

# **SAMDATA**

## **Spesialisthelsetjenesten**

### **2005**

**Helseregionenes utvikling i ressursinnsats,  
tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet 2002-2005.**

Marit Pedersen

(Red.)

SINTEF Helse  
7465 Trondheim  
Telefon: 4000 2590  
Telefax 932 70 800





# SINTEF RAPPORT

## SINTEF Helse

Postadresse:  
7465 Trondheim/  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005**

**Helseregionenes utvikling i ressursinnsats, tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet 2002-2005.**

FORFATTER(E)

Marit Pedersen (red)

OPPDRAAGSGIVER(E)

Sosial- og Helsedirektoratet

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAAGSGIVERS REF.	
A748	Åpen	Jan Oddum	
GRADER DENNE SIDE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG
Åpen	978-82-14-04196-5, 82-14-04196-1	78H06930	134
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLÉDER (NAVN, SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
I:\prosjekt\78H066.30\		Marit Pedersen	Beate M. Huseby
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)	
E	2006-29-12	Jorid Kalseth <i>Jorid Kalseth</i>	

### SAMMENDRAG

#### A) Prioritering av ressursinnsats mellom somatikk og psykisk helsevern.

På nasjonalt nivå prioriteres psykisk helsevern for barn og unge (BUP) ressursmessig sterkere i perioden 2002-2005, men det er uklart om det samme gjelder psykisk helsevern for voksne (VOP). Forbedrede prinsipper for fordeling av felleskostnader fra VOP til BUP, manglende rapportering av personell fra private aktører, spørsmål om ulik lønnsvekst i sektorene bidrar til usikker konklusjon. Konklusjonen om sterkere prioritering av ressursinnsats i BUP gjelder i alle regioner. En sterkere prioritering av psykisk helsevern samlet for vises for Helse Vest og Helse Nord. Helse Sør har svakest kostnadmessig prioritering av psykisk helsevern. På regionalt nivå viser oversikter og diskusjon av fordeling av felleskostnader at fordelingsproblematikken er sammensatt.

#### B) Utvikling i tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet

Tilgang til BUP øker i alle regioner, økningen er sterkere i Helse Sør og Helse Nord – og svakest i Helse Vest. Ventetider til psykisk helsevern for barn og unge reduseres og utjevnes for Helse Øst, Sør og Midt-Norge. Produktiviteten i BUP øker i alle regioner, men mest i Helse Sør.

Aktiviteten i VOP øker i alle regioner. For døgnvirksomhet har Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest sterkere vekst ved DPS- avdelingene fra 2004 til 2005. Ventetiden til poliklinisk behandling i VOP reduseres i Helse Øst, Sør og Midt-Norge, men det er liten grad av utjevning innad i regionene. Vedvarende forskjeller i aktivitetsnivå indikerer ulik behandlingsprofil. Andel tvangsinnleggelses reduseres i Helse Øst og Helse Nord – Helse Øst lå i utgangspunktet høyt.

Ventetidene i somatisk sektor reduseres i alle regioner, og det er utjevning i Helse Øst, Vest og Nord. Andel epikriser sendt innen 7 døgn øker i Helse Øst, Vest og Nord. Helse Vest har forbedring i tre av fire kvalitetsindikatorer, men Helse Midt-Norge har lite endring. Produktivitet og kostnadseffektivitet øker i Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest, mens det motsatte er tilfelle i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Sterkest aktivitetsvekst i somatisk virksomhet kommer i Helse Sør.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Spesialisthelsetjenesten	Specialized health care
EGENVALGTE	Kostnader	Expences
	Aktivitet	Activity
	Utvikling	Development



# Forord

Formålet med SAMDATA er å presentere bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstendenser i spesialisthelsetjenesten. Denne rapporten gir en beskrivelse av utvikling i prioritering av ressursinnsats, tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet for somatisk sektor og psykisk helsevern i perioden 2002 til 2005. Det er tidligere presentert to sektorrappporter som gir omfattende og detaljert informasjon om hver av disse sektorene: SAMDATA somatikk sektorrappport 2005 og SAMDATA psykisk helsevern sektorrappport 2005.

Datamaterialet i denne rapporten er i hovedsak basert på tallgrunnlag fra sektorrappportene i SAMDATA, fra 2002 til 2005. I tillegg benyttes kvalitetsindikatorer presentert av Sosial- og Helsedirektoratet for 2004 og 2005. Pasientdata er innsamlet og kvalitetskontrollert av Norsk Pasientregister (NPR). Statistisk Sentralbyrå (SSB) har samlet inn data for senger, personell, utgifter og finansiering. Dataene er kvalitetskontrollert i samarbeid med SINTEF Helse.

Rapporten er utarbeidet av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet. Kontaktperson i Sosial – og Helsedirektoratet er Jan Oddum.

Maggi Brigham, Birgitte Kalseth, Marit Pedersen og Marit Sitter har samarbeidet om rapporten. Beate Huseby har gitt nyttige innspill og kommentarer til innhold. Heidi Torvik har bidratt med kostnadsberegninger for spesialisthelsetjenesten. Jorid Kalseth har kvalitetssikret rapporten. Prosjektsekretær Hanne Kvam har sydd sammen bidragene til rapporten. Alle takkes for flott innsats og samarbeid. Marit Pedersen har vært prosjektleder og redaktør for rapporten.

Trondheim, oktober 2006

Marit Pedersen



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse .....	3
Tabelloversikt.....	6
Figuroversikt.....	10
1 Innledning .....	17
2 Prioritering av ressursinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern.....	19
2.1 Innledning .....	19
2.1.1 Om datagrunnlaget .....	20
2.2 Nasjonal utvikling i relativ ressursinnsats .....	21
2.2.1 Oppsummering .....	25
2.3 Helse Øst: Utvikling i relativ ressursinnsats.....	26
2.3.1 Oppsummering Helse Øst.....	28
2.4 Helse Sør: Utvikling i relativ ressursinnsats.....	28
2.4.1 Oppsummering Helse Sør.....	30
2.5 Helse Vest: Utvikling i relativ ressursinnsats .....	30
2.5.1 Oppsummering Helse Vest .....	32
2.6 Helse Midt-Norge: Utvikling i relativ ressursinnsats .....	32
2.6.1 Oppsummering Helse Midt-Norge .....	34
2.7 Helse Nord: Utvikling i relativ ressursinnsats.....	35
2.7.1 Oppsummering Helse Nord.....	37
2.8 Diskusjon og oppsummering av regionale variasjoner.....	37
2.8.1 Prioritering av psykisk helsevern og fordeling av fellesressurser .....	37

2.8.2	Lønnsvekst i somatisk sektor .....	38
2.8.3	Kostnadsvekst i psykisk helsevern 2003 sett i lys av høy refusjonssats ISF .....	39
2.8.4	Inntektsmodell og prioritering av psykisk helsevern.....	39
<b>3</b>	<b>Utvikling i tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet for helseregionene fra 2002 til 2005. ....</b>	<b>41</b>
3.1	Bakgrunn.....	41
3.1.1	Helseregionenes utvikling innen tre fokusområder.....	41
3.1.2	Tilgjengelighet .....	42
3.1.3	Kvalitet .....	42
3.1.4	Produktivitet og effektivitet: .....	43
3.1.5	Om indikatorene .....	43
3.1.5.1	Tilgjengelighet til somatisk spesialisthelsetjeneste .....	43
3.1.5.2	Tilgjengelighet til tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge.....	44
3.1.5.3	Tilgjengelighet til tjenester innen psykisk helsevern for voksne.....	44
3.1.5.4	Indikatorer som belyser kvalitetsaspekter innen somatisk spesialist helsetjeneste... 45	
3.1.5.5	Indikatorer som belyser kvalitetsaspekter innen psykisk helsevern for voksne .....	46
3.1.5.6	Relativt kostnadsnivå og effektivitetsutvikling innen somatisk virksomhet .....	47
3.1.5.7	Produktivitet og effektivitet psykisk helsevern for barn og unge.....	47
3.1.5.8	Produktivitet og effektivitet psykisk helsevern for voksne.....	48
3.2	Utvikling i Helse Øst RHF 2002 til 2005 .....	49
3.2.1	Tilgjengelighet Helse Øst.....	49
3.2.2	Produktivitet og effektivitet Helse Øst .....	57
3.2.3	Oppsummering Helse Øst.....	60
3.3	Utvikling i Helse Sør 2002 til 2005.....	62
3.3.1	Tilgjengelighet og prioritering .....	62
3.3.2	Kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten i Helse Sør .....	68
3.3.3	Produktivitet og effektivitet Helse Sør .....	71
3.3.4	Oppsummering Helse Sør.....	74
3.4	Utvikling i Helse Vest 2002 til 2005 .....	76
3.4.1	Tilgjengelighet Helse Vest .....	76



3.4.2	Kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten i Helse Vest .....	81
3.4.3	Produktivitet og effektivitet i Helse Vest .....	84
3.4.4	Oppsummering Helse Vest .....	87
3.5	Utvikling i Helse Midt-Norge 2002 til 2005 .....	89
3.5.1	Tilgjengelighet Helse Midt-Norge .....	89
3.5.2	Kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten i Helse Midt- Norge .....	94
3.5.3	Produktivitet og effektivitet i Helse Midt-Norge .....	97
3.5.4	Oppsummering Helse Midt-Norge .....	99
3.6	Utvikling i Helse Nord 2002 til 2005 .....	101
3.6.1	Indikasjoner på tilgjengelighet og prioritering Helse Nord .....	101
3.6.2	Kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten i Helse Nord .....	106
3.6.3	Effektivitet og produktivitet i Helse Nord .....	109
3.6.4	Oppsummering Helse Nord .....	112
3.7	Oppsummering og status .....	113
3.7.1	Oppsummering og status .....	113
3.7.2	Måloppnåelse og utfordringer for helseregionene.....	116
4	Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten – kostnader .....	119
4.1	Nasjonalt nivå .....	119
4.2	Finansiering spesialisthelsetjenesten .....	120
4.3	Regionalt nivå .....	120
4.4	Grunnlagstall.....	123
Vedlegg	Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering .....	127
Litteraturliste	.....	133

## Tabelloversikt

Tabell 2.1	Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Nasjonalt nivå. ....	22
Tabell 2.2	Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Nasjonalt nivå. ....	22
Tabell 2.3	Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Øst. ....	26
Tabell 2.4	Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Øst. ....	27
Tabell 2.5	Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Sør. ....	28
Tabell 2.6	Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Sør. ....	29
Tabell 2.7	Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Vest. ....	30
Tabell 2.8	Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Vest. ....	31
Tabell 2.9	Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Midt-Norge. ....	33
Tabell 2.10	Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Midt-Norge. ....	33

Tabell 2.11	Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Nord.....	35
Tabell 2.12	Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Nord. ....	36
Tabell 3.1	Tertialvis utvikling i epikrisetid, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogram. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Gjennomsnitt (Mean) og variasjon (CV). Sum helseforetak i Norge (inkl sykehus med driftsavtale). ....	46
Tabell 3.2	Tertialvis utvikling i epikrisetid, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3. tertial 2005. Helseforetak i Helse Øst (inkl sykehus med driftsavtale). ....	55
Tabell 3.3	Innleggelser til døgnbehandling etter henvisningsformalitet. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Øst (Landet samlet). ....	56
Tabell 3.4	Innleggelser til døgnbehandling etter spesialistvedtak. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Øst (Landet samlet). ....	56
Tabell 3.5	Tertialvis utvikling i epikrisetid, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Helseforetak i Helse Sør (inkl sykehus med driftsavtale). ....	68
Tabell 3.6	Innleggelser til døgnbehandling etter henvisningsformalitet. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Sør (Landet samlet). ....	70
Tabell 3.7	Innleggelser til døgnbehandling etter spesialistvedtak. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Sør (Landet samlet). ....	70
Tabell 3.8	Tertialvis utvikling i epikrisetid, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Helseforetak i Helse Vest (inkl sykehus med driftsavtale). ....	82
Tabell 3.9	Innleggelser til døgnbehandling etter henvisningsformalitet. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Vest (Landet samlet). ....	83

Tabell 3.10	Innleggelser til døgnbehandling etter spesialistvedtak. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Vest (Landet samlet).....	83
Tabell 3.11	Tertialvis utvikling i epikrisetid, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Helseforetak i Helse Midt-Norge (inkl sykehus med driftsavtale).....	95
Tabell 3.12	Innleggelser til døgnbehandling etter henvisningsformalitet. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Midt-Norge (Landet samlet).....	96
Tabell 3.13	Innleggelser til døgnbehandling etter spesialistvedtak. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Midt-Norge (Landet samlet).....	96
Tabell 3.14	Tertialvis utvikling i epikrisetid, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Helseforetak i Helse Nord (inkl sykehus med driftsavtale). ....	107
Tabell 3.15	Innleggelser til døgnbehandling etter henvisningsformalitet. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Nord (Landet samlet). ....	108
Tabell 3.16	Innleggelser til døgnbehandling etter spesialistvedtak. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Nord (Landet samlet). ....	108
Tabell 4.1	Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syketransport, felles RHF og samlet i 2005. Millioner kroner. Driftskostnader prosentvis fordelt på kostnadsartene lønn, varer og tjenester og andre driftskostnader. ....	119
Tabell 4.2	Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og spesialisert rusomsorg. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Millioner kroner samt prosentvis fordeling. 2005. ....	120
Tabell 4.3	Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syketransport, felles RHF og samlet i 2005 korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Millioner kroner. ....	120
Tabell 4.4	Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syketransport, felles RHF og samlet i 2005 korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Prosentandeler. ....	121

Tabell 4.5	Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg, korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnitt. 2004. I 2005 kroner. ....	121
Tabell 4.6	Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg, korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnitt. 2005. ....	122
Tabell 4.7	Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse/luftambulanse, personalpolitiske tiltak, syketransport og felles RHF, samt totale driftskostnader inklusiv kapitalkostnader mv. Helseforetak. 1000 kroner. 2005. ....	123
Tabell 4.8	Gjestepasientkostnader og -inntekter for somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg og spesialisthelsetjenesten samlet. Regionale helseforetak. 1000 kroner. 2004. ....	126

## Figuroversikt

Figur 2.1	Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Deflaterte størrelser. Nasjonalt nivå. ....	23
Figur 2.2	Relativ ressursinnsats til somatisk virksomhet og psykisk helsevern, henholdsvis for voksne og for barn og unge. 2002 og 2005. Landet samlet....	25
Figur 2.3	Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Monetære størrelser er deflatert. Helse Øst. ....	27
Figur 2.4	Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Relativ ressursinnsats målt i personellinnsats og kostnader 2002 og 2005. Monetære størrelser deflatert. Helse Sør. ....	29
Figur 2.5	Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Relativ ressursinnsats målt i personellinnsats og kostnader 2002 og 2005. Monetære størrelser deflatert. Helse Vest. ....	32
Figur 2.6	Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Relativ ressursinnsats målt i personellinnsats og kostnader 2002 og 2005. Monetære størrelser deflatert. Helse Midt-Norge. ....	34
Figur 2.7	Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Prosentvis vekst fra 2002 til 2005. Relativ ressursinnsats målt i personellinnsats og kostnader 2002 og 2005. Monetære størrelser deflatert. Helse Nord. ....	36
Figur 3.1	Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Øst med underliggende foretaksområder, og landet samlet. 2002-2005. ....	49
Figur 3.2	Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområde. Helse Øst med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006. ....	50
Figur 3.3	Median ventetid for operasjoner for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Øst med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2003 og 2005. ....	51

Figur 3.4	Pasienter pr 100 innbyggere og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Øst med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005.....	51
Figur 3.5	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Øst med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	52
Figur 3.6	Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted 2005. Døgnopphold etter bosted 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Sør med underliggende foretak (områder) og landet samlet. ....	53
Figur 3.7	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Øst med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	54
Figur 3.8	Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Øst og underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005.....	55
Figur 3.9	Bemanning per døgnplass i DPS i Helse Øst og landet. 2003-2005. ....	57
Figur 3.10	A) Uvikling i kostnadsindikator for Helse Øst samlet og underliggende helseforetak. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Øst. 2002 til 2005. ....	58
Figur 3.11	Polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk. Poliklinikker for barn og unge. Helse Øst med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	59
Figur 3.12	Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker og utskrivninger per døgnplass i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Helse Øst med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.....	60
Figur 3.13	Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Sør med underliggende foretaksområder og landet totalt. 2002-2005. ....	62
Figur 3.14	Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområder. Helse Sør med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006. ....	63
Figur 3.15	Median ventetid for operasjon for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Sør og underliggende foretaksområder og landet samlet. 2003 og 2005.....	64

Figur 3.16	Pasienter pr 100 innbyggere og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Sør med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005.....	65
Figur 3.17	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Sør med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	66
Figur 3.18	Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted i 2005. Døgnopphold etter bosted 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Sør med underliggende foretak (områder) og landet samlet.....	66
Figur 3.19	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Sør med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	67
Figur 3.20	Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Sør med underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005.....	69
Figur 3.21	Bemanning per døgnplass i DPS i Helse Sør og landet. 2003-2005. ....	71
Figur 3.22	A) Uvikling i kostnadsindikator for Helse Sør samlet og underliggende HF. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Sør. 2002 til 2005.....	71
Figur 3.23	Polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk. Poliklinikker for barn og unge. Helse Sør med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	73
Figur 3.24	Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker og utskrivninger per døgnplass i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Helse Sør med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.....	73
Figur 3.25	Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger, Bostedsområder. Helse Vest med underliggende foretaksområder og landet totalt. 2002-2005. ....	76
Figur 3.26	Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområder. Helse Vest med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006. ....	77
Figur 3.27	Median ventetid for operasjon for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Vest med underliggende foretaksområder og landet totalt. 2003 og 2005 .....	78



Figur 3.28	Pasienter pr 100 innbyggere og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere i Helse Vest. Bostedsområder. Helse Vest med underliggende foretaksområder og landet totalt. 2002-2005. ....	79
Figur 3.29	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Vest med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	79
Figur 3.30	Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted i 2005. Døgnopphold etter bosted 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Vest med underliggende foretak(områder) og landet samlet. ....	80
Figur 3.31	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Vest med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	81
Figur 3.32	Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Vest RHF og underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005.....	82
Figur 3.33	Bemanning per døgnplass i DPS i Helse Vest og landet. 2003-2005. ....	84
Figur 3.34	A) Uvikling i kostnadsindikator for Helse Vest samlet og underliggende HF. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Vest. 2002 til 2005. ....	84
Figur 3.35	Polikliniske tiltak per fagårsverk (a) og polikliniske pasienter per fagårsverk (b). Poliklinikker for barn og unge. Helse Vest med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	85
Figur 3.36	Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker (a) og utskrivninger per døgnplass i døgninstitusjoner (b) innen psykisk helsevern for voksne. Helse Vest med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.....	86
Figur 3.37	Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Midt-Norge med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005. ....	89
Figur 3.38	Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområder. Helse Midt-Norge med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006.....	90
Figur 3.39	Median ventetid for operasjoner for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Midt-Norge med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2003 og 2005. ....	91

Figur 3.40	Pasienter pr 100 innbyggere og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere. Helse Midt-Norge med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005. ....	91
Figur 3.41	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	92
Figur 3.42	Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted 2005. Døgnopphold etter bostedsområde. 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak(områder) og landet samlet. ....	93
Figur 3.43	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	94
Figur 3.44	Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Midt-Norge RHF og underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005. ....	95
Figur 3.45	Bemanning per døgnplass i DPS-avdelinger i Helse Midt-Norge og landet. 2003-2005. ....	97
Figur 3.46	A) Uvikling i kostnadsindikator for Helse Midt-Norge samlet og underliggende HF. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Midt-Norge. 2002 til 2005. ....	97
Figur 3.47	Polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk. Poliklinikker for barn og unge. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	98
Figur 3.48	Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker og utskrivninger per døgnplass i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	99
Figur 3.49	Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Nord med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005. ....	101
Figur 3.50	Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområder. Helse Nord med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006. ....	102
Figur 3.51	Median ventetid for operasjoner for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Nord med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2003 og 2005. ....	103

Figur 3.52	Pasienter pr 100 innbyggere (a) og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere (b). Bostedsområder. Helse Nord med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005. ....	103
Figur 3.53	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Nord med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	104
Figur 3.54	Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted 2005. Døgnopphold etter bostedsområde 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Nord med underliggende helseforetak (områder) og landet samlet. ....	105
Figur 3.55	Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Nord med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	106
Figur 3.56	Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Nord og underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005. ....	107
Figur 3.57	Bemanning per døgnplass i DPS i Helse Nord og landet. 2003-2005. ....	109
Figur 3.58	A) Uvikling i kostnadsindikator for Helse Nord samlet og underliggende HF. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Nord. 2002 til 2005. ....	109
Figur 3.59	Polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk. Poliklinikker for barn og unge. Helse Nord med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005. ....	110
Figur 3.60	Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker og utskrivninger per døgnplass i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Helse Nord med underliggende helseforetak, og landet samlet. 2002-2005. ....	111



# 1 Innledning

Formålet med SAMDATA er å utvikle, analysere og publisere styringsdata som gir informasjon om ressursinnsats, kapasitetsutnyttning, produktivitet, effektivitet, aktivitet, tilgjengelighet og finansiering – i lys av helsepolitiske mål.

Fra SAMDATA-prosjektet utgis følgende rapporter i 2006:

- To sektorrappporter for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern.
- En rapport som belyser utvalgte utviklingstrekk ved spesialisthelsetjenesten.
- Analyserapporter fra særskilte analyseprosjektet knyttet til SAMDATA-prosjektet.

Målsettingen for denne rapporten er å belyse utvalgte utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten - for sektorene somatisk virksomhet og psykisk helsevern - i perioden 2002 til 2005. Det tas i hovedsak utgangspunkt i eksisterende indikatorer fra SAMDATA-prosjektet.

Denne rapporten setter fokus på:

a) Prioritering av ressursinnsats mellom somatisk virksomhet og psykisk helsevern fra 2002 til 2005

b) Utvikling i sentrale indikatorer for tilgjengelighet, prioritering, kvalitet og produktivitet for perioden 2002 til 2005.

Fjorårets SAMDATA Spesialisthelsetjenesten belyser også kostnadmessig prioritering mellom somatikk og psykisk helsevern fra 2001 til 2004 (Huseby, 2005). Huseby viser at prosentvis andel kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste har økt med 0,3 prosentpoeng fra 2001 til 2004, mens andel kostnader til psykisk helsevern følgelig er redusert tilsvarende. Dette innebærer med andre ord en relativt sterkere prioritering av somatisk spesialisthelsetjeneste i perioden 2001 til 2004. Det er regionale variasjoner – hvor Helse Vest viser en kostnadmessig prioritering av psykisk helsevern for perioden 2001 til 2004. Det er interessant å se nærmere på om dette bildet holder seg i perioden 2002 til 2005.

Bestillerdokumentene fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene signaliserer økt innsats i psykisk helsevern for årene 2003 til 2005. I 2005 formulerer bestillerdokumentet etterprøvbare krav om sterkere kostnadsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling sammenlignet med somatisk virksomhet. Kapittel 2, som belyser prioritering av ressursinnsats mellom de aktuelle sektorene, gir en mer detaljert oversikt over signalene fra bestillerdokumentene. Dermed er det relevant å stille spørsmål om helseregionene for perioden 2002 til 2005 i relativt sett sterkere grad har prioritert psykisk helsevern. I årets SAMDATA Spesialisthelsetjenesten gis en utdypende diskusjon av relativ prioritering av ressursinnsats. I dette ligger blant annet at vekst i personellinnsats holdes opp mot kostnadsvekst i regionene. Indikasjoner på endret praksis for fordeling av fellesressurser mellom sektorene, og eventuelle regionale variasjoner i disse, vil også bli diskutert.

SAMDATA somatikk og SAMDATA psykisk helsevern presenterer årlig sentrale indikatorer som kan belyse helsepolitiske målsettinger. Sektorrapportene legger vekt på å tilrettelegge for sammenligning over tid og mellom enheter og områder. I kapittel tre presenteres utvikling fra 2002 til 2005 for utvalgte sentrale indikatorer. Kapittel tre 3 gir, for hver region,

en presentasjon av utvikling i sentrale indikatorer for tilgjengelighet, kvalitetsaspekter og produktivitet i perioden 2002 til 2005 - og en diskusjon av helsepolitisk måloppnåelse og utfordringer for helseregionene. Det legges også vekt på diskusjon av utjevning internt mellom helseforetak i regionene, og utvikling for helseregionen samlet sett i forhold til utvikling for landet samlet. Innledningen til kapittel 3 gir en grundigere motivasjon for å se nærmere på de utvalgte indikatorene – samt en beskrivelse av indikatorene som benyttes.

Kapittel 4 presenterer nøkkeltall for kostnader i spesialisthelsetjenesten.

## 2 Prioritering av ressursinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern

Marit Pedersen

### 2.1 Innledning

I dette kapitlet analyseres og beskrives utvikling i relativ prioritering av ressursinnsats mellom sektorene somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge i perioden fra 2002 til 2005. Relativ prioritering forstås her som utvikling i andel kostnader og andel personell fordelt til de ulike sektorene. Bestillerdokumentene fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) for 2003, 2004 og 2005 vektlegger at psykisk helsevern skal styrkes. For de samme årene inneholder bestillerdokumentene også krav om videreføring av aktivitetsnivå innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste på om lag samme nivå som året før.

I bestillerdokumentet for 2003 står:

*"Tilbudet innen psykisk helsevern skal i sum minst være på nivå med 2002 og i tillegg supplert med de ytterligere tiltakene som følger av de tildelte midlene fra opptrappingsplanen".*

De samme signaler kommer i bestillerdokumenter fra HOD til de regionale helseforetakene i 2004. Formuleringene innebærer et krav om en realvekst innenfor psykisk helsevern i tråd med økningen i midler fra opptrappingsplanen.

I bestillerdokumentet for 2004 står også følgende formulering under punkt 1 – om tildeling av midler og ressursgrunnlag:

*"Gevinster av effektiviseringstiltak skal komme mennesker med psykiske lidelser til gode."*

Bestillerdokumentet for 2005 er under punkt 2.1 enda mer eksplisitt i formulering av krav om prioritering av psykisk helsevern:

*"De regionale helseforetakene skal øke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. For psykisk helsevern medfører dette at ressursinnsatsen skal økes ut over det som legges til grunn gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken".*

I tillegg krever bestillerdokumentet for 2005 at veksten i psykisk helsevern skal være sterkere enn veksten i øremerkede midler fra opptrappingsplanen.

Fra 2004 til 2005 viser årsrapporten fra Beregningsutvalget for Spesialisthelsetjenesten (BUS) at ressursinnsatsen på nasjonalt nivå, i form av kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling øker sterkere enn til somatisk virksomhet (Beregningsutvalget for Spesialisthelsetjenesten, 2006). Årsrapporten fra BUS viser videre at dette gjelder 4 av 5 helse-regioner.

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten for 2003 viser at kostnadsveksten i somatisk sektor og psykisk helsevern er omtrent like stor i perioden 1999 til 2003 (Pettersen, Jørgenvåg og Nyland, 2004). Huseby viser i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten for 2004 at kostnadsveksten har vært sterkere i somatisk sektor sammenlignet med psykisk helsevern i perioden 2001 til 2004 (Huseby, 2005). Det er interessant å se nærmere på om signalene som er gitt via bestillerdokumentene har ført til at ressursinnsatsen til psykisk helsevern har blitt styrket relativt sett i forhold til somatisk spesialisthelsetjeneste når perioden 2002 til 2005 betraktes.

Her vil endring i relativ ressursinnsats både i form av kostnader og personell belyses. Det kan være interessant å se personellutvikling i sammenheng med kostnadsutvikling, da dette kan være med på å belyse både lønnsutvikling og endring i praksis for fordeling av fellesressurser. Sterkere kostnadsøkning kombinert med svakere personellvekst kan være indikasjoner både på høyere lønnsvekst og endret praksis for fordeling av felleskostnader. Ressursinnsats i form av kostnader betraktes uavhengig av sektorvise øremerkede tilskudd.

Med dette som utgangspunkt vil følgende diskuteres:

- a) Observeres økt relativ prioritering av psykisk helsevern i perioden 2002 til 2005?
- b) Gir oversiktene indikasjoner på endret praksis for fordeling av felleskostnader?
- c) Reflekterer deflatoren som benyttes for spesialisthelsetjenesten reell lønnsvekst i sektoren – og er det indikasjoner på ulik lønnsvekst mellom sektorer?

Momentene skissert under punktene b) og c) kan være med på å belyse om det er en reell endring i prioritering mellom de tre tjenestekområdene somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge.

Refusjonssatsen i ISF øker fra 2002 til 2003, reduseres fra 2003 til 2004, og øker igjen fra 2004 til 2005<sup>1</sup>. Refusjonssatsen i ISF er høyest i 2003 og 2005. For 2005 gir bestillerdokumentet fra HOD som nevnt meget klare føringer for at veksten i psykisk helsevern skal være sterkere enn veksten i psykisk helsevern – og at veksten skal øke ut over øremerkede midler fra opptrappingsplanen - samtidig med krav om at den somatisk aktiviteten skal videreføres på samme nivå som fjoråret. For 2003 foreligger også krav om utflating i somatisk aktivitet finansiert av ISF (St. prp. nr. 65 2002-2003), men dette kravet er i bestillerdokumentet fra HOD for 2003 ikke like eksplisitt formulert som for årene 2004 og 2005. Dette kan tolkes som at styringssignalene med hensyn til å prioritere psykisk helsevern er svakere i 2003. Fra 2004 til 2005 øker igjen refusjonssatsen i ISF fra 40 til 60 prosent, men styringsdokumentene gir klare føringer for sterkere vekst i psykisk helsevern – noe som også følges opp med en særlig rapportering fra RHF-ene til HOD gjennom året.

Avsnitt 2.2 belyser relativ utvikling i prioritering av ressursinnsats på nasjonalt nivå. Videre belyser avsnittene 2.3 til 2.7 de samme problemstillinger på regionalt nivå. Til slutt gis en oppsummering i avsnitt 2.8.

### 2.1.1 Om datagrunnlaget

Datagrunnlaget som benyttes er regnskaps- og personelldata rapportert til Statisk Sentralbyrå i perioden 2002 til 2005. Personelldataene som benyttes her er punktelling per 31.12 gjeldende år. Alternativt kunne gjennomsnitt per år benyttes. I og med at det er utvikling over tidsperioden 2002 til 2005 som fokuseres her, er personelltall basert på punktelling lagt til grunn.

Det må tas forbehold om kvalitet på personellrapporteringen. For det først er det viktig å være oppmerksom på at ansatte som jobber i mer enn 100 prosent stilling telles som ett årsverk. I den grad økt bruk av overtid skulle være tilfelle i perioden 2002 til 2005 – så vil dette underestimere veksten i årsverk – og omvendt. I tillegg viser erfaringer at det kan

---

<sup>1</sup> I 2002 er refusjonssatsen 55 prosent, i 2003 er den 60 prosent, i 2004 er den 40 prosent og i 2005 er den 60 prosent.



være problemer knyttet til rapportering av personell i den sentrale HF-administrasjon. Dette gjelder både hvorvidt de skal rapporteres, og hvordan de skal fordeles mellom sektorene. Ustabile personelldata kan indikere at praksis for det ovennevnte kan variere mellom år og mellom helseforetak. Alle oversikter som inkluderer personelldata fra helseforetak må tolkes i lys av de nevnte forbehold.

Personell i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i somatisk rapporteres ikke. På regionalt nivå vil heller ikke personell i private sykehus inngå. Dette har betydning når kostnadsutvikling og personellutvikling sammenholdes for somatisk sektor i denne rapporten, da økt kjøp fra private aktører ikke fanges opp gjennom økt personellinnsats. Disse forholdene er det også viktig å være bevisst på når resultatene tolkes, og dette kommenteres også i diskusjonen.

For rapportering av regnskapstall gjelder også problemer med manglende retningslinjer for fordeling av felleskostnader. Etter foretaksreformen har helseforetakene arbeidet mer bevisst med forbedret fordeling av felleskostnader. Dette kan bety endret praksis i løpet av perioden. Kostnadsutvikling blir tolket og diskutert i lys av muligheten for endret for endret fordeling av felleskostnader. SINTEF har utført en analyse av fordeling av felleskostnader i 10 helseforetak i perioden 2002 til 2004 (Anthun og Torvik, 2006). En konklusjon i denne analysen er at det, på nasjonalt nivå, ikke er åpenbare grunner til å tro at psykisk helsevern har blitt belastet med en større andel av felleskostnadene.

Det er grunn til å tro at det er større usikkerhet knyttet til nivå og utvikling for personelltallene enn for kostnadsdataene. Dette er knyttet til måten personelltallene rapporteres på. Personelltallene er basert på punkttellinger og ikke all årsverksinnsats er inkludert. Det er i tillegg større usikkerhet med hensyn til inklusjon og fordeling av fellespersonell. Det legges også ned en betydelig større innsats i kvalitetssikring av regnskapsdata enn personelldata.

## 2.2 Nasjonal utvikling i relativ ressursinnsats

Tabell 2.1 nedenfor viser utvikling i totale driftskostnader<sup>2</sup> fra 2002 til 2005 for sektorene somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge – samt rusbehandling i 2004 og 2005. For perioden 2002 til 2005 øker totale driftskostnader til somatikk, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge med henholdsvis 11, 8 og 24 prosent. Det har med andre ord vært en sterkere prioritering av ressursinnsats til psykisk helsevern for barn og unge sammenlignet med somatikk. Det samme gjelder ikke psykisk helsevern for voksne. Hvis psykisk helsevern betraktes samlet, øker de totale driftskostnadene med ti prosent i perioden 2002 til 2005. Dette betyr at på nasjonalt nivå så har ikke en større *andel* av ressursinnsats i form av kostnader gått til psykisk helsevern samlet i perioden 2002 til 2005.

---

<sup>2</sup> Totale driftskostnader eksklusive avskrivninger.

Tabell 2.1 Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Nasjonalt nivå.

År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste <sup>3</sup>	44 266	46 421	48 002	49 140	11,0
- prosentvis endring fra året før		4,9	3,4	2,4	
Psykisk helsevern for voksne <sup>4</sup>	9 571	9 665	9 859	10 317	7,8
- prosentvis endring fra året før		1,0	2,0	4,7	
Psykisk helsevern for barn og unge	1 621	1 755	1 877	2 015	24,3
- prosentvis endring fra året før		8,2	7,0	7,3	
Spesialisert rusbehandling			1 768	1 883	
- prosentvis endring fra året før				6,5	

Det er interessant å betrakte tilsvarende utvikling når ressursinnsatsen måles i form av personellinnsats til de tre sektorene. Tabell 2.2 viser at ressursinnsatsen målt som personellinnsats øker mer for psykisk helsevern, både for voksne og for barn og unge, enn for somatisk virksomhet. Personellinnsatsen til somatisk virksomhet øker med drøyt 4 prosent, i psykisk helsevern øker den med drøyt 6 prosent i psykisk helsevern for voksne og i psykisk helsevern for barn og unge øker den med 11 prosent.

Tabell 2.2 Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Nasjonalt nivå.

År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	62 125	64 140	64 208	64 821	4,3
- prosentvis endring fra året før		3,2	0,1	1,0	
Psykisk helsevern for voksne <sup>5</sup>	14 952	15 196	15 541	15 907	6,4
- prosentvis endring fra året før		1,6	2,3	2,4	
Psykisk helsevern for barn og unge	2 882	2 982	3 033	3 203	11,1
- prosentvis endring fra året før		3,5	1,7	5,6	

Når utvikling i ressursinnsats, både i form av kostnader og personell betraktes, framgår følgende:

- a) Samlet kostnadsvekst er langt sterkere enn samlet personellvekst. Dette gjelder særlig for somatisk virksomhet og psykisk helsevern for barn og unge.

<sup>3</sup> Kostnadstallene for somatisk virksomhet inkluderer fra og med 2003 administrasjon av behandlingshjelpemidler. Dette utgjør om lag 280 mill kr, og medfører at kostnadsveksten fra 2002 til 2003 overestimeres med om lag 0,7 prosentpoeng. Fra og med 2005 ekskluderes kostnader knyttet til virksomhet ved private opptreningsinstitusjoner som er finansiert av kurlpenger fra Rikstrygdeverket. Dette utgjør om lag 300 mill kr, og medfører at kostnadsveksten fra 2004 til 2005 underestimeres med om lag 0,7 prosentpoeng. Disse to momentene oppveier hverandre når kostnadsvekst fra 2002 til 2005 beregnes. Det korrigeres ikke for økt kjøp fra private aktører, inkludert private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, når kostnadsvekst for somatisk virksomhet beregnes.

<sup>4</sup> Kostnadstallene for 2002 og 2003 er korrigeret for virksomhet som fra og med 2004 er inkludert under rusbehandling.

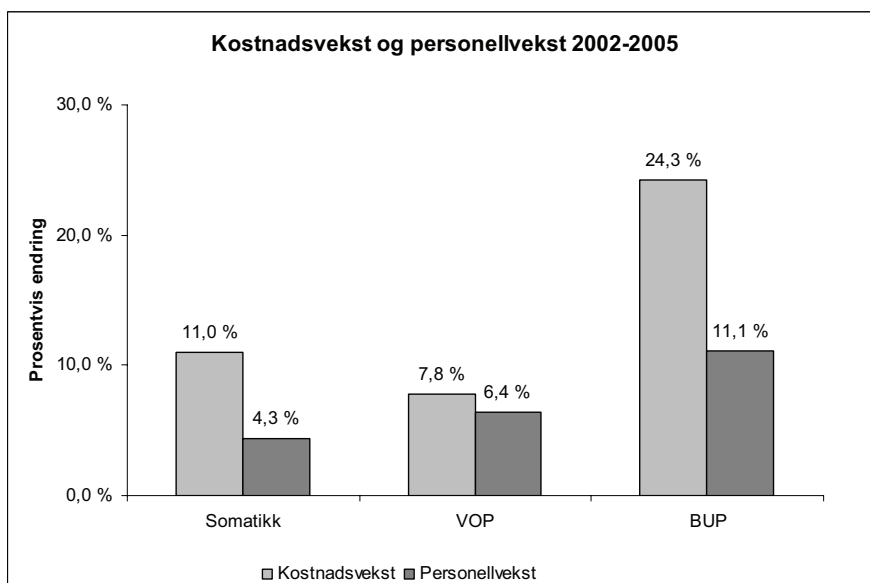
<sup>5</sup> Personelltallene for 2002, 2003 og 2004 er korrigeret for aktivitet overført til rusbehandling senere år.

- b) Innen psykisk helsevern for voksne observeres svakere vekst i kostnader sammenlignet med personell, fra 2002 til 2004.
- c) Når personell betraktes som ressursinnsats observeres en relativt sterkere prioritering av psykisk helsevern samlet i perioden 2002 til 2005. Dette er i motsetning til når kostnader benyttes som ressursinnsats – da beregnes en sterkere prioritering av somatisk virksomhet.

Moment a) og b) illustreres i figur 2.1 nedenfor. Moment c) er konsekvensen av ulikhet i kostnadsutvikling og personellutvikling, og illustreres i figur 2.2 til slutt i dette avsnittet.

En årsak til at kostnadsveksten er sterkere enn veksten i personellinnsats, særlig innenfor somatisk virksomhet, er økt kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i perioden som betraktes. Dette innebærer en reell prioritering av somatisk virksomhet, som ikke reflekteres når personellinnsatsen betraktes. Kjøp fra private avtalespesialister reflekteres heller ikke i personellinnsatsen. Dette problematiseres ikke videre i denne diskusjonen. Årsaken er at det forutsettes omtrent lik vekst for alle sektorer. Kjøp fra private sykehus fanges opp i personellinnsatsen – på nasjonalt nivå. Innenfor rammen av dette arbeidet anslås det ikke hvor mye personellinnsatsen til økt bruk av opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i somatisk sektor ville utgjøre – hvis dette ble inkludert i personellinnsatsen.

Figur 2.1 Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Deflaterte størrelser. Nasjonalt nivå.



Et annet spørsmål som kan stilles, er om lønnsveksten i spesialisthelsetjenesten er sterkere enn hva deflatoren som benyttes reflekterer, og da relativt sett særlig sterkere innenfor somatisk virksomhet. Dette spørsmålet kan vanskelig besvares uten nærmere undersøkelser. Imidlertid viser årsrapporten fra BUS at legene har hatt en sterkere lønnsvekst sammenlignet med de øvrige personellgruppene i spesialisthelsetjenesten (Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, 2006). Prosentvis vekst i legelønn er 22,4 prosent mot et gjennomsnitt på 14,4 prosent for alle typer helsepersonell samlet (Kilde: NAV0). SAMDATA benytter samme deflator som SSB, og basert på denne deflateres monetære størrelse med 11,1 prosent i SAMDATA for samme periode. Dette kan bety at deflatoren som benyttes i SAMDATA er for lav, og kan dermed være med på å forklare hvorfor beregnet kostnadsvekst er såpass mye sterkere en beregnet personellvekst. Hvis somatisk virksomhet i tillegg har en større legeandel enn psykisk helsevern, så vil kostnadsveksten bli enda sterkere uten at ressursinnsatsen reelt sett har økt like mye. Oversikt over personell i spesialisthelsetjenesten

viser at andel leger i somatisk virksomhet utgjør om lag 12-13 prosent av personellinnsatsen, mens andel leger (psykiatere og andre leger) i psykisk helsevern utgjør om lag 7-8 prosent (Jørgenvåg 2005 og Jørgenvåg 2006). Dette kan medføre at vekst i legelønn gir sterkere kostnadsvekst i somatisk sektor sammenlignet med psykisk helsevern.

Arbeidsgiveravgiften ble lagt om i 2004, noe som medførte en kostnadsvekst på om lag 450 mill kr i 2004. Helse Nord var i særlig grad berørt av dette. Avsnitt 2.7 senere i dette kapitlet viser at Helse Nord har større andel somatisk virksomhet enn landet samlet. En prosentvis lik økning av kostnader i somatisk virksomhet og psykisk helsevern i Helse Nord - på grunn av økt arbeidsgiveravgift - vil da medføre en noe sterkere kostnadsvekst på nasjonalt nivå for somatisk virksomhet.

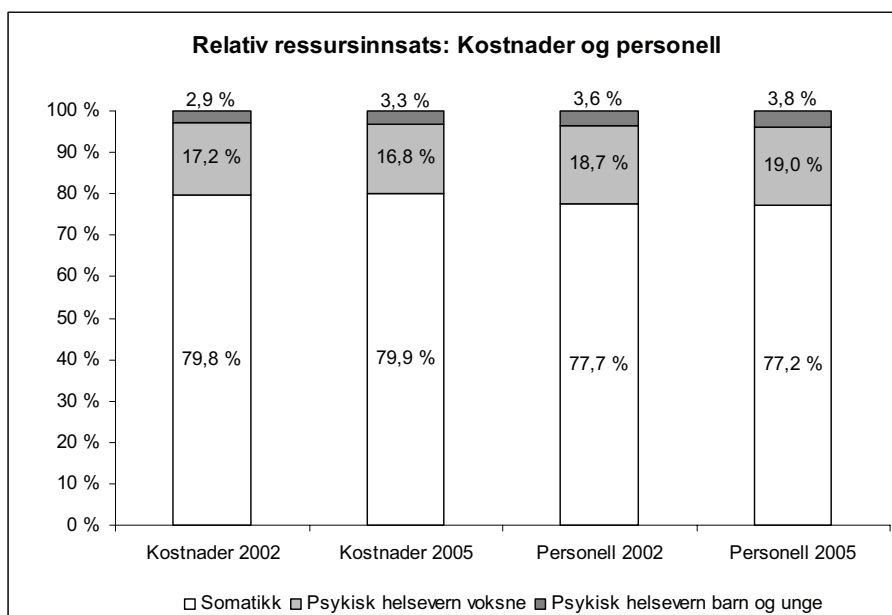
I tillegg kan det stilles spørsmål om beregnet prioritering av ressursinnsats til sektorene somatisk, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for voksne påvirkes av endrede prinsipper for fordeling av felleskostnader. SINTEF Helse har utført en analyse av fordeling av felleskostnader i perioden 2002 til 2004 (Anthun og Torvik, 2006). Analysen oppsummeres blant annet med at det er "Ingen åpenbare grunner til å tro at felleskostnadene styres for å blåse opp enkelte sektorer". Illustrasjonene her på nasjonalt nivå støtter konklusjon om at sektoren psykisk helsevern samlet ikke ser ut til å være blåst opp på grunn av fordeling av felleskostnader. Figur 2.1 gir inntrykk av at kostnadsveksten er sterkere enn personellveksten både for somatisk sektor og for psykisk helsevern. Anthun og Torvik går ikke nærmere inn på diskusjon av eventuelle regionale variasjoner.

SAMDATA psykisk helsevern 2005 argumenterer for at det kan være indikasjoner på økt fordeling av felleskostnader til psykisk helsevern for barn og unge (Brigham, 2006). Figur 2.1 underbygger dette. Figuren kan tyde på økt fordeling av kostnader fra psykisk helsevern for voksne til barn og unge, uten at tilsvarende fordeling av fellespersonell har blitt foretatt. Regionale oversikter i avsnitt 2.3 til 2.7 vil belyse eventuelle regionale variasjoner.

Innledningsvis ble det stilt spørsmål om endret refusjonssats i ISF kan påvirke prioritering mellom somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Særlig kan det være aktuelt for prioritering av ressursinnsats fra 2002 til 2003. Tabell 2.1 viser at kostnadsveksten i somatisk virksomhet er langt sterkere enn kostnadsveksten i psykisk helsevern fra 2002 til 2003. Kostnadsveksten innenfor psykisk helsevern for barn og unge er stabil og høy i hele perioden. Bildet modereres noe når personellutvikling betraktes i tabell 2.2, men fortsatt gjelder at personellveksten i psykisk helsevern for voksne er svakest fra 2002 til 2003, samtidig som at personellveksten i somatisk virksomhet da er sterkest.

Utviklingen i kostnadsinnsats og personellinnsats gir ulikt svar på spørsmålet om hvilken sektor som har opplevd sterkest vekst i ressursinnsats. Basert på personellinnsats øker psykisk helsevern mest, men basert på kostnadsinnsats øker somatisk sektor marginalt sterkere. Figur 2.2 nedenfor illustrerer dette.

Figur 2.2 Relativ ressursinnsats til somatisk virksomhet og psykisk helsevern, henholdsvis for voksne og for barn og unge. 2002 og 2005. Landet samlet.



### 2.2.1 Oppsummering

Hovedspørsmålet som stilles er om det har vært en sterkere prioritering av ressursinnsats til psykisk helsevern i perioden 2002 til 2005. Basert på kostnadsinnsats indikerer beregningene økt prioritering av somatisk virksomhet og psykisk helsevern for barn og unge. Andelen kostnader til somatisk sektor øker med 0,1 prosentpoeng. Dette kan se lite ut, og det kan pekes på usikkerhet i beregninger. På den andre siden utgjør 0,1 prosent av en total kostnadsramme på 63 mrd kr i 2005 63 mill kr. For at resultatet skulle blitt omvendt, det vil si at kostnadsandelen til somatikk skulle blitt redusert med 0,1 prosent, så måtte kostnader til psykisk helsevern øke med ca 125 mill kr på bekostning av kostnadsvekst i somatikk – noe som ikke er helt ubetydelig. Basert på personellinnsats indikeres økt relativ prioritering av både psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Konklusjonen om økt relativ ressursinnsats til psykisk helsevern for barn og unge gjelder når begge målene for ressursinnsats legges til grunn. For somatisk sektor og psykisk helsevern for voksne er konklusjonen uklar da de to målene på ressursinnsats peker i hver sin retning.

Bestillerdokumentene gir føringer om at helseregionene skal styrke psykisk helsevern. Presentasjonen over konkluderer med relativt sett økt ressursinnsats til psykisk helsevern for barn og unge, men at det er usikkert om psykisk helsevern for voksne har opplevd sterkere prioritering sammenlignet med somatikk. Følgende momenter som enten styrker eller svekker en konklusjon om økt relativ ressursinnsats til psykisk helsevern for voksne trekkes fram:

- Manglende inkludering av personell til somatiske rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner svekker en slutning om økt relativ ressursinnsats til psykisk helsevern for voksne.
- En eventuell sterkere lønnsvekst i somatisk sektor styrker en konklusjon en økt relativ ressursinnsats til psykisk helsevern for voksne.
- Økt arbeidsgiveravgift i Helse Nord, som har en relativt sett større somatisk sektor, kan blåse opp kostnadsveksten for somatisk sektor nasjonalt noe. Dette styrker en konklusjon om økt relativ ressursinnsats til psykisk helsevern for voksne.

- Beregningene kan tyde på økt fordeling av felleskostnader fra psykisk helsevern for voksne til psykisk helsevern for barn og unge. Dette vil eventuelt kunne underestimere kostnadsvekst i psykisk helsevern for voksne, men vil ikke ha noen betydning for kostnadsvekst i psykisk helsevern samlet.

Hvilke av de fire momentene nevnt over som betyr mest er ikke analysert nærmere her. Avslutningsvis kan det nevnes at veksten i ressursinnsats til psykisk helsevern for voksne er absolutt svakest i 2003, både når ressursinnsatsen måles som kostnader og personell.

### 2.3 Helse Øst: Utvikling i relativ ressursinnsats

Tabell 2.3 nedenfor viser at Helse Øst følger den nasjonale kostnadsutviklingen i perioden 2002 til 2005. Kostnadsveksten er sterkest i psykisk helsevern for barn og unge, og svakest i psykisk helsevern for voksne. Samlet sett har kostnadsinnsatsen til psykisk helsevern vokst marginalt svakere enn for somatisk spesialisthelsetjeneste. Kostnadsveksten for psykisk helsevern samlet er i underkant av ti prosent, mens kostnadsveksten for somatisk sektor er i overkant av ti prosent.

Tabell 2.3 Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Øst.

