



Bruk av spesialisthelsetjenester i Helse Sør-Øst

– forbruksmønstre og forklaringer

**Ronny Jørgenvåg
Høsten 2007**

Innhold:

1	Formål med notatet.....	3
2	Somatiske tjenester	5
2.1	Forbruksvariasjoner med utgangspunkt i befolkningens opptaksområde	5
2.1.1	Aktivitet	5
2.1.2	Bruk av personell.....	9
2.1.3	Bruk av senger	10
2.2	Hva forklarer variasjoner i forbruksmønster?	12
2.2.1	Kapasitet i primærhelsetjenesten	13
	Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	13
	Årsverk i pleie og omsorgstjenester	13
	Antall plasser i institusjoner for eldre.....	14
2.2.2	Privatpraktiserende avtalespesialister	15
2.2.3	Funksjonsinnhold / kapasitet	15
2.2.4	Variasjoner i produktivitet	19
2.3	Sammendrag.....	21
3	Psykisk helsevern	25
3.1	Forbruksvariasjoner med utgangspunkt i befolkningens opptaksområde	25
3.1.1	Aktivitet	25
	Psykisk helsevern for barn og unge	25
	Psykisk helsevern for voksne	26
3.1.2	Bruk av personell.....	29
3.1.3	Bruk av senger/døgnplasser	31
	Psykisk helsevern for barn og unge	31
	Psykisk helsevern for voksne	32
3.1.4	Bruk av tjenester – en oppsummering.....	33
3.2	Hva forklarer variasjoner i forbruksmønster?	35
3.2.1	Avtalespesialister (psykologer og psykiatere)	36
3.2.2	Organisering av tjenestene	36
3.2.3	Gjennomsnittlig ventetid (kapasitet)	38
	Psykisk helsevern for voksne	39
	Psykisk helsevern for barn og unge	41
3.2.4	Variasjoner i produktivitet	42
	Psykisk helsevern for voksne	42
	Psykisk helsevern for barn og unge	46
3.3	Sammendrag.....	46
3.3.1	Regionale variasjoner i aktivitet og ressursbruk.....	46
3.3.2	Variasjoner i aktivitet og ressursbruk innen regionen	48

1 Formål med notatet

Hensikten med dette notatet er å vise hvilke variasjoner det er i forbruksmønster innen henholdsvis somatiske tjenester og psykisk helsevern mellom befolkningen i de ulike deler av den nye helseregionen – samt å belyse mulige årsaker til slike variasjoner.

Det er i notatet benyttet datagrunnlag fra henholdsvis Norsk pasientregister og SAMDATA. Forhåpentligvis vil dette bidra til å øke forståelsen, kompleksiteten og videre den usikkerhet som er knyttet til indikatorer og statistikkgrunnlag.

I notatet skiller det mellom:

- Forskjeller i forbruksmønster mellom befolkningen i de ulike opptaksområder i Helse Sør-Øst. Variasjon i forbruk fremstilles ut fra henholdsvis:
 - Aktivitet (innleggelse, dagbehandlinger, konsultasjoner, ressursbruk, liggedager)
 - Befolkningens bruk av senger på sykehus
 - Befolkningens bruk av personell på sykehus
- Mulige årsaker til variasjoner i forbruksmønster innen somatiske tjenester:
 - Behov (befolkningssammensetning, sykkelighet osv)
 - Forhold i primærhelsetjenesten (personell og ressursbruk i primærhelsetjenesten, henvisningspraksis)
 - Privatpraktiserende avtalespesialister
 - Funksjonsinnhold/tilbudet (og dermed pasientsammensetning) på helseforetakene / variasjoner i kapasitet
 - Variasjoner i produktivitet
- Mulige årsaker til variasjoner i forbruksmønster innen psykisk helsevern:
 - Omfang av avtalespesialister
 - Organisering av tjenestene
 - Variasjoner i ventetider (kapasitet)
 - Variasjoner i produktivitet

Det er flere årsaker til variasjoner i forbruksmønster enn det som fremgår av punktene ovenfor. Befolkningens behov for helsetjenester, kapasitet og samhandling med primærhelsetjenesten og variasjoner i medisinsk praksis er eksempler på dette.

For å kunne si noe om hvor mye befolkningen bruker sykehustjenester eller omfanget av kapasitet som er bygd opp, må en kunne si noe om behov. Behov og behovsdekning lar seg ikke definere presist, og et objektive mål på behov for helsetjenester finnes ikke. Behovet for spesialisthelsetjenester avhenger først og fremst av befolkningens størrelse, alderssammensetning og sykkelighet. For å dekke behovet, må det være tilstrekkelig kapasitet innen fagområdene i spesialisthelsetjenesten. Hvor stor kapasiteten bør være for å gi nødvendig og tilstrekkelig spesialisthelsetjeneste, avhenger av krav som settes til kvalitet, prioritering mellom ulike pasientgrupper, ressursinnsats og organisering.

Det er videre ikke diskutert hva som er høyt eller lavt aktivitetsnivå i notatet. Det er kun lagt vekt på å vise hvor det er befolkningen i de ulike opptaksområder skiller seg ut fra øvrig befolkning i den nye helseregionen eller sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Bruken av helsetjenester påvirkes av den medisinske praksis og den kultur som er etablert. Innen psykisk helsevern er det store variasjoner i forhold til behandlingspraksis, for eksempel i forhold til omfang av innleggelser og polikliniske / ambulante tjenester (Pedersen, 2007).

Tallgrunnlag og indikatorer fremstilles på et aggregert nivå som helseforetak eller for helseregion. Det er flere årsaker til at det er geografiske variasjoner i forbruk av sykehustjenester, og det er vanskelig å påvise årsaker eller direkte sammenhenger. Slike problemstillinger bør derfor være gjenstand for mer utfyllende analyser enn hva det er tid og rom for i denne anledningen. Hensikten med dette notatet er derfor å presentere tallgrunnlag som anvendes i sektoren og er publisert fra den sentrale helseforvaltningen (gjennom NPR, SSB og SAMDATA) i dag, og diskutere hva som kan trekkes ut av dem. En bør derfor betrakte tilgjengelige tallgrunnlag med forsiktighet, og tallgrunnlag bør sees i sammenheng. I den grad flere indikatorer trekker i samme retning vil resultatene fremstå mer robuste, men også danne grunnlaget for å stille ytterligere spørsmål.

2 Somatiske tjenester

2.1 Forbruksvariasjoner med utgangspunkt i befolkningens opptaksområde

Som grunnlag for å fremstille forbruksvariasjoner legges pasientens bostedsområde til grunn, dvs befolkningens i det enkelte området sin bruk av tjenester uavhengig av hvilket sykehus behandlingen finner sted.

I analysene i punkt 2 er tallgrunnlagene kjønns- og aldersstandardisert. Bakgrunnen for dette er at det er geografiske ulikheter i befolkningssammensetning, for eksempel mellom hovedstadsområdet (yngre befolkning) og i Oppland/Hedmark (eldre befolkning). Eldre personer bruker flere sykehustjenester enn yngre mennesker. Dette vil medføre at befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet har et høyere forbruk av sykehustjenester enn befolkningen i hovedstadsområdet. Ved å kjønns- og aldersstandardisere forbruket av sykehustjenester vil en korrigere for ulikheter i befolkningssammensetning.

Det er benyttet aktivitetsdata fra 2005, som kan oppdateres med tall fra 2006, hvis dette er ønskelig.

2.1.1 Aktivitet

Det benyttes ulike mål for å beregne aktiviteten på sykehusene, slik som antall behandlede pasienter, antall innleggelser, dagbehandlinger, konsultasjoner, ressursbruk og liggedøgn. Disse fremstilles nedenfor. Alle aktivitetsmål har sine styrker og svakheter.

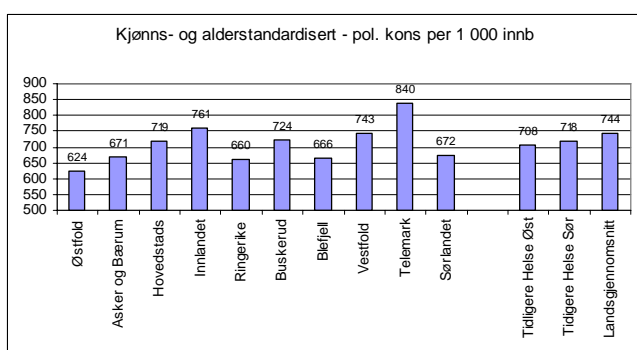
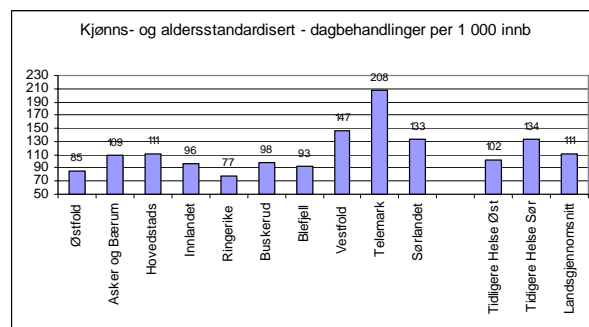
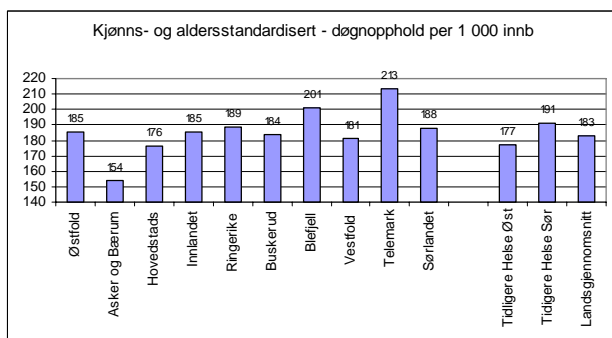
Bruk av opphold som måleenhet medfører at en ikke skiller mellom ressurskrevende og mindre ressurskrevende behandlinger i aktivitetsfremstillinger, alt telles som et opphold eller en dagbehandling. I de senere årene er det mange eksempler på endret behandlingspraksis og endret registreringspraksis hvilket medfører at for eksempel det som tidligere var en innleggelse erstattes med flere dagebehandlinger. Det medfører at det er vanskelig å sammenligne utvikling over tid med opphold som enhet.

I aktivitetsfremstillingene nedenfor vil det fokuseres på DRG-poeng som aktivitetsmål. Til grunn for DRG-poeng ligger kostnadsvektene som gjenspeiler forventet ressursbruk knyttet til et opphold i en DRG, uavhengig av hvilken medisinsk praksis som velges. I beregningen av DRG-poeng gis avkortning for dagbehandling i DRG-er der slik behandling antas å være særlig mindre ressurskrevende enn gjennomsnittspasienten i DRG-en. På denne måten gir DRG-poeng et vektet mål for ressurskrav knyttet til dagbehandlinger og døgnopphold i en pasientsammensetning.

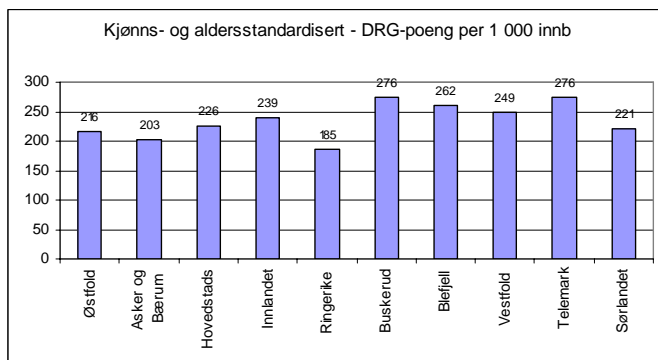
I tallene er det ikke inkludert aktiviteten ved opptreningsinstitusjoner og avtalespesialister.

I oversiktene nedenfor er det ikke mulig å skille mellom opptaksområdene til helseforetakene i hovedstadsområdet. Årsaken til dette er at fra 2004 gjorde Helse Øst RHF endringer i helseforetakenes opptaksområder. Fra dette tidspunkt er det nødvendig å kjenne pasientenes kommunenummer og bydelskoder. I pasientdata til NPR (og i sykehusene systemer) er det ikke tilstrekkelig registrering av bydelskoder på pasientene.

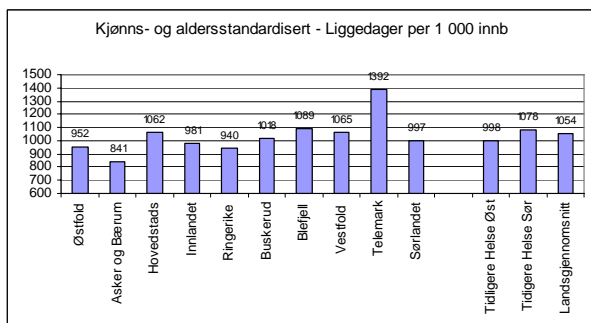
Figur 1 Antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere fordelt per helseforetakssområde. Kjønn- og aldersstandardiserte rater. 2005



Figur 2 Antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere fordelt per helseforetakssområde. Kjønn- og aldersstandardisert. 2005



Figur 3 Antall liggedøgn per 1 000 innbyggere fordelt per helseforetakssområde. Kjønn- og aldersstandardisert. 2005



Uavhengig av aktivitetsmål så hadde befolkningen i tidligere Helse Sør markert høyere forbruk av sykehustjenester enn tidligere Helse Øst og landsgjennomsnittet i 2005. Målt med ressursbruk (DRG-poeng) er denne henholdsvis 11% høyere og 5% lavere sammenlignet med landsgjennomsnittet for tidligere Helse Sør og Øst. Bruken av sykehustjenester er i henhold til forventet forbruksnivå for tidligere Helse Øst, mens den er høyere for tidligere Helse Sør (Hagen, 2003, 2006).

Befolkningen i opptaksområde til Sykehuset Telemark hadde i 2005 høyest forbruk av sykehustjenester, både målt i antall innleggelser, dagbehandlinger, DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner og liggedager. Sammenlignet med landsgjennomsnittet; innleggelser (16% høyere), dagbehandlinger (87 prosent høyere), DRG-poeng (43% høyere) og liggedager (32% høyere). Aktiviteten (målt i DRG-poeng) var like høy for befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Buskerud HF.

Forbruket til befolkningen i opptaksområdet til Blefjell HF og Sykehuset Vestfold HF var også betydelig høyere sammenlignet med landsgjennomsnittet, mens den var lavere for befolkningen i opptaksområdet til Ringerike HF, Sykehuset Asker og Bærum HF og Sykehuset Østfold HF. Det er da korrigert for forskjeller i kjønns- og alderssammensetning.

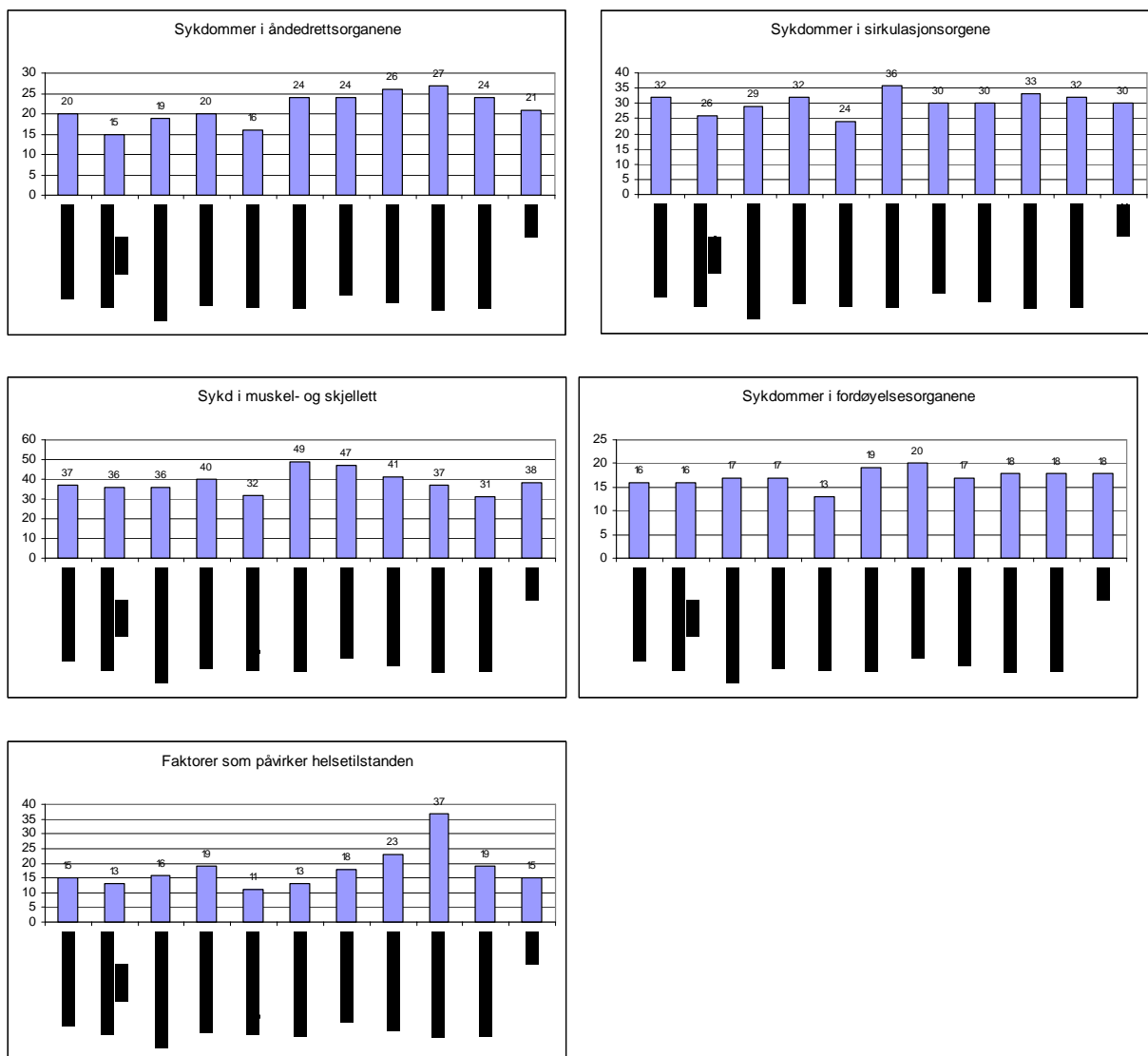
Omfanget av liggedager var for alle helseforetaksområder på landsgjennomsnittet eller lavere, bortsett fra Sykehuset Telemark HF (som har flest liggedøgn).

Det relativt høye forbruket av sykehustjenester i Helse Sør sammenlignet med Helse Øst og nasjonalt snitt kan til stor del forklares med et høyt forbruk innen elektive opphold gruppert til medisinske DRGer. Befolkningen i Helse Sør hadde imidlertid et relativt sett høyt forbruk av sykehustjenester også innen øyeblikkelig hjelp.

Det høye forbruket av sykehustjenester for befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark kan i det alt vesentlige forklares med flere elektive opphold, innen medisinske DRG-er.

Nedenfor vil det fremgå mer detaljert hvor det er befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark, Buskerud og Blefjell hadde et høyere forbruk av sykehustjenester sammenlignet med de andre helseforetakene. Dette vil gjøres først og fremst med utgangspunkt i de store pasientgruppene (volum), som sykdommer i åndedretsorganene, sirkulasjonsorganene, fordøyelsesorganene, muskel og skjelettsystemet samt gruppen sykdommer som tilhører "Faktorer som påvirker helsetilstanden".

Figur 4 Antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere fordelt per helseforetakssområde og hoveddiagnosegruppe. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, 2005



Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark hadde i 2005 et spesielt høyere forbruk av sykehustjenester innen "Faktorer som påvirker helsetilstanden". I denne kategorien er den dominerende gruppen pasienter som får rehabilitering. Omfanget av rehabiliteringstjenester som befolkningen mottar er dobbelt så høyt som befolkningen i de andre delene av regionen (med unntak av befolkningen i Vestfold). Befolkningen i opptaksområdet til Telemark har også et høyt omfang av sykdommer i sirkulasjonsorganene og åndedretsorganene. Resultatene er korrigert for ulikheter i befolkningssammensetning.

Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Buskerud skilte seg først og fremst ut gjennom en høyere aktivitet knyttet til pasienter med sykdommer i muskel og skjellett sammenlignet med de andre områdene. I tillegg hadde befolkningen høyest forbruk innen sirkulasjonssykdommer, sammenlignet med befolkningen i de andre opptaksområdene.

Befolkningen i opptaksområdet til Blefjell sykehus skilte seg først og fremst ut gjennom en høy aktivitet knyttet til pasienter med sykdommer i muskel og skjellettsystemet sammenlignet med befolkningen i de andre områdene.

I avsnitt 3 vil det fremgå i hvilken grad befolkningens bruk av tjenester i disse områdene skjer på helseforetaket som pasientene sogner til.

Nedenfor vil det fremgå i hvilken grad det er sammenheng mellom bruken av sykehus tjenester (målt med ressursbruk), og bruk av personellressurser og senger.

