til å ha relativt korte opphold i døgninstitusjonene, to foretaksområder har imidlertid flere opphold enn gjennomsnittet for landet. Det er relativt små forskjeller mellom helseforetaksområdene i tilgjengelighet til det psykiske helsevernet, både målt i polikliniske konsultasjoner og opphold i døgninstitusjoner. Mens regionen har den høyeste polikliniske forbruksraten blant helseregionene, har samtlige foretaksområder i regionen lavere ressursinnsats enn landsgjennomsnittet.

## Helseregion Nord

Blant helseregionene er det størst variasjon i ressurser og forbruk mellom HF-områdene innad i helseregion Nord. Forskjellene mellom foretaksområdene er størst i antall døgnopphold per innbyggere (CV=0,34) og utskrivninger per innbyggere (CV=0,34). Dette indikerer ulike profiler med hensyn til bruk av døgnbaserte tjenester. Forskjeller i personelldekning (CV=0,21) og døgnplassdekning (CV=0,24) mellom HF-områdene i helseregion Nord, er også størst blant regionene. De minste forskjellene innad i regionen ser vi for polikliniske forbruksrater (CV=0,15) (tabell 8.8).

Med unntak for Helgeland HF-område, som har en klar poliklinisk profil, har de øvrige foretaksområdene mange døgnopphold. Mens befolkningen i opptaksområde til Universitetssykehuset i Nord-Norge har mange korte opphold (høye utskrivnings- og oppholdsrate og lav døgnrate), indikerer forholdet mellom døgn- og oppholdsrate at befolkningen i Nordland HF-område har opphold av noe lengre varighet, men under landsgjennomsnittet. Finnmark foretaksområde har svært mange opphold per innbyggere, landets høyeste oppholds- og utskrivningsrater (174 og 176 prosent av landsgjennomsnittet), samtidig som de topper personell- og døgnplassdekning med rater som utgjør over 140 prosent av landsgjennomsnittet. Foretaket har derfor også relativt høye døgnrater (125 prosent av landsgjennomsnittet), men på grunn av spesielt høye oppholds- og utskrivningsrater, er døgnoppholdene av relativt kort varighet. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF-område kombinerer mange opphold i døgninstitusjoner med høy poliklinisk aktivitet, og har polikliniske konsultasjonsrater over landsgjennomsnittet.

Helgeland HF-område har ressurs- og forbruksrater for døgntjenester under landsgjennomsnittet. Men en relativt høyere døgnrate enn oppholds- og utskrivningsrater, indikerer at døgnoppholdene er av lengre varighet enn i de andre foretaksområdene i regionen.