År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	14 748	15 370	15 494	16 284	10,4
- prosentvis endring fra året før		4,2	0,8	5,1	
Psykisk helsevern for voksne	3 736	3 697	3 807	4 073	9,0
- prosentvis endring fra året før		-1,0	3,0	7,0	
Psykisk helsevern for barn og unge	657	697	712	752	14,4
- prosentvis endring fra året før		6,1	2,1	5,6	
Spesialisert rusbehandling			807	852	
- prosentvis endring fra året før				5,6	

Avsnitt 2.2 stiller spørsmål om høy refusjonssats i ISF i 2003 fører til svakere prioritering av psykisk helsevern. Tabell 2.3 viser reduksjon i kostnader til psykisk helsevern for voksne i Helse Øst i 2003, og god kostnadsvekst for somatisk sektor. Tabell 2.4 nedenfor viser reduksjon i personellinnsats både til psykisk helsevern for voksne og for barn og unge dette året – men tabellen viser også at reduksjonen i personellinnsats er enda sterkere i somatikken. Det må tas forbehold om datakvalitet på personellstatistikken, jf avsnitt 2.1.1.

Tabell 2.4 Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Øst.

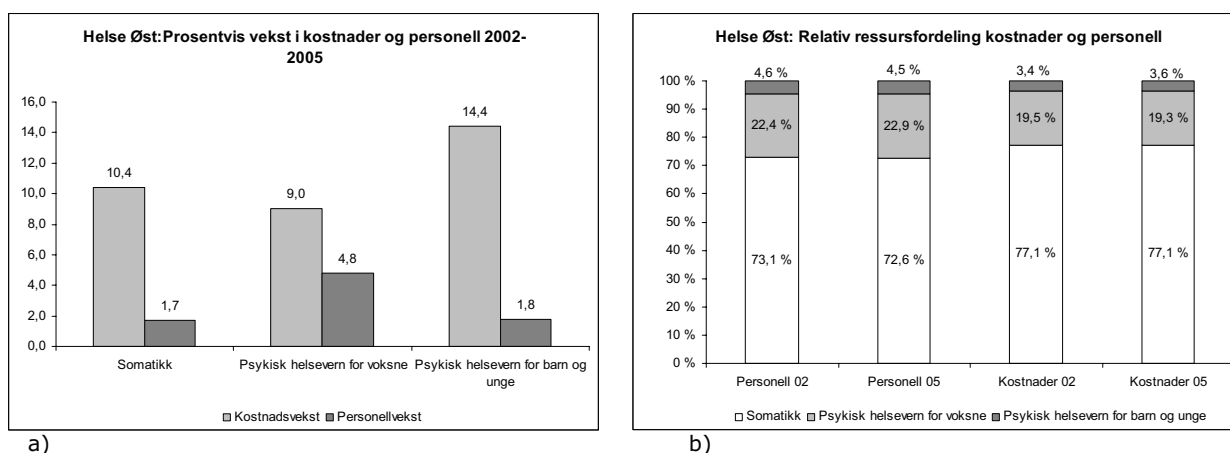
År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	19 586	19 257	19 500	19 923	1,7
- prosentvis endring fra året før		-1,7	1,3	2,2	
Psykisk helsevern for voksne <sup>6</sup>	5 992	5 979	6 012	6 281	4,8
- prosentvis endring fra året før		-0,2	0,5	4,5	
Psykisk helsevern for barn og unge	1 220	1 217	1 180	1 242	1,8
- prosentvis endring fra året før		-0,2	-3,0	5,3	

I liket med beregninger for landet samlet, viser tabell 2.4 at Helse Øst har en sterkere vekst i personellinnsats til psykisk helsevern. Det som imidlertid er avvikende fra landet forøvrig, er at personellveksten øker mest innenfor psykisk helsevern for voksne. Dette står i motsetning til kostnadsveksten, som er klart sterkest i psykisk helsevern for barn og unge – se tabell 2.3. Figur 2.3 nedenfor illustrerer dette. Ulik utvikling av personellinnsats og kostnader i psykisk helsevern for barn og unge motiverer for å stille spørsmål om økt fordeling av felleskostnader til sektoren.

Det må igjen tas forbehold om personellstatistikk. Gjennomgang av grunnlag for regionale personelltall i psykisk helsevern for barn og unge viser en påfallende sterk reduksjon av personell i Oslo-området fra 2003 til 2004. Omorganisering av enheter og endret grensedragning mellom tjenester for barn og unge og tjenester til voksne har bidratt til dette. Endret praksis for statistikkrapportering modifierer resultatet om svakere personellvekst i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst.

Det må påpekes at personellutviklingen som presenteres i tabell 2.4 gjelder institusjoner og foretak tilknyttet Helse Øst. Dermed vil ikke økt kjøp av tjenester, særlig innenfor somatisk sektor, fanges opp. Personellutviklingen bør tolkes i sammenheng med økt kjøp fra private sykehus, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i perioden, som ikke fanges opp i personellinnsatsen for RHF-et.

Figur 2.3 Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Monetære størrelser er deflatert. Helse Øst.



<sup>6</sup> Personelltallene for 2002, 2003 og 2004 er korrigert for aktivitet overført til rusbehandling senere år.

### 2.3.1 Oppsummering Helse Øst

- Det er uklart om ressursinnsatsen til psykisk helsevern samlet relativt sett har økt.
- Kostnadsutviklingen indikerer omtrent lik kostnadsvekst innenfor somatisk virksomhet og psykisk helsevern samlet i Helse Øst fra 2002 til 2005. Det vil si ingen sterkere relativ prioritering av psykisk helsevern samlet. Psykisk helsevern for barn og unge har imidlertid hatt den sterkeste kostnadsveksten.
- Målt ved personellinnsats, så beregnes den sterkeste veksten innenfor psykisk helsevern for voksne. Resultatet står i motsetning til utvikling i ressursinnsats målt ved kostnader, hvor den klart sterkeste veksten kommer i psykisk helsevern for barn og unge.

## 2.4 Helse Sør: Utvikling i relativ ressursinnsats

Tabell 2.5 nedenfor viser at i perioden fra 2002 til 2005 har Helse Sør en sterkere kostnadmessig prioritering av somatisk virksomhet sammenlignet med psykisk helsevern. Totale kostnader til somatisk virksomhet øker med nær ti prosent, mens totale kostnader til psykisk helsevern samlet øker med om lag to prosent. Kostnader til psykisk helsevern for barn og unge øker imidlertid relativt sett mest, med en samlet vekst på ca 22 prosent, men dette motsvares av en realnedgang i kostnader til psykisk helsevern for voksne. Kostnadsveksten innenfor somatisk virksomhet har imidlertid vært avtagende i perioden.

Tabell 2.5 Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Sør.

År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	9 944	10 575	10 900	10 917	9,8
- prosentvis endring fra året før		6,3	3,1	0,2	
Psykisk helsevern for voksne	1 687	1 688	1 682	1 666	-1,2
- prosentvis endring fra året før		0,1	-0,4	-0,9	
Psykisk helsevern for barn og unge	286	302	324	348	21,9
- prosentvis endring fra året før		5,7	7,4	7,4	
Spesialisert rusbehandling			378	364	
- prosentvis endring fra året før				-3,6	

I avsnitt 2.2 ble det reist spørsmål om høy refusjonssats i ISF i 2003 fører til svakere prioritering av psykisk helsevern dette året. Tabell 2.5 viser en marginal kostnadsvekst for psykisk helsevern for voksne i Helse Sør fra 2002 til 2003, samtidig som kostnadsveksten i somatisk sektor er høy.

Tabell 2.6 viser en økning i personellinnsatsen til psykisk helsevern for voksne på om lag 5 prosent. Dette står i motsetning til en realnedgang i kostnader. Figur 2.4 nedenfor illustrerer dette.

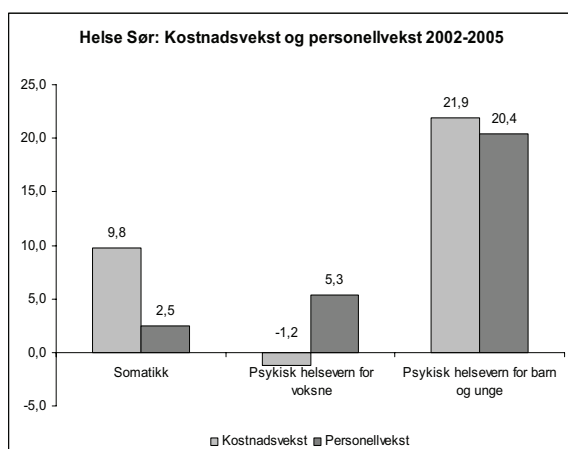


Tabell 2.6 Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Sør.

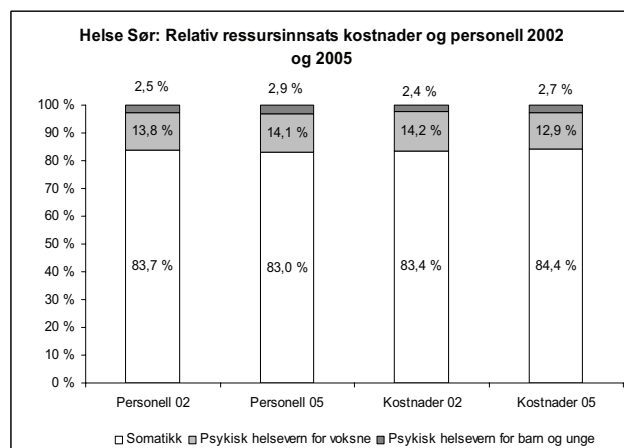
År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	15 035	15 472	15 467	15 407	2,5
- prosentvis endring fra året før		2,9	0,0	-0,4	
Psykisk helsevern for voksne <sup>7</sup>	2 477	2 546	2 694	2 609	5,3
- prosentvis endring fra året før		2,8	5,8	-3,2	
Psykisk helsevern for barn og unge	451	509	522	543	20,4
- prosentvis endring fra året før		12,9	2,6	4,0	

For Helse Sør beregnes økt relativ ressursinnsats til somatisk virksomhet i perioden 2002 til 2005 når kostnader legges til grunn. Det motsatte er tilfelle når utvikling i relativ personellinnsats betraktes, da beregnes en prioritering av psykisk helsevern – også for voksne, jf figur 2.4. Dette motiverer spørsmål om endret praksis for fordeling av felleskostnader og/eller fellespersonell som særlig har påvirket ressursinnsats til psykisk helsevern for voksne. I Helse Sør viser oversiktene at kostnader og personell i psykisk helsevern for barn og unge øker i samme takt. For Helse Sør kan det derfor muligens stilles spørsmål om redusert fordeling av felleskostnader til psykisk helsevern for voksne i perioden.

Figur 2.4 Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Relativ ressursinnsats målt i personellinnsats og kostnader 2002 og 2005. Monetære størrelser deflatert. Helse Sør.



a)



b)

Lavere personellvekst i somatisk sektor må også tolkes i lys av økt kjøp fra private aktører, som ikke gjenspeiles i økt personellinnsats. I avsnitt 2.2 ble det stilt spørsmål om det kan være sterkere lønnsvekst i somatisk sektor, på grunn av høyere legeandel sammenlignet med psykisk helsevern. Hvis så er tilfelle vil realvekst for kostnader i somatisk virksomhet overestimeres.

<sup>7</sup> Personelltallene for 2002, 2003 og 2004 er korrigeret for aktivitet overført til rusbehandling senere år.

Figur 2.4 over illustrerer imidlertid sammen med tabell 2.5 og 2.6 en prioritering av psykisk helsevern for barn og unge i Helse Sør – både når kostnader og når personell betraktes som ressursinnsats. Både personellveksten og kostnadsveksten i psykisk helsevern for barn og unge øker med drøyt 20 prosent, noe som resulterer i at både personellandelen og kostnadsandelen øker med 0,3 til 0,4 prosent. Kostnadsandelen til somatisk sektor øker mest. Figur 2.4 b) viser at kostnadsandelen til somatikk øker med ett prosentpoeng, mens andel kostnader til psykisk helsevern for voksne reduseres.

#### 2.4.1 Oppsummering Helse Sør

- Det kan ikke trekkes en klar konklusjon med hensyn til prioritering av ressursinnsats til psykisk helsevern samlet sett.
- Når kostnader benyttes som ressursinnsats beregnes en klar prioritering av somatisk virksomhet. Motsatt konklusjon dras når personell betraktes som ressursinnsats, da beregnes en prioritering av psykisk helsevern. Økt personellinnsats kombinert med reduserte kostnader til psykisk helsevern for voksne forårsaker dette spriket.
- Når kostnader benyttes som ressursinnsats, har Helse Sør i hele perioden en svakere prioritering av vekst i psykisk helsevern for voksne.
- For perioden 2002 til 2005 har Helse Sør en svak vekst på om lag to prosent i kostnader til psykisk helsevern, mot en vekst på ti prosent for landsgjennomsnittet.
- Imidlertid øker den relative innsatsen til psykisk helsevern for barn og unge uavhengig av om kostnader eller personell betraktes som ressursinnsats.

## 2.5 Helse Vest: Utvikling i relativ ressursinnsats

Tabell 2.7 viser at Helse Vest kostnadsmessig har prioritert sterkere vekst i psykisk helsevern sammenlignet med somatisk virksomhet i perioden 2002 til 2005. Veksten i psykisk helsevern samlet er om lag 17 prosent, mens kostnader for somatisk virksomhet vokser med drøyt ni prosent. Særlig sterk kostnadsvekst observeres innen psykisk helsevern for barn og unge, med en kostnadsvekst på 44 prosent i perioden.

Tabell 2.7 Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Vest.

År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	8 130	8 527	8 743	8 897	9,4
- prosentvis endring fra året før		4,9	2,5	1,8	
Psykisk helsevern for voksne	2 194	2 242	2 341	2 485	13,3
- prosentvis endring fra året før		2,2	4,4	6,2	
Psykisk helsevern for barn og unge	282	320	360	406	43,9
- prosentvis endring fra året før		13,3	12,7	12,6	
Spesialisert rusbehandling			290	341	
- prosentvis endring fra året før				17,7	

Tabell 2.8 Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Vest.

År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	11 521	12 244	12 143	12 331	7,0
- prosentvis endring fra året før		6,3	-0,8	1,5	
Psykisk helsevern for voksne <sup>8</sup>	2 931	3 044	3 108	3 116	6,3
- prosentvis endring fra året før		3,9	2,1	0,3	
Psykisk helsevern for barn og unge	510	541	570	603	18,2
- prosentvis endring fra året før		6,1	5,4	5,8	

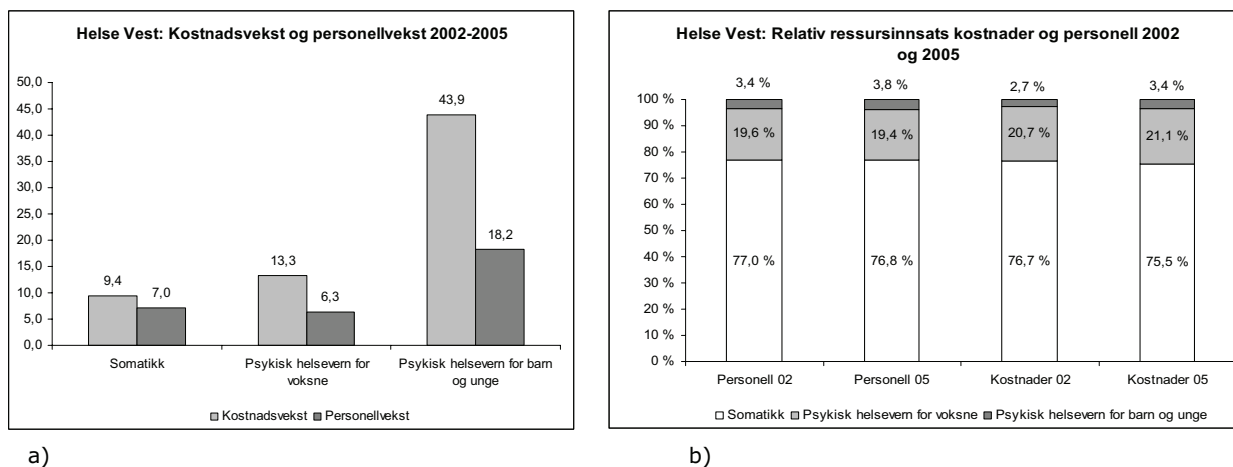
Når personellinnsats benyttes som ressursinnsats, modereres konklusjonen om en relativt sterkere vekst i psykisk helsevern for voksne sammenlignet med somatisk sektor. Personellinnsatsen til psykisk helsevern for voksne øker med seks prosent, altså noe svakere enn sju prosent for somatisk virksomhet. Dette må også sees i lys av økt kjøp av tjenester hos somatiske opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som ikke fanges opp i personelltallene. Konklusjonen om en sterkere prioritering av psykisk helsevern for barn og unge gjelder også når personellinnsats betraktes.

I avsnitt 2.2 ble det reist spørsmål om høy refusjonssats i ISF for 2003 medfører svakere prioritering av psykisk helsevern. Tabell 2.7 viser en sterkere kostnadsvekst for somatikk dette året, og svakere kostnadsvekst til psykisk helsevern for voksne. Det samme gjelder når personellinnsatsen betraktes. Men det må påpekes at sammenlignet med landet samlet, så har Helse Vest en sterkere vekst i ressursinnsats til psykisk helsevern dette året.

Figur 2.5a) viser utvikling i ressursinnsats, og figur 2.5b) viser konsekvenser for relativ ressursinnsats. To trekk kan påpekes. Figur 2.5 b) viser at Helse Vest har en klar omprioritering av kostnader relativt sett fra somatisk virksomhet til psykisk helsevern – inkludert psykisk helsevern for voksne. Reduksjonen i andel kostnader i somatisk sektor er betydelig sammenlignet med landet samlet. I motsetning til gjennomsnittet for landet presentert i avsnitt 2.2 kan det også påpekes at Helse Vest har en sterkere vekst i personellinnsatsen til somatisk virksomhet, kombinert med en svakere kostnadsvekst. Dette motiverer for to spørsmål: For det første er det nærliggende å stille spørsmål om fordeling av sentrale administrative ressurser i form av personell mellom sektorene. For det andre kan det stilles spørsmål om økt fordeling av felleskostnader fra somatisk virksomhet til psykisk helsevern. Det siste spørsmålet motiveres av figur 2.5 a) som viser at kostnadene i psykisk helsevern vokser mye sterkere enn personellinnsatsen, sammenlignet med somatisk sektor.

<sup>8</sup> Personelltallene for 2002, 2003 og 2004 er korrigeret for aktivitet overført til rusbehandling senere år.

Figur 2.5 Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Relativ ressursinnsats målt i personellinnsats og kostnader 2002 og 2005. Monetære størrelser deflatert. Helse Vest.



Avsnitt 2.2 reiser spørsmål om sterkere lønnsvekst i somatisk sektor. Illustrasjonene for Helse Vest motiverer ikke i like stor grad til å stille spørsmål om dette. Årsaken er at her observeres ikke like stort sprik mellom kostnadsvekst og personellvekst. Imidlertid må dette sees i sammenheng med fordeling av felleskostnader.

### 2.5.1 Oppsummering Helse Vest

- Helse Vest har økt relativ ressursinnsats til psykisk helsevern samlet, men det er uklart om innsatsen til psykisk helsevern for voksne er sterkere enn for somatikken. Årsaken til det siste er svakere personellvekst og sterkere kostnadsvekst i psykisk helsevern for voksne sammenlignet med somatisk sektor.
- En relativt sterkere prioritering av psykisk helsevern for barn og unge beregnes både på bakgrunn av kostnader og på bakgrunn av personellinnsats i perioden.

## 2.6 Helse Midt-Norge: Utvikling i relativ ressursinnsats

Tabell 2.9 viser en sterkere kostnadsvekst innenfor somatisk virksomhet enn innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge i perioden 2002 til 2005. Driftskostnader til somatisk virksomhet øker med nesten 19 prosent, mens kostnader til psykisk helsevern samlet øker med om lag 11 prosent. Kostnadsveksten i psykisk helsevern fordeles på 9 prosent i psykisk helsevern for voksne, og 25 prosent for psykisk helsevern for barn og unge. Basert på kostnadsinnsats er det, i tråd med landet for øvrig, en relativ styrking av psykisk helsevern for barn og unge.

Tabell 2.9 Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Midt-Norge.

År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	6 169	6 662	7 115	7 323	18,7
- prosentvis endring fra året før		8,0	6,8	2,9	
Psykisk helsevern for voksne	1 179	1 224	1 232	1 283	8,8
- prosentvis endring fra året før		3,8	0,7	4,1	
Psykisk helsevern for barn og unge	200	229	231	251	25,3
- prosentvis endring fra året før		14,6	0,8	8,4	
Spesialisert rusbehandling			165	181	
- prosentvis endring fra året før				9,9	

Den sterkere kostnadsveksten i somatisk virksomhet kommer i perioden 2002 til 2004, hvor kostnadene øker mye begge år. Sammenlignet med landet for øvrig gir dette en betydelig omfordeling av kostnader til somatisk virksomhet.

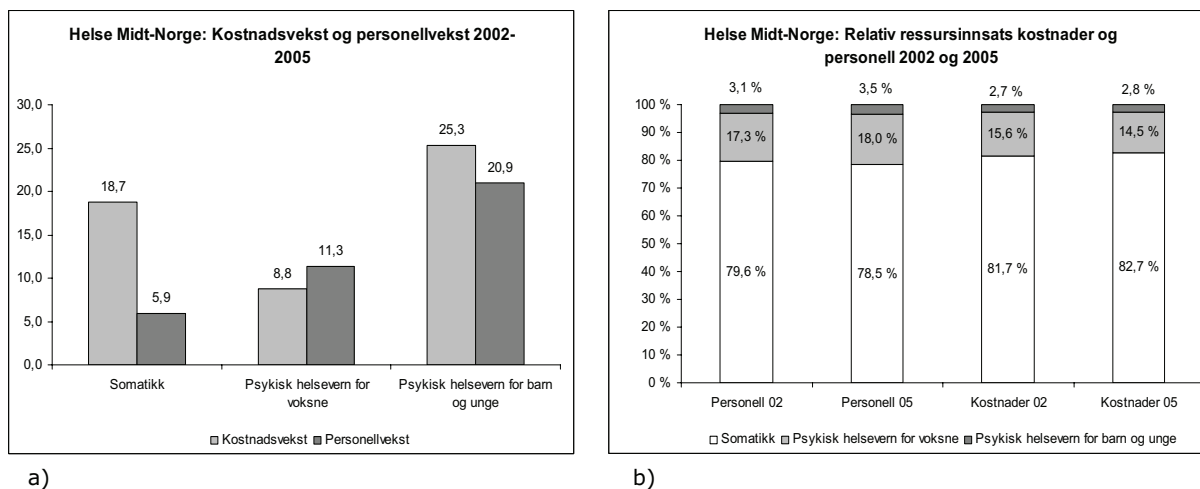
Tabell 2.10 Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Midt-Norge.

År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	8 628	8 916	9 174	9 140	5,9
- prosentvis endring fra året før		3,3	2,9	-0,4	
Psykisk helsevern for voksne <sup>9</sup>	1 877	1 970	2 011	2 090	11,3
- prosentvis endring fra året før		5,0	2,1	3,9	
Psykisk helsevern for barn og unge	339	347	368	410	20,9
- prosentvis endring fra året før		2,4	6,1	11,4	

Tabell 2.10 viser utvikling i personellinnsats fra 2002 til 2005 for de tre sektorene. Basert på innrapporterte tall for personellinnsats prioriteres psykisk helsevern i Helse Midt-Norge – noe som står i motsetning til konklusjonen om sterkere prioritering av somatisk virksomhet basert på kostnadsinnsats. Motsetningen illustreres i figur 2.6 nedenfor. Dette resultatet oppstår fordi personellveksten i psykisk helsevern for voksne er sterkere enn kostnadsveksten. Personellinnsatsen til psykisk helsevern for voksne øker med 11 prosent, mens kostnadene øker med 9 prosent. Dette relateres som nevnt til utvikling fra 2002 til 2004 – se tabell 2.9 og 2.10.

<sup>9</sup> Personelltallene for 2002, 2003 og 2004 er korrigeret for aktivitet overført til rusbehandling senere år.

Figur 2.6 Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002 – 2005. Relativ ressursinnsats målt i personellinnsats og kostnader 2002 og 2005. Monetære størrelser deflatert. Helse Midt-Norge.



a)

b)

Forholdet mellom personellvekst og kostnadsvekst illustrert i figur 2.6a) kan motivere for å stille spørsmål om endrede rutiner for fordeling av felleskostnader og fellespersonell i Helse Midt-Norge. For eksempel kan det stilles spørsmål om det kan være innført endret organisering av administrative ressurser som ikke reflekteres i nye rutiner for fordeling av fellesressursene, eller om det er foretatt regnskapstekniske omlegginger som det ikke er korrigert for. Motivasjonen for disse spørsmålene styrkes av en spesiell kostnadsutvikling i Helse Midt-Norge fra 2003 til 2004, hvor omtrent all kostnadsvekst kommer i somatisk sektor – se tabell 2.9.

I avsnitt 2.2 ble det påpekt at lønnsveksten i somatisk sektor er sterkere enn lønnsveksten i psykisk helsevern. Hvis så skulle være tilfelle, vil det kunne være med på å forklare noe av den avvikende utviklingen når prioritering mellom sektoren belyses med henholdsvis kostnader og personellinnsats.

Personellutviklingen som presenteres tyder på økt relativ ressursinnsats for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge. Dette må tolkes i lys av at økt kjøp fra private aktører for somatisk virksomhet i Helse Midt-Norge ikke fanges opp gjennom personellinnsatsen.

### 2.6.1 Oppsummering Helse Midt-Norge

- Det er uklart om relativ ressursinnsats til psykisk helsevern samlet øker i Helse Midt-Norge. Årsaken er en relativt sterkere personellvekst og svakere kostnadsvekst i psykisk helsevern for voksne.
- Målt med kostnadsinnsats beregnes en prioritering av somatisk virksomhet i Helse Midt-Norge sammenlignet med psykisk helsevern samlet. Helse Midt-Norge har en påfallende kostnadsutvikling fra 2003 til 2004, hvor omtrent all kostnadsvekst kommer i somatisk sektor.
- I psykisk helsevern for voksne beregnes sterkere vekst i personellinnsats ved foretakene i Helse Midt-Norge sammenlignet med kostnadsinnsats. Dette motiverer for å stille spørsmål om endrede rutiner for fordeling av felleskostnader og/eller fellespersonell. Alternativt kan det stilles spørsmål om endret organisering av administrative funksjoner som ikke fanges opp.
- En relativt sterkere prioritering av psykisk helsevern for barn og unge beregnes både på bakgrunn av kostnader og på bakgrunn av personellinnsats i perioden.

## 2.7 Helse Nord: Utvikling i relativ ressursinnsats

Tabell 2.11 viser en sterkere kostnadsvekst i psykisk helsevern, både for voksne og for barn og unge, sammenlignet med kostnadsvekst for somatisk virksomhet. Kostnadsveksten for somatisk sektor er om lag 13 prosent, mens kostnadsveksten i psykisk helsevern for voksne og i barn og unge er på henholdsvis 16 og 36 prosent. Kostnadsveksten innenfor somatisk virksomhet er i særlig grad dempet i 2005. Dette indikerer økt prioritering av både psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Imidlertid viser kostnadsveksten i psykisk helsevern for voksne en ustabil veksttakt, se tabell 2.11. Den sterke kostnadsveksten i psykisk helsevern for voksne fra 2002 til 2003 kombinert med negativ vekst fra 2003 til 2004 motiverer til å stille spørsmål om kostnadene kan være beregnet for høye i 2003.

Tabell 2.11 Utvikling i totale driftkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og spesialisert tverrfaglig rusbehandling. 2002 til 2005. (Rusbehandling 2004 og 2005). Mill kr målt i faste 2005 kr. Helse Nord.

År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	5 133	5 412	5 774	5 787	12,7
- prosentvis endring fra året før		5,4	6,7	0,2	
Psykisk helsevern for voksne	941	1 044	1 033	1 093	16,2
- prosentvis endring fra året før		10,9	-1,0	5,9	
Psykisk helsevern for barn og unge	190	208	240	260	36,5
- prosentvis endring fra året før		9,3	15,6	8,0	
Spesialisert rusbehandling			165	166	
- prosentvis endring fra året før				1,1	

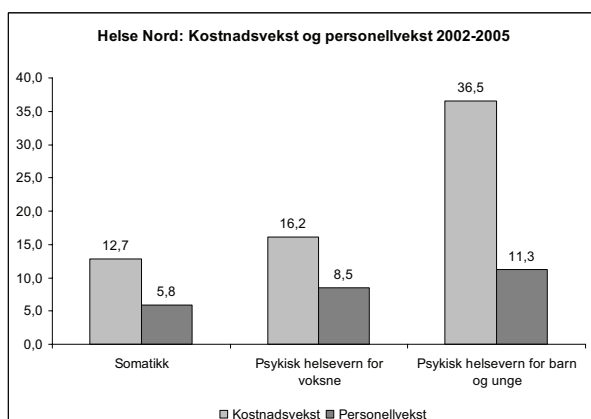
Det er også interessant å se nærmere på om personellutviklingen følger samme trend som kostnadsutviklingen. Tabell 2.12 nedenfor viser sterkere vekst i personellinnsats for psykisk helsevern, både for voksne og for barn og unge, enn for somatisk sektor. Personellinnsatsen følger samme utvikling som kostnadsinnsatsen, for perioden sett under ett. Utvikling i personellinnsats viser også en ustabil vekstbane, og det vises til avsnitt 2.1.1 for forbehold knyttet til data for personellinnsats. Begge målene på ressursinnsats viser omfordeling av ressursinnsats relativt sett fra somatisk virksomhet til psykisk helsevern. Konsekvensen av dette er at kostnadsandelen til somatisk virksomhet reduseres med 0,9 prosent og at personellandelen reduseres med 0,5 prosent. Figur 2.7b) illustrerer dette.

Tabell 2.12 Utvikling i personellinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge. 2002 til 2005. Helse Nord.

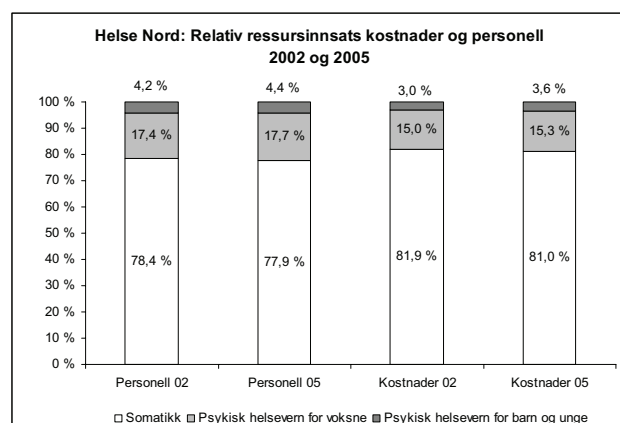
År	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring
					2002-2005
Somatisk spesialisthelsetjeneste	6 765	7 562 <sup>10</sup>	7 121	7 160	5,8
- prosentvis endring fra året før		11,8	-5,8	0,5	
Psykisk helsevern for voksne <sup>11</sup>	1 502	1 493	1 546	1 630	8,5
- prosentvis endring fra året før		-0,6	3,5	5,4	
Psykisk helsevern for barn og unge	364	368	394	405	11,3
- prosentvis endring fra året før		1,1	7,1	2,8	

Avsnitt 2.2 reiser spørsmål om lavere prioritering av psykisk helsevern i 2003, på grunn av høy refusjonssats i ISF. Tabell 2.11 viser sterk kostnadsvekst også for psykisk helsevern i Helse Nord i 2003. Regionen utmerker seg dermed med sterk kostnadsvekst dette året for psykisk helsevern sammenlignet med somatisk virksomhet. Det kan imidlertid reises spørsmål om de registrerte kostnadene i psykisk helsevern for regionen i 2003 er for høyt. Personellreduksjon i psykisk helsevern for voksne i 2003 støtter også dette spørsmålet.

Figur 2.7 Kostnadsvekst og personellvekst i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Prosentvis vekst fra 2002 til 2005. Relativ ressursinnsats målt i personellinnsats og kostnader 2002 og 2005. Monetære størrelser deflatert. Helse Nord.



a)



b)

Det kan påpekes at kostnadsveksten i psykisk helsevern for barn og unge er sterk sammenlignet med veksten i personellinnsats. I likhet med landet for øvrig, gir dette en motivasjon for å stille spørsmål om endret praksis for fordeling av felleskostnader fra psykisk helsevern for voksne til psykisk helsevern for barn og unge. Konklusjonen om økt ressursinnsats til psykisk helsevern for barn og unge står uansett ved lag.

Økt kjøp av tjenester hos private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i somatisk virksomhet fanges ikke opp i personellinnsatsen. Resultatene må tolkes i lys av dette.

<sup>10</sup> Det er usikkerhet knyttet til personelltall for Helse Nord i 2003. Jf SAMDATA somatikk 2004.

<sup>11</sup> Personelltallene for 2002, 2003 og 2004 er korrigeret for aktivitet overført til rusbehandling senere år.



### 2.7.1 Oppsummering Helse Nord

- Helse Nord har en sterkere relativ prioritering av psykisk helsevern i perioden 2002-2005, både for voksne og for barn og unge. Dette gjelder uavhengig av om kostnader eller personell benyttes som ressursinnsats.
- Dempningen av kostnadsveksten i somatisk sektor og den sterkere kostnadsveksten i psykisk helsevern for voksne kommer i 2005.
- Oversiktene kan tyde på økt fordeling av kostnader fra psykisk helsevern for voksne til psykisk helsevern for barn og unge.

## 2.8 Diskusjon og oppsummering av regionale variasjoner

Denne oppsummeringen fokuserer på følgende punkter:

- a) Prioritering av psykisk helsevern og endrede rutiner for fordeling av felleskostnader
- b) Lønnsvekst i somatisk sektor
- c) Kostnadsvekst i psykisk helsevern sett i lys av refusjonssats ISF 2003
- d) Inntektsmodell og prioritering av psykisk helsevern

### 2.8.1 Prioritering av psykisk helsevern og fordeling av fellesressurser

For landet samlet tyder utvikling i ressursinnsats på en klar prioritering av psykisk helsevern for barn og unge, mens det er uklart om det observeres en reell prioritering av psykisk helsevern for voksne. Årsaken er en relativt svakere kostnadsvekst og en relativt sterkere personellvekst i psykisk helsevern for voksne sammenlignet med somatisk sektor. Det stilles videre spørsmål om endrede rutiner for fordeling av fellesressurser. På nasjonalt nivå kan oversiktene over utvikling i relativ ressursinnsats tyde på økt fordeling av kostnader fra psykisk helsevern for voksne til psykisk helsevern for barn og unge. Der er interessant å se nærmere på om regionale beregninger tyder på regionale variasjoner i disse resultatene.

Helse Øst følger den nasjonale utviklingen, med en klar prioritering av psykisk helsevern for barn og unge. Videre observeres en sterkere personellvekst i psykisk helsevern for voksne kombinert en svakere kostnadsvekst – som er i tråd med beregninger for landet samlet. Dette motiverer for å stille spørsmål om økt fordeling av kostnader fra psykisk helsevern for voksne til barn og unge. Illustrasjonene i avsnitt 2.3 viser dermed at det er uklart om det er en sterkere prioritering av psykisk helsevern samlet i Helse Øst.

Den svakeste kostnadsveksten for psykisk helsevern i perioden finner sted i Helse Sør. Men også for Helse Sør beregnes en klar prioritering av psykisk helsevern for barn og unge, både når kostnader og personell benyttes som ressursinnsats. Konklusjonen for psykisk helsevern for voksne er i likhet med landet samlet uklar. I Helse Sør observeres en realnedgang i kostnader kombinert med økt personellinnsats. Dermed gjelder det også for Helse Sør at det er uklart om det observeres en økt relativ prioritering av psykisk helsevern. Det kan også stilles spørsmål om endrede rutiner for fordeling av fellesressurser, men oversiktene kan tyde på at problematikken kan være en annen enn for landet samlet. For Helse Sør kan det muligens stilles spørsmål om felleskostnader i mindre grad har blitt fordelt til psykisk helsevern i løpet av perioden.

Basert på kostnadsinnsats beregnes i Helse Vest en klar prioritering av psykisk helsevern, både for voksne og for barn og unge. Når utvikling i relativ ressursinnsats betraktes sammen med kostnadsinnsatsen, er konklusjonen uklar for psykisk helsevern for voksne. I helse Vest er årsaken motsatt enn det vi ser for landet som helhet: det observeres svakere personellvekst enn kostnadsvekst. For landet samlet er også konklusjonen for psykisk helsevern for voksne uklar, men årsaken er motsatt: Svakere kostnadsvekst og sterkere personellvekst for psykisk helsevern for voksne. For Helse Vest motiverer oversiktene for å

stille spørsmål om økt fordeling av felleskostnader fra somatisk sektor til psykisk helsevern – både for voksne og for barn og unge. For psykisk helsevern samlet viser oversiktene økt relativ ressursinnsats i perioden, både når kostnader og personell legges til grunn. Dette er i motsetning til landet totalt, hvor konklusjonen er uklar for psykisk helsevern samlet.

I Helse Midt-Norge observeres i tråd med landet for øvrig en sterkere kostnadmessig prioritering av somatisk virksomhet, sammenlignet med psykisk helsevern for voksne. Kostnader til psykisk helsevern for barn og unge øker relativt sett mest i perioden. Når vekst i personellinnsats trekkes inn, observeres en klar prioritering av psykisk helsevern, både for voksne og for barn og unge. Helse Midt-Norge følger dermed samme utvikling som for landet samlet: Økt relativ ressursinnsats til somatisk virksomhet når kostnader benyttes som ressursinnsats, og økt relativ ressursinnsats til psykisk helsevern når utvikling i personellinnsats legges til grunn. Det må påpekes at Helse Midt-Norge har en spesiell kostnadsutvikling fra 2003 til 2004, hvor omtrent all kostnadsvekst kommer i somatisk sektor. Dette kan motivere til å stille spørsmål om endret organisering av administrative ressurser som eventuelt kan ha medført at for lite kostnader har blitt fordelt fra somatisk sektor til psykisk helsevern – noe som igjen kan svekke en konklusjon om kostnadmessig nedprioritering av sektoren.

For Helse Nord observeres økt prioritering av psykisk helsevern, både for voksne og for barn og unge. Dette gjelder når både kostnader og personell benyttes som ressursinnsats. Imidlertid kan det påpekes at kostnadsveksten i psykisk helsevern for voksne viser en ujevn veksttakt. Det kan også stilles spørsmål om økt fordeling av kostnader fra psykisk helsevern for voksne til psykisk helsevern for barn og unge – men dette vil eventuelt ikke svekke en konklusjon om økt kostnadmessig prioritering av psykisk helsevern samlet.

#### **Oppsummert:**

- Alle regioner har en økt relativ prioritering av ressursinnsats til psykisk helsevern for barn og unge. Helse Nord er den eneste regionen hvor det observeres en økning i relativ ressursinnsats både til psykisk helsevern for både voksne og barn og unge – uavhengig av om ressursinnsatsen måles som kostnader eller personell.
- På nasjonalt nivå stilles det spørsmål om økt fordeling av felleskostnader fra psykisk helsevern for voksne til barn og unge – uten tilsvarende fordeling av fellespersonell. Helse Øst og Helse Nord har indikasjoner på lignende problemstillinger. Imidlertid kan det se ut til å være regionale variasjoner i eventuelle problemer med endret fordeling av felleskostnader uten tilsvarende endring i fordeling av fellespersonell. For Helse Sør og Helse Midt-Norge kan oversiktene tyde på mindre fordeling av kostnader fra somatisk sektor til psykisk helsevern i perioden. For Helse Vest kan oversiktene motivere for å stille spørsmål om økt fordeling av kostnader fra somatisk sektor til psykisk helsevern i perioden.

#### **2.8.2 Lønnsvekst i somatisk sektor**

I avsnitt 2.2 ble det diskutert om lønnsveksten i somatisk sektor kan være sterkere enn for psykisk helsevern. Den mulige årsaken det pekes på er sterkere lønnsvekst for leger kombinert med høyere legeandel i somatisk sektor. Dette kan det ikke dras slutninger om uten dypere undersøkelser. Men lav personellvekst og høy kostnadsvekst i somatisk sektor kan være indikasjon på høy lønnsvekst. Helse Øst, Helse Sør og Helse Midt-Norge er de regionene som har størst differanse mellom kostnadsvekst og vekst i personellinnsats for somatisk sektor.

Det må påpekes at økt kjøp hos private aktører ikke reflekteres i de regionale oversiktene over personellinnsats. Helse Øst har et relativt høyt innslag av kjøp både hos private sykehus og hos private opptreningsinstitusjoner. Helse Midt-Norge har i 2004 og 2005 et relativt høyt kjøp hos private sykehus. Helse Nord har også et relativt høyere kjøp hos private opptreningsinstitusjoner, mens Helse Vest har lavere omfang av kjøp hos disse.

### 2.8.3 Kostnadsvekst i psykisk helsevern 2003 sett i lys av høy refusjonssats ISF

Avsnitt 2.2 reiser spørsmål om svakere styringssignaler med hensyn til prioritering av psykisk helsevern i 2003 sammenlignet med de to påfølgende år. Motivasjonen for spørsmålet er høy refusjonssats i ISF samtidig som kravet om sterke vekst i psykisk helsevern enn i somatisk sektor er svakere formulert. Hvis det sees nærmere på vekst i kostnader til psykisk helsevern for voksne, vises det at alle regioner, utenom Helse Nord, har en svakere kostnadsvekst i dette året. For Helse Øst observeres reduksjon i kostnader til psykisk helsevern for voksne. Helse Nord er den eneste regionen som har sterkere kostnadsvekst i psykisk helsevern sammenlignet med somatikk dette året. På den annen side kan det rapporterte kostnadsnivået for psykisk helsevern for voksne synes å være for høyt dette året.

### 2.8.4 Inntektsmodell og prioritering av psykisk helsevern

Det er to regioner som skiller seg ut når det gjelder prioritering av psykisk helsevern: Helse Sør med den klart laveste kostnadsveksten til psykisk helsevern i perioden 2002 til 2005, og Helse Nord som har en sterkere prioritering av psykisk helsevern uavhengig av om ressursinnsatsen måles som kostnader eller personell. I dette avsnittet vil momenter i modellene for fordeling av inntekter fra RHF til HF i Helse Sør og Helse Nord kort bli kommentert.

Modellen for fordeling av inntekter fra RHF til HF for somatisk virksomhet i Helse Sør skiller seg ut fra andre RHF ved at deler av basisrammen fordeles etter aktivitet - inntil 1. august forgående år (Pedersen og Brigham, 2006). Dette kommer i tillegg til fordeling av ISF-inntekter til bosteds-HF. Dermed har Helse Sør en inntektsmodell for somatisk virksomhet som i sterkere grad er aktivitetsbasert, og dels er basert på tidligere aktivitet. Dette kan virke konserverende for et høyt aktivitetsnivå i somatisk sektor. Helse Sør innfører nye kriterier for fordeling av basisramme til psykisk helsevern i en femårsperiode fra 2004 til 2009. Opptrappingsplanmidlene benyttes delvis som utjevning for HF som på grunn av ny fordelingsmodell får redusert basisramme til psykisk helsevern. Det kan muligens stilles spørsmål om utjevningsmodellen vanskeliggjør skjerming av midler til psykisk helsevern.

For Helse Nord kan vi ikke sette fingeren på spesielle trekk ved modell for fordeling av inntekter fra RHF til HF. Per 2005 er ikke modell med innføring av nye behovsbaserte kriterier implementert, men dette gjelder for så vidt også for Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Nord opplyser at for 2005 videreføres i hovedsak historiske budsjetter, med enkelte justeringer i etterkant. Justeringene er ikke nærmere spesifisert.



## 3 Utvikling i tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet for helseregionene fra 2002 til 2005

Maggi Brigham, Birgitte Kalseth, Marit Pedersen, Marit Sitter

### 3.1 Bakgrunn

#### 3.1.1 Helseregionenes utvikling innen tre fokusområder

Den norske spesialisthelsetjenesten er i hovedsak finansiert gjennom statlige bevilgninger som kanaliseres til de regionale helseforetakene. Dette gir de politiske myndigheter og statsforvaltningen rett til å sette vilkår for de regionale helseforetakenes forvaltning av ressursene. De årlige bestillerdokumentene fra Helse- og Omsorgsdepartementet fremmer krav om hvilke oppgaver som skal utføres og øvrige styringssignaler til RHF-ene om forvaltning av ressurser. Etter 2002 har staten også vært eier av norske sykehus, og utøver sin eierrolle både indirekte gjennom lovgivning og mer direkte gjennom økonomiske og organisatoriske føringer, samt ved deltagelse i foretaksmøter. Bestillerdokumentet forener statens rolle som *bestiller* og *eier* av de norske spesialisthelsetjenestene og knytter forvaltningen av spesialisthelsetjenestene til prioriteringer i den nasjonale helsepolitikken.

I dette kapitlet har vi satt fokus på tre områder ved pasientbehandlingen og den styringen av spesialisthelsetjenesten som har stått sentralt i alle bestillerdokumentene i perioden fra 2002 til 2005:

- Tilgjengelighet
- Kvalitet
- Produktivitet og effektivitet

Disse områdene stod sentralt i argumentasjonen for gjennomføringen av eierskapsreformen og er diskutert i de påfølgende bestillerdokumentene<sup>12</sup>. I dette kapitlet analyserer vi utviklingen i hver helseregion for hvert av disse tre områdene. Analysene setter fokus på om utviklingen i hver enkelt region følger eller avviker fra utviklingen nasjonalt og stiller spørsmål ved om forskjellene internt i regionene har blitt mindre i løpet av perioden fra 2003 til 2005<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> I tillegg til disse områdene er selvfølgelig RHF-ene andre oppgaver som eksempelvis utdanning, forskning og pasientopplæring sentrale i bestillerdokumentene.

<sup>13</sup> I avsnitt 3.2 til 3.6 benyttes variasjonskoeffisienten som mål på spredning for å belyse utjevning. Variasjonskoeffisienten defineres som standardavvik dividert på gjennomsnitt.

### 3.1.2 Tilgjengelighet

Spørsmålet om tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester omfatter både den generelle helsepolitiske målsetningen om god tilgang til viktige helsetjenester, uavhengig av bosted, økonomi, religion, etnisk tilhørighet eller sosiale forhold (se for eksempel bestillerdokumentet fra 2003, punkt 2), og mer konkrete målsettinger knyttet til ventetider:

*“Et klart siktemål med sykehusreformen er å redusere ventetider for nødvendig behandling både innenfor somatikk og psykisk helsevern” (Bestillerdokumentet for 2003, punkt 3.2.3).*

*“For 2005 legger departementet til grunn at Helseregionene må gjennomføre tiltak for å redusere ventetiden til poliklinisk behandling i forhold til 2004, med minst 10 prosent for voksne og 20 prosent for barn og unge”. Det vises også til at det er et mål at ingen skal ha mer enn 10 dagers ventetid for vurderingssamtale i psykisk helsevern for barn og unge” (Bestillerdokumentet for 2005).*

I dette kapitlet belyses utviklingen i tilgjengelighet for somatisk sektor ved hjelp av utviklingen i forbruksrater for ulike typer opphold<sup>14</sup>, samt gjennom presentasjoner av utviklingen i generelle ventetider og ventetider for to utvalgte kreftoperasjoner. Ettersom kreftpasienter skal prioriteres i henhold til nasjonal helsepolitikk, beskrives forholdet mellom utviklingen i ventetid for de utvalgte kreftoperasjonene og den generelle utviklingen i ventetid. Dette gir imidlertid ikke noe grunnlag for å trekke konklusjoner vedrørende prioritering av kreftpasienter generelt i helseregionene.

I psykisk helsevern for barn og unge belyses tilgjengelighet og prioritering ved hjelp av utvikling i andel pasienter under psykisk helsevern, samt rater for polikliniske tiltak. Det er et mål i Opptappingsplanen for psykisk helse at fem prosent av barn og unge i befolkningen skal få et tilbud om psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. I tillegg sees det på utvikling i ventetid for poliklinisk behandling. Under psykisk helsevern for voksne belyses utvikling i tilgjengelighet ved oppholdsrate og rater for polikliniske konsultasjoner. Utvikling i ventetid til poliklinisk behandling for voksne betraktes også.

### 3.1.3 Kvalitet

I den nasjonale helsepolitikken har fokuset på kvaliteten i rammebetingelsene for pasientbehandlingen stått sterkt de senere år. Dette kommer også tydelig frem i bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene:

*“Helseregionen skal sørge for at minst 80 % av epikrisene sendes innen 7 dager etter utskrivning.”*

*“Helseregionen skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter.”*

*“Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling av lårhalsbrudd.”*

*“Helseregionen skal sørge for at andel pasienter som blir strøket fra operasjonsprogrammet skal være mindre enn 5 %.”*

*“Det skal arbeides for å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern”.*

*(Bestillerdokumentet for 2005)*

I bestillerdokumentet pålegges også regionene og helseforetakene å rapportere utviklingen innen disse områdene til et nasjonalt kvalitetsregister. I denne rapporten vil disse indikatorene bli benyttet til å belyse utviklingen i kvalitet innen hver av regionene.

For somatisk sektor beskrives utviklingen i korridorpasienter, strykninger til operasjonsprogram og epikrisetid. I beskrivelsene fokuseres det både på utviklingen i regionene

---

<sup>14</sup> Døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner.

sammenlignet med utviklingen nasjonalt, samt på utviklingen i spredningen mellom helseforetakene internt i regionen. Under denne delen framstilles også utviklingen i andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 dager etter utskriving.

Kvalitet i psykisk helsevern blir belyst ved å presentere utvikling i bruk av tvang ved sykehus og andre døgnenheter godkjent for tvangsinnleggelser for perioden 2003 til 2005 på regionalt nivå. Utvikling i bemanning per døgnplass ved DPS-ene presenteres også under avsnitt om kvalitet.

#### 3.1.4 Produktivitet og effektivitet:

Endringene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten som var knyttet til eierskapsreformen gav klare forventninger om økt produktivitet og effektivitet i sektoren. Denne forventningen er også klart uttrykt i bestillerdokumentene:

*“Arbeidet med kostnadseffektivisering videreføres.”*

*“Det forventes fortsatt produktivitetsøkning i psykisk helsevern for 2004. Økningen kan omfatte både direkte og indirekte pasientrelaterte tiltak.” (Bestillerdokumentet for 2004)*

Bestillerdokumentet for 2005 formulerer ikke eksplisitte krav om produktivetsforbedring. Gjennom de økonomiske rammene som forutsettes kan det likevel hevdes at dette er en implisitt forutsetning.

