

SAMDATA



SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07



# SAMDATA

## Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006

Stein Østerlund Petersen  
(Red.)

SINTEF Helse  
7465 TRONDHEIM  
Telefon: 4000 2590  
Telefaks: 932 70 800  
Rapport 3/07

ISBN 978-82-14-04251-1  
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse  
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

**SINTEF Helse**Postadresse:  
7465 Trondheim/  
Pb 124, Blindern, 0314 OsloTelefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

**SINTEF RAPPORT**

TITTEL

**SAMDATA Sektorrapport for somatisk  
spesialisthelsetjeneste 2006**

FORFATTER(E)

Stein Ø. Petersen, Pål Martinussen, Beate M. Huseby, Linda Midttun,  
Marit Pedersen, Heidi Jensberg, Birgitte Kalseth, Kjell Solstad

OPPDRAKSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A2153	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Jan Oddum	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04251-1	PROSJEKTNR. 78H092.30	ANTALL SIDER OG BILAG 232
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\SAMDATA 2007\Somatikk Sektorrapport\doc		PROSJEKTLÉDER (NAVN, SIGN.) Stein Ø. Petersen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Kari Nyland
ARKIVKODE E	DATO 2007-10-22	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	<i>Britt Venner</i>

**SAMMENDRAG**

Rapporten viser utviklingen i den somatiske spesialisthelsetjenesten i perioden 2002-2006, både på nasjonalt og regionalt nivå. I tillegg har rapporten 6 tematiske kapitler med analyser som fokuserer på bruk av lokalsykehus, private aktører i den somatiske spesialisthelsetjenesten (private kommersielle sykehus og private avtalespesialister), reinnleggelser, pasienter med kroniske lidelser, effektivitet i sykehus og ventetid til behandling. Fra 2002 til 2006 økte kostnadene til den somatiske spesialisthelsetjenesten fra 45,1 til 53,4 milliarder kroner målt i faste 2006-priser. Dette tilsvarer mer enn 18 prosent økning. Nye oppgaver i løpet av perioden er inkludert i denne økningen. I samme periode økte antall årsverk med 5 prosent, hvorav antall legeårsverk økte med 15 prosent. Dette reflekteres i aktivitetsutviklingen, i 2006 ble det registrert 24 prosent flere sykehusopphold enn i 2002. Dagopphold økte mest (52 prosent), mens døgnopphold hadde en økning på 12 prosent. Ved starten av perioden var de regionale forskjellene minst for personellinnsatsen, og disse ble ytterligere redusert i løpet av perioden. Forskjellene var størst på kostnadssiden, og her økte forskjellene i løpet av perioden. Det har også blitt større regionale forskjeller i aktivitet, både målt i antall opphold og i DRG-poeng. I perioden 2002-2006 var aktivitetsveksten ved lokalsykehus mindre enn ved andre sykehus. Bruk av lokalsykehus avhenger både av bosted, av kjønn og alder. Aktiviteten ved private kommersielle sykehus har i hovedsak vært knyttet til elektiv kirurgi og dagkirurgi. Frem til 2004 var det en markant økning i aktiviteten, deretter har det vært en klar stagnering og nedgang. Bruk av avtalespesialister har en utjevningseffekt på geografiske forskjeller i bruk av offentlige poliklinikker. Andel pasienter som blir reinnlagt som øyeblikkelig hjelp har økt år for år i perioden. Risikoen for å bli reinnlagt øker med økende alder. Sykehus med omfattende universitetsfunksjoner hadde en nedgang i kostnadseffektivitet fra 2003-2006, mot en økning for andre sykehus. Andelen kontakter med spesialisthelsetjenesten for pasienter med kroniske lidelser har avtatt i løpet av siste femårs periode. Sannsynligheten for å vente mer enn 6 måneder på kirurgiske inngrep er aldersavhengig, og sannsynligheten avtar med økende alder. For kreftpasienter var det ingen statistisk signifikant forskjell mellom aldersgruppene.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Somatisk spesialisthelsetjeneste	Somatic health services
EGENVALGTE	Aktivitet	Activity
	Kostnader	Costs



# Forord

Formålet med SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 er å gi et bilde av sentrale utviklingstrekk i tjenesten de siste fem år. Det legges vekt på å se ulike indikatorer i sammenheng, og på å sammenligne utviklingen i de enkelte helseregionene. I tillegg omfatter rapporten mer dyptgående analyser av avgrensede tema. I årets rapport fokuseres på

- Behandling av kronikere
- Private aktører i den somatiske spesialisthelsetjenesten, dvs. private avtale-spesialister og private kommersielle sykehus
- Bruk av lokalsykehus
- Reinnleggelser i perioden 2002-2006
- Analyser av effektivitet i somatiske sykehus
- Ventetid til behandling

Dette er tema som er valgt i samarbeid med oppdragsgiver, og som også er vektlagt i sentrale styringsdokumenter.

I tråd med ønsker fra oppdragsgiver (Sosial- og helsedirektoratet) er SAMDATA-prosjektet fra og med inneværende år endret i forhold til tidligere år. Det blir også utgitt to andre sektorrapporter, SAMDATA Psykisk helsevern og SAMDATA Rusbehandling. I juli ble rapporten SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 publisert. Nøkkeltallsrapporten inneholder tall og analyser på nasjonalt og regionalt nivå for hele spesialisthelsetjenesten.

Rapportene vil også være tilgjengelig på våre nettsider [www.sintef.no/samdata](http://www.sintef.no/samdata).

Kontaktperson hos oppdragsgiver har vært Jan Oddum.

Fra SINTEF Helse har følgende medarbeidere deltatt i arbeidet med rapporten: Beate Huseby, Heidi Jensberg, Birgitte Kalseth, Pål Martinussen, Linda Midttun, Marit Pedersen, Stein Østerlund Petersen og Kjell Solstad. Stein Østerlund Petersen har vært prosjektleder for arbeidet med rapporten, og prosjektsekretær Hanne Kvam har sammenstilt de ulike kapitlene i rapporten.

Trondheim, oktober 2007

Stein Østerlund Petersen

(red.)





# Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse .....	3
Tabelloversikt .....	9
Figuroversikt .....	12
<b>1 Innledning og sammendrag .....</b>	<b>17</b>
1.1 Utviklingen i somatisk spesialisthelsetjeneste 2002-2006 .....	17
1.1.1 Aktivitet, kostnader og personell .....	18
1.1.2 Forbruket .....	18
1.1.3 Personellet .....	19
1.1.4 Tilgjengelighet .....	19
1.1.5 Prioriterte pasientgrupper .....	19
1.1.6 Kvinneperspektivet .....	20
1.2 Bruk av lokalsykehus .....	21
1.3 Private spesialisthelsetjenester: utvikling og geografiske forskjeller .....	21
1.4 Reinnleggelser i perioden 2002-2006 .....	22
1.5 Effektivitetsutvikling 2003-2006 .....	23
1.6 Pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser i spesialisthelsetjenesten i perioden 2002-2006 .....	24
1.7 Ventetid til behandling .....	25
<b>2 Utviklingen i somatisk spesialisthelsetjeneste, 2002–2006 .....</b>	<b>27</b>
2.1 Innledning .....	27
2.2 Hovedtrekk for perioden 2002-2006 .....	29

2.3	Aktivitet og ressursinnsats .....	30
2.3.1	Regionale forskjeller .....	31
2.4	Forbruk av sykehustjenester.....	32
2.4.1	Regionale forskjeller .....	34
2.5	Personellinnsats.....	34
2.5.1	Regionale forskjeller .....	35
2.6	Tilgjengelighet.....	36
2.6.1	Regionale forskjeller .....	38
2.7	Prioriterte pasientgrupper: KOLS, diabetes og kreft.....	39
2.7.1	Regionale forskjeller .....	41
2.8	Kvinneperspektivet.....	41
2.8.1	Regionale forskjeller .....	42
3	Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002-2006 .....	43
3.1	Innledning .....	43
3.2	Økt oppmerksomhet rundt lokalsykehusene .....	44
3.3	Data .....	45
3.4	Metode.....	45
3.5	Resultater på nasjonalt nivå .....	46
3.6	Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006 nasjonalt og regionalt .....	48
3.7	Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006 for eldre over 65 år .....	49
3.8	Bruk av lokalsykehus ved akutt sykdom og planlagt behandling .....	50
3.9	Bruk av lokalsykehus ved normale fødsler og friske nyfødte .....	53
3.10	Aldersprofilen ved bruk av lokalsykehus .....	55
3.11	Betydningen av kjønn for bruk av lokalsykehus .....	57
3.12	Sammenhengen mellom kommunestørrelse og bruk av lokalsykehus.....	57
3.13	Oppsummering.....	58
4	Private spesialisthelsetjenester: utvikling og geografiske forskjeller.....	61
4.1	Private kommersielle sykehus .....	61

4.1.1	Datagrunnlag.....	62
4.1.2	Omfanget og utvikling av private kommersielle sykehus' aktivitet .....	62
4.1.3	Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester ved private kommersielle sykehus: regionale forskjeller.....	65
4.1.4	Utjevning eller forsterking av geografiske forskjeller? .....	67
4.1.5	Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester ved private kommersielle sykehus: geografi, kjønn, alder og diagnosegrupper .....	70
4.1.6	Private kommersielle sykehus' rolle .....	75
4.2	Private avtalespesialister.....	76
4.2.1	Datagrunnlag.....	78
4.2.2	Omfanget av private avtalespesialisters aktivitet .....	79
4.2.3	Utjevning eller forsterking av geografiske forskjeller? .....	83
4.2.4	Tilgjengelighet til private avtalespesialister og offentlige poliklinikker .....	84
4.2.5	Private avtalespesialisters rolle .....	86
4.3	Hvor privat er de private spesialisthelsetjenestene? .....	86
5	Reinnleggelser i perioden 2002–2006.....	89
5.1	Definisjoner og datagrunnlag .....	90
5.2	Reinnleggelser i perioden 2002-2006 – hovedtrekk i utviklingen .....	90
5.3	Kjennetegn ved reinnlagte pasienter .....	92
5.3.1	Reinnleggelser etter alder og kjønn .....	92
5.3.2	Reinnleggelser i forhold til type DRG og kompliserende DRG.....	93
5.3.3	Reinnleggelser i forhold til hvor pasienten ble utskrevet.....	94
5.3.4	Reinnleggelser etter hvilken måned pasienten ble utskrevet .....	95
5.3.5	Reinnleggelser etter hvor lang liggetid pasienten hadde før utskrivning.....	96
5.3.6	Reinnleggelser for noen utvalgte DRG-er.....	98
5.3.7	Reinnleggelser etter institusjon.....	100
5.4	Reinnleggelser og liggetid – er det noen sammenheng? .....	100
5.5	Oppsummering.....	104

6	Effektivitetsutvikling 2003–2006 .....	105
6.1	Innledning .....	105
6.1.1	Formål .....	105
6.1.2	Organisering av kapitlet .....	106
6.2	Metode .....	106
6.3	Datamaterialet .....	107
6.3.1	Datatekniske forutsetninger .....	107
6.3.2	Valg av tidsperiode .....	108
6.3.3	Endring i datagrunnlag i løpet av perioden .....	108
6.4	Effektivitetsutvikling 2003–2006 .....	109
6.4.1	Nasjonal og regional utvikling 2003-2006 .....	109
6.4.2	Spredning i kostnadseffektivitet 2003-2006 .....	116
6.4.3	Utvikling i kostnadseffektivitet ved helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner kontra øvrige helseforetak 2003-2006 .....	118
6.5	Oppsummering .....	121
7	Pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser i spesialisthelsetjenesten i perioden 2002-2006 .....	123
7.1	Innledning .....	123
7.2	Hvem inngår i definisjonen kronikere i dette kapitlet? .....	124
7.3	Datagrunnlaget og måleproblemer i datagrunnlaget .....	126
7.4	Endring i aktivitetsutvikling for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser – nasjonalt nivå .....	127
7.4.1	Har det vært en lavere vekst i antall og opphold blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser enn øvrige pasienter i perioden 2002-2006? .....	127
7.4.2	Er aktivitetsveksten lavere for pasienter med kronisk hoveddiagnose også når vi inkluderer øvrige opphold blant disse pasientene? .....	128
7.5	Endring i aktivitetsutvikling for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser – regionalt nivå .....	129
7.5.1	Er det forskjeller mellom regionene i utviklingen av antall pasienter med kroniske hoveddiagnoser? .....	129

7.5.2	Øvrige opphold og konsultasjoner blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser – regionalt nivå.....	133
7.6	Oppsummering og avslutning .....	135
8	Ventetid til behandling .....	137
8.1	Innledning .....	137
8.2	Viktig å vite om datagrunnlaget for beregning av ventetider .....	137
8.2.1	Ventelistedata.....	138
8.2.2	Pasientdata .....	138
8.2.3	Begge datasett benyttes i dette kapitlet .....	138
8.3	Ventetider – det store bildet .....	139
8.3.1	Hvem var langtidsventerne første tertial 2007?.....	140
8.3.2	Pasienter i Midt-Norge har høyest andel med ventetid over seks måneder .....	141
8.3.3	Når det haster; ventetider til kreftbehandling (basert på pasientdata) .....	142
8.4	Analyse av forskjeller i ventetid for utvalgte prosedyrer i 2006 .....	145
8.4.1	Pasienter som utgår fra datagrunnlaget .....	145
8.4.2	Utvalgte faktorer som analyseres i forhold til ventetid.....	145
8.4.3	Prosedyrer som inngår i analysen.....	146
8.4.4	Metodisk tilnærming: logistisk regresjonsanalyse .....	148
8.4.5	Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på "enkler" kirurgiske prosedyrer .....	148
8.4.6	Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på kirurgi som vanligvis krever innleggelse .....	152
8.4.7	Sannsynligheten for å vente over henholdsvis 30 dager og 60 dager til operasjon på grunn av kreftsykdom .....	154
8.5	Oppsummering og avsluttende kommentarer .....	158
	Vedlegg .....	161
	Vedlegg til kapittel 2: Regional utvikling 2002-2006 .....	163
	Vedlegg til kapittel 3: Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002-2006.....	201
	Vedlegg til kapittel 4: Private spesialisthelsetjenester: Utvikling og geografiske forskjeller.....	209

Vedlegg til kapittel 6: Effektivitetsutvikling 2003–2006 .....	215
Vedlegg til kapittel 7: Kronikere i spesialisthelsetjenesten .....	217
Vedlegg til kapittel 8: Ventetid til behandling.....	219
Litteraturliste .....	227

## Tabelloversikt

Tabell 3.1	Utviklingen i bruk av lokalsykehus 2002-2006. Logistisk regresjon med og uten kontroll for helseregionene. ....	47
Tabell 3.2	Predikerte sannsynligheter for eldres bruk av lokalsykehus (prosent).....	49
Tabell 4.1	Offentlig godkjente private kommersielle sykehus i 2004 (Legekunsten 2005).....	63
Tabell 4.2	Antall driftsavtaler per fagspesialitet (årsverk i parentes) 1991, 1997, 1998, 2001, 2004 og 2006. ....	77
Tabell 4.3	Antall og andel avtalespesialister som har levert godkjente og komplette data. Andeler av totalt antall driftsavtaler og kontraktsfestede årsverk samt andeler av NPRs totale innkallelser, 2006. ....	79
Tabell 4.4	Antall konsultasjoner og ISF-virksomhet utført av private avtalespesialister som har levert data for 2006, per fagspesialitet og i forhold til avtalespesialistenes regionale tilhørighet. ....	80
Tabell 4.5	Estimert antall konsultasjoner utført av private avtalespesialister i 2006 i forhold til avtalespesialistenes regionale tilhørighet. Estimatenes er basert på innrapporterte data. ....	81
Tabell 4.6	Antall konsultasjoner per årsverk for spesialister som har levert data for 2006. Anestesileger er ekskludert. Fordeling per fagspesialitet og etter avtalespesialistenes regionale tilhørighet. ....	82
Tabell 4.7	Konsultasjoner og ISF-virksomhet utført av private avtalespesialister samt konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og dagkirurgi ved offentlige sykehus per 1 000 innbyggere i helseregionene i 2006. ....	83
Tabell 4.8	Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient hos avtalespesialist og ved poliklinikk i 2006. Regioninndeling i henhold til pasientens bosted. ....	85
Tabell 4.9	Medianalder og interkvartil variasjonsbredde i alder for pasienter behandlet av private avtalespesialister og ved offentlig poliklinikk for øyesykdom, hudsykdom og totalt i 2006. ....	85
Tabell 5.1	Andel utskrivninger med påfølgende reinnleggelse etter DRG. De 10 DRG-ene med høyest reinnleggsrate i 2002. Januar-november 2002-2006. ....	99
Tabell 5.2	Antall utskrivninger med påfølgende reinnleggelse etter DRG. De 10 DRG-ene med flest reinnleggelse i 2002. Januar-november 2002-2006. ....	100
Tabell 6.1	Teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet. Nasjonal utvikling 2003-2006. Basisår 2003 = 100. Årlige gjennomsnitt både vektet og ikke vektet med størrelse på helseforetak. Prosentvis endring 2005-2006 og 2003-2006. ....	110

Tabell 6.2	Teknisk effektivitet, regional utvikling 2003-2006. Årlige gjennomsnitt vektet med størrelse på helseforetak. Prosentvis endring fra 2005-2006 og 2003-2006. ....	115
Tabell 6.3	Teknisk effektivitet, regional utvikling 2003-2006. Årlige gjennomsnitt uvektet. Prosentvis endring fra 2005-2006 og 2003-2006. ....	115
Tabell 6.4	Kostnadseffektivitet, regional utvikling 2003-2006. Årlige gjennomsnitt vektet med størrelse på helseforetak. Prosentvis endring fra 2005-2006 og 2003-2006. ....	116
Tabell 6.5	Kostnadseffektivitet, regional utvikling 2003-2006. Årlige gjennomsnitt uvektet. Prosentvis endring fra 2005-2006 og 2003-2006. ....	116
Tabell 6.6	Gjennomsnittlig kostnadseffektivitet og standardavvik mellom nivå på kostnadseffektivitet for helseforetakene. 2003 og 2006. Regionale helseforetak og landet samlet. ....	117
Tabell 6.7	Nivå på kostnadseffektivitet for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner relativt til øvrige helseforetak. 2003 – 2006. ....	121
Tabell 7.1	Oversikt over de utvalgte kroniske hoveddiagnoser som inngår i dette kapittelet, antall pasienter i hver kategori i 2006 og endring i prosent fra 2002 til 2006. ....	125
Tabell 7.2	Pasienter med og uten kronisk hoveddiagnose i absolutte tall og som rater per 1 000 innbygger i 2006, samt prosentvis endring fra 2002 ....	128
Tabell 7.3	Antall kontakter med spesialisthelsetjenesten med og uten kronisk hoveddiagnose i prosent av antall kontakter i alt etter omsorgsnivå. 2002 og 2006. ....	129
Tabell 8.1	Fagområder med høyest andel med ventetid over 6 måneder. Ordinært avviklede henvisninger fra venteliste 1. tertial 2007 (se også vedleggstabellen v8.4-v8.6 ). ....	141
Tabell 8.2	Ventetid i dager til første innleggelse eller dagbehandling i 2006 for pasienter med hoveddiagnose svulster. Første opphold med registrert dato. Eksklusive opphold for pasienter med kirurgisk inngrep. ....	143
Tabell 8.3	Ventetidsfordeling i prosent og median ventetid. Etter type kreftoperasjon og bostedsregion. 2006. ....	144
Tabell 8.4	Antall pasienter og ventetid for hovedgrupper av prosedyrer. 2006. ....	147
Tabell 8.5	Sannsynligheten for å vente over 6 måneder. Enklere kirurgi. Oddsratio fra logistisk regresjon. Signifikansnivå: * $P \leq 0,05$ , ** $P \leq 0,01$ . ....	149



Tabell 8.6	Sannsynligheten for å vente over 6 måneder. Prosedyrer som normalt krever innleggelse. Oddsratio fra logistisk regresjon. 2006. Signifikansnivå: * $P \leq 0,05$ , ** $P \leq 0,01$ . .....	152
Tabell 8.7	Sannsynligheten for å vente over 30 dager. Prosedyrer i forbindelse med kreftsykdom. Oddsratio fra logistisk regresjon. 2006. Signifikansnivå: * $P \leq 0,05$ , ** $P \leq 0,01$ . .....	155
Tabell 8.8	Sannsynligheten for å vente over 60 dager. Prosedyrer i forbindelse med kreftsykdom. 2006. Oddsratio fra logistisk regresjon. 2006. Signifikansnivå: * $P \leq 0,05$ , ** $P \leq 0,01$ . .....	156

## Figuroversikt

Figur 2.1	Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger. Utgifter i 2006-kroner, nasjonale tall. ....	31
Figur 2.2	Prosentvis endring i bruk av sykehustjenester, 2002-2006. Døgn- og dagopphold, polikliniske konsultasjoner, DRG-poeng døgn- og dagopphold. Rater per 1 000 innbygger. ....	33
Figur 2.3	Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger.....	34
Figur 2.4	Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger i somatisk spesialisthelsetjeneste, 2002-2006 (private årsverk ikke inkludert).....	35
Figur 2.5	Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde, døgnopphold, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007. ....	36
Figur 2.6	Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde, dagbehandling, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007. ....	37
Figur 2.7	Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde, poliklinisk behandling, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007. ....	38
Figur 2.8	Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007. ....	38
Figur 2.9	Prosentvis endring i forbruksrater for kreft (kategori C00-C97 under hovedkapittel II, Svulster, i ICD-10), KOLS (DRG 88), diabetes > 35 år (DRG 294) og diabetes < 36 år (DRG 295), 2002-2006. Dag- og døgnopphold per 1 000 innbygger. ....	40
Figur 2.10	Prosentvis endring i forbruksrater for brystkreft, lungekreft og prostatakraft, 2002-2006. Dag- og døgnopphold per 1 000 innbygger. ....	40
Figur 2.11	Prosentvis endring i forbruksrater for KOLS, lungekreft og diabetes (DRG 294 og DRG 295 totalt) per kjønn, 2002-2006.....	42
Figur 3.1	Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus nasjonalt og regionalt fra 2002 til 2006. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt $\mu$ (vedleggstabell v3.3). .	48
Figur 3.2	Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter år, type innleggelse og behandling. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.1 og indikatorenes gjennomsnitt $\mu$ (vedleggstabell v3.2)....	51

Figur 3.3	Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter type innleggelse, behandling og pasientens alder. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.1) og indikatorenes gjennomsnitt $\mu$ (vedleggstabell v3.2).....	52
Figur 3.4	Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter type innleggelse, behandling og helseregion. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt $\mu$ (vedleggstabell 3.3). .....	52
Figur 3.5	Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus ved normale fødsler etter helseregion. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.3) og indikatorenes gjennomsnitt $\mu$ (vedleggstabell v3.4). .	54
Figur 3.6	Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus ved normale fødsler etter helseregion og pasientenes kommunestørrelse. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.3) og indikatorenes gjennomsnitt $\mu$ (vedleggstabell v3.4). .....	55
Figur 3.7	Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter helseregion og pasientenes alder. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt $\mu$ (vedleggstabell v3.3). .	56
Figur 3.8	Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter helseregion og kjønn. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt $\mu$ (vedleggstabell v3.3).....	57
Figur 3.9	Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter helseregion og kommunestørrelse. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt $\mu$ (vedleggstabell v3.3). .	58
Figur 4.1	Andel av totale opphold, elektiv kirurgiske opphold og dagkirurgiske opphold avvirket ved private kommersielle sykehus, 2002-2006. ....	64
Figur 4.2	Andel elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i perioden 2002-2006 per helseregion.....	66
Figur 4.3	Andel dagkirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i perioden 2002-2006 per helseregion.....	66

Figur 4.4	Antall elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus per 100 000 innbyggere i helseregionene, 2002-2006.....	68
Figur 4.5	Antall elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus og øvrige sykehus per 100 000 innbyggere i helseregionene i 2004 og 2006. ....	69
Figur 4.6	Regionale forskjeller i predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved private kommersielle sykehus i 2002. ....	71
Figur 4.7	Regionale forskjeller i predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved private kommersielle sykehus i 2004. ....	72
Figur 4.8	Regionale forskjeller i predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved private kommersielle sykehus i 2006. ....	72
Figur 4.9	Predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved privat kommersielt sykehus for kvinner og menn i 2004 og 2006. ....	73
Figur 4.10	Predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved privat kommersielt sykehus i 2004 for opphold i ICD10-hovedkapittel 4, 10, 12 og 13. ....	74
Figur 4.11	Antall driftsavtaler og kontraktsfestede årsverk for private spesialister i 1991–2006, eksklusive psykiatri (Datakilde: Statistisk sentralbyrå).....	77
Figur 4.12	Antall konsultasjoner ved offentlig poliklinikk og dagkirurgiske opphold ved offentlig sykehus per 1 000 innbyggere, og antall estimerte konsultasjoner og ISF-opphold hos privat avtalespesialist per 1 000 innbyggere i helseregionene i 2005 og 2006. ....	84
Figur 5.1	Antall opphold uten etterfølgende reinnleggelse og antall opphold med etterfølgende reinnleggelse i prosent av tilsvarende antall opphold 2002. Hele landet januar-november 2002-2006. ....	91
Figur 5.2	Andel reinnleggelser i alt. Januar-november 2002-2006.....	91
Figur 5.3	Reinnleggingsrater etter helseregion. Januar-november 2002-2006. ....	92
Figur 5.4	Reinnleggingsrater etter alder og kjønn. Januar-november 2006.....	93
Figur 5.5	Reinnleggingsrater etter type DRG og kompliserende DRG. Januar-november 2006. ....	94
Figur 5.6	Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivninger i alt etter hvor de ble utskrevet. Januar-november 2006. ....	95
Figur 5.7	Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivninger i alt etter utskrivningsmåned. Januar-november 2006.....	96
Figur 5.8	Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivninger i alt. Utskrivninger i juli og januar-november unntatt juli. 2002-2006. ....	96

