

SAMDATA Somatikk 2003

Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003

Beate M. Huseby
(red)

SINTEF Helse
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 73 59 63 61

Rapport 1/04

ISBN 82-446-0998-2
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: Kari Fagerberg, TAPIR UTTRYKK

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

**SINTEF****SINTEF Helse**
HelsetjenesteforskningPostadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

SAMDATA somatikk 2003

FORFATTER(E)

Beate M. Huseby (red)

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A045015	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-446-0998-2	PROSJEKTNR. 78H024.30	ANTALL SIDER OG BILAG 350
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853\Prosjekt\78I020.30		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Beate M. Huseby <i>Beate M. Huseby</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 28/9-2004	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Kari Nyland, forskningssjef <i>Kari Nyland</i>	

SAMMENDRAG

Fra 2002 til 2003 økte aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten med 9,1 prosent (eksklusive polikliniske konsultasjoner som økte med 5,9 prosent). Dagbehandlingene økte med 17,3 prosent, mens økningen i døgnopphold var på 5,3 prosent.

De totale driftsutgiftene til den somatiske spesialisthelsetjenesten økte med 5 prosent, og omtrent halvparten av denne økningen kan tilskrives ny aktivitet i 2003 (tilskudd til behandlingshjelpemidler, opptreningsinstitusjoner og nye private sykehus). Refusjonene fra innsatsstyrt finansiering (ISF) økte med 12,9 prosent. Den relativt sterke økningen i refusjoner fra ISF henger både sammen med en økning i DRG-aktiviteten og en økning av DRG-refusjonen fra 55 til 60 prosent i 2003.

Årsverkene økte totalt med 3,2 prosent, mens legeårsverkene økte med 4,1 prosent.

Når økningen i aktivitet er langt høyere enn økningen i utgiftsnivå og årsverk, betyr det at ressursutnyttelsen i sektoren er bedret.

Tilgjengeligheten til somatiske sykehustjenester i form av redusert ventetid er også økt. I 1. tertial 2004 er antallet registrerte ventende redusert med 5 prosent i sammenligning med samme periode i 2003.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehus	Hospitals
EGENVALGTE	Statistikk	Statistics

Forord

Formålet med SAMDATA Somatikk er å presentere bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten i den somatiske sektoren. Målet er at SAMDATA Somatikk skal gi et godt grunnlag for styring, planlegging, evaluering og forskning om sektoren. Arbeidet med rapporten tar utgangspunkt i hovedmålene for helsetjenesten, og fokuserer særlig på de helsepolitiske målene om:

- *God tilgang til helsetjenester av god kvalitet for alle innbyggere i Norge, uavhengig av bosted, kjønn og alder*
- *Effektiv utnyttelse av offentlige ressurser*

Disse målsettingene belyses på mange ulike måter i rapporten og er eksempelvis sentralt i kapittel 2 (Effektivitetsutviklingen) og i kapittel 3 som analyserer i hvilken grad aktivitetssøkningen har bidratt til økt tilgjengelighet til sykehustjenester. Effektiv utnyttelse av ressursene er også utgangspunktet for del II av rapporten som beskriver utviklingen i ressursutnyttelsen siste år på et detaljert nivå, mens utviklingen i tilgjengelighet beskrives nærmere i del III som omhandler de regionale helseforetakenes "sørge-for-ansvar". I del IV av rapporten settes det fokus på organiseringen av helsetjenestetilbudet og det påpekes at organiseringen kan ha betydning for å oppnå målene om god tilgjengelighet og effektiv ressursutnyttelse.

SAMDATA Somatikkrapport 2003 er en syntese av de tidligere SAMDATA Sykehus Tabeller og SAMDATA Sykehus Rapport og inneholder beskrivelser av både kostnadsnivå, utgifter og finansiering av den somatiske spesialisthelsetjenesten, befolkningens bruk av sykehustjenester og ventetidsutviklingen per 1. tertial 2004, utviklingen i reinnleggelser og bruk av dagkirurgi, samt variasjoner i bruk av laparoskopi ved ulike prosedyrer. Det settes også fokus på de eldste pasientene i flere av kapitlene.

Rapporten er utarbeidet av SINTEF Helse Helsetjenesteforskning på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Kontaktperson i Sosial- og helsedirektoratet har vært Marit Getz Wold. Det er også opprettet en kontaktgruppe for det samlede SAMDATA-prosjektet som har avholdt to møter i 2004.

Marit Pedersen, Ivar Pettersen, Solveig Ose og Heidi Torvik har kontrollert og bearbejdet regnskapsdata, og Heidi Torvik har vært prosjektleder for kvalitetskontrollen av disse dataene. Thomas Halvorsen har kvalitetskontrollert og bearbejdet personell- og sengedata. Ronny Jørgenvåg har vært prosjektleder for det samlede SAMDATA-prosjektet, med ansvar for kontakt med oppdragsgiver. Undertegnede har hatt ansvaret for tilrettelegging og bearbejding av pasientdata, og har vært prosjektleder for denne rapporten. Rapportens ulike bidrag er gjort presentable og sydd sammen av prosjektsekretær Hanne Kvam. Tove waagan har tilrettelagt rapporten på internett, se <http://www.samdata.sintef.no/>.

Pasientdata er innsamlet og kvalitetskontrollert av Norsk Pasientregister (NPR). Statistisk Sentralbyrå (SSB) har samlet inn data for senger, personell, utgifter og finansiering. Data er kvalitetskontrollert i samarbeid med SINTEF Helse.

Trondheim, 26. september 2004

Beate M. Huseby (red.)

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	11
Figuroversikt	21
Om SAMDATA Somatikk sektorrapport	25
Del I Nasjonale utviklingstrekk	29
1 Utviklingen nasjonalt siste år	31
Beate M. Huseby	
1.1 Nøkkeltall 2003	31
1.2 Aktivitet og bruk av sykehustjenester	32
1.3 Personell og senger	33
1.4 Utgifter og finansiering	33
1.5 Ressursutnyttelsen	34
1.6 Ventelister og ventetider	34

2	Effektivitetsutviklingen.....	35
	Solveig Osborg Ose og Jon Magnussen	
2.1	Innledning	35
2.2	Begreper, datagrunnlag og metode.....	35
2.3	Utvikling i effektivitet på nasjonalt nivå.....	36
2.4	Utvikling i effektivitet på regionalt nivå	38
2.5	Er effektivitet avhengig av størrelsen på sykehusene?	42
2.6	Mindre forskjeller i effektivitet mellom sykehus	42
2.6.1	Forskjeller mellom sykehus – nasjonalt nivå	42
2.6.2	Forskjeller mellom sykehus – regionalt nivå	43
3	Aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2003 i lys av styringssignal fra offentlige myndigheter.....	47
	Beate M. Huseby	
3.1	Innledning	47
3.2	Endrede signaler fra offentlige myndigheter	48
3.3	Aktivitetsutviklingen i henhold til type opphold	49
3.4	Økningen i medisinske og kirurgiske DRG	52
3.5	Økt tilgjengelighet for pasienter med sykdommer i nervesystemet, sirkulasjonssystemet og muskler/skjelett	54
3.6	Aktivitetsutviklingen i henhold til reinnleggelser og serieopphold.....	57
3.7	Aktivitetsutviklingen for de eldste pasientene	60
3.8	Avsluttende kommentar: er de regionale helseforetakene på rett vei for å møte morgendagens problem?	63
4	Regional utvikling i senger og personell 1999 – 2003	65
	Thomas Halvorsen	
4.1	Innledning	65
4.2	Utviklingen i effektive senger 1999-2003.....	66
4.3	Utviklingen i personell 1999-2003	67
4.3.1	Helseregion Øst	68

4.3.2	Helseregion Sør	69
4.3.3	Helseregion Vest.....	69
4.3.4	Helseregion Midt-Norge.....	70
4.3.5	Helseregion Nord	71
4.3.6	Personell totalt 1999-2003	72
4.4	Oppsummering.....	72
Del II Aktivitet og kostnader 2002-2003		75
5	Ressursutnyttelse 2002-2003	77
	Heidi Torvik, Solveig Osborg Ose, Marit Pedersen, Ivar Pettersen	
5.1	Korrigerede opphold per årsverk og beleggprosent (DRG-sykehus)	77
5.2	Driftsutgifter per korrigerede opphold og liggedag (DRG-sykehus).....	78
5.3	Nærmere om ny forutsetning i beregningen av driftsutgifter til DRG-virksomhet ("poliklinikk-forutsetningen")	78
5.4	Andre sykehus.....	79
5.5	Aktivitet i forhold til ressursinnsats – regionnivå	80
5.6	Aktivitet i forhold til ressursinnsats – sykehus og helseforetak	82
5.7	Aktivitet og kostnader for andre sykehus.....	87
6	Aktivitet og liggetider ved DRG-sykehusene	91
	Heidi Torvik, Solveig Osborg Ose, Marit Pedersen, Ivar Pettersen	
6.1	Om datagrunnlaget	91
6.2	Pasientsammensetningen	92
6.3	Gjennomsnittlig liggetid	93
6.4	Oppholdenes sammensetning: andel døgnopphold, langtidsopphold og estimerte polikliniske kostnader	94
6.5	Aktivitet og liggetider for alle pasienter – regionnivå	95
6.6	Aktivitet og liggetider for alle pasienter – sykehus og helseforetak	97
6.7	Aktivitet og liggetider for pasienter over 80 år – regionnivå.....	106
6.8	Aktivitet og liggetider for pasienter over 80 år – sykehus og helseforetak.....	108

Del III "Sørge-for"-ansvaret i 2002 og 2003	115
7 Tilgjengelighet (ventetider)	117
Ronny Jørgenvåg	
7.1 Innledning	117
7.2 Datagrunnlag	118
7.3 Resultater	119
7.3.1 Nasjonalt	119
7.3.2 Helse Øst	119
7.3.3 Helse Sør	120
7.3.4 Helse Vest	121
7.3.5 Helse Midt-Norge	121
7.3.6 Helse Nord	122
7.4 Generell venteliste- og ventetidsutvikling	123
7.5 Antall ventende og ventetidsutvikling fordelt på fagområde	130
7.6 Ventetidsutviklingen for utvalgte pasientgrupper	133
8 Bruk av sykehustjenester 2002 og 2003	137
Beate M. Huseby	
8.1 Sterk økning i bruk av private sykehus fra 2002 til 2003	137
8.2 Utviklingen i elektive opphold og ø-hjelps-opphold	138
8.3 Utviklingen i liggedøgn	138
8.4 Aktivitetsutviklingen i henhold til hovedkapitlene i ICD10 og NCSP	139
8.5 Eldres bruk av sykehustjenester	140
8.6 Geografiske variasjoner i bruk av sykehustjenester	141
8.7 Definisjon av datagrunnlaget	142
8.8 Befolkningens bruk av sykehustjenester - regionnivå	143
8.9 Befolkningens bruk av sykehustjenester - 'HF-område'-nivå	149
8.10 Bruk av sykehustjenester blant eldre	153

9	Personell og senger	161
	Thomas Halvorsen	
9.1	Innledning	161
9.2	Personell	161
9.3	Effektive senger.....	162
9.4	Årsverk – nasjonalt nivå	162
9.5	Årsverk – regionalt nivå	165
9.6	Senger – regionalt nivå.....	167
9.7	Årsverk – HF-områder	168
10	Utgifter og finansiering	171
	Marit Pedersen, Solveig Osborg Ose, Ivar Pettersen, Heidi Torvik	
10.1	Nasjonale utviklingstrekk 2002-2003	171
10.2	Regionale utviklingstrekk 2002-2003	171
10.3	Nasjonale tall	172
10.4	Regionale tall	174
Del IV	Organiseringen av tjenestetilbudet	181
11	Pasientstrømmer.....	183
	Beate M. Huseby	
11.1	Utviklingen i pasientstrømmer fra 1999 til 2003	183
11.2	Utviklingen i pasientstrømmer mellom helseregionene 2002-2003.....	184
11.3	Utviklingen i pasientstrømmer innen helseregionene fra 2002 til 2003	185
11.4	Pasientstrømmer 2002- 2003 oppsummert	186
11.5	Pasientstrømmer mellom regionene	188
11.6	Andel bruk av Riks,- og Radiumhospitalet (regionnivå)	192
11.7	Andel bruk av eget helseforetak og regionsykehus – regionnivå	194
11.8	Andel bruk av Riks- og Radiumhospitalet etter HF-område	196
11.9	Andel bruk av eget helseforetak og regionsykehus etter HF-område	199

12	Dagkirurgi.....	203
	Beate M. Huseby	
12.1	Variasjoner mellom regioner og helseforetak i bruk av dagkirurgi.....	203
12.2	Datagrunnlag	204
13	Reinnleggelser i 2002 og 2003	213
	Beate M. Huseby og Stein Petersen	
13.1	Innledning	213
13.2	Utviklingen for befolkningen totalt	214
13.3	Utviklingen for de eldste pasientene	214
13.4	Definisjon og datagrunnlag - utviklingen i reinnleggelser fra 1996 til 2003	215
13.5	Reinnleggelser etter region (RHF) og pasientenes alder	217
13.6	Reinnleggelser etter helseforetak (HF) og pasientenes alder	219
14	Variasjoner i kirurgisk praksis – laparoskopi versus laparotomi	223
	Finn Egil Skjeldestad og Inger Johanne Bakken	
14.1	Innledning	223
14.2	Laparoskopiskolecystektomi.....	224
14.3	Laparoskopisk appendektomi.....	224
14.4	Laparoskopi ved gastroøsofageal refluksoperasjon	225
14.5	Laparoskopisk behandling av svangerskap utenfor livmoren	226
14.6	Kommentarer	227
	Del V Grunnlagsdata	235
	Grunnlagsdata effektivitet og produktivitet.....	237
	Grunnlagsdata utgifter og finansiering	247
	Grunnlagsdata senger og personell	263
	Grunnlagsdata pasientdata	285

VI Vedlegg	295
Vedlegg 1 Oversikt over hvilke enheter som inngår i datamaterialet	297
Vedlegg 2 Datagrunnlag og definisjoner pasientdata.....	309
Vedlegg 3 Personell og senger.....	331
Vedlegg 4 Utgifter og finansiering	335
Vedlegg 5 Aktivitet og kostnader	341
Litteraturliste	345

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste i 2002 og 2003, samt endring i prosent fra 2002 til 2003.....	31
Tabell 2.1	Teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet, nasjonale tall – vektet og uvektet.	37
Tabell 2.2	Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – uvektet.	39
Tabell 2.3	Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – vektet.	40
Tabell 2.4	Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - uvektet.	40
Tabell 2.5	Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - vektet.	41
Tabell 2.6	Standardavviket i teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene.....	44
Tabell 2.7	Standardavviket i kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - uvektet.	45
Tabell 3.1	Aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2003 fordelt på ulike typer opphold og behandlinger. Rater per 1000 innbygger.....	50
Tabell 3.2	Rater for døgn og dagbehandling totalt per 10 000 innbygger etter hovedkapitler i ICD 10. Data fra 1999, 2001 og 2003 eksklusive rehabilitering, kjemoterapi, dialyse.....	55
Tabell 3.3	Aktivitetsøkningen fra 2001 til 2003 i henhold til engangsopphold, førsteopphold, reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp og fleropphold etter type opphold. Endring i antall opphold og prosentandel reinnleggelser og fleropphold.	58
Tabell 5.1	Korrigerte opphold per årsverk (tall i tusen), korrigerte opphold per behandlerårsverk (tall i tusen) og beleggspersent for 2003, samt prosentvis endring fra 2002 til 2003. RHF.	80
Tabell 5.2	Driftsutgifter DRG-virkosmet per korrigerte opphold og per liggedag og relativt kostnadsnivå for 2003, samt prosentvis endring fra 2002 til 2003. Avrundede tall. RHF.	80

Tabell 5.3	Korrigerte opphold per årsverk (tall i tusen), korrigerte opphold per behandlerårsverk (tall i tusen) og beleggsprosent for 2003, samt prosentvis endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.	82
Tabell 5.4	Driftsutgifter DRG-virksomhet per korrigerte opphold og per liggedag og relativt kostnadsnivå for 2003, samt prosentvis endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.	84
Tabell 5.5	Samlet antall opphold og antall heldøgnsopphold, gjennomsnittlig liggetid for alle opphold og for heldøgnsopphold i 2003, samt endring fra 2002 til 2003.	87
Tabell 5.6	Beleggsprosent og antall liggedager per årsverk (tall i tusen) og behandlerårsverk (tall i tusen) 2003, samt endring fra 2003 til 2002.	88
Tabell 5.7	Driftsutgifter per liggedag, per opphold og per korrigerte opphold, samt andel polikliniske inntekter. Løpende priser. Endring fra 2002 til 2003. Avrundede tall. Ikke DRG-sykehus.	89
Tabell 6.1	Antall korrigerte opphold, antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2003, samt endring fra 2002 til 2003. Regionale helseforetak.	95
Tabell 6.2	Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2003, samt endring fra 2002 til 2003. Regionale helseforetak.	95
Tabell 6.3	Andel døgnopphold, andel langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel estimerte polikliniske kostnader 2002 og 2003. Regionale helseforetak.	96
Tabell 6.4	Antall korrigerte opphold, antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2003, samt endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.	97
Tabell 6.5	Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2003, samt endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.	100
Tabell 6.6	Andel døgnopphold, andel langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel estimerte polikliniske kostnader 2002 og 2003. Helseforetak og sykehus.	103
Tabell 6.7	Antall korrigerte opphold, antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2003 for pasienter over 80 år, samt endring fra 2002 til 2003. Regionale helseforetak.	106

Tabell 6.8	Andel korrigererte, opphold andel samlet opphold og andel i befolkningen over 80 år for 2003. Regionale helseforetak.	106
Tabell 6.9	Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2003 for pasienter over 80 år, samt endring fra 2002 til 2003. Regionale helseforetak.	107
Tabell 6.10	Andel langtidsopphold og andel langtidsliggedager for pasienter over 80 år. 2002 og 2003. Regionale helseforetak.....	107
Tabell 6.11	Antall korrigererte opphold, antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2003 for pasienter over 80 år, samt endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.	108
Tabell 6.12	Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2003 for pasienter over 80 år, samt endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.....	110
Tabell 6.13	Andel langtidsopphold og andel langtidsliggedager for pasienter over 80 år. 2002 og 2003. Helseforetak og sykehus.	112
Tabell 7.1	Køindikator for antall ventende ¹⁾ 1. tertial 2002 og 2003 og 1. tertial 2003 og 2004 og antall ordinært avviklede 1. tertial 2002 og 2003 og 1. tertial 2003 og 2004. Absolutte tall ved utgangen av 1. tertial 2002, 2003 og 2004. Pasientens bostedsregion.	123
Tabell 7.2	Antall ventende ¹⁾ per 1 000 innbyggere etter helseregion. Median ventetid og andel ventende med ventetid over 6 mnd per 1. tertial 2002-2004.	125
Tabell 7.3	Antall ventende ¹⁾ i absolutte tall og per 1 000 innbyggere etter pasientenes bostedsområde. Median ventetid og andel ventende med ventetid over 6 mnd per 1. tertial 2003 og 2004.....	126
Tabell 7.4	Andel pasienter som venter fordelt etter hvilket omsorgsnivå de venter på utredning / behandling per helseregion. Ventende per 1. tertial 2003 og 2004.	129
Tabell 7.5	Antall ventende ¹⁾ per 1000 innbyggere innenfor ulike fagområder for pasienter som fortsatt venter ved utgangen av 1. tertial 2004 per helseregion (bostedsregion).	130
Tabell 7.6	Median ventetid per 1000 innbyggere innenfor ulike fagområder for pasienter som fortsatt venter ¹⁾ ved utgangen av 1. tertial 2004 per helseregion (bostedsregion).	132
Tabell 7.7	Median ventetid ¹⁾ til behandling for grå stær ²⁾ , fjerning av mandler ³⁾ , lyskebrokk ⁴⁾ og åreknuter ⁵⁾ . Somatiske sykehus Norge 2002 og 2003.	133

Tabell 7.8	Median ventetid ¹⁾ til behandling for grå stær ²⁾ , fjerning av mandler ³⁾ , lyskebrokk ⁴⁾ og åreknuter ⁵⁾ . Somatiske sykehus Norge 2002 og 2003. Bostedsområde.....	134
Tabell 7.9	Median ventetid ¹⁾ til behandling for innsettelse av hofteproteser ²⁾ , operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft ³⁾ , operasjon av brystkreft ⁴⁾ og operasjon av prostatakreft ⁵⁾ . Somatiske sykehus Norge 2002 og 2003. Helseregion.....	135
Tabell 7.10	Median ventetid ¹⁾ til behandling for innsettelse av hofteproteser ²⁾ , operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft ³⁾ , operasjon av brystkreft ⁴⁾ og operasjon av prostatakreft ⁵⁾ . Somatiske sykehus Norge 2002 og 2003. Bostedsområde.....	136
Tabell 8.1	Oversikt over prosentvis endring i antall opphold fra 2002 til 2003 avhengig av type opphold og hvilke institusjoner og type data som er inkludert i datamaterialet.....	142
Tabell 8.2	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.	143
Tabell 8.3	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.	144
Tabell 8.4	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter innmåte og type behandling. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.	145
Tabell 8.5	Sum liggedøgn i regionene i 2002 og 2003 etter type opphold og innmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.	146
Tabell 8.6	Antall opphold etter hovedkategorier i ICD 10 i 2003, og prosentvis endring fra 2002 til 2003. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.	147
Tabell 8.7	Antall opphold etter hovedkategorier i NCSP i 2003, og endring fra 2002 til 2003 i prosent og antall opphold. Rater per 10 000 innbygger.	148
Tabell 8.8	Bruk av sykehustjenester i RHF-områdene i 2002 og 2003 etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.....	149
Tabell 8.9	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.	150
Tabell 8.10	Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter innmåte og type behandling. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.	151
Tabell 8.11	Sum liggedøgn i regionene i 2002 og 2003 etter type opphold og innmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.	152

Tabell 8.12	Rater for antall opphold i regionene i 2002 og 2003 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbygger 80 år og eldre.	154
Tabell 8.13	Sum liggedøgn i regionene i 2002 og 2003 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbygger 80 år og eldre.	155
Tabell 8.14	Relativt sykehusbruk blant eldre. Regionnivå 2002 og 2003.	156
Tabell 8.15	Rater for antall opphold i HF-områdene i 2002 og 2003 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbygger 80 år og eldre.	157
Tabell 8.16	Sum liggedøgn i regionene i 2002 og 2003 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbygger 80 år og eldre.	158
Tabell 8.17	Relativt sykehusbruk blant eldre i spesialisthelsetjenesten. HF-områder 2002 og 2003.	159
Tabell 9.1	Antall årsverk ¹ etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2002 og 2003. Endringer i antall og prosent.	162
Tabell 9.2	Antall årsverk ¹ etter personellkategori ved somatiske sykehus eksklusive Universitetssykehuset i Nord-Norge. 2002 og 2003. Endringer i antall og prosent.	163
Tabell 9.3	Antall årsverk ¹ i prosentandel etter personellkategori for somatiske sykehus. 2002 og 2003. Endringer i prosentpoeng.	164
Tabell 9.4	Antall årsverk ¹ i prosentandel etter personellkategori for somatiske sykehus eksklusive Universitetssykehuset i Nord-Norge. Data fra 2002 og 2003. Endringer i prosentpoeng.	164
Tabell 9.5	Antall årsverk ¹ per 1000 innbyggere etter personellkategori. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2002 ² og 2003. Somatiske sykehus ³ . Bostedsregion.	165
Tabell 9.6	Antall årsverk ¹ per 1000 innbyggere etter personellkategori og helseregion. Korrigerte tall for Universitetssykehuset i Nord-Norge ² . Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Data fra 2002 ³ og 2003. Somatiske sykehus ⁴	166
Tabell 9.7	Antall effektive senger i sykehus per 1000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2002 og 2003. Bostedsregioner	167
Tabell 9.8	Årsverk ¹ per 1000 innbyggere etter personellkategori og foretaksområde. Data fra 2002 og 2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Helseforetaksområder.	168
Tabell 9.9	Årsverk ¹ per 1000 innbyggere etter personellkategori og foretaksområde. Korrigerte tall for Universitetssykehuset i Nord-Norge ² . Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Data fra 2002 og 2003.	169

Tabell 10.1	Totalt driftsutgifter til somatiske sykehus, avtalespesialister, annen somatisk virksomhet og driftsutgifter totalt for somatisk spesialisthelsetjeneste. Prosentvis fordelt på utgiftsartene lønn, varer og tjenester og andre driftsutgifter. 2002 og 2003. Millioner kroner målt i faste 2003 kr.	172
Tabell 10.2	Totalt driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. 2002 og 2003. Millioner kr målt i faste 2003 kr. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Prosentandeler og prosentvis endring.....	173
Tabell 10.3	Totalt driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste. Fordelt på driftsutgifter ved egne sykehus, netto gjestepasientoppgjør, driftstilskudd til avtalespesialister og driftsutgifter for annen somatisk spesialisthelsetjeneste. 2002. Millioner kr målt i faste 2003 kr.	174
Tabell 10.4	Totalt driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste. Fordelt på driftsutgifter ved egne sykehus, netto gjestepasientoppgjør, driftstilskudd til avtalespesialister og driftsutgifter for annen somatisk spesialisthelsetjeneste. 2003.	174
Tabell 10.5	Totalt driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002 og 2003. Millioner kr målt i faste 2003 kr. Regionale helseforetak.....	175
Tabell 10.6	Totalt driftsutgifter per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002 og 2003. Kroner målt i faste 2003 kr. Regionale helseforetak.	175
Tabell 10.7	Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. 2002. Millioner kr målt i faste 2003 kr. Regionale helseforetak.	177
Tabell 10.8	Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2002. Regionale helseforetak.	177
Tabell 10.9	Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Millioner kr. Regionale helseforetak.....	178
Tabell 10.10	Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Regionale helseforetak.	178
Tabell 10.11	Totalt utbetalinger av polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2002 og 2003. Millioner kr målt i faste 2002 kr. Regionale helseforetak.	179

Tabell 10.12	Totale utbetalinger til helseregionene via finansieringsordningen ISF. 2002 og 2003. Millioner kr målt i faste 2003 kr. Regionale helseforetak.	179
Tabell 10.13	Driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste finansiert av de regionale helseforetakene. 2002 og 2003. Millioner kr målt i faste 2003 kr. Regionale helseforetak	180
Tabell 11.1	Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2002 og 2003 etter pasientenes bostedsregion.....	186
Tabell 11.2	Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i 2002 og 2003 etter pasientenes bostedsregion.	186
Tabell 11.3	Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive døgnopphold for kirurgisk behandling i 2002 og 2003 etter pasientenes bostedsregion.....	187
Tabell 11.4	Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive dagkirurgiske behandlinger i 2002 og 2003 etter pasientenes bostedsregion.	187
Tabell 11.5	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum av samlet antall opphold (døgn og dag) 2002 og 2003.....	188
Tabell 11.6	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av samlet antall opphold (døgn og dag) 2002 og 2003.	188
Tabell 11.7	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i 2002 og 2003.....	189
Tabell 11.8	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle elektive opphold for kirurgisk behandling (døgn og dag) i 2002 og 2003.....	189
Tabell 11.9	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum av elektive døgnopphold 2002 og 2003.	190
Tabell 11.10	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle elektive døgnopphold i 2002 og 2003.	190
Tabell 11.11	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum liggedøgn (døgn og dag) i 2002 og 2003.	191

Tabell 11.12	Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle liggedøgn (døgn og dag) i 2002 og 2003.	191
Tabell 11.13	Pasientstrømmer ut av helseregionene. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientenes egen region. Andel av alle opphold (døgn og dag) i helseregionene 2002 og 2003.	192
Tabell 11.14	Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i helseregionene 2002 og 2003.	192
Tabell 11.15	Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region. Andel av alle elektive døgnopphold i helseregionene 2002 og 2003.	193
Tabell 11.16	Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion ved elektive opphold for kirurgisk behandling. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) for kirurgisk behandling i helseregionene 2002 og 2003.	193
Tabell 11.17	Pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle opphold (døgn og dag) i helseregionene 2002 og 2003.	194
Tabell 11.18	Elektive pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i helseregionene 2002 og 2003.	194
Tabell 11.19	Elektive pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle elektive døgnopphold i helseregionene 2002 og 2003.	195
Tabell 11.20	Pasientstrømmer innen pasientenes helseregion ved elektive opphold for kirurgisk behandling. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) for kirurgisk behandling i helseregionene 2002 og 2003.	195
Tabell 11.21	Pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region. Andel av alle opphold (døgn og dag) i HF-områdene i 2002 og 2003.	196

Tabell 11.22	Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region ved elektive opphold. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i HF-områdene i 2002 og 2003.	197
Tabell 11.23	Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region ved elektive opphold. Andel av alle elektive døgnopphold i HF-områdene i 2002 og 2003.	198
Tabell 11.24	Pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle opphold (døgn og dag) i HF-områdene i 2002 og 2003.	199
Tabell 11.25	Elektive pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region ved elektive opphold. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i HF-områdene i 2002 og 2003.....	200
Tabell 11.26	Elektive pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region ved elektive opphold. Andel av alle elektive døgnopphold i HF-områdene i 2002 og 2003.	201
Tabell 12.1	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi i de regionale helseforetakene 2002 og 2003.	206
Tabell 12.2	Antall dagkirurgioppford i 2002 og 2003.	206
Tabell 12.3	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi i helseforetakene 2002 og 2003.	208
Tabell 12.4	Andel dagkirurgi i utvalgte dagkirurgiske DRG etter regionalt helseforetak. Tall for 2003 og endring fra 2002 til 2003.....	210
Tabell 13.1	Andel av alle opphold som er eneste pasientoppford, opphold for ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning, opphold for ø-hjelp 31-60 dager etter utskrivning og andre fleroppford totalt og etter pasientenes alder. Tall for RHF'ene 2002 og 2003.....	217
Tabell 13.2	Andel av alle opphold som er eneste pasientoppford, opphold for ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning, opphold for ø-hjelp 31-60 dager etter utskrivning og andre fleroppford i helseforetakene 2002 og 2003. Totalt for alle aldersgrupper.	219
Tabell 13.3	Andel av alle opphold som er eneste pasientoppford, opphold for ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning, opphold for ø-hjelp 31-60 dager etter utskrivning og andre fleroppford i helseforetakene 2002 og 2003. Gjelder pasienter 67 år og eldre.....	221

Tabell 14.1	Laparoskopiske kolecystektomier: Andel laparoskopi fra 1999 til 2003 og andel konvertering fra laparoskopi til åpen kirurgi i 2003.	228
Tabell 14.2	Andel av laparoskopiske kolecystektomier med liggetid 0-1 dag, samt gjennomsnittlig liggetid totalt og fordelt på skopi og tomi. Data fra 2003. ...	229
Tabell 14.3	Laparoskopiske appendektomier: Andel laparoskopi fra 1999 til 2003 og andel konverteringer fra laparoskopi til åpen kirurgi i 2003.	230
Tabell 14.4	Andel av laparoskopiske appendektomier med 0-1 liggedag, samt gjennomsnittlig liggetid totalt og fordelt på skopi og tomi. Data fra 2003. ...	231
Tabell 14.5	Laparoskopiske gastroøsofageale refluksoperasjoner: Andel laparoskopi fra 1999 til 2003 og liggetid totalt og ved skopi og tomi.	232
Tabell 14.6	Laparoskopiske operasjoner ved ekstrauterint svangerskap: Andel laparoskopi fra 1999 til 2003 og andel konverteringer fra laparoskopi til åpen kirurgi i 2003.	233
Tabell 14.7	Andel av laparoskopiske operasjoner ved ekstrauterint svangerskap med 0-1 liggedag, samt gjennomsnittlig liggetid totalt og fordelt på skopi og tomi. Data fra 2003.	234

Figuroversikt

Figur 2.1	Utvikling i effektivitet i perioden 1992 – 2003	37
Figur 2.2	Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – uvektet	38
Figur 2.3	Teknisk effektivitet i Helse Nord RHF med og uten Universitetssykehuset i Nord-Norge.	39
Figur 2.4	Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene – uvektet	41
Figur 2.5	Utvikling i spredning i effektivitet mellom sykehusene i perioden 1992 – 2003.	43
Figur 2.6	Utvikling i standardavvik i teknisk effektivitet.....	44
Figur 2.7	Utvikling i standardavviket for kostnadseffektiviteten	45
Figur 3.1	Relativ utvikling i elektive døgnopphold fra 1999 til 2003 etter helseregion. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted (1999=100).	51
Figur 3.2	Relativ utvikling i døgnopphold for øyeblikkelig hjelp fra 1999 til 2003 etter helseregion. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).	52
Figur 3.3	Relativ utvikling i dagkirurgi fra 1999 til 2003 etter helseregion.. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).	52
Figur 3.4	Den relative utviklingen i kirurgiske og medisinske DRG ved døgn- og dagbehandling fra 1999 til 2003. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).....	53
Figur 3.5	Antall opphold per 1000 innbygger definert i kirurgiske og medisinske DRG ved døgn- og dagbehandling fra 1999 til 2003. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted.	53

Figur 3.6	Den relative utviklingen fra 1999 til 2003 i hver av helseregionene for opphold med hoveddiagnose søvnløshet (G 47). Data tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).....	56
Figur 3.7	Den relative utviklingen fra 1999 til 2003 i hver av helseregionene for opphold med hoveddiagnose åreknuter (I 83). Data tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).....	56
Figur 3.8	Den relative utviklingen fra 1999 til 2003 i hver av helseregionene for opphold med hoveddiagnose menisklidelse (M232). Data tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).....	57
Figur 3.9	Andel av oppholdsøkningen fra 2001 til 2003 i de regionale helseforetakene som er reinnleggelser eller serieopphold.....	60
Figur 3.10	Utviklingen i antall opphold totalt (dag og døgn) per 1000 innbygger 80 år og eldre etter helseregion 1999 til 2003.	61
Figur 3.11	Utviklingen i antall liggedøgn (totalt døgn og dag) per 1000 innbygger 80 år og eldre etter helseregion. 1999 til 2003.	61
Figur 3.12	Utviklingen i relativ sykehusbruk blant eldre (liggedøgn ved døgnopphold) etter helseregion 1999 til 2003.	62
Figur 4.1	Regional utvikling i effektive senger per 1000 innbyggere for perioden 1999-2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.....	67
Figur 4.2	Årsverk per 1000 innbyggere i Norge.	67
Figur 4.3	Årsverk per 1000 innbyggere Helse Øst RHF 1999-2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.....	68
Figur 4.4	Årsverk per 1000 innbyggere Helse Sør RHF 1999-2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.....	69
Figur 4.5	Årsverk per 1000 innbyggere Helse Vest RHF 1999-2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.....	70
Figur 4.6	Årsverk per 1000 innbyggere Helse Midt-Norge RHF 1999-2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.	70
Figur 4.7	Årsverk per 1000 innbyggere Helse Nord RHF 1999-2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.....	71
Figur 4.8	Regional utvikling i samlet årsverksinnsats per 1000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.	72
Figur 8.1	Utviklingen i ø-hjelpsopphold fra 1999 til 2003 blant eldre og befolkningen totalt. Rater per 1000 innbygger.	153

Figur 8.2	Utviklingen i liggedøgn for ø-hjelp (døgnopphold) fra 1999 til 2003 blant eldre og befolkningen totalt. Rater per 1000 innbygger.....	153
Figur 9.1	Antall effektive senger per 1000 innbyggere fordelt på somatiske sykehus. Korrigert for pasientflyt mellom foretak, kjønns- og aldersstandardisert. Etter foretaksområde. Data fra 2002 og 2003.	170
Figur 10.1	Totale driftsutgifter per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2002 og 2003. Kroner målt i faste 2003 kr.	176
Figur 10.2	Prosentandel av totale driftsutgifter finansiert av de regionale helseforetakene. 2002 og 2003.	179
Figur 11.1	Pasientstrømmer ut av regionene som andel opphold og liggedøgn utenfor pasientenes egen region fra 1999 til 2003	184
Figur 12.1	Dagkirurgiens andel av all kirurgi i helseregionene fra 1999 til 2003.	205
Figur 12.2	Den relative utviklingen i dagkirurgi som andel av all kirurgi i helseregionene fra 1999 til 2003 (1999=100).	205
Figur 12.3	Utviklingen i dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi fra 1999 til 2003.....	211
Figur 13.1	Utviklingen i andel engangsopphold fra 1996 til 2003 for ulike aldersgrupper. Døgnopphold eksklusive fødsler, friske nyfødte og særskilte rehabiliteringsinstitusjoner.	216
Figur 13.2	Utviklingen i reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter et tidligere opphold fra 1996 til 2003. Døgnopphold eksklusive fødsler, friske nyfødte og særskilte rehabiliteringsinstitusjoner.	216

Om SAMDATA Somatikk sektorrapport

Formålet med SAMDATA Somatikk er å utvikle, analysere og publisere *styringsdata* som gir informasjon om ressursinnsats, kapasitet, effektivitet, aktivitet og tilgjengelighet, samt sette fokus på relevante helsepolitiske problemstillinger. Slike relevante problemstillinger kan være variasjoner i bruk av dagkirurgi, eldres bruk av sykehustjenester og ulike mål på variasjoner i medisinsk praksis.

I SAMDATA-prosjektet har det tidligere blitt skilt mellom en tabelldel og en rapport for somatiske sykehus og tilsvarende for psykisk helse. Fra 2004 er SAMDATA-konseptet noe endret ved at det publiseres bare to sektor-rapporter; en for somatikk og en for psykisk helse. Sektorrapportene inneholder både en analytisk del (del I, kapittel 2-4), og et tabellverk med relativt detaljerte beskrivelser av utviklingen siste år. Sektor-rapporten inneholder også grunnlagstabeller (del V) og vedlegg (del IV). For å skille denne nye SAMDATA-rapporten fra tidligere SAMDATA-rapporter og tabeller har vi gitt den betegnelsen *SAMDATA Somatikk Sektorrapport*.

I tillegg til denne publikasjonen, vil det også bli utarbeidet en nesten tilsvarende sektor-rapport for psykisk helsevern (SAMDATA Sektorrapport Psykisk helse). En tredje publikasjon (SAMDATA Spesialisthelsetjeneste) gir en sammenfattende analyse av utviklingen i somatikk og psykisk helsevern.

Innholdet i rapporten

Målsetningene om en mest mulig effektiv ressursutnyttelse og god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen har vært stabile helsepolitiske mål i Norge og er preget av bred politisk konsensus. Eierskapsreformen har imidlertid også satt fokus på organiseringen av helsetjenestene for å bedre kunne oppnå disse målene. Opprettelsen av regionale helseforetak skulle gjøre det enklere for pasienter å få tilgang på sykehustjenester ved andre sykehus i regionen og ledig kapasitet skulle utnyttes bedre gjennom økte pasientstrømmer. Tilbud som gir effektiv ressursutnyttelse som f.eks. dagkirurgi skulle styrkes, og samordning og funksjonsfordeling av spesialisthelsetjenestetilbudet skulle sikre helsetjenester med god kvalitet og styrking av beste praksis.

I SAMDATA Somatikk sektorrapport settes fokus på alle disse målsettingene gjennom beskrivelser av utviklingen i effektivitet, utgifter, kostnadsnivå, ventetider, aktivitet, senger og personell, pasientstrømmer, reinnleggelser og variasjoner i medisinsk praksis.

Innhold SAMDATA Somatikk sektorrapport 2003

Del:	Kapittel:	Analysenivå:	Data:	
<i>Nasjonale utviklingstrekk</i>				
Del I	Kap 1	Nøkkeltall 2003	Nasjonalt	Alle typer
	Kap 2	Effektivitetsutviklingen	Nasjonalt og regionalt	Regnskap, årsverk, pasientdata
	Kap 3	Aktivitetsutviklingen 1999-2003		Pasientdata
	Kap 4	Utviklingen i senger og personell 1999-2003		Årsverk og sengetall
<i>Aktivitet og kostnader 2002-2003</i>				
Del II	Kap 5	Ressursutnyttelse	Nasjonalt, regionalt, institusjoner	Regnskapstall, årsverk, pasientdata for DRG-sykehus
	Kap 6	Aktivitet og liggetider i DRG-sykehus		Pasientdata for DRG-sykehus
<i>"Sørge-for-ansvaret"</i>				
Del III	Kap 7	Tilgjengelighet (ventetider)	Nasjonalt, regionalt, foretaksområder	Pasientdata, VentSYS
	Kap 8	Bruk av sykehustjenester		Pasientdata
	Kap 9	Personell og senger		Årsverk og sengetall
	Kap 10	Utgifter og finansiering	Nasjonalt, regionalt	Regnskapstall
<i>Organiseringen av tjenestetilbudet</i>				
Del IV	Kap 11	Pasientstrømmer	Nasjonalt, regionalt, helseforetak	Pasientdata
	Kap 12	Dagkirurgi		Pasientdata
	Kap 13	Reinnleggelse		Pasientdata
	Kap 14	Variasjoner i medisinsk praksis		Pasientdata
Del V	<i>Grunnlagsdata</i>			
	T1	Grunnlagsdata effektivitet og produktivitet	Institusjonsnivå	Regnskapstall
	T2	Grunnlagsdata utgifter og finansiering	Institusjonsnivå	Regnskapstall
	T3	Grunnlagsdata senger og personell	Institusjonsnivå	Årsverk og senger
	T4	Grunnlagsdata pasientdata	Bostedsområder	Pasientdata
Del VI	<i>Vedlegg og definisjoner</i>			
	Vedl. 1	Oversikt over hvilke enheter som inngår i data		
	Vedl. 2	Datagrunnlag og definisjoner pasientdata		
	Vedl. 3	Datagrunnlag og definisjoner personell og senger		
	Vedl. 4	Datagrunnlag og definisjoner utgifter og finansiering		
	Vedl. 5	Datagrunnlag og definisjoner aktivitet og kostnader		

I del I beskrives først nøkkeltall for den somatiske spesialisthelsetjenesten siste år. Deretter analyseres utviklingen i effektivitet, aktivitet og senger og personell på regionalt nivå i et femårsperspektiv.

I del II-IV analyseres utviklingen siste år mer detaljert på både region- og foretaksnivå. Fokus settes både på endringer siste år, og på forskjellene mellom regioner og helseforetak.

Del II inneholder analyser av variasjoner i kostnadsnivået mellom regioner, helseforetak, og institusjoner. Perspektivet i denne delen av rapporten er knyttet til produksjonen av helse-tjenester og sykehusene som produksjonsbedrifter. I motsetning til tidligere år, er det nå skilt mellom kostnadsindikatorne (kapittel 5) og aktivitetsindikatorne¹ (kapittel 6). Nytt i årets rapport er at det også settes fokus på eldre pasienter i kostnadskapitlet, og at andel langtidsliggedager og korrigerte opphold beskrives for eldre pasienter spesielt.

I del III flyttes fokus til pasientene, og til regionenes "sørge-for"-ansvar". I denne delen av rapporten analyseres tilgjengelighet i form av ventetider, befolkningens bruk av sykehustjenester samt tilgjengelighet knyttet til tilbudet av senger og kvalifisert personell. Beskrivelsene av utviklingen i utgifter og finansiering av de somatiske spesialisthelsetjenestene inngår også i del III, ettersom det her tas utgangspunkt i pasientenes bostedsregion og beregnes utgiftsrater per 1000 innbygger.

I del IV ser vi nærmere på ulike deler av organiseringen av de somatiske spesialisthelsetjenestene. Rapporten inneholder beskrivelser av variasjoner i medisinsk praksis, utviklingen i reinnleggelser og serie-behandlinger samt variasjoner i bruk av dagkirurgi for utvalgte DRG'er. I kapitlet om variasjoner i medisinsk praksis analyseres utviklingen i bruk av laproskopisk kirurgi ved utvalgte prosedyrer.

I tabellen nedenfor oppsummeres innholdet i kapitlene med angivelse av analysenivå, data-grunnlag og kapittelnummerering.

Fortolkninger og bruk av SAMDATA Sykehus Tabeller

Hensikten med SAMDATA Somatikk sektorrapport er å presentere indikatorer for ressursinn-sats, bruk av sykehus og produktivitet. Rapporten er i hovedsak av beskrivende karakter, og inkluderer derfor i liten grad analyser av årsaker til presenterte variasjoner.

Rent generelt vil det være slik at en del av disse variasjonene, eller deler av disse, skyldes "naturlige" forhold, f.eks. ved at bruken av sykehus er hyppigere i noen områder p.g.a. en høyere sykkelighet. Når tallmaterialet i denne rapporten ikke korrigerer for geografiske varia-sjoner i sykkelighet (det korrigeres kun for ulik befolkningssammensetning), vil et høyt syke-husforbruk i et område helt eller delvis kunne skyldes et slikt forhold.

I tillegg til ulikheter i etterspørsel og behov vil en del variasjoner skyldes andre forhold som er relatert til tilbudet av, og tilgjengeligheten til, sykehustjenester. Dette er forhold som det kan gjøres noe med på kort eller lang sikt, f.eks. ved å øke kapasiteten til en identifisert flas-kehals (f.eks. operasjonskapasiteten ved et sykehus). Indikatorne i denne rapporten bør derfor kunne brukes både som en beskrivelse av situasjonen i sykehussektoren i 2003 og som et utgangspunkt for videre analyser av årsaker til dokumenterte variasjoner.

I tillegg er det også viktig å understreke at gjennomsnittstall på nasjonalt eller regionalt nivå ikke er tenkt som et normtall for enhetene som inngår i disse gruppene. Hvilke størrelser som enhetenes indikatorer skal måles opp mot bør være gjenstand for vurdering i hvert enkelt tilfelle. Det kan f.eks. være slik at et sykehus bør sammenligne sitt kostnadsnivå mot nivået ved et annet sykehus eller det sykehuset med lavest kostnadsnivå.

¹ Aktivitet analysert med utgangspunkt i produksjonseenhetene (regionale helseforetak, helsetak og institusjoner).

Kvalitetssikring av data

For å kunne gjennomføre gode beregninger av både effektivitet, produktivitet og ressursutvikling i den norske spesialisthelsetjenesten, er både SINTEF Helse og SSB er avhengig av at de data som rapporteres fra helseforetakene og regionene er av en god nok kvalitet til å kunne brukes til slike analyser. På tross av ny kontoplan og endringer i innsamling av årsverksdata, er det likevel store variasjoner i hvordan regnskapene føres, utgifter fordeles og personell inkluderes. Dette gjør det arbeidskrevende å lage gode sammenligningstall, og kan bare gjennomføres i god dialog med de enkelte foretak.

Et godt eksempel på hvor stor betydning registreringsendringer og nye rutiner for datainn-samling kan ha, finner vi i år ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Ved dette helseforetaket har vært en økning på 770 årsverk fra 2002 til 2003. I henhold til foretakets egne utsagn skyldes økningen i all hovedsak at deres nye lønssystem gir en mer realistisk oversikt over bemanningssituasjonen i 2003 enn det som har vært tilgjengelig tidligere. Økningen på 770 årsverk representerer imidlertid 1/3 av den totale veksten i årsverk for somatiske sykehus i 2003, og har dermed konsekvenser for både den nasjonale og regionale utviklingen i årsverk siste år.

SINTEF Helse legger stor vekt på å presentere sammenlignbare data. For pasientdata betyr dette at når friske nyfødte blir inkludert i ISF og skal registreres i pasientdata, ble de ikke inkludert i vårt datamateriale i 2002, fordi vi ønsket å ha sammenlignbare tall for 2001 og 2002. I år har vi imidlertid inkludert friske nyfødte i data fra både 2002 og 2003. I tillegg har vi også inkludert de friske nyfødte som ble innrapportert i pasientdata i årene 1999-2001, som den gang ble tatt ut i henhold til reglementet på den tid. Data på friske nyfødte fra 1999-2001 er imidlertid ikke helt komplett.

ISF og SAMDATA/NPR har siden 1999 hatt ulike aktivitetstall for sykehusene i Østfold og Vestfold. Dette skyldes at NPR har gruppert opphold etter kontroll for overføringer mellom sykehusene etter at de fire enhetene ble slått sammen til ett sykehus. Etter eierskapsreformen er imidlertid sykehusene i Østfold og Vestfold organisert etter samme mal som andre helseforetak med underenheter. Disse underenhetene (f.eks. Rjukan, Notodden og Kongsberg sykehus) blir ikke gruppert eller kontrollert for overføringer før det grupperes sykehusopphold. SAMDATA/NPR legger stor vekt på å ha størst mulig grad av sammenlignbarhet mellom ulike enheter og har derfor nå behandlet Østfold og Vestfold på lik linje med andre helseforetak. I SAMDATA Somatikk er alle data tilbake til 1999 endret på samme måte. Dette innebærer (i) At tall for 1999-2002 ikke tilsvarer tidligere publiserte tall, og (ii) at NPR-tall for perioden 1999-2002 ikke samsvarer med SAMDATA-tall².

Dette medfører at endringstallene (f.eks. endring fra 2002 til 2003) kan variere mellom SAMDATA og NPR. SAMDATA og NPR-tall for 2003 er imidlertid identiske. I kapittel 8 (Bruk av sykehus) gjøres det også rede for hvilke endringer som er knyttet til SSBs definisjon/bruk av pasientdata og SAMDATA/NPR.

Kvalitetssikringen av data i henhold til sammenlignbarhet over tid gjelder også utgiftstallene. I 2003 har RHF-enes ansvarsområde blitt utvidet og det er gitt tilskudd til en rekke opp-treningsinstitusjoner som ikke fikk tilskudd i 2002, samt til behandlingshjelpemidler. Ny virksomhet i 2003 utgjør ca 1,056 mrd kr og er betydelig. Kunnskap om denne størrelsen gjør det mulig å beregne både den reelle økningen i utgiftsnivået (inklusive ny virksomhet) og økningen i utgifter kontrollert for ny virksomhet.

² Skyldes at NPR ikke har gjennomført endringer i data fra tidligere år.

Del I Nasjonale utviklingstrekk

Inndelingen i årets SAMDATA-rapport setter fokus på både de regionale helseforetakenes og befolkningens doble roller som henholdsvis foretakseier/bestiller og skattebetaler/pasient. Som pasient eller pårørende ønsker de fleste best mulig tilgjengelighet til helsetjenester av høyest mulig kvalitet. I skattebetaler-rollen er imidlertid tilbøyeligheten til å fokusere på effektivitet, produktivitet og ressursutnyttelse av våre "hardt ervervede midler" gjerne sterkere. De regionale helseforetakene har "sørge-for"-ansvar for befolkningen i et gitt geografisk område, og vil i den sammenheng ønske å kunne tilby flest mulig og best mulig spesialisthelsetjenester til "sin" befolkning. RHF'ene er imidlertid også foretakseier og produsent og ønsker dermed også naturlig nok en mest mulig kostnadseffektiv helsetjeneste-produksjon.

Det er ikke gitt at disse målene alltid kan forenes. Økt effektivitet og bedret ressursutnyttelse vil ikke automatisk medføre en bedring av tilgjengeligheten til helsetjenester for befolkningen. Motsatt vil en sterk økning i aktiviteten kunne betraktes som en bedring av befolkningens tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester i et "sørge-for"-perspektiv, men kan også ha medført en sterk utgiftsøkning og dårligere ressursutnyttelse som gjør at økningen kan "koste mer enn den smaker". Alternativt kan både aktiviteten øke og ressursutnyttelsen bedres ved at organiseringen av spesialisthelsetjenestene for eksempel endres fra døgnopp- hold til serier med dagbehandling. Dette kan gi bedre økonomisk uttelling i ISF-systemet, og sterk økning i dagbehandlingsaktiviteten, men medfører imidlertid ikke nødvendigvis at tilgjengeligheten til helsetjenestene øker eller at flere pasienter får tilbud om behandling.

I denne rapporten analyserer vi derfor utviklingen i både effektivitet og produktivitet, tilgjengelighet og organisering av tjenestene. I denne første delen av rapporten gir vi først en oversikt over utviklingen siste år når det gjelder både utgiftsnivå og kostnader, senger og personell, samt aktivitetsutviklingen (kapittel 1). I de følgende kapitlene i denne delen av rapporten gir vi en nærmere beskrivelse av utviklingen i hver av disse faktorene i siste femårsperiode. Kapittel 2 gir en beskrivelse av utviklingen i effektivitet fra 1999 til 2003, men inkluderer også tall tilbake til 1992. Analysene i dette kapitlet viser at både kostnadseffektiviteten og den tekniske effektiviteten har økt både siste år og i siste femårsperiode. I kapittel 3 settes fokus på aktivitetsutviklingen og

Målingene om en mest mulig effektiv ressursutnyttelse og god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen har vært stabile helsepolitiske mål i Norge og er preget av bred politisk konsensus. I del II og III beskrives den somatiske spesialisthelsetjenesten i henhold til disse perspektivene og analyserer utviklingen siste år på regionalt nivå og foretaksnivå. Først settes fokus på kostnadseffektiviteten og produktiviteten i regionene og helseforetakene (del II). I del III flyttes fokus til pasientene, og regionenes "sørge-for"-ansvar. I denne delen av rapporten og befolkningens bruk av sykehustjenester samt tilbudet av senger, kvalifisert personell og RHF'enes økonomiske ressurser (utgifter og finansiering).

Utviklingen på nasjonalt nivå- foreløpig rapport

I kapittel 1 oppsummeres utviklingen siste år på nasjonalt nivå når det gjelder både aktivitet, utgifter, senger og personell. Nøkkeltallene gir et oversiktsbilde over den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2003, og endring fra 2002 til 2003.

I kapittel 3 settes fokus på den nasjonale utviklingen for det sentrale helsepolitiske målet om god tilgang til helsetjenester av god kvalitet ("sørge-for"-ansvaret) i siste femårsperiode. Aktivitetsutviklingen for siste femårsperiode beskrives i henhold til type opphold, diagnosegrupper, eldres bruk av sykehustjenester og omfanget av reinnleggelser og fleropphold.

I den endelige rapporten vil del I også inkludere et kapittel som analyserer utviklingen i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet i siste femårsperiode, og beskriver utviklingen for hver av regionene (kapittel 2).

Den somatiske spesialisthelsetjenesten er en arbeidsintensiv virksomhet, og den medisinskfaglige kompetansen og kapasiteten kan hevdes å være den enkeltfaktoren som har størst betydning for både effektiviteten i de somatiske sykehusene, tilgjengeligheten til somatiske spesialisthelsetjenester og kvaliteten på disse. I den endelige rapporten inkluderes det derfor også et kapittel som beskriver utviklingen i senger og personell i siste femårsperiode (kapittel 4).

Kapitlene i denne delen av rapporten beskriver først og fremst utviklingen i et nasjonalt perspektiv, men viser også variasjoner mellom regionene når disse har ulik utvikling eller stor innbyrdes variasjon.

1 Utviklingen nasjonalt siste år

Beate M. Huseby

1.1 Nøkkeltall 2003

Tabell 1.1 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste i 2002 og 2003, samt endring i prosent fra 2002 til 2003.

	2002	2003	Pst endring	Datagrunnlag
<i>Ressursinnsats:</i>				
Antall effektive senger totalt	13 133	12 983	-1,1	
Antall årsverk totalt inkl UNN ¹	62 125	64 117	3,2	
herav antall legeårsverk ¹	7 328	7 626	4,1	Den somatiske spesialisthelsetjenesten totalt ⁵
Antall årsverk totalt ekskl. UNN ¹	59 663	60 885	2,0	
herav antall legeårsverk ¹	7 052	7 262	3,0	
Totale driftsutgifter (i mill. kr) ²	41 984	44 098 ³	5,0	Den somatiske spesialisthelsetjenesten totalt ⁶
RHF finansiering (i mill. kr) ²	16 874	16 379	-2,9	
Ref innsatsstyrt finansiering (i mill. kr) ²	16 253	18 357	12,9	
<i>Ressursutnyttelsen:</i>				
Beleggsprosent (døgn)	92,9	94,1	1,3	
Korrigerte opphold per årsverk	19,4	19,9	2,5	
Korrigerte opphold per behandlerårsverk	27,5	28,0	1,8	DRG-sykehus ⁸
Andel langtidsopphold	2,0	2,1	5,3	
Andel langtidsliggedager	5,2	6,7	28,5	
Driftsutgifter per korrigerte opphold	25 625	25 081	-2,1	
Andel polikliniske inntekter	13,2	14,1	6,8	

	2002	2003	Pst endring	Datagrunnlag
<i>Aktivitet:</i>				
Totalt antall opphold (dag & døgn)	1 146 643	1 250 471	9,1	
Sum dagbehandlinger total ⁴	359 515	421 595	17,3	
Sum døgnopphold totalt	787 128	828 876	5,3	Pasientdata SAMDATA Somatikk ⁷
herav som ø-hjelp (døgn)	440 297	453 182	2,9	
herav som elektive (døgn)	244 961	271 699	10,9	
Sum polikliniske konsultasjoner	3 060 055	3 240 745		
<hr/>				
Indeks pasientsammensetning	1,01	1,01	-0,8	DRG-sykehus ⁸
Sum korrigerede opphold	1 097 445	1 164 214	6,1	
<hr/>				
Sum liggedager for alle opphold	4 885 100	4 781 753	2,2	
herav liggedager totalt døgn	4 462 635	4 422 209	0,9	Pasientdata SAMDATA Somatikk ⁷
Gjennomsnittlig liggetid alle opphold	4,17	3,91	-6,2	
Gjennomsnittlig liggetid døgn	5,62	5,38	-4,3	
<hr/>				
<i>Ventetider:</i>				
Antall ventende per 1000 innbygger	41	39	-5,1	
Median ventetid i dager for ventende pas.	60	51	-17,6	VentSYS-data
Kø-indikator ⁹	0,79	0,91	-	
Avviklings-volum ¹⁰	1,06	1,06	-	

¹ Punkttall per 31.12 i driftsåret.

² Målt i faste 2003 kroner.

³ Inkluderer 1,056 mrd for aktivitet/institusjoner som ikke var inkludert i 2002. Dette gjelder utgifter til den offentlig betalte aktiviteten ved tre private sykehus (Colosseum Oslo, Medi3 AS, Ringvollklinikken AS), en rekke opptreningsinstitusjoner som ikke fikk tilskudd i 2002, samt behandlingshjelpemidler.

⁴ Sum dagbehandling innlagte og dagbehandling på poliklinikk (tilsvarende poliklinisk behandling som utløser ISF-refusjon).

⁵ Se grunnlagsdata (Del V Grunnlagsdata senger og personell) for en oversikt over institusjoner og enheter.

⁶ Se grunnlagsdata (Del V Grunnlagsdata utgifter og finansiering) for en oversikt over institusjoner og enheter.

⁷ Inkluderer fødestuer og rehabiliteringsinstitusjoner. Se kapittel 8 for redegjørelse for forskjeller i datagrunnlag mellom SSB og SAMDATA, samt vedlegg 1.

⁸ Se grunnlagsdata (Del V Grunnlagsdata aktivitet og kostnader) for en oversikt over hvilke institusjoner/foretak som inngår i data-materialet.

⁹ Antall ventende 1. tertial 2004 dividert på antall ventende pr. 1. tertial 2003. Når indikatoren er mindre enn 1,0, indikerer den at antall ventende er synkende.

¹⁰ Antall avviklede behandlinger for pasienter som har stått på venteliste i 1. tertial 2004 dividert på antall ventende pr. 1. tertial 2003. Når indikatoren er mindre enn 1,0, indikerer den at antall ventende er synkende.

1.2 Aktivitet og bruk av sykehustjenester

I 2003 økte aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten mer enn noen gang tidligere. Økningen totalt sett var på mer enn 100 000 opphold (103 828 opphold totalt dag og døgn). Både dagbehandlingene og døgnoppholdene økte, men veksten var størst for dagbehandlingene.

Antallet døgnopphold nådde for første gang 800 000-grensen (totalt 828 876 opphold) og økte med 5,3 prosent. Dette er inklusive alle pasientopphold, også friske nyfødte, fødsler i fødestuer og rehabiliteringsopphold. (Tall for 2002 er sammenlignbare og inkluderer de samme institusjonene som i 2003). Rehabiliteringsoppholdene bidro relativt sterkt til økningen. Dagbehandlingene for rehabilitering økte med hele 43 prosent og 15 000 opphold.

I likhet med de senere år er veksten i planlagte eller elektive opphold større enn for innleggelser registrert som øyeblikkelig hjelp. Elektive opphold økte totalt med 14,4 prosent, mens ø-hjelpsoppholdene økte med 3,6 prosent.

Den gjennomsnittlige liggetiden for heldøgnspatientene ble også siste år redusert med 0,2 liggedager og 4,3 prosent. De eldste pasientene (80 år og over) hadde også en tilsvarende nedgang i liggetid (-3,2 prosent). Liggetidsratene (sum liggedøgn døgn og dag per 1000 innbygger) økte imidlertid svakt (1,6 prosent for befolkningen totalt, og 2,5 prosent for pasienter 80 år og eldre).

Antallet dagbehandlinger økte med hele 17,3 prosent fra 2002 til 2003. For polikliniske konsultasjoner er det registrert en vekst på 5,9 prosent fra 2002 til 2003.

Det har vært en økning i bruken av sykehustjenester i befolkningen. Det vil si at antall enkeltkontakter med sykehusene og antall pasienter behandlet øker, også når vi tar hensyn til befolkningsutviklingen.

Det er registrert aktivitetsvekst i alle helseregionene, men vekstraten er noe ulik.

1.3 Personell og senger

Fra 31. desember 2002 til 31. desember 2003, økte antall beregnede årsverk ved sykehusene med totalt 1992 årsverk og 3,2 prosent. Antallet årsverk i annet pasientrettet arbeid økte mest relativt sett, men registrerte sykepleiere og kontorphersonell økte mest i faktiske tall. I 2003 var det registrert omtrent 750 flere sykepleiere ved utgangen av året enn det var ved samme tid året før (pluss 3,2 prosent). Antallet legeårsverk økte med 298 årsverk og 4,1 prosent.

Hele 38 prosent av den totale økningen i årsverk nasjonalt kan knyttes til Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Endringen ved UNN skyldes først og fremst overgangen til nytt lønnsystem og gir tall som er lite sammenlignbare med tidligere år. Økningen bør derfor ikke tolkes som en reell økning i antall årsverk, og vi har derfor presentert tabeller både med og uten UNN.

Fra 2002 til 2003 fortsatte nedgangen i effektive senger per 1000 innbygger. Noe økning i ratene for effektive senger per 1000 innbygger kan spores for befolkningen i Helgelands-sykehuset HF-område, Nordlandssykehuset HF-område og Hålogaland HF-område. Asker og Bærum-, Ullevål og Aker, samt Buskerud og Finnmark HF-område har imidlertid hatt noe nedgang i sengekapasiteten. De regionale forskjellene i sengefaktor (effektive senger per 1000 innbygger) har imidlertid vært stabil.

1.4 Utgifter og finansiering

De totale driftsutgiftene til somatisk spesialisthelsetjeneste var i 2003 på kr. 44 milliarder. Utgiftene tilsvarer en vekst på 5 prosent fra 2002, men dersom det kontrolleres for ny aktivitet i 2003 (utgifter til behandlingshjelpemidler, opptreningsinst. og private sykehus som ikke var inkludert i 2002-tallene) er den reelle veksten i utgifter bare 2,5 prosent siste år. Utgiftsveksten var dermed langt lavere enn økningen i aktivitet.

Fra 2002 til 2003 økte utgiftene til innsatsstyrt finansiering (ISF) med 13 prosent. Dette henger sammen med økt DRG-aktivitet (heldøgn- og dagbehandling) i tillegg til en økning av DRG-refusjonen fra 55 til 60 prosent av DRG-prisen fra 2002 til 2003.

Regionsykehustilskuddene var i hovedsak uendret fra 2002 til 2003, men ble noe redusert i Helse Sør og Helse Vest, samtidig som de økte noe for Helse Øst og Midt-Norge. Endringene er imidlertid i hovedsak små.

Polikliniske refusjoner og pasientbetaling har økt med 6 prosent fra 2002 til 2003. Dette indikerer at den polikliniske aktiviteten har økt³. Andre refusjoner og salgsinntekter øker med

³ Polikliniske konsultasjoner økte med 6 prosent fra 2002 til 2003.

21 prosent og ca 400 millioner. Omtrent halvparten av denne økningen kan knyttes til tilskudd til behandlingshjelpemidler.

RHF-enes andel av sykehusfinansieringen ble redusert med nesten 3 prosent fra 2002 til 2003. Dette kan knyttes til økningen i ISF-inntekter.

Tallene for 2002 er deflatert med 5,5 prosent, (prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen).

1.5 Ressursutnyttelsen

Antallet korrigerte opphold per årsverk økte med 3,2 prosent i 2003, mens korrigerte opphold per behandlerårsverk økte med 2,5 prosent. Disse tallene er justert for den sterke endringen i antall årsverk ved UNN⁴. I tabell 1.1 er det imidlertid presentert tall for korrigerte opphold per årsverk uten korreksjon for den sterke økningen i årsverk ved UNN. Økningen i korrigerte opphold per årsverk blir da 2,5 prosent, og 1,8 prosent for korrigerte opphold per behandlerårsverk.

Driftsutgiftene for DRG-virksomheten (driftsutgifter per korrigeret opphold) ble redusert med 2,1 prosent i 2003 (korrigeret for prisvekst på 5,5 prosent). Både effektiviteten (utgifter per opphold) og produktiviteten (opphold per årsverk) økte dermed i 2003.

Beleggsprosenten har også økt noe fra 2002 til 2003, og øker i alle helseregionene med unntak av Helse Nord RHF. Andelen langtidsopphold økte også noe, men viste ingen voldsomme skift. Økningen i andelen langtidsliggedager på 28 prosent var imidlertid mer betydelig, og gjaldt alle regionene. Økningen i *andelen* langtidsliggedager var imidlertid minst for Helse Vest. Denne regionen har likevel nest høyest nivå av andel langtidsliggedager. På nasjonalt nivå var 6,7 prosent av liggedagene i 2003 langtidsliggedager, mens tilsvarende tall for 2002 var 5,2 prosent.

På tross av at andelen langtidsliggedager økte relativt sterkt, økte gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene med bare 0,2 prosent. Gjennomsnittlig liggetid for normalopphold, døgnopphold og opphold totalt ble imidlertid noe redusert.

1.6 Ventelister og ventetider

I årets SAMDATA har vi presentert en kø-indikator og en indikator for avviklingsvolum når det gjelder pasienter på venteliste. Indikatorene viser forholdet mellom antall ventende ved utgangen av 1. tertial 2004 og tilsvarende periode året før. Når indikatoren er lik 1 er antallet ventende pasienter uendret, og når indikatoren er mindre enn 1,00 er antallet ventende pasienter redusert. Om antallet ventende pasienter økes, vil indikatoren være større enn 1,00. På tilsvarende vis vil indikatoren for behandlingvolum være større enn 1,00 om antallet behandlede pasienter (som har stått på venteliste) har økt, og lavere enn 1,00 dersom antallet avviklede pasienter er redusert. Normativt sett bør dermed kø-indikatoren være mindre enn 1,00 og avviklings-indikatoren være større enn 1.

Utviklingen fra 1. tertial 2003 til 1. tertial 2004 vil dermed i normativ forstand kunne betegnes som ønskelig. Antallet ventende er redusert, mens antallet avviklede pasienter er økt. Korrigeret for befolkningsstørrelsen, er nedgangen i antall ventende omtrent 5 prosent, mens nedgangen i ventetid for de ventende pasientene var hele 17 prosent fra 2002 til 2003.

⁴ Økningen i 770 årsverk ved UNN skyldes overgang til nytt lønssystem, og bør ikke betraktes som en reell økning i antall årsverk. Tallene er korrigeret ved å ta utgangspunkt i 2002-tallene fra UNN og justere disse med den prosentvis økningen i årsverk totalt (i data eksklusive UNN).

2 Effektivitetsutviklingen

Solveig Osborg Ose og Jon Magnussen

2.1 Innledning

I perioden 1999 til 2003 økte totale driftsutgifter med 17,5 % for somatiske sykehus, når en justerer for prisstigningen. Totalt økte antall årsverk ved sykehusene med 12,2 %⁵. Samlet antall opphold økte med 24 % i samme periode. Dette betyr at årsverkene generelt har høyere kostnader, og totale driftsutgifter per årsverk (målt i faste priser) økte med nesten 5 % denne perioden. Denne utviklingen kan henge sammen med at sykehusene har blitt mer kompetanseintensive (se kapittel 4).

I dette kapitlet ser vi på hvordan sykehussektoren utnytter ressursene, og om ressursutnyttelsen har endret seg de siste årene. Dette er spesielt interessant i forhold til utviklingen etter at staten overtok eieransvaret for sykehusene i 2002. Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene inneholder også krav om at tiltak for å effektivisere driften settes i verk og at kostnadene skal reduseres. Vi har derfor også med resultater basert på de ulike regionene for å kunne si noe om RHF-ene har innfridd kravene om effektivitetsforbedringer. I tillegg fokuserer vi på utviklingen i forskjellene i effektivitet mellom sykehusene. Blir sykehusene mer homogene i forhold til effektivitet (konvergens i effektivitet), eller fører spesialisering og funksjonsforskjeller til større spredning i måten ressursene nyttiggjøres?

2.2 Begreper, datagrunnlag og metode

Effektivitet er generelt forholdet mellom ressursbruk og produksjon. Dette målet skal fange opp graden av måloppfyllelse i forhold til det best mulige. Ineffektivitet innebærer at en kan gjøre det bedre og full effektivitet at en ikke kan gjøre det bedre. Ved sykehusene er det flere produkter eller tjenester og flere innsatsfaktorer eller ressurstyper. Dette betyr at en må finne tallmessige uttrykk for forholdet mellom produksjon og ressursbruk ved å veie sammen de ulike produktene og de ulike innsatsfaktorene. Vanligvis ville en brukt priser for å foreta denne vektingen, men spesialisthelsetjenesten produserer tjenester som ikke omsettes i et konkurrerende marked, noe som betyr at vi ikke har prisinformasjon. Vi har derfor ingen "tilbakemelding" fra markedet som gir en sortering av effektive og mindre effektive sykehus vurdert etter overskudd og overlevelsessevne. I slike tilfeller vil effektivitetsanalyser basert på produktfunksjoner som håndterer et flerdimensjonalt produkt være et viktig hjelpemiddel for vurdering av sykehusenes effektivitet, organisering og ressursallokering. Farrell (1957) foreslo et sett med effektivitetsbegreper som løser problemet med manglende priser, gitt at en kjenner grensen for det som er fysisk mulig å produsere ved gitt ressursbruk, eller motsatt hva som er nødvendig ressursbruk for å oppnå gitt produksjon. Disse begrepene har fått stor betydning i måten effektivitet måles på, og det er her våre definisjoner har sin opprinnelse.

⁵ Tallet er antageligvis noe lavere pga feilrapportering for tidligere år for enkelte HF. Når vi fjerner usikre observasjoner oppnås *minimum vekst*, som er beregnet til 9 %.

De to effektivitetsmålene vi konsentrerer oss om i denne analysen er teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet. Teknisk effektivitet måler forholdet mellom ressursbruken målt i fysiske enheter og aktiviteten. Kostnadseffektivitet måler forholdet mellom ressursbruken målt i kroner og aktiviteten.

Disse målene refererer til det vi kan kalle intern effektivitet (gjøre tingene riktig) og sier noe om forholdet mellom faktisk og maksimal utnyttelse av ressursene. Teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet sier imidlertid ingenting om ekstern effektivitet (å gjøre de riktige tingene) som kan si noe om de nasjonale prioriteringene, for eksempel optimal pasient-sammensetning.

Ved beregning av teknisk effektivitet måles ressursbruken som antall legeårsverk og antall øvrige årsverk. Ved beregning av kostnadseffektivitet måles ressursbruken som sum driftskostnader. Monetære størrelser er deflatert med prisindeks for kommunalt konsum (5,5 % økning fra 2002 til 2003). Aktiviteten måles som antall opphold vektet med kostnadsvektene for DRG-systemet. I tillegg regnes også de såkalte langtidsliggedagene inn, og disse vektet med en beregnet relativ kostnad. Endelig utgjør polikliniske refusjoner fra staten et vektet mål på poliklinisk aktivitet.

Analysene omfatter mellom 48 og 60 sykehus (helseforetak) for hvert av årene. Se vedlegg for hvilke sykehus som er med i analysen fra 1999 til 2003.

Metodisk tilnærming

Denne analysen bygger altså på tankegangen om å sammenlikne sykehusenes utnyttelse av de tilgjengelige ressursene. Spørsmålet er hvordan en kan anslå hva som er "best mulig". Et naturlig utgangspunkt er å anta at "best mulig" er det samme som "beste praksis". DEA (data envelopment analyses, eller dataomhyllingsanalyser) er en ikke-parametrisk metode⁶ for bestemmelse av en frontproduktfunksjon basert på innsatsfaktorer og produkter målt i fysiske enheter. Den effektive fronten definerer den maksimale produksjonen som kan produseres gitt innsatsfaktorene. De effektive enhetene ligger på fronten og det er disse de andre sykehusene sammenliknes med. Bak denne metoden ligger noen grunnleggende forutsetninger. Den viktigste er at de observerte tilpasningene faktisk er mulige (ikke målefeil i data). Det er spesielt viktig at det ikke er målefeil i de observasjonene som definerer beste praksis. Det er viktig å poengtere at DEA er en velegnet metode for å finne relativ effektivitet, men den gir ikke nødvendigvis informasjon om det vi kan kalle absolutt effektivitet. Med andre ord, den forteller hvor godt de ulike sykehusene gjør det i forhold til hverandre, men sammenliknes ikke med et teoretisk maksimum. Se Torp mfl (2000) for en god innføring i DEA tankegangen.

Det er mulig å anta ulike forutsetninger for skalaavkastning. I disse analysene antar vi konstant skalaavkastning, noe som innebærer at sykehusene er i stand til å lineært skalere innsats og produksjon uten å øke eller redusere effektiviteten.

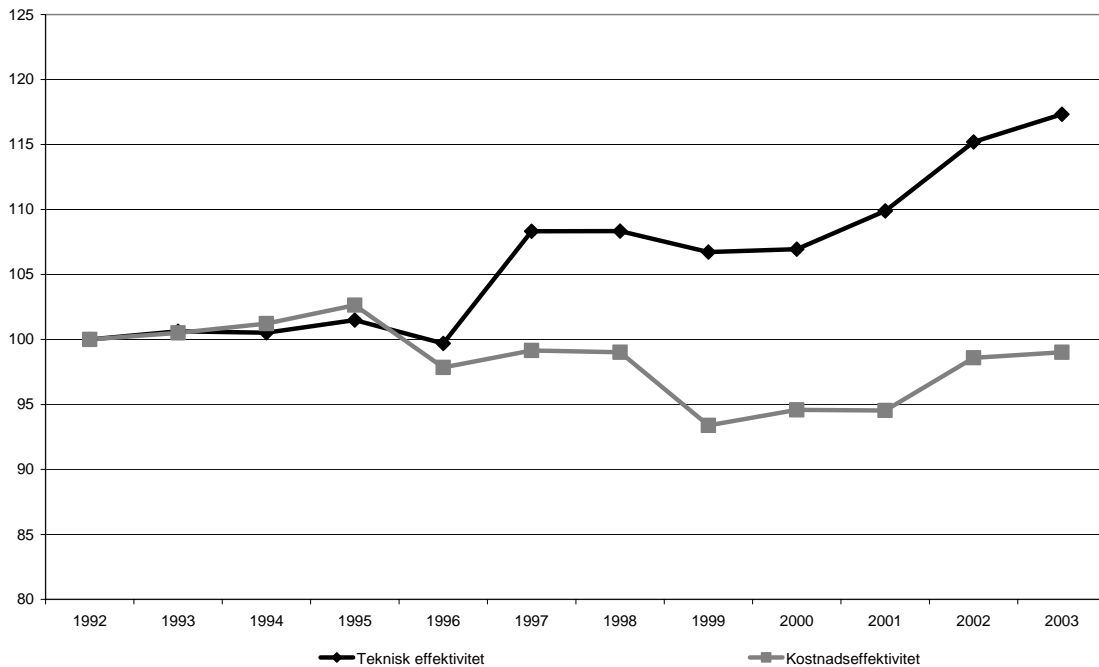
2.3 Utvikling i effektivitet på nasjonalt nivå

Figur 2.1 viser utviklingen i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet i perioden 1992 – 2003. 1992 er brukt som referanseår i denne figuren, og er satt lik 100. Resultatene er uveide gjennomsnitt for hvert år slik at alle sykehus teller like mye. Perioden frem til 1995 var preget av et relativt stabilt effektivitetsnivå. Fra 1995 til 1996 økte kostnadene relativt til produksjonen (kostnadseffektiviteten ble lavere). Årsakene var i hovedsak sterk lønnsvekst. Innføringen av ISF i 1997 ser ut til å ha hatt en gunstig virkning på effektiviteten, men effekten kan kalles en initialeffekt og vises særlig i utviklingen i den tekniske effektiviteten fra 1996 til 1997. Innføringen av ISF ser ikke ut til å ha hatt noen sterk positiv effekt på kostnadseffektiviteten. Se Biørn et al (2003) for en diskusjon om effektene av ISF.

⁶ Det pålegges ikke noen bestemt parametrisk struktur på produktfunksjonen.

Kostnadsnivået økte igjen betydelig fra 1998 til 1999 men har ellers vært relativt stabilt (se Magnussen, 2002).

Figur 2.1 Utvikling i effektivitet i perioden 1992 – 2003.



I dette kapitlet fokuserer vi mest på perioden 1999 – 2003. I denne perioden observeres markante økninger i begge effektivitetsmålene, og særlig de to siste årene. Veksten fra 2001 til 2002 var noe høyere enn siste års vekst og det er flere faktorer som kan forklare dette. En forklaring kan være relatert til at effektivitetsgevinsten ofte er størst i begynnelsen av perioder med omstillinger da de viktigste/største tiltakene gjerne blir satt i gang først.

I disse analysene bidrar alle sykehusene like mye til resultatene uavhengig av størrelse. Det kan argumenteres for at de store sykehusene bør tillegges større vekt, da disse står for en større del av ressursbruken og produksjonen av tjenestene. Dersom vi vekter de ulike effektivitetsmålene med totale utgifter, vil de store sykehusene telle relativt mer enn mindre sykehus.

I tabell 2.1 vises derfor utviklingen i både vektet og uvektet effektivitet (uten referanseår). Det er relativt små forskjeller om det vektet eller ikke, men høyere effektivitet med vektet betyr at store sykehus er relativt mer effektive. Vi kommer tilbake til dette i avsnitt 2.5.

Tabell 2.1 Teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet, nasjonale tall – vektet og uvektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	2002-2003	1999-2003
Teknisk effektivitet – uvektet	75,9	76,1	78,2	82,0	83,5	1,8 %	9,9 %
Teknisk effektivitet – vektet	76,3	75,1	76,9	81,1	83,2	2,6 %	9,1 %
Kostnadseffektivitet – uvektet	76,0	77,0	77,0	80,3	80,6	0,4 %	6,0 %
Kostnadseffektivitet – vektet	78,1	78,2	78,0	81,3	83,6	2,8 %	7,1 %

I perioden 1999 – 2003 økte den tekniske effektiviteten med ca 10 % og kostnadseffektiviteten med 6 % (uvektet). Utviklingen det siste året viser en økning på 1,8 % i den tekniske effektiviteten og 0,4 % i kostnadseffektiviteten.

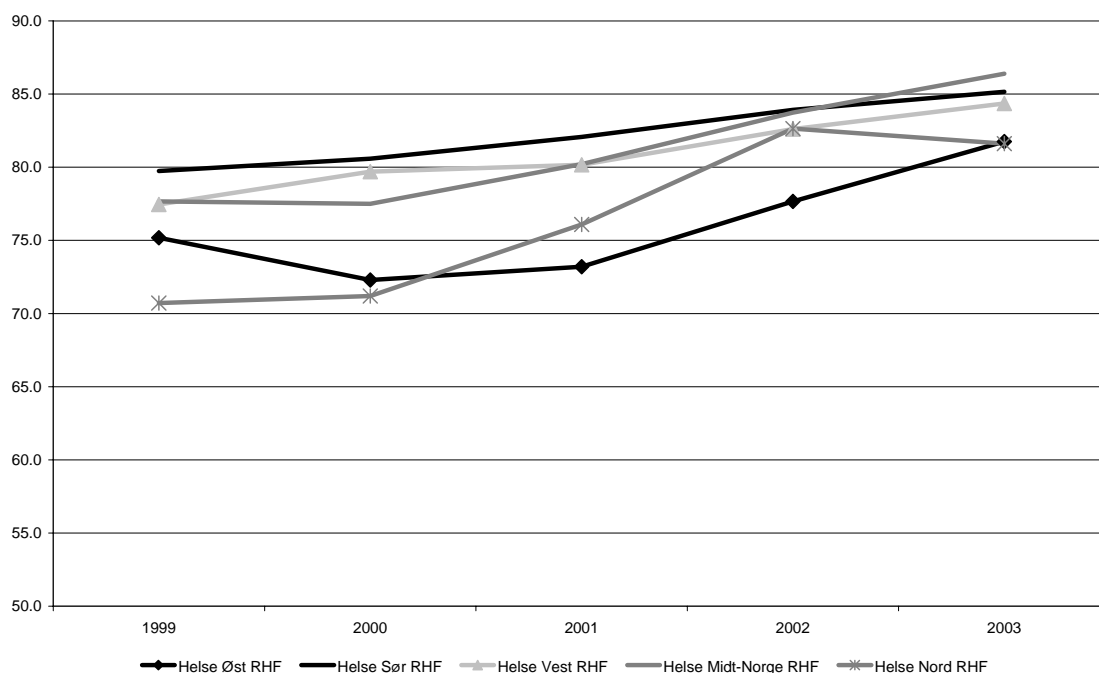
Det er interessant å merke seg at det ser ut som vekstpotensialet først og fremst kommer gjennom mer effektiv utnyttelse av personell. Dette kan ha sammenheng med at relativ høy kapasitetsutnyttelse i utgangspunktet kan skape flaskehalsar som fører til at produksjonsøkning krever betydelig ressursinnsats, for eksempel i form av økt bruk av overtid. Dette vil påføre sykehuset økte kostnader, men vil ikke gi samme utslag i personellinnsatsen slik denne måles.

2.4 Utvikling i effektivitet på regionalt nivå

Figur 2.2 bekrefter de nasjonale utviklingstendensene. Den tekniske effektiviteten øker hele perioden og alle regionene har hatt en positiv utvikling. Helse Øst RHF har totalt sett hatt en økning på nesten 9 % (se tabell 2.2 neste side), på tross av en nedgang fra 1999 til 2000. Helse Øst RHF er nå omtrent på samme effektivitetsnivå som de øvrige regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF har hatt en positiv utvikling hele perioden og har nå den høyeste tekniske effektiviteten. Det er likevel viktig å påpeke at forskjellene er marginale. Helse Nord RHF er de eneste som opplever en reduksjon i den tekniske effektiviteten siste år. Dette er sannsynligvis relatert til endringer i måten årsverk beregnes på ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Det kan se ut som tallene før 2003 har vært for lave, noe som gir en sterk vekst i årsverk fra 2002 til 2003 (se kapittel 9).

Figur 2.3 (se neste side) viser hvordan utviklingen i Helse Nord RHF har vært dersom Universitetssykehuset i Nord-Norge utelates fra analysene.

Figur 2.2 Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – uvektet.

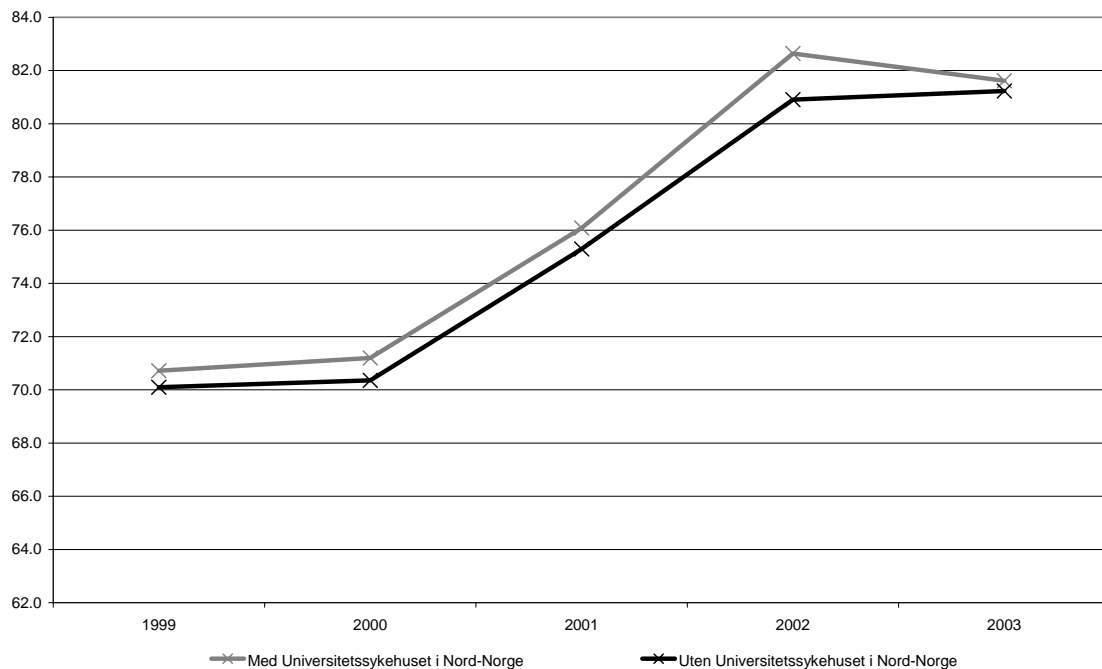


Tabell 2.2 Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – uvektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	2002-2003	1999-2003
Helse Øst RHF	75,2	72,3	73,2	77,7	81,8	5,3 %	8,7 %
Helse Sør RHF	79,7	80,6	82,1	83,9	85,1	1,5 %	6,8 %
Helse Vest RHF	77,5	79,7	80,2	82,6	84,3	2,1 %	8,9 %
Helse Midt-Norge RHF	77,7	77,5	80,2	83,7	86,4	3,2 %	11,2 %
Helse Nord RHF	70,7	71,2	76,1	82,6	81,6	-1,2 %	15,4 %

Vi ser fra figur 2.3 at også Helse Nord RHF har hatt en positiv utvikling dersom usikre observasjoner fjernes. Dette vil være et riktig bilde av utviklingen i Helse Nord RHF dersom effektivitetsutviklingen ved UNN reelt tilsvarer effektivitetsutviklingen i de andre sykehusene i regionen.

Figur 2.3 Teknisk effektivitet i Helse Nord RHF med og uten Universitetssykehuset i Nord-Norge.



Gitt at Universitetssykehuset i Nord-Norge ikke skiller seg fra de øvrige sykehusene i regionen, får vi en vekst fra 2002 til 2003 på 0,4 %. Dette er den svakeste veksten blant RHF ene. Totalt i perioden 1999 - 2003 er det likevel Helse Nord RHF som har hatt den sterkeste veksten (15,4 %). Dette kan ha mange årsaker, men en plausibel forklaring er relatert til at Helse Nord RHF har relativt mange opphold per pasient. Dette er en konsekvens av at det er relativt mange sykehus i forhold til innbyggertallet og relativt mange overføringer mellom sykehus i Helse Nord RHF. Dersom pasienten først kommer til sitt nærsykehus og senere overføres til et mer spesialisert sykehus, vil dette føre til at flere opphold blir registrert. Det vil kreve grundigere analyser for å avdekke hvor stor denne effekten er i Helse Nord RHF sammenlignet med de andre regionene.

Som nevnt over, kan det argumenteres for at en bør gi større vekt til de store sykehusene fordi de står for en større del av ressursbruken og produksjonen. Tabell 2.3 viser teknisk effektivitet når vi vekter med relativ størrelse basert på utgiftsnivået.

Tabell 2.3 Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene – vektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	2002-2003	1999-2003
Helse Øst RHF	75,2	72,4	72,7	77,2	81,2	5,2 %	8,0 %
Helse Sør RHF	73,0	73,9	77,9	80,8	84,2	4,2 %	15,4 %
Helse Vest RHF	82,8	81,0	80,2	81,3	81,6	0,4 %	-1,4 %
Helse Midt-Norge RHF	76,9	76,5	79,7	84,7	88,1	4,0 %	14,5 %
Helse Nord RHF	73,1	74,0	76,9	86,6	82,1	-5,2 %	12,3 %

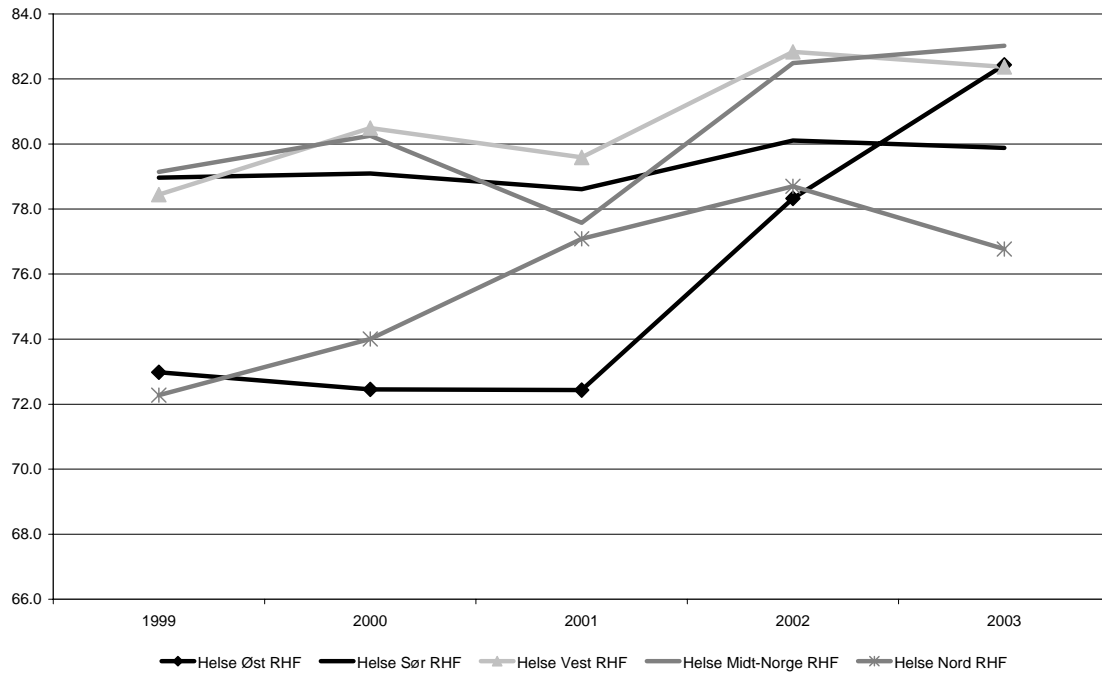
Vi ser generelt at de vektete effektivitetstallene gir noe ulikt resultat sammenliknet med de uvektede tallene. I Helse Øst RHF er det relativt liten forskjell mellom vektete og uvektede resultat. Dette betyr at det er relativt liten forskjell i effektivitet mellom store og små sykehus. Det kan selvsagt fortsatt være forskjeller mellom sykehusene, men den tekniske effektiviteten ser ikke ut til å variere systematisk med størrelsen på sykehusene. De vektete resultatene ligger hele tiden lavere enn de uvektede i Helse Sør RHF, men forskjellen avtar utover perioden. Dette kan bety at forskjellen gradvis blir mindre mellom store og små sykehus. Se også avsnitt 2.6. I Helse Nord RHF ser det ut til at de store sykehusene er relativt mer effektive, mens det er vanskelig å se noe systematisk i Helse Midt-Norge RHF. Helse Vest RHF ser ut til å ha opplevd en relativt sterkere vekst i mindre sykehus.

Utviklingen i kostnadseffektiviteten for de ulike regionene er vist i figur 2.4 og har visse likhetstrekk med utviklingen i den tekniske effektiviteten (tabell 2.2). Helse Øst RHF har også hatt en kraftig vekst i kostnadseffektiviteten i perioden 1999 - 2003 og særlig de siste to årene, se tabell 2.4. Her vil ikke utelatelse av UNN forklare reduksjonen i kostnadseffektiviteten for Helse Nord RHF da dette effektivitetsmålet ikke inkluderer "antall årsverk". UNN ser derimot ut til å ha bidratt positivt til veksten ved at den prosentvise endringen i perioden 1999 - 2003 reduseres fra 7,2 % til 6,5 % om UNN fjernes. Helse Nord RHF hadde en kraftig positiv utvikling frem til og med 2002, slik at den totale veksten i perioden fortsatt er relativt høy. Helse Sør RHF, Vest og Midt-Norge har omtrent ingen endring fra 2002 til 2003 i kostnadseffektiviteten.

Tabell 2.4 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - uvektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	2002-2003	1999-2003
Helse Øst RHF	73,0	72,5	72,4	78,3	82,4	5,2 %	13,0 %
Helse Sør RHF	79,0	79,1	78,6	80,1	79,9	-0,3 %	1,2 %
Helse Vest RHF	78,4	80,5	79,6	82,8	82,4	-0,6 %	5,0 %
Helse Midt-Norge RHF	79,1	80,3	77,6	82,5	83,0	0,6 %	4,9 %
Helse Nord RHF	72,3	74,0	77,1	78,7	76,8	-2,4 %	6,2 %

Figur 2.4 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene – uvektet.



Også når det gjelder kostnadseffektiviteten, får vekting noen konsekvenser, se tabell 2.5. Helse Sør RHF er ulik de andre, ved at veide resultat gir lavere effektivitet hvert enkelt år. Totalt gir vekting en bedre utvikling i årene 1999 – 2003. Dette betyr at det er de relativt små sykehusene som har hatt den relativt beste effektivitetsutviklingen i denne perioden. I de andre RHF ene gir vekting høyere effektivitet.⁷ Som for teknisk effektivitet ser vekting til å bety minst i Helse Øst RHF.

Dette får konsekvenser for vektingen ved at en ikke kan gi ulike vekt til relative ulike sykehus (for eksempel får Sykehuset i Volda og Sykehuset i Ålesund samme vekt). I det neste avsnittet prøver vi å si noe mer om effektivitet og størrelsen på sykehuset.

Tabell 2.5 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - vektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	2002-2003	1999-2003
Helse Øst RHF	74,6	74,5	73,9	78,5	83,4	6,3 %	11,9 %
Helse Sør RHF	74,7	74,0	75,9	78,9	81,0	2,6 %	8,4 %
Helse Vest RHF	85,5	85,0	83,2	84,8	85,9	1,3 %	0,4 %
Helse Midt-Norge RHF	81,8	82,9	81,1	85,1	85,9	1,0 %	5,0 %
Helse Nord RHF	76,6	79,4	80,6	83,0	82,8	-0,2 %	8,1 %

⁷ Det kan få konsekvenser for vektingen at noen Regionale Helseforetak leverer data på HF nivå. Vi kan da ikke kan gi ulike vekter til relative ulike sykehus (for eksempel får Sykehuset i Volda og Sykehuset i Ålesund samme vekt i 2003).

2.5 Er effektivitet avhengig av størrelsen på sykehusene?

Dette er et spørsmål det er vanskelig å besvare uten å foreta grundigere statistiske analyser av datamaterialet. Gjennom forholdsvis enkle analyser bør en likevel kunne si noe om generelle tendenser. Resultatene i dette avsnittet indikerer at kostnadseffektiviteten er høyere i relativt større sykehus, men effektene er heller motsatt for teknisk effektivitet.

Vi har utført enkle panelregresjoner der effektivitet er avhengig variabel og totale kostnader brukes for å forklare variasjonene i effektivitet, for å se hvor mye størrelsen på sykehusene målt i totale utgifter betyr. Resultater fra disse analysene viser at størrelsen har signifikant positiv betydning på kostnadseffektiviteten. Dette indikerer dermed at store sykehus generelt er mer effektive målt i utgifter og aktivitet. Denne effekten forsterkes dersom en kontrollerer for utvikling over tid (årsdummier) for å ta hensyn til for eksempel lønnsutvikling og glidning i pasientkoding (DRG-kryp) og regionstilørighet (regionsdummier). Det er altså tendenser til at større sykehus har høyere effektivitet også når vi fjerner variasjonen mellom år og mellom regioner.

Teknisk effektivitet ser derimot ikke ut til å være særlig avhengig av størrelsen på sykehuset målt etter deres utgifter. Effekten ser heller ut til å være negativ om det kontrolleres for tidsutvikling og regionale forskjeller. Dette betyr at det er tendenser til å små sykehus målt etter utgiftsnivået, er relativt mer effektiv når en måler effektivitet i forhold til årsverksinnsats. Dette kan ha noe med forutsetningene om skalaavkastning som er beskrevet over å gjøre, men det kan også være gunstig å se på dette i forhold til typer sykehus.

Biørn et al (2003) benytter tilsvarende data for perioden 1992 til 2000 for å analysere effekten av innføringen av ISF på effektiviteten. De benytter mer avanserte paneldata-metoder, der de også tar hensyn til en rekke andre faktorer. "Antall senger" er her brukt som en indikator på størrelsen på sykehusene. De finner en positiv effekt av størrelse på teknisk effektivitet. Den tilsvarende effekten på kostnadseffektiviteten estimeres til å være negativ, men ikke statistisk signifikant. Altså omtrent de motsatte effektene av det som finnes når en utvider perioden med tre år og ikke kontrollerer for andre faktorer som for eksempel type sykehus (for eksempel om det er regionsykehus eller universitetssykehus). Dette kan bety at nye effekter er gyldige i senere år, men det kan også bety at type sykehus er like viktig eller viktigere enn størrelsen, selv om disse vil være korrelert.

2.6 Mindre forskjeller i effektivitet mellom sykehus

Det er av interesse å se om forskjellene i effektiviteten mellom sykehusene har blitt mindre i de siste årene. Et enkelt mål på dette er utviklingen i det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet (standardavvik) i effektivitetsmålene.⁸ Dette kan vises både på nasjonalt og regionalt nivå. På regionalt nivå er det utviklingen som er sentral, da det er store forskjeller på sykehusene mellom regionene.

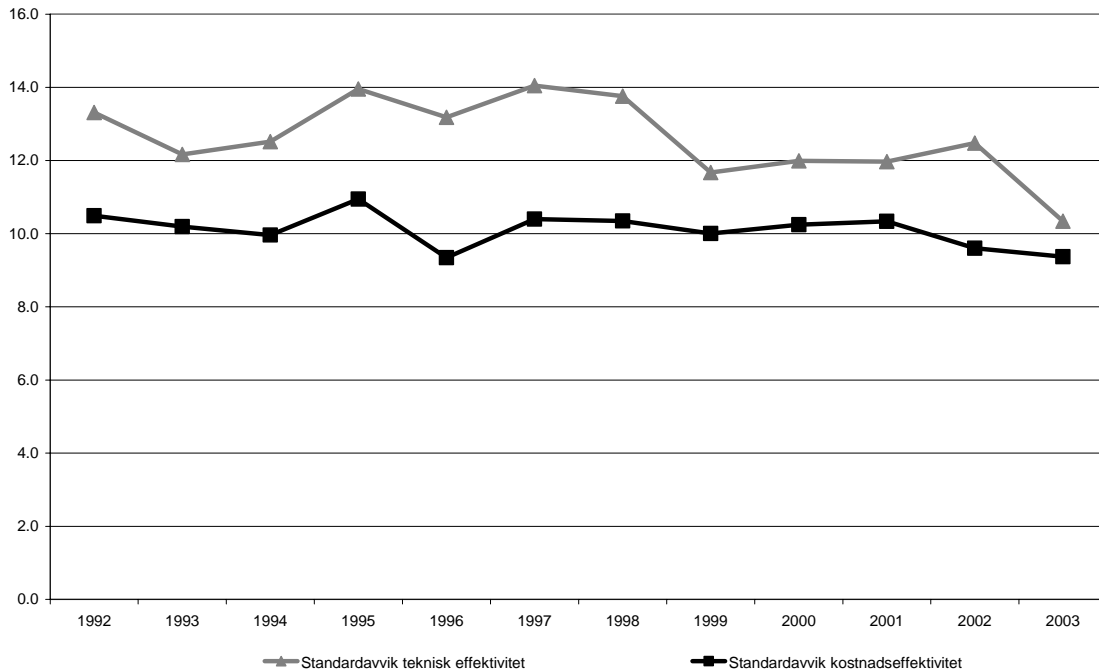
2.6.1 Forskjeller mellom sykehus – nasjonalt nivå

Figuren under viser hvordan standardavvikene har utviklet seg i løpet av perioden 1992 – 2003. Vi ser at forskjellene mellom sykehusene er relativt konstant når en måler effektivitet i forhold til kostnader (kostnadseffektivitet) og vi finner en reduksjon i spredningen målt ved standardavviket på 6 % i perioden 1999 – 2003. En noe større reduksjon i spredningen observeres i den tekniske effektiviteten, og for denne perioden har det vært en reduksjon på 11 %. En spesiell "topp" i teknisk effektivitet observeres i 2002, men en sterk reduksjon i

⁸ Effektivitetsmålene er standardisert slik at snittet de enkelte år er lik 1.

spredningen observeres i 2003. Generelt har sykehusene blitt mer lik hverandre med hensyn på effektivitetsmålene det siste året.

Figur 2.5 Utvikling i spredning i effektivitet mellom sykehusene i perioden 1992 – 2003.



Disse resultatene ser ikke ut til å endres om en fjerner de usikre observasjonene i Helse Nord RHF.

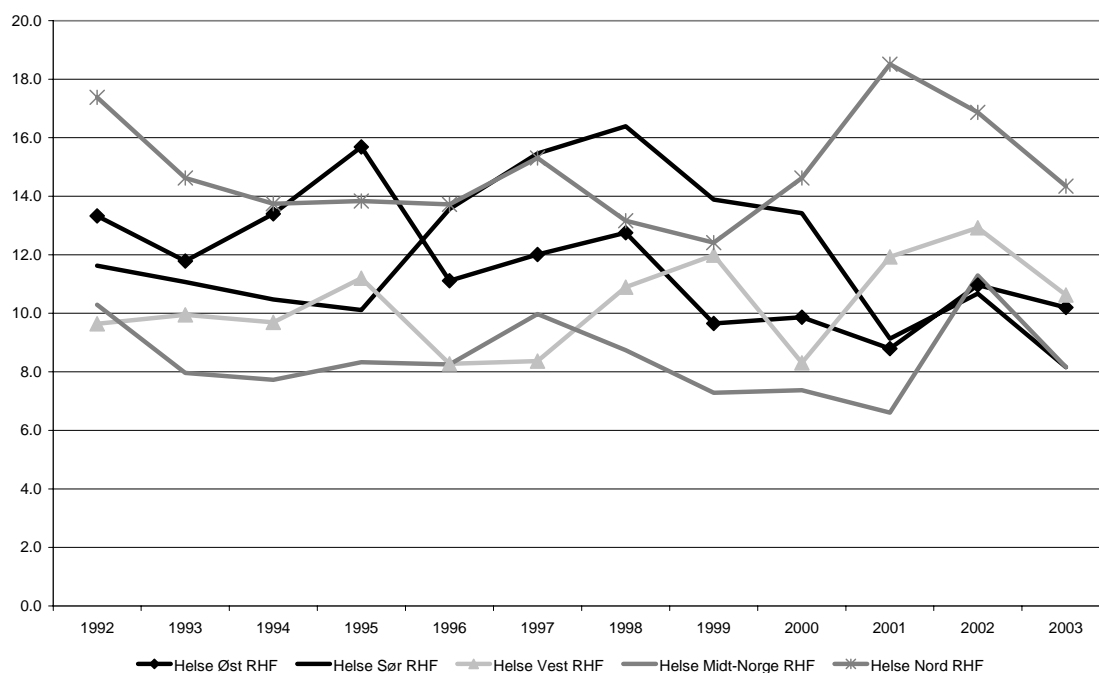
2.6.2 Forskjeller mellom sykehus – regionalt nivå

Det er viktig å poengtere at det er store forskjeller mellom regionene med hensyn til spredning i effektivitet. Vi kan se på størrelsen på sykehusene i de ulike regionene målt etter spredning i totale driftsutgifter. En størrelse for å sammenlikne de ulike regionene vil være variasjonskoeffisienten (standardavvik i faktiske driftsutgifter normalisert med gjennomsnittet av utgiftene i regionen). Vi finner da at Helse Vest RHF er den regionen med høyest variasjon, dvs de største forskjellene mellom sykehusene. Dernest kommer Helse Sør RHF. Helse Øst RHF har de mest homogene sykehusene etter dette målet og Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF noe lavere enn Helse Sør RHF. Dette har selvsagt sammenheng med type sykehus, men denne informasjonen kan være nytting når en ser på forskjellene i effektiviteten innen de ulike regionene.⁹

⁹ I dette avsnittet er tallene bak figur 2.5 igjen standardisert med gjennomsnittet for de ulike regionene slik at tallene er sammenliknbare både over tid og mellom regioner (gjennomsnitt= 100 for hvert år og gjennomsnitt=100 for hver region).