For somatisk sektor vil vi belyse produktivetsutviklingen på to måter i dette kapitlet. For det første vil utvikling i relativt kostnadsnivå fra 2002 til 2005 presenteres for hvert helseforetak i regionen, og for regionen samlet. I tillegg vil effektivetsutviklingen i perioden presenteres. Effektivetsutviklingen vises både som utvikling i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet<sup>15</sup>.

I psykisk helsevern for barn og unge vil produktivetsutvikling per HF presenteres som utvikling i tiltak per fagårsverk og antall pasienter per fagårsverk. Produktivetsutvikling i psykisk helsevern for voksne setter fokus på konsultasjoner per fagårsverk og pasientgjennomstrømning målt som antall utskrivinger per døgnplass.

#### 3.1.5 Om indikatorene

Indikatorene som benyttes hentes i hovedsak fra SAMDATA for 2002 til 2005. Disse beskrives i dette avsnittet. Som hovedprinsipp har indikatorene som beskriver tilgjengelighet et befolkningsperspektiv, det vil si at utvikling i tilgjengelighet for befolkningen i de aktuelle områdene beskrives. Indikatorene som beskriver kvalitet, produktivitet og effektivitet har som hovedprinsipp et foretaksperspektiv, det vil si at det er kvalitet, produktivitet og effektivitet ved de enkelte foretak og institusjoner som beskrives. Det er imidlertid enkelte avvik fra dette prinsippet. Dette gjelder i særlig grad for psykisk helsevern, og årsakene til de eventuelle avvikene nærmere i den påfølgende beskrivelsen nedenfor. Det vises for øvrig til sektorrapportene fra SAMDATA for enda nærmere beskrivelse og definisjon av indikatorene. Kvalitetsindikatorer fra Sosial og Helsedirektoratet som benyttes for å belyse utvikling i kvalitet for somatisk virksomhet beskrives noe mer inngående.

##### 3.1.5.1 Tilgjengelighet til somatisk spesialisthelsetjeneste

For å belyse om befolkningen i de ulike helseregionene og helseforetaksområdene har fått økt tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2002 til 2005 vil vi studere utviklingen i rater for bruk av sykehustjenester og ventelisteindikatorer. Utjevning av forskjeller mellom foretaksområder vil også diskuteres. Utviklingen i rater beskrives for

---

<sup>15</sup> Teknisk effektivitet belyser arbeidskraftsinnsats målt ved årsverk sett i forhold til aktivitet.

døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger. Sammenlignbarhet mellom områder for forbruksrater, samt utvikling over tid, kan påvirkes av både ulik behandlingspraksis og registreringspraksis. Dette gjelder i særlig grad for dagbehandling, se Jørgenvåg og Jensberg (2006) for nærmere beskrivelse.

Utviklingen i median ventetid og andelen som venter lenger enn seks måneder kan sees på som indikatorer på endring i tilgjengeligheten til sykehustjenester<sup>16</sup>. Bestillerdokumentene vektlegger at tilbud til kreftpasienter skal prioriteres. I denne rapporten studeres utvikling i ventetid til utvalgte indikatoroperasjoner, som er operasjon for brystkreft og operasjon for tarm- og endetarmskreft. Det må presiseres at utvikling i ventetid til de utvalgte indikatoroperasjonene ikke kan si noe generelt om prioritering av kreftbehandling i de ulike områdene. Ventetidene som presenteres er for pasienter som står og venter på de oppgitte tidspunktene. For mer generelle analyser av regionale variasjoner i prioritering og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp vises det til kapittel 4 i SAMDATA Somatikk Sektorrapport 2005 (Huseby 2006) og kapittel 7 i SAMDATA somatikk 2004 (Kalseth 2005) for gode framstillinger og diskusjoner av dette.

Kapitlet tar utgangspunkt i "sørge-for"-ansvaret til de regionale helseforetakene ved at aktivitets- og ventetids tallene presenteres for befolkningen i de regionale helseforetakene og helseforetakenes opptaksområder. Det siste benevnes i teksten som foretaksområder eller bostedsområder.

### 3.1.5.2 Tilgjengelighet til tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge

Barne- og ungdomsbefolkningens tilgjengelighet til psykisk helsevern belyses ved å se på utviklingen i andel barn og unge som mottar behandling fra tjenesten i de ulike regionene fra 2002 til 2005. Det blir også presentert befolkningsbaserte rater for bruk av polikliniske tjenester i regionene, målt som polikliniske tiltak per 10 000 innbyggere. Tall på helseforetaksnivå blir presentert for perioden 2003 til 2005. Rater på regionalt nivå presenteres fra 2002. Årsaken til at tallene ikke presenteres på foretaksnivå for 2002, er at dette ikke er tilrettelagt i SAMDATA. Denne rapporten baseres på data som foreligger, og det er ikke prioritert å tilrettelegge disse indikatorene på foretaksnivå innenfor rammen av dette arbeidet.

Forbruksratene presenteres for befolkningen i de regionale helseforetakene og helseforetakenes opptaksområder. Indikatorene tar med andre ord utgangspunkt i "sørge-for"-ansvaret til de regionale helseforetakene.

Gjennomsnittlig ventetid for polikliniske behandling blir også presentert for perioden 2002 til 2005. Indikatoren har et institusjonsperspektiv ved at ventetidene som presenteres gjelder for institusjonenes helseforetakstilknytning. Prinsipielt kunne denne indikatoren også være beregnet i et befolkningsperspektiv. Imidlertid benyttes allerede tilrettelagte data i denne analyse, og nye beregninger er ikke prioritert innen rammen av dette arbeidet. Ventetid til døgnbehandling presenteres ikke for psykisk helsevern på grunn av større grad av ukomplethet i data.

Indikatoren "gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede" bør tolkes med forsiktighet, da det kan forekomme ulike måter å registrere ventetidsinformasjonen på. For nærmere utdypning, se kapittel 12 i SAMDATA Psykisk helsevern Sektorrapport 2005 (Sitter, 2006).

### 3.1.5.3 Tilgjengelighet til tjenester innen psykisk helsevern for voksne

Mål som er brukt for å belyse tilgjengelighet til poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne, er rater for polikliniske konsultasjoner og gjennomsnittlig ventetid for poliklinisk behandling for innbyggere fra 18 år og eldre. Som indikator på tilgjengelighet til behandling i

---

<sup>16</sup> Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og til behandling, og inkluderer derfor både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse



døgnerheter, studeres utviklingen i antall døgnopphold (både avsluttede og uavsluttede) i psykisk helsevern i perioden 2003 til 2005. Beregningene tar utgangspunkt i pasientenes bostedsområde, med unntak av rater for polikliniske konsultasjoner for perioden 2002 til 2004 hvor det er tatt utgangspunkt i poliklinikkens beliggenhet/foretakstilknytning. Rater for polikliniske konsultasjoner ble ikke beregnet for bostedsområde i perioden 2002 til 2004. Årsaken er mangelfulle opplysninger om bostedstilhørighet. Rater for polikliniske konsultasjoner kunne blitt beregnet på foretaksnivå for 2005 for sammenlignbarhet i tidsrekken. Imidlertid er dette ikke prioritert i dette arbeidet. Det er indikasjoner på at pasientene i stor grad benytter polikliniske tjenester i eget bostedsområde, noe som gir marginale variasjoner mellom rater basert på bostedsområde og foretaksområde.

Endringer i takstsystemet for poliklinikker i 2005 kan forklare noe av økningen i poliklinisk aktivitet. Dette beskrives nærmere i kapittel 14 i SAMDATA Psykisk helsevern Sektorrapport 2005 (Lilleeng og Halsteinli, 2006). Dette gjelder også for polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge.

Gjennomsnittlig ventetid for polikliniske behandling blir også presentert for voksne for perioden 2002 til 2005. Indikatoren har et institusjonsperspektiv, ved at ventetidene beregnes med utgangspunkt i institusjonenes foretakstilknytning. Forbehold om varsomhet ved bruk og tolkning av indikatoren som omtalt i avsnittet for barn og unge, gjelder også for voksne.

#### 3.1.5.4 Indikatorer som belyser kvalitetsaspekter innen somatisk spesialisthelsetjeneste

Hensiktsmessig og effektiv drift av helseforetakene er en viktig forutsetning for å kunne tilrettelegge for en optimal utføring av helsetjenester. Gjennom den nasjonale satsingen på kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten<sup>17</sup> er det blant annet etablert data som skal kunne gi en pekepinn på kvaliteten på rammebetingelsene for levering av gode helsetjenester. I denne omgang velger vi å fokusere på tre av disse indikatorene; andel korridorpasienter, andel strykninger og andel epikriser. Det eksisterer relativt komplette nasjonale datasett for årene 2004 og 2005. I tillegg til de valgte nasjonale kvalitetsindikatorer framstilles omfanget av reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp når det gjelder døgnopphold for perioden fra 2001 til 2005. Vårt formål er å vise et bilde av den generelle utviklingen på nasjonalt og regionalt nivå. Indikatorene presenteres med grunnlag i tall på foretaksnivå.

#### **Utviklingen nasjonalt:**

God kontinuitet og sikkerhet i pasientbehandlingen er et mål i helsetjenesten. Det er derfor viktig at informasjon fra spesialisthelsetjenesten om pasientbehandling, medisiner og videre oppfølging formidles så raskt som mulig til helsepersonell med ansvar for pasienten etter utskriving. Den helsepolitiske målsettingen er at 80 prosent av epikrisene skal være sendt innen 7 dager etter utskriving. Tabell 1.1 viser at det på nasjonalt nivå ennå er et stykke fram til å nå dette målet. Det har imidlertid vært en positiv utvikling, ved at andelen sendt innen 7 dager har økt jevnt de siste årene. Forskjellene mellom helseforetakene, målt ved variasjonskoeffisienten, ser også ut til å bli mindre. I tredje tertial 2005 var variasjonen på 25 prosent, mot 36 prosent i 1 tertial 2004.

---

17 Sosial og helsedirektoratet har ansvaret for dette arbeidet, som skjer i samarbeid med helseregionene. Data for den enkelte institusjon/foretak presenteres på nettsiden for fritt sykehusvalg; <http://www.sykehusvalg.no>.

Tabell 3.1 Terialvis utvikling i epikrisetid, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogram. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Gjennomsnitt (Mean) og variasjon (CV). Sum helseforetak i Norge (inkl sykehus med driftsavtale).

Indikator	Mål	1 tert 2004	2 tert 2004	3 tert 2004	1 tert 2005	2 tert 2005	3 tert 2005
ANDEL EPIKRISER SENDT INNEN 7 DAGER	Mean	43%	39%	43%	48%	51%	55%
	CV*	0,36	0,41	0,36	0,31	0,32	0,25
ANDEL KORRIDORPASIENTER	Mean	2,4%	2,2%	2,2%	3,0%	2,2%	2,0%
	CV	0,60	0,60	0,71	0,61	0,73	0,61
ANDEL STRYKNINGER AV OPERASJONSPROGR	Mean	IKKE DATA	8%	9%	8%	9%	9%
	CV		0,40	0,40	0,34	0,37	0,37

\* CV (Coefficient of variance) = Standardavvik/ gjennomsnitt (mean). CV\*100 gir prosent variasjon mellom helseforetakene

Omfanget av korridorpasienter ved de somatiske sykehusene har vært et viktig helsepolitisk tema i mange år. Å ha mange pasienter liggende i korridoren er uønsket både med hensyn til pasientens verdighet, muligheten for god behandling og pleie, for ivaretagelse av taushetsplikten og fordi det representerer et sikkerhetsmessig avvik<sup>18</sup>. Tabell 1.1 viser at andelen pasienter på korridor totalt sett har vært relativt stabilt i 2004 og 2005. Andelen er høyest i 1 tertial begge år, noe som sannsynligvis reflekterer sesongvise variasjoner i dette fenomenet. Det er stor variasjon mellom foretakene i andel korridorpasienter, og den er ikke blitt redusert i perioden.

Strykninger fra operasjonsprogrammet bør så langt som mulig unngås, både med tanke på pasientene og i forhold til å ha en effektiv drift av sykehusene. Dette fenomenet kan av naturlige årsaker ikke unngås helt, men det er en nasjonal målsetting at andelen strykninger bør ligge under fem prosent. Selv om variasjonen mellom helseforetakene er noe mindre i 2005 enn i 2004 ligger andelen strykninger på 8-9 prosent gjennom hele perioden. Det bør anmerkes at dagkirurgi ble inkludert først i 2005. Vi er usikre på hvorvidt dagkirurgi er inkludert ved alle sykehus, når dette ikke er opplyst fra sykehusene selv.

Sykehussektoren har i de senere årene vært preget av krav om økt effektivitet. En av strategiene sykehusene har benyttet er å redusere liggetidene, og et nærliggende spørsmål er om dette påvirker pasientbehandlingen. En mulig konsekvens kan være at andelen øyeblikkelig hjelp reinnleggelser øker (Kopjar, Guldvog og Hay 1999). Vi vil presentere utviklingen i antall opphold definert som øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning i prosent av totale opphold. Tallene presenteres på regionnivå og etter helseforetak. Det bør i den forbindelse påpekes at forskjeller mellom foretak i omfang av reinnleggelser delvis kan forklares av ulikheter i hvilke funksjoner institusjonene har med hensyn til akuttberedskap, spesialisering osv. I tillegg vil mulighetene for å identifisere pasientene på tvers av sykehus påvirke nivået noe. Endringer i disse forhold kan dermed skape et nivåskifte som ikke kan tilskrives endret klinisk praksis.

### 3.1.5.5 Indikatorer som belyser kvalitetsaspekter innen psykisk helsevern for voksne

Kvalitet i psykisk helsevern for voksne blir belyst ved å se på omfang av tvang og frivillighet etter henvisning og etter spesialistvedtak ved innleggelse til døgnbehandling i psykisk helsevern i 2003 og 2005. Det presenteres tall på regionnivå. Vi skiller her mellom sykehusinnleggelser og innleggelser i andre institusjoner godkjent for bruk av tvang. I

18 Angitt som begrunnelse for indikatoren i indikatorbeskrivelsen fra Sosial og helsedirektoratet

bestillerdokumentene til regionene er et sentralt styringssignal å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern.

Det blir videre presentert utviklingstall for regionene når det gjelder bemanningsfaktor per døgnplass i DPS-avdelinger. I Opptrappingsplanen for psykisk helse er et av hovedmålene å styrke DPS-ene kvalitativt med økt bemanning per plass. Indikatoren beregnes ut fra avdelingspersonell (årsverk for samtlige utdanningskategorier) ved DPS-enes døgnenheter og døgnplasser i tilsvarende avdelinger ved årets slutt.

Det har de senere år skjedd store omstruktureringer i psykisk helsevern, blant annet har et betydelig antall sykehjem blitt omdannet til avdelinger ved DPS. Indikatoren bemanning per døgnplass i DPS vil derfor delvis være et uttrykk for omstruktureringen som foregår i sektoren. Indikatoren bør derfor tolkes med varsomhet.

Et annet forhold som virker inn på indikatoren, er fordelingen av årsverk ved registrering og rapportering fra institusjonene. Lege- og psykologårsverk som er knyttet til sentrenes poliklinikker, men som på deltid brukes til utredning, behandling og veiledning av døgnenhetene, blir ikke alltid spesifisert med andel årsverk på døgnavdelingene og inngår da ikke i indikatoren.

#### 3.1.5.6 Relativt kostnadsnivå og effektivitetsutvikling innen somatisk virksomhet

For å belyse utvikling i relativt kostnadsnivå for somatisk sektor tas det utgangspunkt i en kostnadsindikator for regionen samlet og per helseforetak. Utvikling i kostnadsindikatoren viser hvordan kostnadsnivået for den enkelte region og underliggende helseforetak utvikler seg i forhold til et landsgjennomsnitt. Utvikling i kostnadsindikatoren viser med andre ord ikke produktivitetsutvikling, men hvordan kostnadsnivået for den enkelte enhet har utviklet seg i forhold til et landsgjennomsnitt.

I 2004 endres tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra. Endringen består blant annet i at deler av det spesifisert tilskuddet legges i basisrammen. Tilskuddet benyttes for å korrigere ut kostnader til denne type aktivitet når kostnader knyttet til pasientbehandling avgrenses. Konsekvensen av dette er at kostnadsindikatoren for enheter som har denne type oppgaver øker, mens indikatoren reduseres tilsvarende for enheter som ikke har dette. Det er verdt å merke seg dette når utvikling i relativt kostnadsnivå fra 2003 til 2004 for de enkelte HF betraktes.

I tillegg presenteres utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for regionen. Kostnadseffektivitet belyser forholdet mellom kostnadsinnsats og aktivitet, mens teknisk effektivitet belyser forholdet mellom årsverksinnsats og aktivitet (se Pedersen (2006) for en nærmere beskrivelse). Resultatene for 2002 til 2005 som presenteres er basert på DEA-analyse av tallmateriale for perioden 1999 til 2005. I disse analysene inngår også ressursinnsats og aktivitet knyttet til poliklinikk og liggedøgn over trimpunkt.

#### 3.1.5.7 Produktivitet og effektivitet psykisk helsevern for barn og unge

Det benyttes to indikatorer for å belyse utviklingen i produktivitet i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge; Antall polikliniske tiltak per fagårsverk og antall polikliniske pasienter per fagårsverk. Tiltak per fagårsverk viser hvor mye pasientrettet arbeid hver enkelt behandler i gjennomsnitt utfører, men pasienter per behandler er også et uttrykk for tilgjengelighet: I hvilken grad er den pasientrettede aktiviteten fordeles på mange pasienter – alternativt konsentrert om få pasienter som får omfattende behandling.

Polikliniske tiltak omfatter direkte og indirekte tiltak. Med fagårsverk menes totalt antall årsverk minus kategorien annet personell (merkantilt personell). Fagårsverk er beregnet ved å bruke gjennomsnittet for registrerte årsverk for to år. Dette for at årsverkstall baserer seg på punktellingene ved slutten av året, og ved endringer i løpet av året, vil gjennomsnittet gi et bedre uttrykk for den faktiske årsverksinnsatsen.

Det er klare styringssignaler angående forventninger om økt produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge i bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Vi ser derfor på utviklingen for de omtalte produktivitetsindikatorerne i regionene og helseforetakene for perioden 2002 til 2005.

På grunn av endring i takstsystemet for poliklinikker i 2005, tas det forbehold om direkte sammenlignbarhet i antall tiltak før og etter 2005. Se kapittel 13 i SAMDATA Psykisk helsevern Sektorrapport 2005 for nærmere omtale (Halsteinli, 2006).

#### 3.1.5.8 Produktivitet og effektivitet psykisk helsevern for voksne

For å beskrive utviklingen i produktiviteten i poliklinikker innen psykisk helsevern for voksne, benyttes indikatoren konsultasjoner per fagårsverk. Denne indikatoren sier noe om hvor mye pasientrettet arbeid hver enkelt behandler i gjennomsnitt utfører.

Antall konsultasjoner er i hovedsak hentet fra pasientdata for psykisk helsevern (NPR). Ved mangelfulle pasientdata er det supplert med tall for refusjonsberettigede konsultasjoner fra SSBs institusjonsstatistikk. På grunn av revidert takssystem for poliklinikker i 2005, er det grunn til å anta at de nye takstene har ført til økt registrering og rapportering av konsultasjoner i 2005 sammenliknet med tidligere.

Med fagårsverk menes antall årsverk utført av universitetsutdannet og høyskoleutdannet personell. I likhet med produktivitetsindikatoren for barn og unge, er fagårsverk beregnet ved å bruke gjennomsnittet for registrerte årsverk for to år.

Produktivitet i døgnenheter blir belyst ved hjelp av indikatoren utskrivninger per døgnplass. Denne indikatoren måler bruken av døgnplassene med hensyn på pasientsirkulasjon. Tallet på døgnplasser er målt ved årets slutt, og fanger derfor ikke opp endringer i løpet av året.

Produktivitetsindikatorerne for regionene blir presentert for perioden 2002 til 2005, mens utviklingen for helseforetakene omfatter perioden 2003 til 2005. Årsaken er at denne presentasjonen baseres på foreliggende datamaterialer. Det er ikke prioritert å beregne disse indikatorene på foretaksnivå innenfor rammen av dette arbeidet.

## 3.2 Utvikling i Helse Øst RHF 2002 til 2005

### 3.2.1 Tilgjengelighet Helse Øst

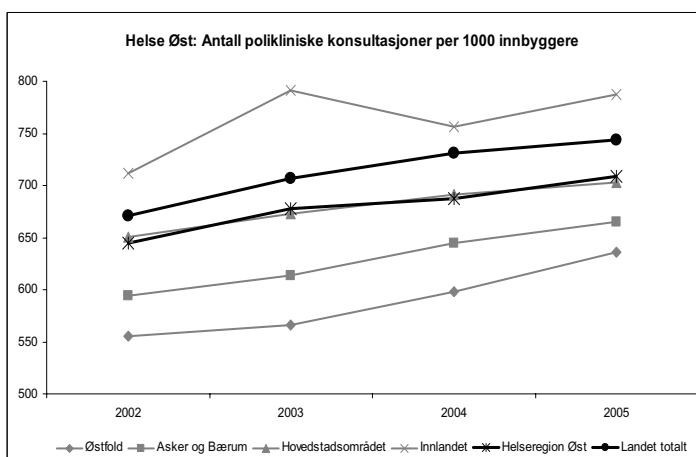
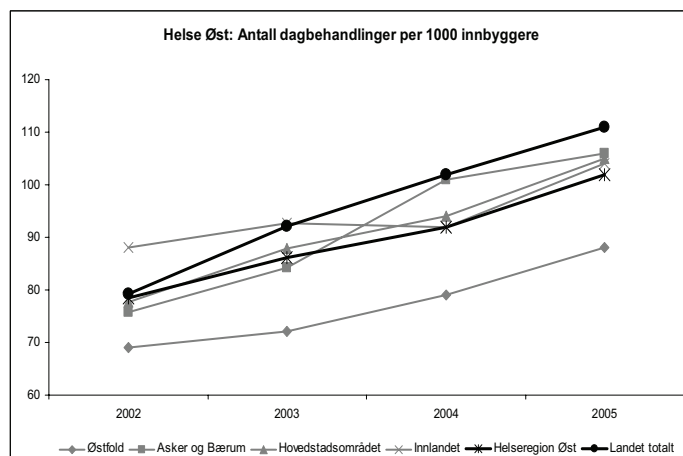
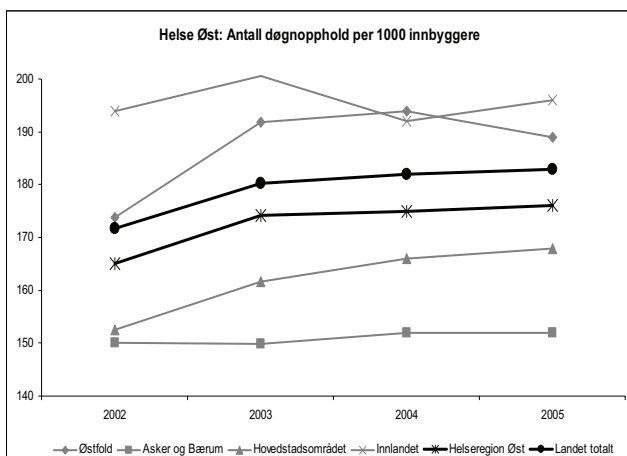
Først presenteres utvikling i tilgjengelighet og prioritering for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

### Somatisk sektor

#### **Økt forbruk av tjenester og vedvarende forbruksvariasjoner mellom foretaksområder**

Figur 3.1 viser at forbruket av både døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner for befolkningen i Helse Øst har vært lavere enn landsgjennomsnittet i hele perioden fra 2002 til 2005. I 2005 var raten for døgnopphold 3,8 prosent lavere enn landsgjennomsnittet, ratene for dagopphold 8,1 prosent lavere, og ratene for polikliniske konsultasjoner 4,7 prosent lavere.

Figur 3.1 Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Øst med underliggende foretaksområder, og landet samlet. 2002-2005.



Veksten i alle oppholdstyper vært omtrent som i landet for øvrig. Befolkningen i Helse Øst har hatt en sterkere relativ vekst i antall dagbehandlinger enn i døgnopphold og polikliniske konsultasjoner, noe som er i tråd med utviklingen i resten av landet. Det har ikke vært noen merkbar utjevning av forskjellene i tilbudet av somatiske sykehustjeneseter mellom de ulike helseforetaksområdene i løpet av perioden.

Det lavere forbruket av sykehustjenester i Øst må også sees i lys av at befolkningen i Helse Øst i større grad benytter tilbud fra private avtalespesialister. Jørgenvåg viser i SAMDATA somatikk 2005 at når aktivitetsdata for avtalespesialistene inkluderes, så har befolkningen i Helse Øst et forbruk av poliklinikk og dagkirurgi som er høyest i landet (Jørgenvåg 2006, i SAMDATA i somatikk 2005).

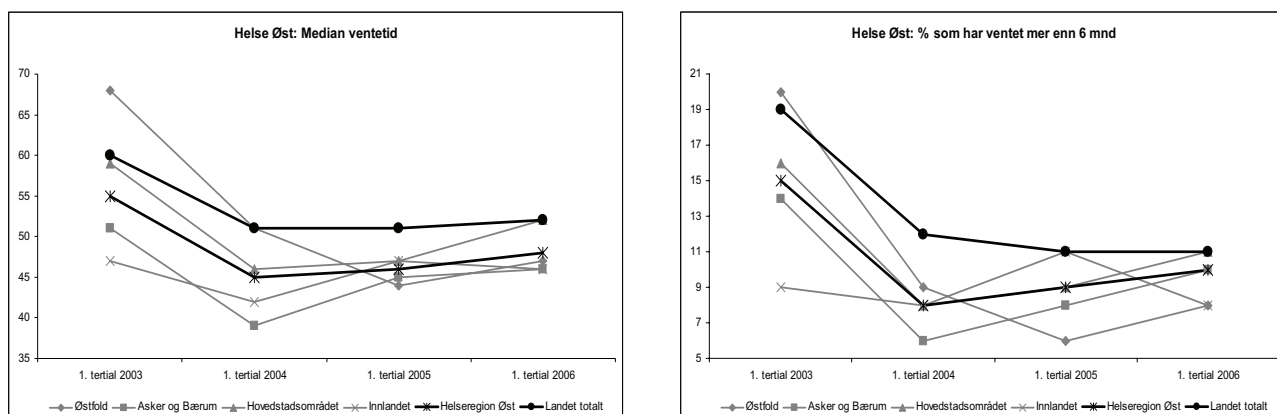
Figur 3.1 viser at befolkningen i Østfold har et lavere forbruk av dagbehandling. Dette kan muligens sees i sammenheng med høyere forbruk av døgnopphold, og bruk av avtalespesialister for dagkirurgiske inngrep.

### **Kortere ventetid til sykehusbehandling, og utjevning i ventetid og andel som venter mer enn 6 måneder**

Til tross for at befolkningen i Helse Øst her hatt et gjennomgående lavere forbruk av alle typer opphold enn i resten av landet, kan vi se av figur 3.2 at både median ventetid og andelen langtidsventende har vært lavere enn landsgjennomsnittet i hele perioden. I 2005 var median ventetid i regionen 48 døgn mot et landsgjennomsnitt på 52 døgn. Andelen langtidsventende var 10 prosent i Helse Øst i 2005, mens gjennomsnittet for landet var 11 prosent. Dette kan ha sammenheng med større bruk av avtalespesialister.

Av figur 3.2 kan vi i også se at både median ventetid og andelen langtidsventende for befolkningen i regionen har gått ned i perioden sett under ett, men at det har vært en økning i andelen langtidsventende siden 1. tertial 2004. Imidlertid går det ikke fram om *antall* langtidsventende har økt. Videre har forskjellen mellom helseforetaksområdene i median ventetid og andel langtidsventende blitt mindre i løpet av perioden. I 1. tertial 2006 var det ingen opptaksområder i Helse Øst som hadde lengre ventetid eller andel langtidsventende enn gjennomsnittet for befolkningen i landet for øvrig.

Figur 3.2 Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområde. Helse Øst med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006.

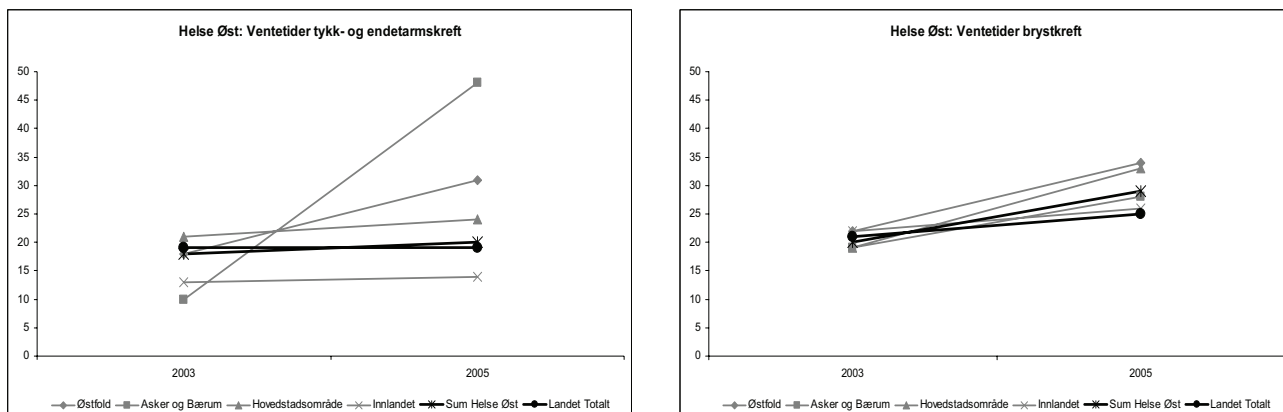


### **Økt ventetid til brystkreftoperasjon, økt variasjon i ventetid til utvalgte kreftoperasjoner**

Av figur 3.3 kan vi se at median ventetid for operasjoner for tykk- og endetarmskreft og brystkreft har ligget på omtrent samme nivå for befolkningen i Helse Øst som for befolkningen i landet for øvrig fra 2003 til 2005. Median ventetid for tykk- og endetarmskreft i 2005 var 20 døgn i regionen, mot et landsgjennomsnitt på 19 døgn. For brystkreftoperasjoner var ventetiden i Helse Øst 29 dager i 2005, mens gjennomsnittet for landet var

25 døgn. Selv om vi ser en klar økning i registrert ventetid for befolkningen i Asker og Bærum, har ventetiden for operasjon for tykk- og endetarmskreft har vært stabil i regionen som helhet. Ventetiden for brystkreftoperasjoner har økt noe. I løpet av perioden har det blitt noe større forskjeller i median ventetidene mellom helseforetaksområdene for disse utvalgte indikatoroperasjonene.

Figur 3.3 Median ventetid for operasjoner for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Øst med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2003 og 2005.

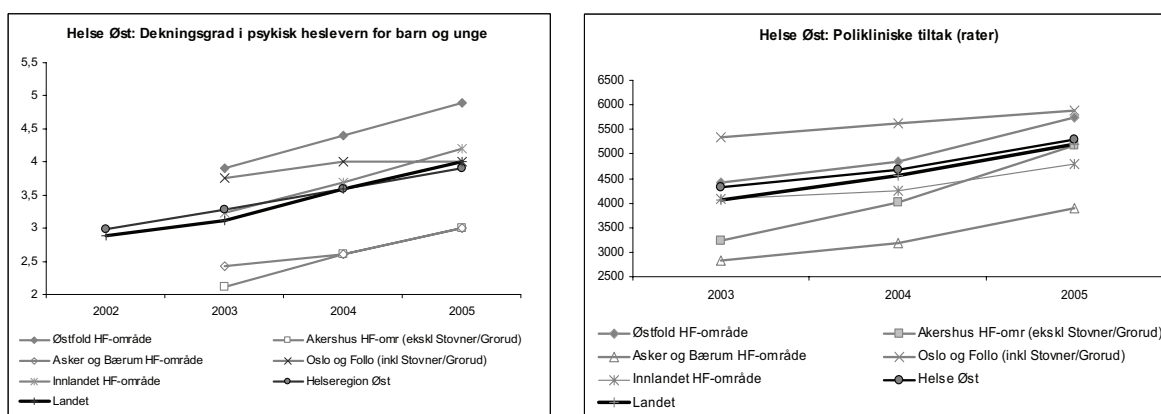


## Psykisk helsevern for barn og unge

### Dekningsgrad øker fra tre til nær fire prosent

Figur 3.4a) viser at det har vært en jevn økning i andelen barn og unge i Helse Øst som mottar et behandlingstilbud i perioden 2002 til 2005. Dekningsgraden for regionen samlet har økt fra tre prosent i 2002 til nær fire prosent i 2005. SAMDATA psykisk helsevern for 2005 viser at veksten har vært størst for polikliniske pasienter (Pedersen PB, 2006). Dette kan indikere at tilgangen til psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst er bedret i løpet av perioden. Både nivå og utvikling i andelen barn og unge under behandling i regionen har vært tilnærmet lik utviklingen i dekningsgraden for landet samlet.

Figur 3.4 Pasienter pr 100 innbyggere og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Øst med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005.



a)

b)

Samtlige foretaksområder i Helse Øst har hatt økning i dekningsgraden fra 2003 til 2005. Det er imidlertid store variasjoner mellom områdene i andelen barn og unge under behandling.

Ved starten av perioden (2003) varierte dekningsgraden fra 2,1 prosent for Akershus helseforetaksområde til 3,9 prosent for Østfold HF-område. Forskjellene i dekningsgrad har holdt seg relativt stabile i perioden, og i 2005 er det fortsatt en langt høyere andel barn og unge fra Østfold HF-område som mottar et behandlingstilbud i psykisk helsevern enn barn fra Akershus eller Asker og Bærum helseforetaksområde. Variasjonskoeffisienten reduseres fra 0,26 til 0,21 i perioden, noe som viser at det har vært noe utjevning mellom helseforetakene i dekningsgrad.

### **Økning i tilgang til polikliniske tiltak, noe utjevning mellom foretaksområder**

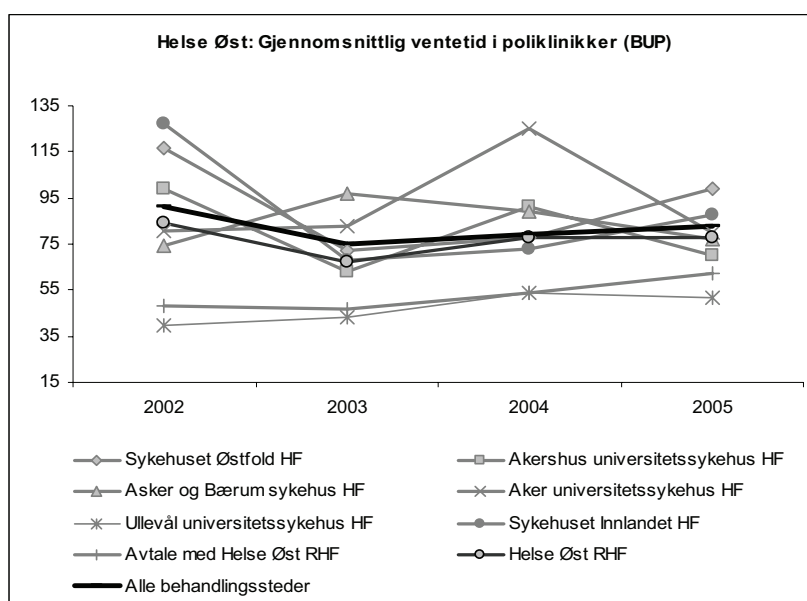
Det har vært en klar vekst i polikliniske tiltak i regionen fra 2003 til 2005. Utviklingen i Helse Øst har vært nærmest parallell med utviklingen for landet. Dette indikerer økt tilgjengelighet for barne- og ungdomsbefolkningen i regionen i form av flere polikliniske tiltak per innbygger.

Det er også store forskjeller mellom helseforetaksområdene i tilgangen til tjenestene for barn og unge, målt i polikliniske tiltak. Barn og unge med bosted i Asker og Bærum mottar eksempelvis langt færre tiltak per innbygger enn barn og unge i Oslo og Follo både i 2003 og i 2005. Det har imidlertid vært en viss tilnærming mellom foretaksområdene i perioden da variasjonskoeffisienten har gått ned fra 0,24 til 0,15.

### **Redusert ventetid og utjevning mellom foretaksområder**

Ventetiden for poliklinisk behandling for barn og unge var i gjennomsnitt 78 dager i Helseregion Øst i 2005. Dette er en nedgang på 6 dager siden 2002 da ventetiden var 84 dager. Ventetiden i Helse Øst har i hele perioden vært kortere enn gjennomsnittlig ventetid til poliklinisk behandling for landet samlet. Men avviket i nivå er lite, og utviklingen er lik landet for øvrig.

Figur 3.5 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Øst med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Figur 3.5 viser at det er store forskjeller i utviklingen i ventetid mellom helseforetakene i perioden 2002 til 2005. Samtidig varierer ventetiden betraktelig over tid for enkelte av helseforetakene. Variasjonen i ventetid mellom helseforetakene er klart mindre i 2005 enn i 2002. Variasjonskoeffisienten har gått ned fra 0,39 til 0,20. Ullevål Universitetssykehus HF har for hele perioden lav ventetid til poliklinikk for barn og unge.

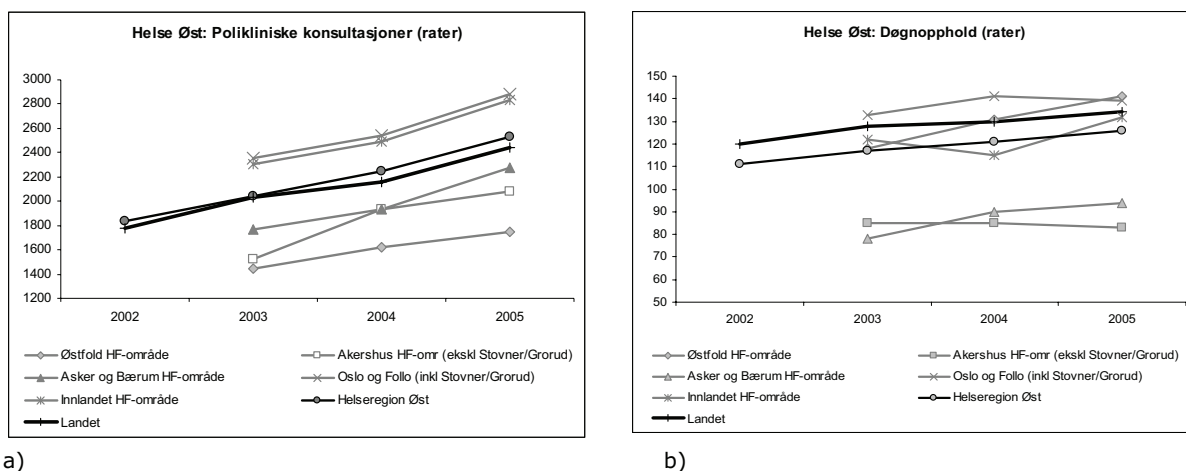


## Psykisk helsevern for voksne

### **Flere polikliniske konsultasjoner og døgnopphold.....**

Det har vært en markert vekst i poliklinisk aktivitet for Helse Øst fra 2002 til 2005. Utviklingen og veksten i polikliniske rater for regionen (38 prosent) er parallell med veksten for landsratene (38 prosent), men Helse Øst ligger på et noe høyere forbruksnivå.

Figur 3.6 Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted 2005. Døgnopphold etter bosted 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Sør med underliggende foretak (områder) og landet samlet.



a)

b)

Samtlige helseforetak har vekst i antall polikliniske konsultasjon per innbygger i perioden. Dette indikerer bedre tilgjengelighet til polikliniske tjenester for voksne i alle helseforetaksområder i Helse Øst, men forbruksratene varierer fortsatt betydelig. Det har også vært vekst i antall døgnopphold per innbygger fra 2003 til 2005. Regionen har lavere oppholdsrate i hele perioden. Med unntak for Akershus, har oppholdsratene i de enkelte helseforetaksområdene økt i perioden.

For Helse Øst utgjør opphold i sykehus 70 prosent av de avsluttede oppholdene i 2005. Regionen har den største andelen av døgnopphold i sykehus i landet. Veksten siste år er imidlertid større for sykehjem og DPS-avdelinger enn sykehus (Pedersen PB, 2006).

### **.... men vedvarende variasjoner mellom foretaksområder i forbruksnivå**

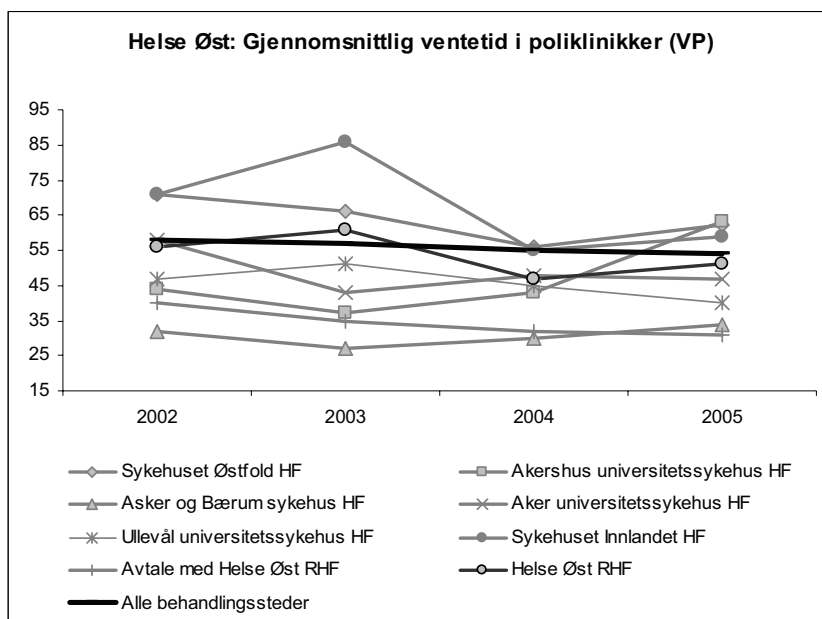
Det er vedvarende store forskjeller mellom foretaksområdene i antall døgnopphold og polikliniske konsultasjoner per innbygger. Østfold helseforetaksområde har høyeste oppholdsrate, foretaksområdene Akershus og Asker og Bærum utmerker seg med langt færre døgnopphold per innbygger sammenlignet med øvrige foretaksområder.

### **Redusert ventetid og utjevning mellom foretaksområder**

Det har vært en reduksjon i gjennomsnittlig ventetid ved poliklinikkene i perioden fra 56 dager i 2002 til 51 dager i 2005. Poliklinikkene i Helse Øst har de to siste årene hatt kortere ventetid enn gjennomsnittet for landet.

Forskjellene i registrert gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene i Helse Øst har variert fra år til år. Forskjellene var størst i 2003. Etter dette har variasjonene i ventetid blitt mindre mellom helseforetakene. Sykehuset Asker og Bærum HF har for hele perioden hatt relativt mye kortere ventetid til poliklinisk behandling sammenlignet med gjennomsnittet for regionen.

Figur 3.7 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Øst med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



### Kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten Helse Øst

Først presenteres utvikling i kvalitetsaspekter for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

### Somatisk sektor

#### Kortere epikrisetid, stabilitet i korridorpasienter og strykninger til operasjon

I forhold til de andre regionene ligger Helse Øst relativt godt an til å nå det nasjonale målet om at 80 prosent av epikrisene skal være sendt fra sykehuset innen 7 dager. I 2005 ble i gjennomsnitt 64 prosent av epikrisene sendt fra sykehusene innen en uke. Det har vært en positiv utvikling ved at andelen har økt jevnt og trutt og at forskjellene mellom foretakene er redusert. Antallet sykehus som leverte data var imidlertid ikke komplett i 2004. Helse Øst er den eneste regionen hvor flere av foretakene har greid å nå målet om over 80 prosent utsendte epikriser innen en uke. I tredje tertial 2005 hadde Helse Øst en andel korridorpasienter omtrent på linje med landsgjennomsnittet. Det er imidlertid vanskelig å se noen klar retning på utviklingen, og bak gjennomsnittstallene skjuler det seg relativt store variasjoner mellom foretakene og sykehusene innen foretakene. Andelen strykninger fra operasjonsprogrammet har ligget på nivå med landet for øvrig, men regionen kommer noe bedre ut mot slutten av 2005, med 7 prosent strykninger. Nærmere undersøkelse viser at alle foretakene lå under landsgjennomsnittet i tredje tertial 2005. De interne forskjellene mellom foretakene i regionen synes også å være noe mindre enn tidligere.

Tabell 3.2 Tertiær utvikling i epikrisetid, andel korridorpatienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3. tertial 2005. Helseforetak i Helse Øst (inkl sykehus med driftsavtale).

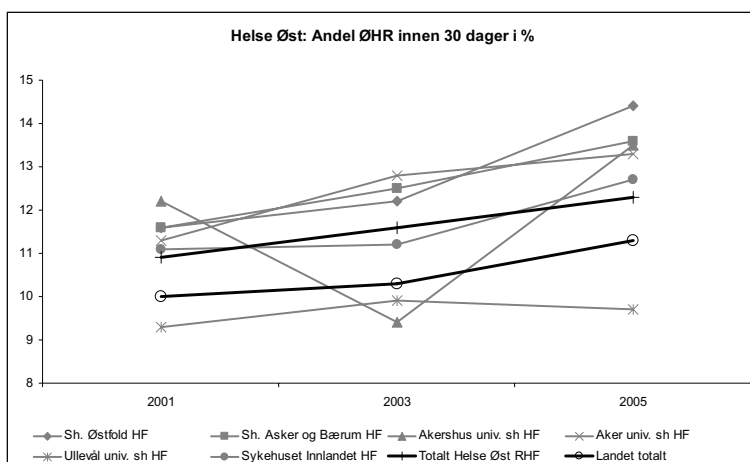
Indikator	Mål	1 tert 2004	2 tert 2004	3 tert 2004	1 tert 2005	2 tert 2005	3 tert 2005
EPIKRISER	Mean	47%***	38%***	43%***	57%	61%	64%*
SENDT INNEN 7 DAGER	Variasjon	(39- 81%)	(36 - 85%)	(34 - 89%)	(53 - 93%)	(48 - 90%)	(55 - 90%)
Norge	Mean	43%	39%	43%	48%	51%	55%
ANDEL KORRIDOR-PASIENTER	Mean	2,2%	2,1%**	1,9%	2,4%	2,0%*	2,0%*
	Variasjon	(0,2-3,9%)	(0,2 - 3,4%)	(0,3- 3,9%)	(0,4 - 4,9%)	(0,5- 3,7%)	(0,8-3,2%)
Norge	Mean	2,4%	2,2%	2,2%	3,0%	2,2%	2,0%
ANDEL STRYKN-INGER	Mean	-	9%*	8%	8%	8%	7%
	Variasjon		(5 - 13%)	(5 - 11%)	(6 - 9%)	(6 - 10%)	(5 - 8%)
Norge	Mean		8%	9%	8%	9%	9%

\* Mangler ett sykehus \*\* Mangler to sykehus \*\*\* Mangler flere enn to sykehus

### Gjennomsnittlig økning reinnleggelsesrater, og større spredning mellom helseforetakene

Som vi ser av figur 3.8 har andelen reinnleggelser i Helse Øst økt jevnt fra 10,9 prosent i 2003 til 12,3 prosent i 2005. Andelen har således vært høyere enn gjennomsnittet for landet i hele perioden. Det har også vært stor og økende variasjon mellom helseforetakene i regionen. Sykehuset i Østfold hadde i 2005 høyest andel reinnleggelser med 14,4 prosent. Imidlertid kan dette resultatet tolkes i lys av at Sykehuset Østfold HF i 2005 for første gang leverte felles pasientdata for hele foretaket – noe som gjør at reinnleggelser på tvers av sykehusene innen foretaket kan fanges opp. Figur 3.8 viser at Akershus Universitetssykehus har ustabil utvikling i reinnleggelsesraten, det kan stilles spørsmål ved resultatet for 2003.

Figur 3.8 Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Øst og underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005.



## Psykisk helsevern for voksne

### **Redusert andel tvangsinleggelse og tilnærming til landsgjennomsnittet**

Ved 51 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted i Helse Øst i 2005, var det fra henvisende instans begjært tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. I 2003 utgjorde andelen 54 prosent. Tilsvarende tall for landet totalt (henholdsvis 41 prosent i 2005 og 38 prosent i 2003) viser at foretakene i Helse Øst har en langt høyere andel tvangsinleggelse enn landsgjennomsnittet. Det kan påpekes at foretakene i Helse Øst har en reduksjon i andel sykehusinnleggelse med henvisningsformalitet tvungent psykisk helsevern, i motsetning til landet samlet som har en økning i perioden.

Tabell 3.3 Innleggelse til døgntilrettelagt behandling etter henvisningsformalitet. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelse ved institusjoner godkjent for tvangsinleggelse. Helse Øst (Landet samlet).

	Henvisningsformalitet			
	Sykehus i Helse Øst RHF (landet)		DPS oa i Helse Øst RHF (landet)	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	45 (62)	48 (58)	94 (92)	90 (90)
Tvungent PHV	54 (38)	51 (41)	6 (7)	10 (10)
Annen lovhjemmel	1 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	100	100	100	100

Tabell 3.4 Innleggelse til døgntilrettelagt behandling etter spesialistvedtak. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelse ved institusjoner godkjent for tvangsinleggelse. Helse Øst (Landet samlet).

	Spesialistvedtak			
	Sykehus i Helse Øst RHF (landet)		DPS oa i Helse Øst RHF (landet)	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	63 (70)	64 (70)	94 (93)	90 (91)
Frivillig kontrakt	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Tvungen undersøkelse	24 (16)	22 (16)	1 (2)	0 (2)
Tvungent psykisk helsevern	12 (12)	13 (13)	5 (5)	10 (7)
Annen lovhjemmel	1 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	100	100	100	100

Etter at henvisningen til sykehus ble vurdert av faglig ansvarlig spesialist, var 35 (29 for landet) prosent av sykehushenvisningene fortsatt vurdert til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern i Helse Øst i 2005. Dette er en nedgang på ett prosentpoeng fra 2003. For landet samlet observeres en økning på ett prosentpoeng.