Figur 5.9	Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivninger i alt etter antall liggedager før utskrivning. Januar-november 2006.....	97
Figur 5.10	Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivninger i alt etter antall liggedager før utskrivning. Pasienter i alder 70 år og over. Januar-november 2006.....	97
Figur 5.11	Antall liggedager før utskrivning for reinnlagte og ikke reinnlagte i prosent av antall opphold i alt. Januar-november 2006.....	98
Figur 5.12	Gjennomsnittlig liggetid for utskrevne pasienter som ble reinnlagt og for utskrevne pasienter som ikke ble reinnlagt. Januar-november 2002-2006. ..	101
Figur 5.13	Relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i andel reinnleggelser. Data fra 46 sykehus. 2002-2003.....	102
Figur 5.14	Relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i andel reinnleggelser. Data fra 46 sykehus. 2003-2004.....	102
Figur 5.15	Relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i andel reinnleggelser. Data fra 46 sykehus. 2004-2005.....	103
Figur 5.16	Relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i andel innleggelser. Data fra 46 sykehus. 2005-2006.....	103
Figur 6.1	Nasjonal effektivitetsutvikling i perioden 2003 til 2006. Basisår 2003 = 100. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til foretaksstørrelse.....	109
Figur 6.2	Utvikling i data for ressursinnsats og aktivitet 2003 – 2006. Enheter som inngår ved beregning av effektivitetsutvikling i SAMDATA. Årlig prosentvis endring, samt endring for perioden samlet.....	111
Figur 6.3	Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene. Basisår 2003 = 100. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.....	112
Figur 6.4	Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.....	113
Figur 6.5	Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene. Basisår 2003 = 100. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.....	114
Figur 6.6	Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.....	114
Figur 6.7	Nasjonal utvikling i kostnadseffektivitet for alle helseforetak, helseforetak uten omfattende universitetsfunksjoner og helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner. Basisår 2003 = 100. Årsgjennomsnitt vektet med foretaksstørrelse.....	119

Figur 7.1	Prosentvis endring i antall pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser etter helseregion, 2002, 2004 og 2006. Prosent av alle pasienter. ....	130
Figur 7.2	Prosentvis endring i antall pasienter med og uten kronisk hoveddiagnose i perioden 2002 til 2006. ....	131
Figur 7.3	Prosentvis endring i rater 2002-2006 for pasienter med kronisk hoveddiagnose etter omsorgsnivå og boregion. ....	132
Figur 7.4	Prosentvis endring i rater 2002-2006 for pasienter uten kronisk hoveddiagnose etter omsorgsnivå og boregion. ....	132
Figur 7.5	Endring i andel kontakter totalt som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose etter region. ....	134
Figur 7.6	Endring i andel kontakter totalt som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose etter region og omsorgsnivå. ....	134
Figur 8.1	Ventetidsfordeling somatikk. Alle omsorgsnivå. Ordinært avviklede henvisninger 1. tertial 2007. ....	139
Figur 8.2	Spredning i median ventetid i dager for utvalgte prosedyrer. Helseforetaksområder 2006. ....	146
Figur 8.3	Spredning i median ventetid i dager for utvalgte prosedyrer. Helseforetaksområder 2006. ....	147
Figur 8.4	Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på operasjon for enklere kirurgi. Oddsratio kontrollert for alder, rettighetsstatus, prosedyregruppe, operert som dagkirurgi eller ikke. Helseforetaksområder 2006. Signifikansnivå * $P < 0,05$ ** $P < 0,01$ . ....	151
Figur 8.5	Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på operasjon for kirurgiske prosedyrer som normalt krever innleggelse. Oddsratio kontrollert for alder, rettighetsstatus, prosedyregruppe. Helseforetaksområder 2006. Signifikansnivå: * $P \leq 0,05$ , ** $P \leq 0,01$ . ....	154
Figur 8.6	Sannsynligheten for å vente over 30 dager på operasjon for kreft. Oddsratio kontrollert for alder, rettighetsstatus, prosedyregruppe. Helseforetaksområder 2006. Signifikant forskjellig fra Østfold * $P < 0,05$ ** $P < 0,01$ . ....	157

# 1 Innledning og sammendrag

Stein Ø. Petersen og Kjell Solstad

Formålet med SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 er å gi en beskrivelse av hvordan tjenesten har utviklet seg de siste fem år, fra og med 2002 til og med 2006. Indikatorer som beskriver tilgjengelighet, aktivitet, prioriteringer og kostnadsforhold sees i sammenheng for å kunne gi et helhetlig bilde av status og endringer i sektoren over tid. Beskrivelse av sentrale utviklingstrekk omfatter også et regionalt perspektiv, hvor det fokuseres på regionale likheter og ulikheter.

Fra og med inneværende år er SAMDATA-konseptet endret i tråd med ønsker fra oppdragsgiver (Sosial- og helsedirektoratet). SAMDATA er nå inndelt i tre sektorrapporter og en nøkkeltallsrapport. I tillegg til sektorrapporten om den somatiske spesialisthelsetjenesten, publiseres SAMDATA Psykisk helsevern og SAMDATA Rusbehandling. SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 ble publisert i juli d.å. Formålet med nøkkeltallsrapporten var å gi styringsdata for hele tjenesten, og å presentere informasjon om ressursinnsats, bruk av tjenestene og utnytting av ressursene. Dette ble vurdert opp mot aktuelle helsepolitiske mål.

I tillegg videreføres og utvides publisering på nettsidene. Her finnes blant annet tabeller og vedlegg som tilhører nøkkeltallsrapporten. Nettsidene har adresse [www.sintef.no/samdata](http://www.sintef.no/samdata).

Tanken bak omleggingen er å kunne publisere styringsindikatorer tidligst mulig, samtidig som det har vært ønskelig å gi SAMDATA en mer analytisk vinkling enn tidligere. De tre sektorrapportene vil derfor bli mer analyserende og fokusere på utvalgte tema enn hva som har vært vanlig i tidligere rapporter.

En endring er også at indikatorer på lavere nivå enn region kun publiseres på nettsidene. Det samme gjelder alle grunnlagsdata og vedlegg.

Rapporten er inndelt i 6 tematiske kapitler og ett kapittel som gjennomgår utviklingen i den somatiske spesialisthelsetjenesten på nasjonalt og regionalt nivå i perioden 2002-2006. De temaene som berøres er

- Bruk av lokalsykehus
- Private kommersielle sykehus og private avtalespesialister
- Reinnleggelser
- Effektivitet i sykehus
- Pasienter med kroniske lidelser
- Ventetid til behandling

## 1.1 Utviklingen i somatisk spesialisthelsetjeneste 2002-2006

Gjennomgangen i kapittel 2 tar utgangspunkt i styringsindikatorer for sentrale helsepolitiske målsettinger, hvor indikatorene sees i sammenheng. Følgende områder gjennomgås: aktivitet og ressursinnsats, personellsammensetning, forbruk, og tilgjengelighet. Utviklingen fra 2002 til 2006 gjennomgås også med spesiell fokus rettet mot to forhold som i mindre grad har vært berørt tidligere, prioriterte pasientgrupper og kvinneperspektivet. I 2006 la regjeringen frem nasjonale strategier for tre prioriterte områder: kreft, KOLS og diabetes.

Disse gruppene har fått stor oppmerksomhet også før de nasjonale strategiene ble lansert, og det er derfor av interesse å studere aktivitetsutviklingen for disse pasientgruppene de siste fem år.

Et annet aktuelt tema er knyttet til kjønnsperspektivet. Regjeringen lanserte den såkalte "kvinnehelsestrategien" i 2002, hvor en sentral del av satsingen er å fokusere på kvinners helse på områder hvor strukturelle eller biologiske forhold gjør dette nødvendig. I kapitlet gjennomgås kvinners bruk av sykehus og utviklingen i opphold spesielt knyttet til kvinners helse i løpet av den siste femårs-perioden. Spesielt vil utviklingen innenfor behandling av lungekreft, KOLS og diabetes bli beskrevet.

De regionale analysene omfatter de regionale helseforetakenes "sørge for ansvar", som innebærer at utgangspunktet er de pasientene som har bosted i den enkelte region, uavhengig av om de bruker sykehus innenfor eller utenfor egen region. I tillegg til dag- og døgnopphold, brukes også DRG-poeng som aktivitetsmål. DRG-poeng indikerer hvor store ressurser som antas å være knyttet til den enkelte pasientbehandlingen.

Beskrivelse av innsats- og aktivitetsutviklingen er konsentrert om fire nøkkelindikatorer – kostnader, personell, DRG-poeng og forbruksrater. Forbruket av sykehustjenester analyseres gjennom å studere elektiv virksomhet og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type (medisin/kirurgi) nasjonalt og regionalt. I tillegg fokuseres det på den regionale utviklingen i forbruk av DRG-poeng. Videre presenteres nasjonale og regionale tall for samlet personellinnsats og brutt ned på personellkategorier. Tilgjengelighet beskrives ved å se på ulike aspekter ved ventetid. Den nasjonale utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde for innleggelse, dagbehandling og poliklinisk behandling beskrives. Den regionale utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold gjennomgås for alle omsorgsnivåer samlet. Nasjonal og regional utvikling for langtidsventende (ventetid mer enn 6 måneder) blir også beskrevet.

Utviklingen for kreft, KOLS og diabetes beskrives ved forbruksrater på nasjonalt og regionalt nivå, og kvinneperspektivet ivaretas ved å presentere kjønnsspesifikke forbruksrater.

#### 1.1.1 Aktivitet, kostnader og personell

I 2006 brukte man 15 prosent mer penger og 3 prosent flere årsverk på å gjennomføre 21 prosent flere opphold og produsere 13 prosent flere DRG-poeng enn i 2002. Korrigert for nye oppgaver og omlegging av arbeidsgiveravgiften var kostnadsøkningen i perioden på 9 prosent. Aktivitetsøkningen var sterkest det første året etter reformen. Fra 2003 til 2006 har det vært en jevn aktivitetsvekst målt i opphold, mens differansen i forhold til DRG-poeng ble større mot slutten av perioden. Det var en noe svakere aktivitets- og kostnadsvekst (korrigert for nye oppgaver) siste året sammenlignet med perioden under ett.

De regionale oversiktene viser at det i 2002 var minst forskjell mellom regionene i personellinnsatsen målt i forhold til innbyggerne bosatt i regionene. Forskjellene her avtar i løpet av perioden. Det motsatte var tilfelle for kostnadene i forhold til innbyggerne da disse var relativt store i utgangspunktet og økte i perioden. Aktiviteten målt i forhold til innbyggertallene økte også i perioden, både målt i forhold til antall opphold og DRG-poeng.

#### 1.1.2 Forbruket

Veksten i samlet antall opphold per 1 000 innbyggere var i hele femårsperioden på 21 prosent. Aktivitetsøkningen var sterkest det første året etter sykehusreformen, med en vekst på 9 prosent fra 2002 til 2003. De påfølgende årene har veksten årlig vært på 3 til 4 prosent. Det er dagbehandlingene som har hatt den kraftigste veksten i femårsperioden med en vekst på 48 prosent i antall dagopphold per 1 000 innbyggere. Det polikliniske forbruket har vokst med 13 prosent i samme periode.



Alle regionene hadde en sterk økning i medisinsk dagbehandling i perioden. De regionale forskjellene i forbruket er imidlertid store her, og har økt utover i perioden. Økningen i medisinsk dagbehandling var klart størst for befolkningen bosatt i helseregion Sør. Bruken av dagkirurgi har hatt en avtagende vekst eller nedgang i slutten av perioden. Dette henger trolig sammen med mindre bruk av private kommersielle sykehus i slutten av perioden. Det observeres en nedgang i kirurgiske opphold, både dagkirurgi og døgnopphold, fra 2005 til 2006. Denne utviklingen med nedgang eller utflating av veksten i kirurgiske opphold ser vi i samtlige helseregioner.

### 1.1.3 Personellet

Personellet i somatisk spesialisthelsetjeneste økte med 4 544 årsverk eller 7,5 prosent fra 2002 til 2006. Sammenligner vi med fireårsperioden før, 1999-2002, var økningen i personellinnsats på 8 prosent, dvs. omtrent det samme. Korrigert for befolkningsutviklingen er økningen på ca. 5 prosent. I perioden var økningen i personellinnsats sterkest det første året etter reformen, da samlet antall årsverk økte med 1 975, dvs. over 3 prosent. Legene har den sterkeste veksten i perioden, med en vekst på 12 prosent i legeårsverkene per 1 000 innbyggere. Personell knyttet til drift og service var den eneste gruppen som hadde en nedgang i perioden.

Selv om legeårsverkene har økt mest av alle personellgruppene er det regionale forskjeller i veksten i legeårsverkene. I Helse Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord har legeårsverkene per 1 000 innbyggere hatt den sterkeste veksten av alle grupper. I Helse Sør og Helse Vest var det administrativt personale som hadde den sterkeste veksten av alle personellgruppene.

Sykepleierårsverk var eneste personellkategori med klar økning fra 2005 til 2006. Stagnasjon i legeårsverk og økning i sykepleierårsverk siste år finner vi for samtlige helseregioner med unntak av for Helse Nord.

### 1.1.4 Tilgjengelighet

Ventetider for pasienter til døgnbehandling i somatisk spesialisthelsetjeneste ble redusert fra 92 dager til 64 dager fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007, målt for avviklede opphold. Det ble mindre forskjeller i ventetid mellom fagområdene. De fagområdene som hadde lengst ventetid i 2002, er de som hadde størst nedgang i perioden; ortopedi, ØNH- og øyesykdommer og kirurgi. Alle fagområder har en nedgang i perioden, men ØNH- og øyesykdommer samt fysikalsk medisin og rehabilitering har hatt en svak økning i slutten av perioden. Ventetiden for dagoppholdene og poliklinisk behandling har også blitt redusert med henholdsvis 28 og 18 prosent i hele perioden, men her har det vært en økning fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007. Her er det variasjon mellom fagområdene da flere fagområder har hatt en økning i ventetider over hele perioden.

De regionale forskjellene i samlet gjennomsnittlig ventetid er blitt betydelig mindre i perioden 2002-2006: differansen mellom de to regionene med lengst og kortest ventetid er nesten halvert, fra 43 til 17 dager. Det har vært nedgang i alle regionene, men det har vært store forskjeller i størrelsen på nedgangen. I alle regioner er det innenfor fagområdene kirurgi, ortopedi og ØNH og øyesykdommer at den største reduksjonen i ventetiden har skjedd.

### 1.1.5 Prioriterte pasientgrupper

Analysene er knyttet til pasienter med KOLS, diabetes og kreft som alle er pasientgrupper som det er knyttet nasjonale strategier til. I faktiske tall økte antall sykehusbehandlinger for KOLS med 1 714, fra 8 525 opphold i 2002 til 10 239 opphold i 2006. Dette gir en økning per 1 000 innbygger på nesten 17 prosent. For pasienter med diabetes er det skilt mellom pasienter eldre enn 35 år de under. Her har det henholdsvis vært en økning på 23 og 19

prosent fra 2002 til 2006. I samme periode har det også vært en økning på 16 prosent i antall opphold med kreftdiagnoser. Målt per 1 000 innbygger utgjør dette 12 prosent.

Forbruksrater for de tre mest utbredte kreftdiagnosene; brystkreft, prostatakreft og lungekreft i perioden, viser at økningen for prostatakreft har vært mer enn det dobbelte av brystkreft og lungekreft: mens det i 2006 var 75 prosent flere opphold med prostatakreft per 1 000 innbygger enn i 2002, var økningen for brystkreft og lungekreft på henholdsvis 34 og 33 prosent. Økningen har vært jevn for alle tre diagnoser i løpet av perioden. Etableringen av nasjonale tilbud for masseundersøkelser av bryst (mammografi-screening) fra 2003 har ikke ført til en økning i veksten i ratene for brystkreft.

De regionale forskjellene for pasienter med KOLS var store i starten av perioden. Utviklingen viser at disse har blitt større i løpet av perioden. Befolkningen i Helse Sør utmerker seg med et høyere forbruk enn resten av landet. Helse Midt-Norge utmerker seg på motsatt måte med at det er eneste region som har hatt en reduksjon i perioden. Helse Vest har hatt det laveste nivået på forbruket i hele perioden.

Forbruket for diabetes-pasientene varierer også mye mellom regionene. Her er det Helse Vest som skiller seg ut. Det må imidlertid tas visse forbehold for tallene fra Helse Vest for diabetes, da de kan skyldes uoverensstemmelser i kodepraksis. Av de øvrige regionene er det først og fremst Helse Øst som utmerker seg da regionens befolkning i hele perioden har hatt en langt lavere rate for begge typer diabetes enn de andre regionene. Veksten i forbruket har imidlertid vært høyt her.

Regionale variasjoner i forbruket for kreftpasienter er også til dels store. Dette gjelder både brystkreft, lungekreft og prostatakreft. Forskjellene er blitt mindre innenfor lungekreft og større innenfor prostatakreft i løpet av perioden. Resultatene for forbruksrater for pasienter med brystkreft er i overensstemmelse med resultater fra krefregistret som viser at kreftrisikoen generelt er høyere i byer og tettbygde strøk enn i landlige strøk, og at kreftforekomsten er noe høyere i sør enn i nord.

#### 1.1.6 Kvinneperspektivet

I 1999 avdekket den offentlige utredningen om kvinners helse i Norge stor kunnskapsmangel og manglende integrering av kjønnsperspektivet i helsepolitikk og – praksis (NOU 1999). I kjølvannet av utredningen har det vært et sentralt satsningsområde å innarbeide kjønnsperspektivet i offentlige beslutningsprosesser, og i 2003 lanserte regjeringen den såkalte kvinnehelsestrategien (St.meld. nr. 16 (2002-2003)), der målet er å følge opp og styrke arbeidet som er gjort siden utredningen ble lagt fram. En rekke viktige helseproblemer og målgrupper nevnes i strategidokumentene, og det er her fokusert på tre av disse: Lungekreft, diabetes og KOLS.

Utviklingen i forbruket for pasienter med lungekreft har vært forskjellig mellom kvinner og menn i perioden fra 2002 til 2006. Det var over 50 prosent økning i antall opphold per 1 000 innbyggere for kvinner, mens tilsvarende økning for menn var under halvparten; kun 23 prosent. I faktiske tall økte antall lungekreftopphold for kvinner fra 4 523 i 2002 til 7 031 i 2006, mens økningen for menn var fra 7 736 til 9 295 opphold. Dette avspeiler at antall nye tilfeller av lungekreft øker blant kvinner, mens forekomsten har holdt seg stabil for menn.

Det er også en viss kjønnsforskjell når det gjelder forbruksrater for diabetes. For kvinner har det vært en 24 prosents økning i forbruksrater mot en 19 prosents økning for menn.

Det er kun marginale kjønnsforskjeller i forbruket for pasienter med KOLS. Det er imidlertid fortsatt uavklart om kjønn er en uavhengig risikofaktor for å utvikle KOLS. Selv om flere nyere studier som har vurdert forekomst av KOLS (i Norge og Sverige) ikke har funnet holdepunkter for dette (Johannessen m.fl. 2005a; 2005b), finnes det flere studier som dokumenter at kvinner tåler røyking dårligere enn menn og derfor lettere utvikler KOLS når de røyker (Prescott m.fl. 1997; Watson m.fl. 2005).

## 1.2 Bruk av lokalsykehus

Lokalsykehusenes rolle og fremtid har de senere år vært hyppig debattert og har vært gjenstand for flere utredninger. Det har likevel vært få systematiske analyser av forskjeller mellom helseregionene i bruk av lokalsykehus. Bruk av lokalsykehus vil blant annet avhenge av regionale forskjeller i aldersprofil, distriktsprofil, reiseavstand og regionale profiler for akuttbehandling og kirurgisk behandling. I kapittel 3 "Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006" analyseres bruken av lokalsykehus de siste fem år for å kunne bidra med systematisk kunnskap om forskjeller mellom helseregionene.

Bruk av lokalsykehus er analysert med utgangspunkt i pasientdata fra Norsk pasientregister og ved hjelp av logistisk regresjon. Dette gjør det mulig å kontrollere for endringer over tid, kjennetegn ved pasientene, behandlingen og type innleggelse og å beregne sannsynligheten for bruk av lokalsykehus kontrollert for dette. Analysene på nasjonalt nivå har 2002 som referansepunkt, og viser sannsynligheten for bruk av lokalsykehus de neste årene sammenlignet med 2002. I analysen med kontroll for helseregionene er helseregion Øst brukt som referanse, og viser avvik fra situasjonen i denne regionen i 2002. Analysene viser betydelige forskjeller mellom regionene når det gjelder bruk av lokalsykehus og hvordan dette har utviklet seg. Det påvises også at kjennetegn ved pasientene og behandlingene har effekt i forhold til bruk av lokalsykehus eller ikke. For eksempel hadde en eldre kvinne, bosatt i en mindre kommune i Nord-Norge og som trengte øyeblikkelig medisinsk behandling, langt større sannsynlighet for å bli behandlet på et lokalsykehus enn en yngre mann, bosatt i en stor kommune i helseregion Sør og som ble innlagt elektivt for kirurgisk behandling. Også for normal fødsel finner en store forskjeller avhengig av bosted. Det ble påvist en liten, men statistisk signifikant nedgang i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006. Det var ikke færre behandlinger på lokalsykehus i 2006 enn i 2002, men aktivitetsveksten var lavere enn ved andre sykehus. Den relative nedgangen i bruk av lokalsykehus kan trolig forklares ved at disse har en generell behandlingsprofil med hovedvekt på øyeblikkelig hjelp innen medisin. I de senere årene har imidlertid aktivitetsveksten vært størst innen elektiv kirurgi.

## 1.3 Private spesialisthelsetjenester: utvikling og geografiske forskjeller

I kapittel 4 "Private spesialisthelsetjenester: utvikling og geografiske forskjeller" gjennomgås utviklingen i det private spesialisthelsetjenestetilbudet representert ved private kommersielle sykehus og private avtalespesialister. Det fokuseres spesielt på geografiske forskjeller og utvikling over tid, og hvordan bruk av private spesialisthelsetjenester samsvarer med politiske føringer på området. Det gis også et historisk tilbakeblikk fra det første private kommersielle sykehuset ble etablert i 1985, og fra ordningen med avtaler mellom fylkeskommunene og avtalespesialistene ble introdusert i 1984.

Virksomheten ved private kommersielle sykehus blir vurdert i forhold til tilsvarende aktivitet ved offentlige sykehus, og i forhold til ventelistesituasjonen. Aktiviteten som er registrert hos de private avtalespesialistene sees i sammenheng med omfanget av konsultasjoner i offentlige poliklinikker. Ved hjelp av regresjonsanalyser basert på pasientdata er sannsynlighetene for innleggelse (for elektiv dagkirurgisk behandling) ved private kommersielle sykehus estimert. Datagrunnlaget som beskriver aktiviteten hos de private avtalespesialistene er fortsatt noe mangelfullt, selv om rapporteringen er i stadig bedring. I 2006 mottok NPR data fra om lag  $\frac{3}{4}$  av avtalespesialistene. Noen avtalespesialister har finansiering gjennom ISF-ordningen, og for disse er rapporteringen fullstendig.

Aktiviteten ved de private kommersielle sykehusene har i hovedsak vært knyttet til elektiv kirurgi og dagkirurgi. Frem til 2004 var det en markant økning i aktiviteten ved disse sykehusene, deretter har det vært en klar stagnering og nedgang.

Helse Midt-Norge hadde den sterkeste økningen i bruk av private kommersielle sykehus i perioden 2002-2006. Helse Nord lå klart lavest av helseregionene i forhold til bruk av disse sykehusene. Bruk av private kommersielle sykehus var aldersavhengig i den forstand at

pasienter i de midterste aldersgruppene hadde den høyeste sannsynligheten for å bli behandlet ved et privat kommersielt sykehus. Dette er et forhold som gjaldt for alle helseregionene. Det var også slik at kvinner hadde lavere sannsynlighet for å bli behandlet ved et privat kommersielt sykehus enn menn. Forskjellene kan imidlertid karakteriseres som ubetydelige og de avtok med økende alder.

De private kommersielle sykehusene har enkelte nisjer hvor de dominerer tjenestetilbudet. Dette gjelder blant annet dagkirurgisk behandling av lipodystrofi (fettsuging). For de fleste typer behandling som tilbys ved de private kommersielle sykehusene eksisterer det imidlertid også tilsvarende behandlingstilbud ved de offentlige sykehusene. Det private kommersielle tilbudet synes først og fremst å være et supplement til det øvrige spesialisthelsetjenestetilbudet.

I 1998 ble det bestemt at alle private spesialister måtte ha avtale med en fylkeskommune for å være berettiget til refusjon fra Rikstrygdeverket. Som en konsekvens av dette økte antall avtaler innenfor det somatiske fagfeltet fra vel 300 i 1997 til om lag 700 i 1998. Tall rapportert til NPR omfattet noe over 1,443 millioner konsultasjoner og vel 3 200 ISF-finansierte behandlinger i 2006. Totalt antall konsultasjoner hos private avtalespesialister er estimert til 2,018 millioner i 2006. I alt 46 prosent av konsultasjonene skjedde hos avtalespesialister i Helse Øst. Bruk av private avtalespesialister har en utjevne effekt på geografiske forskjeller i bruk av offentlige poliklinikker. Helseregionene med lavest bruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister (særlig Helse Nord) hadde et tilsvarende høyt antall konsultasjoner ved offentlige poliklinikker. Pasientene som ble behandlet hos private avtalespesialister var gjennomgående eldre enn de som ble behandlet ved en offentlig poliklinikk. I forhold til pasientenes aldersprofil var det altså et klart skille mellom private kommersielle sykehus og private avtalespesialister.

#### 1.4 Reinnleggelser i perioden 2002-2006

I kapittel 5 studeres reinnleggelser i perioden 2002-2006. En reinnleggelse er definert som en øyeblikkelig hjelp innleggelse innen 30 dager etter forrige utskrivning. Kapitlet fokuserer på tre problemstillinger:

- I de senere år har antall reinnleggelser for døgnpasienter økt mer enn totalt antall døgnopphold. Er dette en utvikling som har fortsatt også i 2006?
- Hva karakteriserer pasienter som blir reinnlagt?
- Er det noen sammenheng mellom reduksjon i gjennomsnittlig liggetid og økning i reinnleggesrate?