Teknisk effektivitet – standardavvik

Figur 2.6 Utvikling i standardavvik i teknisk effektivitet.



Som figur 2.6 viser, har alle regionene opplevd en reduksjon i spredningen i den tekniske effektiviteten det siste året. Sykehusene blir altså generelt likere i forhold til bruk av ressurser relativt til produksjon målt ved antall årsverk. Vi ser også at det er relativt små forskjeller mellom regionene i forhold til nivå. Helse Nord RHF ligger noe høyere, men har opplevd den sterkeste reduksjonen i spredningen fra 2001 til 2003.

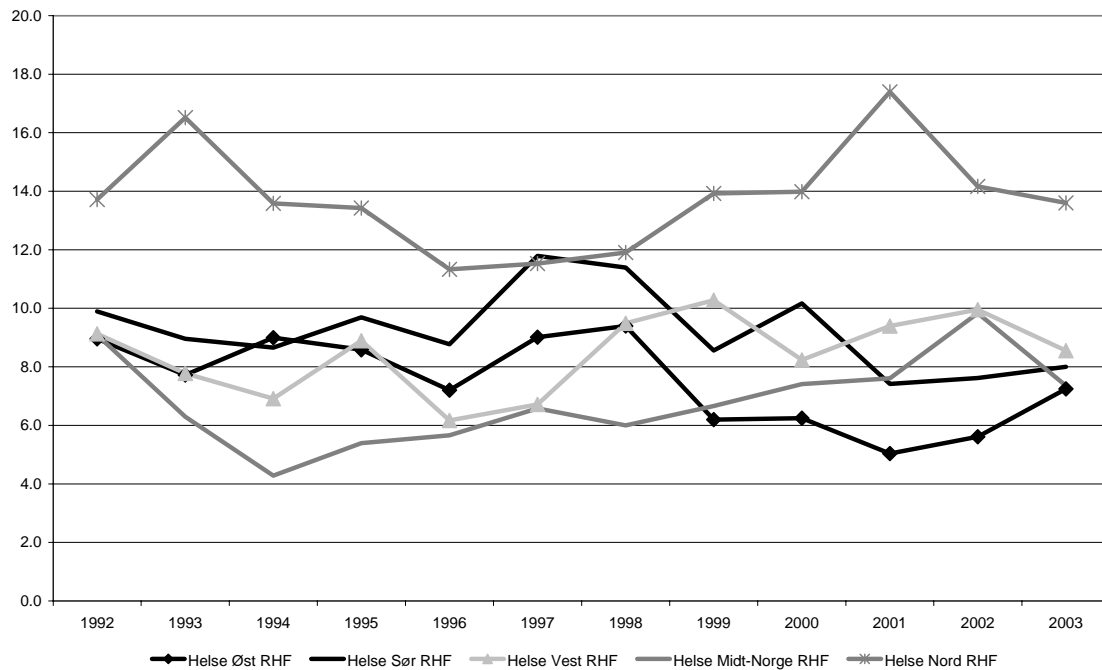
Tabell 2.6 Standardavviket i teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene.

	1999	2000	2001	2002	2003	Gj.snitt 1999- 2003	2002- 2003	1999- 2003
Helse Øst RHF	9,7	9,9	8,8	11,0	10,2	9,9	-7,0 %	5,6 %
Helse Sør RHF	13,9	13,4	9,1	10,7	8,2	11,1	-23,6 %	-41,3 %
Helse Vest RHF	12,0	8,3	11,9	12,9	10,6	11,2	-17,8 %	-11,4 %
Helse Midt-Norge RHF	7,3	7,4	6,6	11,3	8,2	8,1	-27,8 %	12,0 %
Helse Nord RHF	12,4	14,6	18,5	16,9	14,3	15,4	-14,9 %	15,5 %

Generelt i perioden 1999 – 2003 har ulikhetene økt innad i Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Øst, mens Helse Sør RHF har hatt en stor reduksjon i standardavviket for den tekniske effektiviteten. Helse Vest RHF har en nedgang på omtrent 11 % fra 1999 til 2003.

Kostnadseffektivitet – standardavvik

Figur 2.7 Utvikling i standardavviket for kostnadseffektiviteten



Som figuren viser, er det relativt stor variasjon mellom regionene. Helse Øst RHF har hatt de minste forskjellene mellom sykehusene målt etter standardavviket i kostnadseffektiviteten (1999 – 2003), men har i de to siste årene opplevd en økning i forskjellene. Helse Sør RHF, Vest og Midt-Norge ligger relativt likt i 2003, mens Helse Nord RHF ligger høyest i interne forskjeller mellom sykehusene, men trenden de siste to årene viser at sykehusene i regionen blir mer lik målt etter kostnadseffektiviteten. UNN er med i datagrunnlaget og kurven ville ligget noe lavere om UNN hadde vært fjernet, men trenden er den samme.

Dette kan vi også illustrere gjennom endringer i perioden for hvert av RHF ene.

Tabell 2.7 Standardavviket i kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene - uvektet.

	1999	2000	2001	2002	2003	Gj.snitt 1999-2003	2002-2003	1999-2003
Helse Øst RHF	6,2	6,2	5,0	5,6	7,2	6,1	29,1 %	16,9 %
Helse Sør RHF	8,6	10,2	7,4	7,6	8,0	8,4	5,0 %	-6,5 %
Helse Vest RHF	10,3	8,2	9,4	10,0	8,6	9,3	-14,1 %	-16,7 %
Helse M-Norge RHF	6,7	7,4	7,6	9,8	7,4	7,8	-25,2 %	10,4 %
Helse Nord RHF	13,9	14,0	17,4	14,2	13,6	14,6	-3,9 %	-2,3 %

Tabellen bekrefter det figuren viste, Helse Øst RHF ligger lavest og Helse Nord RHF har fortsatt de største forskjellene mellom sykehusene, men har hatt en forbedring de siste to årene.

Totalt i perioden 1999 - 2003 har Helse Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF en økning i spredningen i kostnadseffektiviteten, men Helse Vest RHF har fått mindre forskjeller mellom sykehusene også målt etter kostnadseffektiviteten. Helse Sør RHF og Helse Nord RHF har også fått mindre forskjeller i 2003 enn de hadde i 1999.

Disse resultatene kan være med å indikere hvor det er mulighet for forbedringer ved å gjøre sykehusene mer effektivt i forhold til de som ligger på produksjonsfronten. Samtidig sier disse resultatene noe om det er de mest effektive sykehusene som har blitt enda bedre eller om det er de andre som har blitt mer effektive relativt sett. I Helse Vest RHF ser det for eksempel ut som begge deler er tilfelle. De har hatt vekst i begge effektivitetsmålene samtidig som standardavvikene er redusert i løpet av perioden. Den samlede effektiviteten har økt og forskjellene har blitt mindre. Dette kan bety at økningen i effektiviteten i de mindre effektive sykehusene har vært større enn økningen i effektiviteten i de sykehusene som initialt var effektive.

Mer detaljerte analyser er nødvendig for å kunne si noe sikkert om dette. En mulighet for å analysere dette er for eksempel bruk av Malmquist produktivitetsindeks som dekomponeres i tre deler: teknologiske endringer (skift i frontproduktfunksjonen), effektivitetsendringer (bevegelse mot fronten) og kapitalakkumulasjon (bevegelse langs fronten). Vi vil da kunne si mye mer om hva som faktisk skjer når forskjellene blir mindre samtidig som effektiviteten øker.

Oppsummering

- Teknisk effektivitet har i perioden 1999 – 2003 økt med 10 %. Fra 2002 til 2003 var økningen på 1,8 %.
- Kostnadseffektiviteten har i perioden 1999-2003 økt med 6 %. Fra 2002 til 2003 var økningen på 0,4 %.
- Alle de regionale helseforetakene har hatt en vekst i teknisk effektivitet i løpet av perioden 1999 til 2003. Helse Nord RHF har hatt den sterkeste veksten med over 15 %, men lå lavest i 1999. Helse Nord RHF opplever en nedgang på 1,2 % fra 2002 til 2003 men dersom vi fjerner UNN grunnet usikkerhet i personelldata, viser tallene en økning på 0,4 %.
- Alle de regionale helseforetakene har hatt en vekst i kostnadseffektiviteten i løpet av perioden 1999 til 2003. Helse Øst RHF har hatt den sterkeste veksten på 13 %, mens det observeres en økning på 1,2 % i Helse Sør RHF. Endringen i kostnadseffektiviteten på nasjonalt nivå fra 2002 til 2003 ser i hovedsak til å komme fra effektivitetsforbedringer i Helse Øst RHF. De andre regionene har bare marginale endringer.
- Store sykehus ser ut til å komme bedre ut i forhold til kostnadseffektiviteten, men størrelsen på sykehuset ser i mindre grad ut til å påvirke den tekniske effektiviteten.
- Samtlige regionale helseforetak opplever en mindre spredning i den tekniske effektiviteten fra 2002 til 2003. I perioden 1999-2003 har spredningen på nasjonalt nivå gått ned med over 11 %. Det er store regionale forskjeller. Hele Sør har hatt en sterk reduksjon i forskjellene mellom sykehusene i denne perioden. Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Øst RHF opplever en økning i forskjellene i teknisk effektivitet. Helse Vest RHF har en reduksjon i standardavviket på 11 %.
- I perioden 1999 – 2003, går standardavviket i kostnadseffektiviteten ned med over 6 %. Ikke alle helseforetakene opplever at forskjellene i kostnadseffektiviteten blir mindre. Helse Vest RHF har klart fått mindre forskjeller i kostnadseffektiviteten mellom sine sykehus, mens det er relativt liten endring i Helse Nord RHF. Helse Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF opplever økte forskjeller i kostnadseffektiviteten mellom sine sykehus.

3 Aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2003 i lys av styringssignal fra offentlige myndigheter

Beate M. Huseby

3.1 Innledning

Aktivitetsutviklingen på midten av 1990-tallet viste årlige økninger av innleggelser for øyeblikkelig hjelp, mens de elektive (planlagte) døgnoppholdene gradvis ble redusert i både andel og antall. Ventelistene var ofte lange, og kostnadene i sektoren var stigende. Innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 skulle generelt stimulere til en økning av aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten, og den elektive kirurgiske aktiviteten spesielt. Den aktivitetsbaserte andelen av sykehusenes finansiering har økt gradvis, og i 2003 var DRG-refusjonen satt til 60 prosent. For sykehusene var det dermed mer lønnsomt enn noen gang tidligere å øke aktiviteten.

I 2003 var imidlertid aktivitetsnivået i den somatiske spesialisthelsetjenesten endret betydelig siden 1997. I både 2001 og 2002 hadde både aktivitetsveksten og veksten i utgifter vært vesentlig, og ventelistene var allerede sterkt redusert i tråd med eierskapsreformens intensjon. Sammenhengen mellom aktivitetsnivå og utgiftsnivå for den somatiske spesialisthelsetjenesten medførte dermed et behov for utflating av aktivitetsveksten. For 2003 var det derfor gitt klare politiske signal om at det ikke var ønskelig med en fortsatt vekst i de somatiske spesialisthelsetjenestene. Likevel var aktivitetsveksten høyere enn noen gang tidligere. Korrigert for befolkningsutviklingen økte dagbehandlingene med 16,5 prosent, og døgnoppholdene med 4,7 prosent dette året¹⁰.

Den sterke økningen i aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten som kom på tross av de politiske signaler som ble gitt, har resultert i at det er blitt satt søkelys på aktivitetsutviklingen i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Når aktiviteten er i endring i form av sterk vekst eller nedgang, er det særlig viktig å ha kunnskap om innholdet i endringen og stille spørsmål om endringen gjelder *alle* pasientgrupper eller er knyttet til spesielle kjennetegn ved pasientene eller pasientenes bosted. I dette kapitlet ser vi derfor nærmere på aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2003 og stiller spørsmål om i hvilken grad den økte aktiviteten har bidratt til en *økning i tilgjengeligheten* til somatiske spesialisthelsetjenester, og om hvilke pasienter som eventuelt har fått bedre tilgjengelighet til sykehustjenestene.

For å kunne vurdere hvorvidt tilgjengeligheten til de somatiske sykehustjenestene har økt, analyseres aktivitetsutviklingen i henhold til både type opphold, diagnoser (ICD-10) og i henhold til pasientenes alder. Tidligere analyser har også vist at omfanget av reinnleggelser og fleropphold har økt de senere årene (Huseby 2002), og når aktiviteten telles som antall opphold (i motsetning til antall pasienter) kan det være grunn til å stille spørsmål om hvor stor andel av aktivitetsøkningen som er knyttet til behandlingsserier (fleropphold) og reinnleggelser.

I dette kapitlet settes det søkelys på aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2003, og utviklingen beskrives i forhold til hvilke oppholdstyper og diagnoser som har økt i særlig grad i denne

¹⁰ Se kapittel 8 for en nærmere beskrivelse av aktivitetsutviklingen fra 2002 til 2003.

femårsperioden. Avslutningsvis relateres økningen i antall opphold til utviklingen i antall pasienter, omfanget av reinnleggelser og bruken av serieopphold.

3.2 Endrede signaler fra offentlige myndigheter

I løpet av desember 2000 ble det klart at eierskapsreformen hadde politisk flertall på Stortinget, og at staten skulle overta de somatiske spesialisthelsetjenestene til staten. Fra 1999 til år 2000 hadde det vært en svært moderat økning i ratene for somatiske sykehusopphold. Dagbehandlingene, som var blitt fullstendig registrert for første gang i 1999, viste en klar økning i år 2000, mens døgnoppholdene viste noe nedgang. En rekke reformer som var innført på 1990-tallet (innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg, regionale helseplaner) hadde så langt ikke resultert i en betydelig endring av aktivitetsnivået i sektoren.

I 2001 var det imidlertid en markert vekst i både døgnopphold og dagbehandling. Det har vært hevdet fra flere hold at aktivitetsutviklingen "løp løpsk" denne høsten fordi fylkeskommunene ikke lenger følte ansvar for sykehusunderskuddene, og de nye eierne hadde enda ikke fått myndighet til å styre utviklingen. I 2001 økte antallet opphold (døgn og dag) med 60 000 opphold.

Før aktivitetstallene for tredje kvartal i 2001 forelå, ble det stadfestet i statsbudsjettet for 2002 at innsatsen til helse og pasientbehandling ved sykehusene skulle økes i eierskapsreformens første driftsår.

"Regjeringen foreslår en reell økning i bevilgningene til sykehusdrift på 1,5 mrd. kroner i 2002. Regjeringen vil fjerne unødvendig ventetid for behandling ved sykehus." *Stortingsmelding nr. 1 (2001-2002)*

De politiske signalene om aktivitetsvekst og ønsket om reduserte ventelister ved somatiske sykehus resulterte dermed i en ytterligere aktivitetsøkning i 2002. Fra 2001 til 2002 var aktivitetsveksten enda høyere enn det som var forutsatt i de økonomiske rammene i statsbudsjettet.

Etter to år med svært sterk aktivitetsvekst ble det ikke gitt rom for en ytterligere aktivitetsvekst i statsbudsjettet for 2003. Målsettingen var nå stabilitet og utflating av aktivitetsveksten ved de somatiske sykehusene:

"Det foreslås bevilget vel 55 mrd. kroner til spesialisthelsetjenesten i 2003. Dette legger til rette for at aktiviteten i sykehusene i 2003 skal kunne videreføres på om lag samme høye nivå som i 2002. Regjeringen foreslår den sterkeste økningen i bevilgningene til psykisk helse siden opptrappingsplanen for psykiatri ble vedtatt av Stortinget." *(Stortingsmelding nr. 1 2002-2003)*.

I mai 2003 forelå det imidlertid indikasjoner på at det ville bli en ytterligere aktivitetsvekst i 2003. Stortinget (St. prp. nr. 65 (2002-2003)) bevilget da 150 millioner ekstra til inndekning av aktivitetsøkningen i 2002, og plussset på ytterligere 150 millioner for å opprettholde samme aktivitetsnivå for 2003. Det ble imidlertid sterkt understreket at de regionale helseforetakene nå måtte overholde finansieringsrammene:

"I budsjettet for 2003 er ISF-bevilgningen fastsatt med utgangspunkt i at aktiviteten skal kunne være på samme reelle nivå som i 2002. Regjeringen opprettholder denne forutsetningen, men for å kunne videreføre den høyere reelle aktiviteten fra 2002 inn i 2003, foreslås bevilgningen til innsatsstyrt finansiering økt med 150 mill. kroner. Regjeringen understreker at de regionale helseforetakene skal innrette sitt aktivitetsnivå ut fra denne forutsetningen." *(St. prp. nr. 65 2002-2003)*.

Vel en måned etter den reviderte budsjettbehandlingen i Stortinget sendte Helsedepartementet et revidert styringsdokument knyttet til pasientbehandling og aktivitetsvekst til de regionale helseforetakene (Helsedepartementet 27.06 2003). I dette brevet påpekes det at

utviklingen i 2003 så langt gav indikasjoner på en vesentlig høyere vekst enn forutsatt og det ble understreket at de regionale helseforetakene selv hadde ansvar for å styre den ISF-finansierte aktiviteten.

"Departementet ber på denne bakgrunn RHF-ene ta et aktivt grep slik at aktiviteten styres mot de måltallene som er lagt til grunn i budsjettet for 2003. Dersom aktiviteten øker utover det som er forutsatt vil det bli nødvendig å sette i verk andre tiltak for å begrense denne veksten, for eksempel reduksjon av takstene, jf. St.prp.nr.65 (2002-2003). Det kan ikke påregnes at det vesentlig høyere inntektsnivået fra poliklinikktilskuddet i 2003 vil bli videreført i 2004-budsjettet." (*Helsedepartementet, 27.06.2003*).

Det reviderte styringsdokumentet skapte sterke reaksjoner i de regionale helseforetakene og fem dager senere gikk et nytt brev fra Helsedepartementet til RHF-ene der budskapet i det reviderte styringsdokumentet ble noe modifisert (Helsedepartementet 01.07.2003). Det ble understreket at de regionale helseforetakene ikke skulle gjennomføre tiltak som følge av revidert styringsdokument, før departementet hadde foretatt en gjennomgang av aktiviteten og pasientbehandlingen i de regionale helseforetakene. Aktivitetsutviklingen fortsatte dermed omtrent som før, men med en noe lavere vekst i tredje tertial. Samlet vekst i antall sykehusopphold for 2003 var derfor betydelig (se kapittel 8).

I styringsdokumentene fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene i 2004 er fokus nå satt på styring av aktiviteten og null aktivitetsvekst. Det både understrekes og utheves at økningen i basisbevilgningen på 500 millioner ikke skal finansiere en ytterligere aktivitetsøkning:

" ...Disse midlene forutsettes å bidra til reduserte underskudd i 2004 og balanse i de regionale helseforetakenes regnskaper i 2005, og skal ikke bidra til et høyere aktivitetsnivå enn forutsatt for rammene for 2004."

(*Helsedepartementet, 06.01.2004*)

Hvorvidt de regionale helseforetakene er i stand til å styre aktivitetsutviklingen for 2004 i henhold til de politiske signalene som er gitt, er et empirisk spørsmål som det enda er for tidlig å gi svar på. I oktober 2003 ble imidlertid Stortingsmelding nr. 5 (2003-2004) og en ny finansieringsordning for sykehusene vedtatt. Det nye finansieringssystemet for sykehusene medfører at DRG-refusjonen er redusert til 40 prosent fra 2004, og gir dermed lavere insitamenter til aktivitetsøkning for å øke sykehusenes inntjening.

Den sterke aktivitetsveksten i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2003 kan hevdes å ha kommet på tross av signaler og retningslinjene fra Helsedepartementet og politiske myndigheter. Det er imidlertid også et overordnet politisk mål at helseregionene skal sørge for at befolkningen har god tilgjengelighet til helsetjenester av god kvalitet. Dette gjør det viktig å stille spørsmål om aktivitetsøkningen har vært like stor i alle regionene, og hvilke behandlinger og type pasienter som har fått økt tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester som følge av denne aktivitetsøkningen. På de følgende sidene gir vi derfor en nærmere beskrivelse av aktivitetsutviklingen for perioden 1999 til 2003 i forhold til type opphold, diagnoser og omfang av serie-behandlinger og reinnleggelser.

3.3 Aktivitetsutviklingen i henhold til type opphold

I løpet av siste femårsperiode har en rekke strukturelle endringer medført at både antallet institusjoner og registrerte opphold er endret. De viktigste endringene knytter seg til registreringen av friske nyfødte fra 2002, innlemmingen av enkelte rehabiliteringsinstitusjoner i helseforetakene¹¹, og økningen i offentlige godkjente private sykehus. I de

¹¹ Rehabiliteringstjenesten i Stavanger, Mork og Nevro hjemmet rehabiliteringssenter og fødestuene har tidligere ikke blitt inkludert i datagrunnlaget for SAMDATA Sykehus Tabeller. De er imidlertid inkludert i kapittel 8 (bruk av sykehus tjenester) i årets SAMDATA Somatikkrapport, og er også inkludert i datamaterialet som presenteres her.

data som presenteres her, er både fødestuer, private sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og friske nyfødte inkludert, men både fødsler/friske nyfødte og rehabiliteringsopphold er likevel skilt ut slik at oversiktene over antallet døgnopphold er uavhengig av disse endringene. I datamaterialet har vi også inkludert de tallene på friske nyfødte i 1999, 2000 og 2001 som ble innrapportert til NPR (Norsk Pasientregister). Tallene for disse årene er imidlertid ikke komplette¹².

Økningen i aktivitet i siste femårsperiode var hele 240 000 opphold og 24 prosent. Knappt 100 000 av disse oppholdene var rehabilitering, dialyse, kjemoterapi og friske nyfødte. På tross av registreringsendringer, er det likevel ikke tallene på fødsler og friske nyfødte som viser størst endring fra 1999 til 2003. Tabell 3.1 viser at rehabiliteringsoppholdene (totalt dag og døgn) har økt med mer enn 116 prosent fra 1999 til 2003. Økningen var klart størst fra 2002 til 2003.

I tillegg til rehabiliteringsoppholdene har den relative veksten vært sterkest for ikke-kirurgiske dagbehandlinger (66 prosent økning), og behandlinger for kjemoterapi (61 prosent økning). De elektive døgnoppholdene¹³ har økt med 16,5 prosent mens døgnopphold for øyeblikkelig hjelp økte med bare 7,6 prosent i denne perioden.

Tabell 3.1 Aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2003 fordelt på ulike typer opphold og behandlinger. Rater per 1000 innbygger.

Type opphold	Rater per 1000 innbygger					Endring i antall opphold 1999-2003	Endring i prosent 1999-2003
	1999	2000	2001	2002	2003		
Døgn elektivt ¹	46	45	48	49	52	33 663	16,5
Døgn ø-hjelp ¹	94	92	95	96	99	31 933	7,6
Dagkirurgi ²	28	29	32	34	40	56 052	44,3
Annen dagbehandling ³	8	8	9	11	13	23 112	65,8
Rehabilitering ⁴	7	8	9	11	15	36 122	116,6
Dialyse ⁵	13	15	16	18	19	28 581	47,4
Kjemoterapi ⁶	8	10	11	11	13	23 385	61,4
Fødsler/friske nyfødte ⁷	21	23	22	22	22	7 710	8,4
Totalt	225	230	242	252	273	240 570	23,8

¹ Døgnoppholdene er eksklusive døgnopphold for rehabilitering, dagkirurgi, dialyse, kjemoterapi, fødsler, friske nyfødte og fødestuer.

² Inklusive døgnopphold der pasienten har 0 liggedager og behandlingen er definert i en kirurgisk DRG. Er også inklusive dagbehandling på poliklinikk som er definert i en DRG.

³ Dagbehandling blant innlagte pasienter definert i medisinsk DRG, eller dagbehandling på poliklinikk definert i medisinsk DRG. Eksklusive dialyse, rehabilitering, kjemoterapi.

⁴ Rehabilitering er definert som DRG 462 i 1999 og 2000 og DRG 462A-C i 2001-2003.

⁵ Dialyse er definert som DRG 317.

⁶ Kjemoterapi er definert som DRG 410, DRG 410 A-B.

⁷ Fødsler er definert som DRG 370-375, DRG 382. Friske nyfødte er definert som DRG 391.

I absolutte tall, er imidlertid økningen i døgnopphold for øyeblikkelig hjelp omtrent like stor som økningen i elektive døgnopphold. De dagkirurgiske oppholdene har økt med 44

¹² Se forøvrig Kapittel 8 (Bruk av sykehus) samt vedlegg 1 og vedlegg 2 for nærmere informasjon om hva som er inkludert i pasientdata.

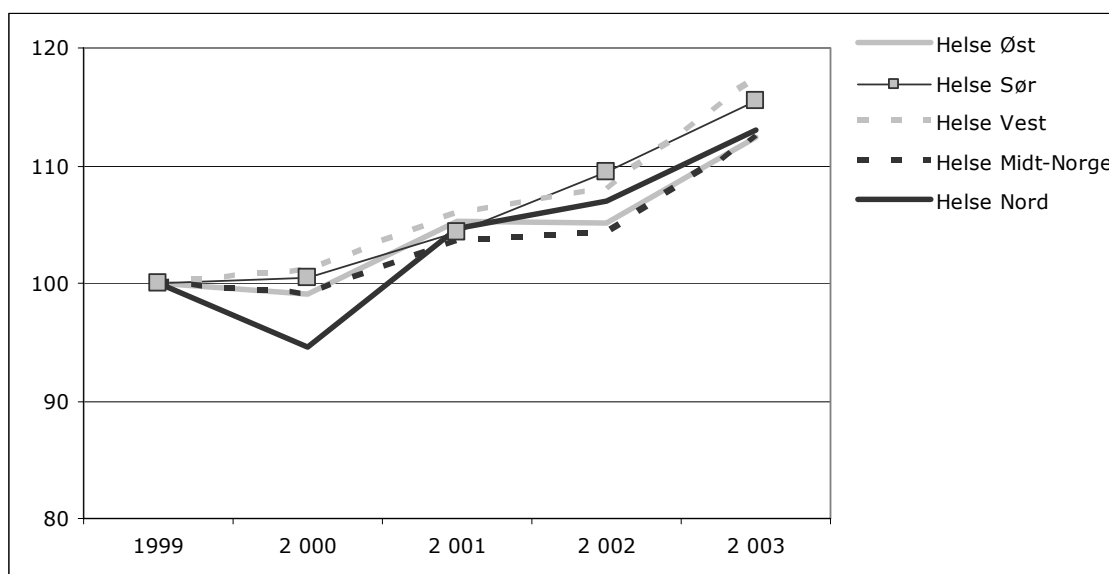
¹³ Kategoriene i tabellen er gjensidig utelukkende. Elektive døgnopphold er derfor eksklusive rehabiliteringsopphold, fødsler og friske nyfødte.

prosent, men denne økningen representerer likevel en mindre økning i absolutte tall (antall opphold) enn den samlede økningen i døgnopphold.

Aktivitetseendringene og helsereformen har også medført at sammensetningen av ulike typer opphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten er endret i siste femårsperiode. Når vi ser bort fra opphold for rehabilitering og fødsler/friske nyfødte er døgnoppholdenes andel av alle opphold (sum elektive døgnopphold og døgnopphold for øyeblikkelig hjelp) redusert med nesten 7 prosentpoeng. I 1999 utgjorde summen av elektive døgnopphold og døgnopphold for øyeblikkelig hjelp 62 prosent av alle opphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten, mens tilsvarende tall for 2003 var 55,3 prosent¹⁴. Rehabiliteringsoppholdene (både dag og døgn) har økt sin andel av opphold fra 3,1 til 5,4 prosent, og dagbehandlingenes andel av alle opphold (eksklusive kjemoterapi og dialyse) er økt fra 16 til 19,3 prosent av alle opphold. I tillegg har dialyseoppholdene og kjemoterapioppholdene økt sin andel av det samlede antallet opphold med 2 prosentpoeng.

Aktivitetseutviklingen har også variert noe mellom regionene. Totalt sett, for alle typer opphold, har økningen vært sterkest for pasienter fra Helse Sør hvor ratene totalt sett har økt med 30 prosent i siste femårsperiode. Pasienter i Helse Øst har hatt svakest økning i bruken av somatiske spesialisthelsetjenester, og økte oppholdsratene med 16 prosent fra 1999 til 2003. I Helse Vest, Helse Midt-Norge og i Helse Nord har utviklingen totalt sett vært svært lik. I alle disse tre regionene økte oppholdsratene totalt med 21-22 prosent.

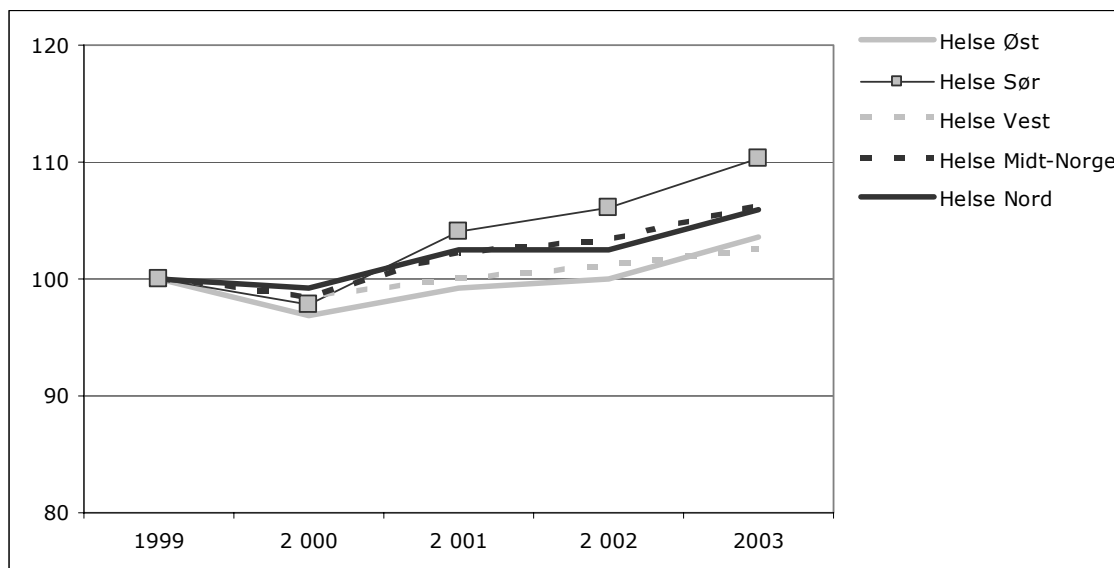
Figur 3.1 Relativ utvikling i elektive døgnopphold fra 1999 til 2003 etter helseregion. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted (1999=100).



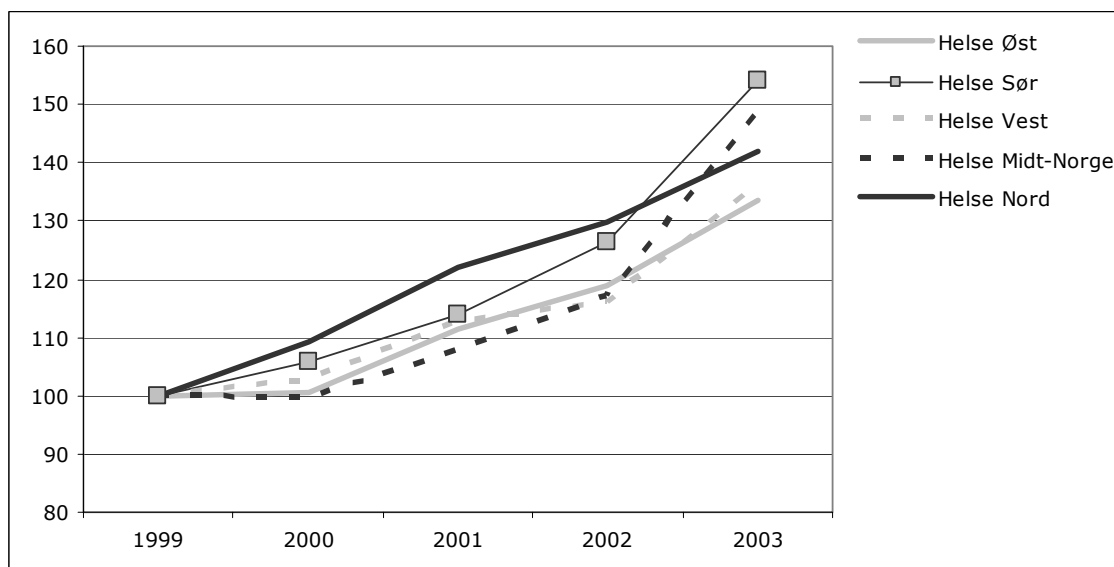
Pasienter i Helse Vest har hatt den sterkeste veksten i elektive døgnopphold (18 prosent økning), og den svakeste veksten i døgnopphold for ø-hjelp (2 prosent). Pasienter bosatt i Helse Sør hadde til sammenligning en noe lavere økning i ratene for elektive døgnopphold (16 prosent), men hadde i tillegg en økning i døgnoppholdene for øyeblikkelig hjelp på 10 prosent. Økningen i dagkirurgi var også størst for pasienter fra Helse Sør (54 prosent). Pasienter i Helse Øst har hatt den laveste veksten i både elektive døgnopphold og dagkirurgi. Den relative utviklingen for hver av regionene i ratene for elektive døgnopphold, døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og dagkirurgi er illustrert i figur 3.1 og figur 3.2.

¹⁴ Døgnopphold definert som framstillingen i tabell 3.1 og dermed eksklusive f.eks. rehabiliteringsopphold og fødsler/friske nyfødte.

Figur 3.2 Relativ utvikling i døgnopphold for øyeblikkelig hjelp fra 1999 til 2003 etter helseregion. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).



Figur 3.3 Relativ utvikling i dagkirurgi fra 1999 til 2003 etter helseregion.. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).

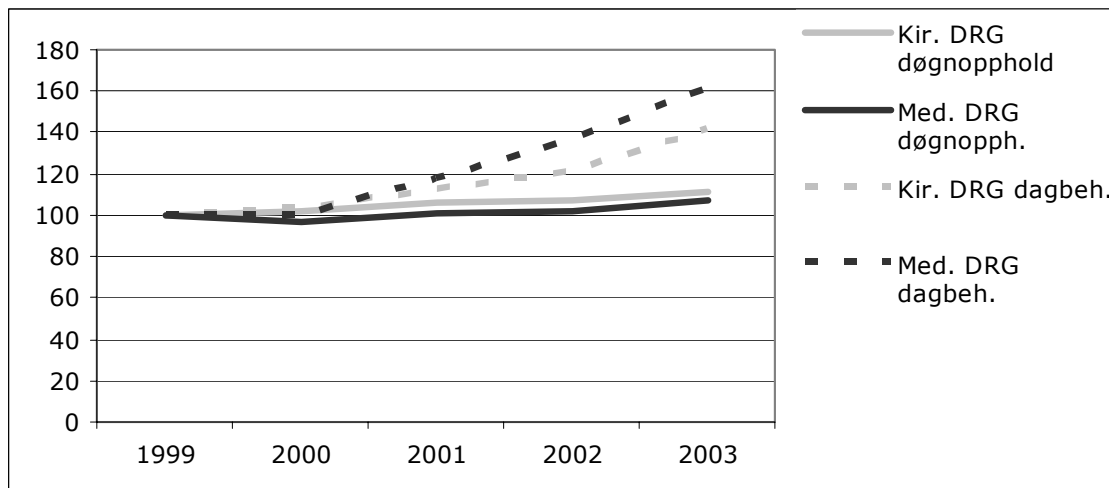


3.4 Økningen i medisinske og kirurgiske DRG

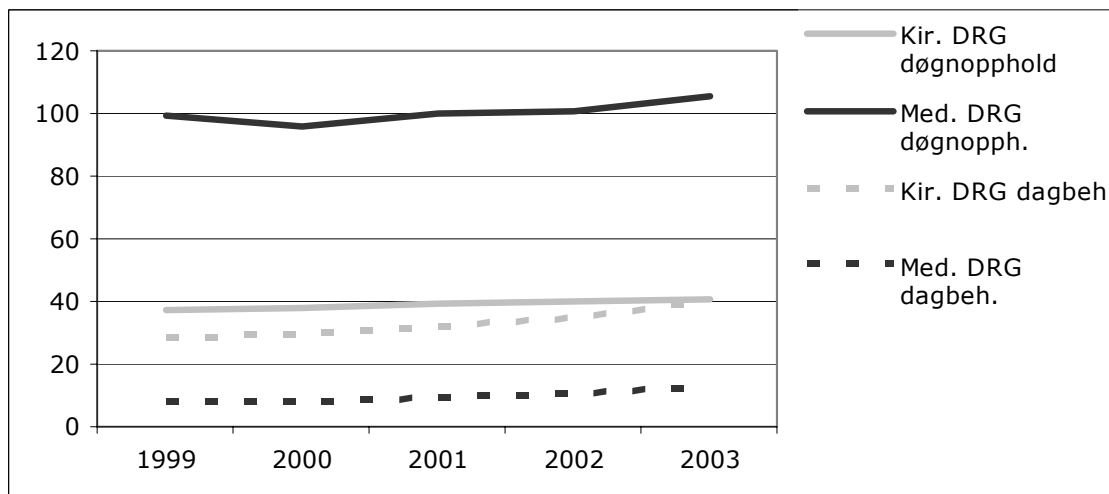
Tabell 3.1 viste at økningen i rehabilitering, dialyse og kjemoterapi i siste femårsperiode var betydelig. Alle disse behandlingene er definert som medisinske DRG og medfører dermed en sterk økning i opphold definert i medisinske DRG. Mer enn 70 prosent av eldres sykehusopphold gjelder opphold definert i medisinske DRG. Det er også de medisinske avdelingene som oftest har problemer med høy andel opphold for øyeblikkelig hjelp, lange liggetider, kapasitetsproblemer og korridorpasienter. I lys av spørsmålet om aktivitetsveksten har vært knyttet til økt tilgjengelighet for pasientgrupper som tidligere har hatt dårlig tilgjengelighet

kan det derfor være interessant å analysere utviklingen av andre døgnopphold og dagbehandlinger i henhold til medisinske og kirurgiske DRG.

Figur 3.4 Den relative utviklingen i kirurgiske og medisinske DRG ved døgn- og dagbehandling fra 1999 til 2003. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100)



Figur 3.5 Antall opphold per 1000 innbygger definert i kirurgiske og medisinske DRG ved døgn- og dagbehandling fra 1999 til 2003. Data er eksklusive rehabilitering, fødsler/friske nyfødte, kjemoterapi og dialyse og tar utgangspunkt i pasientenes bosted.



Figur 3.4 viser den relative utviklingen i medisinske og kirurgiske DRG for døgnopphold og dagbehandlinger fra 1999 til 2003 (1999=100), mens figur 3.5 viser utviklingen i rater per 1000 innbygger. Figur 3.4 viser at den relative økningen var størst for dagbehandlinger generelt og dagbehandling definert i medisinske DRG spesielt. Figur 3.5 viser imidlertid at ratene for dagbehandling definert i medisinske DRG (eksklusive kjemoterapi, rehabilitering og dialyse) fremdeles er lave, og at ratene for døgnopphold definert i medisinske DRG er langt høyere enn for døgnopphold definert i kirurgiske DRG.

Figur 3.5 viser også at økningen i dagkirurgien har bidratt til at ratene for kirurgiske døgnopphold og kirurgiske dagbehandlinger for første gang er like høye. I 2003 ble hvert andre kirurgiske inngrep utført som dagbehandling.

3.5 Økt tilgjengelighet for pasienter med sykdommer i nervesystemet, sirkulasjonssystemet og muskler/skjelettet

For å få et best mulig overblikk over hvilke pasientgrupper som har fått bedret tilgjengeligheten til helsetjenestene som en følge av aktivitetsøkningen, har vi også analysert utviklingen fra 1999 til 2003 med utgangspunkt i hovedkapitlene i ICD-10. Tabell 3.2 viser rater per 10 000 innbygger i 1999, 2001 og 2003 for hvert av hovedkapitlene, samt endring i både relative og absolutte tall.

Tabellen viser at den pasientgruppen som har hatt størst økning relativt sett, samt en betydelig økning i antall opphold (totalt for dag og døgn), er pasienter med hoveddiagnose knyttet til sykdommer i nervesystemet. Økningen i denne diagnosegruppen har vært klart sterkest etter eierskapsreformen, og innebærer en økning på mer enn 13 000 opphold med hoveddiagnose *søvnløshet* (hoveddiagnose G47), en økning på nesten 2500 opphold med hoveddiagnose *mononevropati i overekstremitet* (nerveskade i arm, hoveddiagnose G56), en økning på mer enn 2000 opphold med hoveddiagnose *andre tilstander i øyelokk* (H02) samt en økning på omtrent 1300 opphold med hoveddiagnose *brytningsforstyrrelser og akkomodasjonsforstyrrelser* (hoveddiagnose H52, langsynthet, nærsynthet m.m.). Økningen i antall opphold med hoveddiagnose innen sykdommer i nervesystemet var på 20 000 opphold (døgn og dag).

En enda sterkere økning i antall opphold finner vi for pasienter med sykdommer definert innen hovedkapittel XIII i ICD-10; sykdommer i muskler, skjelettsystem og bindevev. Denne diagnosegruppen økte med 47 prosent og mer enn 30 000 opphold totalt. Økningen var fordelt på mange hoveddiagnoser i dette hovedkapitlet, men var størst for pasienter med hoveddiagnose *kneleddlidelser* (M23), hvor økningen var på vel 6000 opphold. I tillegg økte antallet opphold for pasienter med hoveddiagnosene *kronisk leddgikt* (M05), *kneleddsartrose* (M17), samt *ervert deformitet i fingre og tær* (M20) med 2-3 000 opphold hver. Det var også mer enn 3 000 nye opphold for pasienter med hoveddiagnose *skulderlidelser* (M75) i 2003 enn i 1999.

I tillegg til økningen av opphold for pasienter med sykdommer i nervesystemet, muskler og skjelettet, har antall opphold for kreftbehandling og sykdommer i sirkulasjonssystemet økt betydelig. De enkeltdiagnosene som har økt mest når det gjelder svulster er knyttet til godartede (D23) og ondartede (C44) svulster i hud, samt svulst med usikkert eller ukjent malignitetspotensial (D48).

Diagnosegruppen sykdommer i sirkulasjonssystemet har økt med nesten 18 000 opphold, men viser en mer kompleks utvikling på et mer detaljert nivå. Det er nesten 5 000 færre opphold med hoveddiagnose Angina Pectoris i 2003 enn i 1999, men 5 000 flere opphold med akutt hjerteinfarkt første gang (I21) og kronisk iskemisk hjertesykdom (I25). Antallet opphold med hoveddiagnose *åreknuter* (I83) er også økt med nesten 3000, og antall opphold med hemoroider (I84) og arterieflimmer (I48) er også økt med henholdsvis 1600 og 1800 opphold.

Mange av de diagnosene (og behandlingene) som har økt mest i denne perioden, har kort liggetid og kan hevdes å være mindre alvorlige helseplager. Dette kan være tilstander som har blitt gitt lav prioritet, og har hatt lang ventetid. I 2001 var eksempelvis median ventetid for åreknuteoperasjon 200 dager (Midttun 2003). I et tilgjengelighetsperspektiv kan den sterke veksten i disse diagnosegruppene tyde på at tilgjengeligheten til disse behandlingene har økt.

Tabell 3.2 Rater for døgn og dagbehandling totalt per 10 000 innbygger etter hovedkapitler i ICD 10. Data fra 1999, 2001 og 2003 eksklusive rehabilitering, kjemoterapi, dialyse.

Hovedkapitler ICD 10	Rater per 10 000 innbygger Døgn og dagbehandling totalt ¹			Pst endr 1999-2003	Pst endr 2001-2003	Endr. i antall. opp. 1999-2003
	1999	2001	2003			
Visse infeksjons- og parasittsykd.	40	39	43	7,9	10,3	1 853
Svulster	196	208	220	12,5	5,8	13 107
Sykd i blod, blodorgan, immunforsvar	13	12	14	9,0	16,7	640
Endokrine sykd, ernæringssykd	29	29	35	22,3	20,7	3 209
Psykiske lidelser	20	19	23	14,8	21,1	1 574
Sykd i nervesystemet	62	72	104	69,0	44,4	20 023
Sykd i øyet og omgivelser	98	100	109	11,8	9,0	6 233
Sykd i øre og ørebensknote	24	23	22	-9,7	-4,3	- 834
Sykd i sirkulasjonssystemet	257	270	291	13,0	7,8	17 868
Sykd i åndedrettssystemet	158	153	166	4,8	8,5	5 003
Sykd i fordøyelses-systemet	125	132	141	12,9	6,8	8 580
Sykd i hud og underhud	19	21	29	54,1	38,1	4 869
Sykd i muskel- skjelett og bindevev	142	165	208	46,6	26,1	31 726
Sykd i urin og kjønnsorganer	101	109	124	23,8	13,8	11 933
Svangerskap, fødsel og barselstid ²	68	64	65	-4,4	1,6	- 690
Tilstander i perinatalperioden ³	21	21	24	16,6	14,3	1 778
Medfødte misd., deform., kromosomavv. ⁴	27	26	26	-1,6	0,0	65
Symptom, tegn, lab-funn	114	118	117	2,1	-0,8	2 247
Skader, forgiftninger og ytre årsaker	183	187	197	7,8	5,3	8 336
Kontakt med helsetj. m.m.	65	71	80	23,2	12,7	7 500
Totalt dag og døgn¹	1760	1840	2038	15,8	10,8	144 967

¹ Eksklusive dialyse, kjemoterapi, rehabilitering, fødsler/friske nyfødte.

² Ratene gjelder kvinner i alderen 16-49 år.

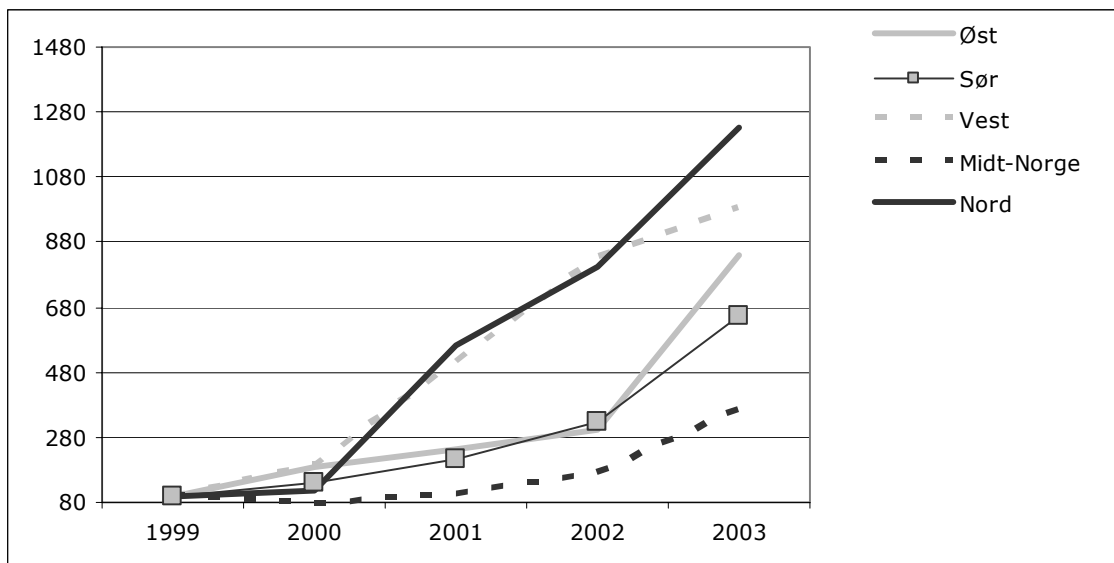
³ Ratene gjelder gutter og jenter 0-1 år.

⁴ Ratene gjelder gutter og jenter 0-15 år.

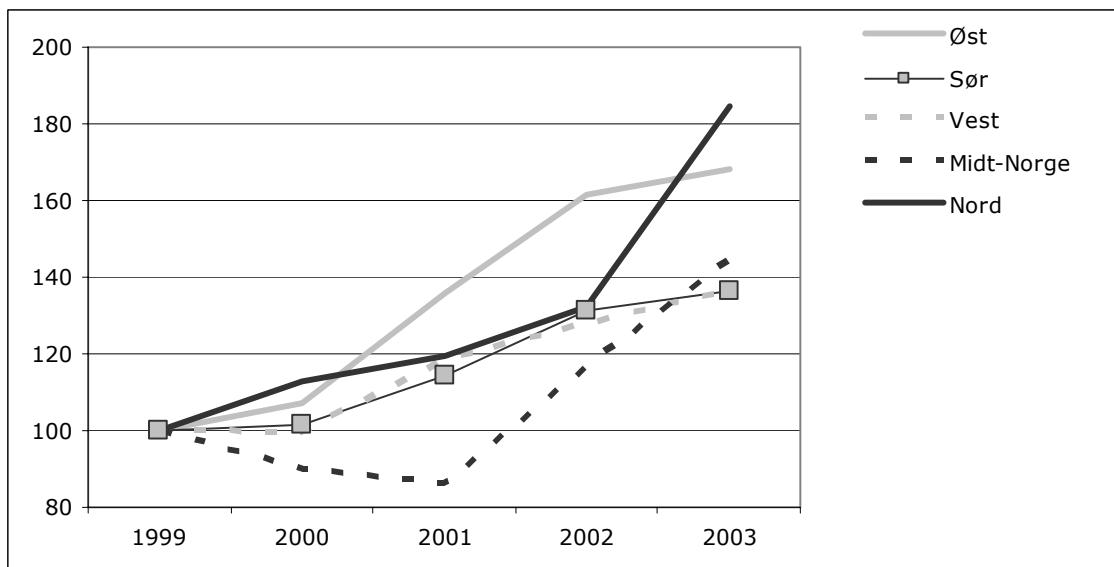
Det er også visse variasjoner mellom regionene når det gjelder utviklingen i opphold for de ulike hoveddiagnosene. Vi har inkludert tre figurer som viser den relative økningen for hver av regionene fra 1999 til 2003 for opphold med hoveddiagnose søvnløshet (G 47), opphold med hoveddiagnose åreknuter (I 83) og opphold med hoveddiagnose menisklidelse som skyldes gammel ruptur eller skade (M232).

Den relative økningen i opphold med hoveddiagnose søvnløshet var på 1230 prosent (!) i Helse Nord og 360 prosent i Helse Midt-Norge. Helse Nord har også hatt den største økningen, relativt sett, i opphold med hoveddiagnose åreknuter i bena, men hadde en noe lavere økning enn Helse Sør når det gjaldt opphold med menisk-diagnose. Pasienter fra Helse Midt-Norge har hatt den mest moderate økningen i alle disse tre diagnosegruppene.

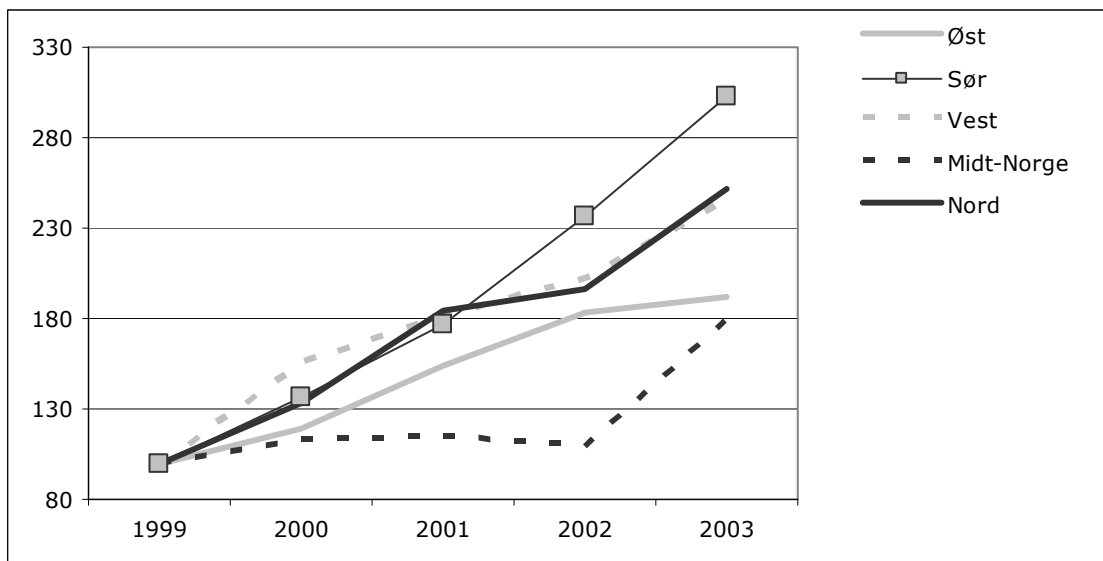
Figur 3.6 Den relative utviklingen fra 1999 til 2003 i hver av helseregionene for opphold med hoveddiagnose søvnløshet (G 47). Data tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).



Figur 3.7 Den relative utviklingen fra 1999 til 2003 i hver av helseregionene for opphold med hoveddiagnose åreknuter (I 83). Data tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).



Figur 3.8 Den relative utviklingen fra 1999 til 2003 i hver av helseregionene for opphold med hoveddiagnose menisklidelse (M232). Data tar utgangspunkt i pasientenes bosted. (1999=100).



3.6 Aktivitetsutviklingen i henhold til reinnleggelser og serieopphold

Fra 2001 til 2003 var økningen i antall opphold totalt på 14 prosent, mens økningen i antall pasienter var bare 6,5 prosent. Dette gir en indikasjon på at mer enn halvparten av økningen i opphold var knyttet til fleropphold og/eller reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp. I et tilgjengelighetsperspektiv betyr dette at økningen i opphold ikke har medført en tilsvarende økning i tilgjengelighet til somatiske helsetjenester. Vi har derfor valgt å analysere omfanget og utviklingen i reinnleggelser og fleropphold nærmere.

Huseby (2002) har tidligere vist at omfanget av reinnleggelser, særlig for de eldste pasientene, økte fra 1996 til 2001. Det har også vært hevdet (Bratlid 2002) at det ikke behandles flere pasienter enn tidligere ved de somatiske sykehusene, men at de samme pasientene legges inn flere ganger. Bratlid hevder at dette kan forklares av en mangel på tilgang på nye pasienter. Magnussen, Petersen og Kiviluoto (2003) tilbakeviser denne påstanden empirisk og viser til at både antallet pasienter og antallet innleggelser har økt. Den debatten det her refereres til, omhandlet først og fremst opphold og konsultasjoner på poliklinikk og spørsmålet om det kunne hevdes å være pasientmangel i Norge. Diskusjonen er dermed ikke direkte koblet til spørsmålet om omfanget av reinnleggelser og fleropphold har økt, men kan likevel hevdes å være relevant.

En annen forklaring på at omfanget av reinnleggelser og fleropphold kan ha økt, kan knyttes til finansieringssystemet for den somatiske spesialisthelsetjenesten. Innsatsstyrt finansiering måler aktiviteten i antall opphold, og gir dermed insitament til å heller innlegge pasienter med komplekse lidelser flere ganger, i stedet for å gi disse pasientene flere behandlinger i samme opphold og la dem bli liggende lenge. Dette gir grunn til å stille spørsmål om hvor stor del av aktivitetsøkningen som kan knyttes til en økning i reinnleggelser og fleropphold.

I pasientdata fra NPR er pasientenes identitet erstattet med et anonymt løpenummer. Løpenummeret er imidlertid knyttet til pasienten og blir benyttet som registreringskode ved alle pasientens opphold i løpet av året. Dette gjør det mulig å analysere hvor mange ganger hver enkelt pasient har vært innlagt ved samme institusjon. Løpenumrene er imidlertid knyttet til institusjonen og gjør det *ikke* mulig å analysere hvor-

vidt samme pasient har vært innlagt ved andre institusjoner i løpet av kalenderåret¹⁵. Dette betyr at antallet pasienter vil være enda lavere, og at omfanget av reinnleggelser vil kunne være enda høyere enn det nivået som kan beregnes ved hjelp av pasientdata. Inntil 2001 var løpenummeret heller ikke overførbart mellom omsorgsnivåene. Pasienter som eksempelvis var innlagt ved St. Olavs hospital fikk et annet løpenummer som innlagt enn ved poliklinisk behandling. Fordi pasientdata inkluderer dagbehandlinger fra poliklinikk, vil omfanget av reinnleggelser og serieopphold bli høyere når pasienten kan følges på tvers av omsorgsnivåene. Reinnleggelser og fleropphold før 2001 kan derfor bare analyseres for innlagte pasienter. Vi har derfor bare analysert utviklingen fra 2001 til 2003 i dette kapitlet, for å kunne gi en fullstendig vurdering av hvor stor andel av aktivitetsøkningen i denne perioden som er "nye" behandlingsopphold.

Tabell 3.3 Aktivitetsøkningen fra 2001 til 2003 i henhold til engangsopphold, første-opphold, reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp og fleropphold etter type opphold. Endring i antall opphold og prosentandel reinnleggelser og fleropphold.

Type opphold	Engangs- opphold	Første opphold av flere	Reinnlegg. ø-hjelp innen 30 dgr	Reinnlegg. ø-hjelp etter 30 dgr	Fleropp- hold og serie- opphold	Totalt
Døgn, elektivt	5 021	6 456	0	0	10 277	21 754
Døgn, ø-hjelp	4 257	5 465	8 127	5 418	0	23 267
Dagkir.	21 146	6 815	276	271	10 009	38 517
Endring i antall opphold 2001-2003	Annen dagbehandl. 5 774	2 907	696	273	7 375	17 025
Rehab.	2 300	2 186	-590	-193	21 530	25 233
Dialyse	5	126	129	-7	16 308	16 561
Kjemoterapi	10	501	35	45	12 372	12 963
Fødsler/nyfødt	-2 494	1 532	-268	-91	228	-1 093
Endring totalt (N=)	36 019	25 988	8 405	5 716	78 099	154 227
Andel av oppholdsøkn. som var engangsopphold, første opphold, reinnleggelser og del av serie- behandlinger	Døgn, elektivt 23,0	30,0	0	0	47,0	100
Døgn, ø-hjelp	18,3	23,5	34,9	23,3	0,0	100
Dagkir.	54,9	17,7	0,7	0,7	26,0	100
Annen dagbehandl.	33,9	17,1	4,1	1,6	43,3	100
Rehab.	9,1	8,7	-2,3	-0,8	85,3	100
Dialyse	0,0	0,8	0,8	0,0	98,5	100
Kjemoterapi	0,1	3,9	0,3	0,3	95,4	100
Fødsler/nyfødt	228,2	-140,2	24,5	8,3	-20,9	100
Totalt alle opphold (prosent)	23,4	16,9	5,4	3,7	50,6	100

Tabell 3.3 klassifiserer oppholdene i henhold til engangsopphold, første opphold av flere, reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen og etter 30 dager etter utskrivning samt fleropphold (serieopphold). Et fleropphold er et planlagt opphold.

¹⁵ Det finnes imidlertid enkelte unntak. I Østfold og Vestfold HF gis pasientene samme løpenummer ved alle opphold, uavhengig av hvilken institusjon pasienten er behandlet ved. Dette medfører at det vil kunne se ut som om andelen fleropphold ved disse helseforetakene er høyere enn for andre helseforetak.

Fra 2001 til 2003 var det totalt sett en økning på 154 000 opphold (dag og døgn). Tabellen viser at 23 prosent av denne aktivitetsøkningen (36 000 opphold) var engangsopphold, og ytterligere 17 prosent (26 000 opphold) var første opphold av flere (seriebehandlinger og reinnleggelser). Hele 60 prosent av økningen i opphold totalt fra 2001 til 2003 var imidlertid reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp eller del av en seriebehandlinger.

Videre viser tabellen at 47 prosent av økningen i elektive døgnopphold var fleropphold og at 35 prosent av økningen i døgnopphold for øyeblikkelig hjelp var reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning. 27 prosent av økningen i de dagkirurgiske oppholdene og 49 prosent av økningen i annen dagbehandling var også reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp eller annet fleropphold. Tabellen viser også at 99 prosent av økningen i dialyseoppholdene og 82 prosent av økningen i rehabiliteringsoppholdene var fleropphold.

Vi vil imidlertid understreke, at enkelte typer behandling, som for eksempel dialyse og kjemoterapi, i hovedsak er organisert som fleropphold fordi det gir mest effektiv behandling eller fordi pasientene trenger slik behandling med gitte tidsintervall. Dette gjelder også andre typer dagkirurgi og annen dagbehandling, og vil naturlig nok medføre at andelen fleropphold/serieopphold blir høy totalt sett. Når vi stiller spørsmål om i hvilken grad aktivitetsøkningen kan tolkes som en økning i tilgjengelighet til sykehustjenester, er det likevel relevant å analysere omfanget og andel reinnleggelser og seriebehandlinger.

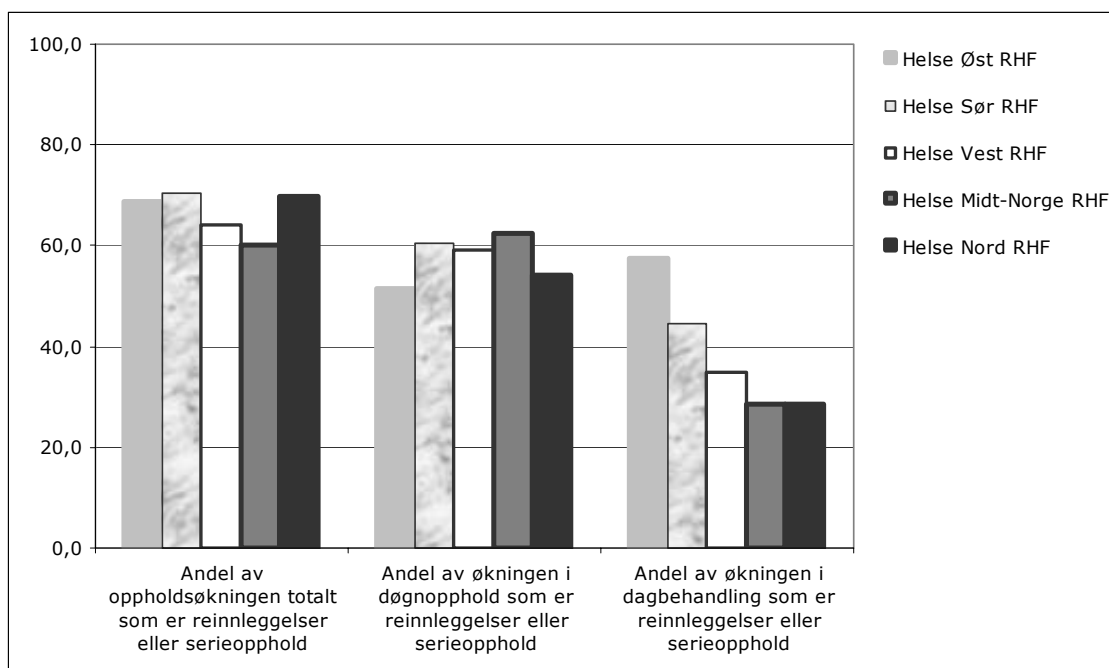
Tabell 3.3 viser utviklingen på nasjonalt nivå. Vi finner imidlertid også visse variasjoner mellom regionene når det gjelder utviklingen i fleropphold og reinnleggelser. Størst variasjon var det mellom Helse Sør RHF og Helse Midt-Norge RHF– hvor henholdsvis 70 og 60 prosent av oppholdsøkningen var reinnleggelser eller fleropphold¹⁶. Vi har tidligere påpekt at Helse Sør RHF har hatt den sterkeste aktivitetsøkningen totalt sett i siste femårsperiode. Dette gjelder også på RHF-nivå i siste to-årsperiode. I løpet av denne perioden økte antallet opphold i Helse Sør RHF med totalt sett 16 prosent og vel 44 000 opphold, men bare 13 000 av disse oppholdene var engangsopphold eller førsteopphold. Det bør imidlertid bemerkes at Helse Sør RHF har mange høyspesialiserte sykehus, som eksempelvis det norske Radiumhospitalet. De fleste av oppholdene ved dette sykehuset er både planlagte og definert som serieopphold (se kapittel 13).

Noe mer alvorlig kan det imidlertid vurderes å være at økningen fra 2001 til 2003 i reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning var nesten 18 prosent i Helse Sør. Tilsvarende tall for Helse Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge var 11 prosent, mens Helse Nord hadde bare 2 prosent økning i denne typen opphold.

Når det gjelder andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager av økningen i antall opphold totalt, er det imidlertid små variasjoner mellom regionene. Omtrent 1/3 av oppholdsøkningen fra 2001 til 2003 gjaldt reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning.

¹⁶ Gjennomsnittet på nasjonalt nivå var på 60 prosent. Det er imidlertid ingen av de regionale helseforetakene hvor andelen reinnleggelser og fleropphold av oppholdsøkningen er mindre enn 60 prosent. Dette forklares ved at de private institusjonene var inkludert i totalberegningene og har en relativt lav andel reinnleggelser/feropphold fordi pasientene vanligvis sendes til eget helseforetak for øyeblikkelig hjelp.

Figur 3.9 Andel av oppholdsøkningen fra 2001 til 2003 i de regionale helseforetakene som er reinnleggelser eller serieopphold.



Generelt sett gir både tabell 3.3 og figur 3.9 indikasjoner på at en vesentlig del av aktivitetsøkningen etter eierskapsreformen er knyttet til reinnleggelser og fleropphold. I kapittel 13 i denne rapporten er det også inkludert tabeller med oversikter over omfanget av reinnleggelser i 2002 og 2003 etter pasientenes alder. Tabellene i dette kapitlet viser at det i hovedsak er de eldste pasientene som i økende grad blir reinnlagt. Generelt sett kan det hevdes at yngre behandles oftere med fleropphold enn eldre, og at eldre reinnlegges oftere enn yngre pasienter.

Aktivitetsutviklingen blant eldre pasienter vil trolig, i tillegg til utviklingen av reinnleggelser og fleropphold, være en av de regionale helseforetakenes største utfordringer i årene framover. Vi har derfor avslutningsvis sett nærmere på aktivitetsutviklingen for de eldste i befolkningen.

3.7 Aktivitetsutviklingen for de eldste pasientene

I perioden fra 2010 til 2030 vil andelen eldre i den norske befolkningen øke relativt sterkt. Eldres bruk av sykehustjenester økte imidlertid relativt sterkt også fra 1991 til 1999, på tross av at økningen av Eldres andel av befolkningen var svak i denne perioden¹⁷ (Huseby 2000). I denne perioden økte ratene for døgnopphold blant eldre over 80 år med 31 prosent, mens økningen for befolkningen som helhet (inklusive eldre) var på 9 prosent. Eldres andel av alle døgnopphold økte fra 10 prosent i 1991 til 14 prosent i 1999.

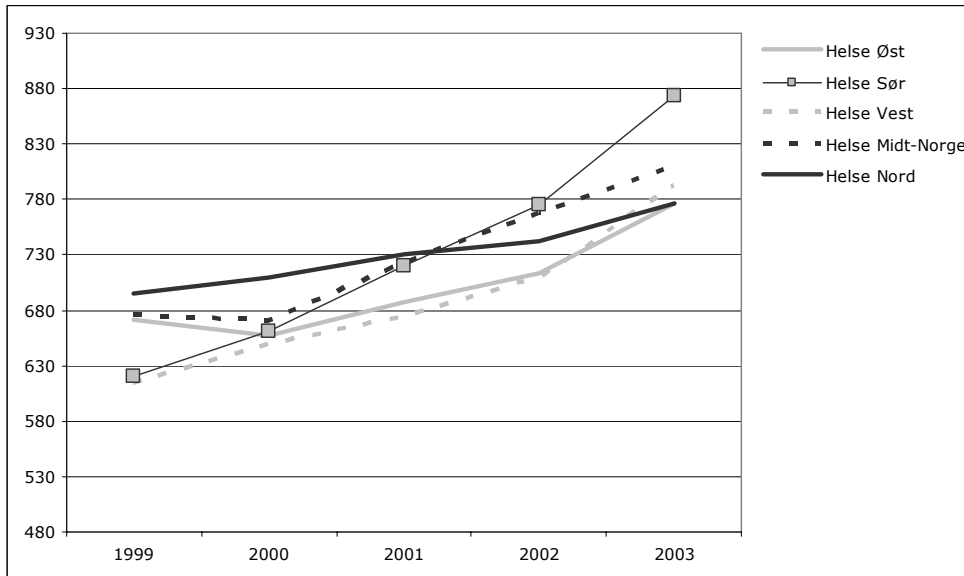
Med utgangspunkt i de data vi har analysert i dette kapitlet (inklusive rehabiliteringsinstitusjoner, fødestuer, friske nyfødte) var Eldres andel av alle døgnopphold 13 prosent i 1999. I 2003 var andelen økt til 15 prosent. Ratene for døgnopphold for eldre (80 år og eldre) økte med 14 prosent fra 1999 til 2003, mens ratene for døgnopphold totalt for befolkningen som helhet økte med 10 prosent. Det kan derfor hevdes at økningen i Eldres bruk av somatiske

¹⁷ Andelen av befolkningen som var 80 år og eldre økte fra 3,8 prosent i 1991 til 4,2 prosent i 1999. I 2003 var Eldres andel av befolkningen økt til 4,6 prosent.

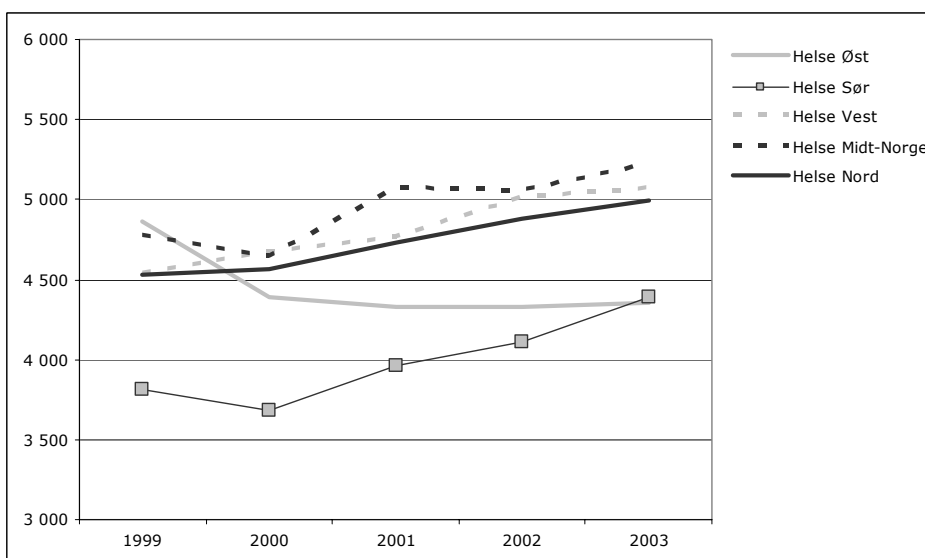
spesialisthelsetjenester har fortsatt fra 1999 til 2003, også relativt til aktivitetsutviklingen for befolkningen totalt.

I 1999 hadde eldre på 80 år og over 653 opphold per 1000 innbygger (totalt døgn og dag). I 2003 var oppholdsratene for de eldste pasientene økt til 804 opphold per 1000 innbygger. Figur 3.10 illustrerer denne utviklingen for hver av regionene. Eldres oppholdsrate økte mest, og var i 2003 høyest for pasienter fra Helse Sør, og lavest for eldre pasienter fra Helse Øst. Den relative utviklingen (prosentvis økning) var svakest for Helse Nord (12 prosent økning i Helse Nord mot 41 prosent økning i Helse Sør).

Figur 3.10 Utviklingen i antall opphold totalt (dag og døgn) per 1000 innbygger 80 år og eldre etter helseregion 1999 til 2003.



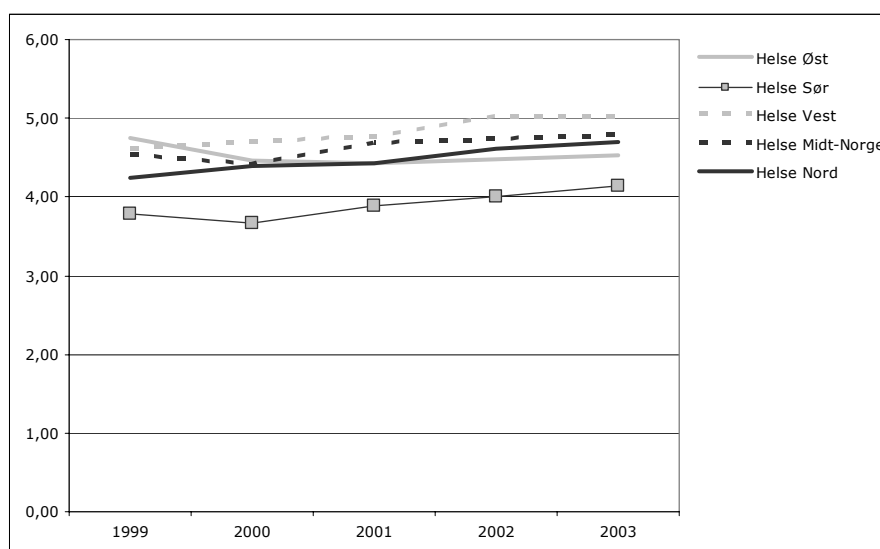
Figur 3.11 Utviklingen i antall liggedøgn (totalt døgn og dag) per 1000 innbygger 80 år og eldre etter helseregion. 1999 til 2003.



Liggetidsutviklingen, både for befolkningen som helhet og for eldre pasienter var imidlertid mindre dramatisk. Sum liggedøgn per 1000 innbygger (totalt alle opphold) økte med bare 1 prosent fra 1999 til 2003 for befolkningen som helhet. For de eldste pasientene var økningen på 3 prosent. Vi finner imidlertid de samme variasjonene mellom helseregionene når det gjelder utviklingen i liggetid. I Helse Øst ble liggetidsratene for de eldste pasientene redusert med 10 prosent, mens Helse Sør hadde en økning i liggedager per 1000 innbygger 80 år og eldre på 15 prosent. Dette er illustrert i figur 3.11.

Figurene viser at den somatiske spesialisthelsetjenesten har, og vil trolig i økende grad, få store utfordringer knyttet til Eldres behov for behandling, pleie- og omsorg. Denne utfordringen deler imidlertid den somatiske spesialisthelsetjenesten med primærhelsetjenesten, som har det generelle ansvaret for helsetjenester til både unge og eldre. Omfang og organisering av pleietilbudet til eldre i kommunehelsetjenesten, samt tilbudet av rehabiliteringsinstitusjoner, vil imidlertid også kunne påvirke bruken av sykehustjenester blant eldre, særlig når det gjelder liggetid.

Figur 3.12 Utviklingen i relativ sykehusbruk blant eldre (liggedøgn ved døgnopphold) etter helseregion 1999 til 2003.



For å kunne vurdere Eldres sykehusbruk i form av summen av liggedøgn, har vi laget en indikator som både gir kontroll for Eldres andel av befolkningen, og kontroll for det generelle nivået av sykehusbruk i det geografiske området som analyseres¹⁸. Indikatoren er kalt "Eldres relative sykehusbruk", og viser ratioen mellom Eldres bruk av sykehustjenester (definert som sum liggedøgn) og Eldres andel av befolkningen. Når indikatoren eksempelvis er 4, betyr dette at Eldres andel av liggedøgnene i de somatiske spesialisthelsetjenesteinstitusjonene er 4 ganger høyere enn Eldres andel av befolkningen i dette området. Figur 3.12 viser utviklingen i relativ sykehusbruk for eldre fra 1999 til 2003 i regionene og viser at Eldres andel av liggedøgnene på sykehus har økt i siste femårsperiode.

Økningen i Eldres relative sykehusbruk har vært størst i Helse Vest, hvor økningen var på 0,4. I Helse Vest er de Eldres andel av liggedøgnene (ved døgnopphold) 5 ganger høyere enn Eldres andel av befolkningen, mens tilsvarende tall for Helse Sør er 4,1. I kapittel 8 er indikatoren også beregnet for hvert enkelt helseforetaksområde, og viser at HF-området St. Olavs hospital har høyest sykehusbruk blant eldre relativt til Eldres andel av befolkningen.

¹⁸ Dette betyr at selv om ratene for sykehusbruk generelt sett er høyt i Helse Nord, vil indikatoren for relativ eldrebelastning – i motsetning til rater per 1000 innbygger – ikke nødvendigvis være høy. Indikatoren beregnes ved Eldres andel av liggedøgnene i et geografisk område dividert på Eldres andel av befolkningen i samme område.

3.8 Avsluttende kommentar: er de regionale helseforetakene på rett vei for å møte morgendagens problem?

Kalseth (2003) påpeker at eierskapsreformen åpner for en større grad av helhetlig organisering og styring av tjenestene samtidig som den innebærer en vesentlig endring i rammene for overordnet politisk styring og regionens handlegfrihet. En av reformens mål var å sørge for sterkere sammenheng mellom aktivitetsutviklingen og helsepolitiske prioriteringer. Innledningsvis påpekte vi at styringssignalene for 2003 gav relativt klare signaler om en utflating av aktivitetsveksten, uten at dette ble etterfulgt. Årsakene til dette kan være flere. Finansieringssystemet er en av de mer nærliggende forklaringene, da foretakene fikk relativt godt betalt for aktivitetsveksten i 2003 ettersom DRG-refusjonen var økt til 60 prosent dette året.¹⁹ En annen nærliggende forklaring er også at det kan være vanskelig å "snu" når alle signaler i siste tiårsperiode har gått i retning av at produksjonen og aktiviteten måtte økes for å redusere ventelistene og oppfylle helsepolitiske mål om god tilgjengelighet til helse-tjenester. En tredje forklaring er selvfølgelig at den somatiske spesialisthelsetjenesten er vanskelig å styre fordi medisinske beslutninger om behandling i siste instans ikke kan tas på bakgrunn av verken offentlige styringssignaler eller økonomi, men er knyttet til den enkelte pasients helse.

I tillegg til at styringssignalene om utflating av veksten ikke ble fulgt i 2003, kan det også stilles spørsmål om myndighetenes intensjon ved innføringen av innsatsstyrt finansiering og nylige vedtak om opprettholdelse av denne finansieringsformen var at aktivitetsøkningene skulle komme i form av reinnleggelser og sterk økning i fleropphold, søvnløshet-utredninger, og snorke- og meniskoperasjoner. Analysene i dette kapitlet viser at 60 prosent av aktivitetsøkningen fra 2001 til 2003 var enten reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp eller fleropphold/serieopphold (eksklusive pasientenes førsteopphold). Analysene viser også at opphold for rehabilitering, dialyse og kjemoterapi, utredninger av søvnløshet, behandling av gamle meniskskader, og andre lidelser i muskel- og skjelettsystem har hatt en betydelig økning i femårsperioden.

I et tilgjengelighetsperspektiv er det viktig å påpeke at utviklingen i seriebehandlinger og reinnleggelser betyr at tilgjengeligheten til sykehustjenester har økt langt mindre enn antallet opphold. Økningen i menisk-diagnoser og gamle brudd-skader indikerer imidlertid også at en rekke pasienter med helseproblem som tidligere ikke var prioritert ved offentlige sykehus og hadde svært lang ventetid for behandling, har fått en betydelig bedring av tilgjengeligheten til sykehustjenester de siste årene.

Mange av de diagnosene som har hatt sterkest økning er i hovedsak knyttet til yngre pasienter. 0,4 prosent av oppholdene med søvnløshetdiagnose, 0,7 prosent av oppholdene med meniskdiagnose og 2,3 prosent av oppholdene med åreknutediagnose gjaldt pasienter på 80 år og eldre. Eldres bruk av sykehustjenester har likevel økt sterkt, og sterkere enn ratene for befolkningen totalt. Eldre pasienter på 80 år bruker en stadig større del av liggedøgnene i den somatiske spesialisthelsetjenesten, også når det kontrolleres for eldres andel av befolkningen. Denne utviklingen kan gi grunn til bekymring med hensyn til den forventede økningen i eldres andel av befolkningen. Økningen i reinnleggelser generelt, og reinnleggelser av eldre spesielt, kan også indikere at behandlinger knyttet til eldres sykdomsbilde ikke er gitt god nok prioritet i de somatiske spesialisthelsetjenestene. I 2003 stod eldre over

¹⁹ I desember 2002 la Hagen-utvalget fram sin innstilling til nye finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten (NOU 2003:1). Flertallet av utvalget gikk inn for en modell med "aktivitetskrav og toppfinansiering", mens mindretallet i utvalget ønsket en videreutvikling av dagens ISF-modell. 10. oktober 2003 la Regjeringen fram sin Stortingsmelding om spesialisthelsetjenestens inntektssystem (St.meld. nr. 5 (2003-2004)), og gikk inn for mindretallets løsningsforslag. Det nye inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten skal videreføre hovedtrekkene i den tidligere ordningen, men basisbevilgningens andel skal økes tilsvarende en reduksjon av ISF-satsen fra 60 til 40 prosent for å øke mulighetene til å styre utviklingen i tråd med politiske prioriteringer.

80 år for 21 prosent av alle døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, og for 9 prosent av de elektive døgnoppholdene og dagkirurgien. Dette kan gi grunn til å stille spørsmål om de regionale helseforetakene er på rett spor for å løse morgendagens helseproblem.

4 Regional utvikling i senger og personell 1999 – 2003

Thomas Halvorsen

4.1 Innledning

I norsk spesialisthelsetjeneste har det regionale nivå gjort seg stadig mer gjeldende helt siden strukturdebatten ble innledet på 1970-tallet gjennom Stortingsmelding 9 (1974-1975). Her ble det fremmet målsettinger om regional samordning av helse- og sykehustjenestene. Siden den gang har helseregionene i flere omganger blitt forsøkt styrket som plan- og beslutningsnivå for de spesialiserte helsetjenestene. Denne prosessen nådde et foreløpig slutt-punkt ved gjennomføringa av eierskapsreformen fra 1. januar 2002, en reform som for alvor befestet betydningen av det regionale nivå gjennom etableringen av regionale helseforetak (RHF) med ansvar for spesialisthelsetjenesten i landets fem helseregioner.

RHF'ene står svært sentralt i fordelingen av ressurser til helseforetakene i regionene, og har i så måte et stort ansvar i forhold til oppnåelsen av regjeringens helsepolitiske målsettinger innen hver enkelt region (Stortingsmelding 16 (2002-2003), Helsedepartementet 2004). RHF'enes mulighet å realisere de helsepolitiske målsettingene er igjen avhengig av hvor mye ressurser de disponerer, hvordan ressursene fordeles mellom RHF'ene og hvor godt organisert helsetjenesten er. I dette kapitlet skal vi imidlertid begrense oss til en vurdering av ressursbildet i et overordnet perspektiv for perioden 1999 til 2003.

Senger og personell har blitt brukt som indikatorer for ressursinnsats i en rekke tidligere studier. Dette henger først og fremst sammen med at dette er innsatsfaktorer som benyttes intensivt i sykehus, og som dermed gir et rimelig godt bilde av den samlede ressursinnsatsen ved sykehus. En annen årsak til at dette er ressursindikatorer som benyttes hyppig, er at dette er indikatorer som er relativt enkle å kvantifisere i motsetning til for eksempel teknisk utstyr og annen infrastruktur.

Dette kapitlet innbefatter ikke en analyse av *årsakene* til at geografiske forskjeller i ressursinnsats oppstår, fokus er kun på beskrivelser av hvordan ressursinnsatsen i de fem helseregionene har utviklet seg de siste fem årene. Som et bakteppe for den empirien som presenteres, vil vi likevel trekke frem noen mulige forklaringer.

En forenklet forklaring på geografiske forskjeller i ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten er at den lokale kapasiteten (tilbudet) er en funksjon av prisen og etterspørselen etter tjenestene. Mengden som tilbys bestemmes da av en gjensidig tilpasning mellom tilbud og etterspørsel som i en økonomisk markedstilpasning. Dette er imidlertid ikke en helt passende modell fordi tilbudet av helsetjenester i hovedsak er et offentlig ansvar. Det som tilbys av helsetjenester står ikke i direkte forhold til populasjonens betalingsvillighet for disse tjenestene da finansieringen av tjenestene i hovedsak foregår over statsbudsjettet. Det bør allikevel være en viss sammenheng mellom behovet (etterspørselen) i populasjonen og det som tilbys av helsetjenester - og en rekke empiriske undersøkelser gir da også støtte til at det faktisk er en slik sammenheng (Jørgensen 1992, Rønningen 2000, Huseby 2001).

Kapasitet i spesialisthelsetjenesten i ulike deler av landet er imidlertid ikke bare et resultat av en kortsiktig tilpasning mellom lokalt tilbud og etterspørsel. De geografiske forskjellene i helsetjenester har også et klart element av historisk avhengighet. Utviklingen av sykehusvesenet i starten av forrige århundre var i stor grad preget av lokale initiativ uten noen over-

ordnet statlig koordinering. Fram mot andre verdenskrig ble det gjort forsøk på å innføre større grad av nasjonal koordinering av utbyggingen av sykehusvesenet, men sykehusenes lokale forankring skapte grunnlaget for fremveksten av det klassiske motsetningsforholdet mellom lokaldemokrati og sentralstyre (Hansen 2001). Den lokale motstanden mot sentral inngripen skapte derfor en betydelig treghet i forhold til sentraltmaktens innsats for å utjevne tjenestetilbudet ved sykehusene. Så til tross for at det har vært en betydelig geografisk utjevning av sengeplasser og legeårsverk etter den andre verdenskrig og fram til i dag, har vi fortsatt et sykehusvesen hvor en del geografiske variasjoner i tilbudet best kan forstås som et resultat av historiske føringer.

Et annet forhold som har bidratt til geografiske forskjeller i ressursinnsatsen, og som også har et klart islett av historisk avhengighet, er sykehusfinansieringa. Fram til den statlige overtakelsen av sykehusene i 2002 lå det offentlige ansvaret for sykehusdrift hos fylkeskommunen. Fylkeskommunenenes finansiering av sykehusene var todelt, en del var i form av statlige rammeoverføringer, en del bestod av skatteinntekter. At finansieringen av sykehusene var avhengig av fylkeskommunenenes frie inntekter (skatteinntekter og rammeoverføringer) skapte rom for geografiske variasjoner i ressursinnsatsen ved sykehusene. Fylkeskommuner med høye inntekter brukte gjerne mer ressurser på sykehusene per innbygger enn fylkeskommuner med mindre inntekter (NOU 1996 1, Rønningen 1997, Magnussen 1998). I løpet av 1990-tallet gikk imidlertid utviklingen i retning av at finansieringen i stadig større grad bestod av statlige rammeoverføringer, dels som en følge av innføringa av innsatsstyrt finansiering. At staten tok et stadig større ansvar for finansieringa av sykehusene, medførte ikke dermed en automatisk og umiddelbar utjevning i ressursinnsatsen. Grunnen til dette er at de statlige overføringene var knyttet opp til den eksisterende kapasiteten ved sykehusene, noe som i sin tur bidro til å videreføre de eksisterende forskjellene i tjenestetilbudet mellom fylkene.

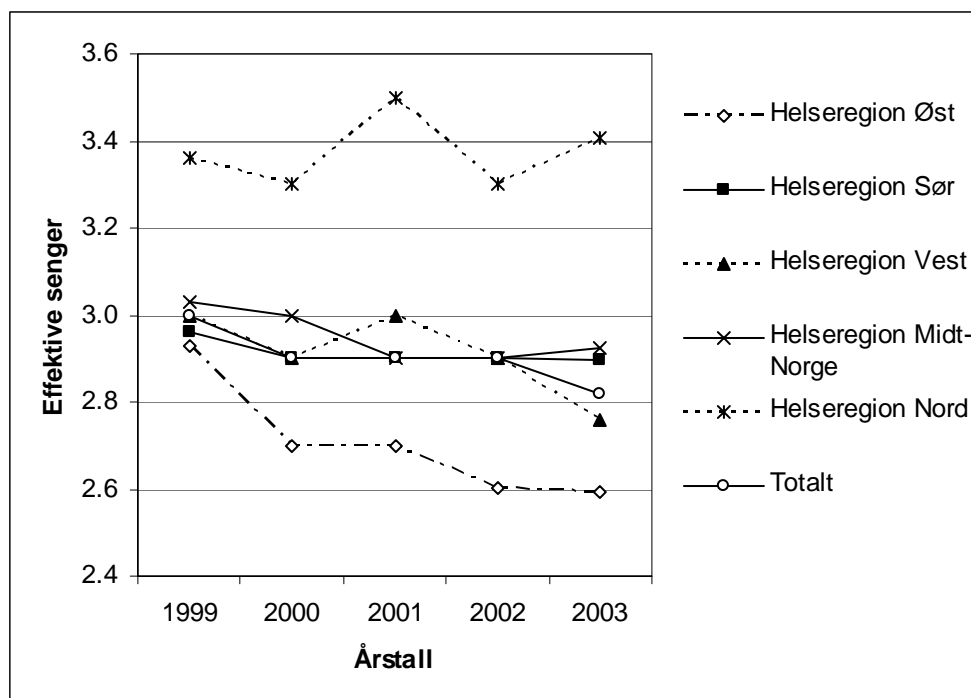
4.2 Utviklingen i effektive senger 1999-2003

Gjennom hele 1980- og 1990-tallet hadde man en nedgang i antallet effektive senger. Bare mellom 1991 og 1998 gikk sengetallet ned med 8 prosent (Huseby 2000). En av de viktigste forklaringene på nedgangen i sengetallet er økningen i omfanget av dagbehandling de siste 20 årene. En rekke kirurgiske inngrep som før krevde innleggelese over flere døgn, kan nå utføres som dagbehandlinger. Dette gjelder for eksempel operasjoner av åreknuter, brokk og grå stær. I 1991 ble 47 % av operasjonene for grå stær gjennomført som dagkirurgi, mens i 1999 hadde denne andelen steget til 88 % (Kalseth 2000). Teknologiske framskritt i helsesektoren fører ofte til økt behov for ressurser, men i forhold til sengekapasitet så har de teknologiske framskrittene som oftest ført til en nedgang i behovet for senger.

En hypotese som kan utledes fra dette, er at forskjeller i medisinsk praksis mellom landsdelene også gir seg utslag i geografiske forskjeller i sengekapasitet. Det er imidlertid få studier som har gjort forsøk på å kartlegge en slik sammenheng. En annen hypotese er at i regioner med store reiseavstander til behandlingstilbudet, vil bruken av heldøgnsopphold være større fordi sykehusene ikke vil være så raske til å skrive ut pasienter når reisetida er lang. Dette er en spesielt aktuell problemstilling for de nordligste fylkene. Her er det heller ingen studier som gir helt klare konklusjoner.

Sett under ett preges også denne perioden av en nedgang i antallet effektive senger (i overkant av 7 %) selv om det er en utflatning i perioden 2001 til 2002. Dette betyr selvfølgelig at dette også er hovedtrenden hos de enkelte helseregionene. Det er imidlertid to regioner som skiller seg ut fra resten. Dette er Helseregion Nord og Helseregion Øst. Det som særpreger Helseregion Nord er at de gjennom hele perioden ligger en del høyere enn resten av helseregionene samt at dette er den eneste av helseregionene som har en netto oppgang i sengeraten, og som således bidrar til å øke gapet ned til de øvrige. Helseregion Øst skiller seg ut fra de øvrige gjennom at den har hatt en relativt kraftigere nedgang i sengeraten (i overkant av 10 %) over perioden samtidig som at de har det laveste utgangsnivået. De øvrige helseregionene har ikke så ulike utviklingsmønstre. Samtlige har en moderat (3-6%) nedgang i sengeraten.

Figur 4.1 Regional utvikling i effektive senger per 1000 innbyggere for perioden 1999-2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



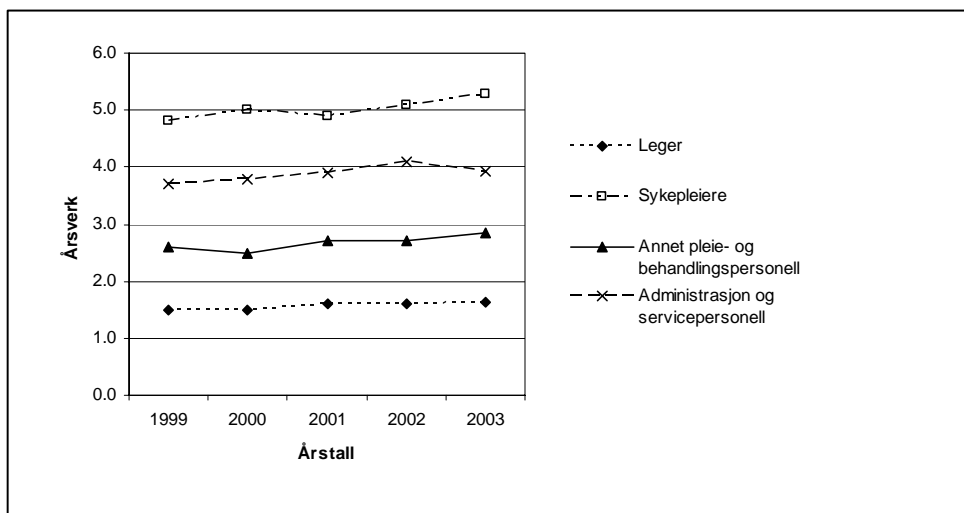
Som tidligere nevnt har det gjennom lang tid har vært jobbet med å utjevne tjenestetilbudet innen sykehussektoren. Dette inkluderer også sengekapasiteten ved sykehusene. Ser man perioden 1999 til 2003 i forhold til denne målsetningen så kan det virke som om de geografiske forskjellene i sengerate går i feil retning, med større avstand mellom topp og bunn på regionnivå.

4.3 Utviklingen i personell 1999-2003

Den foregående femårsperioden (1994-1998) opplevde en markant oppgang i antallet årsverk i sykehusene med 15 %. Denne oppgangen var imidlertid ikke jevnt fordelt mellom yrkesgruppene. Spesielt leger og sykepleier økte sin andel i sykehusene. Antallet leger økte med 28 % mens antall sykepleiere hadde en vekst på 21 % (Magnussen 1999).

I denne presentasjonen av utviklingen i personell for femårsperioden 1999-2003 har vi delt inn i fire personellkategorier: leger, sykepleiere, annet pleie- og behandlingspersonell og administrasjon og servicepersonell. Selv om det er en del variasjon i personellsammensetningen mellom våre fem helseregioner, så er det allikevel sykepleierne som konsistent utgjør den største av disse personellgruppene. Deretter følger administrasjon og servicepersonellet. Den nest minste gruppen er annet pleie- og behandlingspersonell og til sist legene som den minste gruppen.

Figur 4.2 Årsverk per 1000 innbyggere i Norge.

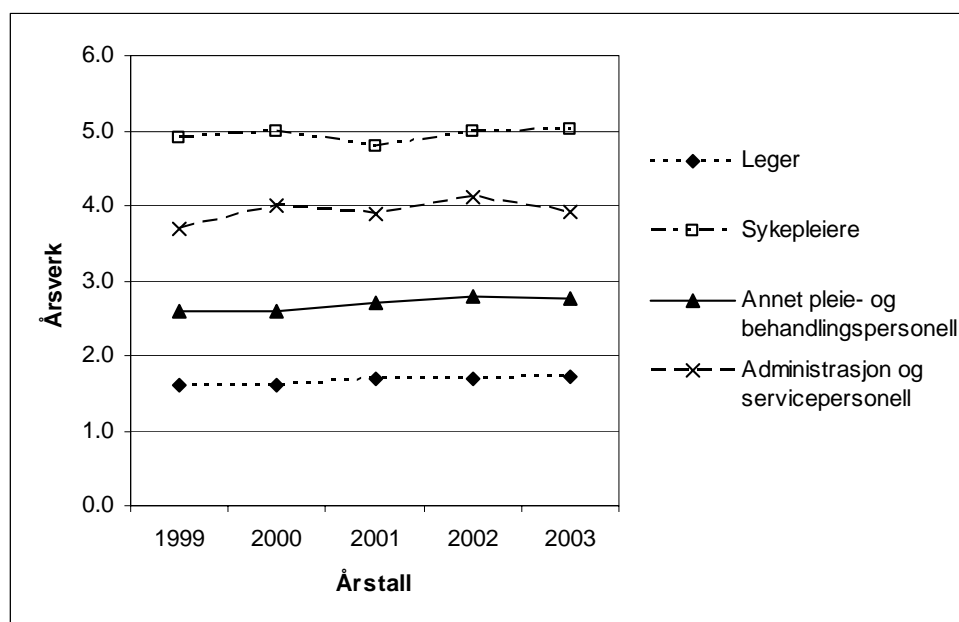


Den samlede årsverksoppgangen for denne femårsperioden er i overkant av 8 % hvis man ser på årsverk per capita. I reelle årsverk er oppgangen på over 12 % for perioden. I forhold til de enkelte personellgruppene er den prosentvise oppgangen relativt jevn fordelt. Gruppen "administrasjon og servicepersonell" har en nedgang mot slutten av perioden og ender dermed opp med en vekst på i underkant av 6 %. De øvrige personellgruppene stiger med mellom 8,5 og 10 prosent fra utgangen av 1999 til utgangen av 2003.

4.3.1 Helseregion Øst

Helse Øst RHF har ansvar for tilbudet av spesialisthelsetjenester til pasientene i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold (Helse Øst RHF 2004).

Figur 4.3 Årsverk per 1000 innbyggere Helse Øst RHF 1999-2003. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

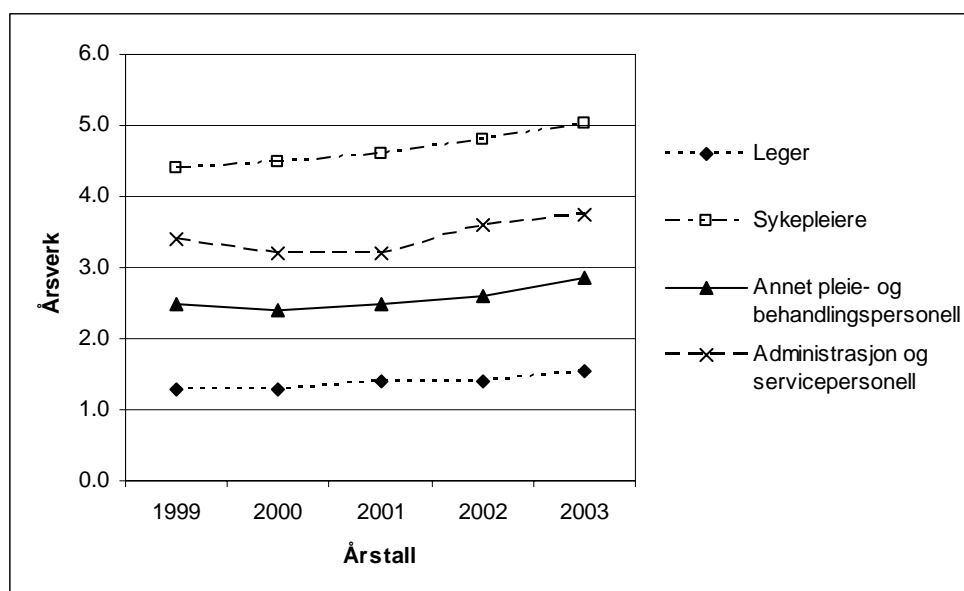


Det som kanskje først og fremst kjennetegner personellutviklingen i Helse Øst RHF for denne perioden er fraværet av utvikling. Samlet sett har det kun vært en økning i personellkapasiteten på 4 %. Årsverksantallet for de enkelte personellgruppene har også forholdt seg rimelig stabilt over perioden. For samtlige grupper er det kun en marginal økning på mellom 2 og 6 % over hele perioden. Av figur 4.2 kan man se en liten nedgang tallene for sykepleiere i 2001. Det er verdt å merke seg at denne nedgangen sannsynlig vis er en rent teknisk nedgang da Ullevål endret sine opptellingsrutiner dette året (Kalseth 2002).

4.3.2 Helseregion Sør

Helseregion Sør innbefatter Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud (Helse Sør RHF 2004). Helse Sør RHF har ansvaret for at befolkningen får de nødvendige spesialisthelsetjenestene i disse opptaksområdene.

Figur 4.4 Årsverk per 1000 innbyggere Helse Sør RHF 1999-2003. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



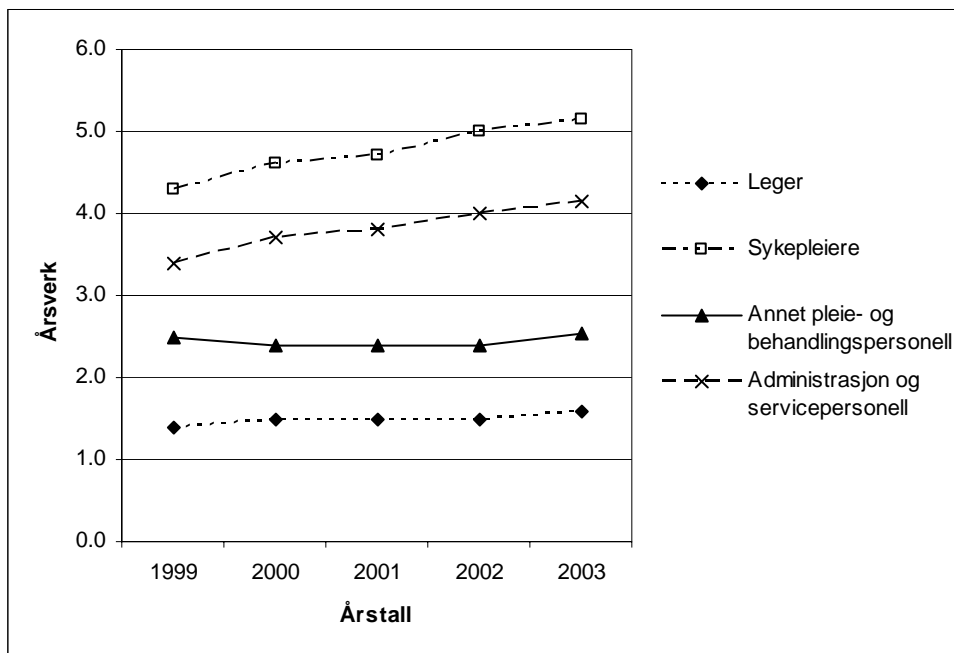
Samtlige av personellgruppene har hatt en klar oppgang i Helse Sør. Samlet sett vokser bemanningen med nærmere 15 % over perioden. Den største prosentvise veksten har legeårsverkene som stiger med over 18 % for perioden. Men også de øvrige personellkategoriene stiger markant. Den eneste personellgruppen som ikke har en jevn stigning for hele perioden er administrasjon og servicepersonell som har en nedgang fra 1999 til 2001, men som i de neste årene stiger til over utgangsnivået.

4.3.3 Helseregion Vest

Ansvarsområdet for Helse Vest RHF er Helseregion Vest. Helseregion Vest omfatter fylkene Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane (Helse Vest RHF 2004).