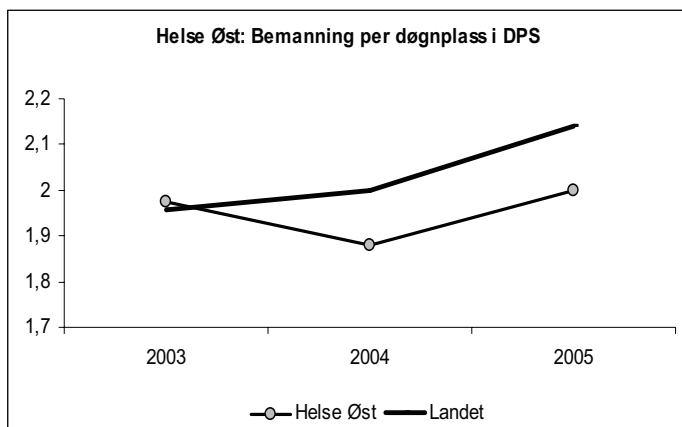
Foretakene i Helse Øst har den høyeste andelen av sykehusinnleggelse etter tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern av de fem helseregionene (Pedersen PB, 2006). Dette gjelder både for 2003 og 2005. Det må påpekes at Helse Øst i tråd med styringssignalene fra bestillerdokumentene har redusert bruken av tvang i perioden.

I institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelse er andelen innleggelse etter tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern på nivå med landet totalt.

### **Lavere bemanning per døgnplass i DPS**

På grunn av reduksjon i indikatoren bemanning per døgnplass i DPS i 2004 har Helse Øst lavere bemanningsfaktor i 2005. Veksten siste år er i tråd med landet for øvrig.

Figur 3.9 Bemanning per døgnplass i DPS i Helse Øst og landet. 2003-2005.



### 3.2.2 Produktivitet og effektivitet Helse Øst

Først presenteres utvikling i produktivitet og effektivitet for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1.5 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

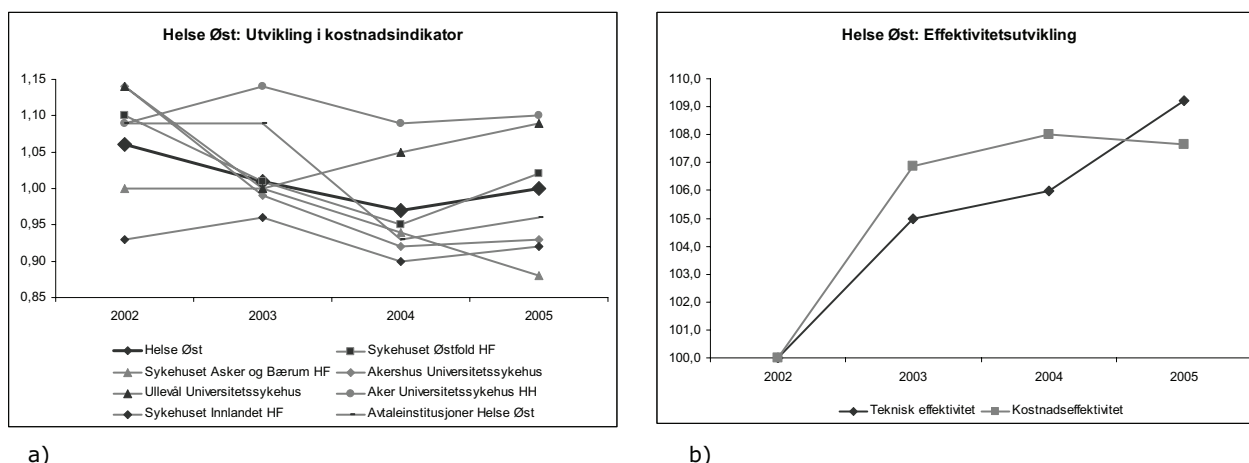
### **Somatisk sektor**

#### **Redusert relativt kostnadsnivå for DRG-aktivitet**

Kostnadsindikatoren for Helse Øst samlet viser en reduksjon fra 1,06 til 1,00 fra 2002 til 2005 – se figur 3.10 a) nedenfor. Dette betyr at foretakene i Helse Øst har en sterkere produktivitetsforbedring (eller svakere forverring) enn foretakene i andre regioner – når produktivitet måles som relativt kostnadsnivå. Produktivitet må da forstås som produktivitet relativt til øvrige regioner, se avsnitt 3.1.5.6.

Sykehuset Østfold har den utviklingen i relativt kostnadsnivå som ligger nærmest opp mot utviklingen for Helse Øst samlet. Akershus Universitetssykehus HF er det foretaket som har hatt den sterkeste reduksjonen i relativt kostnadsnivå i perioden. Alle foretak i Helse Øst, med unntak av Sykehuset Asker og Bærum HF, har en økning i kostnadsindikatoren fra 2004 til 2005. Det er imidlertid Sykehuset Østfold HF og Ullevål Universitetssykehus HF som i sterkeste grad driver den regionale økningen i relativt kostnadsnivå fra 2004 til 2005.

Figur 3.10 A) Uvikling i kostnadsindikator for Helse Øst samlet og underliggende helseforetak. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Øst. 2002 til 2005.



Fra 2003 til 2004 øker relativt kostnadsnivå ved alle sykehus som har en forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra. For Helse Øst gjelder dette i særlig grad Ullevål Universitetssykehus. Dette er en forventet utvikling, og motsvareres av tilsvarende redusert kostnadsnivå ved sykehus som ikke har disse funksjonene. Se avsnitt 3.1 for en nærmere redegjørelse.

**Økt effektivitet i perioden, men redusert kostnadseffektivitet siste år**

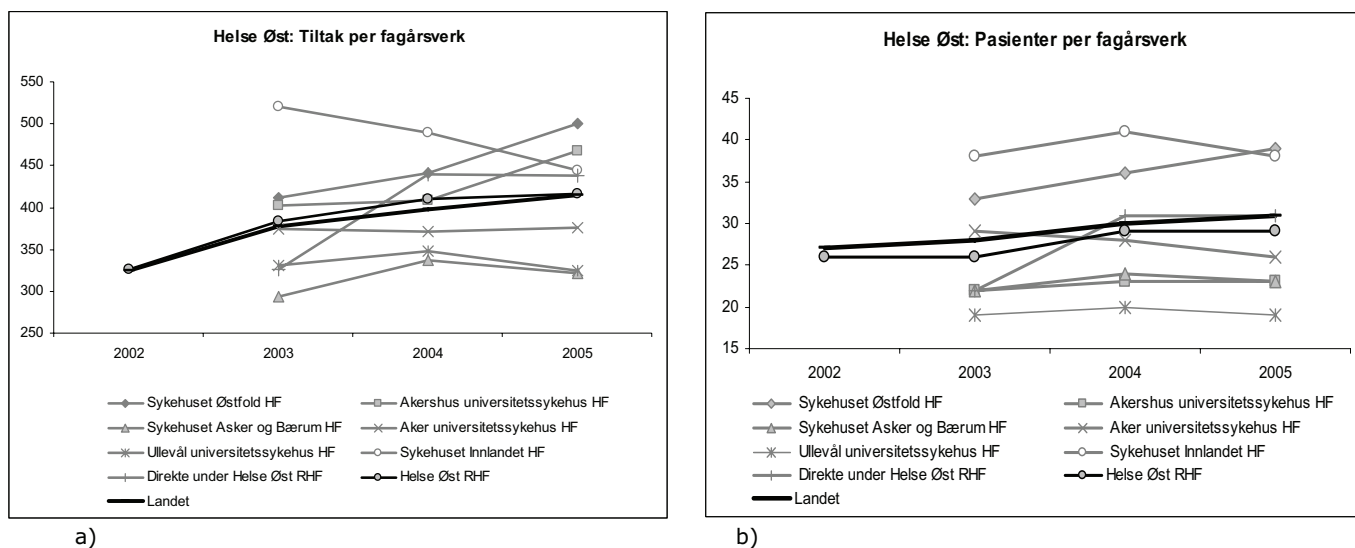
Merk at kostnadsindikatoren i seg selv over tid ikke sier noe om det har vært en produktivitetsforbedring i perioden som betraktes. Effektivitetsutvikling belyst ved DEA-analyse kan si noe om produktiviteten er forbedret i perioden. Fra 2002 til 2005 øker både teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet med åtte til ni prosent i Helse Øst. Teknisk effektivitet har økt mest fra 2002 til 2005, noe som skyldes redusert kostnadseffektivitet i 2005.

**Psykisk helsevern for barn og unge**

**Gjennomsnittlig produktivitetsøkning**

Figur 3.11 viser at produktiviteten målt ved antall polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk, har økt med henholdsvis 28 og 12 prosent i Helse Øst i perioden 2002 til 2005. Gjennomsnittlig produktivitet er i tråd med landsgjennomsnittet, og produktiviteten har også økt i samme takt.

Figur 3.11 Polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk. Poliklinikker for barn og unge. Helse Øst med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Med unntak av Sykehuset Innlandet og Ullevål universitetssykehus HF har det vært en vekst i antall tiltak per fagårsverk i helseforetakene i perioden. Dette indikerer at hver behandler i psykisk helsevern for barn og unge utfører flere polikliniske tiltak i 2005 enn i 2002. Samtidig ser vi at hver behandler når flere polikliniske pasienter. Dette gjelder samtlige helseforetak med unntak av Aker universitetssykehus og Sykehuset Innlandet. Den polikliniske aktiviteten både omfatter dermed flere pasienter og det gjennomføres flere polikliniske tiltak i regionen. Men det kan påpekes at det er store variasjoner mellom foretakene når det gjelder nivå på indikatorene pasienter per fagårsverk.

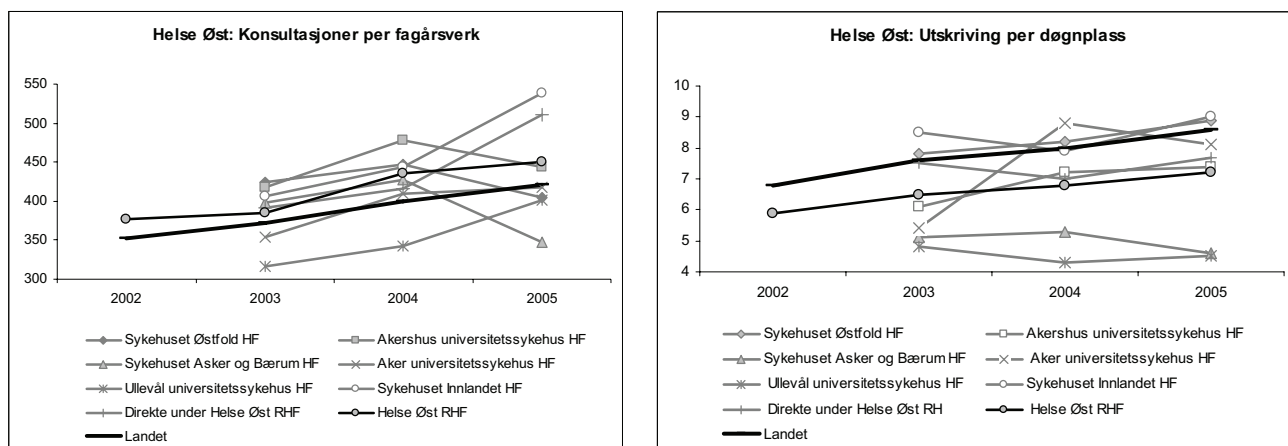
### Psykisk helsevern for voksne

#### Produktivitetsvekst i poliklinikker på linje med landsgjennomsnittet

Det har vært en relativt kraftig vekst i antall konsultasjoner per fagårsverk i Helse Øst i perioden etter eierskapsreformen. Veksten har vært på omlag 20 prosent fra 2002 til 2005 og er lik veksten for landet totalt. Dette betyr at produktiviteten eller ressursutnyttelsen innenfor poliklinisk virksomhet for voksne har økt for regionen totalt. Samtidig har regionen hatt et høyere produktivetsnivå enn gjennomsnittet for landet i hele perioden.

Helseforetakene i Helse Øst har hatt ulik utvikling fra 2003 til 2005 når det gjelder produktivitet i poliklinisk aktivitet. For Sykehuset Østfold og Sykehuset Asker og Bærum har antall konsultasjoner per fagårsverk gått ned i perioden, mens for de øvrige foretakene i regionen har produktiviteten økt når man ser perioden under ett.

Figur 3.12 Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker og utskrivinger per døgnplass i døgningstusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Helse Øst med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



a)

b)

### Moderat vekst i utskrivinger per døgnplass

Ressursutnyttelsen i døgnerheter i psykisk helsevern kan belyses ved å se på antall utskrivinger per døgnplass. Denne indikatoren viser en vekst på 22 prosent for Helse Øst fra 2002 til 2005. Tilsvarende økte antall utskrivinger per døgnplass med nær 27 prosent for landet i tilsvarende periode.

Helse Øst ligger klart under nivået for landet totalt, og det er kun Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Innlandet HF som ligger over landsgjennomsnittet hele perioden. De øvrige helseforetakene har utskrivinger per døgnplass under landsgjennomsnittet. Det har ikke skjedd noen utjevning mellom helseforetakene når det gjelder ressursutnyttelse i døgnvirksomheten i perioden.

Det kan bemerkes at tre institusjoner er overført fra Aker Universitetssykehus HF til "Direkte under Helse Øst RHF" i 2004. Dette er med på å forklare ujevn utviklingsbane for disse enhetene.

Helse Øst har høy produktivitet i poliklinikker og lavere produktivitet for døgnbehandling. Dette kan muligens sees i sammenheng med behandlingsprofil innenfor psykisk helsevern for voksne i regionen.

### 3.2.3 Oppsummering Helse Øst

#### Spørsmålet om befolkningen i Helse Øst har fått økt tilgjengelighet og et mer likt tilbud kan belyses med følgende punkter:

- Bruken av somatiske spesialisthelsetjenester blant befolkningen i Helse Øst, i form av døgn- og dagopphold og polikliniske konsultasjoner, har økt i perioden 2002 til 2005. Samtidig har ventetidene blitt redusert. Til sammen indikerer dette at tilgjengeligheten til tjenester har blitt bedre. Forbruket av offentlig finansierte tjenester er nivåmessig under gjennomsnittet for landet i hele perioden. Det er også vedvarende forskjeller i forbruksnivå mellom foretaksområdene innad i regionen. Befolkningen i Helse Øst har kortere ventetid til utredning og behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste gjennom hele perioden. Beregning av utvikling i ventetid til operasjon for to utvalgte kreftdiagnoser gir ikke grunnlag for å si at situasjonen for disse er særlig endret i perioden.
- Indikatoren viser økt tilgang til tjenester fra psykisk helsevern for barn og unge. Antall pasienter behandlet og antall polikliniske tiltak øker i tråd med gjennomsnittet for landet. Forbruksnivået er på linje med landet for øvrig i hele perioden. Variasjon



mellom HF-ene i dekningsgrad og tiltaksrater reduseres i perioden, noe som kan indikere en mer lik tilgang til tjenestene. Redusert ventetid til poliklinisk behandling i tråd med landsgjennomsnittet indikerer også økt tilgjengelighet. Ventetiden til poliklinisk behandling for barn og unge er i 2005 fortsatt lang – med en ventetid på 78 døgn – men den er lavere enn gjennomsnittet på 83 døgn for landet samlet. Det er også redusert variasjon i ventetid til poliklinisk behandling mellom foretaksområdene.

- I psykisk helsevern for voksne observeres økte rater for polikliniske konsultasjoner og døgnopphold, i tråd med landet for øvrig. Dette indikerer økt tilgang til tjenester fra psykisk helsevern. I 2005 er forbruket av døgnopphold lavere i Helse Øst sammenlignet med gjennomsnittet for landet, men forbruket av polikliniske konsultasjoner er noe høyere. Variasjonen i forbruksrater mellom HF er vedvarende, det vil si at den grad det er ulikhet i tilgang til tjenester så ser disse ut til å være vedvarende. Ventetid til poliklinikk for voksne reduseres i tråd med gjennomsnittet for landet, og befolkningen i Helse Øst venter omtrent like lenge som gjennomsnittet for landet for øvrig. Variasjon mellom HF i ventetid er vedvarende.

***Spørsmålet om kvalitetsutvikling i organisering og drift kan belyses med følgende punkter:***

- I somatisk sektor er andelen epikriser som sendes innen sju døgn er økende. Andel strykninger fra operasjonsprogram og andel korridorpasienter er stabilt. Andel reinnleggelser er høyere enn landsgjennomsnittet ved foretakene i Helse Øst, og veksten i reinnleggelsesrater er sterkere enn for landet for øvrig.
- Helse Øst har en høy, men noe minkende andel bruk av tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne. Dette er i tråd med styringssignaler fra bestillerdokumentene. Nivået på andel tvangsinnleggelser er i 2005 fortsatt høyt sammenlignet med landet for øvrig. Bemanning per døgnplass er omtrent uendret fra 2003 til 2005, i motsetning til landsgjennomsnittet hvor denne andelen øker.

***Spørsmålet om effektivitet og produktivitet har økt kan belyses med følgende punkter:***

- I somatisk sektor reduseres relativt kostnadsnivå for pasientbehandling i perioden 2002 til 2005, men siste år observeres økt kostnadsnivå. Effektivitetsutvikling belyst ved DEA-analyse viser økt teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet i perioden. Effektivitetsøkningen er sterkere enn gjennomsnittet for landet samlet. Kostnadseffektiviteten reduseres imidlertid noe fra 2004 til 2005.
- Produktiviteten målt ved tiltak per fagårsverk øker i psykisk helsevern for barn og unge. Både nivå og utvikling i denne indikatoren er i tråd med resultat for landet samlet. Dette samme gjelder for produktivitet belyst ved pasienter per fagårsverk. Imidlertid er det store og vedvarende nivåforskjeller mellom foretakene i Helse Øst – for begge produktivitetsindikatorene.
- Når det gjelder psykisk helsevern for voksne øker produktiviteten i poliklinisk virksomhet, målt ved konsultasjoner per fagårsverk, omtrent i tråd med gjennomsnittlig vekst for landet samlet. Nivåmessig er produktiviteten i poliklinisk virksomheten høyere enn i landet for øvrig. Produktiviteten i døgnvirksomheten, målt ved utskrivinger per døgnplass, øker - men økningen er svakere enn for landet samlet og produktivitetsnivået er lavere enn for landet samlet.

### 3.3 Utvikling i Helse Sør 2002 til 2005

#### 3.3.1 Tilgjengelighet og prioritering

I dette avsnittet vil det først fremstilles indikatorer for utvikling i tilgjengelighet og i den somatiske spesialisthelsetjenesten i Helse Sør. Deretter presenteres utviklingen i tilgjengelighet i psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge og for voksne. Indikatorene som benyttes er beskrevet i avsnitt 3.1.5.

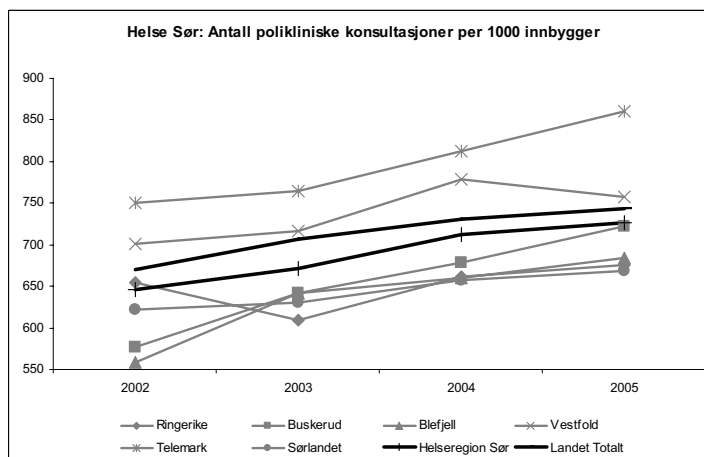
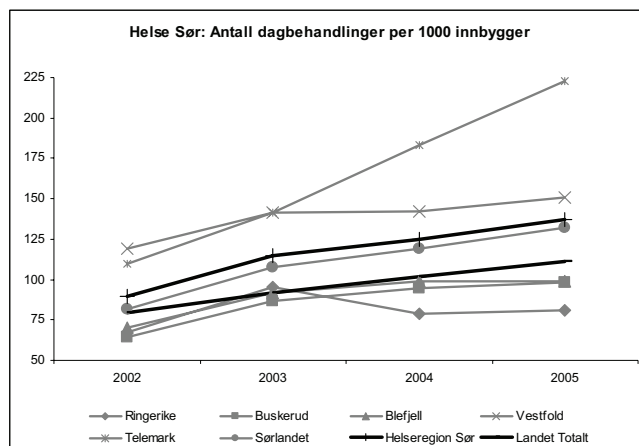
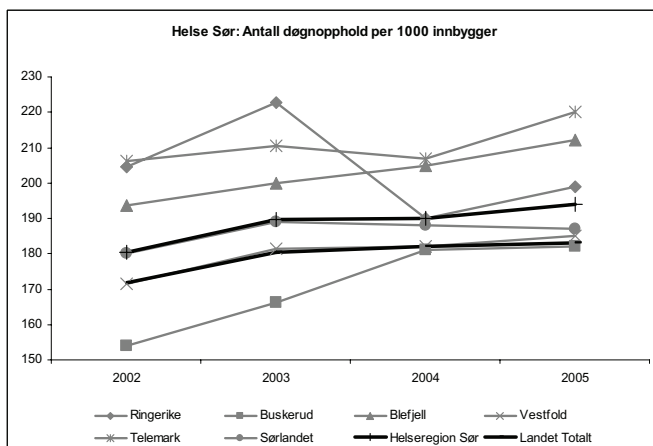
#### Somatisk sektor

##### Høyt og økende forbruk av dagbehandling

Figur 3.13 viser at forbruksratene for døgn- og dagopphold har vært noe høyere for befolkningen tilhørende Helse Sør enn i landet for øvrig, i hele perioden fra 2002 til 2005. I 2005 er raten for døgnopphold 6 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, og raten for dagbehandling er 23 prosent høyere.

De høye forbruksratene i Sør kan i stor grad knyttes til høyt antall opphold per pasient. Dersom en legger antall pasienter og ikke opphold til grunn, var forbruksnivået i Helse Sør i 2004 3,8 prosent over landsgjennomsnittet, sammenlignet med 10,9 når antall opphold er telleenhet (Jørgenvåg og Jensberg, 2006).

Figur 3.13 Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Sør med underliggende foretaksområder og landet totalt. 2002-2005.



Forbruksratene har i perioden 2002 til 2005 økt i regionen som helhet og i alle helseforetaksområdene, med unntak av befolkningen i Ringerike som har erfart en nedgang i ratene for både døgnopphold og dagbehandlinger. Forbruk av dagbehandling er i Helse Sør relativt sett mye høyere sammenlignet med landet for øvrig. Dagbehandlingsratene har i tillegg økt med 52,2 prosent mot et landsgjennomsnitt på 40,5 prosent. Økt tilbud for befolkningen i Telemark driver dette resultatet.

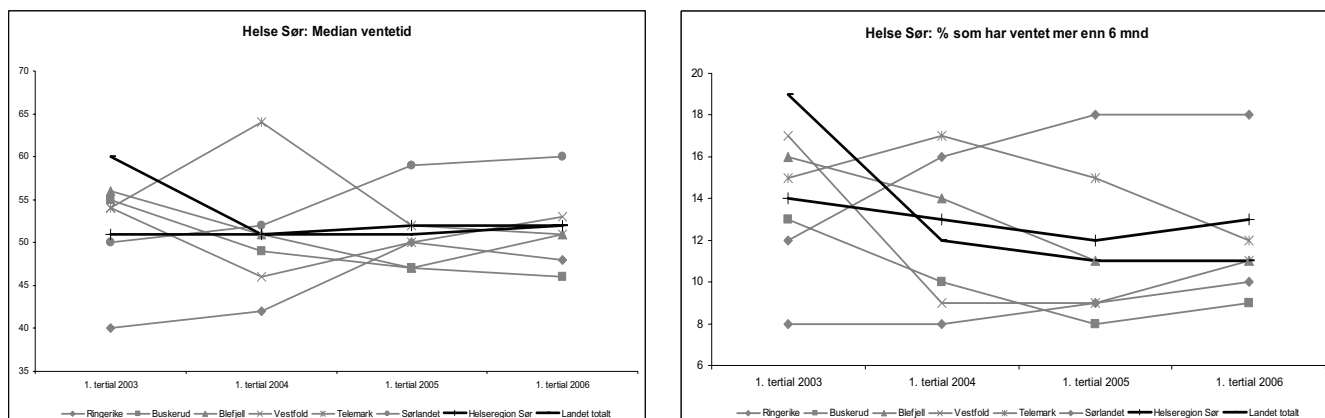
### **Utjevning i tilgang til døgnopphold, økte forskjeller i tilgang til dagbehandling**

Utviklingen over tid viser en tendens til utjevning av forbruksratene for døgnopphold, hovedsakelig som følge av økt rate i Buskerud. For dagopphold ser vi en tendens til divergens som følge av sterk vekst for befolkningen i Telemark. Når det gjelder polikliniske konsultasjoner ser vi av figuren at situasjonen for Helse Sør som helhet er noe annerledes enn for de to andre oppholdstypene, da ratene for regionen har vært lavere enn landsgjennomsnittet i hele perioden fra 2002 til 2005. Forbruksratene for polikliniske konsultasjoner har økt i alle foretaksområdene, og vi ser en tilnærming mellom ratene i regionens foretaksområder, med unntak av Telemark som har stadig høyere rater enn de øvrige.

### **Ingen endring i median ventetid for Helse Sør samlet**

Av figur 3.14 ser vi at befolkningen i Helse Sør har hatt tilnærmet lik median ventetid som landsgjennomsnittet fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2006. Median ventetid for regionen som helhet har vært stabil på 51 til 52 døgn i hele perioden, mens det har vært relativt stor økning i ventetid for befolkningen på Sørlandet og i Ringerike. Pasienter i Blefjell opptaksområde har opplevd den sterkeste reduksjonen i median ventetid i perioden. Dersom vi ser bort i fra Sørlandet, har det blitt mindre forskjeller i median ventetid mellom foretaksområdene i Helse Sør.

Figur 3.14 Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområder. Helse Sør med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006.



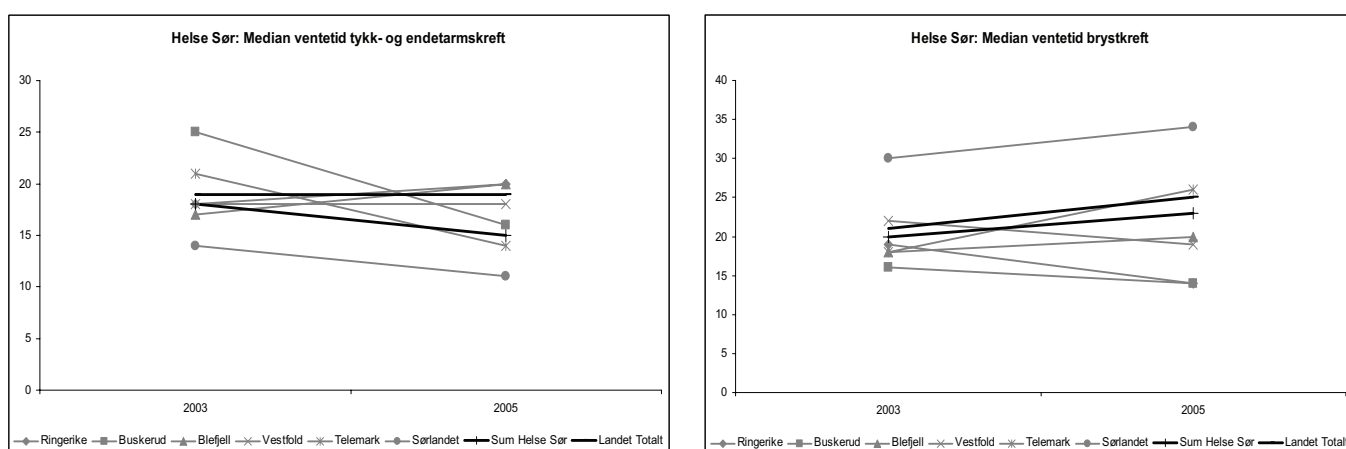
### **Økende andel som har ventet lenger enn 6 måneder i 2005**

Av figur 3.14 ser vi at andelen av de ventende som har ventet mer enn seks måneder i Helse Sør har vært noe høyere enn landsgjennomsnittet siden 1. tertial 2004. Fra 2004 er denne andelen ett til to prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet for landet. I tillegg til at denne andelen er høyere enn landet for øvrig, er den økende det siste året. Likevel har det vært en reduksjon i denne andelen i de fleste foretaksområdene i perioden 2002 til 2005, bortsett fra i Ringerike og på Sørlandet, hvor andelen har økt med henholdsvis to og seks prosentpoeng. Med unntak av Sørlandet ser vi en utjevning av andelen som har ventet mer enn seks måneder mellom de ulike helseforetaksområdene i regionen.

### **Litt økt ventetid for brystkreftoperasjoner, noe redusert ventetid til operasjon for tykk- og endetarmskreft**

Figur 3.15 viser at median ventetid for operasjon for tykk- og endetarmskreft for befolkningen i Helse Sør er 15 døgn i 2005 mot et landsgjennomsnitt på 19 døgn – og at den i tillegg er redusert. Selv om ventetiden totalt sett går ned i regionen, så har den økt noe for befolkningen i Ringerike og Blefjell sine opptaksområder. Når det gjelder operasjon for brystkreft kan vi se at befolkningen i Helse Sør har lavere litt median ventetid enn landsgjennomsnittet, med en ventetid på 23 døgn i 2005, men at ventetiden har økt med 3 døgn fra 2003 til 2005. I Ringerike, Buskerud og Vestfold opptaksområder har ventetidene likevel gått ned i perioden, mens den har økt i regionens øvrige foretaksområder. Befolkningen i opptaksområdet til Sørlandet Sykehus venter særlig lenge på operasjon for brystkreft, og ventetiden er økende. Det har i løpet av perioden blitt noe mindre forskjeller mellom opptaksområdenes ventetid for tykk- og endetarmskreft, men for brystkreft har forskjellene blitt større. Spredningen absolutt sett er imidlertid liten.

Figur 3.15 Median ventetid for operasjon for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Sør og underliggende foretaksområder og landet samlet. 2003 og 2005

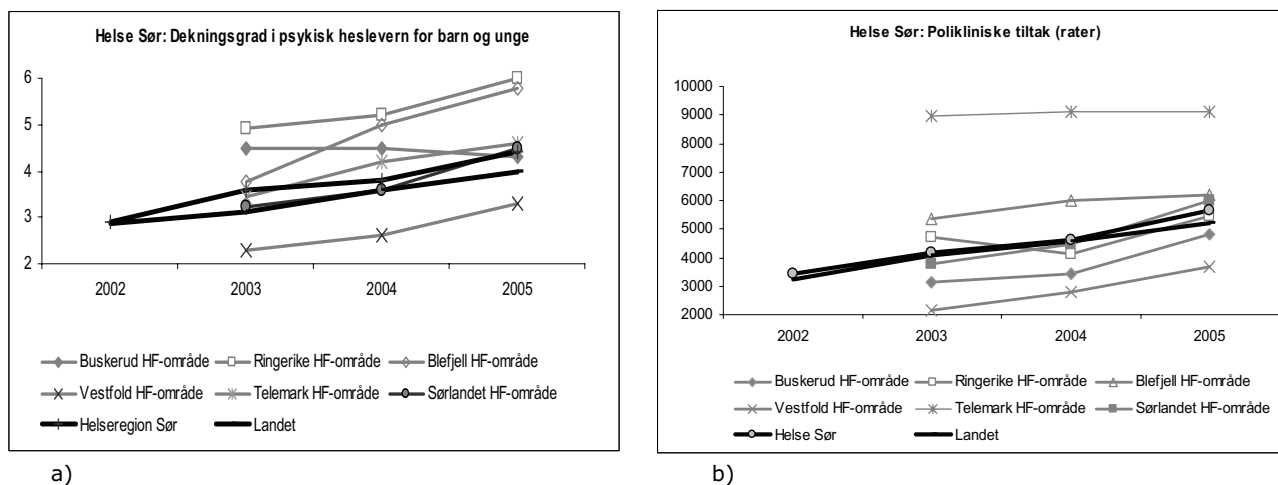


### **Psykisk helsevern for barn og unge**

#### **Dekningsgraden øker fra knapt tre prosent i 2002 til drøyt fire prosent i 2005**

Figur 3.16 a) viser at det har vært en jevn økning i andelen behandlede barn og unge med bosted i Helse Sør i hele perioden. Dekningsgraden for regionen samlet har økt fra nær tre prosent i 2002 til litt over fire prosent i 2005. Veksten har vært størst for polikliniske pasienter (Pedersen PB, 2006). Dette indikerer at tilgangen til psykisk helsevern for barn og unge i Helse Sør er bedret i løpet av perioden. Veksten i andelen barn og unge under behandling i regionen har vært større enn veksten for landet, og dekningsgraden er høyere enn gjennomsnittet for landet etter 2003.

Figur 3.16 Pasienter pr 100 innbyggere og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Sør med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005.



### **Svak utjevning mellom HF i dekningsgrad for barn og unge**

Samtlige helseforetak i Helse Sør har hatt vekst i dekningsgraden fra 2003 til 2005. Det er imidlertid store variasjoner mellom helseforetakene i andelen barn og unge under behandling. Ved starten av perioden (2003) varierte dekningsgraden fra 2,3 prosent for Vestfold helseforetaksområde til 4,9 prosent for Ringerike HF-område. Forskjellene i dekningsgrad har holdt seg relativt stabile i perioden, og i 2005 er det fortsatt en langt høyere andel barn og unge fra Ringerike og Blefjell HF-område som mottar et behandlingstilbud i psykisk helsevern enn barn fra Vestfold helseforetaksområde. Variasjonskoeffisienten reduseres fra 0,26 til 0,22, noe som viser at det har vært en svak tilnærming i dekningsgrad mellom helseforetakene i perioden.

### **Økt tilgang til poliklinikk.....**

Det har vært en kraftig vekst i polikliniske tiltak for befolkningen i regionen fra 2002 til 2005. Ratene øker fra 3411 til 5652 tiltak per 10 000 innbygger i perioden, en vekst på 66 prosent. Utviklingen i Helse Sør var vært nærmest parallell med utviklingen for landet fram til 2004. Veksten siste år har vært kraftigere enn landet forøvrig. Dette indikerer økt tilbud til barne- og ungdomsbefolkningen i regionen i form av flere polikliniske tiltak per innbygger.

### **..... men fortsatt stor variasjon mellom foretaksområder**

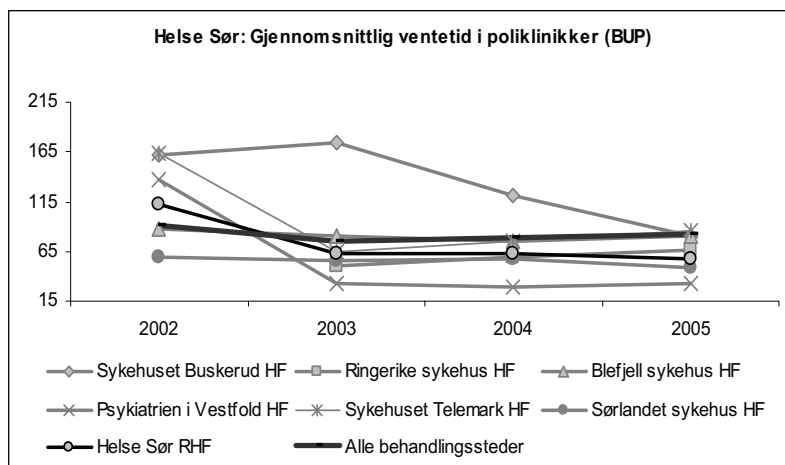
Det er også store forskjeller mellom helseforetaksområdene i tilgangen til tjenestene for barn og unge, målt i polikliniske tiltak. Barn og unge med bosted i Telemark helseforetaksområde mottar langt flere tiltak per innbygger enn barn og unge fra andre helseforetak i Helse Sør både i 2003 og i 2005. Forholdstallet mellom rater for Vestfold som ligger lavest av helseforetakene og Telemark er 1:4 i 2003 og nær 1:3 i 2005. Dette indikerer en tilnærming mellom helseforetak i rater for polikliniske tiltak, noe som også bekreftes av at variasjonskoeffisienten reduseres.

Noe av forskjellene mellom helseforetakene i Helse Sør kan tilskrives ulik registreringspraksis når det gjelder polikliniske tiltak (Pedersen, PB (2006)). Omfang og hvorvidt det er systematiske forskjeller mellom HF-ene er ikke kjent.

### **Redusert ventetid og utjevning mellom foretaksområder**

Ventetiden for poliklinisk behandling for barn og unge var i gjennomsnitt 58 dager i Helseregion Sør i 2005. Dette er en nedgang på 55 dager siden 2002 da ventetiden var 113 dager. Ventetiden til poliklinisk behandling for barn og unge i Helse Sør har fra 2003 vært kortere enn gjennomsnittlig ventetid for poliklinikkene samlet.

Figur 3.17 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Sør med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



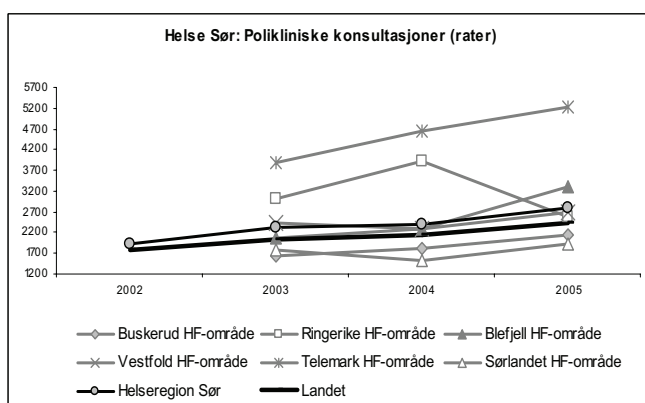
Figur 3.17 viser at det er store forskjeller i utviklingen i ventetid mellom helseforetakene i perioden 2002 til 2005. Reduksjonen i ventetid er størst for de foretaksområdene som har lengst ventetid. Samtidig varierer ventetiden for enkelte av helseforetakene betraktelig mellom de ulike år. Det går fram av figuren at variasjonen mellom områder er redusert i perioden.

### Psykisk helsevern for voksne

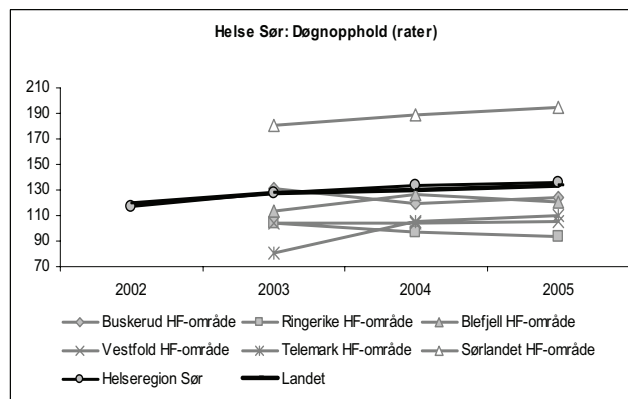
#### Økt tilgang til polikliniske konsultasjoner, stor variasjon i forbruksrater

Det har vært vekst i det polikliniske behandlingstilbudet for befolkningen i Helse Sør i perioden 2002 til 2005. Målt i antall konsultasjoner per innbygger har det vært en vekst på nær 45 prosent i perioden, mot et landsgjennomsnitt på 38 prosent. Veksten og nivået for polikliniske konsultasjoner per innbygger har i hele perioden vært høyere for Helse Sør sammenlignet landet.

Figur 3.18 Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted i 2005. Døgnopphold etter bosted 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Sør med underliggende foretak (områder) og landet samlet.



a)



b)

Med unntak for Ringerike foretaksområdet, har det vært vekst i alle foretaksområder i antall polikliniske konsultasjon per innbygger i perioden. Forskjellene mellom områdene forsterkes i løpet av perioden. Dette kan i sterk grad tilskrives at Telemark har en avvikende utvikling i

form av nivå og vekst som langt overstiger gjennomsnittet for regionen og landet for øvrig. Det kan muligens være grunn til å stille spørsmål om avvikende registreringspraksis. Sørlandet foretaksområde har de laveste polikliniske ratene i 2005, etter den laveste veksten blant helseforetakene i regionen.

### **Økt tilgang til døgnopphold, sterkest vekst ved DPS**

Det har også vært vekst i antall opphold per innbygger i Helse Sør fra 2003 til 2005. Regionen har marginalt høyere oppholdsrate enn ratene for landet i 2004 og 2005, og veksten i perioden er seks prosent for regionen og nær fem for landet. Med unntak av Ringerike foretaksområde, har antall opphold per innbygger økt for alle områder i perioden.

Opphold i sykehus utgjør 57 prosent av de avsluttede oppholdene i regionen i 2005, mens DPS-avdelinger utgjør 43 prosent. Veksten i avsluttede opphold siste år er størst for DPS-avdelinger (Pedersen PB, 2006).

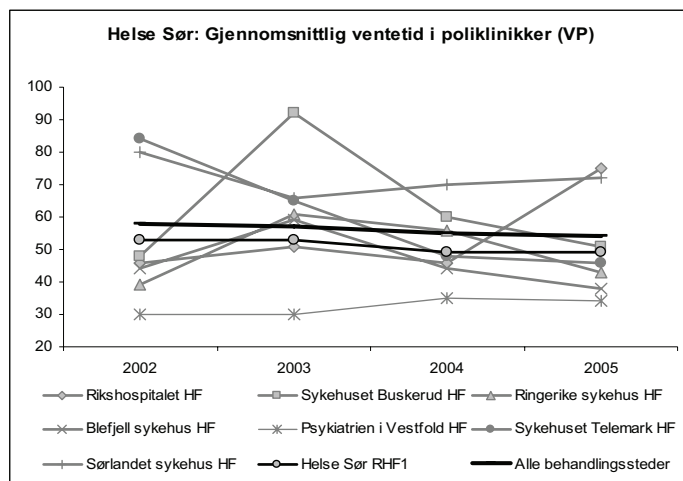
Det er store forskjeller for befolkningen i de ulike områdene i tilgjengelighet til døgntjenester målt i antall opphold per innbygger. Det er spesielt Sørlandet foretaksområde som skiller seg kraftig ut med en langt høyere oppholdsrate enn de øvrige helseforetakene. Det høye forbruksnivået for befolkningen i Sørlandet sitt foretaksområde forårsaker at oppholdsratene for regionen samlet er på nivå med gjennomsnittet for landet. Ringerike og Telemark har lavest antall opphold per innbygger. Dette kan skyldes ulike behandlingsprofiler mellom helseforetakene. For Telemark som både har de høyeste konsultasjonsratene og nest laveste oppholdsrate kan dette muligens indikere en behandlingsprofil hvor det polikliniske tilbudet til befolkningen er vektlagt.

Forskjellene mellom foretaksområdene i antall opphold per innbygger er uendret i perioden 2003 til 2005.

### **Redusert ventetid, men vedvarende variasjoner mellom helseforetak**

Det har vært en reduksjon i gjennomsnittlig ventetid til poliklinisk behandling i perioden fra 53 dager i 2002 til 49 dager i 2005. Reduksjonen er i tråd med resultatet for landet samlet. Poliklinikkene i Helse Sør har i hele perioden hatt kortere gjennomsnittlig ventetid enn landsgjennomsnittet.

Figur 3.19 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Sør med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Forskjellene i registrert gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene i Helse Sør har variert fra år til år. I 2003 var forskjellene størst. Etter dette har variasjonene i ventetid blitt mindre mellom helseforetakene, men for perioden sett under ett er hovedinntrykket at variasjonen er vedvarende.

Det kan synes som det er en sammenheng mellom rater for polikliniske konsultasjoner og ventetid til poliklinisk behandling for enkelte foretak. Sørlandet sykehus HF hadde eksempelvis de laveste konsultasjonsratene, høyeste oppholdsratene og har blant de lengste ventetidene for polikliniske behandling. Buskerud helseforetaksområde har også lave konsultasjonsrater og relativt lange ventetider i perioden.

### 3.3.2 Kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten i Helse Sør

I denne delen vil vi først presentere indikatorer for utvalgte kvalitetsaspekter i somatisk sektor. Deretter vil indikatorene for psykisk helsevern for voksne fremstilles. Indikatorene som benyttes er beskrevet i avsnitt 3.1.5.

## Somatisk sektor

### **Positiv utvikling i andel korridorpasienter, bedre enn landsgjennomsnittet for alle indikatorer**

Foretakene i Helse Sør ligger totalt sett over landsgjennomsnittet i andel utsendte epikriser innen 7 dager i hele 2004 og helt fram til andre tertial 2005, med en andel rundt 50 %. Ingen av foretakene har nådd målet på 80 prosent, da andelen varierer fra 43 til 75 %. Når det gjelder korridorpasienter er andelen totalt sett i underkant av landsgjennomsnittet i nesten hele perioden. Det ser ut til være en positiv utvikling, ved at foretak med svært høy andel korridorpasienter har hatt en forbedring. Med kjennskap til de sykehusvise variasjonene er det samtidig grunn til nevne at enkelte sykehus har hatt store svingninger gjennom perioden, noe som både kan skyldes reelle forhold eller datamessige problemer. Andel strykninger fra operasjonsprogrammet ligger i hele 2005 på 7-8 prosent i Helse Sør, altså noe over målet på 5 prosent. For de to første tertialene som inngår i materialet mangler flere større foretak i regionen, noe som påvirker tallene. For ett av de store sykehusene i regionen er det opplyst at dagkirurgien ikke er inkludert i 2005, noe som muligvis gir en noe høyere andel strykninger enn det ellers ville vært (12 prosent strykninger i 2005).

Tabell 3.5 Tertialvis utvikling i epikrisetid, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Helseforetak i Helse Sør (inkl sykehus med driftsavtale).

Indikator	Mål	1 tert 2004	2 tert 2004	3 tert 2004	1 tert 2005	2 tert 2005	3 tert 2005
EPIKRISER SENDT INNEN 7 DAGER	Mean	50%	44%	50%	49%	50%	51%
	Variasjon	(32 - 77%)	(34 - 88%)	(37 - 73%)	(36 - 73%)	(42 - 68%)	(43 - 75%)
Norge	Mean	43%	39%	43%	48%	51%	55%
ANDEL KORRIDOR- PASIENTER	Mean	2,4%	2,1%*	2,0%*	2,2%*	1,6%*	1,3%
	Variasjon	(0,0-4,2%)	(0,0 4,3%)	(0,0-6,0%)	(0,0-3,5%)	(0,0-2,4%)	(0,0-2,7%)
Norge	Mean	2,4%	2,2%	2,2%	3,0%	2,2%	2,0%
ANDEL STRYKN- INGER	Mean	-	5% *	5%**	7%	8%	8%
	Variasjon		(1 - 8%)	(1 - 8%)	(1 - 12%)	(2 - 12%)	(3 - 12%)
Norge	Mean		8%	9%	8%	9%	9%

\* Mangler ett sykehus \*\* Mangler flere sykehus

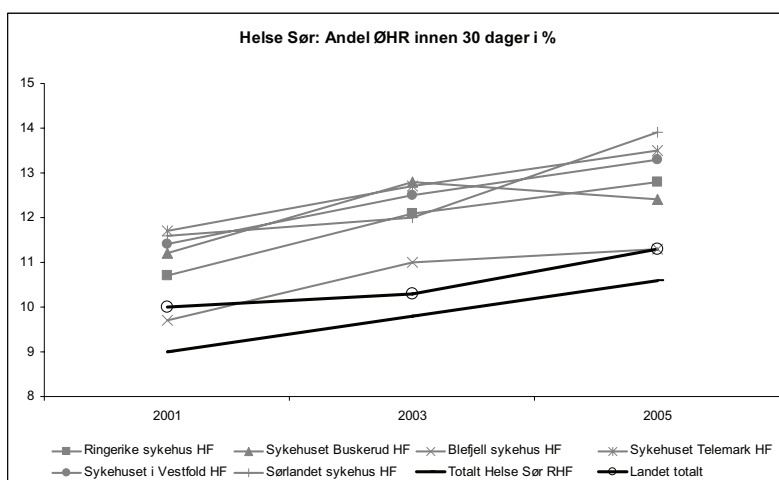


### **Sterkere vekst i reinnleggesrate**

Figur 3.20 viser at andelen reinnleggelser i Helse Sør har vært lavere enn gjennomsnittet for landet i hele perioden. Reinnleggesraten øker fra 9 prosent i 2003 til 10,6 prosent i 2005. Veksten på 1,6 prosentpoeng er noe sterkere enn det nasjonale gjennomsnittet på 1,3 prosent. Helse Sør samlet har i 2005 lavere reinnleggesrate enn gjennomsnittet for landet samlet, men avstanden fra landet samlet reduseres i perioden.

På grunn av sykehusets spesielle behandlingsprofil med høy andel elektive opphold, er ikke Rikshospitalet vist med egen linje i figuren, men helseforetaket er likevel med i gjennomsnittet for Helseregion Sør og for landet. Det er verdt å merke seg at Rikshospitalet har vesentlig lavere reinnleggesandel enn de øvrige helseforetakene i regionen, og bidrar alene til at gjennomsnittet for regionen er lavere enn landsgjennomsnittet.

Figur 3.20 Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Sør med underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005.



Det er stor og vedvarende variasjon i andelen reinnleggelser innen tretti dager, også mellom de helseforetakene i regionen som er vist i figur 3.20, hovedsakelig på grunn av at Blefjell sykehus har en noe lavere andel enn de øvrige. Sørlandet sykehus hadde i 2005 høyest andel med 13,9 prosent, mens Blefjell sykehus hadde lavest, med 11,3 prosent. Alle foretak i Helse Sør, med unntak av Rikshospitalet, har høyere reinnleggesrate enn gjennomsnittet for landet samlet.

### **Psykisk helsevern for voksne**

#### **Økt bruk av tvang etter spesialistvedtak**

Ved 37 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted i Helse Sør i 2005, var det fra henvisende instans begjært tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. I 2003 utgjorde andelen 31 prosent. Tilsvarende tall for landet totalt (henholdsvis 41 prosent i 2005 og 38 prosent i 2003) viser at Helse Sør har en lavere andel tvangsinnleggelser enn landsgjennomsnittet.