Reinnleggelser analyseres med utgangspunkt i pasientoppholdet umiddelbart før reinnleggelsen. Kjennetegn ved dette oppholdet kan da relateres til reinnleggelsen. Når det gjelder å beskrive pasienter som reinnlegges, gjøres dette ved å se på forskjeller i reinnleggesrater ut fra pasientenes alder og kjønn, bostedsregion, type DRG (kirurgisk eller medisinsk DRG, kompliserende DRG eller ikke), om pasienten ble utskrevet til annen institusjon eller til eget bosted, hvilken måned utskrivningen skjedde og hvilken DRG oppholdet var gruppert til (for noen utvalgte DRG-er). I tillegg analyseres liggetid for oppholdet før reinnleggelsen i forhold til sannsynlighet for å bli reinnlagt.

Det undersøkes også om det kan påvises en sammenheng mellom reduksjon i liggetid ved et sykehus og økning i reinnleggelser ved det samme sykehuset. Problemstillingen vil være om de sykehusene som har hatt størst endring i liggetid også har hatt størst endring i reinnleggelser. Dette gjøres ved å undersøke om det er statistisk signifikant korrelasjon mellom årlige relative endringer i de to størrelsene.

Datagrunnlaget er pasientdata fra Norsk Pasientregister for årene 2002-2006, og omfatter heldøgnspasienter (ikke dagpasienter). Opphold ved sykehus som har få eller ingen øyeblikkelig hjelp innleggelser er ekskludert, det samme gjelder pasienter som dør i løpet av sykehusoppholdet og friske nyfødte (DRG 391).

Dataene gjør det mulig å følge en pasient innenfor samme sykehus og samme kalenderår. Det er ikke mulig å identifisere pasienter som skrives ut fra et sykehus og reinnlegges ved et annet, og heller ikke pasienter som skrives ut i desember et år og som reinnlegges i januar året etter. For ikke å underestimere andel reinnleggelser, gjelder analysen pasienter som er utskrevet i perioden januar-november hvert av årene 2002-2006.

Økningen i reinnleggelser som har vært observert de senere årene fortsatte i 2006. Fra 2002 til 2006 økte antall døgnopphold etterfulgt av en reinnleggelse med 28 prosent sammenlignet med 11 prosent for opphold som ikke ble etterfulgt av en reinnleggelse. Sannsynligheten for at en pasient blir reinnlagt økte med økende alder, og reinnleggingsratene var høyere for menn enn for kvinner. Kirurgiske pasienter hadde lavere reinnleggingsrate enn andre pasienter, uavhengig av alder. Det var altså ikke uforutsette komplikasjoner etter kirurgiske inngrep som forårsaket de fleste reinnleggelser. Pasienter utskrevet i juli måned hadde større sannsynlighet for å bli reinnlagt enn pasienter utskrevet ellers i året, noe som kan ha sammenheng med bemanning (både i og utenfor sykehus) i ferietiden. Pasienter som ved utskrivning ble gruppert til en DRG m/bk hadde større sannsynlighet for å bli reinnlagt enn andre pasienter. Disse hadde i gjennomsnitt lengre liggetid enn andre, slik at reinnleggingsratene økte med økende liggetid. Pasienter som ble reinnlagt hadde også lengre gjennomsnittlig liggetid for oppholdet før reinnleggelsen enn pasienter som ikke ble reinnlagt.

Både fra 2004 til 2005 og fra 2005 til 2006 ble det på sykehusnivå funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i reinnleggingsrate. Det samme kunne ikke påvises for endringer fra 2002 til 2003 og fra 2003 til 2004.

I 2006 ble det registrert flest reinnleggelser for sykdommer i åndedrettssystemet, sykdommer i sirkulasjonsorganene og for visse kreftsykdommer.

## 1.5 Effektivitetsutvikling 2003-2006

Kapittel 6 viser effektivitetsutvikling for den somatiske spesialisthelsetjenesten i perioden 2003 til 2006. I 2006 hadde sektoren en kostnadsramme på om lag 53 milliarder kroner, noe som utgjorde mer enn 70 prosent av de samlede kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Formålet med kapitlet er å belyse hvor effektivt sektoren benytter tildelte ressurser til pasientbehandling. Det skilles da mellom teknisk effektivitet som måler aktivitet i forhold til arbeidskraftinnsats og kostnadseffektivitet som måler pasientbehandling i forhold til driftskostnader. Analysene dekker både aktivitet som omfattes av DRG-systemet og poliklinisk aktivitet.

I tillegg til å presentere beregnet effektivitetsutvikling på nasjonalt og regionalt nivå tar analysen sikte på å diskutere hva som ligger bak beregnet effektivitetsutvikling, om forskjellene i beregnet nivå på kostnadseffektivitet mellom helseregionene øker eller avtar og om sykehus med omfattende universitetsfunksjoner har en annen effektivitetsutvikling enn andre sykehus.

De aktivitetmålene som beregnes er uttrykk for indre effektivitet – det å utføre aktiviteten riktig. Aktivitetmålene beskriver ikke nødvendigvis ytre effektivitet – det å utføre de riktige aktivitetene. De riktige aktivitetene kan sies å være aktiviteter som er i tråd med nasjonale og regionale styringssignaler.

Produktivitet måler forholdet mellom ressursinnsats og produksjon. Avstanden mellom faktisk produktivitet og maksimal produktivitet er det som her forstås med effektivitet. Siden vi ikke har kunnskap om hva som er maksimal produktivitet, er effektivitet beregnet som forholdet mellom faktisk produktivitet og produktivitet i enheter som definerer "beste praksis". Dette gjøres med utgangspunkt i DEA-metoden (data envelopment analysis).

Grunnlagsdata kommer fra 28 helseforetak fordelt på alle de 5 helseregionene i perioden 2003-2006. Enheter som inkluderes i analysen skal ha akuttfunksjon, medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling og fødeavdeling. Dette ekskluderer en rekke spesialsykehus og private sykehus.

Fra 2003 til 2006 økte kostnadseffektiviteten med 2 prosent på nasjonalt nivå. Effektivitetsforbedringen kom av at veksten i aktivitet (DRG-poeng og antall polikliniske konsultasjoner) oversteg veksten i kostnader til pasientbehandling. Fra 2005 til 2006 ble det beregnet en marginal vekst på 0,1 prosent i kostnadseffektivitet. Siste års utvikling henger sammen med at kostnader til pasientbehandling økte sterkere enn aktivitetsveksten i form av DRG-poeng, mens den polikliniske aktiviteten på den annen side økte noe mer enn kostnadene.

Teknisk effektivitet økte med 1,3 prosent i perioden fra 2003 til 2006, og hele veksten kom i løpet av siste år. Dette skyldtes vekst i ressursinnsats i form av leger som var betydelig sterkere enn aktivitetsveksten, både i form av DRG-poeng og antall polikliniske konsultasjoner. Dette ble imidlertid oppveid av at veksten i øvrige personellgrupper var svakere enn aktivitetsveksten.

Den relative utviklingen i kostnadseffektivitet varierte mellom regionene i perioden fra 2003 til 2006. For Helse Sør og Helse Vest ble det beregnet en vekst på fem prosent, mens det for Helse Midt-Norge ble beregnet en reduksjon på fire prosent. Hvis Helse Vest ekskluderes (Helse Vest hadde i utgangspunktet høy kostnadseffektivitet), ble det observert en utjevning i kostnadseffektivitet mellom helseregionene i løpet av perioden. Den ulike relative utviklingen i beregnet kostnadseffektivitet kan relateres til ulik aktivitetsutvikling i regionene, mens kostnadsveksten var relativt sammenfallende.

I perioden som betraktes varierte den relative endringen i teknisk effektivitet fra en vekst på fem prosent for Helse Øst til en tilsvarende reduksjon for Helse Midt-Norge. Hvis en ser bort fra Helse Nord, fant det sted en utjevning av nivået på beregnet teknisk effektivitet. I 2006 hadde de fire helseregionene utenom Helse Nord alle et nivå på teknisk effektivitet som var omtrent sammenfallende. Til sammenligning var det en spredning på om lag 10 prosentpoeng i nivå på teknisk effektivitet i 2003.

Økt kostnadseffektivitet for helseregionene i løpet av perioden er assosiert med økt spredning i effektivitetsnivået mellom helseforetakene. Dette var tilfellet for alle helseregionene bortsett fra Helse Midt-Norge. Økt spredning var kombinert med økt effektivitet i Helse Øst og Helse Nord. Noen av helseforetakene her økte effektiviteten mens den ble redusert ved andre. Helse Sør og til dels Helse Vest kjennetegnes ved at ett enkelt foretak som i utgangspunktet hadde gjennomsnittlig kostnadseffektivitet hadde en særlig sterk effektivitetsvekst. Helse Midt-Norge hadde omtrent uendret gjennomsnittlig effektivitetsnivå, og en utjevning mellom helseforetakene. Resultatet for Helse Midt-Norge framkommer ved at ett stort helseforetak som i utgangspunktet hadde det høyeste effektivitetsnivået kom på linje med de øvrige, samtidig som at de øvrige helseforetakene hadde en gjennomsnittlig vekst i kostnadseffektivitet.

På nasjonalt nivå økte beregnet kostnadseffektivitet for helseforetak uten omfattende universitetsfunksjoner med fem prosent fra 2003 til 2006, mot en reduksjon på tre prosent for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner. Nærmere gransking av utvikling for de ulike helseregionene viser at det i hovedsak var kraftig negativ utvikling for St. Olavs Hospital i Helse Midt-Norge som forårsaket den negative utviklingen for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner, mens det var øvrige helseforetak i Helse Sør som sto bak den sterke positive utviklingen for helseforetak uten omfattende universitetsfunksjoner.

## 1.6 Pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser i spesialisthelsetjenesten i perioden 2002-2006

Kronisk sykdom innebærer at en person har en lidelse som i mange tilfeller ikke lar seg helbrede. For mange tilstander kan likevel helsevesenet bidra til at symptomene/plagene

lindres og at livskvaliteten bedres. Aktivitetsutviklingen for pasienter med kroniske lidelser er behandlet i kapittel 7. Basert på tidligere arbeider er det med utgangspunkt i ICD-10 definert i alt 24 grupper av kroniske lidelser. Avgrensningen representerer et utvalg av kroniske sykdommer.

En tidligere studie har vist at pasienter med utvalgte kroniske lidelser ikke hadde samme aktivitetsvekst (opphold og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten) i perioden 2001-2005 som andre pasientgrupper. I dette kapitlet ser vi på om dette også gjelder for perioden 2002-2006. I tillegg beskrives regionale variasjoner i aktivitetsveksten blant kronikere, og hvordan aktivitetsveksten fortoner seg når det også inkluderes opphold og konsultasjoner for kronikere, men hvor hoveddiagnosen ikke beskriver en kronisk lidelse. Datagrunnlaget er pasientdata fra Norsk pasientregister, og omfatter døgnpasienter, dagpasienter og polikliniske konsultasjoner. Mange av pasientene har behandlingsforløp som strekker seg over flere år, men datagrunnlaget gjør det ikke mulig å identifisere samme pasient over flere kalenderår. Våre tall omfatter derfor en avgrenset del av hele pasientforløpet.

Aktivitetsveksten blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser var fortsatt lavere enn blant pasienter med andre hoveddiagnoser. Disse pasientene hadde en rekke opphold og polikliniske kontakter med spesialisthelsetjenesten som ble registrert med andre hoveddiagnoser. Andelen av slike kontakter økte selv om andelen kontakter med kroniske hoveddiagnoser ble redusert.

Totalt sett har imidlertid andelen kontakter med spesialisthelsetjenesten for pasienter med kroniske hoveddiagnoser avtatt i perioden, også når øvrige kontakter med spesialisthelsetjenesten ble inkludert.

De regionale variasjonene gjør at bildet av pasienter med kroniske hoveddiagnoser blir noe mer nyansert. Helseregion Vest og helseregion Midt-Norge er regioner hvor pasienter med kroniske hoveddiagnoser hadde en sterkere relativ økning enn øvrige pasienter.

Sammenligning av prosentvis endring i ratene for antall pasienter per 1 000 innbygger med kronisk hoveddiagnose viser at det i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har vært en kraftig økning i raten for dagpasienter, mens det er mer jevnt for døgnpasienter og pasienter på poliklinikk.

Ved å inkludere øvrige opphold og konsultasjoner (uten kronisk lidelse som hoveddiagnose) hadde både helseregion Vest og helseregion Midt-Norge en økning i andel opphold som kunne knyttes til pasienter med en kronisk tilstand.

Dette behøver likevel ikke å indikere at tilbudet til denne pasientgruppen har blitt dårligere i noen helseregioner og bedre i andre.

Endringer i forbruk kan også indikere endringer i behov, endring i tilbud i kommunehelsetjenesten med mer. Det kan også stilles spørsmål om hvorvidt datagrunnlaget er godt egnet til å belyse aspekter ved denne pasientgruppen. Pasienter med kroniske lidelser kan også få behandling i primærhelsetjenesten og av private spesialister. Det ligger også en begrensning i at datamaterialet ikke gjør det mulig å følge en pasient over flere kalenderår.

## 1.7 Ventetid til behandling

Da helsereformen ble implementert i 2002, var en av begrunnelsene å få bedre kontroll med og bedre muligheter til å korte ned på ventelister og ventetid til behandling. I kapittel 8 "Ventetid til behandling" gis en beskrivelse av ventetider til behandling ved norske sykehus. Særlig fokus er rettet mot pasienter med lang ventetid og hvilket omsorgsnivå (poliklinikk/innleggelse), hvilke fagområder og hvilke områder av landet som har størst omfang av langtidsventende. Det er store forskjeller i ventetid mellom forskjellige pasientgrupper. I hvilken grad ulike kjennetegn ved pasientene og ved helseforetaksområdene kan bidra til å forklare disse forskjellene for utvalgte pasientgrupper blir studert. I tillegg blir

innformasjon om ventetider i Norge sammenholdt med tilsvarende tall fra land hvor det har vært mulig å gjøre sammenligninger.

Det eksisterer to datakilder som belyser ventelistesituasjonen ved norske sykehus. Den ene er ventelistedata (Ventsys) rapportert til Norsk Pasientregister basert på ventelisteinformasjon fra hvert sykehus. Henvisningen er enhet, og dataene viser hvor mange som på et gitt tidspunkt står oppført på venteliste, og hvor mange som er avviklet fra ventelisten i løpet av en periode. I rapporteringen inngår opplysninger om fagområde og omsorgsnivå og også kjønn, alder, bosted og behandlingssted. Kreftpasienter kan i liten grad identifiseres.

Den andre datakilden er vanlige pasientdata fra NPR, hvor ventetid kan beregnes som avstand mellom innleggsdato og ansiennitetsdato. For pasienter som har lange serier av opphold, gjerne over flere år, vil den første ansiennitetsdatoen bli med i hele behandlingsforløpet. Beregnet ventetid kan derfor fremstå som lengre enn det den reelt sett er.

I perioden 2002-2007 (1. tertial) skjedde ingen dramatisk endring i ventetidsfordelingen totalt sett. Det ble likevel registrert en reduksjon i andel pasienter med svært lang ventetid og den gjennomsnittlige ventetiden ble redusert.

I 1. tertial 2007 hadde helseregion Midt-Norge høyest andel pasienter med ventetid over 6 måneder. Dette gjaldt særlig pasienter som ventet på dagbehandling, men også for ventetid til innleggelse var andelen høyest i Midt-Norge.

Tall for hele 2006 viser at sannsynligheten for å vente mer enn seks måneder på operasjon for elektiv kirurgi (13 utvalgte prosedyrer) varierer betydelig mellom de enkelte helseforetaksområdene i Norge. Flere av områdene i Midt-Norge (spesielt St. Olavs-området) og Nord-Norge (spesielt UNN-området) kom ut blant de med relativt sett høy sannsynlighet for lang ventetid. Pasienter bosatt i områder med universitetssykehus hadde generelt sett høyere sannsynlighet for å måtte vente over seks måneder enn andre pasienter.

Høy alder ga lavere sannsynlighet for å vente over 6 måneder på kirurgisk behandling. Videre var sannsynligheten for å vente over et halvt år mindre for pasienter som var tildelt rett til helsehjelp og pasienter operert dagkirurgisk (det siste gjelder enklere kirurgi).

For kreftoperasjoner var det ingen statistisk signifikant forskjell mellom aldersgruppene i sannsynlighet for å vente over en måned. Pasienter under 50 år hadde imidlertid høyere sannsynlighet for å vente over to måneder på kreftoperasjon. For pasienter med prostatakraft var spredningen i ventetid stor. Denne gruppen hadde høyest sannsynlighet for å vente over to måneder på operasjon. Dette er sannsynligvis begrunnet i forhold ved sykdommens utvikling. Lungekreftpasienter og pasienter med tykktarm-endetarmskreft og brystkreft hadde lavest sannsynlighet for å vente over 30 dager.



## 2 Utviklingen i somatisk spesialisthelsetjeneste, 2002–2006

Pål E. Martinussen

### 2.1 Innledning

Produksjonen i norsk helsevesen befinner seg i dag på et maksimumsnivå, målt både i utgifter, personell og antall behandlede pasienter. Fra 2002 til 2006 økte kostnadene til den somatiske spesialisthelsetjenesten fra 45,1 til 53,4 milliarder i faste 2006-priser, noe som tilsvarer over 18 prosent. Korrigerer vi for kostnadsvekst som kan knyttes til at de regionale helseforetakene har fått nye og utvidede oppgaver samt endringer i arbeidsgiveravgiften i perioden, var veksten på 12 prosent. I samme periode steg antall årsverk med 5 prosent<sup>1</sup>, hvorav antall legeårsverk alene økte med 15 prosent. Denne betydelige innsatsøkningen reflekteres i aktivitetsutviklingen: i 2006 ble det registrert 24 prosent flere sykehusopphold totalt enn i 2002, der døgn- og dagopphold sto for en vekst på henholdsvis 12 og 52 prosent. Mens en av de sentrale utfordringene i sektoren på 1990-tallet har vært knyttet til manglende behandlingsskapasitet og dertil lange ventelister for elektiv behandling er derfor situasjonen i perioden etter sykehusreformen snarere den at aktivitetsveksten har vært langt større enn signalene fra Stortinget og regjeringen. Tendensen til å belønne økt sykehusaktivitet med tilleggsbevilgninger har gjort at sykehusene har manglet incentiv til å tilpasse aktivitetsnivået til styringssignalene gitt sentralt (Hagen & Kaarbøe 2006).

Formålet med dette kapitlet er å gi en beskrivelse av viktige utviklingstrekk i sektoren på nasjonalt og regionalt nivå i perioden 2002-2006. Beskrivelsen tar utgangspunkt i styringsindikatorer for sentrale helsepolitiske målsettinger, hvor utviklingen i styringsindikatorene ses i sammenheng. De overordnede målsettingene er knyttet til tilgjengelighet, effektivitet og kvalitet. Mens førstnevnte mål er nedfelt i nasjonal lovgivning som garanterer alle innbyggere lik adgang til helsetjenester, må de to sistnevnte ses i sammenheng; bare hvis de utfyller hverandre vil tjenestene kunne produseres effektivt. Til en viss grad vil målsetningene være konkurrerende; økt tilgjengelighet til helsetjenester innebærer gjerne kostnadsøkninger og redusert kvalitet, mens fokus på kostnadsbegrensning tilsvarende kan bidra til å redusere tilgjengeligheten og kvaliteten. I den anledning refereres det gjerne til helsetjenestens "jerntriangel", der de tre målsetningene befinner seg i hvert sitt hjørne (f.eks. Blank & Bureau 2004). Utfordringene de siste fem årene har først og fremst vært knyttet til at aktiviteten har økt mer enn føringene fra myndighetene, i en situasjon der flere regioner sliter med å redusere veksten i kostnader og behandlingsaktivitet. En sterk aktivitetsvekst er ressurskrevende for helsetjenesten, og når tilgjengelige ressurser er begrenset vil behovet for å regulere eller dempe aktivitetsveksten øke. Avviket mellom aktivitet og måltall de siste årene har derfor gitt fornyet fokus på behovet for prioritering i helsetjenesten.

---

<sup>1</sup> Inklusive private årsverk.

I kapitlet fokuseres det på utviklingstrekk for perioden 2002-2006 på følgende områder:

- Aktivitet og ressursinnsats
- Forbruk av sykehustjenester
- Personellinnsats
- Tilgjengelighet
- Prioriterte pasientgrupper
- Kvinneperspektivet

De siste års aktivitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten er grundig dokumentert og analysert flere steder, bl.a. i fjorårets SAMDATA-rapport (Jørgenvåg 2006) og i Forskningsrådets resultatevaluering av sykehusreformen (Forskningsrådet 2007). I dette kapitlet legges det for det første vekt på å se sammenhenger mellom de ulike indikatorene, nasjonalt og mellom regionene. I tillegg gjennomgås utviklingen fra 2002 til 2006 med et spesielt henblikk på to forhold som i mindre grad er berørt tidligere; prioriterte pasientgrupper og kvinneperspektivet. I 2006 la regjeringen fram nasjonale strategier for tre prioriterte områder: kreft, KOLS og diabetes (Helse- og omsorgsdepartementet 2006a, 2006b, 2006c). Dette er pasientgrupper som har fått stor oppmerksomhet også før de nasjonale strategiene ble lansert, og det er derfor interessant å se nærmere på aktivitetsutviklingen innenfor disse diagnosegruppene i perioden 2002-2006. Videre fastslo utredningen "Kvinnens helse i Norge" (NOU 1999) at det trengs mer kunnskap om kvinners helse og sykdom, og i kjølvannet av dette lanserte regjeringen den såkalte "kvinnehelsestrategien" i 2002 (St.meld. 16 (2002-2003)). En sentral del av regjeringens satsing er å fokusere spesielt på kvinners helse på de områder en vet at strukturelle eller biologiske forhold gjør at et slikt fokus er nødvendig. Kjønnsperspektivet vektlegges også sterkt i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene. Det er derfor høyst relevant å se nærmere på kvinners bruk av sykehus og utviklingen i opphold spesielt knyttet til kvinners helse i løpet av den siste femårsperioden, og kapitlet tar utgangspunkt i noen av helseproblemene og målgruppene utredningen fra 1999 nevner: lungekreft, KOLS og diabetes.

Alle analyser i kapitlet gjøres både på nasjonalt og regionalt nivå. Ved å skille mellom prosentvis endring innen egen region og utvikling i forhold til landsgjennomsnittet får vi innsikt i den enkelte regions aktivitetsutvikling, og hvor en skiller seg fra andre regioner. Perspektivet i analysene er de regionale helseforetakenes "sørge for ansvar", som innebærer at utgangspunktet er pasientene som har bosted i den enkelte region, uavhengig av om en bruker sykehus innenfor eller utenfor egen region. Framstilling av utviklingen i hver helseregion er gitt i vedlegg. Analyser av aktivitet har tradisjonelt tatt utgangspunkt i antall innleggelses og behandlinger. I dette kapitlet benyttes også DRG-poeng som aktivitets- og ressursmål, i tillegg til opphold. DRG-poeng indikerer hvor store ressurser som antas å være knyttet til den enkelte pasientbehandling, og sikrer sammenlignbarhet over tid og mellom regioner selv om disse har ulik pasientsammensetning.<sup>2</sup>

Kapitlet er organisert på følgende måte. I del 2.2 gis det en oversikt over hovedtrekkene i sektoren i perioden 2002-2006. Del 2.3 presenterer deretter innsats- og aktivitetsutviklingen nasjonalt og regionalt i perioden. Her fokuseres det på fire nøkkelindikatorer: kostnader, forbruksrater, DRG-poeng og personell. Del 2.4 omhandler forbruket av sykehustjenester, og her analyseres elektiv virksomhet og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type. I del 2.5 er det personellinnsatsen som står i fokus, og det presenteres tall både for samlet personellinnsats og for de enkelte personellkategoriene. Del 2.6 tar for seg tilgjengelighet, og analyserer først utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde for innleggelse, dagbehandling og poliklinisk behandling. Dernest presenteres utviklingen for langtidsventende; dvs. andelen av avviklede opphold med ventetid over 6 måneder. I del 2.7 rettes oppmerksomheten mot de tre prioriterte pasientgruppene; kreft, KOLS og diabetes. Til slutt gjøres det i del 2.8 et forsøk på å inkorporere kvinneperspektivet,

---

<sup>2</sup> For en mer utførlig diskusjon av bruken av ulike aktivitetsmål henvises det til fjorårets SAMDATA-rapport (Jørgenvåg, 2006).

ved å presentere forbruksrater for kvinner nasjonalt for tre diagnosegrupper: lungekreft, KOLS og diabetes. Hver av delene i kapitlet avsluttes med en oppsummerende oversikt over de viktigste regionale forskjellene. For mer detaljerte analyser av den regionale utviklingen henvises det til kapitlets vedlegg.

## 2.2 Hovedtrekk for perioden 2002-2006

I dette avsnittet gis en oversikt over hovedtrekkene i utviklingen innen somatisk spesialisthelsetjeneste for perioden 2002-2006 som beskrives i dette kapitlet.

### *Aktivitet og ressursinnsats:*

- Noe svakere aktivitetsvekst og kostnadsvekst (korrigert for nye oppgaver) siste år sammenlignet med perioden under ett.
- Korrigert for nye oppgaver har kostnadsveksten i perioden sett under ett vært lavere enn aktivitetsveksten, målt både i opphold og DRG-poeng.
- Avviket mellom vekst i opphold og vekst i DRG-poeng øker utover perioden.

### *Forbruk:*

- Fortsatt kraftig vekst i dagopphold fram t.o.m. 2005, både innenfor medisinske og kirurgiske DRG-typer.
- Fra 2005 til 2006 var det nedgang i forbruk av DRG-poeng for dagopphold, noe som indikerer "lettere" opphold i gjennomsnitt. Dette kan knyttes til nedgang i dagkirurgiske opphold i 2006, mens det fortsatt var sterk vekst i medisinske dagopphold.
- Fra 2005 til 2006 var det også en nedgang i døgnkirurgiske opphold, dvs. nedgang i kirurgi totalt fra 2005 til 2006.
- Det er nedgang eller utflating i forbruk av kirurgiske opphold i alle regioner fra 2005 til 2006.