2.1.2 Bruk av personell

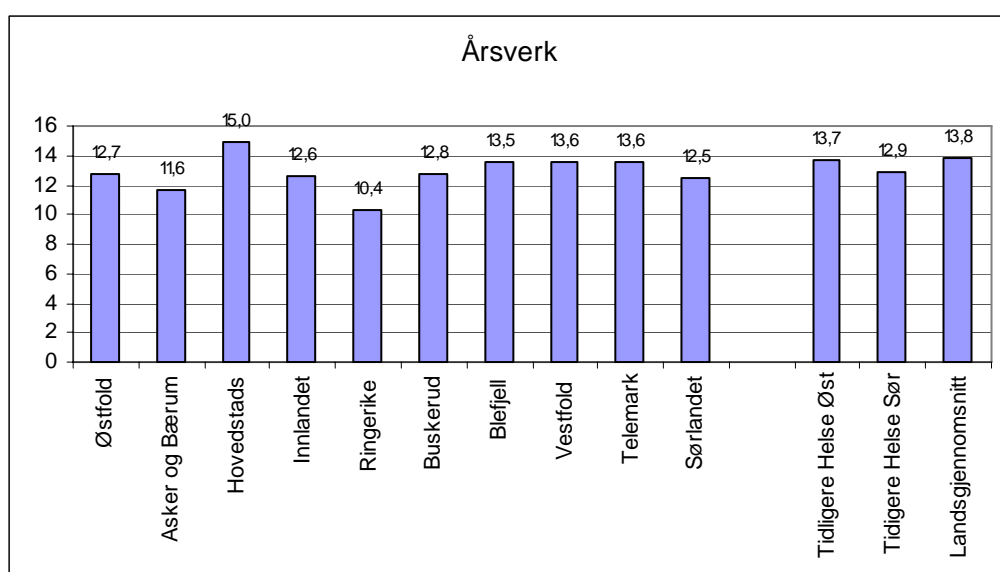
I SAMDATA-rapporter fremstilles befolkningens bruk av personellressurser uavhengig av hvor behandlingen finner sted. Indikatoren fremstilles kun på aggregert nivå, dvs helseforetaksnivå.

I fremstillingene korrigeres befolkningens (i det enkelte opptaksområde) sin bruk av personellressurser med pasientflyt, i tillegg til kjønns- og aldersstandardisering. Hva innebærer korrigering for pasientflyt? Det finnes ingen nøyaktige beregninger som fordeler årsverk ved et helseforetak på de helseregioner eller opptaksområder hvor pasientene er bosatt. Årsverkstall korrigeres derfor på grunnlag av befolkningen i den enkelte region eller opptaksområde sin andel av foretakets liggedøgn. Avhengig av hvilken korrigeringsfaktor som brukes (opphold, liggedøgn, kostnader) vil en få ulike resultater.

Befolkningen i tidligere Helse Øst bruker i snitt flere årsverk på sykehus per 1 000 innbyggere enn tidligere Helse Sør hhv 13,7 og 12,9 per 1 000 innbyggere. Hvis befolkningen i tidligere Helse Sør skulle bruke like mange personalressurser som tidligere Helse Øst, tilsvarer differansen over om lag 720 årsverk. I begge helseregioner brukte befolkningen i 2005 mindre personellressurser enn landsgjennomsnittet.

I avsnitt 2.1 fremgikk det at befolkningen i tidligere Helse Sør brukte flere sykehus tjenester sammenlignet med tidligere Helse Øst. Her fremgår det imidlertid at det motsatte var tilfelle når det gjelder bruken av personellressurser. Det er flere grunner til at bruken av sykehus tjenester og personellressurser ikke nødvendigvis henger sammen. Dette utdypes nedenfor.

Figur 5 **Årsverk på somatiske institusjoner per 1 000 innbyggere per helseforetakssområde. Korrigert for pasientflyt og kjønns- og aldersstandardisert. 2005**



Hvor brukte befolkningen flest personellressurser?

Befolkningen i hovedstadsområdet brukte i 2005 flest personellressurser, uavhengig av om dette er innenfor eller utenfor sitt nærmeste sykehus. Her ble det brukt 15,8 årsverk per 1 000 innbyggere, mens landsgjennomsnittet var 13,8 per 1 000 innbyggere. Ut fra antall innbyggere i hovedstadsområdet utgjør dette om lag 1 700 årsverk. Befolkningen i alle andre opptaksområder brukte færre personellressurser enn landsgjennomsnittet.

Hvis en ser bort fra befolkningen i hovedstadsområdet, var det befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark, Sykehuset Vestfold og Blefjell sykehus som brukte flest personellressurser, omlag 13,6 og 13,5 per 1000 innbyggere.

Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Asker og Bærum og Ringerike sykehus brukte i 2005 færrest personellressurser i forhold til innbyggertallet.

I hvilken grad er det sammenheng mellom bruk av sykehustjenester og personellressurser?

Som vist var det befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark, Sykehuset Buskerud, Blefjell sykehus og Sykehuset i Vestfold som i 2005 hadde høyest forbruk av sykehustjenester. Figuren over viser at befolkningen i disse opptaksområdene brukte flere personellressurser enn de andre opptaksområdene.

Unntaket er imidlertid befolkningen i hovedstadsområdet som hadde et betydelig høyere forbruk av personellressurser sammenlignet med de andre, men hvor aktivitetsnivået ikke skilte seg ut.

Som vist i avsnitt 2.1 hadde befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Asker og Bærum og Ringerike sykehus et lavere forbruk av sykehustjenester sammenlignet med befolkningen i de andre områdene. I figuren ovenfor fremgår det at dette samsvarer godt med befolkningen i disse områdene sin bruk av personellressurser, sammenlignet med andre områder.

Hvorfor er det nødvendigvis ikke sammenheng mellom omfang av sykehusbehandling og personellressurser?

I forhold til ovennevnte, gjelder manglende sammenheng mellom bruk av sykehustjenester og personellressurser først og fremst for befolkningen i hovedstadsområdet. Noen årsaker til slike manglende sammenhenger er:

- Datagrunnlag: personelldata er beheftet med usikkerhet, da disse ikke favner overtid og innleie. Årsverk beregnes som sum heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte etter stillingsbrøk.
- Metode for å korrigere pasientflyt: ulike metoder gir ulike resultater.
- Helseforetak kan bruke mange personellressurser uten at det resulterer i høy produksjon, og vil kunne fremstå med lav produktivitet.
- Motsatt kan en bruke få personellressurser og behandle mange pasienter, noe som kan skyldes høy produktivitet, men også forklares med pasientsammensetning (for eksempel mange lette pasienter).

2.1.3 Bruk av senger

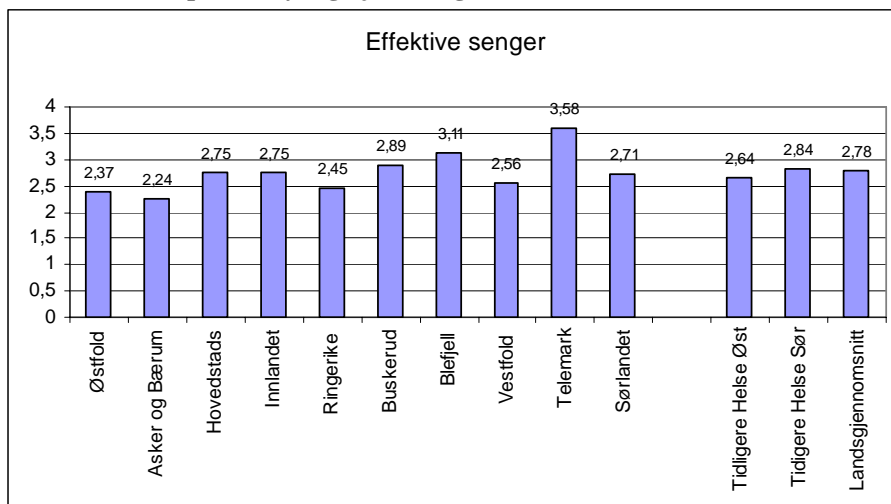
I SAMDATA-rapporter fremstilles befolkningens bruk av senger, uavhengig av hvor behandlingen finner sted. Indikatoren fremstilles kun på aggregert nivå, dvs helseforetaksnivå.

I fremstillingene korrigeres befolkningens (i det enkelte opptaksområde) sin bruk av senger med pasientflyt, i tillegg til kjønns- og aldersstandardisering. Hva innebærer korrigeringsfor

pasientflyt? Det finnes ingen nøyaktige beregninger som fordeler bruken av senger ved et helseforetak på de helseregioner eller opptaksområder hvor pasientene er bosatt. Sengetall korrigeres derfor på grunnlag av befolkningen i den enkelte region eller opptaksområde sin andel av foretakets liggedøgn. Avhengig av hvilken korrigeringsfaktor som brukes (opphold, liggedøgn, kostnader) vil en få ulike resultater.

Befolkningen i tidligere Helse Sør brukte i 2005 i gjennomsnitt flere senger enn befolkningen i tidligere Helse Øst, hhv 28,4 og 26,4 senger pr. 10.000 innbyggere. Forskjellen tilsvarer om lag 180 senger. Nedenfor framgår den geografiske variasjonen innen regionen.

Figur 6 Effektive senger per 1 000 innbyggere fordelt per helseforetakssområde. Korrigert for pasientflyt og kjønns- og aldersstandardisert. 2005



Hvem bruker flest senger?

Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark HF brukte flest senger, 3,58 mot 2,78 (landsgjennomsnittet) per 1 000 innbyggere. Dette tilsvarer om lag 115 senger mer enn landsgjennomsnittet. Befolkningen i opptaksområdet til Blefjell HF var nest høyest med 3,11 senger per 1 000 innbyggere, deretter befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Buskerud.

Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Asker og Bærum, Sykehuset Østfold og Ringerike sykehus brukte i 2005 færrest senger innen helseregionen.

I hvilken grad er det sammenheng mellom bruk av sykehustjenester, personellressurser og senger?

Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark og Blefjell sykehus fremsto med høyt sykehusbruk, høyt på personellressurser og senger.

Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Buskerud fremsto med høyt sykehusbruk, men skilte seg ikke ut i bruk av senger, og var lavere enn gjennomsnittet når det gjaldt bruk av personellressurser.

Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Vestfold fremsto med høyt sykehusbruk, men skilte seg ikke ut i bruk av personellressurser, og var lavere enn gjennomsnittet når det gjelder omfanget av senger.

Befolkningen i opptaksområdet til sykehus i Hovedstaden skilte seg ut i bruken av personellressurser, men ikke i aktivitetsnivå eller i bruk av senger.

Hvorfor er det nødvendigvis ikke sammenheng mellom omfang av sykehusbehandling, personellressurser og bruk av senger?

- Metode for å korrigere pasientflyt: ulike metoder gir ulike resultater.
- Aktivitetsnivået trenger ikke være knyttet til behov for senger, eks dagbehandling

2.2 Hva forklarer variasjoner i forbruksmønstre?

Det er flere grunner til at det er forskjeller i befolkningens bruk av sykehustjenester. Det har vært vanlig å skille mellom tre hovedtyper av forklaringer av observerte forbruksmønstre. Disse er knyttet til henholdsvis:

- Behov og etterspørsel: Her inngår sykkelighet og befolkningskjennetegn som vil påvirke behovsstrukturen som kjønns- og alderssammensetning og sosioøkonomisk status. Også sykdomsattferd, tilbøyelighet til å oppsøke helsevesenet samt pasientens påtrykk for å få utført spesielle typer behandling.
- Tilbud og kapasitet i helsevesenet. Dels dreier dette seg om tilbudsstruktur i tilgrensende helsetjeneste. For sykehus; kapasitet og ressursvariable som personell, sengekapasitet, lokaler og bygningsmessige forhold, finansiering og ventelister.

Tilbud og kapasitet i primærhelsetjenesten inkluderer pleie og omsorgstjenesten og avtalespesialister.

En kan også inkorporere tilgjengelighet til sykehus, her som avstand til sykehus.

- Medisinsk praksis og klinisk skjønn. Systematiske forskjeller i medisinsk skjønn og klinisk praksis vil påvirke sykehusforbruket. Dette er knyttet til hvordan ulike vurderinger, preferanser eller holdninger til den enkelte lege påvirker omfanget av pasientbehandling.

Det er begrenset hva vi har mulighet til å analysere. Som tidligere nevnt er forbruksvariasjonene i avsnitt 2 korrigert for ulikheter i befolkningssammensetning. Det er imidlertid ikke tatt hensyn til andre forhold som tilsier at befolkningens har ulik sykehelighet og behov. Nedenfor fremstår en enkel tilnærming hvor enkelte faktorer, hovedsakelig i punkt 2 inngår. Disse er:

- Omfang av årsverk, plasser i primærhelsetjenesten
- Avtalespesialistenes rolle
- Funksjonsinnhold/pasientsammensetning på helseforetakene
- Kapasitet
- Produktivitet

Det er verdt å bemerke at det er vanskelig å finne årsaker til geografiske variasjoner i forbruksmønstre. De mønstre som fremstår kan være resultat av mange forhold, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og en enkelt indikator vil sjelden være den eneste forklaringsfaktoren. Faktorene nedenfor vil derfor i beste fall kunne betraktes som indikatorer for mulige sammenhenger.

Det er videre ikke diskutert hva som er høyt eller lavt aktivitetsnivå, som tidligere nevnt.

2.2.1 Kapasitet i primærhelsetjenesten

Det skilles mellom legeårsverk i kommunehelsetjenesten, årsverk i pleie- og omsorgstjenester og antall plasser i institusjoner for eldre (sykehjemsdekning).

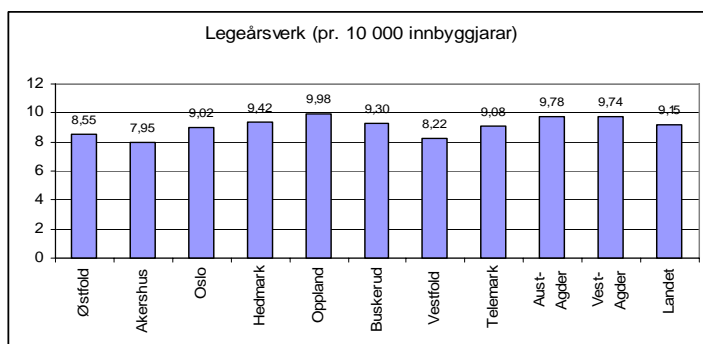
Den underliggende hypotesen vil være at flere legeårsverk / årsverk i pleie og omsorg og god sykehjemsdekning vil kunne medføre at det blir færre sykehusinnleggelseser.

Legeårsverk i kommunehelsetjenesten

I figuren nedenfor presenteres antall legeårsverk per 10 000 innbyggere per fylke.

Befolkningen i Oppland og Agderfylkene hadde i 2005 flest leger i kommunehelsetjenesten, om lag 9,7-10 legeårsverk per 10 000 innbyggere. Færrest leger i kommunehelsetjenesten hadde befolkningen i Akershus og Vestfold.

Figur 7 Antall legeårsverk per 10 000 innbyggere fordelt per fylke. 2005. Kilde: SSB



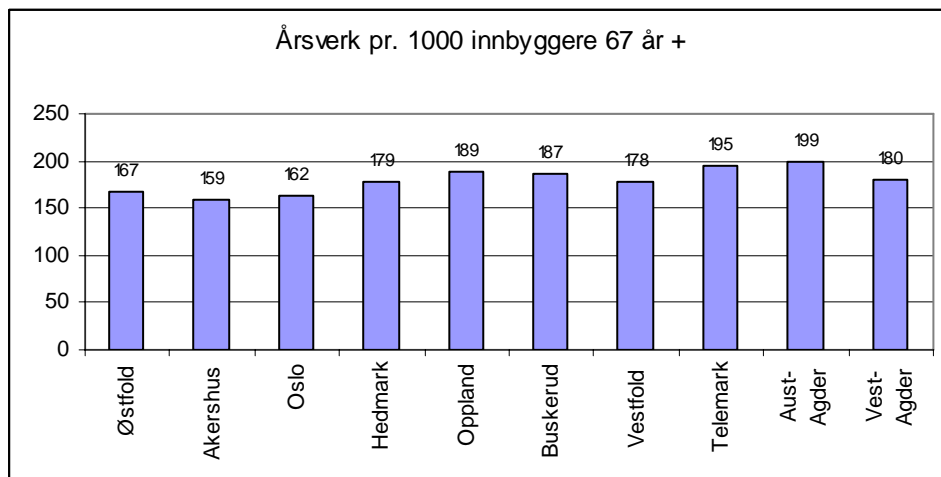
Telemark og Buskerud var omlag på landsgjennomsnittet i antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten, mens befolkningen i opptaksområdet til helseforetakene hadde høyt sykehusforbruk. Det er ikke mulig å finne sammenheng mellom variasjoner i bruk av sykehustjenester og legedekning med en slik fremstilling.

Tallene ovenfor er ikke korrigert for at det er ulik befolkningssammensetning i fylkene. Som eksempel har Hedmark og Oppland flere legeårsverk enn i Oslo-regionen, men har samtidig en relativt sett eldre befolkning.

Årsverk i pleie og omsorgstjenester

Antall årsverk i pleie og omsorgstjenesten inkluderer sykepleiere, hjelpepleiere, vernepleiere med mer, og er hentet fra SSB for 2005.

Figur 8 Antall årsverk i pleie og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere fordelt per fylke. 2005. Kilde: SSB



Befolkningen i Telemark og Aust Agder hadde flest årsverk innen pleie og omsorgstjenester med henholdsvis 195 og 199 årsverk per 1 000 innbyggere. Færrest årsverk innen pleie og omsorgstjenester var det i Østfold, Oslo og Akershus.

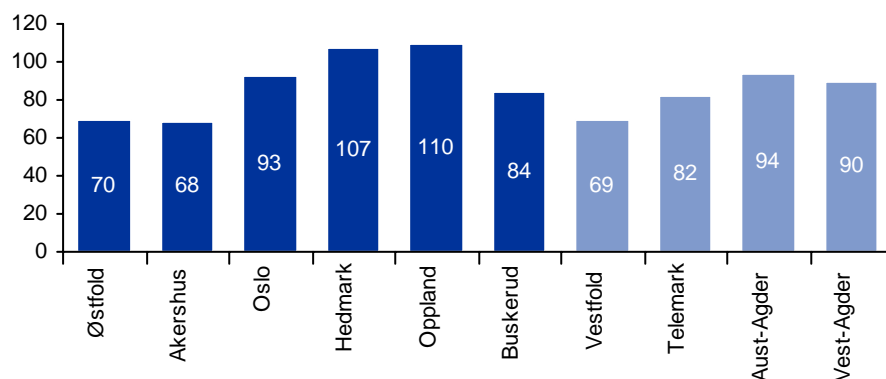
Figuren viser at det er relativt sett var flere årsverk inne pleie og omsorgstjenester i tidligere Helse Sør sammenlignet med Helse Øst i 2005. Samtidig brukte befolkningen i Helse Sør flere sykehustjenester sammenlignet med tidligere Helse Øst. Dette indikerer at høyt omfang av personellressurser i pleie og omsorgstjenester ikke bidrar til å redusere omfanget av sykehustjenester.

Som tidligere vist brukte befolkningen i Telemark flest sykehustjenester. I figuren over fremgår det at i dette fylket var flere årsverk innen pleie og omsorgstjenesten sammenlignet med andre fylker. Dette illustrerer vanskeligheten med å analysere eventuelle sammenhenger mellom årsverk i pleie- og omsorgstjenester, og bruk av spesialisthelsetjenester.

Antall plasser i institusjoner for eldre

I figuren nedenfor fremgår antall plasser per 10 000 innbyggere i 2005 i institusjoner for eldre. Tidligere Helse Øst hadde i snitt noe høyere sykehjemsdekning pr. innbygger enn tidligere Helse Sør (hhv 85 og 82 plasser pr. 10.000 innbygger). Forskjellen tilsvarer om lag 270 plasser med befolkningsstørrelsen i tidligere Helse Sør.

Figur 9 Antall plasser per 10 000 innbyggere i institusjoner for eldre per fylke. 2005. Kilde: Deloitte



I tidligere Helse Øst varierte antall plasser pr. 10.000 innbygger fra Oppland og Hedmark med høyest dekning - 110 og 107 plasser, til Akershus med lavest dekning – 68 plasser.

I tidligere Helse Sør varierte antall plasser pr. 10.000 innbygger fra Aust-Agder med høyest dekning - 94 plasser, til Vestfold med lavest dekning – 69 plasser.

Tallene ovenfor er ikke korrigert for forskjeller i alderssammensetning i de ulike delene av regionen. Noe av forskjellen i antall plasser vil derfor skyldes ulik befolkningssammensetning (flere eldre). Det er en forutsetning at tallgrunnlag er korrigert for befolkningssammensetning, for at en skal kunne vise for det reelt sett er flere plasser for den eldre befolkningen, som i neste omgang kan innvirke på bruken av sykehustjenester.

2.2.2 Privatpraktiserende avtalespesialister

Privatpraktiserende avtalespesialister utgjør en betydelig del av den polikliniske spesialisthelsetjenesten. I tidligere Helse Øst utgjorde avtalespesialistenes virksomhet 43 prosent av alle polikliniske konsultasjoner i 2005, mens de utgjorde 34 prosent i tidligere Helse Sør.