Tabell 3.6 Innleggelser til døgntil behandling etter henvisningsformalitet, 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Sør (Landet samlet).

	Henvisningsformalitet			
	Sykehus i Helse Sør RHF (landet)		DPS oa i Helse Sør RHF (landet)	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	69 (62)	63 (58)	93 (92)	90 (90)
Tvungent PHV	31 (38)	37 (41)	7 (7)	10 (10)
Annen lovhjemmel	9 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	100	100	100	100

Tabell 3.7 Innleggelser til døgntil behandling etter spesialistvedtak, 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Sør (Landet samlet).

Helse Sør	Spesialistvedtak			
	Sykehus i Helse Sør RHF (landet)		DPS oa i Helse Sør RHF (landet)	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	72 (70)	69 (70)	93 (93)	93 (91)
Frivillig kontrakt	3 (1)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tvungen undersøkelse	12 (16)	16 (16)	0 (2)	0 (2)
Tvungent psykisk helsevern	13 (12)	14 (13)	7 (5)	7 (7)
Annen lovhjemmel	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	100	100	100	100

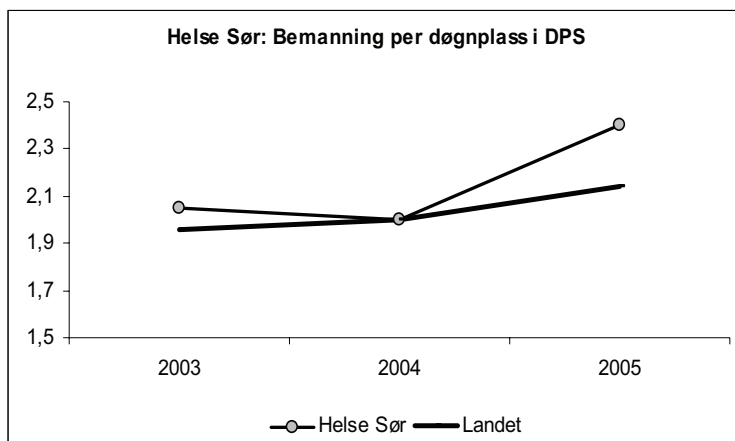
Etter at henvisningen til sykehus ble vurdert av faglig ansvarlig spesialist, var 30 (29 for landet) prosent innlagt til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern i Helse Sør i 2005, en økning på fem prosentpoeng fra 2003.

I institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser er andelen innleggelser etter tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern, på nivå med landet totalt.

### Økt bemanning per døgnplass i DPS

Figur 3.21 viser at bemanning (døgnerheter) per døgnplass i DPS-ene i Helse Sør øker mer enn for landet samlet, og at nivået for dette i 2005 er høyere enn gjennomsnittet for landet samlet.

Figur 3.21 Bemanning per døgnplass i DPS i Helse Sør og landet. 2003-2005.



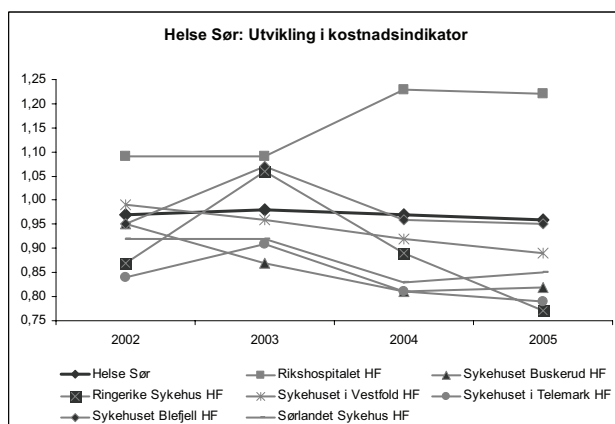
### 3.3.3 Produktivitet og effektivitet Helse Sør

#### Somatisk sektor

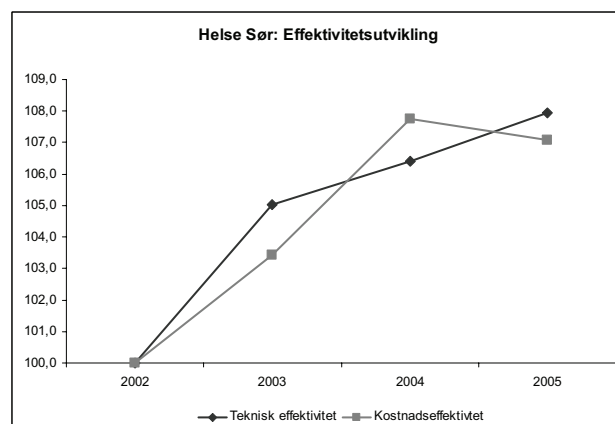
#### Stabilt lavt relativt kostnadsnivå i regionen

Figur 3.22 a) viser at Helse Sør for perioden 2002 til 2005 har et relativt kostnadsnivå for DRG-aktivitet som er lavere enn landsgjennomsnittet som hele tiden er 1,00. I 2002 er det relative kostnadsnivået 0,97 og i 2005 er det 0,96 – det vil si en marginal reduksjon. Sammenlignet med andre regioner har altså foretakene i Helse Sør hele perioden hatt et nivå på kostnader per DRG-poeng som er lavere enn gjennomsnittet for landet samlet.

Figur 3.22 A) Uvikling i kostnadsindikator for Helse Sør samlet og underliggende HF. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Sør. 2002 til 2005.



a)



b)

Fra 2003 til 2004 øker relativt kostnadsnivå ved alle sykehus som har nasjonale kompetansesentra og/eller driver med forskning og utdanning. For Helse Sør gjelder dette i hovedsak Rikshospitalet HF. Dette er en forventet utvikling knyttet til endring av beregningsmåte, og motsvareres av tilsvarende redusert kostnadsnivå ved sykehus som ikke har disse funksjonene. Se avsnitt 3.1 for en nærmere redegjørelse.

Hovedinntrykket for Helse Sør er at de fleste foretakene har hatt et nokså stabilt relativt kostnadsnivå i perioden 2002 til 2005. Sykehuset Ringerike utmerker seg med et nokså kraftig hopp opp for kostnadsindikatoren i 2003. Dette er et lite sykehus hvor små endringer kan gi relativt store utslag på relativt kostnadsnivå. Fra 2002 til 2005 har Buskerud HF hatt den sterkeste reduksjonen i relativt kostnadsnivå. Blefjell HF er det eneste foretaket, utenom Rikshospitalet HF, som ikke har hatt en reduksjon i relativt kostnadsnivå.

#### ***Økt effektivitet i perioden, redusert kostnadseffektivitet siste år***

Helse Sør har for hele perioden et lavt relativt kostnadsnivå. Det relative kostnadsnivået sier ikke i seg selv noe om regionen har hatt en reduksjon i absolutt nivå på kostnader per DRG-poeng. Effektivitetsutvikling belyst ved DEA-analyse viser at Helse Sør har hatt en forbedring av teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet på sju til åtte prosent i perioden. I likhet med Helse Øst har Helse Sør fra 2004 til 2005 forbedret teknisk effektivitet og redusert kostnadseffektivitet.

Det kan stilles spørsmål om hvorfor kostnadseffektiviteten reduseres fra 2004 til 2005 når dette belyses ved DEA-analyse, når relativt kostnadsnivå er stabilt. Det er flere årsaker til dette, her nevnes tre:

- For det første viser relativt kostnadsnivå kostnader sett i forhold til gjennomsnittet for landet. Hvis kostnad per DRG-poeng for landet samlet har samme relative endring som for Helse Sør, så blir relativt kostnadsnivå i Helse Sør undret. Produktiviteten i Helse Sør kan allikevel forbedres.
- For det andre inngår ikke de samme enheter når relativt kostnadsnivå og effektivitetsutvikling beregnes. For 2005 inngår eksempelvis Rehabiliterings-sykehuset i Stavern i Rikshospitalet når relativt kostnadsnivå beregnes – dette er ikke med i analyse av effektivitetsutvikling.
- For det tredje inngår poliklinisk aktivitet i beregning av effektivitetsutvikling basert på DEA-analyse. Hvis f eks Helse Sør har en svakere produktivitetsutvikling på poliklinikkene fra 2004 til 2005 sammenlignet med andre regioner, så kan det observerte resultatet oppstå.

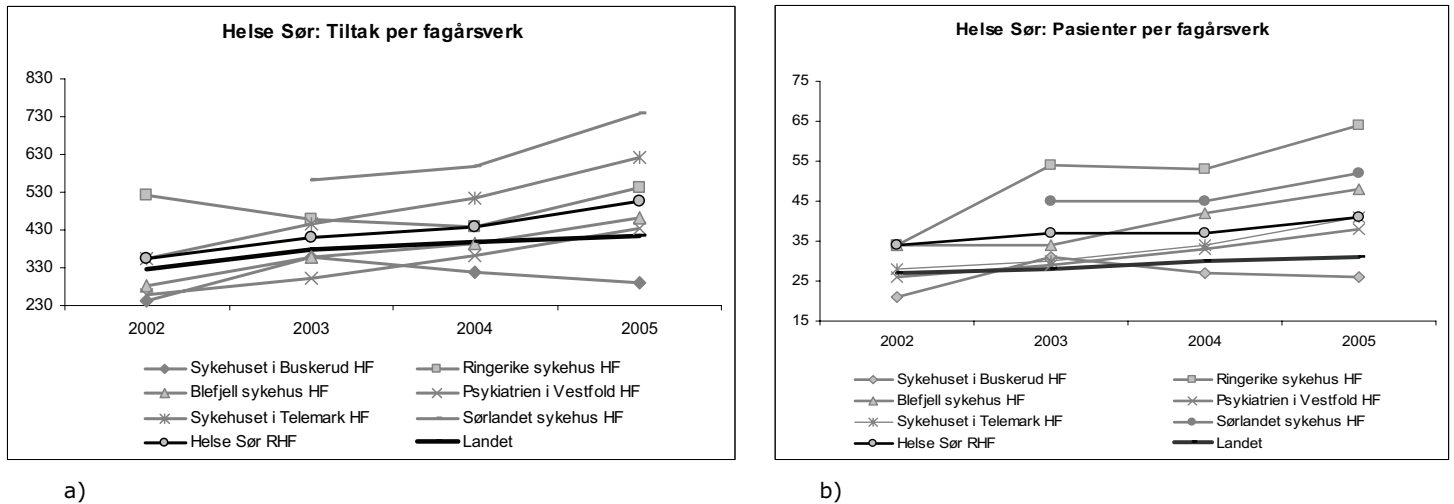
## **Psykisk helsevern for barn og unge**

### ***Høy og økende produktivitet***

Figur 3.23 viser at produktiviteten målt i antall polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk, har økt i Helse Sør i perioden 2002 til 2005. Tiltak per fagårsverk øker fra 353 i 2002 til 505 i 2005, en vekst på 43 prosent. Polikliniske pasienter per fagårsverk øker fra 34 til 40, en vekst på 18 prosent. For begge produktivitetsindikatorne har Helse Sør verdier over landsgjennomsnittet for hele perioden.

Det har vært en vekst i antall tiltak per fagårsverk for samtlige helseforetak i perioden. Det samme gjelder produktivitet målt i pasienter per fagårsverk, dette øker også i alle helseforetak. Dette indikerer at hver behandler i psykisk helsevern for barn og unge utfører flere polikliniske tiltak og når flere polikliniske pasienter i 2005 enn i 2002. Dette betyr at den polikliniske aktiviteten både omfatter flere pasienter og at det produseres flere polikliniske tiltak i regionen som i neste instans gjør at tilgjengeligheten til polikliniske tilbud er bedre i 2005 enn i 2002.

Figur 3.23 Polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk. Poliklinikker for barn og unge<sup>19</sup>. Helse Sør med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.

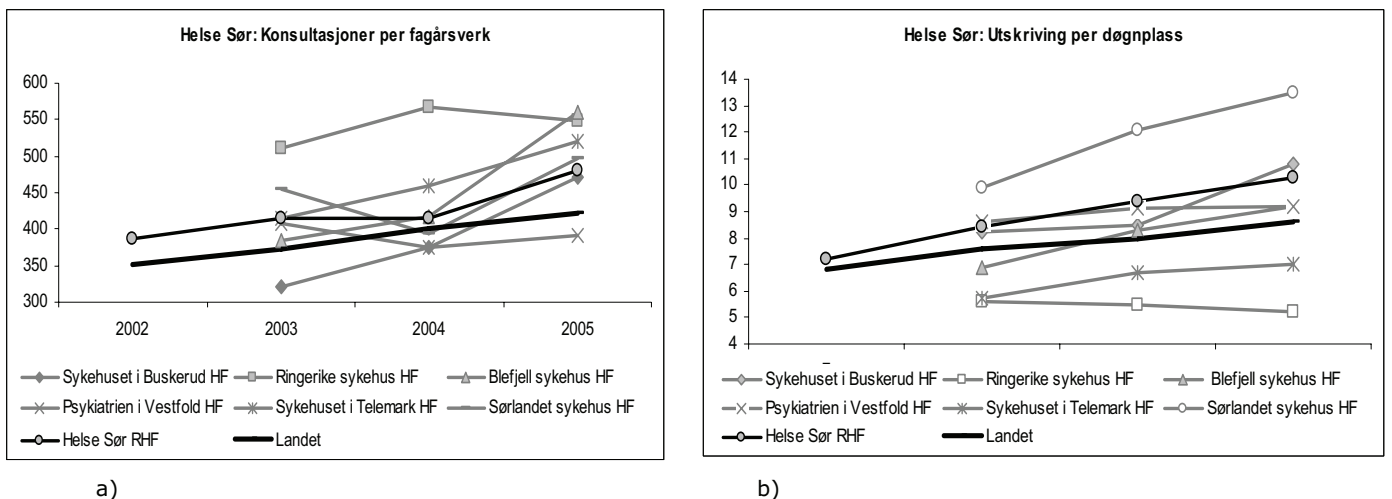


### Psykisk helsevern for voksne

#### Sterk vekst i antall konsultasjoner per fagårsverk

Det har vært en relativt kraftig vekst i antall konsultasjoner per fagårsverk i Helse Sør i perioden etter eierskapsreformen. Veksten har vært på omlag 24 prosent fra 2002 til 2005 for regionen mens veksten for landet totalt var 20 prosent i samme periode. Dette betyr at produktiviteten eller ressursutnyttelsen innenfor poliklinisk virksomhet for voksne har økt for regionen totalt. Samtidig har regionen hatt et høyere produktivetsnivå enn gjennomsnittet for landet i hele perioden.

Figur 3.24 Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker og utskrivninger per døgnplass i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Helse Sør med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Med unntak for Psykiatrien i Vestfold HF har foretakene i regionen økt produktiviteten når man ser perioden under ett, målt i antall konsultasjoner per fagårsverk. Forskjellene mellom foretakene er blitt noe mindre i løpet av perioden 2003 til 2005, variasjonskoeffisienten har

19 Mangler 2002-tall for Sørlandet sykehus HF. På grunn av avvikende registreringspraksis er tiltak ved Telemark BUP poliklinikk estimert i perioden 2003 til 2005 på bakgrunn av tall fra 2002. Oversikt over polikliniske tiltak per innbygger presentert i figur 3.16b) baserer derimot på faktiske rapporterte tiltak fra Telemark BUP.

gått ned fra 0,15 til 0,12. I hele perioden skiller Ringerike Sykehus HF seg ut med et høyt nivå på denne produktivitetsindikatoren.

#### ***Sterk vekst i utskrivinger per døgnplass – særlig ved Sørlandet Sykehus HF***

Ressursutnyttelsen i døgnenheter i psykisk helsevern kan belyses ved å se på antall utskrivinger per døgnplass. Denne indikatoren viser en vekst på 43 prosent for Helse Sør fra 2002 til 2005. Dette er den sterkeste veksten blant helseregionene. Tilsvarende økte antall utskrivinger per døgnplass med nær 27 prosent for landet i tilsvarende periode.

Helse Sør ligger over nivået for landet totalt i hele perioden, og Sørlandet sykehuset HF ligger igjen over gjennomsnittet for Helse Sør. Helseforetakene Ringerike og Telemark har utskrivinger per døgnplass under landsgjennomsnittet, de øvrige helseforetakene ligger over. Det har ikke skjedd noen utjevning mellom helseforetakene når det gjelder ressursutnyttelse i døgnvirksomheten i perioden, forskjellene mellom helseforetakene i antall utskrivinger per døgnplass har derimot økt. Den økte variasjonen skyldes i særlig grad avvikende utvikling for Sørlandet Sykehus HF og Ringerike Sykehus HF.

### 3.3.4 Oppsummering Helse Sør

#### ***Spørsmålet om befolkningen i Helse Sør har fått økt tilgjengelighet og et mer likt tilbud kan belyses med følgende punkter:***

- Befolkningen i Helse Sør som helhet har fått en økt tilgang til somatiske spesialisthelsetjenester i form av alle typer opphold i perioden. Forbruksnivået for både dag- og døgnopphold er over gjennomsnittet for landet samlet i hele perioden. Særlig er forbruket av dagbehandlinger høyt. Median ventetid er stabil for regionen samlet, men andel som venter lengre enn 6 måneder har økt siste året. Basert på redusere forskjeller i median ventetid og døgnoppholdsrater kan det hevdes at befolkningen har fått et mer likt tilbud i perioden. På den andre siden har forskjellen mellom foretaksområdene i tilgang til dagbehandling økt. Utviklingen i median ventetid for operasjoner for de to utvalgte kreftformene går i hver sin retning, økt ventetid til brystkreftoperasjon og redusert ventetid for tykk- og endetarmskreft.
- Økt dekningsgrad, økning i polikliniske tiltak og redusert ventetid til poliklinisk behandling, tyder på økt tilgang til tjenester i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Sør. Dekningsgraden for barn og unge i Helse Sør er noe høyere enn gjennomsnittet for landet samlet. Barne- og ungdomsbefolkningen har fått et mer likt tilbud, med utgangspunkt i at forskjellen mellom foretaksområder i dekningsgrad og ventetider er redusert.
- I psykisk helsevern for voksne har Helse Sør i perioden fra 2002 til 2005 erfart en vekst i ratene for både polikliniske konsultasjoner og døgnopphold, samtidig som ventetidene har gått ned. Målt ved forbruksrater og ventetid har tilgjengeligheten til tjenester for voksne blitt bedre. Forbruket av polikliniske konsultasjoner er høyere enn gjennomsnittet for landet i hele perioden, mens forbruket av døgnopphold er omtrent i tråd med gjennomsnittet. Det er likevel store variasjoner i både forbruksrater for befolkningen i ulike områder, og ventetider ved de ulike poliklinikkene, og disse har ikke blitt mindre i perioden.

#### ***Spørsmålet om kvalitetsutvikling i organisasjon og praksis kan belyses med følgende punkter:***

- I somatisk sektor har det vært en reduksjon, det vil si bedring, i andel korridorpasienter fra 2004 til 2005. Andelen strykninger i operasjonsprogrammet og epikrisetiden har vært stabil, mens det har vært en liten økning i andelen øyeblikkelig hjelps reinnleggelser. Helse Sør ligger likevel godt an i forhold til landsgjennomsnittet for disse indikatorene.

- Andel sykehusinnleggelse i psykisk helsevern for voksne med tvang øker med 5 prosentpoeng fra 2003 til 2005, og nivået er dermed i 2005 omtrent på linje med landet for øvrig. Personellinnsats per seng i DPS-ene øker sterkere sammenlignet med landsgjennomsnittet, og raten er høyere.

***Spørsmålet om effektivitet og produktivitet har økt kan belyses med følgende punkter:***

- I somatisk sektor er relativt kostnadsnivå for DRG-aktivitet stabilt med et nivå på 0,97 til 0,96 i perioden. Effektivitetsutvikling belyst ved DEA analyse viser økt teknisk effektivitet og økt kostnadseffektivitet i perioden. Imidlertid faller kostnadseffektiviteten siste år, det vil si fra 2004 til 2005. Effektivitetsforbedringen er sterkere enn gjennomsnittet for landet samlet i perioden.
- Produktiviteten i psykisk helsevern for barn og unge målt ved tiltak per fagårsverk øker sterkere enn for landet samlet, og nivået på denne indikatoren er høyere enn for landet samlet i hele perioden. Pasienter per fagårsverk viser i tråd med utviklingen for landsgjennomsnittet en positiv utvikling i perioden 2002 til 2005. Nivået på denne indikatoren er også høyere enn for landet samlet i hele perioden. Produktivitetsindikatorerne i psykisk helsevern for barn og unge viser en positiv utvikling.
- Antall konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker for voksne har for hele perioden vært høyere sammenlignet med landet samlet, og produktivetsveksten er også sterkere. Det samme resultatet gjelder for produktivetsutvikling belyst ved utskrivinger per døgnplass. Samlet for Helse Sør viser produktivetsindikatorerne en positiv utvikling i perioden.

## 3.4 Utvikling i Helse Vest 2002 til 2005

### 3.4.1 Tilgjengelighet Helse Vest

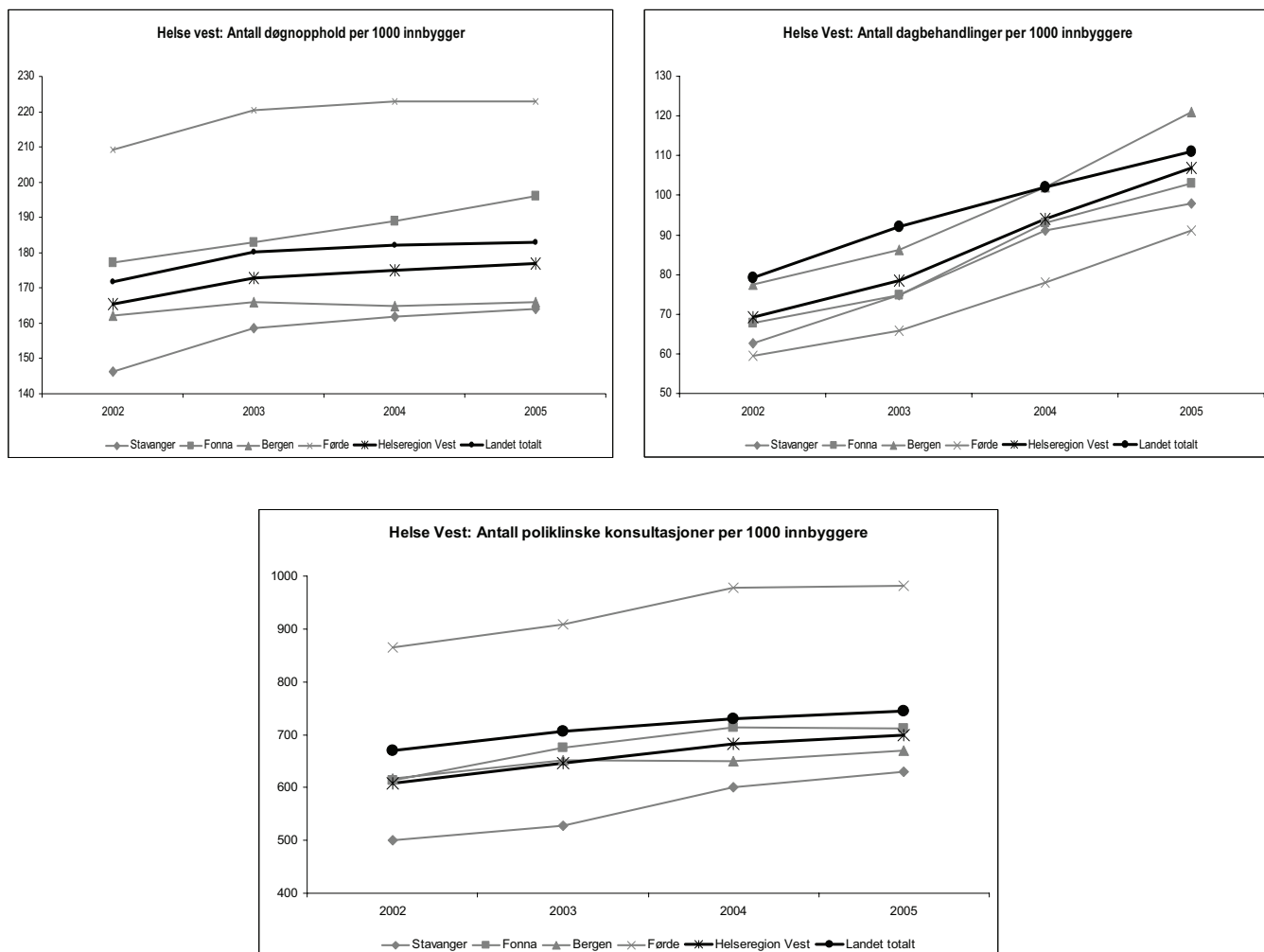
Først presenteres utvikling i tilgjengelighet for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1.5 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

### Somatisk sektor

#### **Sterkere vekst og større spredning i tilbud av dagbehandling**

Figur 3.25 viser at forbruket av døgnopphold for befolkningen i Helse Vest har vært lavere enn landsgjennomsnittet i hele perioden fra 2002 til 2005. I 2005 er raten for døgnbehandling i Helse Vest 177, mot 183 i landet samlet. Veksten har vært den samme som i resten av landet. Videre har det ikke vært endringer i spredningen av forbruksratene for døgnopphold mellom de ulike foretaksområdene i perioden.

Figur 3.25 Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger, Bostedsområder. Helse Vest med underliggende foretaksområder og landet totalt. 2002-2005.





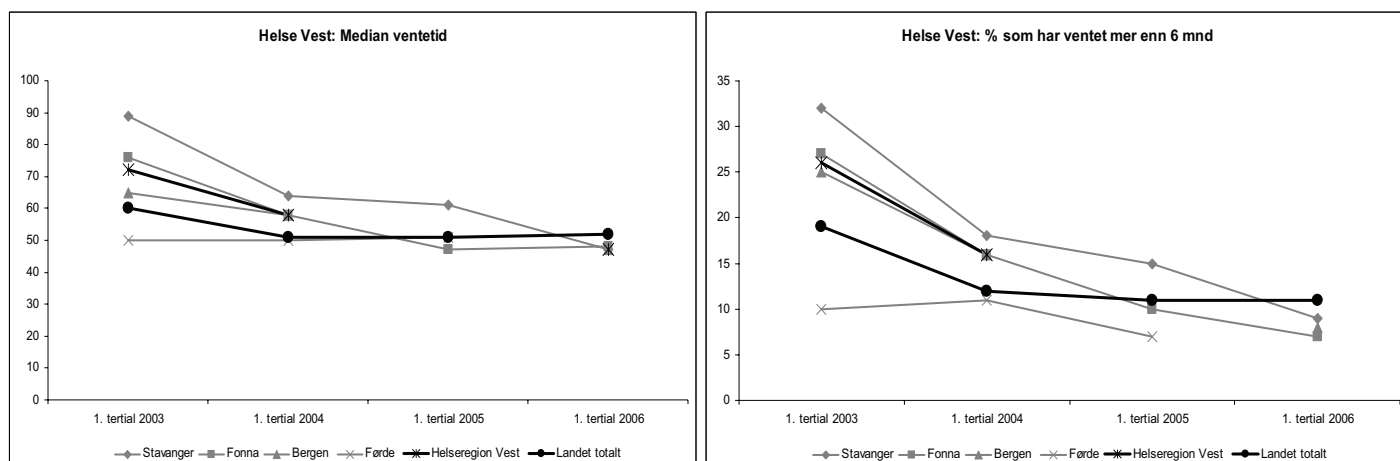
Figur 3.25 viser også utviklingen i forbruksratene for dagbehandling, og vi kan se at nivået på disse ratene også er lavere i Helse Vest sammenlignet med landsgjennomsnittet. Men tilbudet har økt for befolkningen i Vest, som har en økning på 55,1 prosent for dagbehandlingsrater i perioden, mot et landsgjennomsnitt på 40,5 prosent. I tillegg ser vi at det har vært en svak tendens til divergens mellom helseforetaksområdene fordi Bergen opptaksområde har hatt en noe sterkere vekst enn gjennomsnittet for regionen, og Førde opptaksområde har hatt litt svakere vekst.

I tillegg viser figur 3.25 at forbruksratene for polikliniske konsultasjoner er lavere for befolkningen i Helse Vest enn i resten av landet, og at veksten i regionen har vært omtrent lik veksten på landsbasis. Befolkningen i Førde opptaksområde har hatt betydelig høyere rate for forbruk av polikliniske konsultasjoner gjennom hele perioden, og hvis vi ser bort fra dette forholdet, kan vi se en tendens til konvergens mellom ratene i regionens øvrige opptaksområder.

### **Tendens til redusert ventetid og redusert andel langtidsventende**

Dataene for ventetider er noe mangelfulle i Helse Vest og, da det ikke foreligger tall for Helse Bergen for 1.tertial 2005 og Helse Førde 1.tertial 2006. Ettersom Helse Bergen har forholdsvis stor innvirkning på gjennomsnittstallene for regionen, rapporteres ikke tall for Helse Vest 1. tertial 2005. Likevel er det mulig å se noen tendenser i de helseforetaksområdene vi har data for. Den ene av disse tendensene er at både median ventetid og andelen langtidsventende for befolkningen i disse foretaksområdene har gått ned i løpet av perioden, slik at de i 1. tertial 2006 lå under landsgjennomsnittet. Basert på de foretak som har rapporter er median ventetid for 1. tertial 2006 47 døgn i Helse Vest, mot et landsgjennomsnitt på 52. Andel som har ventet lengre enn seks måneder per 1. tertial 2006 er 9 prosent i Stavanger, 7 prosent i Fonna og 8 prosent i Bergen, mot 11 prosent for landet samlet. Den andre tendensen er at det har vært en utjevning i ventetid og andel langtidsventende mellom de helseforetaksområdene hvor data foreligger.

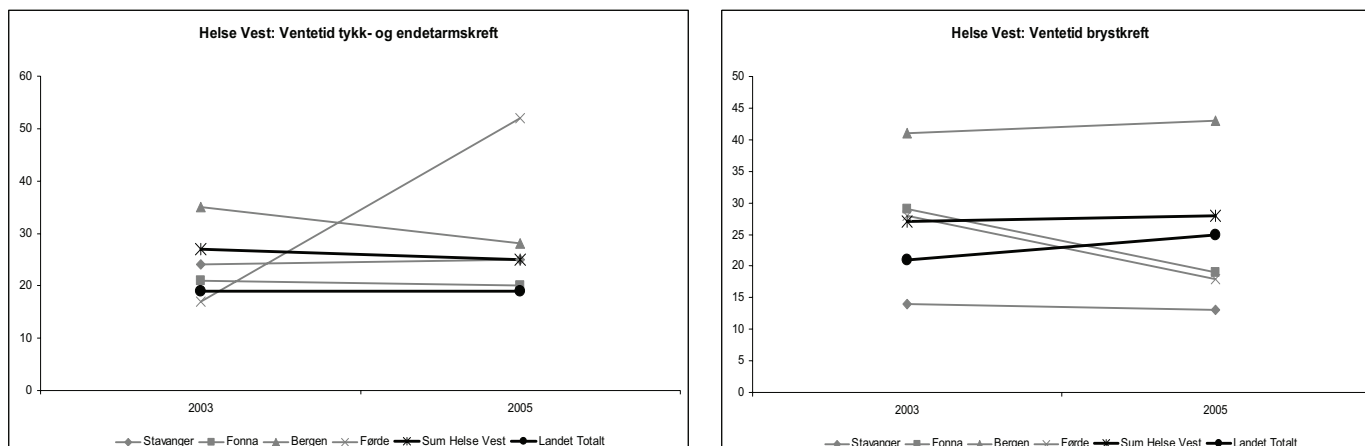
Figur 3.26 Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområder. Helse Vest med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006.



### **Stabil lang ventetid til utvalgte indikatoroperasjoner for regionen samlet**

Figur 3.27 viser at befolkningen i Helse Vest har hatt lengre median ventetid for operasjon av tykk og endetarmskreft enn gjennomsnittet for landets befolkning i perioden fra 2003 til 2005. Befolkningen i Helse Vest ventet 8 døgn lengre på denne type operasjon i 2005. Selv om median ventetid for regionen som helhet har vært stabil, har den økt kraftig for befolkningen i Førde opptaksområde.

Figur 3.27 Median ventetid for operasjon for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Vest med underliggende foretaksområder og landet totalt. 2003 og 2005



Når det gjelder median ventetid til operasjon for brystkreft har den også vært høyere for befolkningen i Helse Vest enn for befolkningen i resten av landet sett under ett, i hele perioden. Figur 3.27 viser at dette skyldes lange ventetider for befolkningen i Helse Bergen. I Helse Vest venter befolkning 3 døgn lengre på brystkreftoperasjon sammenlignet med gjennomsnittet for landet. I likhet med landet for øvrig øker ventetid til brystkreftoperasjon. Dette skyldes at Bergen opptaksområde har økende ventetid for slike operasjoner. Ventetidene til brystkreftoperasjon for befolkningen i Fonna og i Førde har derimot blitt redusert. For regionen som helhet har ventetiden for brystkreftoperasjoner holdt seg bortimot konstant og høyere enn landsgjennomsnittet fra 2002 til 2005.

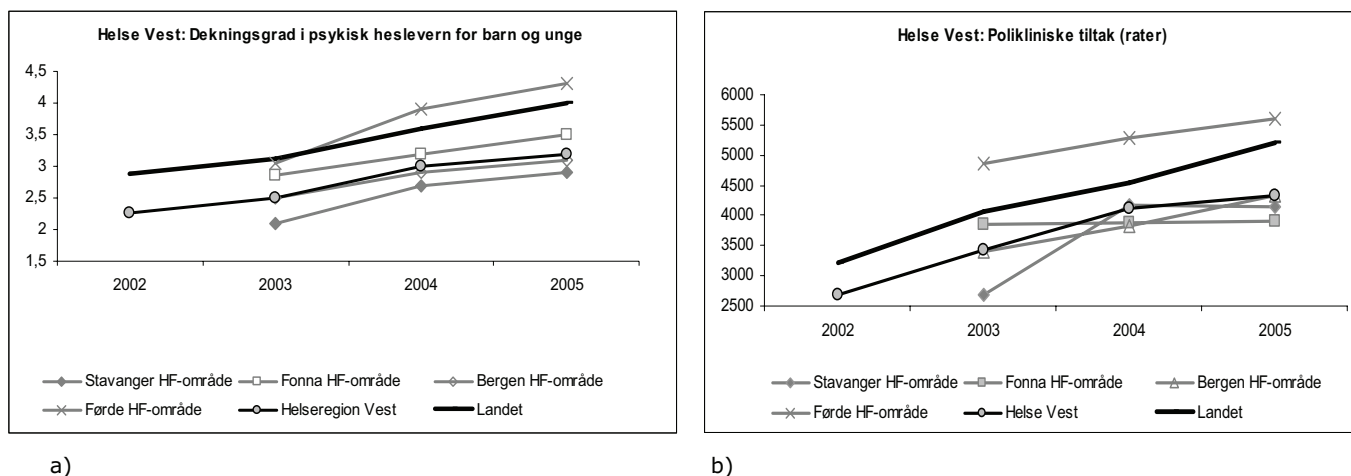
## Psykisk helsevern for barn og unge

### ***Dekningsgraden øker fra drøyt to til drøyt tre prosent – lavere nivå enn landet samlet***

Figur 3.28 a) viser at det har vært økning i andelen behandlede barn og unge med bosted i helseregion Vest i hele perioden. Dekningsgraden for regionen samlet har økt fra 2,3 prosent i 2002 til 3,2 prosent i 2005. Veksten har vært størst for polikliniske pasienter (Pedersen PB, 2006). Dette indikerer at tilgangen til psykisk helsevern for barn og unge i Helse Vest er bedret i løpet av perioden. Dekningsgraden er imidlertid lavere enn for landet samlet i hele perioden. Dekningsgraden økte mindre i Helse Vest enn landet for øvrig fra 2004 til 2005.

Samtlige helseforetak i Helse Vest har hatt vekst i dekningsgraden i perioden. Det er imidlertid variasjoner mellom helseforetakene i andelen barn og unge under behandling. Ved starten av perioden (2003) varierte dekningsgraden fra 2,3 prosent for Stavanger helseforetaksområde til 3,1 prosent for Førde sitt opptaksområde. I 2005 er det fortsatt en høyere andel barn og unge fra Førde HF-område som mottar et behandlingstilbud i psykisk helsevern enn barn fra de andre foretaksområdene i Helse Vest.

Figur 3.28 Pasienter pr 100 innbyggere og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere i Helse Vest. Bostedsområder. Helse Vest med underliggende foretaksområder og landet totalt. 2002-2005.



**Vekst i polikliniske tiltak, tendens til utjevning mellom foretaksområder**

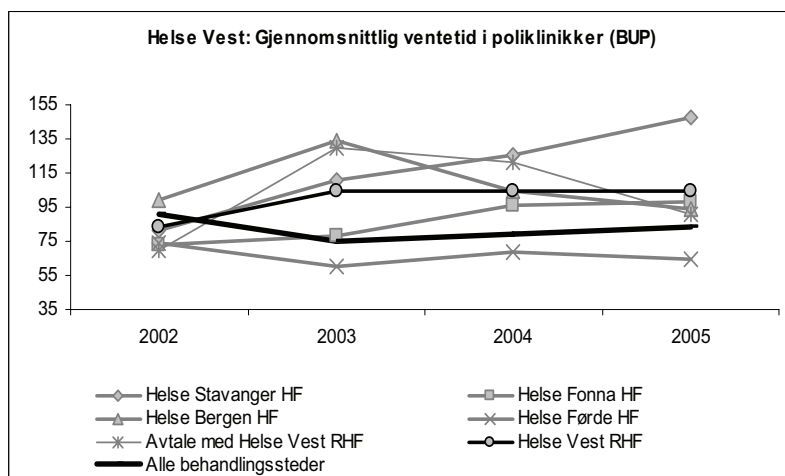
Det har vært en vekst i polikliniske tiltak for befolkningen i regionen fra 2002 til 2005. Utviklingen i Vest har vært parallell med utviklingen for landet totalt med en vekst på 62 prosent. Dette indikerer bedre tilbud til barne- og ungdomsbefolkningen i regionen i form av flere polikliniske tiltak per innbygger. Tiltaksratene ligger imidlertid under ratene for landet i hele perioden.

Det er også store forskjeller mellom foretaksområdene i tilgangen til tjenestene for barn og unge, målt i polikliniske tiltak. Barn og unge med bosted i Førde foretaksområde mottar langt flere tiltak per innbygger enn barn og unge fra andre helseforetak i Helse Vest både i 2003 og i 2005. Det har imidlertid vært en tilnærming mellom foretaksområdene i perioden da variasjonskoeffisienten har gått ned fra 0,24 til 0,16.

**Høye og økende ventetider til poliklinisk behandling for barn og unge**

Ventetiden for poliklinisk behandling for barn og unge var i gjennomsnitt 105 dager i Helseregion Vest i 2005. Dette er en økning på 22 dager siden 2002 da ventetiden var 83 dager. Ventetiden ved poliklinikkene i Helse Vest har fra 2003 vært lengre enn gjennomsnittlig ventetid for poliklinikkene samlet.

Figur 3.29 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Vest med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Figur 3.29 viser at det også er økende forskjeller i utviklingen i ventetid mellom helseforetakene i perioden 2002 til 2005.

## Psykisk helsevern for voksne

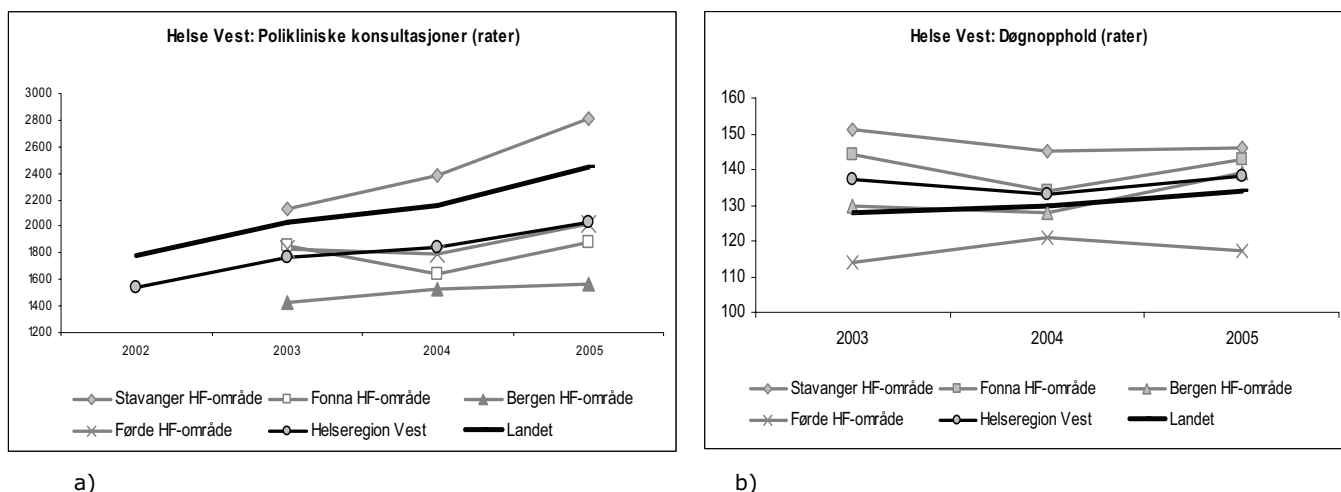
### Vekst i polikliniske konsultasjoner men økende forskjeller

Det har vært vekst i det poliklinisk behandlingstilbudet for befolkningen i Helse Vest i perioden 2002 til 2005. Målt i antall konsultasjoner per innbygger har det vært en vekst på nær 32 prosent i perioden. Veksten og nivået for polikliniske konsultasjoner per innbygger har i hele perioden vært lavere for regionen enn for landet.

Det har vært vekst i alle helseforetak i antall polikliniske konsultasjon per innbygger i perioden. Forskjellene mellom foretakene har økt fra 2002 til 2005. Førde HF-område hadde høye rater i utgangspunktet og har i perioden økt sin polikliniske aktivitet ytterligere. Bergen helseforetaksområde har de laveste polikliniske ratene i perioden både i 2002 og i 2005.

Den totale veksten i polikliniske rater indikerer bedre tilgjengelighet til polikliniske tjenester for voksne i Helseregion Vest, selv om forskjellene mellom foretakene fortsatt er betydelige i 2005.

Figur 3.30 Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted i 2005. Døgnopphold etter bosted 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Vest med underliggende foretak(områder) og landet samlet.



### Moderat vekst i døgnopphold, sterkest vekst ved DPS

Det har kun vært en svak vekst i antall opphold per innbygger i Helse Vest fra 2003 til 2005. I Helse Vest øker ratene med 0,7 prosent mot et landsgjennomsnitt på 4,7 prosent. Regionen har imidlertid høyere oppholdsrate enn ratene for landet. Antall opphold per innbygger økte i to av fire foretaksområder i perioden.

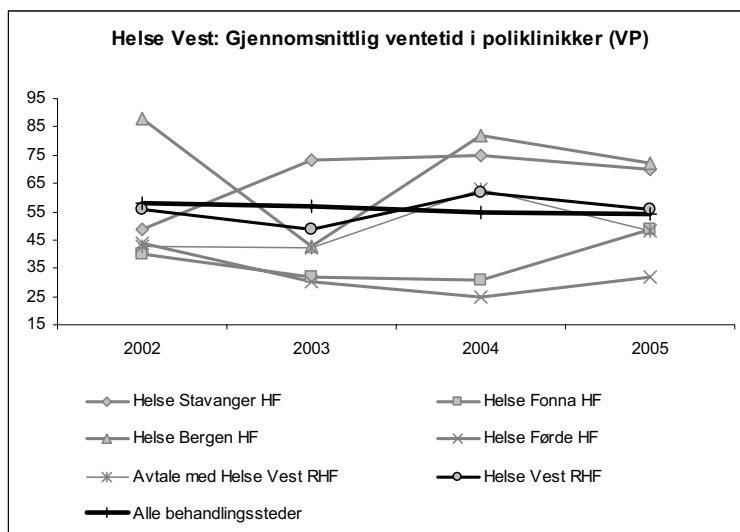
Opphold i sykehus utgjør 52 prosent av de avsluttede oppholdene i regionen i 2005, mens DPS-avdelinger utgjør 46 prosent. Veksten i avsluttede opphold siste år er størst for DPS-avdelinger (Pedersen PB, 2006).

Det er vedvarende forskjeller mellom helseforetakene i tilgjengelighet til døgntjenester målt i antall opphold per innbygger. Bergen helseforetaksområde har høyeste oppholdsrate i regionen og Førde de laveste. Forskjellene mellom helseforetakene i antall opphold per innbygger har imidlertid gått noe ned i perioden 2003 til 2005.

### **Ingen reduksjon i ventetid til poliklinisk behandling**

Gjennomsnittlig ventetid til poliklinisk behandling har holdt seg konstant i perioden sett under ett med 56 dager både i 2002 og 2005. Gjennomsnittlig ventetid ved poliklinikkene i Helse Vest var på linje med landsgjennomsnittet både ved starten og slutten av perioden.

Figur 3.31 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Vest med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Forskjellene i registrert gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene i Helse Vest har variert fra år til år. Ser vi bort fra Helse Bergen HF, som hadde klart høyere gjennomsnittlig ventetid enn de øvrige foretakene i 2002, så har forskjellene økt i perioden.

#### 3.4.2 Kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten i Helse Vest

Først presenteres utvikling i kvalitetsaspekter for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Til slutt i dette avsnittet gis en oppsummering av utvikling i kvalitetsaspekter for Helse Vest. Det vises til avsnitt 3.1.2 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

### **Somatisk sektor**

#### **Forbedring i epikrisetid og styrkninger til operasjonsprogram, høy andel korridorpasienter**

Andelen utsendte epikriser innen 7 dager økte totalt sett fra 38 prosent i 1 tertial 2004 til hele 63 prosent i siste tertial 2004. I førstnevnte periode varierte foretakenes andel fra 29 til 57 prosent, mens det i sistnevnte periode varierte fra 28 til 73 prosent. Helse Vest har i gjennomsnitt en noe høyere andel korridorpasienter enn landsgjennomsnittet i hele 2004 og 2005. Det er spesielt ett foretak som skiller seg markert ut, og verdiene for dette foretaket ses som høyeste andel i variasjonsangivelsene i parentes. På det meste ble andelen korridorpasienter ved det nevnte foretaket beregnet til 8,3 prosent, noe som er svært høyt. Andelen strykninger fra operasjonsprogrammet ligger for Helse Vest omtrent på landsgjennomsnittet i 2005, med 7 og 8 prosent totalt sett. For to av fem tertial mangler flere sykehus/foretak, noe som gir noe usikkerhet i tallene.

Tabell 3.8 Tertiær utvikling i epikrisetid, andel korridorpatienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Helseforetak i Helse Vest (inkl sykehus med driftsavtale).

Indikator	Mål	1 tert 2004	2 tert 2004	3 tert 2004	1 tert 2005	2 tert 2005	3 tert 2005
EPIKRISER	Mean	38%*	39%	46%*	50%**	53%	63%
SENDT INNEN 7 DAGER	Variasjon	(29 - 57%)	(8 - 58%)	(36 - 59%)	(44 - 56%)	(17- 70%)	(28-73%)
Norge	Mean	43%	39%	43%	48%	51%	55%
ANDEL KORRIDOR- PASIENTER	Mean	2,7%	2,5%	2,5%	3,8%	3,5%	2,5%
	Variasjon	(0,5-5,9%)	(0,2-6,0%)	(0,1-5,8%)	(1,1-8,3%)	(0,6-7,5%)	(0,2-5,8%)
Norge	Mean	2,4%	2,2%	2,2%	3,0%	2,2%	2,0%
ANDEL STRYKN- INGER	Mean	-	10%**	12%*	7%	8%	8%**
	Variasjon		(8 - 11%)	(7 - 14%)	(6 - 13%)	(0-13%)	(0 -11%)
Norge	Mean	-	8%	9%	8%	9%	9%

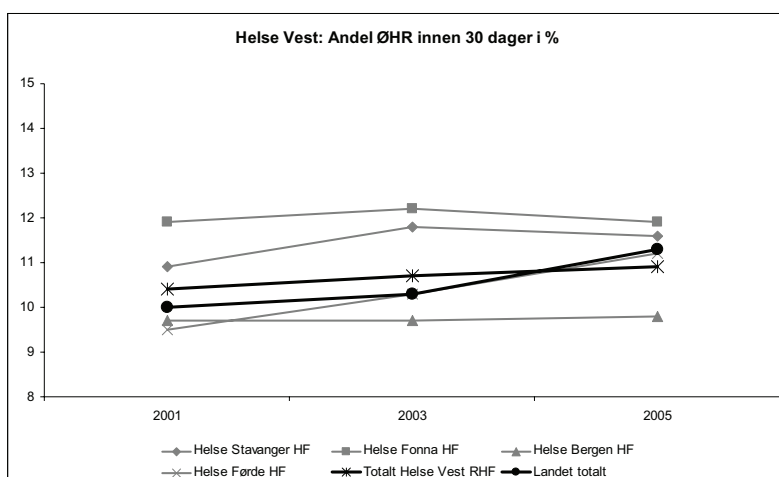
\* Mangler ett sykehus \*\* Mangler flere sykehus

### Stabil reinnleggesrate i Vest, økning for landet samlet

Figur 3.32 viser at andel reinnleggelser i Helse Vest øker svakere sammenlignet med landet for øvrig. Nivået har holdt seg stabilt mellom 10,4 prosent i 2003, og 10,9 prosent i 2005. Dermed har veksten i perioden vært lavere i Helse Vest enn i landet for øvrig

Forskjellen i andel reinnleggelser innen tretti dager mellom regionens helseforetak har avtatt i perioden. Helse Førde har hatt sterkest økning i reinnleggesraten. Figur 3.32 viser at når Helse Bergen holdes utenfor, så observeres en konvergens i mellom de øvrige foretakene.

Figur 3.32 Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Vest RHF og underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005.