### *Personell:*

- Endret personellsammensetning i løpet av perioden.
- Sterkest vekst i legeårsverk, spesielt i 2004 og 2005.
- Reduksjon i personell tilknyttet drift og service i 2002 og 2003, deretter utflating.
- Trenden med sterkest vekst i legeårsverk og reduksjon i drift- og servicepersonell finner vi i stor grad igjen i alle regioner.
- Fra 2005 til 2006 var økningen størst i sykepleierårsverk, etter en periode med svak vekst.
- Fra 2005 til 2006 er det en stagnasjon i legeårsverk og reduksjon av årsverk innenfor personellkategorien "annet pasientrettet arbeid", samt stagnasjon innenfor administrasjons- og kontorpersonell og drifts- og servicepersonell.
- Stagnasjon i legeårsverk og økning i sykepleierårsverk fra 2005 til 2006 finner vi i fire av fem helseregioner.

*Tilgjengelighet:*

- Nedgang i gjennomsnittlig ventetid for døgnopphold i hele perioden, og for dagopphold fram til 1. tertial 2006.
- Nedgangen i gjennomsnittlig ventetid for poliklinisk behandling flatet ut fra 2004.
- Mindre forskjeller i ventetid mellom fagområdene; de fagområder med lengst ventetid i 2002 er de som hadde størst nedgang i perioden: ortopedi, ØNH og kirurgi.
- For dagbehandling var det en økning i gjennomsnittlig ventetid innenfor fagområdene fysikalsk medisin og rehabilitering, medisin og kategorien "annet" i perioden.
- Økning i gjennomsnittlig ventetid for samtlige fagområder for dagbehandling fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007.
- Økning i gjennomsnittlig ventetid for samtlige fagområder siste år også for poliklinisk behandling, unntatt for kirurgi.
- For døgnbehandling er det en økning i gjennomsnittlig ventetid fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007 innenfor fagområdene ØNH og fysikalsk medisin og rehabilitering.
- I store trekk avspeiler utviklingen i andelen langtidsventere (ventetid > 6 måneder) utviklingen i gjennomsnittlig ventetid.
- Regionale forskjeller i ventetid ble mindre i perioden, med en nedgang i gjennomsnittlig ventetid i alle regioner, men med store forskjeller i størrelsen på nedgangen.

*Prioriterte pasientgrupper:*

- Utflating i forbruksrater for KOLS fra 2005 til 2006.
- Utflating i forbruksrater for kreft fra 2003 til 2004, deretter vekst ut perioden. Sterkest vekst for prostatakreft, tilnærmet lik utvikling for brystkreft og lungekreft.

*Kvinneperspektivet:*

- Størst kjønnsforskjeller i utvikling i forbruksrater innenfor lungekreft, med langt høyere vekst i forbruksrater for kvinner enn for menn.
- Kvinner har også høyere vekst i forbruksrater enn menn for diabetes.

## 2.3 Aktivitet og ressursinnsats

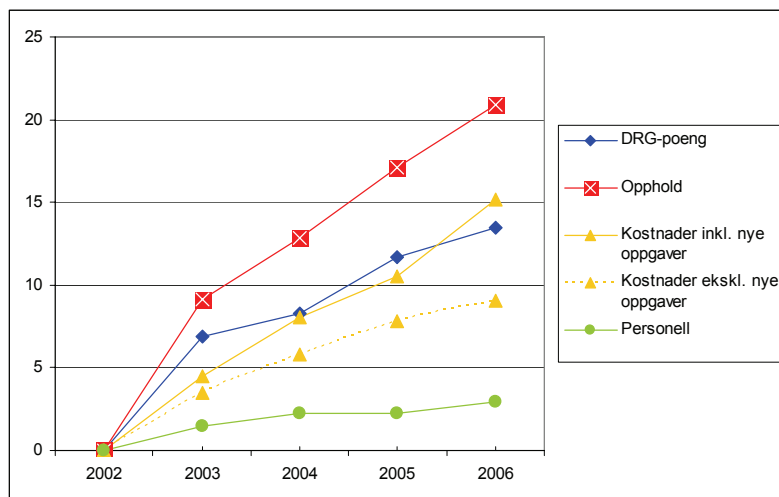
Til tross for at det i siste femårsperiode er gitt sterke signaler fra sentrale myndigheter om utflating av aktivitetsveksten, har de regionale helseforetakene hvert år hatt en aktivitetsvekst som ligger over måltallene fra Stortinget og regjeringen (BUS 2005; Huseby 2004; Jørgenvåg 2006). Figur 2.1 viser den relative utviklingen i innsats og aktivitet for landet som helhet når det korrigeres for befolkningsvekst. I 2006 brukte man 15 prosent mer penger og 3 prosent flere årsverk<sup>3</sup> på å gjennomføre 21 prosent flere opphold og produsere 13 prosent flere DRG-poeng per innbygger enn i 2002. Aktivitetsøkningen var sterkest det første året etter reformen. Fra 2003 til 2006 har det vært en jevn aktivitetsvekst målt i opphold, mens differansen i forhold til DRG-poeng ble større mot slutten av perioden. Totalt var det en større vekst i kostnadene enn i aktiviteten målt i DRG-poeng, noe som først og fremst skyldes en sterkere kostnadsvekst enn aktivitetsvekst fra 2005 til 2006.

Generelt er det viktig å understreke at helseforetakene i perioden både har fått nye oppgaver og større finansieringsansvar for eksisterende oppgaver, noe som selvsagt må tas hensyn til

---

<sup>3</sup> Det må tas forbehold om kvaliteten på personelldata. Se SAMDATA Nøkkeltallsrapport (Solstad, 2007) for mer informasjon.

når det gjelder ressursinnsatsen.<sup>4</sup> Mesteparten av disse nye ansvarsområdene er kostnadsført i somatisk sektor, slik at det er vanskelig å sammenligne ressursinnsats og aktivitet uten å identifisere hvor store tilleggskostnader de nye ansvarsområdene utgjør (se forøvrig kapittel 6 for effektivitetsanalyser som tar utgangspunkt i aktivitet og ressursinnsats på helseforetaks-nivå).<sup>5</sup> Av figur 2.1 fremgår det at bildet endres betydelig når vi tar hensyn til de nye oppgavene: veksten i kostnader eksklusive nye oppgaver var bare på 9 prosent. Korrigerer vi for de nye oppgavene i perioden har derfor kostnadsveksten vært mindre enn aktivitetsveksten.



Figur 2.1 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger. Utgifter i 2006-kroner, nasjonale tall.

### 2.3.1 Regionale forskjeller

De regionale forskjellene var ved starten av perioden minst når det gjelder personellinnsatsen, og ble ytterligere redusert i løpet av perioden. Forskjellene er størst på kostnadssiden, og økte i løpet av femårsperioden. Det har også blitt større forskjeller i aktivitet, målt både i opphold og DRG-poeng. Helse Øst hadde både lavere aktivitet og ressursinnsats enn landsgjennomsnittet i perioden, og hadde sammen med Helse Sør den laveste kostnadsveksten i perioden. Helse Sør er den regionen som i løpet av perioden har hatt størst aktivitet, målt både som opphold og DRG-poeng per 1 000 innbygger, til tross for en personellinnsats betydelig under landsgjennomsnittet. I likhet med Helse Øst ligger Helse Vest under landsgjennomsnittet både når det gjelder innsats og aktivitet, og utslaget er særlig markant på kostnadssiden. Helse Midt-Norge hadde sammen med Helse Nord den sterkeste prosentvise kostnadsveksten i perioden, og også den største økningen i personellinnsats. Helse Nord har hatt høyere ressursinnsats og aktivitet enn resten av landet i hele femårsperioden. Når vi korrigerer for nye oppgaver og endring i arbeidsgiveravgift har kostnadsveksten vært større enn aktivitetsveksten målt i DRG-poeng for to av helseregionene: Midt-Norge og Nord.

<sup>4</sup> Følgende nye oppgaver og finansieringsansvar for helseforetakene er på bakgrunn av informasjon fra St.prp. nr. 1 for budsjettårene 2003-2006 identifisert: 1) administrasjon og finansiering av behandlingshjelpemidler i hjemmet, ny oppgave f.o.m. 2003; 2) gradvis overgang til større finansieringsansvar for opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner f.o.m. 2003; 3) administrasjon og finansiering av utenlandsbehandling/pasientbro f.o.m. 2004; 4) gradvis overgang til større ansvar for administrasjon og finansiering av pasienttransport f.o.m. 2004; 5) omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift f.o.m. 2004 medfører økt finansieringsansvar for helseforetakene, og i særlig grad for Helse Nord; 6) gradvis overgang til større ansvar for finansiering av kjøp fra private laboratorie- og røntgeninstitutt f.o.m. 2005; 7) administrasjon og finansiering av utbetalinger fra Norsk Pasientskadeerstatning f.o.m. 2006; 8) ansvar for finansiering av TNF-hemmere f.o.m. 2006. Se for øvrig Pedersen og Solstad (2007) for analyser av hva nye oppgaver og finansieringsansvar utgjør i kostnader.

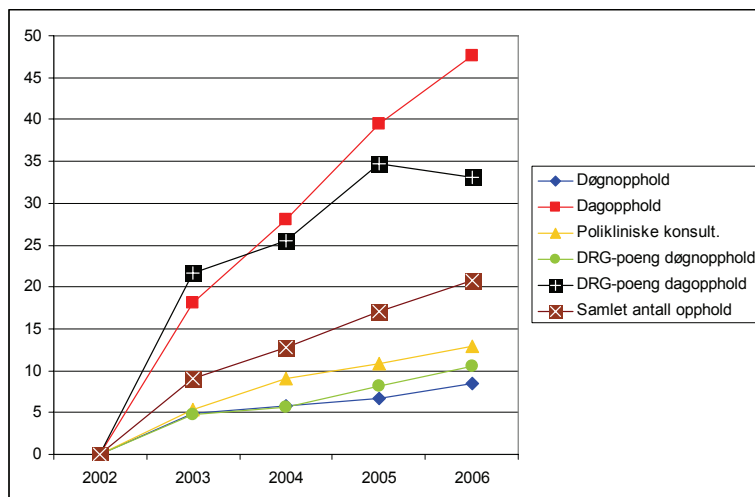
<sup>5</sup> Pedersen og Solstad (2007) forsøker i SAMDATA Nøkkeltallsrapport å korrigere for dette i sine analyser av utviklingen av ressursinnsats.

## 2.4 Forbruk av sykehustjenester

I perioden 2002-2006 økte forbruket av sykehustjenester fra totalt 1 147 211 opphold i 2002 til 1 424 841 opphold i 2006; dvs. med 277 630 opphold og over 24 prosent. Den reelle økningen i antall opphold er nok noe lavere enn dette da det i løpet av perioden ble innlemmet flere pasientgrupper fra poliklinisk virksomhet i ISF-ordningen gjennom endring i definisjonen av hva som er dagbehandling. For 2006 ble det foretatt en relativt stor utvidelse som førte til at om lag 10 000 opphold tilsvarende om lag 2 000 DRG-poeng kom inn i ISF-ordningen. Dette påvirker endringstallene i underkant av 1 prosentpoeng fra 2005 til 2006. Oslo kommunale legevakt kom også inn under ISF-ordningen i 2006 med 6 791 døgnopphold, og disse utgjør 2 402 DRG-poeng. Dette utgjør ca. 0,5 prosentpoeng i endringstallene fra 2005 til 2006 (Solstad 2007).

Veksten i samlet antall opphold per 1 000 innbygger var i femårsperioden på 21 prosent (figur 2.2). Aktivitetsøkningen var sterkest det første året etter sykehusreformen, med en vekst på 9 prosent fra 2002 til 2003. Fra 2003 til 2006 har veksten i opphold ligget på mellom 3 og 4 prosent per år. Fra 1999 til 2002 økte antallet dagopphold med over 30 prosent (Kalseth 2003), og denne veksten fortsatte også i siste femårsperiode: antall dagopphold per 1 000 innbygger økte med nesten 48 prosent fra 2002 til 2006. I faktiske tall var det en økning fra totalt 361 548 opphold i 2002 til 548 645 i 2006. Økningen i dagbehandling i inneværende periode er knyttet til aktivitetsveksten hos private kommersielle sykehus: i perioden 1999-2004 økte f.eks. andelen elektive operasjoner utført ved private kommersielle sykehus fra ca. 1 prosent til hele 11 prosent av det totale antallet elektive inngrep i Norge. Spesielt påfallende var økningen innenfor dagkirurgi, hvor andelen private kommersielle sykehus økte fra ca. 5 prosent i 2002 til rundt 16 prosent i 2005 (Martinussen 2005; Jørgenvåg 2006). Dagbehandlingen økte mest fra 2002 til 2003, med 18 prosent, deretter med henholdsvis 8, 9 og 6 prosent i de påfølgende årene. Døgnbehandlinger økte i perioden med litt over 8 prosent; i faktiske tall fra 785 663 til 876 196 opphold. Nivået for polikliniske konsultasjoner ligger i 2006 nesten 13 prosent høyere enn i 2002.

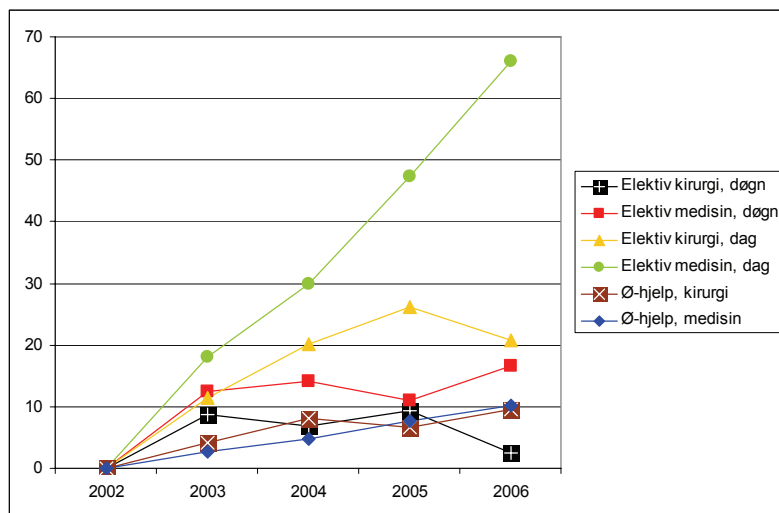
Figur 2.2 viser også den prosentvise endringen i DRG-poeng per 1 000 innbygger i perioden 2002-2006. Som vi ser, har veksten i døgnopphold vært noe sterkere målt i DRG-poeng enn i antall opphold, mens det motsatte er tilfelle for dagbehandling. For dagbehandling økte forbruksraten målt i opphold med 48 prosent, mot 33 prosent målt i DRG-poeng. Det er særlig fra 2005 til 2006 at differansen mellom opphold og DRG-poeng for dagbehandling har økt, da det var en nedgang i raten for DRG-poeng. Endringen i DRG-poeng per 1 000 innbygger for døgnopphold er litt over 11 prosent. For døgnopphold er den faktiske veksten i antall DRG-poeng på 114 482 opphold, mens det innenfor dagopphold ble produsert 43 968 DRG-poeng mer i 2006 enn i 2002.



Figur 2.2 Prosentvis endring i bruk av sykehustjenester, 2002-2006. Døgn- og dagopphold, polikliniske konsultasjoner, DRG-poeng døgn- og dagopphold. Rater per 1 000 innbygger.

I figur 2.3 vises den relative utviklingen i elektiv virksomhet og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i perioden 2002-2006. Mens det i perioden 1999-2002 var en parallell utvikling i elektiv kirurgi, både for dag- og døgnopphold, og elektive medisinske døgnopphold (Kalseth 2003), er ikke bildet like entydig for perioden 2002-2006. I perioden har elektive kirurgiske dagopphold hatt en langt sterkere vekst enn elektive kirurgiske døgnopphold: forbruksraten for dagkirurgi økte med nesten 21 prosent mot litt over 2 prosents økning i kirurgisk døgnbehandling. I faktiske tall var det 35 683 flere kirurgiske dagopphold og 6 621 flere kirurgiske døgnopphold i 2006 enn i 2002. Medisinske døgnopphold avviker også mer fra utviklingen i elektiv kirurgi i siste femårsperiode enn i perioden 1999-2003, og hadde en økning på 25 402 opphold, noe som tilsvarer nesten 17 prosent. Tendensen for medisinske dagopphold fra 1999-2002 fortsetter imidlertid: mens slike opphold lå over 40 prosent høyere i 2002 enn i 1999, er tilsvarende økning for 2002-2006 på nesten 71 prosent.

Innenfor øyeblikkelig hjelp er det en tilnærmet parallell utvikling for kirurgiske og medisinske opphold: begge DRG-typer økte med rundt 10 prosent. Dette innebærer en endring i forhold til perioden 1999-2002, da opphold for øyeblikkelig hjelp innenfor kirurgiske DRG-er økte med 10 prosent mens medisinsk øyeblikk hjelp lå på tilnærmet samme nivå (Kalseth 2003).



Figur 2.3 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger.

#### 2.4.1 Regionale forskjeller

Det var i alle regioner en sterk økning i medisinsk dagbehandling i perioden, og det er også for denne typen opphold vi finner de største regionale forskjellene. Forskjellene har blitt noe større i løpet av perioden. Videre har det i alle regioner vært en utflating eller nedgang i bruken av dagkirurgi i slutten av perioden, og det er grunn til å tro at dette henger sammen med den reduserte bruken av private kommersielle sykehus, siden disse hovedsakelig utfører dagkirurgi (se for øvrig kapittel 4 om private kommersielle sykehus og avtalespesialister). Befolkningen i Helse Øst har så godt som hele perioden 2002-2006 benyttet seg av sykehustjenester i mindre grad enn landsgjennomsnittet. Befolkningen i Helse Sør hadde en høyere forbruksrate av elektiv behandling enn landsgjennomsnittet, og med en doubling i medisinske dagbehandlinger hadde regionen den klart sterkeste veksten av alle regioner. Helse Vest hadde en sterk vekst i elektive døgnopphold og dagkirurgi fram til 2005, deretter nedgang i 2006, spesielt for dagkirurgi. Helse Midt-Norge ligger lavt i forhold til landsgjennomsnittet på elektive medisinske opphold, og avstanden har økt i løpet av perioden. Her var det et markert vendepunkt i 2004, med reduksjon i elektive opphold (unntatt medisinske dagopphold) og tiltagende vekst i øyeblikkelig hjelp. Dette inntraff etter en periode der spesielt elektiv kirurgi vokste og øyeblikkelig hjelp falt i forhold til landsgjennomsnittet. Helse Nord har tradisjonelt hatt høyt forbruk av somatiske sykehustjenester, og med unntak for dagbehandlinger har befolkningen i hele perioden 2002-2006 benyttet seg av sykehustjenester i større grad enn landsgjennomsnittet.

## 2.5 Personellinnsats

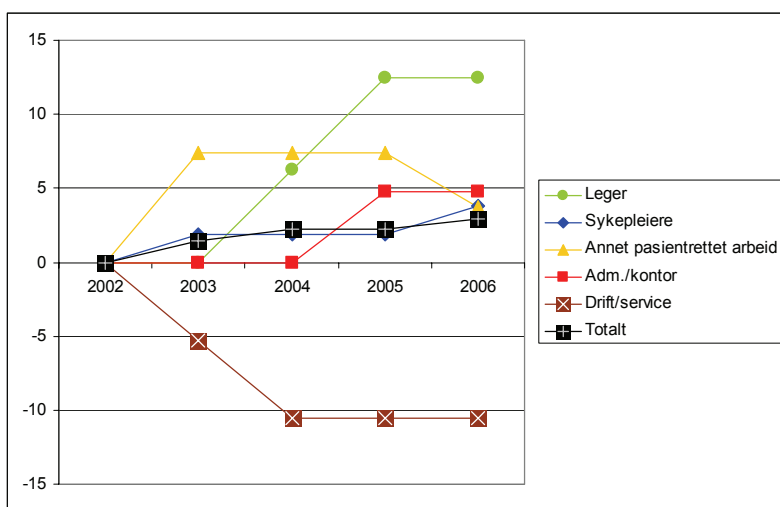
I 2006 var det totalt 65 013 årsverk tilknyttet den somatiske spesialisthelsetjenesten.<sup>6</sup> I begynnelsen av perioden var tilsvarende tall 60 469, hvilket betyr en økning på totalt 4 544 årsverk og 7,5 prosent. Sammenligner vi med fireårsperioden før, 1999-2002, var økningen i personellinnsats på 8 prosent, dvs. omtrent det samme. Korrigerer vi for befolkningsutviklingen er økningen i total personellinnsats fra 2002 til 2006 på ca. 5 prosent (figur 2.4).

<sup>6</sup> Tallene for årsverk i dette kapitlet vil avvike noe fra de oppgitte tallene i SAMDATA nøkkeltallsrapport, siden sistnevnte også inkluderer private årsverk. Det er også nødvendig å minne om at det må tas forbehold om kvaliteten på personelldata. Se SAMDATA Nøkkeltallsrapport (Solstad, 2007) for mer informasjon.



I perioden var økningen i personellinnsats sterkest det første året etter reformen, da samlet antall årsverk økte med 1 975, dvs. over 3 prosent. Det har vært ulik utvikling for personellgruppene. Det er for legeårsverk vi finner den største økningen; fra 7 214 årsverk i 2002 til 8 335 årsverk i 2006, dvs. en økning i raten på 12 prosent. Sykepleierårsverk økte fra 23 150 til 25 108, mens annet pleie- og behandlingspersonell økte fra 12 262 til 13 567 årsverk, som tilsvarer en vekst per 1 000 innbygger på henholdsvis 5 og 8 prosent. Når det gjelder administrasjon og kontor var økningen på 5 prosent, mens det var en nedgang på 11 prosent i årsverk knyttet til drift og service. Det siste avspeiler nok at i den grad helseregionene har kuttet ned på personellinnsatsen for å møte budsjettkravene etter reformen, har dette hovedsakelig skjedd innenfor drift- og servicepersonell.

Etter to år med spesiell sterk vekst i legeårsverk i 2004 og 2005, flatet veksten for legeårsverk ut i 2006. Fra 2005 til 2006 var det kun sykepleierårsverk som økte, etter en periode med svak vekst. Kategorien annet 'pasientrettet arbeid' hadde sterk vekst i det første året i perioden, deretter flatet veksten ut t.o.m. 2005 mens vi ser en nedgang i 2006.



Figur 2.4 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger i somatisk spesialisthelsetjeneste, 2002-2006 (private årsverk ikke inkludert).

### 2.5.1 Regionale forskjeller

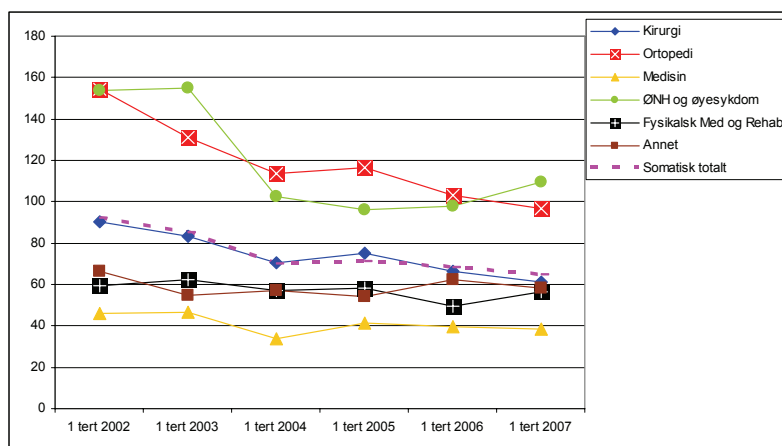
I løpet av perioden har det vært en viss utjevning i regionale forskjeller når det gjelder samlet personellinnsats. Økningen i legeårsverk var på 6 prosent i Helse Øst, 7 prosent i Helse Sør, 13 prosent i Helse Vest, 20 prosent i Helse Midt-Norge, og 29 prosent i Helse Nord. Med unntak for Helse Øst fram til 2004, er det likevel kun Helse Nord som har hatt en legeinnsats høyere enn landsgjennomsnittet, og i 2006 lå nivået 22 prosent over landet totalt. I motsatt ende finner vi Helse Sør, som i løpet av perioden er blitt liggende enda lenger under landsgjennomsnittet når det gjelder legeårsverk per 1 000 innbygger. Helse Nord har også de høyeste ratene av alle for sykepleierårsverk og årsverk tilknyttet annet pasientrettet arbeid. Helse Øst er den regionen med klart høyest innsats innenfor administrasjons- og kontorpersoneell, mens Helse Nord skiller seg ut i motsatt retning. Helse Vest avviker fra landsgjennomsnittet med en høy rate for drift- og servicepersonell, mens både Helse Øst og Helse Sør hele perioden har hatt lavere forbruk av årsverk relatert til drift og service. Helse Midt-Norge er den regionen med høyest forbruk av sykepleierårsverk, og her har forskjellen fra landsgjennomsnittet økt i hele perioden.

## 2.6 Tilgjengelighet

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 tråd med tilnærmingen i tidligere SAMDATA-rapporter måles tilgjengeligheten her i form av antall ventende og ventetider for avviklede opphold, for ulike fagområder<sup>7</sup>, på landsbasis og for befolkningen i helseregionene.