Helse Vest er den regionen som har den sterkeste samlede veksten for perioden med nærmere 17 %. Her er det imidlertid de personellgruppene som i utgangspunktet er størst som skiller seg ut med ekstra kraftig vekst. Antallet sykepleierårsverk stiger med nærmere 20 % og administrasjon og servicepersonell stiger med over 22 %. Legeårsverkene og annet pleie- og behandlingspersonell har en mer moderat vekst. Sistnevnte gruppe har faktisk en reell nedgang mellom 1999 og 2000.

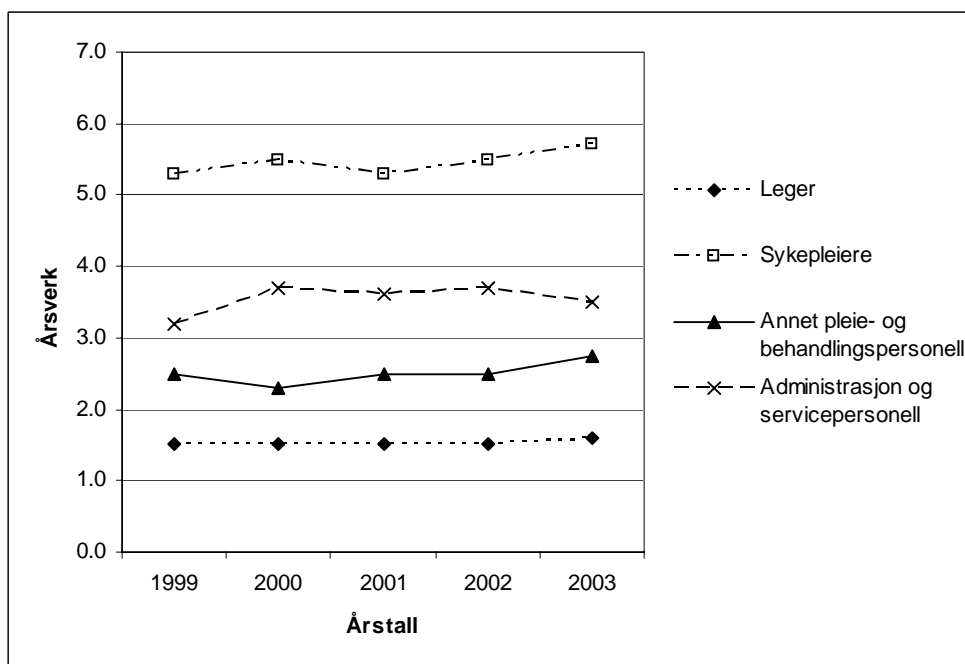
Figur 4.5 Årsverk per 1000 innbyggere Helse Vest RHF 1999-2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



4.3.4 Helseregion Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF har ansvaret for befolkningens spesialisthelsetjenester i Møre og Romsdal og i Sør- og Nord-Trøndelag (Helse Midt-Norge RHF 2004).

Figur 4.6 Årsverk per 1000 innbyggere Helse Midt-Norge RHF 1999-2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



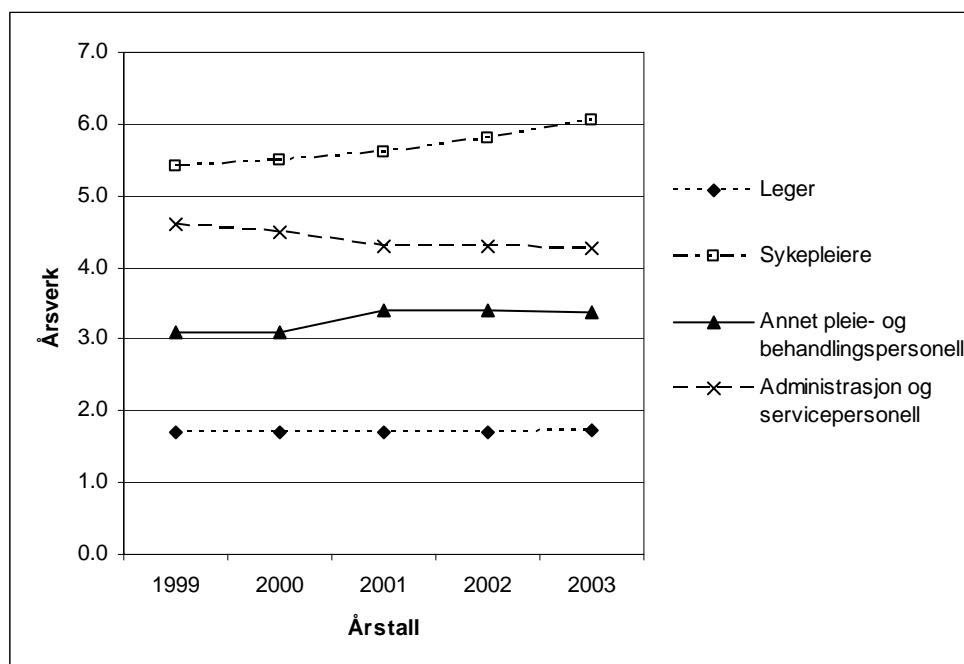
Samlet sett er det en personelløkning på omtrent 9 % i Helse Midt-Norge, men her er ikke veksten så jevn som for andre regioner. Som en kan se av figur 4.6 så har både sykepleierne, annet pleie og behandlingspersonell og administrasjon og servicepersonellet i løpet av perioden hatt en eller flere perioder med tilbakegang i årsverksantallet. I likhet med for Helse Øst kan nedgangen i årsverk for 2001 for sykepleiere og administrasjon og servicepersonell kanskje forklares med endringer i opptellingsprosedyrer (i dette tilfellet gjaldt dette St. Olavs hospital). Denne nedgangen representerer derfor ikke nødvendigvis reelle endringer i årsverk. Legeårsverkene har på den annen side forholdt seg meget stabilt, med oppgang kun det siste året.

4.3.5 Helseregion Nord

Mandatet til Helse Nord RHF er å sørge for at befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard får nødvendige spesialisthelsetjenester (Helse Nord RHF 2004). Helseregion Nord omfatter altså Svalbard og fylkene Nordland, Troms og Finnmark.

I Helse Nord stiger det samlede årsverksantallet med i overkant av 4 % for perioden. Men her er det ikke den samme homogene utviklingen for de ulike personellgruppene som den man kan se hos Helse Øst som også har en tilsvarende oppgang. Som det framgår av figur 4.6 så vokser sykepleieårsverkene markant over perioden – ganske nøyaktig 12 %. Samtidig er det en klar nedgang i gruppen administrasjon og servicepersonell som til en viss grad balanserer veksten i sykepleieårsverk. Gruppen annet pleie- og behandlingspersonell har en klar oppgang fra 2000 til 2001, men flater deretter ut for så å gå marginalt ned igjen siste år. Innen legeårsverkene er det knapt noe endring over perioden.

Figur 4.7 Årsverk per 1000 innbyggere Helse Nord RHF 1999-2003²⁰. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

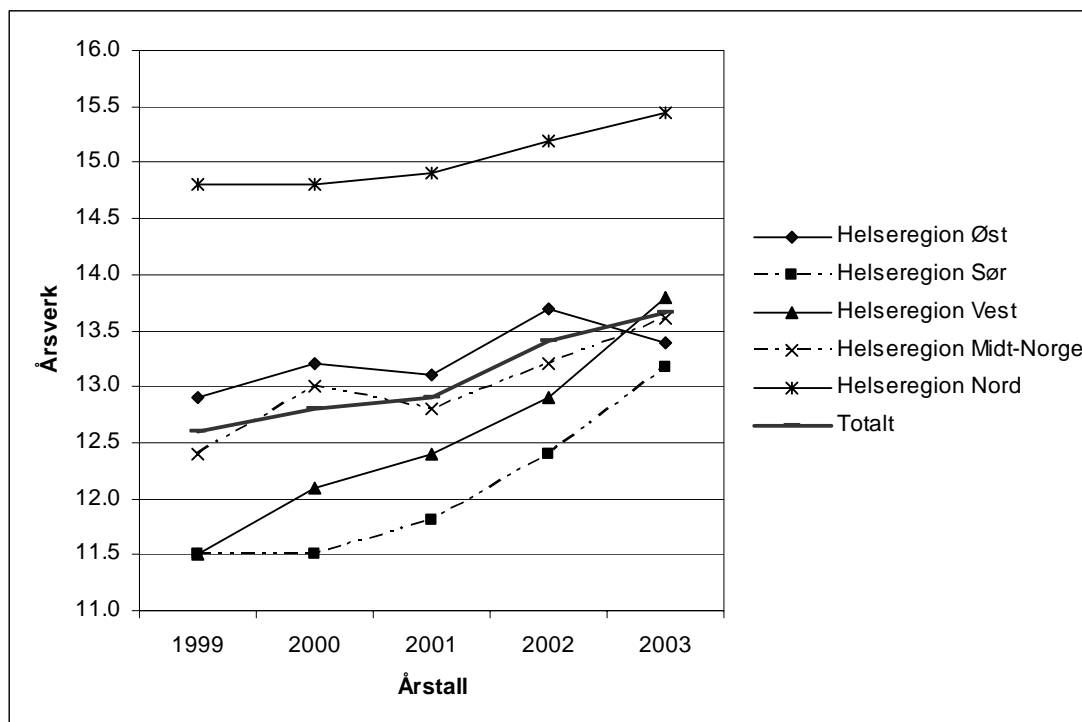


²⁰ For 2003 har det blitt et brudd beregningsmåten for årsverk ved UNN HF. For dette helseforetaket er det i denne sammenheng derfor blitt benyttet tall for 2002 som deretter er korrigeret for gjennomsnittlig vekst i hver enkelt personellgruppe når 2003 årsverkene er beregnet.

4.3.6 Personell totalt 1999-2003

Gjennom mange år har det fra statlig hold vært jobbet for å få til en geografisk utjevning i kapasiteten innen spesialisthelsetjenesten. I gjennomgangen av de enkelte helseregionene har vi sett at samtlige har opplevd en oppgang i årsverksinnsatsen over perioden. Dette behøver imidlertid ikke å bety at det er en konvergens blant helseregionene.

Figur 4.8 Regional utvikling i samlet årsverksinnsats per 1000 innbyggere. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



Av figur 4.7 kan man imidlertid se at det er en faktisk konvergens for den samlede årsverksinnsatsen i regionene. Helseregion Sør og Helseregion Vest som i utgangspunktet lå lavest er de regionene som har den største oppgangen, mens Helseregion Nord og Helseregion Øst som hadde det høyeste utgangspunktet opplever en relativt svakere personellvekst enn de øvrige. Fra gjennomgangen av de enkelte regionene har vi sett at det prioriteres noe ulik med hensyn på personellsammensetningen, så bildet for de enkelte personellgruppene kan se noe annerledes ut. Men for alt personell sett under ett er det altså en konvergenstendens selv om Nord-Norge skiller seg ut ved å ligge en del høyere i årsverksinnsats per 1000 innbyggere enn de øvrige regionene som ligger på tilnærmet samme nivå på slutten av perioden.

4.4 Oppsummering

I norsk helsesektor har det regionale nivå styrket sin betydning over de siste 30 årene, ikke minst med innføringen av de regionale helseforetakene fra 2002. I dette kapitlet har vi sett på utviklingen i ressursbildet (i form av senger og personell) for RHF'ene for perioden 1999 til 2003.

1980- og 90 tallet var preget av en jevn nedgang i effektive senger ved norske sykehus. Denne utviklingstrenden i sengekapasitet ser ut til å fortsette inn i det nye årtusenet. I perioden 1999 til 2003 går sengetallet ned med over 6 prosent. Når det gjelder de enkelte regionene så har vi sett at samtlige helseregioner bortsett fra Helse Nord bidrar til denne

nedgangen. Også når det gjelder personell fortsetter trenden fra 1990-tallet inn i det nye årtusenet. Totalt går personelltallet opp med over 8 prosent over perioden. Samtlige helseregioner bidrar til denne økningen, men det skiller over 14 prosent mellom Helse Vest som vokser mest og Helse Øst som har den laveste veksten.

Gjennom mange år har det fra statlig hold blitt jobbet mot en utjevning i tjenestetilbudet ved norske sykehus. I dette kapitlet har vi vurdert om det er en konvergens i sengekapasiteten og personellinnsatsen mellom helseregionene i denne perioden. Vi har sett at utviklingen i sengekapasitet mellom regionene ikke preges av konvergens. Her går utviklingen faktisk fra et ganske samlet utgangsnivå i 1999, kanskje med unntak av Helseregion Nord, til et nivå i 2003 hvor skillet mellom topp og bunn har vokst, men hvor helseregionene Sør-, Vest- og Midt-Norge fortsatt er noenlunde samlet. For årsverksinnsatsen er utviklingen den motsatte. Her er det de regionene som i utgangspunktet lå lavest som vokser mest og de regionene som hadde det høyeste utgangspunktet som vokser minst. Dette fører til at samtlige helseregioner, bortsett fra Helse Nord, ender opp på praktisk talt samme nivå i 2003. Det er altså en divergent utvikling i sengekapasitet over perioden samtidig som den samlede personellinnsatsen konvergerer.

Del II Aktivitet og kostnader 2002-2003

Det ligger klare forventninger til at eierskapsreformen skal gjøre sykehusene bedre i stand til å møte helsepolitiske målsettinger og gi bedre og billigere helsetjenester. I forslaget til lov om helseforetak (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001) påpekes det at det på tross av store ressursøkninger til helsesektoren de siste ti år, en sterk økning i antallet legestillinger, og økt aktivitet på de fleste sykehus likevel er mangel på penger, medisinsk-faglig arbeidskraft og lange ventelister. Foretaksorganiseringen skal derfor bidra til bedre organisering og en mer effektiv utnyttelse av personell, bygninger, utstyr og økonomiske ressurser.

I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene (RHF'ene) for både 2002, 2003 og 2004 er det stilt eksplisitte krav til effektivisering av den somatiske spesialisthelsetjenesten. Torvik (2003) og Magnussen (2003) viser at forventningene i hovedsak ble innfridd i eierskapsreformens første driftsår. I styringsdokumentene for 2003 påpekes det likevel at:

"I de budsjettutfordringene som helseforetakene står overfor i 2003 er det avgjørende at det gjennomføres omstillingstiltak som kan sikre bedre utnyttelse av foretakenes ressurser, både innen psykiatri og somatikk".

I 2003 var den helsepolitiske debatten preget av en rekke slike omstillingstiltak. Den nye foretaksstrukturen for Helse Øst og Helse Sør ble ikke vedtatt før i november-desember 2002, og ble først effektivert i 2003. Opprettelsen av Innlandet sykehus HF og Sørlandet sykehus HF gav to nye "foretakskjemper" i helsepolitikken. I 2003 var fokus også satt på funksjonsfordeling mellom helseforetakene, og forslagene til endringer i akuttberedskap og fødselsomsorg resulterte i konflikter og motsetninger mellom både lokalbefolkning, regionale helseforetak og myndigheter (se forøvrig Martinussen og Huseby (2003) for en nærmere beskrivelse av innholdet i disse konfliktene). Felles for disse omstillingstiltakene, både når det gjaldt valg av foretaksstruktur og forslagene til funksjonsfordeling, var imidlertid målsettingen om en mest mulig effektiv ressursutnyttelse.

I 2003 var også andre deler av den helsepolitiske debatten preget av hvordan spesialisthelsetjenestene kan drives mest mulig effektivt. I desember 2002 la Hagen-utvalget fram sin innstilling til nye finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten (NOU 2003:1). Flertallet av utvalget gikk inn for en modell med "aktivitetskrav og toppfinansiering", mens mindretallet i utvalget ønsket en videreutvikling av dagens ISF-modell. 10. oktober 2003 la Regjeringen fram sin Stortingsmelding om spesialisthelsetjenestens inntektssystem (St.meld. nr. 5 (2003-2004)), og gikk inn for mindretallets løsningsforslag. Det nye inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten skal videreføre hovedtrekkene i den tidligere ordningen, men basisbevilgningens andel skal økes tilsvarende en reduksjon av ISF-satsen fra 60 til 40 prosent for å øke mulighetene til å styre utviklingen i tråd med politiske prioriteringer. Hagen-utvalget foreslo også en ny kostnadsnøkkel for inntektsfordelingen mellom de regionale helseforetakene basert på befolkningens alderssammensetning og reisetid til nærmeste sykehus. Den nye fordelingsnøkkelen innebærer visse vridninger og gir lavere overføringer til Helse Øst og Helse Nord enn dagens fordeling tilsier. Regjeringen vedtok den nye kostnadsnøkkelen, men vil gjennomføre den gradvis over en femårsperiode for å dempe virkningene av omfordelingene.

I de to kapitlene i denne delen av SAMDATA-rapporten, settes søkelyset på effektivitet og produktivitet ved helseforetakene i 2003. Kapittel 5 presenterer produktivitets- og kostnadsnivåindikatorer for driftsåret 2003, samt endring fra 2002 til 2003, mens kapittel 6 viser aktivitetsutviklingen som danner grunnlaget for beregningen av disse indikatorene.

Produktivitetsindikatorer vil f.eks. være antall korrigerte opphold per behandlerårsverk og beleggprosent. Produktivitet sier derfor noe om aktivitet i forhold til en eller flere innsatsfaktorer. Indikatorer for kostnadsnivå vil også delvis kunne oppfattes som også indikatorer for produktivitet. Forskjellen ligger grovt sett i at kostnadsnivået både har en priskomponent og en volumkomponent. Det kan tenkes at både kostnadsnivået og produktiviteten ved et sykehus er meget høyt fordi lønnsnivået ved dette sykehuset avviker i forhold til andre sykehus. Eksempler på kostnadsnivåindikatorer er netto driftsutgifter per korrigerte opphold og relativt kostnadsnivå.

Aktivitetsindikatorene gir informasjon om gjennomsnittlig liggetid, den korrigerte aktiviteten og omfanget av pasienter med liggetid utenfor trimpunkt. Variasjonene i liggetid for de enkelte diagnosegruppene varierer ofte systematisk med pasientenes alder, og det er derfor inkludert tabeller som også viser andelen langtidsliggere blant pasienter over 80 år.

5 Ressursutnyttelse 2002-2003

Heidi Torvik²¹, Solveig Osborg Ose, Marit Pedersen, Ivar Pettersen.

Dette kapitlet setter søkelyset på ressursinnsatsen i forhold til aktiviteten. Som ressursinnsats benytter vi antall årsverk, antall behandlingsårsverk og driftsutgifter tilgrenset den aktivitet som legges til grunn.

Aktiviteten øker mer enn ressursinnsatsen i 2003. Det er en økning i antall korrigerede opphold²² per årsverk og antall korrigerede opphold per behandlingsårsverk i landet som helhet. Beleggsprosenten for heldøgnsopphold viser også en svak økning fra 2002. Driftsutgifter per korrigerede opphold går ned i forhold til 2002 når vi korrigerer for generell prisstigning.

5.1 Korrigerede opphold per årsverk og beleggsprosent (DRG-sykehus)

Antall korrigerede opphold sett i forhold til årsverksinnsatsen²³ øker med 3,2 prosent, til 20000 korrigerede opphold per årsverk. Alle regionale foretak har hatt en økning i dette produktivitetsmålet. Økningen er størst i Helse Øst RHF (4,2 prosent) og lavest i Helse Midt-Norge (1,5 prosent). Aktiviteten sett i forhold til behandlerårsverk viser den samme tendensen selv om den prosentvise endringen er noe lavere med en økning på 2,5 prosent. Her viser Helse Midt-Norge en svak reduksjon (0,7 prosent).

Helse Sør RHF skiller seg ut med høyere antall korrigerede opphold per årsverk og per behandlerårsverk enn øvrige RHF-er.

Beleggsprosenten på landsbasis er 94,1 prosent, og økte med 1,3 prosentpoeng fra 2002. Beleggsprosenten for heldøgnsopphold øker også i alle regionale foretak bortsett fra Helse Nord RHF der det observeres en nedgang på 1,8 prosent. Helse Nord RHF har en betydelig lavere beleggsprosent enn øvrige regionale foretak. Samtlige institusjoner innenfor Helse Nord RHF har tildels betydelig lavere beleggsprosent enn landsgjennomsnittet. Helse Vest RHF har den største økningen i beleggsprosent, en økning på 2,9 prosent.

Innenfor alle regioner finner vi stor variasjon i beleggsprosent både når det gjelder nivå og utvikling i perioden.

²¹ Kapitelforfatter

²² Utvikling i antall korrigerede opphold er nærmere beskrevet i kapittel 6.

²³ Antall rapporterte årsverk på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) økte kraftig fra 2002 til 2003. Dette skyldes en ny måte å telle årsverk på ved dette sykehuset. For å få fram reell endring i perioden er årsverkstallene for UNN for 2003 beregnet som rapporterte årsverk for 2002 korrigeret for prosentvis økning nasjonalt (ekskl. UNN).

5.2 Driftsutgifter per korrigerede opphold og liggedag (DRG-sykehus)

Driftsutgifter per korrigerede opphold går ned med 2,1 prosent i landet som helhet når det korrigeres for en prisvekst på 5,5 prosent i perioden 2002 til 2003.

Driftsutgiftene per korrigerede opphold var i 2003 om lag kr 25 100 for DRG-sykehusene. Helse Midt-Norge RHF har en økning i driftsutgiftene per korrigerede opphold med 1,2 prosent (til kr 25 000), mens de andre regionale helseforetakene har en nedgang i driftsutgiftene per korrigerede opphold. Den største nedgangen har Helse Øst, en nedgang på 3,9 prosent (til kr 25 300).

Totalt sett varierer kostnadsnivået målt som driftsutgifter per korrigerede opphold forholdsvis lite mellom de regionale foretakene. Unntaket er Helse Nord RHF som har et relativt kostnadsnivå som er fem prosent høyere enn gjennomsnittet. På HF og institusjonsnivå finner vi imidlertid langt større variasjon. Det relative kostnadsnivået varierer mellom 0,79 (Voss sjukehus) og 1,40 (Kirkenes sykehus). Vi finner store forskjeller i kostnadsnivå innenfor alle regionale foretak. Hvis vi ser nærmere på Helse Nord RHF som har det høyeste relative kostnadsnivå totalt, ser vi at dette skyldes andre sykehus enn UNN. UNN har et relativt kostnadsnivå på for 2003 på 0,96, noe som er lavere enn de øvrige universitetssykehusene.

Driftsutgiftene per liggedag øker med 2,7 prosent på landsbasis, til om lag kr 6 520 per liggedag. Dette henger sammen med nedgangen i liggetid som observeres. Driftsutgiftene per liggedag øker i alle helseregioner, men mest i Helse Vest RHF (6 prosent). De høyeste driftsutgiftene pr liggedag finner vi i Helse Sør og lavest i Helse Midt-Norge, henholdsvis kr 7 060 og kr 5 900 i driftsutgifter per liggedag. Variasjonen i kostnadsnivå mellom de regionale foretakene blir altså langt høyere når kostnadsnivået måles i forhold til antall liggedøgn.

Det kan være interessant å sammenligne de to målene på kostnadsnivå. Helse Sør RHF har driftsutgifter pr korrigerede opphold på et marginalt lavere nivå enn både Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Måler vi kostnadsnivå som driftsutgifter pr liggedag, framstår Helse Sør RHF med et kostnadsnivå på hhv. 16 og 20 prosent over Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Dette viser at Helse Sør RHF har kortere gjennomsnittlig liggetid enn de RHF-ene vi sammenligner med her. Dette kan vi studere nærmere i kapittel 6 der det går fram at dette gjelder for både normalopphold og langtidsopphold (se tabell 6.2).

5.3 Nærmere om ny forutsetning i beregningen av driftsutgifter til DRG-virksomhet ("poliklinikk-forutsetningen")

En utfordring knyttet til måling av driftsutgifter som har medgått til produksjon av korrigerede opphold ("driftsutgifter DRG"), er korrigerende for kostnader knyttet til poliklinikkene. En stor del av kostnadene knyttet til poliklinisk drift er ofte regnskapsført på sengeposten og er dermed ikke mulig å fjerne fra driftsutgiftene ved hjelp av sykehusenes regnskaper. I praksis har vi derfor sett oss nødt til å estimere polikliniske kostnader ved beregningen av "driftsutgifter DRG". Et slikt estimat bør fange opp omfanget av poliklinisk drift, dvs både antall behandlinger og sammensetningen av pasientbehandlinger ved poliklinikkene. En måte å gjøre dette på, er å ta utgangspunkt i polikliniske inntekter som fanger opp antall behandlinger og til en viss grad pasientsammensetningen ved poliklinikkene gjennom differensierte takster. Fram til i dag er denne metoden benyttet, og vi har antatt at kostnadene er lik inntektene for poliklinisk drift. Denne forutsetningen har medført at eventuelle underskudd ved poliklinikkene har blitt inkludert i "driftsutgifter DRG". Dette påvirker det relative kostnadsnivået for en institusjon hvis omfanget av underskuddet (som andel av "driftsutgifter DRG") avviker fra landsgjennomsnittet.

Det har i ulike sammenhenger blitt gjort kostnadsberegninger av poliklinisk virksomhet, bl a i forbindelse med beregninger av kostnadsvekter til DRG-systemet (se f eks Nyland og Kalseth 1996, Pedersen og Solstad 2002, Sandvik 2003). En oppsummering av resultatene fra disse,

viser at polikliniske inntekter (refusjoner og egenandeler) dekker en stadig større andel av kostnadene her. Det er store forskjeller mellom ulike typer poliklinikker, og dekningsgraden er trolig større for universitetssykehus enn for mindre sykehus. Et gjennomsnitt av 18 institusjoner viste en dekningsgrad på ca 65 prosent i 2002.

En dekningsgrad på 65 prosent medfører at vi får et bedre kostnadsestimat for poliklinikkene ved å multiplisere inntektene med 1,5. Denne forutsetningen er lagt til grunn i årets SAMDATA²⁴. For å få sammenlignbare tall for 2002, har vi gjort tilsvarende beregninger dette året. Denne endringen i forutsetning gir utslag i det relative kostnadsnivået for noen sykehus. Størrelsen på utslaget avhenger av omfanget av poliklinisk drift og reell kostnadsdekning ved den enkelte institusjon.

5.4 Andre sykehus

“Andre sykehus” er sykehus som ikke defineres som DRG-sykehus på grunn av spesiell pasientsammensetning. Kostnadsnivået ved disse sykehusene er derfor ikke sammenlignbart med kostnadsnivået ved DRG-sykehusene.

I 2003 er det flere nye enheter innenfor gruppen “andre sykehus” enn det har vært i SAMDATA tidligere år. De nye er Rehabiliteringstjenesten i Rogaland, Colosseumklinikken, Ringvollklinikken og Medi 3.

Det samlede antall opphold øker med over 40 prosent fra 2002 til 2003. Økningen skyldes til en viss grad de nye institusjoner som kommer med i statistikken, men det er også en stor økning i antall opphold ved flere øvrige institusjoner.

Det er svært stor variasjon innenfor nøkkeltallene for denne gruppen sykehus.

²⁴ Endring i praksis er foretatt på bakgrunn av analyser i SINTEF Helse og etter anbefaling fra en referansegruppe knyttet til utarbeidelse av kostnadsindikatorer i SAMDATA. Analysearbeidet vil dokumenteres i en egen rapport som publiseres i november 2004.

5.5 Aktivitet i forhold til ressursinnsats – regionnivå

Tabell 5.1 Korrigerte opphold per årsverk²⁵ (tall i tusen), korrigerte opphold per behandlerårsverk (tall i tusen) og beleggprosent for 2003, samt prosentvis endring fra 2002 til 2003. RHF.

Helseregion	Korrigerte opphold per årsverk		Korrigerte opphold per behandlerårsverk		Beleggsprosent (heldøgnsopphold)	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Pst poeng endring 2002-03
Helse Øst RHF	19,5	4,2	27,5	3,3	99,0	1,6
Helse Sør RHF	21,8	3,5	30,9	3,4	92,4	1,5
Helse Vest RHF	19,7	2,3	28,5	3,1	94,6	2,9
Helse Midt-Norge RHF	19,6	1,5	26,6	-0,7	97,0	0,8
Helse Nord RHF ¹	19,1	2,9	26,6	2,0	81,4	-1,8
Totalt	20,0	3,2	28,2	2,5	94,1	1,3

¹ Årsverkstallene for Universitetssykehuset i Nord-Norge viste en veldig stor økning fra 2002 til 2003. Ved beregninger i dette kapittelet, er årsverkstall for 2002 lagt inn for UNN, justert for den gjennomsnittlige veksten i hver personellkategori i landet for øvrig.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 5.2 Driftsutgifter DRG-virksomhet per korrigeret opphold og per liggedag og relativt kostnadsnivå for 2003, samt prosentvis endring fra 2002 til 2003. Avrundede tall. RHF.

Helseregion	Driftsutgifter per korrigeret opphold		Relativt kostnadsnivå	Driftsutgifter per liggedag	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03 ¹		Nivå 2003	Prosent endring 2002-03
Helse Øst RHF	25 300	-3,9	1,01	6 630	1,9
Helse Sør RHF	24 600	-2,2	0,98	7 060	1,9
Helse Vest RHF	24 700	-1,2	0,99	6 090	6,0
Helse Midt-Norge RHF	25 000	1,2	1,00	5 900	2,4
Helse Nord RHF	26 400	-2,3	1,05	6 850	1,5
Totalt	25 100	-2,1	1,00	6 520	2,7

¹ 2002-tall er inflasjonsjustert med 5,5 prosent.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

²⁵ Årsverk i 2003 er et gjennomsnitt av antall årsverk ved punkttellingene per 31.12.02 og 31.12.03. Tilsvarende for årsverk i 2002.

- Helse Sør RHF har høyere antall korrigerte opphold per årsverk enn de øvrige RHF-ene. Korrigerte opphold pr årsverk øker i alle regionale foretak.
- Helse Nord RHF har lavere beleggsprosent enn de øvrige RHF-ene. Beleggsprosenten her reduseres ytterligere i 2003, mens den øker for de øvrige RHF-ene.
- Driftsutgifter per korrigerte opphold går ned i alle RHF-er med unntak av Helse Midt-Norge RHF.
- Helse Nord RHF har det høyeste relative kostnadsnivået, mens Helse Sør RHF har det laveste.
- Dette bildet snur om vi måler kostnadsnivå som driftsutgifter pr liggedag. Da får Helse Sør RHF det høyeste kostnadsnivået, mens Helse Midt-Norge kommer lavest.

5.6 Aktivitet i forhold til ressursinnsats – sykehus og helseforetak

Tabell 5.3 Korrigerte opphold per årsverk (tall i tusen), korrigerte opphold per behandlerårsverk (tall i tusen) og beleggsprosent for 2003, samt prosentvis endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.

Sykehus	Korrigerte opphold per årsverk ¹		Korrigerte opphold per behandlerårsverk		Beleggsprosent (heldøgnsopphold)	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Pst poeng endring 2002-03
Helse Øst RHF						
Sykehuset Østfold	21,5	3,4	30,5	1,8	96,8	2,8
Bærum sykehus	21,2	6,8	31,2	5,1	90,0	-9,0
Stensby sykehus	26,9	31,4	39,0	33,9	100,7	14,4
Akershus Universitetsssh.	18,0	5,5	24,5	3,1	101,8	0,1
Ski sykehus	20,7	6,0	33,9	3,2	86,5	-3,3
Aker sykehus	15,6	-1,7	23,4	-2,7	91,7	-3,1
Ullevål sykehus	16,5	6,3	23,7	5,6	118,2	19,9
Kongsvinger sjukehus	23,0	-4,8	32,0	-5,6	86,3	-2,0
SSH i Hedmark	23,0	-2,8	31,3	-1,1	79,2	-3,2
Tynset sjukehus	21,9	-1,1	29,4	3,8	77,5	3,3
Oppland SSH Lillehammer	21,4	3,7	28,1	3,0	82,1	-1,8
Oppland SSH, avd. Gjøvik	24,2	9,3	35,1	9,3	91,6	-10,4
Lovisenberg Diak. sykehus	22,7	2,8	30,4	2,8	86,6	-4,6
Diakonhjemmets sykehus	21,6	11,4	29,2	10,6	83,8	-1,8
Helse Sør RHF						
Rikshospitalet	19,3	9,0	29,5	8,7	82,3	-4,8
Ringerike sykehus	23,6	1,6	30,2	-1,4	77,9	3,4
Sykehuset Buskerud	22,1	0,9	29,9	-0,1	102,2	14,1
Notodden sykehus	23,8	5,7	31,4	7,1	88,3	-4,3
Rjukan sykehus	24,1	-3,2	32,6	-0,2	69,1	-3,0
Kongsberg sykehus	21,6	0,1	28,8	-1,4	88,9	2,0
Sykehuset Telemark	24,8	0,1	32,4	-0,7	93,4	0,4
Sykehuset i Vestfold	22,2	1,5	31,4	2,5	98,0	3,6
Sørlandet sh, Arendal	20,8	4,9	32,2	8,4	87,7	0,7
Sørlandet Kr.sand/Flekkefj.	23,7	0,8	32,8	0,7	82,5	-1,9

Sykehus	Korrigerte opphold per årsverk ¹		Korrigerte opphold per behandlerårsverk		Beleggsprosent (heldøgnsopphold)	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Pst poeng endring 2002-03
Helse Vest RHF						
SSH Rogaland	20,1	6,1	26,8	9,9	98,4	6,1
Odda sjukehus	21,1	7,6	29,9	5,9	73,5	12,8
Stord sjukehus	24,8	8,9	33,6	8,4	96,6	2,3
Haugesund sjukehus	22,1	0,9	33,4	2,0	91,1	-2,7
Voss sjukehus	33,1	10,3	50,2	15,1	82,1	5,9
Haukeland sykehus	17,1	-1,3	26,1	-1,6	96,2	2,7
Førde sentralsjukehus	19,5	2,3	27,7	-1,8	65,1	2,9
Nordfjord sjukehus	27,0	5,8	36,3	3,9	87,7	7,6
Lærdal sjukehus	24,2	-3,0	33,2	-2,5	76,1	-4,5
Diakonissehj. sh Haraldspl.	22,9	5,6	32,1	5,0	88,9	-2,7
Helse Midt-Norge RHF						
Sunnmøre	21,4	5,7	28,0	2,8	93,5	3,4
Nordmøre og Romsdal	20,7	-2,5	28,2	-3,8	84,5	0,2
St Olavs Hospital	18,3	-1,6	25,5	-2,7	100,8	-0,4
Orkdal sanitetsfor. sjukehus	25,1	8,0	30,5	6,2	90,9	3,1
Nord-Trøndelag	18,8	7,2	25,4	1,7	85,7	1,2
Helse Nord RHF						
Helgelandssh. Mosjøen	25,6	5,1	33,7	5,7	77,2	-21,9
Helgelandssh. Sandnessjøen	21,6	0,5	28,4	-2,6	78,1	3,3
Helgelandssh. Mo i Rana	24,1	1,5	32,7	1,4	83,7	-0,9
Nordlandssh. Bodø	18,8	3,6	24,6	2,0	79,9	-1,6
Nordlandssh. Lofoten	22,3	1,3	29,7	1,0	91,0	4,5
Harstad sykehus	17,6	7,0	23,1	3,4	79,6	-1,2
Hålogalandssh. Narvik	19,8	5,3	27,4	2,8	69,0	-10,0
Hålogalandssh. Stokmarknes	23,5	6,4	31,2	4,7	81,3	-14,0
Universitetssh. Nord-Norge ²	17,9	0,8	26,5	1,4	80,2	-0,9
Hammerfest sykehus	19,3	3,5	26,8	2,5	65,8	5,3
Kirkenes sykehus	16,6	2,9	23,5	1,0	78,0	3,8
Totalt	20,0	3,2	28,2	2,5	94,1	1,3

¹ Årsverk i administrative fellesfunksjoner for foretaket kan være ufordelt mellom institusjonene. Dette vil kunne påvirke korrigerte opphold per årsverk moderat.

² Årsverkstillene for Universitetssykehuset i Nord-Norge viste en veldig stor økning fra 2002 til 2003. Ved beregninger i dette kapittelet, er årsverkstill for 2002 lagt inn for UNN, justert for den gjennomsnittlige veksten i hver personellkategori.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 5.4 Driftsutgifter DRG-virksomhet per korrigerede opphold og per liggedag og relativt kostnadsnivå for 2003, samt prosentvis endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.

Sykehus	Driftsutgifter per korrigerede opphold		Relativt kostnadsnivå	Driftsutgifter per liggedag	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03 ¹		Nivå 2003	Prosent endring 2002-03 ¹
Helse Øst RHF					
Sykehuset Østfold	25 200	-7,7	1,01	6 620	-7,4
Bærum sykehus	25 000	-4,3	1,00	6 480	15,0
Stensby sykehus	21 000	-17,0	0,84	6 800	-4,1
Akershus Universitetsssh.	25 300	-7,3	1,01	6 820	-2,4
Ski sykehus	22 600	-9,5	0,90	6 360	0,8
Aker sykehus	29 300	1,1	1,17	6 410	2,9
Ullevål sykehus	25 000	-5,1	1,00	6 540	0,6
Kongsvinger sjukehus	23 300	-0,7	0,93	6 200	0,2
SSH i Hedmark	23 400	1,4	0,93	6 770	3,5
Tynset sjukehus	26 700	4,7	1,06	8 060	12,7
Oppland SSH Lillehammer	25 700	-0,8	1,02	6 770	10,5
Oppland SSH, avd. Gjøvik	23 500	-2,1	0,94	6 590	1,6
Lovisenberg Diakonale sykehus	27 000	-0,5	1,08	6 380	12,7
Diakonhjemmets sykehus	27 500	-1,3	1,10	7 040	11,6
Helse Sør RHF					
Rikshospitalet	27 400	-5,3	1,09	10 620	2,5
Ringerike sykehus	26 600	10,0	1,06	7 370	12,5
Sykehuset Buskerud	21 800	-9,4	0,87	5 690	-2,9
Notodden sykehus	26 300	-5,6	1,05	7 540	-2,5
Rjukan sykehus	27 200	7,3	1,08	7 970	9,3
Kongsberg sykehus	27 200	5,7	1,08	6 510	6,1
Sykehuset Telemark	22 800	3,8	0,91	5 420	2,2
Sykehuset i Vestfold	24 100	-1,2	0,96	6 720	0,1
Sørlandet sh, Arendal	23 700	-4,9	0,94	6 110	-0,1
Sørlandet, Kr.sand/Flekkefj.	23 000	0,3	0,91	6 250	6,1

Sykehus	Driftsutgifter per korrigerede opphold		Relativt kostnadsnivå	Driftsutgifter per liggedag	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03 ¹		Nivå 2003	Prosent endring 2002-03 ¹
Helse Vest RHF					
SSH Rogaland	24 900	-2,8	0,99	6 300	17,7
Odda sjukehus	25 000	-9,8	1,00	6 340	-4,5
Stord sjukehus	25 800	5,6	1,03	6 080	10,2
Haugesund sjukehus	23 300	2,2	0,93	6 110	5,6
Voss sjukehus	19 800	-4,8	0,79	6 960	1,7
Haukeland sykehus	24 800	-0,6	0,99	5 810	2,8
Førde sentralsjukehus ²	28 700	-1,8	1,14	7 160	-1,5
Nordfjord sjukehus ²	22 700	-3,1	0,91	6 040	-1,9
Lærdal sjukehus ²	26 900	5,0	1,07	6 380	6,3
Diakonissehj. sh Haraldspl.	23 300	-3,5	0,93	5 020	-4,7
Helse Midt-Norge RHF					
Sunnmøre	25 400	-6,5	1,01	5 660	-1,9
Nordmøre og Romsdal	24 900	4,9	0,99	6 480	6,6
St Olavs Hospital	24 300	5,1	0,97	5 610	4,4
Orkdal sanitetsforenings sjukehus	24 100	0,6	0,96	5 460	3,7
Nord-Trøndelag	26 900	-2,7	1,07	6 790	-1,5
Helse Nord RHF					
Helgelandssh. Mosjøen	24 500	8,4	0,98	7 250	21,2
Helgelandssh. Sandnessjøen	28 600	11,0	1,14	6 530	14,6
Helgelandssh. Mo i Rana	24 800	8,6	0,99	6 190	8,9
Nordlandssh. Bodø	27 200	-3,0	1,08	6 820	-1,2
Nordlandssh. Lofoten	24 500	0,8	0,98	5 460	3,2
Harstad sykehus	25 800	-12,0	1,03	6 450	-3,2
Hålogalandssh. Narvik	30 500	0,7	1,22	7 530	9,1
Hålogalandssh. Stokmarknes	25 300	-4,9	1,01	5 450	6,7
Universitetssh. Nord-Norge	24 100	-4,2	0,96	6 800	-3,1
Hammerfest sykehus	31 100	-4,1	1,24	8 730	1,2
Kirkenes sykehus	35 200	1,8	1,40	8 710	7,4
Totalt	25 000	-2,1	1,00	6 520	2,7

¹ 2002-tall er inflasjonsjustert med 5,5 prosent.

² Regnskapstallene for 2003 er ureviderte
Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

- Det er store variasjoner i korrigerte opphold per årsverk og i beleggprosent mellom ulike sykehus og helseforetak. Voss sykehus har 33 100 korrigerte opphold pr årsverk, mens Aker sykehus har 15 600.
- Universitetssykehusene har jevnt over lavere antall korrigerte opphold pr årsverk enn gjennomsnittet for DRG-sykehus.
- Også når det gjelder relativt kostnadsnivå finner vi store variasjoner på sykehus og helseforetaksnivå. Kostnadsnivået varierer fra 0,79 (Voss sjukehus) til 1,40 (Kirkenes sykehus).
- Av universitetssykehusene har UNN (0,96) og St.Olavs Hospital (0,97) lavest relativt kostnadsnivå, mens Rikshospitalet (1,09) har høyest.
- De største endringene i driftsutgifter per korrigerte opphold finner vi ved Stensby sykehus (-17 prosent) og Helgelandssykehuset Sandnessjøen (+11 prosent).

5.7 Aktivitet og kostnader for andre sykehus

Tabell 5.5 Samlet antall opphold og antall heldøgnsopphold, gjennomsnittlig liggetid for alle opphold og for heldøgnsopphold i 2003, samt endring fra 2002 til 2003.

Sykehus	Samlet antall opphold ¹		Gj.snitt liggetid for oppholdene samlet		Antall heldøgnsopphold ²		Gj.snitt liggetid for heldøgnsopphold	
	Nivå 2003	Pst endr 2002-03	Nivå 2003	Pst endr 2002-03	Nivå 2003	Pst endr 2002-03	Nivå 2003	Pst endr 2002-03
Granheim lungesenter	495	1,0	25,6	0,2	495	1,0	25,6	0,2
Sunnaas sykehus	2 200	97,1	19,7	-13,6	1 759	57,6	24,3	-9,0
Lillehammer								
Sanitetsforeningssykehus	1 629	26,0	6,7	-1,6	1 478	14,3	7,3	-1,0
Martina Hansen Hospital	4 564	18,2	4,3	-0,4	2 862	15,5	6,3	-0,5
Betanien Hospital	5 793	14,9	3,2	-0,5	3 534	14,7	4,5	-0,8
Spesialsykehuset for epilepsi	1 226	-0,6	17,6	-0,6	1 217	-1,4	17,6	-0,5
Rehabiliteringssykehuset	14 929	32,6	2,9	-5,6	2 211	18,1	14,1	-2,9
Hjertesentret i Oslo	3 259	19,9	2,6	-0,4	749	2,9	7,7	-0,5
Det Norske Radiumhospital	15 146	0,2	5,5	-0,5	12 762	-4,3	6,4	-0,3
Rehabiliteringstj i Rogaland	2 356	334,7	12,4	5,3	1 706	1 465,1	16,8	-14,7
Kysthospitalet i Hagevik	1 877	0,8	7,6	0,5	1 378	7,1	10,0	0,2
Haugesund Sanitetsforenings sykehus	1 546	12,0	8,7	-0,8	1 296	12,7	10,2	-1,1
Glittrelinnikken	1 110	2,1	26,0	-0,7	1 110	2,1	26,0	-0,7
Feiringlinnikken	5 301	3,6	3,1	-0,2	5 299	3,6	3,1	-0,2
Colosseumlinnikken	581		1,0		2		1,0	
Omnia sykehuset AS	9 271	300,5	1,2	-0,5	6 947	803,4	1,3	-1,8
Axess Sykehus og Spesialistlinnikk AS	2 267	95,1	1,0	-0,3	2 220	124,7	1,0	-0,4
Ringvolllinnikken	1 443	148,4	1,0	-0,1	1 443	148,4	1,0	-0,1
Volvat med. senter as	5 412	28,8	1,1	0,0	5 412	28,8	1,1	0,0
Spesialistlinnik. Drammen private sykehus as	5 534	265,0	1,0	0,0	1	0,0	1,0	0,0
Medi 3	2 143	495,3	1,2	0,2	1 681	0,0	1,3	0,0
Totalt	495	1,0	25,6	0,2	495	1,0	25,6	0,2

¹ Samlet antall opphold er lik summen av antall heldøgnsopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene).

² Antall heldøgnsopphold er basert på oppholdstype og ikke liggetid. I tallene er det derfor heldøgnsopphold med liggetid 0 utskrevet fra heldøgnsavdeling. Liggetid lik 0 er satt lik 1.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 5.6 Beleggsprosent og antall liggedager per årsverk (tall i tusen) og behandlerårsverk (tall i tusen) 2003, samt endring fra 2003 til 2002.

Sykehus	Beleggsprosent (heldøgnsopphold) ¹		Liggedager per årsverk		Liggedager per behandlersårsverk ²	
	Nivå 2003	Pst poeng endring 2002-03	Nivå 2003	Pst poeng endring 2002-03	Nivå 2003	Pst poeng endring 2002-03
Granheim lungesenter	89,3	1,7	258,6	0,9	426,4	0,9
Sunnaas sykehus	91,6	3,2	115,6	15,6	163,6	8,7
Lillehammer Sani- tetsforeningssykehus	75,9	0,2	143,4	-5,0	220,7	-8,1
Martina Hansen Hospital	82,0	6,9	86,9	4,7	121,4	4,7
Betanien Hospital	88,3	-1,8	157,8	-0,1	217,8	-27,9
Spesialsykehuset for epilepsi	85,7	-8,0	91,6	-3,9	119,9	-9,3
Rehabiliterings- sykehuset	80,0	1,2	174,0	-0,1	255,6	2,9
Hjertesentret i Oslo	55,8	-26,4	72,8	-12,8	95,0	-12,5
Det Norske Radium- hospital	75,3	-4,4	66,5	-6,1	99,3	-6,2
Rehabiliteringstj i Rogaland			127,9	656,5	135,4	227,5
Kysthospitalet i Hagevik	86,4	13,8	129,2	38,7	191,3	42,5
Haugesund Sanitets- forenings sykehus	100,9	2,0	130,7	0,6	163,1	-6,1
Glittreklinikken	88,6	-0,4	247,6	3,2	374,1	7,4
Totalt	83,3	-1,0	138,7	53,2	198,7	17,3

¹ Datagrunnlaget for beleggsprosenten er liggedager for heldøgnsoppholdene og sengekapasiteten for heldøgns plassene.² Behandlerårsverk er lik summen av årsverkene for leger, sykepleiere, hjelpepleiere/barnepleiere, annet behandlingspersonell og annet personell i pasientrettet arbeid.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 5.7 Driftsutgifter per liggedag, per opphold og per korrigerte opphold, samt andel polikliniske inntekter. Løpende priser. Endring fra 2002 til 2003. Avrundede tall. Ikke DRG-sykehus.

Sykehus	Driftsutgifter per liggedag		Driftsutgifter per opphold		Driftsutgifter per korrigerte opphold		Andel polikliniske inntekter	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03 ¹	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03 ¹	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Pst poeng endring 2002-03 ¹
Granheim lunge-senter	2 210	-3,5	56 700	-2,7	56 700	13,5	5,7	0,8
Sunnaas sykehus	3 870	1,6	76 100	-40,0	28 500	-7,6	0,6	0,2
Lillehammer Sanitetsforeningssykehus	3 000	-8,3	20 100	-26,0	17 900	-11,8	17,3	3,8
Martina Hansen Hospital	6 960	0,5	30 200	-8,1	21 600	-6,2	11,5	1,0
Betanien Hospital	3 730	8,1	11 800	-6,0	15 300	-3,4	11,9	-0,7
Spesialsykehuset for epilepsi	6 510	10,0	114 300	6,5	187 700	11,2	3,4	0,4
Rehabiliterings-sykehuset	3 060	14,1	9 000	-8,2	19 500	4,9	5,8	-1,2
Hjertesentret i Oslo	16 410	5,0	41 900	-8,5	26 500	0,7	0,0	0,0
Det Norske Radiumhospital	8 390	7,6	46 300	-1,0	38 400	-5,8	18,0	3,4
Kysthospitalet i Hagevik	5 670	-5,9	43 000	1,2	20 200	-5,1	7,2	-1,2
Haugesund Sanitetsforenings sykehus	3 870	12,0	33 700	2,2	25 500	7,2	16,2	-2,2
Glittreklinikken	2 490	-13,5	64 700	-15,6	64 100	-15,5	2,2	0,1
Feiringklinikken	15 570	-0,2	48 500	-5,0	22 300	-1,3	0,0	0,0
Totalt	6 290	0,6	45 900	31,4	41 900	40,7	7,7	0,3

¹ 2002-tall er inflasjonsjustert med 5,5 prosent.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

6 Aktivitet og liggetider ved DRG-sykehusene

Heidi Torvik²⁶, Solveig Osborg Ose, Marit Pedersen og Ivar Pettersen

I 2003 var det om lag 1 160 000 opphold ved DRG-sykehusene. Dette tilsvarte en økning i aktiviteten på nesten syv prosent fra 2002. Antallet korrigerte opphold økte noe mindre (6,1 prosent) og indikerer at gjennomsnittspasienten var noe mindre ressurskrevende i 2003 enn i 2002. Forskjellen var imidlertid liten (0,008).

Den gjennomsnittlige liggetid ved sykehusene fortsatte å gå ned i 2003, men gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene økte. Utviklingen mot en høyere andel dagbehandling og lavere andel døgnopphold fortsatte også i 2003.

6.1 Om datagrunnlaget

I dette kapitlet presenteres de aktivitetstallene som var utgangspunktet for beregningene av driftsutgifter per korrigerte opphold og driftsutgifter per liggedag i kapittel 5 (forrige kapittel). Aktivitetstallene tar utgangspunkt i sykehusene og i produksjonen av somatiske spesialisthelsetjenester i motsetning til kapittel 8 som tar utgangspunkt i pasientenes bosted uavhengig av hvilket sykehus de bruker. Når vi presenterer tall for Helse Øst RHF i dette kapitlet, mener vi altså aktiviteten ved sykehusene i Helse Øst RHF, uavhengig av hvor pasientene som har blitt behandlet ved disse sykehusene bor. Aktivitetstallene i dette kapitlet inkluderer også bare DRG-sykehus, i motsetning til kapittel 8 som inkluderer den totale bruken av somatiske spesialisthelsetjenester. Samlet antall opphold for DRG-sykehusene (som presentert i dette kapitlet) var 1 156 965 opphold i 2003, mens samlet antall opphold totalt (som presentert i kapittel 8) var 1 250 471 opphold. Differansen er på 93 506 opphold, og gjelder rehabiliteringsinstitusjoner, andre spesialsykehus og private sykehus.

I beregningen av korrigerte opphold benyttes kostnadsvekter til DRG-systemet. En kostnadsvekt uttrykker det gjennomsnittlige ressursforbruket knyttet til et opphold i en DRG relativt til gjennomsnittspasienten i landsmaterialet. For å fange opp endringer i medisinsk praksis, er det viktig at kostnadsvektene stadig oppdateres. Dette skjer på bakgrunn av omfattende beregninger ved et bredt sammensatt utvalg av ulike institusjoner.

I SAMDATA i år tar vi i bruk kostnadsvekter beregnet på bakgrunn av pasient- og kostnadsdata fra 18 sykehus for 2002 (Sandvik 2003). I de nye kostnadsvektene fra 2002 er det gjort korrigeringer for å fange opp endringer i grupperingslogikk i den norske versjonen av DRG-systemet fra 2002 til 2003. På bakgrunn av de nye kostnadsvektene har vi beregnet antall korrigerte opphold for både 2002 og 2003. Nytt vektsett påvirker derfor ikke mulighetene for sammenligning mellom 2002 og 2003.

²⁶ Kapitelforfatter. Alle har imidlertid bidratt til klarlegging av data til dette kapitlet.

Skifte av kostnadsvekter er gjort på en slik måte at det ikke påvirker antall korrigerte opphold på landsnivå. Indeks for pasientsammensetning på landsnivå er altså upåvirket av skifte av vektsett. Dette gjør sammenligning bakover i tid (før 2002) uproblematisk på landsnivå. For enkeltinstitusjoner får vi derimot endringer, spesielt for institusjoner med en spesiell pasientsammensetning sammenlignet med landet forøvrig. Alle institusjoner vil få et antall korrigerte opphold for 2002 som er noe forskjellig fra det antallet som ble publisert i fjorårets SAMDATA. For de fleste institusjoner vil imidlertid denne endringen være av moderat betydning.

For enkelte helseforetak presenteres ikke indikatorene i dette kapitlet på sykehusnivå. Dette skyldes at regnskapsdata ikke er levert på detaljert nok nivå til at det var mulig å beregne kostnadsindikatorer på sykehusnivå.

Nytt av året er også at dette kapitlet inkluderer egne beregninger av sum korrigerte opphold, samlet antall opphold, indeks for pasientsammensetning og liggetider for pasienter 80 år og eldre. Dette gjøres for å kunne følge utviklingen i eldres andel av ressursene i somatiske sykehus i lys av den økende andelen eldre i befolkningen.

6.2 Pasientsammensetningen

I dette kapitlet skiller vi mellom samlet antall opphold, døgnopphold og korrigerte opphold. *Samlet antall opphold* er det uvektede antall opphold som er innrapportert fra DRG-sykehusene til Norsk Pasientregister for 2003, og som finansieres gjennom ISF (Innsatsstyrt finansiering). Samlet antall opphold inkluderer både døgnopphold og dagbehandling for innlagte og på poliklinikk²⁷. *Døgnopphold* er med andre ord en del av det samlede antall opphold, og inkluderer opphold for pasienter som er innlagt for døgnbehandling, uavhengig av hvor lang liggetid disse pasientene har²⁸. *Antall korrigerte opphold* beregnes ut fra DRG-poengene, og gir dermed en korrigering for hvor "tung" eller ressurskrevende pasienten er (se vedlegg 5 og 6). Når et sykehus har et høyere antall korrigerte opphold enn samlet antall opphold betyr dette m.a.o. at gjennomsnittspasienten ved dette sykehuset har vært mer ressurskrevende enn gjennomsnittspasienten totalt. Når et sykehus derimot har et lavere antall korrigerte opphold enn samlet antall opphold, betyr dette at gjennomsnittspasienten ved dette sykehuset har vært "lettere" eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittspasienten nasjonalt. *Indeksen for pasientsammensetning* beskriver forholdet mellom antallet korrigerte opphold og samlet antall opphold, og er høyere enn 1 dersom antall korrigerte opphold er høyere enn samlet antall opphold.

Antall korrigerte opphold øker med vel seks prosent fra 2002 til 2003 på landsbasis. Så godt som alle DRG-sykehus og -helseforetak øker sin aktivitet knyttet til DRG-virksomhet i 2003. Dette gjelder både samlet antall opphold og korrigerte opphold.

Det samlede antall opphold øker mer enn antall korrigerte opphold, og vi observerer en økning på landsbasis med i underkant av syv prosent i det samlede antall opphold²⁹. Den største økningen ser vi for Helse Sør RHF, med en økning på 8,5 prosent. Helseregion Øst har den laveste økningen i det samlede antall opphold med 5,5 prosent flere opphold enn i 2002.

Indeksen for pasientsammensetning, som uttrykker forholdet mellom antall korrigerte opphold og det samlede antall opphold som ISF-finansieres, er imidlertid uendret fra 2002 til 2003 på to-desimalnivå. Dette betyr at forskjellen mellom antall korrigerte opphold og samlet antall opphold ikke var stor. Indeksen for pasientsammensetning er uendret fra 2002 til 2003 i Helse Øst RHF og Helse Vest RHF, men går ned i de andre tre regionene.

²⁷ Dagbehandling på poliklinikk er definert som behandling som klassifiseres i en DRG og utløser ISF-refusjon.

²⁸ Pasienter innlagt for døgnbehandling kan også ha bare 1 lgd.

²⁹ Samlet antall opphold for somatisk spesialisthelsetjeneste økte med 9,1 prosent fra 2002 til 2003. Når veksten i samlet antall opphold for DRG-sykehusene er lavere enn veksten i samlet antall opphold totalt, indikerer dette at det har vært særlig stor vekst i rehabiliteringsinstitusjonene og i private sykehus.

Økningen i antall korrigerte opphold og det samlede antall opphold viser samme tendens for aldersgruppen over 80 år som for det totale antallet opphold. For de eldste pasientene var det en økning på over ti prosent i samlet antall opphold fra 2002 til 2003. Antall korrigerte opphold økte noe mindre (8,8 prosent). Indeks for pasientsammensetning gikk derfor noe ned fra 2002 til 2003 for de eldste pasientene. Indeksen for pasientsammensetning for pasienter over 80 år var 1,27 i 2002, mens indeksen for alle pasienter som ISF-finansieres var 1,01. Når det gjelder pasienter over 80 år, har Helse Sør RHF den laveste indeksen for pasientsammensetning med en indeks på 1,20. Helse Øst RHF og Helse Nord RHF har en indeks for pasientsammensetning på 1,31. Det betyr at den gjennomsnittlige ressursinnsatsen som kreves ved behandling av eldre pasienter i Helse Sør RHF er lavere enn i de andre helseregionene.

Av de totale antall korrigerte opphold er nesten 18 prosent knyttet til pasienter over 80 år. Som andel av befolkningen utgjør disse pasientene 4,6 prosent.

6.3 Gjennomsnittlig liggetid

I dette kapitlet skilles det mellom gjennomsnittlig liggetid for samlet antall opphold, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold. Normaloppholdene uttrykker den delen av det samlede antallet opphold som har liggetid som er mindre enn eller lik trimpunkt. Langtidsoppholdene er den delen av det samlede antallet opphold som har lengre liggetid enn trimpunkt. Trimpunktet er knyttet til DRG-systemet og er en statistisk størrelse som angir ytre grense for hva som defineres som normal liggetid for en gitt behandling. I utgangspunktet skal om lag 95 prosent av pasientene i en gitt DRG ha liggetid under trimpunkt. Trimpunktet brukes derfor til å definere langtidsopphold og langtidsliggedager.

I alle helseregioner observeres det en svak nedgang i gjennomsnittlig liggetid fra 2002 til 2003. I Helse Øst RHF og Helse Vest RHF er det en nedgang på 0,3 liggedager i gjennomsnitt for døgnoppholdene, mens det i de andre tre helseregionene er en nedgang på 0,1 liggedag. Normaloppholdene har en nedgang i gjennomsnittlig liggetid i alle helseregionene på 0,2 - 0,3 liggedager.

Nedgangen i gjennomsnittlig liggetid fra 2002 til 2003 var større enn endringen i foregående år (fra 2001 til 2002). Dette gjelder både for døgnopphold og normalopphold. Dette viser at trenden med nedgang i gjennomsnittlig liggetid som vi har sett de senere år fortsetter, og faktisk er sterkere fra 2002 til 2003 enn året før.

For langtidsoppholdene, opphold med liggetid over trimpunkt, er tendensen fra 2002 til 2003 imidlertid motsatt. På nasjonalt nivå øker gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene med 0,2 liggedager, og var 29,2 dager i 2003. Imidlertid er det forholdsvis store variasjoner mellom helseregionene i gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene. I Helse Vest RHF er gjennomsnittlig liggetid for langtidsopphold redusert med 0,9 liggedager fra 2002 til 2003, mens Helse Midt-Norge RHF har en økning på 0,8 liggedager for denne typen opphold. Generelt er det større endringer i den gjennomsnittlige liggetiden for langtidsopphold enn for normalopphold.

På regionnivå finner vi at Helse Sør RHF har lavest gjennomsnittlig liggetid, både for samlet antall opphold, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold. Helse Sør RHF har samtidig høyeste nivå på indeksen for pasientsammensetningen, og laveste nivå av driftsutgifter per korrigerte opphold (se kapittel 5). Denne regionen hadde også størst vekst i antall opphold og korrigerte opphold, en sterk vekst i dagbehandlinger (20 prosent – se kapittel 8), men laveste nivå av engangsopphold (i motsetning til seriebehandlinger og reinnleggelser; se kapittel 13).

For pasienter på 80 år og eldre var det en nedgang i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold på 0,3 liggedager fra 2002 til 2003. Den eldste pasientgruppen hadde en gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold på 7,6 dager mens gjennomsnittlig liggetid for alle pasienter samlet var på 5,3 dager. Forskjellen utgjør mer enn 40 prosent. For normalopphold, det vil si

sykehusopphold med en liggetid mindre enn eller lik trimpunktet, er gjennomsnittlig liggetid for de eldste pasientene 4,8 dager, og ble redusert med 0,4 liggedøgn fra 2002.

Gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene økte imidlertid også for de eldste pasientene, og var i underkant av 32 dager. Økningen i gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene for pasienter på 80 år og eldre var 0,5 liggedøgn.

6.4 Oppholdenes sammensetning: andel døgnopphold, langtidsopphold og estimerte polikliniske kostnader

Den største økningen i aktiviteten i 2003 gjaldt dagbehandling. Andel døgnopphold av det samlede antall opphold fortsetter dermed å falle også i 2003. I 2003 var andelen døgnopphold 66,6 prosent, mens denne andelen var 75,1 prosent i 1999. Endringen fra 2002 til 2003 var også betydelig med mer enn 2 prosentpoeng nedgang i andel døgnopphold.

På landsbasis var andelen langtidsopphold kun 2,1 prosent, men det observeres en liten økning i denne andelen fra 2002 til 2003. Helse Vest RHF har en nedgang i andel langtidsopphold av det samlede antall opphold, mens de andre regionene øker sin andel langtidsopphold. Når det gjelder andel langtidsliggedager av det samlede antall liggedager i sykehusene, er det en økning i samtlige regioner. Økningen er ganske kraftig. I 2002 var andelen langtidsliggedager nærmere fem prosent, mot i overkant av syv prosent i 2003.

Andel estimerte polikliniske kostnader av totale driftsutgifter til DRG-virksomhet er ment å gi et bilde av hvor stor poliklinikkvirksomheten er sett i forhold til DRG-virksomheten. I SAMDATA for 2003 har vi for første gang antatt at poliklinikkinntektene fra egenandeler og refusjoner fra RTV må ganges med 1,5 for å få kostnadsdekning på poliklinikkene. Det medfører at vi presenterer et høyere estimat av de polikliniske kostnadene enn tidligere år. Imidlertid er endringstallet mellom 2002 og 2003 som presenteres ikke påvirket av dette, da 2002-tall er behandlet på samme måte. se forøvrig kapittel 5 for en nærmere beskrivelse av årsaker og konsekvenser til disse endringene.

Andel langtidsopphold blant pasienter over 80 år viser en nedgang fra 2002 til 2003, en nedgang på om lag åtte prosent. For alle pasienter var det en økning i andel langtidsopphold. På tross av dette er andelen langtidsopphold nesten 70 prosent høyere for pasienter over 80 år enn for alle pasienter samlet.

Andel langtidsliggedager er stabil for pasienter over 80 år, mens det var en økning i andelen langtidsliggedager for pasienter som helhet. Syv prosent av liggedagene for pasienter over 80 år er langtidsliggedager, og det er ingen endring fra 2002. Imidlertid observeres det store endringer for enkelte sykehus og helseforetak.

- Samlet antall opphold øker mer enn antallet korrigerede opphold.
- Gjennomsnittlig liggetid for samlet antall opphold, døgnopphold og normalopphold reduseres, mens gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene økes. Andelen langtidsliggedager av alle liggedøgn øker dermed signifikant.
- For de eldste pasientene øker også samlet antall opphold mer enn antallet korrigerede opphold. Forskjellen er større enn for alle pasienter samlet, og indikerer at økningen i sykehusbruk blant de eldste pasientene i gjennomsnitt ikke har vært like ressurskrevende som økningen i antall opphold skulle tilsi.
- For pasienter over 80 år var liggetidsutviklingen lik liggetidsutviklingen for alle pasienter. Gjennomsnittlig liggetid for samlet antall opphold, døgnopphold og normalopphold ble noe redusert, mens gjennomsnittlig liggetid ved langsoppholdene økte.

6.5 Aktivitet og liggetider for alle pasienter – regionnivå

Tabell 6.1 Antall korrigerte opphold, antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2003, samt endring fra 2002 til 2003. Regionale helseforetak.

Regionale helseforetak	Korrigerte opphold ¹		Samlet antall opphold ²		Indeks for pasientsammensetning ³	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Nivå 2002
Helse Øst RHF	359 720	5,6	352 206	5,5	1,02	1,02
Helse Sør RHF	284 899	7,5	279 310	8,5	1,02	1,03
Helse Vest RHF	222 979	6,7	225 442	7,2	0,99	0,99
Helse Midt-Norge RHF	169 496	4,3	167 907	6,6	1,01	1,03
Helse Nord RHF	127 119	5,4	132 100	7,4	0,96	0,98
Totalt	1 164 214	6,08	1 156 965	6,92	1,006	1,014

¹ Antall korrigerte opphold beregnes ved hjelp av DRG-systemet. Se vedlegg 5.

² Samlet antall opphold er lik summen av antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene)

³ Indeks for pasientsammensetning er forholdet mellom antall korrigerte opphold og samlet antall opphold.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 6.2 Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2003, samt endring fra 2002 til 2003. Regionale helseforetak.

Regionale helseforetak	Alle opphold ¹		Døgnopphold ²		Normalopphold ³		Langtidsopphold ⁴	
	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03
Helse Øst RHF	3,9	-0,2	5,3	-0,3	3,3	-0,3	29,4	0,5
Helse Sør RHF	3,6	-0,2	5,0	-0,1	3,2	-0,2	26,2	0,7
Helse Vest RHF	4,0	-0,3	5,4	-0,3	3,4	-0,3	29,4	-0,9
Helse Midt-Norge RHF	4,3	-0,1	5,8	-0,1	3,6	-0,2	31,3	0,8
Helse Nord RHF	3,7	-0,2	5,1	-0,1	3,2	-0,2	29,7	-0,2
Totalt	3,9	-0,2	5,3	-0,2	3,3	-0,3	29,2	0,2

¹ Alle opphold er lik summen av antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene).

² Antall døgnopphold er basert på oppholdstype og ikke liggetid. I tallene inngår derfor døgnopphold med liggetid lik 0.

³ Normalopphold er opphold med liggetid mindre eller lik trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG.

⁴ Langtidsopphold er opphold med liggetid større enn trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG. Trimpunktet ble endret ved innføring av nye kostnadsvekter for 2002.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 6.3 Andel døgnopphold, andel langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel estimerte polikliniske kostnader 2002 og 2003. Regionale helseforetak.

Regionale helseforetak	Andel døgnopphold ¹		Andel langtidsopphold		Andel langtidsliggedager		Andel estimerte polikliniske kostnader ²	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	68,9	67,6	1,9	2,1	4,6	6,6	12,2	12,9
Helse Sør RHF	66,6	63,7	1,5	1,6	3,7	5,1	11,6	11,9
Helse Vest RHF	71,1	68,7	2,6	2,4	7,0	7,4	13,6	13,6
Helse Midt-Norge RHF	69,7	67,7	2,4	2,6	6,0	8,3	14,9	15,0
Helse Nord RHF	68,3	65,6	1,9	2,0	5,4	6,6	14,6	14,2
Totalt	68,8	66,6	2,0	2,1	5,2	6,7	13,0	13,3

¹ Andel døgnopphold er beregnet som forholdet mellom antall døgnopphold (etter oppholdstype) og samlet antall opphold.

² Andel estimerte polikliniske kostnader er lik summen av polikliniske inntekter multiplisert med 1,5 og dividert med driftsutgifter til DRG-virksomhet. Denne størrelsen vil si noe om omfanget av poliklinisk virksomhet ved sykehuset.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

6.6 Aktivitet og liggetider for alle pasienter – sykehus og helseforetak

Tabell 6.4 Antall korrigerte opphold, antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2003, samt endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.

Sykehus	Korrigerte opphold ¹		Samlet antall opphold ²		Indeks for pasientsammensetning ³	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Nivå 2002
Helse Øst RHF						
Sykehuset Østfold	56 582	1,6	57 395	2,6	0,99	1,00
Bærum sykehus	22 467	4,6	20 624	3,5	1,09	1,08
Stensby sykehus	6 109	36,4	5 790	42,5	1,06	1,10
Akershus Universitetsssh.	44 642	8,6	45 709	9,3	0,98	0,98
Ski sykehus	4 234	6,8	3 986	3,1	1,06	1,03
Aker sykehus	28 276	-0,1	28 735	-2,2	0,98	0,96
Ullevål sykehus	79 424	8,0	73 787	10,3	1,08	1,10
Kongsvinger sjukehus	10 514	-1,4	9 893	3,8	1,06	1,12
SSH Hedmark	32 731	-0,1	34 630	-0,2	0,95	0,94
Tynset sjukehus	4 224	13,2	3 993	14,5	1,06	1,07
Oppland SSH Lillehammer	22 906	11,1	24 177	5,6	0,95	0,90
Oppland SSH Gjøvik	21 090	8,4	18 219	0,7	1,16	1,08
Lovisenberg Diakonale sh.	12 458	1,9	15 597	7,5	0,80	0,84
Diakonhjemmets sykehus	14 063	12,2	9 671	9,5	1,45	1,42
Helse Sør RHF						
Rikshospitalet	74 285	9,8	60 449	6,9	1,23	1,20
Ringerike sykehus	11 692	5,6	11 628	6,1	1,01	1,01
Sykehuset Buskerud	36 260	9,2	35 432	8,6	1,02	1,02
Notodden sykehus	4 857	9,3	4 798	17,6	1,01	1,09
Rjukan sykehus	3 046	-1,8	2 515	3,8	1,21	1,28
Kongsberg sykehus	8 578	-0,4	8 930	-2,9	0,96	0,94
Sykehuset Telemark	35 065	5,5	38 445	11,9	0,91	0,97
Sykehuset i Vestfold	48 032	7,0	48 247	7,0	1,00	1,00
Sørlandet sh, Arendal	22 483	7,1	25 164	11,8	0,89	0,93
Sørlandet, Kr.sand/Flekkefj.	40 601	7,6	43 702	10,3	0,93	0,95
Helse Vest RHF						
SSH Rogaland	57 661	10,3	59 819	8,7	0,96	0,95
Odda sjukehus	3 282	10,8	3 296	15,0	1,00	1,03
Stord sjukehus	8 258	11,0	9 344	11,9	0,88	0,89

Sykehus	Korrigererte opphold ¹		Samlet antall opphold ²		Indeks for pasientsammensetning ³	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Nivå 2002
Haugesund sjukehus	21 893	2,4	23 309	2,5	0,94	0,94
Voss sjukehus	9 326	14,6	9 928	14,7	0,94	0,94
Haukeland sykehus	83 660	4,6	80 666	4,0	1,04	1,03
Førde sentralsjukehus	17 644	4,5	17 966	8,6	0,98	1,02
Nordfjord sjukehus	5 038	9,9	4 606	9,5	1,09	1,09
Lærdal sjukehus	4 076	1,4	3 986	0,2	1,02	1,01
Diakonissehj. sh Haraldspl.	12 143	8,4	12 522	21,5	0,97	1,09
Helse Midt-Norge RHF						
Sunnmøre	32 259	8,1	34 515	8,3	0,93	0,94
Nordmøre og Romsdal	24 942	2,0	25 153	3,7	0,99	1,01
St Olavs Hospital	75 043	2,3	69 392	6,5	1,08	1,13
Orkdal san.for. sjukehus	9 843	9,9	9 764	7,8	1,01	0,99
Nord-Trøndelag	27 408	6,0	29 083	7,0	0,94	0,95
Helse Nord RHF						
Helgelandssh Mosjøen	4 360	8,9	4 598	5,2	0,95	0,92
Helgelandssh Sandnessjøen	5 476	3,0	6 034	-1,7	0,91	0,87
Helgelandssh. Rana	7 262	5,8	7 149	3,3	1,02	0,99
Nordlandssh. Bodø	24 348	5,1	24 928	8,4	0,98	1,01
Nordlandssh. Lofoten	4 314	6,6	4 803	5,4	0,90	0,89
Hålogalandssh. Harstad	10 233	5,8	11 188	11,6	0,91	0,96
Hålogalandssh. Narvik	5 823	10,4	6 336	10,8	0,92	0,92
Hålogalandssh Stokmarknes	6 448	10,8	6 433	3,4	1,00	0,94
Universitetssh. i Nord-Norge	44 409	3,5	44 421	8,0	1,00	1,04
Hammerfest sykehus	9 061	9,1	10 146	15,0	0,89	0,94
Kirkenes sykehus	5 385	3,6	6 064	-0,2	0,89	0,86
Totalt	1 164 214	6,1	1 156 965	6,9	1,01	1,01

¹ Antall korrigererte opphold beregnes ved hjelp av DRG-systemet. Se vedlegg 5.

² Samlet antall opphold er lik summen av antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene)

³ Indeks for pasientsammensetning er forholdet mellom antall korrigererte opphold og samlet antall opphold.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

- Haukeland sykehus var i 2003 Norges største sykehus med samlet antall opphold lik 80 660 opphold, og 83 660 korrigerede opphold .
- Rjukan sykehus har det laveste antall opphold med 2 515 opphold.

- Diakonhjemmets sykehus har den høyeste indeksen for pasientsammensetning i 2003 med en indeks på 1,45.
- Lovisenberg Diakonale sykehus har den laveste indeksen for pasientsammensetning i 2003 med 0,80.

- Indeksen for pasientsammensetning økte mest ved Oppland SSH Gjøvik, der indeksen steg fra 1,08 til 1,16. Pasientene ved dette sykehuset ble dermed i gjennomsnitt mer ressurskrevende.
- Indeksen for pasientsammensetning ble mest redusert ved Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass. I gjennomsnitt ble altså pasientene ved dette sykehuset mindre ressurskrevende enn i 2002.

Tabell 6.5 Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2003, samt endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.

Sykehus	Alle opphold ¹		Døgnopphold ²		Normalopphold ³		Langtidsopphold ⁴	
	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03
Helse Øst RHF								
Sykehuset Østfold	3,8	-3,3	4,8	-0,1	3,3	-0,1	28,5	0,4
Bærum sykehus	4,2	-0,8	5,2	-1,0	3,7	-0,6	28,6	-0,5
Stensby sykehus	3,3	-0,7	4,0	-0,8	2,9	-0,8	29,6	8,6
Akershus Universitetsssh.	3,6	-0,2	4,7	-0,1	3,1	-0,4	27,5	1,7
Ski sykehus	3,8	-0,3	5,4	-0,3	3,6	-0,2	25,8	2,2
Aker sykehus	4,5	0,0	6,2	-0,1	3,7	-0,2	35,7	5,0
Ullevål sykehus	4,1	-0,3	6,1	-0,2	3,3	-0,6	30,4	-0,9
Kongsvinger sjukehus	4,0	-0,2	4,8	-0,3	3,7	-0,4	26,8	2,1
SSH Hedmark	3,3	-0,1	4,9	-0,1	3,0	-0,1	24,2	-1,8
Tynset sjukehus	3,5	-0,3	4,4	-0,3	3,3	-0,3	28,9	1,5
Oppland SSH Lillehammer	3,6	-0,2	4,9	-0,2	3,1	-0,2	25,5	-2,0
Oppland SSH Gjøvik	4,1	0,2	5,0	0,2	3,8	0,1	25,5	4,8
Lovisenberg Diakonale sh.	3,4	-0,7	6,1	-1,2	2,8	-0,6	29,9	-2,2
Diakonhjemmets sykehus	5,7	-0,6	6,6	-0,4	4,8	-0,4	34,6	1,1
Helse Sør RHF								
Rikshospitalet	3,2	-0,2	5,0	-0,2	2,8	-0,2	25,6	2,8
Ringerike sykehus	3,6	-0,1	4,4	-0,1	3,4	-0,1	20,6	-3,2
Sykehuset Buskerud	3,9	-0,3	5,1	-0,2	3,5	-0,2	25,4	1,5
Notodden sykehus	3,5	-0,4	4,6	-0,1	3,2	-0,5	25,8	-0,7
Rjukan sykehus	4,1	-0,3	4,6	-0,3	3,9	-0,3	30,9	-1,2
Kongsberg sykehus	4,0	0,1	5,2	0,1	3,6	0,1	26,5	0,8
Sykehuset Telemark	3,8	-0,2	5,6	0,1	3,3	-0,3	30,0	-0,4
Sykehuset i Vestfold	3,6	0,0	5,1	0,1	3,2	-0,1	24,8	-1,4
Sørlandet sh, Arendal	3,5	-0,3	4,9	-0,2	3,1	-0,3	24,2	-2,9
Sørlandet, Kr.sand/Flekkefj.	3,4	-4,4	4,5	-0,2	3,1	-0,3	27,8	1,8
Helse Vest RHF								
SSH Rogaland	3,8	-0,7	5,2	-0,9	3,2	-0,4	24,8	-5,1
Odda sjukehus	3,9	-0,4	5,1	-0,5	3,6	-0,2	24,7	-1,1
Stord sjukehus	3,8	-0,2	4,9	-0,1	3,5	-0,1	20,7	-1,0
Haugesund sjukehus	3,6	-0,1	4,9	-0,1	3,2	-0,1	23,0	0,7

Sykehus	Alle opphold ¹		Døgnopphold ²		Normalopphold ³		Langtidsopphold ⁴	
	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03
Helse Vest RHF forts.								
Voss sjukehus	2,7	-0,2	3,5	-0,2	2,3	-0,2	30,1	0,3
Haukeland sykehus	4,4	-0,1	6,0	-0,1	3,5	-0,2	34,3	0,3
Førde sentralsjukehus	3,9	-0,2	5,0	-0,1	3,4	-0,4	30,7	4,4
Nordfjord sjukehus	4,1	0,0	4,8	-0,1	3,8	-0,1	26,2	1,6
Lærdal sjukehus	4,3	0,0	4,7	0,0	3,9	-0,1	28,9	5,9
Diakonissehj. sh Haraldspl.	4,5	-0,5	6,4	0,1	3,9	-0,5	28,7	1,0
Helse Midt-Norge RHF								
Sunnmøre	4,2	-0,2	6,0	-0,1	3,6	-0,2	29,2	-1,3
Nordmøre og Romsdal	3,8	-4,0	5,0	-0,2	3,5	-0,1	24,6	-1,5
St Olavs Hospital	4,7	-0,2	6,6	-0,1	3,6	-0,3	35,3	1,6
Orkdal san. for. sjukehus	4,5	-0,1	5,4	0,0	4,0	0,0	21,8	-0,3
Nord-Trøndelag	3,7	-3,8	5,0	0,0	3,3	-0,3	27,2	2,7
Helse Nord RHF								
Helgelandssh. Mosjøen	3,2	-0,3	4,4	-0,4	3,0	-0,1	25,3	-4,9
Helgelandssh. Sandnessjøen	4,0	0,1	5,0	0,0	3,6	0,0	26,0	4,0
Helgelandssh. Mo i Rana	4,1	0,1	5,2	0,1	3,5	0,0	29,0	-0,2
Nordlandssh. Bodø	3,9	-0,2	5,2	-0,2	3,2	-0,3	31,3	0,4
Nordlandssh. Lofoten	4,0	0,0	5,2	-0,2	3,4	0,0	22,7	-1,0
Hålogalandssh. Harstad	3,7	-0,6	5,1	-0,3	3,2	-0,5	29,7	-3,0
Hålogalandssh. Narvik	3,7	-0,3	4,8	-0,4	3,3	-0,2	24,2	-6,9
Hålogalandssh. Stokmarknes	4,6	-0,2	5,8	-0,1	4,1	0,0	24,8	-2,4
Universitetssh. Nord-Norge	3,5	-0,2	5,5	-0,1	2,9	-0,3	34,4	-0,2
Hammerfest sykehus	3,2	-0,4	4,1	-0,1	2,9	-0,4	21,3	2,5
Kirkenes sykehus	3,6	-0,1	4,7	-0,1	3,2	0,0	24,8	2,4
Totalt	3,9	-0,2	5,3	-0,2	3,3	-0,3	29,2	0,2

¹ Alle opphold er lik summen av antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene).

² Antall døgnopphold er basert på oppholdstype og ikke liggetid. I tallene inngår derfor døgnopphold med liggetid lik 0.

³ Normalopphold er opphold med liggetid mindre eller lik trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG.

⁴ Langtidsopphold er opphold med liggetid større enn trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG. Trimpunktet ble endret ved innføring av nye kostnadsvekter for 2002.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

- Voss sjukehus har kortest gjennomsnittlig liggetid i 2003 når det gjelder både samlet antall opphold, korrigererte opphold og normalopphold.
- Diakonhjemmets sykehus har lengst gjennomsnittlig liggetid i 2003 når det gjelder både samlet antall opphold, korrigererte opphold og normalopphold.
- Nedgangen i gjennomsnittlig liggetid for samlet antall opphold var størst ved Sørlandet sykehus, Kristiansand
- Nedgangen i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold var størst ved Lovisenberg Diakonale sykehus
- Nedgangen i gjennomsnittlig liggetid for normalopphold var størst ved Stensby sykehus
- Gjennomsnittlig liggetid for langtidsoppholdene økte mest ved Stensby sykehus, Oppland SSH Gjøvik og ved Lærdal sjukehus
- Gjennomsnittlig liggetid for langtidsopphold ble sterkest redusert ved SSH i Rogaland og Helgelandssykehuset Mosjøen

Tabell 6.6 Andel døgnopphold, andel langtidsopphold, andel langtidsliggedager og andel estimerte polikliniske kostnader 2002 og 2003. Helseforetak og sykehus.

Sykehus	Andel døgnopphold ¹		Andel langtidsopphold		Andel langtidsliggedager		Andel estimerte polikliniske kostnader ²	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF								
Sykehuset Østfold	71,9	72,4	1,7	1,9	4,1	5,8	12,1	12,8
Bærum sykehus	76,8	75,8	3,0	2,0	6,3	5,0	10,8	11,2
Stensby sykehus	76,8	75,4	1,3	1,3	1,8	4,0	8,7	7,7
Akershus Universitetsssh.	74,3	71,0	1,5	2,0	3,5	6,5	12,0	12,1
Ski sykehus	64,3	62,7	1,1	0,8	2,1	1,8	18,3	17,7
Aker sykehus	65,0	67,2	2,2	2,6	5,0	8,6	11,3	14,0
Ullevål sykehus	65,6	61,5	2,2	3,0	5,7	10,1	14,6	15,4
Kongsvinger sjukehus	78,6	78,6	0,9	1,3	1,6	2,8	10,8	12,9
SSH Hedmark	57,9	58,3	1,0	1,4	2,8	3,9	13,4	14,1
Tynset sjukehus	76,7	74,1	0,9	0,9	2,1	2,4	8,4	7,2
Oppland SSH Lillehammer	68,5	66,9	2,1	2,0	6,2	6,1	12,8	11,8
Oppland SSH Gjøvik	78,4	78,8	1,3	1,4	2,2	2,8	11,6	13,1
Lovisenberg Diakonale sh.	48,4	46,5	2,2	2,0	6,1	6,7	6,4	6,2
Diakonhjemmets sykehus	87,8	84,3	3,7	2,9	7,7	6,5	9,1	8,5
Helse Sør RHF								
Rikshospitalet	55,5	54,0	1,5	1,4	4,0	5,8	8,7	10,6
Ringerike sykehus	78,3	77,6	1,2	1,2	2,5	2,1	10,2	10,1
Sykehuset Buskerud	73,8	71,0	2,4	2,1	4,9	5,6	12,7	13,8
Notodden sykehus	78,0	69,3	1,0	1,3	1,9	2,5	10,9	10,4
Rjukan sykehus	89,4	88,1	0,9	0,8	1,8	1,7	8,2	7,3
Kongsberg sykehus	71,9	71,7	2,1	1,9	4,5	4,1	8,4	7,9
Sykehuset Telemark	66,2	60,9	1,4	1,9	3,3	6,5	14,6	14,2
Sykehuset i Vestfold	64,2	62,3	1,4	1,7	3,3	4,6	12,5	12,0
Sørlandet sh, Arendal	67,5	62,5	1,6	1,5	4,1	3,9	12,2	12,2
Sørlandet Kr.sand/Flekkefj	71,7	68,4	1,4	1,4	3,7	5,3	14,3	13,4
Helse Vest RHF								
SSH Rogaland	70,2	67,1	3,5	2,7	9,9	7,2	14,2	13,6
Odda sjukehus	73,4	72,1	2,2	1,4	3,9	3,1	6,6	7,4
Stord sjukehus	73,5	70,3	2,0	1,6	3,4	2,6	7,6	7,0
Haugesund sjukehus	66,9	65,4	1,8	1,8	3,5	4,5	13,8	12,9

Sykehus	Andel døgnoophold ¹		Andel langtidsopphold		Andel langtidsliggedager		Andel estimerte polikliniske kostnader ²	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Vest RHF forts.								
Voss sjukehus	68,6	65,8	1,1	1,2	4,5	5,1	6,5	5,8
Haukeland sykehus	69,8	68,6	2,8	2,9	8,2	10,0	16,5	17,3
Førde sentralsjukehus	75,8	73,6	1,4	1,8	2,7	6,4	10,7	11,1
Nordfjord sjukehus	80,3	81,9	1,0	1,3	1,5	2,2	11,1	11,1
Lærdal sjukehus	90,2	89,2	1,8	1,6	2,6	3,8	9,7	9,4
Diakonissehj. sh Haraldspl.	75,7	65,2	2,3	2,3	4,3	5,2	6,6	6,7
Helse Midt-Norge RHF								
Sunnmøre	67,6	64,6	2,3	2,4	5,9	7,1	11,8	13,0
Nordmøre og Romsdal	69,6	69,6	1,6	1,6	3,6	3,2	15,4	15,3
St Olavs Hospital	68,2	66,5	3,0	3,3	7,7	11,8	18,2	17,8
Orkdal san. for. sjukehus	80,6	78,7	2,8	2,7	4,3	4,2	9,5	8,6
Nord-Trøndelag	72,1	69,2	1,5	2,0	3,6	5,8	11,8	12,0
Helse Nord RHF								
Helgelandssh. Mosjøen	63,7	64,3	1,5	1,1	4,5	2,9	14,6	12,9
Helgelandssh. Sandnessjøen	73,1	74,6	1,8	1,5	3,3	3,1	9,2	8,3
Helgelandssh. Mo i Rana	73,2	73,1	1,7	2,2	3,6	5,2	16,0	13,5
Nordlandssh. Bodø	71,1	69,4	2,0	2,4	5,0	8,2	14,0	14,1
Nordlandssh. Lofoten	70,1	72,7	3,3	3,2	7,1	5,9	11,3	11,3
Hålogalandssh. Harstad	73,2	65,2	1,9	1,7	5,3	5,4	11,1	12,0
Hålogalandssh. Narvik	73,0	72,3	2,3	2,2	8,5	5,4	9,6	9,6
Hålogalandssh. Stokmarknes	79,1	75,9	3,0	2,4	6,6	4,3	8,4	7,7
Universitetssh. Nord-Norge	59,5	56,1	1,7	1,9	6,5	8,8	19,8	19,8
Hammerfest sykehus	80,3	71,4	1,2	1,4	1,8	3,6	10,7	10,0
Kirkenes sykehus	68,7	69,5	2,0	1,7	4,1	4,4	9,7	9,1
Totalt	68,8	66,6	2,0	2,1	5,2	6,7	13,0	13,3

¹ Andel døgnoophold er beregnet som forholdet mellom antall døgnoophold (etter oppholdstype) og samlet antall opphold.

² Andel estimerte polikliniske kostnader er lik summen av polikliniske inntekter multiplisert med 1,5 og dividert med driftsutgifter til DRG-virksomhet. Denne størrelsen vil si noe om omfanget av poliklinisk virksomhet ved sykehuset.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

- I 2003 var andelen langtidsopphold høyest ved St. Olavs hospital (3,3 prosent) og lavest ved Ski sykehus (0,8 prosent).
- Andelen langtidsliggedager var også høyest ved St. Olavs hospital i 2003 (11,8 prosent).
- Rjukan sjukehus hadde laveste andel langtidsliggedager med 1,7 prosent.
- UNN hadde høyest andel estimerte polikliniske kostnader i både 2002 og 2003 (19,8 prosent), mens Voss sjukehus hadde laveste andel polikliniske kostnader i 2003 med 5,8 prosent.

6.7 Aktivitet og liggetider for pasienter over 80 år – regionnivå

Tabell 6.7 Antall korrigerte opphold, antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2003 for pasienter over 80 år, samt endring fra 2002 til 2003. Regionale helseforetak..

Regionale helseforetak	Korrigerte opphold ¹		Samlet antall opphold ²		Indeks for pasientsammensetning ³	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Nivå 2002
	Helse Øst RHF	69 174	9,4	52 790	10,5	1,31
Helse Sør RHF	45 149	11,9	37 635	13,7	1,20	1,22
Helse Vest RHF	40 145	7,2	31 650	11,6	1,27	1,32
Helse Midt-Norge RHF	31 328	5,9	25 213	7,2	1,24	1,26
Helse Nord RHF	20 041	7,3	15 241	6,8	1,31	1,31
Totalt	205 836	8,8	162 529	10,5	1,27	1,29

¹ Antall korrigerte opphold beregnes ved hjelp av DRG-systemet. Se vedlegg 5.

² Samlet antall opphold er lik summen av antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene)

³ Indeks for pasientsammensetning er forholdet mellom antall korrigerte opphold og samlet antall opphold.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 6.8 Andel korrigerte, opphold andel samlet opphold og andel i befolkningen over 80 år for 2003. Regionale helseforetak.

Regionale helseforetak.	Korrigerte opphold ¹	Samlet antall opphold ²	Andel i befolkningen 80 år +
	Andel pasienter 80 år +	Andel pasienter 80 år +	
Helse Øst RHF	19,2	15,0	4,5
Helse Sør RHF	15,8	13,5	4,8
Helse Vest RHF	18,0	14,0	4,4
Helse Midt-Norge RHF	18,5	15,0	4,8
Helse Nord RHF	15,8	11,5	4,3
Totalt	17,7	14,0	4,6

¹ Antall korrigerte opphold beregnes ved hjelp av DRG-systemet. Se vedlegg 5.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 6.9 Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2003 for pasienter over 80 år, samt endring fra 2002 til 2003. Regionale helseforetak.

Regionale helseforetak	Alle opphold ¹		Døgnopphold ²		Normalopphold ³		Langtidsopphold ⁴	
	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03
Helse Øst RHF	5,8	-0,5	7,4	-0,4	4,9	-0,6	30,3	1,8
Helse Sør RHF	4,8	-0,2	6,7	0,0	4,4	-0,2	29,2	2,6
Helse Vest RHF	6,1	-0,9	7,7	-0,8	5,0	-0,4	31,0	-2,7
Helse Midt-Norge RHF	6,4	-0,1	8,6	-0,1	5,0	-0,2	34,4	1,1
Helse Nord RHF	6,5	-0,1	8,0	0,0	5,1	-0,1	34,5	0,6
Totalt	5,8	-0,4	7,6	-0,3	4,8	-0,4	31,7	0,5

¹ Alle opphold er lik summen av antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene).

² Antall døgnopphold er basert på oppholdstype og ikke liggetid. I tallene inngår derfor døgnopphold med liggetid lik 0.

³ Normalopphold er opphold med liggetid mindre eller lik trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG.

⁴ Langtidsopphold er opphold med liggetid større enn trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG. Trimpunktet ble endret ved innføring av nye kostnadsvekter for 2002.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 6.10 Andel langtidsopphold og andel langtidsliggedager for pasienter over 80 år. 2002 og 2003. Regionale helseforetak.

Regionale helseforetak	Andel langtidsopphold			Andel langtidsliggedager		
	Pasienter 80 år+ 2002	Pasienter 80 år + 2003	Alle pasienter 2003	Pasienter 80 år+ 2002	Pasienter 80 år + 2003	Alle pasienter 2003
Helse Øst RHF	3,4	3,4	2,1	5,0	6,3	6,6
Helse Sør RHF	2,0	1,8	1,6	3,1	3,3	5,1
Helse Vest RHF	5,4	3,9	2,4	10,5	7,3	7,4
Helse Midt-Norge RHF	4,8	5,0	2,6	9,0	10,4	8,3
Helse Nord RHF	4,7	4,6	2,0	9,4	9,9	6,6
Totalt	3,8	3,5	2,1	7,0	7,0	6,7

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

6.8 Aktivitet og liggetider for pasienter over 80 år – sykehus og helseforetak

Tabell 6.11 Antall korrigerede opphold, antall opphold og indeks for pasientsammensetning for 2003 for pasienter over 80 år, samt endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.

Sykehus	Korrigerede opphold ¹		Samlet antall opphold ²		Indeks for pasientsammensetning ³	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Nivå 2002
Helse Øst RHF						
Sykehuset Østfold	11 302	6,8	8 155	6,5	1,39	1,38
Bærum sykehus	4 968	14,4	3 097	6,1	1,60	1,49
Akershus Universitetsssh.	6 324	25,5	4 926	20,3	1,28	1,23
Stensby sykehus	1 140	-5,9	800	-4,3	1,43	1,45
Ski sykehus	789	7,8	597	8,2	1,32	1,33
Aker sykehus	7 255	1,4	6 356	8,4	1,14	1,22
Ullevål sykehus	10 940	9,7	7 999	18,6	1,37	1,48
Kongsvinger sjukehus	2 353	6,8	1 571	14,6	1,50	1,61
SSH Hedmark	6 997	7,7	5 654	7,7	1,24	1,24
Tynset sjukehus	1 145	14,8	801	18,0	1,43	1,47
Oppland SSH Lillehammer	4 773	17,5	4 270	15,3	1,12	1,10
Oppland SSH Gjøvik	4 247	18,5	2 578	9,8	1,65	1,53
Lovisenberg Diakonale sh.	2 612	-6,3	3 402	6,0	0,77	0,87
Diakonhjemmets sykehus	4 328	7,3	2 584	1,0	1,68	1,58
Helse Sør RHF						
Rikshospitalet	2 737	11,8	2 962	9,4	0,92	0,90
Ringerike sykehus	2 592	5,4	1 761	10,6	1,47	1,55
Sykehuset Buskerud	6 393	15,1	4 735	14,3	1,35	1,34
Rjukan sykehus	777	12,8	520	16,9	1,49	1,55
Kongsberg sykehus	1 880	3,9	1 346	6,7	1,40	1,43
Notodden sykehus	1 579	12,8	1 069	15,3	1,48	1,51
Sykehuset Telemark	7 471	12,3	8 045	27,8	0,93	1,06
Sykehuset i Vestfold	9 859	10,9	7 310	1,7	1,35	1,24
Sørlandet sh, Arendal	4 415	13,7	4 297	14,8	1,03	1,04
Sørlandet Kr.sand/Flekkefj.	7 445	13,4	5 590	16,2	1,33	1,37
Helse Vest RHF						
SSH Rogaland	9 397	6,7	7 865	6,2	1,19	1,19
Odda sjukehus	921	5,3	681	10,6	1,35	1,42
Haugesund sjukehus	4 237	8,1	3 243	13,4	1,31	1,37
Stord sjukehus	1 696	17,1	1 315	11,4	1,29	1,23
Haukeland sykehus	11 897	3,9	9 041	5,3	1,32	1,33

Sykehus	Korrigererte opphold ¹		Samlet antall opphold ²		Indeks for pasientsammensetning ³	
	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Prosent endring 2002-03	Nivå 2003	Nivå 2002
Helse Vest RHF forts.						
Voss sjukehus	1 557	25,6	1 084	22,2	1,44	1,40
Nordfjord sjukehus	1 314	8,4	882	15,9	1,49	1,59
Førde sentralsjukehus	3 633	8,5	3 061	19,8	1,19	1,31
Lærdal sjukehus	1 149	9,8	799	7,4	1,44	1,41
Diakonissehj. sh Haraldspl.	4 343	5,8	3 679	32,6	1,18	1,48
Helse Midt-Norge RHF						
Sunnmøre	6 651	18,5	5 439	15,0	1,22	1,19
Nordmøre og Romsdal	5 661	4,4	4 065	1,3	1,39	1,35
St Olavs Hospital	11 030	1,1	9 210	8,4	1,20	1,28
Orkdal san. for. sjukehus	2 504	12,3	1 909	8,3	1,31	1,27
Nord-Trøndelag	5 481	1,2	4 590	1,6	1,19	1,20
Helse Nord RHF						
Helgelandssh. Mo i Rana	1 505	2,0	1 120	5,7	1,34	1,39
Helgelandssh. Mosjøen	964	-4,1	744	-10,1	1,30	1,21
Helgelandssh. Sandnessjøen	1 169	6,6	792	-7,2	1,48	1,29
Nordlandssh. Lofoten	968	23,5	700	20,7	1,38	1,35
Nordlandssh. Bodø	3 685	7,2	2 643	4,7	1,39	1,36
Hålogalandssh. Harstad	2 165	5,8	1 436	3,7	1,51	1,48
Hålogalandssh. Stokmarknes	1 705	20,2	1 107	3,7	1,54	1,33
Hålogalandssh. Narvik	1 436	23,1	1 207	6,4	1,19	1,03
Universitetssh. Nord-Norge	4 640	5,9	4 003	17,0	1,16	1,28
Hammerfest sykehus	1 089	3,9	919	30,4	1,18	1,49
Kirkenes sykehus	715	-13,4	570	-19,4	1,25	1,17
Totalt	205 836	8,8	162 529	10,5	1,27	1,29

1 Antall korrigererte opphold beregnes ved hjelp av DRG-systemet. Se vedlegg 5.

2 Samlet antall opphold er lik summen av antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene)

3 Indeks for pasientsammensetning er forholdet mellom antall korrigererte opphold og samlet antall opphold.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 6.12 Gjennomsnittlig liggetid for opphold samlet, døgnopphold, normalopphold og langtidsopphold for 2003 for pasienter over 80 år, samt endring fra 2002 til 2003. Helseforetak og sykehus.

Sykehus	Alle opphold ¹		Døgnopphold ²		Normalopphold ³		Langtidsopphold ⁴	
	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03
Helse Øst RHF								
Sykehuset Østfold	5,8	-10,5	6,6	0,1	5,0	0,0	27,1	1,6
Bærum sykehus	7,4	-1,2	7,9	-1,1	6,4	-0,5	30,2	1,6
Akershus Universitetsssh.	4,7	-0,4	5,8	-0,5	4,4	-0,3	25,5	-0,5
Stensby sykehus	7,0	0,4	7,2	0,5	5,9	-0,2	31,1	10,0
Ski sykehus	7,7	-0,4	8,0	-0,5	7,5	-0,3	21,4	-3,9
Aker sykehus	5,8	-0,5	8,4	-0,4	4,6	-0,9	34,2	5,7
Ullevål sykehus	6,9	-1,0	9,5	-0,8	5,2	-1,6	31,1	1,3
Kongsvinger sjukehus	6,0	-0,4	6,4	-0,3	5,6	-0,5	21,7	-2,4
SSH Hedmark	4,2	-0,2	6,0	-0,3	3,9	-0,2	30,3	2,2
Tynset sjukehus	5,5	-0,3	5,7	-0,1	5,2	-0,3	27,0	-0,1
Oppland SSH Lillehammer	4,6	-0,4	6,6	0,0	3,8	-0,2	33,7	1,0
Oppland SSH Gjøvik	6,2	0,0	6,3	0,0	5,9	0,1	24,4	1,5
Lovisenberg Diakonale sh.	4,6	-1,3	9,4	-1,9	3,7	-1,3	28,5	-0,8
Diakonhjemmets sykehus	8,2	-0,3	8,8	0,1	6,9	0,0	34,0	1,6
Helse Sør RHF								
Rikshospitalet	2,2	-0,2	4,3	-0,5	2,1	-0,1	25,5	7,8
Ringerike sykehus	5,7	-0,6	5,8	-0,5	5,3	-0,4	24,6	-2,1
Sykehuset Buskerud	5,3	-0,2	7,0	-0,2	4,9	-0,1	32,5	8,1
Rjukan sykehus	5,7	-0,5	5,8	-0,5	5,5	-0,4	30,2	-1,4
Kongsberg sykehus	7,1	-0,3	7,7	0,1	6,2	-0,3	26,4	-1,2
Notodden sykehus	6,1	-0,2	6,4	0,0	5,4	-0,5	27,2	-0,7
Sykehuset Telemark	4,5	-0,7	8,3	0,1	3,9	-0,8	35,9	3,7
Sykehuset i Vestfold	5,1	0,3	6,7	0,3	4,7	0,3	26,8	1,3
Sørlandet sh, Arendal	4,2	-0,3	6,5	0,0	3,8	-0,2	26,0	0,3
Sørlandet, Kr.sand/flekkefj.	5,2	-7,1	6,2	-0,1	4,8	-0,3	26,0	0,2
Helse Vest RHF								
SSH Rogaland	5,3	-1,9	7,3	-2,6	4,5	-0,4	27,1	-7,1
Odda sjukehus	6,2	-0,3	6,6	-0,3	5,8	-0,1	23,3	-0,9
Haugesund sjukehus	5,4	-0,2	7,0	0,3	5,1	-0,2	22,7	3,0
Stord sjukehus	6,3	-0,1	6,6	-0,5	5,8	0,2	22,6	-1,6
Haukeland sykehus	6,8	-0,6	8,9	-0,5	5,2	-0,2	35,6	-3,1

Sykehus	Alle opphold ¹		Døgnopphold ²		Normalopphold ³		Langtidsopphold ⁴	
	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03	Gj.sn. liggetid 2003	Endring 2002-03
Helse Vest RHF forts.								
Voss sjukehus	6,8	-0,3	7,3	-0,2	5,2	-0,5	31,5	-1,4
Nordfjord sjukehus	6,5	-0,7	6,6	-0,7	6,0	-0,6	28,3	-0,6
Førde sentralsjukehus	5,4	-0,5	7,1	0,0	4,6	-0,6	32,5	3,9
Lærdal sjukehus	6,9	-0,3	7,0	-0,2	5,9	-0,6	30,3	4,2
Diakonissehj. sh Haraldspl.	6,5	-1,4	8,7	0,1	5,5	-1,5	30,8	0,7
Helse Midt-Norge RHF								
Sunnmøre	6,3	-0,2	8,6	-0,1	5,2	0,2	29,3	-4,9
Nordmøre og Romsdal	5,7	-5,3	7,3	-0,2	4,9	0,0	31,1	0,7
St Olavs Hospital	7,3	-0,4	10,9	-0,2	4,9	-0,8	40,5	3,6
Orkdal san. for. sjukehus	7,1	-0,1	7,5	0,1	6,0	-0,1	25,8	2,4
Nord-Trøndelag	5,2	-5,0	6,5	0,1	4,6	-0,1	26,4	0,8
Helse Nord RHF								
Helgelandssh. Mo i Rana	6,5	-0,6	7,6	-0,7	5,4	-0,5	29,5	-5,1
Helgelandssh. Mosjøen	5,2	-0,4	6,6	-1,2	4,4	0,1	27,5	-7,7
Helgelandssh. Sandnessjøen	7,4	0,5	7,9	0,0	6,5	0,3	31,4	4,7
Nordlandssh. Lofoten	8,1	-0,1	8,2	0,0	6,2	-0,2	27,4	0,9
Nordlandssh. Bodø	7,7	0,6	10,1	0,9	5,6	0,0	43,2	8,1
Hålogalandssh. Harstad	7,0	-0,6	7,4	-0,5	5,7	-0,3	29,9	-6,3
Hålogalandssh. Stokmarknes	8,4	-0,1	8,6	0,0	7,5	0,6	25,5	-3,3
Hålogalandssh. Narvik	5,9	0,5	7,2	0,0	4,7	0,3	30,0	-3,0
Universitetssh. Nord-Norge	5,3	-0,5	8,3	0,0	3,8	-0,4	41,2	0,2
Hammerfest sykehus	4,9	-0,8	5,8	0,1	4,4	-1,1	25,6	-0,3
Kirkenes sykehus	6,1	0,7	6,5	-0,2	5,4	0,9	24,4	2,6
Totalt	5,8	-0,4	7,6	-0,3	4,8	-0,4	31,7	0,5

¹ Alle opphold er lik summen av antall døgnopphold og antall dagbehandlinger (både som innlagt og ved poliklinikkene).