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

### 8.5.4 Ressursinnsats og kapasitetsutnyttning det psykiske helsevernet for voksne

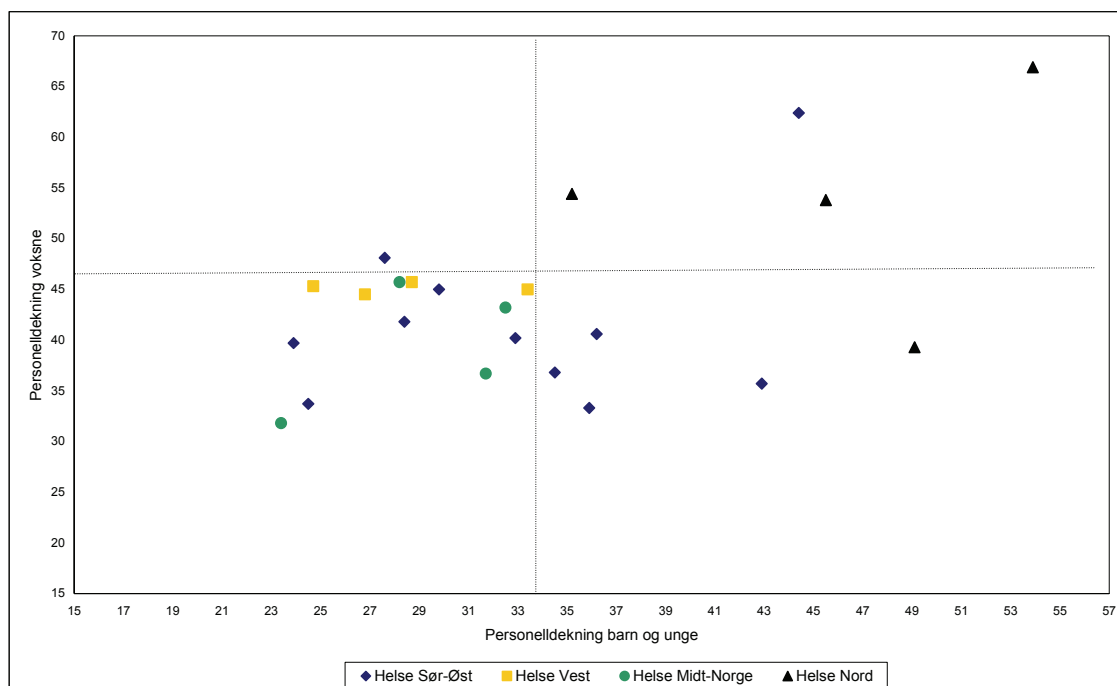
En sammenstilling av døgnplassdekning i helseforetaksområdene og beleggsprosent i døgninstitusjoner i foretakene i det psykiske helsevernet for voksne, viser at det ikke er noen signifikant sammenheng mellom disse i 2007. Dette indikerer at det ikke er et press på døgninstitusjonene i form av at HF-områder med lav døgnplassdekning har høy beleggsprosent.

## 8.6 Ressurs- og forbruksprofil blant HF-områdene i tjenestene til barn, unge og voksne

Vi har så langt sett atskilt på tilbudet til henholdsvis barn, unge og voksne i det psykiske helsevernet. I dette avsnittet vil vi undersøke om det er noen sammenheng mellom tilbudet til de to målgruppene. Er det eksempelvis slik at HF-områder med høye ressurs- og forbruksrater for barn og unge også har høye rater for voksne? Eller er det slik at de regionale helseforetakene prioriterer mellom målgruppene.

Indikatorerne for ressursinnsats er identiske for de to målgruppene, og det er derfor mulig å sammenlikne rater for personell og døgnplassdekning. Indikatorerne for bruk av tjenester er imidlertid ulike i tjenestene til barn og unge og voksne.

Figur 8.8 viser personelldekningen i helseforetaksområdene i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og tjenestene til voksne (y-aksen). Figur 8.9 illustrerer personelldekningen i prosent av landsgjennomsnittet.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 8.8 Personelldekning i det psykiske helsevernet til barn og unge (x-aksen) og voksne (y-aksen). Årsverk per 10 000 innbyggere. 2007

Figuren viser at det er en signifikant positiv sammenheng mellom ressursinnsatsen i tjenestene til barn, unge og voksne (Pearsons  $r = 0,51$ ), målt i årsverk per innbyggere. Helseforetaksområder med høy dekning i tjenestene til barn og unge, har en tendens til å ha høye rater også i tjenestene for voksne, og omvendt. Majoriteten av helseforetaksområdene har personelldekning under landsgjennomsnittet for begge målgrupper. Dette gjelder samtlige HF-områder i helseregion Vest og Midt-Norge, samt fem av 11 HF-områder i helseregion Sør-Øst. Fire foretaksområder har dekning av personell over gjennomsnittet for begge målgrupper, hvorav tre er fra helseregion Nord. Kun seks foretaksområder faller utenfor denne aksene, hvorav fem HF-områder har høye rater for barn og unge og lave rater for voksne sett i relasjon til landsgjennomsnittet, mens ett foretaksområde har relativt høye rater for voksne og lave for barn og unge.