Aktiviteten til avtalespesialister er i liten grad blitt brukt i sammenstillinger av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, noe som bidrar til at fremstillingene ikke blir helt riktige. Tradisjonelle aktivitetsfremstillinger viser at befolkningen i Helse Øst bruker færrest polikliniske konsultasjoner på sykehus sammenlignet med de andre regionene. Samtidig er bruken av private avtalespesialister geografisk skjevfordelt motsatt vei, ved at forbruket er høyest i tidligere Helse Øst. Hvis en legger til grunn den polikliniske aktiviteten både på sykehusene og i avtalepraksis er det befolkningen i tidligere Helse Øst som har høyest forbruk. Tilsvarende finner en også innenfor en helseregion. Tidligere undersøkelser har vist at befolkningen i Hedmark og Oppland bruker flere polikliniske tjenester enn befolkningen i Oslo-området, mens det er motsatt når det gjelder bruken av avtalespesialister (Jørgenvåg, 2004). Samlet sett jevner de geografiske variasjonene seg ut.

Det er grunn til å anta at i områder med stort omfang av avtalespesialister vil disse kunne bidra til færre sykehusinnleggelse og behandlinger. Således utgjør disse med stor sannsynlighet en av flere forklaringsfaktorer i forhold til de variasjoner en finner i befolkningens bruk av sykehustjenester.

2.2.3 Funksjonsinnhold / kapasitet

Som tidligere vist kan forskjeller i forbruk av sykehustjenester forklares med at sykehusene har etablert ulike tilbud, og at dette påvirker nivået på befolkningens bruk av helsetjenester. Hypotesen er at tilbud og kapasitet som er etablert blir brukt av primærhelsetjenesten og befolkningen.

Det er vanskelig å finne gode mål og indikator på hva som kan regnes som høyere eller lavere kapasitet innenfor et fagområde på et helseforetak. Det er ikke utviklet gode nok metoder for dette. En rapport laget av de regionale helseforetakene i 2007 underbygger dette.

I rapporten nevnt over ble det forsøkt å identifisere over- og underkapasitet. Den metodiske tilnæringsmåten som ble utviklet var betraktninger omkring sammenheng mellom kapasitet, etterspørsel, forbruk og ventetid for somatiske spesialisthelsetjenester. Antagelsen var at dersom etterspørselen etter spesialisthelsetjenester er lik i alle regionene vil forskjeller i forbruksrater kunne antas å representere forskjeller i kapasitet. Forskjeller i forbruksrater vil

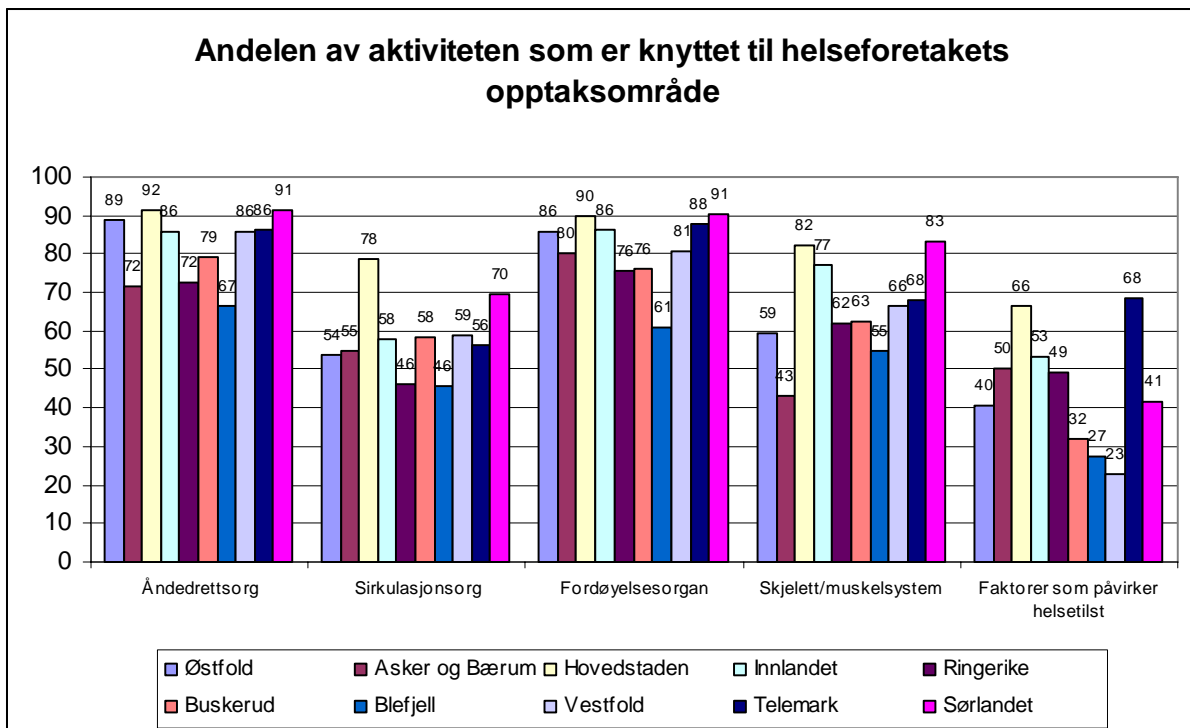
da reflekteres i forskjeller i ventetid for behandling. Dersom behovet varierer mellom regionene kan det gi opphav til forskjeller i pasientrater uten at det er forskjeller i ventetid dersom den relative kapasiteten (kapasiteten i forhold til behov) er lik. Pasientrate og ventetid beregnet med utgangspunkt i pasientdata fra NPR ble derfor hovedindikatorer for å beskrive kapasitetssituasjonen i regionene. Det ble antatt at variasjon mellom regionale helseforetak i ventetid og rate for antall behandlede pasienter kan ha sammenheng med kapasitetssituasjonen. Det er to kompliserende forhold til denne enkle tilnæringsmodellen. For det første vil kapasitetsutnyttelsen kunne variere mellom regionene. Det er spesielt vanskelig å identifisere situasjoner med overkapasitet. For det andre vil etterspørselen etter tjenester ikke nødvendigvis reflektere behov.

Et forhold som medfører at det er vanskelig å identifisere produksjon og kapasitet er funksjonsdelingen mellom helseforetak, hvilket medfører at en ikke kan beregne presist hvor mange pasienter som befinner seg i opptaksområdet til det enkelte helseforetak.

I statistikkpakken til Deolitt fremgår det at pasienter med sykdommer i sirkulasjonsorganene, fordøyelsesorganene, åndedretsorganene og skjellett/muskelmuskelsystemet utgjorde de største hoveddiagnosegruppene på helseforetakene i regionen (ikke Ullevål og Rikshospitalet). Unntaket fra de øvrige helseforetakene var Sykehuset Telemark hvor pasienter med sykdommer innen gruppen "Faktorer i helsetilstanden" (rehabilitering) utgjorde en av de fire største gruppene.

Tidligere er de geografiske variasjonene i forbruksmønster blitt presentert, med spesielt fokus på de områder hvor befolkningen hadde et høyt forbruk i 2005. Det er ikke grunn til å anta at variasjonene er annerledes i 2006. Nedenfor fremgår det hvor stor andel av denne pasientbehandlingen som skjer på eget helseforetak. I den grad en stor andel av forbruket finner sted på eget helseforetak kan dette indikere god kapasitet.

Figur 10 Andel av aktiviteten som er knyttet til helseforetakets opptaksområde for utvalgte hoveddiagnosegrupper. Data fra 2005.



Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark hadde i 2005 relativt sett mange pasienter i hoveddiagnosegruppene sykdommer i sirkulasjonsorganene, åndedretsorganene

og i kategorien "Faktorer som påvirker helsetilstanden". Figuren viser at i gruppen pasienter med sykdommer i åndedretsorganene var det i 86 prosent som ble behandlet på helseforetaket. Videre fremgår det av figuren at pasienter med sykdommer i kategorien "Faktorer som påvirker helsetilstanden" er det høy andel som ble behandlet på eget helseforetak. Dette indikerer at det i 2005 var god kapasitet innen disse fagområdene på dette helseforetaket.

Befolkningen i opptaksområde til Sykehuset Buskerud hadde i 2005 et høyt forbruk innen sykdommer i sirkulasjonsorganene og muskel/skjelettsykdommer. Det var henholdsvis 58 og 63 prosent av pasientene innen disse hoveddiagnosegruppene som ble behandlet på helseforetaket. Dette viser at mye av pasientbehandlingen fant sted på andre helseforetak i regionen.

Befolkningen i opptaksområde til Blefjell sykehus hadde i 2005 et høyt forbruk innen muskel- og skjelettsykdommer. I overkant av halvparten av pasientbehandlingen finner sted på det helseforetaket som pasientene sogner til. I SAMDATA-rapportene er det vist at for befolkningen i opptaksområdet til Blefjell sykehus, er det kun 47 prosent som ble behandlet på helseforetaket. 32 prosent av pasientene fra opptaksområde til Blefjell sykehus ble behandlet ved Ringerike sykehus HF og Sykehuset Buskerud HF.

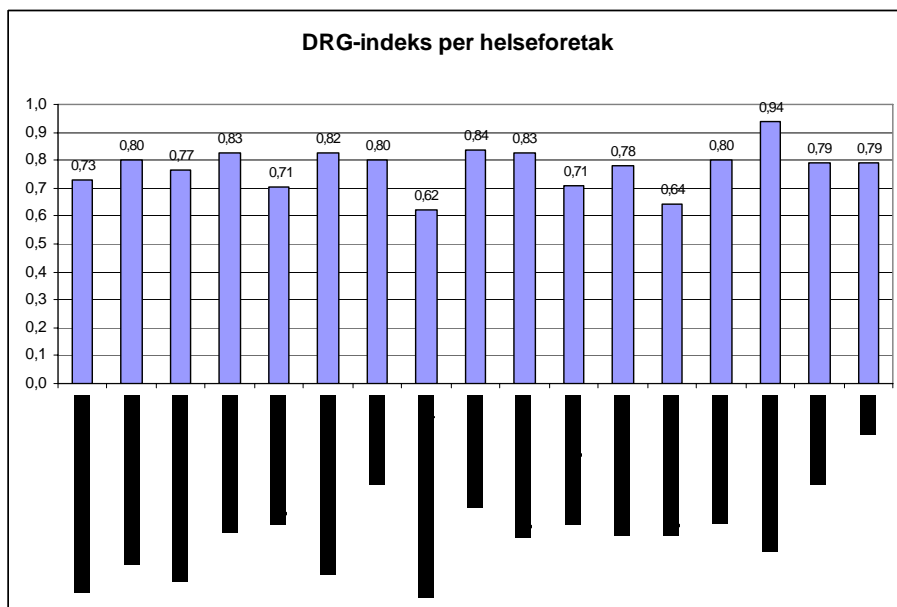
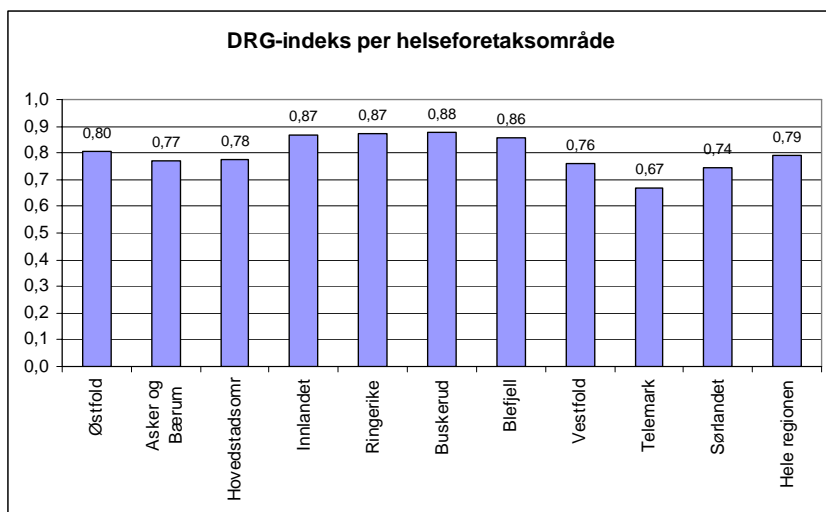
Slike enkle fremstillinger viser at det er vanskelig å knytte kapasitet til de variasjoner i forbruksmønster vi finner. Befolkningen i opptaksområdene nevnt over har en stor andel av pasientbehandlingen på andre helseforetak, hvilket kan skyldes funksjonsdeling.

Funksjonsdeling vil innebære at enkelte helseforetak har særskilte funksjoner og oppgaver som ikke nødvendigvis ivaretas av andre helseforetak (som geografisk ligger nærmest). Helseforetaket vil motta pasienter på tvers av de etablerte opptaksområdene. Det er vanskelig å måle hvilken kapasiteten på slike etablerte funksjoner, som mottar pasienter fra større geografiske områder. En grunn til dette er at de etablerte tilbud kan favne både pasienter som er mindre og mer ressurskrevende.

DRG-indeks er et mål på pasientsammensetning. Lav DRG-indeks indikerer at man har mindre ressurskrevende pasienter og motsatt med høyere DRG-indeks. Indeksen i seg selv sier lite om kapasiteten til det enkelte helseforetaket. Men et stort volum (kapasitet), innenfor for eksempel pasienter med mindre ressursbehov vil gi seg utslag i DRG-indeksen.

Nedenfor fremstilles DRG- indeks med utgangspunkt i pasientens bostedsområde og per helseforetak. Det skiller mellom indeks utifra henholdsvis befolknings- og produksjonsperspektivet.

Figur 11 DRG-indeks per helseforetaksområde og per helseforetak. Data fra 2005.



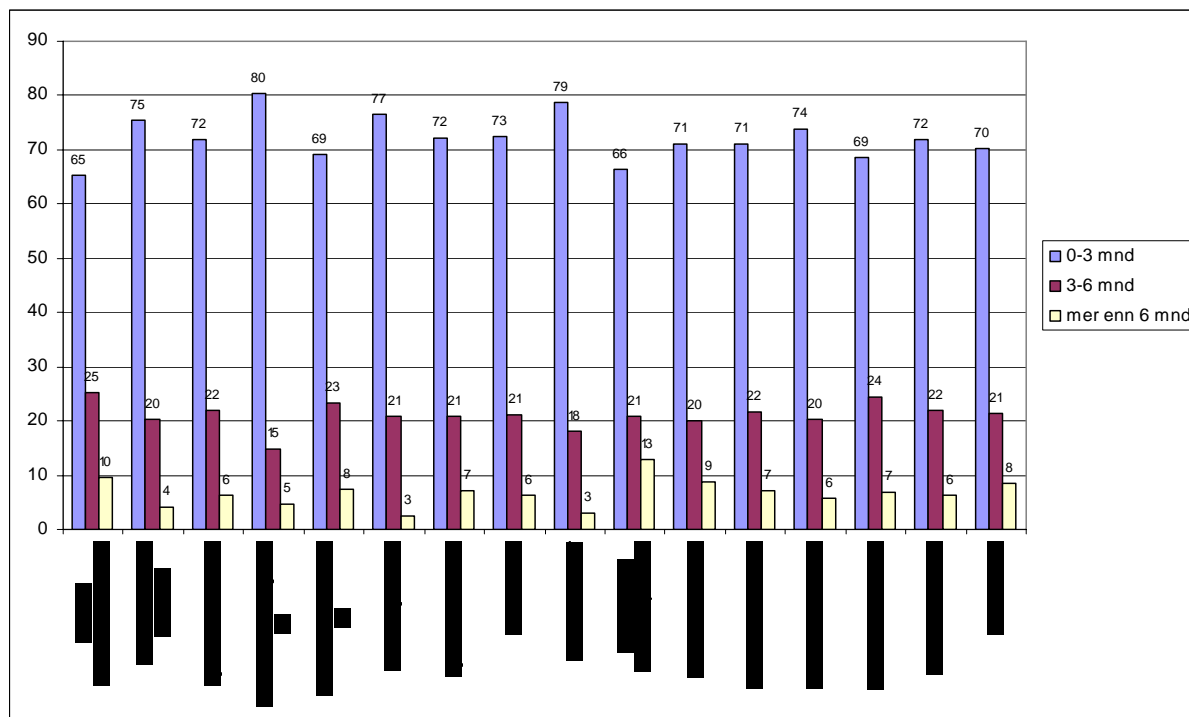
Befolkningen i opptaksområde til Sykehuset Telemark hadde i 2005 en lavere DRG-indeks sammenlignet med de andre opptaksområdene. Dette innebærer at det er relativt sett er flere pasienter som er mindre ressurskrevende sammenlignet med befolkningen for øvrig. Årsaken er knyttet til omfanget av rehabiliteringspasienter, som utgjør mange dagbehandlinger med lave kostnadsvekter. Tilsvarende ser en at DRG-indeksen er lavest på dette helseforetaket også (uavhengig av hvor pasientene kommer fra).

Mange dagbehandlinger og lave kostnadsvekter bidrar til en lav DRG-indeks. Dette viser at Sykehuset Telemark har en noe annerledes pasientsammensetning sammenlignet med de andre helseforetakene. Et større innslag av dagbehandling og en lettere pasientsammensetning vil også gi seg utslag i produktivitet fremstillinger – og en vil fremstå som produktiv sammenlignet med andre.

Ventetid

Ventetid til behandling kan indikere hvilken kapasitet som er tilgjengelig. Nedenfor fremgår det hvor stor andel av pasientene som får behandling innen 3 måneder, 3-6 måneder og mer enn 6 måneder per helseforetak.

Figur 12 Gjennomsnittlig ventetid til behandling. Andel pasienter som får behandling innen 3 måneder, 3-6 måneder og mer enn 6 måneder per helseforetak. Data fra 2005.



Figuren viser at på Ullevål universitetssykehus og Blefjell sykehus var det hhv 80 og 79 prosent av pasientene som ble behandlet innen 3 måneder (dvs tatt av ventelisten og behandling startet) i 2005. Gjennomsnittet for helseforetak var 73 og 70 dager for hhv tidligere Helse Øst og Sør i 2005. Disse helseforetakene fremsto også med kortest gjennomsnittlig ventetid i 2005.

Tidligere er det vist til at befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark, Sykehuset Buskerud og Blefjell sykehus har et høyere forbruk av sykehustjenester sammenlignet med befolkningen i andre områder i regionen. Figuren over viser at disse helseforetakene ikke skiller seg ut fra de andre når det gjelder hvor stor andel pasienter som får behandling innen 3 måneder.

En bør kanskje fremstille hvor stor andel pasienter som får behandling innen for eksempel 3 måneder per fagområde, hvis en ønsker å vise indikasjoner på om det enkelte helseforetak har god kapasitet.

2.2.4 Variasjoner i produktivitet

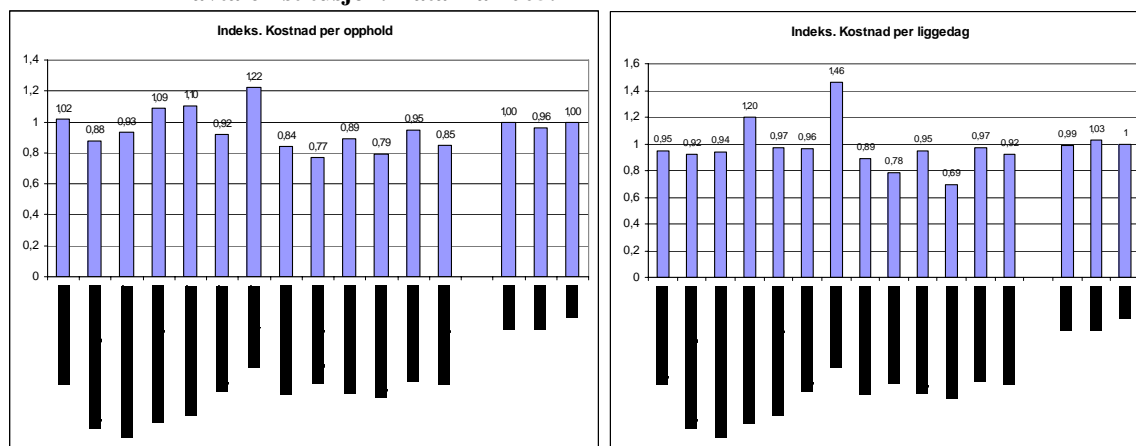
I SAMDATA presenteres oversikter på helseforetaksnivå som viser kostnader per opphold, kostnader per liggedag og antall opphold per årsverk og behandlerårsverk. Disse indikatorene gir uttrykk for produktiviteten til det enkelte helseforetaket på et aggregert nivå, og det er ikke mulig å bruke nevnte indikatorer per fagområde.

Historisk har disse indikatorene fått stor oppmerksomhet. Det ligger imidlertid noen tolkningsutfordringer knyttet til disse indikatorene. Formålet med å vise kostnader per opphold og liggedag er å vise hvem som er mer produktive enn andre, dvs har lave kostnader i forhold til produksjon. Ulik pasientsammensetning på helseforetakene er et forhold som vanskeliggjør sammenligning mellom helseforetak. Det er i dette notatet vist til slike variasjoner mellom helseforetakene i regionen. Gitt at en har en produksjon med større omfang av dagbehandling og pasienter med lave kostnadsvekter, vil en fremstå som veldig produktiv. Det kan godt være at helseforetakets ansatte er produktive, men det kan også skyldes at pasientsammensetningen er ulik.

Videre er det viktig at en skiller aktivitetsnivå og produktivitet, da høy produktivitet kan legitimere høyt aktivitetsnivå.