² Antall døgnopphold er basert på oppholdstype og ikke liggetid. I tallene inngår derfor døgnopphold med liggetid lik 0.

³ Normalopphold er opphold med liggetid mindre eller lik trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG.

⁴ Langtidsopphold er opphold med liggetid større enn trimpunkt i den aktuelle DRG oppholdet blir gruppert i. Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG. Trimpunktet ble endret ved innføring av nye kostnadsvekter for 2002.

Datakilde: NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Tabell 6.13 Andel langtidsopphold og andel langtidsliggedager for pasienter over 80 år, 2002 og 2003. Helseforetak og sykehus.

Sykehus	Andel langtidsopphold			Andel langtidsliggedager		
	Pasienter 80 år+ 2002	Pasienter 80 år + 2003	Alle pasienter 2003	Pasienter 80 år + 2002	Pasienter 80 år+ 2003	Alle pasienter 2003
Helse Øst RHF						
Sykehuset Østfold	3,3	3,4	1,9	4,1	4,7	5,8
Bærum sykehus	8,0	4,3	2,0	8,9	5,8	5,0
Akershus Universitetsssh.	1,9	1,4	1,3	2,8	2,7	4,0
Stensby sykehus	3,1	4,4	2,0	3,1	6,7	6,5
Ski sykehus	2,4	1,8	0,8	2,4	1,5	1,8
Aker sykehus	3,4	3,9	2,6	4,7	9,4	8,6
Ullevål sykehus	4,4	6,4	3,0	5,0	10,4	10,1
Kongsvinger sjukehus	1,9	2,7	1,3	1,9	2,7	2,8
SSH Hedmark	1,2	1,0	1,4	2,2	2,0	3,9
Tynset sjukehus	1,2	1,5	0,9	1,7	2,0	2,4
Oppland SSH Lillehammer	3,2	2,5	2,0	8,1	7,2	6,1
Oppland SSH Gjøvik	2,0	1,5	1,4	2,2	1,6	2,8
Lovisenberg Diakonale sh.	3,5	3,8	2,0	5,9	7,9	6,7
Diakonhjemmets sykehus	6,4	5,1	2,9	9,0	7,4	6,5
Helse Sør RHF						
Rikshospitalet	0,9	0,3	1,4	2,0	1,5	5,8
Ringerike sykehus	2,4	1,8	1,2	2,7	1,8	2,1
Sykehuset Buskerud	3,2	1,7	2,1	4,2	2,7	5,6
Rjukan sykehus	1,6	1,2	1,3	2,4	1,8	2,5
Kongsberg sykehus	4,4	4,3	0,8	4,8	4,7	1,7
Notodden sykehus	1,4	3,0	1,9	1,7	3,5	4,1
Sykehuset Telemark	1,8	1,8	1,9	3,1	5,4	6,5
Sykehuset i Vestfold	1,7	1,8	1,7	2,4	2,4	4,6
Sørlandet sh, Arendal	1,7	1,5	1,5	2,6	2,9	3,9
Sørlandet, Kr.sand/Flekkefj.	2,2	1,8	1,4	3,4	2,9	5,3
Helse Vest RHF						
SSH Rogaland	8,2	3,9	2,7	17,0	6,7	7,2
Odda sjukehus	3,6	2,6	1,4	2,7	3,5	3,1
Haugesund sjukehus	2,7	2,1	1,6	2,5	2,5	2,6
Stord sjukehus	4,2	2,9	1,8	4,7	2,4	4,5
Haukeland sykehus	5,8	5,1	1,2	12,9	10,2	5,1

Sykehus	Andel langtidsopphold			Andel langtidsliggedager		
	Pasienter 80 år+ 2002	Pasienter 80 år + 2003	Alle pasienter 2003	Pasienter 80 år + 2002	Pasienter 80 år+ 2003	Alle pasienter 2003
Helse Vest RHF forts.						
Voss sjukehus	5,0	6,1	2,9	9,6	11,6	10,0
Nordfjord sjukehus	2,6	2,5	1,8	2,3	3,4	6,4
Førde sentralsjukehus	2,8	2,8	1,3	4,1	6,1	2,2
Lærdal sjukehus	3,6	4,0	1,6	2,4	6,7	3,8
Diakonissehj. sh Haraldspl.	4,3	4,1	2,3	5,6	7,3	5,2
Helse Midt-Norge RHF						
Sunnmøre	5,2	4,6	2,4	10,6	6,5	7,1
Nordmøre og Romsdal	3,0	3,2	1,6	5,4	5,6	3,2
St Olavs Hospital	6,6	6,8	3,3	12,1	16,9	11,8
Orkdal san. for. sjukehus	6,4	5,4	2,7	5,8	6,5	4,2
Nord-Trøndelag	2,1	3,2	2,0	3,4	4,8	5,8
Helse Nord RHF						
Helgelandssh. Mo i Rana	4,1	4,6	1,1	5,4	5,6	2,9
Helgelandssh. Mosjøen	4,0	3,2	1,5	9,0	5,7	3,1
Helgelandssh Sandnessjøen	3,9	3,8	2,2	5,4	5,0	5,2
Nordlandssh. Lofoten	8,6	8,9	2,4	10,9	9,6	8,2
Nordlandssh. Bodø	5,1	5,7	3,2	9,1	14,3	5,9
Hålogalandssh. Harstad	4,9	5,1	1,7	8,6	8,5	5,4
Hålogal.sh. Stokmarknes	7,1	4,9	2,2	9,1	4,1	5,4
Hålogalandssh. Narvik	3,4	4,7	2,4	8,9	8,8	4,3
Universitetssh. Nord-Norge	4,4	4,0	1,9	14,9	15,1	8,8
Hammerfest sykehus	1,1	2,3	1,4	1,3	3,9	3,6
Kirkenes sykehus	5,0	3,3	1,7	6,0	4,7	4,4
Totalt	3,8	3,5	2,1	7,0	7,0	6,7

¹ Andel døgnopphold er beregnet som forholdet mellom antall døgnopphold (etter oppholdstype) og samlet antall opphold.

Datakilde: SSB og NPR

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Oppsummering aktivitet og liggetider for pasienter 80 år og eldre:

- Diakonhjemmets sykehus har høyeste indeks for pasientsammensetning (1,68) når det gjelder eldre pasienter
- Lovisenberg diakonale sykehus har laveste indeks for pasientsammensetning (0,77) når det gjelder eldre pasienter
- Indeksen for pasientsammensetning økte mest ved Hålogalandssykehuset Stokmarknes (fra 1,33 til 1,54) og betyr at de eldste pasientene ved dette sykehuset var betydelig mer ressurskrevende i 2003 enn i 2002.
- Indeksen for pasientsammensetning ble mest redusert ved Hammerfest sykehus (fra 1,49 til 1,18) og betyr at de eldste pasientene ved dette sykehuset var mindre ressurskrevende i 2003 enn i 2002.

- Hålogalandssykehuset Stokmarknes hadde høyest gjennomsnittlig liggetid (8,4 dager) for samlet antall opphold (dag og døgn) når det gjaldt eldre pasienter i 2003.
- St. Olavs hospital hadde høyest gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold når det gjaldt eldre pasienter (10,9 dager).
- Hålogalandssykehuset Stokmarknes hadde lengst gjennomsnittlig liggetid for normalopphold når det gjaldt eldre pasienter (7,5 dager).
- Både St. Olavs hospital, Nordlandssh. Bodø og UNN hadde mer enn 40 dager gjennomsnittlig liggetid ved langtidsopphold for de eldste pasientene.
- Rikshospitalet hadde laveste gjennomsnittlige liggetid for både alle opphold, døgnopphold og normalopphold når det gjaldt pasienter 80 år og eldre i 2003.
- Ved Stensby sykehus økte gjennomsnittlig liggetid for langsopphold for eldre pasienter med 10 liggedager fra 2002 til 2003.
- Ved Helgelandssykehuset Mosjøen ble gjennomsnittlig liggetid ved langtidsopphold for eldre pasienter redusert med 7,7 dager fra 2002 til 2003.
- I 2003 var andelen langtidsopphold for eldre pasienter høyest ved Nordlandssh. Lofoten og lavest ved Rikshospitalet
- Andelen langtidsliggedager for pasienter 80 år og eldre ble sterkest redusert ved SSH i Rogaland (fra 17 prosent i 2002 til 6,7 prosent i 2003).

Del III "Sørge-for"-ansvaret i 2002 og 2003

Sykehusreformen som ble iverksatt i januar 2002 implementerte det helsepolitiske målet om god tilgjengelighet til helsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen, uavhengig av bosted, kjønn eller alder gjennom fastlegging av "sørge-for-ansvaret" på både nasjonalt og regionalt nivå. I forslaget til den nye loven om spesialisthelsetjenesten (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001) påpekes det at:

"En viktig premisse for regjeringens reformarbeid på helsesektoren er nettopp å sikre tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi. Helsepolitikens solidariske grunnprinsipp ligger altså fast."

"Målet med reformen er å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted. I dette ligger det en målsetting om at både helsetjenestens innhold og tilgjengelighet skal bli bedre."

"Reformen skal bygge videre på velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet. Det er det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helse- og sosialtjenester."

"De regionale helseforetakene får som oppdrag å ivareta statens ansvar for å sørge for at befolkningen har tilgang på gode helsetjenester".

(Ot. prp. nr. 66, 2000-2001)

I 2003 var "sørge for"-ansvaret særlig fokusert i Helsedepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene (RHF'ene). I innledningen til styringsdokumentet vises det til lov om spesialisthelsetjenestens bestemmelse om at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Det understrekes at Helsedepartementets ønsker å påse at innholdet i det regionale "sørge for"-ansvaret blir tilstrekkelig klarlagt og at resultat- og prestasjonskrav klargjøres og følges opp. På bakgrunn av dette bes de regionale helseforetakene om å gjennomføre en tilstrekkelig avklaring av innholdet i det regionale "sørge for"-ansvaret i sin region og etablere et opplegg for oppfølgingen av dette ansvaret. Helsedepartementet ber RHF'ene om å bruke både sin eierrolle og bestillerrolle for å oppfylle "sørge-for-ansvaret" og understreker betydningen av dette.

"Foretaksmodellens suksess er avhengig av at de regionale helseforetakene på en god måte klarer å kombinere de to ansvarsposisjonene: det regionale "sørge for"-ansvaret og rollen som leder av helseforetaksgruppen som leverer størsteparten av helsetjenestene som inngår i det regionale "sørge for"-ansvaret. Det helt sentrale er at den siste rollen skal brukes for å oppfylle "sørge for"-ansvaret på en god måte. Det er altså i strid med modellen dersom beslutningskompetansen som er knyttet til "sørge for"-ansvaret brukes for å "understøtte eller hjelpe" egne helseforetak – der kjøp av tjenester fra andre leverandører ville vært bedre for pasientene."

(Helsedepartementet, 06.01.2003)

Spørsmålet om hvordan "sørge-for"-ansvaret fylles og utvikles av både nasjonale, regionale og lokale aktører er tema for denne delen av SAMDATA-rapporten. I kapittel 7, 8, 9 og 10 settes søkelyset på utviklingen i befolkningens tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester fra 2002 til 2003.

Ventetid før behandling kan hevdes å være den mest direkte indikatoren på befolkningens tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester. Å redusere ventetiden for planlagte behandlinger var også et av de viktigste målene og suksesskriteriene for eierskapsreformen. Betydningen av og ønsket om reduserte ventetider for nødvendig behandling understrekes også i styringsdokumentet for helseregionene for 2003. I kapittel 7 presenteres tall som viser utviklingen i ventetid for ulike medisinske og kirurgiske behandlinger i helseregionene og foretaksområdene, og indikatorer for kø-utviklingen i disse områdene.

Volumet i *bruk av sykehustjenester* gir uttrykk både for befolkningens tilgang til slike tjenester og for etterspørselen etter tjenestene. Utviklingen i befolkningens bruk av sykehustjenester står derfor også sentralt når fokus settes på "sørge-for"-ansvaret og en befolkningsorientert beskrivelse av aktiviteten i den somatiske sykehussektoren. Befolkningens bruk av sykehustjenester, og forskjeller mellom ulike geografiske områder er tema for kapittel 8. I dette kapitlet beskrives aktivitetsutviklingen fra 2002 til 2003 i de fem helseregionene og alle foretaksområdene i relasjon til hvilken type behandling pasientene har mottatt.

I perioden fra 2010 til 2030 vil andelen eldre i den norske befolkningen øke relativt sterkt. Økningen i både antall og andel eldre representerer trolig den største utfordringen for morgendagens spesialisthelsetjeneste og for de regionale foretakenes evne til å ivareta "sørge-for"-ansvaret. I 2001 brukte pasienter i pensjonsalder omtrent halvparten³⁰ av liggedøgnene ved heldøgnsavdelingene ved norske sykehus. Kapittel 8 inkluderer derfor en egen del om Eldres sykehusbruk.

Befolkningens tilgjengelighet til sykehustjenester avhenger i stor grad av *ressursinnsats* og *tilbud* av spesialisthelsetjenester. Tilbudet av sykehustjenester er avhengig av sykehusenes kapasitet i form av både areal, senger og personell, samt teknologisk utstyr og kompetanse. Nivået på disse innsatsfaktorene avhenger igjen av både økonomiske ressurser og av strukturelle forhold som tilgang på kvalifisert personell. I kapittel 9 og kapittel 10 beskrives befolkningens *tilbud* av sykehustjenester i henhold til nivået av sykehussenger, personell og penger. Kapittel 9 gir en beskrivelse av utviklingen i sengekapasitet og årsverk etter personellkategori for både helseregionene og HF-områdene, mens kapittel 10 gir oversikt over totale driftsutgifter til den somatiske spesialisthelsetjenesten etter regionen og kontrollert for netto gjestepasientoppgjør og driftstilskudd til avtalespesialister.

Alle tabeller i del III, med unntak av oversiktene over totale driftsutgifter, tar utgangspunkt i *pasientenes bosted*, og gir ikke nødvendigvis informasjon om hvilket foretak eller hvilken region pasienten ble behandlet ved.

³⁰ Pasienter over 66 år brukte 47 prosent av liggedøgnene totalt og 53 prosent av liggedøgnene ved innleggelse for øyeblikkelig medisinsk hjelp (behandling definert i en medisinsk DRG).

7 Tilgjengelighet (ventetider)

Ronny Jørgenvåg

7.1 Innledning

Det har de senere år vært en betydelig vekst i pasientbehandlingen, noe som har ført til reduserte ventelister og ventetider. Det vektlegges fremdeles sterkt i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene at ressursbruken og innsatsen skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. En av disse målsetningene er god tilgjengelighet til tjenestene som tilbys.

I dette avsnittet fremstilles det oversikter som beskriver status og utvikling i antall ventende og ventetid nasjonalt og for de regionale helseforetakene (helseforetakene). Følgende indikatorer er inkludert:

	Indikator	Periode	Data-grunnlag
Generell utvikling	<ul style="list-style-type: none">• Utvikling i antall pasienter på venteliste• Utvikling i ventetid• Andel pasienter som har ventet mer enn 6 måneder (langtidsventende)• Køindikator: forholdet mellom endring i antall ventende pasienter og avviklede henvisninger• Ventende etter omsorgsnivå	1. tert 2002 1. tert 2003 1. tert 2004	Ventsys
Fagområde	<ul style="list-style-type: none">• Antall ventende fordelt på fagområde• Ventetid fordelt på fagområde• Langtidsventende fordelt på fagområde	1. tert 2003 1. tert 2004	Ventsys
Pasientgrupper	<ul style="list-style-type: none">• Median ventetid til behandling - ulike pasientgrupper	2002-2003	Pasient-data

Når det gjelder indikatorene for utvalgte pasientgrupper er disse utvalgt i forhold til a) størrelse, b) hastegrad; det vil si både pasientgrupper som har en alvorlig sykdom og hvor lang ventetid bør unngås (for eksempel kreftpasienter) og pasientgrupper som har lavere hastegrad i forhold til behandling. De sistnevnte er også interessante i et prioriteringsperspektiv. Slike pasientgrupper har også ofte muligheter for å kjøpe seg behandling i det private marked, fordi det gjelder relativt enkel behandling eller kirurgi som kan gjøres som dagbehandling. Helseregionene inngår i økende grad avtaler om kjøp av denne typen behandling hos private spesialister fordi det er for liten kapasitet (lang ventetid) ved de offentlige sykehusene.

Det er beregnet ventetid for følgende typer behandling: grå stær, lyskebrokk, fjerning av mandler og åreknuter. Dette er pasientgrupper som har lav hastegrad i forhold til behandling. Videre er det beregnet ventetid for: behandling for innsettelse av hofteproteser, operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft, operasjon av brystkreft og operasjon av prostatakreft. Dette er pasientgrupper som har en alvorlig sykdom og hvor lang ventetid bør unngås.

7.2 Datagrunnlag

Tabellene i dette kapitlet tar utgangspunkt i innrapporterte data til Norsk pasientregister, henholdsvis Ventsys-data og pasientdata. Ventsys-data gir informasjon om antall ventende på et gitt opptellingstidspunkt og hvor lenge disse pasientene har ventet, mens pasientdata gir oversikt over den "historiske" ventetiden i form av hvor lenge de som har fått behandling faktisk har ventet.

Antall ventende (og ventetiden til disse) er ett øyeblikkstill som viser antall nyhenviste pasienter som venter på et gitt opptellingstidspunkt. Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk og innleggelse. Det vil være stor variasjon i alvorlighetsgraden med hensyn til hva de ventende venter på. Opptellingstidspunktet som benyttes her er 30. april (avslutningen av 1. tertial) i det aktuelle år og benevnes som 1. tertial.

Ikke alle sykehus har rapportert ventelistedata for perioden 2002-2004. Sykehuset Vestfold HF og Haugesund sjukehus innrapporterte ikke ventelistedata for 1. tertial 2003. Disse sykehusene er ekskludert i de andre årene som anvendes, slik at en sikrer sammenlignbarhet. Dette medfører at faktisk antall ventende pasienter er høyere enn hva som framkommer i tabellene som sammenligner endring over tid. Det er imidlertid spesifisert hva som er ekskludert i den enkelte tabell.

I tabellene er fagområde anvendt for å kunne identifisere hvilke pasientgrupper hvor antall ventende og ventetid varierer mellom de regionale helseforetak. Fagområde er en betegnelse på kliniske hoved- og subspecialiteter.

I tabell 7.1 har vi valgt å fremstille en køindikator som viser forholdet mellom antall ventende i to perioder (eks: antall ventende 1. tertial 2004 dividert på antall ventende 1. tertial 2003). Tilsvarende er også gjort med antall avviklede henvisninger. Hensikten er å analysere om endring i antall ventende mellom to tidspunkt kan forklares gjennom endring i antall avviklede henvisninger, og at det ikke er andre forhold som forklarer en slik endring (for eksempel økning eller nedgang i antall nyhenvisninger eller ikke ordinært avviklede henvisninger). Indeksene kan tolkes slik: en reduksjon i antall ventende pasienter mellom to tidspunkt medfører at indikatoren blir lavere enn 1. Dersom køen av ventende pasienter er stigende, vil indikatoren bli høyere enn 1. Tilsvarende også for avviklede henvisninger.

Behandling hos privatpraktiserende spesialister og ved private sykehus er ikke inkludert i dette kapitlet. Årsaken er at private sykehus og avtalespesialister ikke rapporterer ventelistedata til NPR. Dette må tas i betraktning ved sammenligninger av behandlingsrater for befolkningen i ulike deler av landet. Når en pasient som er henvist til sykehus og venter på behandling på ett eller annet tidspunkt i ventefasen får tilbud om behandling ved et privat sykehus skal henvisningen til pasienten merkes som ikke ordinært avviklet. Dette vil kunne være en forklaring på at det ikke er fullt samsvar mellom nedgang i antall ventende pasienter og ordinært avviklede pasienter.

Det må også presiseres at det ikke er "pasient" som er enheten i ventelistedataene, men "henvisning/søknad". Samme pasient kan altså være representert med flere søknader i ventelistedataene hvis vedkommende har flere lidelser. Vi benytter likevel pasient som begrep når vi presenterer ventelistene, selv om det altså er litt unøyaktig. I følgende framstilling benyttes betegnelsen "antall ventende" på antall henvisninger som ikke er avviklet på rapporteringsperiodens sluttidspunkt (øyeblikkstill). I media framstilles ofte antall

ventende som "antall ventende pasienter". Denne feilkilden antas imidlertid å være begrenset og noenlunde stabil over tid.

7.3 Resultater

Nedenfor presenteres resultatene av utviklingen i antall ventende og ventetidsutviklingen nasjonalt og for det enkelte regionale helseforetak. For alle tabeller som presenteres er det tatt utgangspunkt i pasientenes bostedsregion eller bostedsområde.

7.3.1 Nasjonalt

Det er en nedgang i antall pasienter som venter på behandling ved somatiske sykehus ved utgangen av 1. tertial 2004 sammenlignet med samme periode i 2002 og 2003. Tall fra nettstedet til Norsk pasientregister viser at det er 179 212 ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2004 (det er i tillegg 6 590 henvisninger som har ubestemt fagområde eller ikke gyldig oppgitt kode som ikke er inkludert). Sykehuset Vestfold HF og Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata for 1. tertial 2003. Ved å ekskludere disse institusjonene for 1. tertial 2002 og 2004, finner en at nedgangen i antall ventende fra 1. tertial 2003 til 2004 er på 4,9 prosent. Den prosentvise endringen i antall ventende mellom 1. tertial 2003 og 2004 er betydelig mindre enn endringen fra 1. tertial 2002 og 2003. Det er godt samsvar mellom nedgang i antall ventende pasienter og økning i pasientbehandling (ordinært avviklede henvisninger) fra 1. tertial 2003 til 2004.

Det er en reduksjon i median ventetid fra 60 til 51 dager fra 1. tertial 2003 til 2004. Andelen langtidsventende (pasienter som har ventet mer enn 6 mnd) er 12 prosent mot 19 prosent i samme periode i 2003.

Totalt sett er det 83 prosent av pasientene som venter på poliklinisk utredning / behandling ved utgangen av 1. tertial 2004, hvilket er samme nivå som 1. tertial 2003.

De fagområdene hvor det ved utgangen av 1. tertial 2004 er flest ventende er innen ortopedisk kirurgi, øre, nese og halssykdommer, øyesykdommer og kvinnesykdommer.

Ventetiden til behandling for pasienter med alvorlige sykdommer som operasjon av tykktarms og/eller endetarmskreft og operasjon av prostatakreft er tilnærmet uforandret mellom 2002 og 2003, mens det er en liten reduksjon i ventetid for operasjon av brystkreft (25 til 21 dager). Det er derimot en betydelig nedgang i median ventetid for innsettelse av hofteroteser fra 2002 til 2003. Dette kan forklares gjennom en sterk vekst i antall hofterotesjoner ved helseforetakene fra 2002 til 2003 på i alt 13 prosent.

Når det gjelder median ventetid til behandling av pasientgrupper som har lav hastegrad som grå stær, lyskebrokk, fjerning av mandler og åreknuter, er det en betydelig reduksjon i median ventetid for alle grupper fra 2002 til 2003 (151 til 126 dager). For alle disse inngrepene, eksklusive fjerning av mandler, har det vært en økning i antallet inngrep ved helseforetakene fra 2002 til 2003. Behandling ved private institusjoner er da ikke inkludert, da disse ikke leverer ventelistedata.

7.3.2 Helse Øst

I Helse Øst er det en nedgang i antall ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2004 sammenlignet med samme periode i 2002 og 2003. Nedgangen sammenlignet med samme periode i 2003 er på 9 prosent. Det er ved utgangen av 1. tertial 2004 i alt 31 ventende pasienter per 1000 innbyggere, hvilket er lavest sammenlignet med de andre regionale helseforetakene. Nedgangen i antall ventende pasienter kan i all hovedsak forklares gjennom en økning i pasientbehandling (antall ordinært avviklede henvisninger). Den relative nedgangen i antall ventende er imidlertid større enn økningen i ordinært avviklede, hvilket

indikerer at det også er andre forklaringer som sanering av ventelister, bruk av private aktører osv. som også innvirker på denne nedgangen.

Det er en reduksjon i median ventetid fra 55 til 44 dager fra 1. tertial 2003 til 2004. 44 dager er den korteste ventetiden sammenlignet med de andre regionale helseforetakene. Andelen langtidsventende (pasienter som har ventet mer enn 6 mnd) er 8 prosent mot 15 prosent i samme periode i fjor.

Det er ett fagområde som skiller seg ut i forhold til andre når det gjelder antall ventende sett i forhold til befolkningstallet, og det er ortopedisk kirurgi. Her er antall ventende høyt i forhold til de andre fagområdene.

Det er en reduksjon i median ventetiden til behandling for pasienter med alvorlige sykdommer som innsettelse av hofteproteser, operasjon av brystkreft og prostatakreft. Spesielt gjelder dette innsettelse av hofteproteser, hvor ventetiden er redusert fra 134 dager til 102 dager fra 2002 til 2003. For alle sykdommene er ventetiden under landsgjennomsnittet i 2003.

Når det gjelder median ventetid til behandling av pasientgrupper som har lav hastegrad som grå stær, lyskebrokk, fjerning av mandler og åreknuter, er det en betydelig reduksjon i median ventetid for alle grupper fra 2002 til 2003. Sammenlignet med de andre helse-regionene har Helse Øst kortest ventetid for grå stær og fjerning av mandler i 2003.

7.3.3 Helse Sør

I Helse Sør er det en økning i antall ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2004 sammenlignet med samme periode i 2003. Økningen fra samme periode i 2003 er på 13 prosent. Da er Sykehuset Vestfold HF holdt utenfor på grunn av manglende innrapportering av ventelistedata i 2003. Når det gjelder ventetid og andelen langtidsventende er disse uendret fra 1. tertial 2003 til 2004.

I tillegg til et økende antall ventende pasienter fra 1. tertial 2004 til 2004, er det også en økning i antall ordinært avviklede henvisninger. Det er spesielt i bostedsområdene Telemark og Sørlandet at det er en økning i antall ventende pasienter. Økningen i antall ventende pasienter kan forklares gjennom en økning i antall nyhenvisninger i 1. tertial 2004 sammenlignet med 2003 (se www.npr.no).

De fagområdene som skiller seg ut fra de andre når det gjelder antall ventende er innen øre, nese og halssykdommer og ortopedisk kirurgi. Her er antall ventende høyt i forhold til de andre fagområdene. Når det gjelder øre, nese og halssykdommer er antall ventende i forhold til innbyggetallet betydelig høyere enn landsgjennomsnittet (69 mot 41 per 10 000 innb.).

Innenfor noen fagområder har pasienter i Helse Sør ventet lenger enn ventende i de andre helse-regionene. Dette er først og fremst innen fagområdene kjevekirurgi, endokrinologi, revmatiske sykdommer og øre, nese og halssykdommer. Det er spesielt verdt å merke seg sistnevnte gruppe hvor det samtidig er et høyt antall ventende i forhold til befolkningstallet.

Det er en reduksjon i ventetiden til behandling for pasienter med alvorlige sykdommer som innsettelse av hofteproteser, operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft, brystkreft og prostatakreft. Spesielt gjelder dette innsettelse av hofteproteser hvor ventetiden er redusert fra 140 dager til 113 dager.

Når det gjelder median ventetid til behandling av pasientgrupper som har lav hastegrad som grå stær, lyskebrokk, fjerning av mandler og åreknuter, er det en betydelig reduksjon i median ventetid for alle grupper fra 2002 til 2003. Sammenlignet med de andre helse-regionene har Helse Sør kortest ventetid for åreknuter. For de tre andre gruppene er ventetiden i 2003 lengre enn landsgjennomsnittet.

7.3.4 Helse Vest

I Helse Vest er det en nedgang i antall ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2004 sammenlignet med samme periode i 2002 og 2003. Andel ventende ved utgangen av 1. tertial 2004 er over landsgjennomsnittet, da vi har holdt Haugesund sjukehus utenfor i hele perioden (manglende rapportering av data i 2003). Når det gjelder ventetid er denne redusert fra 72 til 59 dager og andelen langtidsventende (ventet over 6 mnd) er redusert fra 26 til 17 prosent. Til tross for en slik nedgang har Helse Vest den lengste ventetiden og høyest andel langtidsventende sammenlignet med de regionale helseforetakene.

Nedgangen i antall ventende pasienter forklares gjennom en sterk økning i pasientbehandling (ordinært avviklede henvisninger) i 1. tertial 2004 sammenlignet med 2003. Den prosentvise økningen i avviklede henvisninger er større enn prosentvis nedgang i antall ventende pasienter. Dette kan forklares ved at en har hatt en økning i antall nyhenvisninger i 1. tertial 2004 sammenlignet med 2003 (se www.npr.no).

Det er ett fagområde som skiller seg ut fra de andre når det gjelder antall ventende sett i forhold til befolkningstallet, og det er ortopedisk kirurgi. Her er antall ventende høyt i forhold til de andre fagområdene. Innenfor mange fagområder har ventende pasienter ventet lengre i Helse Vest sammenlignet med de andre helseforetakene. Dette gjelder generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, ortopedisk kirurgi, urologi, generell indremedisin, fordøysessykdommer, hjertesykdommer og hudsykdommer.

Det er en reduksjon i ventetiden til behandling for pasienter med alvorlige sykdommer som innsettelse av hofteproteser, operasjon av brystkreft og prostatakraft fra 2002 til 2003. Likevel er ventetiden til operasjon for tykktarms- og/eller endetarmskreft og brystkreft lengre i Helse Vest sammenlignet med de andre helseregionene. For innsettelse av hofteprotese er det bare i Helse Midt-Norge at ventetiden er lengre enn i Helse Vest.

Når det gjelder ventetid til behandling av pasientgrupper som har lav hastegrad er det en svak reduksjon for grå stær og fjerning av mandler fra 2002 til 2003, mens det er en økning i ventetid for lyskebrokk og åreknuter. Sammenlignet med andre helseforetak er ventetiden spesielt høy når det gjelder behandling for åreknuter.

7.3.5 Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har den største prosentvise nedgangen i antall ventende fra 1. tertial 2003 til 2004 (13 prosent). Likevel er det bare Helse Nord som har flere ventende i forhold til befolkningsgrunnlaget (henholdsvis 46 og 59 ventende per 1 000 innbyggere). Ventetid er redusert fra 61 til 53 dager og andel langtidsventende er 12 prosent, hvilket er det samme som landsgjennomsnittet.

Det er en økning i antall ordinært avviklede henvisninger på 4 prosent, noe som er mindre enn den prosentvise nedgangen i antall ventende pasienter. Den relative nedgangen i antall ventende er imidlertid større enn økningen i ordinært avviklede, hvilket indikerer at det også er andre forklaringer som sanering av ventelister, bruk av private aktører osv. som også innvirker på denne nedgangen.

Det er ett fagområde som skiller seg ut fra de andre når det gjelder antall ventende, og det er ortopedisk kirurgi. Her er antall ventende høyt i forhold til de andre fagområdene og det er flest antall ventende sammenlignet med de andre helseforetakene (i forhold til befolkningstallet). I tillegg skiller fagområdet seg ut ved at det er pasientene har ventet lenge for å få utredning / behandling.

I forhold til pasienter med alvorlige sykdommer er det ved innsettelse av hofteproteser en betydelig reduksjon i ventetiden fra 2002 til 2003. Likevel er ventetiden i Midt-Norge lenger enn i de andre helseregionene. Dette gjelder også for operasjon for brystkreft. Når det gjelder operasjon for tykktarms- og/eller endetarmskreft er ventetiden kortest i Helse Midt-Norge i 2003.

Når det gjelder ventetid til behandling av pasientgrupper som har lav hastegrad er det en sterk reduksjon for fjerning av mandler og åreknuter fra 2002 til 2003. Likevel er det lengst ventetid for grå stær, lyskebrokk og åreknuter i Helse Midt-Norge i 2003 sammenlignet med de andre helseforetakene.

7.3.6 Helse Nord

I Helse Nord har vært en nedgang i antall ventende pasienter på over 6 prosent fra 1. tertial 2003 til 2004. Likevel er det flest ventende i denne regionen i forhold til befolkningsgrunnlaget. Det er henholdsvis 57 og 29 ventende pasienter i Helse Nord og Helse Øst per 1000 innbyggere. Når det gjelder ventetid og andelen langtidsventende er dette som landsgjennomsnittet.

Helse Nord har som vist en nedgang i antall ventende mellom 2003 og 2004, men det er ingen endring i antall ordinært avviklede henvisninger. Dette indikerer at det er andre forklaringer som sanering av ventelister, bruk av private aktører osv. som innvirker på denne nedgangen.

Når det gjelder ventende pasienter sett i forhold til fagområde er det først og fremst innen ortopedisk kirurgi og øre, nese og halssykdommer hvor det er et høyt antall ventende. I tillegg har Helse Nord flere ventende innenfor noen fagområder sammenlignet med de andre helseforetakene (i forhold til befolkningstallet). Ser en på antall ventende på fagområder med stort volum skiller Helse Nord seg ut når det gjelder kvinnesykdommer, fordøyelsessykdommer, hjertesykdommer, nevrologi og øyesykdommer sammenlignet med de andre helseregionene. Når det gjelder nevrologi er ventetiden betydelig høyere enn i de andre helseregionene.

I forhold til pasienter med alvorlige sykdommer er det i Helse Nord kortest ventetid til operasjon av brystkreft og prostatakreft sammenlignet med de andre helseforetakene i 2003. Dette til tross for en økning i ventetiden for operasjon for prostatakreft fra 2002 til 2003. Når det gjelder ventetiden for innsettelse av hofteproteser går denne ned fra 150 til 139 dager, noe som er litt over landsgjennomsnittet.

Når det gjelder median ventetid til behandling av pasientgrupper som har lav hastegrad er det en reduksjon for grå stær og åreknuter fra 2002 til 2003, mens det er en økning i ventetid for fjerning av mandler og lyskebrokk. Sammenlignet med andre helseforetak er ventetiden spesielt høy når det gjelder behandling for fjerning av mandler.

7.4 Generell venteliste- og ventetidsutvikling

Tabell 7.1 Kjøindikator for antall ventende¹⁾ 1. tertial 2002 og 2003 og 1. tertial 2003 og 2004 og antall ordinært avviklede 1. tertial 2002 og 2003 og 1. tertial 2003 og 2004. Absolutte tall ved utgangen av 1. tertial 2002, 2003 og 2004. Pasientens bostedsregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)		Ventende	Ordinært avviklede	Antall ventende	Antall avviklede
Helseregion Øst	1. tertial 2002			72 285	87 358
	1. tertial 2003	0,79	1,06	56 931	92 900
	1. tertial 2004	0,91	1,06	51 620	95 575
Helseregion Sør ²⁾	1. tertial 2002			37 006	44 966
	1. tertial 2003	0,78	0,98	28 836	43 947
	1. tertial 2004	1,13	1,09	32 681	47 809
Helseregion Vest ³⁾	1. tertial 2002			37 939	47 242
	1. tertial 2003	0,97	1,00	36 947	47 467
	1. tertial 2004	0,95	1,15	35 112	54 642
Helseregion Midt- Norge	1. tertial 2002			45 943	43 317
	1. tertial 2003	0,73	0,99	33 361	42 916
	1. tertial 2004	0,88	1,04	29 483	44 791
Helseregion Nord	1. tertial 2002			32 726	38 523
	1. tertial 2003	0,89	1,01	29 137	38 882
	1. tertial 2004	0,94	1,00	27 277	38 837
Utland, Svalbard, ukjent	1. tertial 2002			298	262
	1. tertial 2003			187	203
	1. tertial 2004			205	287
Alle helseregioner ⁴⁾	1. tertial 2002			226 197	261 668
	1. tertial 2003	0,82	1,02	185 399	266 315
	1. tertial 2004	0,95	1,06	176 378	281 941

¹⁾ Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

²⁾ Sykehuset i Vestfold HF leverte ikke ventelistedata 1. tertial 2003. Institusjonene i helseforetaket er ekskludert fra grunnlaget for 1. tertial 2002 og 2004. Dette medfører at endringstall er sammenlignbar for perioden 1. tertial 2002-2004.

³⁾ Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata for 1. tertial 2003. Institusjonen er ekskludert fra grunnlaget for 1. tertial 2002 og 2004. Dette medfører at endringstall er sammenlignbar for perioden 1. tertial 2002-2004.

⁴⁾ Sykehuset i Vestfold HF og Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata i 1. tertial 2003. Institusjonene er ekskludert for 1. tertial 2002 og 2004.

Datakilde: NPR

- Alle regionale helseforetak, med unntak av Helseregion Sør, har en nedgang i antall ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2004 sammenlignet med samme periode i 2003.
- Den relative nedgangen i antall ventende er størst i Helseregion Midt-Norge (12 prosent), mens det er en økning i Helseregion Sør på 13 prosent.
- Nedgangen i antall ventende pasienter for alle helseregioner samlet har sammenheng med en økning i ordinært avviklede henvisninger. Ser en på utviklingen i de regionale helseforetakene er det også andre forhold som innvirker:
- I Helseregion Midt-Norge og Nord er den relative nedgangen i antall ventende større enn økningen i antall avviklede henvisninger. Dette indikerer at det også er andre forklaringer som sanering av ventelister, bruk av private aktører osv. som også innvirker på denne nedgangen.
- For Helseregion Sør er det en relativ økning i antall ventende pasienter samtidig som det er en økning i ordinært avviklede henvisninger. En forklaring på dette er en økning i antall nyhenvisninger (flere pasienter som henvises til sykehusene) sammenlignet med tidligere perioder.

- Det er ved utgangen av 1. tertial 2004 færrest ventende i Helseregion Øst og flest ventende i Helseregion Nord i forhold til befolkningstallet. Det er henholdsvis 31 og 59 ventende per 1000 innbyggere. Forskjellen mellom helseregionene er ikke blitt mindre fra 2003 til 2004.
- Ventetiden (blant de som står og venter) varierer fra 44 dager i Helse Øst til 59 dager i Helse Sør.
- Andelen pasienter som har ventet mer enn 6 måneder til behandling er på 12 prosent ved utgangen av 1. tertial 2004 mot 19 prosent i 2003. Det er flest langtidsventende i Helseregion Vest med 17 prosent og færrest i Helseregion Øst med 8 prosent.

Tabell 7.2 Antall ventende¹⁾ per 1 000 innbyggere etter helseregion. Median ventetid og andel ventende med ventetid over 6 mnd per 1. tertial 2002-2004.

Helseregion Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende per 1000 innbyggere	Median ventetid	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Helseregion Øst	1. tertial 2002	45	70	22
	1. tertial 2003	35	55	15
	1. tertial 2004	31	44	8
	Endr. 2003-04	-11%	-20%	-47%
Helseregion Sør ²⁾	1. tertial 2002	42	69	21
	1. tertial 2003	32	51	14
	1. tertial 2004	37	52	14
	Endr. 2003-04	+16%	+2%	0%
Helseregion Vest ³⁾	1. tertial 2002	41	83	29
	1. tertial 2003	40	72	26
	1. tertial 2004	37	59	17
	Endr. 2003-04	-8%	-18%	-35%
Helseregion Midt-Norge	1. tertial 2002	72	103	36
	1. tertial 2003	52	61	18
	1. tertial 2004	46	53	12
	Endr. 2003-04	-12%	-13%	-33%
Helseregion Nord	1. tertial 2002	71	71	26
	1. tertial 2003	63	62	23
	1. tertial 2004	59	50	13
	Endr. 2003-04	-6%	-19%	-43%
Alle helseregioner ⁴⁾	1. tertial 2002	50	77	26
	1. tertial 2003	41	60	19
	1. tertial 2004	39	51	12
	Endr. 2003-04	-5%	-15%	-37%

¹⁾ Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

²⁾ Sykehuset i Vestfold HF leverte ikke ventelistedata 1. tertial 2003. Institusjonene i helseforetaket er ekskludert fra grunnlaget for 1. tertial 2002 og 2004. Dette medfører at endringstall er sammenlignbar for perioden 1. tertial 2002-2004.

³⁾ Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata for 1. tertial 2003. Institusjonen er ekskludert fra grunnlaget for 1. tertial 2002 og 2004. Dette medfører at endringstall er sammenlignbar for perioden 1. tertial 2002-2004.

⁴⁾ Sykehuset i Vestfold HF og Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata i 1. tertial 2003. Institusjonene er ekskludert for 1. tertial 2002 og 2004.

Datakilde: NPR

Tabell 7.3 Antall ventende¹⁾ i absolutte tall og per 1 000 innbyggere etter pasientenes bostedsområde. Median ventetid og andel ventende med ventetid over 6 mnd per 1. tertial 2003 og 2004.

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1000 innbyggere	Median ventetid	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Østfold	1. tertial 2003	10 770	42	68	20
	1. tertial 2004	8 928	35	51	9
	Endr. 2003-04	-17%	-17%	-25%	-55%
Asker og Bærum	1. tertial 2003	4 108	27	51	14
	1. tertial 2004	4 142	27	39	6
	Endr. 2003-04	+1%	0%	-24%	-57%
Akershus	1. tertial 2003	9 288	42	69	19
	1. tertial 2004	8 528	39	46	7
	Endr. 2003-04	-8%	-7%	-33%	-63%
Ullevål og Aker	1. tertial 2003	18 709	29	54	15
	1. tertial 2004	16 341	26	44	8
	Endr. 2003-04	-13%	-10%	-19%	-47%
Innlandet	1. tertial 2003	14 056	38	47	9
	1. tertial 2004	13 681	37	42	8
	Endr. 2003-04	-3%	-3%	-11%	-11%
<i>Sum Helse Øst</i>	<i>1. tertial 2003</i>	<i>56 931</i>	<i>35</i>	<i>55</i>	<i>15</i>
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>51 620</i>	<i>31</i>	<i>44</i>	<i>8</i>
	<i>Endr. 2003-04</i>	<i>-9%</i>	<i>-11%</i>	<i>-20%</i>	<i>-47%</i>
Ringerike	1. tertial 2003	2 010	36	40	8
	1. tertial 2004	2 018	36	42	8
	Endr. 2003-04	0%	0%	+5%	0%
Buskerud	1. tertial 2003	5 276	38	55	13
	1. tertial 2004	5 678	41	49	10
	Endr. 2003-04	+8%	-8%	-11%	-23%
Blefjell	1. tertial 2003	4 672	48	56	16
	1. tertial 2004	4 548	47	51	14
	Endr. 2003-04	-3%	-2%	-9%	-13%
Vestfold ²⁾	1. tertial 2003	1 634	.	54	17
	1. tertial 2004	1 994	.	50	17
	Endr. 2003-04	+22%	.	-7%	0%
Telemark	1. tertial 2003	5 791	49	54	15
	1. tertial 2004	7 814	66	64	17
	Endr. 2003-04	+35%	+35%	+19%	+13%
Sørlandet	1. tertial 2003	9 453	36	50	12
	1. tertial 2004	10 629	40	52	16
	Endr. 2003-04	+12%	+11%	+4%	+33%
<i>Sum Helse Sør²⁾</i>	<i>1. tertial 2003</i>	<i>28 836</i>	<i>32</i>	<i>51</i>	<i>14</i>
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>32 681</i>	<i>37</i>	<i>52</i>	<i>14</i>
	<i>Endr. 2003-04</i>	<i>+13%</i>	<i>+16%</i>	<i>+2%</i>	<i>0%</i>

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1000 innbyggere	Median ventetid	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Stavanger	1. tertial 2003	15 980	55	89	32
	1. tertial 2004	13 065	45	64	19
	Endr. 2003-04	-18%	-18%	-28%	-41%
Fonna ³⁾	1. tertial 2003	4 585	.	76	27
	1. tertial 2004	3 822	.	63	18
	Endr. 2003-04	-17%	.	-17%	-33%
Bergen	1. tertial 2003	11 153	30	65	25
	1. tertial 2004	12 992	34	58	16
	Endr. 2003-04	+16%	+13%	-11%	-36%
Førde	1. tertial 2003	5 242	49	50	10
	1. tertial 2004	5 263	49	50	11
	Endr. 2003-04	0%	0%	0%	+10%
<i>Sum Helse Vest³⁾</i>	<i>1. tertial 2003</i>	<i>36 947</i>	<i>40</i>	<i>72</i>	<i>26</i>
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>35 112</i>	<i>37</i>	<i>59</i>	<i>17</i>
	<i>Endr. 2003-04</i>	<i>-5%</i>	<i>-8%</i>	<i>-18%</i>	<i>-35%</i>
Sunnmøre	1. tertial 2003	6 385	50	49	13
	1. tertial 2004	5 524	53	45	8
	Endr. 2003-04	-13%	+6%	-8%	-38%
Nordmøre/Romsdal	1. tertial 2003	6 792	59	61	18
	1. tertial 2004	6 042	53	52	9
	Endr. 2003-04	-11%	-10%	-15%	-50%
Orkdal	1. tertial 2003	2 738	53	55	16
	1. tertial 2004	2 442	48	57	13
	Endr. 2003-04	-11%	-9%	+4%	-19%
St. Olavs hospital	1. tertial 2003	11 932	54	70	21
	1. tertial 2004	10 437	47	66	16
	Endr. 2003-04	-13%	-13%	-6%	-24%
Nord-Trøndelag	1. tertial 2003	5 514	43	54	17
	1. tertial 2004	5 038	39	51	9
	Endr. 2003-04	-9%	-9%	-6%	-47%
<i>Sum Helse Midt-Norge</i>	<i>1. tertial 2003</i>	<i>33 361</i>	<i>52</i>	<i>61</i>	<i>18</i>
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>29 483</i>	<i>46</i>	<i>53</i>	<i>12</i>
	<i>Endr. 2003-04</i>	<i>-13%</i>	<i>-12%</i>	<i>-20%</i>	<i>-33%</i>
Helgeland	1. tertial 2003	4 899	53	58	26
	1. tertial 2004	4 433	57	44	13
	Endr. 2003-04	-10%	+8%	-24%	-50%
Nordland	1. tertial 2003	6 070	62	63	29
	1. tertial 2004	4 344	45	42	12
	Endr. 2003-04	-28%	-27%	-30%	-59%
Hålogaland	1. tertial 2003	5 654	55	51	18
	1. tertial 2004	5 870	57	45	8
	Endr. 2003-04	+4%	+4%	-12%	-56%

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1000 innbyggere	Median ventetid	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
UNN	1. tertial 2003	6 265	56	62	17
	1. tertial 2004	6 072	54	57	12
	Endr. 2003-04	-3%	-4%	-8%	-29%
Finnmark	1. tertial 2003	6 249	85	76	26
	1. tertial 2004	6 558	90	60	20
	Endr. 2003-04	+5%	+6%	-21%	-23%
<i>Sum Helse Nord</i>	<i>1. tertial 2003</i>	<i>29 137</i>	<i>53</i>	<i>62</i>	<i>23</i>
	<i>1. tertial 2004</i>	<i>27 277</i>	<i>59</i>	<i>50</i>	<i>13</i>
	<i>Endr. 2003-04</i>	<i>-6%</i>	<i>+11%</i>	<i>-19%</i>	<i>-43%</i>
Alle helseregioner ⁴⁾	1. tertial 2003	185 399	41	60	19
	1. tertial 2004	176 378	39	51	12
	Endr. 2003-04	-5%	-5%	-15%	-37%

¹⁾ Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

²⁾ Sykehuset i Vestfold HF leverte ikke ventelistedata 1. tertial 2003. Institusjonene i helseforetaket er ekskludert fra grunnlaget for 1. tertial 2002 og 2004. Dette medfører at endringstall er sammenlignbar for perioden 1. tertial 2002-2004.

³⁾ Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata for 1. tertial 2003. Institusjonen er ekskludert fra grunnlaget for 1. tertial 2002 og 2004. Dette medfører at endringstall er sammenlignbar for perioden 1. tertial 2002-2004.

⁴⁾ Sykehuset i Vestfold HF og Haugesund sjukehus leverte ikke ventelistedata i 1. tertial 2003. Institusjonene er ekskludert for 1. tertial 2002 og 2004.

Datakilde: NPR

Tabell 7.4 Andel pasienter som venter fordelt etter hvilket omsorgsnivå de venter på utredning / behandling per helseregion. Ventende per 1. tertial 2003 og 2004.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Polikli behandling		Dagbehandling		Innleggelse	
	1. tertial 2003	1. tertial 2004	1. tertial 2003	1. tertial 2004	1. tertial 2003	1. tertial 2004
Helse Øst	81%	83%	8%	8%	11%	9%
Helse Sør	81%	83%	10%	10%	10%	7%
Helse Vest	87%	88%	3%	3%	10%	9%
Helse Midt-Norge	80%	78%	10%	11%	10%	11%
Helse Nord	76%	82%	11%	9%	13%	9%
Utlandet , Svalbard, Ukjent	84%	89%	5%	5%	11%	7%
Totalt	81%	83%	8%	8%	11%	9%

Datakilde: NPR

- 83 prosent av pasientene som er henvist til sykehus venter på poliklinisk utredning / behandling mens det er hhv 8 og 9 prosent som venter på dagbehandling og innleggelsene per 1. tertial 2004.

7.5 Antall ventende og ventetidsutvikling fordelt på fagområde

Tabell 7.5 Antall ventende¹⁾ per 1000 innbyggere innenfor ulike fagområder for pasienter som fortsatt venter ved utgangen av 1. tertial 2004 per helseregion (bostedsregion).

Fagområde	Henvi- ninger (N=)	Rate per 10000 innb. Helse Øst	Rate per 10000 innb. Helse Sør	Rate per 10000 innb. Helse Vest	Rate per 10000 innb. Helse MN	Rate per 10000 innb. Helse Nord	Rate per 10000 innb. Totalt
Ubestemt fagområde	484	0	1	1	1	3	1
Generell kirurgi	9 283	13	23	31	17	23	20
Barnekirurgi	773	2	2	0	2	1	2
Gastroenterologisk kir	6 627	16	5	20	17	13	14
Karkirurgi	2 678	5	6	5	11	4	6
Ortopedisk kirurgi	27 681	50	55	57	88	74	60
Thoraxkirurgi	182	0	0	0	1	1	0
Urologi	8 808	19	20	18	22	17	19
Kjevekirurgi	4 336	3	15	4	18	19	9
Plastikkirurgi	5 854	7	10	20	13	23	13
Nevrokirurgi	972	2	1	2	4	3	2
Generell indremedisin	2 910	2	9	11	3	11	6
Blodsykdommer	447	1	1	1	2	1	1
Endokrinologi	2 107	5	5	4	4	4	5
Fordøyelsessykd.	8 801	16	23	11	26	32	19
Hjertesykdommer	10 060	21	21	22	18	34	22
Infeksjonssykdommer	291	1	0	1	0	0	1
Lungesykdommer	3 464	6	6	7	9	13	8
Nyresykdommer	679	2	1	1	2	2	1
Revmatiske sykd.	6 642	10	25	9	13	23	15
Kvinnesykdommer	12 778	22	28	27	36	40	28
Anestesiologi	1 327	1	3	2	0	13	3
Barnesykdommer	7 284	11	14	21	16	24	16
Fysikalsk medisin	3 228	5	10	6	6	10	7
Hudsykdommer	4 374	3	2	20	11	23	10
Nevrologi	10 152	15	30	21	24	31	22
Klinisk nevrofysiologi	3 306	5	2	8	13	14	7
Ikke-kir. kreftbehandl	462	1	1	1	1	1	1
Øre-nese-hals sykd.	18 884	23	69	31	40	72	41
Øyesykdommer	14 364	24	35	34	35	41	31
Yrkes- og arbeidsmed.	410	0	1	2	1	1	1
Transplant. utredn. kir	48	0	0	0	0	0	0
Ikke gyldig kode	6 106	21	11	7	4	20	13
Totalt	185 802	315	436	406	459	589	406

¹⁾ Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

Datakilde: NPR.

- De fagområdene hvor det er flest ventende er:
 - Ortopedisk kirurgi: 60 ventende per 10 000 innbyggere
 - Øre, nese og halssykdommer: 41 ventende per 10 000 innbyggere
 - Øyesykdommer: 31 ventende per 10 000 innbyggere
 - Kvinnesykdommer: 28 ventende per 10 000 innbyggere
- Det er store regionale forskjeller i antall ventende innen enkelte fagområder. Noen eksempel er:
 - Ortopedisk kirurgi: Helseregion Øst og Midt- Norge, hhv 50 og 88 ventende per 10 000 innbyggere
 - Øre, nese og halssykdommer: Helseregion Øst og Nord hhv 23 og 72 ventende per 10 000 innbyggere

Tabell 7.6 Median ventetid per 1000 innbyggere innenfor ulike fagområder for pasienter som fortsatt venter¹⁾ ved utgangen av 1. tertial 2004 per helseregion (bostedsregion).

Fagområde	Henvisninger N=	Median ventetid Helse Øst	Median ventetid Helse Sør	Median ventetid Helse Vest	Median ventetid Helse MN	Median ventetid Nord	Median ventetid Totalt
Ubestemt fagområde	484	32	14	40	106	44	39
Generell kirurgi	9 283	44	43	51	42	31	44
Barnekirurgi	773	50	93	74	57	57	57
Gastroenterologisk kirurgi	6 627	43	30	72	52	37	49
Karkirurgi	2 678	42	43	100	79	35	53
Ortopedisk kirurgi	27 681	46	45	78	71	56	57
Thoraxkirurgi	182	38	36	66	71	24	45
Urologi	8 808	51	49	73	50	36	52
Kjevekirurgi	4 336	42	197	37	81	149	100
Plastikkirurgi	5 854	113	84	73	102	92	88
Nevrokirurgi	972	39	46	53	72	31	50
Generell indremedisin	2 910	37	35	59	38	32	42
Blodsykdommer	447	44	40	31	33	21	35
Endokrinologi	2 107	37	56	45	31	37	42
Fordøyelsesykdommer	8 801	36	39	52	37	36	38
Hjertesykdommer	10 060	38	35	50	46	42	39
Infeksjonssykdommer	291	25	34	39	32	44	30
Lungesykdommer	3 464	51	42	50	64	53	51
Nyresykdommer	679	46	32	43	52	32	43
Revmatiske sykdommer	6 642	42	105	98	70	73	72
Kvinnesykdommer	12 778	35	30	32	37	32	32
Anestesiologi	1 327	56	95	170	35	66	80
Barnesykdommer	7 284	59	46	56	44	51	51
Fysikalsk medisin	3 228	38	17	60	46	65	39
Hudsykdommer	4 374	31	43	56	32	37	43
Nevrologi	10 152	52	65	51	46	78	57
Klinisk nevrofysiologi	3 306	44	25	51	60	57	51
Ikke-kir. kreftbehandling	462	11	25	8	25	10	14
Øre-nese-hals sykdommer	18 884	51	72	52	56	53	59
Øyesykdommer	14 364	56	56	65	53	66	57
Yrkes- og arbeidsmedisin	410	180	49	93	36	70	78
Transplant., utredn. og	48	38	80	70	80	3	73
Ikke gyldig kode oppgitt	6 106	28	49	57	93	49	35
Totalt	185 802	44	51	58	53	50	51

¹⁾ Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk og innleggelse.

Datakilde: NPR.

7.6 Ventetidsutviklingen for utvalgte pasientgrupper

Tabell 7.7 Median ventetid¹⁾ til behandling for grå stær²⁾, fjerning av mandler³⁾, lyskebrokk⁴⁾ og åreknuter⁵⁾. Somatiske sykehus Norge 2002 og 2003.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Grå stær		Fjerning mandler		Lyskebrokk		Åreknuter	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	123	92	97	64	91	66	201	166
Helseregion Sør	145	117	128	114	108	92	221	135
Helseregion Vest	119	110	119	111	82	84	168	199
Helseregion Midt-Norge	145	149	154	98	115	104	295	203
Helseregion Nord	116	102	126	150	84	91	199	157
Uregistrert/utlendinger	56	165	48	97			97	
Totalt	130	110	117	100	96	83	205	168
(N=)	19 454	22 082	7 522	7 312	5 956	6 294	5 944	6 549
Rate per 10 000 innb.	43	48	17	16	13	14	13	14

¹⁾ Median ventetid er den ventetiden som deler den rangordnede oversikten over ventetid for de inkluderte sykehusoppholdene i to like store grupper. Opphold med over 9999 dagers ventetid er ekskludert fra datamaterialet på grunn av den store usikkerheten som er knyttet til datakvaliteten på ventetidsdata registrert med svært lang ventetid (Dahlen et al, 2002). Opphold med 0, 1 eller 2 dagers ventetid er også ekskludert.

²⁾ Grå stær: sykehusopphold med operasjonskode CJC, CJD og CJE er inkludert.

³⁾ Fjerning mandler/tonsillektomi: sykehusopphold med operasjonskode EMB10 og EMB20 er inkludert.

⁴⁾ Lyskebrokk: sykehusopphold med hoveddiagnose K40 eller K41 og operasjonskode JAB eller JAC er inkludert

⁵⁾ Åreknuter: sykehusopphold med hoveddiagnose I83 og operasjonskode PHB10-PHB14, PHD eller PHS13-PHS14 er inkludert.

Datakilde: NPR

- Det har vært en nedgang i ventetid for behandling av grå stær, fjerning av mandler, lyskebrokk og åreknuter fra 2002 til 2003
- Det er imidlertid store regionale forskjeller i forhold til ventetid for det enkelte inngrep og utviklingen i ventetid fra 2002 til 2003:
 - Utvikling fra 2002 til 2003: I Helseregion Øst reduseres ventetiden for alle inngrepene, mens i Helseregion Vest og Nord er det en økning i ventetiden for to av inngrepene
 - Ventetid til behandling i 2003: Ventetiden for fjerning av mandler varierer fra 64 til 150 dager i Helseregion Øst og Nord. Når det gjelder ventetiden for åreknuter varierer denne fra 135 dager til 203 dager i Helseregion Sør og Helse Midt-Norge

Tabell 7.8 Median ventetid¹⁾ til behandling for grå stær²⁾, fjerning av mandler³⁾, lyskebrokk⁴⁾ og åreknuter⁵⁾. Somatiske sykehus Norge 2002 og 2003. Bostedsområde.

HF-område pasientenes bosted	Grå stær		Fjerning mandler		Lyskebrokk		Åreknuter	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	94	109	94	70	132	82	199	190
Asker og Bærum	121	176	87	79	65	58	176	161
Akershus	114	196	118	92	106	98	251	227
Ullevål og Aker	108	71	82	70	97	66	190	163
Innlandet	166	76	104	44	71	49	199	131
Sum Helse Øst	123	92	97	64	91	66	201	166
Ringerike	178	222	77	94	65	65	98	86
Buskerud	147	185	85	101	100	86	191	128
Blefjell	162	101	110	102	84	71	192	115
Vestfold	112	126	148	156	138	91	363	212
Telemark	174	91	131	102	97	120	160	97
Sørlandet	147	141	138	112	111	99	167	113
Sum Helse Sør	145	117	128	114	108	92	221	135
Stavanger	106	84	122	98	70	83	125	139
Fonna	108	105	139	139	70	71	129	176
Bergen	171	179	91	89	104	92	219	273
Førde	110	92	164	151	104	82	241	238
Sum Helse Vest	119	110	119	111	82	84	168	199
Sunnmøre	133	138	169	65	101	67	260	153
Nordmøre/Romsdal	108	158	106	143	93	84	391	374
Orkdal	224	159	120	130	130	101	345	147
St. Olavs hospital	218	156	96	100	121	131	244	176
Nord-Trøndelag	153	115	254	223	162	104	279	244
Sum Helse Midt-Norge	145	149	154	98	115	104	295	203
Helgeland	134	101	111	167	66	59	126	150
Nordland	138	83	114	174	77	86	231	185
Hålogaland	99	105	121	115	78	77	176	157
UNN	84	117	169	161	106	152	223	85
Finmark	167	106	137	144	134	89	268	188
Sum Helse Nord	116	102	126	150	84	91	199	157
Uregistrert/utlendinger	56	165	48	97			97	
Totalt	130	110	117	100	96	83	205	168

¹⁾ Median ventetid er den ventetiden som deler den rangordnede oversikten over ventetid for de inkluderte sykehusoppholdene i to like store grupper. Opphold med over 9999 dagers ventetid er ekskludert fra datamaterialet på grunn av den store usikkerheten som er knyttet til datakvaliteten på ventetidsdata registrert med svært lang ventetid (Dahlen et al, 2002). Opphold med 0, 1 eller 2 dages ventetid er også ekskludert.

²⁾ Grå stær: sykehusopphold med operasjonskode CJC, CJD og CJE er inkludert.

³⁾ Fjerning mandler/tonsillektomi: sykehusopphold med operasjonskode EMB10 og EMB20 er inkludert.

⁴⁾ Lyskebrokk: sykehusopphold med hoveddiagnose K40 eller K41 og operasjonskode JAB eller JAC er inkludert

⁵⁾ Åreknuter: sykehusopphold med hoveddiagnose I83 og operasjonskode PHB10-PHB14, PHD eller PHS13-PHS14 er inkludert.

Datakilde: NPR

Tabell 7.9 Median ventetid¹⁾ til behandling for innsettelse av hofteproteser²⁾, operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft³⁾, operasjon av brystkreft⁴⁾ og operasjon av prostatakreft⁵⁾. Somatiske sykehus Norge 2002 og 2003. Helseregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Innsettelse av hofteproteser		Operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft		Operasjon av brystkreft		Operasjon av prostatakreft	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	134	102	16	18	23	20	64	60
Helseregion Sør	140	113	19	18	23	20	96	82
Helseregion Vest	176	147	27	27	29	27	111	98
Helseregion Midt-Norge	203	161	14	13	24	28	66	79
Helseregion Nord	150	139	11	19	21	19	50	71
Uregistrert/utlendinger	235	366		9	28	11	7	146
Totalt	151	125	18	19	25	21	78	77
(N=)	6 554	7 389	1 762	1 840	2 924	3 080	838	1 030
Rate per 10 000 innb.	14	16	4	4	6	7	2	2

¹⁾ Median ventetid er den ventetiden som deler den rangordnede oversikten over ventetid for de inkluderte sykehusoppholdene i to like store grupper. Opphold med over 9999 dagers ventetid er ekskludert fra datamaterialet på grunn av den store usikkerheten som er knyttet til datakvaliteten på ventetidsdata registrert med svært lang ventetid (Dahlen et al, 2002). Opphold med 0, 1 eller 2 dagers ventetid er også ekskludert.

²⁾ Innsettelse av hofteproteser: Sykehusopphold inkludert har operasjonskode NFB eller NFC. Opphold med hoved- eller bidiagnose S72 er ekskludert.

³⁾ Operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C18, C19 eller C20 i kombinasjon med operasjonskode JFB20-JFB97, JFA15, JGB eller JGW.

⁴⁾ Brystkreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C50 og D05 er inkludert dersom de forekommer i kombinasjon med operasjonskodene HAC10, HAC15, HAC20, HAC25, HAC99, HAB00, HAB40 eller HAB99.

⁵⁾ Operasjon av prostatakreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C61 i kombinasjon med operasjonskodene KEC eller KED er inkludert.

Datakilde: NPR

- Det er en nedgang i median ventetiden for to av inngrepene:
 - Innsettelse av hofteproteser fra 151 til 125 dager
 - Operasjon av brystkreft fra 25 til 21 dager
- For de andre indikatorene; operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft, og prostatakreft er det ingen endring fra 2002 til 2003
- Ventetiden varierer betydelig mellom de regionale helseforetakene for noen av inngrepene. Noen eksempler er:
 - Innsettelse av hofteproteser: Ventetiden er fra 102 dager i Helseregion Øst til 161 dager i Helseregion Midt-Norge
 - Operasjon av prostatakreft: Ventetiden er fra 60 dager i Helseregion Øst til 98 dager i Helseregion Vest

Tabell 7.10 Median ventetid¹⁾ til behandling for innsettelse av hofteproteser²⁾, operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft³⁾, operasjon av brystkreft⁴⁾ og operasjon av prostatakreft⁵⁾. Somatiske sykehus Norge 2002 og 2003. Bostedsområde.

HF-område pasientenes bosted	Innsettelse av hofteproteser		Operasj tykktarms- / endetarmskreft		Operasjon av brystkreft		Operasjon av prostatakreft	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	133	104	16	18	21	21	48	121
Asker og Bærum	96	79	14	10	20	19	152	70
Akershus	124	94	22	22	18	14	90	49
Ullevål og Aker	125	95	16	21	23	21	36	103
Innlandet	165	118	16	13	31	22	70	43
Sum Helse Øst	134	102	16	18	23	20	64	60
Ringerike	100	92	17	20	13	19	65	60
Buskerud	93	109	22	25	15	17	102	70
Blefjell	150	126	23	17	17	19	43	58
Vestfold	130	140	26	18	27	22	89	120
Telemark	134	84	23	22	19	18	48	62
Sørlandet	178	112	11	13	34	30	127	89
Sum Helse Sør	140	113	19	18	23	20	96	82
Stavanger	224	156	24	23	21	14	113	81
Fonna	180	182	14	21	30	29	74	86
Bergen	124	106	36	35	35	41	128	143
Førde	193	160	26	17	33	28	137	103
Sum Helse Vest	176	147	27	27	29	27	111	98
Sunnmøre	192	149	10	9	14	7	46	50
Nordmøre/Romsdal	194	154	11	12	19	12	48	75
Orkdal	187	157	30	17	31	3	157	84
St. Olavs hospital	211	169	18	13	32	37	82	112
Nord-Trøndelag	214	167	18	17	24	27	63	121
Sum Helse Midt-Norge	203	161	14	13	24	28	66	79
Helgeland	173	145	12	24	14	13	35	79
Nordland	141	156	16	18	15	15	82	44
Hålogaland	123	119	19	14	26	16	33	37
UNN	153	160	18	20	29	30	94	122
Finmark	166	131	9	16	26	27	240	110
Sum Helse Nord	150	139	11	19	21	19	50	71
Uregistrert/utlendinger	235	366		9	28	11	7	146
Totalt	151	125	18	19	25	21	78	77

¹⁾ Median ventetid er den ventetiden som deler den rangordnede oversikten over ventetid for de inkluderte sykehusoppholdene i to like store grupper. Opphold med over 9999 dagers ventetid er ekskludert fra datamaterialet på grunn av den store usikkerheten som er knyttet til datakvaliteten på ventetidsdata registrert med svært lang ventetid (Dahlen et al, 2002). Opphold med 0, 1 eller 2 dagers ventetid er også ekskludert.

²⁾ Innsettelse av hofteproteser: Sykehusopphold inkludert har operasjonskode NFB eller NFC. Opphold med hoved- eller bidiagnose S72 er ekskludert.

³⁾ Operasjon av tykktarms- og/eller endetarmskreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C18, C19 eller C20 i kombinasjon med operasjonskode JFB20-JFB97, JFA15, JGB eller JGW.

⁴⁾ Brystkreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C50 og D05 er inkludert dersom de forekommer i kombinasjon med operasjonskodene HAC10, HAC15, HAC20, HAC25, HAC99, HAB00, HAB40 eller HAB99.

⁵⁾ Operasjon av prostatakreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C61 i kombinasjon med operasjonskodene KEC eller KED er inkludert.

Datakilde: NPR

8 Bruk av sykehustjenester 2002 og 2003

Beate M. Huseby

I 2003 og 2004 har myndighetene satt fokus på aktivitetsutviklingen. De økonomiske rammene som var gitt i både statsbudsjettet for 2003 og i revidert budsjett (St. prp. nr. 65 2002-2003) gav klare føringer for at veksten i antall opphold fra 2002 skulle flate ut. I 2004 understrekes dette enda sterkere i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene (Helsedepartementet 06.01.2004).

På tross av føringene fra offentlige myndigheter var aktivitetsveksten fra 2002 til 2003 større enn noen gang tidligere. Samlet antall opphold (dag og døgn) økte med 9,1 prosent, mens dagbehandlingene økte med hele 17,3 prosent. Økningen i døgnopphold var noe lavere (5,3 prosent). Korrigert for befolkningsveksten³¹ (rater per 1000 innbygger) var økningen for dagbehandling på 16,5 prosent, og økningen i døgnopphold på 4,7 prosent. Total vekst korrigert for befolkningsendringer var på 8,4 prosent. Polikliniske konsultasjoner økte med 5,9 prosent i absolutte tall og med 5,2 prosent korrigert for befolkningsutviklingen.

8.1 Sterk økning i bruk av private sykehus fra 2002 til 2003

Som ingressen viser, varierer størrelsen på den relative aktivitetsveksten avhengig av hvordan oppholdene defineres. I SAMDATA legger vi stor vekt på sammenlignbare størrelser, og tallene fra 2003 er derfor gjort sammenlignbare med 2002-tallene. Dette betyr at aktivitetstall for 2002 som er publisert i denne rapporten avviker fra tidligere publiserte tall for 2002. For å vise hva forskjellene består i, samt gi en oversikt over forskjeller og likheter med tall publisert av SSB og Norsk Pasientregister har vi laget en oversiktstabell som viser hva som er inkludert i våre data (se tabell 1).

Oversikten viser også at en vesentlig del av aktivitetsøkningen fra 2002 til 2003 ikke ble utført på sykehus innen RHF-ene, men ble gjennomført på private sykehus. Institusjoner innen RHF-ene økte døgnoppholdene med 3,8 prosent og dagbehandlingene med 15,4 prosent, mens døgnopphold og dagbehandling utført av private sykehus økte med henholdsvis 90 og 198 prosent. Denne økningen skyldes delvis at flere private sykehus ble offentlig godkjente sykehus³², men skyldes også en aktivitetsøkning på tidligere godkjente sykehus³³. Antall opphold på private sykehus økte med totalt 18 604 opphold (døgn og dag), og var mer enn en dobling av opphold utført på private sykehus. Relativt sett var økningen av private

³¹ Fra 1/1 2003-1/1-2004 økte befolkningen i Norge med vel 25 000 personer. (totalt 0,55 prosent) Økningen var størst for aldersgruppene 50-66 år (2,6 prosent) og de eldste (antall innbyggere 80 år og eldre økte med 2 prosent fra 2002 til 2003). Aldersgruppen 67 - 79 år ble redusert med 1,5 prosent.

³² Colosseum-klinikken i Oslo og Stokkan-klinikken i Trondheim ble offentlig godkjente sykehus fra 2003. I tillegg fikk Mjøskirurgene godkjenning, men aktiviteten ved dette sykehuset er ikke inkludert da kvaliteten på de data som ble levert ikke var god nok til å kunne inkluderes i.h.t. NPR.

³³ Omnia Sykehuset AS (Tidligere Røde Kors) hadde en økning på 6956 opphold (300 prosent) fra 2002 til 2003. Økningen var i stor grad knyttet til døgnopphold og undersøkelser av søvnløshet.

sykehus størst for pasienter fra helseregion Midt-Norge (+458 prosent), men denne økningen tilsvarte likevel "bare" 4123 opphold. I absolutte tall økte bruken av private sykehus mest blant pasienter fra helseregion Øst, der antallet opphold utført på private sykehus økte med 77 prosent og 8158 opphold. Pasienter fra helseregion Sør hadde også 5600 flere opphold på private sykehus i 2003 enn i 2002, mens antallet opphold på private sykehus for pasienter fra helseregion Vest og helseregion Nord var omtrent uendret (+ 79 opphold for helseregion Nord og 600 opphold for helseregion Vest).

8.2 Utviklingen i elektive opphold og ø-hjelps-opphold

I perioden fra 2002 til 2003 økte de elektive (planlagte) oppholdene langt sterkere enn ø-hjelpsoppholdene. Ratene for elektive opphold økte med 13,7 prosent, mens ratene for ø-hjelp økte med bare 3,1 prosent. Økningen i elektive opphold var størst for pasienter bosatt i helseregion Sør, der økningen i ratene for elektive opphold (totalt dag og døgn) var 19 prosent. helseregion Øst hadde lavest vekst i denne typen opphold, med en økning på "bare" 10 prosent. Dette kan i stor grad knyttes til at befolkningen i Innlandet HF-område hadde en økning i elektive opphold på 5 prosent, mens andre HF-områder i regionen hadde langt sterkere vekst i elektive opphold³⁴.

Økningen i elektive opphold var sterkere for opphold definert i medisinske DRG (16,7 prosent) enn elektive opphold definert i kirurgiske DRG (10,2 prosent). Økningen i elektive opphold definert i medisinske DRG var størst for befolkningen i Ringerike- og Sørlandet HF-område (økning i ratene for elektive opphold i medisinske DRG dag og døgn på henholdsvis 54 og 29 prosent.)

Økningen i elektive opphold definert i medisinske DRG var sterkere enn økningen i planlagte opphold definert i kirurgiske DRG i alle regionene med unntak av helseregion Midt-Norge. I denne regionen hadde befolkningen en sterkere økning i elektive opphold definert i kirurgiske DRG (17,5 prosent) enn elektive opphold definert i medisinske DRG (11,9 prosent).

Økningen i elektive opphold kan hevdes å være positiv for både pasienter og HF-enes muligheter til å styre aktiviteten. I 2002 var det totalt 1,3 ganger flere elektive opphold enn ø-hjelpsopphold. I 2003 var forholdstallet mellom elektive opphold og ø-hjelpsopphold økt til 1,48. Befolkningen i helseregion Sør hadde 1,73 ganger flere elektive opphold enn ø-hjelpsopphold, mens tilsvarende tall for befolkningen i helseregion Vest var 1,25. Befolkningen i helseregion Vest hadde imidlertid svakest økning i ø-hjelpsopphold (1,9 prosent), mens ratene for ø-hjelp økte med 4,1 prosent i helseregion Sør.

8.3 Utviklingen i liggedøgn

På tross av at antall opphold økte sterkt fra 2002 til 2003, var økningen i liggetid svært moderat. Ratene for antall liggedager økte med 1,6 prosent totalt og bare 0,4 prosent for døgnoppholdene. Det var imidlertid visse variasjoner mellom regionene i utviklingen i liggetid for døgnoppholdene. Befolkningen i helseregion Øst hadde en nedgang i liggetidsratene på 1,3 prosent (døgnopphold totalt), mens befolkningen i helseregion Sør og helseregion Midt-Norge hadde en økning på 2 prosent.

I tråd med at økningen i elektive opphold var sterkere enn økningen i ø-hjelpsopphold, ble liggetidsratene for heldøgns ø-hjelpsopphold redusert med 1 prosent. Også her var det visse variasjoner mellom regionene, da helseregion Sør og helseregion Midt-Norge økte liggetidsratene for denne type opphold, mens helseregion Vest reduserte ratene for liggedøgn med mer enn 4 prosent.

³⁴ I Akerhus HF-område var økningen i elektive opphold 17,1 prosent.

8.4 Aktivitetsutviklingen i henhold til hovedkapitlene i ICD10 og NCSP

Når aktiviteten øker sterkt fra et år til et annet, er det særlig viktig å vite hvilke diagnoser og behandlinger som har økt. Fra 2002 til 2003 økte ratene for sykdommer i nervesystemet med 27 prosent og mer enn 10 000 opphold. Mer enn 70 prosent av denne økningen (7265 nye opphold) var knyttet til hoveddiagnosen søvnløshet (G47). I 2003 var det mer enn 15 000 opphold med denne diagnosen, og antallet opphold var omtrent doblet fra 2002. 99 prosent av disse oppholdene var elektive, og 86 prosent var døgnopphold med kort liggetid³⁵. Det private Omniasykehuset AS (tidligere Røde Kors) stod for omtrent 36 prosent av oppholdene, mens Voss - og Stensby sykehus hadde henholdsvis 24 og 9 prosent av disse oppholdene. Med hensyn til pasientenes bosted, var økningen klart størst i helseregion Øst ettersom pasienter bosatt i denne regionen økte oppholdene innen denne diagnosegruppen med mer enn 4600 opphold.

Hoveddiagnose G56 (mononeuropati i overekstremitet), og diagnosen "carpal tunnel syndrome" (G560) i særdeleshet, økte også betydelig fra 2002 til 2003, og bidro til økningen av diagnoser knyttet til sykdommer i nervesystemet. Økningen var på 19 prosent og vel 1000 opphold. Totalt sett var det knapt 7000 opphold for pasienter med denne diagnosen i 2003. Økningen gjaldt elektiv dagkirurgi.

Opphold knyttet til kapittel XIII i ICD10; sykdommer i muskler, skjellett og bindevev økte også betydelig fra 2002 til 2003. Økningen var på 19 prosent og mer enn 15 000 opphold. Innen dette hovedkapitlet var det mange ulike hoveddiagnoser som økte, men opphold med hoveddiagnose kneleddlidelse (M23), og menisklidelser i særdeleshet (M23.2) økte mer enn andre. Økningen i denne diagnosegruppen var på 21 prosent og ca 2300 opphold. Oppholdene ble i hovedsak utført som elektiv dagkirurgi på en rekke ulike sykehus, men økningen gjelder i hovedsak private sykehus (Medi 3, Volvat, Spesialistklinikken Drammen Private sykehus AS).

Andre diagnoser innen sykdommer i muskler, skjellett og bindevev som økte fra 2002 til 2003, var kneleddsartrose (M17) som økte med 1345 opphold, og ervervede deformiteter i fingre og tær (M20) som økte med 1200 opphold. Forøvrig økte andre rygglidelser (M51) med 1000 opphold, hoftelddsartrose (M16) med 884 opphold, lidelser i ryggstøtten (M45) med ca 600 opphold og kronisk leddgikt (M05) med 798 opphold.

Det hovedkapitlet som hadde tredje sterkest økning relativt sett var sykdommer i hud og underhud. Antall opphold med diagnoser innen denne pasientgruppen økte med 16 prosent og knapt 2000 opphold. Mer spesifikt gjaldt økningen en rekke diagnoser, men økningene i opphold med hoveddiagnose psoriasis (L40) og atrofiske hudlidelser (L90) hadde størst omfang³⁶.

Sykdommer i sirkulasjonssystemet (hovedkapittel IX) økte også betydelig når det gjaldt antall opphold (+ 6300 opphold), men i relativ forstand var økningen likevel bare 4 prosent. Innen denne diagnosegruppen var det de store pasientgruppene som økte; akutt hjerteinfarkt 1. gang (I21) økte med 1700 opphold, hjertesvikt (I50) økte med omtrent 1000 opphold og hjerneinfarkt (I63) økte med vel 600 opphold. I tillegg økte opphold med åreknute-diagnose (I 83) og hemoroidediagnose (I 84) med omtrent 800 opphold hver.

Flere av hovedkapitlene for kirurgiske inngrep har også hatt en betydelig økning fra 2002 til 2003. I absolutte tall har økningen vært størst for hovedkapittel 13; bevegelsesapparatet, hvor antallet operasjoner økte med mer enn 12000. Operasjoner på kne og legg (NG-koder) har økt med mer enn 4000 inngrep, halvparten av denne økningen kan knyttes til meniskoperasjoner. Videre økte operasjoner på ankel og fot (NH-koder) med 2300 opphold, og operasjoner på håndledd og hånd økte også med nesten 2000 inngrep. Det var også en økning i innsetting av primære hoftelddsproteser på 939 inngrep.

³⁵ 86 prosent av døgnoppholdene hadde 1 liggedag.

³⁶ Opphold med psoriasis-diagnose økte med 336 opphold, og opphold med hoveddiagnose skjæmmende arrdannelse økte med 249 opphold.

I tillegg til operasjoner på bevegelsesapparatet, har opphold definert som mindre kirurgiske inngrep (T-kodene i NCSP) økt mest. Økningen i denne pasientgruppen var på knappe 12 000 opphold, og gjaldt først og fremst mindre karkirurgiske inngrep³⁷ (+2500 opphold), mindre kardiologiske inngrep³⁸ (+4000 opphold) og mindre torakskirurgiske inngrep (+1800 opphold).

Operasjoner i øyet og øyeregionen, samt undersøkelser i forbindelser med kirurgiske inngrep har også økt med omtrent 5000 opphold. En vesentlig del av økningen i sistnevnte gruppe (4000 opphold) var knyttet til hjerteundersøkelser (definert som XF i NCSP), mens økningen i operasjoner i øyet og øyeregionen i særlig grad kan knyttes til en økning av kataraktoperasjoner (kode CJE) på 2655 inngrep.

8.5 Eldres bruk av sykehustjenester

Kapittel 2 viste at økningen i antall opphold fra 1999 til 2003 har vært relativt sterk. For befolkningen som helhet økte ratene for samlet bruk av sykehustjenester med 21 prosent i denne perioden.

Ratene for bruk av sykehustjenester blant de eldste i befolkningen har imidlertid økt enda sterkere, og var på 23 prosent fra 1999 til 2003. I 2003 var bruken av sykehustjenester 4,4 ganger høyere blant de eldste i befolkningen (804 opphold per 1000 innbygger 80 år og eldre) enn blant personer mellom 16 og 49 år (183 opphold totalt per 1000 innbygger). De eldste pasientene har ofte mer komplekse lidelser og sykdommer enn yngre, de har behov for andre typer behandling, lenger liggetid og har andre innleggelsesmønstre enn yngre. Knapt 30 prosent av oppholdene for aldersgruppen 16-49 år var døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Tilsvarende tall for pasienter på 80 år og eldre var 58 prosent.

Fra 2002 til 2003 har også økningen i samlet antall sykehusopphold (dag og døgn) vært større for pasienter 80 år og eldre, enn for befolkningen totalt. Antallet opphold økte med totalt 11,4 prosent, men korrigert for endringer i befolkningen, var veksten på 9,2 prosent. Ratene økte imidlertid langt mer for pasienter fra helseregion Sør og helseregion Vest (12-13 prosent) enn for pasienter fra helseregion Midt-Norge og helseregion Nord (5-6 prosent). I likhet med utviklingen for befolkningen generelt økte døgnoppholdene mindre enn dagbehandlingene.

Økningen i ratene for døgnopphold var på 5 prosent, mens ratene for dagbehandling økte med hele 22 prosent. I helseregion Sør og helseregion Vest var økningen i dagbehandling for eldre 32 og 30 prosent. Ratene for dagbehandling var likevel 1,5 ganger høyere blant eldre innbyggere i helseregion Sør enn innbyggere på samme alder i helseregion Vest. Ratene for sykehusopphold blant eldre var totalt sett høyest for helseregion Sør, men skyldes delvis at ratene for dagbehandling blant eldre i helseregion Sør er høyere enn for de andre regionene. I 2003 hadde helseregion Vest og helseregion Nord omtrent like mange døgnopphold per innbygger 80 år og eldre. Variasjonene mellom regionene i ratene for døgnopphold blant de eldste innbyggerne er små når det gjelder fire av regionene, men de eldste i helseregion Øst har noe færre døgnopphold per 1000 innbygger enn de andre regionene.

Noe av den mest særpregede utviklingen fra 2002 til 2003 når det gjelder de eldres sykehusbruk, er knyttet til økningen av elektive døgnopphold for eldre i helseregion Vest, og Stavanger HF-område i særdeleshet. I Stavanger HF-område økte ratene for elektive døgnopphold blant personer på 80 år og eldre med 109 prosent og liggedøgnene med 148 prosent. Denne endringen kan knyttes til økningen i opphold ved Rehabiliteringstjenesten i Stavanger, og medførte at ratene for elektive opphold blant eldre i helseregion Vest økte med mer enn 30 prosent.

³⁷ Definert som kode TP i NCSP.

³⁸ Definert som kode TF i NCSP.

Beskrivelsene av eldres sykehusbruk i SAMDATA Somatikk 2004 inneholder også en "ny" indikator på eldres bruk av sykehustjenester. Indikatoren er kalt "relativt sykehusbruk blant eldre", og viser ratioen mellom eldres bruk av sykehustjenester (definert som liggedøgn) og eldres andel av befolkningen. Tabellene i dette kapitlet viser at St. Olavs hospital HF-område har høyeste nivå av relativt sykehusbruk blant eldre; de eldres andel av liggedøgnene på sykehus³⁹ er mer enn 6 ganger så høyt som de eldres andel av befolkningen. Til sammenligning har for eksempel de eldste i Innlandet HF-område bare 3,5 ganger så mange liggedøgn på sykehus som den andelen av befolkningen de utgjør. Tidligere analyser viser at den relative eldrebelastningen generelt sett er størst i de store byene.

8.6 Geografiske variasjoner i bruk av sykehustjenester

Ratene for dagbehandling har tradisjonelt vært geografisk skjevfordelt, fordi dagbehandling ofte forutsetter at pasienten har relativt kort reiseavstand til og fra sykehuset. I 1999 var ratene for dagbehandling 1,4 ganger lavere i Finnmark enn i Hedmark fylke. I 2003 er disse forskjellene endret. I 2003 hadde befolkningen i Finnmark HF-område nesten 1,5 ganger så høye rater for dagbehandling som befolkningen i Østfold HF-område. Når antallet dagbehandling øker med 15 prosent, er det likevel viktig å stille spørsmål om variasjonene mellom de ulike geografiske områdene er økt eller redusert det siste året.

Den statistiske variasjonen (variasjonskoeffisienten) mellom ratene for samlet antall opphold i HF-områdene var uendret fra 2002 til 2003. I 2002 hadde Ringerike HF-område den laveste raten for samlet sykehusbruk (210 opphold pr 1000 innbygger), mens befolkningen i Asker og Bærum HF-område hadde de laveste ratene for sykehusbruk i 2003 (238 opphold per 1000 innbygger). Ratioen mellom laveste og høyeste ratenivå var imidlertid noe høyere i 2002 da Helgeland HF-område hadde 299 opphold per 1000 innbygger og 1,42 ganger flere opphold per 1000 innbygger enn befolkningen i Ringerike HF-område. I 2003 hadde befolkningen i Telemark høyest sykehusbruk totalt sett, og rater som var 1,38 ganger høyere enn sykehusbruken i Asker og Bærum HF-område.

Som tidligere er variasjonen i ratene for dagbehandling (variasjonskoeffisient på 0,21) langt sterkere enn variasjonene i ratene for døgnopphold (variasjonskoeffisient på 0,09). Variasjonskoeffisienten for døgnoppholdene var også uendret fra 2002 til 2003, men forskjellene mellom høyeste og laveste nivå av sykehusbruk (rater per 1000 innbygger) økte fra 1,39 til 1,47 for denne typen opphold. I 2003 hadde Helgeland HF-område de høyeste ratene for døgnopphold, mens befolkningen i Asker og Bærum HF hadde de laveste ratene for døgnopphold i både 2002 og 2003.

Med hensyn til bruken av polikliniske konsultasjoner, var ratene for denne type behandling/konsultasjoner lavest i Stavanger HF-område i 2003, og høyest i Finnmark HF-område.

I denne sammenhengen bør det også bemerkes at ratene for bruk av sykehustjenester blant eldre varierer langt sterkere mellom ulike HF-områder enn ratene for bruk av sykehustjenester blant befolkningen generelt. Variasjonskoeffisientene for ratene for samlet antall sykehusopphold for eldre fra 80 år økte også fra 0,15 til 0,19 fra 2002 til 2003. I 2003 hadde de eldste i Telemark HF-område 2,3 ganger flere sykehusopphold per 1000 innbygger enn de eldste i Ringerike HF-område. Variasjonen er imidlertid mindre med utgangspunkt i døgnoppholdene.

³⁹ Disse beregningene er uavhengige av hvilke sykehus pasientene er behandlet ved og gjelder pasientenes bostedsområder.

8.7 Definisjon av datagrunnlaget

Tabell 8.1 Oversikt over prosentvis endring i antall opphold fra 2002 til 2003 avhengig av type opphold og hvilke institusjoner og type data som er inkludert i datamaterialet.

Publisert av	Enhet	Type opphold	2003	2002	% endring
Datagrunnlag SSB	RHF-ene	Døgnopphold	759 315	731 565	3,8 %
		Dagbehandling	409 605	355 379	15,3 %
		Sum RHF-ene	1 168 920	1 086 944	7,5 %
+	Private inst	Døgnopphold	24 214	12 743	90,0 %
		Dagbehandling	10 729	3 596	198,4 %
		Sum private	34 943	16 339	113,9 %
=	Datagrunnlag SSB Totalt	Sum RHF og private	1 203 863	1 103 283	9,1 %
+	Rehab-institusjoner	Sum døgn/dag	2 727	875	211,7 %
+	Dagkir Hallingdal	Sum døgn/dag	1 158	153	656,9 %
+	Friske nyfødte	Sum døgn/dag	41 180	40 883	0,7 %
=	Datagrunnlag NPR ₁	Sum døgn og dag	1 248 928	1 145 194	9,1 %
+	Fødestuer	Sum døgn/dag	1 543	1 449	6,5 %
=	Datagrunnlag SAMDATA/NPR ₂	Sum samlet antall opphold	1 250 471	1 146 643	9,1 %
RHF-ene	Helse Øst RHF	Døgnopphold	244 698	235 532	3,9 %
		Dagbehandling	116 472	105 267	10,6 %
		Sum Helse Øst RHF	361 170	340 799	6,0 %
Helse Sør RHF	Helse Sør RHF	Døgnopphold	199 009	191 835	3,7 %
		Dagbehandling	121 952	101 287	20,4 %
		Sum Helse Sør RHF	320 961	293 122	9,5 %
Helse Vest RHF	Helse Vest RHF	Døgnopphold	159 284	151 998	4,8 %
		Dagbehandling	72 779	62 690	16,1 %
		Sum Helse Vest RHF	232 063	214 688	8,1 %
Helse Midt-Norge RHF	Helse Midt-Norge RHF	Døgnopphold	114 035	110 024	3,6 %
		Dagbehandling	54 172	47 733	13,5 %
		Sum Helse Midt-Norge	168 207	157 757	6,6 %
Helse Nord RHF	Helse Nord RHF	Døgnopphold	87 636	84 996	3,1 %
		Dagbehandling	45 491	38 942	16,8 %
		Sum Helse Nord RHF	133 127	123 938	7,4 %
RHF-ene totalt	RHF-ene totalt	Døgnopphold	804 662	774 385	3,9 %
		Dagbehandling	410 866	355 919	15,4 %
		Sum RHF-ene	1 215 528	1 130 304	7,5 %
Private inst	Private totalt	Døgnopphold	24 214	12 743	90,0 %
		Dagbehandling	10 729	3 596	198,4 %
		Sum private	34 943	16 339	113,9 %
Totalt RHF-ene og private	Totalt RHF-ene og private	Døgnopphold	828 876	787 128	5,3 %
		Dagbehandling	421 595	359 515	17,3 %
Tot	SAMDATA/NPR ₂	Samlet antallet opphold døgn/dag	1 250 471	1 146 643	9,1 %

8.8 Befolkningens bruk av sykehustjenester - regionnivå

Tabell 8.2 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter type opphold. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.

Helseregion Pasientenes bosted	Døgnopphold innlagte		Dagbehandling (Dagbeh. innlagte + poliklinikk)		Samlet antall opphold		Polikl. konsultasjoner	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	166	175	78	86	244	260	641	675
Helseregion Sør	178	187	88	113	266	300	641	665
Helseregion Vest	168	176	70	81	239	257	619	657
Helseregion Midt-Norge	170	179	74	87	245	266	757	806
Helseregion Nord	191	198	87	102	278	300	813	858
Ureg/utlendinger	(3 695)	(3 435)	(602)	(370)	(4 297)	(3 805)	(7 177)	(6 845)
Totalt	172	180	79	92	251	272	671	706
(N=)	(787 128)	(828 876)	(359 515)	(421 595)	(1 146 643)	(1 250 471)	(3 052 864)	(3 233 900)

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Ratene for døgnopphold økte med 4,7 prosent
- Ratene for dagbehandling økte med 16,5 prosent
- Ratene for samlet antall opphold økte med 8,4 prosent
- Ratene for polikliniske konsultasjoner økte med 5,2 prosent

Variasjonsratioen mellom regionene (høyeste rate dividert på laveste):

- ble redusert fra 1,15 til 1,13 for døgnoppholdene
- økte fra 1,26 til 1,40 for dagbehandling
- økte fra 1,16 til 1,17 for samlet antall opphold
- var stabil m.h.t. polikliniske konsultasjoner

Tabell 8.3 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.

Helseregion Pasientenes bosted	Elektive opphold Døgn og dag		Ø-hjelps-opphold Døgn og dag		Fødsler ¹ per 1000 kvinne 16-49 år Døgn og dag		Friske nyfødte ² per 1000 innb 0 år Døgn og dag	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	129	142	92	95	53	55	734	714
Helseregion Sør	148	176	98	102	49	50	697	712
Helseregion Vest	114	131	103	105	57	58	750	746
Helseregion Midt-Norge	124	142	97	100	55	55	762	759
Helseregion Nord	151	169	105	109	55	54	837	814
Ureg/utlendinger	(639)	(459)	(3 399)	(3 134)	(121)	(88)	(161)	(122)
Totalt	131	149	97	100	54	55	745	736
(N=)	(597 684)	(683 488)	(446 941)	(462 844)	(56 239)	(57 291) ³	(41 591) ⁴	(41 784)

¹ Fødsler er definert som DRG 370-375, 382

² Friske nyfødte er definert som DRG 391

³ Eksklusive 7 fødsler for kvinner under 16 år

⁴ Eksklusive 13 fødsler for kvinner under og over aldersgruppen 16-49 år

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Ratene for elektive opphold (dag og døgn) økte med 13,7 prosent
- Ratene for ø-hjelpsopphold (dag og døgn) økte med 3,1 prosent
- Ratene for fødsler økte med 1,9 prosent

Variasjonsratioen mellom regionene (høyeste rate dividert på laveste):

- økte fra 1,32 til 1,34 for elektive opphold
- økte fra 1,14 til 1,15 for ø-hjelps-opphold
- var stabil for fødsler
- ble redusert fra 1,20 til 1,14 for friske nyfødte

Tabell 8.4 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter innmåte og type behandling. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.

Helseregion Pasientenes bosted	Elektive opphold Kir. DRG		Elektive opphold Med. DRG		Ø-hjelps-opphold Kir. DRG		Ø-hjelps-opphold Med. DRG	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	57	62	71	79	15	15	74	77
Helseregion Sør	65	73	82	103	14	15	81	85
Helseregion Vest	53	59	61	72	15	16	83	84
Helseregion Midt-Norge	57	67	67	75	17	17	79	81
Helseregion Nord	66	70	85	98	17	18	84	87
Ureg./utlendinger	(232)	(179)	(403)	(270)	(751)	(743)	(2 534)	(2 321)
Totalt	59	65	72	84	15	16	79	82
(N=)	(267 452)	(297 796)	(328 387)	(382 695)	(69 255)	(73 245)	(362 924)	(375 498)

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Ratene for elektiv kirurgi økte med 10,2 prosent
- Ratene for elektive opphold definert i med. DRG økte med 16,7 prosent
- Ratene for kirurgisk ø-hjelp økte med 6,7 prosent
- Ratene for ø-hjelpsopphold definert i med. DRG økte med 3,8 prosent

Variasjonsratioen mellom regionene (høyeste rate dividert på laveste):

- ble redusert fra 1,25 til 1,24 for elektiv kirurgi
- økte fra 1,39 til 1,43 for elektive opphold i med. DRG
- ble redusert fra 1,21 til 1,20 for kirurgisk ø-hjelp
- ble redusert fra 1,14 til 1,13 for ø-hjelp i med. DRG

Tabell 8.5 Sum liggedøgn i regionene i 2002 og 2003 etter type opphold og innmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.

Helseregion Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag		Liggetidsrate Elektive døgnopphold		Liggetidsrate Døgnopphold ø-hjelp		Liggetidsrate Døgnopphold ø-hjelp med. DRG	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	1 007	1 005	288	288	539	529	402	395
Helseregion Sør	1 044	1 086	351	353	510	522	390	398
Helseregion Vest	1 068	1 083	281	316	618	590	451	423
Helseregion Midt-Norge	1 078	1 111	288	303	604	612	445	448
Helseregion Nord	1 113	1 131	321	329	601	599	446	449
Ureg/utlendinger	(14 905)	(12 808)	(1 020)	(1 141)	(12 158)	(10 468)	(7 673)	(6 415)
Totalt	1 047	1 064	303	313	564	559	420	414
(N=)	(4 781 753)	(4 885 100)	(1 378 159)	(1 432 449)	(2 580 158)	(2 567 798)	(1 918 468)	(1 902 601)

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Liggetidsratene for samlet antall opphold økte med 1,6 prosent
- Liggetidsratene for elektive døgnopphold økte med 3,3 prosent
- Liggetidsratene for ø-hjelp døgnopphold ble redusert med 0,9 prosent
- Liggetidsratene for døgnopphold for ø-hjelp definert i med. DRG ble redusert med 1,4 prosent

Variasjonsratioen mellom regionene (høyeste rate dividert på laveste):

- økte fra 1,11 til 1,13 for liggetidsratene totalt
- ble redusert fra 1,25 til 1,23 for liggetidsratene knyttet til elektive døgnopphold
- ble redusert fra 1,21 til 1,17 for liggetidsratene for ø-hjelp døgnopphold
- ble redusert fra 1,16 til 1,14 for liggetidsratene for ø-hjelp definert i med. DRG (døgnopphold)

Tabell 8.6 Antall opphold etter hovedkategorier i ICD 10 i 2003, og prosentvis endring fra 2002 til 2003. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.

Hovedkategorier ICD 10	Rater per 10 000 innbygger 2003						Pst endr 2002- 2003	Endr. i antall. opph. 2002- 2003
	Helseregi on Øst	Helseregi on Sør	Helseregi on Vest	Helseregi on Midt- Norge	Helseregi on Nord	Totalt		
Visse infeksjons- og parasittsykd.	4	5	5	4	4	4	3 %	693
Svulster	21	23	23	21	22	22	4 %	4 369
Sykd i blod, bloddannede organ og immunforsvaret	1	1	1	1	2	1	5 %	350
Endokrine sykd, ernæring-sykd og metab. forstyr.	3	4	3	3	4	4	12 %	1 748
Psykiske lidelser	2	2	2	2	3	2	10 %	1 090
Sykd i nervesystemet	11	10	11	9	9	10	27 %	10 280
Sykd i øyet og omgivelser	10	14	10	11	9	11	10 %	4 873
Sykd i øre og ørebensknute	2	2	2	3	3	2	5 %	573
Sykd i sirkulasjonssystemet	29	31	26	27	36	29	4 %	6 340
Sykd i åndedrettssystemet	15	18	17	16	18	17	6 %	4 884
Sykd i fordøyelses-systemet	13	14	14	15	17	14	5 %	3 366
Sykd i hud og underhud	3	3	3	3	3	3	16 %	1 921
Sykd i muskel- skjelett og bindevev	19	24	18	22	22	21	19 %	15 612
Sykd i urin og kjønnsorganer	12	13	12	12	15	12	9 %	4 831
Svangerskap, fødsel og barselstid ¹	86	75	81	81	87	82	1 %	1 183
Tilstander i perinatalperioden ²	163	121	93	112	86	126	8 %	1 104
Medfødte misdannelser, deform., kromosomavvik ³	11	10	7	11	8	9	4 %	508
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	10	12	13	12	13	12	3 %	1 719
Skader, forgiftninger og konsek v av ytre årsaker	19	21	18	21	19	19	4 %	4 181
Kontakt med helsetj. m.m.	58	80	56	59	74	64	13 %	34 677
Totalt (N=)	426 634	271 390	236 399	173 273	138 916	1 246 612	9 %	104 306

¹ Ratene gjelder kvinner i alderen 16-49 år.² Ratene gjelder gutter og jenter 0-1 år.³ Ratene gjelder gutter og jenter 0-15 år.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 8.7 Antall opphold etter hovedkategorier i NCSP i 2003, og endring fra 2002 til 2003 i prosent og antall opphold. Rater per 10 000 innbygger.

Hovedkategorier NCSP	Rater per 10 000 innbygger 2003						Pst endr 2002- 2003	Endr i antall. opp- 2002- 2003
	Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Vest	Helseregion Midt-Norge	Helseregion Nord	Totalt		
Nervesystemet	34	36	34	45	35	36	5 %	865
Endokrine organer	5	6	6	6	4	5	49 %	788
Øyet og øyeregionen	100	146	94	120	87	109	12 %	5 238
Øre, nese, bihuler og strupehode	56	40	34	64	81	52	17 %	3 549
Tenner, kjever, munn og svelg	33	43	47	44	60	42	9 %	1 594
Hjertet og store intra- torakale kar	17	19	25	15	28	20	-5 %	-517
Brystvegg, pleura, mellomgulv, luftrør, bronkier, lunger	10	10	8	12	8	292	8 %	310
Mamma ¹	34	39	34	32	35	35	17 %	1 187
Fordøyelsesorganer og milt	85	87	78	87	109	87	7 %	2 620
Urinorganer, mannlige genitalia ²	79	87	69	67	76	76	12 %	2 129
Kvinnelige kjønnsorganer ³	179	172	138	165	220	171	4 %	1 667
Fødselshjelp ⁴	270	255	319	191	286	268	9 %	2 383
Bevegelsesapparatet	219	242	180	249	223	220	13 %	12 011
Perifere kar og lymfesystemet	35	36	32	34	34	34	9 %	1 338
Hud	44	55	44	51	43	47	29 %	4 806
Mindre kirurgiske inngrep	204	206	102	251	190	189	16 %	11 784
Transluminal endoskopi	57	68	65	83	96	68	4 %	1 078
Undersøkelser i forbindelse med kirurgiske inngrep	89	128	107	143	142	113	12 %	5 463
Uttak av organer eller vev til transplantasjon	0	0	0	0	0	0	-14 %	-20
Tilleggskoder til øvrige kap	6	8	32	4	6	12	11 %	512
Totalt (N=)	198 742	120 015	102 291	89 336	64 079	576 035	11 %	58 785

¹ Rater er beregnet per 10 000 kvinne 0-99 år+² Rater er beregnet per 10 000 mann 0-99 år +³ Rater er beregnet per 10 000 kvinne 0-99 år +⁴ Rater er beregnet per 10 000 kvinne 16-49 år

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

8.9 Befolkningens bruk av sykehustjenester – 'HF-område'-nivå

Tabell 8.8 Bruk av sykehustjenester i RHF-områdene i 2002 og 2003 etter type opphold. Kønns- og alders-standardiserte rater per 1000 innbygger.