Når det gjelder døgnplassdekning i helseforetaksområdene, er det ingen tilsvarende sammenheng mellom de to tjenesteområdene. Figur 8.10 viser døgnplassdekningen i de ulike foretaksområdene for de to målgruppene, i prosent av landsgjennomsnittet.

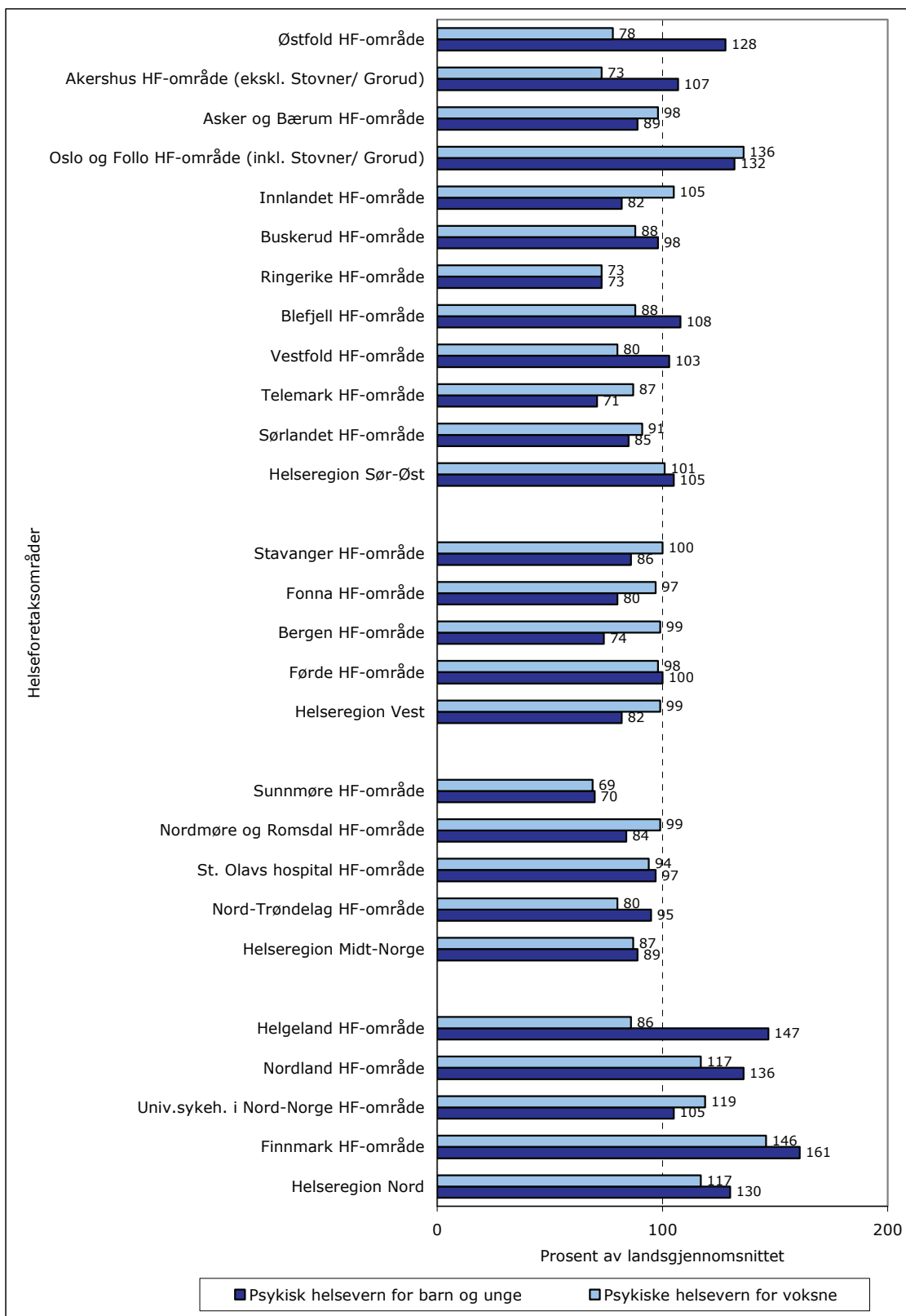
I spørsmålet om eventuelle sammenfall i profiler i det psykiske helsevernet for henholdsvis barn og unge og voksne, kan man i helseregion Sør-Øst se et skille mellom tidligere helseregion Øst og Sør for begge målgrupper i forholdet mellom døgnbaserte versus polikliniske tjenester. For begge målgrupper er helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst i større grad preget av døgnbaserte tilbud enn i gamle helseregion Sør (se døgnplassdekning figur 8.10), hvor HF-områdene har større poliklinisk fokus (se polikliniske rater for voksne i tabell 8.7). Mens helseregion Sør-Øst har de største forskjellene i døgnplassdekning i tjenestene til barn og unge blant regionene ( $CV=0,53$ ), har tjenestene til voksne den største forskjellen i polikliniske konsultasjonsrater ( $CV=0,31$ ). Dette indikerer også at det er store variasjoner i tjenestetilbudet for begge målgrupper i regionen.