Figur 2.5 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for døgnopphold etter fagområde fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.<sup>8</sup> Som det fremgår, har gjennomsnittlig ventetid samlet sett gått ned fra 92 dager til 64 dager, noe som tilsvarer en nedgang på 30 prosent. Fordelt på fagområder har den største nedgangen i gjennomsnittlig ventetid kommet innenfor ortopedi og kirurgi: for ortopedi gikk ventetiden ned fra 154 dager i 1. tertial 2002 til 97 dager i 1. tertial 2007, mens utviklingen for kirurgi var fra 90 til 61 dager. Nedgangen utgjør 37 prosent for ortopedi og 33 prosent for kirurgi. Videre gikk ventetid for ØNH og øyesykdommer ned fra 154 til 110 dager, dvs. med 29 prosent. For ØNH og øyesykdommer var det imidlertid en økning i ventetiden mot slutten av perioden, fra 96 dager i 1. tertial 2005 til 110 dager i 1. tertial 2007. For medisin gikk ventetiden ned med 7 dager og 16 prosent. I 1. tertial 2006 var ventetiden for fysikalsk medisin og rehabilitering 11 dager kortere en i 1. tertial 2002, redusert fra 60 til 49 dager, men grunnet en økning i ventetiden på 7 dager fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007 er den totale nedgangen kun på 5 prosent.

Det har altså vært størst absolutt og prosentvis nedgang i fagområdene som hadde lengst gjennomsnittlig ventetid i starten av perioden, dvs. ortopedi, øre-nese-hals og kirurgi. Forskjellene i ventetid mellom fagområdene er således redusert.



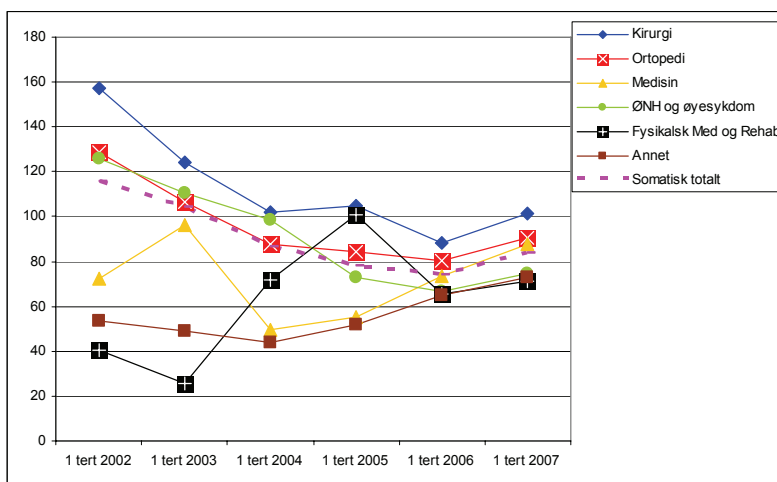
Figur 2.5 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde, døgnopphold, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

<sup>7</sup> Fagområdene består av følgende grupper: *Kirurgi*: 10 "Generell kirurgi", 20 "Barnekirurgi" (<15), 30 "Gastroenterologisk kirurgi", 40 "Karkirurgi", 60 "Thoraxkirurgi (inkl. hjertekirurgi)", 70 "Urologi", 80 "Kjevekirurgi og munnhulesykdom", 90 "Plastikk-kirurgi", 100 "Nevrokirurgi", 340 "Transplantasjon, utredning og kirurgi"; *Ortopedi*: 50 "Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi)"; *Medisin*: 110 "Generell indremedisin", 120 "Blodsykdommer", 130 "Endokrinologi", 140 "Fordøyelsesykdommer", 150 "Hjertesykdommer", 160 "Infeksjonssykdommer", 170 "Lungesykdommer", 180 "Nyresykdommer", 240 "Hud og veneriske sykdommer"; *Øre-nese-hals og øyesykdommer*: 290 "Øre-nese-hals sykdommer", 300 "Øyesykdommer"; *Fysikalsk medisin og rehabilitering*: 230 "Fysikalsk medisin og rehabilitering"; *Annet*: 200 "Kvinnesykdommer) og elektiv fødselshjelp", 210 "Anestesiologi", 220 "Barnesykdommer", 250 "Nevrologi", 260 "Klinisk nevrofysiologi", 280 "Ikke-kirurgisk dagbehandling", 310 "Psykisk helsevern barn og unge", 320 "Psykisk helsevern voksne", 330 "Yrkes- og arbeidsmedisin", 190 "Revmatiske sykdommer", 0 "Ubestemt fagområde".

<sup>8</sup> Sykehuset Vestfold HF, Helse Førde HF og Helse Bergen HF er holdt utenfor grunnet feil i data eller problemer med uttak av data.

Nedgangen i gjennomsnittlig ventetid for dagbehandling totalt er på 28 prosent, og er dermed relativt lik nedgangen i ventetid for døgnopphold (figur 2.6). Det er også et spørsmål om trenden er i ferd med å snu, i og med økningen i ventetid på 10 dager fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007. Ser vi på de enkelte fagområdene, økte ventetiden for fysikalsk medisin og rehabilitering med hele 77 prosent i løpet av perioden, fra 40 til 71 dager. Også innenfor medisinsk og annet fagområde var det en økning i ventetid; 21 prosent for førstnevnte og 36 prosent for sistnevnte. For kirurgisk og ortopedisk dagbehandling har det derimot vært en nedgang i ventetiden på henholdsvis 36 prosent (55 dager) og 30 prosent (39 dager). Den største reduksjonen i ventetiden var imidlertid for ØNH og øyesykdommer: i 1. tertial 2007 ventet man gjennomsnittlig 51 dager og 41 prosent kortere for slik behandling enn i 1. tertial 2002.

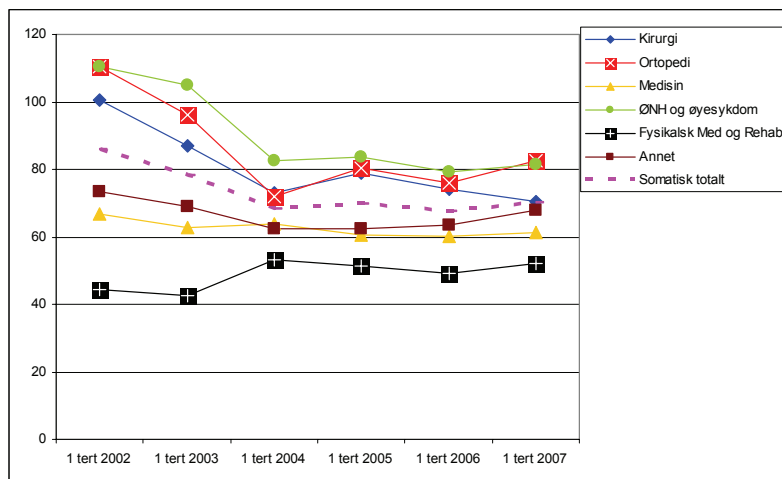
Det var en økning i gjennomsnittlig ventetid for samtlige fagområder for dagbehandling fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007.



Figur 2.6 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde, dagbehandling, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

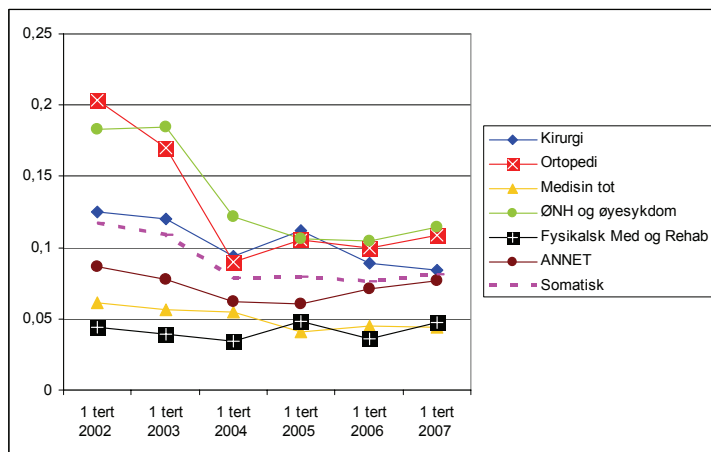
Ventetiden for somatisk poliklinikkbehandling gikk samlet sett ned med 16 dager og 18 prosent fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 (figur 2.7). Som for innleggelse og dagbehandling er den største nedgangen å finne innenfor fagområdene kirurgi, ortopedi og ØNH og øyesykdommer, og endringene er på henholdsvis 30 prosent (30 dager), 25 prosent (28 dager) og 26 prosent (29 dager). Ventetiden til fysikalsk medisin og rehabilitering gikk opp med 17 prosent, fra 44 til 52 dager.

Også for poliklinisk behandling var det en økning i gjennomsnittlig ventetid for samtlige fagområder siste år, unntatt for kirurgi, fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007.



Figur 2.7 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde, poliklinisk behandling, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

En side ved tilgjengeligheten er ventetiden, en annen er hvor mange som faktisk venter lenge. I figur 2.8 illustreres utviklingen fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 i andelen av ordinært avviklede opphold der pasienten ventet mer enn 6 måneder. Som vi ser, er det en markert nedgang fram til 2004, da andelen samlet sett gikk ned fra 12 prosent til 8 prosent. I denne perioden var det først og fremst innenfor ortopedi og ØNH og øyesykdommer at andelen gikk ned, før det igjen var en viss økning igjen mot slutten av perioden. Fra 2004 av har den totale andelen med mer enn 6 måneders ventetid ligget stabilt rundt 8 prosent, og med unntak av ortopedi og ØNH og øyesykdommer var det i 1. tertial 2007 ingen fagområder der mer enn 10 prosent ventet lenger enn 6 måneder.



Figur 2.8 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

### 2.6.1 Regionale forskjeller

De regionale forskjellene i samlet gjennomsnittlig ventetid er blitt betydelig mindre i perioden 2002-2006: differansen mellom de to regionene med lengst og kortest ventetid er nesten halvert, fra 43 til 17 dager. Dette skyldes først og fremst at Helse Midt-Norge er kommet ned på et nivå på linje med de andre regionene. Selv om det har vært en nedgang i

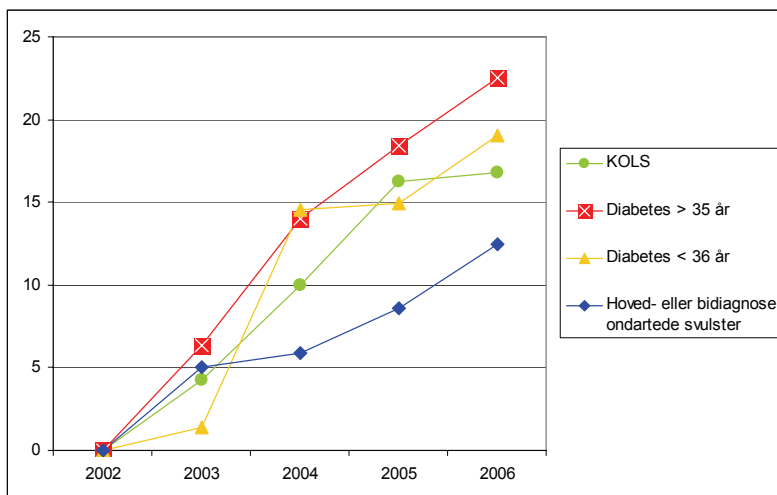
ventetid i alle regioner var den således størst i Helse Midt-Norge, med 33 prosent (40 dager), fulgt av Helse Vest, med 27 prosent (24 dager). Det er imidlertid verdt å merke seg at ventetiden økte i begge regioner fra 1. tertial 2005 til 1. tertial 2006. Minst var nedgangen i Helse Sør, der samlet ventetid gikk ned med 7 prosent (5 dager). Det er også blitt mindre forskjeller mellom fagområdene. I alle regioner er det innenfor fagområdene kirurgi, ortopedi og ØNH og øyesykdommer at den største reduksjonen i ventetiden har skjedd. Det har vært en betydelig økning i ventetid for fysikalsk medisin og rehabilitering i alle regioner unntatt Helse Øst, der ventetiden gikk ned. Endelig har det også vært en nedgang i andelen av avviklede opphold der ventetiden var lengre enn 6 måneder. Det eneste unntaket fra denne trenden er Helse Sør, der det var en økning i andelen langtidsventende.

## 2.7 Prioriterte pasientgrupper: KOLS, diabetes og kreft

Med etableringen av egne nasjonale strategier for kreft, KOLS og diabetes er slike lidelser gitt høy prioritet av helsemyndighetene. Det er derfor interessant å følge utviklingen innenfor disse satsningsområdene for den siste femårsperioden. I dag lever det 173 000 mennesker i Norge som har, eller har hatt, kreft. Antallet nye årlige krefttilfeller ligger på ca. 24 000, og antas å øke til omtrent 28 000 i 2020. Forekomsten av kreft er økende, og prognoser antyder en økning i 2020 på ca. 25 prosent (Helse- og omsorgsdepartementet 2006a). Videre har KOLS de siste tiårene utviklet seg til å bli en folkesykdom, og det er estimert at over 200.000 personer i Norge har denne lidelsen, hvorav halvparten antas å ikke ha fått stilt diagnose. KOLS innebærer en betydelig grad av uførhet og dødelighet, med nærmere 1400 dødsfall i året som følge av lidelsen. Sykdommen er også den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse blant voksne pga. sykdom i pusteorganene (Helse- og omsorgsdepartementet 2006b). Diabetes er en annen av vår tids store folkesykdommer. Diabetes er påvist for mellom 90-120 000 personer, men også her anslås det at nesten like mange tilfeller ennå ikke er påvist. Uten behandling kan diabetes føre til alvorlige komplikasjoner i hjerte, øyne, nyrer og føtter, men med god behandling øker levealder og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2006d).

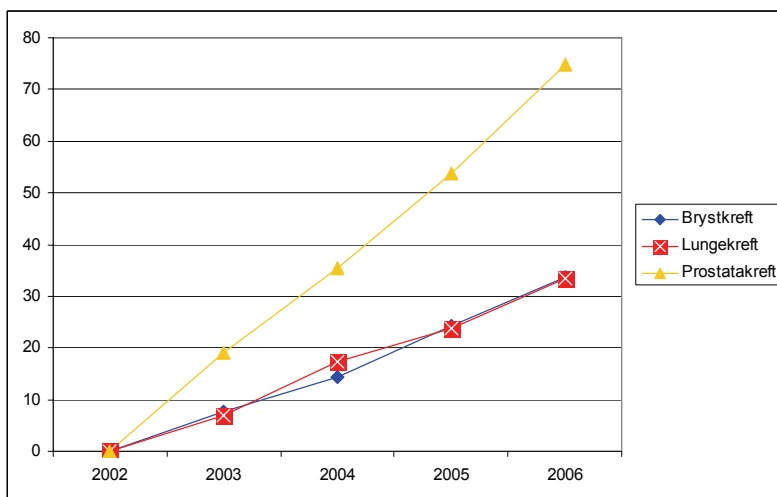
Figur 2.9 viser den relative utviklingen i forbruksrater for kreft, KOLS og diabetes i perioden 2002-2006. I faktiske tall økte antall sykehusbehandlinger for KOLS med 1 714, fra 8 525 opphold i 2002 til 10 239 opphold i 2006. Dette gir en økning per 1 000 innbygger på nesten 17 prosent. Også innenfor diabetes har det vært en sterk aktivitetsvekst: for diabetes > 35 år er det nesten 23 prosent flere opphold i 2006 enn i 2002, for diabetes < 36 år er forskjellen 19 prosent. I antall faktiske opphold økte førstnevnte DRG med 783 og sistnevnte med 396. Dette er spesielt knyttet til Helse Vest og omlegging til dagbehandling.

I motsetning til KOLS og diabetes representerer kreft en større utfordring i analyseøyemed, siden lidelsen ikke på samme måte lar seg avgrense til én eller flere spesifikke DRG-er. For å få et slags samlet bilde av utviklingen er det i figur 2.9 derfor presentert forbruksrater for alle opphold med hoved- eller bidiagnose for ondartede svulster (kategori C00-C97 under hovedkapittel II, Svulster, i ICD-10). For hele perioden sett under ett var det 387 014 opphold med ondartede svulster som hoveddiagnose og 127 890 opphold med dette som bidiagnose; dvs. totalt 514 904 opphold. I 2006 ble det registrert 110 481 behandlinger med hoved- eller bidiagnose ondartede svulster, mot 95 520 i 2002; dvs. en økning på nesten 16 prosent. Økningen per 1 000 innbygger er i overkant av 12 prosent.



Figur 2.9 Prosentvis endring i forbruksrater for kreft (kategori C00-C97 under hovedkapittel II, Svulster, i ICD-10), KOLS (DRG 88), diabetes > 35 år (DRG 294) og diabetes < 36 år (DRG 295), 2002-2006. Dag- og døgnopphold per 1 000 innbygger.

Videre viser figur 2.10 den relative utviklingen i forbruksrater for de tre mest utbredte kreftdiagnosene; brystkreft, prostatakreft og lungekreft. Som det fremgår, har økningen i forbruksrate for prostatakreft vært mer enn det dobbelte av brystkreft og lungekreft: mens det i 2006 var 75 prosent flere opphold med prostatakreft per 1 000 innbygger enn i 2002, var økningen for brystkreft og lungekreft på henholdsvis 34 og 33 prosent. Økningen har vært jevn for alle tre diagnoser i løpet av perioden. Det er gjennomført en opptrapping av masseundersøkelser av bryst (mammografi-screening), slik at det fra og med 2003 var et landsdekkende tilbud, men dette gir seg altså ikke utslag i forbruksratene. I faktiske tall økte brystkreft med 3 629 opphold; fra 8 151 til 11 780 opphold. Nivået for prostatakreft og lungekreft er omtrent halvparten; førstnevnte diagnose økte fra 3 469 til 6 168 opphold i løpet av perioden, mens sistnevnte diagnose økte fra 3 502 til 5 152 opphold.



Figur 2.10 Prosentvis endring i forbruksrater for brystkreft, lungekreft og prostatakreft, 2002-2006. Dag- og døgnopphold per 1 000 innbygger.

### 2.7.1 Regionale forskjeller

Det er store regionale forskjeller i forbruksrater for KOLS, med høyest rater i Helse Sør og lavest i Helse Vest. Helse Midt-Norge skiller seg ut med lavest vekst, og hadde nullvekst perioden sett under ett. Det er også store regionale forskjeller for diabetes > 35 år: Helse Vest ligger høyest i forhold til landsgjennomsnittet, og hadde også klart størst vekst i perioden, noe som kan tilskrives overgangen til dagbehandling. Helse Øst befinner seg i motsatt ende, med et nivå som ligger langt under landet som helhet. I Helse Nord og Helse Midt-Norge har det vært en nedgang i forbruksrater for diabetes > 35 år fra 2002-2006. For diabetes < 36 år bidrar utviklingen i Helse Vest til økende regionale forskjeller, og også her ligger Helse Øst lavest i forhold til landsgjennomsnittet, mens Helse Vest ligger høyest. Helse Sør og Helse Øst har hatt lavere vekst for diabetes < 36 år enn for diabetes > 35 år, mens bildet er motsatt i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Det er videre betydelige regionale forskjeller når det gjelder brystkreft: Helse Øst ligger høyest i forhold til landsgjennomsnittet, mens Helse Vest har det laveste nivået. Veksttakten i 2006 er avvikende for Helse Midt-Norge, med en sterk økning, og for Helse Sør, med en nedgang. For lungekreft er det avtagende regionale forskjeller i perioden, men Helse Nord ligger fortsatt høyest og Helse Øst lavest i forhold til landsgjennomsnittet i 2006. Helse Nord hadde en merkbar nedgang innefor lungekreft fra 2005 til 2006. Endelig er det også økende regionale forskjeller i forbruksrater for prostatakreft: Helse Sør, som lå høyest i forhold til landsgjennomsnittet i 2002, hadde størst økning, mens Helse Nord, som lå lavest i forhold til landsgjennomsnittet, tilsvarende hadde lavest økning. De tre øvrige regionene har nærmet seg hverandre.

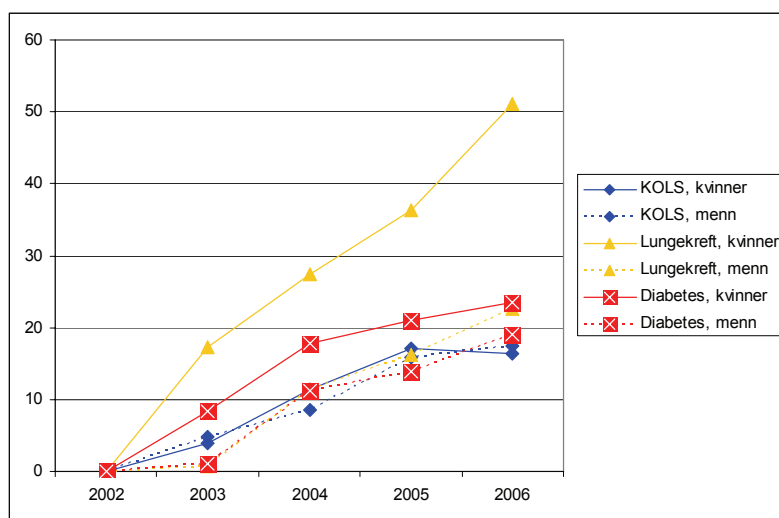
## 2.8 Kvinneperspektivet

I 1999 avdekket den offentlige utredningen om kvinners helse i Norge stor kunnskapsmangel og manglende integrering av kjønnsperspektivet i helsepolitikk og –praksis (NOU 1999). I kjølvannet av utredningen har det vært et sentralt satsningsområde å innarbeide kjønnsperspektivet i offentlige beslutningsprosesser, og i 2003 lanserte regjeringen den såkalte kvinnehelsestrategien (St.meld. nr. 16 (2002-2003)), der målet er å følge opp og styrke arbeidet som er gjort siden utredningen ble lagt fram. Her framheves det at kjønnsperspektivet bl.a. innebærer å ta i bruk kjønnsspesifikk kunnskap der den finnes, og etterspørre eller fremskaffe den der den ikke finnes. Det påpekes videre at det er to trekk som er særlig tydelige i beskrivelser av kvinners bruk av helsetjenester: de har mer kontakt med helsetjenesten enn menn, og deres møter med helsetjenesten beskrives ofte som problematiske, konfliktfylte eller lite konstruktive. En rekke viktige helseproblemer og målgrupper nevnes i strategidokumentene, og det skal her fokuseres på tre av disse: KOLS, lungekreft og diabetes.

Figur 2.11 presenterer forbruksrater for menn og kvinner for perioden 2002-2006. Som vi ser, har utviklingen vært særlig ulik når det gjelder behandling for lungekreft: mens det var over 50 prosent økning i antall opphold per 1 000 innbygger for kvinner, var tilsvarende økning for menn under halvparten; kun 23 prosent. I faktiske tall økte antall lungekreftopphold for kvinner fra 4 523 i 2002 til 7 031 i 2006, mens økningen for menn var fra 7 736 til 9 295 opphold. Dette avspeiler at antall nye tilfeller av lungekreft øker blant kvinner, mens forekomsten har holdt seg stabil for menn de siste 10-15 årene. Mens antall nye tilfeller blant menn er doblet de siste 40 årene, har det blant kvinner vært en femdobling, noe som hovedsakelig skyldes røyking (Helse- og omsorgsdepartementet 2006a; St.meld. nr. 16, 2002-2003).

Det er også en viss kjønnsforskjell å spore når det gjelder forbruksrater for diabetes (diabetes > 35 år og diabetes < 36 år totalt): for kvinner har det vært en 24 prosents økning i forbruksrater mot en 19 prosents økning for menn. Diabetes er en vanlig svangerskapskomplikasjon hos innvandrerkvinner fra Sør-Asia og Nord-Afrika, og mange har fortsatt diabetes etter svangerskapet (Helse- og omsorgsdepartementet 2006b), noe som kan bidra til å forklare forskjellen i forbruk.

Til tross for at andelen kvinner med KOLS har økt, sannsynligvis pga. endringer i kvinners røykevaner (Helse- og omsorgsdepartementet 2006c), er det kun marginale kjønnsforskjeller å spore når det gjelder forbruksrater. Det er imidlertid fortsatt uavklart om kjønn er en uavhengig risikofaktor for å utvikle KOLS. Selv om flere nyere studier som har vurdert forekomst av KOLS (i Norge og Sverige) ikke har funnet holdepunkter for dette (Johannesen m.fl. 2005a; 2005b), finnes det flere studier som dokumenter at kvinner tåler røyking dårligere enn menn og derfor lettere utvikler KOLS når de røyker (Prescott m.fl. 1997; Watson m.fl. 2005).



Figur 2.11 Prosentvis endring i forbruksrater for KOLS, lungekreft og diabetes (DRG 294 og DRG 295 totalt) per kjønn, 2002-2006.

### 2.8.1 Regionale forskjeller

Det har vært en regional utjevning når det gjelder lungekreft, med unntak for Helse Vest, som har lavest forbruksnivå i forhold til landsgjennomsnittet. Helse Øst har avvikende vekst, særlig fra 2005 til 2006, da det er en sterk økning. De øvrige regionene har forholdsvis lik vekst, perioden sett under ett. Også for KOLS er det betydelige regionale forskjeller, med Helse Midt-Norge og Helse Vest med de laveste ratene i forhold til landsgjennomsnittet. Helse Midt-Norge hadde nullvekst perioden sett under ett, mens Helse Sør skiller seg ut med en kraftig nedgang fra 2005 til 2006. Også for diabetes for kvinner bidrar endringen i Helse Vest til økende forskjeller. Helse Nord hadde nullvekst i perioden totalt, og Helse Midt-Norge har hatt nedgang i hele perioden, spesielt fra 2005 til 2006.



## 3 Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002-2006

Beate M Huseby og Randi Kallar Devold<sup>9</sup>

### 3.1 Innledning

I november 2006 framla deFacto (2006) en rapport med tittelen "Hva skjer med lokalsykehusene". I denne rapporten påpekes det at antallet behandlinger ved lokalsykehus var høyere i 2005 enn i 2002. Dette tolkes til fordel for at befolkningen *ikke* velger bort lokalsykehusene når de skal ha sykehusbehandling. Rapporten relaterer imidlertid ikke økningen i bruk av lokalsykehus til økningen i bruk av andre typer sykehus. Huseby og Jensberg (2007A) viser at både lokalsykehusene og de tidligere sentralsykehusenes *andel* av de totale oppholdene ble redusert med i underkant av to prosentpoeng i perioden fra 1999 til 2005 til fordel for høyt spesialiserte institusjoner og private kommersielle sykehus. Endringene knyttet i hovedsak til årene fra 2001 til 2003. Devold (2007), finner imidlertid en signifikant økning i *eldres* bruk av lokalsykehus fra 2001 til 2005. Økningen gjelder på både nasjonalt nivå (totalt) og for befolkningen i to av helseregionene (helseregion Øst og helseregion Vest). Ingen av de overnevnte analysene inkluderer imidlertid pasientdata fra 2006, og i lys av regjeringens erklæring høsten 2005 om at ingen lokalsykehus skal legges ned, er det et åpent spørsmål om bruken av lokalsykehus – relativt til andre typer sykehus – økte eller ble redusert i 2006.