HF-område Pasientenes bosted	Døgnopphold innlagte		Dagbehandling innlagte + poliklinikk		Samlet antall opphold		Polikl. konsultasjoner	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	176	188	67	70	243	258	546	557
Asker og Bærum	153	152	76	86	229	238	601	620
Akershus	169	180	69	82	239	262	616	627
Ullevål og Aker	159	169	86	97	245	266	689	718
Innlandet	176	182	79	82	255	264	668	741
Helseregion Øst	166	175	78	86	244	260	641	675
Ringerike	160	175	50	74	210	249	511	595
Buskerud	170	183	70	93	240	277	631	643
Blefnjell	193	199	70	90	263	289	579	626
Vestfold	169	178	117	139	286	318	690	705
Telemark	193	197	102	132	295	329	707	750
Sørlandet	181	190	82	109	263	299	626	635
Helseregion Sør	178	187	88	113	266	300	641	665
Stavanger	154	169	69	82	224	251	525	554
Fonna	177	183	68	76	245	259	619	681
Bergen	164	168	77	88	241	256	623	658
Førde	203	213	58	64	260	277	864	908
Helseregion Vest	168	176	70	81	239	257	619	657
Sunnmøre	175	192	80	95	255	287	745	832
Nordmøre/Romsdal	182	195	74	80	255	275	830	892
Orkdal	169	173	76	93	245	266	650	697
St. Olavs hospital	165	169	80	93	245	262	816	832
Nord-Trøndelag	167	174	60	74	227	248	648	702
Helsereg M-Norge	170	179	74	87	245	266	757	806
Helgeland	211	224	88	88	299	312	734	783
Nordland	185	196	81	90	266	286	703	770
Hålogaland	195	200	72	90	267	290	879	952
UNN	162	164	113	137	274	301	815	829
Finnmark	213	217	82	102	296	318	954	967
Helseregion Nord	191	198	87	102	278	300	813	858
Ureg./utlendinger	(3 695)	(3 435)	(602)	(370)	(4 297)	(3 805)	(7 177)	(6 845)
Totalt	172	180	79	92	251	272	671	706
(N=)	(787 128)	(828 876)	(359 515)	(421 595)	(1 146 643)	(1 250 471)	(3 052 864)	(3 233 900)

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 8.9 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter innleggelsesmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold Døgn og dag		Ø-hjelps-opphold Døgn og dag		Fødsler per 1000 kvinne 16-49 år Døgn og dag		Friske nyfødte per 1000 innb 0 år Døgn og dag	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	124	134	96	102	50	49	677	632
Asker og Bærum	129	140	76	74	53	54	752	758
Akershus	117	137	98	100	53	56	690	643
Ullevål og Aker	130	147	89	91	57	60	767	755
Innlandet	138	145	99	104	49	50	722	703
Helseregion Øst	129	142	92	95	53	55	734	714
Ringerike	105	135	84	93	48	46	670	654
Buskerud	121	147	97	106	50	53	670	634
Blefjell	141	165	99	101	51	52	667	708
Vestfold	173	199	93	98	46	48	752	747
Telemark	174	209	100	98	46	49	696	751
Sørlandet	139	170	103	108	53	51	685	722
Helseregion Sør	148	176	98	102	49	50	697	712
Stavanger	110	135	99	100	57	59	629	612
Fonna	117	129	104	105	58	59	815	868
Bergen	112	126	104	105	57	57	799	782
Førde	131	139	107	114	57	60	844	846
Helseregion Vest	114	131	103	105	57	58	750	746
Sunnmøre	137	166	94	98	56	56	690	711
Nordmøre/Romsdal	133	148	101	103	50	55	719	710
Orkdal	122	142	101	103	54	52	787	759
St. Olavs hospital	124	139	95	98	56	55	772	771
Nord-Trøndelag	106	122	98	102	53	54	847	829
Helsereg. M-Norge	124	142	97	100	55	55	762	759
Helgeland	160	168	119	123	53	58	812	768
Nordland	145	159	100	104	53	55	839	813
Hålogaland	134	153	112	117	50	49	804	805
UNN	164	189	84	87	59	55	882	850
Finmark	158	181	118	119	61	55	828	816
Helseregion Nord	151	169	105	109	55	54	837	814
Uregistrert/utlendinger	(639)	(459)	(3 399)	(3 134)	(121)	(88)	(161)	(122)
Totalt	131	149	97	100	54	55	745	736
(N=)	(597 684)	(683 488)	(446 941)	(462 844)	(56 239) ¹	(57 291) ²	(41 591)	(41 784)

¹ Eksklusive 7 fødsler under 16 år² Eksklusive 13 kvinner under eller over aldersgruppen 16-49 år

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 8.10 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2002 og 2003 etter innmåte og type behandling. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold Kir. DRG		Elektive opphold Med. DRG		Ø-hjelps-opphold Kir. DRG		Ø-hjelps-opphold Med. DRG	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	57	62	67	72	15	16	80	85
Asker og Bærum	66	66	63	74	13	14	61	58
Akershus	55	59	61	78	15	15	82	84
Ullevål og Aker	53	60	77	86	14	15	70	72
Innlandet	63	65	74	76	15	15	80	83
Helseregion Øst	57	62	71	79	15	15	74	77
Ringerike	55	60	48	74	13	14	70	77
Buskerud	65	77	56	69	14	15	81	89
Blefjell	70	76	70	88	14	14	84	85
Vestfold	64	72	108	127	15	16	76	80
Telemark	71	78	103	131	15	16	83	81
Sørlandet	62	71	76	98	14	15	87	91
Helseregion Sør	65	73	82	103	14	15	81	85
Stavanger	53	61	57	73	14	16	74	74
Fonna	53	57	64	72	14	15	88	88
Bergen	49	54	63	72	15	16	87	87
Førde	68	73	63	66	16	16	87	94
Helseregion Vest	53	59	61	72	15	16	83	84
Sunnmøre	61	76	76	89	14	15	77	81
Nordmøre/Romsdal	60	72	72	75	16	16	82	85
Orkdal	58	65	63	76	17	17	83	85
St. Olavs hospital	56	63	68	75	18	18	76	79
Nord-Trøndelag	52	60	54	61	17	18	80	83
Helsereg. M-Norge	57	67	67	75	17	17	79	81
Helgeland	73	76	85	91	17	16	98	101
Nordland	62	65	83	94	15	17	81	84
Hålogaland	62	67	72	86	17	19	91	95
UNN	62	65	102	124	19	20	64	66
Finmark	75	82	83	98	19	19	90	93
Helseregion Nord	66	70	85	98	17	18	84	87
Uregistrert/utlendinger	(232)	(179)	(403)	(270)	(751)	(743)	(2 534)	(2 321)
Totalt	59	65	72	84	15	16	79	82
(N=)	(267 452)	(297 796)	(328 387)	(382 695)	(69 255)	(73 245)	(362 924)	(375 498)

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 8.11 Sum liggedøgn i regionene i 2002 og 2003 etter type opphold og innmåte. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbygger.

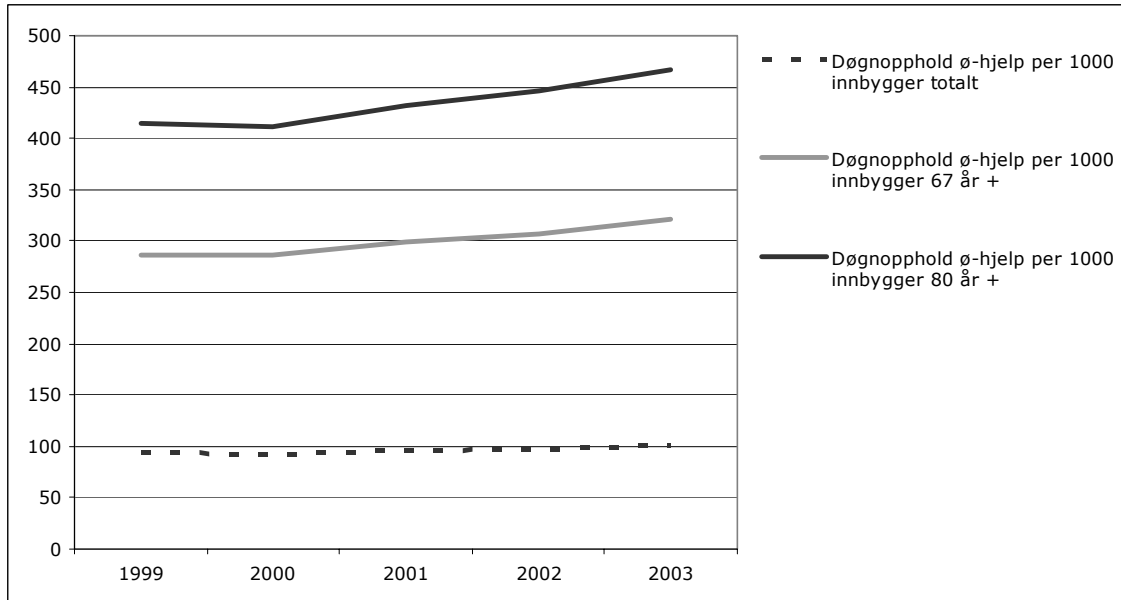
HF-område pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn og dag		Liggetidsrate Elektive døgnopphold		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	945	957	333	325	453	470	336	354
Asker og Bærum	977	895	295	274	499	434	375	325
Akershus	945	972	260	278	513	510	403	395
Ullevål og Aker	1 085	1 089	254	258	632	610	469	451
Innlandet	990	986	326	324	495	507	366	374
Helseregion Øst	1 007	1 005	288	288	539	529	402	395
Ringerike	857	957	297	363	414	430	309	320
Buskerud	1 011	1 063	296	301	538	560	407	422
Blefjell	1 054	1 067	372	363	510	509	391	395
Vestfold	1 041	1 097	348	345	488	513	366	384
Telemark	1 201	1 242	451	452	554	556	424	416
Sørlandet	1 029	1 052	337	333	516	518	402	408
Helseregion Sør	1 044	1 086	351	353	510	522	390	398
Stavanger	1 065	1 068	261	339	661	569	452	373
Fonna	1 043	1 053	300	335	572	544	453	427
Bergen	1 074	1 091	260	282	622	615	458	444
Førde	1 108	1 150	367	361	571	608	437	465
Helseregion Vest	1 068	1 083	281	316	618	590	451	423
Sunnmøre	1 100	1 159	333	373	575	582	425	445
Nordmøre/Romsdal	1 101	1 117	361	358	557	563	411	425
Orkdal	1 044	1 046	272	275	594	577	451	430
St. Olavs hospital	1 184	1 217	253	265	735	747	528	520
Nord-Trøndelag	910	948	244	264	492	509	379	382
Helsereg. M-Norge	1 078	1 111	288	303	604	612	445	448
Helgeland	1 156	1 191	338	364	631	639	488	498
Nordland	1 128	1 163	314	317	638	653	489	487
Hålogaland	1 143	1 127	333	337	638	607	481	465
UNN	1 016	1 047	272	281	509	509	348	359
Finmark	1 119	1 130	363	358	579	581	417	435
Helseregion Nord	1 113	1 131	321	329	601	599	446	449
Uregistrert/utlendinger	(14 905)	(12 808)	(1 020)	(1 141)	(12 158)	(10 468)	(7 673)	(6 415)
Totalt	1 047	1 064	303	313	564	559	420	414
(N=)	(4 781 753)	(4 885 100)	(1 378 159)	(1 432 449)	(2 580 158)	(2 567 798)	(1 918 468)	(1 902 601)

Datakilde: Norsk Pasientregister

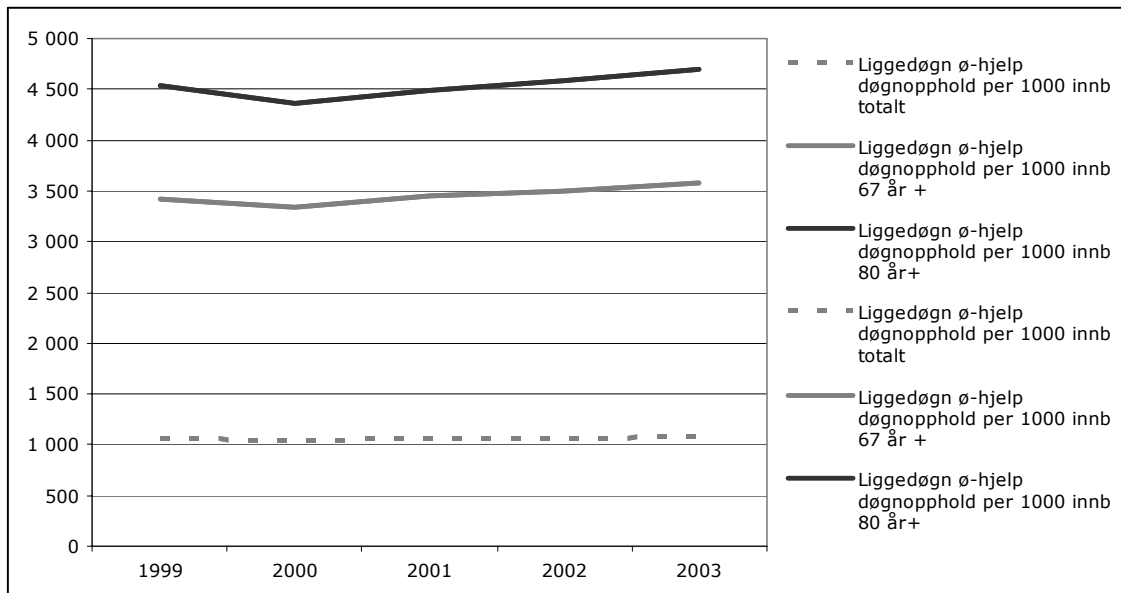
Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

8.10 Bruk av sykehustjenester blant eldre

Figur 8.1 Utviklingen i ø-hjelpsopphold fra 1999 til 2003 blant eldre og befolkningen totalt. Rater per 1000 innbygger.



Figur 8.2 Utviklingen i liggedøgn for ø-hjelp (døgnopphold) fra 1999 til 2003 blant eldre og befolkningen totalt. Rater per 1000 innbygger.



Tabell 8.12 Rater for antall opphold i regionene i 2002 og 2003 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbygger 80 år og eldre.

Helseregion Pasientenes bosted	Opphold totalt Døgn og dag 80 år +		Opphold Elektive døgnopph 80 år +		Opphold Døgnopphold for ø-hjelp 80 år +		Opphold Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG 80 år +	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	714	777	110	110	428	456	365	389
Helseregion Sør	775	873	132	138	429	452	369	387
Helseregion Vest	709	792	94	124	470	479	408	415
Helseregion Midt-Norge	767	809	91	97	468	485	401	416
Helseregion Nord	742	777	120	124	464	478	398	407
Totalt	736	804	110	118	446	466	383	399
(N=)	(150 971)	(168 228)	(22 528)	(24 738)	(91 422)	(97 468)	(78 509)	(83 565)

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Ratene for opphold totalt for eldre 80 år+ økte med 9,2 prosent
- Ratene for elektive døgnopphold for eldre 80 år + økte med 7,3 prosent
- Ratene for døgnopphold for ø-hjelp for eldre 80 år+ økte med 4,7 prosent
- Ratene for døgnopphold for ø-hjelp definert i med. DRG for eldre 80 år+ økte med 4,4 prosent

Variasjonsratioen mellom regionene (høyeste rate dividert på laveste):

- økte fra 1,09 til 1,12 for opphold totalt for eldre (80 år+)
- ble redusert fra 1,45 til 1,42 for elektive døgnopphold for eldre
- ble redusert fra 1,10 til 1,07 for døgnopphold for ø-hjelp for eldre
- ble redusert fra 1,12 til 1,07 for døgnopphold ø-hjelp ef. i med. DRG for eldre

Tabell 8.13 Sum liggedøgn i regionene i 2002 og 2003 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbygger 80 år og eldre.

Helseregion Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag 80 år +		Liggetidsrate Elektive døgnopphold 80 år +		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp 80 år +		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG 80 år +	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	4 329	4 356	781	761	3 373	3 385	2 670	2 677
Helseregion Sør	4 109	4 393	999	1 061	2 895	3 048	2 271	2 368
Helseregion Vest	5 010	5 073	783	1 104	4 082	3 778	3 189	2 924
Helseregion Midt-Norge	5 059	5 221	792	826	4 059	4 168	3 132	3 183
Helseregion Nord	4 878	4 997	825	870	3 895	3 952	3 043	3 056
Totalt	4 580	4 696	832	911	3 568	3 564	2 796	2 774
(N=)	(939 223	(982 242	(170 594	(390 569	(731 606	(745 596	(573 287	(580 254

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Liggetidsratene for samlet antall opphold for eldre økte med 2,5 prosent
- Liggetidsratene for elektive døgnopphold for eldre økte med 9,5 prosent
- Liggetidsratene for ø-hjelp døgnopphold for eldre var stabile
- Liggetidsratene for døgnopphold for ø-hjelp definert i med. DRG for eldre ble redusert med 0,8 prosent
-
- Variasjonsratioen mellom regionene (høyeste rate dividert på laveste):
 - ble redusert fra 1,23 til 1,20 for liggetidsratene for eldre totalt
 - økte fra 1,28 til 1,45 for eldres liggetidsrater knyttet til elektive døgnopphold
 - ble redusert fra 1,41 til 1,37 for eldres liggetidsrater for ø-hjelp døgnopphold
 - ble redusert fra 1,40 til 1,34 for eldres liggetidsrater for ø-hjelp definert i med. DRG (døgnopphold)

Tabell 8.14 Relativt sykehusbruk blant eldre. Regionnivå 2002 og 2003.

Helseregion Pasientenes bosted	Andel i befolkningen 80 år +		Eldres andel av sum lgd v/døgnopphold		Relativt sykehusbruk blant eldre 80 år+ (døgnopphold)	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	4,45	4,49	19,90	20,34	4,48	4,53
Helseregion Sør	4,72	4,81	18,86	19,91	4,00	4,14
Helseregion Vest	4,37	4,42	21,94	22,18	5,03	5,02
Helseregion Midt-Norge	4,74	4,81	22,42	22,99	4,73	4,78
Helseregion Nord	4,26	4,34	19,68	20,35	4,62	4,69
Totalt	4,50	4,57	20,42	21,00	4,53	4,59

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Indikatoren for relativt sykehusbruk blant eldre viser ratioen mellom eldres bruk av sykehustjenester (definert som liggedøgn for døgnopphold) og eldres andel av befolkningen (eldres andel av liggedøgn dividert på eldres andel av befolkningen).

- Relativt sykehusbruk blant eldre økte fra 2002 til 2003
- Helseregion Vest har totalt sett høyest nivå av relativt sykehusbruk blant eldre

Tabell 8.15 Rater for antall opphold i HF-områdene i 2002 og 2003 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbygger 80 år og eldre.

HF-område Pasientenes bosted	Opphold totalt Døgn og dag 80 år +		Opphold Elektive døgnopph 80 år +		Opphold Døgnopphold for ø-hjelp 80 år +		Opphold Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG 80 år +	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	647	683	132	129	416	451	355	383
Asker og Bærum	746	763	160	137	409	409	348	346
Akershus	740	811	101	107	466	498	403	428
Ullevål og Aker	752	836	91	97	444	469	378	400
Innlandet	684	744	113	110	406	441	344	379
Helseregion Øst	714	777	110	110	428	456	365	389
Ringerike	505	633	87	123	353	383	298	327
Buskerud	638	717	93	102	430	463	364	395
Blefjell	754	801	184	187	443	466	382	407
Vestfold	759	773	97	108	438	450	377	378
Telemark	1 174	1 454	225	222	440	443	378	380
Sørlandet	738	843	124	122	428	463	372	399
Helseregion Sør	775	873	132	138	429	452	369	387
Stavanger	719	814	74	154	441	442	378	376
Fonna	650	716	97	122	453	460	396	401
Bergen	719	794	82	89	494	497	430	431
Førde	744	847	163	175	475	517	417	456
Helseregion Vest	709	792	94	124	470	479	408	415
Sunnmøre	791	874	107	129	452	479	385	412
Nordmøre/Romsdal	711	721	89	96	442	463	378	397
Orkdal	729	763	84	84	474	476	415	414
St. Olavs hospital	850	904	86	82	511	531	436	453
Nord-Trøndelag	702	716	89	96	444	450	385	388
Helsereg. M-Norge	767	809	91	97	468	485	401	416
Helgeland	840	811	123	136	534	528	456	460
Nordland	688	749	116	123	431	473	373	405
Hålogaland	729	743	116	120	504	525	438	447
UNN	744	845	112	114	382	375	311	303
Finmark	707	740	148	137	449	459	388	399
Helseregion Nord	742	777	120	124	464	478	398	407
Totalt	736	804	110	118	446	466	383	399
(N=)	(150 971)	(168 228)	(22 528)	(24 738)	(91 422)	(97 468)	(78 509)	(83 565)

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 8.16 Sum liggedøgn i regionene i 2002 og 2003 etter alder, type opphold og innmåte. Rater per 1000 innbygger 80 år og eldre.

HF-område Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag 80 år +		Liggetidsrate Elektive døgnopph 80 år +		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp 80 år +		Liggetidsrate Døgnopphold for ø-hjelp med. DRG 80 år +	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	3 718	5 486	1 137	2 004	2 482	3 135	1 891	2 382
Asker og Bærum	4 776	5 118	948	1 989	3 652	2 674	2 923	2 059
Akershus	3 939	6 608	615	2 136	3 151	3 977	2 595	3 139
Ullevål og Aker	5 165	5 263	700	1 451	4 248	3 341	3 403	2 598
Innlandet	3 548	4 908	690	1 762	2 692	2 766	2 075	2 201
Helseregion Øst	4 329	4 356	781	761	3 373	3 385	2 670	2 677
Ringerike	2 956	4 552	560	1 890	2 331	2 396	1 767	1 845
Buskerud	3 876	5 287	678	1 554	3 083	3 372	2 384	2 662
Blefjell	4 238	5 149	1 047	2 047	3 064	2 685	2 373	2 185
Vestfold	3 854	5 544	772	2 046	2 857	2 965	2 194	2 324
Telemark	5 856	6 287	2 063	2 746	3 283	2 848	2 594	2 267
Sørlandet	3 809	5 283	916	2 092	2 708	2 723	2 202	2 187
Helseregion Sør	4 109	4 393	999	1 061	2 895	3 048	2 271	2 368
Stavanger	5 279	5 762	704	2 085	4 371	3 256	3 464	2 364
Fonna	4 015	5 204	707	1 878	3 207	2 927	2 632	2 384
Bergen	5 371	5 585	781	1 651	4 447	3 493	3 354	2 580
Førde	4 818	5 334	1 029	1 722	3 684	3 328	2 964	2 682
Helseregion Vest	5 010	5 073	783	1 104	4 082	3 778	3 189	2 924
Sunnmøre	5 008	5 900	938	2 173	3 837	3 283	2 855	2 662
Nordmøre/Romsdal	4 236	5 454	683	1 986	3 374	3 128	2 533	2 476
Orkdal	4 725	5 645	992	1 644	3 563	3 489	2 896	2 750
St. Olavs hospital	6 788	6 939	851	1 702	5 685	4 729	4 371	3 373
Nord-Trøndelag	3 649	5 070	582	1 404	2 898	3 255	2 364	2 612
Helsereg. M-Norge	5 059	5 221	792	826	4 059	4 168	3 132	3 183
Helgeland	5 299	6 539	884	2 128	4 231	4 009	3 282	3 214
Nordland	5 259	6 462	832	2 085	4 285	4 009	3 434	3 048
Hålogaland	4 997	6 245	859	2 065	4 029	3 767	3 154	3 057
UNN	4 481	6 649	713	1 836	3 518	3 845	2 600	2 753
Finmark	3 843	8 483	814	2 686	2 918	5 240	2 383	4 296
Helseregion Nord	4 878	4 997	825	870	3 895	3 952	3 043	3 056
Totalt	4 580	4 696	832	911	3 568	3 564	2 796	2 774
(N=)	(939 223)	(982 242)	(170 594)	(390 569)	(731 606)	(745 596)	(573 287)	(580 254)

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 8.17 Relativt sykehusbruk blant eldre i spesialisthelsetjenesten. HF-områder 2002 og 2003.

HF-område Pasientenes bosted	Andel i befolkningen 80 år +		Eldres andel av sum lgd døgnopphold		Relativt sykehusbruk 80 år+ døgn	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	4,65	4,70	18,50	19,52	3,98	4,15
Asker og Bærum	3,85	4,08	20,24	21,18	5,25	5,19
Akershus	3,15	3,18	14,61	14,51	4,64	4,57
Ullevål og Aker	4,37	4,35	22,73	22,69	5,20	5,22
Innlandet	5,43	5,55	18,57	19,65	3,42	3,54
Helseregion Øst	4,45	4,49	19,90	20,34	4,48	4,53
Ringerike	5,41	5,55	18,17	19,48	3,36	3,51
Buskerud	4,20	4,27	17,03	17,87	4,05	4,18
Bleifjell	5,63	5,72	21,85	23,70	3,88	4,15
Vestfold	4,64	4,76	17,82	18,93	3,84	3,98
Telemark	4,96	5,05	23,15	23,49	4,67	4,65
Sørlandet	4,46	4,55	17,24	18,41	3,86	4,04
Helseregion Sør	4,72	4,81	18,86	19,91	4,00	4,14
Stavanger	3,65	3,67	20,55	20,73	5,63	5,66
Fonna	4,75	4,85	19,12	20,46	4,02	4,22
Bergen	4,43	4,49	23,68	23,33	5,35	5,19
Førde	5,48	5,55	23,40	24,05	4,27	4,33
Helseregion Vest	4,37	4,42	21,94	22,18	5,03	5,02
Sunnmøre	4,84	4,96	22,17	23,14	4,58	4,67
Nordmøre/Romsdal	5,30	5,40	19,87	20,85	3,75	3,86
Orkdal	5,65	5,75	24,22	24,55	4,29	4,27
St. Olavs hospital	4,05	4,11	25,01	25,24	6,18	6,15
Nord-Trøndelag	4,94	4,98	19,40	19,84	3,93	3,98
Helsereg. M-Norge	4,74	4,81	22,42	22,99	4,73	4,78
Helgeland	4,97	5,02	22,72	21,32	4,57	4,25
Nordland	4,40	4,45	21,50	23,82	4,89	5,36
Hålogaland	5,32	5,44	22,59	23,88	4,25	4,39
UNN	3,35	3,43	16,95	17,42	5,06	5,08
Finnmark	3,22	3,30	12,18	12,29	3,78	3,72
Helseregion Nord	4,26	4,34	19,68	20,35	4,62	4,69
Totalt	4,50	4,57	20,47	21,04	4,54	4,60

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

9 Personell og senger

Thomas Halvorsen

Statistikken for personell og senger har de siste 20 årene vært preget av to klare trender med motsatt fortegn: en årlig oppgang i antallet årsverk og en nedgang i antallet effektive senger. Dette gjelder også utviklingen siste år.

9.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres tall for personell og senger innen den norske spesialisthelsetjenesten. Tabellene og figurene som før har blitt presentert i ulike kapitler avhengig av analysenivå, presenteres nå samlet i dette kapitlet. Ellers er framstillingens struktur stort sett uforandret fra fjorårets tabelldel i SAMDATA. Først presenteres nasjonale tall for de ulike personellkategoriene, deretter brytes disse ned til rater på regionnivå sammen med sengetallene. Så presenteres tallene i form av rater på helseforetaknivå. I grunnlagsdata presenteres de faktiske tallene på institusjonsnivå.

Nytt i fra fjorårets SAMDATA tabelldel var presentasjonen av ordinære senger for institusjoner som ikke er definert som sykehus, men som allikevel er en del av den større foretaksstrukturen. Vi følger opp dette i år, men nå presenteres samtlige institusjoner innen spesialisthelsetjenesten i samme tabell. Likeledes presenteres personelltallene for disse institusjonene i samme tabell som for sykehusene.

En annen forskjell fra fjorårets tabellpresentasjon er at i år presenteres flere av personelltabellene dobbelt opp. Endringen som er gjort i "duplikat"-tabellene er at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) enten er utelatt eller så er 2003-tallene beregnet ut fra 2002-tallene for dette helseforetaket (og korrigert for økningen i årsverk på nasjonalt nivå). Dette er gjort fordi årets personelltall fra UNN avviker så mye fra fjorårets tall at de til dels virker kraftig inn på de aggregerte størrelsene. Endringen skyldes overgang til nytt personellsystem, og kan derfor ikke tolkes som en reell økning i årsverk.

9.2 Personell

Personelltallene for 2003 viser at de siste års vekst i personell holder fram. Samlet sett er det en økning på over tre prosent fra utgangen av 2002 til utgangen av 2003, noe som reduseres til to prosent om UNN ekskluderes. Med unntak av service- og driftspersonell opplever samtlige personellkategorier en vekst i antallet årsverk.

Størst framgang har gruppen "annet pasientretta arbeid". Denne gruppen går opp med over 53 prosent hvis UNN er inkludert i tallene og synker til nærmere 19 prosents oppgang når UNN utelates fra tallene. Med unntak av Helseregion Øst tar samtlige helseregioner del i denne veksten. Prosentvis er dette en voldsom framgang fra et år til et annet, men da dette er den desidert minste av personellgruppene skal det en forholdsvis liten endring til i antallet årsverk før dette gir seg klare utslag i prosentvise tall. Som nevnt er det en nedgang for personellgruppen "service- og driftspersonell". Totalt går denne personellgruppen tilbake

med omtrent åtte prosent fra 2002, og dette bildet forblir uforandret om UNN ekskluderes. Nedgangen deles av alle helseregionene om enn ikke i likt omfang for alle. Denne nedgangen motsvares av en nesten tilsvarende stor oppgang i "administrasjon og kontor".

Legeårsverkene har en samlet oppgang på fire prosent, men denne oppgangen reduseres til i underkant av tre prosent hvis man ser bort fra UNN. Hjelpepleierne har en meget moderat vekst på under en prosent, mens personellgruppen "annet behandlingspersonell" stiger med over seks prosent med UNN inkludert og nærmere fem prosent hvis man ser bort fra UNN. Den største innflytelse på totalprosenten har imidlertid utviklingen innen sykepleieårsverkene i kraft av at dette er den desidert største personellgruppen. Sykepleieårsverkene stiger med omtrent tre prosent som ikke er langt fra totalveksten for personell. Nettotilveksten her er imidlertid avgrenset til tre nordligste helseregionene.

9.3 Effektive senger

Utviklingen i sengetallene for 2003 er i tråd med den nedadgående trenden fra tidligere år. Totalt synker sengeraten med omtrent to prosent fra 2002 til 2003. Denne nedgangen er imidlertid ikke jevnt fordelt mellom regionene. Både helseregion Sør og helseregion Midt-Norge opprettholder nivået fra 2002. Helseregion Øst og helseregion Vest går ned mens helseregion Nord som eneste region går opp. Oppgangen i helseregion Nord innbefatter samtlige helseforetak bortsett fra Finnmark HF som har en nedgang i sengeraten.

9.4 Årsverk – nasjonalt nivå

Tabell 9.1 Antall årsverk¹ etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2002 og 2003. Endringer i antall og prosent.

Personellgrupper	2002 (N=)	2003 (N=)	Endringer i antall 2002-2003	Prosentvis endring 2002-2003
Leger	7 302	7 595	293	4,0
Sykepleiere ²	23 568	24 264	696	3,0
Hjelpepleiere/barnepleiere	5 132	5 180	48	0,9
Annet behandl. personell ³	6 405	6 829	424	6,6
Annet pasientretta arbeid ⁴	951	1 457	506	53,2
Adm. og kontorpersonell	9 367	10 072	705	7,5
Service- og driftspersonell	8 773	8 046	-727	-8,3
Totalt	61 498	63 444	1 946	3,2

¹ Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

² Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

³ Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

⁴ Omfatter annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

Tabell 9.2 Antall årsverk¹ etter personellkategori ved somatiske sykehus eksklusive Universitetssykehuset i Nord-Norge. 2002 og 2003. Endringer i antall og prosent.

Personellgrupper	2002 (N=)	2003 (N=)	Endringer i antall 2002-2003	Prosentvis endring 2002-2003
Leger	7 026	7 232	206	2,9
Sykepleiere ²	22 685	23 307	622	2,7
Hjelpepleiere/barnepleiere	4 935	4 957	22	0,4
Annet behandl. personell ³	6 110	6 431	321	5,3
Annet pasientretta arbeid ⁴	948	1 125	177	18,7
Adm. og kontorpersonell	8 938	9 469	531	5,9
Service- og driftspersonell	8393	7 692	-701	-8,4
Totalt	59035	60213	1178	2,0

¹ Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

² Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

³ Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

⁴ Omfatter annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

Tabell 9.3 Antall årsverk¹ i prosentandel etter personellkategori for somatiske sykehus. 2002 og 2003. Endringer i prosentpoeng.

Personellgrupper	2002	2003	Prosentpoeng endring 2002-2003
Leger	11,9	12,0	0,1
Sykepleiere ²	38,3	38,2	-0,1
Hjelpepleiere/barnepleiere	8,3	8,2	-0,2
Annet behandl. personell ³	10,4	10,8	0,3
Annet pasientretta arbeid ⁴	1,5	2,3	0,8
Adm. og kontorpersonell	15,2	15,9	0,6
Service- og driftspersonell	14,3	12,7	-1,6
Totalt	100,0	100,0	0,0

¹ Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

² Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

³ Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

⁴ Omfatter annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

Tabell 9.4 Antall årsverk¹ i prosentandel etter personellkategori for somatiske sykehus eksklusive Universitetssykehuset i Nord-Norge. Data fra 2002 og 2003. Endringer i prosentpoeng.

Personellgrupper	2002	2003	Prosentpoeng endring 2002-2003
Leger	11,9	12,0	0,1
Sykepleiere ²	38,4	38,7	0,3
Hjelpepleiere/barnepleiere	8,4	8,2	-0,1
Annet behandl. personell ³	10,3	10,7	0,3
Annet pasientretta arbeid ⁴	1,6	1,9	0,3
Adm. og kontorpersonell	15,1	15,7	0,6
Service- og driftspersonell	14,2	12,8	-1,4
Totalt	100,0	100,0	0,0

¹ Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

² Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

³ Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

⁴ Omfatter annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

9.5 Årsverk – regionalt nivå

Tabell 9.5 Antall årsverk¹ per 1000 innbyggere etter personellkategori. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2002² og 2003. Somatiske sykehus³. Bostedsregion.

Helseregion Pasientenes bosted	Leger		Sykepleiere		Annet pas. rettet arbeid		Adm./ kontor		Drift/ service		I alt	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	1,7	1,7	5,0	5,0	2,8	2,8	2,2	2,2	1,9	1,7	13,7	13,4
Helseregion Sør	1,5	1,5	5,0	5,0	2,7	2,9	2,1	2,2	1,7	1,5	12,9	13,2
Helseregion Vest	1,5	1,6	5,0	5,3	2,5	2,7	1,7	2,0	2,3	2,2	13,0	13,8
Helseregion Midt-Norge	1,5	1,6	5,5	5,7	2,6	2,8	2,0	2,0	1,7	1,5	13,2	13,6
Helseregion Nord	1,7	1,9	5,8	6,2	3,4	4,3	2,2	2,8	2,1	1,8	15,1	17,0
Totalt	1,6	1,7	5,2	5,3	2,7	2,9	2,1	2,2	1,9	1,8	13,5	13,8

¹ Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

² Tallene for 2002 avviker noe fra de som ble publisert i SAMDATA i fjor pga ny inndeling i de underliggende foretaksområdene, samt at det har blitt lagt til noen institusjoner som før ikke ble klassifisert som sykehus.

³ Somatiske sykehus inkluderer rehabiliteringsinstitusjonene Nevrohemmet og Mork, samt Rehabiliteringstjenesten i Stavanger.

⁴ Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

⁵ Omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell i pasientrettet arbeid.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

Tabell 9.6 Antall årsverk¹ per 1000 innbyggere etter personellkategori og helseregion. Korrigererte tall for Universitetssykehuset i Nord-Norge². Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Data fra 2002³ og 2003. Somatiske sykehus⁴.

Helseregion Pasientenes bosted	Leger		Sykepleiere ⁵		Annet pas.- rettet arbeid ⁶		Administrasjon/ kontor		Drift/service		I alt	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helseregion Øst	1,7	1,7	5,0	5,0	2,8	2,8	2,2	2,2	1,9	1,7	13,7	13,4
Helseregion Sør	1,5	1,5	5,0	5,0	2,7	2,9	2,1	2,2	1,7	1,5	12,9	13,2
Helseregion Vest	1,5	1,6	5,0	5,3	2,5	2,7	1,7	2,0	2,3	2,2	13,0	13,8
Helseregion Midt- Norge	1,5	1,6	5,5	5,7	2,6	2,8	2,0	2,0	1,7	1,5	13,2	13,6
Helseregion Nord	1,7	1,7	5,8	6,0	3,4	3,4	2,2	2,4	2,1	1,8	15,1	15,4
Totalt	1,6	1,6	5,2	5,3	2,7	2,8	2,1	2,2	1,9	1,8	13,5	13,7

¹ Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

² For UNN er det benyttet 2002-tall korrigert for den nasjonale økningen i årsverk.

³ Tallene for 2002 avviker noe fra de som ble publisert i SAMDATA i fjor pga ny inndeling i de underliggende foretaksområdene, samt at det har blitt lagt til noen institusjoner som før ikke ble klassifisert som sykehus.

⁴ Somatiske sykehus inkluderer rehabiliteringsinstitusjonene Nevrohjemmet og Mork, samt Rehabiliteringstjenesten i Stavanger.

⁵ Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

⁶ Omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell i pasientrettet arbeid.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

9.6 Senger – regionalt nivå

Tabell 9.7 Antall effektive senger i sykehus per 1000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2002 og 2003. Bostedsregioner

Helseregion Pasientenes bosted	Effektive senger for døgnpasienter	
	2002	2003
Helseregion Øst	2,7	2,6
Helseregion Sør	2,9	2,9
Helseregion Vest	3,0	2,8
Helseregion Midt-Norge	2,9	2,9
Helseregion Nord	3,3	3,4
Totalt	2,9	2,8

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

9.7 Årsverk – HF-områder

Tabell 9.8 Årsverk¹ per 1000 innbyggere etter personellkategori og foretaksområde. Data fra 2002² og 2003. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Helseforetaksområder.

HF-område Pasientenes bosted	Leger		Sykepleiere ³		Annet pas.- rettet arbeid ⁴		Administrasjon / Kontor		Drift/Service		Totalt	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	1,4	1,3	4,7	4,5	2,5	2,4	2,3	2,2	1,5	1,2	12,3	11,6
Asker og Bærum	1,4	1,4	4,7	4,4	2,3	2,2	2,0	2,2	2,0	1,5	12,4	11,8
Akershus	1,9	1,8	5,4	5,1	2,8	3,1	1,7	2,2	1,7	1,5	14,3	13,8
Ullevål og Aker	2,1	2,0	5,6	5,5	3,2	3,1	2,3	2,7	2,6	2,0	15,8	15,3
Innlandet	1,5	1,5	4,5	4,7	2,5	2,5	1,7	1,7	2,0	1,7	11,8	12,1
Ringerike	1,2	1,3	4,1	4,7	2,4	2,6	1,4	1,7	1,3	1,1	10,3	11,4
Buskerud	1,5	1,7	4,6	4,9	3,0	3,2	2,1	2,3	1,2	1,4	12,4	13,5
Blefjell	1,4	1,3	4,8	4,8	3,0	2,8	1,6	1,8	1,7	1,4	12,5	12,0
Vestfold	1,7	1,7	5,6	5,5	2,7	3,0	2,3	2,4	2,0	1,8	14,2	14,5
Telemark	1,4	1,4	4,8	4,7	2,8	3,0	1,8	1,8	1,4	1,3	12,2	12,1
Sørlandet	1,5	1,6	5,0	5,0	2,4	2,7	2,3	2,4	1,8	1,6	13,0	13,3
Stavanger	1,4	1,5	5,3	5,2	2,3	3,0	0,9	1,8	1,8	1,8	11,8	13,3
Fonna	1,4	1,4	4,9	5,1	2,3	2,2	1,9	1,8	2,4	1,9	12,8	12,4
Bergen	1,7	1,7	4,9	5,4	2,6	2,6	2,1	2,2	2,6	2,7	13,8	14,7
Førde	1,5	1,7	5,1	5,5	2,8	3,0	2,2	1,9	2,0	2,1	13,5	14,1
Sunnmøre	1,5	1,5	4,9	5,2	2,5	2,8	1,8	1,9	1,2	1,2	11,8	12,6
Nordm./ Romsd	1,6	1,7	5,5	5,9	2,8	2,8	2,0	1,9	1,7	1,6	13,6	14,0
Orkdal	1,2	1,3	5,1	5,1	2,4	2,4	1,5	1,5	1,3	1,2	11,5	11,5
St. Olavs hosp.	1,7	1,8	6,0	6,4	2,6	3,0	2,1	2,4	2,1	1,9	14,5	15,5
Nord-Trøndelag	1,4	1,3	5,3	5,4	2,5	2,5	2,1	1,7	1,7	1,2	12,0	12,1
Helgeland	1,5	1,6	5,2	5,5	3,2	3,6	1,8	2,1	1,7	1,7	13,4	14,4
Nordland	1,7	1,9	6,0	6,1	3,8	3,7	1,9	2,3	2,0	1,5	15,4	15,5
Hålogaland	1,5	1,7	5,7	6,0	3,4	3,9	2,2	2,5	1,8	1,5	14,6	15,7
UNN ⁵	1,8	2,3	5,7	6,2	3,2	6,0	2,7	3,8	2,4	2,3	15,8	20,6
Finmark	1,8	1,9	6,5	7,1	3,4	4,2	2,4	3,0	2,5	2,4	16,6	18,6

¹ Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

² Tallene for 2002 avviker noe fra de som ble publisert i SAMDATA i fjor pga ny inndeling i de underliggende foretaksområdene, samt at det har blitt lagt til noen institusjoner som før ikke ble klassifisert som sykehus.

³ Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre.

⁴ Omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell i pasientrettet arbeid.

⁵ I følge UNN skyldes økningen i personell hovedsaklig at deres nye lønnsystem gir en mer realistisk oversikt over bemanningssituasjonen enn hva som har vært tilgjengelig tidligere år.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

Tabell 9.9 Årsverk¹ per 1000 innbyggere etter personellkategori og foretaksområde. Korrigerte tall for Universitetssykehuset i Nord-Norge². Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Data fra 2002³ og 2003.

HF-område Pasientenes bosted	Leger		Sykepleiere ⁴		Annet pasientrettet arbeid ⁵		Administrasj. / Kontor		Drift/Service		Totalt	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Østfold	1,4	1,3	4,7	4,5	2,4	2,4	2,3	2,2	1,5	1,2	12,3	11,6
Asker-Bærum	1,4	1,4	4,7	4,4	2,4	2,2	2,0	2,2	2,0	1,5	12,4	11,8
Akershus	1,9	1,8	5,4	5,1	2,9	3,1	1,7	2,2	1,7	1,5	14,3	13,8
Ullevål og Aker	2,1	2,0	5,6	5,5	3,2	3,1	2,3	2,7	2,6	2,0	15,8	15,3
Innlandet	1,5	1,5	4,5	4,7	2,5	2,5	1,7	1,7	2,0	1,7	11,8	12,1
Ringerike	1,2	1,3	4,1	4,7	2,4	2,6	1,4	1,7	1,3	1,1	10,3	11,4
Buskerud	1,5	1,7	4,6	4,9	3,0	3,2	2,1	2,3	1,2	1,4	12,4	13,5
Blefjell	1,4	1,3	4,8	4,8	3,0	2,8	1,6	1,8	1,7	1,4	12,5	12,0
Vestfold	1,7	1,7	5,6	5,5	2,7	3,0	2,3	2,4	2,0	1,8	14,2	14,5
Telemark	1,4	1,4	4,8	4,7	2,8	3,0	1,8	1,8	1,4	1,3	12,2	12,1
Sørlandet	1,5	1,6	5,0	5,0	2,4	2,7	2,3	2,4	1,8	1,6	13,0	13,3
Stavanger	1,4	1,5	5,3	5,2	2,3	3,0	0,9	1,8	1,8	1,8	11,8	13,3
Fonna	1,4	1,4	4,9	5,1	2,3	2,2	1,9	1,8	2,4	1,9	12,8	12,4
Bergen	1,7	1,7	4,9	5,4	2,6	2,6	2,1	2,2	2,6	2,7	13,8	14,7
Førde	1,5	1,7	5,1	5,5	2,8	3,0	2,2	1,9	2,0	2,1	13,5	14,1
Sunnmøre	1,5	1,5	4,9	5,2	2,5	2,8	1,8	1,9	1,2	1,2	11,8	12,6
Nordmøre/Roms.	1,6	1,7	5,5	5,9	2,8	2,8	2,0	1,9	1,7	1,6	13,6	14,0
Orkdal	1,2	1,3	5,1	5,1	2,4	2,4	1,5	1,5	1,3	1,2	11,5	11,5
St. Olavs hosp.	1,7	1,8	6,0	6,4	2,6	3,0	2,1	2,4	2,1	1,9	14,5	15,5
Nord-Trøndelag	1,4	1,3	5,3	5,4	2,5	2,5	2,1	1,7	1,7	1,2	12,0	12,1
Helgeland	1,5	1,5	5,2	5,5	3,2	3,3	1,8	2,0	1,7	1,7	13,4	14,0
Nordland	1,7	1,9	6,0	6,1	3,8	3,4	1,9	2,2	2,0	1,5	15,4	15,1
Hålogaland	1,5	1,6	5,7	5,9	3,3	3,3	2,2	2,3	1,8	1,5	14,6	14,8
UNN ⁶	1,8	1,8	5,7	5,9	3,2	3,3	2,7	2,9	2,4	2,2	15,8	16,3
Finmark	1,8	1,8	6,5	7,0	3,4	3,4	2,4	2,8	2,5	2,4	16,6	17,3

¹ Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår.

² For UNN er det benyttet 2002-tall korrigert for den nasjonale økningen i årsverk.

³ Tallene for 2002 avviker noe fra de som ble publisert i SAMDATA i fjor pga ny inndeling i de underliggende foretaksområdene, samt at det har blitt lagt til noen institusjoner som før ikke ble klassifisert som sykehus.

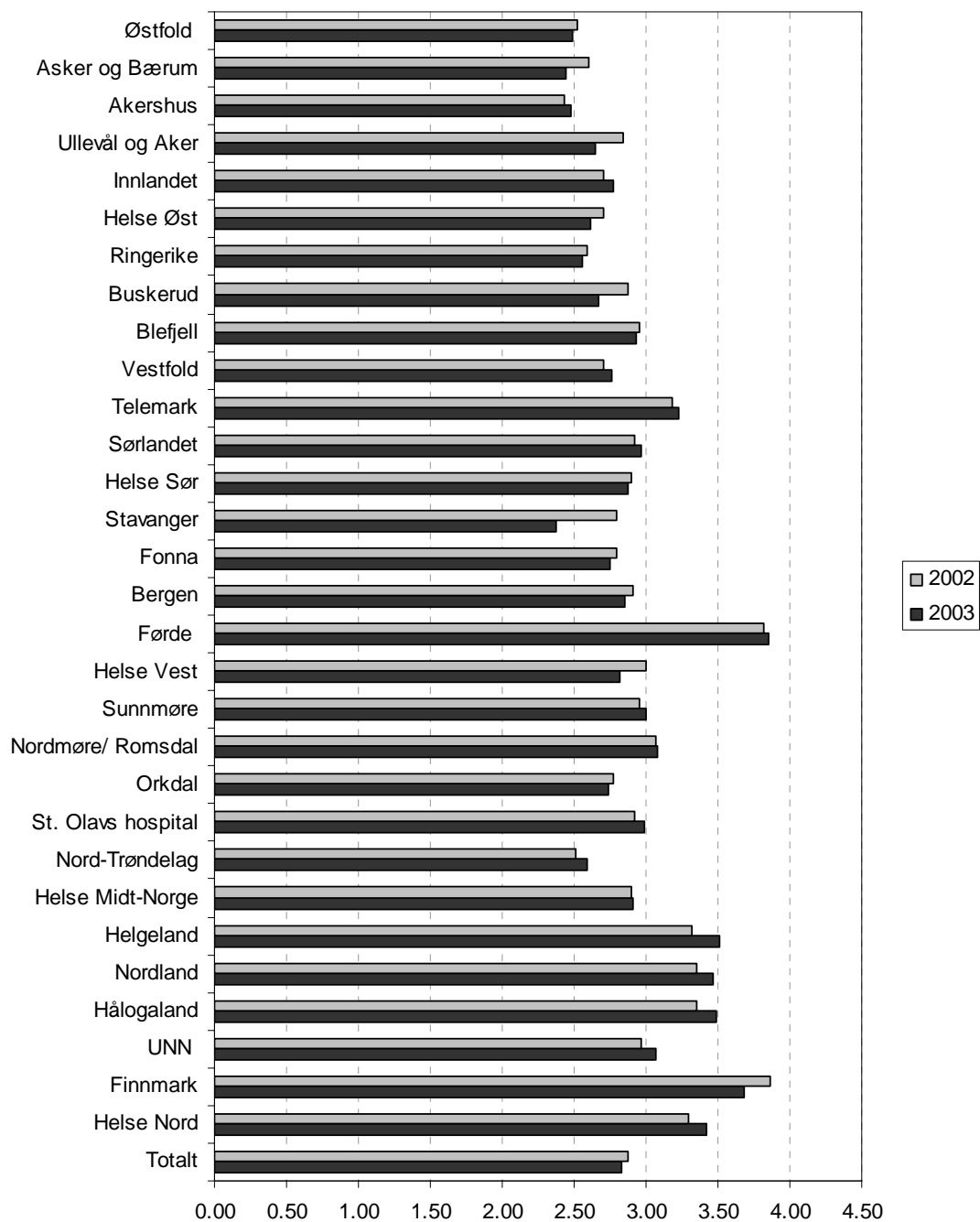
⁴ Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre.

⁵ Omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell i pasientrettet arbeid.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

Figur 9.1 Antall effektive senger per 1000 innbyggere fordelt på somatiske sykehus. Korrigeret for pasientflyt mellom foretak, kjønns- og aldersstandardisert. Etter foretaksområde. Data fra 2002 og 2003.



Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

10 Utgifter og finansiering

Marit Pedersen⁴⁰, Solveig Osborg Ose, Ivar Pettersen og Heidi Torvik

10.1 Nasjonale utviklingstrekk 2002-2003

Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste øker fra 42 mrd kr i 2002 til 44 mrd kr i 2003, målt i faste 2003 kr⁴¹. Dette innebærer en realvekst på 5 prosent. Imidlertid gir RHF-ene i 2003 tilskudd til en rekke opptreningsinstitusjoner som ikke fikk tilskudd i 2002, og til behandlingshjelpemidler. I tillegg inngår utgiftstall for de private klinikkene Medi3 AS, Ringvollklinikken AS og Colosseum legeavdeling i 2003. Korrigeret for ny virksomhet i 2003, som utgjør drøyt 1 mrd kr, observeres en realøkning i totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste med 2,5 prosent fra 2002 til 2003.

Korrigeret for prisvekst øker statens finansiering gjennom Innsatsstyrt Finansiering (ISF) med 2,1 mrd kr fra 2002 til 2003, noe som tilsvarer en realvekst på 13 prosent. Imidlertid øker refusjonssatsen fra 55 til 60 prosent i perioden. Økt refusjonssats forklarer ti prosentpoeng av veksten i utbetalinger via ISF, det vil si at økningen i utbetalinger via ISF ville vært på tre prosent hvis refusjonssatsen hadde vært uendret fra 2002-2003.

RHF-enes finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste reduseres fra 2002 til 2003. Den observerte utgiftsveksten finansieres dermed i hovedsak av økte utbetalinger via ISF, men også ved økning i polikliniske refusjoner og andre tilskudd/refusjoner.

10.2 Regionale utviklingstrekk 2002-2003

Når utviklingen for helseregionene betraktes, går det fram at helseregion Midt-Norge har sterkest utgiftsvekst, med en realøkning på åtte prosent fra 2002-2003. 2,5 prosentpoeng av utgiftsveksten i helseregion Midt-Norge kan knyttes opp mot ny virksomhet i 2003. Helseregion Øst har den svakeste utgiftsveksten med en realøkning på fire prosent. Omtrent hele utgiftsveksten i helseregion Øst kan relateres til ny virksomhet i 2003.

Det er fortsatt relativt store variasjoner i totale driftsutgifter per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. Helseregion Vest og helseregion Øst har lavest utgiftsnivå og bruker henholdsvis 8 607 og 8 893 kroner per innbygger i 2003. Helseregion Sør og helseregion Nord har høyest utgiftsnivå og bruker henholdsvis 11 298 og 11 162 kroner per innbygger. I helseregion Sør finnes store sykehus som Rikshospitalet og Radiumhospitalet som er relativt dyre å drifte. Det høye utgiftsnivå i helseregion Nord kan trolig i hovedsak tilskrives infrastruktur.

Disse relativt store variasjonene i utgiftsnivå mellom regionene er et bilde som har holdt seg over tid. De regionale forskjellene i utgifter per innbygger har imidlertid også økt fra 2002 til 2003. Det vil si at helseregion Øst og helseregion Vest som tradisjonelt har hatt et lavt ut-

⁴⁰ Kapittelforfatter.

⁴¹ Indeks for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen på 5,5 prosent fra 2002 til 2003 benyttes når størrelser fra 2002 prjusteres. Dette er samme indeks som SSB benytter.

giftsnivå, ligger enda lenger under gjennomsnittet for landet i 2003 sammenlignet med 2002 – og omvendt for helseregion Sør og helseregion Nord.

På landsbasis observeres at den totale utgiftsveksten i hovedsak finansieres ved økte utbetalinger gjennom ISF, og at RHF-enes andel av finansieringen går noe ned. Når helseregionene betraktes separat, er dette bildet mer sammensatt. I helseregion Midt-Norge øker RHF-et sin finansieringsstøtte til somatisk spesialisthelsetjeneste med 11 prosent fra 2002 til 2003, og utgiftsveksten finansieres både ved økt driftstøtte fra RHF-et og økte utbetalinger via ISF. Hvis refusjonssatsen for ISF hadde vært konstant fra 2002 til 2003, ville ikke helseregion Midt-Norge hatt noen økning i utbetalinger via ISF. For helseregion Øst observeres at utbetalinger via ISF øker mer enn den totale utgiftsveksten i 2003, og dermed reduseres også RHF-enes finansieringsstøtte med sju prosent. I helseregion Sør finansieres hele utgiftsveksten fra 2002-2003 med økte ISF-utbetalinger. I helseregion Vest ser vi nesten det samme bildet som for landet samlet, det vil si at RHF-ets finansiering går noe ned og at utgiftsveksten mer enn dekkes opp av økte utbetalinger via ISF. Helseregion Nord finansierer utgiftsøkningen i hovedsak ved økte utbetalinger fra ISF, men RHF-ets finansieringsstøtte øker også noe.

For alle helseregioner, utenom helseregion Nord, øker også utbetalinger av polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket.

10.3 Nasjonale tall

Tabell 10.1 Totale driftsutgifter til somatiske sykehus, avtalespesialister, annen somatisk virksomhet og driftsutgifter totalt for somatisk spesialisthelsetjeneste. Prosentvis fordelt på utgiftsartene lønn, varer og tjenester og andre driftsutgifter. 2002 og 2003. Millioner kroner målt i faste 2003 kr.

	Somatiske sykehus		Driftstilskudd til skudd til avtale-spesialister		Annen somatisk spesialisthelsetjeneste		Sum somatisk spesialisthelsetjeneste	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Totale driftsutgifter	40 095	42 980	286	304	793	814	41 984	44 098
<i>Herav:</i>								
Lønnskostnader	72,6	71,6	0,0	0,0	44,0	68,7	71,5	71,0
Varekostnader	16,0	17,3	100,0	100,0	44,0	5,7	17,1	17,7
Andre driftskostnader	11,4	11,1	0,0	0,0	12,0	25,5	11,3	11,3

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 4.

Tabell 10.2 Totale driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. 2002 og 2003. Millioner kr målt i faste 2003 kr. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Prosentandeler og prosentvis endring.

	2002		2003		Prosentvis endring 2002-2003
	Mill kr	Prosentandel	Mill kr	Prosentandel	
Totale driftsutgifter	41 984	100,0	44 098	100,0	5,0
<i>Herav:</i>					
A. Øremerkede aktivitetstilskudd					
Innsatsstyrt finansiering	16 253	38,7	18 357	41,6	12,9
Polikliniske refusjoner	3 524	8,4	3 746	8,5	6,3
B. Øremerkede rammetilskudd					
Regionsykehustilskudd	2 632	6,3	2 584	5,9	-1,8
Andre øremerkede statstilskudd	258	0,6	160	0,4	-37,8
C. Pasientbetaling					
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	1 817	4,3	2 208	5,0	21,5
E. Driftsutgifter finansiert av RHF ¹					
	16 874	40,2	16 379	37,1	-2,9

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 4.

¹ Utgifter finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftsutgifter minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs E = Totale driftsutgifter - (A+B+C+D).

- Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste økte med 5 prosent fra 2002 til 2003. 2,5 prosentpoeng av utgiftsveksten tilskrives ny virksomhet i 2003.
- Utgiftsveksten på nasjonalt nivå er i hovedsak finansiert av økte utbetalinger via ISF.

10.4 Regionale tall

Tabell 10.3 Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste. Fordelt på driftsutgifter ved egne sykehus, netto gjestepasientoppgjør, driftstilskudd til avtalespesialister og driftsutgifter for annen somatisk spesialisthelsetjeneste. 2002. Millioner kr målt i faste 2003 kr.

	Somatiske sykehus	Netto gjestepasientutgifter	Driftstilskudd til avtalespesialister	Annen somatisk spesialisthelsetjeneste	Sum somatikk
Helse Øst RHF	12 235	1 260	120	394	14 010
Helse Sør RHF	10 228	-1 006	62	163	9 447
Helse Vest RHF	7 306	166	62	190	7 723
Helse Midt-Norge RHF	5 724	62	27	47	5 860
Helse Nord RHF	4 698	163	15	0	4 876
Sum	40 191	645	286	793	41 915

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 4.

Tabell 10.4 Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste. Fordelt på driftsutgifter ved egne sykehus, netto gjestepasientoppgjør, driftstilskudd til avtalespesialister og driftsutgifter for annen somatisk spesialisthelsetjeneste. 2003.

	Somatiske sykehus	Netto gjestepasientutgifter	Driftstilskudd til avtalespesialister	Annen somatisk spesialisthelsetjeneste	Sum somatikk ¹
Helse Øst RHF	12 604	1 421	155	396	14 577
Helse Sør RHF	10 900	-979	45	106	10 071
Helse Vest RHF	7 668	169	64	199	8 100
Helse Midt-Norge RHF	6 122	130	12	64	6 328
Helse Nord RHF	4 881	210	27	49	5 167
Sum	42 175	951	304	814	44 244

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 4.

¹ Totale driftsutgifter summert over regionale helseforetak samsvarer ikke med totale driftsutgifter presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak RHF-enes kjøp fra private klinikker som ikke leverer regnskap til SSB, samt uklarheter rundt gjestepasientoppjøret mellom helseregionene. Se vedlegg 4.

Tabell 10.5 Totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002 og 2003. Millioner kr målt i faste 2003 kr. Regionale helseforetak.

Region	2002 ¹	2003 ¹	Prosentvis endring 2002-2003
Helse Øst RHF	14 010	14 577	4,0
Helse Sør RHF	9 447	10 071	6,6
Helse Vest RHF	7 723	8 100	4,9
Helse Midt-Norge RHF	5 860	6 328	8,0
Helse Nord RHF	4 876	5 167	6,0
Sum	41 915	44 244	5,6

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 4.

1 Totale driftsutgifter summert over regionale helseforetak samsvarer ikke med totale driftsutgifter presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak RHF-enes kjøp fra private klinikker som ikke leverer regnskap til SSB, samt uklarheter rundt gjestepasientoppjøret mellom helseregionene. Se vedlegg 4 for nærmere forklaring.

Tabell 10.6 Totale driftsutgifter per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2002 og 2003. Kroner målt i faste 2003 kr. Regionale helseforetak.

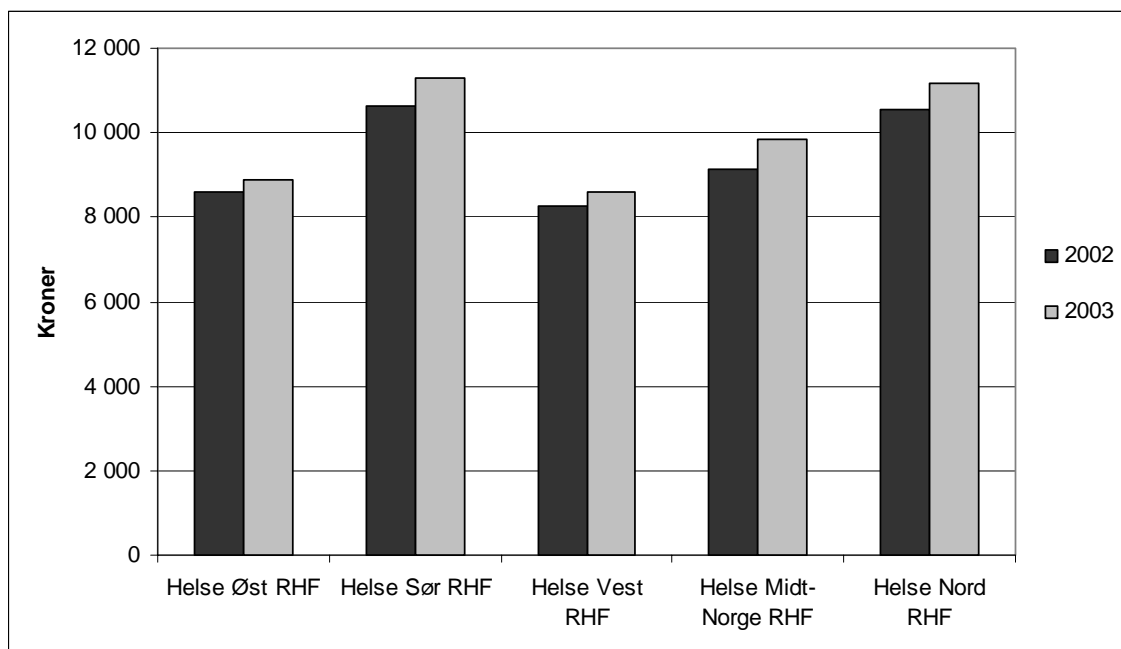
Region	2002		2003		Prosentvis endring 2002-2003
	Kr per innbygger	Prosent-avvik fra gjennom- snittet for landet	Kr per innbygger	Prosent-avvik fra gjennom- snittet for landet	
Helse Øst RHF	8 607	-6,5	8 893	-8,0	3,3
Helse Sør RHF	10 640	15,6	11 298	16,9	6,2
Helse Vest RHF	8 269	-10,2	8 607	-11,0	4,1
Helse Midt-Norge RHF	9 155	-0,6	9 845	1,9	7,5
Helse Nord RHF	10 539	14,5	11 162	15,5	5,9
Sum	9 208	0,0	9 666	0,0	5,0

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 4.

- Helse Midt-Norge RHF har sterkest utgiftsvekst fra 2002 til 2003 med en realvekst på 8 prosent, mens Helse Øst RHF har svakest utgiftsvekst med en realvekst på 4 prosent.
- Regionale variasjoner i utgifter per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste øker fra 2002 til 2003.

Figur 10.1 Totale driftsutgifter per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2002 og 2003. Kroner målt i faste 2003 kr.



Tabell 10.7 Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. 2002. Millioner kr målt faste 2003 kr. Regionale helseforetak.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum ¹
Totale driftsutgifter korrigeret for gjestepasientoppgjør	14 010	9 447	7 723	5 860	4 876	41 915
<i>Finansiert av:</i>						
A. Øremerkede aktivitetstilsk.						
Innsatsstyrt finansiering	5 699	3 414	3 072	2 281	1 787	16 253
Polikliniske refusjoner	1 030	827	662	555	448	3 522
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehusstilskudd	517	627	593	458	438	2 632
Andre øremerkede statstilskudd	74	97	35	29	22	258
C. Pasientbetaling						
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	176	120	140	103	75	614
E. Driftsutgifter finansiert av RHF ²	561	420	243	322	152	1 698
E. Driftsutgifter finansiert av RHF ²	5 952	3 941	2 977	2 113	1 955	16 938

Datakilde: SSB og SINTEF Helse
Definisjoner: Se vedlegg 4

1 Totale driftsutgifter summert over regionale helseforetak samsvarer ikke med totale driftsutgifter presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak RHF-enes kjøp fra private klinikker som ikke leverer regnskap til SSB, samt uklarheter rundt gjestepasientoppjøret mellom helseregionene. Se vedlegg 4.

2 Utgifter finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftsutgifter minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs E = Totale driftsutgifter - (A+B+C+D).

Tabell 10.8 Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2002. Regionale helseforetak.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftsutgifter korrigeret for gjestepasientoppgjør	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Finansiert av:</i>						
A. Øremerkede aktivitetstilsk.						
Innsatsstyrt finansiering	40,7	36,1	39,8	38,9	36,7	38,8
Polikliniske refusjoner	7,4	8,8	8,6	9,5	9,2	8,4
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehusstilskudd	3,7	6,6	7,7	7,8	9,0	6,3
Andre øremerkede statstilskudd	0,5	1,0	0,5	0,5	0,5	0,6
C. Pasientbetaling						
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	1,3	1,3	1,8	1,8	1,5	1,5
E. Driftsutgifter finansiert av RHF ¹	4,0	4,4	3,1	5,5	3,1	4,1
E. Driftsutgifter finansiert av RHF ¹	42,5	41,7	38,5	36,1	40,1	40,4

Datakilde: SSB og SINTEF Helse
Definisjoner: Se vedlegg 4.

1 Utgifter finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftsutgifter minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs E = Totale driftsutgifter - (A+B+C+D).

Tabell 10.9 Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Millioner kr. Regionale helseforetak.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum ¹
Totale driftsutgifter korrigeret for gjestepasientoppgjør	14 577	10 071	8 100	6 328	5 167	44 244
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilsk.						
Innsatsstyrt finansiering	6 444	3 907	3 508	2 514	1 984	18 357
Polikliniske refusjoner	1 092	910	691	600	452	3 745
B. Øremerkede rammetilsk.						
Regionsykehustilskudd ³	523	600	560	462	438	2 584
Andre øremerkede statstilsk.	55	48	38	20	-	160
C. Pasientbetaling						
	194	138	141	102	78	652
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.						
	758	525	300	293	220	2 096
E. Driftsutgifter finansiert av RHF ²						
	5 511	3 944	2 861	2 338	1 994	16 649

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 4.

1 Totale driftsutgifter summert over regionale helseforetak samsvarer ikke med totale driftsutgifter presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak RHF-enes kjøp fra private klinikker som ikke leverer regnskap til SSB, samt uklarheter rundt gjestepasientoppjøret mellom helseregionene. Se vedlegg 4.

2 Utgifter finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftsutgifter minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs E = Totale driftsutgifter - (A+B+C+D).

3 Regionsykehustilskudd til Helse Sør RHF er en fiktiv størrelse. Rikshospitalet får ikke regionsykehustilskudd, og disse funksjonene er i helseregion Sør egentlig finansiert av RHF-et.

Tabell 10.10 Driftsutgifter til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2003. Regionale helseforetak.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftsutgifter korrigeret for gjestepasientoppgjør	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilsk.						
Innsatsstyrt finansiering	44,2	38,8	43,3	39,7	38,4	41,5
Polikliniske refusjoner	7,5	9,0	8,5	9,5	8,7	8,5
B. Øremerkede rammetilskudd						
Regionsykehustilskudd ²	3,6	6,0	6,9	7,3	8,5	5,8
Andre øremerkede statstilskudd	0,4	0,5	0,5	0,3	0,0	0,4
C. Pasientbetaling						
	1,3	1,4	1,7	1,6	1,5	1,5
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.						
	5,2	5,2	3,7	4,6	4,3	4,7
E. Driftsutgifter finansiert av RHF ¹						
	37,8	39,2	35,3	36,9	38,6	37,6

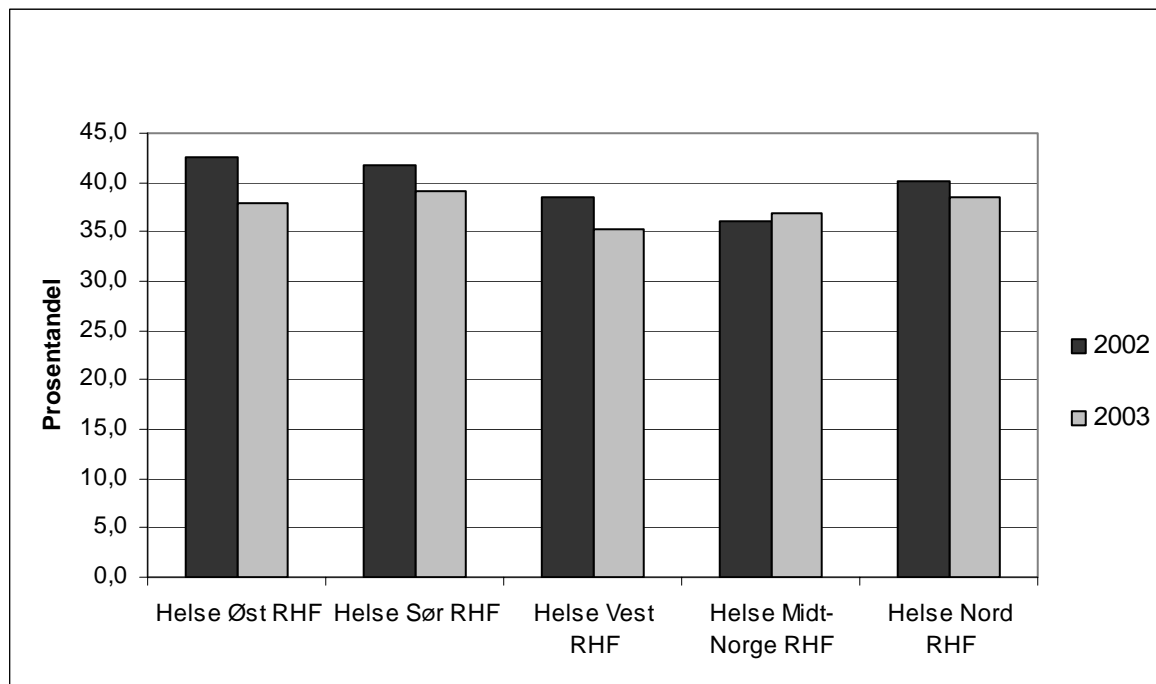
Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 4

1 Utgifter finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftsutgifter minus finansieringspostene angitt under A, B, C og D. Dvs E = Totale driftsutgifter - (A+B+C+D).

2 Regionsykehustilskudd til Helse Sør RHF er en fiktiv størrelse. Rikshospitalet får ikke regionsykehustilskudd, og disse funksjonene er i helseregion Sør egentlig finansiert av RHF-et.

Figur 10.2 Prosentandel av totale driftsutgifter finansiert av de regionale helseforetakene. 2002 og 2003.



Tabell 10.11 Totale utbetalinger av polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2002 og 2003. Millioner kr målt i faste 2002 kr. Regionale helseforetak.

	2002	2003	Endring
Helse Øst RHF	1 030	1 092	6,0
Helse Sør RHF	827	910	10,1
Helse Vest RHF	662	691	4,3
Helse Midt-Norge RHF	555	600	8,1
Helse Nord RHF	448	452	0,8
Sum	3 522	3 745	6,3

Datakilde: SSB

Definisjoner og omtale av datagrunnlag: Se vedlegg 4.

Tabell 10.12 Totale utbetalinger til helseregionene via finansieringsordningen ISF. 2002 og 2003. Millioner kr målt i faste 2003 kr. Regionale helseforetak.

	2002	2003	Prosentvis endring 2002-2003
Helse Øst RHF	5 699	6 444	13,1
Helse Sør RHF	3 414	3 907	14,4
Helse Vest RHF	3 072	3 508	14,2
Helse Midt-Norge RHF	2 281	2 514	10,2
Helse Nord RHF	1 787	1 984	11,0
Sum	16 253	18 357	12,9

Datakilde: SINTEF Helse

Definisjoner og omtale av datagrunnlag: Se vedlegg 4.

Tabell 10.13 Driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste finansiert av de regionale helseforetakene. 2002 og 2003.
Millioner kr målt i faste 2003 kr. Regionale helseforetak

	2002	2003	Prosentvis endring2002-2003
Helse Øst RHF	5,952	5,511	-7,4
Helse Sør RHF	3,941	3,944	0,1
Helse Vest RHF	2,977	2,861	-3,9
Helse Midt-Norge RHF	2,113	2,338	10,6
Helse Nord RHF	1,955	1,994	2,0
Sum	16,938	16,649	-1,7

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner og omtale av datagrunnlag: Se vedlegg 4.

- Helse Sør RHF og Helse Vest RHF har relativt sett den sterkeste veksten i utbetalinger via ISF, mens Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har den svakeste veksten.
- I Helse Midt-Norge RHF finansieres utgiftsveksten både ved økte utbetalinger via ISF og ved økning i RHF-ets finansieringsstøtte.
- I Helse Øst RHF øker totale driftsutgifter med 400 millioner kroner, mens utbetalinger via ISF øker med 700 millioner kroner. Det vil si at utbetalinger via ISF overstiger utgiftsveksten med 300 millioner kroner.

Del IV Organiseringen av tjenestetilbudet

Eierskapsreformen er først og fremst en reform av helsetjenestenes organisering. Skillelinjene mellom fylkesgrensene i helsepolitikken er utvisket for å muliggjøre en bedre utnyttelse av både fysiske og medisinsk-faglige ressurser og kompetanse. Virksomhetene har blitt større og færre og er gitt et mer selvstendig ansvar for virksomhetens drift og resultater. Dette gir imidlertid ikke i seg selv en garanti for mer effektive og tilgjengelige spesialisthelsetjenester. Kjekshus og Hagen (2003) har analysert effektivitetseffekten av de sykehussammenslåingene som skjedde fra 1992 til år 2000, og konkluderer med at sammenslåingene generelt gav en negativ effekt på kostnadseffektiviteten, og ingen signifikante effekter på sykehusenes tekniske effektivitet.

Kjekshus (2004) viser at organisasjonsendringene i norske sykehus fra 1999 til 2003 ikke bare er knyttet til eierskapsreformen og sykehusenes størrelse, men gjelder også den interne organiseringen innad i sykehusene. Han påpeker at en av de mest åpenbare endringene er knyttet til ansvarliggjøringen av avdelingsnivået. Flere sykehus har delegert tilsettingsmyndighet til avdelingene i løpet av siste femårsperiode og budsjett- og resultatregnskap føres i økende grad på avdelingsnivå. Forøvrig påpeker Kjekshus at en større andel av sykehusene har opprettet skjermede enheter for elektiv kirurgi, og antallet sykehus med egne sykehotell/pasienthotell har økt.

I denne delen av rapporten setter vi fokus på variasjoner mellom regionene og helseforetakene knyttet til organiseringen av de somatiske spesialisthelsetjenestene. Helseregionenes eksport av pasienter til andre regioner og private aktører varierer eksempelvis sterkt. Det er eksplisitt påpekt at de regionale helseforetakenes "sørge-for"-ansvar ikke nødvendigvis skal fylles gjennom egen produksjon av helsetjenester, men kan effektueres gjennom kjøp av tjenester fra private aktører eller andre regionale helseforetak. Et år før eierskapsreformen (2001) fikk pasientenes rett til fritt sykehusvalg. Dette skulle medføre både kortere ventetid for pasientene og bedre utnyttelse av ledig kapasitet på sykehusene. Reformen fikk imidlertid ingen umiddelbar betydning for verken ressursutnyttelsen eller pasientenes ventetid, da pasientstrømmene økte lite som følge av denne reformen. Den langsiktige tendensen er likevel entydig, bruken av sykehus utenfor eget helseforetak og egen region har økt i siste femårsperiode. I kapittel 11 beskrives pasientstrømmene inn og ut av de ulike regionene og foretaksområdene.

Dagkirurgi regnes vanligvis som effektiv ressursutnyttelse i sammenligning med døgnopphold som krever både pleie- og sengerressurser i tillegg til den kirurgiske behandlingen. I kapittel 12 beskrives utviklingen av dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi. Kapitlet viser variasjoner mellom regioner og foretak i bruk av dagkirurgi, både generelt og spesielt for utvalgte dagkirurgiske DRG.

Når finansieringen av sykehusene er knyttet til aktiviteten målt i antall opphold, kan det hevdes at dette gir insentiv til å organisere pasientbehandlingen som flest mulig korte sykehusopphold. Om pasienter med behov for flere behandlinger innlegges på nytt, kan dette gi dobbel betaling i stedet for at disse pasientene får så lang liggetid at de blir en utgiftspost som ikke dekkes av finansieringssystemet. Dette gjelder i særlig grad for eldre pasienter

med komplekse lidelser og behov for flere typer behandling. I kapittel 13 beskrives omfanget av reinnleggelser og fleropphold i regionene og utviklingen i dette etter pasientenes alder.

Sist, men ikke minst, varierer medisinsk praksis mellom foretakene. Implementering av ny medisinsk teknologi tillegges ulik betydning og foregår med ulik hastighet i de ulike helseforetakene. I kapittel 14 beskrives variasjoner i laparoskopisk kirurgisk behandling ved utvalgte diagnoser (svangerskap utenfor livmoren og spiserørsbrokk (hiatus hernie)) og prosedyrer (hysterektomi (fjerne livmoren), cholecystektomi (fjerne galleblæren) og appendektomi (fjerne blindtarmen)). Anvendelse av laparoskopisk kirurgi vurderes for hver diagnose og prosedyre i forhold til all kirurgi, forholdet øyeblikkelig hjelp versus elektiv kirurgi, andel dagkirurgi og liggetid, samt konvertering til laparotomi. Konvertering til laparotomi er en kvalitetsindikator som uttrykker "mislykket laparoskopisk behandlingsintensjon" (intention to treat).

11 Pasientstrømmer

Beate M. Huseby

Fra 2002 til 2003 økte pasientstrømmene mellom helseregionene mer enn noen gang tidligere. I 2003 ble nesten 125 000 pasientopphold og mer enn 400 000 liggedøgn utført utenfor pasientenes bostedsregion. Omtrent 10 prosent av alle opphold, og 20 prosent av alle elektive døgnopphold var behandlinger utenfor pasientenes region i 2003.

Den mest betydelige endringen i pasientstrømmene i 2003 er knyttet til økningen i opphold ved private sykehus⁴². Antall opphold ved private kommersielle sykehus økte med 180 prosent fra 2002 til 2003, og de private sykehusene økte sin andel av pasientstrømmene fra 16 prosent i 2002 til 28 prosent i 2003.

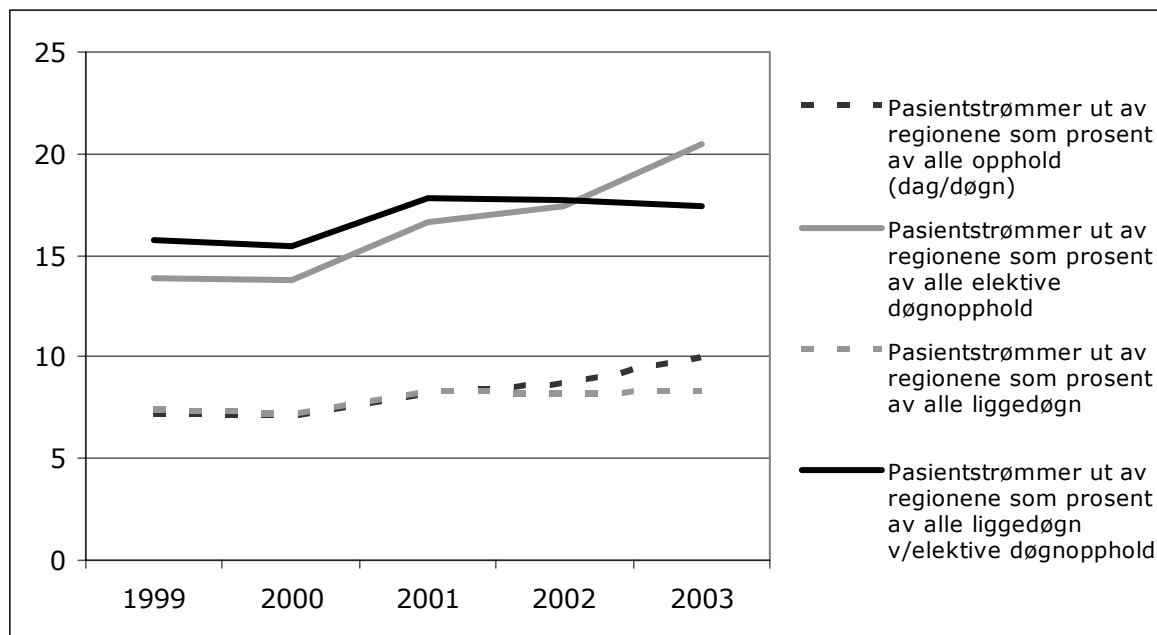
11.1 Utviklingen i pasientstrømmer fra 1999 til 2003

Fritt sykehusvalg ble innført i hele Norge fra 1. januar 2001. Før den tid hadde flere av helseregionene innført fritt sykehusvalg både innen og ut av regionen. På tross av dette har pasientstrømmene ut av regionene vært relativt små, dersom vi ser bort fra den avtalefestede bruken av Riks- og Radiumhospitalet for pasienter fra Helse Øst. Økningen i bruk av private sykehus har imidlertid medført en tilsvarende økning i pasientstrømmene. I 1999 ble 7 prosent av alle opphold, og knappe 14 prosent av de elektive døgnoppholdene utført utenfor pasientenes helseregion, mens tilsvarende tall for 2003 var henholdsvis 9,9 og 20,5 prosent. I absolutte tall økte pasientstrømmene med 50 000 opphold i denne perioden.

Figur 11.1 viser økningen i pasientstrømmer mellom helseregionene de siste fem årene. Figuren viser også at økningen i pasientstrømmene, definert som antall liggedøgn, ikke er like sterk som økningen i antall opphold. Fra 2002 til 2003 har pasientstrømmene i *antall opphold* økt langt mer enn pasientstrømmene i antall *liggedøgn*. Inntil 2002 var imidlertid pasientstrømmene, målt i andel liggedøgn noe høyere enn pasientstrømmene målt i andel opphold, og indikerer at det var "tunge" pasientopphold som ble behandlet utenfor regionen. I 2003 er pasientstrømmenes andel av liggedøgnene lavere enn pasientstrømmenes andel av oppholdene, og indikerer at økningen i pasientstrømmer siste år har vært knyttet til opphold med relativt kort liggetid (eventuelt at liggetiden ved opphold i egen region har økt mer enn liggetiden for opphold utført utenfor regionen).

⁴² I SAMDATA Somatikk er alle opphold ved private ideelle sykehus uten fast driftsavtale (Feiringklinikken og Glittreklinikken) og private kommersielle sykehus (Medi 3, Volvat medisinske senter AS, Axes sykehus og spesialistklinik AS, Omniaisykehuset AS, Spesialistklinikken Drammen private sykehus AS, Ringvollklinikken Hobøl, Colosseum-klinikken i Oslo og Stokkan-klinikken i Trondheim) definert som opphold utenfor pasientenes region. Når bruken av private sykehus øker, øker dermed også pasientstrømmene, selv om pasientene er behandlet på private sykehus som geografisk sett er plassert i pasientenes region.

Figur 11.1 Pasientstrømmer ut av regionene som andel opphold og liggedøgn utenfor pasientenes egen region fra 1999 til 2003



11.2 Utviklingen i pasientstrømmer mellom helseregionene 2002-2003

I 2003 reduserte Helse Øst sin relative andel av pasientstrømmene fra 65 til 60 prosent. I absolute tall økte imidlertid Helse Øst likevel pasientstrømmene med 10 000 opphold. Helse Sør og Helse Midt-Norge økte også pasientstrømmene med mer enn 6000 og 5000 opphold i 2003. Helse Sør stod for totalt 9 prosent av pasientstrømmene i 2002 og 13 prosent av pasientstrømmene i 2003.

Helse Sør mottok også en mindre andel av pasientstrømmene i 2003 enn i 2002. I 2002 mottok Helse Sør 63 prosent av alle pasientstrøm-opphold, mens andelen var redusert til 53 prosent i 2003. Radium- og Rikshospitalets mottak av pasientstrøm-opphold var imidlertid i hovedsak uendret fra 2002 til 2003. 77 prosent av økningen i pasientstrømmene gikk til private institusjoner utenfor RHF'ene⁴³.

Størst økning i andel pasientstrømmer ut av regionen var det i Buskerud HF-område som økte pasientstrømmene fra 7,1 til 12,8 prosent. Sunnmøre HF-område hadde også en betydelig økning i pasientstrømmene (fra 5,4 til 9,1 prosent av alle opphold). I både Buskerud og Sunnmøre HF-område gikk økningen i pasientstrømmer i hovedsak til private sykehus. I Helse Midt-Norge ble også pasientstrømmene ut av regionen økt med mer enn 2 prosentpoeng i St. Olavs hospital HF-område og Nordmøre og Romsdal HF-område.

⁴³ Pasientstrømmene økte med totalt 24 000 opphold fra 2002 til 2003. Radium- og Rikshospitalet økte mottaket av pasienter fra andre regioner med 1300 opphold, andre HF økte mottaket med vel 4000 opphold, mens de private institusjonene økte med 18 500 opphold.

11.3 Utviklingen i pasientstrømmer innen helseregionene fra 2002 til 2003

Totalt sett ble andelen bruk av sykehus i eget helseforetak redusert fra 76 til 74,3 prosent av alle opphold. Nedgangen i andel bruk av sykehus i eget HF var størst i Helse Sør og Helse Midt-Norge. I Helse Nord var imidlertid bruken av sykehus i eget HF-område totalt sett uendret fra 2002 til 2003, og i Helse Finnmark HF-område økte også bruken av eget helseforetak med 3,2 prosentpoeng ved elektive døgnopphold.

Størst reduksjon, totalt sett, i bruken av eget HF hadde Buskerud HF-område (-5,3 prosentpoeng), Østfold HF-område (-3,2 prosentpoeng) og Sørlandet HF-område (-3,1 prosentpoeng). Bruken av eget HF ble også redusert med 2,9 prosentpoeng i Sunnmøre HF-område, men her var det i hovedsak bruken av eget HF ved *elektive døgnopphold* som ble sterkest redusert (-8,3 prosentpoeng). Bruken av eget HF ved elektive døgnopphold ble også betydelig redusert i Østfold HF-område (-7,3 prosentpoeng), Ullevål og Aker HF-område (-6,3 prosentpoeng) og Buskerud HF-område (-5,3 prosentpoeng). Som tidligere påpekt økte Sunnmøre HF-område først og fremst pasientstrømmene ut av regionen, mens reduksjonen i bruk av eget HF i Østfold HF-område gikk i noen grad også til regionsykehuset og andre HF innen regionen.

- Det er store variasjoner mellom regionene og foretaksområdene når det gjelder omfanget av pasientstrømmer
- Helse Vest har det laveste nivået av pasientstrømmer ut av regionen, mens Helse Øst har det høyeste nivået
- Helse Sør mottak en mindre *andel* av alle pasientstrømsopphold i Norge i 2003 enn i 2002, men utførte like mange behandlinger av pasienter fra andre regioner
- Pasientstrømmene er størst for planlagte døgnopphold for kirurgisk behandling (20 prosent)
- I Helse Midt-Norge økte pasientstrømmene til private sykehus fra 2 til 11 prosent når det gjaldt planlagte døgnopphold for kirurgisk behandling
- I Helse Sør økte pasientstrømmene til private sykehus fra 3,7 til 11,9 prosent når det gjaldt elektiv dagkirurgi
- Andel bruk av Riks- og Radiumhospitalet av pasienter fra andre regioner ble noe redusert fra 2002 til 2003 når det gjaldt planlagte opphold
- Andel bruk av eget helseforetak ble noe redusert (omtrent 2 prosentpoeng)
- Andel bruk av regionsykehusene var totalt sett uendret fra 2002 til 2003

11.4 Pasientstrømmer 2002- 2003 oppsummert

Tabell 11.1 Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle opphold (døgn og dag) i 2002 og 2003 etter pasientenes bostedsregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Andel av alle opphold (dag og døgn)							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private inst.	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst	70,1	68,3	13,7	14,2	13,6	13,1	2,7	4,4
Helse Sør	74,6	71,8	21,5	22,3	2,3	2,4	1,5	3,4
Helse Vest	83,6	82,7	12,5	12,9	3,8	4,0	0,1	0,3
Helse Midt-Norge	82,4	80,0	13,5	13,4	3,5	3,7	0,6	2,9
Helse Nord	78,4	78,4	16,5	16,1	4,9	5,3	0,2	0,3
Totalt	76,3	74,6	15,4	15,8	7,0	6,9	1,4	2,7

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.2 Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i 2002 og 2003 etter pasientenes bostedsregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Andel av alle elektive opphold (dag og døgn)							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private inst.	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst	61,5	59,2	14,2	14,7	19,3	18,1	4,9	7,9
Helse Sør	63,7	60,7	31,3	31,0	2,4	2,5	2,6	5,7
Helse Vest	79,0	77,9	15,1	15,7	5,7	5,8	0,2	0,6
Helse Midt-Norge	76,7	73,1	17,6	16,7	4,6	4,7	1,1	5,4
Helse Nord	70,1	71,2	23,1	21,4	6,4	6,9	0,4	0,5
Totalt	68,1	66,1	19,7	19,8	9,7	9,2	2,5	4,9

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.3 Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive døgnopphold for kirurgisk behandling i 2002 og 2003 etter pasientenes bostedsregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Andel av alle elektive døgnopphold for kirurgisk behandling							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private inst.	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst	50,1	47,9	17,6	16,7	16,1	14,3	16,2	21,0
Helse Sør	62,5	59,9	29,6	29,2	3,7	4,1	4,2	6,8
Helse Vest	73,4	71,9	19,3	18,4	6,5	7,0	0,7	2,6
Helse Midt-Norge	72,4	64,8	20,5	18,8	5,0	5,1	2,0	11,4
Helse Nord	62,3	63,1	29,7	27,8	7,2	8,1	0,8	1,1
Totalt	61,5	58,9	22,4	21,2	9,1	8,8	7,0	11,1

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.4 Andel av pasientene som er behandlet ved "eget" helseforetak, andre helseforetak i "egen" region, i andre regioner eller ved private institusjoner. Andel av alle elektive dagkirurgiske behandlinger i 2002 og 2003 etter pasientenes bostedsregion.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Andel av alle dagkirurgiske behandlinger							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private inst.	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst	69,9	68,9	14,0	14,1	13,1	12,3	3,0	4,7
Helse Sør	76,8	70,5	16,6	14,4	2,9	3,2	3,7	11,9
Helse Vest	81,8	80,8	15,4	15,5	2,7	3,4	0,1	0,3
Helse Midt-Norge	83,2	76,8	12,2	10,9	3,0	2,9	1,7	9,4
Helse Nord	79,9	78,7	16,0	15,5	4,1	5,6	0,0	0,2
Totalt	76,5	73,6	14,8	14,1	6,6	6,5	2,1	5,8

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

11.5 Pasientstrømmer mellom regionene

Tabell 11.5 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum av samlet antall opphold (døgn og dag) 2002 og 2003.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen (N=) Alle typer opphold		Pasientstrømmer inn til regionen (N=) Alle typer opphold		Netto ¹ pasientstrøm (N=) Alle typer opphold	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	64 639	74 644	7 955	9 173	-56 684	-65 471
Helse Sør RHF	9 250	15 879	62 738	65 449	53 488	49 570
Helse Vest RHF	8 473	10 212	5 332	5 875	-3 141	-4 337
Helse Midt-Norge RHF	6 458	11 382	5 555	6 302	-903	-5 080
Helse Nord RHF	6 571	7 703	1 769	1 883	-4 802	-5 820
Private ideelle utenfor RHF	-	-	6 204	6 411	6 204	6 411
Kommersielle sykehus	-	-	10 135	28 532	10 135	28 532
Ugyldig bosted/utlendinger	4 297	3 805	-	-	-4 297	-3 805
Totalt	99 688	123 625	99 688	123 625	0	0

¹ Netto pasientstrøm er sum av pasientstrømmer inn til regionen minus sum av pasientstrømmer ut av regionen.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.6 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av samlet antall opphold (døgn og dag) 2002 og 2003.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen Andel av alle opphold		Pasientstrømmer inn til regionen Andel av alle opphold	
	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	16,3	17,5	2,3	2,5
Helse Sør RHF	3,9	5,9	21,4	20,4
Helse Vest RHF	3,9	4,3	2,5	2,5
Helse Midt-Norge RHF	4,1	6,6	3,5	3,7
Helse Nord RHF	5,1	5,5	1,4	1,4
Private ideelle utenfor RHF	-	-	100	100
Kommersielle sykehus	-	-	100	100
Ugyldig bosted/utlendinger	100	100	-	-
Totalt	8.7	9.9	8,7	9.9

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.7 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i 2002 og 2003.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen Andel av alle elektive ¹ opphold		Pasientstrømmer inn til regionen Andel av alle elektive ¹ opphold	
	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	24,2	26,0	2,4	2,8
Helse Sør RHF	5,0	8,3	27,5	25,6
Helse Vest RHF	5,9	6,5	2,8	2,9
Helse Midt-Norge RHF	5,7	10,1	3,6	3,8
Helse Nord RHF	6,8	7,4	0,9	0,8
Private ideelle utenfor RHF	-	-	100,0	100,0
Kommersielle sykehus	-	-	100,0	100,0
Ugyldig bosted/utlendinger	100	100	-	-
Totalt	12,3	14,2	12,3	14,2
(N=)	(597 684)	(683 488)	(597 684)	(683 488)

¹ Elektive opphold er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391), uavhengig av hvordan disse oppholdene er registrert og kodet.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.8 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle elektive opphold for kirurgisk behandling (døgn og dag) i 2002 og 2003.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen Andel av alle elektive opphold for kirurgisk behandling ¹		Pasientstrømmer inn til regionen Andel av alle elektive opphold for kirurgisk behandling ¹	
	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	23,4	25,3	2,7	3,5
Helse Sør RHF	7,1	13,3	22,1	21,6
Helse Vest RHF	4,8	6,3	3,5	3,7
Helse Midt-Norge RHF	5,7	14,1	3,4	3,7
Helse Nord RHF	5,9	7,4	1,3	1,2
Private ideelle utenfor RHF	-	-	100	100
Kommersielle sykehus	-	-	100	100
Ugyldig bosted/utlendinger	100	100	-	-
Totalt	12,2	15,7	12,2	15,7
(N=)	(267 452)	(297 796)	(267 452)	(297 796)

¹ Elektive opphold for kirurgisk behandling er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391), uavhengig av hvordan disse oppholdene er registrert og kodet.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.9 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum av elektive døgnopphold 2002 og 2003.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen (N=) Elektive ¹ døgnopphold		Pasientstrømmer inn til regionen (N=) Elektive ¹ døgnopphold		Netto ² pasientstrøm (N=) Elektive ¹ døgnopphold	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	28 479	35 233	2 697	3 465	-25 782	-31 768
Helse Sør RHF	4 019	6 053	24 464	24 677	20 445	18 624
Helse Vest RHF	4 145	5 275	1 677	1 970	-2 468	-3 305
Helse Midt-Norge RHF	2 898	5 356	1 491	1 716	-1 407	-3 640
Helse Nord RHF	2 970	3 544	248	244	-2 722	-3 300
Private ideelle utenfor RHF	-	-	5 552	5 765	5 552	5 765
Kommersielle sykehus	-	-	6 539	17 805	6 539	17 805
Ugyldig bosted/utlendinger	157	181	-	-	-157	-181
Totalt	42 668	55 642	42 668	55 642	0	0

¹ Elektive opphold er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391), uavhengig av hvordan disse oppholdene er registrert og kodet.

² Netto pasientstrøm er sum av pasientstrømmer inn til regionen minus sum av pasientstrømmer ut av regionen.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.10 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle elektive døgnopphold i 2002 og 2003.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen Andel av alle elektive ¹ døgnopphold		Pasientstrømmer inn til regionen Andel av alle elektive ¹ døgnopph.	
	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	33,7	37,4	4,6	5,5
Helse Sør RHF	7,4	10,3	32,7	31,8
Helse Vest RHF	9,5	10,6	4,1	4,2
Helse Midt-Norge RHF	9,0	14,7	4,8	5,2
Helse Nord RHF	9,8	11,0	0,9	0,8
Private ideelle utenfor RHF	-	-	100	100
Kommersielle sykehus	-	-	100	100
Ugyldig bosted/utlendinger	100	100	-	-
Totalt	17,4	20,5	17,4	20,5

¹ Elektive opphold er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391), uavhengig av hvordan disse oppholdene er registrert og kodet.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.11 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som sum liggedøgn (døgn og dag) i 2002 og 2003.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen (N=) Sum liggedøgn ¹		Pasientstrømmer inn til regionen (N=) Sum liggedøgn ¹		Netto ² pasientstrøm (N=) Sum liggedøgn ¹	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	226 968	229 341	44 650	1 457 841	-182 318	-184 949
Helse Sør RHF	42 287	47 860	240 966	1 174 217	198 679	186 119
Helse Vest RHF	42 637	43 629	17 401	963 899	-25 236	-25 159
Helse Midt-Norge RHF	30 607	37 169	24 180	719 398	-6 427	-9 497
Helse Nord RHF	33 489	36 519	5 431	492 800	-28 058	-30 651
Private sykehus utenfor RHF	-	-	58 265	76 945	58 265	76 945
Ugyldig bosted/utlendinger	14 905	12 795	-	-	-14 905	-12 808
Totalt	390 893	407 313	390 893	407 313	0	0

¹ Liggetid er definert som utdato minus inndato, dog minst 1 for alle opphold. Maksimal liggetid er definert som utdato minus 1. januar året før utskrivning.

² Netto pasientstrøm er sum av pasientstrømmer inn til regionen minus sum av pasientstrømmer ut av regionen.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.12 Pasientstrømmer ut og inn av helseregionene og til private institusjoner som andel av alle liggedøgn (døgn og dag) i 2002 og 2003.

Helseregion	Pasientstrømmer ut av regionen Andel av liggedøgn ¹ totalt		Pasientstrømmer inn til regionen Andel av liggedøgn ¹ totalt	
	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	13,9	14,0	3,1	3,0
Helse Sør RHF	4,5	4,8	21,1	19,9
Helse Vest RHF	4,4	4,4	1,8	1,9
Helse Midt-Norge RHF	4,3	5,1	3,5	3,8
Helse Nord RHF	6,5	7,0	1,1	1,2
Private ideelle utenfor RHF	-	-	100	100
Kommersielle sykehus	-	-	100	100
Ugyldig bosted/utlendinger	100	100	-	-
Totalt	8,2	8,3	8,2	8,3
(N=)	(390 893)	(407 326)	(390 893)	(407 326)

¹ Liggetid er definert som utdato minus inndato, dog minst 1 for alle opphold. Maksimal liggetid er definert som utdato minus 1. januar året før utskrivning.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

11.6 Andel bruk av Riks,- og Radiumhospitalet (regionnivå)

Tabell 11.13 Pasientstrømmer ut av helseregionene. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientenes egen region. Andel av alle opphold (døgn og dag) i helseregionene 2002 og 2003.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Alle typer opphold 2002				Alle typer opphold 2003			
	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av regionen	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av regionen
Helse Øst	11,1	2,7	2,5	16,3	10,6	4,4	2,5	17,5
Helse Sør	-	1,5	2,3	3,9	-	3,4	2,4	5,9
Helse Vest	1,6	0,1	2,2	3,9	1,4	0,3	2,6	4,3
Helse Midt-Norge	1,2	0,6	2,3	4,1	1,2	2,9	2,4	6,6
Helse Nord	1,5	0,2	3,3	5,1	1,5	0,3	3,8	5,5
Uregistrert/utlendinger	10,6	0,0	89,4	100	7,0	0,2	92,7	100
Totalt	4,5	1,4	2,8	8,7	4,3	2,7	2,9	9,9

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.14 Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i helseregionene 2002 og 2003.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Elektive opphold ¹ 2002				Elektive opphold ¹ 2003			
	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av regionen	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av regionen
Helse Øst	16,7	4,9	2,7	24,2	15,6	7,9	2,5	26,0
Helse Sør	-	2,6	2,4	5,0	-	5,7	2,5	8,3
Helse Vest	3,0	0,2	2,8	5,9	2,5	0,6	3,3	6,5
Helse Midt-Norge	2,1	1,1	2,6	5,7	1,9	5,4	2,8	10,1
Helse Nord	2,4	0,4	3,9	6,8	2,3	0,5	4,6	7,4
Uregistrert/utlendinger	21,0	0,0	79,0	100,0	10,9	1,3	87,8	100,0
Totalt	7,0	2,5	2,8	12,3	6,3	4,9	3,0	14,2

¹ Elektive opphold er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391), uavhengig av hvordan disse oppholdene er registrert og kodet.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.15 Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region. Andel av alle elektive døgnopphold i helseregionene 2002 og 2003.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Elektive døgnopphold ¹ 2002				Elektive døgnopphold ¹ 2003			
	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av regionen	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av regionen
Helse Øst	20,5	10,2	3,0	33,7	17,9	16,7	2,8	37,4
Helse Sør	-	3,5	3,9	7,4	-	6,0	4,3	10,3
Helse Vest	4,0	0,4	5,1	9,5	3,3	1,3	6,0	10,6
Helse Midt-Norge	3,0	1,6	4,4	9,0	2,6	7,4	4,6	14,7
Helse Nord	3,4	0,9	5,5	9,8	3,2	1,0	6,8	11,0
Uregistrert/utlendinger	23,6	0,0	76,4	100,0	14,9	0,0	81,8	100,0
Totalt	8,6	4,7	4,1	17,4	7,6	8,4	4,5	20,5

¹ Elektive opphold er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391), uavhengig av hvordan disse oppholdene er registrert og kodet.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.16 Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion ved elektive opphold for kirurgisk behandling. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) for kirurgisk behandling i helseregionene 2002 og 2003.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Elektive opphold for kir. behandling ¹ 2002				Elektive opphold for kir. behandling ¹ 2003			
	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av regionen	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av regionen
Helse Øst	12,0	8,9	2,4	23,4	11,1	12,1	2,1	25,3
Helse Sør	-	3,9	3,2	7,1	-	9,7	3,6	13,3
Helse Vest	1,6	0,4	2,8	4,8	1,4	1,3	3,6	6,3
Helse Midt-Norge	1,3	1,8	2,6	5,7	1,2	10,3	2,7	14,1
Helse Nord	1,6	0,4	3,9	5,9	1,6	0,6	5,2	7,4
Uregistrert/utlendinger	19,0	0,0	81,0	100,0	11,7	3,4	84,9	100,0
Totalt	4,9	4,4	2,9	12,2	4,4	8,1	3,2	15,7

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

11.7 Andel bruk av eget helseforetak og regionsykehus – regionnivå

Tabell 11.17 Pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle opphold (døgn og dag) i helseregionene 2002 og 2003.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Alle typer opphold 2002				Alle typer opphold 2003			
	Bruk av eget HF	Bruk av region-sykehus i regionen ¹	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av eget HF	Bruk av region-sykehus i regionen	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region
Helse Øst	70,1	1,5	12,1	83,7	68,3	1,6	12,6	82,5
Helse Sør	74,6	13,1	8,4	96,1	71,8	14,0	8,3	94,1
Helse Vest	83,6	4,1	8,4	96,1	82,7	4,0	9,0	95,7
Helse Midt-Norge	82,4	9,3	4,2	95,9	80,0	9,4	4,0	93,4
Helse Nord	78,4	11,1	5,4	94,9	78,4	10,7	5,4	94,5
Uregistrert/utlendinger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	76,0	6,6	8,7	91,3	74,3	6,8	9,0	90,1

¹ Gjelder bare pasienter som ikke bor i regionsykehusets HF-område.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.18 Elektive pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i helseregionene 2002 og 2003.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Elektive opphold ¹ 2002				Elektive opphold ¹ 2003			
	Bruk av eget HF	Bruk av region-sykehuset i regionen ²	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av eget HF	Bruk av region-sykehuset i regionen ²	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region
Helse Øst	61,6	1,7	12,5	75,8	59,3	1,8	12,9	74,0
Helse Sør	63,8	22,1	9,2	95,0	60,8	22,2	8,7	91,7
Helse Vest	78,9	6,3	8,8	94,1	77,8	5,7	10,0	93,5
Helse Midt-Norge	76,7	13,2	4,4	94,3	73,1	12,7	4,0	89,9
Helse Nord	70,1	16,2	6,9	93,2	71,2	14,7	6,6	92,6
Uregistrert/utlendinger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	68,0	10,3	9,4	87,7	66,1	10,2	9,5	85,8

¹ Elektive opphold er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391), uavhengig av hvordan disse oppholdene er registrert og kodet.