En annen utfordring er knyttet til hvilke kostnadskomponenter som inngår i indikatorene (Kaarbøe, 2006), og som vil påvirke nivået på indeksen til de større helseforetakene. Indikatorer relatert til produktivitet er derfor best egnet i forhold til at helseforetaket kan sammenligne egen aktivitet og kostandsnivå over tid, og noe mindre i forhold til sammenligning med andre.

Figur 13 Relativt kostnadsnivå. Kostnad per opphold og kostnad per liggedag per helseforetak og avtaleinstitusjon. Data fra 2005.

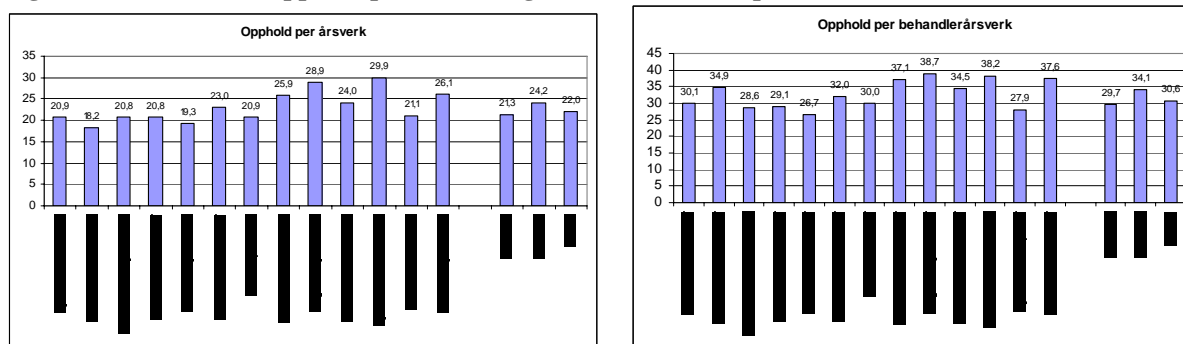


Figurene viser at det er forskjeller i relativt kostnadsnivå mellom universitetssykehus og andre helseforetak. Riks- og Radiumhospitalet HF hadde i 2005 høyest kostnader per opphold og liggedag. De andre universitetssykehusene hadde høyere gjennomsnittskostnad per opphold sammenlignet med de andre helseforetakene og landsgjennomsnittet.

Ringerike sykehus HF og Sykehuset Telemark HF hadde lavest kostnader per opphold og liggedag. Det er tidligere vist at pasientsammensetningen på Sykehuset Telemark skiller seg noe ut fra de andre helseforetakene, noe som er med og forklarer lave kostnader per opphold og liggedag.

En annen indikator på produktivitet er å måle antall opphold per årsverk og behandlerårsverk på helseforetakene.

Figur 14 Antall opphold per årsverk og behandlerårsverk per helseforetak. Data fra 2005.



Figurene ovenfor viser at det er fire helseforetak som skilte seg med høyt antall behandlinger forhold til personalressurser, uavhengig av om en inkluderer alle årsverk eller behandlerårsverk. Disse fire helseforetakene er Sykehuset Telemark HF, Ringerike sykehus HF, Sykehuset Buskerud HF og Sørlandet sykehus HF.

Sykehuset Asker og Bærum HF fremstår med få opphold per årsverk sammenlignet med de andre helseforetakene. Når en kun inkluderer behandlerårsverk er produksjonen per ansatt på helseforetaket blant de mest produktive.

Det er noen potensielle feilkilder i slike fremstillinger. Som eksempel er sammenlignbarheten avhengig av hvilke årsverk som inkluderes og pasientsammensetning (både hvilke pasienter og omfang av døgn- og dagbehandling). I den grad enkelte helseforetak har "outsourcet" enkelte funksjoner, eks lønn og personal, vil dette påvirke ovennevnte fremstilling basert på alle årsverk på helseforetakene. Videre vil omfang av dagbehandling påvirke produktivitetsfremstillinger, som tidligere nevnt. Omlegging av registreringspraksis fra innleggelse med mange liggedøgn (men 1 opphold) til 10 dagbehandling (10 opphold) vil påvirke slike indikatorer.

2.3 Sammendrag

I dette notatet er det med utgangspunkt i data fra 2005 vist til geografiske variasjoner i befolkningens bruk av sykehustjenester. Variasjonene er relatert til aktivitet (DRG-poeng), bruk av personellressurser og senger. De variasjoner en finner i 2005 er også tilstede i 2006, uten at dette inngår i notatet. Videre er det vist til ulike faktorer som kan ha betydning for de variasjoner i forbruksmønster en finner innenfor helseregionen.

I notatet er det diskutert hvilke begrensninger som den enkelte indikator har. Forhåpentligvis vil dette bidra til å øke forståelsen, kompleksiteten og videre den usikkerhet som er knyttet til indikatorer og statistikkgrunnlag.

Variasjoner i forbruksmønster

I notatet fremgår det at befolkningen i tidligere Helse Sør bruker flere sykehustjenester enn befolkningen i tidligere Helse Øst.

Det er ikke diskutert hva som er høyt eller lavt aktivitetsnivå. Det er kun lagt vekt på å vise hvor det er befolkningen i de ulike opptaksområder skiller seg ut fra øvrig befolkning i den nye helseregionen, eller sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Ved å korrigere for ulikheter i befolkningssammensetning er det først og fremst befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Buskerud HF og Blefjell sykehus HF som skiller seg ut gjennom et høyere forbruk av sykehustjenester. I notatet er det også hvilke sykdomsgrupper, hvor befolkningen i disse områdene skiller seg ut med høyere forbruk. På den andre siden bruker befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Østfold HF og Ringerike sykehus HF færre sykehustjenester. En har i så måte både lav- og høyforbruksområder innenfor den nye helseregionen.

De geografiske variasjoner en finner i forbruksmønster stemmer rimelig godt med bruken av personellressurser og senger på helseforetaksnivå. Unntaket er befolkningen i hovedstadsområdet som bruker langt flere personellressurser sammenlignet med andre, men dette gir seg ikke utslag i høyere forbruk av sykehustjenester (aktivitet).

Årsaker til geografiske variasjoner i forbruksmønster

Det er verdt å bemerke at det er vanskelig å finne årsaker til geografiske variasjoner i forbruksmønster. De mønstre som fremstår kan være resultat av mange forhold, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og en enkelt indikator vil sjelden være den eneste forklaringsfaktoren. Faktorene som er trukket frem vil kunne betraktes som indikatorer for mulige sammenhenger.

I notatet er det fokusert på i hvilken grad antall årsverk og plasser i primærhelsetjenesten, privatpraktiserende avtalespesialister, funksjonsinnhold/kapasitet og variasjoner i produktivitet kan bidra til å forklare geografiske variasjoner i forbruksmønster.

Kapasiteten i primærhelsetjenesten

Hypotesen er at en godt utbygd primærhelsetjeneste, målt i form av relativt sett flere årsverk og plasser for eldre vil bidra til relativt sett mindre sykehusbruk. Tall over antall legeårsverk og i pleie- og omsorgsinstitusjoner, samt plasser i institusjoner for eldre, er ikke korrigert for ulikheter i befolkningssammensetning. Noe av forskjellene i antall årsverk og plasser vil derfor skyldes ulik befolkningssammensetning (flere eldre). Det er en forutsetning at tallgrunnlag er korrigert for at en skal kunne vise at det reelt sett er flere årsverk/plasser for den eldre befolkningen, som i neste omgang kan innvirke på bruken av sykehustjenester.

Befolkningen i Telemark brukte i 2005 flest sykehustjenester, samtidig med at det i dette fylket var flere årsverk innen pleie og omsorgstjenesten sammenlignet med andre fylker. Dette illustrerer vanskeligheten med å analysere eventuelle sammenhenger mellom årsverk i pleie- og omsorgstjenester, og bruk av spesialisthelsetjenester.

Privatpraktiserende avtalespesialister

Hypotesen er at i områder med stort omfang av avtalespesialister vil disse kunne bidra til færre sykehusinnleggelser og behandlinger.

Tradisjonelle aktivitetsfremstillinger viser at befolkningen i tidligere Helse Øst bruker færrest polikliniske konsultasjoner på sykehus sammenlignet med de andre regionene. Samtidig er bruken av private avtalespesialister geografisk skjevfordelt motsatt vei, ved at forbruket er høyest i tidligere Helse Øst. Hvis en legger til grunn den polikliniske aktiviteten både på sykehusene og i avtalepraksis er det befolkningen i tidligere Helse Øst som har høyest forbruk. Tilsvarende finner en også innenfor en helseregion. Samlet sett jevner de geografiske variasjonene seg ut. Således utgjør disse med stor sannsynlighet en av flere forklaringsfaktorer i forhold til de variasjoner en finner i befolkningens bruk av sykehustjenester.

Funksjonsinnhold/kapasitet

Hypotesen er at etablerte tilbud og kapasitet brukes av primærhelsetjenesten og befolkningen, og bidrar til geografiske variasjoner i forbruksmønster.

Det er vanskelig å finne gode mål og indikator på hva som kan regnes som høyere eller lavere kapasitet innenfor et fagområde på et helseforetak. Det er ikke utviklet gode nok metoder for dette. En rapport laget av de regionale helseforetakene i 2007 underbygger dette.

Det klareste eksemplet på at det er ulikt funksjonsinnhold mellom helseforetakene er på Sykehuset Telemark HF. Pasienter med sykdommer i sirkulasjonsorganene, fordøyelsesorganene, åndedretsorganene og skjellett/muskelmuskelsystemet utgjør de største hoveddiagnosegruppene på helseforetakene i regionen (ikke Ullevål og Rikshospitalet). Unntaket fra de øvrige helseforetakene var Sykehuset Telemark hvor pasienter med sykdommer innen gruppen "Faktorer i helsetilstanden" (rehabilitering) utgjorde en av de fire største gruppene. Pasientsammensetningen (omfanget av rehabiliteringspasienter) har også betydning for hvordan en kommer ut på produktivitetsfremstillinger.

I notatet har vi ønsket å vise: 1) hvor det er geografiske variasjoner i forbruksmønster, 2) hvilke pasientgrupper som relativt sett bruker flere sykehustjenester og 3) i hvilken grad denne høyere bruken av sykehustjenester skjer på eget helseforetak.

I forhold til punkt 3 så ser en i notatet eksempel på at en stor del av det høyere aktivitetsnivået for befolkningen kan relateres til eget helseforetak. For befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark gjelder dette for pasienter med sykdommer i åndedretsorganene og rehabiliteringspasienter (her er bruken høy også utenfor helseforetaket). Samtidig ser en eksempler på at et høyere forbruk kan relateres til andre helseforetak enn det som er i opptaksområdet (Blefjell sykehus). Slike enkle fremstillinger viser at det er vanskelig å knytte kapasitet til de variasjoner i forbruksmønster vi finner.

Befolkningen i opptaksområdene har en stor andel av pasientbehandlingen på andre helseforetak, hvilket kan skyldes funksjonsdeling. Funksjonsdeling vil innebære at enkelte helseforetak har særskilte funksjoner og oppgaver som ikke nødvendigvis ivaretas av andre helseforetak (som geografisk ligger nærmest). Helseforetaket vil motta pasienter på tvers av de etablerte opptaksområdene. Det er vanskelig å måle hvilken kapasiteten på slike etablerte funksjoner, som mottar pasienter fra større geografiske områder. En grunn til dette er at de etablerte tilbud kan favne både pasienter som er mindre og mer ressurskrevende.

Produktivitet

Det er i notatet presentert oversikter på helseforetaksnivå som viser kostnader per opphold, kostnader per liggedag og antall opphold per årsverk og behandlerårsverk. Disse indikatorene gir uttrykk for produktiviteten til det enkelte helseforetaket på et aggregert nivå, og det er ikke mulig å bruke nevnte indikatorer per fagområde.

Det ligger imidlertid noen tolkningsutfordringer knyttet til disse indikatorene. Formålet med å vise kostnader per opphold og liggedag er å vise hvem som er mer produktive enn andre, dvs har lave kostnader i forhold til produksjon. I denne sammenhengen er hypotesen at høy produktivitet medvirker til at befolkningen fremstår med et høyt forbruksmønster.

Ulik pasientsammensetning på helseforetakene er et forhold som vanskeliggjør sammenligning mellom helseforetak. Det er i dette notatet vist til slike variasjoner mellom helseforetakene i regionen. Gitt at en har en produksjon med større omfang av dagbehandling og pasienter med lave kostnadsvekter, vil en fremstå som veldig produktiv. Det kan godt være at helseforetakets ansatte er produktive, men det kan også skyldes at pasientsammensetningen er ulik.

Videre er det viktig at en skiller aktivitetsnivå og produktivitet, da høy produktivitet kan legitimere høyt aktivitetsnivå.

En annen utfordring er knyttet til hvilke kostnadskomponenter som inngår i indikatorene (Kaarbøe, 2006), og som vil påvirke nivået på indeksen til de større helseforetakene. Indikatorer relatert til produktivitet er derfor best egnet i forhold til at helseforetaket kan sammenligne egen aktivitet og kostnadsnivå over tid, og noe mindre i forhold til sammenligning med andre.

3 Psykisk helsevern

3.1 Forbruksvariasjoner med utgangspunkt i befolkningens opptaksområde

Som grunnlag for å fremstille forbruksvariasjoner legges pasientens bostedsområde til grunn, dvs befolkningen i det enkelte området sin bruk av tjenester uavhengig av hvilket sykehus behandlingen finner sted.

3.1.1 Aktivitet

Det benyttes ulike mål for å beregne aktiviteten innen psykisk helsevern; slik som antall behandlede pasienter, antall døgnopphold, utskrivninger, polikliniske konsultasjoner, ressursbruk og liggedøgn. Alle aktivitetsmål har sine styrker og svakheter.

Når det gjelder forholdet mellom pasienter og opphold (VOP), er det verdt å merke seg at enkelte pasienter kan ha flere institusjonsopphold. Noen behandlingsforløp er karakterisert ved få lange opphold ved samme enhet. Andre forløp består av hyppige og korte opphold. Dette er forhold som har betydning for antall opphold som presenteres og som illustrerer at bruk av opphold som mål på aktivitet har sine begrensninger. En pasient kan følges gjennom året ved samme institusjon og til en viss grad mellom institusjoner innen samme helseforetak (Solstad, 2007).

Definisjon av institusjoner og samarbeid institusjonene mellom i pasientbehandlingen ved helseforetakene vil også påvirke antall opphold på institusjonsnivå. Samarbeid i form av utstrakt grad av overføringer mellom enheter som defineres som ulike institusjoner, vil resultatet bli flere institusjonsopphold sammenlignet med helseforetak hvor tilsvarende enheter organisatorisk er ved samme institusjon.

I SAMDATA 2007 fremgår det at det etter hvert har utviklet seg enkelte forskjeller i registreringspraksis mellom tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. Innen tjenestene for barn og unge har en utviklet statistikk som viser antall individer som mottar ulike typer tjenester. Innen tjenestene for voksne er målingene i større grad knyttet direkte opp til produksjonen av tjenester, snarere enn mål på hvor mange individer som mottar disse tjenestene.

I 2006 hadde Helse Øst RHF høyere driftskostnader til psykisk helsevern sammenlignet med Helse Sør RHF, henholdsvis 8 prosent høyere og 11 prosent lavere enn landsgjennomsnittet.

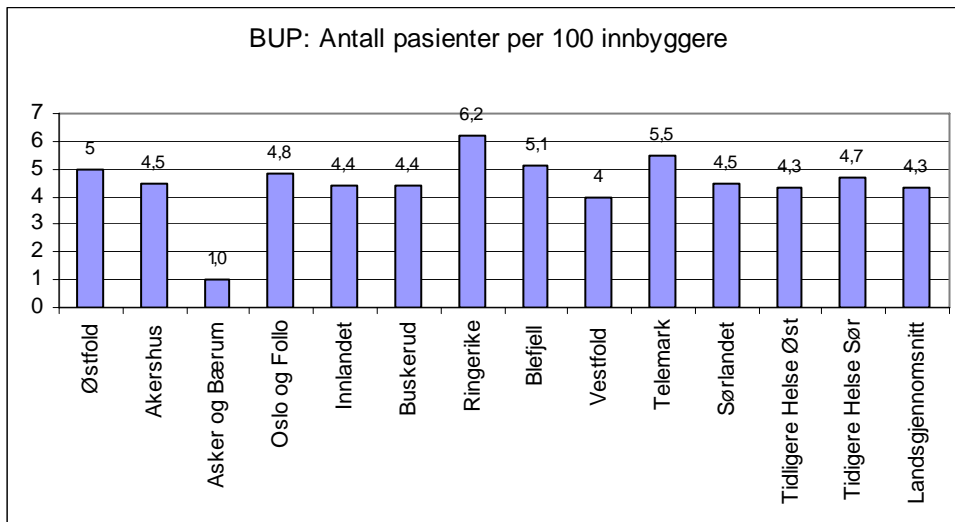
Psykisk helsevern for barn og unge

Det er ulik registreringspraksis innen sektoren i forhold til flere områder, det rapporteres for eksempel om ulik praksis når det gjelder registrering av tiltak. Et eksempel på dette er knyttet til innføring av nye refusjonsregler for aktiviteten. En annen begrensning er at det knyttes stor usikkerhet til data for rapportering av døgnvirksomhet ved institusjonene. Det er også knyttet usikkerhet til omfanget av registreringspraksis for pasienter som behandles i familieavdelinger. Ved noen institusjoner registreres hele familien som pasienter, ved andre registreres kun barnet/ungdommen som pasient.

Innen psykisk helsevern for barn og unge kan en beregne antall pasienter som får behandling, uavhengig av omsorgsnivå. Denne indikatoren er robust, og legges til grunn nedenfor. Pasienter telles ved samme institusjon og innen kalenderåret.

Figur 1 viser at det i 2006 ble behandlet flere barn og unge innen psykisk helsevern i tidligere Helse Sør sammenlignet med Helse Øst, henholdsvis 4,7 og 4,3 barn per 100 innbyggere. Andelen barn og unge som fikk behandling i tidligere Helse Øst er som landsgjennomsnittet, mens tidligere Helse Sør er noe høyere. I henhold til Opptappingsplanen er det et mål at innen 2008 skal 5 prosent av alle barn og unge få behandling hvert år.

Figur 15 Antall behandlede pasienter (i prosent av befolkningen) etter pasientenes foretaksområde. Psykisk helsevern for barn og unge. 0-17 år. 2006



1) Det er usikkerhet i forhold til om antall behandlede pasienter for Asker og Bærum er riktig. I 2005 var andelen 3 prosent.

Det er geografiske variasjoner i forhold til hvor stor andel barn og unge som fikk behandling i 2006. I områdene Ringerike og Telemark var det hhv 6,2 og 5,5 per 100 barn som fikk behandling. Til sammenligning var det 4 barn og unge per 100 innbyggere i Vestfold som fikk behandling innen psykisk helsevern (holder Asker og Bærum utenfor).

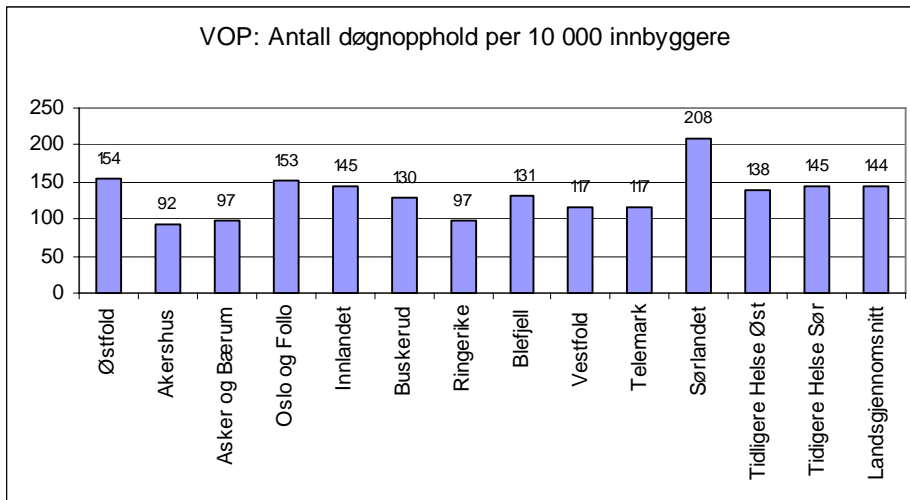
Et måltall på 5 prosent dekningsgrad i 2008 er rimelig for de fleste opptaksområder. Det er imidlertid betydelig forskjell i tilgjengelighet til tjenester (målt i form av antall behandlede pasienter). Tilgjengelighet til tjenester må også sees i sammenheng med ventetid (avsnitt 3).