Mens helseregion Midt-Norge har ressursinnsats under landsgjennomsnittet for begge målgrupper, har den voksne befolkningen i regionen landets høyeste forbruk av polikliniske tjenester (tabell 8.4 og 8.5). Dekningsgraden for barn og unge er under landsgjennomsnittet i tre av fire helseforetaksområder (tabell 8.6). Foretaksområdet som har nådd femprosentmålet (Nordmøre og Romsdal HF-området) har lav døgnplassdekning og klar poliklinisk profil (se figur 8.10).

Helseregion Vest preges også av ulike ressurs- og forbruksprofiler for de to målgruppene. Mens tjenestene til barn og unge har rater under landsgjennomsnittet, er tjenestene til voksne preget av relativt høy døgnplassdekning (figur 8.10) og høyt forbruk av døgn-tjenester (tabell 8.4 og 8.5). Foruten Førde HF-område, har voksne gjennomgående relativt høyere personelldekning og forbruksrater enn barn og unge (se figur 8.9, tabell 8.5 og 8.6).

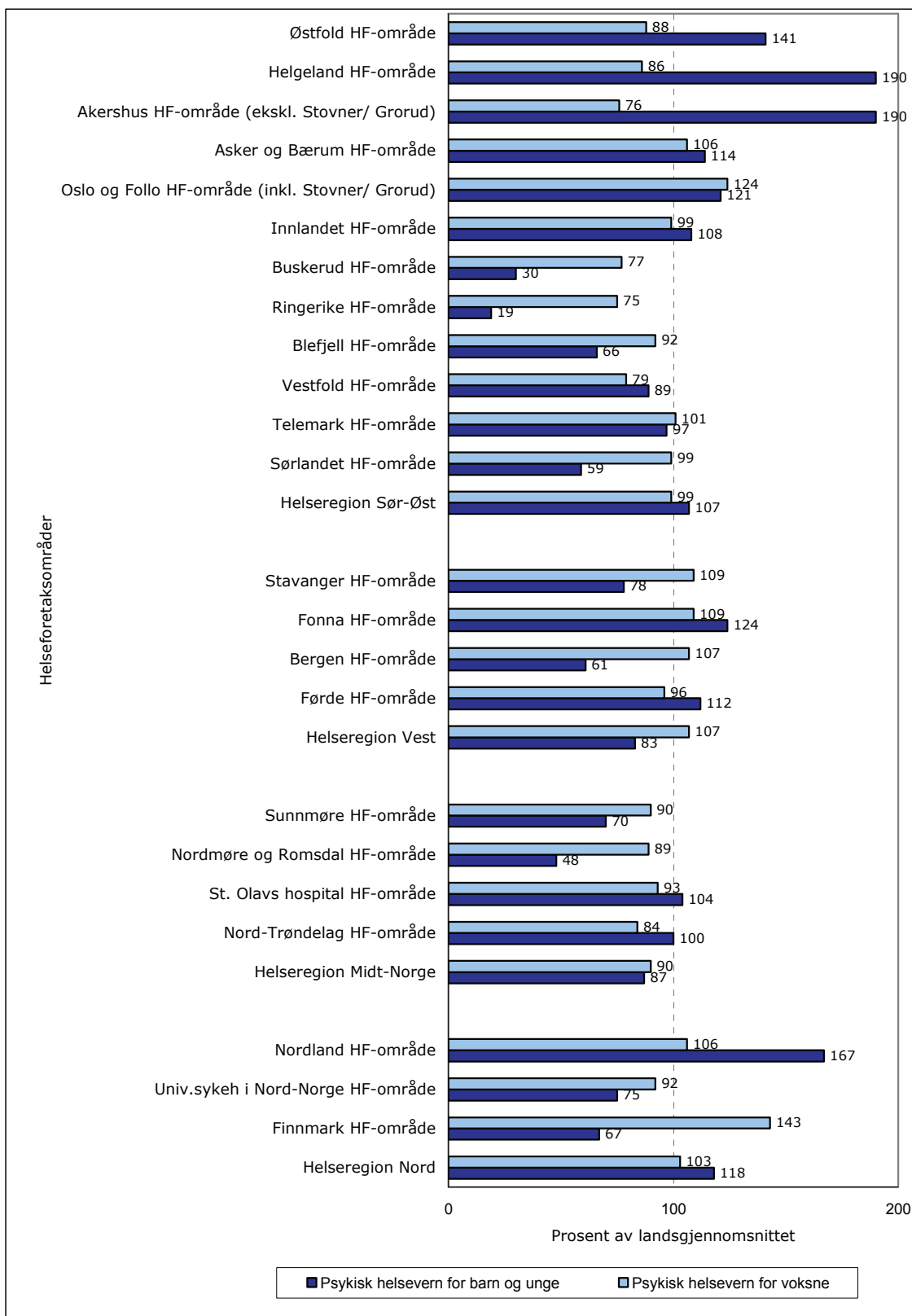
Felles i helseregion Nord er at begge målgrupper har høy ressursinnsats og et høyt forbruk av tjenester (tabell 8.5 og 8.6). Både tjenestene til barn, unge og voksne har ressursrater over landsgjennomsnittet, parallelt med god tilgjengelighet til tjenestene. Begge tjenesteområder har et variert og sammensatt behandlingstilbud, med foretaksområder med ulik miks av både polikliniske og døgnbaserte tjenestetilbud.

Oppsummert kan vi til dels konstatere en felles profil mellom tjenestene til barn og unge og voksne for HF-områdene i de ulike helseregionene. Mens vi ser en signifikant sammenheng mellom personelldekning til de to målgruppene, finner vi ingen tilsvarende samvariasjon i døgnplassdekningen. Når det gjelder befolkningens bruk av tjenester, kan vi for begge målgrupper se høye forbruksrater i helseregion Nord. I helseregion Sør-Øst er det tendens til et skille mellom helseforetaksområder i tidligere helseregion Øst og Sør for begge målgrupper, i forholdet mellom døgnbaserte versus polikliniske tjenester. I helseregion Vest ser man motsatt profil mellom målgruppene i forbruk av tjenester, barn og unge har forbruksrater under landsgjennomsnittet mens voksne har et høyt forbruk av døgn-tjenester. I helseregion Midt-Norge er det relativt lav ressursinnsats i begge målgrupper, men forbruksprofilen er ulik, høyt polikliniske forbruk blant voksne og relativt lav dekningsgrad for barn og unge.