² Gjelder bare pasienter som ikke bor i regionsykehusets HF-område.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.19 Elektive pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle elektive døgnopphold i helseregionene 2002 og 2003.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Elektive døgnopphold ¹ 2002				Elektive døgnopphold ¹ 2003			
	Bruk av eget HF	Bruk av region-sykehuset i regionen ²	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av eget HF	Bruk av region-sykehuset i regionen ²	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region
Helse Øst	48,5	2,8	14,9	66,3	44,9	2,7	15,0	62,6
Helse Sør	54,7	26,0	11,9	92,6	52,1	26,2	11,4	89,7
Helse Vest	69,1	11,5	9,9	90,5	69,4	10,4	9,6	89,4
Helse Midt-Norge	66,4	19,7	4,9	91,0	62,2	18,7	4,5	85,3
Helse Nord	59,0	20,3	10,8	90,2	59,5	18,7	10,7	89,0
Uregistrert/utlendinger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	57,2	13,9	11,5	82,6	55,0	13,2	11,3	79,5

¹ Elektive opphold er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391), uavhengig av hvordan disse oppholdene er registrert og kodet.

² Gjelder bare pasienter som ikke bor i regionsykehusets HF-område.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.20 Pasientstrømmer innen pasientenes helseregion ved elektive opphold for kirurgisk behandling. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) for kirurgisk behandling i helseregionene 2002 og 2003.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Elektive opphold for kir. behandling ¹ 2002				Elektive opphold for kir. behandling ¹ 2003			
	Bruk av eget HF	Bruk av region-sykehuset i regionen ²	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av eget HF	Bruk av region-sykehuset i regionen ²	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region
Helse Øst	61,0	1,8	13,8	76,6	59,4	2,1	13,2	74,7
Helse Sør	70,3	10,0	12,5	92,9	66,1	9,4	11,2	86,7
Helse Vest	78,0	4,9	12,3	95,2	76,9	4,7	12,1	93,7
Helse Midt-Norge	78,3	11,3	4,7	94,3	71,5	10,2	4,1	85,9
Helse Nord	71,6	14,1	8,4	94,1	71,4	12,9	8,4	92,6
Uregistrert/utlendinger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	69,6	6,8	11,4	87,8	67,1	6,5	10,7	84,3

¹ Elektive opphold for kirurgisk behandling er eksklusive fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391), uavhengig av hvordan disse oppholdene er registrert og kodet.

² Gjelder bare pasienter som ikke bor i regionsykehusets HF-område.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

11.8 Andel bruk av Riks- og Radiumhospitalet etter HF-område

Tabell 11.21 Pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region. Andel av alle opphold (døgn og dag) i HF-områdene i 2002 og 2003.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av alle opphold 2002				Prosent av alle opphold 2003			
	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av reg.	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av reg.
Østfold	8,5	3,3	1,6	13,4	8,3	5,9	1,5	15,7
Asker og Bærum	30,7	4,3	3,8	38,8	29,6	5,3	3,9	38,8
Akershus	13,7	4,3	2,3	20,3	13,0	5,1	1,9	20,0
Ullevål og Aker	10,8	2,5	1,9	15,2	10,1	5,0	1,9	17,0
Innlandet	5,2	1,2	3,7	10,1	5,2	1,9	3,8	10,9
Ringerike	-	1,1	4,7	5,8	-	3,0	5,2	8,1
Buskerud	-	3,2	3,8	7,1	-	8,8	3,9	12,8
Blefjell	-	2,1	2,1	4,2	-	3,5	1,8	5,3
Vestfold	-	1,0	1,8	2,8	-	3,0	1,8	4,8
Telemark	-	2,1	1,6	3,7	-	2,8	1,4	4,2
Sørlandet	-	0,8	2,2	2,9	-	1,5	2,5	4,1
Stavanger	2,4	0,1	3,8	6,3	2,0	0,4	5,0	7,4
Fonna	1,4	0,1	1,2	2,7	1,2	0,2	1,3	2,8
Bergen	1,0	0,1	1,1	2,2	1,1	0,3	1,1	2,5
Førde	2,1	0,0	3,5	5,6	1,6	0,3	3,3	5,2
Sunnmøre	1,5	1,3	2,6	5,4	1,7	4,7	2,6	9,1
Nordmøre/Romsdal	1,3	0,9	1,9	4,1	1,3	3,2	2,0	6,5
Orkdal	0,7	0,2	1,5	2,4	0,9	1,4	1,8	4,1
St. Olavs hospital	1,2	0,2	2,7	4,1	1,0	2,6	3,0	6,6
Nord-Trøndelag	1,1	0,2	1,9	3,2	1,2	1,7	2,0	4,9
Helgeland	1,4	0,3	8,2	9,9	1,5	0,3	9,3	11,0
Nordland	1,9	0,3	2,8	5,1	1,8	0,3	3,6	5,7
Hålogaland	1,4	0,3	2,3	4,0	1,3	0,4	2,2	3,9
UNN	1,5	0,1	1,6	3,3	1,4	0,1	1,8	3,3
Finnmark	1,4	0,3	2,1	3,7	1,5	0,3	2,9	4,6
Uregistrert/utlendinger	10,6	-	89,4	100,0	7,0	-	92,7	100,0
Totalt	4,5	1,4	2,8	8,7	4,3	2,7	2,9	9,9

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.22 Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region ved elektive opphold. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i HF-områdene i 2002 og 2003.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av alle elektive opphold 2002				Prosent av alle elektive opphold 2003			
	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av reg.	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av reg.
Østfold	14,4	5,8	2,0	22,3	14,0	10,7	1,9	26,6
Asker og Bærum	42,7	7,6	4,2	54,6	40,5	9,0	4,4	53,9
Akershus	23,4	8,5	3,2	35,1	20,9	9,4	2,3	32,6
Ullevål og Aker	14,7	4,7	1,7	21,0	13,3	9,0	1,6	23,9
Innlandet	8,7	2,0	3,7	14,4	8,5	3,3	3,5	15,3
Ringerike	-	2,3	6,1	8,4	-	5,4	6,1	11,5
Buskerud	-	6,4	4,3	10,6	-	16,5	4,3	20,8
Blefjell	-	3,6	2,3	5,9	-	6,0	1,8	7,8
Vestfold	-	1,6	1,7	3,2	-	4,7	1,7	6,5
Telemark	-	3,2	1,4	4,6	-	4,3	1,2	5,5
Sørlandet	-	1,3	2,4	3,6	-	2,6	2,9	5,5
Stavanger	4,4	0,3	4,7	9,4	3,3	0,7	6,5	10,6
Fonna	2,5	0,1	1,5	4,2	2,3	0,4	1,6	4,2
Bergen	1,9	0,2	1,2	3,2	1,9	0,6	1,1	3,7
Førde	3,8	0,1	5,2	9,0	2,9	0,7	4,8	8,3
Sunnmøre	2,5	2,4	3,1	8,0	2,5	8,2	2,9	13,6
Nordmøre/Romsdal	2,2	1,7	2,2	6,1	2,0	5,9	2,2	10,2
Orkdal	1,1	0,5	1,9	3,4	1,5	2,6	2,5	6,5
St. Olavs hospital	1,9	0,5	2,5	4,9	1,6	4,9	3,0	9,6
Nord-Trøndelag	2,0	0,4	2,6	5,0	2,1	3,4	2,7	8,1
Helgeland	2,3	0,5	10,1	12,9	2,4	0,5	11,6	14,5
Nordland	3,1	0,5	3,6	7,2	2,7	0,6	4,8	8,1
Hålogaland	2,5	0,5	3,0	6,0	2,2	0,7	2,8	5,7
UNN	2,2	0,1	1,5	3,8	2,0	0,2	1,8	4,0
Finnmark	2,1	0,5	2,2	4,8	2,2	0,5	3,8	6,5
Uregistrert/utlendinger	21,0	-	79,0	100,0	10,9	-	87,8	100,0
Totalt	7,0	2,5	2,8	12,3	6,3	4,9	3,0	14,2

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.23 Elektive pasientstrømmer ut av pasientenes helseregion. Andel bruk av Rikshospitalet, Radiumhospitalet, private institusjoner og andre HF utenfor pasientens egen region ved elektive opphold. Andel av alle elektive døgnopphold i HF-områdene i 2002 og 2003.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av alle elektive døgnopphold 2002				Prosent av alle elektive døgnopphold 2003			
	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av reg.	Radium- og Rikshosp.	Private inst utenfor RHF'ene	Andre inst utenfor eget RHF	Total pasient- strøm ut av reg.
Østfold	21,3	12,4	2,0	35,6	18,6	20,9	1,9	41,4
Asker og Bærum	35,4	15,3	3,3	54,1	30,5	19,4	3,9	53,9
Akershus	28,6	14,6	3,3	46,4	24,9	17,4	2,7	45,0
Ullevål og Aker	17,5	10,6	2,5	30,6	15,0	21,1	2,3	38,5
Innlandet	14,9	4,6	4,1	23,6	13,2	7,0	3,6	23,9
Ringerike	-	2,8	7,4	10,2	-	7,5	8,7	16,2
Buskerud	-	2,9	5,6	8,5	-	8,5	6,2	14,7
Blefjell	-	5,3	3,3	8,6	-	6,0	2,9	8,9
Vestfold	-	1,7	3,7	5,3	-	4,9	4,0	8,9
Telemark	-	6,6	2,6	9,2	-	6,2	2,5	8,7
Sørlandet	-	2,7	3,6	6,3	-	5,2	4,2	9,4
Stavanger	7,0	0,7	9,3	17,0	5,4	1,7	11,6	18,7
Fonna	3,6	0,3	2,5	6,4	3,0	0,7	3,0	6,7
Bergen	2,3	0,4	2,1	4,7	2,1	1,3	2,2	5,7
Førde	3,8	0,1	8,2	12,0	2,8	1,1	7,6	11,4
Sunnmøre	4,3	2,0	5,3	11,5	3,4	15,0	4,7	23,0
Nordmøre/Romsdal	3,1	2,3	3,8	9,2	2,2	10,0	3,7	15,9
Orkdal	1,7	1,2	3,6	6,5	2,4	2,1	3,6	8,1
St. Olavs hospital	2,2	1,3	4,2	7,8	2,2	2,3	5,6	10,1
Nord-Trøndelag	3,1	0,9	4,4	8,5	2,8	3,4	4,7	10,8
Helgeland	2,4	1,0	11,9	15,3	2,8	0,8	13,1	16,8
Nordland	4,4	1,1	5,2	10,7	4,1	1,1	6,9	12,1
Hålogaland	3,6	1,1	4,0	8,7	2,9	1,5	4,5	8,8
UNN	3,9	0,4	3,5	7,8	3,7	0,5	4,5	8,7
Finnmark	2,7	1,0	3,1	6,7	2,5	1,1	4,8	8,4
Uregistrert/utlendinger	23,6	-	76,4	100,0	14,9	-	81,8	100,0
Totalt	8,6	4,7	4,1	17,4	7,6	8,4	4,5	20,5

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

11.9 Andel bruk av eget helseforetak og regionsykehus etter HF-område

Tabell 11.24 Pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region. Andel av alle opphold (døgn og dag) i HF-områdene i 2002 og 2003.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av alle opphold 2002				Prosent av alle opphold 2003			
	Bruk av eget HF	Bruk av region- sykehuset i regionen	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av eget HF	Bruk av region- sykehuset i regionen ²	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region
Østfold	83,3	0,9	2,4	86,6	80,1	1,3	3,0	84,3
Asker og Bærum	50,6	1,8	8,8	61,2	50,0	1,8	9,3	61,2
Akershus	68,9	1,5	9,3	79,7	68,7	1,8	9,6	80,0
Ullevål og Aker	60,2	-	24,7	84,8	58,3	-	24,7	83,0
Innlandet	83,6	4,1	2,3	89,9	82,3	4,1	2,7	89,1
Ringerike	60,9	14,3	18,9	94,2	61,4	12,6	17,8	91,9
Buskerud	74,3	11,8	6,8	92,9	69,0	11,8	6,4	87,2
Blefjell	50,6	8,9	36,4	95,8	48,1	9,4	37,2	94,7
Vestfold	68,9	21,6	6,7	97,2	66,0	22,0	7,2	95,2
Telemark	85,4	7,3	3,5	96,3	84,2	8,6	2,9	95,8
Sørlandet	86,2	10,4	0,5	97,1	83,1	12,4	0,5	95,9
Stavanger	88,4	2,4	2,9	93,7	87,0	2,4	3,2	92,6
Fonna	78,0	12,4	6,9	97,3	78,1	12,1	7,0	97,2
Bergen	83,5	-	14,3	97,8	81,7	-	15,8	97,5
Førde	81,9	9,1	3,4	94,4	82,7	8,9	3,2	94,8
Sunnmøre	86,9	5,4	2,2	94,6	84,0	5,4	1,6	90,9
Nordmøre/Romsdal	75,8	8,7	11,3	95,9	73,9	8,9	10,7	93,5
Orkdal	47,9	47,6	2,0	97,6	45,9	48,0	2,1	95,9
St. Olavs hospital	91,8	-	4,1	95,9	88,9	-	4,5	93,4
Nord-Trøndelag	83,3	13,3	0,3	96,8	81,6	13,3	0,3	95,1
Helgeland	70,7	7,6	11,7	90,1	69,3	7,7	11,9	89,0
Nordland	85,9	7,9	1,2	94,9	85,7	7,5	1,1	94,3
Hålogaland	70,4	17,8	7,9	96,0	71,1	17,4	7,6	96,1
UNN	92,0	-	4,7	96,7	91,8	-	4,9	96,7
Finnmark	70,1	25,4	0,8	96,3	70,4	23,8	1,1	95,4
Uregistrert/utlendinger				0,0				0,0
Totalt	76,0	6,6	8,7	91,3	74,3	6,8	9,0	90,1

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.25 Elektive pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region ved elektive opphold. Andel av alle elektive opphold (døgn og dag) i HF-områdene i 2002 og 2003.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av alle elektive opphold 2002				Prosent av alle elektive opphold 2003			
	Bruk av eget HF	Bruk av region- sykehuset i regionen	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av eget HF	Bruk av region- sykehuset i regionen ²	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region
Østfold	73,7	0,9	3,1	77,7	67,9	1,2	4,2	73,4
Asker og Bærum	30,5	1,8	13,2	45,4	30,6	1,8	13,7	46,1
Akershus	53,6	1,6	9,8	64,9	55,6	1,9	9,9	67,4
Ullevål og Aker	55,6	-	23,4	79,0	53,2	-	23,0	76,1
Innlandet	77,5	4,7	3,4	85,6	76,0	4,7	4,0	84,7
Ringerike	41,4	25,5	24,7	91,6	45,8	20,5	22,2	88,5
Buskerud	61,3	20,7	7,3	89,4	53,2	19,6	6,3	79,2
Blefjell	37,3	14,8	42,0	94,1	35,0	14,9	42,2	92,2
Vestfold	56,4	34,4	6,0	96,8	53,4	33,8	6,4	93,5
Telemark	80,2	11,2	4,0	95,4	79,3	12,4	2,8	94,5
Sørlandet	77,6	18,3	0,6	96,4	73,5	20,6	0,5	94,5
Stavanger	81,4	3,9	5,3	90,6	80,5	3,4	5,5	89,4
Fonna	65,2	19,3	11,4	95,8	66,9	17,9	11,0	95,8
Bergen	85,3	-	11,5	96,8	81,6	-	14,7	96,3
Førde	73,9	12,4	4,7	91,0	75,1	12,1	4,6	91,7
Sunnmøre	80,8	7,8	3,4	92,0	77,2	7,1	2,0	86,4
Nordmøre/Romsdal	69,8	12,0	12,0	93,9	66,7	12,3	10,8	89,8
Orkdal	27,0	67,9	1,6	96,6	25,9	65,9	1,7	93,5
St. Olavs hospital	91,8	-	3,3	95,1	86,4	-	4,0	90,4
Nord-Trøndelag	74,6	20,1	0,3	95,0	72,9	18,7	0,3	91,9
Helgeland	59,0	11,8	16,3	87,1	57,2	11,8	16,6	85,5
Nordland	80,4	11,3	1,2	92,8	80,7	10,2	1,0	91,9
Hålogaland	55,6	26,8	11,6	94,0	59,0	24,7	10,6	94,3
UNN	91,7	-	4,5	96,2	91,5	-	4,5	96,0
Finnmark	55,8	38,5	0,9	95,2	58,7	33,4	1,4	93,5
Uregistrert/utlendinger	-	-	-	0,0	-	-	-	0,0
Totalt	68,0	10,3	9,4	87,7	66,1	10,2	9,5	85,8

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 11.26 Elektive pasientstrømmer innen pasientenes helseregion. Andel bruk av eget HF, regionsykehus i egen region og andre HF i egen region ved elektive opphold. Andel av alle elektive døgnopphold i HF-områdene i 2002 og 2003.

HF-område Pasientenes bosted	Prosent av alle elektive døgnopphold 2002				Prosent av alle elektive døgnopphold 2003			
	Bruk av eget HF	Bruk av region- sykehuset i regionen	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region	Bruk av eget HF	Bruk av region- sykehuset i regionen ²	Bruk av andre HF innen regionen	Tot. andel opphold i egen region
Østfold	58,9	1,2	4,3	64,4	51,6	1,6	5,5	58,6
Asker og Bærum	27,8	1,8	16,4	45,9	26,6	1,6	18,0	46,1
Akershus	37,0	1,7	14,8	53,6	38,1	2,1	14,7	55,0
Ullevål og Aker	41,9	-	27,5	69,4	35,6		25,9	61,5
Innlandet	61,6	8,0	6,7	76,4	61,2	7,4	7,5	76,1
Ringerike	33,0	30,9	25,9	89,8	34,9	26,5	22,4	83,8
Buskerud	57,4	27,7	6,5	91,5	52,1	28,0	5,2	85,3
Blefjell	31,8	19,8	39,8	91,4	30,4	20,6	40,1	91,1
Vestfold	48,3	33,9	12,4	94,7	44,6	33,3	13,1	91,1
Telemark	67,0	18,1	5,7	90,8	67,6	19,4	4,3	91,3
Sørlandet	67,5	25,3	0,9	93,7	63,8	25,9	0,8	90,6
Stavanger	67,2	9,3	6,5	83,0	67,1	7,7	6,6	81,3
Fonna	45,6	30,8	17,1	93,6	48,0	28,0	17,2	93,3
Bergen	83,4	-	11,8	95,3	83,5	-	10,8	94,3
Førde	67,5	17,1	3,4	88,0	67,3	17,5	3,7	88,6
Sunnmøre	68,3	15,5	4,6	88,5	60,0	14,0	3,0	77,0
Nordmøre/Romsdal	57,7	21,8	11,3	90,8	53,6	21,1	9,4	84,1
Orkdal	20,9	70,6	2,1	93,5	22,6	66,7	2,5	91,9
St. Olavs hospital	88,2	-	4,0	92,2	84,9	-	5,0	89,9
Nord-Trøndelag	59,2	32,1	0,3	91,5	57,0	31,6	0,5	89,2
Helgeland	45,6	13,5	25,5	84,7	44,8	12,5	25,9	83,2
Nordland	72,8	15,0	1,6	89,3	73,4	12,9	1,6	87,9
Hålogaland	42,6	31,4	17,3	91,3	43,4	31,6	16,2	91,2
UNN	84,6	-	7,6	92,2	84,2	-	7,1	91,3
Finnmark	50,7	41,3	1,2	93,3	53,9	36,2	1,6	91,6
Uregistrert/utlendinger	-	-	-	0,0	-	-	-	0,0
Totalt	57,2	13,9	11,5	82,6	55,0	13,2	11,3	79,5

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

12 Dagkirurgi

Beate M. Huseby

I dette kapitlet beskrives omfanget av dagkirurgi i relasjon til all kirurgi, all elektiv kirurgi og dagkirurgiske DRG.

Dagbehandlinger og dagkirurgi ble komplett registrert ved norske sykehus først i 1999. I løpet av de fem årene som har gått siden den tid har antallet dagkirurgiske operasjoner økt med 44 prosent, og mer enn 56 000 inngrep. Dagkirurgien utgjør nå nesten 50 prosent av all kirurgi, og 60 prosent av all elektiv kirurgi i Norge. Økningen siste år var på 17,6 prosent og mer enn 27 000 opphold og har dermed bidratt betydelig til økningen i denne femårsperioden.

De private sykehusene har bidratt sterkt til økningen i dagkirurgi siste år. Private sykehus utenfor RHF'ene stod for 45 prosent av økningen i dagkirurgiske inngrep (12 400 opphold) fra 2002 til 2003, og utførte totalt 11 prosent av all dagkirurgi i Norge i 2003.

Fra 2002 til 2003 økte andelen dagkirurgi av all elektiv kirurgi med 2,6 prosentpoeng mens andel dagkirurgi av all kirurgi økte med 3,1 prosentpoeng. I 2003 ble definisjonen av de dagkirurgiske DRG'ene vesentlig endret, ved at en rekke DRG'er for operasjoner med komplikasjoner fikk korrigert vekt lik ukomplisert ved dagbehandling. Det er derfor et definisjonsspørsmål hvorvidt disse skal defineres som dagkirurgiske DRG'er, men spørsmålet har stor betydning for utviklingen i andel dagkirurgi av dagkirurgiske DRG. Bare 2,6 prosent av oppholdene i disse kompliserte DRG'ene ble utført dagkirurgisk. Deresom de inkluderes i dagkirurgiske DRG, ble andelen dagkirurgi av dagkirurgiske DRG redusert fra 57,1 til 55,9 prosent. Med utgangspunkt i de DRG'ene som var definert som dagkirurgiske DRG'er i 2002, økte imidlertid dagkirurgiandelen til 60,5 prosent i 2003.

Fra 2002 til 2003 økte dagkirurgiandelen betydelig i både Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Helse Øst RHF hadde lavest økning i dagkirurgiske opphold, men har det høyeste nivået av dagkirurgi uavhengig av om det måles som andel av dagkirurgiske DRG, andel av elektiv kirurgi eller all kirurgi.

12.1 Variasjoner mellom regioner og helseforetak i bruk av dagkirurgi

I Helse Øst RHF ble 60,9 prosent av all elektiv kirurgi utført dagkirurgisk i 2003. I Helse Nord RHF var tilsvarende tall 54,5 prosent. I disse regionene ble antallet dagkirurgiske opphold økt med henholdsvis 7 og 8 prosent, mens den relative veksten for Helse Vest RHF var 16 prosent.

I alle regionene var det imidlertid stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder utviklingen i dagkirurgi fra 2002 til 2003. Avtaleinstitusjonene i Helse Vest, og Helse Stavanger HF økte dagkirurgioppholdene med 23-24 prosent. Sørlandet sykehus HF, Helse Sunnmøre HF, Hålogalandssykehuset HF og Helse Finnmark HF hadde en nesten like stor økning reaktivt sett, mens Rikshospitalet HF, Ringerike sykehus, Helse Blefjell HF, Helgelandssykehuset HF og UNN reduserte eller økte dagkirurgioppholdene med maksimalt 1 prosent. Noen av disse helseforetakene (Ringerike HF, Helgelandssykehuset HF) var imidlertid blant de foretakene som hadde høyeste dagkirurgi-nivå i landet i 2002.

I likhet med tidligere år er dagkirurgiandelen ved de største og mest spesialiserte sykehusene relativt lav. Dette kan knyttes til disse sykehusenes ansvar for de tyngste pasientene.

Dersom man tar utgangspunkt i spesifikke DRG'er blir variasjonene mellom regionene også langt sterkere. I tabell 4 i dette kapitlet har vi valgt ut enkelte dagkirurgiske DRG'er hvor endringen enten har vært stor siste år, eller hvor variasjonen mellom regionene er spesielt sterk. Andel dagkirurgi ved mammaoperasjoner ved godartet sykdom eksklusive biopsi (DRG 261) varierer eksempelvis fra 10 prosent i Helse Nord RHF til 64 prosent i Helse Øst RHF.

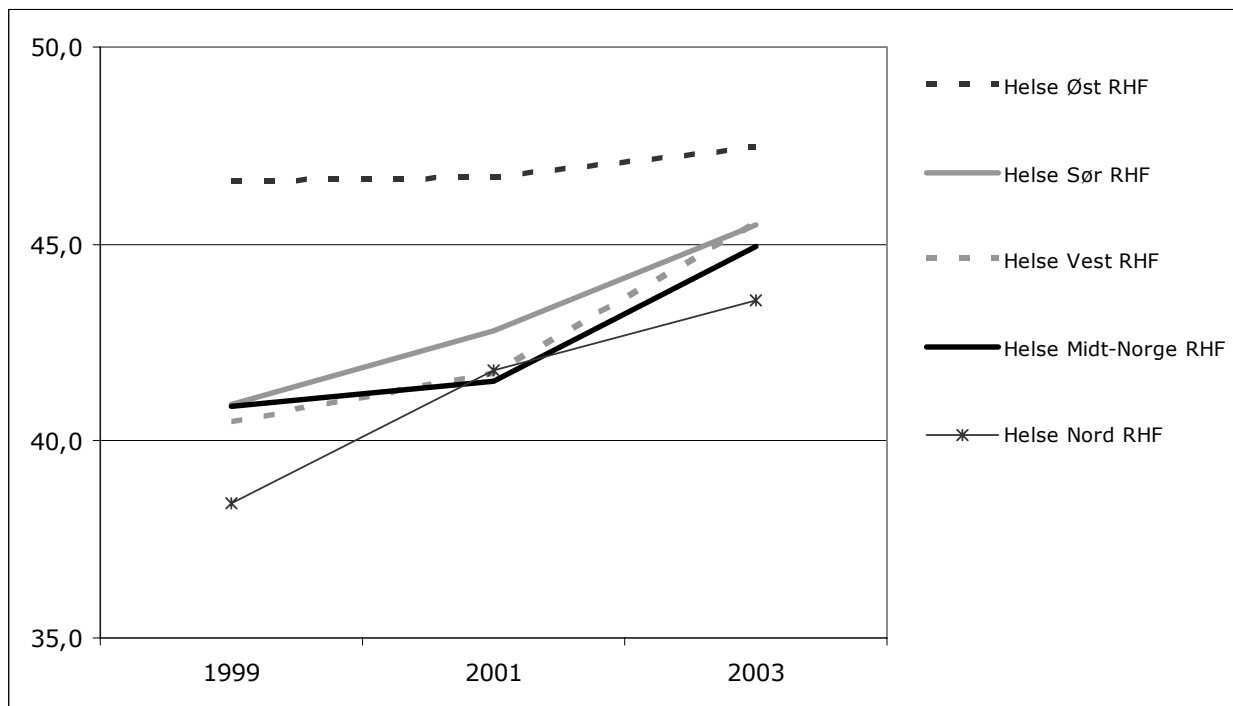
For de fleste av de DRG'ene som er valgt ut i denne sammenhengen, har de private institusjonene 95-100 prosent dagkirurgi. Det er i denne sammenhengen viktig å huske at det kan dreie seg om svært få operasjoner, og gjelder sjeldent et representativt utvalg av pasienter med behov for denne typen operasjon. De private sykehusenes muligheter til å velge lette pasienter kan også gjøre det tyngre for de offentlige institusjonene å øke sin dagkirurgiandel.

12.2 Datagrunnlag

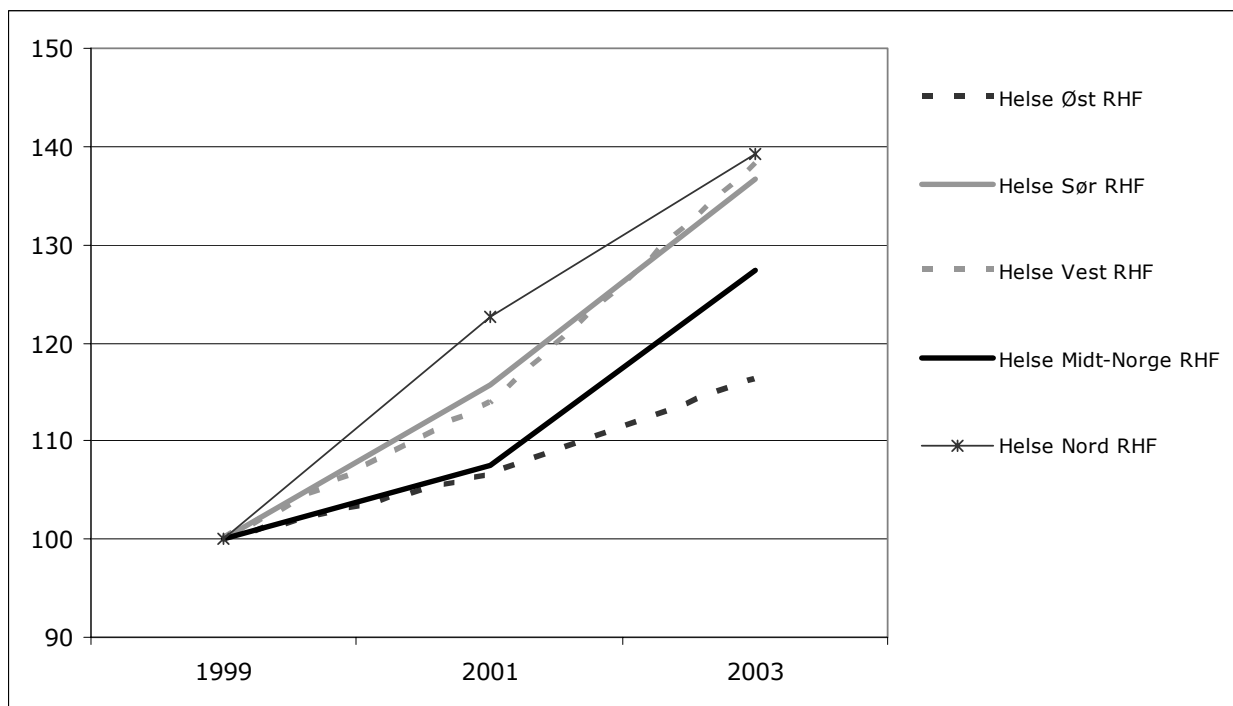
To sentrale spørsmål i definisjonen av dagkirurgi er (i) hvorvidt dagkirurgiske operasjoner skal forutsettes å være elektive (planlagte) og (ii) hvorvidt et heldøgnsopphold definert i en kirurgisk DRG med 0 liggedager skal defineres som dagkirurgi. I beregningene i dette kapitlet har vi benyttet en vid definisjon av dagkirurgi. Dagkirurgi er definert som alle kirurgiske inngrep der pasienten har 0-liggedager (uavhengig av om pasienten er innlagt på heldøgnsavdeling eller dagavdeling og uavhengig av om operasjonen er planlagt eller ikke).

Datagrunnlaget for dette kapitlet er pasientdata for innlagte heldøgns pasienter, innlagte dagpasienter og pasienter som har fått dagbehandling ved poliklinikkene ved norske sykehus.

Figur 12.1 Dagkirurgiandel av all kirurgi i helseregionene fra 1999 til 2003.



Figur 12.2 Den relative utviklingen i dagkirurgi som andel av all kirurgi i helseregionene fra 1999 til 2003 (1999=100).



Tabell 12.1 Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi i de regionale helseforetakene 2002 og 2003.

RHF: Regionalt helseforetak	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG ¹		Dagkirurgi som andel av alle dagkirurgiske DRG		Dagkirurgi som andel av all elektiv kirurgi		Dagkirurgi som andel av all kirurgi	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF ²	60,6	61,7	60,6	56,0	61,2	60,9	46,9	47,4
Helse Sør RHF	56,4	58,3	56,4	53,8	53,4	54,9	44,0	45,5
Helse Vest RHF ³	54,1	56,2	54,1	52,7	55,7	57,6	43,0	45,5
Helse Midt-Norge RHF	54,6	56,8	54,6	52,2	56,5	58,0	42,7	44,9
Helse Nord RHF	53,2	54,2	53,2	50,2	54,5	54,5	42,5	43,6
Private sykehus ⁴	70,2	86,3	70,2	85,9	63,4	81,6	61,1	80,1
Totalt	57,1	60,4	57,1	55,9	56,9	59,5	44,9	48,0

¹ Kompliserte DRG'er som gir korrigeret vekt lik ukomplisert ved dagbehandling er ikke inkludert. i definisjonen av dagkirurgiske DRG. Dette gjelder følgende DRG'er i 2003: 7, 76, 152, 154, 157, 159, 161, 166, 168, 170, 193, 195, 210, 214, 218, 221, 223, 233, 257, 259, 265, 269, 292, 304, 308, 310, 312, 336, 354, 358, 401, 407, 442,493. Bare 2,6 prosent av oppholdene i disse DRG'ene er dagkirurgi.

² Lillehammer sanitetsforenings revmatisesykehus, Martina Hansens hospital, Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Øst RHF og inngår i tallgrunnlaget for Helse Øst RHF i tillegg til de andre HF'ene i regionen.

³ Haugesund sanitetsforenings sykehus, Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass og Hospitalet Betanien er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Vest RHF og inngår i tallgrunnlaget til Helse Vest RHF i tillegg til de andre HF'ene i regionen.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Tabell 12.2 Antall dagkirurgiopphold i 2002 og 2003.

RHF: Regionalt helseforetak	Dagkirurgiske opphold (N=)		Endring i antall opphold	Endring i prosent
	2002	2003	2002-2003	2002-2003
Helse Øst RHF	46 514	49 950	3 436	7,4
Helse Sør RHF	38 022	41 471	3 449	9,1
Helse Vest RHF	26 783	31 153	4 370	16,3
Helse Midt-Norge RHF	20 526	22 924	2 398	11,7
Helse Nord RHF	15 993	17 200	1 207	7,5
Tidligere godkjente private sykehus ¹	7 587	17 699	10 112	133
Nye private sykehus ²	-	2 333	2 333	-
Totalt	182 730	155 425	27 305	17,6

¹ Medi 3, Volvat medisinske senter, Glittrelinniken (ingen dagkirurgiopphold), Axsess sykehus og spesialistklinikk, Omniaisykehuset AS, Spesialistkliniken drammen private sykehus AS, Ringvollklinikken Hobøl, Feiringklinikken.

² Colosseum-klinikken i Oslo og Stokkan-klinikken i Trondheim.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- I 2003 ble 48 prosent av all kirurgi utført dagkirurgisk
- Fra 2002 til 2003 økte dagkirurgiens andel av all kirurgi med 3 prosentpoeng

- Andel dagkirurgisk behandling er høyest i Helse Øst RHF
- I 2003 var andelen dagkirurgi av all kirurgi omtrent like høy i Helse Sør, Helse Vest og Helse Midt-Norge
- I siste år har omleggingen fra kirurgisk døgnbehandling til dagkirurgi var størst ved helseforetakene i Helse Vest RHF
- Dersom vi tar utgangspunkt i nivået av dagkirurgi fra 1999, har økningen i dagkirurgi relativt sett vært sterkest i Helse Nord RHF

Tabell 12.3 Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi i helseforetakene 2002 og 2003.

Helseforetak	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG ¹		Dagkirurgi som andel av all elektiv kirurgi		Dagkirurgi som andel av all kirurgi		(Dagkirurgi N=)	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Sykehuset Østfold HF	61,9	60,4	63,0	61,4	48,3	46,5	7 514	7 131
Asker og Bærum sh. HF	59,0	58,2	64,2	58,8	46,5	45,1	3 037	3 100
Akershus Univ. sh. HF	56,9	61,5	63,7	63,7	44,7	46,5	5 081	5 674
Aker Univ. sh. HF	49,1	51,7	45,7	48,2	31,3	33,6	2 154	2 494
Ullevål Univ. sh. HF	62,9	63,0	65,9	66,1	47,9	49,1	10 537	12 251
Sykehuset Innlandet HF	63,0	65,7	63,2	63,5	50,5	51,7	13 228	14 157
Sunnaas sykehus HF ²	-	-	-	-	-	-	-	-
Avtaleinst. Helse Øst RHF ³	59,1	59,9	51,0	50,8	46,5	46,2	4 963	5 143
Sum Helse Øst RHF	60,6	61,8	61,2	60,9	46,9	47,4	46 514	49 950
Rikshospitalet HF	49,8	49,1	42,5	41,4	36,7	35,7	7 517	7 587
Det norske Radiumhosp. HF	12,8	16,5	8,1	9,7	8,0	9,5	194	218
Ringerike sykehus HF	63,3	61,6	66,0	66,7	49,9	48,5	1 689	1 651
Sykehuset Buskerud HF	61,1	63,0	59,6	60,9	47,6	49,0	5 084	5 599
Blefjell sykehus HF	54,0	55,2	53,1	54,3	43,9	44,5	2 225	2 149
Sykehuset Telemark HF	54,4	57,5	54,0	56,8	44,5	47,0	5 152	5 871
Sykehuset i Vestfold HF	65,3	65,5	63,8	64,4	52,0	52,2	7 401	7 824
Sørlandet sykehus HF	58,2	63,2	59,5	63,1	47,4	51,8	8 760	10 572
Sum Helse Sør RHF	56,4	58,4	53,4	54,9	44,0	45,5	38 022	41 471
Helse Stavanger HF	56,1	59,4	60,3	64,2	45,9	49,3	7 237	8 987
Helse Fonna HF	63,4	65,1	65,7	65,5	53,2	54,0	5 447	5 818
Helse Bergen HF	51,4	52,8	52,1	53,2	39,2	41,1	9 666	11 195
Helse Førde HF	44,8	47,1	44,2	46,5	36,0	38,9	2 972	3 357
Avtaleinst. Helse Vest RHF ⁴	56,1	61,0	56,2	59,8	44,2	49,1	1 461	1 796
Sum Helse Vest RHF	54,1	56,3	55,7	57,6	43,0	45,5	26 783	31 153
Helse Sunnmøre HF	53,1	57,5	55,0	57,0	42,8	46,7	3 673	4 434
Nordmøre og Romsdal HF	57,4	59,7	57,2	58,7	45,5	47,7	3 570	3 911
St. Olavs hospital HF	52,8	53,9	53,2	54,5	39,4	40,9	8 306	8 876
Orkdal sykehus HF	62,8	60,7	70,0	64,5	52,0	49,4	1 311	1 391
Helse Nord-Trøndelag HF	55,0	59,7	62,4	64,9	45,6	49,0	3 666	4 312
Sum Helse Midt-Norge RHF	54,6	57,0	56,5	58,0	42,7	44,9	20 526	22 924

Helseforetak	Dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG ¹		Dagkirurgi som andel av all elektiv kirurgi		Dagkirurgi som andel av all kirurgi		(Dagkirurgi N=)	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helgelandssykehuset HF	61,2	59,9	62,9	58,2	50,0	48,0	2 401	2 369
Nordlandssykehuset HF	55,2	56,8	54,4	54,5	44,8	45,6	3 780	4 037
Hålogalandssykehuset HF	50,7	55,1	53,6	56,4	40,6	44,5	2 507	3 008
Univ. sh. i Nord-Norge HF	48,2	47,4	48,9	48,4	37,2	37,1	5 123	5 193
Helse Finnmark HF	59,0	61,7	64,0	64,0	49,0	52,7	2 182	2 593
Sum Helse Nord RHF	53,2	54,3	54,5	54,5	42,5	43,6	15 993	17 200
Private ideelle utenfor RHF ⁵	0,4	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	8	7
Kommersielle sykehus ⁶	84,3	94,6	81,2	91,8	81,2	91,8	7 587	20 025
Totalt	57,1	60,5	56,9	59,5	44,9	48,0	155 425	182 730

¹ Kompliserte DRG'er som gir korrigeret vekt lik ukompisert ved dagbehandling er ikke inkludert. i definisjonen av dagkirurgiske DRG. Dette gjelder følgende DRG'er i 2003: 7, 76, 152, 154, 157, 159, 161, 166, 168, 170, 193, 195, 210, 214, 218, 221, 223, 233, 257, 259, 265, 269, 292, 304, 308, 310, 312, 336, 354, 358, 401, 407, 442, 493. Bare 2,6 prosent av oppholdene i disse DRG'ene er dagkirurgi.

² Inklusive Drøbak rehabiliteringssenter (tidligere underlagt Bærum sykehus).

³ Lillehammer sanitetsforenings revmatisesykehus, Martina Hansens hospital, Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Øst RHF.

⁴ Haugesund sanitetsforenings sykehus, Diakonissehjermets sykehus Haraldsplass og Hospitalet Betanien er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Vest RHF.

⁵ Feiringklinikken og Glittreklinikken er definert som private ideelle institusjoner utenfor RHF'ene.

⁶ I 2002 er Spesialistklinikken Drammen private sykehus AS, Medi 3, Volvat medisinske senter AS, Axess sykehus og spesialistklinik AS, Omnia-sykehuset AS og Ringvollklinikken Hobøl er definert som kommersielle sykehus. I 2003 er også Colosseum-klinikken i Oslo og Klinik Stokkan i Trondheim inkludert. Tallene gjelder bare opphold/behandlinger som er offentlig finansiert.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Aker Universitetssykehus har lavest andel dagkirurgi av all kirurgi (33,6 prosent) dersom vi ser bort fra spesialsykehus-foretakene Sunnaas og Radiumhospitalet
- Helse Fonna HF har høyest andel dagkirurgi av all kirurgi (54 prosent)
- Ringerike sykehus HF har høyest andel dagkirurgi av all *elektiv* kirurgi (67 prosent)
- Variasjonene mellom helseforetakene i andel dagkirurgi er uendret fra 2002 til 2003

Tabell 12.4 Andel dagkirurgi i utvalgte dagkirurgiske DRG etter regionalt helseforetak. Tall for 2003 og endring fra 2002 til 2003.

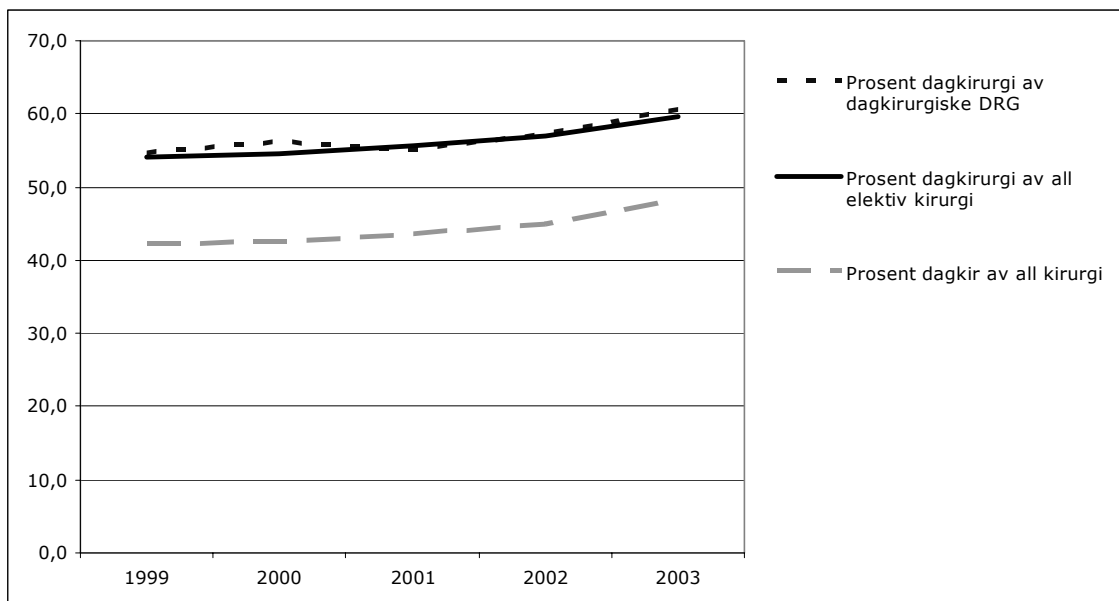
Utvalgte dagkirurgiske DRG	Andel dagkirurgi							Endr i andel dagkir. 2002-2003	Endr. i dagkir. opph. 2002-2003
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Priv. inst.	Totalt		
39 Operasjoner på linsen	94	93	90	97	92	99	93,5	2,7	3 467
42 Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	52	66	38	63	88	100	65,6	12,4	779
53 Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17	62	50	66	76	55	94	66,7	4,5	298
56 Plastiske operasjoner på nesen	56	43	74	52	59	80	61,6	12,6	945
77 Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	79	76	88	77	53	98	82,3	9,4	1 416
119 Inngrep for åreknuter	90	84	81	84	80	99	86,6	3,0	771
158 Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	60	35	53	36	46	100	50,7	7,9	782
162 Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	75	59	76	66	61	97	70,0	4,6	568
219 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 u/bk	23	22	15	20	19	95	24,6	8,2	613
224 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr u/bk	37	27	43	26	35	95	44,5	5,6	1 016
227 Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	58	51	42	41	58	93	54,7	4,2	1 336
229 Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl prot u/bk	82	72	80	65	69	100	76,9	9,5	951
231 Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl hofte/femur	76	73	55	64	60	98	70,4	7,0	513
232 Artroskopi	82	86	79	76	85	98	83,8	5,1	246
260 Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	55	20	43	31	10	100	36,9	8,2	267
261 Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/loka	64	38	35	41	10	92	59,4	18,0	887
288 Operasjoner for adipositas	50	23	2	17	4	94	65,9	30,3	432

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Av de dagkirurgiske DRG'ene som er valgt ut her, er det størst variasjon mellom regionene i andel dagkirurgi ved DRG 288 (Operasjoner for adipositas) og DRG 261 (mammaop ved godartet sykdom eksklusive biopsi)
- Tabellen viser også at det er stor variasjon i andelen dagkirurgi blant dagkirurgiske DRG: ved operasjoner på linsen. helse Midt-Norge RHF har eksempelvis 92 prosent dagkirurgi ved operasjoner på linsen (DRG 39) og 19 prosent dagkirurgi ved operasjoner av humerus og kne/ledd/fot over 17 år (DRG 219).

Figur 12.3 Utviklingen i dagkirurgi som andel av dagkirurgiske DRG, all elektiv kirurgi og all kirurgi fra 1999 til 2003.



13 Reinnleggelser i 2002 og 2003

Beate M. Huseby og Stein Petersen

En vesentlig del av aktivitetsøkningen er knyttet til en økning i fleropp- hold/serie-behandlinger. Økningen i antall døgnopphold for pasienter som var innlagt ved samme sykehus bare en gang i løpet av kalenderåret var på 2,1 prosent, mens økningen i døgnopphold totalt (se kapittel 8) var på 5,3 prosent. For de eldste pasientene (80 år +) var økningen i døgnopphold totalt sett på 7,3 prosent, mens økningen i engangsopphold (døgn) var bare 1,9 prosent. For disse pasientene ble andelen engangsopphold redusert med 2,3 prosentpoeng fra 2002 til 2003. I 2003 var mer enn 18 prosent av alle døgn- opphold for pasienter på 80 år eller eldre en reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 60 dager etter utskrivning.

13.1 Innledning

Aktivitetsøkningen de senere årene er målt i henhold til en økning i antall *opphold*. Finansieringssystemet for sykehusene gir incentiv til å organisere pasientbehandlingen som flest mulig korte sykehusopphold. Innsatsstyrt finansiering og kravene om økt effektivitet har i tillegg til utviklingen av medisinsk teknologi bidratt til at liggetiden per opphold har blitt redusert gjennom hele 1990-tallet, og har blitt ytterligere redusert etter årtusenskiftet. Dette gir generelt grunn til å forvente at behovet for reinnleggelser har økt, spesielt for eldre pasienter med sammensatte og komplekse sykdomsbilder.

Tidligere analyser ved SINTEF Unimed (Heggstad og Lilleeng 1995, Heggstad 1996 og 1997) har påpekt at omfanget av reinnleggelser økte i perioden fra 1991 til 1996. Huseby (2002) har også vist at omfanget av reinnleggelser (målt som ø-hjelps-opphold innen 30 dager etter utskrivning) økte fra 1996 til 2001. Økningen var særlig sterk for de eldste pasientene. Når aktiviteten, målt i antall opphold øker, er det dermed viktig å stille spørsmål om det er de samme pasientene som behandles flere ganger eller om det er flere pasienter som behandles. I dette kapitlet har vi derfor analysert endringene i reinnleggelser fra 2002 til 2003 for både befolkningen totalt og for de eldste pasientene.

I dette kapitlet skiller vi mellom *reinnleggelser* som defineres som innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 eller 60 dager etter utskrivning og andre *fleropp- hold*, som kan være andre ø-hjelp innleggelser senere på året eller flere planlagte innleggelser i løpet av et år. Kapitlet gir dermed oversikt over utviklingen i både engangsopphold (pasienter som er innlagt bare en gang i løpet av kalenderåret), reinnleggelser innen 30 eller 60 dager og utviklingen i fleropp- hold for 2002 og 2003. Tallene framstilles på regionnivå (RHF) og HF-nivå, men beregningene tar utgangspunkt i hvorvidt pasientene er innlagt på samme *sykehus* flere ganger i løpet av et kalenderår. Dersom en i tillegg tar høyde for at en del av pasientene kan ha vært innlagt på andre sykehus, vil omfanget av engangsopphold trolig være enda lavere enn det tabellene i dette kapitlet indikerer.

Analysene i dette kapitlet tar utgangspunkt i døgnoppholdene og inkluderer alle døgnopphold i den offentlige somatiske spesialisthelsetjenesten i 2002 og 2003. Pasienter som har lav

sannsynlighet for reinnleggelser (fødsler, friske nyfødte, rehabiliteringsopphold) er også inkludert i datamaterialet.

13.2 Utviklingen for befolkningen totalt

Totalt sett ble omfanget av engangsopphold mest redusert i Helse Øst RHF (-1,6 prosentpoeng) og i Helse Sør (-1,2 prosentpoeng). Nedgangen i andelen engangsopphold er noe lavere i Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF, og er uendret i Helse Nord RHF.

Helse Sør RHF har den laveste andelen med engangsopphold. Dette kan i noen grad knyttes til spesialsykehuset Radiumhospitalet, som naturlig nok har en svært høy andel planlagte fleropphold, men skyldes også at Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Buskerud HF har et lavt nivå av engangsopphold. Sykehuset Telemark HF har en relativt høy andel fleropphold, mens Sykehuset Buskerud HF har en av landets høyeste andeler av reinnleggelser innen 30 dager.

Helse Øst RHF har det høyeste nivået av engangsopphold. Ullevål Universitetssykehus HF har landets høyeste nivå av engangsopphold (dersom vi ser bort fra de private sykehusene), og både Sykehuset Innlandet HF, og Asker og Bærum Sykehus HF har et nesten tilsvarende høyt nivå av engangsopphold. Noen av sykehusene i Helse Øst RHF har likevel et relativt høyt nivå av reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 eller 60 dager (Sykehuset Østfold HF og Akershus Universitetssykehus HF), mens Sykehuset Innlandet HF har ingen reinnleggelser for ø-hjelp innen 30 dager.

I Helse Vest RHF er som tidligere nevnt, andelen engangsopphold lite endret fra 2002 til 2003 og andelen reinnleggelser for ø-hjelp innen 30 og 60 dager etter utskrivning er uendret. Nivået av reinnleggelser ved Helse Fonna HF er imidlertid relativt høyt, men er noe redusert fra 2002 til 2003.

St. Olavs hospital HF har et av landets laveste nivå av reinnleggelser for ø-hjelp etter 30 eller 60 dager. Ved dette HF'et har også andelen reinnleggelser gått noe ned fra 2002 til 2003. Med unntak av Radiumhospitalet, har likevel St. Olavs hospital HF landets laveste andel av engangsopphold, og et av landets høyeste nivå av fleropphold. Innen Helse Midt-Norge RHF er andelen reinnleggelser innen 30 eller 60 dager høyest for Helse Nord-Trøndelag HF.

Helseregion Nord har tradisjonelt hatt et høyt antall opphold per pasient. Dette har vært knyttet til overføringer av pasienter mellom sykehus, og de minste sykehusene som først mottar pasientene, deretter sender dem til et mer høyspesialisert sykehus og tilslutt får pasienten tilbake igjen har hatt en lav andel engangsopphold. Dette gjelder også for 2002 og 2003, men tabellene i dette kapitlet indikerer også at Helgelandssykehuset og Hålogalandssykehuset HF har landets høyeste nivå av reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 eller 60 dager. Ved førstnevnte HF økte også omfanget av reinnleggelser i perioden noe økt. Nordlandssykehuset HF har imidlertid et av landets laveste nivå av reinnleggelser.

13.3 Utviklingen for de eldste pasientene

Omfanget av reinnleggelser og fleropphold blant eldre pasienter er omfattende. I Helse Nord RHF var nesten 60 prosent av alle opphold for pasienter 80 år og eldre et av flere døgnopphold i løpet av året. Ved Hålogalandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF, samt Akershus Universitetssykehus HF og Buskerud Sykehus HF var mer enn 1 av 5 opphold for pasienter i pensjonsalder en reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 eller 60 dager etter et forutgående sykehusopphold.

I likhet med utviklingen for opphold totalt, ble andelen engangsopphold for de eldste pasientene (80 år+) mest redusert i Helse Øst RHF. Helse Øst RHF har generelt sett det høyeste nivået av reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager for eldre pasienter, og hadde også den største økningen i denne typen reinnleggelser fra 2002 til 2003. Ved Sykehuset

Østfold HF økte andelen reinnleggelser for pasienter over 66 år med 3 prosentpoeng fra 2002 til 2003, og andelen engangsopphold ble redusert fra 56 til 46 prosent. Ved Ullevål universitetssykehus HF og Asker og Bærum sykehus HF ble imidlertid andelen reinnleggelser av eldre pasienter noe redusert.

Ved Sykehuset Buskerud HF økte også reinnleggelser for ø-hjelp innen 30 dager blant eldre pasienter (67 år+) med 2,1 prosentpoeng fra 2002 til 2003. Vestfold sykehus HF hadde også en økning i denne typen reinnleggelser på nesten 2 prosentpoeng. Totalt sett var økningen i reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp for pasienter over 66 år nesten like stor for Helse Sør RHF som i Helse Øst RHF.

I Helse Vest RHF gikk imidlertid andelen reinnleggelser for eldre pasienter ned i denne perioden. Nedgangen gjaldt alle Hf i regionen med unntak av Helse Førde HF hvor reinnleggelsene økte noe.

I Helse Midt-Norge RHF økte reinnleggelsene for øyeblikkelig hjelp for eldre pasienter med 0,8 prosentpoeng. Økningen var størst for Helse Nord-Trøndelag HF (+1,5 prosentpoeng) og Helse Sunnmøre HF (+1,1 prosentpoeng). Høyest nivå av reinnleggelser for ø-hjelp innen 30 eller 60 dager, når det gjelder eldre pasienter, hadde imidlertid Helse Nordmøre og Romsdal HF, hvor 19,4 prosent av døgnoppholdene for denne pasientgruppen var denne typen reinnleggelser.

I Helse Nord RHF var nivået av reinnleggelser av eldre pasienter i hovedsak stabilt, men høyt. UNN HF hadde imidlertid landets laveste nivå av reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp for eldre pasienter (11,3 prosent totalt).

13.4 Definisjon og datagrunnlag - utviklingen i reinnleggelser fra 1996 til 2003

Tabellene i dette kapitlet viser tall som ikke er sammenlignbare med tidligere publiserte tall for reinnleggelser i SAMDATA (Huseby 2002). Variasjonen knyttes delvis til hvilke institusjoner og opphold som inngår i datagrunnlaget, og delvis til definisjonen av reinnleggelsene. I dette kapitlet inngår *alle* døgnopphold, også fødsler, nyfødte og rehabiliteringsopphold som er knyttet til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Tidligere publiserte tall var eksklusive fødsler, nyfødte, og enkelte rehabiliteringsinstitusjoner (Rehabiliteringstjenesten i Rogaland, Nevrohjemmet og Mork rehabiliteringssenter).

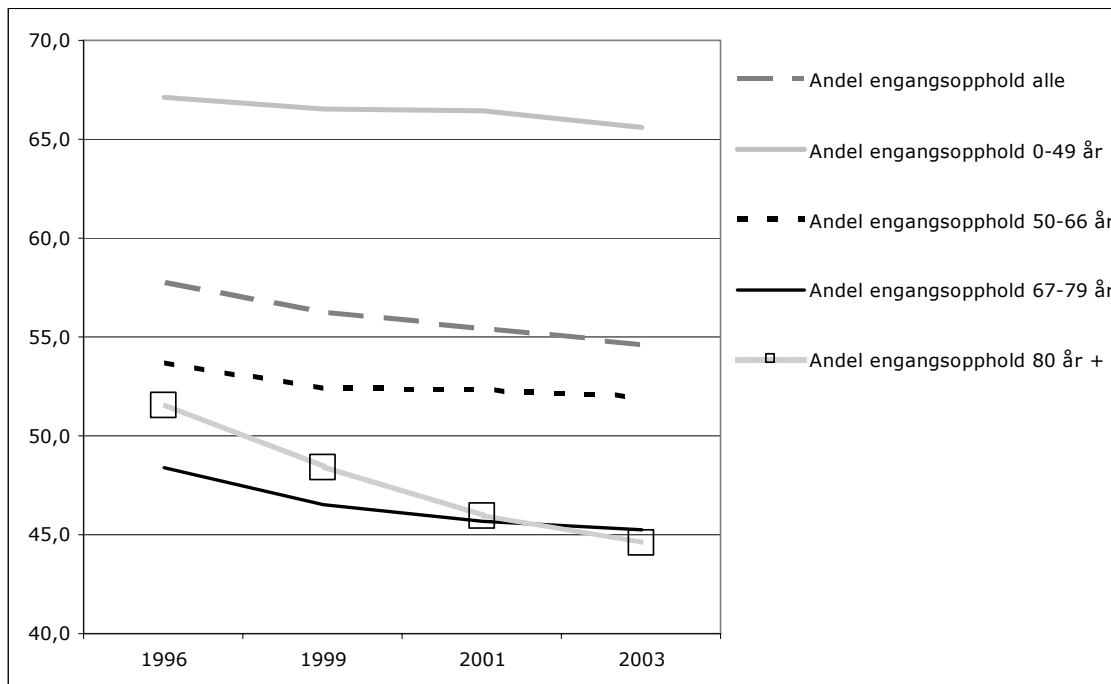
I dette kapitlet er også pasientenes *første opphold* definert som et fleropphold dersom pasienten hadde mer enn ett opphold i løpet av kalenderåret. I tidligere publiserte tall ble pasientenes første opphold definert som et førsteopphold og kategorisert sammen med engangsoppholdene.

Når opphold for fødsler, nyfødte og rehabilitering inkluderes synker andelen reinnleggelser noe fordi disse pasientgruppene reinnlegges sjeldnere enn andre. Tabell 1 i dette kapitlet viser at 58,1 og 8,9 prosent av døgnoppholdene var henholdsvis engangsopphold og reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager. For døgnopphold eksklusive fødsler, nyfødte og særskilte rehabiliteringsinstitusjoner var andelen engangsopphold 54,6 prosent, og andelen reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager var 9,6 prosent.

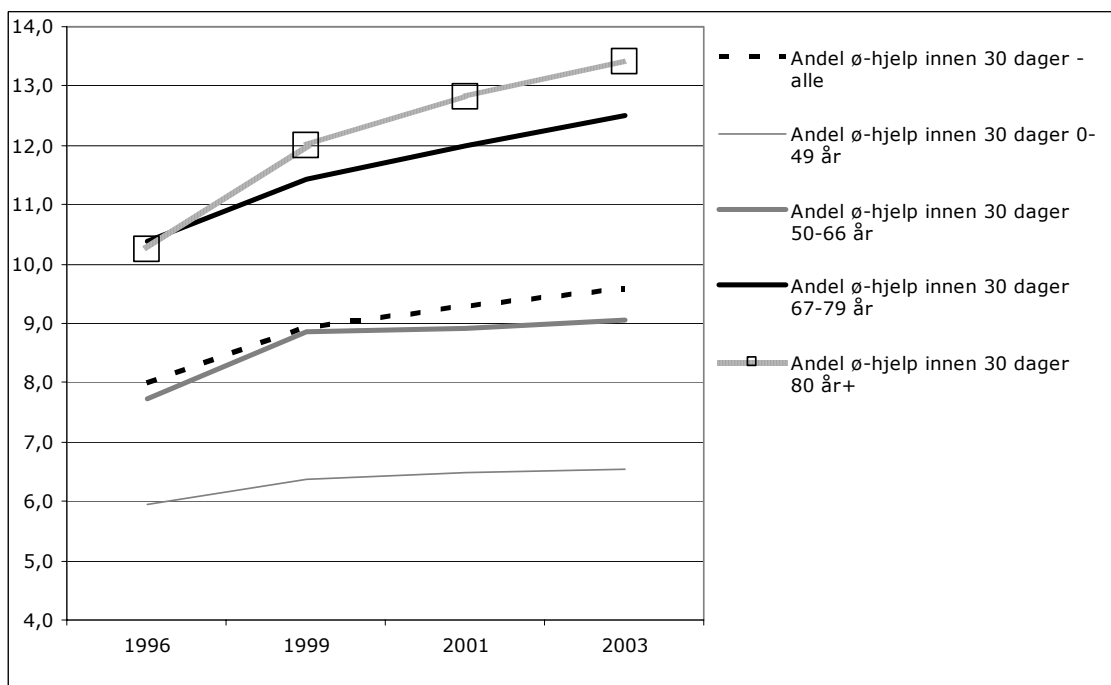
For å gjøre det mulig å vurdere utviklingen i reinnleggelser over tid har vi derfor inkludert to figurer som viser sammenlignbare tall for 1996, 1999, 2001 og 2003. Beregningene av andeler er gjort for døgnopphold eksklusive fødsler, nyfødte, fødestuer og særskilte rehabiliteringsinstitusjoner⁴⁴.

⁴⁴ Rehabiliteringstjenesten i Rogaland, Nevrohjemmet og Mork rehabiliteringssenter.

Figur 13.1 Utviklingen i andel engangsopphold fra 1996 til 2003 for ulike aldersgrupper. Døgnopphold eksklusive fødsler, friske nyfødte og særskilte rehabiliteringsinstitusjoner.



Figur 13.2 Utviklingen i reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter et tidligere opphold fra 1996 til 2003. Døgnopphold eksklusive fødsler, friske nyfødte og særskilte rehabiliteringsinstitusjoner.



13.5 Reinnleggelser etter region (RHF) og pasientenes alder

Tabell 13.1 Andel av alle opphold som er eneste pasientopphold, opphold for ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning, opphold for ø-hjelp 31-60 dager etter utskrivning og andre fleropphold totalt og etter pasientenes alder. Tall for RHF'ene 2002 og 2003.

Helseregion RHF	Engangsopphold		Ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning		Ø-hjelp etter 31-60 dager		Andre fleropphold		
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	
0-49 år	Helse Øst RHF	74,7	73,9	6,2	6,1	1,6	1,5	17,5	18,4
	Helse Sør RHF	67,1	66,0	5,6	5,9	1,5	1,5	25,9	26,7
	Helse Vest RHF	71,3	70,6	6,1	6,1	1,8	1,8	20,8	21,5
	Helse Midt-Norge RHF	70,2	70,1	6,1	6,0	1,7	1,6	22,0	22,3
	Helse Nord	69,2	69,3	6,3	6,4	1,7	1,6	22,7	22,6
	Totalt	70,9	70,2	6,0	6,1	1,6	1,6	21,5	22,1
(N=)	257 870	262 003	21 878	22 725	5 949	5 947	78 101	82 415	
55-66 år	Helse Øst RHF	56,3	55,3	10,2	10,4	2,7	2,7	30,8	31,6
	Helse Sør RHF	49,5	48,5	8,1	8,0	2,1	2,5	40,3	41,0
	Helse Vest RHF	52,4	51,9	9,3	9,2	2,8	2,8	35,5	36,1
	Helse Midt-Norge RHF	51,5	51,3	8,8	8,4	3,0	2,5	36,8	37,8
	Helse Nord	52,0	52,6	8,1	8,3	2,6	2,6	37,2	36,5
	Totalt	52,6	52,0	9,0	9,0	2,6	2,6	35,8	36,4
(N=)	79 250	83 556	13 628	14 506	3 912	4 216	53 873	58 477	
67 -79 år	Helse Øst RHF	48,6	46,7	12,9	13,6	4,2	4,3	34,2	35,4
	Helse Sør RHF	46,1	45,5	10,4	11,1	3,3	3,5	40,1	39,9
	Helse Vest RHF	44,5	45,3	12,7	12,2	4,5	3,9	38,3	38,6
	Helse Midt-Norge RHF	44,8	44,4	11,8	12,3	4,1	4,1	39,4	39,2
	Helse Nord	43,0	43,1	12,3	12,6	3,8	3,9	40,9	40,3
	Totalt	46,1	45,4	12,0	12,4	4,0	3,9	37,9	38,2
(N=)	67 532	67 851	17 638	18 577	5 851	5 892	55 608	57 158	
80 år +	Helse Øst RHF	49,6	45,9	12,3	13,9	4,8	5,1	33,3	35,1
	Helse Sør RHF	48,8	46,2	11,1	12,2	4,2	4,5	35,8	37,2
	Helse Vest RHF	44,3	44,1	13,4	13,2	5,6	5,1	36,7	37,5
	Helse Midt-Norge RHF	45,0	42,7	12,9	13,8	5,4	5,5	36,7	38,1
	Helse Nord	43,4	42,6	13,7	13,3	5,1	5,1	37,8	38,9
	Totalt	47,1	44,8	12,5	13,3	4,9	5,0	35,5	36,9
(N=)	53 316	54 343	14 169	16 140	5 583	6 097	40 219	44 732	

Helseregion RHF	Engangsopphold		Ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning		Ø-hjelp etter 31-60 dager		Andre fleropphold	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF	62,2	60,6	9,2	9,6	2,8	2,9	25,7	26,9
Helse Sør RHF	57,1	55,8	7,8	8,2	2,3	2,4	32,9	33,6
Helse Vest RHF	59,2	58,6	8,9	8,9	3,0	2,9	28,9	29,7
Totalt Helse Midt-Norge RHF	57,7	57,2	8,8	8,9	3,0	2,9	30,5	31,1
Helse Nord	57,1	57,0	8,8	9,0	2,8	2,8	31,3	31,3
Totalt	59,1	58,1	8,7	8,9	2,7	2,8	29,4	30,2
(N=)	457 968	467 753	67 313	71 948	21 295	22 152	227 801	242 782

Beregningene av reinnleggelses tar utgangspunkt i hvorvidt pasientene er innlagt ved *samme sykehus* (ikke HF) innen 30 dager, 30-60 dager eller senere i løpet av kalenderåret.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Totalt sett er nivået av reinnleggelses for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning lavest i Helse Sør og høyest i Helse Øst RHF, mens nivået av fleropphold/seriebehandlinger er høyest i Helse Sør og lavest i Helse Øst
- Helse Øst har høyest nivå av pasienter som bare er innlagt en gang i løpet av kalenderåret
- Nivået av reinnleggelses for øyeblikkelig hjelp innen 30 og 60 dager etter utskrivning er høyest, og har økt mest for de eldste pasientene

13.6 Reinnleggelser etter helseforetak (HF) og pasientenes alder

Tabell 13.2 Andel av alle opphold som er eneste pasientopphold, opphold for ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning, opphold for ø-hjelp 31-60 dager etter utskrivning og andre fleropphold i helseforetakene 2002 og 2003. Totalt for alle aldersgrupper.

Helseforetak	Prosent engangsopphold		Prosent opphold ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning		Prosent opphold ø-hjelp etter 31-60 dager		Prosent av andre fleropphold ¹	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Sykehuset Østfold HF	65,2	58,4	9,4	10,6	2,6	3,2	22,8	27,8
Asker og Bærum sh. HF	62,8	64,6	8,9	8,6	3,1	2,4	25,1	24,4
Akershus Univ. sh. HF	61,6	60,9	10,6	10,7	3,0	3,0	24,9	25,4
Aker Univ. sh. HF	61,9	61,4	9,5	9,8	3,3	3,0	25,3	25,7
Ullevål Univ. sh. HF	65,3	65,9	7,7	7,5	2,4	2,3	24,7	24,3
Sykehuset Innlandet HF	67,9	65,6	0,0	0,0	0,1	0,0	32,1	34,4
Sunnaas sykehus HF ²	59,0	57,7	10,0	10,6	3,1	3,2	27,9	28,4
Avtaleinst. Helse Øst RHF ³	59,8	57,4	8,1	8,6	2,6	2,6	29,6	31,4
Sum Helse Øst RHF	62,2	60,6	9,2	9,6	2,8	2,9	25,7	26,9
Rikshospitalet HF	59,8	59,1	2,9	2,8	0,7	0,7	36,6	37,4
Det norske Radiumhosp. HF	18,1	17,9	0,8	0,7	0,1	0,2	80,9	81,2
Ringerike sykehus HF	63,5	61,5	8,8	9,9	2,5	3,2	25,2	25,3
Sykehuset Buskerud HF	57,7	56,8	9,3	10,8	3,0	2,9	29,9	29,4
Blefjell sykehus HF	60,9	59,8	9,2	9,5	3,1	3,2	26,8	27,5
Sykehuset Telemark HF	56,0	55,0	9,7	9,2	2,9	2,7	31,4	33,2
Sykehuset i Vestfold HF	67,6	61,4	9,2	10,4	2,6	3,2	20,7	25,0
Sørlandet sykehus HF	57,7	57,6	10,2	10,4	3,1	3,2	29,0	28,8
Sum Helse Sør RHF	57,1	55,8	7,8	8,2	2,3	2,4	32,9	33,6
Helse Stavanger HF	60,8	59,4	9,1	9,2	3,1	3,2	27,0	28,2
Helse Fonna HF	59,9	59,1	10,4	10,3	3,5	3,2	26,2	27,5
Helse Bergen HF	57,9	57,7	8,2	8,0	2,7	2,5	31,2	31,8
Helse Førde HF	58,8	58,4	8,8	9,1	3,1	2,9	29,3	29,6
Avtaleinst. Helse Vest RHF ⁴	59,5	59,6	9,6	8,9	3,5	3,2	27,4	28,3
Sum Helse Vest RHF	59,2	58,6	8,9	8,9	3,0	2,9	28,9	29,7

Helseforetak	Prosent engangsopphold		Prosent opphold ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning		Prosent opphold ø-hjelp etter 31-60 dager		Prosent av andre fleropphold ¹	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Sunnmøre HF	60,5	59,5	8,3	8,9	3,1	2,9	28,2	28,7
Nordmøre og Romsdal HF	60,0	60,0	9,3	9,4	3,2	2,9	27,5	27,7
St. Olavs hospital HF	54,1	53,5	8,2	8,0	2,7	2,5	35,0	35,9
Orkdal sykehus HF	62,6	64,2	10,3	9,6	3,3	3,0	23,8	23,2
Helse Nord-Trøndelag HF	59,3	58,0	9,6	10,1	3,2	3,5	27,9	28,5
Sum Helse Midt-Norge RHF	57,7	57,2	8,8	8,9	3,0	2,9	30,5	31,1
Helgelandssykehuset HF	55,5	55,9	11,5	11,5	3,9	3,4	29,2	29,2
Nordlandssykehuset HF	58,0	58,1	8,3	7,9	2,4	2,5	31,3	31,4
Hålogalandssykehuset HF	57,8	55,9	10,9	11,5	3,7	3,8	27,6	28,8
Univ. sh. i Nord-Norge HF	55,6	56,6	6,3	6,5	1,9	1,9	36,1	35,0
Helse Finnmark HF	59,3	58,5	9,3	10,0	2,9	2,8	28,5	28,7
Sum Helse Nord RHF	57,1	57,0	8,8	9,0	2,8	2,8	31,3	31,3
Private utenfor RHF'ene	74,8	63,5	0,3	0,2	0,2	0,1	24,8	36,3
Totalt ⁵	59,4	58,3	8,6	8,7	2,7	2,7	29,3	30,4

¹ Inkluderer elektive "reinnleggelse", og pasientenes første-opphold når de har blitt reinnlagt for ø-hjelp innen eller etter 30 dager. Inkluderer også ø-hjelpsopphold senere enn 60 dager etter utskrivning fra første opphold.

² Inklusive Drøbak rehabiliteringssenter (tidligere underlagt Bærum sykehus).

³ Lillehammer sanitetsforenings revmatismesykehus, Martina Hansens hospital, Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Øst RHF.

⁴ Haugesund sanitetsforenings sykehus, Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass og Hospitalet Betanien er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Vest RHF.

⁵ Totaltallene varierer noe fra tabell 1 fordi private sykehus er inkludert i denne tabellen.

Beregningene av reinnleggelse tar utgangspunkt i hvorvidt pasientene er innlagt ved *samme sykehus* (ikke HF) innen 30 dager, 30-60 dager eller senere i løpet av kalenderåret.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Andel pasienter med bare ett opphold i kalenderåret var høyest ved Ullevål Universitetssykehus og Sykehuset Innlandet HF i 2003
- Andel pasienter med bare ett opphold i kalenderåret var lavest ved Radiumhospitalet HF og deretter St. Olavs hospital HF 2003
- Andelen opphold som er reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning var høyest ved Helgelandssykehuset og Hålogalandssykehuset HF i 2003
- Andel seriebehandlinger/fleropphold var generelt sett høyest ved region-sykehusene (Rikshospitalet, St. Olavs hospital, UNN).

Tabell 13.3 Andel av alle opphold som er eneste pasientopphold, opphold for ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning, opphold for ø-hjelp 31-60 dager etter utskrivning og andre fleropphold i helseforetakene 2002 og 2003. Gjelder pasienter 67 år og eldre..

Helseforetak	Prosent engangsopphold eldre 67 år+		Prosent opphold ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning 67 år+		Prosent opphold ø-hjelp etter 31-60 dager eldre 67 år+		Prosent av andre fleropphold ¹ eldre 67 år+	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Sykehuset Østfold HF	56,4	45,8	12,2	14,2	3,7	4,7	27,8	35,2
Asker og Bærum sh. HF	44,8	46,3	12,9	13,6	5,4	4,2	36,8	35,9
Akershus Univ. sh. HF	45,0	42,9	15,2	16,5	5,1	5,0	34,7	35,6
Aker Univ. sh. HF	48,2	46,8	12,6	13,5	5,2	4,8	34,0	34,8
Ullevål Univ. sh. HF	50,5	50,0	11,0	10,7	4,2	4,4	34,2	34,9
Sykehuset Innlandet HF	69,4	68,6	0,0	0,0	0,3	0,0	30,3	31,4
Sunnaas sykehus HF ²	46,1	44,5	13,1	14,3	4,6	4,8	36,3	36,3
Avtaleinst. Helse Øst RHF ³	50,8	50,3	11,6	12,7	4,0	4,4	33,7	32,6
Sum Helse Øst RHF	49,1	46,3	12,7	13,7	4,5	4,7	33,8	35,3
Rikshospitalet HF	64,2	63,1	1,9	2,1	0,5	0,7	33,3	34,1
Det norske Radiumhosp. HF	20,7	23,4	0,5	0,4	0,2	0,1	78,6	76,1
Ringerike sykehus HF	47,8	47,1	14,0	14,1	4,2	5,1	34,0	33,8
Sykehuset Buskerud HF	42,5	41,6	13,7	15,8	5,0	4,7	38,7	38,0
Blefjell sykehus HF	47,8	46,0	12,5	13,4	4,5	4,5	35,3	36,1
Sykehuset Telemark HF	43,2	42,8	12,3	12,2	4,2	4,0	40,3	41,0
Sykehuset i Vestfold HF	59,4	51,1	11,2	13,0	3,9	4,6	25,5	31,2
Sørlandet sykehus HF	43,7	43,6	13,1	13,7	4,5	4,7	38,7	38,0
Sum Helse Sør RHF	47,2	45,8	10,7	11,6	3,7	3,9	38,3	38,8
Helse Stavanger HF	43,2	44,6	13,3	12,7	5,4	4,7	38,2	38,0
Helse Fonna HF	42,9	43,0	15,3	14,6	5,8	4,6	36,1	37,8
Helse Bergen HF	43,9	44,3	12,5	12,0	4,5	4,1	39,2	39,6
Helse Førde HF	44,0	43,1	12,1	13,0	5,0	4,8	39,0	39,1
Avtaleinst. Helse Vest RHF ⁴	52,3	52,0	12,3	11,4	4,6	4,5	30,8	32,1
Sum Helse Vest RHF	44,4	44,7	13,1	12,7	5,0	4,5	37,6	38,1
Helse Sunnmøre HF	45,3	44,0	12,2	13,3	4,9	4,9	37,6	37,7
Nordmøre og Romsdal HF	45,5	43,8	13,9	14,4	4,8	5,0	35,8	36,9
St. Olavs hospital HF	43,0	41,8	10,8	11,6	4,2	4,1	42,0	42,5
Orkdal sykehus HF	49,2	49,9	13,7	13,2	5,2	4,8	31,9	32,1
Helse Nord-Trøndelag HF	45,5	43,4	13,0	13,9	4,7	5,3	36,8	37,3
Sum Helse Midt-Norge RHF	44,9	43,6	12,3	13,0	4,6	4,7	38,2	38,7

Helseforetak	Prosent engangsopphold eldre 67 år+		Prosent opphold ø-hjelp innen 30 dager etter utskrivning 67 år+		Prosent opphold ø-hjelp etter 31-60 dager eldre 67 år+		Prosent av andre fleropphold ¹ eldre 67 år+	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helgelandssykehuset HF	39,7	41,9	16,4	15,8	5,5	5,0	38,3	37,3
Nordlandssykehuset HF	42,7	43,3	12,7	11,8	3,6	4,4	40,9	40,5
Hålogalandssykehuset HF	42,3	41,1	15,0	15,1	5,4	5,5	37,3	38,3
Univ. sh. i Nord-Norge HF	47,7	47,6	8,1	8,4	3,1	2,9	41,0	41,1
Helse Finnmark HF	59,7	57,6	0,3	0,4	0,2	0,2	39,8	41,8
Sum Helse Nord RHF	43,2	42,9	12,8	12,9	4,3	4,4	39,7	39,8
Private utenfor RHF'ene	41,0	37,8	13,3	15,8	4,4	4,6	41,3	41,8
Totalt ⁵	46,7	45,4	12,1	12,6	4,3	4,3	36,9	37,7

¹ Inkluderer elektive "reinnleggelser", og pasientenes første-opphold når de har blitt reinnlagt for ø-hjelp innen eller etter 30 dager. Inkluderer også ø-hjelpsopphold senere enn 60 dager etter utskrivning fra første opphold.

² Inklusive Drøbak rehabiliteringssenter (tidligere underlagt Bærum sykehus).

³ Lillehammer sanitetsforenings revmatismesykehus, Martina Hansens hospital, Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Øst RHF.

⁴ Haugesund sanitetsforenings sykehus, Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass og Hospitalet Betanien er definert som faste avtaleinstitusjoner for Helse Vest RHF.

⁵ Totaltallene varierer noe fra tabell 1 fordi private sykehus er inkludert i denne tabellen.

Beregningene av reinnleggelser tar utgangspunkt i hvorvidt pasientene er innlagt ved *samme sykehus* (ikke HF) innen 30 dager, 30-60 dager eller senere i løpet av kalenderåret.

Datakilde: Norsk Pasientregister

Definisjoner: Se vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

- Sykehuset Innlandet HF hadde også høyeste andel engangsopphold for de eldste pasientene (67 år og over) og ingen reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp for disse pasientene
- Akershus Universitetssykehus HF hadde det høyeste nivået av reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp inne 30 dager etter utskrivning når det gjaldt eldre pasienter
- St. Olavs hospital hadde høyeste nivå av seriebehandlinger/fleropphold for eldre pasienter

14 Variasjoner i kirurgisk praksis – laparoskopi versus laparotomi

Finn Egil Skjeldestad og Inger Johanne Bakken

For gallelidelser, gastroøsofageal refluksykdom og svangerskap utenfor livmoren er laparoskopiske teknikker dominerende i alle helseregionene. For disse tre tilstandene er det relativt liten variasjon i gjennomsnittlig liggetid for inngrep utført med laparoskopi og noe større forskjell i gjennomsnittlig liggetid for pasienter operert ved åpen kirurgi ved enkelt foretak og på regionalt nivå. For pasienter med diagnosen appendisitt er laparoskopisk teknikk mindre brukt, selv om andelen laparoskopiske inngrep er økende i hver region.

Høy andel laparoskopiske inngrep med lav konverteringsrate kan være et uttrykk for kvaliteten på helsetjenesten (kvalitetsindikator). Helseforetak som har hatt lang erfaring med laparoskopi, høye andeler laparoskopiske inngrep over flere år, viser tendenser til lavere konverteringsrater og kortere liggetid for alle inngrepene.

For mange helseforetak er det fortsatt mulig å operere flere pasienter laparoskopisk for de tilstandene som er omtalt i dette kapitlet.

14.1 Innledning

Fra midten av 1980-tallet har laparoskopisk kirurgi helt eller delvis erstattet laparotomi ved mange tilstander, spesielt bukoperasjoner. Tidspunktet for innføring av laparoskopisk kirurgi har variert for ulike tilstander og mellom sykehusene. Laparoskopisk kirurgi er mindre mutilerende, reduserer ligge- og rehabiliteringstiden, og er kostnadsbesparende for pasientene, sykehusene og samfunnet sammenlignet med åpen kirurgi.

I dette kapitlet analyseres variasjoner i kirurgisk praksis ved tilstandene appendisitt, gallestein, dyspepsi i form av sure oppstøt og svangerskap utenfor livmoren. Prosedyrene ved disse tilstandene er appendektomi, kolecystektomi, gastroøsofageal refluksoperasjon og tubeoperasjon. Analyseperioden (1999-2003) omfatter tre år før og to år etter innføring av Helsereformen (01. 01. 2002).

Enhet for analyse er helseforetak (HF) og regionalt helseforetak. Pasienter med kreftdiagnose i hoved- og/eller bidiagnose er ekskludert fra analysene. Insidensrater etter regional helseregion er beregnet etter pasientenes bosted. Data presenteres for kvinner og menn samlet.

14.2 Laparoskopisk kolecystektomi

Indikasjonen for operasjon er hovedsakelig gallesteinsanfall og i færre tilfeller betennelse i galleblæren/gallegangene. Det opereres flere kvinner enn menn og de fleste pasientene er i aldersgruppen 50-70 år (Bakken, Skjeldestad, Mjåland og Johnsen 2004).

Laparoskopisk kolecystektomi ble i Norge første gang utført ved Oppland sentralsykehus i 1990 (Pedersen, Hoem, Andren-Sandberg 2002). Allerede i 1992 ble laparoskopisk kolecystektomi utført ved de fleste sykehusene i Norge (Johnson, Solheim, Buanes 1993), og i 1998 var laparoskopisk kolecystektomi etablert som hovedmetode over hele landet (Mjåland, Johnson, Myrvold 2002). Andelen laparoskopiske kolecystektomier økte raskt fra 24 % i 1991-93 til henholdsvis 61 %, 82 % og 90 % i 1994-96, 1997-99, 2000-02 (Bakken, Skjeldestad, Mjåland og Johnsen 2004). I 2003 ble nær 93 % av alle kolecystektomiene startet som laparoskopisk behandling (tabell 14.1).

Etter 1999 har det vært liten variasjon mellom helseforetakene og helseregionene i anvendelse av laparoskopisk kolecystektomi, unntatt Helse Nord hvor andelen laparoskopisk gjennomgående er lavere enn i de andre regionene (tabell 14.1). Selv om andelen laparoskopiske galleoperasjoner har økt for alle helseforetakene i Helse Nord, er forskjellen mellom foretak med høy og lav andel laparoskopisk (Nordland og Finnmark) like stor i 2003 som i 1999.

Flere helseforetak gjør utelukkende laparoskopiske galleoperasjoner med lav konverteringsrate. Konvertering innebærer at operasjonen starter laparoskopisk og avsluttes som åpen kirurgi. Konvertering kan være planlagt eller være nødvendig på grunn av komplikasjoner under operasjonen. Alle helseforetakene med over 97 % andel laparoskopiske operasjoner (Asker og Bærum, Akershus, Ullevål og Aker, Vestfold og Nord-Trøndelag) har gjennomgående lave konverteringsrater ($\approx 2\%$).

Gjennomsnittsliggetid ved laparoskopiske operasjoner er kortere enn ved laparotomi i alle regionene (tabell 14.2). Det er en klar seleksjon av pasienter til åpen kirurgi slik at denne gruppen har et mer komplisert sykdomsbilde (Bakken, Skjeldestad, Mjåland og Johnsen 2004). Gjennomsnittsliggetid ved laparoskopisk er på landsbasis 3,6 døgn og 9,0 døgn for åpen kirurgi. Det er større variasjon i liggetid mellom helseforetakene i hver region enn mellom regionene. Det er ingen konsistens i data for konverteringsrate og liggetid for laparoskopisk og åpen kirurgi.

Andelen pasienter med kort liggetid (0-1 dag) er høyere i Helse Øst enn i de andre helseregionene. Ved Ullevål og Aker gjøres over halvparten av inngrepene som dagkirurgisk behandling, men også Akershus, Asker og Bærum, Buskerud og Universitetssykehuset i Nord-Norge har en høy andel pasienter som skrives ut med liggetid én dag eller kortere ($> 30\%$).

Insidensen av kolecystektomi har økt gjennom hele 1990-tallet (Bakken, Skjeldestad, Mjåland og Johnsen 2004) og har økt ytterligere de siste årene. Forskjellen i insidens mellom helseregionene har blitt mindre over årene. Det er vanskelig å avgjøre om befolkningen i større grad har mer gallelidelse eller om det er endringer i terskel for operasjonen som gjør at antallet galleoperasjoner har eksplodert på landsbasis fra vel 2100 operasjoner i 1990, til 2700 i 1999 og nær 4300 i 2003.

14.3 Laparoskopisk appendektomi

Appendektomi (det å fjerne blindtarmen) er primærbehandling ved betennelse i blindtarmen (appendisitt). Til tross for at noen flere menn enn kvinner får diagnosen appendisitt, er antallet operasjoner relativt likt fordelt mellom kjønnene (Bakken, Skjeldestad, Mjåland og Johnsen 2003, www.samdata.sintef.no). Fra tidlig på 1990-tallet har det årlige antallet appendektomier variert rundt 5000 operasjoner på landsbasis. I 1999 og 2003 ble det henholdsvis utført 4917 og 5265 operasjoner (tabell 14.3).

Laparoskopisk appendektomi ble først tatt i bruk i Norge fra tidlig på 1990-tallet og andelen inngrep har vært stigende gjennom 1990-årene fram til og med 2003 (Bakken, Skjeldestad, Mjåland og Johnsen 2003, www.samdata.sintef.no). Mens laparoskopi raskt tok over som hovedmetode ved kolecystektomi, har innføringen av laparoskopisk appendektomi gått mye langsommere. I 2003 var andelen laparoskopisk appendektomi 28 % på landsbasis, en fordobling siden 2000 (tabell 14.3). Andelen laparoskopiske operasjoner har økt i alle regionale helseforetakene de siste årene, men bruken av laparoskopi varierer relativt mye mellom regionene. De senere årene er flest laparoskopiske inngrep utført i Helse Øst og i 2003 var andelen laparoskopiske inngrep over tre ganger så stor i Helse Øst (46 %) som i Helse Vest (14 %) og Helse Nord (14 %) (tabell 14.3).

Også innenfor helseregionene er det store forskjeller mellom foretakene i anvendelse av laparoskopisk kirurgi ved appendektomi. I hver helseregion er det noen foretak som i liten grad utfører laparoskopisk appendektomi (tabell 14.3).

Andelen laparoskopiske inngrep som konverteres til åpen kirurgi er gjennomgående lavere ved helseforetak med høy andel laparoskopiske inngrep. I vår definisjon av konvertering har det ikke vært mulig å skille mellom inngrep som starter med diagnostisk laparoskopi og som har vært planlagt konvertert til åpen kirurgi, og inngrep som konverteres til åpen kirurgi på grunn av komplikasjoner. Helseforetaket Akershus som har hatt høyest andel laparoskopiske inngrep de siste årene (< 80 %), hadde i 2003 en konverteringsrate på 5,5 %. I helseforetakene Asker og Bærum, Ullevål og Aker, Buskerud og Vestfold ble halvparten eller flere av appendektomiene utført laparoskopisk og konverteringsratene var lave sammenlignet med de fleste andre helseforetakene hvor andelen laparoskopi var lavere. På regionalt nivå kommer ikke dette mønsteret så klart fram, selv om konverteringsraten er lavere i regionale helseforetak med høyere andeler laparoskopiske inngrep sammenlignet med regioner med lavere andeler laparoskopi (tabell 14.3).

På landsbasis er gjennomsnittlig liggetid ved laparoskopi ett døgn kortere enn ved laparotomi (tabell 14.4). For de to helseforetakene som har høyest andel laparoskopi (Akershus og Buskerud) er forskjellen i liggetid større enn to døgn mellom pasienter operert ved laparoskopi og pasienter operert ved åpen kirurgi. For mange helseforetak som har lavere andeler laparoskopisk appendektomi er gjennomsnittlig liggetid lik for pasienter operert ved laparoskopi som åpen kirurgi. Dette reflekteres også i andelen pasienter med liggetid 0-1 dag (tabell 14.4).

I foretak som har 10-20 % eller færre laparoskopiske inngrep utgjør det årlige antallet færre enn 20-40 operasjoner. I disse foretakene skjer det en seleksjon av pasienter for laparoskopiske inngrep og det er rimelig å anta at ikke alle vaktlagene utfører inngrepet. Dette kan forklare at det er liten eller ingen forskjell i liggetid etter laparoskopi og åpen kirurgi ved helseforetak som utfører en lavere andel laparoskopiske inngrep (tabell 14.4).

Innføringen av laparoskopisk appendektomi har skjedd gradvis ved mange helseforetak. I Akershus Helseforetak (Sentralsykehuset i Lørenskog) har laparoskopisk appendektomi vært etablert hovedmetode som kirurgisk behandling av appendisitt siden midten av 1990-tallet (Bakken, Skjeldestad, Mjåland og Johnsen 2003, www.samdata.sintef.no). Ved dette helseforetaket er konverteringsraten, gjennomsnittlig total liggetid og gjennomsnittlig liggetid etter laparoskopi lav. Dette i motsetning til Sunnmøre og Helgeland helseforetak, der metoden ikke er etablert, og man finner høye konverteringsrater og høyere liggetid etter laparoskopi enn etter åpen kirurgi (tabell 14.4).

Disse analysene viser at det er betydelig variasjon mellom de regionale helseforetakene, og også mellom helseforetakene innenfor regionene i anvendelse av laparoskopisk kirurgi ved appendisitt.

14.4 Laparoskopi ved gastroøsofageal refluksoperasjon

Gastroøsofageal reflukssykdom er meget vanlig, omtrent 25 % av befolkningen antas å ha symptomer i deler av livet. Mange pasienter er ikke behandlingstrengende, mens andre be-

høver episodisk eller permanent medikamentell behandling. Gjennom flere tiår har det eksistert et kirurgisk behandlingsalternativ vanligvis i form av fundoplikasjon (Nissen 1956, Rossetti og Hell 1977, Allgood og Bachmann 2000). På begynnelsen av 1990-årene begynte man å operere disse pasientene laparoskopisk. De siste årene er det utviklet alternative behandlingsmetoder hvor nedre øsofagussfinkter påvirkes via endoskopiske metoder.

Gastroøsofageale refluksoperasjoner forekommer noe hyppigere hos menn enn kvinner, men insidensen av operasjon er lav for begge kjønn (Trondsen, Bakken og Skjeldestad 2004). Fra 1999 til 2003 har antallet gastroøsofageale refluksoperasjoner økt fra vel 450 til nær 600 operasjoner på landsbasis i året (tabell 14.5). Andelen laparoskopiske operasjoner har økt fra vel 80 % i 1999 til nær 90 % i 2003. Det er liten forskjell i anvendelse av laparoskopisk teknikk mellom de regionale helseforetakene, selv om tallene varierer mellom enkeltforetakene.

Det er svært få operasjoner som starter laparoskopisk som må konverteres til åpen kirurgi og tallene for konverteringer er derfor ikke angitt i tabell 14.5.

Kun tre helseforetak utfører laparoskopisk gastroøsofageal refluksoperasjon som dagkirurgisk inngrep (Akershus, Ullevål og Aker og Universitetssykehuset i Nord-Norge). Ullevål Universitetssykehus har lang erfaring med dagkirurgiske refluksoperasjoner (Trondsen, Mjøland, Ræder, Buanes 2000).

På landsbasis er gjennomsnittlig liggetid 2,9 dager etter laparoskopi og 7,6 dager etter åpen kirurgi. Med hensyn til de regionale helseforetakene er det liten forskjell i gjennomsnittlig liggetid etter laparoskopi og åpen kirurgi, men det er store forskjeller mellom enkeltforetak og mellom regionene. Disse tallene må tolkes med varsomhet da det totale antallet operasjoner er relativt lavt, og få pasienter blir opererte ved åpen kirurgi. Det er noe forskjell i insidens av denne type operasjoner og det kan være et uttrykk for ulik behandlingstradisjon mellom regionene.

14.5 Laparoskopisk behandling av svangerskap utenfor livmoren

Laparoskopi ble først tatt i bruk til diagnostisering av ektrauterint svangerskap på midten av 1980-tallet. Etter hvert som laparoskopiutstyret ble bedre ble også metoden tatt i bruk i større omfang til behandling. Behandling av ektrauterint svangerskap er hovedsakelig kirurgisk (> 85 %), mens medikamentell behandling eller "observasjon" forekommer i noen grad. Insidensen av ektrauterint svangerskap har vært fallende i alle helseregionene siden tidlig på 1990-tallet (Bakken og Skjeldestad 2003, www.samdata.sintef.no) og det er liten forskjell mellom de ulike regionene. Mens det ble utført nær 1500 operasjoner i 1990, ble det utført vel 700 operasjoner i 2003.

I 1990 ble mindre enn halvparten av operasjonene startet med laparoskopi og 8 av 10 inngrep som startet laparoskopisk ble konvertert til åpen kirurgi (Bakken og Skjeldestad 2003). I perioden 1997-99 startet nær 80 % av inngrepene med laparoskopi, mens bare ett av fem inngrep som startet laparoskopisk ble avslutten med åpen kirurgi (Bakken og Skjeldestad 2003, www.samdata.sintef.no).

I løpet av 1990-årene var laparoskopisk behandling av ektrauterine svangerskap etablert som hovedmetode for behandling ved alle helseforetakene i Norge.

Tabell 14.6 viser at laparoskopisk behandling er gjennomført i noe større grad i Helse Øst enn de andre helseregionene i årene 1999-2003. Bruk av laparoskopi som hovedmetode for behandling mellom foretakene varierer lite i helseregionene.

Gjennomgående høy andel laparoskopi (> 75 %) for årene 1999-2003 gjenspeiles i lav konverteringsrate fra laparoskopi til åpen kirurgi i 2003. Dette kan tolkes som om at der metoden er godt etablert praktiseres den av alle vaktteamene. Dette avleses i tabell 14.6 bedre blant enkeltforetak enn regionalt nivå.

Gjennomsnittlig liggetid for pasienter operert ved laparoskopi er i gjennomsnitt 1,4 døgn lavere liggetid enn for pasienter behandlet ved åpen kirurgi (tabell 14.7). Dette funnet gjelder for alle regionale helseforetakene, unntatt Helse Vest hvor forskjellen i gjennomsnittlig liggetid er mindre (0,4 dager kortere for pasienter operert ved laparoskopi enn for pasienter operert ved åpen kirurgi). Helse Øst, som har høyest andel pasienter behandlet ved laparoskopi, har lav andel konverteringer, høyest andel pasienter med 0-1 liggedøgn og lavere gjennomsnittlig liggetid enn de andre regionene.

For noen helseforetak er det mulig å øke andelen laparoskopisk behandling med færre konverteringer til åpen kirurgi. For helseforetak med høyt volum er det viktig å stabilisere høy kvalitet på denne behandlingen med høy andel laparoskopiske inngrep og lav konverteringsgrad.

14.6 Kommentarer

For gallelidelser, gastroøsofageal reflukssykdom og svangerskap utenfor livmoren er laparoskopiske teknikker dominerende i alle helseregionene. For disse tre tilstandene er det relativt liten variasjon i gjennomsnittlig liggetid for inngrep utført med laparoskopi og noe større forskjell i gjennomsnittlig liggetid for pasienter operert ved åpen kirurgi ved enkelt foretak og på regionalt nivå. For pasienter med diagnosen appendisitt er laparoskopiske teknikker mindre brukt, selv om andelen laparoskopiske inngrep er økende i hver region.

Andelen dagkirurgiske inngrep er størst i Helse Øst for alle typer inngrep. Helseforetak med gjennomgående høy andel dagkirurgi har også lavere gjennomsnittlig liggetid for pasienter operert ved laparoskopi.

Høy andel av laparoskopi med lav konverteringsrate kan være et uttrykk for kvaliteten på helsetjenesten (kvalitetsindikator). Helseforetak som har hatt lang erfaring med laparoskopi, høye andeler laparoskopiske inngrep over flere år, viser tendenser til lavere konverteringsrater og kortere liggetid for alle inngrepene.

Høy andel laparoskopi krever seleksjon av pasientene og at inngrepene utføres som elektiv kirurgi. Dette ser man spesielt ved kolecystektomi (Bakken, Skjeldestad, Mjåland og Johnsen 2004) og operasjon for gastroøsofageal reflukssykdom (Trondsen, Bakken og Skjeldestad 2004). Appendisitt/appendektomi og operasjon av ektrauterint svangerskap krever oftere øyeblikkelig hjelp. Graden av laparoskopiske inngrep er svært forskjellig for disse to tilstandene, 80 % laparoskopi for svangerskap utenfor livmoren versus 30 % for laparoskopisk appendektomi i 2003.

Oversikten av kirurgisk behandling for gallelidelser, appendisitt, gastroøsofageal reflukssykdom og svangerskap utenfor livmoren viser at laparoskopisk kirurgi reduserer ligge- og rehabiliteringstiden, og er kostnadsbesparende for pasientene, sykehusene og samfunnet sammenlignet med åpen kirurgi. For mange helseforetak er det fortsatt mulig å operere flere pasienter laparoskopisk for de tilstandene som er omtalt i dette kapittelet.

Tabell 14.1 Laparoskopiske kolecystektomier: Andel laparoskopi fra 1999 til 2003 og andel konvertering fra laparoskopi til åpen kirurgi i 2003.

Helseforetak	Andel laparoskopi					% Kon- vertering
	1999	2000	2001	2002	2003	
Østfold	90,9	89,3	87,5	87,8	88,2	9,2
Asker og Bærum	92,5	97,0	95,4	100,0	99,4	1,7
Akershus	99,5	96,5	99,6	98,5	98,0	1,5
Ullevål og Aker	95,0	93,6	90,4	97,8	97,4	3,1
Innlandet	86,0	82,2	84,4	92,1	93,5	4,8
Helse Øst RHF	83,5	93,8	91,5	94,6	98,2	2,4
Sum Helse Øst RHF	91,2	89,8	90,1	94,2	95,8	3,7
Ringerike	95,7	98,8	97,3	95,2	95,1	5,2
Buskerud	75,0	76,5	94,3	92,7	89,3	0,0
Blefjell	81,4	91,2	88,0	89,6	91,6	5,8
Vestfold	74,2	95,1	97,1	97,0	97,8	1,8
Telemark	81,5	87,0	87,9	83,1	87,6	4,0
Sørlandet	84,6	93,1	92,7	91,1	90,3	0
DNR/Rikshospitalet	84,6	87,5	81,8	66,7	66,7	0
Sum Helse Sør RHF	82,7	92,4	92,9	91,5	91,8	2,3
Stavanger	94,5	91,2	90,0	88,5	95,9	2,9
Fonna	80,5	82,2	80,0	90,2	92,9	3,8
Bergen	88,0	81,9	86,4	83,8	89,0	2,5
Førde	63,9	74,6	72,2	68,3	78,4	1,7
Helse Vest RHF	95,8	97,3	91,7	79,3	95,2	1,7
Sum Helse Vest RHF	87,3	86,6	85,4	82,5	91,6	2,8
Sunnmøre	88,1	93,8	94,7	84,1	91,4	0,8
Nordmøre/Romsdal	91,6	93,2	94,5	87,3	94,8	3,6
Orkdal	44,7	84,3	88,2	96,8	94,9	2,7
St. Olavs hospital	83,1	80,2	82,9	87,9	94,0	1,8
Nord-Trøndelag	92,1	94,2	95,3	97,7	98,6	1,4
Sum Helse Midt-Norge RHF	84,4	89,4	91,9	91,0	94,8	2,0
Helgeland	81,6	78,3	89,3	79,2	72,7	0
Nordland	71,8	81,3	82,2	84,9	96,8	5,5
Hålogaland	62,4	42,9	62,5	78,3	83,1	3,1
UNN	72,4	71,9	77,1	76,2	85,5	6,2
Finmark	54,5	75,0	72,9	66,2	71,6	12,5
Sum Helse Nord RHF	66,7	64,7	75,2	77,7	83,4	5,3
Totalt	85,1	87,4	88,9	89,5	92,9	3,0
(N=)	2 685	3 045	3 290	3 515	4 274	4 107

Datakilde: Norsk Pasientregister. Opphold med prosedyrekoder for kolecystektomi JKA20 og JKA21. Pasienter med hoved- eller bidiagnose 'cancer' ble ekskludert fra analysene.

Konvertering er andel operasjoner påbegynt laparoskopisk som ble konvertert til åpen kirurgi.

Tabell 14.2 Andel av laparoskopiske kolecystektomier med liggetid 0-1 dag, samt gjennomsnittlig liggetid totalt og fordelt på skopi og tomi. Data fra 2003.

Helseforetak	Andel med 0-1 lgd	Gj.snitt liggetid totalt	Gj.snitt liggetid ved skopi	Gj.snitt liggetid ved tomi	Insidensrate pr 10 000 innb
Østfold	15,4	6,3	4,5	19,5	
Asker og Bærum	39,3	3,2	3,2	8,0	
Akershus	43,4	2,7	2,5	9,5	
Ullevål og Aker	56,4	2,6	2,3	11,2	
Innlandet	1,2	4,7	4,2	11,3	
Helse Øst RHF	42,4	3,6	3,4	13,3	
Sum Helse Øst RHF	30,9	3,7	3,3	13,2	9,7
Ringerike	3,3	5,2	4,9	10,7	
Buskerud	30,4	3,6	2,6	11,7	
Blefjell	3,1	4,3	3,8	9,4	
Vestfold	2,2	3,9	3,6	15,0	
Telemark	0,6	5,8	4,6	13,9	
Sørlandet	5,5	4,8	4,0	12,1	
DNR/Rikshospitalet	0	9,8	5,7	18,0	
Sum Helse Sør RHF	4,8	4,7	4,0	12,5	10,1
Stavanger	6,5	4,3	4,2	6,2	
Fonna	11,4	3,6	3,2	7,9	
Bergen	16,2	4,7	3,2	16,7	
Førde	2,7	4,7	3,2	10,3	
Helse Vest RHF	0	5,0	4,8	8,0	
Sum Helse Vest RHF	8,6	4,3	3,8	10,8	7,6
Sunnmøre	1,4	5,3	4,6	11,8	
Nordmøre/Romsdal	0,0	4,7	4,3	12,8	
Orkdal	0,6	4,1	3,7	11,3	
St. Olavs hospital	0,9	7,3	6,6	17,0	
Nord-Trøndelag	8,2	4,2	4,1	8,0	
Sum Helse Midt-Norge RHF	2,4	5,0	4,6	12,7	10,4
Helgeland	0	4,7	3,0	9,5	
Nordland	1,1	3,9	3,7	10,7	
Hålogaland	0,0	4,0	3,0	8,6	
UNN	34,2	5,1	4,3	9,7	
Finnmark	0	5,5	4,3	8,6	
Sum Helse Nord	6,6	4,5	3,6	9,0	8,8
Totalt	17,4	4,2	3,7	11,6	
(N=)	4 274	4 274	4 107	167	9,4

Datakilde: Norsk Pasientregister. Opphold med prosedyrekoder for kolecystektomi JKA20 og JKA21. Pasienter med hoved- eller bidiagnose 'cancer' ble ekskludert fra analysene.