Psykisk helsevern for voksne

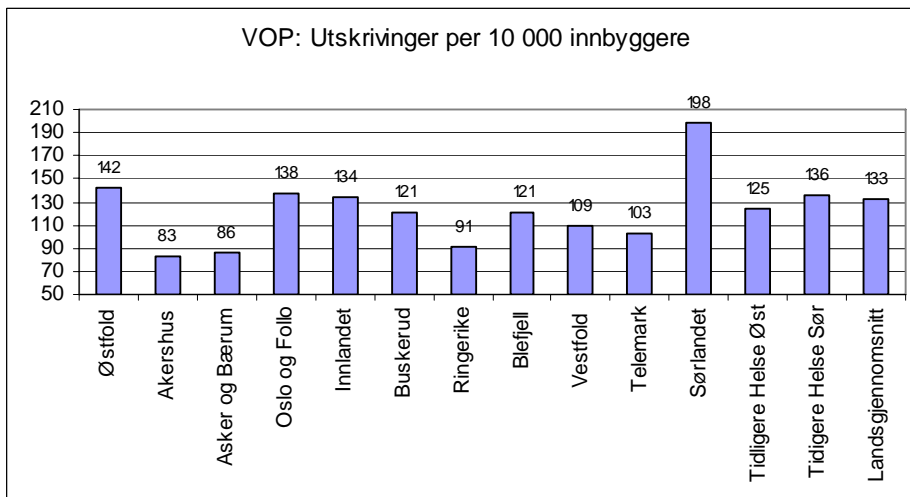
Innen psykisk helsevern for voksne er det på grunn av dårlig datakvalitet ikke mulig å beregne antall behandlede pasienter. Nedenfor fremgår aktivitet målt som antall døgnopphold, utskrivinger, liggedøgn og polikliniske konsultasjoner.

I hvilken grad det er sammenheng mellom omfang av døgnbehandling, utskrivinger og liggedøgn er avhengig av flere forhold som for eksempel pasientsammensetning, medisinsk praksis, kapasitet og liggetid.

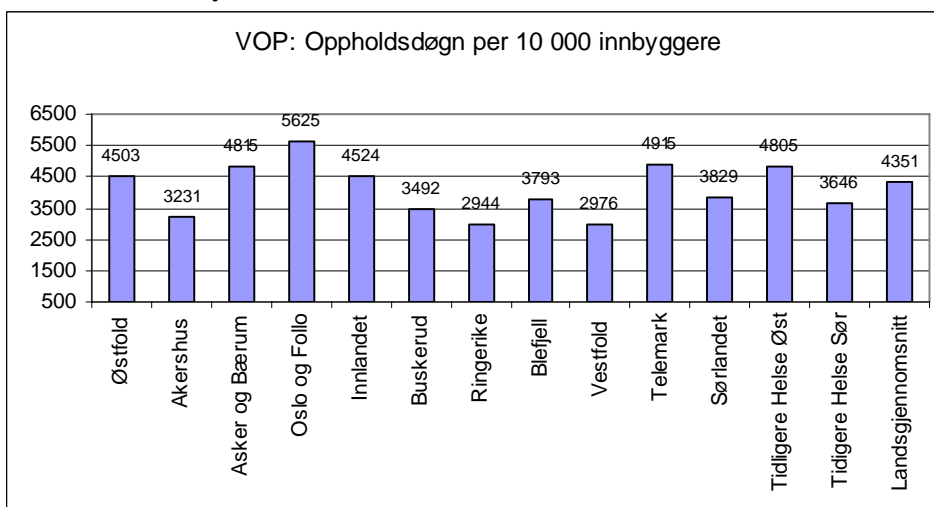
Figur 16 Antall døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter foretaksområde. Psykisk helsevern for voksne. 2006

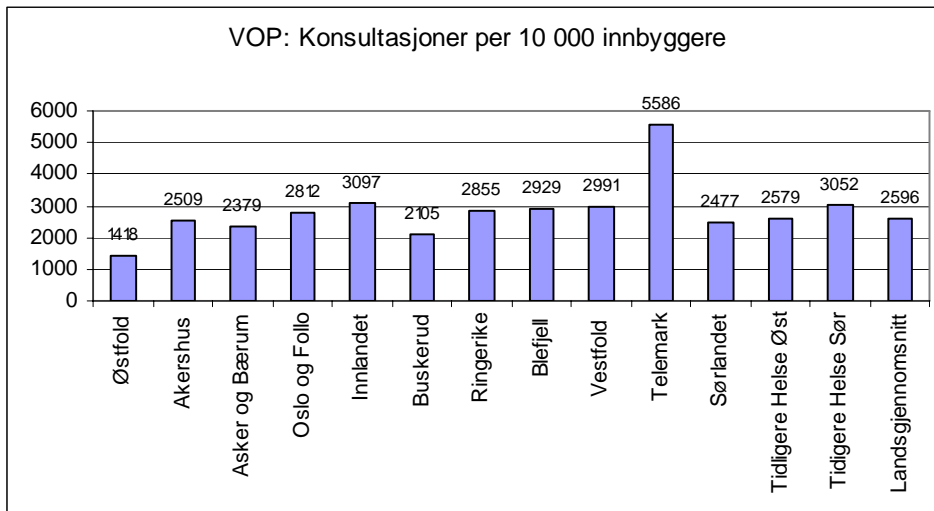


Figur 17 Antall utskrivinger per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter foretaksområde. Psykisk helsevern for voksne. 2006



Figur 18 Antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter foretaksområde. Psykisk helsevern for voksne. 2006



Figur 19**Antall polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter foretaksområde. Psykisk helsevern for voksne. 2006**

Det er ovenfor vist tre figurer som viser omfanget av døgnaktivitet; målt som antall døgnopphold, utskrivinger, liggedøgn. I tillegg fremgår antall polikliniske konsultasjoner. Det er i stor grad samsvar mellom de tre målene knyttet til døgnaktiviteten i forhold til hvilke områder hvor befolkningen har et lavere eller høyere forbruk.

Hvem hadde flest døgnopphold og utskrivinger i 2006?

Befolkningen på Sørlandet, Oslo og Follo og Østfold hadde i 2006 flest døgnopphold og utskrivinger innen psykisk helsevern for voksne. Det er spesielt befolkningen på Sørlandet som skiller seg ut, med 45 prosent flere døgnopphold sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Hvem hadde færrest døgnopphold og utskrivinger i 2006?

Befolkningen i foretaksområdene Akershus, Asker og Bærum og Ringerike hadde i 2006 færrest døgnopphold og utskrivinger innen psykisk helsevern for voksne. Befolkningen i disse områdene har 30-35 prosent færre døgnopphold sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Oppholdsdøgn

Hvis gjennomsnittlig liggetid er lik i hele regionen, så er det befolkningen i de områder nevnt ovenfor som vil fremstå med henholdsvis flest og færrest oppholdsdøgn.

Det er befolkningen i Oslo og Follo (5 625 døgn per 10 000 innbyggere), Telemark (4 915 døgn per 10 000 innbyggere) og Asker og Bærum (4 815 døgn per 10 000 innbyggere) som i 2006 hadde flest oppholdsdøgn. Det er spesielt befolkningen i Oslo og Follo som skiller seg ut, med 30 prosent flere oppholdsdøgn sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Befolkningen i Telemark samt Asker og Bærum fremsto i 2006 blant områdene hvor befolkningen hadde færrest døgnopphold og utskrivinger. Som vist over har befolkningen i disse områdene langt flere liggedøgn enn gjennomsnittet, hvilket skyldes lengre gjennomsnittlig liggetid.

Færrest liggedøgn har befolkningen i Ringerike, Vestfold og Akershus. Som vist over har befolkningen i områdene Ringerike og Akershus også færrest døgnopphold og utskrivinger.

Polikliniske konsultasjoner

Omfanget av poliklinisk aktivitet varierer betydelig mellom befolkningen i regionen.

Flest konsultasjoner har befolkningen i Telemark med 5 586 konsultasjoner per 10 000 innbyggere i 2006, mens Østfold har færrest med 1 418 konsultasjoner. Forskjellen tilsier at befolkningen i Telemark har fire ganger så mange polikliniske konsultasjoner som befolkningen i Østfold.

Hva kan forklare slike forskjeller?

- At forskjellene er reelle; dvs at det er ulik kapasitet
- At kvaliteten på data og manuelle rapporter er dårlig
- Registreringspraksis (eks Sykehuset Østfold har nærmest ikke telefonkonsultasjoner)
- Medisinsk praksis (omfang av døgnbehandling vs poliklinisk/ambulant virksomhet). For eksempel så er omfanget av døgnopphold og utskrivinger høyt for Østfold, men lavt på poliklinikk
- Andre forhold??

3.1.2 Bruk av personell

I SAMDATA-rapporter fremstilles befolkningens bruk av personellressurser. Indikatoren fremstilles kun på aggregert nivå, dvs helseforetaksnivå.

I årsverk inngår antall heltidsansatte, pluss deltidsansatte omregnet til heltidsansatte per 31.12, som er registrert. Personellsituasjonen ved utgangen av året brukes som indikator for antall årsverk som er utført. Tilfeldige svingninger i løpet av året og bruk av overtid blir ikke fanget opp av data. I institusjoner for voksne inngår: leger, psykologer, sykepleiere, høyskoleutdannet terapipersonell og annet pleiepersonell. For barn og unge inngår leger, psykologer, sosionomer, terapipersonell og annet personell.

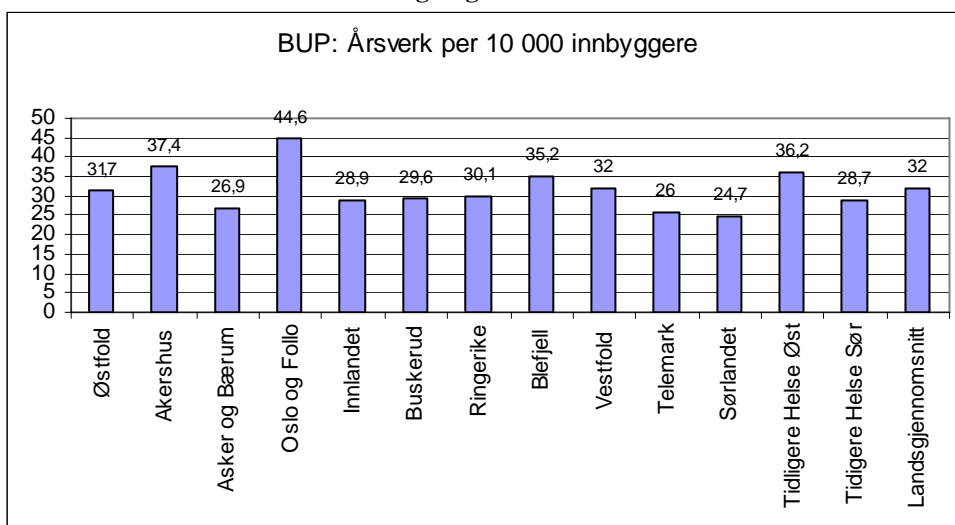
I fremstillingene blir personellet ved hver poliklinikk fordelt ut på helseforetaksområdene ut fra hvor stor andel av pasientene ved poliklinikken som var hjemmehørende i hvert helseforetaksområde (barn og unge). Øvrig personell og døgnplasser ved hver institusjon fordeles tilsvarende med utgangspunkt i hvor stor andel av døgn- og dagpasientene ved institusjonen som var hjemmehørende i hvert helseforetaksområde. Beregningene for fordeling av tjenester til voksne tar utgangspunkt i samme metode. Det er foretatt flere tilpasninger pga manglende kvalitet og kompletthet i pasientdata (SAMDATA 2007).

Befolkningen i tidligere Helse Øst bruker i snitt flere årsverk innen psykisk helsevern enn tidligere Helse Sør hhv 48 og 36,9 per 10 000 innbyggere. Forskjellen mellom de to tidligere regionene tilsvarer om lag 1 850 årsverk for Helse Øst. Tidligere Helse Øst brukte flere og Helse Sør færre personellressurser sammenlignet med landsgjennomsnittet i 2006.

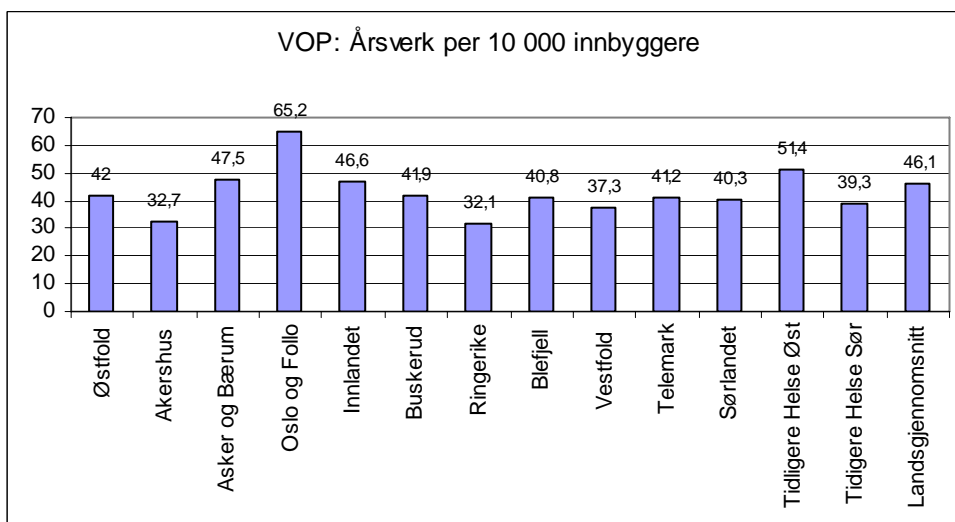
Det er uklart om det foreligger noe grunnlag som tilsier ulikt behov og ressursbruk for befolkningen i henholdsvis tidligere Helse Øst og Helse Sør RHF.

I avsnitt 2.1 fremgikk det at innen psykisk helsevern for voksne så har befolkningen i tidligere Helse Sør flere døgnopphold, utskrivinger og polikliniske konsultasjoner sammenlignet med befolkningen i tidligere Helse Øst. Her fremgår det imidlertid at når det gjelder personellressurser er det motsatte tilfelle; ved at befolkningen i tidligere Helse Øst bruker flere personellressurser. En av grunnene til at personellbruken er høyere kan skyldes at befolkningen i tidligere Helse Øst har langt flere liggedøgn på institusjoner enn befolkningen i tidligere Helse Sør.

Figur 20 Årsverk på institusjoner per 10 000 innbyggere per helseforetaksområde. Psykisk helsevern for barn og unge. 2006



Figur 21 Årsverk på institusjoner per 10 000 innbyggere per helseforetaksområde. Psykisk helsevern for voksne. 2006



Psykisk helsevern for barn og unge

I avsnitt 2,1 framkom det at det er flest pasienter som får behandling i områdene Ringerike (6,2 per 100 innbyggere), Telemark (5,5 per 100 innbyggere) og Bleifjell (5,1 per 100 innbyggere). Færrest pasienter var det i områdene Asker og Bærum (1,0 per 100 innbyggere), Vestfold (4,0 per 100 innbyggere), Akershus (4,3 per 100 innbyggere) og Innlandet (4,3 per 100 innbyggere).

Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom bruk av personellressurser og aktivitet (målt som antall behandlede pasienter). Eksempel på dette er:

- Oslo og Follo (høyest på bruk av personell, men ikke antall behandlede pasienter)
- Akershus (høy på personell, blant de laveste på antall behandlede pasienter)
- Telemark (lavest på personell og blant de høyeste på antall behandlede pasienter)
- Asker og Bærum: (godt samsvar – lav på personell og antall behandlede pasienter)

Resultatene over gir ingen entydige og klare sammenhengen mellom aktivitetsnivå og bruk av personellressurser.

Psykisk helsevern for voksne

Figuren viser at det er befolkningen i Oslo og Follo som bruker flest personellressurser innen psykisk helsevern for voksne i 2006. Her brukes det 65,2 årsverk per 10 000 innbyggere, hvilket er betydelig høyere enn befolkningen i andre områder. Befolkningen i Oslo og Follo bruker dobbelt så mange personellressurser som befolkningen i Akershus og Ringerike.

Som vist i avsnitt 2.1 hadde befolkningen i Oslo og Follo relativt sett mange oppholdsdøgn, hvilket forklarer sannsynligvis bruken av personellressurser. Slike sammenhenger mellom aktivitetsnivå og bruk av personellressurser er ikke entydige. I avsnitt 2.1 viste vi at befolkningen på Sørlandet og i Østfold hadde relativt mange døgnopphold og utskrivinger. Figuren over viser at den høye aktiviteten til befolkningen i disse områdene ikke gjenspeiles i tilsvarende høyt forbruk av personellressurser.

Færrest personellressurser brukte befolkningen i Akershus, Ringerike og Vestfold i 2006. I avsnitt 2.1 fremgår det at befolkningen i Akershus og Ringerike hadde færrest døgnopphold, utskrivinger og liggedøgn sammenlignet med den øvrige befolkningen. I tillegg fremstår befolkningen i Vestfold med relativt sett færre liggedøgn sammenlignet med befolkningen i de øvrige områdene.

Slikt sett er det først og fremst befolkningen i Oslo og Follo som skiller seg ut når en sammenligner aktivitetsnivå (målt som døgnopphold og oppholdsdøgn) med personellbruk.

3.1.3 Bruk av senger/døgnplasser

I SAMDATA-rapporter fremstilles befolkningens bruk av senger, uavhengig av hvor behandlingen finner sted. Indikatoren fremstilles kun på aggregert nivå, dvs helseforetaksnivå.

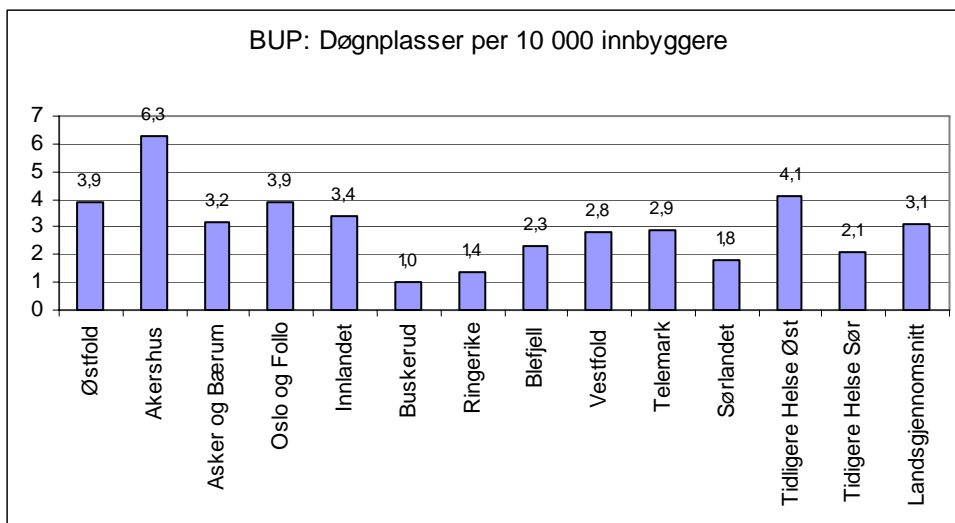
Antall døgnplasser er uttrykk for behandlings- og botilbud; for eksempel er det til dels store forskjeller i ressursinnsats til plasser i sykehusenes akuttavdelinger sammenlignet med plasser i sykehjem.

Psykisk helsevern for barn og unge

I figuren nedenfor fremgår antall døgnplasser tilgjengelig for befolkningen i helseregionen. Befolkningen i tidligere Helse Øst og Sør hadde hhv 4,1 og 2,1 plasser per 10 000 innbyggere. Til sammenligning var landsgjennomsnittet 3,1 plasser.

I opptrappingsplanen ble det foreslått å øke antall døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge med 205 (fra om lag 300 ved starten av planperioden til 500 i 2006). I 2005 ble dette måltallet nedjustert med 100 plasser. Utvidelsen skal skje ved nybygging og utvidelse av eksisterende klinikkavdelinger.

Figur 22 Døgnplasser per 10 000 innbyggere per helseforetaksområde. Psykisk helsevern for barn og unge og voksne. 2006



Omfang av døgnplasser

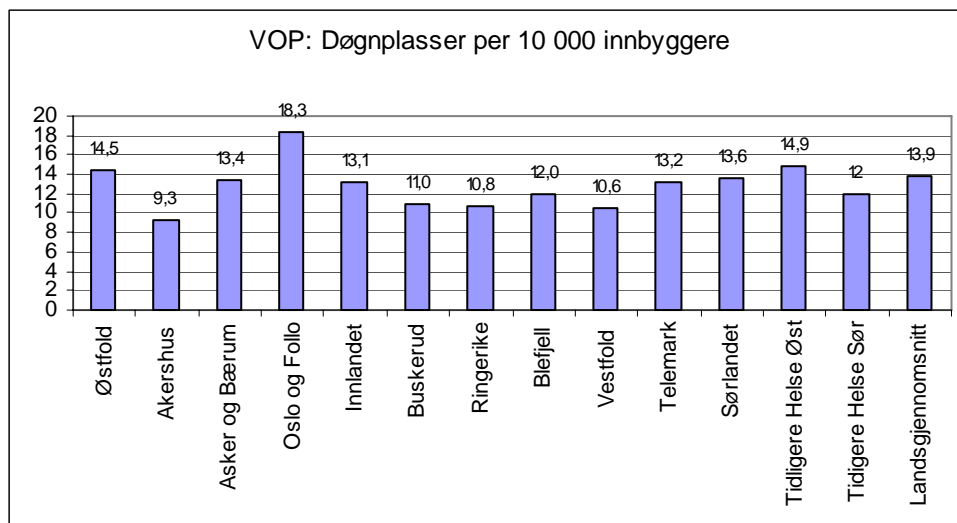
Det er store geografiske variasjoner i omfang av døgnplasser. Befolkningen i Akershus har 6,3 plasser per 10 000 innbyggere hvilket er betydelig mer enn befolkningen for øvrig. Til sammenligning har befolkningen i Buskerud, Ringerike og Sørlandet fra 1 til 1,8 døgnplasser per 10 000 innbyggere. Det innebærer at befolkningen i Akershus har 3-6 ganger så mange tilgjengelige døgnplasser som områder det her er sammenlignet med.