I årene etter eierskapsreformen har lokalsykehusenes rolle og framtid vært flittig debattert og har blitt utredet av både Legeforeningen, deFacto (etter oppdrag fra Kommunenes Interesseforening for Lokalsykehus), og en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (Erikstein 2007). På tross av flere utredninger og all oppmerksomhet rundt lokalsykehusene de senere årene, er det gjort få systematiske analyser<sup>10</sup> av forskjeller mellom helseregionene i bruk av lokalsykehusene. Det påpekes ofte i offentlige dokumenter at lokalsykehusene har en viktig posisjon i forhold til behandling av eldre og den forventede eldrebølgen, men det er likevel gjort få systematiske analyser av variasjonene mellom regionene når det gjelder sammenhengen mellom alder og bruk av lokalsykehus. Det er også tidligere gjort få systematiske analyser av forskjellene mellom regionene når det gjelder omfanget av akuttbehandling og kirurgisk behandling i lokalsykehusene, samt distriktsprofilene<sup>11</sup> i bruk av lokalsykehus og betydningen av reiseavstand. Formålet med dette kapitlet er derfor å bidra med systematisk kunnskap om bruken av lokalsykehus, regionale variasjoner i dette og endringer i perioden fra 2002 til 2006.

---

<sup>9</sup> Randi Kallar Devold har ikke vært ansatt ved SINTEF Helse, men har bidratt til kapitlet gjennom arbeidet med sin mastergrad ved NTNU.

<sup>10</sup> Med systematisk analyse, menes bruk av avanserte statistiske teknikker som gjør det mulig å sammenligne mest mulig like enheter, like pasienter og lik type behandling.

<sup>11</sup> Med dette menes sammenhengen mellom kommunestørrelse og bruk av lokalsykehus.

### 3.2 Økt oppmerksomhet rundt lokalsykehusene

Spørsmålet om lokalsykehusenes rolle er flittig debattert, både nasjonalt og internasjonalt (Arntzen 1989, Helgesen og Storvik 1992, Bache 1992, Hansen 2001, Department of Health 2003, National Leadership Network 2006). I Norge har debatten pågått siden etableringen av Sykehusloven i 1970, og effektueringen av den hierarkiske sykehusstrukturen (St.meld. nr. 9 (1974-75)). Etter gjennomføringen av eierskapsreformen i 2002, har debatten rundt lokalsykehusene likevel fått økt oppmerksomhet fra flere ulike hold. Noen av de strukturendringene som ble foreslått og forsøkt gjennomført i kjølvannet av eierskapsreformen, medførte store politiske protester og folkebevegelser. I 2003 var protestene særlig høylytte og det ble opprettet en organisasjon som kalte seg "Folkebevegelsen for lokalsykehusene". Protestene resulterte blant annet i at den da sittende regjeringen (Bondevik II) overstyrte et vedtak fra et regionalt helseforetak om nedlegging/flytting av en fødeavdeling. Ved budsjettbehandlingen denne høsten bad opposisjonen i Stortinget om en utredning av lokalsykehusenes rolle og framtid. Denne ble lagt fram under særskilte saker i statsbudsjettet året etter (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) og i revidert nasjonalbudsjett for 2005 ble det gitt ekstra bevilgninger til lokalsykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Ved regjeringsskiftet høsten 2005, hvor det ble dannet en koalisjon mellom Arbeiderpartiet, SV og Senterpartiet, ble diskusjonen rundt lokalsykehusenes rolle også aktualisert gjennom regjeringens samarbeidserklæring hvor det ble slått fast at ingen lokalsykehus skal legges ned i regjeringsperioden.

"Regjeringen vil opprettholde et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen" (Regjeringensdokument 2005).

Legeforeningen har også engasjert seg i debatten og fremla en rapport om lokalsykehusenes fremtidige rolle i desember 2005. Konklusjonen i rapporten var at lokalsykehusfunksjonen må styrkes på både små og store sykehus og at det må stilles faglige minimumskrav til alle sykehus. Kravene innebærer at det skal være akuttberedskap med vaktkompetanse innen både indremedisin, kirurgi og anestesilogi ved *alle* sykehus (Den norske legeforeningen 2006).

I nasjonal helseplan 2007-2010 (Helse- og omsorgsdepartementet 2006) gis også lokalsykehusene særskilt oppmerksomhet. Helseplanen presenterer seks bærebjelker for fremtidens helsepolitikk, og bærebjelken *nærhet og trygghet* knyttes til lokalsykehusene. Det påpekes at lokalsykehustjenestene må konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, til pasienter som trenger tett oppfølging, og der behandlingen krever en generell tilnærming, og ikke utpreget spisskompetanse. Det vises til at det er en stor utfordring i årene framover å gi pasienter med kroniske sykdomstilstander og syke eldre med sammensatte lidelser en tjeneste med god tilgjengelighet/kapasitet og kvalitet, og hevdes at dette er oppgaver som sikrer lokalsykehusene som reelle sykehus. Det fastslås at lokalsykehusenes innhold må utvikles og omstilles i tråd med disse behovene. Som en del av den nasjonale helseplanen nedsatte regjeringen også en arbeidsgruppe som skulle se nærmere på lokalsykehusenes akuttfunksjoner (Erikstein 2007). Formålet for arbeidet i denne arbeidsgruppa var å tydeliggjøre lokalsykehusenes oppgaver. Denne arbeidsgruppa leverte sin utredning i mars 2007 og konkluderte med at lokalsykehusene er foretrukne tjenesteleverandører for et flertall av spesialisthelsetjenester, også akutt-tjenester. Arbeidsgruppa skiller mellom to typer faglige standarder, hvor den første (generelle akuttstusykehus) er i tråd med legeföreningens faglige krav, mens den andre (lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner) har bare indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis som et minimumskrav. Det påpekes imidlertid at lokalsykehus av type II må utredes, kvalitetssikres og evalueres langs en rekke dimensjoner.

Utredningene setter fokus på flere dimensjoner når det gjelder bruk av lokalsykehus. Det mest sentrale spørsmålet er trolig knyttet til lokalsykehusenes akuttberedskap, men også fødselsomsorgen, kirurgi versus indremedisin, aldersdimensjonen og spørsmålet om nærhet, og reiseavstand til sykehus for befolkningen i distriktet er sentrale tema i diskusjonen. I

dette kapitlet analyserer vi derfor utviklingen i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved innleggelse for øyeblikkelig hjelp versus elektive opphold i perioden fra 2002 til 2006 og regionale forskjeller i dette. Vi setter også fokus på regionale forskjeller og utviklingen i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved normale fødsler, kirurgisk behandling versus ikke-kirurgisk behandling. Analysene gjøres ved hjelp av avanserte statistiske metoder (logistisk regresjon) som sikrer at det er de relevante enhetene som sammenlignes, og gjør at resultatene kontrolleres for endringer i tid og forskjeller mellom ulike pasientgrupper og behandlingstyper.

### 3.3 Data

Analysene i dette kapitlet er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) for årene 2002-2006. Data representerer i utgangspunktet alle opphold for døgn-, og dagbehandling i den somatiske spesialisthelsetjenesten i Norge. Oppholdene er eksklusive behandlinger av nordmenn i utlandet, og eksklusive opphold uten registrert bostedskommune i Norge. Ettersom data fra private avtalespesialister ikke er komplett registrert for årene 2002-2006, er analysene eksklusive slike behandlinger, men inkluderer offentlig betalte opphold ved private sykehus. Ingen private kommersielle sykehus er imidlertid definert som lokalsykehus, uansett sykehusets lokalisering.

Formålet med analysene i dette kapitlet er å analysere endringer i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus. Det er derfor svært viktig at data er sammenlignbar over tid, og at konklusjoner ikke skyldes at et sykehus blir definert som lokalsykehus det ene året og annen type sykehus året etter. Endringer i rapporteringssystemene til NPR gjør at vi derfor har vært nødt til å ekskludere data fra flere store helseforetak ettersom det ikke har vært mulig å skille mellom lokalsykehusenheter og andre enheter ved disse foretakene i alle år. Dette gjelder (i) Akershus Universitetssykehus HF, hvor vi ikke kunne skille mellom Stensby sykehus, Lillestrøm sykehus og Ahus etter 2003, samt for (ii) Aker universitetssykehus, hvor vi ikke kunne skille ut Ski sykehus i 2006, og for (iii) Sykehuset Østfold HF, hvor opphold ved sykehusene i Moss og Halden ikke kan skilles fra opphold ved Sarpsborg/Fredrikstad i 2005 og 2006. Dette innebærer at data fra Helse Øst RHF er mangelfull.

Data er også eksklusive opphold for primær rehabilitering (DRG 462 A-C) og dialyse (DRG 317). Dette skyldes at dette er store pasientgrupper hvor organiseringen og lokaliseringen av behandlingen varierer sterkt mellom helseforetakene. Ved enkelte helseforetak utføres rehabilitering på sykehuset, mens andre helseforetak samarbeider med private rehabiliteringsinstitusjoner (som også mottar økonomisk kompensasjon fra det offentlige). Når det gjelder dialyse, utføres også dette både ved egne dialysesentre, helsesentre og på sykehus. Disse forskjellene i organisering kan påvirke resultatene av analysene, og alle opphold i disse DRG-ene er derfor utelatt.

### 3.4 Metode

Bruk av lokalsykehus er tidligere beskrevet og analysert i henhold til behandlingsrater (Huseby 2001, Kalseth 2005), utviklingen i antall senger (deFacto 2006) og ulike kjennetegn ved pasienten og behandlingen (Erikstein 2007). For å få best mulig kunnskap om bruken av lokalsykehus og forskjeller mellom helseregionene, er det imidlertid viktig å benytte statistiske teknikker som gjør det mulig å kontrollere sammenhengene for endringer over tid, kjennetegn ved pasientene, behandlingene og type innleggelse. Vi har derfor benyttet logistisk regresjon for å analysere *sannsynligheten for bruk av lokalsykehus* over tid og for ulike kjennetegn ved pasientene, behandlingene og innleggelsene. Alle institusjonene/organisasjonens enheter i pasientdata er kodet i henhold til om de er definert som et lokalsykehus eller ei. Det skilles altså ikke mellom andre typer behandlingssenheter i den hierarkiske sykehusstrukturen. Både spesialsykehus, private sykehus, universitetssykehus og store sykehus med de vanligste spesialitetene er kodet som "ikke lokalsykehus". Når det gjelder fødestuene og helsesentrene, har vi kodet disse som lokalsykehus. Dette er grunnlagt

i en vurdering av at en eventuell økning i aktiviteten ved disse fødestuene, ikke bør tolkes som en nedgang i bruken av lokalsykehus ettersom fødestuene og helsesentrene oftest er lokalisert i rurale strøk. Analysene er imidlertid også kontrollert for effekten av fødsler på/utenfor lokalsykehus.

Analysene er gjort på både nasjonalt nivå for årene 2002-2006 samlet, for hver av helseregionene for årene 2002-2006 samlet, og for hvert av årene. Analysene av helseregionene tar utgangspunkt i pasientenes bosted uavhengig av hvilken region de er blitt behandlet i.

Analysene inkluderer indikatorer for hvert av årene, og 2002 er brukt som referansepunkt<sup>12</sup>. Analysene inkluderer også indikatorer for type behandling; akutt eller ikke-akutt innleggelse for behandling i kirurgiske DRG eller ikke-kirurgiske DRG, og indikatorer for pasienten (mann – ikke mann, alder, kommunestørrelse i fem kategorier (0-1 999 innbyggere, 2 000 – 9 999 innbyggere, 10 000 – 19 999 innbyggere, 20 000 – 49 999 innbyggere og kommer med mer enn 50 000 innbyggere) og reiseavstand til nærmeste sykehus med akuttfunksjon.

Resultatene fra analysene er gjengitt som tabeller og figurer. Alle figurer i dette kapitlet viser *predikerte sannsynligheter for bruk av lokalsykehus*, og er beregnet med utgangspunkt i regresjonsanalysene. Det er viktig å huske at prosenttallene i figurene ikke må tolkes som absolutte, men som predikerte etter kontroll for andre indikatorer i analysene. Ved prediksjonene er effekten av andre indikatorer i analysen enn det som er omtalt, satt lik indikatorens gjennomsnitt.

### 3.5 Resultater på nasjonalt nivå

I dette delkapitlet gjengir vi tabeller for regresjonsanalysene på nasjonalt nivå og gir en kort oppsummerende beskrivelse av resultatene. De ulike resultatene og forskjeller mellom regionene er for øvrig nærmere beskrevet i de følgende delkapitlene. Deskriptiv statistikk, en nærmere beskrivelse av indikatorene i analysene (tabellnote) og regresjonstabeller etter helseregion og år er gjengitt i vedlegget.

Analysene på nasjonalt nivå har 2002 som referansepunkt og viser at det er en liten, men signifikant nedgang i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus i 2005 og 2006, sammenlignet med 2002. Den marginale endringen er imidlertid bare ett prosentpoeng.

Når det gjelder type innleggelse, viser analysen at den predikerte sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er omtrent 10 prosentpoeng høyere ved opphold for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG enn ved opphold for elektiv kirurgi. Den predikerte sannsynligheten for elektiv behandling i medisinske DRG er imidlertid 7 prosentpoeng lavere enn for elektiv kirurgi. Sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved fødsler og for friske nyfødte er rundt 9 prosentpoeng høyere enn for annen behandling. Generelt sett, finner vi de sterkeste effektene for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG og for opphold for normale fødsler og friske nyfødte, samt for kommunestørrelse.

Tabellen viser forøvrig at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er signifikant høyere for kvinner enn for menn, og økende med alderen. Sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er også større i distriktet og i små byer enn i store byer.

Reiseavstand har i utgangspunktet en signifikant negativ effekt, som betyr at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er høyest når reiseavstanden til nærmeste sykehus med akuttfunksjon er kort, men effekten er liten. Marginalendringene i predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus øker med fire prosentpoeng når reiseavstanden reduseres med 100 km<sup>13</sup>. Selv om effekten av reiseavstand er signifikant, er den dermed svært liten når det kontrolleres for andre faktorer som kommunestørrelse, ø-hjelp og fødsler.

<sup>12</sup> Dette betyr at effekten av 2004 tilsvarer forskjellen mellom 2004 og 2002.

<sup>13</sup> Dette framkommer ikke av tabell 3.1 fordi effekten er mindre en et prosentpoengs endring per km (det er oppgitt bare to desimaler i tabellen).

Dersom vi benytter resultatet av analysene i tabell 3.1 til å predikere sannsynligheten for bruk av lokalsykehus gitt ulike kjennetegn ved pasienten, tidspunktet og behandlingen, finner vi for eksempel at sannsynligheten for at en kvinne på 80 år, bosatt i en kommune med mindre enn 2 000 innbyggere i Nord-Norge, som er innlagt for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG og døgntilrettelagt behandling, hadde en sannsynlighet for bruk av lokalsykehus på mer enn 80 prosent i 2006. Til sammenligning, hadde en mann på 30 år, bosatt i en kommune med mer enn 50 000 innbyggere i Helseregion Sør, som fikk elektiv kirurgisk behandling samme år, en sannsynlighet for bruk av lokalsykehus på under 10 prosent.

Tabell 3.1 Utviklingen i bruk av lokalsykehus 2002-2006. Logistisk regresjon med og uten kontroll for helseregionene.

	Analyse uten regioner		Analyse inklusive regioner	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)
2003	-0,01 *	0,99	-0,01 **	0,99
2004	-0,01 *	0,99	-0,01 **	0,98
2005	-0,02 **	0,98	-0,02 **	0,97
2006	-0,04 **	0,96	-0,04 **	0,95
Ø-hjelp med. DRG	0,46 **	1,58	0,47 **	1,87
Ø-hjelp kir. DRG	-0,03 **	0,97	-0,05 **	1,10
Elekt med. DRG	-0,37 **	0,69	-0,38 **	0,69
Mann	-0,02 **	0,98	-0,02 **	0,99
Alder	0,01 **	1,01	0,01 **	1,01
Fødsler og friske nyfødte	0,39 **	1,48	0,39 **	1,74
Kommunestørrelse	-0,37 **	0,69	-0,38 **	0,68
Reiseavstand	-0,00 **	1,00	-0,00 **	1,00
Boregion Sør	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>	-0,59 **	0,55
Boregion Vest	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>	-0,12 **	0,88
Boregion Midt-Norge	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>	0,31 **	1,36
Boregion Nord	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>	0,56 **	1,75
Konstant	0,18 **	0,96	0,03 **	0,90

\*\* p<0,01 \*p<0,05 Se for øvrig tabellnote i vedlegget for en nærmere beskrivelse av indikatorene og beregningsmetodene, samt deskriptiv statistikk.

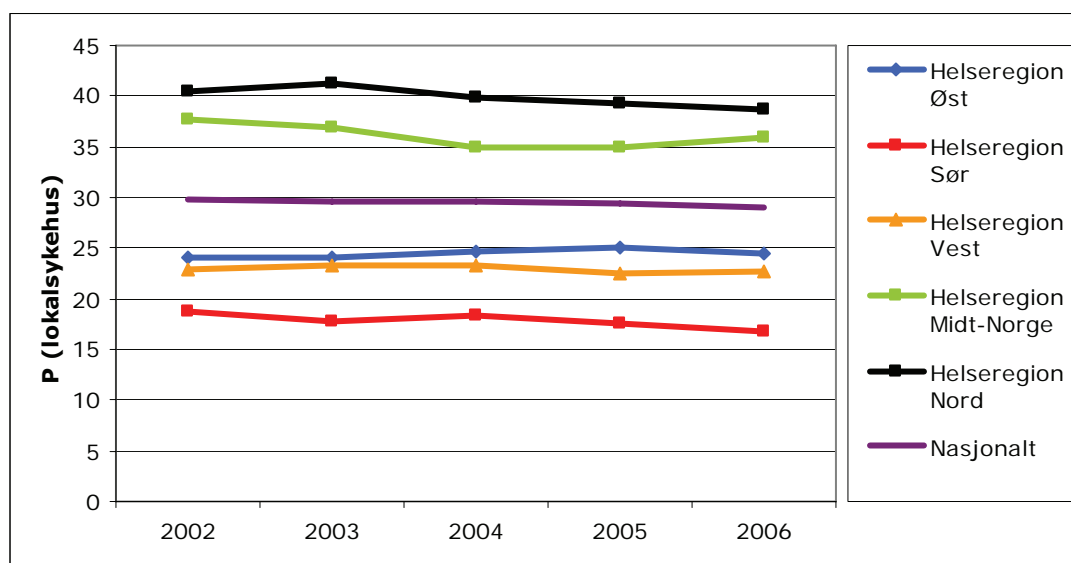
<sup>-1)</sup> Ikke inkl.

I analysen med kontroll for helseregionene, er helseregion Øst brukt som referansegruppe. Denne analysen viser at nivået for bruk av lokalsykehus er signifikant lavere for pasienter bosatt i helseregionene Sør og Vest, og signifikant høyere for pasienter bosatt i helseregionene Midt-Norge og Nord, enn i helseregion Øst. Disse forskjellene beskrives nærmere i de følgende avsnittene.

Vi vil også bemerke at vi gjorde forsøk der vi inkluderte en indikator for SSBs levekårsindeks for kommunene. Denne hadde ingen effekt på sannsynligheten for bruk av lokalsykehus, og ble derfor tatt ut analysen. Mangelen på effekt kan skyldes at indikatoren korrelerer relativt sterkt med kommunestørrelse, men enkle tabellanalyser viser heller ingen forskjell i skåren på kommunenes levekårsindeks for pasienter som bruker eller ikke-bruker lokalsykehus.

### 3.6 Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006 nasjonalt og regionalt

Dersom vi benytter vanlig prosentregning for å analysere utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006, finner vi en nedgang på 1,6 prosentpoeng i denne perioden (fra 31,7 prosent i 2002 til 30,1 prosent i 2006). Regresjonsanalysen, som sammenligner bare relevante enheter<sup>14</sup> viser at nedgangen i den predikerte sannsynligheten for bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006 var på 1 prosent (fra 29,9 prosent til 28,9 prosent). Kontrollen for relevante indikatorer gjør altså at nedgangen beregnes som noe lavere enn den direkte prosentvise effekten. Uavhengig av om det benyttes den ene eller andre metoden, kan vi imidlertid slå fast at det har vært en signifikant nedgang i bruken av lokalsykehus – relativt til andre typer sykehus – fra 2002 til 2006, men at nedgangen er svært liten.



Figur 3.1 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus nasjonalt og regionalt fra 2002 til 2006. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell v3.3).

Dersom vi skiller mellom helseregionene og tar utgangspunkt i pasientenes bostedsregion, finner vi noe større endringer for tre av regionene. Dette er helseregionene Sør, Midt-Norge og Nord. I disse regionene har den predikerte sannsynligheten for bruk av lokalsykehus gått ned med omtrent 2 prosentpoeng.

Figuren viser også variasjonen mellom helseregionene når det gjelder nivået av sannsynlighet for bruk av lokalsykehus. Sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er høyest for pasienter bosatt i helseregion Nord (predikert sannsynlighet på 40,6 prosent i 2002) og helseregion Midt-Norge (predikert sannsynlighet på 37,7 prosent i 2002), middels høyt for pasienter bosatt i helseregionene Øst og Vest (med predikerte sannsynligheter rundt 23 prosent) og lavest for pasienter bosatt i helseregion Sør (predikert sannsynlighet på 18,8 prosent i 2002).

<sup>14</sup> Opphold for kvinner i 2002 sammenlignes med opphold for kvinner i 2006, opphold i kirurgiske DRG i 2002 sammenlignes med opphold i kirurgiske DRG i 2006 osv.

### 3.7 Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006 for eldre over 65 år

Devold (2007) analyserer utviklingen i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus blant eldre over 65 år i perioden fra 1999 til 2005. Hun finner at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus blant eldre er signifikant<sup>15</sup> høyere i 2005 enn i 2001 (før eierskapsreformen). Vi har også analysert utviklingen i bruk av lokalsykehus for eldre over 65 år for å se om utviklingen for eldre avviker fra resultatene i den generelle analysen. Våre analyser (se tabell 3.2 og vedleggstabell v3.4-v3.5) viser i likhet med Devold (2007) en svært liten, men signifikant økning i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2005, men også en signifikant nedgang i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus i 2006. Nedgangen er imidlertid mindre enn 1 prosentpoeng.

Analysene av eldres bruk av lokalsykehus viser for øvrig, i tråd med våre andre analyser, at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er høyere ved opphold for øyeblikkelig hjelp innen medisinske DRG enn for andre typer opphold, samt høyere for kvinner enn for menn og økende med alderen. Predikerte sannsynligheter for eldres bruk av lokalsykehus etter helseregion er gjengitt i tabell 3.2.

Tabell 3.2 Predikerte sannsynligheter for eldres bruk av lokalsykehus<sup>1)</sup> (prosent).

		P (lokalsykehus) – Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus <sup>1)</sup>					
		Nasjonalt	Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Vest	Helseregion Midt-Norge	Helseregion Nord
År	2002	30,7	29,7	23,3	24,8	40,5	41,4
	2003	30,6	30,0	22,0	25,5	39,7	42,2
	2004	30,9	30,9	22,3	26,4	38,2	40,8
	2005	31,2	32,0	22,0	26,3	38,2	40,9
	2006	30,5	30,7	20,7	25,8	39,5	40,0
Ø-hjelp med DRG		46,0	45,5	47,5	30,7	40,4	56,4
Ø-hjelp kir DRG		31,6	31,0	33,6	19,5	25,3	40,2
Elektivt med DRG		29,2	29,6	31,2	21,2	24,8	34,3
Elektivt kir DRG		26,8	27,5	22,5	25,3	23,5	35,4
Komm.-størrelse i antall innb.	0-1999 innb	53,0	28,6	42,8	61,1	78,7	69,7
	2000-9999	43,6	29,3	33,6	47,0	61,3	52,8
	10000-19999	34,7	30,0	25,5	33,3	40,4	35,2
	20000-49999	26,8	30,8	18,8	22,0	22,5	20,9
	50000 innb +	20,1	31,5	13,6	13,8	11,1	11,4
Alder	65 år	26,5	26,8	17,6	23,0	35,7	36,8
	70 år	28,2	28,3	19,2	24,1	37,0	38,5
	80 år	31,6	31,5	23,0	26,2	39,8	42,1
	90 år	35,3	34,8	27,2	28,5	42,6	45,8

1) Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.4) og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell v3.5).

<sup>15</sup> Signifikant på 0,05 prosent nivå.

### 3.8 Bruk av lokalsykehus ved akutt sykdom og planlagt behandling

Den helsepolitiske diskusjonen om lokalsykehusenes rolle, har i særlig grad vært knyttet til lokalsykehusenes akuttfunksjoner. Spørsmålene og uenighetene har vært mange; er det faglig forsvarlig å bare opprettholde et indremedisinsk akutt-tilbud, eventuelt med kirurgisk beredskap på dagtid? Er det økonomisk forsvarlig å opprettholde full akuttberedskap ved alle lokalsykehus? Hva er effekten av å skille mellom akuttberedskap i ortopedi og bløtdelskirurgi? I henhold til arbeidsgruppa for utredningen av lokalsykehusenes akuttfunksjoner (Erikstein 2007) er det stor faglig uenighet rundt disse spørsmålene. Arbeidsgruppa forsøker å finne en samlende løsning gjennom å skille mellom akuttberedskap i forhold til diagnostikk og i forhold til behandling. Det fastslås at det er svært viktig at pasienter sikres best mulig diagnostikk så nær hjemmet som mulig, og deretter ledes inn i rett behandlingkjede. Arbeidsgruppa viser for øvrig også til en rekke eksempler, både nasjonalt og internasjonalt, på at det *kan* være faglig forsvarlig å ha bare indremedisinske akuttfunksjoner. Gruppa stiller seg derfor åpen for at den faglige standarden som settes for lokalsykehus med akuttfunksjoner og lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner, ikke er absolutt.