## Psykisk helsevern for voksne

### Svak økning i andel sykehusinnleggelser ved tvang

Ved 42 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted i Helse Vest i 2005, var det fra henvisende instans bejært tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. I 2003

utgjorde andelen 35 prosent. Tilsvarende tall for landet totalt (henholdsvis 41 prosent i 2005 og 38 prosent i 2003) viser at Helse Vest ligger like over landsgjennomsnittet i 2005.

Tabell 3.9 Innleggelser til døgntil behandling etter henvisningsformalitet. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Vest (Landet samlet).

	Henvisningsformalitet			
	Sykehus i Helse Vest RHF (landet)		DPS oa i Helse Vest RHF (landet)	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	65 (62)	57 (58)	88 (92)	87 (90)
Tvungent PHV	35 (38)	42 (41)	11 (7)	13 (10)
Annen lovhjemmel	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)
Totalt	100	100	100	100

Tabell 3.10 Innleggelser til døgntil behandling etter spesialistvedtak. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Vest (Landet samlet).

Helse Vest	Spesialistvedtak			
	Sykehus i Helse Vest RHF (landet)		DPS oa i Helse Vest RHF (landet)	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	70 (70)	70 (70)	89 (93)	88 (91)
Frivillig kontrakt	2 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Tvungen undersøkelse	15 (16)	15 (16)	5 (2)	4 (2)
Tvungent psykisk helsevern	13 (12)	14 (13)	6 (5)	8 (7)
Annen lovhjemmel	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	100	100	100	100

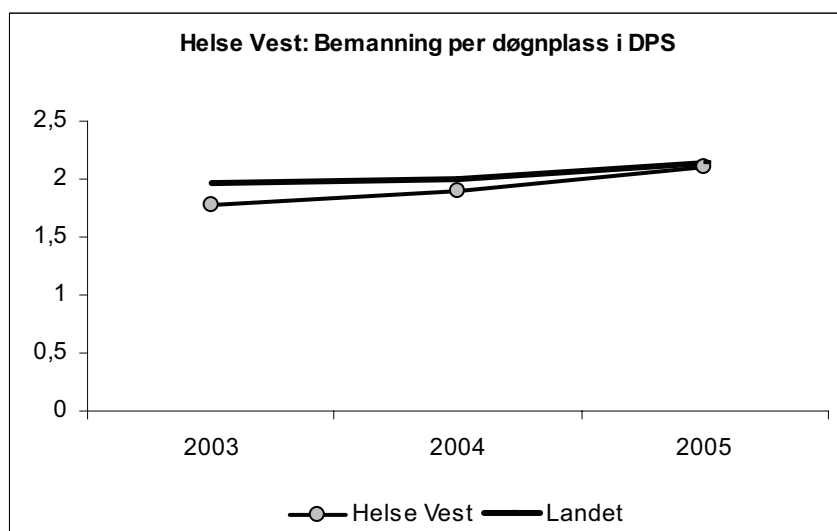
Etter at henvisningen til sykehus ble vurdert av faglig ansvarlig spesialist, var 29 prosent innlagt til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern i Helse Vest i 2005, en økning på ett prosentpoeng fra 2003. Utvikling og nivå er i tråd med landet samlet.

I institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser, er andelen innleggelser etter tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern noe høyere enn for landet totalt.

#### **Økt bemanning per døgnplass i DPS**

Figur 3.33 viser at bemanning per døgnplass ved DPS-enes døgnenheter i Helse Vest har økt noe mer enn landet samlet. Veksten i Helse Vest er på 18 prosent, mot et landsgjennomsnitt på 9 prosent. Dette har resultert i at Helse Vest i 2005 er på nivå med landsgjennomsnittet.

Figur 3.33 Bemanning per døgnplass i DPS i Helse Vest og landet. 2003-2005.



### 3.4.3 Produktivitet og effektivitet i Helse Vest

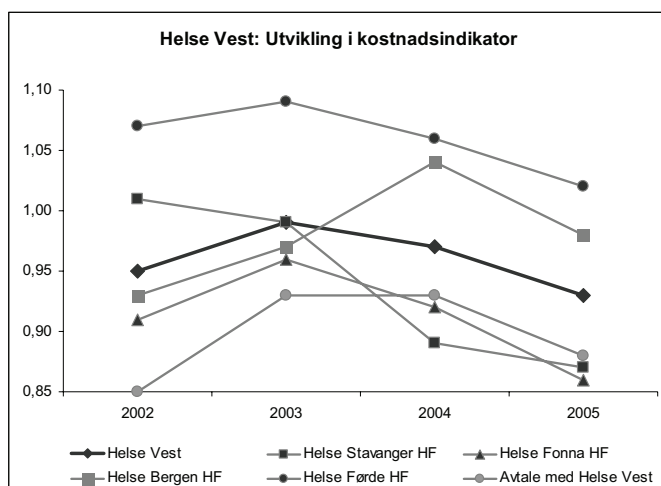
Først presenteres utvikling i kvalitetsaspekter for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1.5 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

#### Somatisk sektor

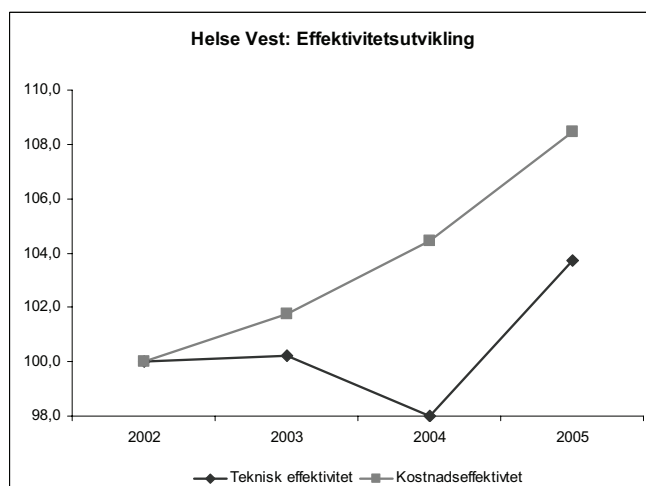
##### **Lavt og avtakende relativt kostnadsnivå**

Figur 3.34 a) nedenfor viser at Helse Vest har en reduksjon i relativt kostnadsnivå fra 0,95 i 2002 til 0,93 i 2005. Helse Vest har det laveste relative kostnadsnivået både ved starten og slutten av perioden.

Figur 3.34 A) Utvikling i kostnadsindikator for Helse Vest samlet og underliggende HF. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Vest. 2002 til 2005.



a)



b)



Fra 2003 til 2004 øker relativt kostnadsnivå ved alle sykehus som har nasjonale kompetansesentra og/eller driver med forskning. For Helse Vest gjelder dette i hovedsak Helse Bergen HF. Dette er en forventet utvikling knyttet til endring av bergningsmåte, og motsvareres av tilsvarende redusert kostnadsnivå ved sykehus som ikke har disse funksjonene. Se avsnitt 3.1 for en nærmere redegjørelse.

Relativt kostnadsnivå øker i 2003, for så å reduseres i 2004 og videre ytterligere reduksjon i 2005. Fra 2003 til 2004 er det i hovedsak Helse Stavanger HF som driver reduksjonen i relativt kostnadsnivå, mens fra 2004 til 2005 er det i sterk grad Helse Bergen HF som driver reduksjonen.

**Sterkere økning i kostnadseffektivitet, svakere økning i teknisk effektivitet**

Helse Vest har i perioden en forbedring i kostnadseffektivitet på drøyt åtte prosent. Den tekniske effektiviteten viser ikke en like sterk forbedring, den er på om lag fire prosent for samme periode. I motsetning til Helse Øst, Helse Sør og Helse Midt-Norge har Helse Vest økt kostnadseffektivitet også fra 2004 til 2005.

**Psykisk helsevern for barn og unge**

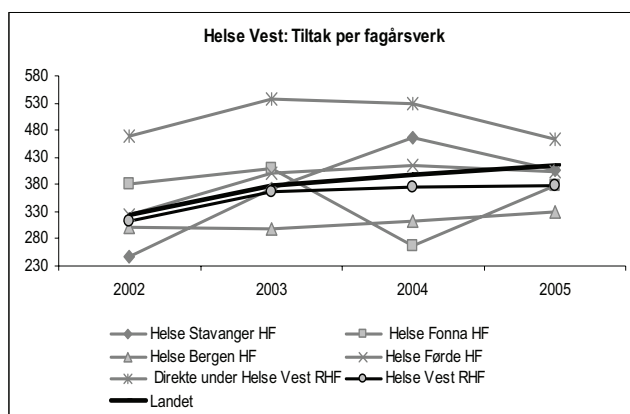
**Moderat produktivitetsvekst**

Figur 3.35 viser at produktiviteten målt i antall polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk, har økt i Helse Vest i perioden 2002 til 2005.

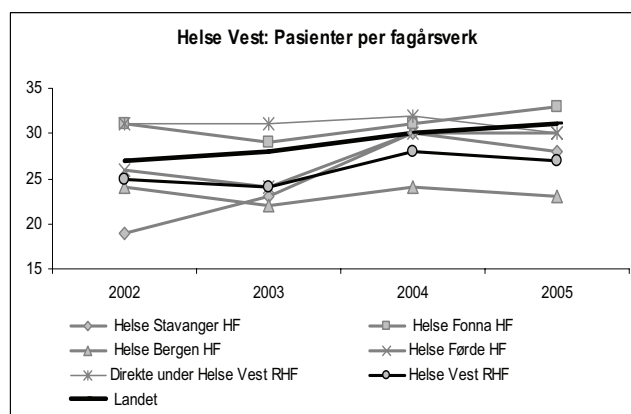
Produktivitetsøkningen er lavere enn for landet samlet. Raten for tiltak per fagårsverk øker med 21 prosent, mens samme indikator for landsgjennomsnittet øker med 27 prosent. Det samme gjelder for pasienter per fagårsverk, i Helse Vest øker denne indikatoren med 8 prosent – mot et landsgjennomsnitt på 15 prosent.

Med unntak av Helse Fonna HF og institusjoner direkte under Helse Vest RHF, har det vært en vekst i antall tiltak per fagårsverk i helseforetakene i perioden. Dette indikerer at hver behandler i psykisk helsevern for barn og unge utfører flere polikliniske tiltak i 2005 enn i 2002. Samtidig ser vi at hver behandler når flere polikliniske pasienter totalt for regionen. Blant helseforetakene er det vekst i Stavanger, Fonna og Førde.

Figur 3.35 Polikliniske tiltak per fagårsverk (a) og polikliniske pasienter per fagårsverk (b). Poliklinikker for barn og unge. Helse Vest med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



a)



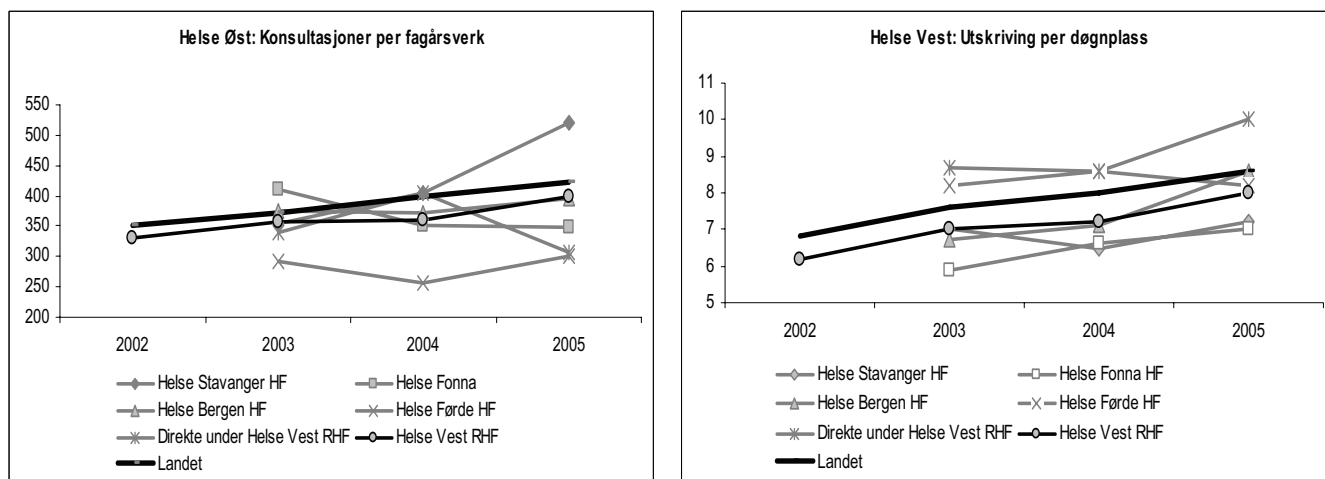
b)

## Psykisk helsevern for voksne

### Produktivitetsvekst i poliklinikkene

Det har vært en vekst i antall konsultasjoner per fagårsverk ved poliklinikkene i Helse Vest i perioden etter eierskapsreformen. Veksten har vært på omlag 12 prosent fra 2002 til 2005, noe lavere enn veksten for landet totalt. Regionen har hatt et lavere produktivetsnivå enn gjennomsnittet for landet i hele perioden.

Figur 3.36 Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker (a) og utskrivinger per døgnplass i døgninstitusjoner (b) innen psykisk helsevern for voksne. Helse Vest med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



a)

b)

Helseforetakene i Helse Vest har hatt ulik utvikling i perioden fra 2003 til 2005 når det gjelder produktivitet i poliklinikkene. For Helse Fonna HF og institusjonene direkte under Helse Vest RHF har antall konsultasjoner per fagårsverk gått ned i perioden, mens for de øvrige foretakene i regionen har produktiviteten økt når man ser perioden under ett. Helse Stavanger HF-område skiller seg ut med kraftig vekst, og driver i sterk grad den regionale produktivitetsveksten.

### .... men sterkere produktivitetsvekst i døgnbehandling

Ressursutnyttelsen i døgnenheter i psykisk helsevern kan belyses ved å se på antall utskrivinger per døgnplass. Denne indikatoren viser en vekst på 29 prosent for Helse Vest fra 2002 til 2005. Tilsvarende økte antall utskrivinger per døgnplass med nær 27 prosent for landet i samme periode.

Helse Vest ligger under nivået for landet totalt, og det er kun institusjonene direkte under Helse Vest RHF som i 2004 som ligger over landsgjennomsnittet. De øvrige helseforetakene har et nivå på utskrivinger per døgnplass under landsgjennomsnittet.

#### 3.4.4 Oppsummering Helse Vest

##### ***Spørsmålet om befolkningen har fått økt tilgjengelighet og et mer likt tilbud kan belyses med følgende punkter:***

- I somatisk sektor observeres økt døgnbehandling på linje med landet for øvrig. Forbruk av dagbehandling øker kraftigere enn for befolkningen i landet samlet, og særlig gjelder dette for befolkningen Helse Bergen sitt opptaksområde. Forbruket av både døgn- og dagbehandling er lavere sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet gjennom hele perioden. Konklusjonen om økt tilgjengelighet forsterkes av tendens til reduserte ventetider og tendens til redusert andel langtidsventende. Ventetidene til utvalgte indikatoroperasjoner, operasjon for tykk- og endetarmskreft, samt operasjon for brystkreft er imidlertid stabilt høyere enn landsgjennomsnittet.
- Økt andel pasienter som får tilbud om behandling i psykisk helsevern for barn og unge tyder på økt tilgang til tjenestene. Imidlertid er dekningsgraden i Helse Vest lavest i landet både ved starten og slutten av perioden. Vekst i polikliniske tiltak, samt utjevning mellom foretaksområder, tyder på økt tilgang og et mer likt i tilbud. Men forbruket av både døgnbehandling og polikliniske konsultasjoner enn for landet for øvrig. Konklusjonen om økt tilgjengelighet modereres imidlertid også av lange og økende ventetider til poliklinisk behandling for barn og unge. Helse Vest har i 2005 lengst ventetid for barn og unge.
- Rater for polikliniske konsultasjoner øker i psykisk helsevern for voksne, men svakere enn gjennomsnittet for landet. Raten for døgnopphold har også økt noe svakere enn i landet for øvrig. Forbruket av polikliniske konsultasjoner er gjennom hele perioden lavere enn landsgjennomsnittet, mens forbruket av døgnopphold er noe høyere. Det er vedvarende forskjeller mellom foretaksområder i forbruksrater. I Helse Vest observeres ingen reduksjon i ventetid til poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne - og i 2005 er ventetiden marginalt lengre sammenlignet med landsgjennomsnittet.

##### ***Spørsmålet om kvalitetsutvikling i organisering og praksis kan belyses med følgende punkter:***

- I somatisk sektor reduseres epikrisetiden og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. I tillegg har Helse Vest hatt en svakere økning i reinnleggelsesratene, og ligger i 2005 like under landsgjennomsnittet. Det er en forbedring i indikatorene som belyser kvalitetsaspekter. Andelen korridorpasienter er imidlertid vedvarende høy.
- Det er, i tråd med landet for øvrig, en marginal økning i andel sykehusinnleggelser med tvang etter spesialistvedtak i psykisk helsevern for voksne. Utviklingen i denne indikatoren er dermed negativ. Helse Vest har et nivå på andel tvangsinnleggelser i tråd med landsgjennomsnittet. På den andre siden øker bemanningen per seng i DPS-er.

##### ***Spørsmålet om effektivitet og produktivitet har økt kan belyses med følgende punkter:***

- Helse Vest har i hele perioden et lav relativt kostnadsnivå i somatisk virksomhet. Effektivitetsutvikling belyst ved DEA-analyse viser sterk økning i kostnadseffektivitet i perioden, mens den tekniske effektivitet øker mer moderat. Effektivitetsforbedringen i somatisk sektor i Helse Vest er sterkere enn gjennomsnittlig effektivitetsutvikling på nasjonalt nivå.
- I psykisk helsevern for barn og unge øker produktiviteten ved at indikatorene tiltak per fagårsverk og pasienter per fagårsverk øker, men produktivitetsøkningen er

svakere enn gjennomsnittet for landet. Nivået på begge indikatorene er under landsgjennomsnittet i hele perioden.

- Konsultasjoner per fagårsverk i psykisk helsevern for voksne øker, men økningen er mer moderat enn hva som er tilfelle for landet samlet. Produktivitet målt ved utskrivinger per døgnplass øker derimot noe sterkere enn for landet samlet. Nivået på begge indikatorene er under landsgjennomsnittet i hele perioden.

## 3.5 Utvikling i Helse Midt-Norge 2002 til 2005

### 3.5.1 Tilgjengelighet Helse Midt-Norge

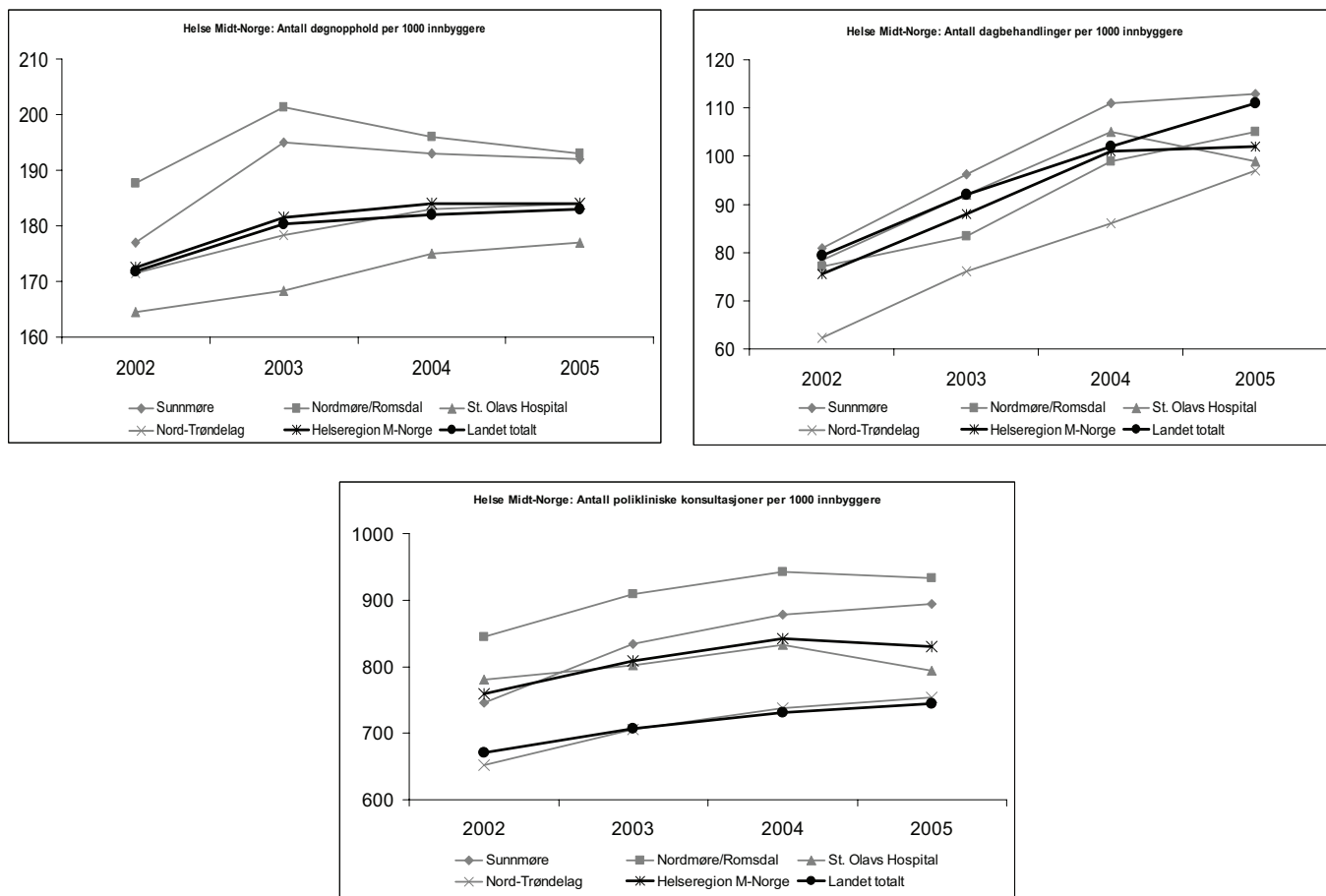
Først presenteres utvikling i tilgjengelighet for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1.5 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

#### Somatisk sektor

##### **Økt tilgang og utjevning mellom foretaksområder i døgntilgang**

Av figur 3.37 kan vi se at forbruket av døgnopphold for befolkningen i Helse Midt-Norge har vært tilnærmet lik gjennomsnittet for landet fra 2002 til 2005. Både for Helse Midt-Norge og for landet samlet har oppholdsratene økt med om lag 6 prosent. Det har videre blitt mindre forskjeller i tilgang til døgntilgang for befolkningen i de ulike foretakenes opptaksområder, noe som kan indikere mer lik tilgang til døgntilgang.

Figur 3.37 Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Midt-Norge med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005.



Raten for polikliniske konsultasjoner har vært gjennomgående høyere enn i landet for øvrig. Frem til 2004 hadde regionen samme veksttakt som landsgjennomsnittet, men også for denne typen behandling har veksten stoppet opp fra 2004 til 2005. Utflatingen av veksten i

forbruk av polikliniske tjenester på regionnivå kan, som for dagbehandling, tilskrives en reduksjon for befolkningen ved St. Olavs Hospital HF.

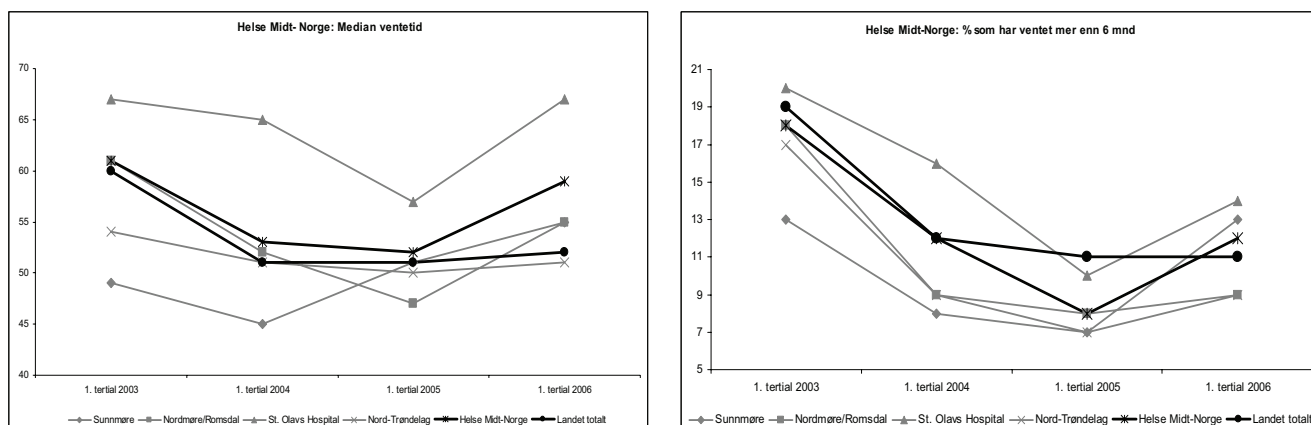
Det høye forbruket av polikliniske tjenester i Helse Midt-Norge kan sees i sammenheng med lavere forbruk av tjenester fra private avtalespesialister. En illustrasjon av dette finnes i SAMDATA somatikk 2005 (Jørgenvåg, 2006).

### **Økende ventetider og økende andel langtidsventende i 2005**

I perioden reduseres median ventetid for befolkningen i Helse Midt-Norge med 2 døgn til 59 døgn i 2005. Av figur 3.38 kan vi se at median ventetid for ventende har vært noe høyere enn landsgjennomsnittet i hele perioden, hovedsakelig på grunn av lange ventetider for befolkningen i St. Olavs Hospital sitt opptaksområde. Forskjellen mellom regionen og landet for øvrig har økt etter 1. tertial 2005. Dette som følge av økte ventetider for befolkningen i alle regionens helseforetaksområder, med unntak av Nord-Trøndelag. Likevel har det vært en svak nedgang i ventetider i regionen i perioden som helhet.

Figur 3.38 viser også at det har vært en nedgang på 6 prosentpoeng i andelen langtidsventende i regionen perioden sett under ett, selv om vi også her ser en økning 1. tertial 2006 til omtrent samme nivå som i 1. tertial 2004. Hvis vi ser bort fra median ventetid for befolkningen i St. Olavs Hospitals opptaksområde, har forskjellene i både ventetider og andel langtidsventende mellom regionens helseforetaksområder blitt mindre i løpet av perioden.

Figur 3.38 Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområder. Helse Midt-Norge med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006.

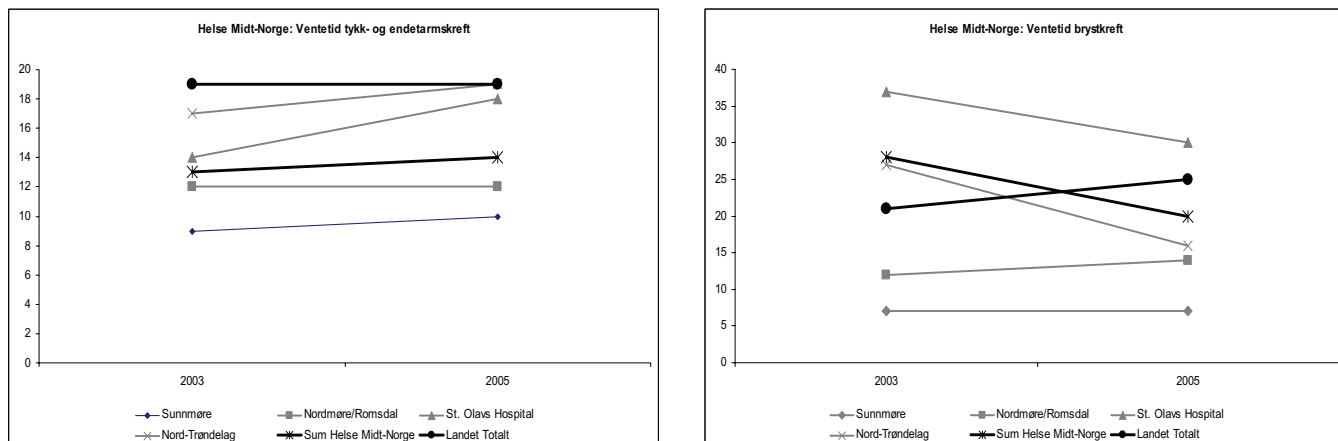


### **Redusert ventetid til brystkreftoperasjon, uforandret ventetid til operasjon for tykk- og endetarmskreft.**

Median ventetid for operasjoner for tykk- og endetarmskreft for befolkningen i Helse Midt-Norge har vært stabil fra 2003 til 2005, og den har ligget godt under landsgjennomsnittet i hele perioden. I Helse Midt-Norge venter befolkningen i 14 døgn på denne type operasjon, mot 19 døgn for landet samlet.

Når det gjelder median ventetid for brystkreftoperasjon lå nivået i Helse Midt-Norge over landsgjennomsnittet i 2003, men en relativt stor reduksjon i ventetiden for slike operasjoner for pasienter tilhørende St. Olavs Hospital og Nord-Trøndelag har ført til at gjennomsnittet for regionen i 2005 var lavere enn i landet for øvrig. Fra 2003 til 2005 reduseres ventetid til brystkreftoperasjon med 8 døgn i Helse Midt-Norge, men for landet samlet øker den derimot med 4 døgn. Dette har også ført til at det har blitt mindre forskjeller i median ventetid for brystkreftoperasjoner innad i regionen, mens det ikke har vært noen vesentlig endring i forskjellene når det gjelder operasjoner for tykk- og endetarmskreft.

Figur 3.39 Median ventetid for operasjoner for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Midt-Norge med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2003 og 2005.

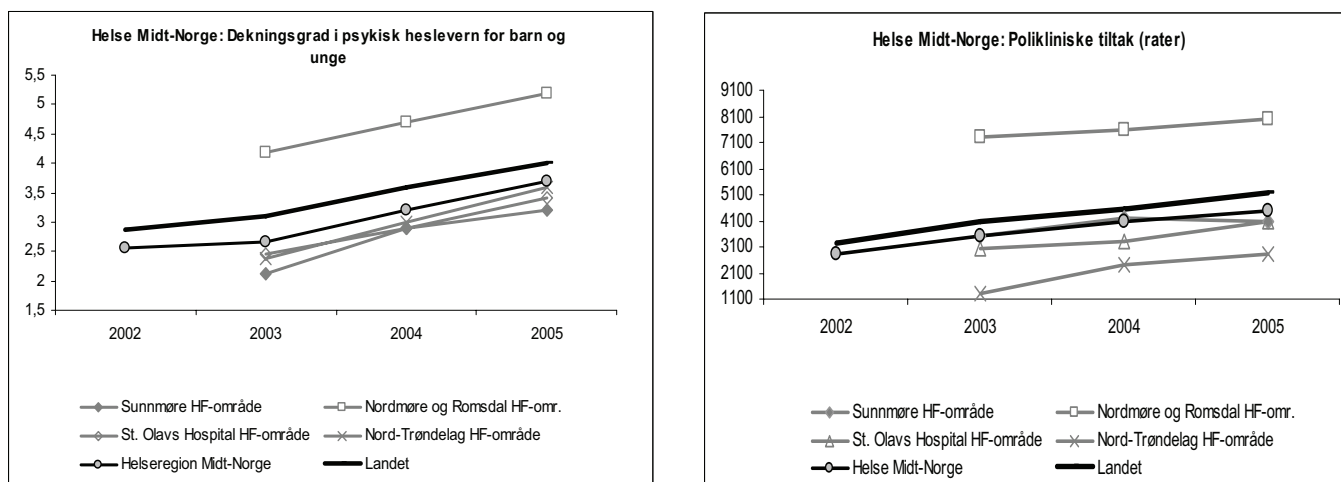


## Psykisk helsevern for barn og unge

### Sterk økning i dekningsgrad og utjevning mellom foretaksområder

Figur 3.40 a) viser en jevn økning i andelen behandlede barn og unge med bosted i Helse Midt-Norge i hele perioden. Dekningsgraden for regionen samlet har økt fra omlag 2,5 prosent i 2002 til 3,7 prosent i 2005. Dette indikerer at tilgangen til psykisk helsevern for barn og unge i Helse Midt-Norge er bedret i løpet av perioden.

Figur 3.40 Pasienter pr 100 innbyggere og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere. Helse Midt-Norge med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005.



a)

b)

Dekningsgraden i Helse Midt-Norge var om lag 11,5 prosent lavere enn landsgjennomsnittet i 2002, men i 2005 hadde forskjellen sunket til 7,5 prosent. Dette viser at veksten i andelen barn og unge under behandling i regionen har vært noe høyere enn veksten for landet. Dekningsgraden i Helse Midt-Norge nærmer seg dermed gjennomsnittet for landet samlet.

Samtlige foretaksområder i Helse Midt-Norge har hatt økning i dekningsgraden fra 2003 til 2005. Det er imidlertid store variasjoner mellom områdene i andelen barn og unge under behandling. Ved starten av perioden (2003) varierte dekningsgraden fra 2,1 prosent for Sunnmøre helseforetaksområde til 4,2 prosent for Nordmøre og Romsdal HF-område. Forskjellene i dekningsgrad har holdt seg relativt stabile i perioden, og i 2005 er det fortsatt

en langt høyere andel barn og unge fra Nordmøre og Romsdal som mottar et behandlingstilbud i psykisk helsevern enn i de øvrige foretaksområdene. Når variasjon i dekningsgrad mellom foretaksområder måles ved variasjonskoeffisienten, antyder den en viss konvergens mellom helseforetakene i perioden, da den reduseres fra 0,33 til 0,23.

### **Økt tilgang til polikliniske tiltak**

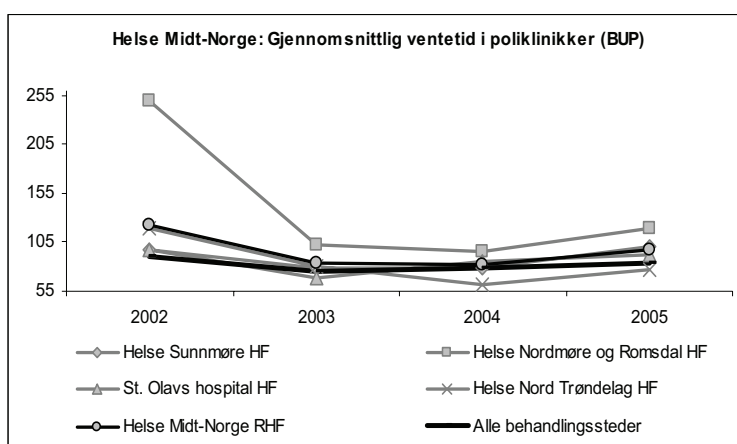
Det har vært en vekst på 59 prosent i polikliniske tiltak i regionen fra 2002 til 2005, noe som er omtrent i samsvar med en vekst på 62 prosent for landet samlet. Dette indikerer økt tilgang til barne- og ungdomsbefolkningen i regionen i form av flere polikliniske tiltak per innbygger. Utviklingen i Helse Midt-Norge var tilnærmet parallell med utviklingen for hele landet fram til 2004, men fra 2004 til 2005 har veksten vært noe lavere enn i landet forøvrig.

Det er store forskjeller mellom helseforetaksområdene i tilgangen til tjenestene for barn og unge, målt i polikliniske tiltak. Barn og unge med bosted i Nordmøre og Romsdal helseforetaksområde mottar langt flere tiltak per innbygger enn barn og unge fra andre helseforetak i Helse Midt-Norge både i 2003 og i 2005. Forholdstallet mellom rater for Nord-Trøndelag som ligger lavest av helseforetakene og Nordmøre og Romsdal er nær 1:6 i 2003 og nesten 1:3 i 2005. Det har med andre ord vært en tilnærming mellom foretaksområdene i perioden, noe som vises ved at variasjonskoeffisienten er redusert fra 0,24 til 0,16.

### **Redusert ventetid og utjevning mellom foretaksområder**

Ventetiden til poliklinisk behandling for barn og unge var i gjennomsnitt 98 dager ved poliklinikkene i Helse Midt-Norge i 2005. Dette er en nedgang på 25 dager siden 2002 da ventetiden var 123 dager i gjennomsnitt. Ventetiden har fra 2003 vært noe lenger enn gjennomsnittlig ventetid for poliklinikkene samlet.

Figur 3.41 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Figur 3.41 viser at det er relativt lik utvikling i ventetid mellom helseforetakene i perioden 2002 til 2005, selv om det har vært betydelig større nedgang i Nordmøre og Romsdal enn i de andre foretaksområdene. Variasjonen i ventetid mellom helseforetakene er mindre i 2005 enn i 2002, variasjonskoeffisienten har gått ned fra 0,51 til 0,18.

## **Psykisk helsevern for voksne**

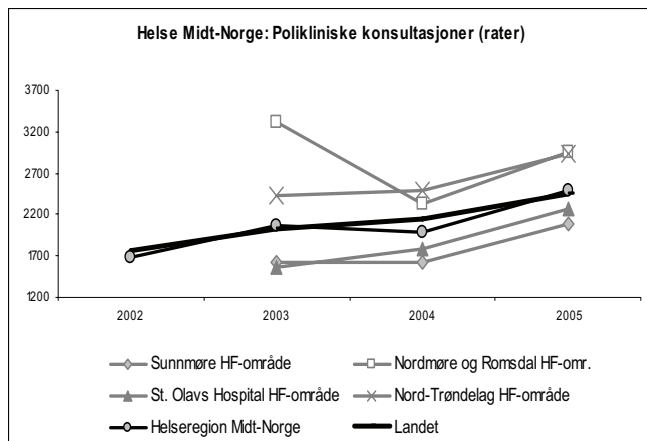
### **Sterk økning i tilgang til polikliniske tjenester og utjevning mellom foretaksområder**

Det har vært vekst i det poliklinisk behandlingstilbudet for befolkningen i Helse Midt-Norge i perioden 2002 til 2005. Målt i antall konsultasjoner per innbygger var veksten på nær 48

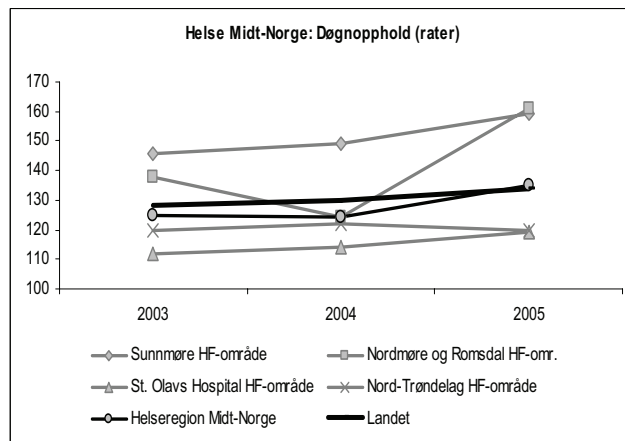


prosent i perioden for regionen, som er sterkere enn veksten på 37 prosent for landet samlet.

Figur 3.42 Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted 2005. Døgnopphold etter bostedsområde. 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak(områder) og landet samlet.



a)



b)

Med unntak for befolkningen i Nordmøre og Romsdal har det vært vekst i antall polikliniske konsultasjon per innbygger i foretaksområdene i perioden. Forskjellene mellom områdene er redusert i løpet av perioden 2003 til 2005. Nordmøre og Romsdal bidrar mest til dette med en kraftig reduksjon fra 2003 til 2004.

Den totale veksten i polikliniske rater indikerer bedre tilgjengelighet til polikliniske tjenester for voksne i Helseregion Midt-Norge, selv om det fortsatt eksisterer forskjeller mellom foretaksområdene i 2005.

### **Sterk vekst i døgnopphold ved sykehjem og sykehus**

Det var en økning i antall opphold per innbygger i for befolkningen i Midt-Norge fra 2003 til 2005. Veksten i perioden er åtte prosent for regionen og nær fem prosent for landet. Regionen har lavere oppholdsrater enn landsgjennomsnittet i 2003 og 2004, men i 2005 har Midt-Norge marginalt flere opphold per innbygger enn landet totalt. Med unntak av Nord-Trøndelag helseforetaksområde hvor ratene er uendret, har antall opphold per innbygger i de enkelte områdene økt i perioden.

Opphold i sykehus utgjør 66 prosent av de avsluttede døgnoppholdene i regionen i 2005, mens DPS-avdelinger og sykehjem utgjør henholdsvis 29 og 5 prosent. Veksten i avsluttede opphold siste år er størst for sykehjem, deretter sykehus- og DPS-avdelinger (Pedersen PB, 2006).

### **Variert behandlingsprofil**

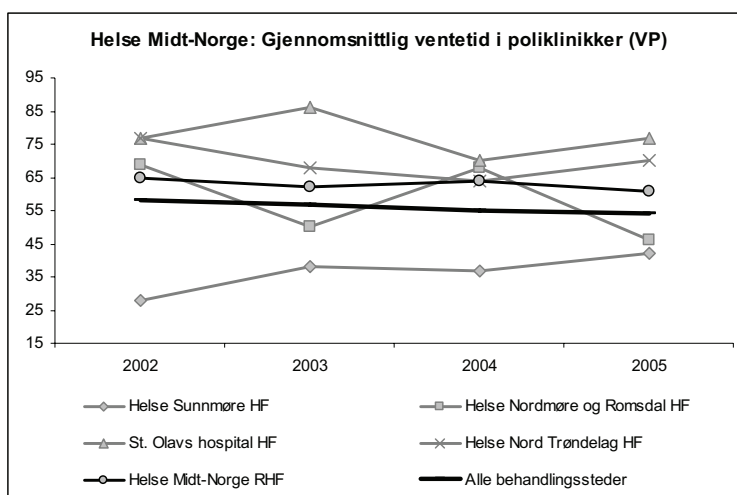
Det er store forskjeller for befolkningen i de ulike områdene når det gjelder tilgjengelighet til døgntjenester målt i antall opphold per innbygger. Det er spesielt Sunnmøre foretaksområde som skiller seg ut med høye oppholdsrater i hele perioden. Nordmøre og Romsdal har også hatt en kraftig vekst siste år og er i 2005 på nivå med Sunnmøre. Dette kan vise ulike behandlingsprofiler for helseforetakene. For Sunnmøre som har de laveste konsultasjonsratene og høyeste oppholdsrater, kan dette indikere en behandlingsprofil hvor døgntilbudet til befolkningen er vektlagt. For Nord-Trøndelag HF er situasjonen motsatt, med relativt høye konsultasjonsrater og lave oppholdsrater. St. Olav Hospital HF-område ligger imidlertid lavt på begge forbruksratene, noe som kan indikere relativt lav tilgjengelighet både når det gjelder poliklinisk og døgnbasert behandling sammenliknet med resten av regionen.

Forskjellene mellom helseforetakene i antall opphold per innbygger har økt noe i perioden 2003 til 2005 da variasjonskoeffisienten øker fra 0,12 til 0,16.

### **Reduksjon i ventetid til poliklinisk behandling**

Det har vært en reduksjon i gjennomsnittlig ventetid for poliklinisk behandling fra 65 dager i 2002 til 61 dager i 2005. Poliklinikkene i Helse Midt-Norge har i hele perioden hatt noe høyere gjennomsnittlig ventetid enn landsgjennomsnittet.

Figur 3.43 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Forskjellene i registrert gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene i Helse Midt-Norge har variert fra år til år. Størst var forskjellene i 2002 og 2003. Etter dette har variasjonene i ventetid blitt noe mindre mellom helseforetakene.

### 3.5.2 Kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge

Først presenteres utvikling i utvalgte indikatorer for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1.5 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

## **Somatikk**

### **Vedvarende lang epikrisetid, høyere andel korridorpasienter og høyere andel strykninger**

Helse Midt-Norge har totalt sett den lavest andel epikriser sendt innen 7 dager av alle helseregionene gjennom 2004 og 2005. Alle foretakene ligger godt under landsgjennomsnittet mot slutten av 2005. Den høyeste andel et foretak har oppnådd er som det framgår av tabell 3.11 53 %, nesten 30 prosentpoeng under den nasjonale målsettingen. Midt-Norge har i sum også den høyeste andelen korridorpasienter av helseregionen og dette kan i stor grad tilskrives St. Olavs Hospital, som påvirker gjennomsnittet betydelig. Andelen strykninger på regionnivå ligger også over landsgjennomsnittet for begge år. Dette kan tilskrives to foretak (av fire) som har ligget stabilt høyt gjennom måleperioden. St. Olavs Hospital har størst andel strykninger fra operasjonsprogrammet av foretakene i regionen, med 13 prosent i tredje tertial både i 2004 og 2005. Nye tall for første tertial 2006 viser at situasjonen på regionnivå er stabil for andel strykninger, det registreres litt forbedring i forhold til epikrisetid, mens problemet med korridorpasienter forverres.

Tabell 3.11 Tertiær utvikling i epikrisetid, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Helseforetak i Helse Midt-Norge (inkl sykehus med driftsavtale).

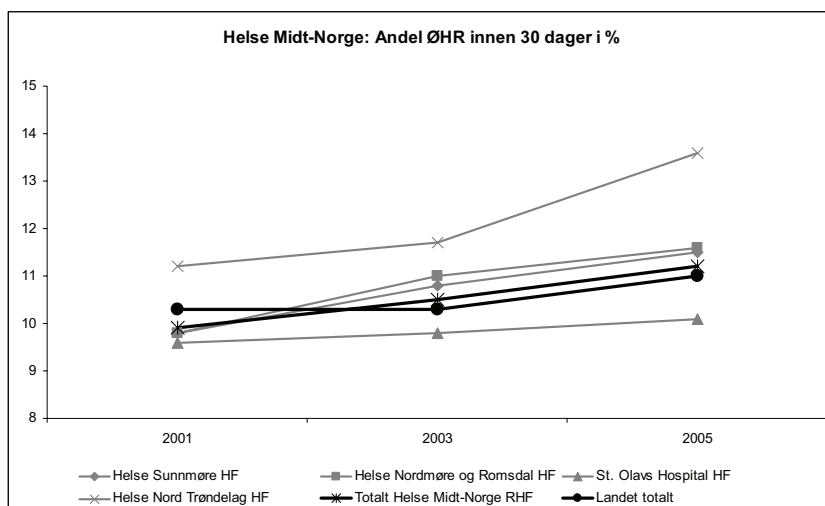
Indikator	Mål	2 tert 2004	2 tert 2004	3 tert 2004	1 tert 2005	2 tert 2005	3 tert 2005
EPIKRISER	Mean	41%	32%**	27%**	31% **	32%	41%**
SENDT INNEN 7 DAGER	Variasjon	(35-45%)	(29 – 40%)	(21 – 36%)	(27 - 43%)	(28 – 40%)	(36-53%)
Norge	Mean	43%	39%	43%	48%	51%	55%
ANDEL KORRIDOR- PASIENTER	Mean	3,1	2,9%	3,2%	4,0%*	1,3%***	2,9%**
	Variasjon	(1,5- 3,8%)	(1,7- 3,6%)	(1,2- 4,7%)	(1,8-5,0%)	(07- 1,7%)	(1,3- 3,6%)
Norge	Mean	2,4%	2,2%	2,2%	3,0%	2,2%	2,0%
ANDEL STRYKN- INGER	Mean	-	9% **	11%*	11%**	10%	11%**
	Variasjon		(8 – 9%)	(7 – 11%)	( 8 - 11%)	(7- 15%)	(9 –13%)
Norge	Mean		8%	9%	8%	9%	9%

\* Mangler ett sykehus \*\* Mangler flere sykehus \*\*\* Mangler St.Olavs Hospital HF

### Økt andel reinnleggelser i Helse Nord-Trøndelag HF

Som vi ser av figur 3.44 har andelen reinnleggelser innen 30 døgn etter utskrivning i Helse Midt-Norge økt fra 9,9 prosent i 2003 til 11,2 prosent i 2005. Veksten i reinnleggelsesrater har vært sterkere sammenlignet med tilsvarende vekst på 0,7 prosentpoeng for landet samlet. Den sterkere veksten i reinnleggelsesrater i Helse Midt-Norge henger i sterk grad sammen med vekst for Helse Nord-Trøndelag HF. Dette resulterer også i økende variasjon i andel reinnleggelsesrate mellom helseforetakene i regionen.

Figur 3.44 Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Midt-Norge RHF og underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005.



### Psykisk helsevern for voksne

Ved 27 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted i Helse Midt-Norge i 2005, var det fra henvisende instans begjært tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. I 2003 utgjorde andelen 22 prosent. Tilsvarende tall for landet totalt (henholdsvis 41 prosent og 38 prosent) viser at Helse Midt-Norge har en lavere andel tvang enn landsgjennomsnittet, den laveste av regionene i 2005 (Pedersen PB, 2006).

Tabell 3.12 Innleggelse til døgntilrettelagt etter henvisningsformalitet, 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelse ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. Helse Midt-Norge (Landet samlet).

	Henvisningsformalitet			
	Sykehus i Helse Midt-Norge RHF (landet)		DPS oa i Helse Midt-Norge RHF (landet)	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	78 (62)	73 (58)	98 (92)	98 (90)
Tvungent PHV	22 (38)	27 (41)	2 (7)	2 (10)
Annen lovhemmel	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tabell 3.13 Innleggelse til døgntilrettelagt etter spesialistvedtak, 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelse ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. Helse Midt-Norge (Landet samlet).

Helse Midt-Norge	Spesialistvedtak			
	Sykehus i Helse Midt-Norge RHF (landet)		DPS oa i Helse Midt-Norge RHF (landet)	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	84 (70)	80 (70)	98 (93)	99 (91)
Frivillig kontrakt	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Tvungen undersøkelse	10 (16)	12 (16)	0 (2)	0 (2)
Tvungent psykisk helsevern	5 (12)	8 (13)	2 (5)	1 (7)
Annen lovhemmel	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

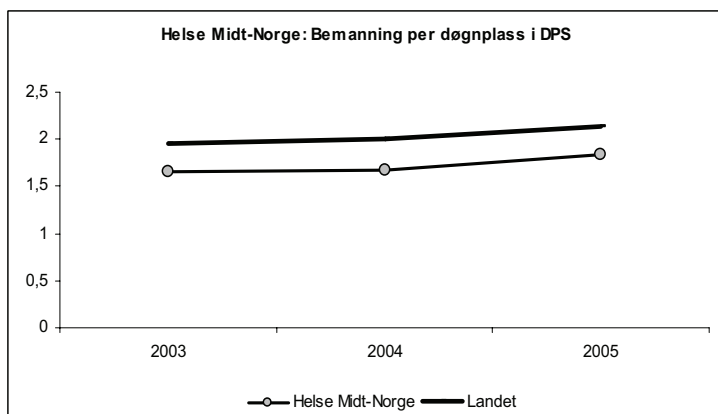
Etter at henvisningen til sykehus ble vurdert av faglig ansvarlig spesialist, var 20 prosent innlagt til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern i Helse Midt-Norge i 2005, en økning på fem prosentpoeng fra 2003. I Helse Midt-Norge øker andelen tvangsinnleggelse etter spesialistvedtak i perioden, noe som kan sies å være i strid med signaler fra bestillerdokumentene som er at innleggelse ved tvang skal reduseres. Men det må påpekes at denne andelen i utgangspunktet er mye lavere i Midt-Norge enn gjennomsnittet for landet samlet.

I institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelse er andelen innleggelse etter tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern under nivået for landet totalt.

#### **Økt rate for bemanning per døgnplass i DPS**

Figur 3.45 viser at raten for bemanning (døgneheter) per døgnplass i DPS-ene øker i tråd med utviklingen for landet samlet. Nivået er imidlertid lavere i Helse Midt-Norge.

Figur 3.45 Bemanning per døgnplass i DPS-avdelinger i Helse Midt-Norge og landet. 2003-2005.



### 3.5.3 Produktivitet og effektivitet i Helse Midt-Norge

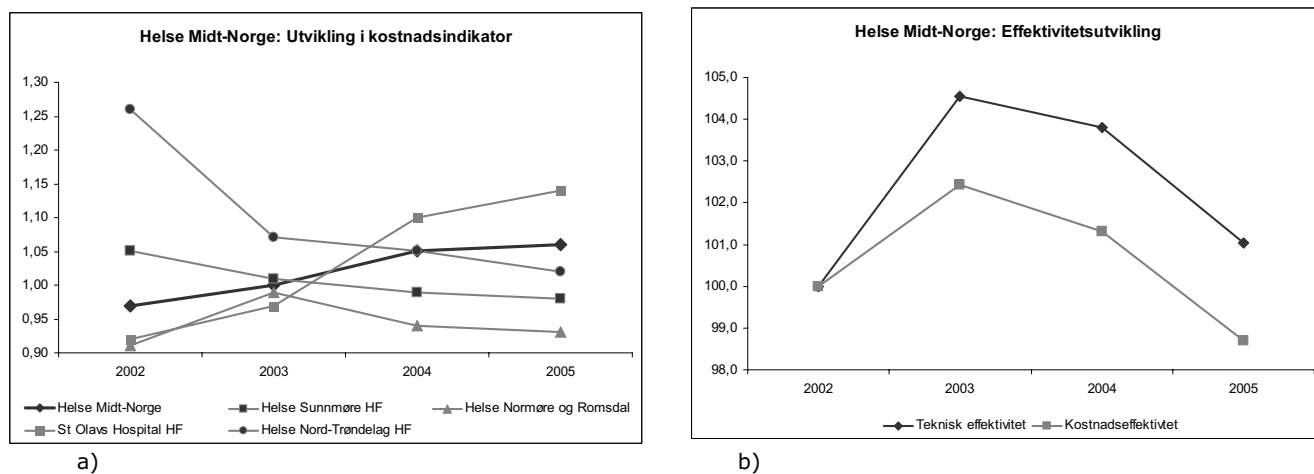
Først presenteres utvikling i produktivitet og effektivitet for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1.5 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

## Somatikk

### **Sterk økning i relativt kostnadsnivå**

Figur 3.46 a) nedenfor viser at relativt kostnadsnivå for Helse Midt-Norge øker fra 0,97 i 2002 til 1,06 i 2005. Fra 2003 til 2004 observeres en kraftig økning i kostnadsnivå for St Olavs Hospital HF. Dette er forventet ut fra omlegging av tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra – og motsvarer av redusert kostnadsnivå ved enheter som ikke har denne type aktivitet, se avsnitt 3.1. Spørsmålet kan være om kostnadsnivået øker ut over det som er forventet ut fra den tekniske omleggingen. Beregninger fra SAMDATA Somatikk 2004 basert på sammenlignbare størrelser viser at kostnad per DRG-poeng øker ved St Olavs Hospital fra 2003 til 2004 – men dette gjelder også for Helse Sunnmøre HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Fra 2004 til 2005 drives økningen i relativt kostnadsnivå i hovedsak av økt kostnadsnivå ved St Olavs Hospital HF.

Figur 3.46 A) Uvikling i kostnadsindikator for Helse Midt-Norge samlet og underliggende HF. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Midt-Norge. 2002 til 2005.



### Redusert effektivitet fra 2003 til 2005

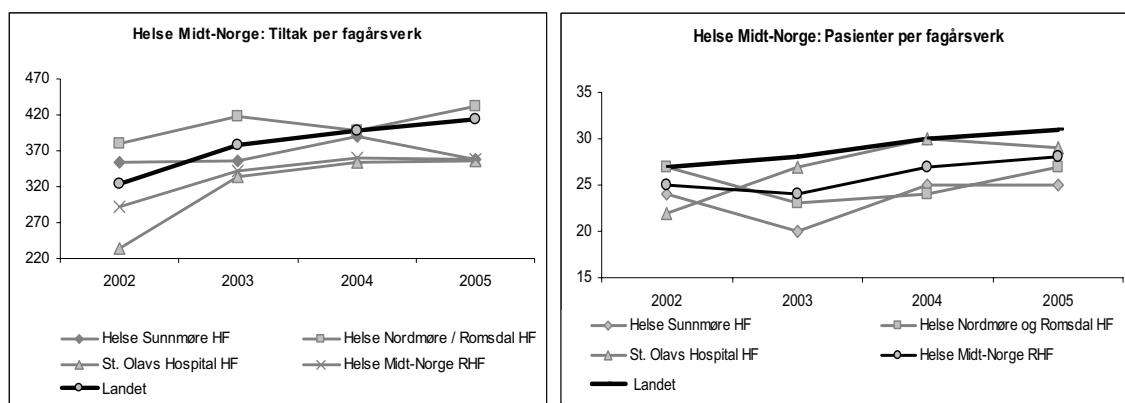
Effektivitetsutviklingen presentert i figur 3.46 b) viser at kostnadseffektiviteten reduseres med drøyt en prosent fra 2002 til 2005. Teknisk effektivitet øker i samme periode med om lag to prosent. Helse Midt-Norge har en særlig uheldig effektivitetsutvikling fra 2003 til 2005. Den tekniske effektiviteten er noe høyere i 2005 sammenlignet med 2002, noe som indikerer at den negative effektivitetsutviklingen i sterkere grad kan knyttes til kostnadsutvikling.

## Psykisk helsevern for barn og unge

### Moderat produktivitetsvekst

Figur 3.46 viser at produktiviteten målt i antall polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk, har økt i Helse Midt-Norge i perioden 2002 til 2005. Veksten har vært på henholdsvis 23 og 12 prosent for regionen og 27 og 15 prosent for landet. For begge produktivitetsindikatorerne ligger Helse Midt-Norge under ratene for landet.

Figur 3.47 Polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk. Poliklinikker for barn og unge. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



a)

b)

Det har vært vekst i antall tiltak per fagårsverk i samtlige helseforetak i perioden. Dette indikerer at hver behandler i psykisk helsevern for barn og unge utfører flere polikliniske tiltak i 2005 enn i 2002. Samtidig ser vi at hver behandler når flere polikliniske pasienter. Antall pasienter per fagårsverk er lavere i samtlige helseforetak i Helse Midt-Norge enn gjennomsnittstall for landet i 2005. Likevel omfatter den polikliniske aktiviteten i regionen både flere pasienter per behandler og det produseres flere polikliniske tiltak per behandler i regionen i 2005 enn i 2002.

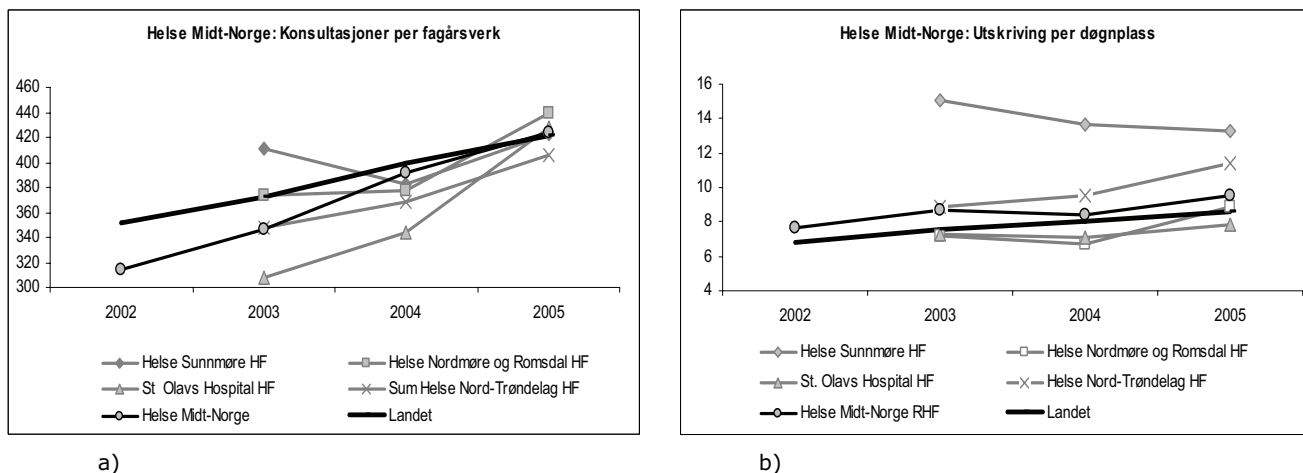
Forskjellene mellom helseforetakene i produktivitet har gått ned i perioden både målt i tiltak og pasienter per fagårsverk.

## Psykisk helsevern for voksne

### Sterk produktivitetsvekst i poliklinikker.....

Det har vært en kraftig vekst i antall konsultasjoner per fagårsverk i Helse Midt-Norge i perioden etter eierskapsreformen i psykisk helsevern for voksne. Veksten har vært på omlag 35 prosent fra 2002 til 2005, godt over veksten for landet totalt på 20 prosent. I 2005 er produktiviteten målt ved konsultasjoner per fagårsverk høyere i Helse Midt-Norge sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet, noe som ikke var tilfelle tidligere i perioden.

Figur 3.48 Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker og utskrivinger per døgnplass i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Helse Midt-Norge med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Helseforetakene i Helse Midt-Norge har hatt relativt lik utvikling i perioden fra 2003 til 2005 når det gjelder produktivitet. Det har vært vekst i alle foretak, med spesielt kraftig vekst fra 2004 til 2005. Videre har forskjellene i produktivitet mellom foretakene målt i antall konsultasjoner per fagårsverk, blitt markant mindre i løpet av perioden 2003 til 2005.

**..... mer moderat produktivitetsvekst i døgnerbehandling**

Ressursutnyttelsen i døgnerheter i psykisk helsevern kan belyses ved å se på antall utskrivinger per døgnplass. Denne indikatoren viser en vekst på 23 prosent for Helse Midt-Norge fra 2002 til 2005. Tilsvarende økte antall utskrivinger per døgnplass med nær 27 prosent for landet i tilsvarende periode.

Helse Midt-Norge ligger over nivået for landet totalt i hele perioden i antall utskrivinger per døgnplass. Helse Sunnmøre og Nord-Trøndelag ligger over region- og landsgjennomsnittet. De øvrige helseforetakene har utskrivinger per døgnplass under gjennomsnittet for regionen.

**3.5.4 Oppsummering Helse Midt-Norge**

**Spørsmålet om befolkningen har fått økt tilgjengelighet og et mer likt tilbud kan belyses med følgende punkter:**

- I somatisk sektor er det i tråd med landet samlet økning i forbruk av døgnerbehandling, og i Helse Midt-Norge utjevnes forbruksvariasjoner mellom helseforetak. Dette indikerer økt og mer lik tilgang til døgnerbehandling. Forbruksnivå og utvikling for døgnerbehandling er omtrent i tråd med gjennomsnittet for landet samlet. For perioden sett under ett er det også et økende forbruk av dagbehandling og poliklinisk behandling - men fra 2004 til 2005 er det en utflating i disse forbruksratene. I 2005 tilbys befolkningen i Helse Midt-Norge et nivå på dagbehandling som er en del under landsgjennomsnittet. Median ventetid og andel langtidsventende reduseres for perioden samlet, men siste år sees en negativ utvikling. I 2005 er median ventetid til utredning og behandling i somatisk sektor 59 døgn mot et landsgjennomsnitt på 51. For brystkreftoperasjon gikk median ventetid litt ned i perioden, mens ventetid til operasjon for tykk- og endetarmskreft er tilnærmet uendret i perioden.
- Sterk vekst i dekningsgrad og utjevning mellom foretaksområder viser økt tilgang til psykisk helsevern for barn og unge. Det er også økt bruk av polikliniske tiltak i perioden. Nivået på både dekningsgrad og tiltak per innbygger er imidlertid lavere

sammenlignet med landsgjennomsnittet. Redusert og utjevnet ventetid mellom foretaksområder indikerer imidlertid også økt tilgjengelighet til tjenester, men gjennomsnittlig ventetid er noe høyere sammenlignet med landet for øvrig.

- Forbruksøkning for polikliniske konsultasjon i psykisk helsevern for voksne, samt utjevning mellom foretaksområder, viser økt tilgang til polikliniske tjenester. Det er også sterk vekst i døgnopphold i psykisk helsevern for voksne, noe som også indikerer økt tilgang. Nivået på både polikliniske konsultasjoner per innbygger og døgnopphold er omtrent i tråd med landsgjennomsnittet i 2005. Imidlertid må det påpekes at den sterkeste veksten i avsluttede opphold kommer ved sykehjem og sykehus – og ikke ved DPS-ene. Redusert ventetid til poliklinisk behandling indikerer også økt tilgang til tjenesten, men ventetiden er stabilt 5-7 døgn lengre sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet.

***Spørsmålet om kvalitetsutvikling i organisering og praksis kan belyses med følgende punkter:***

- Helse Midt-Norge skårer under gjennomsnittet for samtlige indikatorer som belyser kvalitetsaspekter ved somatisk spesialisthelsetjeneste. For perioden 2004 til 2005 er det heller ikke noen klar forbedring forhold til andel korridorpasienter og strykninger fra operasjonsprogrammet. Når det gjelder utsending av epikriser er det en viss forbedring i løpet av perioden, men nivået ligger langt under den nasjonale målsettingen. Andelen ikke planlagte reinnleggelser innen 30 dager marginalt over landsgjennomsnittet i 2005, og det har vært en noe sterkere vekst reinnleggesraten for Helse Midt-Norge sammenlignet med landet samlet.
- I psykisk helsevern for voksne er det økt andel sykehusinnleggelser med tvang etter spesialistvedtak fra 2003 til 2005. Denne andelen er allikevel lavere i 2005 sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet. Bemanning per døgnplass i DPS-ene øker i tråd med utviklingen for landet, men nivået er lavere i Helse Midt-Norge.

***Spørsmålet om effektivitet og produktivitet har økt kan belyses med følgende punkter:***

- Det er en negativ produktivitetsutvikling i somatisk sektor. Relativt kostnadsnivå øker kraftig i perioden. Effektivitetsutviklingen er negativ fra 2003 til 2005. For landet samlet beregnes økt effektivitet i perioden 2002 til 2005.
- Produktiviteten øker i psykisk helsevern for barn og unge, men produktivitetsveksten er svakere sammenlignet med gjennomsnittet for landet. Produktivitetsnivået både innenfor poliklinisk virksomhet og døgnbehandling er gjennom hele perioden lavere enn for landet samlet.
- I psykisk helsevern for voksne øker produktiviteten sterkere enn for landsgjennomsnittet i poliklinikker for voksne. Dette medfører at produktivitetsnivået i poliklinikkene er på linje med landsgjennomsnittet i 2005. Produktiviteten øker også i døgnbehandling, men veksten er mer moderat enn hva som er tilfelle for landet sett under ett. Produktivitetsnivået for døgnbehandlingen i er over landsgjennomsnittet i hele perioden.



## 3.6 Utvikling i Helse Nord 2002 til 2005

### 3.6.1 Indikasjoner på tilgjengelighet og prioritering Helse Nord

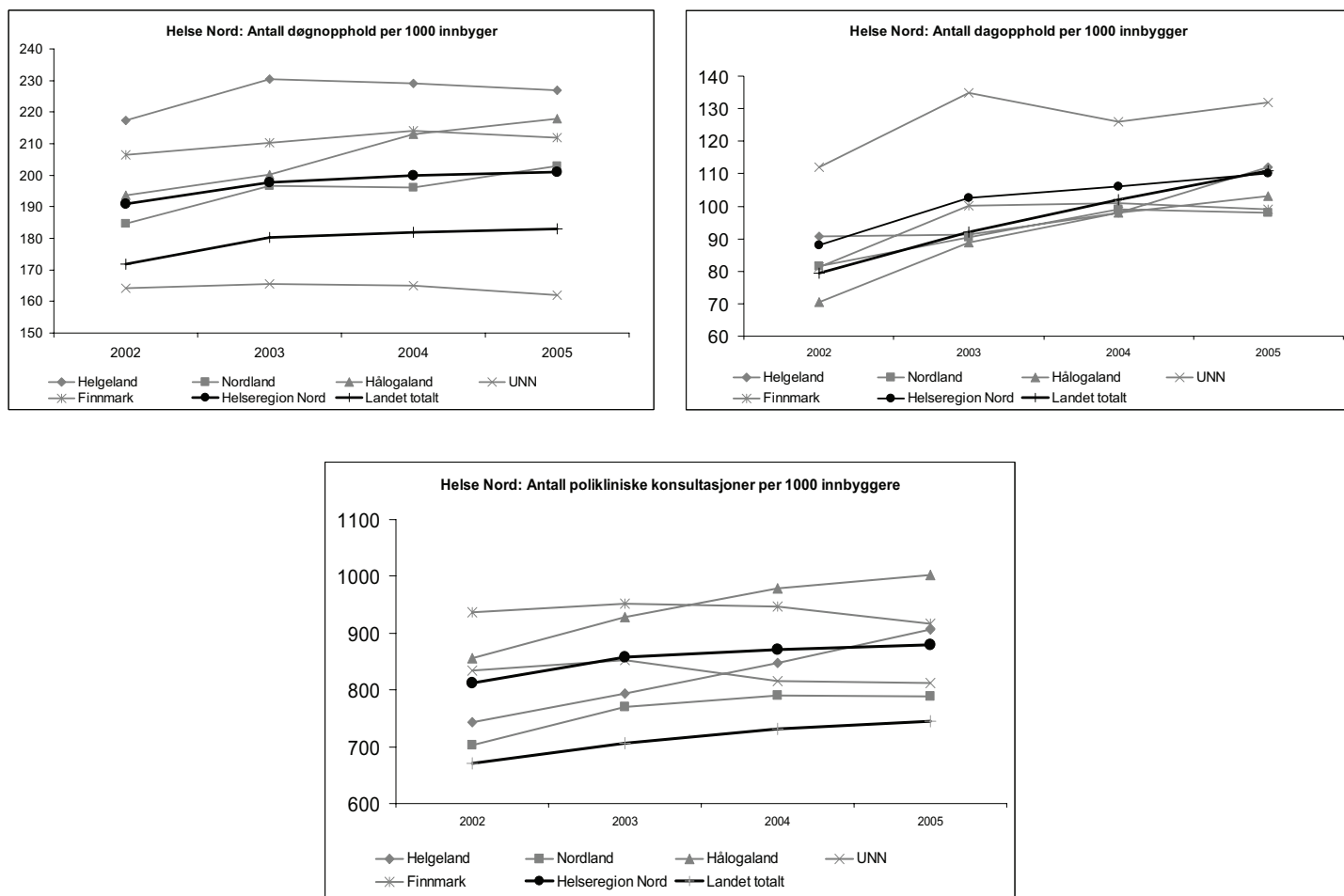
Først presenteres utvikling i tilgjengelighet for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1.5 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

### Somatikk

#### *Høyt forbruk, men svakere vekst i døgnopphold*

Figur 3.49 viser at befolkningen i Helse Nord har hatt høyere forbruk av døgnopphold sammenlignet med landsgjennomsnittet i hele perioden fra 2002 til 2005. I 2005 har regionen en rate for døgnopphold på 201, mot et landsgjennomsnitt på 183. Når det gjelder døgnopphold er veksten noe mer moderat i perioden sammenlignet med veksten for gjennomsnittet for landet samlet. Veksten for befolkningen i Helse Nord er 5,2 prosent, mot et landsgjennomsnitt på 6,4. Befolkningen som tilhører Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har for hele perioden lavere forbruk av døgnbehandling, og i tillegg reduksjon i forbruket i perioden.

Figur 3.49 Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere. Bostedsområder. Helse Nord med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005.



### Høyt forbruk av dagbehandling, svakere vekst

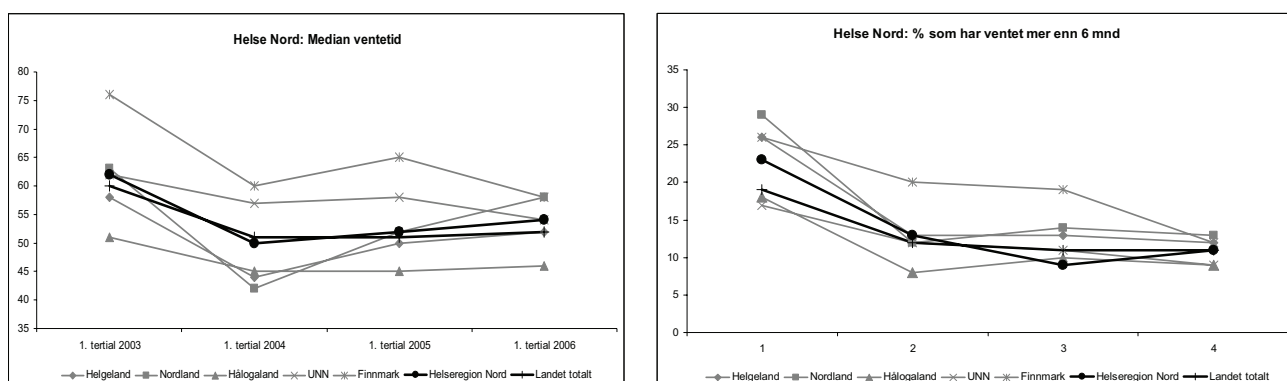
Forbruket av dagbehandling for befolkningen i Nord var høyere enn landsgjennomsnittet frem til 2004, men i 2005 var forbruket lik landsgjennomsnittet. Veksten i forbruksraten var på 25 prosent – mot en gjennomsnittlig vekst i for landet samlet på 40,5 prosent. Det er særlig befolkningen i opptaksområdet til Nordlandssykehuset og Helse Finnmark som har en svakere vekst i tilgang til dagbehandling de siste årene. Befolkningen i opptaksområdet til UNN har en betydelig høyere tilgang til dagbehandling i hele perioden. Det har vært en viss utjevning av forskjellene mellom ratene for dagbehandling for befolkningen i foretaksområdene i regionen, spesielt hvis man ser bort fra Universitetssykehuset i Nord-Norge sitt opptaksområde.

Forbruket av polikliniske konsultasjoner er også høyt i Helse Nord, selv om forbruket er avtakende for befolkningen i Helse Finnmark og UNN sitt opptaksområde. Dette må sees i lys av lavere tilgang til tjenester fra private avtalespesialister. Kontrollert for avtalespesialister har befolkningen i Helse Nord et forbruk av polikliniske tjenester som er på linje med de øvrige regionene (Jørgenvåg, 2006).

### Redusert ventetid og redusert andel langtidsventende, utjevning mellom foretaksområdene

Av figur 3.50 kan vi se at median ventetid til utredning og behandling i somatisk sektor for befolkningen i Helse Nord reduseres med 8 døgn til 54 døgn i 2005. Andel langtidsventende reduseres også med 12 prosentpoeng til 12 prosent i løpet av perioden. Dette tyder på økt tilgang til tjenestene. Utviklingen i median ventetid er i hovedsak på linje med resten av landet. Figur 3.50 viser også at befolkningen i de ulike foretaksområdene opplever en utjevning av forskjeller i begge indikatorene, noe som kan indikere en mer lik tilgang til tjenestene.

Figur 3.50 Median ventetid og andel av ventende som har ventet mer enn seks måneder. Bostedsområder. Helse Nord med underliggende foretaksområder og landet samlet. 1. tertial 2003-1.tertial 2006.

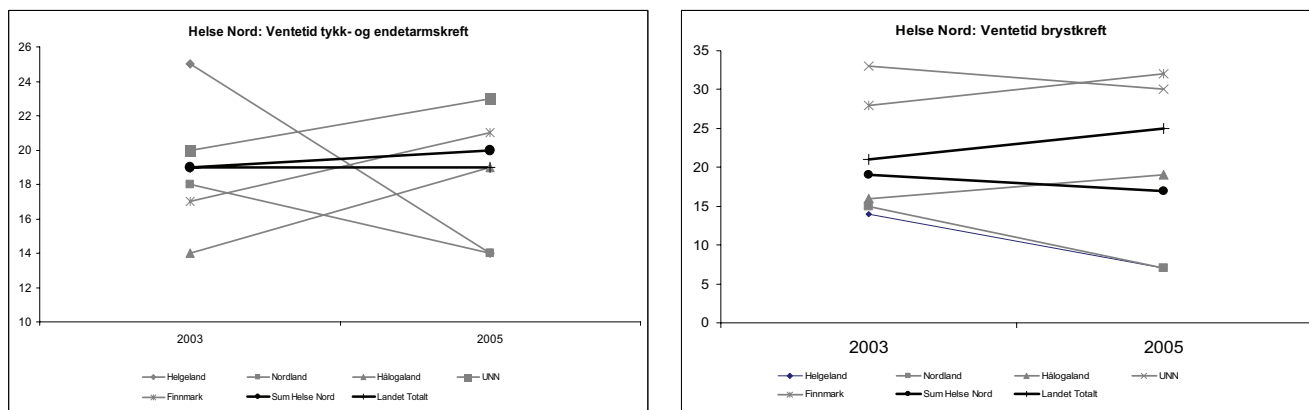


### Redusert ventetid til brystkreftoperasjon

Figur 3.51 viser at median ventetid for operasjon av tykk- og endetarmskreft i Helse Nord er 20 døgn i 2005, og den har vært bortimot lik landsgjennomsnittet både i 2003 og i 2005. Befolkningen i Helse Nord opplever en svak økning på 1 døgn i ventetid i perioden. Vi kan videre se at det har vært ulik utvikling i de forskjellige helseforetakenes opptaksområder. Ventetiden har gått relativt mye ned for pasienter bosatt i Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset sine opptaksområder, mens den har økt for befolkningen i de øvrige helseforetakenes opptaksområder.

Median ventetid for brystkreftoperasjoner i Helseregion Nord er lavere enn landsgjennomsnittet begge år. Som vi ser av figuren har ventetiden i landet som helhet økt noe, mens den har gått ned fra 19 døgn i 2003 til 17 døgn i 2005 for Helse Nord. Figur 3.51 viser videre at det ikke har vært noen utjevning av forskjellene i ventetider for disse typer operasjoner mellom de ulike helseforetaksområdene.

Figur 3.51 Median ventetid for operasjoner for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. Bostedsområder. Helse Nord med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2003 og 2005.

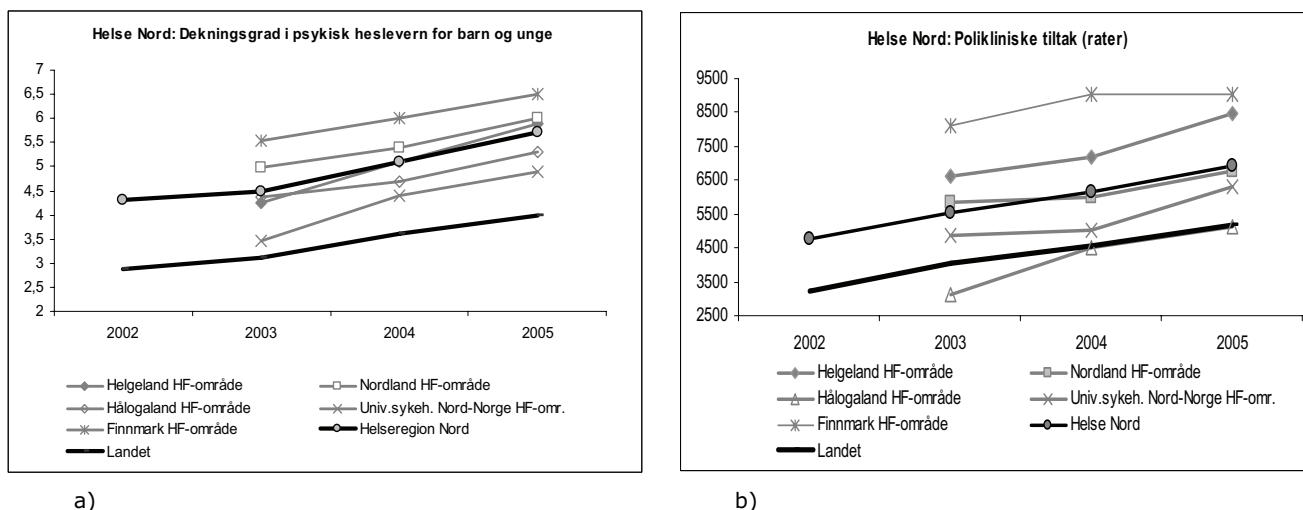


## Psykisk helsevern for barn og unge

### Dekningsgraden øker til 5,7 prosent i 2005 – høyest i landet

Figur 3.52 viser at det har vært en klar økning i andelen behandlede barn og unge med bosted i Helse Nord i hele perioden. Dekningsgraden for regionen samlet har økt fra 4,3 prosent i 2002 til 5,7 prosent i 2005. Veksten har vært størst for polikliniske pasienter (Pedersen PB, 2006). Dette indikerer at tilgangen til psykisk helsevern for barn og unge i Nord har økt i løpet av perioden. Dekningsgraden er imidlertid langt høyere enn for landet samlet i hele perioden, og regionen nådde allerede i 2004 målet om fem prosent dekningsgrad for barn og unge.

Figur 3.52 Pasienter pr 100 innbyggere (a) og polikliniske tiltak pr 10 000 innbyggere (b). Bostedsområder. Helse Nord med underliggende foretaksområder og landet samlet. 2002-2005.



Samtlige foretaksområder i Helse Nord har økt dekningsgraden fra 2003 til 2005. I tillegg ligger alle områdene i regionen høyt sammenliknet med resten av landet.

Det er likevel variasjoner mellom foretaksområdene i andelen barn og unge under behandling. Ved starten av perioden i 2003 varierte dekningsgraden fra 3,5 prosent for UNN HF-område til 5,6 prosent for Finnmark. Forskjellene i dekningsgrad har holdt seg relativt stabile i perioden. I 2005 er det fortsatt en større andel barn og unge fra Helse Finnmark sitt opptaksområde som mottar et behandlingstilbud i psykisk helsevern, sammenliknet med barn og unge fra UNN sitt opptaksområde. Variasjonskoeffisienten viser at det har vært en

konvergens mellom helseforetakene i dekningsgrad, da verdien gikk ned fra 0,17 til 0,10 i perioden.

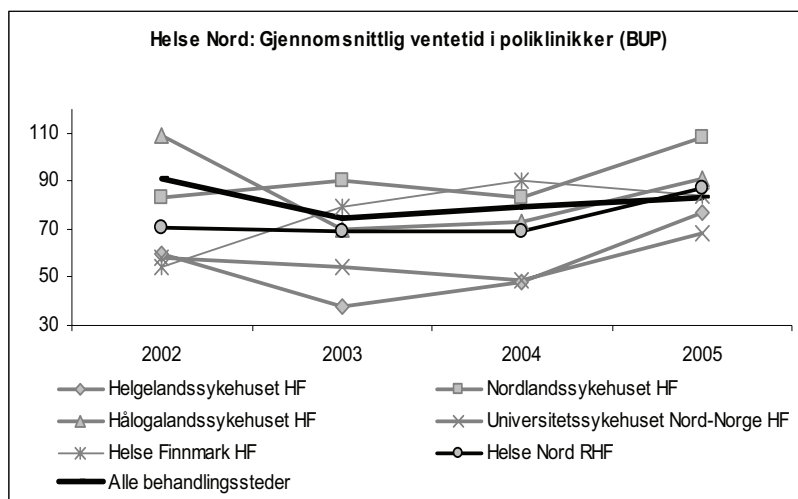
### **Økt tilgang til polikliniske tiltak**

Det har også vært en klar vekst i polikliniske for tiltak for barn og unge i regionen fra 2002 til 2005. Veksten har vært omtrent i tråd med landet forøvrig, men regionen og nesten alle foretak ligger over gjennomsnittet for landet. Hålogaland foretaksområde ligger nært landsgjennomsnittet. Begge forbruksindikatorerne viser høy og økende tilgjengelighet til psykisk helsevern for barne- og ungdomsbefolkningen i Helse Nord.

### **Økt ventetid til poliklinisk behandling for barn og unge – Nordlandssykehuset utmerker seg**

Ventetiden for behandling ved poliklinikkene i Helse Nord var i gjennomsnitt 87 dager i Helseregion Nord i 2005. Dette er en økning på 16 dager siden 2002 da ventetiden var 71 dager. Ventetiden i Helse Nord har fram til 2004 vært kortere enn gjennomsnittlig ventetid for poliklinikkene samlet, men i 2005 er ventetiden i Helse Nord noe lengre enn gjennomsnittlig ventetid for landet.

Figur 3.53 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for barn og unge. Helse Nord med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Figur 3.53 viser at det er forskjeller i utviklingen i ventetid mellom helseforetakene i perioden 2002 til 2005. Variasjonen i ventetid for befolkningen i de ulike områdene er stor. Barn og unge i opptaksområdet til Nordlandssykehuset venter f eks 108 dager i 2005, mot 68 dager for barn og unge i opptaksområdet til UNN.

## **Psykisk helsevern for voksne**

### **Moderat vekst i polikliniske konsultasjoner**

Det har vært vekst i det poliklinisk behandlingstilbudet for befolkningen i Helse Nord i perioden 2002 til 2005. Målt i antall konsultasjoner per innbygger har det vært en vekst på nær 26 prosent i perioden, mot en gjennomsnittlig vekst for landet på 38 prosent. Veksten og nivået for polikliniske rater har fram til 2004 vært på nivå med landsratene. I 2005 har Helse Nord en noe lavere konsultasjonsrate enn landet totalt. Den svakere aktivitetsutviklingen siste år relateres til redusert antall konsultasjoner per innbygger ved UNN og Helse Finnmark HF fra 2004 til 2005.

Figur 3.54 Polikliniske konsultasjoner og døgnopphold per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter poliklinikkens tilknytning 2002-2004 og pasientens bosted 2005. Døgnopphold etter bostedsområde 2003-2005. Psykisk helsevern for voksne. Helse Nord med underliggende helseforetak (områder) og landet samlet.



a)

b)

Med unntak for Finnmark foretaksområde har det vært vekst i alle helseforetak i antall polikliniske konsultasjon per innbygger i perioden. Forskjellene mellom foretakene har gått noe ned i løpet av perioden. Målt ved variasjonskoeffisienten reduseres denne fra 0,22 til 0,20. Utviklingen for innbyggerne som sogner til Hålogalandssykehuset bidrar i stor grad til utjevningen.

Den totale veksten i polikliniske rater indikerer bedre tilgjengelighet til polikliniske tjenester for voksne i Helseregion Nord.

### **Marginal vekst i døgnopphold**

Det har knapt vært vekst i antall opphold per innbygger i Helse Nord fra 2003 til 2005. Regionen har høyere oppholdsrate enn ratene for landet i hele perioden. Med unntak av Hålogaland HF som har en reduksjon på 18 prosent, har antall opphold per innbygger holdt seg uendret eller økt for de øvrige områdene i perioden.

Opphold i sykehus utgjør 50 prosent av de avsluttede oppholdene i regionen i 2005, mens DPS-avdelinger utgjør omtrent like mye med 49 prosent (Pedersen PB, 2006). Det kan også utdypes at avsluttede opphold i sykehjem ble redusert med 63 prosent fra 2004 til 2005.

Det er store forskjeller for befolkningen i de ulike foretaksområdene i tilgjengelighet til døgntjenester målt i antall opphold per innbygger. Det er spesielt Finnmark foretaksområde som skiller seg kraftig ut med en langt høyere oppholdsrate enn de øvrige områdene. Helgeland og Nordland helseforetaksområde har lavest antall opphold per innbygger.

Forskjellene mellom områdene i antall opphold per innbygger har økt noe i perioden 2003 til 2005. Variasjonskoeffisienten har økt fra 0,34 til 0,37, noe som i sterk grad må tilskrives høye og økende oppholdsrate for befolkningen i Helse Finnmark.

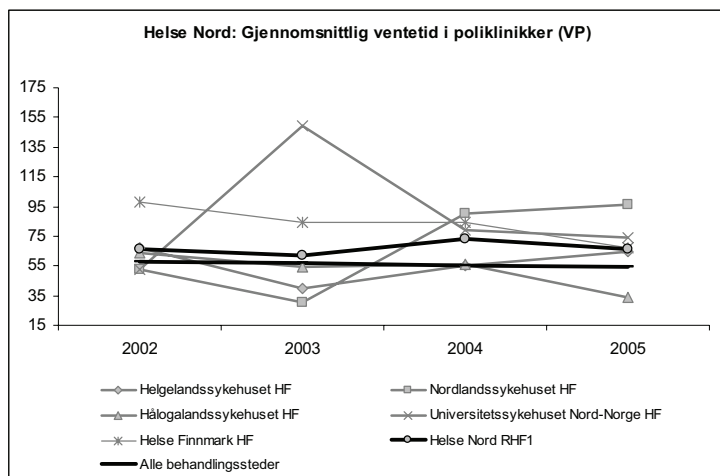
### **Uendret lang ventetid til poliklinisk behandling, økt variasjon mellom foretaksområder**

Gjennomsnittlig ventetid for poliklinisk behandling har holdt seg konstant på 66 dager ved poliklinikkene i Helse Nord når man ser på ventetiden i 2002 og 2005. Regionen har i hele perioden hatt lengre ventetid enn landsgjennomsnittet.

Forskjellene i registrert gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene i Helse Nord har variert fra år til år. I 2003 var forskjellene størst. Etter dette har variasjonene i ventetid blitt mindre mellom helseforetakene, men totalt for perioden 2002 til 2005 kan man registrere en

liten økning i forskjellene. Målt ved variasjonskoeffisienten øker spredningen fra 0,27 til 0,33.

Figur 3.55 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Poliklinikker for voksne. Helse Nord med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



### 3.6.2 Kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten i Helse Nord

Først presenteres utvikling i kvalitetsindikatorer for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1.2 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

## Somatikk

### **Redusert epikrisetid, lav andel korridorpasienter, stabil høy andel strykninger**

Helse Nord har i sum hatt en gradvis økning i andelen epikriser sendt ut innen 7 dager gjennom årene 2004 og 2005. Regionen ligger omtrent på landsgjennomsnittet i 2005. Det beste foretaket hadde en andel på 60 prosent i slutten av perioden. Vi kan også se av tabell 3.14 at økningen gjelder både de som tidligere lå lavt og de som lå noe høyere i utgangspunktet. Alle foretakene har et stykke igjen til å nå den nasjonale målsettingen om 80 prosent utsendte epikriser innen 7 dager etter utskriving.

I sum har Helse Nord en relativt sett lav andel korridorpasienter. Det kan likevel anes en svak økning fra tertialene i 2004 til de samme i 2005.

Helseregionen kommer dårligere ut når vi ser på andelen strykninger fra operasjonsprogrammet. Gjennom begge årene har Helse Nord ligget godt over gjennomsnittet. UNN har høyest andel, men tre av fem foretak lå godt over landsgjennomsnittet i tredje tertial 2005. Den nasjonale målsettingen om 5 prosent strykninger synes å være langt fram foreløpig.

Tabell 3.14 Tertiær utvikling i epikrisetid, andel korridorpatienter og andel strykninger fra operasjonsprogrammet. 1 tertial 2004 til 3 tertial 2005. Helseforetak i Helse Nord (inkl sykehus med driftsavtale).

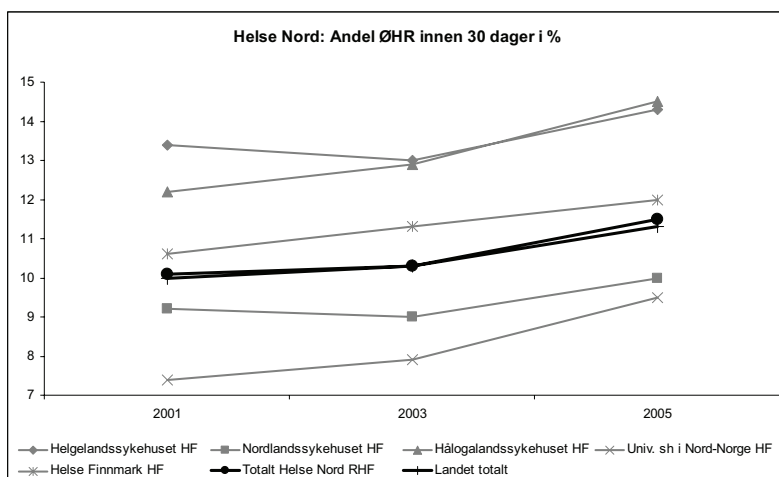
Indikator	Mål	1 tert 2004	2 tert 2004	3 tert 2004	1 tert 2005	2 tert 2005	3 tert 2005
EPIKRISER SENDT INNEN 7 DAGER	Mean	37%	44%	47%	49%	53%	54%
	Variasjon	(27-52%)	(32 - 53%)	(38 - 55%)	(43 - 57%)	(46 - 60%)	(41- 60% )
Norge	Mean	43%	39%	43%	48%	51%	55%
ANDEL KORRIDOR- PASIENTER	Mean	1,5%	1,3%	1,4%	2,3	1,9%	1,6%
	Variasjon	(0,9-2,1%)	(0,8 - 1,4%)	(0,5 - 1,9%)	(0,2 - 3,6%)	(1,0 - 2,7%)	(0,3 - 2,5%)
Norge	Mean	2,4%	2,2%	2,2%	3,0%	2,2%	2,0%
ANDEL STRYKN- INGER	Mean	-	11 %**	15% *	12%	13%	13%
	Variasjon		(6 - 16%)	(9 - 16%)	( 6 - 15%)	(8 - 15%)	(9 - 15%)
Norge	Mean	-	8%	9%	8%	9%	9%

\* Mangler ett sykehus \*\* Mangler flere sykehus

### Gjennomsnittlig vekst i reinnleggelsesrater

Figur 3.56 viser at andel reinnleggelser i Helse Nord har økt fra 10,1 prosent i 2003 til 11,5 prosent i 2005. Veksten er i tråd med landet for øvrig. Det er stor variasjon i reinnleggelsesrater. Helgelandssykehuset og Hålogalandssykehuset har stabilt høyere reinnleggelsesrater.

Figur 3.56 Andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 døgn i prosent av totale døgnopphold. Helse Nord og underliggende helseforetak, samt landet totalt. 2001-2005.



## Psykisk helsevern for voksne

### Redusert bruk av tvang

Ved 30 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted i Helse Nord i 2005, var det fra henvisende instans begjært tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. I 2003 utgjorde andelen 32 prosent. Tilsvarende tall for landet totalt (henholdsvis 41 prosent i 2005 og 38 prosent i 2003) viser at Helse Nord har en redusert og lavere andel tvang enn landsgjennomsnittet ved sykehusinnleggelser.

Tabell 3.15 Innleggelser til døgntilrettelagt behandling etter henvisningsformalitet. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Nord (Landet samlet).

	Henvisningsformalitet			
	Sykehus i Helse Nord RHF (landet)		DPS oa i Helse Nord RHF (landet) <sup>1</sup>	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	68 (62)	70 (58)	-	-
Tvungent PHV	32 (38)	30 (41)	-	-
Annen lovhjemmel	0 (0)	0 (0)	-	-
Totalt	100	100	-	-

1 Datagrunnlag mangler for institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser

Tabell 3.16 Innleggelser til døgntilrettelagt behandling etter spesialistvedtak. 2003 og 2005. Prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Helse Nord (Landet samlet).

Helse Nord	Spesialistvedtak			
	Sykehus i Helse Nord RHF (landet)		DPS oa i Helse Nord RHF (landet)	
	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005	Prosentandel 2003	Prosentandel 2005
Frivillig	76 (70)	77 (70)	-	-
Frivillig kontrakt	0 (1)	0 (1)	-	-
Tvungen undersøkelse	13 (16)	11 (16)	-	-
Tvungent psykisk helsevern	11 (12)	12 (13)	-	-
Annen lovhjemmel	0 (0)	0 (0)	-	-
Totalt	100	100	-	-

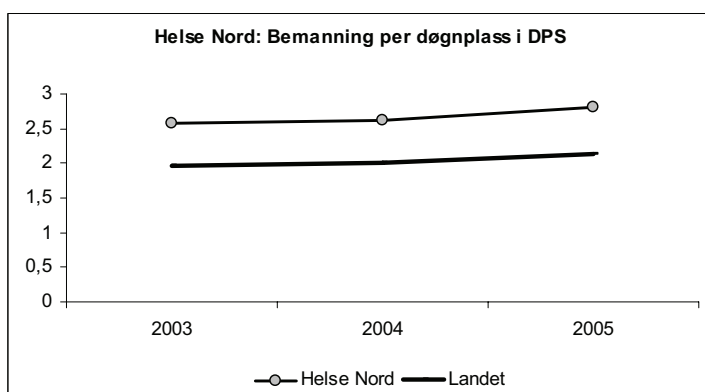
Etter at henvisningen til sykehus ble vurdert av faglig ansvarlig spesialist, var 23 prosent innlagt til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern i Helse Nord i 2005, en nedgang på ett prosentpoeng fra 2003. Dette er i tråd med signaler fra bestillerdokumentene. For landet samlet observeres ikke nedgang i denne andelen.

### Høyere og økende bemanning per døgnplass ved DPS

Helse Nord har en rate på 2,8 i 2005 for bemanning per døgnplass. Dette er relativt mye høyere sammenlignet med tilsvarende rate på 2,1 for landet samlet.



Figur 3.57 Bemanning per døgnplass i DPS i Helse Nord og landet. 2003-2005.



### 3.6.3 Effektivitet og produktivitet i Helse Nord

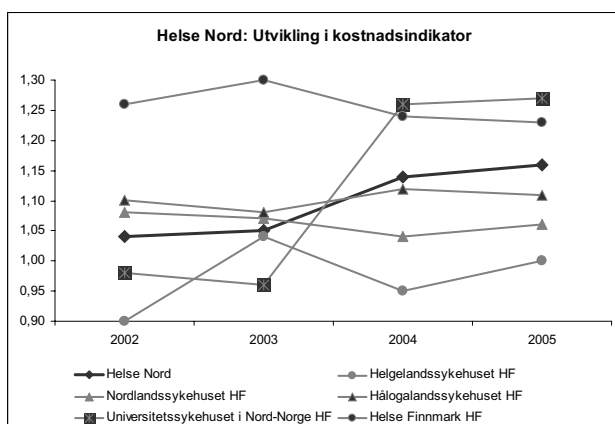
Først presenteres utvikling i produktivitet og effektivitet for somatisk sektor. Deretter presenteres utvikling i de aktuelle indikatorene for psykisk helsevern for barn og unge og så for voksne. Det vises til avsnitt 3.1.5 for beskrivelse av indikatorene som benyttes.

## Somatikk

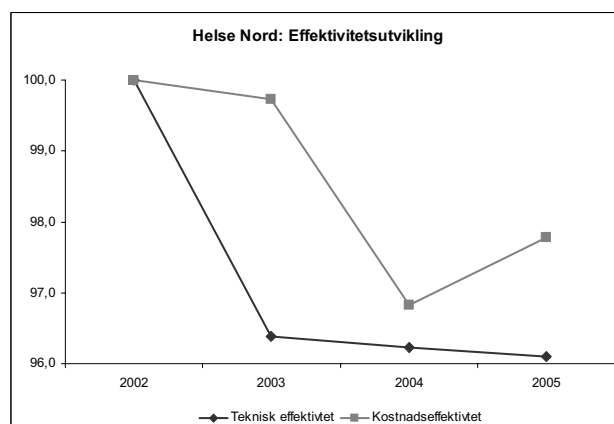
### **Sterk økning i relativt kostnadsnivå**

Fra 2002 til 2005 øker det relative kostnadsnivået i Helse Nord fra 1,04 til 1,16. Den sterkeste økningen i relativt kostnadsnivå kommer fra 2003 til 2004. Omleggingen av tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra kan muligens ha påvirket utviklingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge relativt kraftigere enn for øvrige universitetssykehus i landet. Imidlertid viser SAMDATA Somatikk for 2004 en relativt kraftig vekst i kostnad per DRG-poeng ved Universitetssykehuset i Nord-Norge også når det korrigeres for omlegging av nevnte tilskudd (Jørgenvåg, 2005). Hålogalandssykehuset har også en relativt sterk vekst i kostnader per DRG-poeng fra 2003 til 2004, basert på sammenlignbare størrelser.

Figur 3.58 A) Utvikling i kostnadsindikator for Helse Nord samlet og underliggende HF. B) Utvikling teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for Helse Nord. 2002 til 2005.



a)



b)

### Negativ effektivitetsutvikling

Figur 3.58 b) viser effektivitetsutvikling når beregning av kostnader til pasientbehandling tilrettelegges for å være sammenlignbare i perioden. Kostnadseffektiviteten reduseres med drøyt to prosent, og teknisk effektivitet reduseres med om lag fire prosentpoeng. I tråd med økt relativt kostnadsnivå beregnes et betydelig fall på om lag tre prosentpoeng i kostnadseffektiviteten fra 2003 til 2004. Tilsvarende fall i teknisk effektivitet kommer året før.