Nedjustering av måltall for antall døgnplasser har skjedd som en konsekvens av at det i årene etter at Opptappingsplanen ble lagt frem, har vært en faglig utvikling i retning av flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. Kapasiteten innen psykisk helsevern må vurderes samlet (døgnplasser, poliklinikk og omfang av nye behandlingsmetoder).

Psykisk helsevern for voksne

Kapasiteten målt i antall døgnplasser var i 2006 høyere i tidligere Helse Øst enn Helse Sør, med henholdsvis 14,9 og 12 døgnplasser per 10 000 innbyggere.

Figur 23 Døgnplasser på institusjoner per 10 000 innbyggere per helseforetaksområde. Psykisk helsevern for voksne. 2006



Befolkningen i Oslo og Follo hadde flest døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne i 2006. Det er kun befolkningen i Oslo og Follo samt Østfold som ligger høyere enn landsgjennomsnittet.

Befolkningen i områdene Akershus, Vestfold og Ringerike har færrest døgnplasser sammenlignet med de andre helseforetaksområdene i helseregionen.

Hvordan henger bruken av døgnplasser sammen med aktivitetsnivå og personellressurser?

Flest døgnopphold og utskrivninger hadde befolkningen på Sørlandet. I figuren over ser vi at befolkningen i dette området ikke skiller seg ut gjennom å bruke flere døgnplasser sammenlignet med de andre. At det ikke er samsvar mellom omfang av døgnbehandling og antall brukte døgnplasser kan skyldes kortere liggetid, behandlings- og/eller registreringspraksis for døgnopphold.

For befolkningen i Oslo og Follo er det godt samsvar mellom omfang av liggedøgn og bruk av personellressurser (ligger høyt på begge målene).

I avsnitt 2.1.2 framkom det at befolkningen i Ringerike og Akershus hadde færre døgnopphold enn de andre områdene. Det er sammenheng mellom omfang av døgnopphold og bruk av døgnplasser for befolkningen i disse områdene.

3.1.4 Bruk av tjenester – en oppsummering

Psykisk helsevern for voksne

I tabellen nedenfor forsøkes det å oppsummere bruken av tjenester (aktivitet, personell og døgnplasser) gjennom å klassifisere nivået på befolkningens bruk i tre kategorier. Det skilles mellom henholdsvis lavt, middels og høyt forbruk. Det er viktig å påpeke at dette kun gir uttrykk for relative variasjoner mellom befolkningen i de ulike optaksområdene.

Det er brukt betegnelsen høyt forbruk hvis antall liggedøgn (eller andre parametre) er 10 prosent høyere eller mer, sammenlignet med gjennomsnittet for regionen. Tilsvarende er gjort for lavt forbruk av tjenester.

Tabell 1 Bruk av tjenester, døgnopphold, utskrivinger, liggedøgn, konsultasjoner, årsverk og døgnplasser. Psykisk helsevern for voksne. 2006

	Døgnopphold	Utskrivinger	Oppholdsdøgn	Konsultasjoner	Årsverk¹⁾	Døgnplasser
Østfold	M	M	M	L	M	M
Akershus	L	L	L	M	L	L
Asker og Bærum	L	L	H	L	M	M
Oslo og Follo	M	M	H	M	H	H
Innlandet	M	M	M	H	M	M
Buskerud	M	L	L	L	M	L
Ringerike	L	L	L	M	L	L
Blefjell	M	L	L	M	L	L
Vestfold	L	L	L	M	L	L
Telemark	L	L	H	H	L	M
Sørlandet	H	H	M	L	L	M

1) For årsverk og døgnplasser er det sammenlignet med landsgjennomsnittet

Det er store geografiske variasjoner i befolkningens bruk av tjenester innen psykisk helsevern for voksne. Dette gjelder både mellom befolkningen i tidligere Helse Øst og Helse Sør og innenfor den enkelte region. Variasjonen i forbruk kan skyldes flere forhold:

- reelle variasjoner i behov
- variasjoner i kapasitet (for eksempel antall døgnplasser)
- registreringspraksis
- behandlingspraksis (for eksempel valg av omsorgsnivå; innleggelse/poliklinikk/ambulante tjenester og liggetid)
- produktivitet

Det er relativt god sammenheng mellom de ulike indikatorene. For eksempel ser en at befolkningen i Østfold er kategorisert slik at bruken av tjenester er som gjennomsnittet for regionen, uavhengig av om en legger til grunn døgnopphold, utskrivinger, oppholdsdøgn, eller bruk av personellressurser og døgnplasser. For mange av foretaksområdene er det godt samsvar.

For noen områder er samsvaret ikke like entydig, for eksempel befolkningen i Asker og Bærum, Oslo og Follo, Telemark og på Sørlandet. Dette kommenteres kort nedenfor.

Befolkningen i Asker og Bærum fremstår med et lavt omfang av døgnopphold og utskrivinger, men relativt mange oppholdsdøgn. Dette indikerer at den gjennomsnittlige liggetiden er høyere for befolkningen sammenlignet med gjennomsnittet, Omfanget av oppholdsdøgn er sannsynligvis forklaringen på at bruken av personellressurser er som gjennomsnittet for befolkningen. Tilsvarende gjelder også for befolkningen i Oslo og Follo, som skiller seg spesielt ut når det gjelder antall oppholdsdøgn og bruken av personellressurser.

Befolkningen i Telemark fremstår med et lavt omfang av døgnopphold og utskrivinger, men relativt mange oppholdsdøgn. Dette indikerer at den gjennomsnittlige liggetiden er høyere for befolkningen sammenlignet med gjennomsnittet. Men i motsetning til befolkningen i områdene nevnt ovenfor, så bruker befolkningen i Telemark færre personellressurser enn gjennomsnittet. Det er vanskelig å forklare denne manglende sammenhengen mellom indikatorene.

Befolkningen på Sørlandet fremstår med et høyt omfang av døgnopphold og utskrivinger, men lavt omfang av oppholdsdøgn og bruk av personellressurser. Det kan være flere forklaringer på en slik manglende sammenheng mellom aktivitetsnivå og bruk av personellressurser. Eksempel på dette er: kortere gjennomsnittlig liggetid,

pasientsammensetning og behandlings/registreringspraksis (se innledningsvis om korte opphold og registrering).

Det er imidlertid viktig å se bruken av tjenester i sammenheng med ventelistesituasjonen, noe som vil gjøres nedenfor.

Psykisk helsevern for barn og unge

Det er vist at det er geografiske variasjoner i forhold til hvor stor andel barn og unge som fikk behandling i 2006. I områdene Ringerike og Telemark var det hhv 6,2 og 5,5 per 100 barn som fikk behandling. Til sammenligning var det 4 barn og unge per 100 innbyggere i Vestfold som fikk behandling innen psykisk helsevern.

Det fremgår i notatet at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom bruk av personellressurser og aktivitet (målt som antall behandlede pasienter). Eksempel på dette er:

- Oslo og Follo (høyest på bruk av personell, men ikke antall behandlede pasienter)
- Akershus (høy på personell, blant de laveste på antall behandlede pasienter)
- Telemark (lavest på personell og blant de høyeste på antall behandlede pasienter)
- Asker og Bærum: (godt samsvar – lav på personell og antall behandlede pasienter)

Resultatene over gir ingen entydige og klare sammenhengen mellom aktivitetsnivå og bruk av personellressurser.

Det er store geografiske variasjoner i omfang av døgnplasser. Befolkningen i Akershus har 6,3 plasser per 10 000 innbyggere hvilket er betydelig mer enn befolkningen for øvrig. Til sammenligning bruker befolkningen i Buskerud, Ringerike og Sørlandet fra 1 til 1,8 døgnplasser per 10 000 innbyggere. Det innebærer at befolkningen i Akershus bruker 3-6 ganger så mange døgnplasser som områder det her er sammenlignet med.

Som vist er det flest barn og unge på Ringerike som fikk behandling i 2006. Omfanget av personellressurser som ble brukt skiller seg ikke ut fra gjennomsnittet for regionene. En ser imidlertid at befolkningen bruker få døgnplasser.

3.2 Hva forklarer variasjoner i forbruksmønstre?

Det er flere grunner til at det er forskjeller i befolkningens bruk av sykehustjenester. Det har vært vanlig å skille mellom tre hovedtyper av forklaringer av observerte forbruksmønstre. Disse er knyttet til henholdsvis:

- Behov og etterspørsel. Her inngår sykkelighet og befolkningskjennetegn som vil påvirke behovsstrukturen som kjønns- og alderssammensetning og sosioøkonomisk status. Også sykdomsattferd, tilbøyelighet til å oppsøke helsevesenet samt pasientens påtrykk for å få utført spesielle typer behandling.
- Tilbud og kapasitet i helsevesenet. Dels dreier dette seg om tilbudsstruktur i tilgrensende helsetjeneste. For sykehus; kapasitet og ressursvariable som personell, sengekapasitet, lokaler og bygningsmessige forhold, finansiering og ventelister.

Tilbud og kapasitet i primærhelsetjenesten inkluderer pleie og omsorgstjenesten og avtalespesialister. En kan også inkorporere tilgjengelighet til sykehus, her som avstand til sykehus.

- Medisinsk praksis og klinisk skjønn. Systematiske forskjeller i medisinsk skjønn og klinisk praksis vil påvirke bruken og omfanget av tjenester. Dette er knyttet til hvordan ulike vurderinger, preferanser eller holdninger til den enkelte lege påvirker omfanget av pasientbehandling.

Det er begrenset hva vi har mulighet til å analysere. Nedenfor fremstår en enkel tilnærming hvor vi søker å tilnærme oss variasjoner i forbruksmønster i forhold til omfanget av avtalespesialister, organisering av tjenestene, ventetider og produktivitet.

3.2.1 Avtalespesialister (psykologer og psykiatere)

Det er henholdsvis 442 og 126 avtalespesialister (psykologer og psykiatere) i tidligere Helse Øst og Sør RHF, hvilket tilsier at det er 26 og 14 avtalespesialister per 100 000 innbyggere.

Forbruket av polikliniske tjenester på sykehus/DPS er høyere i Helse Sør enn i tidligere Helse Øst, mens det er motsatt for bruken av avtalespesialister.

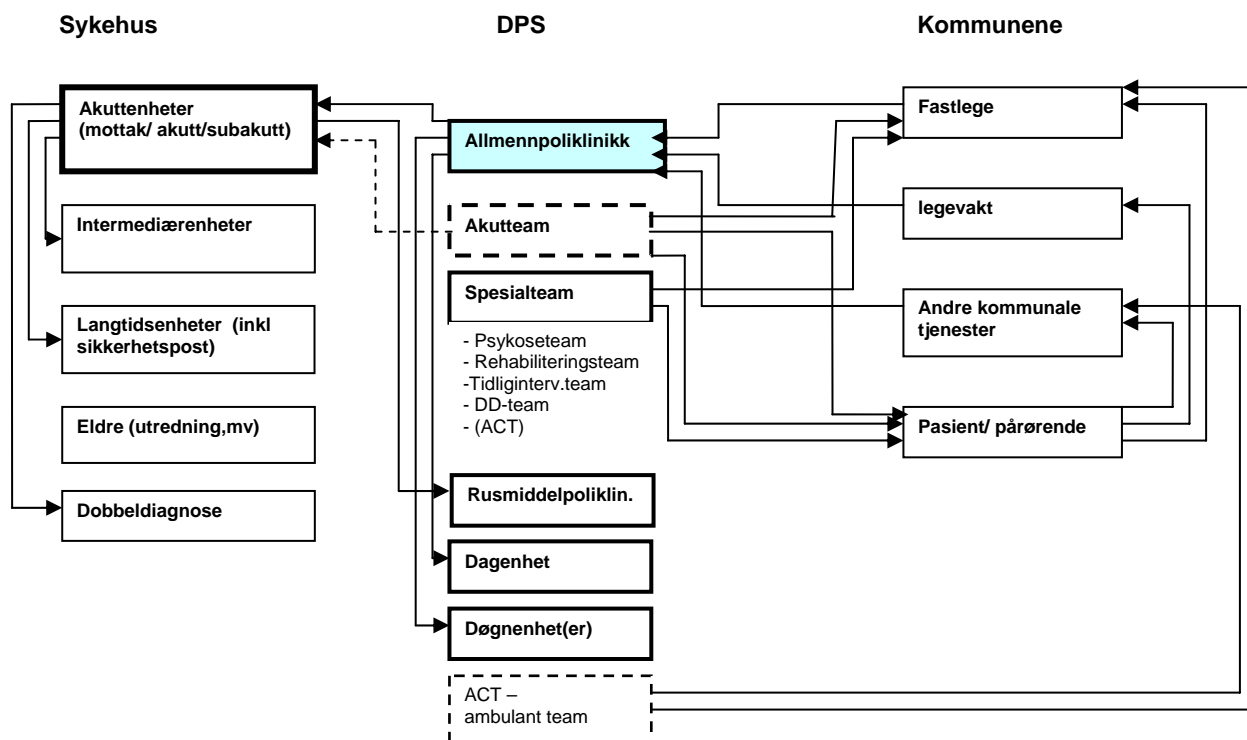
Det er foretatt få analyser i forhold til private psykologer og psykiatere sin virksomhet, og i hvilken grad denne virker substituerende i forhold til bruken av sykehustjenester. Private psykologer og psykiatere vil fra 2008 rapportere aktivitetsdata til Norsk pasientregister. Dette vil forhåpentligvis bidra til at en vil kunne analysere denne aktiviteten i sammenheng med den øvrige spesialisthelsetjenesten.

3.2.2 Organisering av tjenestene

Innen psykisk helsevern for voksne er det i henhold til opptrappingsplanen sine forutsetninger ønskelig med en desentralisering av tjenestene. Økningen i ressursinnsats skal i hovedsak komme ved poliklinikker og DPS-er. I hvilken grad disse målsetningene er nådd vil også innvirke på aktivitetsmønster slik det er presentert.

I Bergsland (2007) er sammenhengen mellom de ulike tilbudene innen psykisk helsevern og forholdet mellom psykisk helsevern og de kommunale tjenestene som særlig angår psykisk helsearbeid beskrevet på en forenklet måte, som fremgår av figuren nedenfor.

Figur 24 Enheter i psykisk helsevern – spesialisthelsetjeneste i utvikling



Velfungerende behandlingsskjeder betinger at samvirket mellom og innen nivåene fungerer velsmurt. I kapasitetssammenheng er spørsmålet om hvilke typer mekanismer som bidrar til å fjerne flaskehals og bidra til mer effektiv ressursutnyttelse.

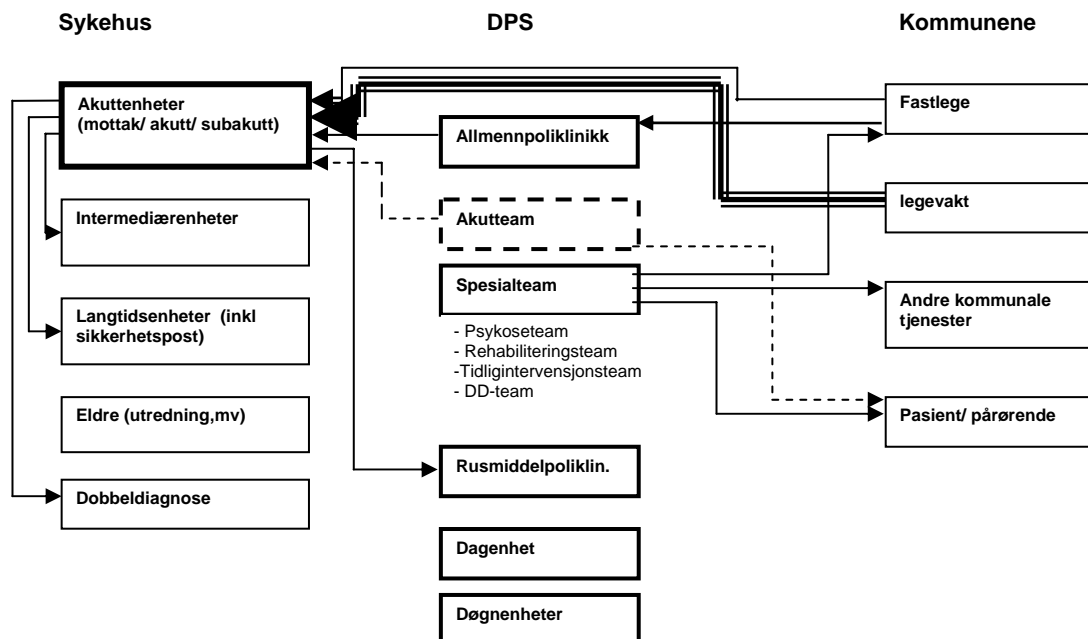
Figuren viser prinsippet med DPS-ets sentrale rolle, som innfallsport for kommunale tjenester til spesialisthelsetjenesten, og som bindeledd til sykehusfunksjonene. Noen forbindelser er skissert i figuren.

Alle typer enheter finnes i dag, men ikke alle DPS har alle funksjoner. Rusmiddelpoliklinikker finnes ved om lag 50 % av DPS. Akutteam er under etablering, mens ambulante ACT – team (Assertive Community Mental Health team) er en framtidsrettet tjeneste som kan bli utprøvd.

Tverrfaglige, ambulante akutteam ved DPS (finnes også ved enkelte sykehus) er et alternativt, 24-timers akutt tilbud til voksne i psykisk krisesituasjon. Tilbudet skal bidra til å unngå innleggelse i akutt enhet i sykehus, slik at pasienten mottar hjelp på rett nivå.

Pasientflyten innen mange HF-områder er i prinsippet organisert i tråd med modellen i figuren over, men med en rekke tillempinger ut fra lokale forhold og eksisterende kultur. Kompetansenivået og bemanningen ved mange DPS er imidlertid slik at kommunelegene/ personell i psykisk helsearbeid/ legevakt går rundt DPS og henvender seg direkte til sentralsykehusnivået i forbindelse med pasienter som ikke kan håndteres lokalt. Dette vises i figuren nedenfor.

Figur 25 Faktisk pasientflyt



Figuren illustrerer i følge Bergsland (2007) primært poenget med at et flertall av innleggelses i akuttavdelinger i sykehus skjer via kommunal legevakt, slik at poliklinikken ved DPS ikke spiller portvaktrollen for spesialisthelsetjenesten fullt ut i praksis. Dette henger sammen med at et flertall av pasientene er øyeblikkelig hjelp pasienter.

De skisserte fremstillingene viser betydningen av hvordan tjenestene er organisert og samhandlingen mellom aktørene på ulike nivå. Resultater fra SAMDATA (Pedersen, 2007) viser at Helse Øst fremdeles har en større andel av personellressursene på sykehus enn de andre regionene per 2006. I 2006 var 66 prosent av årsverkene i tidligere Helse Øst ved sykehus, mens tilsvarende var 49 prosent i tidligere Helse Sør.

Hvis en legger personellressurser etter driftsform til grunn så hadde Helse Øst i 1998 høyest omfang av personellressurser på sykehus (66 prosent). Nedgangen i perioden 1998 til 2006 er minst for både Helse Øst og Sør, og omfanget er i 2006 på henholdsvis 64 og 46 prosent. Helse Sør har imidlertid en langt større andel personell ved hhv DPS-er og poliklinisk og ambulant virksomhet sammenlignet med tidligere Helse Øst.

3.2.3 Gjennomsnittlig ventetid (kapasitet)

I mangel på opplysninger om faktisk kapasitet, kapasitetsutnyttelse, behov og etterspørsel er det i andre analyser benyttet avledede mål for dette (Torvik, 2007). To nærliggende observerbare indikatorer er *ventetid til behandling eller utredning* og *rate for antall behandlede pasienter/antall opphold*. Det er rimelig å forvente at variasjoner i ventetid og rate for antall behandlede pasienter kan ha sammenheng med kapasitetssituasjonen.

I Torvik (2007) fremkommer det at venteliste eller køer generelt reflekterer alltid underkapasitet i forhold til behov. I helsevesenet er ikke behovet gitt, fordi det logisk sett vil være slik at hvis kapasiteten (tilbudet) for en viss behandling er null, så er det ingen venteliste og ventetiden er null. Ved uendelig stor kapasitet er også ventetiden null. Det betyr

at ventetiden både kan øke og falle med et økende tilbud, avhengig av balanse mellom det skapte tilbudet og den aktuelle etterspørselen.

Ventetid til behandling kan med andre ord være en problematisk størrelse å bruke som indikator på kapasitet, men i mangel av bedre mål vil dette være en viktig variabel i den kapasitetsvurderinger. I kombinasjon med ventetid til behandling forventes det at antall behandlede pasienter eller andre mål på aktivitet også er en viktig indikator for å kunne gjøre en vurdering av kapasitet. Mens ventetid gir en indikasjon på tilgjengeligheten til behandlingstilbudet, vil pasientraten gi en indikasjon på volumet i det faktiske behandlingstilbudet. Innen psykisk helsevern for voksne har vi imidlertid ikke god nok oversikt over omfanget av behandlede pasienter.