Bakgrunnen for de senere årenes diskusjon om akuttberedskapen og fødselsomsorgen kan knyttes til den offentlige utredningen om akuttberedskapen fra 1998 (NOU 1998:9) og Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000). Akuttutvalget (NOU 1998:9) foreslo å avløse den tradisjonelle graderingen mellom lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus med en hierarkisk tredeling av akuttberedskapen hvor nivå 1 skulle omfatte de prehospitale tjenestene (primærhelse, ambulans- og nødmeldetjenesten), nivå 2 skulle bestå av tre sykehusmodeller A, B og C, og nivå 3 skulle bestå av høyspesialiserte sykehus. Sykehusmodell A skulle ha døgnkontinuerlig akuttberedskap i indremedisin og fødetilbud i form av fødestue, mens sykehusmodell B skulle ha akuttberedskap i indremedisin og innen ortopedi, bløtdelskirurgi eller fødselshjelp, samt fødeavdeling eller fødestue. Sykehusmodell C skulle ha akuttberedskap innen både indremedisin og alle kirurgiske fagområder, samt fødeavdeling.

Akuttutvalgets forslag til ny inndeling av den akuttmedisinske beredskapen, og sykehusmodellene A og B i særdeleshet, møtte sterke innvendinger. Sosial- og Helsedepartementets innstilling til Akuttutvalgets forslag (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)) ga Akuttutvalgets forslag til sykehusmodeller en retningsgivende status for den framtidige sykehusplanleggingen, men gikk ikke inn for at forslaget skulle vedtas. Ved eierskapsreformen fikk dermed både Akuttmeldingen (NOU 1998:9) og Stortingsmelding nr 43 (2000-2001) stor betydning for utredningene om oppgavefordelingen i flere av de regionale helseforetakene.

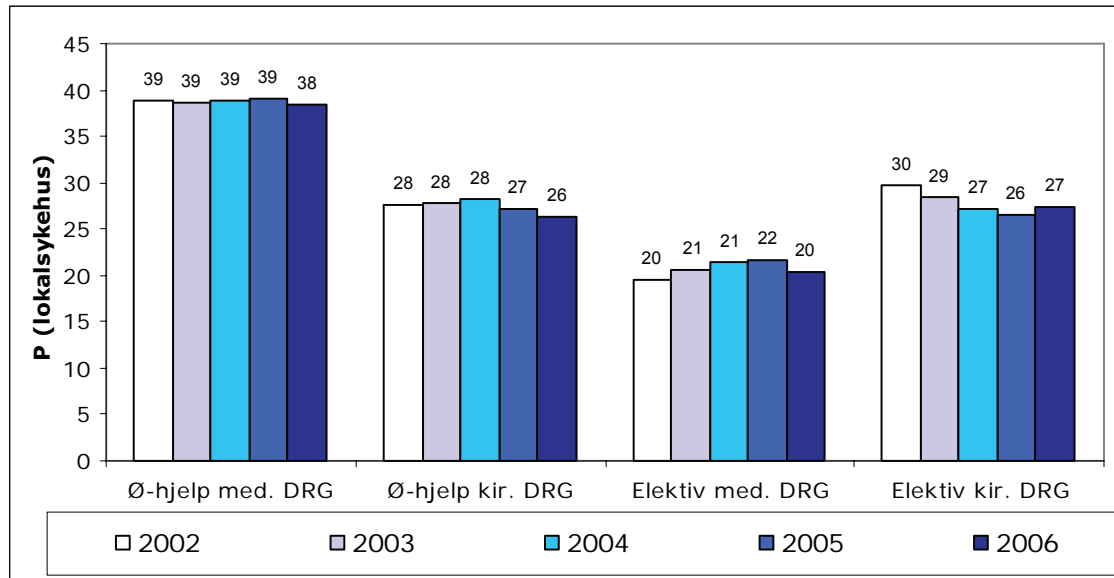
Huseby og Jensberg (2007A) analyserer utviklingen i konsentrasjonsnivå<sup>16</sup> for akuttbehandling fra 1999 til 2005, og finner ingen signifikant endring av konsentrasjonsnivået for akuttbehandling innen indremedisin. Analysene viser imidlertid at konsentrasjonsnivået for kirurgisk akuttbehandling er signifikant høyere i årene etter eierskapsreformen enn i perioden fra 1999 til 2001. Huseby og Jensberg (2007B) viser også at lokalsykehusenes andel av akuttbehandling innen kirurgiske DRG ble redusert med vel 2 prosentpoeng i perioden fra 1999 til 2005. Endringen i lokalsykehusenes andel av den indremedisinske akuttbehandlingen var imidlertid bare en halv prosent.

I dette kapitlet har vi analysert utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006 for akuttbehandling og planlagte behandlinger innen både kirurgiske og medisinske DRG (figur 3.2), og studert forskjellene mellom regionene når det gjelder sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved akuttbehandling og planlagt behandling innen medisinske og kirurgiske DRG (figur 3.4).

---

<sup>16</sup> I disse analysene er konsentrasjonsnivået knyttet til antall enheter som utfører en bestemt type behandling og den relative fordelingen mellom dem.





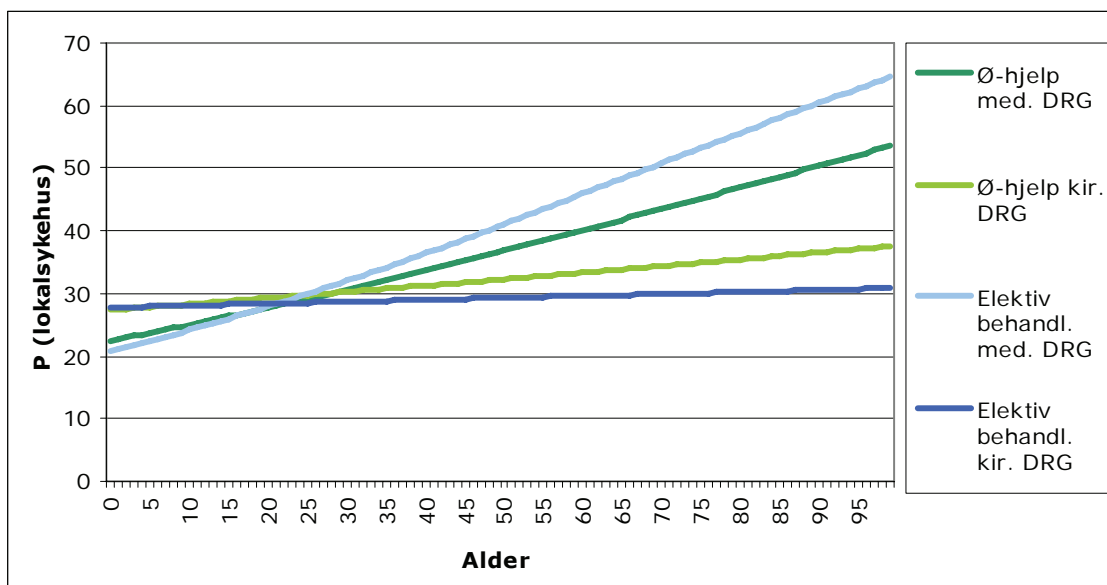
Figur 3.2 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter år, type innleggelse og behandling. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.6 og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell v3.7).

Analysene viser stor stabilitet når det gjelder sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG<sup>17</sup>. For kirurgisk akuttbehandling, samt planlagte kirurgiske behandlinger, finner vi imidlertid en signifikant<sup>18</sup> nedgang i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus i perioden fra 2002 til 2006.

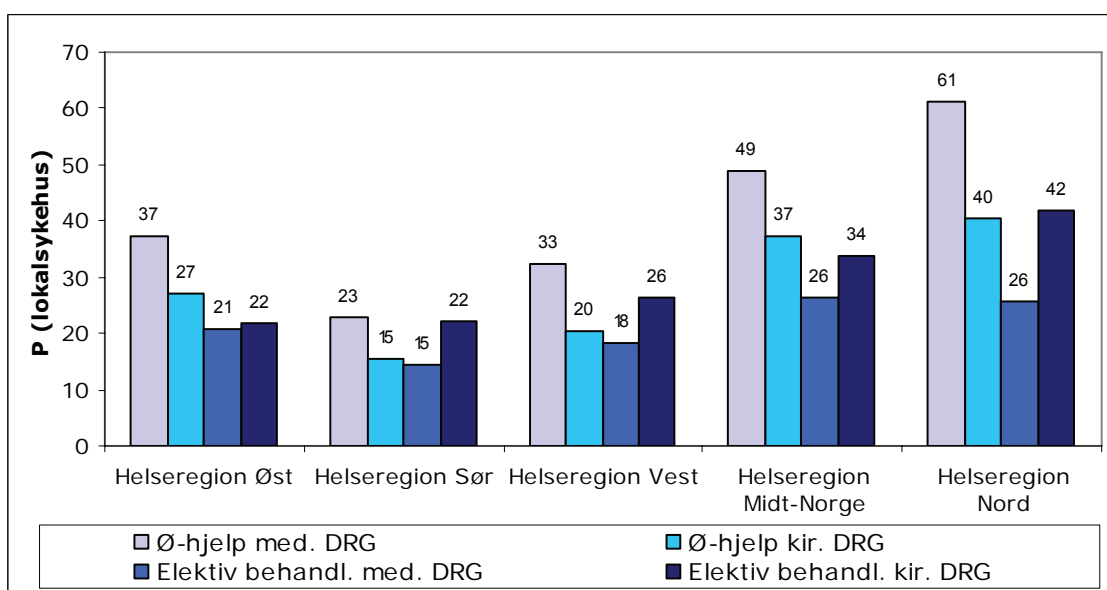
Dersom vi analyserer disse fire behandlingstypene separat, finner vi også at de har distinkte aldersprofiler når det gjelder bruk av lokalsykehus. Bruk av lokalsykehus ved indremedisinsk behandling, har en klar aldersprofil og øker sterkt med alderen, mens sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved kirurgisk behandling – og planlagte kirurgiske behandlinger i særdeleshet – er like høy for yngre som eldre. Dette er illustrert i figur 3.3.

<sup>17</sup> P.g.a. et høyt antall enheter i analysen (1,6 mill opphold) er likevel nedgangen i 2006 signifikant.

<sup>18</sup> For å analysere om endringene var signifikant, lagde vi fire separate regresjonsanalyser for gruppene Ø-hjelp innen medisinske DRG, ø-hjelp innen kirurgiske DRG, elektive behandlinger innen medisinske DRG og elektive behandlinger innen kirurgiske DRG. Analysene inkluderte data fra 2002 til 2006, samt andre indikatorer som er inkludert i våre andre analyser (se tabell 3.1).



Figur 3.3 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter type innleggelse, behandling og pasientens alder. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.6) og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell v3.7).



Figur 3.4 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter type innleggelse, behandling og helseregion. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell 3.3).

Analysene av helseregionene viser betydelige forskjeller mellom regionene. For en pasient som er bosatt i helseregion Sør, er sannsynligheten for bruk av lokalsykehus like høy ved planlagt kirurgi som ved ø-hjelp i medisinske DRG. For pasienter bosatt i helseregion Midt-Norge eller helseregion Nord er det imidlertid en betydelig høyere sannsynlighet for å bli behandlet ved et lokalsykehus ved behov for indremedisinsk akuttbehandling enn ved planlagt kirurgi. Disse forskjellene illustrerer i noen grad "profilen" til lokalsykehusene i regionene, og viser at lokalsykehusene i Helse Sør har en mindre utpreget "akutt-profil" enn

de andre regionene. For pasienter fra helseregion Vest, er også sannsynligheten for bruk av lokalsykehus lavere ved akutt kirurgi enn ved planlagt kirurgisk behandling.

Dersom vi ser bort fra forskjellene i nivå, som viser at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus generelt sett er høyest i helseregionene Midt-Norge og Nord, finner vi den tydeligste akutt-profilen ved bruk av lokalsykehus for pasienter bosatt i helseregion Øst.

Vi minner forøvrig om at figuren tar utgangspunkt i pasientenes bosted, og ikke i behandlingstilbudet/institusjonene i regionen. Når en region, som for eksempel Helse Midt-Norge har en relativt sett høy andel bruk av private sykehus ved elektiv kirurgi, vil dette redusere sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved denne typen behandling, uavhengig av om sykehusene ligger i Midt-Norge-distriktet eller i Oslo-området.

### 3.9 Bruk av lokalsykehus ved normale fødsler og friske nyfødte

I likhet med akuttberedskapen, har fødselsomsorgen ved lokalsykehusene vært mye debattert. Dette skyldes selvfølgelig at akuttberedskapen og fødselsomsorgen er knyttet tett sammen ved små sykehus ettersom kompetansen og beredskapen innen kirurgi også har betydning for tilbudet innen fødselsomsorg.

Fødselsomsorgen ble også behandlet særskilt av både Akuttutvalget (NOU 1998:9), Stortingsmeldingen (Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000)) og Sosialkomiteens innstilling (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)). Det ble vist til Statens Helsetilsyns rapport fra 1997 hvor det ble foreslått en differensiering av sykehusenes kompetansenivå og en seleksjon av fødende. I denne rapporten ble det skilt mellom *kvinneklinikker*, *fødeavdelinger* og *fødestuer* (Helsetilsynet 1997). Førstnevnte kategori var kjennetegnet av å ha minst 1500 fødsler per år, tilstedevakt av fødsel- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendige jordmor- og operasjonsstuebemanninger og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte. Fødeavdelingene skulle ha minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor og operasjonsstuebemanninger og barnelege tilknyttet fødeavdelingen. Den siste kategorien, fødestuene skulle ha minimum 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre og avklarte medisinske forhold.

Akuttutvalgets forslag til sykehusmodeller (som ble beskrevet i forrige delkapittel) fikk en veiledende status, men Sosialkomiteens innstilling (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)) når det gjaldt fødselsomsorgen, var at inndelingen i kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer skulle gjøres gjeldende. Dette ble vedtatt av Stortinget, og er ikke endret etter den tid. Ved innføringen av eierskapsreformen ble derfor denne differensieringen av fødselsomsorgen lagt til grunn for forslagene og vedtakene om strukturendringer. I henhold til Arbeidsgruppa for utredning av lokalsykehusenes funksjoner (Erikstein 2007), har dette blitt fulgt opp gjennom nedleggelse av fødestuene i Honningsvåg, Andøya og Oppdal, og endring fra fødeavdeling til fødestue i Lærdal, Mosjøen, Lofoten, Tynset, Rjukan og Odda<sup>19</sup>. Omleggingen til fødestue i Lærdal skapte sterke protester fra lokalbefolkningen, og bidro til opprettelsen av "Folkebevegelsen for lokalsykehus".

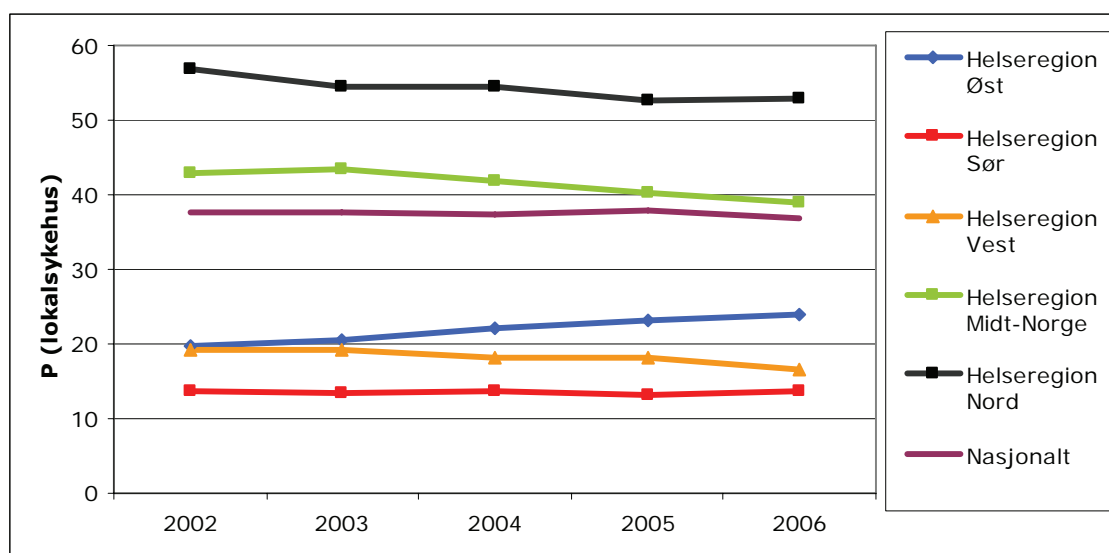
Arbeidsgruppa for utredning av lokalsykehusenes funksjoner (Erikstein 2007) konkluderer med at det er behov for omstillinger i fødselsomsorgen. De bemerker at Helse- og omsorgsdepartementet har planer om å igangsette en prosess rundt dette, og vil av den grunn ikke gi mer detaljerte vurderinger. Det anbefales likevel et skille mellom risikofødsler og normale fødsler, og tydelige behandlingsskjeder knyttet til dette.

I tråd med de endringene som ble vedtatt i forbindelse med Akuttmeldingen, finner Huseby og Jensberg (2007A) at konsentrasjonsnivået av fødselsomsorgen var signifikant høyere etter sykehusreformen enn i årene før reformen. Analyser av utviklingen i konsentrasjonsnivået på regionalt nivå (Huseby og Jensberg 2007B) viser at endringene var

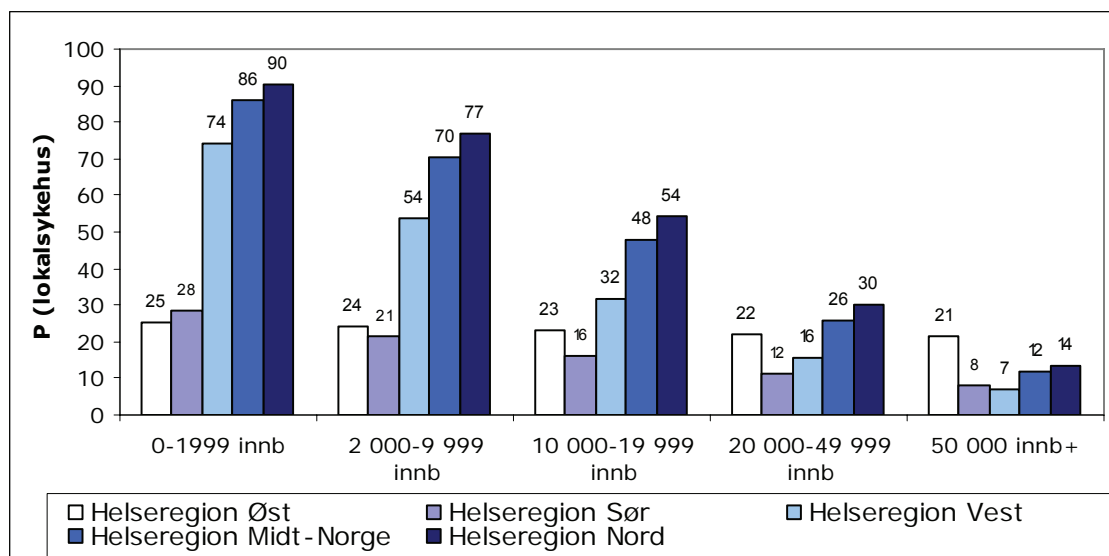
<sup>19</sup> For tre av disse (Lofoten, Tynset og Rjukan) ble endringene gjennomført før behandlingen av Akuttmeldingen, Ved Odda ble endringen gjennomført etter lokalt initiativ, og for Lærdal og Mosjøen ble endringene gjennomført som følge av vedtaket. Det eksisterer også et vedtak som ikke er effektivt om endring fra fødeavdeling til fødestue i Narvik.

størst i Helse Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF. I begge disse regionene økte konsentrasjonsnivået for fødsler. Rapporten viser også at det var betydelige forskyvninger i sykehusstrukturen i perioden fra 1999 til 2005 når det gjaldt normale fødsler. De største sykehusenes andel av fødslene økte med nesten 9 prosentpoeng. Det meste av denne økningen kom fra de tidligere sentralsykehusene/store sykehus med vanlige spesialiteter. For lokalsykehusene var den relative nedgangen i andel fødsler vel en prosent.

På nasjonalt nivå, finner vi også her en nedgang i den predikerte sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved normale fødsler på omtrent ett prosentpoeng i perioden fra 2002 til 2006 (se figur 3.5). Det er imidlertid store regionale variasjoner. Størst endring finner vi for pasienter bosatt i helseregionene Midt-Norge og Nord, hvor den predikerte sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved normale fødsler ble redusert med omtrent fire prosentpoeng. I helseregion Øst finner vi imidlertid en motsatt tendens – her økte sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved fødsel med 4 prosentpoeng. Vi vil i denne sammenhengen minne om at data fra Sykehuset Østfold HF, Akershus Universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF er utelatt for Helse Øst, slik at resultatene for denne regionen bør tolkes med en viss forsiktighet.



Figur 3.5 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus ved normale fødsler etter helseregion. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.8) og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell v3.9).



Figur 3.6 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus ved normale fødsler etter helseregion og pasientenes kommunestørrelse. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.8) og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell v3.9).

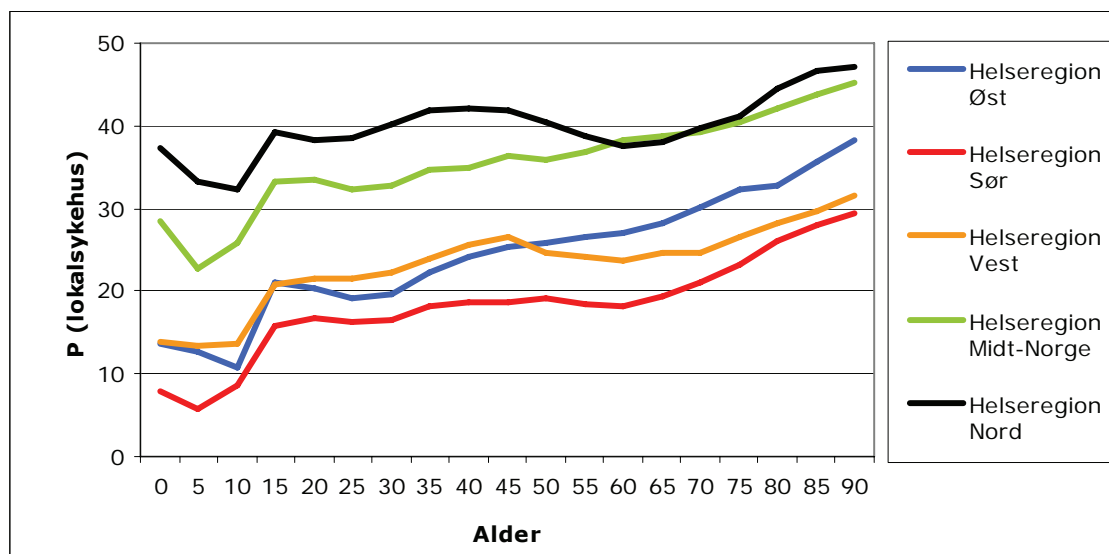
For fødsler finner vi også en sterk sammenheng mellom pasientenes kommunestørrelse og sannsynligheten for bruk av lokalsykehus. Dette er illustrert i figur 3.6. For pasienter bosatt i kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere i helseregion Nord, var sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved fødsler 90 prosent. Tilsvarende tall for pasienter fra helseregion Øst, var 25 prosent. Dersom vi i stedet tar utgangspunkt i pasienter bosatt i byer med mer enn 50 000 innbyggere, finner vi større sannsynlighet for bruk av lokalsykehus ved fødsel for pasienter i helseregion Øst, enn for pasienter i helseregion Nord. For pasienter bosatt i helseregion Øst, har kommunestørrelse liten betydning for sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved fødsler, men for pasienter bosatt i Helseregion Nord, har kommunestørrelsen sterk betydning for sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved fødsel.

### 3.10 Aldersprofilen ved bruk av lokalsykehus

Det er grunn til å forvente at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus øker med alderen. I henhold til nasjonal helseplan for 2007-2010, skal lokalsykehustjenestene konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, om pasienter som trenger tett oppfølging, og om behandling som krever en generell tilnærming, men ikke utpreget spisskompetanse. Dette gjelder i særlig grad eldre pasienter med kroniske sykdommer og sammensatte lidelser.

Sammenhengen mellom alder og sannsynligheten for bruk av lokalsykehus fikk vi bekreftet i tabell 3.1. Sannsynligheten for bruk av lokalsykehus øker med alderen, også etter kontroll for bosted/kommunestørrelse. I dette delkapitlet har vi sett nærmere på hver enkelt region sin aldersprofil når det gjelder bruk av lokalsykehus. Sammenhengen mellom alder og sannsynligheten for bruk av lokalsykehus etter helseregion er vist i figur 3.7.

Forskjellene mellom regionene i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er generelt større for de yngste aldersgruppene enn for de eldste. Forskjellen i predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus mellom pasienter fra helseregion Nord og helseregion Sør er omtrent 30 prosentpoeng for de yngste (0-4 år) og 17 prosentpoeng for de eldste (90 år+). Disse variasjonene illustrerer også aldersprofilen til disse to regionene; sammenhengen mellom alder og bruk av lokalsykehus er sterkere for pasienter bosatt i helseregion Sør enn for pasienter bosatt i helseregion Nord.