Liggetid er angitt som gjennomsnitt i dager

Insidensrater (per 10 000) aldersjustert med kvinner og menn bosatt i Norge i 1990 som standardbefolkning (10-års aldersintervall, alle aldersgrupper)

Tabell 14.3 Laparoskopiske appendektomier: Andel laparoskopi fra 1999 til 2003 og andel konverteringer fra laparoskopi til åpen kirurgi i 2003.

Helseforetak	Andel laparoskopi					% Konvertering
	1999	2000	2001	2002	2003	
Østfold	20,6	17,8	15,7	17,4	11,9	26,5
Asker og Bærum	9,6	18,6	31,0	49,4	67,2	11,4
Akershus	78,8	75,9	74,4	79,2	83,2	5,5
Ullevål og Aker	21,7	20,9	33,2	51,5	56,4	15,5
Innlandet	8,5	12,6	13,8	29,4	28,3	28,1
Helse Øst RHF	0,0	2,0	3,8	10,8	27,4	13,8
Sum Helse Øst RHF	24,6	26,4	30,6	42,7	45,7	14,2
Ringerike	2,5	6,5	3,1	17,7	17,3	0
Buskerud	45,8	54,9	74,8	74,4	71,9	12,0
Blefjell	5,0	9,0	10,3	8,6	15,2	6,7
Vestfold	5,1	10,4	14,9	32,7	49,1	10,2
Telemark	4,2	8,0	4,5	7,1	8,3	15,4
Sørlandet	4,4	6,6	6,3	11,1	13,9	10,9
DNR/Rikshospitalet	17,1	16,9	10,1	18,2	29,4	16,0
Sum Helse Sør RHF	10,6	14,9	15,8	23,9	28,9	10,9
Stavanger	4,5	8,7	12,7	10,1	27,1	14,1
Fonna	4,6	6,3	1,3	3,6	10,8	27,3
Bergen	1,2	2,2	3,1	23,2	10,6	14,3
Førde	4,1	9,5	6,8	6,5	3,7	20,0
Helse Vest RHF	0	0	0	0	0	-
Sum Helse Vest RHF	2,9	5,5	5,5	13,0	14,1	16,1
Sunnmøre	2,0	2,4	3,7	1,8	0,8	100,0
Nordmøre/Romsdal	10,9	6,4	15,9	16,8	31,9	34,2
Orkdal	3,7	1,6	14,7	19,4	2,1	-
St. Olavs hospital	18,4	18,8	17,2	22,2	23,1	31,8
Nord-Trøndelag	5,6	3,9	5,9	9,5	24,8	22,2
Sum Helse Midt-Norge RHF	10,5	9,2	11,9	14,5	19,5	30,3
Helgeland	2,7	8,2	6,3	6,6	8,4	71,4
Nordland	7,4	4,1	8,4	6,3	12,1	0
Hålogaland	2,7	10,0	4,3	0,8	7,3	25,0
UNN	8,2	4,3	3,9	11,0	18,6	19,4
Finmark	5,7	4,5	15,4	25,3	21,4	22,2
Sum Helse Nord RHF	5,6	6,0	7,2	9,3	14,0	22,7
Totalt	13,1	14,8	17,0	24,5	28,1	15,6
(N=)	4 917	5 118	5 344	5 165	5 265	1 482

Datakilde: Norsk Pasientregister: Opphold med prosedyrekoder for appendektomi JEA00, JEA01 og JEA10. Pasienter med hoved- eller bidiagnose 'cancer' ble ekskludert fra analysene.

Konvertering er andel operasjoner påbegynt laparoskopisk som ble konvertert til åpen kirurgi.

Tabell 14.4 Andel av laparoskopiske appendektomier med 0-1 liggedag, samt gjennomsnittlig liggetid totalt og fordelt på skopi og tomi. Data fra 2003.

Helseforetak	Andel med 0-1 lgd	Gj.snitt liggetid totalt	Gj.snitt liggetid ved skopi	Gj.snitt liggetid ved tomi	Insidensrate pr 10 000 innb
Østfold	16,8	3,9	3,9	3,9	
Asker og Bærum	26,2	3,5	2,9	4,7	
Akershus	29,1	3,4	2,8	6,1	
Ullevål og Aker	20,2	3,7	3,1	4,6	
Innlandet	18,5	4,5	3,5	4,9	
Helse Øst RHF	15,1	3,5	3,0	3,8	
Sum Helse Øst RHF	21,0	3,9	3,1	4,5	10,8
Ringerike	8,6	4,2	3,8	4,2	
Buskerud	23,0	3,6	2,9	5,4	
Blefjell	8,1	3,7	3,6	3,7	
Vestfold	12,3	4,0	3,9	4,0	
Telemark	21,0	3,2	1,8	3,3	
Sørlandet	10,9	4,4	2,9	4,6	
DNR/Rikshospitalet	4,7	7,1	5,1	7,9	
Sum Helse Sør RHF	13,2	4,2	3,4	4,5	13,0
Stavanger	5,3	3,8	3,1	4,1	
Fonna	13,8	3,0	3,0	3,0	
Bergen	10,4	4,5	3,4	4,6	
Førde	20,9	6,4	2,2	6,5	
Helse Vest RHF	10	3,6	-	3,6	
Sum Helse Vest RHF	10,7	4,2	3,2	4,4	12,9
Sunnmøre	14,4	3,2	9,0	3,1	
Nordmøre/Romsdal	18,5	3,8	3,8	3,9	
Orkdal	12,5	3,8	4,0	3,8	
St. Olavs hospital	15,7	5,1	4,0	5,5	
Nord-Trøndelag	29,0	2,7	2,4	2,8	
Sum Helse Midt-Norge RHF	18,4	4,0	3,6	4,1	12,0
Helgeland	8,4	4,1	4,9	4,1	
Nordland	22,0	3,5	2,5	3,7	
Hålogaland	18,2	3,3	2,6	3,3	
UNN	34,7	3,5	3,4	3,5	
Finnmark	14,3	3,4	2,0	3,7	
Sum Helse Nord RHF	21,9	3,5	3,0	3,6	12,1
Totalt	16,8	4,0	3,2	4,3	12,0
(N=)	5 265	5 265	1 482	3 783	5 265

Datakilde: Norsk Pasientregister: Opphold med prosedyrekoder for appendektomi JEA00, JEA01 og JEA10. Pasienter med hoved- eller bidiagnose 'cancer' ble ekskludert fra analysene.

Liggetid er angitt som gjennomsnitt i dager

Insidensrater (per 10 000) aldersjustert med kvinner og menn bosatt i Norge i 1990 som standardbefolkning (10-års aldersintervall, alle aldersgrupper)

Tabell 14.5 Laparoskopiske gastroøsofageale refluksoperasjoner: Andel laparoskopi fra 1999 til 2003 og liggetid totalt og ved skopi og tomi.

	Andel laparoskopi					2003				
	1999	2000	2001	2002	2003	Andel 0-1 lgd	Lgd totalt	Lgd ved skopi	Lgd ved tomi	Insidens pr 10000
Østfold	94,1	88,2	90,0	100,0	100,0	0	3,7	2,8	-	
Asker og Bærum	100,0	100,0	100,0	75,0	95,8	0	5,0	3,9	-	
Akershus	86,7	93,3	92,9	90,0	93,3	40,0	2,0	1,4	2,0	
Ullevål og Aker	95,6	92,0	83,3	91,3	95,7	63,8	2,2	2,2	2,0	
Innlandet	42,9	88,5	96,6	79,2	89,3	0	5,6	3,5	2,5	
Helse Øst RHF	88,9	88,9	93,8	88,9	92,6	0	4,6	3,6	15,0	
Sum Helse Øst RHF	91,3	91,8	92,0	88,0	94,0	24,0	3,5	2,9	9,0	1,1
Ringerike	100,0	-	-	-	-	0	4,0	-	8,0	
Buskerud	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0	3,9	2,5	-	
Blefjell	50,0	60,0	-	100,0	66,7	0	5,3	3,8	-	
Vestfold	-	50,0	80,0	88,9	80,0	0	4,9	4,2	8,5	
Telemark	40,0	92,9	100,0	85,7	90,5	0	4,9	4,4	6,7	
Sørlandet	76,9	95,7	91,7	84,6	83,3	0	5,1	3,5	7,0	
DNR/Rikshosp.	100,0	100,0	100,0	83,3	100,0	0	5,5	4,6	24,3	
Sum Helse Sør RHF	78,0	86,4	95,3	89,4	86,6	0	4,9	3,9	13,5	1,2
Stavanger	58,3	94,1	100,0	57,1	95,0	0	5,0	3,7	6,0	
Fonna	40,0	65,0	27,8	70,0	41,7	0	5,4	3,2	7,3	
Bergen	78,9	71,4	83,3	82,8	81,4	0	4,7	3,4	12,3	
Førde	100,0	83,3	100,0	94,4		0	4,9	-	6,1	
Helse Vest RHF	91	100	95	100	90	0	5,1	5,1	7,5	
Sum Helse Vest RHF	74,4	80,9	82,1	80,5	75,5	0	5,0	3,9	8,5	1,6
Sunnmøre	89,5	100,0	91,7	93,8	93,3	0	4,5	3,6	13,5	
Nordmøre/Romsdal	92,3	100,0	96,3	100,0	100,0	0	3,6	3,5	-	
Orkdal	-	-	-	-	-	0	5,9	-	-	
St. Olavs hospital	91,4	84,2	81,8	100,0	94,3	0	5,3	5,2	9,5	
Nord-Trøndelag	52,9	70,0	65,5	84,6	100,0	0	3,8	3,3	-	
Sum Helse Midt-N RHF	73,1	86,3	82,6	95,5	96,5	0	4,3	4,0	11,5	2,6
Helgeland	81,8		100,0	100,0	85,7	0	5,9	3,7	19,0	
Nordland	88,5	95,5	100,0	100,0	100,0	0	3,0	2,7	-	
Hålogaland	92,9	100,0	95,2	96,2	94,3	0	3,5	3,2	5,7	
UNN	78,3	92,3	82,4	57,1	59,1	31,8	4,1	2,0	7,0	
Finnmark	66,7	84,6	14,3	-	-	0	4,7	-	-	
Sum Helse Nord RHF	84,4	93,8	86,8	93,1	89,8	5,5	3,6	2,9	7,6	3,8
Totalt	81,6	88,3	87,6	89,7	89,4	8,4	4,0	3,4	9,3	1,7
(N=)	457	454	467	478	583	583	583	521	62	583

Datakilde: Norsk Pasientregister. Opphold med prosedyrekoder for refluksoperasjon JBC00 og JBC01, pasienter 20 år og eldre. Pasienter med hoved- eller bidiagnose 'cancer' ble ekskludert fra analysene.

Konvertering er andel operasjoner påbegynt laparoskopisk som ble konvertert til åpen kirurgi.

Liggetid er angitt som gjennomsnitt (dager)

Insidensrater (per 10 000) aldersjustert med kvinner og menn bosatt i Norge i 1990 som standardbefolkning (10-års aldersintervall)

Tabell 14.6 Laparoskopiske operasjoner ved ekstrauterint svangerskap: Andel laparoskopier fra 1999 til 2003 og andel konverteringer fra laparoskopier til åpen kirurgi i 2003.

Helseforetak	Andel laparoskopier					% Konvertering
	1999	2000	2001	2002	2003	
Østfold	69,8	81,3	74,4	65,1	73,2	3,3
Asker og Bærum	97,1	82,1	87,5	96,0	90,0	5,6
Akershus	84,4	88,5	86,2	97,9	89,1	0
Ullevål og Aker	86,0	87,7	94,5	95,2	92,7	3,9
Innlandet	75,6	70,7	79,4	81,8	78,8	14,6
Helse Øst RHF						
Sum Helse Øst RHF	82,9	83,4	85,7	88,3	86,2	5,2
Ringerike	77,8	60,0	81,3	77,8	85,7	16,7
Buskerud	71,9	78,6	82,1	85,2	80,8	9,5
Blefjell	20,0	71,4	50,0	85,7	81,8	11,1
Vestfold	68,0	85,7	100,0	77,8	88,9	4,2
Telemark	85,2	95,8	61,5	93,3	76,2	18,8
Sørlandet	58,3	59,5	65,7	74,4	68,3	7,1
DNR/Rikshospitalet	88,9	87,5	100,0	87,5	75,0	16,7
Sum Helse Sør RHF	69,0	77,8	74,8	82,3	78,0	10,0
Stavanger	83,3	88,2	90,0	86,2	65,5	5,3
Fonna	66,7	69,6	80,8	90,5	87,5	0
Bergen	77,1	72,3	77,1	82,2	81,1	4,7
Førde	40,0	43,8	64,7	69,2	45,5	20,0
Helse Vest RHF						
Sum Helse Vest RHF	72,3	72,5	78,4	83,3	74,3	4,9
Sunnmøre	73,9	92,6	91,7	80,0	82,4	0
Nordmøre/Romsdal	57,9	41,7	81,3	68,8	83,3	20,0
Orkdal	83,3	87,5	58,3	33,3	83,3	20,0
St. Olavs hospital	76,7	91,2	74,4	71,9	83,3	6,7
Nord-Trøndelag	63,2	69,6	90,0	93,8	87,5	23,8
Sum Helse Midt-N. RHF	70,9	80,8	80,0	75,6	84,2	12,9
Helgeland	66,7	58,3	69,2	71,4	66,7	21,4
Nordland	79,3	70,0	76,9	72,2	85,7	0
Hålogaland	68,4	63,2	57,1	40,0	75,0	0
UNN	75,0	61,5	62,5	70,6	88,9	12,5
Finmark	62,5	72,7	75,0	84,2	63,6	21,4
Sum Helse Nord RHF	71,7	66,3	66,7	70,4	73,2	11,7
Totalt	75,3	78,4	79,7	82,8	80,9	7,9
(N=)	780	779	715	682	702	568

Datakilde: Norsk Pasientregister. Opphold med diagnosekoder for svangerskap utenfor livmor (O00-0 - O00.9). Inkluderer kvinner innlagt med diagnose svangerskap utenfor livmor men som ikke ble opererte. Pasienter uten hoveddiagnose ekstrauterint svangerskap ble ekskludert hvis de ikke samtidig hadde relevant prosedyrekode. Relevant operasjonsprosedyre var angitt for 83 % av pasientene. Pasienter med hoved- eller bidiagnose 'cancer' ble ekskludert fra analysene.

Konvertering er andel operasjoner påbegynt laparoskopisk som ble konvertert til åpen kirurgi.

Tabell 14.7 Andel av laparoskopiske operasjoner ved ekstrauterint svangerskap med 0-1 liggedag, samt gjennomsnittlig liggetid totalt og fordelt på skopi og tomi. Data fra 2003.

Helseforetak	Andel med 0-1 lgd	Gj.snitt liggetid totalt	Gj.snitt liggetid ved skopi	Gj.snitt liggetid ved tomi	Insidensrate pr 10 000 innb
Østfold	29,3	2,2	1,8	3,3	
Asker og Bærum	70,0	1,6	1,4	3,0	
Akershus	47,8	1,8	1,6	4,2	
Ullevål og Aker	58,2	1,7	1,6	2,8	
Innlandet	39,2	2,2	1,9	3,4	
Helse Øst RHF					
Sum Helse Øst RHF	49,3	1,9	1,7	3,3	9,0
Ringerike	28,6	2,3	2,0	4,0	
Buskerud	30,8	2,7	2,0	5,2	
Blefjell	45,5	1,9	1,9	2,0	
Vestfold	22,2	2,6	2,4	3,7	
Telemark	42,9	2,2	1,8	3,6	
Sørlandet	12,2	3,1		4,6	
DNR/Rikshospitalet	50,0	2,0	2,3	1,0	
Sum Helse Sør RHF	27,7	2,6	2,2	4,0	8,3
Stavanger	34,5	2,2	1,9	2,6	
Fonna	43,8	2,0	2,1	1,5	
Bergen	32,1	2,4	2,2	3,0	
Førde	54,5	1,6	1,2	2,0	
Helse Vest RHF					
Sum Helse Vest RHF	36,7	2,2	2,1	2,5	7,0
Sunnmøre	41,2	2,4	2,1	3,7	
Nordmøre/Romsdal	50,0	2,2	1,9	3,5	
Orkdal	16,7	2,8	2,5	4,5	
St. Olavs hospital	11,1	3,1	3,0	4,0	
Nord-Trøndelag	29,2	2,5	2,4	3,3	
Sum Helse Midt-N. RHF	25,7	2,7	2,5	3,8	8,7
Helgeland	19,0	3,0	2,5	4,0	
Nordland	14,3	2,6	2,6	3,0	
Hålogaland	37,5	2,0	1,5	3,5	
UNN		3,3	3,1	5,0	
Finnmark	22,7	3,5	3,4	3,6	
Sum Helse Nord RHF	20,7	2,9	2,6	3,7	11,8
Totalt	36,2	2,3	2,0	3,4	8,7
(N=)	702	702	568	134	832*

Datakilde: Norsk Pasientregister. Opphold med diagnosekoder for svangerskap utenfor livmor (O00-0 - O00.9). *Inkluderer kvinner innlagt med diagnose svangerskap utenfor livmor men som ikke ble opererte. Pasienter uten hoveddiagnose ekstrauterint svangerskap ble ekskludert hvis de ikke samtidig hadde relevant prosedyrekode. Relevant operasjonsprosedyre var angitt for 83 % av pasientene. Pasienter med hoved- eller bidiagnose 'cancer' ble ekskludert fra analysene.

Insidensrater (per 10 000 kvinner) er aldersjustert med kvinner bosatt i Norge i 1990 som standardbefolkning (15-44 år, 10-års aldersintervall)

Del V Grunnlagsdata

Grunnlagsdata effektivitet og produktivitet

Tabell T1.1 Tillegg til kapittel 2 Effektivitetsutviklingen. Oversikt over sykehus som inngår i data etter helseregion.

	1999	2000	2001	2002	2003
Helse Øst RHF					
Lillehammer	X				X
Gjøvik	X				X
Oppland Sentralsykehus		X	X	X	
Tynset	X	X	X	X	X
Hedmark Sentralsykehus	X	X	X	X	X
Kongsvinger	X	X	X	X	X
Sentralsykehuset i Akershus	X	X	X	X	X
Stensby	X	X	X	X	X
Sykehuset Østfold	X	X	X	X	X
Bærum	X	X	X	X	X
Ullevål	X	X	X	X	X
Aker	X	X	X	X	X
Diakonhjemmet	X	X	X	X	X
Sum sykehus Helse Øst RHF	12	11	11	11	12
Helse Sør RHF					
Ringerike	X	X	X	X	X
Buskerud Sentralsykehus	X	X	X	X	X
Kongsberg	X	X	X	X	X
Rikshospitalet	X	X	X	X	X
Vestfold Sentralsykehus		X	X	X	X
Notodden	X	X	X	X	X
Rjukan	X	X	X	X	X
Telemark Sentralsykehus	X	X	X	X	X
Sørlandet sykehus, Arendal	X	X	X	X	X
Sørlandet sh, Flekkefjord	X	X	X	X	X
Sørlandet sh, Kristiansand	X	X	X	X	X
Sum sykehus Helse Sør	10	11	11	11	11

	1999	2000	2001	2002	2003
Helse Vest RHF					
Haugesund	X	X	X	X	X
SSH i Rogaland	X	X	X	X	X
Voss	X	X	X	X	X
Stord	X	X	X	X	X
Odda	X	X	X	X	X
Haraldsplass	X	X	X	X	X
Haukeland	X	X	X	X	X
Lærdal	X	X	X	X	X
Nordfjordeid	X	X	X	X	X
SSH i Sogn & Fjordane	X	X	X	X	X
Sum sykehus Helse Vest	10	10	10	10	10
Helse Midt-Norge					
Molde	X	X	X	X	
Kristiansund	X	X	X	X	
Helse Nordmøre/ Romsdal					X
Volda	X	X	X		
SSH Møre og Romsdal	X	X	X		
Helse Sunnmøre				X	X
Orkdal	X	X	X	X	X
St Olavs hosp	X	X	X	X	X
Namdal	X	X	X	X	
Innherred	X	X	X	X	
Helse Nord-Trøndelag					X
Sum sykehus Midt-Norge	8	8	8	7	5
Helse Nord RHF					
Hålogalandssh, Harstad	X	X	X	X	X
Universitetsykeh. i Nord Norge	X	X	X	X	X
Helgelandssh, Mo i Rana	X	X	X	X	X
Helgelandssh, Mosjøen	X	X	X	X	X
Hålogalandssh., Narvik	X	X	X	X	X
Nordlandssh, Lofoten	X	X	X	X	X
Helgelandssh, Sandnessjøen	X	X	X	X	X
Nordlandssykehuset Bodø	X	X	X	X	X
Hålogalandssh, Stokmarknes	X	X	X	X	X
Hammerfest sykehus	X	X	X	X	X
Kirkenes sykehus	X	X	X	X	X
Sum sykehus Helse Nord	11	11	11	11	11

Tabell T1.2 Samlet antall opphold, heldøgnsopphold, samlet antall liggedager, liggedager for heldøgnspatienter og polikliniske konsultasjoner etter foretak og region. Inklusiv friske nyfødte. 2002. Alle sykehus.

	Totalt antall opphold ¹	Herav antall heldøgnsopphold ²	Antall liggedager for samlet antall opphold	Herav liggedager for heldøgnsopphold	Polikliniske konsultasjoner ³
Helse Øst RHF					
Sykehuset Østfold	57 395	41 574	215 626	199 805	131 216
Ski sykehus	3 986	2 498	15 064	13 576	24 746
Stensby sykehus	5 790	4 366	18 831	17 407	10 693
Akershus Universitetsssh.	45 709	32 442	165 617	152 350	111 345
Bærum sykehus	20 624	15 625	86 803	81 804	53 518
Ullevål sykehus	73 787	45 368	303 375	274 956	241 988
Aker sykehus	28 735	19 302	129 231	119 798	79 815
Sunnaas sykehus	2 200	1 759	43 232	42 778	575
Kongsvinger sjukehus	9 893	7 772	39 519	37 398	30 825
SSH i Hedmark	34 630	20 181	113 133	98 672	114 216
Tynset sjukehus	3 993	2 960	13 979	12 946	8 276
Oppland SSH Lillehammer	24 177	16 177	86 795	78 793	47 718
Oppland SSH Gjøvik	18 219	14 353	75 231	71 360	56 443
Granheim lungesenter	495	495	12 685	12 685	996
Andre inst m/avtale med Helse Øst RHF					
Martina Hansen Hospital	4 564	2 862	19 805	18 103	16 527
Lillehammer san. for. sh	1 629	1 478	10 934	10 783	4 625
Diakonhjemmets sykehus	9 671	8 155	54 948	53 426	31 755
Lovisenberg Diakonale sh	15 597	7 255	52 738	44 396	26 135
Sum Helse Øst RHF inkl inst m/driftsavtale	361 094	244 622	1 457 546	1 341 036	991 412
Rikshospitalet					
Det Norske Radiumhospital	15 146	12 762	83 511	81 125	23 197
Spesialsykehuset for epilepsi	1 226	1 217	21 545	21 454	2 243
Sykehuset Buskerud	35 432	25 152	139 151	128 871	93 393
Ringerike sykehus	11 628	9 019	42 236	39 627	28 118
Notodden sykehus	4 798	3 326	16 937	15 465	10 919
Rjukan sykehus	2 515	2 215	10 385	10 085	5 286
Kongsberg sykehus	8 930	6 405	35 819	33 294	18 191
Sykehuset i Vestfold	48 247	30 068	172 149	153 970	135 556
Sykehuset Telemark	38 445	23 405	147 266	132 226	92 110
Sørlandet sh, Arendal	25 164	15 731	87 056	77 623	0

	Totalt antall opphold ¹	Herav antall heldøgns-opphold ²	Antall liggedager for samlet antall opphold	Herav liggedager for heldøgns-opphold	Polikliniske konsultasjoner ³
Sørlandet, Kr.sand/Flekkefj.	43 702	29 880	148 820	134 941	159 489
Rehabiliteringssykehuset	14 929	2 211	43 826	31 108	5 208
Hjertesentret i Oslo	3 259	749	8 314	5 744	0
Andre inst m/avtale med Helse Sør RHF					
Betanien Hospital	5 793	3 534	18 316	16 057	11 563
Sum Helse Sør RHF inkl inst m/driftsavtale	319 663	198 300	1 167 161	1 045 597	722 154
Helse Vest RHF					
SSH i Rogaland	59 819	40 125	228 248	208 554	147 357
Rehabiliteringstjenesten	2 356	1 706	29 254	28 604	1 105
Odda sjukehus	3 296	2 378	12 957	12 039	7 323
Stord sjukehus	9 344	6 573	35 054	32 283	13 722
Haugesund sjukehus	23 309	15 252	83 497	75 313	59 604
Voss sjukehus	9 928	6 529	26 484	23 085	11 929
Haukeland sykehus	80 666	55 322	356 732	331 153	226 204
Kysthospitalet i Hagevik	1 877	1 378	14 211	13 712	7 955
Førde sentralsjukehus	17 966	13 231	70 717	65 982	61 095
Nordfjord sjukehus	4 606	3 774	18 944	18 112	16 613
Lærdal sjukehus	3 986	3 556	17 229	16 799	13 222
Andre inst m/avtale med Helse Vest RHF					
Haugesund San. for. sh	1 546	1 296	13 458	13 208	15 374
Diakonissehjemmet sykehus	12 522	8 164	56 272	51 914	12 976
Sum Helse Vest RHF inkl inst m/driftsavtale	231 221	159 284	963 057	890 758	594 479
Helse Midt-Norge RHF					
Sunnmøre	34 515	22 280	144 899	132 648	105 879
Nordmøre og Romsdal	25 153	17 515	95 628	87 990	92 562
Orkdal san. for. sjukehus	9 764	7 685	43 469	41 379	18 330
St Olavs Hospital	69 392	46 127	325 430	302 147	226 964
Nord-Trøndelag	29 083	20 128	108 726	99 767	82 334
Sum Helse Midt-Norge RHF inkl inst m/driftsavtale	167 907	113 735	718 152	663 931	526 069
Helse Nord RHF					
Helgelandssh. Mosjøen	4 598	2 958	14 724	13 084	12 257
Helgelandssh. Sandnessjøen	6 034	4 501	23 938	22 396	14 040
Helgelandssh. Mo i Rana	7 149	5 226	29 063	27 139	21 565

	Totalt antall opphold ¹	Herav antall heldøgns-opp hold ²	Antall liggedager for samlet antall opphold	Herav liggedager for heldøgns-opp hold	Polikliniske konsultasjoner ³
Nordlandssh. Bodø	24 928	17 302	96 935	89 224	69 574
Nordlandssh. Lofoten	4 803	3 494	19 388	18 004	12 637
Harstad sykehus	11 188	7 293	40 876	36 977	41 696
Nordlandssh. Bodø	24 928	17 302	96 935	89 224	69 574
Nordlandssh. Lofoten	4 803	3 494	19 388	18 004	12 637
Harstad sykehus	11 188	7 293	40 876	36 977	41 696
Hålogalandssh. Narvik	6 336	4 581	23 599	21 830	24 611
Hålogalandssh. Stokmarknes	6 433	4 880	29 862	28 309	14 301
Universitetsssh i Nord-Norge	44 421	24 914	157 198	137 691	122 931
Hammerfest sykehus	10 146	7 243	32 274	29 339	34 702
Kirkenes sykehus	6 064	4 217	21 752	19 905	20 346
Sum alle sykehus RHF	1 211 985	802 550	4 795 525	4 385 220	3 222 774
Glittrelinnikken	1 110	1 110	28 849	28 849	0
Feiringlinnikken	5 301	5 299	16 513	16 511	0
Colosseumlinnikken	581	2	581	2	0
Omnia sykehuset AS	9 271	6 947	11 385	9 061	0
Axess Sykehus Spes.klinikk	2 267	2 220	2 267	2 220	0
Ringvolllinnikken	1 443	1 443	1 443	1 443	0
Volvat medisinske senter AS	5 412	5 412	5 854	5 854	0
Spes.klinnikken Drammen	5 534	1	5 534	1	0
Medi 3	2 143	1 681	2 638	2 176	14
Sum sykehus utenfor RHF	33 062	24 115	75 064	66 117	14
Totalt	1 245 047	826 665	4 870 589	4 451 337	3 222 788

1) Inklusiv heldøgnsopp hold, dagopp hold innlagte og dagbehandling poliklinikk refundert gjennom ISF. Eksklusiv Hallingdal sjukestugu, Bergen Legevakt, Medi3 og Ringvoll klinnikken.

2) Antall heldøgnsopp hold er basert på opp holdstype og ikke liggetid. I tallene inngår derfor heldøgnsopp hold med liggetid lik 0 utskrevet fra heldøgnsavdeling. Liggetid lik 0 er satt lik 1.

3) Eksklusiv dagbehandling poliklinikk refundert gjennom ISF.

Datakilde: NPR.

Definisjoner: Se vedlegg 1 og 5.

Tabell T1.3 Samlet antall opphold, antall normalopphold, antall liggedager for samlet antall opphold, antall liggedager for normalopphold og liggedager over trimpunkt etter foretak og region. 2002. DRG-sykehus.

	Samlet antall opphold ¹⁾	Sum normal-opphold	Sum lgd samlet antall opphold	Sum lgd normal-opphold	Sum lgd over trimpunkt
Sykehuset Østfold	57 395	56 290	215 626	184 348	12 403
Ski sykehus	3 986	3 955	15 064	14 264	276
Stensby sykehus	5 790	5 712	18 831	16 551	746
Akershus Universitetsssh	45 709	44 809	165 617	140 899	10 825
Bærum sykehus	20 624	20 204	86 803	74 781	4 330
Ullevål sykehus	73 787	71 550	303 375	235 430	30 620
Aker sykehus	28 735	27 981	129 231	102 346	11 175
Kongsvinger sjukehus	9 893	9 765	39 519	36 083	1 104
SSH i Hedmark	34 630	34 160	113 133	101 762	4 409
Tynset sjukehus	3 993	3 958	13 979	12 966	341
Oppland SSH Lillehammer	24 177	23 689	86 795	74 357	5 324
Oppland SSH Gjøvik	18 219	17 971	75 231	68 928	2 142
Andre inst m/avtale med Helse Øst RHF					
Lovisenberg Diakonale sh	15 597	15 279	52 738	43 217	3 522
Diakonhjemmets sykehus	9 671	9 393	54 948	45 316	3 589
Sum Helse Øst RHF	352 206	344 716	1 370 890	1 151 248	90 806
Helse Sør RHF					
Rikshospitalet	60 449	59 581	191 830	169 579	11 048
Sykehuset Buskerud	35 432	34 680	139 151	120 036	7 858
Ringerike sykehus	11 628	11 483	42 236	39 246	880
Notodden sykehus	4 798	4 737	16 937	15 365	431
Rjukan sykehus	2 515	2 495	10 385	9 795	174
Kongsberg sykehus	8 930	8 761	35 819	31 359	1 472
Sykehuset i Vestfold	48 247	47 408	172 149	151 452	7 930
Sykehuset Telemark	38 445	37 731	147 266	125 863	9 620
Sørlandet sh, Arendal	25 164	24 776	87 056	77 658	3 414
Sørlandet, Kr.sand/Flekkefj.	43 702	43 097	148 820	132 020	7 859
Sum Helse Sør RHF	279 310	274 749	991 649	872 373	50 686
Helse Vest RHF					
SSH i Rogaland	59 819	58 210	228 248	188 290	16 346
Odda sjukehus	3 296	3 249	12 957	11 796	403
Stord sjukehus	9 344	9 192	35 054	31 931	901
Haugesund sjukehus	23 309	22 882	83 497	73 692	3 717

	Samlet antall opphold ¹⁾	Sum normal-opphold	Sum Igd samlet antall opphold	Sum Igd normal-opphold	Sum Igd over trimpunkt
Voss sjukehus	9 928	9 813	26 484	23 019	1 361
Haukeland sykehus	80 666	78 342	356 732	276 961	35 784
Førde sentralsjukehus	17 966	17 638	70 717	60 646	4 506
Nordfjord sjukehus	4 606	4 548	18 944	17 422	410
Lærdal sjukehus	3 986	3 922	17 229	15 377	654
Andre inst m/avtale					
Diakonissehjemmet sh	12 522	12 239	56 272	48 152	2 918
Sum Helse Vest RHF	225 442	220 035	906 134	747 286	67 000
Helse Midt-Norge RHF					
Sunnmøre	34 515	33 673	144 899	120 248	10 229
Nordmøre og Romsdal	25 153	24 762	95 628	86 025	3 024
Orkdal san.for. sjukehus	9 764	9 498	43 469	37 702	1 837
St Olavs Hospital	69 392	67 084	325 430	243 848	38 468
Nord-Trøndelag	29 083	28 487	108 726	92 716	6 316
Sum Helse Midt-Norge RHF	167 907	163 504	718 152	580 539	59 874
Helse Nord RHF					
Helgelandssh. Mosjøen	4 598	4 544	14 724	13 426	432
Helgelandssh. Sandnessjøen	6 034	5 938	23 938	21 564	744
Helgelandssh. Mo i Rana	7 149	6 992	29 063	24 517	1 524
Nordlandssh. Bodø	24 928	24 339	96 935	78 475	7 989
Nordlandssh. Lofoten	4 803	4 651	19 388	15 937	1 141
Hålogalandssh. Harstad	11 188	10 987	40 876	35 305	2 203
Hålogalandssh. Narvik	6 336	6 192	23 599	20 173	1 265
Hålogalandssh. Stokmarknes	6 433	6 278	29 862	26 043	1 274
Universitetssh i Nord-Norge	44 421	43 564	157 198	127 723	13 828
Hammerfest sykehus	10 146	9 998	32 274	29 247	1 170
Kirkenes sykehus	6 064	5 959	21 752	19 143	959
Helse Nord RHF	132 100	129 442	489 609	411 553	32 529
Totalt	1 156 965	1 132 446	4 476 434	3 762 999	300 895

1) Eksklusiv Hallingdal sjukestugu, Bergen Legevakt, Medi3 og Ringvoll Klinikken.

Datakilde: NPR.

Definisjoner: Se vedlegg 1 og 5.

Tabell T1.4 Driftsutgifter DRG-aktivitet¹ (1000 kroner). 2003. Somatiske sykehus².

	A	B	C	D	E	F	G
	Totale driftsutgifter	Poliklinikk-inntekter ⁵	Polikliniske refusjoner fra andre RHF	Basis-tilskudd ³	Andre-inntekter ⁴	Ekstern-virksomhet mv	Driftsutgifter DRG-aktivitet ⁵
Helse Øst RHF							
Sykehuset Østfold	1 809 716	201 009	-	-	41 618	40 032	1 426 552
Ski sykehus	129 676	20 222	-	-	3 474	-	95 869
Akershus Univ. sh	1 493 086	142 576	-	28 527	77 666	44 110	1 128 919
Stensby sykehus	160 387	10 215	-	-	9 053	7 887	128 125
Bærum sykehus	674 610	66 627	-	-	12 122	-	562 548
Ullevål sykehus	3 096 165	332 167	24 000	352 978	189 443	45 000	1 986 494
Aker sykehus	1 137 821	105 674	-	68 527	19 976	62 023	828 784
Sunnaas sykehus	212 659	957	-	33 000	10 830	-	167 394
Kongsvinger sjukehus	306 535	30 859	-	-	10 174	5 046	245 027
SSH i Hedmark	970 381	111 785	-	-	36 401	-	766 303
Tynset sjukehus	130 560	8 373	-	-	5 403	-	112 598
Oppland SSH Lilleh.	717 562	73 529	-	-	16 941	2 461	587 867
Oppland SSH Gjøvik	609 146	69 714	-	-	8 690	-	495 885
Granheim lungesenter	30 724	1 614	-	-	213	-	28 090
Lillehammer San. for.	44 150	5 670	-	-	2 844	-	32 801
Martina Hansen Hosp	162 874	15 802	-	-	1 293	-	137 878
Diakonhjemmets sh	443 161	34 242	-	-	4 892	-	386 906
Lovisenberg Diakonale	376 570	21 447	-	-	7 972	-	336 428
Helse Sør RHF							
Rikshospitalet	3 035 839	227 549	-	600 000	57 617	-	2 036 899
Det Norske Radiumhosp	61 056	125 921	-	-	92 049	79 169	700 957
Spesialsh for epilepsi	152 115	4 743	-	-	4 835	-	140 166
Sykehuset Buskerud	1 020 620	117 490	-	-	47 958	4 900	791 527
Ringerike sykehus	365 412	32 933	-	-	4 952	-	311 061
Kongsberg sykehus	265 449	19 194	-	-	3 405	-	233 253
Notodden sykehus	151 248	14 023	-	-	2 494	-	127 720
Rjukan sykehus	95 001	6 271	-	-	2 826	-	82 769
Sykehuset i Vestfold	1 413 673	147 181	-	-	35 839	-	1 157 063
Sykehuset Telemark	1 069 196	121 840	1 527	-	55 069	31 593	798 247
Sørlandet sh, Arendal	649 052	68 880	-	-	8 306	5 442	531 984

	A	B	C	D	E	F	G
	Totale drifts- utgifter	Poliklinikk- inntekter ⁵	Polikliniske refusjoner fra andre RHF	Basis- tilskudd ³	Andre- inntekter ⁴	Ekstern- virksomhet mv	Drifts- utgifter DRG- aktivitet ⁵
Sørlandet sh, Flekkefj	191 383	13 917	-	-	3 065	-	167 443
Sørlandet sh, Kr.sand	969 779	120 605	-	-	19 619	6 100	763 153
Hjertesentret i Oslo	137 171	40	-	-	655	-	136 456
Kysthosp. Stavern	151 070	7 802	-	-	5 146	-	134 221
Betanien Hospital	81 551	8 145	-	-	1 029	-	68 305
Helse Vest RHF							
SSH i Rogaland	1 810 924	209 343	-	278	58 226	-	1 438 405
Haugesund sjukehus	639 927	70 278	-	3 824	20 429	-	510 257
Stord sjukehus	242 332	15 378	-	-	6 094	73	213 098
Odda sjukehus	98 886	6 317	-	-	7 227	-	82 184
Kysthosp. i Hagevik	93 547	5 814	-	2 854	1 317	-	80 655
Haukeland sykehus	3 224 787	363 323	15 995	466 504	118 141	5 019	2 074 144
Voss sjukehus	222 509	11 576	-	9 745	10 984	-	184 416
Førde sentralsjukehus	609 214	59 604	-	3 761	9 614	-	506 433
Lærdal sjukehus	128 817	10 815	-	-	2 757	-	109 838
Nordfjord sjukehus	137 063	13 423	-	-	2 472	-	114 457
Haugesund San for sh	66 058	8 462	-	-	1 275	-	52 090
Diakonissehjemmet	338 926	19 470	-	19 348	7 905	-	282 468
Helse Midt-Norge RHF							
Sunnmøre	1 025 352	114 287	-	-	29 779	3 939	820 204
Nordmøre og Romsdal	808 719	106 031	-	-	14 634	14 946	620 093
Orkdal san. for. sh	277 424	21 438	-	-	7 779	-	237 488
St Olavs Hospital	3 027 843	358 542	35 878	429 936	118 508	80 645	1 825 064
Nord-Trøndelag	914 967	94 166	-	-	26 856	8 913	737 949
Helse Nord RHF							
Helgelandssh. Sandnessjøen	180 542	13 470	-	-	2 998	958	156 381
Helgelandssh. Mosjøen	134 156	14 706	-	-	3 817	1 470	106 810
Helgelandssh. Mo i Rana	225 144	26 089	-	-	4 946	1 238	179 827
Nordlandssh. Bodø	821 782	101 125	-	-	8 486	445	661 164
Nordlandssh. Lofoten	127 663	12 621	-	-	2 859	-	105 873
Hålogalandssh. Narvik	209 959	17 930	-	-	4 224	1 210	177 630

	A	B	C	D	E	F	G
	Totale driftsutgifter	Poliklinikk-inntekter ⁵	Polikliniske refusjoner fra andre RHF	Basistilskudd ³	Andreinntekter ⁴	Eksternvirksomhet mv	Driftsutgifter DRG-aktivitet ⁵
Hålogalandssh. Stokmarknes	185 663	13 125	-	-	164	-	162 812
Hålogalandssh. Harstad	337 129	33 824	-	-	15 763	6 808	263 822
Univers.sh i Nord-Norge	1 994 393	235 228	22 700	424 424	102 350	23 370	1 068 707
Hammerfest sykehus	338 440	30 825	-	-	3 233	7 249	281 721
Kirkenes sykehus	219 260	17 978	-	-	2 771	-	189 522
Private ideelle utenfor RHF							
Glittrelinnikken	77 406	1 604	-	-	3 209	-	71 791
Feiringlinnikken	262 251	-	-	-	5 216	-	257 035

1) Driftsutgifter DRG-aktivitet (F) defineres som totale driftsutgifter (A) minus poliklinikk inntekter RTV og egenandeler ganget med 1,5 (B), polikliniske refusjoner fra andre RHF (C), basistilskudd (D), andre driftsinntekter (E) og ekstern virksomhet mv. (F). Dvs. $G=A-B*1,5-C-D-E-F$.

2) Kommersielle sykehus er holdt utenfor.

3) Basistilskudd består av de tre deler som omtales basis-, forskning- og undervisningstilskudd.

4) Ikke pasientrettet-/behandlingsrelaterte inntekter.

5) Polikliniske refusjoner fra RTV og egenandeler er ganget med 1,5 ved utregning av driftsutgifter DRG-aktivitet.

Datakilde: SSB.

Definisjoner: Se vedlegg 5.

Grunnlagsdata utgifter og finansiering

Tabell T2.1 Driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste fordelt på lønnsutgifter, utgifter til kjøp av varer og tjenester og andre driftsutgifter, samt spesifikasjon av tilskudd til avtalespesialister. 1000 kroner. 2003. Institusjoner.

	Totale driftsutgifter	Lønns-utgifter	Utgifter til varer og tjenester	Andre drifts-utgifter	Tilskudd til avtale-spesialister
Helse Øst RHF					
Sykehuset Østfold HF					
Sykehuset Østfold	1 809 716	1 323 915	304 155	181 646	10 533
Habiliteringstjenesten i Østfold	20 174	18 211	61	1 902	
Sum HF	1 829 890	1 342 126	304 216	183 548	10 533
Aker Universitetssykehus HF					
Akershus univers.sykehus	1 506 770	1 127 899	195 256	183 615	
Stensby sykehus	160 387	118 494	18 735	23 158	
Gartnerveien barnehage og rehabilitering	2 421	1 955		466	
Sum HF	1 669 578	1 248 348	213 991	207 239	
Asker og Bærum Sykehus HF					
Bærum sykehus HF	674 610	509 770	94 654	70 186	
Ullevål Universitetssykehus HF					
Ullevål universitetssykehus	3 096 165	2 283 146	528 842	284 178	
Forebygg. medisin Ullevål	45 402	35 142	5 571	4 689	
Nordre Åsen Habilit.senter	41 912	32 177	1 069	8 666	
Ullevål Legevakt	27 878	12 906	14 578	394	
Voksenhabilit. Ullevål	22 493	20 510	120	1 863	
Barnehabiliteringen Ullevål	12 598	11 650	534	414	
Bleiker behandlingssenter	11 448	10 036		1 412	
Sum HF	3 257 896	2 405 567	550 714	301 616	

	Totale driftsutgifter	Lønns-utgifter	Utgifter til varer og tjenester	Andre driftsutgifter	Tilskudd til avtale-spesialister
Aker Universitetssykehus HF					
Aker universitetssykehus	1 167 298	850 625	201 076	115 597	55 685
Ski sykehus	129 676	92 454	21 955	15 267	
Sum HF	1 296 974	943 079	223 031	130 864	55 685
Sunnaas Sykehus HF					
Sunnaas sykehus HF	212 659	176 329	10 864	25 466	
Sykehuset Innlandet HF					
Sentralsjhuset i Hedmark	970 381	686 500	174 345	109 536	
Oppland ssh Lillehammer	717 562	535 536	112 121	69 905	2 461
Oppland ssh Gjøvik	609 146	435 341	91 198	82 607	
Kongsvinger sjukehus	306 535	240 111	34 826	31 598	
Tynset sjukehus	130 560	91 454	16 788	22 318	
Granheim lungesenter	30 724	21 100	3 489	6 135	
Sykeh. Innlandet Sanderud	11 859	10 434	64	1 361	
Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen	7 528	6 775		753	
Habiliteringstj. for voksne	7 165	5 163	47	1 955	
Sum HF	2 791 460	2 032 414	432 878	326 168	2 461
Andre institusjoner m/ avtale					
Diakonhjemmets sykehus	443 161	332 004	59 226	51 931	
Lovisenberg Diak. sykehus	376 570	284 117	60 079	32 374	
Martina Hansens hospital	162 874	110 524	32 690	19 660	
Skogli Helse og rehab.	46 318	32 901	3 829	9 639	
Lillehammer san.for. revmatismesykehus	44 150	36 063	2 685	5 402	
Steffensrud opptr.sent. AS	25 665	18 920	2 587	4 180	
Bakke Opptr.ingssenter AS	24 423	16 948	2 494	5 628	
Tonsåsen opptr.senter	17 925	10 121	2 412	5 504	
Grande opptreningscenter	14 685	10 360	1 517	2 808	
MS-senteret Hakadal	14 210	11 665		2 545	
Sølvskottberget rehabiliteringssenter	10 888	7 983	1 018	1 887	
Hernes Institutt	10 451	7 374		3 077	
Eiksåsen MS-hjem	8 703	7 483	406	814	
Beitostølen Helsesportsenter	8 138	5 964	419	1 755	
Norsk Diabetikersenter	5 984	4 728	334	922	

	Totale driftsutgifter	Lønns-utgifter	Utgifter til varer og tjenester	Andre driftsutgifter	Tilskudd til avtale-spesialister
Opptr.senteret Jeløy Kurbad	5 405	3 891	529	987	
Godthaab opptr.senter	4 600	3 413	397	791	
Landaasen Rehab.senter AS	3 935	2 829	368	741	
Sjømennenes helseheim rehabilitering Rykkin	3 915	2 638	463	817	
Ringens rehabiliteringssenter	3 685	2 725	389	574	
Hurdal opptreningscenter	2 680	2 036	314	330	
Paulsrud Opptr.senter AS	2 000	1 253	338	407	
Sofienberg opptr.senter AS	1 910	1 220	205	486	
Sum andre inst m/ avtale	1 242 275	917 160	172 699	153 259	
Ført på RHF nivå under pasientbehandling					
Driftstilskudd mv.	180 260	4	151 380	28 876	86 470
Sum Helse Øst RHF	13 155 602	9 574 797	2 154 427	1 427 222	155 149
Helse Sør RHF					
Rikshospitalet HF					
Rikshospitalet	3 079 859	2 082 765	603 717	393 377	
Statens senter for epilepsi	152 115	115 039	9 153	27 923	
Spesialsykehuset for rehabilitering Stavern	151 070	115 858	7 364	27 848	
Hjertesenteret i Oslo	137 171	89 094	35 409	12 668	
Sum HF	3 520 215	2 402 756	655 643	461 816	
Det Norske Radiumhospital HF					
Det norske Radiumhospital HF	1 061 056	759 900	169 658	131 498	
Sykehuset i Buskerud HF					
Sykehuset Buskerud	1 020 620	738 828	161 143	120 649	
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå	19 190	17 711	451	1 028	11 841
Buskerud Rehab.senter	14 907	13 114	433	1 360	
Habiliteringsteamet i Buskerud	618	321	37	260	
Sum HF	1 055 335	769 974	162 064	123 297	11 841
Ringerike Sykehus HF					
Ringerike sykehus	365 412	250 421	71 877	43 114	
Hallingdal sjukestugu	29 996	20 909	4 413	4 674	
Sum HF	395 408	271 330	76 290	47 788	

	Totale driftsutgifter	Lønns- utgifter	Utgifter til varer og tjenester	Andre drifts- utgifter	Tilskudd til avtale- spesialister
Helse Blefjell HF					
Kongsberg sykehus	265 449	198 569	38 938	27 942	
Notodden sykehus	151 248	115 460	20 475	15 313	
Rjukan sykehus	95 001	67 005	12 908	15 088	
Helse Blefjell HF	3 971	3 457	128	386	
Sum HF	515 669	384 491	72 449	58 729	
Sykehuset i Vestfold HF					
Sykehuset i Vestfold	1 413 673	1 030 764	226 029	156 880	
Tverrfaglig spesialist tjeneste habilitering	31 156	27 107	717	3 332	
Sum HF	1 444 829	1 057 871	226 746	160 212	
Sykehuset i Telemark HF					
Sykehuset Telemark	1 069 196	1 030 764	226 029	156 880	
Habiliteringstenesta i Telemark	17 997	27 107	717	3 332	
Sum HF	1 087 193	1 057 871	226 746	160 212	
Helse Sørlandet HF					
Sørlandet sykehus Kristiansand	979 179	693 731	181 306	104 142	9 159
Sørlandet sykehus Arendal	655 253	478 713	113 146	63 394	
Sørlandet sykehus Flekkefjord	191 383	142 789	26 022	22 572	
Sørlandet sykehus HF	27 829	7 633	3 989	16 207	23 840
Habilitering Kristiansand sjukehus	15 303	12 588	207	2 508	
Lillebølgen behandlingsinstitusjon	9 039	8 529	408	102	
Sum HF	1 877 986	1 343 983	325 078	208 925	32 999
Andre institusjoner m/ avtale					
Betanien Hospitalet	81 551	59 781	11 923	9 847	
Kure epilepsisenter	11 085	8 727	687	1 671	
Sum HF	92 636	68 508	12 610	11 518	
Ført på RHF nivå under pasientbehandling					
Driftstilskudd mv.					
Sum Helse Sør RHF	11 050 327	8 116 684	1 927 284	1 363 995	44 840

	Totale driftsutgifter	Lønns-utgifter	Utgifter til varer og tjenester	Andre driftsutgifter	Tilskudd til avtale-spesialister
Helse Vest RHF					
Helse Stavanger HF					
Sentralsjukehuset i Rogaland	1 810 924	1 291 737	305 005	214 182	
Rehabiliteringstjenesten	110 225	93 296	7 391	9 538	
Sum HF	1 921 149	1 385 033	312 396	223 720	
Helse Fonna HF					
Haugesund sjukehus	639 927	473 512	98 448	67 967	
Stord sjukehus	242 332	192 635	30 074	19 623	
Odda sjukehus	98 886	77 503	11 188	10 195	
Rehabiliteringstj. seksjon barn/voksen Nord	7 334	6 321	30	983	
Sum HF	988 479	749 971	139 740	98 768	
Helse Bergen HF					
Haukeland sykehus	3 224 787	2 322 400	523 316	379 071	
Voss sjukehus	222 509	140 880	61 947	19 682	
Kysthospitalet i Hagevik	93 547	66 504	19 228	7 815	
Nordåstunet	24 123	20 867	1 084	2 172	
Habiliteringstjenesten for voksne funksjonshemmede	17 178	14 602	138	2 438	
Sum HF	3 582 144	2 565 253	605 713	411 178	
Helse Førde HF					
Førde sentralsjukehus	609 214	452 066	92 284	64 864	
Nordfjord sjukehus	137 063	99 494	21 545	16 024	
Lærdal sjukehus	128 817	95 948	16 589	16 280	
Sum HF	875 094	647 508	130 418	97 168	
Andre institusjoner m/ avtale					
Diakonissehjemmets sh Haraldsplass	338 926	262 988	43 044	32 894	
Haugesund sanfor revmatismesykehus	66 058	49 863	9 150	7 045	
Betanien hospitalet (Hordaland)	25 684	20 607	2 359	2 718	
Sjømennenes helseheim rehabilitering Bergen	3 880	2 880	375	626	
Røde Kors Haugland Rehabilitering	3 545	2 345	323	880	

	Totale driftsutgifter	Lønns-utgifter	Utgifter til varer og tjenester	Andre driftsutgifter	Tilskudd til avtale-spesialister
Hagahaugen opptreningssenter	1 960	1 375	175	415	
Ravneberghaugen opptreningssenter	1 945	1 517	124	304	
Sum andre institusjoner	441 998	341 575	55 550	44 882	
Ført på RHF nivå under pasientbehandling					
Driftstilskudd mv.	122 548	846	87 698	31 372	64 456
Sum Helse Vest RHF	7 931 412	5 690 186	1 331 515	907 088	64 456
Helse Midt-Norge RHF					
Helse Sunnmøre HF					
Helse Sunnmøre HF	1 025 600	755 950	164 689	104 961	3 143
Helse Nordmøre og Romsdal HF					
Helse Nordmøre og Romsdal HF	821 957	605 250	137 579	79 129	2 371
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF					
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus	277 424	201 653	51 043	24 728	
St Olavs Hospital HF					
St Olavs Hospital	3 027 843	2 095 092	618 390	314 361	
Trondsletten hab.senter	16 334	14 175	3	2 156	
Sum HF	3 044 177	2 109 267	618 393	316 517	
Helse Nord-Trøndelag HF					
Helse Nord-Trøndelag HF	917 261	687 774	134 613	94 874	6 713
Andre institusjoner m/ avtale					
Muritunet AS	26 872	18 683	3 234	4 979	
Røros rehabiliteringssenter as	7 112	4 386	773	1 953	
Bjørnang opptr.senter as	6 330	4 061	360	1 909	
Selli Rehabilitering og Opptreningssenter as	3 153	2 092	295	766	
Meråker sanitetsfor. kurbad	3 066	2 349	389	328	
Kastvollen Rehab.senter	1 565	1 261	140	171	
Sum andre institusjoner	48 098	32 832	5 191	10 106	
Ført på RHF nivå under pasientbehandling					
Driftstilskudd mv.	64 162		32 790	31 372	
Sum Helse Midt-Norge RHF	6 198 679	4 392 726	1 144 298	661 687	12 227

	Totale driftsutgifter	Lønns-utgifter	Utgifter til varer og tjenester	Andre drifts-utgifter	Tilskudd til avtale-spesialister
Helse Nord RHF					
Helgelandssjukehuset HF					
Helgelandssykeh Mo i Rana	227 484	155 408	43 743	28 333	
Helgelandssh Sandnessjøen	182 260	126 451	30 223	25 586	
Helgelandssykehuset Mosjøen	134 156	87 425	26 771	19 960	
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå	2 449	386	2 512	-449	2 436
Sum HF	546 349	369 670	103 249	73 430	2 436
Nordlandssykehuset HF					
Nordlandssykehuset Sentrum	821 782	595 506	141 064	85 212	
Nordlandssh. Lofoten	127 663	91 397	21 646	14 620	
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå	43 438	9 684	27 902	5 852	7 751
Sum HF	992 883	696 587	190 612	105 684	7 751
Hålogalandssykehuset HF					
Hålogalandssh. Harstad	342 024	246 279	40 059	55 686	3 536
Hålogalandssh. Narvik	211 082	149 896	42 815	18 371	
Hålogalandssh. Stokmarknes	186 899	128 361	35 185	23 353	
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå	11 247		10 759	488	
Sum HF	751 252	524 536	128 818	97 898	3 536
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF					
Univ. sykeht i Nord-Norge	1 995 910	1 399 792	392 566	203 552	6 288
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå	21 603		21 603		
Longyearbyen sykehus	17 886	13 446	1 082	3 358	
Sum HF	2 035 399	1 413 238	415 251	206 910	6 288
Helse Finnmark HF					
Hammerfest sykehus	341 023	243 910	53 945	43 168	7 249
Kirkenes sykehus	219 260	160 479	30 352	28 429	
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå	21 754	1 050	20 438	266	
Sum HF	582 037	405 439	104 735	71 863	7 249

	Totale driftsutgifter	Lønns-utgifter	Utgifter til varer og tjenester	Andre driftsutgifter	Tilskudd til avtale-spesialister
Andre institusjoner m/ avtale					
Opptr.senteret i Finnmark as	15 598	8 068	5 597	1 982	
Opptr.senteret i Salangen	10 450	7 339	1 114	2 002	
Valnesfjord helsesportsenter	9 045	6 817	582	1 651	
Rehabiliteringssenteret Nord Norges Kurbad AS	6 300	4 203	508	1 606	
Nordtun Helse Rehab	3 605	2 536	332	886	
Skibotnsenteret as	1 243	970	140	133	
Sum andre institusjoner	46 241	29 933	8 273	8 260	
Ført på RHF nivå under pasientbehandling					
Driftstilskudd mv.	2 868		2 660	208	
Sum Helse Nord RHF	4 957 029	3 439 403	953 598	564 253	27 260
Kommersielle sykehus					
Omnia sykehuset	129 511	42 137	69 202	18 485	
Volvat medisinske senter	73 800	55 800	11 181	6 891	
Spesialistklinikken Drammen private sh AS	66 280	671	63 236	2 374	
Medi 3 AS	45 120	15 209	26 723	4 745	
Axess sykehus og spesialistpoliklinikk	41 475	13 559	21 458	6 390	
Colosseumklinikken Legeavdeling AS	10 467	1 596	7 318	1 553	
Ringvoll Klinikken AS	10 300	6 732	1 516	2 052	
Private ideelle sykehus					
Feiringklinikken	262 251	177 900	67 647	16 704	
Glittreklinikken	77 406	58 103	6 754	12 549	
Annet					
Behandlingsreiser utlandet v/ Rikshospitalet	88 328	18 377	48 827	21 124	
Sum private sykehus og behandlingsreiser utlandet	804 938	390 084	323 862	92 867	
SUM landet	44 097 987	31 603 880	7 834 984	5 017 112	303 932

Tabell T2.2 Utvalgte driftsinntekter somatisk spesialisthelsetjeneste – regionsykehustilskudd, polikliniske refusjoner fra staten, pasientbetaling og salgsinntekter mv. (1000 kroner). 2003. Institusjoner.

	Region- sykehus- tilskudd	Polikliniske refusjoner	Pasient- betaling	Salgs- inntekter mv
Helse Øst RHF				
Sykehuset Østfold HF				
Sykehuset Østfold		176 434	29 278	44 895
Habiliteringstjenesten i Østfold		402	13	1 237
Sum HF		176 836	29 291	46 132
Aker Universitetssykehus HF				
Akershus universitetssykehus	28 527	123 779	22 403	89 740
Stensby sykehus		7 590	2 818	11 912
Gartnerveien barnehage og rehabilitering				2
Sum HF	28 527	131 369	25 221	101 654
Asker og Bærum Sykehus HF				
Bærum sykehus HF		49 214	17 846	12 152
Ullevål Universitetssykehus HF				
Ullevål universitetssykehus	378 887	300 348	31 979	221 951
Forebyggende medisin Ullevål		5 211	379	1 052
Nordre Åsen Habiliteringssenter				537
Ullevål Legevakt		276	8	6
Voksenhabiliteringen Ullevål		1 878	175	1 740
Barnehabiliteringen Ullevål		1 969	102	
Bleiker behandlingssenter				1 731
Sum HF	378 887	309 682	32 643	227 017
Aker Universitetssykehus HF				
Aker universitetssykehus	74 865	96 308	9 366	41 591
Ski sykehus		15 433	4 789	4 155
Sum HF	74 865	111 741	14 155	45 746
Sunnaas Sykehus HF				
Sunnaas sykehus HF	33 000	609	348	13 409

	Region- sykehus- tilskudd	Polikliniske refusjoner	Pasient- betaling	Salgs- inntekter mv
Sykehuset Innlandet HF				
Sentralsjukehuset i Hedmark		90 546	21 265	36 454
Oppland sentralsjukehus Lillehammer		63 648	11 123	24 411
Oppland sentralsjukehus Gjøvik		59 357	10 484	11 545
Kongsvinger sjukehus		25 864	6 029	10 254
Tynset sjukehus		6 688	1 685	6 535
Granheim lungesenter		1 475	139	2 713
Sykehuset Innlandet Sanderud				213
Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen		280		
Habiliteringstjenesten for voksne				
Sum HF		247 858	50 725	92 125
Andre institusjoner m/ avtale				
Diakonhjemmets sykehus		29 123	5 527	6 320
Lovisenberg Diakonale sykehus		16 528	4 919	25 288
Martina Hansens hospital		12 185	3 617	5 708
Skogli Helse og rehabilitering			5 165	77 198
Lillehammer san.for. revmatismesykehus		5 160	510	2 936
Steffensrud opptreningscenter AS			3 334	42 791
Bakke Opptreningscenter AS			2 845	39 993
Tonsåsen opptreningscenter			2 630	30 822
Grande opptreningscenter			2 564	24 309
MS-senteret Hakadal			8 364	150
Sølvskottberget rehabiliteringssenter			1 405	18 047
Hernes Institutt				16 826
Eiksåsen MS-hjem				2 746
Beitostølen Helsesportsenter				62 582
Norsk Diabetikersenter	47	1 617	441	1
Opptreningscenteret Jeløy Kurbad			3 496	23 757
Godthaab opptreningscenter			2 643	19 775
Landaasen Rehabiliteringssenter AS			2 951	826
Sjømennenes helseheim rehabilit. Rykkin			2 711	17 403
Ringel rehabiliteringssenter			2 319	16 876
Hurdal opptreningscenter			1 879	12 000

	Region- sykehus- tilskudd	Polikliniske refusjoner	Pasient- betaling	Salgs- inntekter mv
Paulsrud Opptreningscenter AS			8 204	241
Sofienberg opptreningscenter AS			1 949	10 146
Sum andre inst m/ avtale	47	64 613	67 473	456 741
Ført på RHF nivå under pasientbehandling				
Driftstilskudd mv.	7 999			55 031
Sum Helse Øst RHF	523 325	1 091 922	237 702	1 050 007
Helse Sør RHF				
Rikshospitalet HF				
Rikshospitalet	600 000	202 203	25 346	125 566
Statens senter for epilepsi		4 388	355	49 643
Spesialsykehuset for rehabilitering Stavern		6 992	810	5 146
Hjertesenteret i Oslo		40		655
Sum HF	600 000	213 623	26 511	181 010
Det Norske Radiumhospital HF				
Det norske Radiumhospital HF		122 727	3 591	125 604
Sykehuset i Buskerud HF				
Sykehuset Buskerud		102 052	15 438	57 082
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå			2 494	338
Buskerud Rehabiliteringssenter			1 057	806
Habiliteringsteamet i Buskerud				57
Sum HF		102 052	18 989	58 283
Ringerike Sykehus HF				
Ringerike sykehus		27 142	6 503	8 756
Hallingdal sjukestugu		1 883	614	2 560
Sum HF		29 025	7 117	11 316
Helse Blefjell HF				
Kongsberg sykehus		15 985	3 255	3 528
Notodden sykehus		11 125	2 908	2 714
Rjukan sykehus		4 825	1 468	2 887
Helse Blefjell HF		39	42	3 573
Sum HF		31 974	7 673	12 702

	Region- sykehus- tilskudd	Polikliniske refusjoner	Pasient- betaling	Salgs- inntekter mv
Sykehuset i Vestfold HF				
Sykehuset i Vestfold HF		125 369	22 169	36 198
Tverrfaglig spesialist tjeneste habilitering		1 066		366
Sum HF		126 435	22 169	36 564
Sykehuset i Telemark HF				
Sykehuset Telemark		103 992	18 275	56 297
Habiliteringstenesta i Telemark		266	9	477
Sum HF		104 258	18 284	56 774
Helse Sørlandet HF				
Sørlandet sykehus Kristiansand		106 796	13 877	19 594
Sørlandet sykehus Arendal		56 105	13 479	8 353
Sørlandet sykehus Flekkefjord		10 526	3 979	3 107
Sørlandet sykehus HF				
Habilitering Kristiansand sjukehus		244	17	2 285
Lillebølgen behandlingsinstitusjon				7 306
Sum HF		173 671	31 352	40 645
Andre institusjoner m/ avtale				
Betanien Hospitalet		6 213	1 932	1 565
Kure epilepsisenter				92
Sum andre institusjoner		6 213	1 932	1 657
Driftstilskudd mv.				
Sum Helse Sør RHF	600 000	909 978	137 618	524 555
Helse Vest RHF				
Helse Stavanger HF				
Sentralsjukehuset i Rogaland	278	184 888	26 354	65 749
Rehabiliteringstjenesten	31	1 522	89	3 195
Sum HF	309	186 410	26 443	68 944
Helse Fonna HF				
Haugesund sjukehus	3 824	57 134	14 078	23 054
Stord sjukehus		10 100	5 600	6 130
Odda sjukehus		4 828	1 596	7 277
Rehabiliteringstj. seksjon barn/voksen Nord		190	9	130
Sum HF	3 824	72 252	21 283	36 591

	Region- sykehus- tilskudd	Polikliniske refusjoner	Pasient- betaling	Salgs- inntekter mv
Helse Bergen HF				
Haukeland sykehus	504 734	306 509	62 699	134 982
Voss sjukehus	9 908	7 423	4 598	11 102
Kysthospitalet i Hagevik	2 902	3 407	2 430	1 197
Nordåstunet	8 020	128	43	1 038
Habiliteringstj. for voksne funksj.hemm.	7 453	10	10	235
Sum HF	533 017	317 477	69 780	148 554
Helse Førde HF				
Førde sentralsjukehus	3 738	50 123	10 662	15 290
Nordfjord sjukehus		10 507	3 308	2 676
Lærdal sjukehus		8 715	2 459	3 139
Sum HF	3 738	69 345	16 429	21 105
Andre institusjoner m/avtale				
Diakonissehjemmets sh Haraldsplass	19 348	15 155	4 315	10 379
Haugesund sanfor revmatismesykehus		7 080	1 382	3 222
Betanien hospitalet (Hordaland)	226	23 277	1 542	288
Sjømennenes helseheim rehabilitering Bergen			2 382	17 262
Røde Kors Haugland Rehabilitering			2 220	19 891
Hagahaugen opptreningscenter			1 555	10 477
Ravneberghaugen opptreningscenter				10 184
Sum andre institusjoner	19 574	45 512	13 396	71 703
Ført på RHF nivå under pasientbehandling				
Driftstilskudd mv.				11 289
Sum Helse Vest RHF	560 462	690 996	147 331	358 186
Helse Midt-Norge RHF				
Helse Sunnmøre HF				
Helse Sunnmøre HF		96 449	20 108	33 673
Helse Nordmøre og Romsdal HF				
Helse Nordmøre og Romsdal HF		90 165	15 866	15 129
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF				
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus	3	16 762	5 190	8 219

	Region- sykehus- tilskudd	Polikliniske refusjoner	Pasient- betaling	Salgs- inntekter mv
St Olavs Hospital HF				
St Olavs Hospital	462 124	318 305	44 079	172 194
Trondsløtten habiliteringssenter				1 435
Sum HF	462 124	318 305	44 079	173 629
Helse Nord-Trøndelag HF				
Helse Nord-Trøndelag HF		78 016	16 501	37 142
Andre institusjoner m/avtale				
Muritunet AS			3 112	50 003
Røros rehabiliteringssenter as			594	13 555
Bjørmang opptreningscenter as				13 738
Selli Rehabilitering og Opptreningscenter as			1 869	12 215
Meråker sanitetsforenings kurbad			2 207	18 396
Kastvollen Rehabiliteringssenter	4		1 837	7 292
Sum andre institusjoner	4		9 619	115 199
Ført på RHF nivå under pasientbehandling				
Driftstilskudd mv.				
Sum Helse Midt-Norge RHF	462 131	599 697	111 363	382 991
Helse Nord RHF				
Helgelandssykehuset HF				
Helgelandssykehuset Mo i Rana		21 722	4 367	5 306
Helgelandssykehuset Sandnessjøen		11 261	2 209	3 109
Helgelandssykehuset Mosjøen		12 336	2 370	4 086
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå				
Sum HF		45 319	8 946	12 501
Nordlandssykehuset HF				
Nordlandssykehuset Sentrum		88 370	13 081	14 603
Nordlandssh. Lofoten		10 115	3 233	3 459
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå		519	1 364	1 539
Sum HF		99 004	17 678	19 601
Hålogalandssykehuset HF				
Hålogalandssh. Harstad		27 397	6 465	16 410
Hålogalandssh. Narvik		14 766	3 226	5 168
Hålogalandssh. Stokmarknes		10 368	2 757	3 536
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå				2
Sum HF		52 531	12 448	25 116

	Region- sykehus- tilskudd	Polikliniske refusjoner	Pasient- betaling	Salgs- inntekter mv
Universitetssykeh i Nord-Norge HF				
Universitetssykehuset i Nord-Norge	438 334	213 738	27 193	128 515
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå				
Longyearbyen sykehus		866	1 920	959
Sum HF	438 334	214 604	29 113	129 474
Helse Finnmark HF				
Hammerfest sykehus		25 827	5 734	6 901
Kirkenes sykehus		14 750	4 003	4 978
Driftstilskudd mv ført på HF-nivå				411
Sum HF		40 577	9 737	12 290
Andre institusjoner m/ avtale				
Opptreningscenteret i Finnmark as			1 839	25 744
Opptreningscenteret i Salangen			1 369	17 394
Valnesfjord helsesportsenter				43 149
Rehab.senteret Nord Norges Kurbad AS			3 593	32 270
Nordtun Helse Rehab			2 281	16 310
Skibotnsenteret as			898	5 795
Sum andre institusjoner			9 980	140 662
Sum Helse Nord RHF	438 334	452 035	75 454	314 528
Private sykehus og Behandlingsreiser utlandet				
Kommersielle sykehus				
Omnia sykehuset			16 042	365
Volvat medisinske senter				125 422
Spesialistklinikken Drammen private sh AS				2 299
Medi 3 AS			1 982	
Axess sykehus og spesialistpoliklinikk				9 803
Colosseumklinikken Legeavdeling AS				10 745
Ringvoll Klinikken AS			3 300	70
Private ideelle sykehus				
Feiringklinikken				7 213
Glittreklinikken		1 604		89 259
Annet				
Behandlingsreiser utlandet v/Rikshospitalet			11 275	15 019
Sum private sykehus og behandlingsreiser utlandet		1 604	32 599	260 195
SUM landet	2 584 252	3 746 232	742 067	2 890 462

Grunnlagsdata senger og personell

Tabell T3.1 Beregnede årsverk etter personellkategori, regionale helseforetak, helseforetak, sykehus og andre institusjoner under foretaksstrukturen. 2002 og 2003. Punkttall per 31. desember i driftsåret.

	Leger		Sykepleiere ¹		Hjelpepleiere ²		Annet beh. pers. ³		Personell i annet pas. rettet arb. ⁴		Administr/kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Helse Øst RHF																
Sykehuset Østfold HF																
Sykehuset Østfold	292	289	1048	1023	236	237	247	244	49	43	521	480	318	234	2712	2548
Habiliteringstjenesten	0		5		1		24		9		6		4		48	
Sykehuset Asker og Bærum HF																
Bærum sykehus	115	122	417	406	89	85	105	93	5	5	142	191	199	144	1072	1046
Akershus universitetssykehus HF																
Akershus Universitetssykehus	358	326	999	910	267	260	229	233	1	66	437	367	272	239	2564	2400
Stensby sykehus	20	22	70	85	27	27	23	24	1	14	27	40	41	32	210	245
Gartnerveien barnehage og rehabilitering	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	0	0	5	5
MS-senteret Hakadal	1		7		8		5		1		2		5		28	
Eiksåsen MS-hjem	0		3		6		1		4		1		2		17	
Aker universitetssykehus HF																
Aker universitetssykehus	193	202	704	717	103	99	182	175	20	27	356	357	254	244	1811	1821
Ski sykehus	19	16	67	70	18	16	22	21	0	0	17	12	65	66	209	201

	Leger		Syke- pleiere ¹		Hjelpe- pleiere ²		Annet beh. pers. ³		Personell i annet pas. rettet arb. ⁴		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnete årsverk	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Ullevål universitetssykehus HF																
Ullevål universitetssykehus	774	749	1553	1579	339	337	598	589	113	93	763	864	736	596	4876	4807
Nordre Aasen Habiliteringssenter	0	0	0	1	12	8	53	53	13	9	7	6	9	8	94	84
Bleiker behandlingssenter	0	0	0	0	1	1	13	10	6	5	3	3	3	3	26	21
Sykehuset Innlandet HF																
Sentralsykehuset i Hedmark	191	193	566	584	104	106	125	145	52	21	176	241	182	164	1397	1455
Oppland sentralsykehus, avd. Lillehammer	130	138	421	450	109	100	116	136	22	18	115	125	134	140	1048	1106
Oppland sentralsykehus, avd. Gjøvik	102	105	338	339	86	86	72	73	0	0	115	115	156	156	869	873
Kongsvinger sjukehus	40	52	170	180	61	57	49	46	0	0	54	36	79	90	454	462
Granheim lungesenter	4	4	12	12	8	8	5	5	2	2	6	6	13	13	49	49
Sykehuset Innlandet Tynset	20	20	78	84	18	24	11	12	9	14	27	21	20	31	181	205
Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen	0	0	2	0	1	0	8	0	4	0	2	0	0	0	17	0
Valdres fødestogo	0	0	4	4	4	4	0	0	1	1	0	0	0	0	9	9
Lom helseheim, fødestuen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Habiliteringstjenesten for voksne	0	0	0	0	0	0	10	11	0	1	3	3	0	0	13	14
Sunnaas sykehus HF																
Sunnaas sykehus	21	24	73	106	63	61	73	90	7	11	58	54	67	41	362	386

	Leger		Syke-pleiere ¹		Hjelpe-pleiere ²		Annet beh. pers. ³		Personell i annet pas. rettet arb. ⁴		Administr/kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Øst RHF																
Revmatismesykehuset as	9	8	14	14	9	9	13	15	5	4	12	15	13	13	74	78
Martina Hansens hospital	28	28	94	94	17	17	25	24	0	0	33	35	31	32	227	229
Diakonhjemmet sykehus	79	81	257	271	49	47	79	76	13	11	98	93	76	73	652	651
Lovisenberg diakonale sykehus	60	57	261	270	31	29	62	51	0	0	74	69	70	66	557	541
Norsk diabetikersenter	1		5		0		0		1		1		1		9	
Sum Helse Øst RHF	2457	2435	7166	7196	1666	1615	2153	2126	338	347	3056	3130	2749	2385	19586	19235
Helse Sør RHF																
Rikshospitalet HF																
Rikshospitalet	466	472	1423	1442	170	161	417	450	21	14	835	830	529	459	3861	3828
Kongsgård sykehus	6	6	21	21	17	17	23	29	5	9	18	15	14	12	104	109
Hjertesenteret i Oslo	3	17	75	64	0	0	6	7	0	3	10	9	16	19	110	118
Spesialsykehuset for Rehabilitering Stavern	11	10	33	29	14	13	31	32	8	7	32	35	16	19	145	145
Spesialsykehuset for epilepsi	22	22	80	85	12	7	30	50	28	24	26	27	33	25	231	239
Det norske radiumhospital HF																
Det Norske Radiumhospital	170	174	333	351	96	87	218	223	16	13	223	224	194	188	1250	1261
Ringerike sykehus HF																
Ringerike sykehus	52	57	204	233	58	57	40	41	16	16	49	69	61	39	480	511
Hallingdal sjukestugu	1	2	17	18	8	8	4	4	0	0	3	3	6	6	38	40

	Leger		Syke-pleiere ¹		Hjelpe-pleiere ²		Annet beh. pers. ³		Personell i annet pas. rettet arb. ⁴		Administr/kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Sykehuset i Buskerud HF																
Sykehuset Buskerud	188	214	595	614	187	201	166	172	43	45	267	287	130	172	1575	1705
Buskerud rehabiliteringssenter	0	0	7	10	12	14	4	4	3	4	3	3	7	5	35	39
Habiliteringsteamet i Buskerud		3		7		2		21		2		5		1		40
Helse Blefjell HF																
Kongsberg sykehus	36	35	172	178	53	39	30	28	13	12	37	50	70	42	410	384
Notodden sykehus	26	24	78	84	24	26	19	20	8	1	26	31	20	21	201	207
Rjukan sykehus	15	16	44	41	20	21	11	12	5	2	14	17	17	18	126	127
Fødeavdelingen i Tinn	0	0	2	2	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
Sykehuset i Telemark HF																
Sykehuset Telemark	152	159	522	561	156	179	120	151	17	28	175	192	136	142	1277	1411
Kragerø sykehus	5	6	26	24	18	18	8	10	2	2	7	7	7	0	73	67
Habiliteringstenesta i Telemark	2	1	1	2	3	3	19	22	6	5	6	7	3	2	40	41
Sykehuset i Vestfold HF																
Sykehuset i Vestfold	246	249	862	863	183	183	204	220	9	44	323	349	295	289	2122	2197
Sørlandet sykehus HF																
Sørlandet sykehus Kristiansand	180	177	576	579	102	100	171	191	5	29	197	233	205	163	1435	1473
Sørlandet sykehus Flekkefjord	26	28	130	119	21	25	23	26	2	4	35	40	42	33	279	274
Sørlandet sykehus Arendal	126	127	396	386	81	81	87	92	21	22	246	239	142	142	1098	1088

	Leger		Syke- pleiere ¹		Hjelpe- pleiere ²		Annet beh. pers. ³		Personell i annet pas. rettet arb. ⁴		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnete årsverk	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Sør RHF																
Betanien hospital	17	15	42	46	13	13	11	9	1	1	17	18	14	14	115	116
Kure epilepsisenter	0	0	2	2	6	6	3	3	5	3	2	4	4	3	22	21
Nordagutu opptreningscenter		0		4		5		4		1		3		7		24
Sum Helse Sør RHF	1749	1812	5641	5764	1260	1270	1644	1817	233	292	2549	2696	1960	1821	15035	15472
Helse Vest RHF																
Helse Stavanger HF																
Sentralsjukehuset i Rogaland	333	358	1286	1172	218	238	298	317	38	46	177	407	418	437	2768	2976
Rehabiliteringstjenesten	7	10	12	84	9	39	43	44	18	40	9	12	5	1	103	229
Helse Fonna HF																
Haugesund sjukehus	106	116	402	416	50	65	64	80	0	13	166	152	221	135	1008	978
Stord sjukehus	37	36	150	151	36	34	21	25	2	0	42	44	44	44	331	334
Odda sjukehus	13	12	55	64	24	23	13	16	2	0	18	21	26	27	150	162
Rehabiliteringstjenesten, seksjon barn/voksen	2	0	1	1	0	0	12	10	3	3	2	2	0	0	20	16
Helse Bergen HF																
Haukeland sykehus	589	610	1655	1873	368	374	477	509	6	6	711	779	922	1000	4728	5152
Voss sjukehus	23	23	103	106	36	35	25	21	0	0	34	33	66	59	287	277
Kysthospitalet i Hagevik	15	13	49	29	16	2	15	11	0	0	26	14	19	13	139	81
Bergen legevakt	10	10	14	14	0	0	5	5	7	7	3	3	4	4	42	42
Habiliteringstj. for voksne funksjonshemmede	2	2	0	0	8	7	20	20	2	2	7	4	2	1	39	35

	Leger		Sykepleiere ¹		Hjelpepleiere ²		Annet beh. pers. ³		Personell i annet pas. rettet arb. ⁴		Administr/kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Nordåstunet		0		0		0		0		0		0		0		0
Helse Førde HF																
Førde sentralsjukehus	91	105	343	369	86	83	72	95	24	24	173	119	116	129	904	924
Nordfjord sjukehus	24	25	75	76	21	21	19	19	0	0	10	24	37	25	185	189
Lærdal sjukehus	16	24	58	58	28	28	17	17	0	1	21	27	23	22	161	176
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Sør RHF																
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	57	61	205	221	50	51	55	56	0	0	66	68	84	86	517	543
Haugesund Sanitetsfor. Revmatismesykehus	12	15	27	29	16	14	11	11	16	16	9	7	13	13	102	104
Betanien spesialistpoliklinikk og laboratorium	6	2	4	5	0	0	13	13	0	0	12	9	2	2	37	30
Sum Helse Vest RHF	1340	1420	4435	4666	965	1013	1179	1268	118	157	1484	1723	2001	1997	11521	12244
Helse Midt-Norge RHF																
Helse Sunnmøre HF																
Ålesund sjukehus	147	148	472	466	96	94	118	128	35	34	177	181	108	105	1152	1156
Volda sjukehus	33	34	138	140	36	34	28	29	0	0	44	35	26	24	304	296
Nevrohemmet rehabiliteringssenter	0	0	8	7	8	8	3	4	1	1	1	1	2	2	22	22
Mork rehabiliteringssenter	0	0	10	13	10	10	8	8	1	1	2	2	6	4	37	38
Helse Nordmøre og Romsdal HF																
Sjukehuset i Molde	101	107	287	322	42	43	93	94	22	26	118	119	95	87	758	797
Sjukehuset i Kristiansund	44	47	196	215	25	25	38	43	11	16	59	46	54	60	427	451
Aure opptreningscenter		0		8		1		5		2		1		6		22

	Leger		Sykepleiere ¹		Hjelpepleiere ²		Annet beh. pers. ³		Personell i annet pas. rettet arb. ⁴		Administr/kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Tana helsesenter		0		1		1		0		0		0		0		2
Nesseby helsesenter	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Båtsfjord helsesenter	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2
Kautokeino alders- og sykehjem	0	0	8	1	8	2	0	0	4	0	1	0	3	0	24	3
Karasjok helsesenter	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	4	4
Hasvik helsesenter	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Vardø helsesenter	0	0	2	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	2
Nordkapp helsesenter	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Havøysund helsesenter	0	0	2	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	1
Alta helsesenter	1	1	16	6	5	5	1	0	0	0	0	0	0	1	23	13
Vadsø helsesenter	0	0	2	2	3	3	0	0	2	0	0	0	0	1	6	6
Øksfjord helsesenter	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Kjøllefjord helsesenter	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Longyearbyen sykehus	3	3	8	9	0	0	1	1	2	1	3	2	3	2	19	17
Sum Helse Nord RHF	725	841	2611	2741	675	683	696	823	181	457	960	1207	917	809	6765	7561
Private ideelle institusjoner																
Feiringklinikken	13	13	127	127	0	0	8	7	2	2	31	31	59	57	240	236
Glittreklinikken as	12	12	30	28	14	14	23	22	1	0	12	12	26	27	118	115

	Leger		Syke- pleiere ¹		Hjelpe- pleiere ²		Annet beh. pers. ³		Personell i annet pas. rettet arb. ⁴		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnete årsverk	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Private kommersielle institusjoner																
Volvat medisinske senter as	28	26	33	32	2	3	11	12	3	2	40	40	18	21	135	134
Omnia sykehuset AS	8	11	28	33	0	0	7	5	13	23	5	4	3	0	64	76
Axess Sykehus og Spesialistklinikk AS	6	5	5	9	1	0	0	0	6	0	2	8	0	2	20	24
Medi 3 AS		8		14		1		2		6		3		1		35
Spesialistklinikken Drammen private sykehus	3	6	3	5	1	3	0	0	0	1	6	6	0	0	13	21
Ringvoll klinikken		3		17		3		1		7		0		0		31
Colosseumklinikken Legeavdeling AS		3		4		0		0		0		3		0		10
Klinikk Stokkan AS		1		6		0		0		0		0		0		7
Sum private organisasjoner	70	87	226	275	18	23	50	48	24	40	96	107	106	107	590	689
Sum Norge	7328	7626	23642	24400	5268	5295	6608	7041	1038	1516	9417	10132	8824	8106	62125	64117

1 Inkluderer jordmødre.

2 Inkluderer barnepleiere

3 Inkluderer vernepleiere, fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

4 Inkluderer annet fagutdannet helsepersonell ikke spesifisert annet sted, samt ufaglært pleiepersonell.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2003	Sum 2002	
Sykehuset Innlandet HF																			
Oppland ssh Lillehammer			62	30			6	41		79			13	25			255	251	
Oppland ssh Gjøvik				28	43	11		31		81	12						205	176	
Sentralsj.huset i Hedmark			114			5	5	39		112			7	24		24	330	324	
Kongsvinger sjukehus			27	18				10		42					16		113	113	
Granheim lungesenter												39					39	39	
Tynset sjukehus			16					6		21							43	43	
Barnehab.tj. Sangenhagen	0	0																	
Valdres fødestogo	6	142																	
Habiliteringstj. for voksne																			
Lom helseheim, fødestuen	4	4																	
Sunnaas sykehus HF																			
Sunnaas sykehus																	128	128	115
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Øst RHF																			
Lillehammer Sanitetsforenings sykehus															39		39	39	
Martina Hansen Hospital				35											26		61	62	
Diakonhjemmets sykehus			56							87					32		175	174	
Lovisenberg Diak. sykehus			43							86						12	141	154	
Norsk diabetikersenter																			
Sum Helse Øst RHF	21	164	592	370	226	47	22	422	0	1016	33	430	94	157	125	207	3743	3833	

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2003	Sum 2002
Sykehuset Telemark HF																		
Sykehuset Telemark			73	21	15	6		46		97			15	40		22	336	328
Kragerø sykehus									30							6	36	29
Habiliteringstj. i Telemark	4	31																
Sykehuset i Vestfold HF																		
Sykehuset i Vestfold			24	49	62	9		65	16	22	9	109	29	23			416	411
Sørlandet sykehus HF																		
Lister sykehus			21					14		41							76	73
Aust-Agder sjukehus				27	56	7	2	30		6		65	13	24	6	2	237	241
Vest-Agder sykehus			74	25		6	0	54		114			24	39	14		351	344
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Sør RHF																		
Betanien Hospital				22			6								22		50	50
Nordagutu opptr.senter	33	598																
Kure epilepsisenter	20	54																
Sum Helse Sør RHF	104	1687	350	250	311	59	38	333	196	518	181	287	207	245	70	143	3186	3220
Helse Vest RHF																		
Helse Stavanger HF																		
Sentralsjukeh. i Rogaland			17	65	105	16	5	96		8	41	137	28	29		9	556	668
Rehabiliteringstjenesten	116	1817																
Helse Fonna HF																		
Haugesund sjukehus					77			28				84		26			215	213

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2003	Sum 2002
Stord sjukehus			29					16		42							86	84
Odda sjukehus			23					3		17							43	51
Rehabiliteringstj. seksjon barn/voksen Nord	0	0																
Helse Bergen HF																		
Kysthospitalet i Hagevik				43													43	47
Haukeland sykehus			97	103	52	29	8	116		114	59	148	58	71	39	16	910	928
Voss sjukehus			34		25			14									73	74
Nordåstunet	20	98																
Habiliteringstj. for vaksne funksjonshemmede	2	19																
Helse Førde HF																		
Førde sentralsjukehus			40	32		13	10	36		79			12	24	13	10	267	266
Lærdal sjukehus			23					8		26							57	54
Nordfjord sjukehus			21					9		23							53	53
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Vest RHF																		
Haugesund Sanforen. sh															36		36	36
Diakonissehjemmet sykehus			22	26	7					100		5					160	146
Betanien spesialistpoliklinikk og laboratorium	2	286																
Sum Helse Vest	140	2220	305	269	266	58	23	325	0	409	100	374	98	150	88	35	2499	2620

	Døgn- plasser	Utskr. Døgn- pas	Gen Kir	Orto- pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2003	Sum 2002
Colosseumklinikken Legeavdeling AS					2												2	
Klinikk Stokkan AS																		
Sum private organisasjoner			51		31							95					177	145
Sum Norge	467	9360	1964	1099	1013	233	105	1526	219	2848	407	1456	493	752	328	540	12983	13133

1 Inndeling etter avdelingstype er basert på registrering av avdelingskoder i henhold til det offisielle avdelingskodeverk for somatiske sykehus. Det kan være variasjon mellom sykehus i koding av enkelte typer avdelinger.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

Grunnlagsdata pasientdata

Tabell T4.1 Opphold per 1000 innbygger fordelt på døgn- og dagopphold, rehabilitering og fødsler/friske nyfødte etter pasientenes bostedsområde 2003.

Pasientenes bostedsområde	Rate per 1000 innbygger 2003					Prosent endring 2002 - 2003					
	Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/frisk nyfødt	Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab.	Fødsel/frisk nyfødt	
Østfold HF-område	Halden	255	156	71	5	18	4	0	11	9	-9
	Sarpsborg	277	158	78	6	19	6	-1	0	11	2
	Fredrikstad	256	158	66	5	17	3	-1	0	1	-7
	Moss	258	166	58	5	17	5	0	7	13	-10
	Indre Østfold	276	151	78	6	18	12	-1	12	45	-7
Asker og Bærum HF	Bærum	234	125	82	4	22	4	-1	13	7	1
Akershus HF-område	Lørenskog-Lillestrøm	250	132	72	10	19	9	-1	4	19	10
	Nedre Romerike	247	133	75	9	23	10	-1	23	22	1
	Øvre Romerike	255	140	69	6	21	10	-2	13	20	-1
Ullevål og Aker HF område	Ski-Drøbak	255	140	67	11	23	8	-1	5	37	3
	Follo	235	130	64	14	19	9	-1	19	18	-1
	Oslo	259	121	80	20	28	8	-1	13	-4	5
Innlandet HF-område	Kongsvinger	293	172	85	15	17	2	0	9	-23	-1
	Hamar	283	150	101	9	18	0	0	-6	27	-2
	Elverum	309	168	108	8	19	7	0	9	67	7
	Nordre Hedmark	316	179	107	4	22	9	1	23	4	-1
	Lilleham	287	168	85	7	16	10	0	20	41	-6
	Vinstra/Otta	261	166	66	6	15	6	0	14	4	-11
	Gjøvik/Brandbu	257	159	64	8	19	3	0	-1	25	3
Dokka/Fagernes	291	181	82	9	17	3	0	3	-4	15	

Pasientenes bostedsområde		Rate per 1000 innbygger 2003					Prosent endring 2002 - 2003				
		Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/ frisk nyfødt	Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab.	Fødsel/ frisk nyfødt
Ringerike HF-område	Ringerike	257	152	76	3	16	12	0	29	52	7
	Ål	267	143	77	11	18	29	1	82	620	-16
Buskerud HF-område	Drammen	282	152	94	4	20	13	-1	24	40	2
	Hurum	263	137	90	4	19	21	0	60	16	-1
Blefjell HF- område	Kongsberg	272	168	80	6	20	4	-1	12	71	8
	Notodden	339	185	99	26	17	18	0	36	96	-9
	Rjukan	329	222	73	6	20	8	0	24	11	23
Vestfold HF-område	Horten	302	150	102	24	20	10	0	13	43	10
	Tønsberg	299	140	96	34	19	11	-1	19	12	6
	Sandefjord	345	151	102	58	19	12	-1	15	25	-8
	Larvik	376	155	90	106	18	13	0	5	43	5
Telemark HF	Porsgrunn	341	170	96	53	19	12	0	11	80	9
Sørlandet HF-område	Aust-Agder	297	157	105	8	16	12	0	24	22	3
	Setesdalen	276	143	77	16	18	28	-1	70	53	14
	Vest-Agder øst	299	150	75	44	21	14	-1	24	57	-5
	Vest-Agder vest	294	162	80	12	23	14	0	33	-8	0
Stavanger HF-område	Stavanger	233	120	71	9	23	12	-1	19	153	1
	Jæren-Eigersund	237	124	73	11	23	12	-1	20	227	2
Fonna HF- område	Haugesund	245	142	70	8	24	1	-1	2	8	4
	Sauda	220	136	54	7	17	6	1	3	38	5
	Stord	276	160	75	4	24	14	0	45	-10	-7
	Odda	315	200	73	9	22	11	1	10	136	41
Haukeland HF-område	Bergen	253	135	80	9	24	5	-1	6	149	0
	Nord-Hordaland	250	141	79	4	21	9	-1	26	50	-2
	Voss	250	144	72	2	20	11	0	23	18	-5
Førde HF- område	Indre Sogn	292	195	58	5	23	5	0	1	11	5
	Førde-Florø	279	177	60	10	23	6	0	9	9	0
	Nordfjord	298	180	72	7	25	11	0	22	-15	19
Sunnmøre HF-område	Volda	301	160	82	17	21	12	0	18	6	-2
	Ålesund	287	150	89	10	21	13	0	15	93	1
Nordmøre HF-område	Molde	279	155	84	5	20	10	0	14	25	1
	Kristiansund	307	187	85	3	21	3	0	-6	30	18
	Nordre Nordmøre	272	174	72	4	18	5	1	9	-18	18

Pasientenes bostedsområde		Rate per 1000 innbygger 2003					Prosent endring 2002 - 2003				
		Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/ frisk nyfødt	Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab.	Fødsel/ frisk nyfødt
Orkdal HF- område	Orkdal	292	151	105	11	18	9	0	15	106	-13
	Kystregionen	279	168	81	6	19	6	0	12	3	1
	Oppdal-Rennebu	269	148	93	4	20	15	0	52	-3	-2
St. Olavs hosp. HF- område	Trondheim	254	130	91	4	23	9	-1	21	11	1
	Fosen	258	153	69	5	23	1	-1	-5	21	-6
	Fjellregionen	259	168	73	3	16	-6	0	-14	-2	-15
Nord- Trøndelag HF-område	Stjørdalen	246	142	72	3	22	14	-1	50	65	1
	Innherred	242	141	67	5	22	9	-1	20	185	1
	Steinkjer	259	145	85	4	18	5	0	6	166	-4
	Midtre Namdal	281	167	75	7	21	9	1	12	54	-3
	Indre Namdal	264	170	76	6	21	5	1	28	26	10
	Ytre Namdal	250	135	72	5	24	7	0	4	43	-4
Helgeland HF-område	Sandnessj	350	211	77	33	20	0	0	-11	0	5
	Mosjøen	331	189	100	6	23	11	0	16	24	31
	Rana	292	176	75	11	21	5	0	0	106	-1
Nordland HF-omr	Bodø	276	150	83	13	22	7	-1	9	41	5
	Lofoten	324	183	90	9	21	9	0	5	69	-7
Hålogaland HF-område	Ofoten	309	187	81	11	19	9	0	13	105	4
	Vesterålen	298	201	72	8	18	2	0	11	25	-15
	Harstad	305	163	88	30	18	15	0	41	35	-2
UNN HF- område	Tromsø	293	126	92	46	24	10	-1	17	32	-8
	Nord-Troms	226	131	66	16	17	3	1	21	19	-19
Finmark HF-område	Vest-Finmark	306	172	95	10	24	10	0	36	15	-13
	Øst-Finmark	317	185	96	10	20	4	1	9	-8	-7
Totalt		273	147	81	15	22	8	-1	14	31	1

Datakilde: Norsk Pasientregister

Tabell T4.2 Sum liggedager per 1000 innbygger ved døgnopphold etter pasientenes alder og bostedsområde 2003. Prosentvis endring fra 2002 til 2003.

HF-område	Bosteds-område	Sum lgd per 1000 innbygger 2003 Døgnopphold				Prosent endring 2002-2003 Døgnopphold			
		0-39 år	40-66 år	67 år+	Totalt	0-39 år	40-66 år	67 år+	Totalt
Østfold HF-område	Halden	386	742	3206	951	-2,9	3,3	0,9	0,5
	Sarpsborg	469	753	2950	923	5,4	-2,4	2,4	1,3
	Fredrikstad	419	753	2934	902	-3,5	-3,1	-0,1	-2,0
	Moss	468	834	3091	948	4,8	-3,2	5,9	3,1
	Indre Østfold	456	833	2663	883	4,2	5,3	1,2	3,3
Asker og Bærum HF	Bærum	433	600	2809	793	-9,8	-5,4	-11,7	-9,4
Akershus HF-område	Lørenskog-Lillestrøm	493	702	2821	851	19,1	-6,7	8,1	6,2
	Nedre Romerike	465	766	2875	809	-2,4	6,5	-4,0	0,3
	Øvre Romerike	445	771	2979	843	-1,7	2,7	5,9	2,1
Ullevål og Aker HF-område	Ski-Drøbak	440	773	3367	835	0,1	1,8	-0,3	0,9
	Follo	407	665	3036	766	-4,8	-9,2	3,2	-2,8
	Oslo	486	800	3697	969	-1,3	0,8	-0,6	-1,6
Innlandet HF-område	Kongsvinger	500	829	2713	1007	-3,4	-3,7	4,4	-0,1
	Hamar	473	784	2545	903	-7,0	0,0	-4,5	-4,0
	Elverum	488	808	2743	979	2,8	2,6	-3,8	-0,6
	Nordre Hedmark	556	689	2769	1000	-8,1	-10,6	-2,9	-6,6
	Lillehammer	570	800	3360	1084	2,6	-0,3	3,3	2,2
	Vinstra/Otta	494	848	2613	993	-9,3	5,8	-4,9	-3,2
	Gjøvik/ Brandbu	535	866	2711	975	-1,3	1,1	6,2	2,3
	Dokka/Fagernes	501	949	2771	1038	12,0	0,1	-1,1	1,9
Ringerike HF-område	Ringerike	486	727	2406	863	11,4	3,1	-14,7	-3,3
	Ål	503	925	3130	1072	1,9	16,6	69,3	31,5
Buskerud HF-område	Drammen	545	873	3041	993	-2,5	8,3	4,3	3,0
	Hurum	505	835	2989	893	1,3	10,3	-0,9	3,7
Blefjell HF-område	Kongsberg	538	706	3268	983	-0,3	-16,7	0,8	-4,9
	Notodden	509	832	3405	1110	3,7	-5,9	10,4	4,2
	Rjukan	591	896	3396	1173	16,1	-10,5	6,3	3,0

HF-område	Bosteds-område	Sum lgd per 1000 innbygger 2003				Prosent endring 2002-2003			
		Døgnopphold				Døgnopphold			
		0-39 år	40-66 år	67 år+	Totalt	0-39 år	40-66 år	67 år+	Totalt
Vestfold HF-område	Horten	536	867	3076	983	6,1	-4,2	5,4	2,6
	Tønsberg	513	827	3085	973	3,1	-1,6	10,7	4,7
	Sandefjord	508	888	3024	995	4,8	6,6	3,4	4,8
	Larvik	512	828	2952	990	1,7	2,1	3,8	2,8
Telemark HF-område	Porsgrunn	524	964	3908	1155	0,3	4,4	-0,1	0,9
Sørlandet HF-område	Aust-Agder	484	906	2998	955	-4,1	2,8	0,8	0,3
	Setesdalen	491	934	2881	974	-3,3	26,0	23,1	14,8
	Vest-Agder øst	498	788	2872	886	-2,6	-5,3	-0,5	-2,6
	Vest-Agder vest	560	784	3585	1061	3,4	-6,6	9,3	3,4
Stavanger HF-område	Stavanger	494	727	3643	900	1,8	-3,4	-1,2	-1,0
	Jæren-Eigersund	481	715	3534	863	-1,2	-4,6	1,6	-0,9
Fonna HF-område	Haugesund	461	879	2961	906	1,8	-4,4	-1,7	-1,6
	Sauda	429	790	2803	980	12,4	-11,6	18,6	8,5
	Stord	537	905	3665	1045	-6,0	3,1	10,2	3,6
	Odda	489	914	3924	1271	1,3	6,8	-4,0	-0,9
Haukeland HF-område	Bergen	469	849	3713	987	-2,1	8,0	-1,1	0,6
	Nord-Hordaland	460	721	3516	929	-12,7	2,7	0,8	-2,9
	Voss	475	670	3051	995	-1,1	6,8	1,6	1,9
Førde HF-område	Indre Sogn	526	964	3980	1196	2,7	-0,8	10,4	5,4
	Førde-Florø	543	938	3651	1124	-0,5	7,4	3,1	3,3
	Nordfjord	522	939	3793	1142	1,4	3,7	2,9	2,7
Sunnmøre HF-område	Volda	510	881	3775	1100	-5,8	9,8	14,9	7,5
	Ålesund	535	878	3704	1085	0,3	2,9	5,0	3,2
Nordmøre HF-område	Molde	542	893	3275	1063	0,0	0,2	0,9	0,4
	Kristiansund	564	984	3690	1137	0,4	3,0	5,2	3,0
	Nordre Nordmøre	536	847	3389	1144	7,7	-5,9	1,3	0,6
Orkdal HF-område	Orkdal	425	820	3297	998	-12,0	12,3	1,6	0,2
	Kystregionen	493	869	3537	1151	1,8	-3,8	4,6	1,9
	Oppdal-Rennebu	479	579	3350	961	14,3	-37,7	-4,0	-10,6
St. Olavs hosp. HF-område	Trondheim	463	862	4663	1066	0,5	3,1	2,7	1,7
	Fosen	479	952	3367	1079	-15,3	10,7	1,1	-0,7
	Fjellregionen	451	900	3536	1154	10,8	0,2	0,5	2,5

HF-område	Bosteds-område	Sum lgd per 1000 innbygger 2003				Prosent endring 2002-2003			
		Døgnopphold				Døgnopphold			
		0-39 år	40-66 år	67 år+	Totalt	0-39 år	40-66 år	67 år+	Totalt
Nord-Trøndelag HF-område	Stjørdalen	480	674	2889	856	12,1	4,9	-1,0	3,7
	Innhherred	445	776	2570	836	-4,7	15,4	-3,6	1,1
	Steinkjer	463	749	2594	894	3,4	13,8	-5,9	1,4
	Midtre Namdal	454	847	3562	1077	-6,9	-6,7	19,7	5,2
	Indre Namdal	437	942	2649	1020	-25,0	-12,6	1,6	-9,6
	Ytre Namdal	426	782	2843	903	9,6	19,7	12,0	13,1
Helgeland HF-område	Sandnessj	598	1049	3995	1246	9,7	0,1	-1,3	1,8
	Mosjøen	647	832	3324	1114	28,6	-2,5	-7,8	2,0
	Rana	519	807	3856	1099	6,5	3,3	6,2	5,8
Nordland HF-omr	Bodø	473	785	3990	1022	-3,5	-4,2	6,0	0,8
	Lofoten	608	984	3867	1239	6,2	12,9	4,8	7,2
Hålogaland HF-område	Ofoten	483	923	3794	1163	-10,3	9,8	-1,7	-1,1
	Vesterålen	499	882	4241	1204	-13,8	-4,0	0,3	-3,9
	Harstad	409	856	3454	1023	-14,5	-3,3	2,7	-3,0
UNN HF-område	Tromsø	476	736	3251	855	-2,6	6,9	2,3	2,1
	Nord-Troms	400	633	2190	744	-12,0	-19,6	3,3	-8,5
Finnmark HF-område	Vest-Finnmark	539	859	3096	926	5,4	-9,3	-2,8	-1,8
	Øst-Finnmark	560	981	3557	1084	-1,1	-3,2	7,5	2,0
Totalt		490	818	3343	975	-1,0	0,8	1,3	0,4

Datakilde: Norsk Pasientregister

Tabell T4.3 Antall opphold og sum liggedager i 2003 etter pasientenes bostedsområde.