Med ulik kapasitetsutnyttelse og lik etterspørsel antas at jo høyere pasientrate jo høyere kapasitet. Forskjeller i pasientrater vil da reflekteres i forskjeller i ventetid til behandling. Denne sammenhengen kompliseres ved at kapasitetsutnyttelse og behov kan variere. Betrachtingene her er også basert på en statisk tilnærming. Diskusjonen kompliseres ytterligere dersom tidsaspektet bringes inn, spesielt med hensyn til ventetidsutvikling.

Det finnes ikke normtall, eller intervall for nivå eller forventet variasjon, i rate for antall behandlede pasienter og ventetid. Hva som er en lang eller kort ventetid, og hva som er en lav eller høy pasientrate kan det objektivt sett ikke gis en vurdering av. Det er i andre sammenhenger gjort forsøk på å si noe om norm for ventetid for ulike pasientgrupper ut fra prioritering (se for eksempel kapittel 4.2 i Resultatevaluering av sykehusreformen).

I Torvik (2007) tas det *utgangspunkt* i at lang ventetid til behandling eller utredning er en indikasjon på lav kapasitet, uansett nivå på rate for antall behandlede pasienter. Årsaken er at objektivt behov i befolkningen kan variere.

En vurdering av kapasitetssituasjonen må ta høyde for at observert ventetid og rate for antall behandlede pasienter også vil være påvirket av kapasitet, kapasitetsutnyttelse, behov og etterspørsel. Det kan godt være at det er alternativhypoteser som er like gjeldende. Som eksempel kan det tenkes at en situasjon med lav ventetid og lav rate for antall behandlede pasienter, i utgangspunktet antas å representere balanse mellom kapasitet og behov, egentlig er en situasjon med underkapasitet. Årsaken kan være umeldte behov på grunn av kjent lav kapasitet.

Den teoretiske innledningen illustrerer kompleksiteten i å analysere variasjoner i kapasitet, og sammenhengen mellom aktivitetsmønstre og kapasitet. Nedenfor vil det presenteres variasjoner i gjennomsnittlig ventetid til behandling. Ventetiden vil videre sees i sammenheng med nivået på aktiviteten til befolkningen i opptaksområdet til det enkelte helseforetak.

Som mål på ventetid benyttes gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter (henvisninger).

Psykisk helsevern for voksne

I avsnitt 2 er forbruksmønsteret presentert for befolkningen i opptaksområdene til de respektive helseforetakene (sørge-for perspektivet). Nedenfor presenteres gjennomsnittlig ventetid på det enkelte helseforetak. I den grad det er mange pasienter som ikke behandles på det helseforetaket som er i sitt opptaksområde, kan dette representere en feilkilde. Omfanget av dette er ukjent, men antas å være lite.

Nedenfor fremgår det gjennomsnittlig ventetid for avviklede per helseforetak i 2006. Gjennomsnittlig ventetid var på samme nivå i tidligere Helse Øst og Sør, henholdsvis 55 og 53 dager, hvilket er noe lavere enn i de andre regionene.

Figur 26 Gjennomsnittlig ventetid til behandling (ordinært avviklede) per helseforetak. Data fra 2006. Psykisk helsevern for voksne



Gjennomsnittlig ventetid var i 2006 kortest på følgende helseforetak:

- Sykehuset Asker og Bærum (42 dager)
- Ullevål universitetssykehus (43 dager)
- Sykehuset Østfold (43 dager)
- Sykehuset Telemark (45 dager)
- Sykehuset Buskerud (46 dager)

Gjennomsnittlig ventetid var i 2006 lengst på følgende helseforetak:

- Ringerike sykehus (80 dager)*
- Akershus universitetssykehus (78 dager)*
- Psykiatrien i Vestfold (58 dager)*
- Sykehus Innlandet (63 dager)
- Aker universitetssykehus (61 dager)

Det reises imidlertid spørsmål om datakvaliteten på ventelistene. Den gjennomsnittlige ventetiden på Ringerike sykehus var i 2004 og 2005 hhv 55 og 42 dager, og det synes litt spesielt at den har økt til 80 dager i 2006.

Tilsvarende gjelder for Akershus universitetssykehus og for Psykiatrien i Vestfold. På Akershus universitetssykehus var ventetiden i 2004 og 2005 henholdsvis 44 og 59 dager. I Vestfold var ventetiden i 2004 og 2005 henholdsvis 34 og 33 dager.

Hvordan er sammenhengen mellom forbruksmønster og ventetid til behandling?

Forbruk av tjenester, målt som antall døgnopphold, er høyest for befolkningen på Sørlandet, Oslo og Follo og Østfold. Befolkningen i disse områdene hadde flest døgnopphold og utskrivninger innen psykisk helsevern for voksne i 2006. Det er spesielt befolkningen på Sørlandet som skiller seg ut, med 45 prosent flere døgnopphold sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Hvis en sammenholder forbruksmønster med gjennomsnittlig ventetid finner en indikasjon på:

- Områder hvor befolkningen har et forbruk som er lavere enn gjennomsnittet og hvor ventetiden på nærmeste helseforetak er lavere enn gjennomsnittet. Eksempler på

dette er Sykehuset Asker og Bærum, Ringerike sykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Buskerud HF og Psykiatrien i Vestfold HF.

- Områder hvor befolkningen har et forbruk som er lavere enn gjennomsnittet, og hvor ventetiden på nærmeste helseforetak er lengre enn gjennomsnittet. Eksempel på dette er Akershus universitetssykehus HF.
- Områder hvor befolkningen har et forbruk som er høyere enn gjennomsnittet, og hvor ventetiden på nærmeste helseforetak er kortere (eller på) gjennomsnittet. Eksempel på dette er Sykehuset Østfold HF og Sørlandet sykehus HF.

Det er vanskelig å analysere sammenhengen mellom forbruksmønster og ventetider for befolkningen i Oslo og Follo, da disse sogner til flere helseforetak og avtaleinstitusjoner. Som tidligere vist har befolkningen et høyt forbruksmønster, spesielt i antall oppholdsdøgn og bruk av personellressurser. Gjennomsnittlig ventetid er kortere for Ullevål universitetssykehus HF og lengre enn gjennomsnittet for Aker universitetssykehus HF.

Områder hvor befolkningen har et høyt aktivitetsnivå, Østfold, Oslo og Follo og Sørlandet, skiller seg ikke ut ved at den gjennomsnittlige ventetiden er noe kortere på helseforetakene i disse opptaksområdene. Det er imidlertid slik at den gjennomsnittlige ventetiden er kortest på flere av helseforetakene hvor befolkningen i opptaksområde har et relativt lavt aktivitetsnivå.

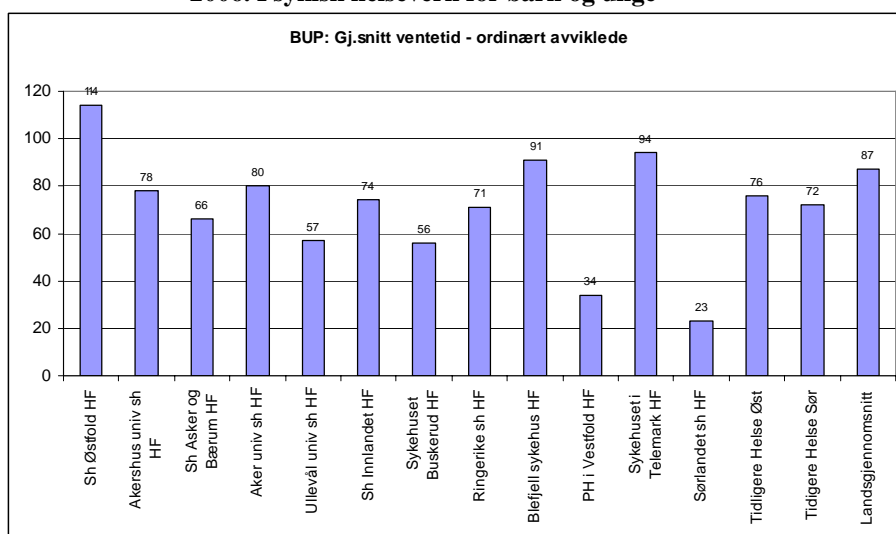
Det er i flere sammenhenger tatt forbehold om kvaliteten på ventelistedata innen psykisk helsevern for voksne (Kalseth, 2006 og Solstad, 2007). Ulik pasientsammensetning, registreringspraksis og oppsplitting av henvisningsperioder medfører at det er usikkerhet om datakvaliteten og sammenlignbarheten mellom helseforetakene

Resultatene over illustrerer kompleksiteten, og at det ikke er enkelt å analysere sammenhengen mellom aktivitetsnivå og kapasitet.

Psykisk helsevern for barn og unge

Det er liten variasjon i gjennomsnittlig ventetid mellom tidligere Helse Øst og Helse Sør, hhv 76 og 72 dager, hvilket er betydelig lavere enn landsgjennomsnittet (87 dager).

Figur 27 Gjennomsnittlig ventetid til behandling (ordinært avviklede) per helseforetak. Data fra 2006. Psykisk helsevern for barn og unge



- For Psykiatrien i Vestfold HF er det brukt tall fra 2005
- Det er usikkert om kvaliteten på Sørlandet sykehus HF er tilfredsstillende i 2006. I 2005 var ventetiden 45 dager.

Figuren viser store variasjoner i gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene innen psykisk helsevern for barn og unge. Variasjonen i gjennomsnittlig ventetid er fra 23 dager til 114 dager i 2006.

Det er usikkert hvorvidt den store variasjonen i ventetid mellom helseforetakene i tidligere Helse Øst og Sør er reell, eller om det indikerer variasjoner i behandlings-/registreringspraksis i forhold til når den enkelte pasient tas av ventelisten. Innen psykisk helsevern for barn og unge benyttes NPR-melding som grunnlag for beregning av ventetid. I motsetning til VENTSYS uttrekket (hvor ventetiden avsluttes ved andre poliklinikkbesøk eller ved innleggelse), baseres NPR-melding på at ventetiden avsluttes i henhold til forskriften, hvor det er den enkelte lege som bestemmer når medisinsk behandling er påbegynt og ventetid avsluttet. Det er et spørsmål om måten dette gjøres på er ensartet og standardisert mellom helseforetakene.

Som tidligere vist er det på Ringerike, Telemark, Blefjell og Østfold at det behandles flest pasienter i forhold til innbyggertallet. I figuren ovenfor fremgår det at den gjennomsnittlige ventetiden er lengre på det nærmeste helseforetaket til tre av de fire områdene. Dette gjelder for Sykehuset Østfold HF, Blefjell sykehus HF og Sykehuset i Telemark HF. Resultatene indikerer at det høye aktivitetsnivået påvirker ventetiden til behandling.

3.2.4 Variasjoner i produktivitet

I SAMDATA presenteres indikatorer som gir uttrykk for produktiviteten ved helseforetakene innen psykisk helsevern. Som grunnlag for fremstillingene brukes mål på aktivitet som antall behandlede pasienter, tiltak, konsultasjoner og utskrivinger) og ressursinnsats (årsverk).

I SAMDATA (Pedersen, 2007) er det foretatt en gjennomgang av produktivetsindikatorer innen psykisk helsevern for barn og unge. Endringer i behandlingspraksis, pasientsammensetning og registreringspraksis de senere årene medfører at den indikatoren som i størst grad gir uttrykk for produktivitet er antall pasienter per fagårsverk. Indikatorer som legger til grunn tiltak per fagårsverk bør tolkes med forsiktighet. Nedenfor brukes derfor kun antall pasienter per fagårsverk.

Innen psykisk helsevern for voksne brukes antall konsultasjoner per fagårsverk og antall utskrivinger per årsverk som indikator på produktivitet. Disse presenteres nedenfor.

Det er imidlertid to forhold som vil innvirke på resultatene. Antall konsultasjoner er et sammensatt begrep (Pedersen, 2007). I hovedsak dekker antall konsultasjoner kontakter mellom pasient og behandler, men kan også omfatte møter med førstelinjen. For det andre er det grunn til å anta at de nye takstene har ført til at registrering og rapportering av konsultasjoner har økt sammenlignet med tidligere – for samme virksomhet og aktivitet. Dette gjelder innen psykisk helsevern for barn og unge og for voksne. Kvaliteten på dataene innen psykisk helsevern for voksne er for dårlige til å beregne konsultasjoner per pasient og antall pasienter per fagårsverk (Solstad, 2007).

For at en skal kunne utvikle produktivetsindikatorer med bedre kvalitet, enn de som er tilgjengelige i dag, forutsetter dette bedre grunnlagsdata.

Bruken av fagårsverk er beregnet som gjennomsnittet mellom punktelling for to år, og tar med det høyde for endringer i løpet av året.

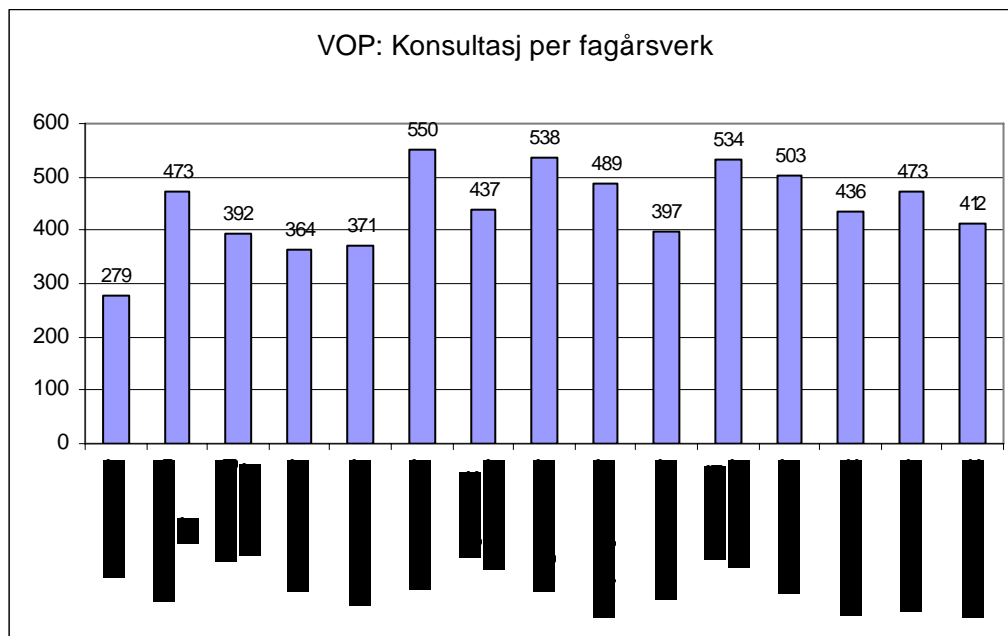
Psykisk helsevern for voksne

Figuren nedenfor viser store variasjoner i omfanget av konsultasjoner per fagårsverk mellom helseforetakene. Sykehuset Østfold HF fremstår nedenfor som det helseforetaket med den

laveste produktiviteten, med 279 konsultasjoner per fagårsverk. Sykehuset Innlandet HF fremstår som mest produktiv med 550 konsultasjoner per fagårsverk.

Andre helseforetak som fremstår med mange konsultasjoner per fagårsverk er Ringerike sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF (over 500 kons per fagårsverk).

Figur 28 Antall konsultasjoner per fagårsverk per helseforetak. Psykisk helsevern for voksne. Data fra 2006.



I hvilken grad er konsultasjoner per fagårsverk et uttrykk for produktivitet?

De variasjoner i produktivitet, målt som antall konsultasjoner per fagårsverk, kan ha flere forklaringer.

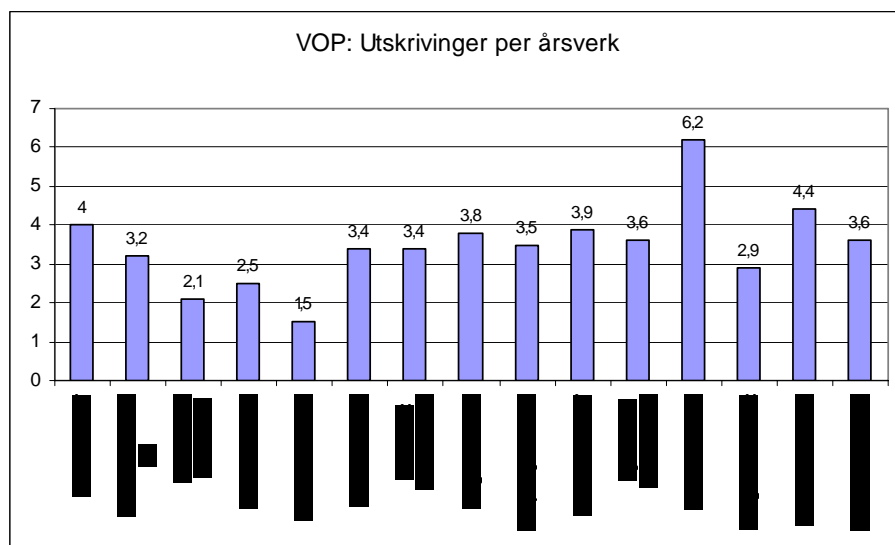
- De variasjoner som fremgår ovenfor kan være uttrykk for reelle produktivetsvariasjoner.
- Forskjeller i produktivitet kan også skyldes variasjoner i behandlingspraksis, dvs omfang av innleggelser og poliklinisk virksomhet (kapasitet). I den grad det er ulikheter i behandlingspraksis mellom helseforetakene vil dette påvirke hvor mye personellressurser som brukes på innlagte og polikliniske pasienter. Det medfører at det er utfordrende å foreta sammenligninger på tvers av helseforetak, men at slike produktivetsindikatorer er mest egnet til at det enkelte helseforetak kan følge egen utvikling over tid.
- Forskjeller i produktivitet kan også skyldes forskjeller i registreringspraksis. I konsultasjonsbegrepet inngår både konsultasjoner med og uten pasienten tilstede. Konsultasjoner uten pasienter omfatter bla telefonkonsultasjoner. De senere årene har det vært en sterk økning i omfanget av telefonkonsultasjoner. Til eksempel fra tidligere Helse Øst er det store variasjoner i omfanget av telefonkonsultasjoner (i forhold til totalt antall konsultasjoner). På Sykehuset Østfold HF utgjør telefonkonsultasjoner tre prosent av alle konsultasjoner, mens det på andre helseforetak utgjør om lag 20 prosent. Det er derfor nærliggende at slike registreringstekniske forhold er medvirkende til de variasjoner i produktivitet som fremstår ovenfor. Slike registreringstekniske forhold er ikke eneste årsaken til

produktivtetsvariasjoner, da Sykehuset Innlandet HF har den samme lave andelen telefonkonsultasjoner.

I figur 5 viste vi at det er forskjeller i omfanget av polikliniske konsultasjoner mellom opptaksområdene. Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Telemark og Sykehuset Innlandet hadde i 2006 flest polikliniske konsultasjoner, sammenlignet med de øvrige områdene. Færrest polikliniske konsultasjoner hadde befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Østfold. Dette indikerer at behandlingspraksis, her målt som omfanget av poliklinisk virksomhet, har betydning for hvordan en kommer ut i produktivtetsfremstillingene.

For å få et mer helhetlig bilde er det viktig å se ovennevnte i sammenheng med en annen produktivtetsindikatorer; antall utskrivinger per årsverk. Denne er fremstilt nedenfor:

Figur 29 Antall utskrivinger per årsverk per helseforetak. Psykisk helsevern for voksne. Data fra 2006.



Figuren viser at helseforetak i tidligere Helse Øst fremstår med færre utskrivinger per årsverk sammenlignet med tidligere Helse Sør. I tidligere Helse Sør er det først og fremst Sørlandet sykehus HF som skiller seg ut med flest utskrivinger per årsverk (6,2) i 2006. Til sammenligning hadde Ullevål universitetssykehus HF 1,5 utskrivinger per årsverk i 2006.

I figur 3 viste vi antall utskrivinger per 10 000 innbyggere i 2006, hvor befolkningen på Sørlandet skilte seg ut med langt flere utskrivinger i forhold til innbyggertallet sammenlignet med de andre områdene. Nest flest utskrivinger hadde befolkningen i Østfold. Områder hvor befolkningen hadde relativt sett færre utskrivinger var Akershus, Asker og Bærum og Ringerike. I figuren over ser en at Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Asker og Bærum HF fremstår blant de minst produktive helseforetakene.

Produktivtetsindikatoren ovenfor tar ikke høyde for variasjon i behandlingspraksis (les: hvilket omsorgsnivå en behandler pasientene på). Som vist har befolkningen i Østfold et lavt omfang av polikliniske konsultasjoner og fremstår som minst produktiv sammenlignet med de andre helseforetakene. Figur 4 viser at befolkningen har et høyt antall utskrivinger sammenlignet med befolkningen for øvrig. En konsekvens av dette er at Sykehuset Østfold fremstår blant de mest produktive, når en måler antallet utskrivinger per årsverk.