Datakilde: NPR

Figur 8.9 Personelldekning i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. 2007



Datakilde: NPR

Figur 8.10 Døgnplassdekning i tjenestene til henholdsvis barn og unge, og voksne. Rater i prosent av landsgjennomsnittet. 2007

Tabell 8.6 Personellinnsats, døgnplasser og pasienter under behandling etter helseforetaksområde og helseregion. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsverk og plasser per 10 000 innbyggere og pasienter per 100 innbyggere 0-17 år i prosent av landsgjennomsnittet. 2007

Bostedsregion / HF-område	Ressursinnsats		Behandlede pasienter	
	Årsverk per 10 000 innb.i prosent av landsgj.snippet	Plasser per 10 000 innb.i prosent av landsgj.snippet	Polikliniske pasienter i pst. av landsgj.sn.	Pasienter totalt i pst. av landsgj.snippet
Østfold HF-område	128	141	114	119
Akershus HF-område	107	190	77	78
Asker og Bærum HF-område	89	114	94	94
Oslo og Follo HF-område	132	121	99	101
Innlandet HF-område	82	108	108	108
Buskerud HF-område	98	30	94	92
Ringerike HF-område	73	19	147	144
Blefjell HF-område	108	66	138	136
Vestfold HF-område	103	89	101	99
Telemark HF-område	71	97	120	118
Sørlandet HF-område	85	59	107	105
Helseregion Sør-Øst	105	107	104	104
Stavanger HF-område	86	78	66	65
Fonna HF-område	80	124	86	85
Bergen HF-område	74	61	77	78
Førde HF-område	100	112	109	108
Helseregion Vest	82	83	78	78
Sunnmøre HF-område	70	70	76	80
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	84	48	113	113
St. Olavs Hospital HF-område	97	104	87	86
Nord-Trøndelag HF-område	95	100	93	92
Helseregion Midt-Norge	89	87	91	91
Helgeland HF-område	147	190	139	137
Nordland HF-område	136	167	154	152
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	105	75	125	125
Finnmark HF-område	161	67	161	163
Helseregion Nord	130	118	141	141
Totalt	100	100	100	100

Datakilde: NPR og SSB

Tabell 8.7 Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad innen 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. 2007

		Personell- dekning	Døgnplass- dekning	Dekningsgrad polikliniske pasienter	Dekningsgrad pasienter totalt
Forskjeller mellom helseforetaksområder:					
Helse Sør-øst	SD	6,8	1,5	0,9	0,8
	CV	0,21	0,53	0,19	0,18
Helse Vest	SD	3,7	0,8	0,8	0,7
	CV	0,13	0,31	0,22	0,21
Helse Midt-Norge	SD	4,1	0,79	0,6	0,6
	CV	0,14	0,32	0,17	0,16
Helse Nord	SD	7,9	1,9	0,7	0,7
	CV	0,17	0,51	0,11	0,11
Landet	SD	8,41	1,39	1,16	1,17
	CV	0,25	0,47	0,24	0,24
Forskjeller mellom helseregioner:					
	SD	7,11	0,54	1,20	1,20
	CV	0,21	0,18	0,26	0,26

Datakilde: NPR og SSB



Tabell 8.8 Forskjeller i personelldekning, døgnplassdekning og dekningsgrad av tjenester innen 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. 2007

		Personell- dekning	Døgnplass- dekning	Døgnoopp- hold	Utskriv- inger	Døgn	Konsulta- sjoner
Forskjeller mellom helseforetaksområder:							
Helse Sør-Øst	SD	8,2	1,9	27	27	770	869
	CV	0,20	0,16	0,22	0,23	0,21	0,31
Helse Vest	SD	0,5	0,8	17	17	549	652
	CV	0,01	0,06	0,12	0,13	0,13	0,26
Helse Midt-Norge	SD	6,3	0,5	14	15	554	429
	CV	0,16	0,04	0,10	0,11	0,16	0,14
Helse Nord	SD	11,3	3,4	59	56	752	416
	CV	0,21	0,24	0,34	0,34	0,18	0,15
Landet	SD	8,8	2,1	34	33	725	702
	CV	0,20	0,16	0,25	0,26	0,19	0,25
Forskjeller mellom helseregioner:							
	SD	5,6	0,9	18	18	574	323
	CV	0,12	0,07	0,13	0,13	0,15	0,12

Datakilde: NPR og SSB