Pasientenes bostedsområde		Antall opphold totalt 2003					Sum liggedager Døgnopphold			
		Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/ frisk nyfødt	0-39 år	40-66 år	67 år+	Totalt
Østfold HF-område	Halden	7380	4653	2062	136	529	5858	6863	14620	27341
	Sarpsborg	15721	9911	4404	332	1074	12827	14854	23574	51255
	Fredrikstad	18862	12430	4827	344	1261	16087	19522	31500	67109
	Moss	13367	9218	2990	258	901	12041	15357	20145	47543
	Indre Østfold	12601	7935	3567	281	818	10402	12247	16144	38793
Asker og Bærum HF	Bærum	36065	19416	12686	559	3404	39404	32521	61911	133836
Akershus HF-område	Lørenskog-Lillestrøm	8866	5288	2561	344	673	7695	9085	11256	28036
	Nedre Romerike	27361	15594	8295	963	2509	29498	26618	32451	88567
	Øvre Romerike	18521	11494	5049	421	1557	17755	17839	23174	58768
Ullevål og Aker HF-område	Ski-Drøbak	10056	6069	2634	443	910	9591	10149	12422	32162
	Follo	17900	10527	4867	1064	1442	17702	19510	22383	59595
	Oslo	135189	68519	41530	10473	14667	145330	125295	238905	509530
Innlandet HF-område	Kongsvinger	14546	8731	4217	766	832	12046	15188	22907	50141
	Hamar	23894	13137	8513	720	1524	21239	23058	35120	79417
	Elverum	11010	6184	3853	283	690	8212	9580	17225	35017
	Nordre Hedmark	5837	3372	1978	72	415	5446	4795	9682	19923
	Lilleham	10379	6498	3063	244	574	10019	9918	18271	38208
	Vinstra/Otta	8787	5833	2218	217	519	8786	9286	16558	34630
	Gjøvik/Brandbu	21228	13712	5299	641	1576	22616	24246	31768	78630
	Dokka/Fagernes	9071	5735	2547	274	515	6811	10265	14838	31914
Ringerike HF-område	Ringerike	8546	5365	2522	116	543	7218	8160	14227	29605
	Ål	5925	3597	1699	236	393	5528	5925	6729	18182
Buskerud HF-område	Drammen	25595	14924	8495	352	1824	26652	24254	35889	86795
	Hurum	12490	7110	4279	200	901	12806	12470	15470	40746
Blefjell HF-område	Kongsberg	13275	8148	3885	282	960	13409	14136	22617	50162
	Notodden	12083	7035	3522	909	617	8660	10598	18827	38085
	Rjukan	4163	2907	921	81	254	3182	4178	7009	14369

Pasientenes bostedsområde		Antall opphold totalt 2003					Sum liggedager Døgnopphold			
		Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/ frisk nyfødt	0-39 år	40-66 år	67 år+	Totalt
Vestfold HF-område	Horten	11681	6048	3937	923	773	10239	11950	14747	36936
	Tønsberg	28799	14464	9212	3292	1831	24856	27335	36625	88816
	Sandefjord	14133	6818	4170	2381	764	10280	11434	16916	38630
	Larvik	16321	7051	3896	4598	776	11043	12033	18614	41690
Telemark HF-område	Porsgrunn	40199	20386	11294	6272	2247	31748	36788	65929	134465
Sørlandet HF-område	Aust-Agder	28300	15966	10026	786	1522	25760	27960	36947	90667
	Setesdalen	2229	1329	623	131	146	2121	1996	2688	6805
	Vest-Agder øst	37503	19798	9472	5538	2695	35823	32379	45136	113338
	Vest-Agder vest	10149	6136	2775	431	807	10164	9144	16188	35496
Stavanger HF-område	Stavanger	54459	30386	16604	2155	5314	65961	53217	91214	210392
	Jæren-Eigersund	13945	7644	4297	624	1380	16995	13080	20711	50786
Fonna HF-område	Haugesund	23427	13632	6689	777	2329	24233	27147	36070	87450
	Sauda	1929	1248	476	59	146	1685	2522	3774	7981
	Stord	12701	7960	3436	200	1105	14928	12426	19109	46463
	Odda	4087	2728	951	122	286	3029	3691	10008	16728
Haukeland HF-område	Bergen	80890	44675	25720	2823	7672	85676	77778	147262	310716
	Nord-Hordaland	7058	4112	2240	124	582	8087	6414	12272	26773
	Voss	7225	4504	2087	68	566	6931	5904	15459	28294
Førde HF-område	Indre Sogn	6841	4812	1370	123	536	6221	7479	12884	26584
	Førde-Florø	16936	11272	3659	600	1405	17798	16799	31488	66085
	Nordfjord	6902	4483	1680	155	584	6330	6674	12711	25715
Sunnmøre HF-område	Volda	12072	7220	3295	700	857	11688	10193	19130	41011
	Ålesund	25222	14670	7806	907	1839	25374	23843	43019	92236
Nordmøre HF-område	Molde	19394	11815	5855	360	1364	19513	20607	33503	73623
	Kristiansund	8542	5496	2365	96	585	8024	9292	13404	30720
	Nordre Nordmøre	4622	3036	1219	63	304	4107	5221	10067	19395
Orkdal HF-område	Orkdal	6579	3570	2372	243	394	5611	5378	11436	22425
	Kystregionen	5505	3427	1591	114	373	4747	5874	11716	22337
	Oppdal-Rennebu	2452	1380	848	38	186	1940	2819	5017	9776
St. Olavs hosp. HF-område	Trondheim	47099	25197	16846	704	4352	47719	48901	95454	192074
	Fosen	4199	2626	1118	78	377	4756	4528	8264	17548
	Fjellregionen	4781	3072	1348	58	303	3674	5526	11601	20801

Pasientenes bostedsområde		Antall opphold totalt 2003					Sum liggedager Døgnopphold			
		Totalt antall opph.	Døgn	Dag	Rehab	Fødsel/ frisk nyfødt	0-39 år	40-66 år	67 år+	Totalt
Nord-Trøndelag HF-område	Stjørdalen	5351	3216	1575	75	485	4938	4585	8226	17749
	Innherred	10717	6553	2967	235	962	11028	9836	15679	36543
	Steinkjer	5881	3437	1944	93	407	5125	5080	9837	20042
	Midtre Namdal	6933	4407	1847	169	510	6199	7424	11802	25425
	Indre Namdal	1468	892	424	35	117	1548	2048	2718	6314
	Ytre Namdal	2470	1470	709	53	238	2033	2077	3791	7901
Helgeland HF-område	Sandnessj	10044	6289	2217	957	581	8185	10070	17055	35310
	Mosjøen	5486	3334	1660	107	385	4222	4837	9041	18100
	Rana	9690	6149	2481	350	710	8400	8692	17363	34455
Nordland HF-omr	Bodø	20640	11838	6178	964	1660	19833	20127	35427	75387
	Lofoten	7301	4597	2029	203	472	6647	6472	12942	26061
Hålogaland HF-område	Ofoten	9678	6195	2553	346	584	8438	9002	19537	36977
	Vesterålen	9122	6123	2196	252	551	9122	9455	19976	38553
	Harstad	12332	6849	3539	1210	734	9714	12486	20549	42749
UNN HF-område	Tromsø	29347	13252	9171	4562	2362	27717	22173	33387	83277
	Nord-Troms	2580	1447	758	178	197	2697	3053	3619	9369
Finnmark HF-område	Vest-Finnmark	14287	8304	4427	459	1097	13519	14215	16173	43907
	Øst-Finnmark	8440	5069	2557	269	545	8283	9022	11367	28672
Totalt		1250471	712942	371347	67093	99089	1218060	1207741	1996408	4422209

Datakilde Norsk pasientregister

VI Vedlegg

Flere ulike datasett danner grunnlag for tabellene i SAMDATA Somatikk 2003. Pasientdata for innlagte og polikliniske pasienter innsamles og kvalitetskontrolleres av SINTEF Helse Norsk pasientregister (NPR). Statistisk sentralbyrå (SSB) innhenter sengekapasitets- og personell-data, samt data på RHF'ene og foretakenes utgifter og finansiering. Dette datamaterialet kvalitetskontrolleres både av SSB og SINTEF Helse Helsetjenesteforskning. Befolkningsdata innhentes fra SSB.

Dette vedlegget gir en presentasjon av datasettene, samt en oversikt over definisjoner benyttet i tabellene. Presentasjonen er organisert etter tema:

- Vedlegg 1: Oversikt over hvilke enheter som inngår i datamaterialet (pasientdata, senger, personell, utgifter og finansiering, effektivitet og produktivitet)
- Vedlegg 2: Datagrunnlag og definisjoner pasientdata
- Vedlegg 3: Datagrunnlag og definisjoner personell og senger
- Vedlegg 4: Datagrunnlag og definisjoner utgifter og finansiering
- Vedlegg 5: Datagrunnlag og definisjoner aktivitet og kostnader

Under hver tabell i kapitlene foran gis en henvisning til vedlegget som presenterer de benyttede datagrunnlag og definisjoner.

Vedlegg 1 Oversikt over hvilke enheter som inngår i datamaterialet

Vedlegg v1.1 Oversikt over hvilke institusjoner som inngår i data i de ulike kapitlene.

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6
Helse Øst RHF	Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Østfold, Halden	*	*	*	*	*
		Sykehuset Østfold, Askim	*	*	*	*	*
		Sykehuset Østfold, Moss	*	*	*	*	*
		Sykehuset Østfold, Fredr.stad	*	*	*	*	*
		Sykehuset Østfold, Sarpsborg	*	*	*	*	*
		Sykehuset Østfold, Habiliteringstjenesten		*			
	Asker og Bærum sh HF	Bærum sykehus	*	*	*	*	*
	Akershus universitetssykehus HF	Akershus universitetssh	*	*	*	*	*
		Lillestrøm sykehus	*	*	*	*	*
		Stensby sykehus	*	*	*	*	*
		Gartnerveien barnehage og rehabilitering		*			
		Habilitering somatikk		*			
	Ullevål universitetssykehus HF	Ullevål universitetssh	*	*	*	*	*
		Bleiker behandlingssenter		*			
		Nordre Åsen Habiliteringssenter		*			
		Hab. somatikk, avd. for voksenrehabilitering		*			
		Barnehabilitering Ullevål		*			
		Klinikk for forebyggende medisin		*			
		Legevakt Ullevål		*			

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6		
Helse Øst RHF	Aker universitetssykehus HF	Aker universitetssh	*	*	*	*	*		
		Ski sykehus	*	*	*	*	*		
Sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet HF	Oppland SSH Lillehammer	*	*	*	*	*		
		Oppland SSH Gjøvik	*	*	*	*	*		
		Ssh i Hedmark	*	*	*	*	*		
		Sentralsjukehuset i Hedmark, Hamar	*	*	*	*	*		
		Ssh i Hedmark, fysikalsk./med. avd	*	*	*	*	*		
		Kongsvinger sjukehus	*	*	*	*	*		
		Granheim lungesenter	*	*	*	*	*		
		Tynset sjukehus	*	*	*	*	*		
		Valdres fødestugo	*	*					
		Lom helseheim (fødestua)	*	*					
		Habiliteringstjenesten for voksne		*					
		Sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet HF	Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen	*	*			
				Sanderud HF habilitering		*			
		Sunnaas sykehus HF	Sunnaas sykehus HF	Sunnaas sykehus	*	*			*
Drøbak rehabiliteringssenter	*			*	*	*			
Helse Øst RHF	Helse Øst RHF	Diakonhjemmets sykehus	*	*	*	*	*		
		Martina Hansens hosp	*	*	*	*	*		
		Lovisenberg Diakonale sykehus	*	*	*	*	*		
		Lillehammer san.for. revmatismesh	*	*			*		

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6
Helse Øst RHF	Helse Øst RHF forts.	Norsk diabetikersenter		*			
		MS-senteret Hakadal		*			*
		Eiksåsen MS-hjem		*			
		Skogli Helse og rehabilitering		*			
		Steffensrud opptreningscenter AS		*			
		Bakke Opptreningscenter AS		*			
		Tonsåsen opptreningscenter		*			
		Grande opptreningscenter		*			
		Sølvskottberget rehabiliteringscenter		*			
		Hernes Institutt		*			
		Beitostølen Helseportsenter		*			
		Opptreningscenteret Jeløy Kurbad		*			
		Godthaab opptreningscenter		*			
		Landaasen Rehabiliteringscenter AS		*			
		Sjømennenes helseheim rehabilitering Rykkin		*			
		Ringen rehabiliteringscenter		*			
		Hurdal opptreningscenter		*			
		Paulsrud Opptreningscenter AS		*			
Sofienberg opptreningscenter AS		*					

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6
Helse Sør RHF	Rikshospitalet HF	Rikshospitalet	*	*	*	*	*
		Hjertesenteret i Oslo	*	*	*	*	*
		Spesialsykehuset for rehab Stavern	*	*	*	*	*
		Kongsgård sykehus	*	*	*	*	*
		Statens senter for epilepsi	*	*	*	*	*
		Rikshospitalets barnenevrologiske seksjon	*	*	*	*	*
		Gellomo barnesykehus	*	*	*	*	*
		Voksentoppen	*	*	*	*	*
		Psykosomatisk poliklinikk Rikshospitalet		*	*	*	*
	Det Norske radiumhospital HF	Det norske Radiumhospital	*	*	*	*	*
	Sykehuset Buskerud HF	Sykehuset Buskerud	*	*	*	*	*
		Habiliteringsteamet i Buskerud		*			
		Blentenborg bokollektiv		*	*	*	
		Buskerud Rehabiliteringssenter		*			
	Helse Blefjell HF	Kongsberg sykehus	*	*	*	*	*
		Notodden sykehus	*	*	*	*	*
		Rjukan sykehus	*	*	*	*	*
	Sykehuset Telemark HF	Sykehuset Telemark, Porsgrunn	*	*	*	*	*
		Sykehuset Telemark, Betanien	*	*	*	*	*
		Habiliteringstenesta i Telemark		*			
Kragerø sykehus		*	*	*	*	*	

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6
Helse Sør RHF	Sykehuset i Vestfold HF	Sykehuset i Vestfold	*	*	*	*	*
		Sykehuset i Vestfold, Horten	*	*	*	*	*
		Sykehuset i Vestfold, Larvik	*	*	*	*	*
		Sykehuset i Vestfold, Sandefjord	*	*	*	*	*
		Tverrfaglig spesialist tjeneste habilitering		*			
	Sørlandet sykehus HF	Sørlandet sykehus Kristiansand	*	*	*	*	*
		Sørlandet sykehus Kristiansand, avd Mandal	*	*	*	*	*
		Sørlandet sykehus Flekkefjord, Farsund	*	*	*	*	*
		Sørlandet sykehus Flekkefjord	*	*	*	*	*
		Sørlandet sykehus Arendal	*	*	*	*	*
		Sørlandet sykehus Arendal, Habtj. for voksne	*	*	*	*	
		Habilitering Kristiansand sjukehus		*			
	Lillebølgen behandlingsinstitusjon			*			
	Ringerike sykehus HF	Ringerike sykehus	*	*	*	*	*
		Hallingdal sjukestugu	*	*		*	*
	Helse Sør RHF	Tinn fødestue	*	*			*
		Kure epilepsisenter		*			
		Behandlingsreiser utlandet v/Rikshospitalet			*		

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	Ssh i Rogaland	*	*	*	*	
		Ssh i Rogaland, Sandnes	*	*	*	*	
		Ssh i Rogaland, Eigersund	*	*	*	*	*
		Rehabiliteringstjenesten	*	*		*	*
	Helse Fonna HF	Haugesund sjukehus	*	*	*	*	*
		Haugesund sjukehus, Sauda	*	*	*	*	*
		Stord sjukehus	*	*	*	*	*
		Odda sjukehus	*	*	*	*	*
		Rehabiliteringstjenesten, seksjon barn/voksen Nord		*			
	Helse Bergen HF	Haukeland sykehus	*	*	*	*	*
		Haukeland sykehus, nakke og rygg-poliklinikk	*	*	*	*	*
		Laksevåg sykehus	*	*	*	*	*
		Bergen Legevakt	*	*			
		Kysthospitalet i Hagevik	*	*	*	*	*
		Habiliteringstjenesten for voksne funksjonshemmede		*			
		Nordåstunet	*	*		*	*
		Voss sjukehus	*	*	*	*	*
	Helse Førde HF	Førde sentralsjukehus	*	*	*	*	*
		Førde sentralsjukehus, Florø	*	*	*	*	*
		Lærdal sjukehus	*	*	*	*	*
Nordfjord sjukehus		*	*	*	*	*	

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6
Helse Vest RHF	Helse Vest RHF	Haugesund sanfor revm.sh.	*	*	*	*	*
		Diakonissehj sh Haraldsplass	*	*	*	*	*
		Betanien hospitalet (Hordaland)	*	*			
		Sjømennenes helseheim rehabilitering, Bergen		*			
		Røde Kors Haugland Rehabilitering		*			
		Hagahaugen opptreningscenter		*			
		Ravneberghaugen opptreningscenter		*			
Helse Midt-Norge RHF	Helse Sunnmøre HF	Ålesund sjukehus	*	*	*	*	*
		Volda sjukehus	*	*	*	*	*
		Mørk rehabiliteringssenter	*	*		*	*
		Nevrohjemmet rehab.senter	*	*		*	*
	Helse Nordmøre og Romsdal HF	Sjukehuset i Molde	*	*	*	*	*
		Sjukehuset i Molde, dialyse Fræna	*	*	*	*	
		Sjukehuset i Molde, voksenrehab Vestnes	*	*	*	*	
		Sjukehuset i Kristiansund	*	*	*	*	*
		Sjukehuset i Kristiansund, barnerehabtjenesten		*	*	*	
		Aure opptreningscenter		*			
Orkdal sanitetsforenings sjukehus	Orkdal sanitetsforenings sjukehus	Orkdal sanfor sjukehus	*	*	*	*	*
		Oppdal helsesenter, syke-og fødehem	*	*			*

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6
Helse Midt-Norge RHF	St Olavs hospital HF	St.Olavs hospital	*	*	*	*	*
		St.Olavs hosp, Hjerteklinikken St. Elisabeth	*	*	*	*	*
		St.Olavs hospital, Røros	*	*	*	*	*
		St.Olavs hospital, Munkvoll rehab senter	*	*	*	*	*
		Betania Malvik som. rehab.senter		*			
		Trondsletten habiliteringssenter		*			
		Ørland helsesenter,sjuka,- og fødeheim	*	*			
	Helse Nord Trøndelag HF	Sykehuset Levanger	*	*	*	*	*
		Sykehuset Namsos	*	*	*	*	*
		Andre institusjoner med avtale	Muritunet AS		*		
	Røros rehabiliteringssenter as			*			
	Bjørnang opptreningscenter as			*			
	Selli Rehabilitering og Opptreningscenter as			*			
			Meråker sanitetsforenings kurbad		*		
Helse Nord RHF	Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset Sandnessjøen	*	*	*	*	*
		Helgelandssykehuset Sandnessjøen Sømna rehabilitering	*	*	*	*	
		Helgelandssykehuset Mosjøen	*	*	*	*	*
		Helgelandssykehuset Mo i Rana	*	*	*	*	*
		Brønnøysund fødestue	*	*			

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6	
Helse Nord RHF	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset Sentrum	*	*	*	*	*	
		Ortopedienheten Vensmoen	*	*	*	*	*	
		Leiranger og Nordfold sykestue	*	*				
		Lofoten sykehus	*	*	*	*	*	
	Hålogalandssykehuset HF	Narvik sykehus	*	*	*	*	*	
		Stokmarknes sykehus	*	*	*	*	*	
		Lødingen rehabiliteringssenter	*	*				
		Harstad sykehus	*	*	*	*	*	
		Andenes helsesenter	*					
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Universitetssh i Nord-Norge	*	*	*	*	*	
		Mellomveien bo- og rehab.senter	*	*	*	*		
		Longyearbyen sykehus		*				
		Fødestua i Midt-Troms	*					
		Områdegeriatrisk enhet, Lenvik helsesenter						
	Helse Finnmark HF		Sykestua og fødeavdeling i Nordreisa	*				
			Hammerfest sykehus	*	*	*	*	*
			Habiliteringstjenesten for barn		*	*	*	
			Hammerfest sykehus, Alta	*	*	*	*	
			Kirkenes sykehus	*	*	*	*	*
			Nordkapp helsesenter	*	*			
Alta helsesenter	*	*						

Region	Foretak	Institusjon	Pasientdata Kap. 3, 8, 11, 12,13,14	Finansiering og utgifter Kapittel 10	Senger Kapittel 4, 9	Personell Kapittel 4, 9	Prod. og effektivitet Kapittel 5, 6
	Andre institusjoner med avtale	Opptreningssenteret i Finnmark as		*			
		Opptreningssenteret i Salangen		*			
		Valnesfjord helsesportsenter			*		
		Rehabiliteringssenteret Nord Norges Kurbad AS			*		
		Nordtun Helse Rehab			*		
		Skibotsenteret as			*		
Private inst.	Private ideelle utenfor RHF	Feiringklinikken	*	*	*	*	*
		Glittreklinikken	*	*	*	*	*
	Kommersielle sykehus	Volvat medisinske senter	*	*	*	*	*
		Medi 3	*	*	*	*	
		Omnia sykehuset	*	*	*	*	*
		Axess sykehus og spes.kl	*	*	*	*	*
		Spesialistklinikken Drammen private sykehus AS	*	*	*	*	*
		Ringvollklinikken (Hobøl)	*	*	*	*	
		Colosseumklinikken-Oslo	*	*	*	*	
		Stokkanklinikken Trondheim	*	*	*	*	
Mjøskirurgene							

Vedlegg 2 Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Datagrunnlag for pasientdata og analyser av "sørge-for"-ansvaret

Tabell v2.1 Datagrunnlaget for analyser av bruk av somatiske spesialisthelsetjenester for 2003 i antall opphold. Forskjeller mellom datagrunnlag publisert av SAMDATA Somatikk, Norsk pasientregister og SSB.

2003	Døgnopphold	Dagbehandling innlagte	Dagbehandling poliklinikk	Polikliniske konsultasjoner
Antall opphold brukt av befolkningen i Helse Øst	270 341	66 185	74 982	1 110 268
Antall opphold brukt av befolkningen i Helse Sør	161 434	57 940	43 748	595 389
Antall opphold brukt av befolkningen i Helse Vest	151 568	30 375	42 702	607 393
Antall opphold brukt av befolkningen i Helse Midt-Norge	110 327	25 282	31 336	519 652
Antall opphold brukt av befolkningen i Helse Nord	86 556	26 141	21 273	396 988
+ Uregistrert bosted/utlendinger	3 303	253	117	6 844
= Datagrunnlag SSB	783 529	206 176	214 158	3 236 534
+ Mork rehab.senter, Nevrohjemmet, Rehab.tj. Rogaland, dagkir Hallingdal	2 646	1 122	117	1 105
+ Friske nyfødte (DRG391)	41 158	22	0	0
= Tallgrunnlag NPR	827 333	207 320	214 275	3 237 639
+ Fødestuer	1 543			3 106
= Tallgrunnlag SAMDATA Somatikk 2003 Alle typer opphold	828 876	207 320	214 275	3 240 745

I likhet med tidligere år beskrives den samlede aktiviteten ved offentlige somatiske sykehus i Norge. Den samlede aktiviteten omfatter heldøgnsopphold, dagbehandling (for innlagte og på poliklinikk) samt andre polikliniske konsultasjoner. I 2002 og 2003 har vi inkludert opphold fra fødestuer (Ørland fødestue, Valdres fødestogo, Steigen fødestue, Andenes fødestue, Brønnøy fødestue, Nordkapp helsesenter, Hallingdal sjukestugu, Alta helsesenter, Helse-senteret Sonjatun, Fødestua i Midt-Troms og Tinn fødestue) og rehabiliteringsinstitusjoner

(Mork rehabiliteringssenter, Rehabiliteringstjenesten i Rogaland og Nevrohjemmet rehabiliteringssenter). Dette er også inkludert i tallmaterialet for 2002.

I 2003 er også Nordåstunet er inkludert i data fra Haukeland (avdelingsnummer 5211) og både dagkirurgi og fødsler utført på Hallingdal sjukestue er inkludert i data. Friske nyfødte (DRG 391) også er inkludert

Inntil 2002 har friske nyfødte barn ikke blitt registrert i pasientdata fordi dette kunne sees som en dobbelt-telling i.o.m. at den fødende ble registrert. Etter innføringen av ISF var det imidlertid en sterk økning i DRG 390 (nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem). Dette var i stor grad en ren registreringsendring ettersom det ikke kunne hevdes å være flere nyfødte med behov for medisinsk behandling enn tidligere. Fra 2002 ble derfor også friske nyfødte inkludert i DRG-systemet, og er dermed inkludert i pasientdata for både 2002 og 2003.

I 1998 ble Halden sykehus, Østfold sentralsykehus, Moss sykehus og Indre Østfold sykehus fusjonert til Sykehuset Østfold. Pasientdata i perioden 1999 til 2002 har derfor behandlet disse sykehusene som et sykehus, og overføringer mellom disse fire sykehusene ble aggregert sammen til ett sykehusopphold. I Vestfold ble Horten sykehus fusjonert med Vestfold SSH i 1998, og sykehusene i Sandefjord og Larvik fusjonerte med Vestfold SSH i 2000. Fra 2000 er Sykehuset Vestfold derfor beskrevet som ett sykehus i SAMDATA.

Tabell v2.2 Samlet antall opphold for Østfold og Vestfold HF 2002 avhengig av aggregering av opphold som 4 eller 1 institusjon.

Samlet antall opphold (dag og døgn) 2002	Gruppert som 4 inst.	Gruppert som 1 inst.	Differanse
	Totalt	Totalt	Totalt
Sykeh. Østfold, Askim			
Sykeh. Østfold, Halden	2 560		
Sykeh. Østfold, Moss	10 206		
Sykeh. Østfold, Fr.stad	40 779		
Totalt Østfold	55 965	54 426	1 539
Sykeh. i Vestfold, Larvik	7 778		
Sykeh. i Vestfold, Horten	33		
Sykeh. i Vestfold, Sandefj.	3 399		
Sykeh. Vestfold, Tønsberg	33 880		
Totalt Vestfold	45 090	42 387	2 703

Etter eierskapsreformen ble Sykehuset Østfold og Sykehuset Vestfold helseforetak med fire (5)⁴⁵ underenheter på samme måte som f.eks. Helse Blefjell HF har tre underenheter (Kongsberg-, Notodden- og Rjukan sykehus). For Helse Blefjell og de fleste andre helseforetak aggregeres ikke overføringer mellom underenhetene til et felles sykehusopphold, men telles som to eller flere sykehusopphold når pasientene overføres mellom disse enhetene. For å gjøre data mest mulig sammenlignbar finner vi det derfor ikke lenger naturlig å aggregere overføringer mellom enhetene i Østfold og Vestfold. For 2002 betyr dette at Sykehuset Østfold Hf og Sykehuset Vestfold Hf beskrives med henholdsvis 1539 og 2703 flere opphold enn i fjorårets SAMDATA-rapport. Tabell v2.2 viser forskjellene i antall registrerte opphold for Vestfold og Østfold i 2002.

⁴⁵ Sarpsborg sykehus ble fusjonert med Østfold SSH (fredrikstad) i 1991.

Det kan forøvrig også bemerkes at sykehusene i Østfold og Vestfold i alle år har vært registrert som fire enheter i ISF fordi de beregningene som lå til grunn for avtalen som ble laget ved innføringen av ISF hadde tatt utgangspunkt i fire enheter for hvert av disse fylkene.

P.g.a. ønsket om sammenlignbarhet er data fra tidligere år også endret og definert på tilsvarende måte. I flere av kapitlene i denne SAMDATA Somatikk-rapporten refereres det tall fra perioden 1999 til 2003. Når sykehusene Østfold og Vestfold inngår i disse tallene, er det dermed tatt utgangspunkt i antall opphold for Østfold og Vestfold aggregert til 4 institusjoner.

Andre endringer i pasientdata for 2003 knytter seg til at følgende nye institusjoner er inkludert i datamaterialet:

- Klinikk Stokkan Trondheim
- Colosseum-klinikken i Oslo

I tillegg har Spesial-Helsesenteret MosseAkutten og Mjøs-Kirurgene også fått offentlig godkjenning for 2003. MosseAkutten hadde imidlertid ikke startet opp og datakvaliteten på data fra Mjøs-kirurgene var så dårlig at NPR har valgt å ikke inkludere disse dataene.

SAMDATA versus ISF – Hvorfor er det ulike aktivitetstall?

Det er i dag flere publiseringskanaler for aktivitetstall ved de somatiske sykehusene. SSB, SAMDATA og NPR publiserer alle tall for samlet aktivitet ved sykehusene. I tillegg benytter også SINTEF Helse Pasientklassifisering og Finansiering (PaFi) pasientdata som grunnlag for beregning av ISF-refusjoner, og det kommer stadig oftere spørsmål fra sykehusene om årsaken til at aktivitetstallene i SAMDATA Somatikk avviker fra aktivitetstallene som ligger til grunn for ISF-refusjonene. Vi vil derfor i dette avsnittet redegjøre for de forskjellene som eksisterer for aktivitetsdata for 2003.

Det er flere faktorer som forklarer disse forskjellene:

- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som er inkludert i ISF-ordningen, men som ikke inkluderes i datagrunnlaget for kapittel 5 og 6 (Produktivitet og effektivitet) i SAMDATA Somatikk. Alle enheter som inngår i ISF inngår imidlertid også i datagrunnlaget for kapittel 8 (Bruk av sykehus).
- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som inkluderes i datagrunnlaget for SAMDATA Somatikk, men ikke i ISF-ordningen.
- Noen opphold håndteres ulikt i SAMDATA Somatikk og ISF-ordningen.
 - Pasienter som behandles ved sykehus i utlandet er ikke med i SAMDATA Somatikk, men er inkludert i ISF-ordningen.
 - Opphold med manglende kommunenummer, deriblant utenlandske pasienter, er ikke med i ISF-ordningen, men er inkludert i datagrunnlaget for SAMDATA Somatikk.

Siden deler av datagrunnlaget tas ut før avdelingsoppholdene aggregeres til sykehusopphold og andre deler tas ut etter aggregering, vil det ikke være mulig på kort sikt å gi en tallmessig beskrivelse av de forskjellene som er presentert ovenfor.

Oppholdstyper og omsorgsnivå

SAMDATA Somatikk 2003 beskriver tre nivå av gjensidig utelukkende typer opphold:

1. Heldøgnsopphold: Avsluttede opphold hvor overnatting finner sted på sykehuset eller hvor overnatting er planlagt ved innleggelse (opphold ved heldøgnsavdeling).

2. Dagbehandling: Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagopphold (dagbehandling, innlagte). I SAMDATA Somatikk 2003 er begrepet dagbehandling benyttet som summen av:
- Dagbehandling, innlagte (dagopphold): Planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager. Avsluttede behandlingsopphold med 0 liggedager.
 - Dagbehandling, poliklinikk: Polikliniske konsultasjoner for dagbehandling (dagmedisin og dagkirurgi) med refusjon gjennom ISF. De er skilt ut fra det totale antallet polikliniske konsultasjoner.
3. Andre polikliniske konsultasjoner: Betegner antallet polikliniske konsultasjoner som ikke utløser refusjon fra ISF (kontroller, undersøkelser, enklere behandlinger), men er finansiert gjennom Rikstrygdeverket. Som poliklinisk konsultasjon regnes bare konsultasjoner der pasienten ikke overnatter ved sykehuset, og der det er utløst en gyldig takst.

De definisjonene som er benyttet i SAMDATA Somatikk 2003 varierer noe fra de definisjonene som er brukt i den administrative definisjonskatalogen for somatiske sykehus. I denne katalogen benyttes begrepet dagopphold for å benevne det som her er kalt dagbehandling innlagte.

Denne inndelingen kan illustreres på følgende måte:

Omsorgsnivå		Behandlingsnivå		SAMDATA Somatikk 2003
INNLEGGELSE	→	Heldøgnsopphold	→	Heldøgnsopphold
	→	Dagbehandling innlagte	→	Dagbehandling
POLIKLINIKK	→	Dagbehandling v/polikl.	→	
	→	Andre polikliniske konsultasjoner	→	Andre polikliniske konsultasjoner

Figur v 1.1 Definisjon av oppholdstyper i SAMDATA Somatikk 2003.

Heldøgnsopphold som analyseenhet

I Norge, så vel som de fleste andre land, er det vanlig å benytte avdelingsopphold som registreringsenhet. Dette har sammenheng med at pasientens medisinske data er knyttet til oppholdet ved avdelingen som et selvstendig, avsluttet behandlingsopplegg. En innlagt pasient kan ha flere avdelingsopphold. Pasienter som blir overflyttet for eksempel fra kirurgisk til medisinsk avdeling før utskrivning fra sykehuset, vil bli registrert som to avdelingsopphold med hver sine medisinske data (men som ett heldøgnsopphold). Til hvert avdelingsopphold vil det (vanligvis) være knyttet en hoveddiagnosekode, mens operasjonskode(r) bare skal være knyttet til det avdelingsopphold der operasjonsseansen ble utført.

Spesialisering ved sykehusene finner sted gjennom oppdeling og seksjonering av avdelinger. Ved økt vekt på mindre enheter som økonomisk ansvarlige og som resultatenheter kan det ofte være hensiktsmessig å registrere pasientopphold på hver av disse enhetene. Vi kan spore en utvikling der stadig flere pasienter vil få flere avdelingsopphold ut fra en planlagt pasientflyt mellom sykehusenes avdelinger eller seksjoner.

Konsekvensene av en slik utvikling er at sykehusenes enheter får bedre data til å vurdere sin aktivitet, men at avdelingsopphold blir mindre egnet til sammenligninger mellom sykehus og geografiske områder. Fra og med statistikkåret 1992 har vi derfor benyttet avsluttede sykehusopphold (utskrivninger) som analyseenhet. Hvert opphold knyttes til den avdeling hvor pasienten har den tyngste kostnadsvekten ut fra DRG-systemet (jmfør vedlegg 5 om DRG-systemet). I de tilfeller der kostnadsvektene er like, eller det mangler DRG-opplysninger, legges innleggelsen til den avdelingen som har lengst liggetid. Dette kan ved analyser på

avdelingsnivå medføre en underestimering av antallet pasienter behandlet hvis man benytter sykehusopphold som datagrunnlag.

Pasient som analyseenhet

Analyseenhet pasient betyr her samme person ved samme sykehus og ved samme behandlingsnivå. Enheten beregnes ut fra pasientnummeret som følger hver utskrivning eller konsultasjon. Pasientnummeret følger pasienten ved hver innleggelse eller polikliniske konsultasjon ved sykehuset. Anonymiseringen er imidlertid forskjellig sykehusene imellom. Dermed vil samme person kunne få et annet nummer ved eventuell innleggelse eller poliklinisk konsultasjon ved et annet sykehus. Også ved behandling på ulike nivå ved samme sykehus kan det av og til være ulike nummer knyttet til samme person. Årsaken er ulike datasystem ved de to behandlingsnivåene. I hvilken grad pasienter i ulike sykehusområder bruker flere sykehus, vil bli bedre kartlagt dersom pasientstrømanalyser på for eksempel helseregionnivå blir gjennomført. SINTEF Helse har gjennomført en slik analyse for Helseregion Midt-Norge. I denne analysen er en og samme person fulgt både mellom omsorgsnivå og mellom sykehus innad i regionen. Resultatene indikerer at en liten andel av pasientene overføres mellom sykehus (Forsmo og Kindseth, 1997). Ved bruk av pasient som analyseenhet vil vi få et bedre estimat for antall pasienter som får behandling ved sykehus og sannsynligheten for sykehusinnleggelse eller poliklinisk behandling avhengig av bosted.

Medisinske og kirurgiske dagopphold

Dagopphold inkluderer dagbehandling for innlagte og dagbehandling ved poliklinikk for både medisinske og kirurgiske DRG-er.

Uttak fra tallgrunnlaget

I tabelldelene sammenlignes regioner og foretaksområder. Det er et mål at tallene vi presenterer skal være mest mulig sammenlignbare. Med bakgrunn i dette tas noen registrerte avdelingsopphold ut fra datamaterialet. Dette er:

- opphold ved psykiatriske avdelinger
- ledsagere
- pasienter som er døde ved ankomst

Datakvaliteten vil avhenge av både kompletthet (lav andel med manglende data) og graden av pålitelighet (riktig registrering) for de enkelte variable. For de administrative variablene (kjønn, alder, bosted, liggedøgn) er registreringene for sykehus med elektronisk databehandling svært god og skal være 100 prosent pålitelig for heldøgnsoppholdene og dagbehandlingene. I 2003 var det 33 opphold registrert i DRG 469 (ubrukbar som utskrivningsdiagnose) og det var bare 72 opphold med DRG 470 (ikke grupperbar på grunn av manglende opplysninger). Dette utgjorde 0,007 prosent av datamaterialet.

Polikliniske konsultasjoner

Ved innhenting av data fra sykehusene blir det også innhentet informasjon om forhold ved det enkelte sykehus som kan ha konsekvenser for registreringspraksis og datakvalitet. Datakontrollen ved inntak består av gyldighetskontroll, og kontroll av svingninger i konsultasjonsfrekvenser over året på institusjons- og avdelingsnivå. Denne kontrollen er i 2003 gjennomført av NPR. Der slike kontroller avdekker feil eller mangler blir det tatt ny kontakt med sykehusene. Der data mangler for hele eller deler av året for en eller flere poliklinikker blir data for vedkommende institusjon vraket, med mindre slike variasjoner skyldes nedleggelse av virksomhet eller oppstart av ny aktivitet.

Videre blir serviceavdelinger – røntgen og laboratorier, samt private og psykiatriske poliklinikker tatt ut. Frem til og med 1997 er disse avdelingene tatt ut på bakgrunn av registrert poliklinikkode. Innføringen av NPR-recorden medførte at feltet for poliklinikkode ble fjernet. I 2003 er de ovennevnte avdelingene tatt ut på avdelingskode når sykehuset selv har dokumentert innholdet på avdelingene. Konsultasjoner på nevnte avdelinger (røntgen og laboratorier) inkluderes hvis det er registrert minimum en gyldig takst i henhold til Rikstrygdeverkets takster for offentlige poliklinikker (undersøkelses- eller tilleggstakst). Kontakter via brev, telefon eller interne konsultasjoner regnes ikke som poliklinisk konsultasjon. Det var i den gamle NIS-recorden egne verdier i feltet konsultasjonstype som indikerte brev- og telefonkontakter. Disse verdiene ble fjernet med innføringen av NPR-recorden. Sykehusene har derimot startet registrering av disse pasientene med en egen verdi på samme felt. Etter vurdering av innholdet og volumet av konsultasjoner med denne verdien, sammenligning med 1997 og dokumentasjon fra sykehusene ble det valgt å ta ut kontakter med denne verdien.

Deretter kontrolleres det at den enkelte konsultasjon inneholder minimum en gyldig takst i henhold til Rikstrygdeverkets takster for offentlige poliklinikker. Konsultasjoner som ikke inneholder en gyldig takstkode ekskluderes. Registreringspraksis varierer institusjonene imellom, og ved mange av sykehusene registreres for lokale formål også virksomhet ved poliklinikkene som ikke utløser honorartakster fra Rikstrygdeverket (RTV). Det kan f.eks. dreie seg om sårskift eller andre tjenester som ikke utføres av leger. Dette er ikke inkludert i vårt materiale.

Definisjoner

Avdelingsopphold:

Dataenhet for innlagte pasienter utskrevet fra avdeling i 2003 (men pasienten kan være innskrevet før 2003). Et *heldøgnsopphold* kan bestå av ett eller flere påfølgende avdelingsopphold.

Bostedsområde:

En gruppe kommuner som utgjør et naturlig større geografisk område. Et bostedsområde er enten hele eller del av foretakets "sørge for" område (opptaksområde).

Dagbehandling/dagopphold:

Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagopphold (dagbehandling, innlagte). I SAMDATA Somatikk 2003 er begrepet dagbehandling benyttet som summen av:

- a) *Dagbehandling, innlagte*: Planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager.
- b) *Dagbehandling, poliklinikk*: Polikliniske konsultasjoner for dagbehandling (dagmedisin og dagkirurgi) med refusjon gjennom Innsatsstyrt finansiering (ISF). Disse behandlingene er skilt ut fra det totale antallet polikliniske konsultasjoner.

Foretaksområde:

Det geografiske området (kommuner) hvor helseforetaket har "sørge for" ansvaret.

Heldøgnsopphold:

Heldøgnsopphold vil i vår sammenheng være definert som *opphold ved heldøgnsavdeling*. Inklusive opphold der utskrivningsdato er lik innskrivningsdato (0 liggedøgn) dersom oppholdet er kodet med oppholdstype 01 "Heldøgnsopphold".

Dataenhet fra sykehusene er avdelings- eller postopphold, men dersom pasienten har to eller flere sammenhengende avdelings- eller postopphold før utskrivning fra sykehuset slås disse sammen til en heldøgnsinnleggelse. Liggetiden blir definert som utskrivningsdato minus innskrivningsdato. Dersom pasienten er registrert med ulike medisinske data for hvert av avdelings- eller postoppholdene blir pasienten først gruppert i ulike DRG-er. Heldøgnsoppholdet kategoriseres deretter i den DRG-en som hadde den mest kostnadskrevene behandlingen. Dersom det er lik kostnadsvekt eller manglende DRG ved avdelings- eller postoppholdene legges oppholdet til den avdelingen eller posten der pasienten hadde lengst liggetid.

Liggedager og liggetider:

Vi har valgt å benytte den liggetidsdefinisjonen som setter antall liggedager for den enkelte pasient lik *utskrivningsdato minus innskrivningsdato, dog minst 1*. Innskrivningsdato settes ikke tidligere enn 1. januar året før utskrivningstidspunktet. Opphold med 0 liggedøgn kodes om til 1 liggedager, og opphold med over 365 liggedager regnes om til 365 liggedøgn.

De sykehusopphold som er med i årets beregninger er de som er utskrevet fra sykehuset i 2003. Pasienter som er innskrevet i 2003, men ikke utskrevet ved årets slutt i 2003, inkluderes ikke i våre beregninger. Kun avdelingsopphold avsluttet i 2003 er dermed inkludert.

Gjennomsnittlig liggetid: Sum liggedager totalt for alle sykehusopphold dividert med antall sykehusopphold. Opphold hvor utskrivningsdato er lik innleggesdato kodes om til én liggedag og opphold med over 365 liggedager omkodes til 365 liggedager.

Reinnleggelser og fleropphold:

En *reinnleggelse* defineres som en ny innleggelse for *øyeblikkelig hjelp* innen 30 eller 60 dager etter tidligere utskrivning ved samme sykehus. Beregnes vanligvis bare for døgnopphold.

Et *fleropphold* kan være en del av en serie planlagte opphold, annet planlagt opphold for en pasient som tidligere har vært utskrevet fra samme sykehus samme kalenderår, eller være opphold for øyeblikkelig hjelp senere enn 60 dager etter utskrivning av opphold ved samme sykehus samme kalenderår. Fleropphold inkluderer også pasientenes første opphold (uavhengig av om dette er et planlagt opphold eller opphold for øyeblikkelig hjelp) dersom pasienten har flere opphold i løpet av året.

Totalt/samlet antall opphold:

Summen av heldøgnsopphold og dagbehandling (dagbehandling innlagt (dagopphold)) + dagbehandling på poliklinikk (dagbehandling på poliklinikk som utløser ISF-takst).

Bostedsområder og foretaksområder ved analyser av "sørge-for"-ansvaret

Fra og med SAMDATA Somatikk for 1995 ble benevnelsen "bostedsområde" innført som en erstatning for det tidligere brukte "lokalsykehusområde". Dette på bakgrunn av endringer i funksjonsfordelingen mellom sykehusene, noe som medfører at variasjoner i forbruksnivå i mindre grad kan forklares med aktiviteten ved lokalsykehuset. Fra 2002 har inndelingen i bostedsområder endret seg noe ved at noen av de større områdene har blitt stykket opp i mindre områder. I tillegg innfører vi begrepet "foretaksområde" som er et aggregat av flere bostedsområder, og som sammenfaller med foretakenes opptaksområder.

Oversikten i tabell v2.3 viser norske kommuner gruppert sammen i bostedsområder og foretaksområder. Tabellen gir også en oversikt over hvilke somatiske sykehus og helseforetak som befinner seg innenfor de enkelte områdene. Befolkningstall er angitt i parentes under hvert bostedsområde. Oversikten baseres på institusjoner som inngår i pasientdata fra institusjoner i spesialisthelsetjenesten for 2003. Øvrige institusjoner som inngår i pasientdata – men ikke har egne foretaksområder er vist i tabell v2.3.

Tabell v2.3 Øvrige institusjoner: Foretak uten egne foretaksområder

Region	Foretak	Institusjon/organisasjon
Helse Øst RHF	883971752 Sunnaas sykehus HF	Sunnaas sykehus Drøbak rehabiliteringssenter
	983658792 Helse Øst RHF	Lilleham sanfor revmatismesykehus Martina Hansen Hospital Diakonhjemmets sykehus Lovisenberg Diakonale sykehus
Helse Sør RHF	983975178 Det Norske radiumhospital HF	Det Norske Radiumhospital
	983975186 Rikshospitalet HF	Rikshospitalet Hjertesentret i Oslo Kysthospitalet ved Stavern Kongsgård sykehus Spesialistsykehuset for epilepsi Rikshospitalets barnenevrologiske seksjon Geilomo barnesykehus Voksentoppen
Helse Vest RHF	983658725 Helse Vest RHF	Haugesund Sanitetsforenings sykehus Diakonissehj sh Haraldsplass Betanien Hospitalet (Bergen)
Private inst.	999999991 Private ideelle utenfor RHF	Glittrelinikken Feiringlinikken
	999999992 Private kommersielle utenfor RHF	Medi 3 Volvat medisinske senter AS Acess sykehus og Spesialistklinikk AS Omnia sykehuset AS Spesialistklinikken Drammen private sykehus AS Ringvollklinikken (Hobøl) Colosseum-klinikken Oslo Stokkan-klinikken Trondheim

Tabell v2.4 Oversikt over bostedsområder og foretaksområder etter region og kommune 2003.

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Øst RHF	0101 Halden	Halden (28 901)	Østfold HF-område (256 668)	983971768 Sykehuset Østfold HF <ul style="list-style-type: none"> Sykehuset Østfold, Halden Sykehuset Østfold, Askim Sykehuset Østfold, Moss Sykehuset Østfold, Fredrikstad
	0118 Aremark			
	0105 Sarpsborg	Sarpsborg (56 655)		
	0128 Rakkestad			
	0106 Fredrikstad	Fredrikstad (73 561)		
	0111 Hvaler			
	0104 Moss	Moss (51 868)		
	0135 Råde			
	0136 Rygge			
	0137 Våler	Indre Østfold (45 683)		
	0119 Marker			
	0121 Rømskog			
	0122 Trøgstad			
	0123 Spydeberg			
	0124 Askim			
	0125 Eidsberg			
	0127 Skiptvet	Bærum (153 964)	Asker og Bærum HF-område (153 964)	983971687 Asker og Bærum sykehus HF <ul style="list-style-type: none"> Bærum sykehus
	0138 Hobøl			
	0219 Bærum	Lørenskog-Lillestrøm (35 452)	Akershus HF-område (219 106)	983971636 Akershus universitetssykehus HF <ul style="list-style-type: none"> Akershus Universitetssykehus Lillestrøm sykehus Stensby sykehus
	0220 Asker			
	0221 Aurskog-Høland	Nedre Romerike (110 979)		
	0226 Sørums			
	0227 Fet	Øvre Romerike (72 675)		
	0228 Rælingen			
	0230 Lørenskog			
	0231 Skedsmo			
	0233 Nittedal			
	0234 Gjerdrum			
	0235 Ullensaker			
	0236 Nes			
	0237 Eidsvoll			
	0238 Nannestad			
	0239 Hurdal	Ski-Drøbak (39 422)		
0211 Vestby				
0213 Ski	Follo (76 126)			
0214 Ås				
0215 Frogn				
0216 Nesodden				
0217 Oppegård				
0229 Enebakk	Oslo (521 886)			
0301 Oslo				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner	
Helse Øst RHF	0402 Kongsvinger	Kongsvinger (49 700)	Innlandet HF- område (372 016)	983971709 Sykehuset Innlandet HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oppland sentral sykehus, Lillehammer ▪ Oppland sentral sykehus, Gjøvik ▪ Sentralsjukehuset i Hedmark ▪ Sentralsjukehuset i Hedmark, Hamar ▪ Kongsvinger sjukehus ▪ Tynset sjukehus ▪ Granheim lungesenter ▪ Valdres fødestogo ▪ Lom helseheim fødestuen ▪ Solås rehabiliteringssenter ▪ Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen 	
	0418 Nord-Odal				
	0419 Sør-Odal				
	0420 Eidskog				
	0423 Grue				
	0425 Åsnes				
	0403 Hamar	Hamar (84 547)			
	0412 Ringsaker				
	0415 Løten				
	0417 Stange				
	0426 Våler	Elverum (35 594)			
	0427 Elverum				
	0428 Trysil				
	0429 Åmot				
	0434 Engerdal				
	0430 Stor-Elvdal	Nordre Hedmark (18 485)			
	0432 Rendalen				
	0436 Tolga				
	0437 Tynset				
	0438 Alvdal				
	0439 Tolldal				
	0441 Os	Lillehammer (36 126)			
	0501 Lillehammer				
	0521 Øyer				
	0522 Gausdal				
	0511 Dovre				Vinstra/Otta (33 698)
	0512 Lesja				
	0513 Skjåk				
	0514 Lom				
	0515 Vågå				
0516 Nord-Fron					
0517 Sel					
0519 Sør-Fron					
0520 Ringebu					
0502 Gjøvik	Gjøvik/Brandbu (82 672)				
0528 Østre Toten					
0529 Vestre Toten					
0532 Jevnaker					
0533 Lunner					
0534 Gran					

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Øst RHF	0536 Søndre Land	Dokka/Fagernes (31 194)	Forts. Innlandet HF- område	Forts. Sykehuset Innlandet HF <ul style="list-style-type: none"> Oppland sentral sykehus Sentralsjukehuset i Hedmark Kongsvinger sjukehus Tynset sjukehus Granheim lungesenter Valdres fødestogo Lom helseheim fødestuen Solås rehabiliteringssenter Barnehab. Sangenhagen
	0538 Nordre Land			
	0540 Sør-Aurdal			
	0541 Etnedal			
	0542 Nord-Aurdal			
	0543 Vestre Slidre			
	0544 Øystre Slidre			
0545 Vang				
Helse Sør RHF	0605 Ringerike	Ringerike (33 259)	Ringerike HF-område (55 417)	983975348 Ringerike sykehus HF <ul style="list-style-type: none"> Ringerike sykehus Hallingdal sjukestugu
	0612 Hole			
	0615 Flå	Ål (22 158)		
	0616 Nes			
	0617 Gol			
	0618 Hemsedal			
	0619 Ål			
	0620 Hol			
	0622 Krødsherad			
	0602 Drammen	Drammen (90 659)	Buskerud HF- område (138 116)	883975332 Sykehuset Buskerud HF <ul style="list-style-type: none"> Sykehuset Buskerud
	0623 Modum			
	0625 Nedre Eiker			
	0626 Lier	Hurum (47 457)		
	0627 Røyken			
	0628 Hurum			
	0604 Kongsberg	Kongsberg (48 798)	Blefjell HF-område (97 045)	883975162 Helse Blefjell HF <ul style="list-style-type: none"> Kongsberg sykehus Notodden sykehus Rjukan sykehus Tinn fødestue
	0621 Sigdal			
	0624 Øvre Eiker			
	0631 Flesberg			
	0632 Rollag			
	0633 Nore og Ulvdal			
	0807 Notodden	Notodden (35 606)		
	0819 Nome			
	0821 Bø			
	0822 Sauherad			
	0827 Hjartdal			
	0828 Seljord			
0829 Kviteseid				
0826 Tinn	Rjukan (12 641)			
0833 Tokke				
0834 Vinje				
0701 Borre	Horten (38 707)	Vestfold HF-område (219 480)	983975259 Sykehuset i Vestfold HF	
0711 Svelvik				
0713 Sande				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Sør RHF	0702 Holmestrand	Tønsberg (96 405)	Forts. Vestfold HF-område	Forts. 983975259 Sykehuset i Vestfold HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sykehuset i Vestfold, Horten ▪ Sykehuset i Vestfold, Larvik ▪ Sykehuset i Vestfold, Sandefjord ▪ Sykehuset i Vestfold
	0704 Tønsberg			
	0714 Hof			
	0716 Re			
	0719 Andebu			
	0720 Stokke			
	0722 Nøtterøy			
	0723 Tjøme			
	0706 Sandefjord	Sandefj (40 992)		
	0709 Larvik	Larvik (43 376)		
	0728 Lardal			
	0805 Porsgrunn	Porsgrunn (117 877)	Telemark HF – område (117 877)	983975267 Sykehuset Telemark HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sykehuset Telemark ▪ Sykehuset Telemark, Betanien ▪ Kragerø sykehus
	0806 Skien			
	0811 Siljan			
	0814 Bamble			
	0815 Kragerø			
	0817 Drangedal			
	0830 Nissedal			
	0831 Fyresdal			
	0901 Risør	Aust-Agder (95 305)	Sørlandet HF-område (263 501)	983975240 Sørlandet sykehus HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sørlandet sh Kristiansand, avd Mandal ▪ Sørlandet sykehus, Flekkefjord/Farsund ▪ Sørlandet sykehus Arendal ▪ Sørlandet sh Kristiansand
	0904 Grimstad			
	0906 Arendal			
	0911 Gjerstad			
	0912 Vegårdhei			
	0914 Tvedestrand			
	0919 Froland			
	0926 Lillesand			
	0928 Birkenes			
	0929 Åmli			
	0935 Iveland	Setesdalen (8 069)		
	0937 Evje og Hornnes			
	0938 Bygland			
0940 Valle				
0941 Bykle	Vest-Agder øst (125 567)			
1001 Kristiansand				
1002 Mandal				
1014 Vennesla				
1017 Sogndalen				
1018 Søgne				
1021 Marnardal				
1026 Åseral				
1027 Audnedal				
1029 Lindesnes				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Sør RHF	1003 Farsund	Vest-Agder vest (34 560)	Forts. Sørlandet HF- område	Forts. Sørlandet sh HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sørlandet sh Kristiansand, avd Mandal ▪ Sørlandet sykehus, Flekkefjord/Farsund ▪ Sørlandet sykehus Arendal ▪ Sørlandet sh Kristiansand
	1004 Flekkefjord			
	1032 Lyngdal			
	1034 Hægebostad			
	1037 Kvinesdal			
	1046 Sirdal			
Helse Vest RHF	1102 Sandnes	Stavanger (234 147)	Stavanger HF- område (293 056)	983974678 Helse Stavanger HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentralsjukehuset i Rogaland ▪ Rehabiliteringstj Stavanger
	1103 Stavanger			
	1111 Sokndal			
	1112 Lund			
	1122 Gjesdal			
	1124 Sola			
	1127 Randaberg			
	1129 Forsand			
	1130 Strand			
	1133 Hjelmeland			
	1141 Finnøy			
	1142 Rennesøy			
	1144 Kvitsøy			
	1101 Eigersund	Jæren-Eigersund (58 909)		
	1114 Bjerkreim			
	1119 Hå			
	1120 Klepp			
	1121 Time			
	1106 Haugesund	Haugesund (95 622)	Fonna HF-område (163 466)	983974694 Helse Fonna HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Haugesund sjukehus ▪ Stord sjukehus ▪ Odda sjukehus
	1145 Bokn			
	1146 Tysvær			
	1149 Karmøy			
	1151 Utsira			
	1154 Vindafjord			
	1159 Ølen			
	1211 Etne			
1216 Sveio				
1134 Suldal	Sauda (8 773)			
1135 Sauda				
1219 Bømlo	Stord (46 101)			
1221 Stord				
1222 Fitjar				
1223 Tysnes				
1224 Kvinnherad				
1227 Jondal	Odda (12 970)			
1228 Odda				
1231 Ullensvang				
1232 Eidfjord				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner		
Helse Vest RHF	1201 Bergen	Bergen (320 262)	Haukeland HF- område (377 385)	983974724 Helse Bergen HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Haukeland sykehus ▪ Kysthospitalet i Hagevik ▪ Nordåstunet ▪ Voss sjukehus 		
	1241 Fusa					
	1242 Samnanger					
	1243 Os					
	1244 Austevoll					
	1245 Sund					
	1246 Fjell					
	1247 Askøy					
	1253 Osterøy					
	1259 Øygarden					
	1256 Meland	Nord-Hordaland (28 228)				
	1260 Radøy					
	1263 Lindås					
	1264 Austrheim					
	1265 Fedje					
	1266 Masfjorden					
	1233 Ulvik	Voss (28 895)				
	1234 Granvin					
	1235 Voss					
	1238 Kvam					
	1251 Vaksdal					
	1252 Modalen					
	1419 Leikanger	Indre Sogn (23 421)			Førde HF-område (107 222)	983974732 Helse Førde HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Førde sentralsjukehus ▪ Førde sentralsjukehus, Florø ▪ Lærdal sjukehus ▪ Nordfjord sjukehus
	1420 Sogndal					
	1421 Aurland					
	1422 Lærdal					
	1424 Årdal					
	1426 Luster					
	1401 Flora	Førde-Florø (60 626)				
	1411 Gulen					
	1412 Solund					
	1413 Hyllestad					
	1416 Høyanger					
1417 Vik						
1418 Balestrand						
1428 Askvoll						
1429 Fjaler						
1430 Gaular						
1431 Jølster						
1432 Førde						
1433 Naustdal						
1438 Bremanger						
1445 Gloppen						

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Vest RHF	1439 Vågsøy	Nordfjord (23 175)	Forts. Førde HF-område	Forts. Helse Førde HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Førde sentralsjukehus ▪ Førde sentralsjukehus, Florø ▪ Lærdal sjukehus ▪ Nordfjord sjukehus
	1441 Selje			
	1443 Eid			
	1444 Hornindal			
	1449 Stryn			
Helse Midt-Norge RHF	1511 Vanylven	Volda (40 119)	Sunnmøre HF-område (128 060)	983974759 Helse Sunnmøre HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ålesund sjukehus ▪ Volda sjukehus ▪ Nevrohjemmet rehabiliteringssenter ▪ Mork rehabiliteringssenter
	1514 Sande			
	1515 Herøy			
	1516 Ulstein			
	1519 Volda			
	1520 Ørsta			
	1504 Ålesund	Ålesund (87 941)		
	1517 Hareid			
	1523 Ørskog			
	1524 Norddal			
	1525 Stranda			
	1526 Stordal			
	1528 Sykkylven			
	1529 Skodje			
	1531 Sula			
	1532 Giske			
	1534 Haram			
	1502 Molde			
	1535 Vestnes			
	1539 Rauma			
	1543 Nesset			
	1545 Midsund			
	1546 Sandøy			
	1547 Aukra			
	1548 Fræna			
	1551 Eide			
	1557 Gjemnes			
	1563 Sunndal			
	1503 Kristiansund	Kristiansund (27 851)		
	1554 Averøy			
	1556 Frei			
	1560 Tingvoll	Nordre Nordmøre (16 967)		
	1566 Surnadal			
1569 Aure				
1571 Halså				
1572 Tustna				
1573 Smøla				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Midt- Norge RHF	1567 Rindal	Orkdal (22 502)	Orkdal HF-område (51 326)	983974856 Orkdal sanitetsforenings sjukehus ▪ Orkdal sanitetsforenings sjukehus
	1636 Meldal			
	1638 Orkdal			
	1657 Skaun			
	1612 Hemne	Kystregionen (19 714)		
	1613 Snillfjord			
	1617 Hitra			
	1620 Frøya			
	1622 Agdenes			
	1630 Åfjord			
	1632 Roan			
	1634 Oppdal	Oppdal-Rennebu (9 110)		
	1635 Rennebu			
	1601 Trondheim	Trondheim (185 278)	St. Olavs hosp. HF- område (220 003)	883974832 St Olavs hospital HF ▪ St. Olavs hospital ▪ Ørland helsesenter, sjuke-og fødehjem
	1653 Melhus			
	1662 Klæbu			
	1663 Malvik			
	1621 Ørland	Fosen (16 270)		
	1624 Rissa			
	1627 Bjugn			
	1640 Røros	Fjellregionen (18 455)		
	1644 Holtålen			
	1648 Midtre Gauldal			
	1664 Selbu			
	1665 Tydal			
	1711 Meråker	Stjørdalen (21 738)	Nord-Trøndelag HF-område (129 028)	983974791 Helse Nord Trøndelag HF ▪ Sykehuset Namsos ▪ Sykehuset Levanger
	1714 Stjørdal			
	1717 Frosta	Innherred (44 373)		
	1718 Leksvik			
	1719 Levanger			
1721 Verdal				
1723 Mosvik				
1729 Inderøy				
1702 Steinkjer	Steinkjer (22 747)			
1736 Snåsa				
1633 Osen	Midtre Namdal (24 711)			
1703 Namsos				
1724 Verran				
1725 Namdalseid				
1743 Høylandet				
1744 Overhalla				
1748 Fosnes				
1749 Flatanger				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner		
Helse Midt-Norge RHF	1738 Lierne	Indre Namdal (5 562)	Nord-Trøndelag HF-område	983974791 Helse Nord Trøndelag HF <ul style="list-style-type: none"> Sykehuset Namsos Sykehuset Levanger 		
	1739 Røyrvik					
	1740 Namsskogan					
	1742 Grong					
	1750 Vikna	Ytre Namdal (9 897)				
	1751 Nærøy					
	1755 Leka					
Helse Nord RHF	1811 Bindal	Sandnessjøen (28 727)	Helgeland HF-område (78 432)	983974929 Helgelandssykehuset HF <ul style="list-style-type: none"> Helgelandssykehuset avd Sandnessjøen Helgelandssykehuset, avd Vefsn Helgelandssykehuset, avd Rana Helgelandssykehuset avd Sandnessjøen Søma rehabilitering Brønnøysund fødestue 		
	1812 Sømna					
	1813 Brønnøy					
	1815 Vega					
	1816 Vevelstad					
	1818 Herøy					
	1820 Alstahaug					
	1822 Leirfjord					
	1827 Dønna					
	1834 Lurøy					
	1835 Træna					
	1824 Vefsn	Mosjøen (16 571)				
	1825 Grane					
	1826 Hattfjelldal					
	1828 Nesna	Rana (33 134)				
	1832 Hemnes					
	1833 Rana					
	1836 Rødøy					
	1804 Bodø	Bodø (74 818)			Nordland HF-omr (97 379)	983974910 Nordlandssykehuset HF <ul style="list-style-type: none"> Nordland sentral sykehus Lofoten sykehus Ortopedienheten Vensmoen Leiranger og Nordfold sykestue
	1837 Meløy					
1838 Gildeskål						
1839 Beiarn						
1840 Saltdal						
1841 Fauske						
1842 Skjerstad						
1845 Sørfold						
1848 Steigen						
1856 Røst						
1857 Værøy						
1859 Flakstad	Lofoten (22 561)					
1860 Vestvågøy						
1865 Vågan						
1874 Moskenes						
1805 Narvik	Ofoten (31 370)	Hålogaland HF-område (102 416)	983974902 Hålogalandssykehuset HF <ul style="list-style-type: none"> Narvik sykehus Harstad sykehus Stokmarknes sykehus 			
1849 Hamarøy						
1850 Tysfjord						
1853 Evenes						
1854 Ballangen						

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Nord RHF	1919 Gratangen	Forts. Ofoten	Forts. Hålogaland HF-område	Forts. 983974902 Hålogalandssykehuset HF <ul style="list-style-type: none"> Narvik sykehus Harstad sykehus Stokmarknes sykehus Andenes helsesenter Lødingen rehabiliteringssenter
	1920 Lavangen			
	1923 Salangen			
	1866 Hadsel	Vesterålen (30 652)		
	1867 Bø			
	1868 Øksnes			
	1870 Sortland			
	1871 Andøy			
	1851 Lødingen	Harstad (40 394)		
	1852 Tjeldsund			
	1901 Harstad			
	1911 Kvæfjord			
	1913 Skånland			
	1915 Bjarkøy			
	1917 Ibestad			
	1926 Dyrøy			
	1927 Tranøy			
	1928 Torsken			
	1929 Berg			
	1902 Tromsø	Tromsø (100 020)	UNN HF-område (111 458)	983974899 Universitetssykehuset i Nord-Norge HF <ul style="list-style-type: none"> Universitetssykehuset i Nord-Norge Mellomveien bo- og rehabsenter Fødestua Midt-Troms Sykestua og fødeavdeling i Nordreisa
	1922 Bardu			
	1924 Målselv			
	1925 Sørreisa			
	1931 Lenvik			
	1933 Balsfjord			
	1936 Karlsøy			
	1938 Lyngen			
	1939 Storfjord			
	1940 Kåfjord			
	1941 Skjervøy			
1942 Nordreisa				
1943 Kvænangen	Vest-Finnmark (46 615)	Finnmark HF-område (73 210)	983974880 Helse Finnmark HF <ul style="list-style-type: none"> Hammerfest sykehus Kirkenes sykehus Nordkapp helsesenter Alta helsesenter 	
2004 Hammerfest				
2011 Kautokeino				
2012 Alta				
2014 Loppa				
2015 Hasvik				
2017 Kvalsund				
2018 Måsøy				
2019 Nordkapp				
2020 Porsanger				
2021 Karasjok				
2022 Lebesby				

Region	Kommune	Bostedsområde	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Nord RHF	2002 Vardø	Øst-Finnmark (26 595)	Forts. Finnmark HF- område	Forts. 983974880 Helse Finnmark HF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hammerfest sykehus ▪ Kirkenes sykehus ▪ Nordkapp helsesenter ▪ Alta helsesenter
	2003 Vadsø			
	2023 Gamvik			
	2024 Berlevåg			
	2025 Tana			
	2027 Nesseby			
	2028 Båtsfjord			
2030 Sør-Varanger				

Folketallet i Norge pr. 01. 01. 2004

Helseregion	Folketall
Helseregion Øst	1 639 188
Helseregion Sør	891 436
Helseregion Vest	941 129
Helseregion Midt-Norge	642 809
Helseregion Nord	462 895
Totalt	4 577 457

Kjønns- og aldersstandardisering av rater for bruk av sykehustjenester

I beskrivelsene av befolkningens bruk av sykehustjenester relateres innleggelsene til befolkningens størrelse og sammensetning ved å benytte rater (oftest per 1000 innbyggere). *Raten* er antall innleggelses dividert med det korresponderende antall innbyggere i den populasjon pasientene kommer fra (fylke, kommune eller bostedsområde).

Bruken av sykehustjenestene varierer med kjønn og alder. Når en for eksempel studerer antallet heldøgnsinnleggelses i et område er det vanlig å ta hensyn til befolkningssammensetningen. En slik kjønns- og aldersstandardisering blir her foretatt ved en femdeling av aldersgruppene for begge kjønn. Vi beregner først rater for hver kjønns- og aldersgruppe (i) i hvert område (K). Denne raten blir deretter vektet med den andel av befolkningen denne gruppen utgjør i landet som helhet. Til slutt summeres alle kjønns- og aldersgrupper.

Vi gjør oppmerksom på at den kjønns- og aldersstandardiseringen som er benyttet i årets rapport ikke tilsvarer den forventede raten som tidligere er benyttet i SAMDATA-rapportene før 1999. I motsetning til den tidligere benyttede *indirekte* standardiseringen (forventet antall sykehusopphold og indeks mellom forventet og faktisk antall sykehusopphold) blir kjønns- og aldersstandardiseringen nå foretatt direkte.

Kjønns- og aldersstandardiseringen av ratene beregnes ved:

La S_{ik} = Antall sykehusinnleggelses (evt. dagopphold eller polikl. konsultasjoner) i kjønns- og aldersgruppe i; $i=1,2,\dots,10$, for område K

N_{ik} = Antall innbyggere i kjønns- og aldersgruppe i; $i=1,2,\dots,10$, for område K

N_i = Antall innbyggere i kjønns- og aldersgruppe i for hele Norge, $i=1,2,\dots,10$

N = Antall innbyggere i Norge totalt

SR_K = Kjønns- og aldersstandardisert rate i for område K

$$SR_K = \sum_{i=1}^{10} \left[\left(\frac{S_{iK}}{N_{ik}} \right) \left(\frac{N_i}{N} \right) \right] 1000$$

Da er den standardiserte raten per 1000 innbygger for område K lik.

For både menn og kvinner skilles det mellom aldersgruppene 0-15 år, 16-49 år, 50-66 år, 67-79 år og 80 år eller mer.

Tabell v 5.1 Heldøgnsinnleggelser, dagbehandlinger, og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere etter kjønn og alder 2003.

Alders- gruppe	Gruppenes prosent- andel av befolkningen		Rate heldøgns- innleggelser ⁴⁶		Rate dag- behandling ⁴⁷		Rate polikliniske konsultasjoner ⁴⁸	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
0-15 år	10,9	10,3	138	121	29	22	457	386
16-49 år	23,6	22,9	86	157	50	75	451	789
50-66 år	9,6	9,5	202	184	143	144	831	924
67-79 år	3,9	4,7	439	349	282	197	1 370	1 200
80 år og over	1,5	3,0	688	533	304	177	1 362	1 084
Totalt	49,6	50,4	167	195	89	95	626	788

46 Antall heldøgnsopphold per 1000 innbyggere i aldersgruppene for hvert kjønn. Eksklusive opphold for utlendinger og personer uten gyldig bostedsregistrering.

47 Antall dagbehandlinger (dagbehandling innlagte pluss dagbehandling på poliklinikk) per 1000 innbyggere i aldersgruppene for hvert kjønn. Eksklusive opphold for utlendinger og personer uten gyldig bostedsregistrering.

48 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere i aldersgruppene for hvert kjønn. Eksklusive dagmedisin og dagkirurgi utført ved poliklinikkene (dette inngår i dagbehandlingene). 19 opphold er slettet på grunn av ugyldig fødselsår. Opphold for utlendinger og personer uten gyldig bostedsregistrering er også holdt utenfor.

Vedlegg 3 Personell og senger

Datagrunnlag

Datagrunnlaget er institusjonsdata fra alle institusjoner og foretak som ligger under de regionale helseforetakene. I tillegg er data for private sykehus utenfor RHF-ene med. Datamaterialet er innsamlet av Statistisk sentralbyrå (SSB). SINTEF Helse har gjennomgått datamaterialet med tanke på tilrettelegging av tall til SAMDATA Somatikk. Dette er gjort i samarbeid med SSB, slik at nasjonale utviklingstall er mest mulig like i våre publikasjoner.

Senge- og personelltall for institusjoner utenfor sykehus har ikke vært med i SAMDATA Somatikk tidligere. Etter omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten er det enda viktigere å ha oversikt over omfang og innhold i tjenester som utføres ved disse. I årets SAMDATA presenteres opplysninger om antall døgnplasser og personell ved institusjoner som har driftsavtale med de regionale helseforetakene. Private opptreningsinstitusjoner utenfor RHF-ene er ikke inkludert i denne. Opptreningsinstitusjoner uten driftsavtale med de regionale helseforetakene inkluderes kun i to tabeller på regionalt nivå for å se om dette bidrar til en utjevning av forskjeller i beregnet senge- og personellkapasitet i regionene.

Personelldata

I årets SAMDATA Somatikk presenteres tall for antall beregnede årsverk ved utgangen av hvert driftsår (punktall). Opplysningene er hentet fra KOSTRA Skjema 46 og 47 innrapportert til Statistisk sentralbyrå. I perioden 1998-2001 var tall for beregnede årsverk i SAMDATA Somatikk basert på gjennomsnittstall for antall årsverk ved inngangen og utgangen av året. I årets SAMDATA Somatikk er imidlertid tall for 2001 punktall. Bruk av gjennomsnittstall er hensiktsmessig når en ønsker å koble antall årsverk med utførte aktiviteter som har foregått gjennom hele året. Ved beregning av antall opphold per årsverk (i kapittel 5 og 6 Effektivitet og produktivitet) legges det derfor fortsatt til grunn en gjennomsnittsberegning.

Datamaterialet for personell er basert på tellinger av ansatte i heltidsstillinger og stillingsandeler for deltidsansatte ved utgangen av året. Dataene fanger ikke opp endringer i personellsituasjonen i løpet av året, og omfatter heller ikke utførte timeverk knyttet til overtid. Stillingsandeler for deltidsansatte omregnes til heltidsstillinger. Antall årsverk er summen av heltidsstillinger og omregnede deltidsstillinger til heltidsstillinger ved de somatiske sykehus, og vil ikke være identisk med faktisk utførte årsverk ved sykehusene.

Ved innføring av Fylkes-Kostra skjedde endringer i rapporteringsskjema 46 til SSB (Somatiske sykehus). År 2001 var første året alle sykehusene rapporterte på denne malen. Inndelingen i personellgrupper i SAMDATA Somatikk ble derfor endret. En ny personellgruppe kalt "annet personell i pasientrettet arbeid" kom inn på rapporteringsskjemaet. Grunnet ulikheter i registreringen valgte vi de to foregående år å slå sammen denne kategorien med "service-teknisk-driftspersonell" til en "annet"-kategori. Bakgrunnen var at personell som ble registrert i den kategorien tidligere ble definert som servicepersonell fordi enkelte faggrupper ikke var spesifisert med egen kategori i rapporteringsskjemaet. Nå har veiledningen blitt bedre, slik at det er tydeligere hvilken type personell som skal registreres som annet personell i pasientrettet arbeid. Vi har derfor, fra og med fjorårets rapport, brukt dette som en

egen kategori i grunnlagstabellen og i nasjonale og regionale oversikter over utvikling i faktisk antall årsverk. Til andre formål grupperes hjelpepleiere, annet behandlingspersonell og annet personell i pasientrettet arbeid sammen. Denne gruppen får benevnelsen "personell i annet pasientrettet arbeid".

Noen sykehus har relativt store endringer i sine personelltall, noe som skaper usikkerhet omkring endringstallene. Dette kan gjelde antall årsverk totalt, men også i forhold til fordeling i personellgrupper. Omorganiseringer internt i sykehusene, har i noen tilfelle medført innføring av nye stillingskoder, som kan gi endringer av grensene av administrativt personell i forhold til behandlingspersonell. I tillegg er det noe usikkerhet omkring hvorvidt innleid personell fordeles riktig i forhold til personellgruppene.

For helseregioner og foretaksområder benyttes antall årsverk per 1000 innbyggere som et mål på geografiske forskjeller i personellinnsats. Korrigeringer for pasientflyt, kjønns- og alderssammensetning foretas på samme måte som beskrevet for sengedata.

Sengedata

I henhold til KOSTRA-rapporteringen registreres antall ordinære senger og antall tekniske⁴⁹ senger ved sykehusene. Videre gjøres en tilhørende beregning av antall døgn sengene er tilgjengelige i løpet av året (sengedøgn). Tekniske senger regnes ofte ikke som en del av sengekapasiteten fordi dette kan være senger som benyttes samtidig som pasienten har en seng på ordinær sengepost⁵⁰. Dette gjelder blant annet senger hvor pasienten overvåkes noen timer etter operasjon og lignende. En del pasienter er imidlertid så syke at de må ha intensiv overvåkning i lengre tid. I slike tilfelle vil det ikke alltid være reservert en plass for pasienten på ordinær sengeavdeling. Intensivsenger på neonatalavdeling kommer inn under definisjonen teknisk seng. Denne typen senger skal inngå i sengekapasiteten på vanlig måte, da disse i regelen brukes som senger for syke barn som ikke har en ordinær seng i tillegg. Det vesentlige er altså ikke hvorvidt en seng er definert som ordinær eller teknisk, men i hvilken grad sengene er i bruk for pasienter som ikke har annen seng samtidig. Et annet forhold er en økende bruk av pasienthotell og sykehotell som er viktig å følge opp i forhold til sengeregistrering og liggedagsberegninger.

Definisjoner

Årsverk:

Sum antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte etter stillingsbrøk. Stillinger som utgjør mer enn 100 prosent stilling fast regnes som en heltidsstilling. Det benyttes punkttall per 31. desember gjeldende driftsår. I SAMDATA Somatikk-publikasjonene fra 1998 til 2001 ble det brukt gjennomsnittstall for to siste driftsår ved beregning av årsverk. I fjorårets og årets publikasjon er dette endret til på nytt å bruke punkttall. Det beregnes fortsatt gjennomsnittstall ved beregninger av indikatorer i kapittel 5 (Effektivitet og produktivitet).

Sengedøgn:

Med sengedøgn menes det maksimale antall overnattinger som er mulig innenfor sykehusavdelingens planlagte drift. Ved beregning av antall sengedøgn skal det tas hensyn til redusert kapasitet i ferier, midlertidige stengninger av avdelinger/poster og redusert drift forårsaket av andre forhold i løpet av året.

⁴⁹ Teknisk seng er i KOSTRA-rapporteringen definert som seng med særskilt bemanning og med utstyr til intensiv overvåkning/behandling for innlagte pasienter.

⁵⁰ Hvorvidt en teknisk seng (f.eks. fødeseng, intensivseng, oppvåkningsseng) representerer en kapasitet ved sykehuset er i mange tilfeller en vurderingssak. Dette er fortsatt en potensiell feilkilde i tallmaterialet.

Effektive senger:

Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året. Dette er en beregnet størrelse som tar utgangspunkt antall tilgjengelige sengedøgn i løpet av året. Det innebærer en korrigering for antall døgn en seng ikke er tilgjengelig. For å beregne effektive senger divideres totalt antall sengedøgn med antall dager i året. Sengedøgn for tekniske senger (for eksempel kuvøser) inngår i sengedøgn når pasienten ikke disponerer annen seng samtidig.

Sengefaktoren:

Sengefaktoren defineres som antall effektive senger per 1000 innbyggere korrigert for pasientflyt mellom regioner og foretak og befolkningssammensetning. Dette målet brukes for å fremstille geografiske variasjoner i sengekapasitet.

Når sengefaktoren beregnes tas det hensyn til gjestepasientflyt inn og ut av foretaket/helseregionen. Antall liggedager for heldøgnsopphold fra pasientdataene benyttes som grunnlag for korrigeringer for pasientflyt, og følgende antakelse ligger til grunn: Dersom ti prosent av liggedagene ved et gitt sykehus er generert av pasienter fra en bestemt region, forutsettes det at ti prosent av sykehusets effektive senger disponeres av dette fylket.

På foretaksområde- og helseregionnivå korrigeres det også for ulik kjønns- og alderssammensetning i befolkningen når sengefaktoren beregnes. Metoden for dette er beskrevet i vedlegg 5.

Vedlegg 4 Utgifter og finansiering

Datagrunnlag

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

I datagrunnlaget inkluderes den andelen av utgifter ved kommersielle sykehus/klinikker som er offentlig finansiert. Dette beregnes ved å anta at utgifter for den offentlig finansierte delen av virksomheten er lik inntekten som institusjonen mottar fra RHF-ene. Dette gjelder Volvat medisinske senter AS, Spesialistklinikken Drammen private sykehus AS, Omnia sykehuset AS, Axess sykehus og spesialistklinikk AS, Medi3 AS, Ringvollklinikken AS og Colosseum legeavdeling AS. De tre sistnevnte institusjonene er i 2003 nye i datagrunnlaget.

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

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

Sykehuset Sørlandet HF består av de Vest-Agder Sykehus HF, Aust-Agder Sykehus HF og Lister Sykehus HF. Institusjonene under HF-et er imidlertid de samme som i 2002. Det sammen gjelder Sykehuset Innlandet HF som i 2002 bestod av Oppland Sentralsykehus HF, Tynset Sykehus HF, Sentralsjukehuset i Hedmark HF og Kongsvinger Sjukehus HF. Betanien Hospitalet (Bergen) har levert samlet regnskap for somatikk og psykisk helsevern i 2003. Regnskapstallene er fordelt mellom somatikk og psykisk helsevern i tråd med fordeling for 2002.

Nytt i 2003 er at opptreningsinstitusjoner som har avtale med RHF-ene inngår i datagrunnlaget. Hvilke institusjoner som er nye framgår under definisjoner nedenfor, under beskrivelse av annen virksomhet innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste.

I sammenligning med 2002 benyttes deflator for prisvekst i konsumet av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Deflatoren er på 5,5 prosent. Dette er samme deflator som benyttes av SSB.

Definisjoner

Totale driftsutgifter:

Totale driftsutgifter omfatter utgifter ført under kontonr 4 – 7 i helseforetakenes kontoplan. Av- og nedskrivninger ført under kontonr 60, utgifter til leie av lokaler ført under kontonr 630, gjestepasientutgifter ført under kontonr 673, samt tap ol ført under kto 78 er holdt utenom i beregning av totale driftsutgifter for institusjonene. Videre er kapitalanskaffelser, det vil si anskaffelser med verdi over kr 50 000 og levetid lenger enn 3 år, ikke inkludert i driftsutgiftene som ligger til grunn ved beregning av totale driftsutgifter ved institusjoner. Finansregnskap, ekstraordinære inntekter og kostnader, årsresultat, samt overføringer og disponeringer ført under kontonr 8 er ikke inkludert i begrepet totale driftsutgifter ved institusjonene. For somatisk spesialisthelsetjeneste er utgifter som angitt over ført under følgende KOSTRA funksjoner inkludert ved beregning av totale driftsutgifter:

- Funksjon 610, somatiske tjenester - fellesfunksjoner
- Funksjon 615, somatiske tjenester – røntgen/lab
- Funksjon 620, somatiske tjenester - behandling
- Funksjon 630, somatiske tjenester – (re-) habilitering
- Funksjon 670, utadrettede støttefunksjoner
- Funksjon 673, særskilte funksjoner

Lønnsutgifter:

Lønnsutgifter defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer av kontonr 5 "Lønnskostnad".

Utgifter til varer og tjenester:

Utgifter til varer og tjenester defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer av kontonr 4 "Varekostnad".

Andre driftsutgifter:

Andre driftutgifter defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer under kontonr 6 og 7 "Annen driftskostnad, av- og nedskrivning", med unntak av kontonr 60 "av- og nedskrivning", kontonr 630 "Leie lokaler", kontonr 673 "Pasientbehandling (gjestepasientkostnader)" og kontonr 78 "Tap ol".

Driftstilskudd til avtalespesialister:

Utgifter vedrørende driftstilskudd til avtalespesialister framkommer på bakgrunn av spesifikasjoner fra helseforetak/institusjoner samt RHF-er. Denne type tilskudd er som regel ført under kontonr 450, 451 eller 458 – "kjøp av helsetjenester".

Driftsutgifter til annen virksomhet innen somatisk spesialisthelsetjeneste:

Driftsutgifter til annen virksomhet inneholder totale driftsutgifter ført under funksjonene 610, 615, 620, 630, 670 og 673 på de regionale helseforetakene, og som ikke er spesifisert som driftstilskudd til private spesialister. I tillegg inngår tilskudd til private lab- og røntgeninstitutter samt RHF-enes kjøp av behandling i utlandet, som ikke omfattes av gjestepasientoppjøret mellom regionene.

Her vil også driftsutgifter for institusjoner innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste som ikke defineres som sykehus ligge. Dette gjelder f eks somatiske spesialsykehjem, habiliteringsinstitusjoner og opptreningsinstitusjoner. Innenfor denne gruppen finnes følgende nye institusjoner i 2003:

Helse Øst RHF: Sofienberg opptreningsssenter AS, Bakke opptreningsssenter AS, Landaasen opptreningsssenter AS, Paulsrud opptreningsssenter AS, Grande opptreningsssenter AS, Steffensrud opptreningsssenter AS, Hernes institutt, Sølvskottberget rehabiliteringssenter AS, Tonsåsen opptreningsssenter, Ringen rehabiliteringssenter AS, Godthaab opptreningsssenter, Sjømennenes helseheim rehabilitering (Rykkinn), Beito-stølen helsesportsenter AS, Hurdal opptreningsssenter, Opptreningsssenteret Jeløy kurbad.

Helse Vest RHF: Røde Kors Haugland Rehabilitering, Sjømennenes helseheim rehabilitering (Bergen), Ravneberghaugen opptreningsinstitusjon, Hagahaugen opptreningsssenter.

Helse Midt-Norge RHF: Muritunet AS, Meråker sanitetsforenings kurbad, Bjørnang opptreningsssenter AS, Selli rehabilitering og opptreningsssenter AS, Kastvollen Rehabiliteringssenter, Røros rehabiliteringssenter AS.

Helse Nord RHF: Nordtun HelseRehab, Opptreningsssenteret i Salangen, Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad AS, Skibotnsenteret AS, Valnesfjord helsesportsenter, Opptreningsssenteret i Finnmark AS.

Driftsutgifter somatiske sykehus:

Driftsutgifter somatiske sykehus er basert på totale driftsutgifter i institusjoner og helseforetak under RHF-ene, samt private institusjoner – med fradrag for driftstilskudd til avtalespesialister.

Totale driftsutgifter somatisk spesialisthelsetjeneste:

Sum driftsutgifter egne institusjoner, driftstilskudd til avtalespesialister og driftsutgifter annen virksomhet innen somatisk spesialisthelsetjeneste.

Ved sammenligning med 2002, vil tap ol ført under kontonr 78 bli trukket ut både for 2002 og 2003. Tidligere år har dette ikke blitt trukket ut ved beregning av totale driftsutgifter.

Innsatsstyrt finansiering (ISF):

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

Polikliniske refusjoner:

Sum av refusjoner fra rikstrygdeverket ført under kontonr 322 – "poliklinikkinntekter fra RTV" og kontonr 323 – "laboratorieinntekter fra RTV", i helseforetakenes konto-plan.

Regionsykehustilskudd:

Regionsykehustilskudd er tilskudd til regionsykehusene (og andre sykehus) for å ivareta ansvar for drift og oppbygging av regionsykehusfunksjoner, samt forskning og undervisning. Regionsykehustilskuddet består av 4 deler; tilskudd til basiskostnader,

tilskudd til særskilte funksjoner, tilskudd til undervisning og tilskudd til forskning – som henholdsvis er inntektsført på kontonr 331, 334, 332 og 333 i helseforetakenes kontoplan.

Andre øremerkede driftstilskudd:

For somatisk spesialisthelsetjeneste består dette i hovedsak av nasjonal kreftplan. Øremerkede driftstilskudd er ført under kontonr 335, 336 og 337 i helseforetakenes kontoplan.

Opplysninger om bruk av øremerkede tilskudd er i utgangspunktet gitt fra RHF-ene. Disse opplysningene er sammenholdt med informasjon fra helseforetakene om øremerkede tilskudd, og dette har for eksempel gitt tilleggsinformasjon om mammografi-tilskudd. Vi gjør også oppmerksom på at øremerket tilskudd til kreftregisteret via nasjonal kreftplan inngår i øremerkede tilskudd for Helse Sør RHF.

For de regionene som ikke har gitt opplysninger om øremerkede tilskudd fra RHF-ene, har informasjon fra helseforetakene og institusjonene i regionen blitt benyttet. I så tilfelle har summen av tilskudd ført på kontonr 335, 336 og 337 "andre pasient- og behandlingsrelaterte offentlige tilskudd/refusjoner" blitt benyttet.

Pasientbetaling:

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

Salgsinntekter mv.:

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

Driftsutgifter finansiert av RHF – nasjonalt nivå:

Dette vil framkomme som totale driftsutgifter som ikke er finansiert av polikliniske refusjoner, regionsykehustilskudd, andre øremerkede tilskudd, pasientbetaling og salgsinntekter mv. Det vil si at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftsutgifter minus de finansieringspostene som er angitt.

Gjestepasientutgifter:

Består av utgifter til kjøp av helsetjenester i andre helseregioner, eller hos private kommersielle og ideelle institusjoner som er godkjent for ISF-refusjoner. Disse utgiftene er ført på kontonr 673 i driftsregnskapene ved de regionale helseforetak samt helseforetak/institusjoner. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene. Kjøp av lab- og røntgentjenester fra private institutter og kjøp av behandling i utlandet inngår ikke i begrepet gjestepasientutgifter. Kjøp av helsetjenester til egen virksomhet, for eksempel innleid arbeidskraft, inngår heller ikke i begrepet gjestepasientutgifter.

Gjestepasientinntekter:

Består av inntekter generert av behandlede pasienter bosatt i andre regioner. Inntektene er ført på kontonr 321 ved regionale helseforetak og helseforetak/institusjoner. ISF-refusjoner generert av regionens egne pasienter som har blitt behandlet i andre regioner inngår ikke under begrepet gjestepasientinntekter. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene.

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

Netto gjestepasientoppgjør:

Gjestepasientutgifter minus gjestepasientinntekter.

Driftsutgifter finansiert av RHF:

Dette vil framkomme som helseregionens totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste korrigert for gjestepasientoppgjør, som ikke er finansiert av polikliniske refusjoner, regionsykehustilskudd, andre øremerkede tilskudd, pasientbetaling eller andre salgsinntekter mv. Dvs at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftsutgifter psykisk helsevern korrigert for gjestepasientoppgjør minus de finansieringsartene som er angitt overfor. Ved beregning av driftsutgifter finansiert av RHF presentert i nasjonale tabeller korrigeres det ikke for gjestepasientoppgjør.

Merk at totale driftsutgifter på nasjonalt nivå avviker fra totale driftsutgifter når utgiftene ved RHF-ene summeres. Dette skyldes flere forhold:

- 1) Kjøp av behandling hos private institusjoner som ikke rapporterer regnskap inngår som regionenes gjestepasientutgifter. Dette vil ikke inngå når totale driftsutgifter nasjonalt summeres over enheter som rapporterer regnskapsdata. F eks gjelder dette kjøp av behandling hos Stokkanklinikken AS og Mjøskirurgene AS.
- 2) Glittreklinikken finansieres i hovedsak direkte av staten. Det vil si at når sum totale driftsutgifter summeres for helseregionene, inngår ikke statens utgifter til Glittreklinikken.
- 3). I tillegg kan avviket skyldes mangler og feilføringer av gjestepasientoppgjør som ikke avdekkes i kvalitetskontroll.

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

Vedlegg 5 Aktivitet og kostnader

Datagrunnlag og definisjoner produktivitet og effektivitet

Datagrunnlag

Tabellene i kapitlet som omhandler aktivitet og kostnader er basert på alle datasett som ligger til grunn for SAMDATA Sykehus.

Definisjoner

DRG:

Diagnose Relaterte Grupper

DRG-sykehus:

DRG-sykehus er de somatiske sykehusene som har funksjoner og datagrunnlag som er egnet for anvendelse av DRG-systemet. DRG er et klassifiseringssystem som opprinnelig ble utarbeidet for somatiske akuttstusykehus. En mer utfyllende orientering om DRG-systemet finnes i vedlegg 5. For å bli klassifisert som DRG-sykehus i SAMDATA må sykehuset i utgangspunktet ha kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling, føde-/gyn avdeling samt akuttfunksjon. Imidlertid inkluderes noen sykehus med redusert lokalsykehusfunksjon.

Beleggsprosent:

Beregnes ut fra formelen:

$$\frac{\text{(Sum liggedager heldøgnsvirksomhet totalt)} \cdot 100}{\text{effektive senger} \cdot 365 \text{ (366 ved skuddår)}}$$

Driftsutgifter DRG-virksomhet:

Dette beregnes som totale driftsutgifter ved sykehuset, med fradrag for:

- polikliniske inntekter RTV og egenandeler ganget med 1,5
- polikliniske refusjoner fra andre RHF (i hovedsak lab. prøver)
- basistilskudd regionsykehus, inkludert forsknings- og undervisningstilskudd
- inntekter som ikke er pasient- eller behandlingsrelaterte

- utgifter for ekstern virksomhet inkludert i sykehusregnskapet⁵¹.

Korrigererte opphold:

Korrigererte opphold er en teoretisk størrelse som vi benytter for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehusene. Antall korrigererte opphold er beregnet som produktet av indeksen for pasientsammensetning ved et sykehus og antall sykehusopphold. Dersom et sykehus bare har pasienter med kostnadsvekt lik 1,00, blir denne indeksen lik 1,00, og dermed ble antall korrigererte opphold lik antall innleggelser. Sykehus med relativt sett flere tyngre enn lette DRG-er, målt ved kostnadsvektene, vil få et høyere antall korrigererte opphold enn sykehusopphold. Det motsatte vil være tilfelle dersom sykehuset har en høy andel lette DRG-er. På denne måten benyttes altså DRG-systemet til å gjøre sykehusenes produksjon mer sammenlignbar mellom sykehus.

Indeks pasientsammensetning:

Indeksen for pasientsammensetningen ved sykehuset beregnes som forholdet mellom antall korrigererte opphold og antall sykehusopphold ved sykehuset. Indeksen er et uttrykk for hvor ressurskrevende gjennomsnittspasienten ved sykehuset er. Se forøvrig også vedlegg 5 om DRG-systemet.

Relativt kostnadsnivå:

Kostnadsnivåindikatorerne tar utgangspunkt i faktiske driftsutgifter DRG-virksomhet som et uttrykk for sykehusenes produksjonsrelaterte kostnader når det korrigeres for pasientsammensetning. Dette divideres med kostnader per korrigererte opphold for DRG-sykehusene samlet. Indikatorene vil være lik 1,0 for DRG-sykehusene samlet hvert år.

Relativt kostnadsnivå for sykehus A er altså beregnet som:

$$RK \quad I = \frac{FU_A / X_A}{FU_T / X_T}$$

der

FU_A = Faktiske netto driftsutgifter ved sykehus A

X_A = Antall korrigererte opphold ved sykehus A

FU_T = Faktiske netto driftsutgifter i sum for DRG-sykehusene

X_T = Antall korrigererte opphold i sum for DRG-sykehusene

Andel polikliniske inntekter:

Andel polikliniske inntekter er beregnet som sum inntekter på poliklinikkene, dvs egenbetalinger, refusjoner fra trygdesystemet (kontonummer 322), dividert med driftsutgifter for DRG-virksomhet (se definisjon lenger opp). Dette gir et bilde på hvor stor poliklinikkvirksomheten er sett i forhold til DRG-virksomheten, der en antar at inntektene ganget med 1,5 gjenspeiler utgiftene i poliklinikkene. Dette er nytt fra SAMDATA for 2003. Tidligere har en antatt at inntektene dekker utgiftene ved poliklinikken.

⁵¹ Dette kan eksempelvis være netto utgifter for habilitering, kommunalt samarbeid eller øvrig virksomhet som ikke kan relateres til sykehusdriften.

Korrigerte opphold per årsverk:

Dette beregnes som antall korrigerte opphold dividert på antall årsverk ved sykehuset. Antall korrigerte opphold per årsverk kan brukes som en indikator for sykehusets arbeidsproduktivitet.

Korrigerte opphold per behandlerårsverk:

Dette beregnes som antall korrigerte opphold dividert på antall behandlerårsverk⁵² ved sykehuset. Antall korrigerte opphold per årsverk kan brukes som en indikator for sykehusets arbeidsproduktivitet.

Langtidsopphold og langtidsliggedøgn:

Innenfor de enkelte DRG-er vil en finne noen pasienter med sterkt avvikende liggetid i forhold til de øvrige. For å bedre homogeniteten innenfor den enkelte DRG har en derfor valgt å foreta særskilte beregninger for disse pasientene. Innenfor hver DRG blir derfor omlag fem prosent av innleggelsene med lengst liggetid definert som langtidsopphold. Den liggetidsgrensen som skiller ut disse oppholdene blir i DRG-terminologien kalt trimpunktet. Trimpunktene i denne rapporten er basert på data fra 2002.

Det er grunn til å understreke at langtidspasienter og ferdigbehandlede pasienter ikke er det samme. For å komplettere bildet er det viktig å vite at sykehuset også kan ha ferdigbehandlede pasienter en periode uten at de blir registrert som langtidspasienter.

Liggetid for normalopphold:

I motsetning til den totale faktiske liggetiden omfatter denne beregningen omlag 95 prosent av innleggelsene som har en liggetid kortere eller lik trimpunktet for den aktuelle DRG de er gruppert i. Langtidsoppholdene er holdt utenfor. Ved å sammenholde liggetiden for normalopphold, andel langtidsliggedøgn og liggetid totalt kan en få et inntrykk av årsakene til variasjoner i den totale liggetiden: Skyldes variasjonen at pasientene gjennomgående har kortere/lengre liggetider, eller ligger årsaken i andel langtidsopphold/langtidsliggedøgn.

⁵² Behandlerårsverk omfatter leger, sykepleiere, hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell, og personell i annet pasientrettet arbeid.

Litteraturliste

Allgood PC, Bachmann M.

2000 Medical or surgical treatment for chronic gastroesophageal reflux? A systematic review of published evidence of effectiveness. *Eur J Surg* 2000; 166: 713-21.

Bakken IJ, Skjeldestad FE.

2003 Insidens og behandling av ekstrauterine svangerskap i Norge 1990-2001. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3016-20.

Bakken IJ, Skjeldestad FE, Mjåland O, Johnson E.

2003 Appendisitt og appendektomi i Norge 1990-2001. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 124: 3185-8.

Bakken I.J., Skjeldestad FE, Mjåland O, Johnson E.

2004 Kolecystektomi i Norge 1990-2002. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2376-8.

Biørn E, Hagen T P, Iversen T og J Magnussen

2003 The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000. *Health Care Management Science* 6, 271-283.

Bratlid, Dag

2002 Pasienttilgang og pasientbehandling ved et regionsykehus. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2002; 120: 3021-6.

Farrell M. J.

1957 The Measurement of Productive Efficiency, *Journal of the Royal Statistical Society, A* 120, 253-290.

Hagen T, Iversen T og J Magnussen

2001 Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering? Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram, Skriftserie 2001:5.

Hansen, Finn Henry

2001 SAMDATA Sykehus Rapport; Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utvikling siste tiår. SINTEF rapport STF78, A015017.

Hansen, Finn Henry

2001 Samdata_Sykehus Rapport. Sykehusstruktur som begrep og problemstilling. Trondheim, SINTEF Unimed. 3/01.

Heggestad, Torhild

2002 Do Hospital Length of Stay and Staffing ratio Affect Elderly Patients' Risk of Readmission? A Nation-wide Study of Norwegian Hospitals. I Health Services Research 37;3:647-665.

Heggestad, Torhild

1996 Reinnleggelser. I SAMDATA Sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1996 (Red. Birgitte Kalseth, Kjell Solstad. Lars Rønningen). NIS-rapport 6/97. Kommuneforlaget.

Heggestad, Torhild

1996 Reinnleggelser. I SAMDATA Sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1995 (Red. Ola Kindseth og Kjell Solstad). NIS-rapport 5/96. Kommuneforlaget.

Heggestad, Torhild og Solfrid E Lilleeng

1995 Reinnleggelser. I SAMDATA Sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994 (Red. Kjell Solstad og Stein Ø. Petersen). NIS-rapport 3/95. Kommuneforlaget.

Helsedepartementet

2004-01-06 Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene 2004

Helsedepartementet

2003-07-01 Nytt brev til RHF'ene

Helsedepartementet

2003-06-27 Revidert styringsdokument 2003 – styringskrav knyttet til pasientbehandling og aktivitetsvekst

Helsedepartementet

2003-01-06 Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene 2003

Helsedepartementet

2004 Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene, Helsedepartementet. 2004<http://odin.dep.no/shd/sykehusreformen/brev/042031-990041/index-dok000-b-n-a.htm>

Helse Midt-Norge RHF

2004 Om Helse Midt-Norge RHF, Helse Midt-Norge RHF. 20040908 2004.<http://www.helse-midt.no/>

Helse Nord RHF

2004 Helse Nord RHF, Helse Nord RHF.20041008 <http://www.helse-nord.no/>

Helse Øst RHF

2004 Om Helse Øst, Helse Øst RHF.20040908 <http://www.helse-ost.no/index.asp>

- Helse Sør RHF*
2004 Om Helse Sør RHF. 20040908 <http://www.helse-sor.no/>
- Helse Vest RHF*
2004 Om Helse Vest, Helse Vest RHF.20040908 <http://www.helse-vest.no/>
- Huseby, Beate M.*
2000 Likhet og variasjon mellom norske fylker i bruk av sykehustjenester på 1990-tallet. SAMDATA Sykehus Rapport. Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise variasjoner. Finn Henry Hansen (ed.). Trondheim, SINTEF Unimed.
- Huseby Beate M.*
2001 Etterspørsel, tilbud og samlet sykehusforbruk. Levekår, tilgjengelighet til sykehustjenester og bruk av sykehus i norske kommuner. Beate M. Huseby and Birgitte Kalseth (ed.). Trondheim, SINTEF Unimed.
- Huseby, Beate M.*
2002 Aktivitetsutviklingen ved somatiske sykehus 1996-2001: økt aktivitet, men flere reinnleggelser. I Helseregionenes utfordringer. (Red. Beate M. Huseby). SAMDATA Rapport 3/02
- Innst S nr 82*
2003-2004 Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten
- Johnson E, Solheim K, Buanes T.*
1993 Laparoskopisk kirurgi i Norge. Driftsstatistikk fra kirurgiske avdelinger etter 1990. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1982-4.
- Jørgensen, Stig*
1992 Pasienter, prioriteringer og praksis. Bruk av sykehustjenester i Norge 1988-1989. Trondheim, SINTEF.
- Kalseth, Birgitte*
2000 Variasjoner i medisinsk praksis. SAMDATA Sykehus Rapport 1999. Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise forskjeller. Finn Henry Hansen (ed.). Trondheim, SINTEF Unimed.
- Kalseth, Birgitte*
2002 Sengekapasitet og personellinnsats ved de somatiske sykehusene. Samdata Sykehus Tabeller. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2001. Beate M. (ed.) Huseby. Trondheim, SINTEF Unimed.
- Kalseth, Jorid (Red.)*
2003 Utviklingen i helseregionene etter sykehusreformen. SAMDATA Sykehus Rapport 4/03. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning 2/03.

Kjekshus, Lars Erik

2004 INTORG – De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. SINTEF Helse Rapportnr STF78 A045005

Kjekshus, Lars Erik og Terje P. Hagen

2003 Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? I Tidsskrift for Velferdsforskning. Vol. 6, No. 1: 3-16.

Magnussen, Jon

1998 Sykehussektoren 1998 - fra rammefinansiering til ISF. Trondheim, SINTEF Helse.

Magnussen, Jon

2002 SAMDATA Sykehus Rapport; Utvikling i helseregionene etter sykehusreformen. Kap 3. STF78, A035020.

Magnussen, Jon, Stein Petersen og Leena Kiviluoto

2003 Har sykehusene for få pasienter? I Tidsskrift for Den norske lægeforening 2003; 123: 209-10

Magnussen, Jon

2003 Utviklingen i effektivitet. I Utviklingen i helseregionene etter sykehusreformen (Red. Jorid Kalseth). SAMDATA Sykehus Rapport 4/03. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning 2/03.

Midttun, Linda

2003 Tilgjengelighet og behandlingspraksis for utvalgte pasientgrupper. I Torvik, Heidi (red.) SAMDATA Sykehus Tabeller 2002. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning 2/03.

Mjåland O, Johnson E, Myrvold HE.

2002 Laparoskopisk kirurgi i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2520-3.

Nissen R.

1956 Eine einfache operation zur beeinflussung der refluxoesophagitis. Schweiz Med Wochenschr 1956; 86: 590-2.

NOU 1996: 1 Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner. Oslo, Kommunal- og arbeidsdepartementet.

NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Helsedepartementet.

Ot prp nr 66

2000-2001 Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartement.

Pedersen G, Hoem D, Andren-Sandberg A.

2002 Influence of laparoscopic cholecystectomy on the prevalence of operations for gallstones in Norway. *Eur J Surg* 2002; 168: 464-9.

Rossetti M, Hell K.

1977 Fundoplication for the treatment of gastroesophageal reflux in hiatal hernia. *World J Surg* 1977; 1: 439-43.

Rønningen, Lars

1997 Hvorfor forskjeller i fylkenes sykehusutgifter? SAMDATA Sykehus. Birgitte Kalseth, Kjell Solstad and Lars Rønningen (ed.). Trondheim, SINTEF Unimed.

Rønningen, Lars

2000 Stabile eller økende forskjeller i ressursinnsatsen ti sykehustjenester? SAMDATA Sykehus Rapport. Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise forskjeller. Finn Henry Hansen (ed.). Trondheim, SINTEF Helse.

Stortingsmelding nr 9

1974-1975 Sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr 16

2002-2003 Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo, Helsedepartementet.

Stortingsmelding nr 5

2003-2004 Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

Stortingsmelding nr 1

2003-2004 Nasjonalbudsjettet

Stortingsmelding nr 1

2002-2003 Nasjonalbudsjettet

St meld nr 1 Nasjonalbudsjettet

St prp nr 65 Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003

Torp H, Edvardsen D F, Kittelsen S A C

2000 Evaluering av formidling. En effektivitetsanalyse av arbeidskontorenes samlede virksomhet basert på DEA. ISF Rapport 2000:008.

Torvik, Heidi (Red.)

2003 SAMDATA Sykehus Tabeller 2002. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning 2/03.

Trondsen E, Mjaland O, Raeder J, Buanes T.

2000 Day-case laparoscopic fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease. Br J Surg 2000; 87: 1708-11.

Trondsen E, Bakken IJ, Skjeldestad FE.

2004 Refluxoperasjoner i Norge 1999-2003. Tidsskr Nor Lægeforen (innsendt september 2004).

www.samdata.sintef.no (Apendektomi i Norge 1990-2003).