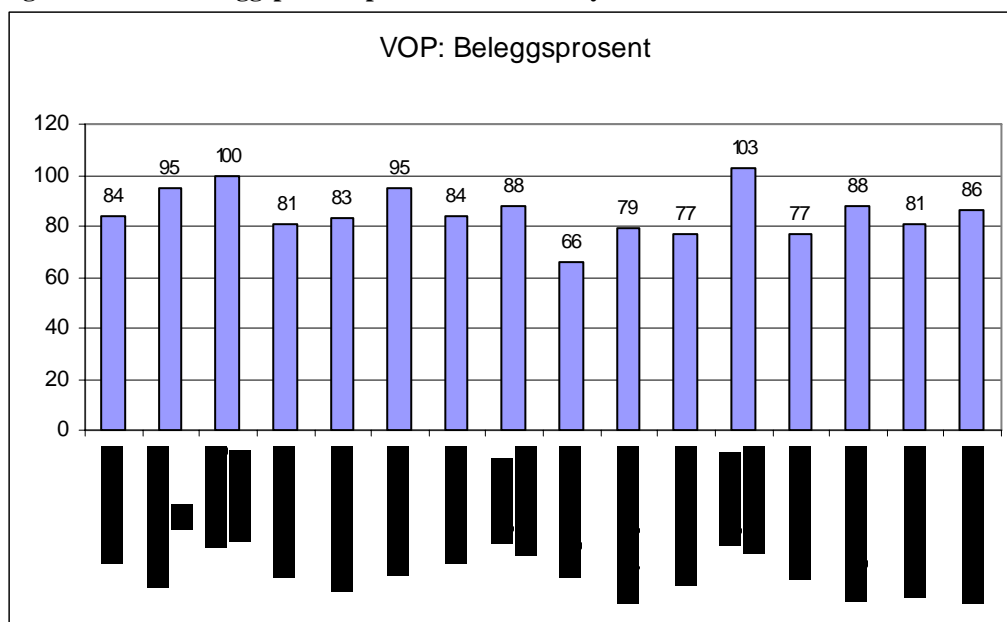
Befolkningen i Oslo og Follo skiller seg som tidligere ut med langt flere oppholdsdøgn og bruk av personellressurser sammenlignet med den øvrige befolkningen. Dette er medvirkende til at Ullevål universitetssykehus HF i figuren over fremkommer som lite

produktiv sammenlignet med de andre helseforetakene. I SAMDATA 2007 fremkommer det at Helse Øst har en større andel pasienter med liggetid 1-3 mnd og over 3 måneder sammenlignet med de andre regionene. I hvilken grad dette er et uttrykk for annen behandlingspraksis og/eller annen pasientsammensetning er usikkert.

De anvendte produktivetsindikatorerne ovenfor må tolkes med varsomhet. En bør arbeide videre med å heve datakvaliteten på en slik måte at det bidrar til at en kan legge til grunn aktivitet, målt som antall pasienter til grunn i produktivetsfremstillinger.

Beleggsprosenten er ett uttrykk for kapasiteten til det enkelte helseforetak. I den grad aktiviteten til befolkningen i et helseforetaksområde er høy og beleggsprosenten til helseforetaket ikke avviker fra andre, så kan det være et uttrykk for høy kapasitet. Figuren nedenfor viser beleggsprosenten til det enkelte helseforetak i 2006.

Figur 30 Beleggsprosent per helseforetak. Psykisk helsevern for voksne. Data fra 2006.



Som det fremgår av figuren varierer beleggsprosenten fra 66 prosent ved Ringerike sykehus HF til 103 prosent på Sykehuset Telemark HF. Landsgjennomsnittet er på 86 prosent, hvilket er om lag den anbefalte beleggsprosenten fra Helsetilsynet.

Flest oppholdsdøgn har befolkningen i Oslo og Follo, Telemark og Asker og Bærum (se figur 4). Som vist i figuren ovenfor har både Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Asker og Bærum HF en høy beleggsprosent, hhv 103 og 100 prosent. Når det gjelder befolkningen i Oslo og Follo har disse relativt sett langt flere oppholdsdøgn sammenlignet med regionen for øvrig. Beleggsprosenten ved Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF er hhv 83 og 81 prosent, hvilket indikerer at kapasiteten er høy på flere helseforetak i Oslo-området.

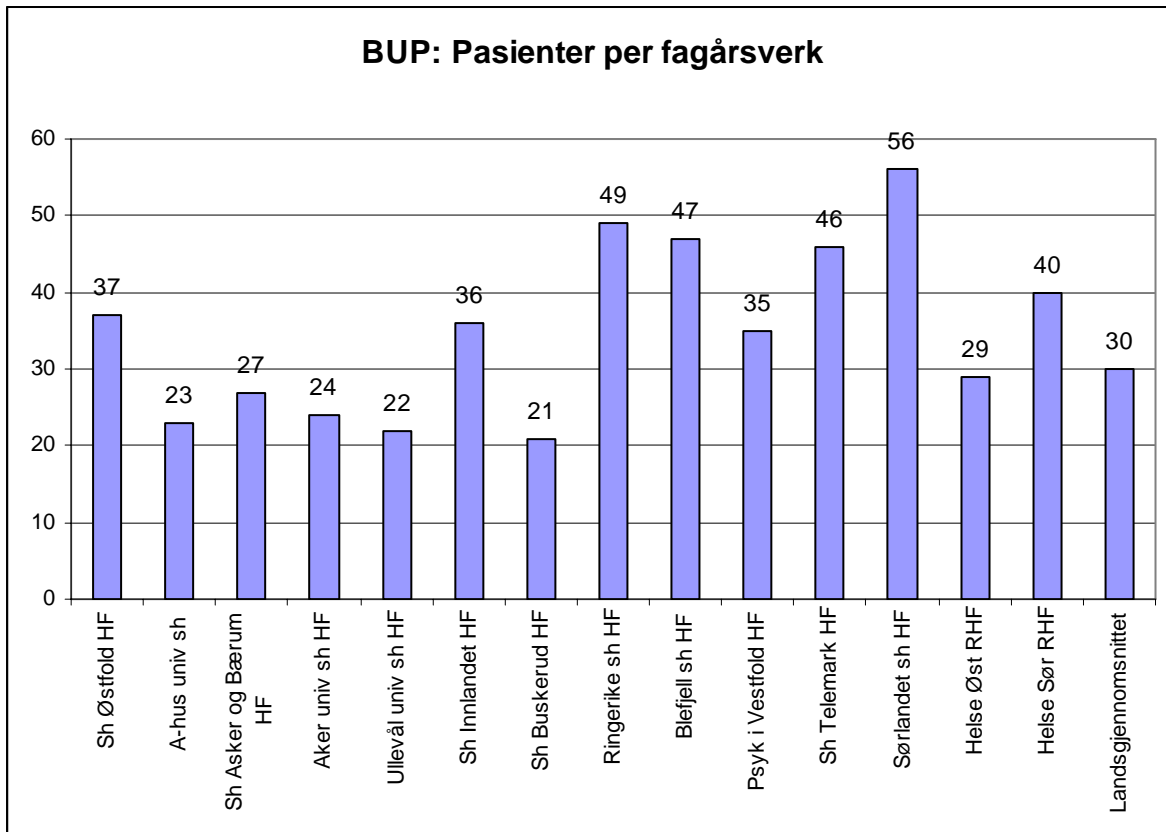
En annen indikasjon på god kapasitet ser en ved Ringerike sykehus HF. Selv om befolkningen i opptaksområdet til Ringerike har færrest oppholdsdøgn sammenlignet med den øvrige befolkningen, er beleggsprosenten lavest ved dette helseforetaket.

Psykisk helsevern for barn og unge

Innen psykisk helsevern for barn og unge brukes antall pasienter per årsverk som produktivitetsindikator. Indikatoren fremstår som en robust indikator, og er tilnærmet uavhengig av registreringsendringer.

Helseforetak i tidligere Helse Sør fremstår med en høyere produktivitet, målt som antall pasienter per årsverk, sammenlignet med tidligere Helse Øst. Det ble behandlet henholdsvis 40 og 29 pasienter per årsverk i 2006.

Figur 31 Antall pasienter per fagårsverk fordelt per helseforetak. Psykisk helsevern for barn og unge. Data fra 2006.



Flest pasienter i forhold til årsverk var det i 2006 på Sørlandet sykehus HF, Ringerike sykehus HF og Blefjell sykehus HF. Her ble det behandlet hhv 56, 49 og 47 pasienter per årsverk.

Den høye produktiviteten ved først og fremst Ringerike sykehus HF og Blefjell sykehus HF bidro derfor til at det ble behandlet flest pasienter i disse områdene i 2006 (se figur 1).

3.3 Sammendrag

3.3.1 Regionale variasjoner i aktivitet og ressursbruk

Ressursinnsatsen til psykisk helsevern per innbygger var i 2006 høyere enn landsgjennomsnittet for befolkningen i tidligere Helse Øst, mens den var betydelig under landsgjennomsnittet i tidligere Helse Sør. Dette gjelder uavhengig av om en legger personellinnsats eller driftskostnader.

I SAMDATA 2007 fremgår det at i alle helseregioner, med unntak av Helse Øst, har veksten i personellressurser vært langt sterkere innen psykisk helsevern for barn og unge enn innen psykisk helsevern for voksne. Helse Øst ha hatt en relativt sett lik utvikling for de to tjenestene.

Psykisk helsevern for barn og unge

Innen psykisk helsevern for barn og unge behandles mer enn 96 prosent av pasientene poliklinisk. Det er derfor virksomheten ved poliklinikkene som bestemmer dekningsgraden (antall behandlede pasienter).

I tabellen nedenfor er de viktigste driftsindikatorerne samlet. Kategoriseringen er hentet fra Pedersen (2007).

Tabell 2 Personellinnsats totalt, andel personell i poliklinikk, produktivitet (pasienter per behandler) og samlet dekningsgrad (pasienter i prosent av befolkningen). Psykisk helsevern for barn og unge. Relativt nivå mellom helseregionene. 2006

Driftsindikatorer	Helse Øst	Helse Sør
Personelldekning totalt	Høy	Lav
Andel i poliklinikk	Lav	Høy
Produktivitet	Lav	Høyest
Dekningsgrad	Middels	Høy

Som tabellen viser skiller Helse Øst og Sør seg fra hverandre på driftsindikatorerne. Helse Øst fremstår med høy personelldekning, men med en lavere andel personell i poliklinikk og lav produktivitet sammenlignet med de andre regionene. Dekningsgraden er på gjennomsnittet.

Helse Sør fremstår med lav personelldekning, høy andel personell i poliklinisk virksomhet, som den mest produktive regionen og høy dekningsgrad sammenlignet med de andre regionene.

Innen psykisk helsevern for barn og unge så var det i 2006 flere pasienter som fikk behandling i tidligere Helse Sør sammenlignet med tidligere Helse Øst. Befolkningen i Helse Sør brukte også langt færre personellressurser sammenlignet med befolkningen i Helse Øst. I tillegg var den gjennomsnittlige ventetiden noen dager lavere i Helse Sør enn i Helse Øst.

Selv om knappe 6 prosent av pasientene innen tjenesten barn og unge behandles ved døgn- eller dagavdelinger, står denne delen av virksomheten for 48 prosent av personellinnsatsen. Omfanget av døgnplasser er høyest i tidligere Helse Øst, om lag dobbelt så høy dekningsgrad som tidligere Helse Sør i 2006. Som følge av dette er det stor forskjell i personelldekningen på døgn- og dagavdelingene mellom regionene.

Tabellen illustrerer betydningen av ulikhet i organisering av tjenestene (inklusive personell) og behandlingspraksis og produktivitet i forhold til dekningsgraden. Som tidligere vist var den gjennomsnittlige ventetiden i tillegg noe lavere for tidligere Helse Sør enn Helse Øst i 2006

Psykisk helsevern for voksne

Driften av døgnavdelingene utgjør 85 prosent (målt ved personellinnsatsen) av ressursinnsatsen for voksne. Samtidig er dette den mest kostbare behandlingsformen, målt i ressursinnsats per behandlet pasient. Avgjørende for aktiviteten og kapasiteten i tjenesten blir dermed andel av ressursinnsatsen som knyttes opp mot døgnavdelingene, og måten døgntilbudet blir organisert på.

Tidligere Helse Øst har, både målt ved personellinnsats ved døgnavdelingene og døgnplasser, høyere dekningsgrad enn de øvrige regioner. På grunn av lav produktivitet (få utskrivinger per årsverk pga lang varighet av oppholdene) kommer Helse Øst ut med det lavere forbruk av tjenester, målt som døgnopphold og utskrivinger sammenlignet med tidligere Helse Sør og de andre regionene. Befolkningen i Helse Øst har imidlertid langt flere oppholdsdøgn i forhold til innbyggertallet. Regionen har betydelig flere døgnplasser (på sykehus) sammenlignet med tidligere Helse Sør.

Tidligere Helse Sør har en lavere personelldekning enn de andre regionene, først og fremst knyttet til døgnbehandling. Helse Sør har den største veksten i personelldekning knyttet til poliklinisk virksomhet blant regionene. Til tross for lavere personelldekning har befolkningen i Helse Sør et høyere forbruk av sykehustjenester enn Helse Øst, både når en legger antall døgnopphold, utskrivinger og polikliniske konsultasjoner til grunn. Regionen fremstår som den mest produktive målt som antall polikliniske konsultasjoner per fagårsverk.

Omfanget av oppholdsdøgn i Helse Øst er en mulig forklaring på den høyere bruken av personellressurser og høyt kostnadsnivå. Det er ikke gjort særskilte vurderinger av hvorfor befolkningen i tidligere Helse Øst har betydelig flere oppholdsdøgn sammenlignet med andre.

Den gjennomsnittlige ventetiden til behandling var i 2006, noe kortere i Helse Sør sammenlignet med Helse Øst. En ser derfor at det brukes mindre ressurser på befolkningen i Helse Sør, både målt i penger og personell, aktiviteten er høyere, mer poliklinikk og mindre innleggelse (kortere opphold) og kortere gjennomsnittlig ventetid. Resultatene indikerer at ulikheter med tanke på organisering av tjenestene og behandlingspraksis.

3.3.2 Variasjoner i aktivitet og ressursbruk innen regionen

Lik tilgang på helsetjenester uavhengig av bosted er et sentralt mål i norsk helsepolitikk. Forskjellene i bruk av tjenester og ressursinnsats er gjennomgående større når en sammenligner helseforetaksområder enn når en sammenligner helseregioner. Tall på regionnivå dekker over betydelige forskjeller mellom foretaksområdene internt i helseregionene.

Det framkommer i notatet at det er store variasjoner i aktivitet og bruk av personellressurser mellom befolkningen innenfor helseregionene. Dette gjelder både innen psykisk helsevern for barn og unge samt voksne. Når en ser ulike indikatorer knyttet til aktivitet og ressursbruk i sammenheng, er det en fare for feiltolkninger, først og fremst pga noe dårlig datakvalitet.

Psykisk helsevern for barn og unge

Det er vist at det er geografiske variasjoner i forhold til hvor stor andel barn og unge som fikk behandling i 2006. I områdene Ringerike og Telemark var det hhv 6,2 og 5,5 per 100 barn som fikk behandling, mens det var 4 barn og unge per 100 innbyggere i Vestfold.

Det fremgår i notatet at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom bruk av personellressurser og aktivitet (målt som antall behandlede pasienter). Eksempel på dette er:

- Oslo og Follo (høyest på bruk av personell, men ikke antall behandlede pasienter)
- Akershus (høy på personell, blant de laveste på antall behandlede pasienter)
- Telemark (lavest på personell og blant de høyeste på antall behandlede pasienter)
- Asker og Bærum: (godt samsvar – lav på personell og antall behandlede pasienter)

Resultatene over gir ingen entydige og klare sammenhenger mellom aktivitetsnivå og bruk av personellressurser. Det innebærer at bruk av aktivitets- eller ressursinnsatsmål kan gi ulike resultater.

Det er store geografiske variasjoner i omfang av døgnplasser. Befolkningen i Akershus har 6,3 plasser per 10 000 innbyggere hvilket er betydelig mer enn befolkningen for øvrig. Til sammenligning bruker befolkningen i Buskerud, Ringerike og Sørlandet fra 1 til 1,8 døgnplasser per 10 000 innbyggere. Det innebærer at befolkningen i Akershus bruker 3-6 ganger så mange døgnplasser som områder det her er sammenlignet med.

Det er tydelig at hvor stor andel av personellressursene som brukes på hhv poliklinikk og døgn/dagavdelinger, samt produktiviteten i poliklinikkene har betydning for dekningsgraden målt i antall behandlede pasienter (Pedersen, 2007). Som vist er det flest barn og unge på Ringerike som fikk behandling i 2006. Omfanget av personellressurser som ble brukt skiller seg ikke ut fra gjennomsnittet for regionene. En ser imidlertid at befolkningen bruker få døgnplasser. Ringerike sykehus HF fremstår også som med høy produktivitet sammenlignet med andre helseforetak.

Innen psykisk helsevern for barn og unge brukes pasienter per fagårsværk som indikator på produktivitet. I de områder hvor flest pasienter fikk behandling i 2006, så fremstår helseforetakene i disse områdene med høy produktivitet.

Som tidligere vist er det på Ringerike, Telemark, Blefjell og Østfold at det behandles flest pasienter i forhold til innbyggertallet. Den gjennomsnittlige ventetiden er lengre på det nærmeste helseforetaket til tre av de fire områdene, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Dette gjelder for Sykehuset Østfold HF, Blefjell sykehus HF og Sykehuset i Telemark HF. Resultatene indikerer at det høye aktivitetsnivået påvirker ventetiden til behandling.

Resultatene i notatet illustrerer at det er flere forhold som forklarer de variasjoner en ser i forbruksmønster. Dette gjelder både ulikhet i organisering av tjenestene (inklusive bruken av personellressurser), behandlingspraksis og produktivitet.

Psykisk helsevern for voksne

Det er relativt god sammenheng mellom de ulike indikatorene som er benyttet for å beskrive aktiviteten for mange av foretaksområdene.

Det synes som om befolkningen i Oslo og Follo skiller seg ut ved at de har langt flere oppholdsdøgn enn den øvrige befolkningen. En ser at i de områder hvor befolkningen har relativt sett flest oppholdsdøgn er beleggprosenten også høyere på helseforetakene. Tilsvarende gjelder også for beleggprosenten i de områder hvor befolkningen har relativt sett færre oppholdsdøgn. Slike sammenhenger er naturlige og opplagte, men indikerer også betydningen av den gjennomsnittlige liggetiden til pasientene. Det foreligger ikke slike oversikter, men det er grunn til å anta at den er lengre for befolkningen i Oslo og Follo sammenlignet med den øvrige befolkningen.

Den variasjon en ser i forbruksmønster, som nevnt ovenfor kan skyldes flere forhold som ulik organisering av tjenestene (sykehus/DPS/poliklinikk), behandlingspraksis (omsorgsnivå, liggetider) og kapasitet.

For noen områder er samsvaret ikke like entydig, for eksempel befolkningen i Asker og Bærum, Oslo og Follo, Telemark og på Sørlandet. Dette kommenteres kort nedenfor.

Befolkningen i Asker og Bærum fremstår med et lavt omfang av døgnopphold og utskrivinger, men relativt mange oppholdsdøgn. Dette indikerer at den gjennomsnittlige liggetiden er høyere for befolkningen sammenlignet med gjennomsnittet, Omfanget av

oppholdsdøgn er sannsynligvis forklaringen på at bruken av personellressurser er som gjennomsnittet for befolkningen. Tilsvarende gjelder også for befolkningen i Oslo og Follo, som skiller seg spesielt ut når det gjelder antall oppholdsdøgn og bruken av personellressurser.

Befolkningen i Telemark fremstår med et lavt omfang av døgnopphold og utskrivinger, men relativt mange oppholdsdøgn. Dette indikerer at den gjennomsnittlige liggetiden er høyere for befolkningen sammenlignet med gjennomsnittet. Men i motsetning til befolkningen i områdene nevnt ovenfor, så bruker befolkningen i Telemark færre personellressurser enn gjennomsnittet. Det er vanskelig å forklare denne manglende sammenhengen mellom indikatorene.

Befolkningen på Sørlandet fremstår med et høyt omfang av døgnopphold og utskrivinger, men lavt omfang av oppholdsdøgn og bruk av personellressurser. Det kan være flere forklaringer på en slik manglende sammenheng mellom aktivitetsnivå og bruk av personellressurser. Eksempel på dette er: kortere gjennomsnittlig liggetid, pasientsammensetning og behandlings/registreringspraksis (se innledningsvis om korte opphold og registrering).

Det kan synes som at det er forskjeller i registrerings- og eller behandlingspraksis mellom helseforetakene. Et eksempel på dette ser en for befolkningen i opptaksområdet til Sørlandet sykehus. Befolkningen har klart flest døgnopphold (innleggelses) sammenlignet med øvrig befolkning, men har relativt få oppholdsdøgn, hvilket indikerer enten kortere liggetid, flere korte opphold osv.. .

Det er ikke lett å se noen sammenheng mellom forbruksrate og gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helsevern for voksne. Områder hvor befolkningen har et høyt aktivitetsnivå, for eksempel i Østfold, Oslo og Follo og Sørlandet, skiller seg ikke ut ved at den gjennomsnittlige ventetiden er noe kortere på helseforetakene i disse opptaksområdene. Det er imidlertid slik at den gjennomsnittlige ventetiden er kortest på flere av helseforetakene hvor befolkningen i opptaksområde har et relativt lavt aktivitetsnivå. Psykiatrien i Vestfold er et eksempel på at befolkningen har et lavt aktivitetsnivå og lav på bruk av personellressurser og korte ventetider sammenlignet med de andre områdene.

Det fremgår i notatet en diskusjon om ulike produktivitetsmål innen psykisk helsevern. Indikatorene er beheftet med noe usikkerhet, og det fremgår hvorfor det er vanskelig å bruke disse som forklaringsfaktor på de observerte forbruksmønstre.