Det kan stilles spørsmål om hvorfor relativt kostnadsnivå i Helse Nord øker fra 2004 til 2005, samtidig som effektivitetsutvikling basert på DEA-analyse viser forbedret kostnadseffektivitet. Under tilsvarende avsnitt for Helse Sør i avsnitt 3.3 gis en gjennomgang av mulige årsaker til ulikt resultatet. De samme vil prinsipielt gjelde for Helse Nord.

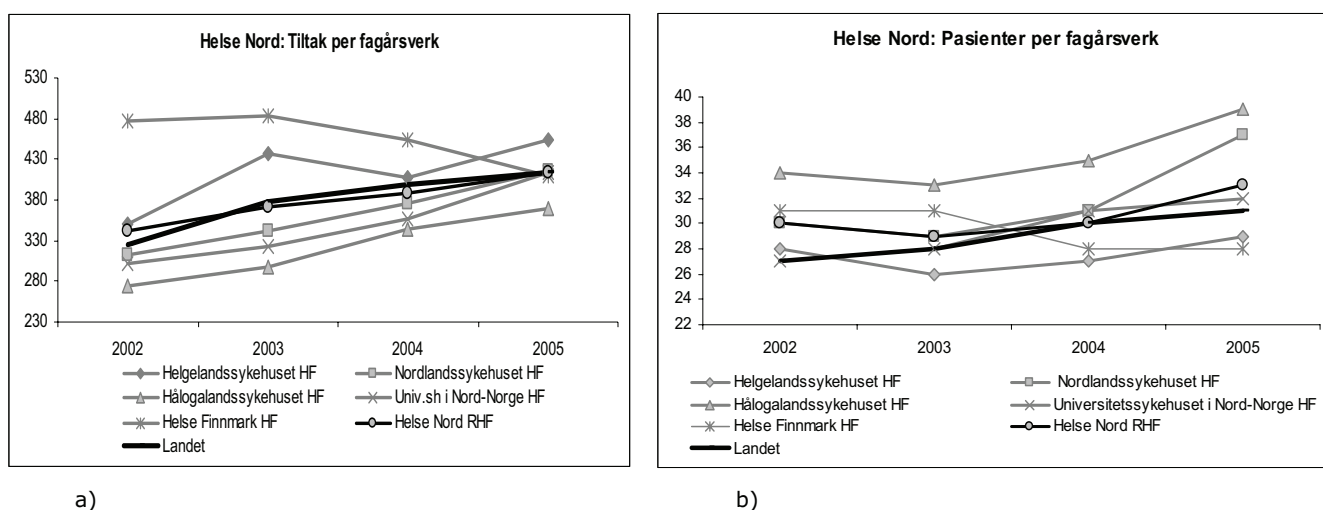
### Psykisk helsevern for barn og unge

#### Økt produktivitet i tråd med gjennomsnittet for landet

Figur 3.59 viser at produktiviteten målt i antall polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk, har økt i Helse Nord i perioden 2002 til 2005. Rate for polikliniske tiltak øker med 21 prosent fra 2002 til 2005, noe under gjennomsnittet for landet (27 prosent). Nivået på tiltaksratene er like for regionen og landet med et nivå på 414 tiltak per behandler i 2005.

Produktiviteten målt ved pasienter per fagårsverk øker i Helse Nord med ti prosent i perioden – tilsvarende økning for landet samlet er 15 prosent. For denne indikatoren har regionen hatt høyere produktivitetstall i hele perioden unntatt i 2004 da nivået var likt.

Figur 3.59 Polikliniske tiltak per fagårsverk og polikliniske pasienter per fagårsverk. Poliklinikker for barn og unge. Helse Nord med underliggende helseforetak og landet samlet. 2002-2005.



Med unntak av Helse Finnmark HF har det vært en vekst i antall tiltak per fagårsverk ved alle helseforetakene i perioden. Helse Finnmark HF har fram til og med 2004 hatt flere tiltak per behandler enn de øvrige helseforetakene. I 2005 har de andre helseforetakene tatt igjen Finnmark HF, med unntak av Hålogalandssykehuset HF. Dette helseforetaket har hatt lavest produktivitet i hele perioden, målt i tiltak per fagårsverk.

Målt som antall pasienter per behandler, øker også produktiviteten i helseforetakene. Unntaket er Helse Finnmark HF. Hålogaland helseforetak ligger høyest, mens Helgelandspsykehuset i 2005 har lavest antall pasienter per behandler sammen med Helse Finnmark.

Resultatene indikerer økt produktivitet i form av at hver behandler i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord i gjennomsnitt utfører flere polikliniske tiltak i 2005 enn i 2002, og at hver behandler når flere polikliniske pasienter.

## Psykisk helsevern for voksne

### Redusert beregnet produktivitet i poliklinikkene

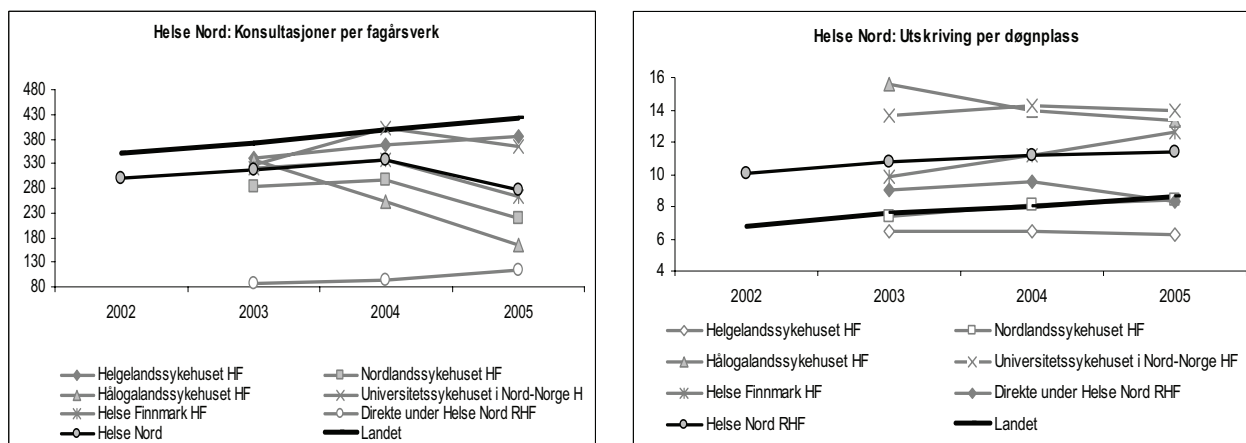
Det har totalt vært en nedgang på åtte prosent i antall konsultasjoner per fagårsverk i Helse Nord i perioden etter eierskapsreformen, mot en vekst på 20 prosent for landet samlet. Fram til 2004 økte produktiviteten i regionen, men i 2005 gikk antall konsultasjoner per fagårsverk ned med 18 prosent fra året før.

Dette betyr at produktiviteten eller ressursutnyttelsen innenfor poliklinisk virksomhet for voksne totalt er redusert for regionen fra 2002 til 2005, målt i konsultasjoner per fagårsverk. Regionen har samtidig hatt et lavere produktivetsnivå enn gjennomsnittet for landet i hele perioden.

Med unntak av Helgelandssykehuset HF og institusjoner direkte under Helse Nord RHF (Kløveråsen utrednings og kompetansesenter), har alle helseforetakene i regionen redusert antall konsultasjoner per fagårsverk fra 2003 til 2005.

Utviklingen i Helse Nord har også sammenheng med endret registreringspraksis og omorganiseringer. Reduksjonen kan både tilskrives en liten nedgang i antall konsultasjoner siste år, en relativt kraftig vekst i fagårsverk samt organisatoriske endringer. Vekst i årsverk skyldes også at personell i ambulant virksomhet nå registreres som poliklinisk personell, uten at tallet på konsultasjoner øker i samme grad. Dette gjelder spesielt Hålogalandssykehuset og Nordlandssykehuset HF hvor det er opprettet ambulante team. For Hålogaland HF er DPS Sør-Troms ikke med i beregningsgrunnlaget for siste to år på grunn av omlegging av drift og endring i registrering av årsverk. Dette påvirker utviklingstallene for helseforetaket (fra 2003 til 2004). På bakgrunn av dette bør produktivitetstallene for Helse Nord tolkes med forsiktighet.

Figur 3.60 Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker og utskrivninger per døgnplass i døgningstusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Helse Nord med underliggende helseforetak, og landet samlet. 2002-2005.



a)

b)

### Høyere produktivetsnivå, men moderat produktivetsvekst i døgntilbud

Ressursutnyttelsen i døgntilbud i psykisk helsevern kan belyses ved å se på antall utskrivninger per døgnplass. Denne indikatoren viser en vekst på 13 prosent for Helse Nord fra 2002 til 2005. Tilsvarende økte antall utskrivninger per døgnplass med nær 27 prosent for landet i tilsvarende periode.

Helse Nord ligger over nivået for landet totalt, og det er kun Helgelandssykehuset helseforetak som ligger under landsgjennomsnittet for hele perioden. De øvrige helseforetakene har utskrivninger per døgnplass på eller over landsgjennomsnittet.

#### 3.6.4 Oppsummering Helse Nord

##### ***Spørsmålet om befolkningen har fått økt tilgjengelighet og et mer likt tilbud kan belyses med følgende punkter:***

- Innbyggerne i helse Nord har et, relativt sett, høyt forbruk av somatiske sykehustjenester gjennom hele perioden 2002 til 2005. Dette gjelder både døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Tilgangen til både dag- og døgnbehandling øker i perioden, men økningen er svakere enn for landet samlet. Nivåmessig har befolkningen i Helse Nord gjennom hele perioden et høyere forbruk av døgnbehandling sammenlignet med landet for øvrig. For dagopphold kom regionen som helhet ned på landsgjennomsnittet i 2005. Variasjon i forbruksrater mellom områdene i regionen er vedvarende. Ventetiden til behandling har hatt en positiv utvikling ved at median ventetid og andel langtidsventende er redusert i tråd med landsgjennomsnittet. Ventetiden til utredning og behandling i somatisk sektor er omtrent som for landet samlet. Det har også skjedd en utjevning i ventetid mellom bostedsområdene i regionen. Ventetiden for operasjon av tykk- og endetarmstarmkreft er omtrent uendret i perioden og ligger på landsgjennomsnittet. For operasjon av brystkreft har ventetiden gått litt ned og ligger noe under landsgjennomsnittet i 2005.
- I psykisk helsevern for barn og unge øker tilgangen i form av økt andel barn og unge under behandling i psykisk helsevern (dekningsgrad), og økt tilgang til polikliniske tiltak. Helse Nord har landets høyeste dekningsgrad. Men samtidig observeres økte ventetider til poliklinisk behandling, og i 2005 er ventetiden til poliklinisk behandling 87 døgn, noe som er 4 døgn lengre enn ventetid for landet samlet.
- Økt bruk av polikliniske tjenester indikerer økt tilgang til psykisk helsevern for voksne. Imidlertid er veksten ved poliklinikkene noe lavere enn tilsvarende vekst for landet samlet. Veksten i tilgang til døgnbehandling er marginal, og den svake veksten kommer i sterk grad ved sykehusavdelinger. Befolkningen i Helse Nord har et relativt høyt forbruk av døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne.

##### ***Spørsmålet om kvalitetsutvikling i organisering og praksis kan belyses med følgende punkter:***

- Det har vært en positiv utvikling i Helse Nord med hensyn til hvor raskt sykehusene sender ut epikriser og regionen totalt ligger på landsgjennomsnittet. Det er likevel et stykke fram til å nå målet om 80 prosent utsendte epikriser innen 7 dager. Videre synes korridorpatientproblemer å være noe mindre innen denne regionen enn i andre regioner. Regionen skiller seg heller ikke spesielt ut i forhold til omfang reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp totalt sett, men det må påpekes at raten øker mer enn for landet samlet. Av de forhold innen somatisk sektor vi har sett på her, synes andelen strykninger fra operasjonsprogrammet å være den største utfordringen i Helse Nord sammenlignet med andre regioner.
- Indikatorene som belyser kvalitetsaspekter ved pasientbehandling i psykisk helsevern for voksne viser en positiv utvikling. Andelen sykehusinnleggelser med tvang går ned, og bemanning per seng i DPS-ene er høy og økende. Nivået på andel tvangsinnleggelser er for både 2003 og 2005 lavere i Helse Nord enn for landet samlet.

**Spørsmålet om effektivitet og produktivitet har økt kan belyses med følgende punkter:**

- Det relative kostnadsnivået for somatisk virksomhet i Helse Nord øker i årene fra 2002 til 2005, med sterkest vekst i 2003-2004. Dette har gitt et klart fall, både i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet i løpet av perioden. Fra 2004 til 2005 skjer imidlertid en økning i kostnadseffektivitet samtidig med redusert teknisk effektivitet. Effektivitetsnivået er i 2005 lavere enn i 2002 for Helse Nord. For landet samlet beregnes effektivitetsvekst.
- I psykisk helsevern for barn og unge øker produktiviteten i tråd med gjennomsnittlig produktivitetsvekst for landet samlet. Dette gjelder både når produktiviteten måles som polikliniske tiltak per fagårsverk, og når den måles som pasienter per fagårsverk. Produktivitetsnivået er omtrent i tråd med landsgjennomsnittet når denne måles som antall tiltak per fagårsverk, og noe over landsgjennomsnittet i 2005 når denne måles som pasienter per fagårsverk.
- Produktiviteten reduseres for poliklinikker i psykisk helsevern for voksne – noe som resulterer i at produktivitetsnivået utvikler seg til å være noe under landsgjennomsnittet i 2005. For døgnbehandling observeres derimot en moderat produktivitetsvekst, og produktivitetsnivået er høyere enn for landet samlet i hele perioden.

### 3.7 Oppsummering og status

Oppsummeringen gir under punkt 3.7.1 en oppsummering av hovedresultater – med fokus på utvikling og status. Punkt 3.7.2 gir en regionvis oppsummering av god målstyring, og hva som fortsatt ser ut til å være utfordringsbildet – basert på utvikling i indikatorer fra SAMDATA.

#### 3.7.1 Oppsummering og status

### ***I: Utvikling i tilgjengelighet***

#### ***Økt aktivitet i psykisk helsevern***

Aktiviteten i psykisk helsevern øker i løpet av perioden, både i psykisk helsevern for voksne og i psykisk helsevern for barn og unge. På landsbasis øker antall polikliniske konsultasjoner per innbygger i psykisk helsevern for voksne med 38 prosent i perioden fra 2002 til 2005. I 2005 utføres på nasjonalt nivå 24 konsultasjoner per 100 innbyggere. Dekningsgraden i psykisk helsevern for barn og unge, det vil si hvor stor andel av barn og unge som får et tilbud i spesialisthelsetjenesten øker på nasjonalt nivå fra 2,9 prosent i 2002 til 4 prosent i 2005. Den nasjonale målsettingen er en dekningsgrad på 5 prosent i løpet av 2008.

#### ***Aktivitetsvekst i psykisk helsevern: Regionale variasjoner***

Antall polikliniske konsultasjoner per innbygger i psykisk helsevern for voksne øker med henholdsvis 45 og 48 prosent i Helse Sør og Helse Midt-Norge, mens den tilsvarende veksten i Helse Nord og Helse Vest er 26 og 31 prosent. Aktivitetsnivået er i 2005 om lag 20 prosent lavere enn gjennomsnittet i Helse Vest, mens Helse Sør har et tilsvarende høyere aktivitetsnivå.

I psykisk helsevern for barn og unge er økningen i dekningsgrad i løpet av perioden sterkest for Helse Sør og Helse Nord. Disse to regionene har i 2005 høyest dekningsgrad med henholdsvis 4,3 og 5,7 prosent. Helse Vest og Helse Midt-Norge har lavest dekningsgrad i 2005, med henholdsvis 3,2 og 3,7 prosent.

### ***Ventetid til poliklinisk behandling i psykisk helsevern fortsatt en utfordring***

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

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

### ***Sterkere kostnadsvekst i psykisk helsevern betyr ikke bedre tilgjengelighet***

På nasjonalt nivå øker kostnader til psykisk helsevern med 10 prosent i perioden 2002 til 2005. Helse Vest og Helse Nord har en sterkere kostnadsvekst sammenlignet med landet samlet; i disse to regionene øker kostnadene til psykisk helsevern med henholdsvis 17 og 20 prosent. På den andre siden har Helse Sør en kostnadsvekst på kun 2 prosent i perioden. Til tross for dette har Helse Vest og Helse Nord i 2005 lengre ventetider til poliklinisk behandling, sammenlignet med landet samlet. Videre er aktivitetsveksten i poliklinisk virksomhet for voksne svakere enn landsgjennomsnittet i Helse Vest og Helse Nord. Endelig er både nivå i 2005, og vekst fra 2002 til 2005, i dekningsgrad for barn og unge lavere i Helse Vest sammenlignet med landet samlet. Helse Sør har derimot – til tross for svak kostnadsvekst i psykisk helsevern - kortest ventetid til poliklinisk behandling for både barn og unge og voksne i 2005. I løpet av perioden 2002 til 2005 har Helse Sør også sterkere vekst enn gjennomsnittet både i poliklinisk aktivitet for voksne og i dekningsgrad for barn og unge.

### ***Aktivitet i somatisk sektor: høy vekst og høyt aktivitetsnivå i Helse Sør***

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

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

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

Ventetidsindikatorerne tyder på at alle regioner styrer mot redusert ventetid. Median ventetid til utredning og behandling reduseres fra 60 døgn i 2002 til 51 døgn i 2005. For Helse Midt-Norge øker imidlertid ventetiden fra 52 døgn fra 2004 til 59 døgn i 2005, noe som er en påfallende negativ utvikling.

## **II: Utvikling i kvalitet**

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

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

På nasjonalt nivå er andel korridorpasienter stabilt på i overkant av 2 prosent i perioden, mens den nasjonale målsettingen er som hovedregel ingen korridorpasienter. I Helse Sør er det derimot en tendens til reduksjon i andel korridorpasienter fra drøyt 2 prosent i 2004 til om lag 1,5 prosent i 2004. Helse Nord har gjennom 2004 og 2005 lavere andel korridorpasienter sammenlignet med landet samlet.

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

### **Andel tvangsinnleggelse i psykisk helsevern omtrent uendret – størst utfordring for Helse Øst**

Bestillerdokumentene fra HOD til RHF-ene gir signaler om at bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne skal reduseres. På nasjonalt nivå øker andel sykehusinnleggelse med tvang etter spesialistvedtak marginalt fra 28 til 29 prosent. Helse Øst og Helse Nord reduserer sin andel tvangsinnleggelse i sykehus med ett prosentpoeng. Helse Øst ligger i utgangspunktet høyt med en andel tvangsinnleggelse etter spesialistvedtak på 36 prosent, men det er ikke tilfelle for Helse Nord som i utgangspunktet har en andel under landsgjennomsnittet på 24 prosent. Helse Sør øker sin andel med 5 prosentpoeng, og ligger om lag på landsgjennomsnittet i 2005. Økningen er marginal i Helse Vest som begge år følger landsgjennomsnittet. Helse Midt-Norge, med en andel tvangsinnleggelse på 20 prosent, er fortsatt i 2005 den regionen som har lavest andel sykehusinnleggelse med tvang etter spesialistvedtak.

## **III: Utvikling i produktivitet**

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

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

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

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

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

### 3.7.2 Måloppnåelse og utfordringer for helseregionene

Dette punktet trekker fram god måloppnåelse og hva som fortsatt er utfordringsbildet for de ulike regionene – basert på utvikling i indikatorer fra SAMDATA. Områder hvor regionens utvikling er omtrent på landsgjennomsnittet blir ikke kommentert.

#### **Helse Øst**

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

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

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

#### **Helse Sør**

Utvikling i tilgang til psykisk helsevern for barn og unge er positiv i Helse Sør. Dekningsgraden, det vil si andel barn og unge i befolkningen som får et tilbud, er i 2005 høyere enn gjennomsnittet for landet. I tillegg er ventetiden til poliklinisk behandling for barn og unge redusert. Helse Sør har utviklet seg fra å ha lengre ventetider sammenlignet med landsgjennomsnittet i 2002, til å ha kortere ventetider i 2005.

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

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

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

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

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

#### **Helse Vest**

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



operasjonsprogram; ved slutten av 2005 er andel strykninger redusert til å være på nivå med landet for øvrig.

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

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

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

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

### **Helse Midt-Norge**

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

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

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

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

### **Helse Nord**

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

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

Indikatorerne kan tyde på at Helse Nord har en utfordring når det gjelder tilgang til psykisk helsevern for voksne. Dette baseres på utflating i antall polikliniske konsultasjoner per

innbygger siste år, kombinert med høyere ventetid til poliklinisk behandling gjennom hele perioden. Men det kan påpekes at tilgangen til døgnbehandling, målt som antall opphold per innbygger, er høyere sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet. Beregnet produktivitet i poliklinisk behandling – målt som konsultasjoner per fagårsverk - reduseres i 2005. Omløpshastigheten i døgnvirksomheten er imidlertid høy gjennom hele perioden.

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

## 4 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten – kostnader

Heidi Torvik

### 4.1 Nasjonalt nivå

Tabell 4.1 Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syke-transport, felles RHF og samlet i 2005. Millioner kroner. Driftskostnader prosentvis fordelt på kostnadsartene lønn, varer og tjenester og andre driftskostnader.

	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-omsorg	Ambulanse	Personalpolitiske tiltak	Syke-transport	Felles RHF	Sum
Totale driftsutgifter	49 140	12 332	1 883	2 422	594	1 364	533	68 268
Herav (prosentandeler):								
Lønnskostnader	68,5	81,2	70,2	38,0	77,1	2,8	38,4	68,3
Varekostnader	19,4	7,0	14,6	42,9	1,5	0,8	1,0	17,2
Andre driftskostnader	12,0	11,8	15,3	19,1	21,4	96,4	60,6	14,5

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

1 Rusomsorg og syke-transport er inkludert i helseforetakene fra og med 2004.

## 4.2 Finansiering spesialisthelsetjenesten

Tabell 4.2 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og spesialisert rusomsorg. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Millioner kroner samt prosentvis fordeling. 2005.

	Somatikk		Psykisk helsevern		Rusomsorg	
	Mill kr	Prosentandel	Mill kr	Prosentandel	Mill kr	Prosentandel
Totale driftskostnader	49 140	100	12 332	100	1 883	100,0
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	20 180	41,1				
Polikliniske refusjoner	3 378	6,9	609	4,9	35	1,9
B. Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra						
	1 051	2,1				
C. Pasientbetaling						
	837	1,7	68	0,5	4	0,2
D. Andre inntekter og øremerkede statstilskudd						
	2 000	4,1	1 506	12,2	28	1,5
E. Driftskostnader finansiert av RHF <sup>1)</sup>						
	21 694	44,1	10 150	82,3	1 815	96,4

1) Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C og D. Det vil si at E = Totale driftskostnader - (A + B + C + D). Det bemerkes at tilskudd som i 2004 var inkludert under posten andre inntekter og øremerkede tilskudd (D) for 2005 av regnskapsteknisk grunner kan være lagt under kostnader finansiert av RHF.

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

## 4.3 Regionalt nivå

Tabell 4.3 Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syke transport, felles RHF og samlet i 2005 korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Millioner kroner.

Region	Somatikk	Psykisk helsevern	Rusomsorg	Ambulanse	Personalpolitiske tiltak	Syke transport	Felles RHF	Sum
Helse Øst RHF	16 284	4 824	852	588	215	288	97	23 148
Helse Sør RHF	10 917	2 014	364	383	107	164	183	14 132
Helse Vest RHF	8 897	2 485	341	438	90	236	55	12 542
Helse Midt-Norge RHF								
	7 323	1 534	181	406	95	231	86	9 855
Helse Nord RHF	5 787	1 353	166	606	88	446	111	8 558
Sum	49 208	12 211	1 905	2 422	594	1 364	533	68 236

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

Tabell 4.4 Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse, personalpolitiske tiltak, syke-transport, felles RHF og samlet i 2005 korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Prosentandeler.

Region	Somatikk	Psykisk helsevern	Rusomsorg	Ambulanse	Personalpolitiske tiltak	Syke-transport	Felles RHF	Sum
Helse Øst RHF	70,3	20,8	3,7	2,5	0,9	1,2	0,4	100
Helse Sør RHF	77,2	14,3	2,6	2,7	0,8	1,2	1,3	100
Helse Vest RHF	70,9	19,8	2,7	3,5	0,7	1,9	0,4	100
Helse Midt-Norge RHF	74,3	15,6	1,8	4,1	1,0	2,3	0,9	100
Helse Nord RHF	67,6	15,8	1,9	7,1	1,0	5,2	1,3	100
Sum	72,1	17,9	2,8	3,5	0,9	2,0	0,8	100

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

Tabell 4.5 Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg, korrigert for gjestepasientoppgjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnitt. 2004. I 2005 kroner.

Region	Somatisk spesialisthelsetjeneste		Psykisk helsevern		Rusomsorg		Sum	
	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet
Helse Øst RHF	8 960	89	2 635	108	470	124	12 065	94
Helse Sør RHF	11 806	117	2 173	89	409	108	14 388	112
Helse Vest RHF	8 905	89	2 385	98	295	78	11 586	90
Helse Midt-Norge RHF	10 684	106	2 198	90	248	65	13 130	102
Helse Nord RHF	12 161	121	2 681	110	347	92	15 190	118
Sum	10 061	100	2 437	100	379	100	12 877	100

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

Tabell 4.6 Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg, korrigert for gjestepasientoppjør. Helseregioner. Kroner per innbygger og avvik fra gjennomsnitt. 2005.

Region	Somatisk spesialisthelsetjeneste		Psykisk helsevern		Rusomsorg		Sum	
	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet	Kroner per innbygger	Pst av landsgjennomsnittet
Helse Øst RHF	9741	92	2 886	110	510	124	13 137	96
Helse Sør RHF	12 132	114	2 238	85	404	99	14 775	108
Helse Vest RHF	9 298	88	2 597	99	357	87	12 252	90
Helse Midt-Norge RHF	11 282	106	2 363	90	279	68	13 924	102
Helse Nord RHF	12 505	118	2 924	111	360	88	15 788	116
Sum	10 605	100	2 632	100	411	100	13 647	100

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

## 4.4 Grunnlagstall

Tabell 4.7 Totale driftskostnader eksklusive kapitalkostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg, ambulanse/luftambulanse, personalpolitiske tiltak, syketransport og felles RHF, samt totale driftskostnader inklusiv kapitalkostnader mv. Helseforetak. 1000 kroner. 2005.

HF	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-omsorg	Ambulanse1	Personalpolitiske tiltak	Syketransport	Felles RHF	Totale driftskostnader ekskl avskr mv	Totale driftskostnader inkl avskr mv
Helse Øst RHF									
Sykehuset Østfold HF	1 868 938	565 646	72 738	64 154	9 578	42 586	0	2 623 640	2 845 881
Sykehuset Asker og Bærum HF	749 599	468 838	20 503	0	24 142	0	0	1 263 082	1 391 840
Akershus universitetssykehus HF	1 790 344	615 159	47 580	0	34 623	0	0	2 487 706	2 710 118
Aker universitetssykehus HF	1 246 561	458 899	290 079	0	29 438	0	0	2 024 977	2 198 869
Ullevål universitetssykehus HF	3 791 214	1 089 371	5 419	280 554	65 429	104 166	0	5 336 153	5 845 818
Sunnaas sykehus HF	291 913	0	0	0	7 589	0	0	299 502	341 730
Sykehuset Innlandet HF	3 007 474	871 230	99 527	168 440	44 147	121 064	0	4 311 882	4 703 599
Helse Øst RHF	1 853 615	828 919	4 632	74 422	0	20 003	97 494	2 879 085	3 011 326
Sum Helse Øst RHF	14 599 658	4 898 062	540 478	587 570	214 946	287 819	97 494	21 226 027	23 049 181
Helse Sør RHF									
Rikshospitalet HF	5 042 750	7 853	0	0	56 310	0	0	5 106 913	5 683 604
Ringerike sykehus HF	387 624	62 944	1 770	34 031	6 155	0	0	492 524	538 910
Sykehuset i Buskerud HF	1 202 688	418 996	63 386	103 499	25 678	39 233	0	1 853 480	2 007 453
Psykiatrien i Vestfold	5 335	465 938	59 411	0	0	0	0	530 684	568 951

<sup>1</sup> Bil-, båt- og luftambulanse.

HF	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-omsorg	Ambulanse1	Personal-politiske tiltak	Syke-transport	Felles RHF	Totale drifts-kostnader ekskl avskr mv	Totale drifts-kostnader inkl avskr mv
Sykehuset i Vestfold HF	1 547 446	0	0	0	6 911	0	0	1 554 357	1 712 051
Helse Blefjell HF	517 169	126 165	0	0	858	0	0	644 192	711 384
Sykehuset i Telemark HF	1 153 879	353 810	14 889	96 165	4 533	67 363	0	1 690 639	1 877 656
Sørlandet sykehus HF	2 006 036	557 405	89 455	107 018	6 264	57 318	0	2 823 496	3 114 147
Helse Sør RHF	133 914	0	0	43 934	0	0	183 192	361 040	372 425
Sum Helse Sør RHF	11 996 841	1 993 111	228 911	384 647	106 709	163 914	183 192	15 057 325	16 586 581
Helse Vest RHF									
Helse Stavanger HF	2 061 315	592 183	30 170	55 500	25 407	45 019	0	2 809 594	3 032 881
Helse Fonna HF	1 050 539	399 577	3 212	74 251	13 018	37 367	0	1 577 964	1 735 302
Helse Bergen HF	3 836 749	864 416	14 711	162 904	37 497	59 990	0	4 976 267	5 423 879
Helse Førde HF	922 822	264 717	0	84 348	13 681	68 156	0	1 353 724	1 482 635
Helse Vest RHF	780 506	363 097	25 999	61 051	0	25 118	55 409	1 311 180	1 363 433
Sum Helse Vest RHF	8 651 931	2 483 990	74 092	438 054	89 603	235 650	55 409	12 028 729	13 038 130
Helse Midt-Norge RHF									
Helse Sunnmøre HF	1 129 504	218 805	0	79 492	21 680	51 907	0	1 501 388	1 622 111
Helse Nordmøre og Romsdal HF	881 319	314 279	0	92 580	17 659	36 730	0	1 342 567	1 441 886
St. Olavs Hospital H	3 939 962	683 867	0	94 121	38 853	67 274	0	4 824 077	5 107 132
Helse Nord Trøndelag HF	958 252	297 241	8 121	73 068	16 629	50 176	0	1 403 487	1 500 709
Rusbehandling Midt-Norge HF	0	0	92 042	0	0	0	0	92 042	99 294
Helse Midt-Norge RHF	206 222	25 662	257	66 891	0	24 595	85 657	409 284	413 096
Sum Helse Midt-Norge RHF	7 115 259	1 539 854	100 420	406 152	94 821	230 682	85 657	9 572 845	10 184 228



HF	Somatikk	Psykisk helsevern	Rus-omsorg	Ambulanse1	Personalpolitiske tiltak	Syke-transport	Felles RHF	Totale driftskostnader ekskl avskr mv	Totale driftskostnader inkl avskr mv
Helse Nord RHF									
Helgelandssykehuset HF	591 150	111 936	112	82 453	2 944	75 256	0	863 851	928 429
Nordlandssykehuset HF	1 118 449	383 853	6 953	70 375	21 134	73 664	0	1 674 428	1 815 262
Hålogalandssykehuset HF	786 791	153 942	43 056	76 252	16 699	89 837	0	1 166 577	1 296 515
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	2 347 184	487 479	50 243	83 325	24 524	55 738	0	3 048 493	3 257 511
Helse Finnmark HF	568 703	161 168	9 849	87 241	22 240	126 089	0	975 290	1 047 261
Helse Nord RHF	98 542	23 200	1 230	206 789	0	25 707	111 489	466 957	483 116
Sum Helse Nord RHF	5 510 819	1 321 578	111 443	606 435	87 541	446 291	111 489	8 195 596	8 828 094
Andre institusjoner									
Private institusjoner med driftsavtale	424 808	0	827 218	0	0	0	0	1 252 026	
Private ideelle utenfor RHF	353 630	95 512	0	0	0	0	0	449 142	
Kommerielle sykehus	487 398	0	0	0	0	0	0	487 398	
Sum andre institusjoner	1 265 836	95 512	827 218	0	0	0	0	2 188 566	
Sum spesialisthelse-tjenesten	49 140 344	12 332 107	1 882 562	2 422 858	593 620	1 364 356	533 241	68 269 088	

Datakilde: SINTEF Helse og SSB  
Definisjoner: Vedlegg.

Tabell 4.8 Gjestepasientkostnader og –inntekter for somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, rusomsorg og spesialisthelsetjenesten samlet. Regionale helseforetak. 1000 kroner. 2004.

	Somatisk spesialisthelsetjeneste		Psykisk helsevern		Rusomsorg		Gjeste- pasient- kostnad	Gjeste- pasient- inntekt
	Gjeste- pasient- kostnad	Gjeste- pasient- inntekt	Gjeste- pasient- kostnad	Gjeste- pasient- inntekt	Gjeste- pasient- kostnad	Gjeste- pasient- inntekt		
Helse Øst RHF	1 984 236	299 684	18 776	92 468	340 394	29 012	2 343 406	421 164
Helse Sør RHF	409 892	1 489 817	31 644	10 472	142 881	7 833	584 417	1 508 122
Helse Vest RHF	377 613	132 799	13 013	11 604	267 231	-	657 857	144 403
Helse Midt- Norge RHF	327 735	120 223	10 723	16 864	85 335	4 498	423 793	141 585
Helse Nord RHF	309 418	33 339	33 688	2 205	55 018	-	398 124	35 544

Datakilde: SINTEF Helse og SSB

Definisjoner: Vedlegg.

# Vedlegg    Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering

## Datagrunnlag

Regnskapsdata for institusjoner og helseforetak (HF) som er underlagt regionale helseforetak (RHF), samt private institusjoner, er innsamlet av Statistisk Sentralbyrå (SSB). SSB og SINTEF Helse har i samarbeid kvalitetskontrollert innsamlede regnskapstall i dialog med RHF-ene, HF-ene og de private institusjonene.

I datagrunnlaget inkluderes den andelen av kostnader ved kommersielle sykehus/klinikker som er offentlig finansiert. Dette beregnes ved å anta at kostnader for den offentlig finansierte delen av virksomheten er lik inntekten som institusjonen mottar fra RHF-ene.

Kontoplan for driftsregnskap fra private institusjoner har ved beregning av kostnader og finansiering blitt konvertert til kontoplan for offentlige helseforetak. Konverteringen har blitt utført av SINTEF Helse.

Som det framgår av definisjonene nedenfor har det ved beregning av de enkelte kostnads- og inntektsbegreper blitt forutsatt at kontoplanen har blitt brukt likt av regnskapsfører ved institusjonene/helseforetakene. Hvis det ved kvalitetskontroll har blitt avdekket avvikende praksis ved føring av regnskap, har de aktuelle størrelser blitt overført til det kontonummer som våre definisjoner forutsetter. Imidlertid kan det være enkelte mindre beløp som ikke står på de kontonummer som våre definisjoner forutsetter. Årsaken til dette kan være at avvikende praksis ikke har blitt avdekket i kontrollen, eller at beløpets størrelse har gjort at korleksjon ikke har blitt prioritert.

I sammenligning med 2004 benyttes deflator for prisvekst i konsumet av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Deflatoren er på 2,6 prosent. Dette er samme deflator som benyttes av SSB.

## Rapportering på øremerkede bevilgninger

Styringsdokumentene for 2005 gir krav om rapportering på øremerkede bevilgninger. Helsedepartementet sender derfor ut rapporteringsskjema for midler tildelt gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse statsbudsjettets kapittel 743, post 75. I rapporteringsskjemaet bes det om informasjon på HF nivå, der iverksatte tiltak skal beskrives kort og det skal gis informasjon om hvilken institusjon de enkelte tiltakene er gjennomført på. Hvert HF rapporterer hvor mye av de øremerkede opptrappingsmidlene som er mottatt for 2005, hvor mye som er overført fra 2004, hvordan disse tilgjengelige midlene er benyttet, og til slutt hvor mye som er overført til 2006. Kopier av de besvarte skjemaene ble sendt til SINTEF Helse, og SINTEF Helse har kvalitetskontrollert tallene og rapportert endelige tall tilbake til departementet. Tabellene som inneholder informasjon om øremerkede statstilskudd er hentet direkte fra denne rapporteringen og regnskapstallene er kontrollert opp mot dette. Tallene refererer til det som er mottatt som øremerkede i 2005.

## Definisjoner

Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste:

Totale driftskostnader omfatter kostnader ført under konto 4 – 7 i helseforetakenes kontoplan og de private institusjonenes konverterte kontoplan, med fradrag for av- og nedskrivninger ført under konto 60, kostnader til leie av lokaler ført under konto 630, samt tap ol ført under konto 78.

På nasjonalt nivå beregnes totale driftskostnader som en sum av totale kostnader ved alle helseforetak, avtaleinstitusjoner og private institusjoner. For private institusjoner inkluderes kun kostnader knyttet til kjøp fra helseforetak. Ved beregning av totale driftskostnader på nasjonalt nivå konsolideres helseforetakenes regnskaper ved å ekskludere følgende:

- a) Kostnader for kjøp av pasientbehandling i andre helseregioner
- b) Kostnader for kjøp av pasientbehandling hos private institusjoner som rapporter regnskap på skjema 39.

Ved beregning av totale driftskostnader på nasjonalt nivå ekskluderes punkt a) og b) ved å ta ut konto 456 og konto 451 i helseforetakenes og avtaleinstitusjonenes kontoplan. Disse to kontoene rendyrkes til kun å inneholde kostnader for kjøp av pasientbehandling i andre regioner (konto 456), og kjøp av pasientbehandling hos private institusjoner som rapporterer på regnskap på skjema 39. Hvilke private institusjoner som regnes som henholdsvis avtaleinstitusjoner for RHF-ene og private uten fast avtale, vil framgå av grunnlagstabell T2a i del IV om grunnlagsdata.

Ved beregning av regionenes kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, summeres totale kostnader for helseforetak og avtaleinstitusjoner per region. Deretter korrigeres det for netto gjestepasientoppgjør mellom regioner (kostnader minus inntekter), samt at regionenes kjøp fra private institusjoner som rapporterer på skjema 39 legges til. Dette medfører at totale gjestepasientkostnader, slik dette defineres i SAMDATA, vil overstige totale gjestepasientinntekter med regionenes kjøp hos private institusjoner som rapporter regnskap på skjema 39.

For 2005 beregnes også totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader. Dette gjøres ved å inkludere konto 60, 630 og 78 – se definisjon over. På nasjonalt nivå beregnes også totale driftskostnader (inkludert kapitalkostnader) for private institusjoner som ikke er finansiert av helseforetak.

Finansregnskap, ekstraordinære inntekter og kostnader, årsresultat, samt overføringer og disponeringer ført under kontogruppe 8, er ikke inkludert i begrepet totale driftskostnader.

Felleskostnader ført på funksjon 400, 410 og 420 i HF-enes kontoplan er fordelt til fagområdene. For spesialisthelsetjenesten er kostnader som angitt over ført under følgende funksjoner inkludert ved beregning av totale driftskostnader:

- Funksjon 608, transport av helsepersonell
- Funksjon 610, somatiske tjenester - fellesfunksjoner
- Funksjon 615, somatiske tjenester – røntgen/lab
- Funksjon 620, somatiske tjenester - behandling
- Funksjon 625, somatiske tjenester – privatpraktiserende legespesialister med driftsavtale
- Funksjon 630, somatiske tjenester – (re-) rehabilitering
- Funksjon 670, utadrettede støttefunksjoner
- Funksjon 673, særskilte funksjoner

Psykisk helsevern summeres over følgende funksjoner:

- Funksjon 640, psykisk helsevern for voksne - fellesfunksjoner
- Funksjon 645, psykisk helsevern for voksne – direkte pasientrettet virksomhet
- Funksjon 646, psykisk helsevern for voksne - privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med driftsavtale
- Funksjon 647, psykisk helsevern for voksne – privat pleie.
- Funksjon 650, psykisk helsevern for barn og unge - fellesfunksjoner
- Funksjon 655, psykisk helsevern for barn og unge - direkte pasientrettet virksomhet
- Funksjon 656, psykisk helsevern for barn og unge - privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med driftsavtale

Rusomsorg summeres over følgende funksjoner:

- Funksjon 680, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere – fellesfunksjoner
- Funksjon 681, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere – direkte pasientrettet virksomhet

Ambulanse summeres over følgende funksjoner:

- Funksjon 600, ambulanse
- Funksjon 605, luftambulanse

Personalpolitiske tiltak summeres over følgende funksjoner:

- Funksjon 440, personalbarnehager
- Funksjon 460, personalboliger

Felles RHF summeres over følgende funksjoner:

- Funksjon 400, politisk styring av kontrollorganer
- Funksjon 420, administrasjon

Lønnskostnader:

Lønnskostnader defineres som sum av alle kostnader, inkludert alle lønnsrefusjoner, ført på underkontoer av konto 5 Lønnskostnad.

Kostnader til varer og tjenester:

Kostnader til varer og tjenester defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer av konto 4 Varekostnad, minus konto 451 og konto 456.

Andre driftskostnader:

Andre driftkostnader defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer under konto 6 og 7, med unntak av konto 60 Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, konto 630 Leie lokaler, og konto 78 Tap ol. Ved inkludering av kapitalkostnader inngår disse i kostnadene.

#### Innsatsstyrt finansiering (ISF):

Utbetalinger fra staten til RHF-ene med grunnlag i innrapportert behandlingsaktivitet for pasienter hjemmehørende i egen helseregion. Opplysninger om utbetaling til ISF er hentet fra SINTEF Helse PaFi.

#### Polikliniske refusjoner:

Sum av refusjoner fra Rikstrygdeverket (RTV) ført under konto 322 – poliklinikk-inntekter fra RTV og konto 323 – laboratorieinntekter fra RTV, i helseforetakenes kontoplan.

#### Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra:

Tilskuddet gis til alle helseregionene for å ivareta sitt ansvar for forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra. Tilskuddet er inntektsført på konto 332, 333 og 334 i helseforetakenes kontoplan.

#### Andre øremerkede driftstilskudd:

For somatisk spesialisthelsetjeneste består dette i hovedsak av nasjonal kreftplan. Øremerkede driftstilskudd er ført under konto 335, 336 og 337 i helseforetakenes kontoplan. For 2005 er det lite omfang av dette, og vi har valgt å la det inngå som RHF-enes basisfinansiering. Øremerkede tilskudd til kreftregisteret og administrasjon av ordningen "behandlingsreiser i utlandet" i Helse Sør vil inngå her.

#### Pasientbetaling:

Består av konto 324 – egenandelsinntekter innbetalt fra pasienter, samt konto 325 – selvbetalende pasienter.

#### Salgsinntekter mv.:

Dette består av konto 30 og 31 – salgsinntekter, konto 326 – utskrivingsklare pasienter, konto 329 – andre pasient- og behandlingsrelaterte inntekter, konto 338 – andre pasient-/behandlingsrelaterte offentlige tilskudd, konto 339 – andre pasient-/behandlingsrelaterte tilskudd, konto 34 – offentlig avgift vedrørende omsetning, konto 35 – andre tilskudd/refusjoner, konto 36 – leieinntekter, konto 38 – gevinst ved avgang av anleggsmidler, konto 39 – andre inntekter. Statens direkte finansiering av Glittreklinikken vil inngå her.

#### Driftskostnader finansiert av RHF – nasjonalt nivå:

Dette vil framkomme som totale driftskostnader som ikke er finansiert av ISF, polikliniske refusjoner, tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra, pasientbetaling og salgsinntekter mv. Det vil si at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftskostnader minus de finansieringpostene som er angitt.

#### Gjestepasientkostnader:

Dette består av kostnader til kjøp av helsetjenester i andre helseregioner inkludert avtaleinstitusjoner i andre regioner, eller hos private kommersielle og ideelle institusjoner uten fast avtale. Disse kostnadene er ført på konto 456 og 451 i

driftsregnskapene ved de regionale helseforetak samt helseforetak/institusjoner. SAMDATA søker å tilrettelegge regnskapsdataene slik at kontoen 456 og 451 kun inneholder kjøp av pasientbehandling hos andre helseregioner, samt private institusjoner (uten fast avtale) som rapporterer regnskap på skjema 39. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger fra helseforetak, samt kontroll av gjestepasientflyt mellom regioner og til private sykehus basert på pasientdata fra Norsk Pasientregister. Kjøp av lab- og røntgentjenester fra private institutter inngår ikke i begrepet gjestepasientkostnader.

#### Gjestepasientinntekter:

Består av inntekter generert av behandlede pasienter bosatt i andre regioner. Inntektene er ført på konto 321 ved regionale helseforetak og helseforetak/institusjoner. ISF-refusjoner generert av regionens egne pasienter som har blitt behandlet i andre regioner inngår ikke under begrepet gjestepasientinntekter. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger fra helseforetak, og samt kontroll av gjestepasientflyt mellom regioner og til private sykehus basert på pasientdata fra Norsk Pasientregister.

I den grad det har blitt avdekket at helseforetakene/institusjonene har ført internt oppgjør ved kjøp av helsetjenester ved andre helseforetak innen regionen har kostnader/inntekter for dette blitt korrigert ved kvalitetskontroll av datagrunnlag.

#### Netto gjestepasientoppgjør:

Gjestepasientkostnader minus gjestepasientinntekter. Totale gjestepasientkostnader på nasjonalt nivå, slik dette defineres i SAMDATA, vil overstige totale gjestepasientinntekter med regionenes kjøp hos private institusjoner som rapporterer regnskap på skjema 39.

#### Driftskostnader finansiert av RHF:

Dette vil framkomme som helseregionens totale driftskostnader til somatisk spesialist-helsetjeneste korrigert for gjestepasientoppgjør, som ikke er finansiert av ISF, polikliniske refusjoner, tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra, pasientbetaling eller andre salgsinntekter mv. Dvs at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør minus de finansieringspostene som er angitt overfor

Merk at totale driftskostnader på nasjonalt nivå avviker fra totale driftskostnader når utgiftene ved RHF-ene summeres. Dette skyldes i hovedsak problemer knyttet til avgrensning av gjestepasientoppgjør. Problemet er i hovedsak todelt:

- a) Avgrensning av kostnader knyttet til kjøp hos private institusjoner som rapporterer regnskap på skjema 39 kontra kostnader knyttet til kjøp hos private institusjoner som ikke rapporterer egne regnskap.
- b) Avgrensning av hvilket tjenesteområde (somatisk virksomhet, psykisk helsevern eller rusbehandling) gjestepasientoppjøret skal tilordnes.

Når totale driftskostnader på nasjonalt nivå avviker fra totale driftskostnader summert over regionene, vil også driftskostnader finansiert av RHF i nasjonale tabeller avvike fra driftskostnader finansiert av RHF i presentert i regionale tabeller.





# Litteraturliste

- Anthun, KS og H Torvik*  
2006 Fordeling av felleskostnader i helseforetakene. Rapport A70 Sintef Helse.
- Beregningsutvalget for spesialisthelsetjeneste*  
2006 Årsrapport
- Brigham, M*  
2006 Opptrappingsplanens mål: Status for kostnader og øremerkede tilskudd. . I SAMDATA psykisk helsevern sektorrapport 2005 (red. Pedersen, PB). Rapport 2/06 Sintef Helse.
- Halsteinli, V*  
2006 Kapasitetsutnyttning – psykisk helsevern for barn og unge. I SAMDATA psykisk helsevern sektorrapport 2005 (red. Pedersen, PB). Rapport 2/06 Sintef Helse.
- Helsedepartementet*  
2003 Bestillerdokumentene for de regionale helseforetakene 2003
- Helsedepartementet*  
2004 Bestillerdokumentene for de regionale helseforetakene, 2004
- Helsedepartementet*  
2005 Bestillerdokumentene for de regionale helseforetakene, 2005
- Huseby, B*  
2006 Rett til nødvendig helsehjelp. I SAMDATA somatikk sektorrapport 2005 (red. Jørgenvåg, R). Side 73-87. Rapport 1/06 Sintef Helse.
- Huseby, B (red)*  
2005 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2004. SINTEF rapport STF78 A055024.
- Jørgenvåg, R. og H. Jensberg*  
2006 Befolkningens bruk av sykehustjenester – opphold eller pasient som enhet? Rapport nr A141. SINTEF Helse.
- Jørgenvåg, R (red)*  
2006 SAMDATA Somatikk 1/06. Trondheim: SINTEF Helse.
- Jørgenvåg, R (red)*  
2005 SAMDATA Somatikk 1/05. Trondheim: SINTEF Helse.
- Kalseth, B*  
2005 Aktivitetsvekst og prioritering. I SAMDATA somatikk sektorrapport 2004 (red. Jørgenvåg, R). Side 119-144. Rapport 1/05 Sintef Helse.

- Kopjar B., B. Guldvog og K. Hay*  
1999           Reinnleggelser som kvalitetsindikator? En analyse av reinnleggelser i norske sykehus. HELTEF rapport nr 1 1999. Stiftelse for Helsetjenesteforskning.
- Lilleeng, E og V Halsteinli*  
2006           Kapasitetsutnyttning – psykisk helsevern for voksne. I SAMDATA psykisk helsevern sektorrapport 2005 (red. Pedersen, PB). Rapport 2/06 Sintef Helse.
- Pedersen, PB (red)*  
2006           SAMDATA psykisk helsevern 2/06. SINTEF Helse.
- Pedersen, M*  
2006           Effektivitetsutvikling 1999 - 2005. I SAMDATA somatikk sektorrapport 2005 (red. Jørgenvåg, R). Rapport 1/06 Sintef Helse.
- Pedersen M og M Brigham*  
2006           Kartlegging av måleproblemer knyttet til vekst i psykisk helsevern og rusbehandling, samt beskrivelse av nye inntektsmodeller for helseforetak.
- Petterson IJ, Jørgenvåg J og K Nyland*  
2004           SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Sentrale utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten 1999-2003. Rapport STF78 A0405023, Sintef Helse.
- Sitter, M*  
2006           Ventetid for poliklinisk behandling. I SAMDATA psykisk helsevern sektorrapport 2005 (red. Pedersen, PB). Rapport 2/06 Sintef Helse.
- St prp nr 65 2002-2003*  
Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003.