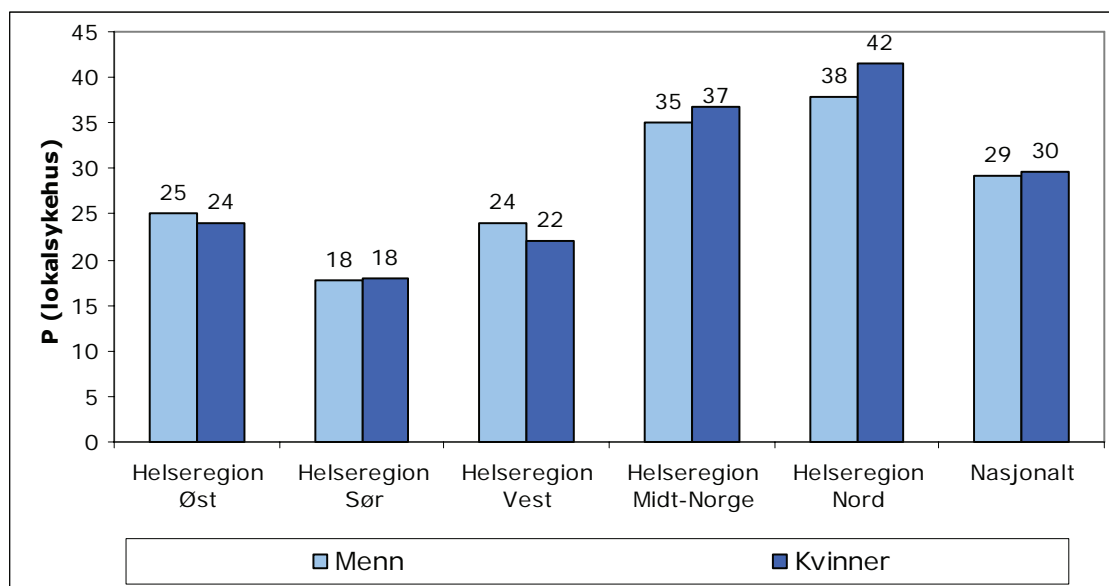


Figur 3.7 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter helseregion og pasientenes alder. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell v3.3).

Den tydeligste aldersprofilen finner vi for pasienter bosatt i helseregion Øst. Sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er nesten dobbelt så høy for pasienter over 90 år som for pasienter rundt 20 år i denne helseregionen. I helseregion Nord er den predikerte sannsynligheten for bruk av lokalsykehus omtrent 1,2 ganger høyere for de eldste enn for de unge (rundt 20 år). I helseregionene Øst og Sør står eldre over 65 år for rundt 44 prosent av alle lokalsykehusoppholdene. I helseregionene Vest og Midt-Norge utgjør oppholdene for eldre over 65 år omtrent 39 prosent av alle opphold, mens tilsvarende tall for helseregion Nord var 36 prosent.

Forskjellene mellom regionene, når det gjelder sammenhengen mellom alder og sannsynligheten for bruk av lokalsykehus, forklares av forskjeller i bosettingsmønstre og befolkningsgrunnlag. Ut fra et nærhets-, og tilgjengelighetsperspektiv er det naturlig at det vil være flere små sykehus og flere lokalsykehus i helseregion Nord enn i helseregion Sør. Det følger også av dette, at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus generelt er større for hele befolkningen, uansett alder, i helseregion Nord enn i helseregion Sør. Det er imidlertid viktig å huske på disse forskjellene i bosettingsstruktur når man legger planer og føringer for lokalsykehusenes innhold og oppgaver.

### 3.11 Betydningen av kjønn for bruk av lokalsykehus

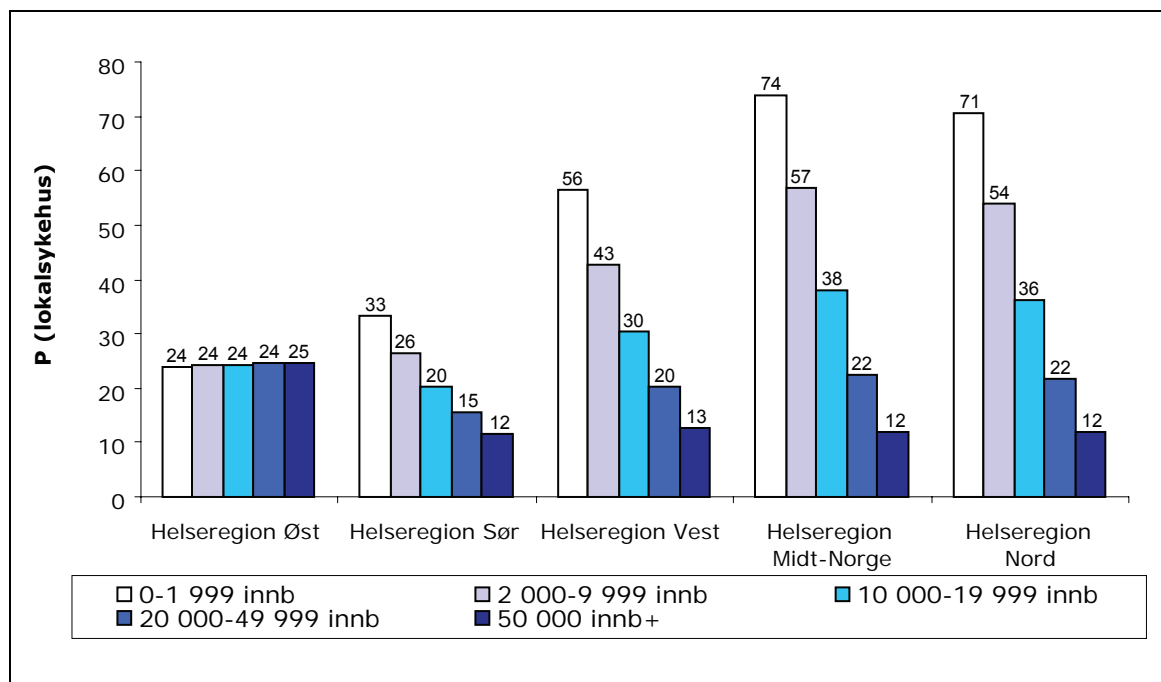


Figur 3.8 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter helseregion og kjønn. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell v3.3).

I fire av regionene, finner vi en svak, men signifikant effekt av kjønn på sannsynligheten for bruk av lokalsykehus. Effektens retning varierer imidlertid med helseregion, og indikerer at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er høyere for kvinner enn for menn i helseregionene Midt-Norge og Nord, og lavere for kvinner enn for menn i helseregionene Øst og Vest. Analysene er kontrollert for forhold som kan skape naturlige kjønnsforskjeller (alder og fødsler), og innebærer dermed at det enten er regionale kjønnsforskjeller i preferansene for type sykehus pasientene oppsøker eller vil bli behandlet ved, eller at det er forskjeller i behandlingstilbudet ved lokalsykehusene som er knyttet til kjønns spesifikke sykdommer. Våre data gir ikke mulighet til å gå nærmere inn på dette.

### 3.12 Sammenhengen mellom kommunestørrelse og bruk av lokalsykehus

I Norge har det vært bred politisk konsensus rundt det helsepolitiske målet om at hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester uavhengig av hvor de bor. Nærhet og trygget er en av de sentrale bærebjelkene for norsk helsepolitikk i perioden 2007-2010, og likeverdighet og tilgjengelighet vurderes som en sentral utfordring for spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Lokalsykehusenes eksistens og rolle i den spesialiserte helsetjenesten er knyttet til det desentraliserte bosettingsmønsteret i Norge, og det er derfor grunn til å forvente en klar sammenheng mellom pasientenes kommunestørrelse og sannsynligheten for bruk av lokalsykehus.



Figur 3.9 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter helseregion og kommunestørrelse. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i  $\beta$ -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt  $\mu$  (vedleggstabell v3.3).

Det er en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og bruk av lokalsykehus, men også betydelige regionale forskjeller. For pasienter bosatt i helseregion Øst, finner vi ingen sammenheng mellom sannsynligheten for bruk av lokalsykehus og kommunestørrelse. Dette er illustrert i figur 3.9. Sammenhengen mellom kommunestørrelse og sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er også svakere for pasienter bosatt i helseregionene Midt-Norge og Nord. For Helseregion Øst skyldes mangelen på sammenheng at det ligger tre lokalsykehus i det tettest befolkede området i Norge, Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmets sykehus og Bærum sykehus. Dette illustrerer også at det er betydelige forskjeller i lokalsykehusenes opptaksområde og karakter.

### 3.13 Oppsummering

I dette kapitlet har vi analysert sannsynligheten for bruk av lokalsykehus for årene fra 2002 til 2006 for ulike kjennetegn ved pasientene, samt forskjellige typer innleggelse og behandling. Våre analyser viser relativt betydelige forskjeller mellom regionene når det gjelder bruken av lokalsykehus og utviklingen i denne, samt distinkte effekter av ulike kjennetegn ved pasientene og behandlingene. Sannsynligheten for at en kvinne på 80 år, som var bosatt i en kommune med mindre enn 2 000 innbyggere i Nord-Norge, og trengte øyeblikkelig medisinsk hjelp, ble behandlet på et lokalsykehus var over 80 prosent i 2006. Til sammenligning, hadde en mann på 30 år, bosatt i en kommune med mer enn 50 000 innbyggere i Helseregion Sør, som fikk trengte elektiv kirurgisk behandling, en sannsynlighet for bruk av lokalsykehus på under 10 prosent i samme år. Sannsynligheten for at en kvinne som var bosatt i en liten kommune<sup>20</sup> i helseregion Nord<sup>21</sup> brukte et lokalsykehus ved en normal fødsel var 90 prosent, mens sannsynligheten for at en fødende kvinne, bosatt i en

<sup>20</sup> Under 2 000 innbyggere.

<sup>21</sup> Med i gjennomsnittsalder for fødende kvinner i helseregion Nord (29,6 år) og gjennomsnittlig reiseavstand til nærmeste sykehus med akuttfunksjon (60,7 km).



middels stor by<sup>22</sup> i helseregion Sør<sup>23</sup> brukte lokalsykehus ved en normal fødsel, var 16 prosent. For kvinner i Nord, innebærer endringen over tid en endret sannsynlighet fra 91 prosent i 2002 til 89,6 prosent i 2006, men for kvinnen i Sør var endringen i sannsynlighet 0,1 prosentpoeng (fra 16,1 prosent til 16,2 prosent).

Mer generelt, fant vi en liten, men statistisk signifikant nedgang i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006. Nedgangen var størst for helseregionene Sør, Midt-Norge og Nord, og gjaldt også for eldre pasienter. Dette betyr imidlertid ikke at det var færre behandlinger på lokalsykehusene i 2006 enn i 2002, men innebærer at lokalsykehusenes andel av aktivitetsøkningen fra 2002 til 2006 har vært mindre enn for andre typer sykehus. Nedgangen gjelder i hovedsak for øyeblikkelig kirurgisk behandling og for planlagt kirurgisk behandling. I de to nordligste regionene gjaldt nedgangen også for fødsler.

Våre data gir ikke svar på om den relative nedgangen i bruken av lokalsykehusene skyldes endringer i ønskene fra befolkningen, endringer i henvisningsrutiner eller manglende kapasitet/tilbud ved lokalsykehusene for å håndtere økningen i pasientbehandling. Det er imidlertid lite som tyder på at befolkningen er mindre tilfreds med behandlingen på lokalsykehus enn på større sykehus. Veenstra, Pettersen og Sjetne (2000) viser at tilliten til lokalsykehus blant pasienter som har blitt behandlet der, er høyere enn ved sentralsykehus. I de senere årene har imidlertid aktivitetsøkningen vært størst innen elektiv kirurgi (Huseby 2007) og det er grunn til å tro at vesentlige deler av denne aktivitetsøkningen har vært ved sykehus som har spesialisert seg på denne typen behandling. De fleste av lokalsykehusene har en generell behandlingsprofil med hovedvekt av opphold for øyeblikkelig hjelp innen medisinske DRG. Dette kan trolig forklare nedgangen i bruk av lokalsykehus.

Det er ingen tvil om at det eksisterer både helsefaglig, politisk og demokratisk debatt, engasjement og velvilje rundt lokalsykehusene i Norge. I skrivende stund (september 2007) publiserer Folkebevegelsen for lokalsykehusene sin alternative evaluering av sykehusreformen. Den inneholder seks ulike bidrag som inneholder kritikk av eksisterende evalueringer og vurderinger av sykehusreformen i 2002 (Folkebevegelsen for lokalsykehusene 2007). I flere av kapitlene argumenteres det for at selskapsorganiseringen og inntoget av markedsøkonomiske prinsipper har en rekke negative konsekvenser og rammer blant annet lokalsykehusene. Det hevdes at forretningsmessige prinsipper er uegnet som styringsverktøy for helsetjenester og ikke kan løse de problemene som helsesektoren står ovenfor (Voldnes 2007).

Nylig (30. august 2007) publiserte også Helse- og omsorgsdepartementet listen over hvilke utviklingstiltak for lokalsykehusene som tildeles ekstra midler (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Som oppfølging av lokalsykehus-utvalgets rapport (Erikstein 2007) ble det bevilget 50 mill. kr til utvikling av lokalsykehusene. Tildelingene fokuserer på tiltak rundt akutt-tjenester, fødselsomsorg og samhandling både innen og mellom tjenestenivåene. Listen over tiltak viser stor aktivitet når det gjelder både organisering, fornying og bedring av behandlingstilbudet ved lokalsykehusene i Norge.

---

<sup>22</sup> Fra 10 000-19 999 innbyggere

<sup>23</sup> Med gjennomsnittlig alder for fødende kvinner i helseregion Sør (29,7 år) og gjennomsnittlig reiseavstand til nærmeste akuttisykehus i helseregion Sør (17,8 km).



## 4 Private spesialisthelsetjenester: utvikling og geografiske forskjeller

Linda Midttun

Den norske Helsereformen i 2002 beskrives ofte som en New Public Management (NPM)-inspirert reform, med høy fokus på markedsorientering, effektivisering, brukermedvirkning og rolleklargjøring, for eksempel gjennom bruk av bestiller-utfører modeller. I tråd med det nye fokuset som ble introdusert gjennom reformen fikk private kommersielle tilbydere av spesialisthelsetjenester en ny rolle i helsesystemet. Innenfor den norske konteksten representerer denne typen aktører et helt nytt fenomen, og så langt har det vært gjort få studier som viser hvordan det totale spesialisthelsetjenestetilbudet har blitt påvirket av det økte private innslaget. I dette kapitlet blir omfanget av det private spesialisthelsetjenestetilbudet, som private kommersielle sykehus og private avtalespesialister står for, beskrevet nærmere. Utviklingen i det private tjenestetilbudet og tilgjengeligheten til tjenestene for ulike grupper vil bli viet spesiell oppmerksomhet. Tallmaterialet fra private kommersielle sykehus og de private avtalespesialistene presenteres separat, henholdsvis i bolkene 4.1 til og med 4.1.6 og 4.2 til og med 4.2.5. Avslutningsvis drøftes graden av "privatheit" i de private tilbudene langs dimensjonene eierskap, finansiering og kontroll.

Tallmaterialet som presenteres og analyseres er innhentet fra Norsk pasientregister (NPR) og de respektive regionale helseforetakene (RHF-ene). Datamaterialet for de private kommersielle sykehusene beskrives nærmere i kapittel 4.1.1, mens data for de private avtalespesialistene redegjøres for i kapittel 4.2.1.

### 4.1 Private kommersielle sykehus

Det første private kommersielle sykehuset i Norge ble etablert i 1985 (Ringsenteret, senere Volvat), og representerte en helt ny tenkemåte omkring organisering og finansiering av somatiske spesialisthelsetjenester (Berg 2006). Riktignok hadde det norske helsetjenestesystemet også tidligere hatt et betydelig innslag av somatiske sykehus drevet av private ideelle stiftelser og organisasjoner,<sup>24</sup> men så langt hadde ideen om sykehus drevet som aksjeselskap eller foretak ikke fått noe særlig gjennomslagskraft. Etableringen av Ringsenteret representerte i så måte heller ikke noe gjennombrudd for denne eierskapsformen, ettersom det fem år senere, i 1990, fortsatt bare fantes to offentlig godkjente private kommersielle sykehus i Norge (Midttun 2007). Det var imidlertid først etter Helsereformen at denne typen sykehus gradvis skulle bli mer utbredt.

I dette delkapitlet vil utviklingen i etableringen av private kommersielle sykehus som har funnet sted i kjølvannet av Helsereformen i 2002 bli diskutert nærmere. Videre vil geografiske forskjeller i tilgjengeligheten til private kommersielle spesialisthelsetjenester bli beskrevet. Deretter diskuteres det hvorvidt dette tilbudet bidrar til å utjevne eller forsterke

---

<sup>24</sup> For en nærmere beskrivelse av norske somatiske sykehus' eierstruktur på 1900-tallet, se for eksempel Hansen (2001).

geografiske forskjeller, før sammenhengen mellom pasientens alder, kjønn og diagnosegruppe og sannsynligheten for å bli behandlet ved privat kommersielt sykehus analyseres. Avslutningsvis drøftes kort enkelte helsepolitiske implikasjoner av utviklingen i perioden 2002-2006.

#### 4.1.1 Datagrunnlag

Dataene som ligger til grunn for fremstillingen av den private kommersielle aktiviteten er innrapporterte opplysninger til NPR for virksomhet finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) i de respektive driftsårene. Oppholdene som er inkludert er dermed utelukkende offentlig finansierte. For en nærmere oversikt over den offentlige reguleringen av privat kommersiell sykehusaktivitet, og kontraktsrelasjonene mellom de private aktørene og RHF-ene, se kapittel 4.3.

#### 4.1.2 Omfanget og utvikling av private kommersielle sykehus' aktivitet

Mens 1990-tallet var preget av status quo i forhold til etableringen av private kommersielle spesialisthelsetjenestetilbud, representerte millenniumsskiftet store endringer.<sup>25</sup> De overordnede formålene med Helsereformen var å løse problemene knyttet til lange ventelister for elektiv behandling, overbelegg ved offentlige sykehusavdelinger, manglende likhet i tilbudet av sykehustjenester, lav effektivitet og mangelen på økonomisk ansvar og forutsigbarhet. I Odelstingsproposisjon nummer 66 (2000-2001) ble konkurranseutsetting av spesialisthelsetjenester til aktører på det private markedet nevnt eksplisitt som ett av flere midler for å løse utfordringene man sto ovenfor:

"De regionale helseforetakene får etter § 2-1a et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen får tilgang til nødvendige helsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske målsettinger og beslutninger. Dette innebærer at det regionale helseforetaket får et ansvar for å oppfylle rettsforpliktelser knyttet til spesialisthelsetjenester og for å fremskaffe best mulige helsetjenester innen de tildelte ressurser i forhold til behovet i helseregionen. De regionale helseforetakene kan oppfylle plikten ved å yte helsetjenestene selv eller ved å kjøpe tjenester fra andre tjenesteytere, for eksempel private helseinstitusjoner, private laboratorier og røntgeninstitutt eller privatpraktiserende spesialister jf. lovforslaget § 2-1a tredje ledd. De regionale helseforetakene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud." (Sosial- og helsedepartementet 2001: 154)

I kjølvannet av denne Odelstingsproposisjonen økte antallet godkjente private kommersielle sykehus betydelig, fra seks sykehus i 2001 til hele 28 i 2004 (se tabell 4.1).

---

<sup>25</sup> Ettersom det først og fremst har vært innenfor dagkirurgisk behandling at de fleste private kommersielle tilbudene har blitt etablert, representerte blant annet integreringen av dagkirurgi i ISF i 1999 en viktig forutsetning for den utviklingen som skulle foregå utover 2000-tallet.

Tabell 4.1 Offentlig godkjente private kommersielle sykehus i 2004 (Legekunsten 2005).<sup>26</sup>

Private kommersielle sykehus	Lokalisering	Kommunens sentralitetsgrad <sup>1)</sup>
Omnia sykehuset	Kristiansand	7
Omnia sykehuset	Bergen	7
Ishavsklinikken	Tromsø	7
Vestnorsk Ortopediske sykehus (Casperkollen)	Bergen	7
Haugesund Lasersenter a/s	Haugesund	7
Fana medisinske senter	Bergen	7
Rosenborg sportsklinikk a/s	Trondheim	7
Medisinske senter a/s	Telemark	Telemark fylke: 4
Volvat Medisinske senter	Oslo (Bergen, Fredrikstad, Hamar)	7
Volvat – enhet for spiseforstyrrelser, Vestfold	Tønsberg	5
Axess sykehus og spesialistklinikk	Oslo	7
Ringvoll Klinikken	Hobøl, Askim	5
Medi 3	Ålesund	6
Medi 3	Molde	6
Drammen private sykehus	Drammen	7
Klinikk Stokkan	Trondheim	7
Klinikk Stokkan	Tromsø	7
Colosseumklinikken	Oslo	7
Colosseumklinikken	Stavanger	5
Vestfjordklinikken	Bodø	6
Trondheim Spesialistlegesenter	Trondheim	7
Norsk Idrettsmedisinsk Institutt	Oslo <sup>2)</sup>	7
Moxness Klinikken	Trondheim	7
Mjøs–kirurgene	Gjøvik, Lillehammer	5, 7
Idrettsklinikken a/s	Fredrikstad	5
Haugesund private sykehus	Haugesund	7
Klinikk Bergen/Bergen Ortopediske Sykehus	Bergen	7
Spesial-Helse-Senteret–MosseAkutten	Moss	5

1) Sentralitetsgraden i kommunen som sykehuset er lokalisert i, i henhold til Statistisk sentralbyrås definisjon av sentralitet (Norsk Offentlig Statistikk 1993). Sentralitetsindeksen kan variere fra en til sju og er basert på befolkningstetthet og geografisk nærhet i forhold til tettsted/landsdelsenter. Jo høyere verdi på indeksen, desto høyere grad av sentralitet har kommunen.

2) Lokalisering også i Haslum, Slemmestad, Beitostølen og Hønefoss.

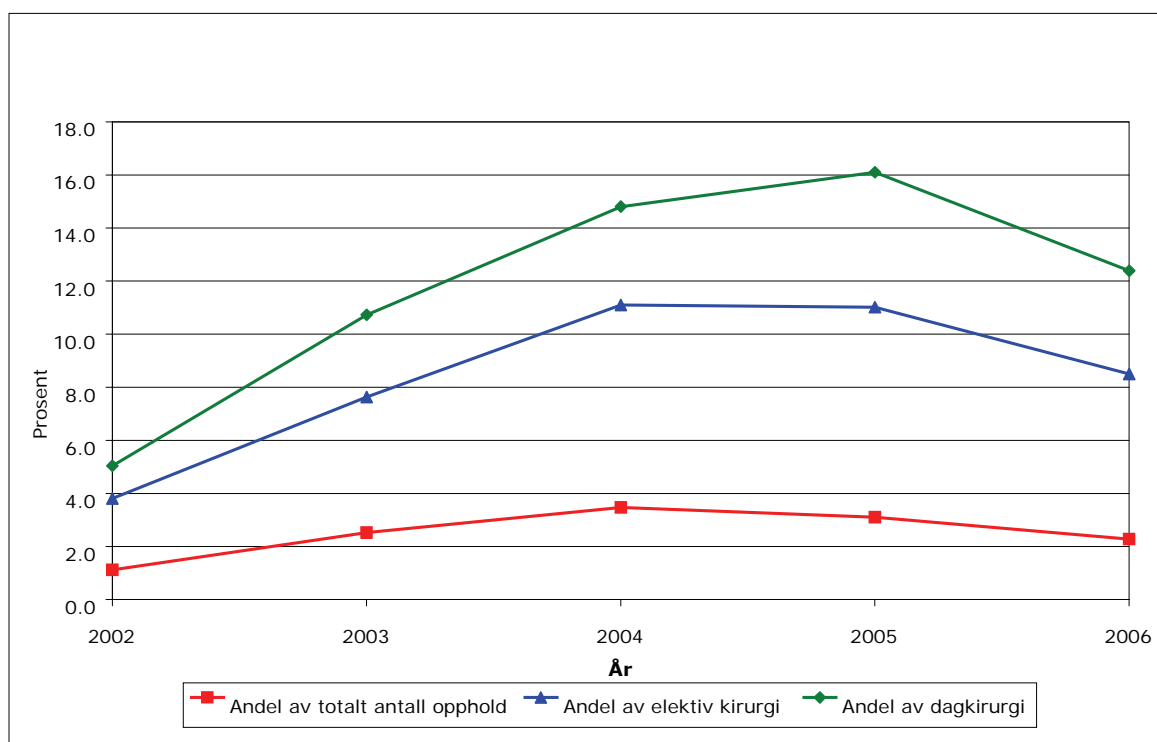
Som et resultat av det økte tempoet i godkjenningen av private kommersielle sykehus økte naturligvis også forbruket av private spesialisthelsetjenester betydelig. I perioden fra 1999 til 2004 økte for eksempel andelen elektive operasjoner utført ved private kommersielle institusjoner fra ca. en prosent til hele 11 prosent av det totale antallet elektive inngrep utført i Norge. Spesielt påfallende var økningen innenfor dagkirurgi, hvor andelen private kommersielle sykehus sto for økte fra ca. fem prosent i 2002 til rundt 16 prosent i 2005. Trenden med vekst i bruken av private kommersielle spesialisthelsetjenester innenfor dagkirurgi stoppet imidlertid opp fra 2005, mens det relative forbruket av elektiv kirurgi flatet ut og ble liggende rundt 2004-nivået i 2005. Fra 2005 til 2006 gikk imidlertid både elektiv kirurgi og dagkirurgi-andelene markant ned, med henholdsvis 2,5 og 3,7

<sup>26</sup> En oppdatert liste over godkjente private kommersielle sykehus som leverte data til NPR i 2006 fins i vedleggstabell 4.10.

prosentpoeng (se figur 4.1).<sup>27</sup> Denne klare endringen må ses i sammenheng med de politiske signalene som ble gitt gjennom Soria Moria erklæringen i 2005:

"(...) omfang av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses. Ledig kapasitet i de offentlige sykehus skal utnyttes. Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnet for de små lokalsykehusene". (Regjeringsdokument 2005: 39)

De påfølgende bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene inneholdt derfor klare føringer om å begrense omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus.



Figur 4.1 Andel av totale opphold, elektiv kirurgiske opphold og dagkirurgiske opphold avviklet ved private kommersielle sykehus, 2002-2006.

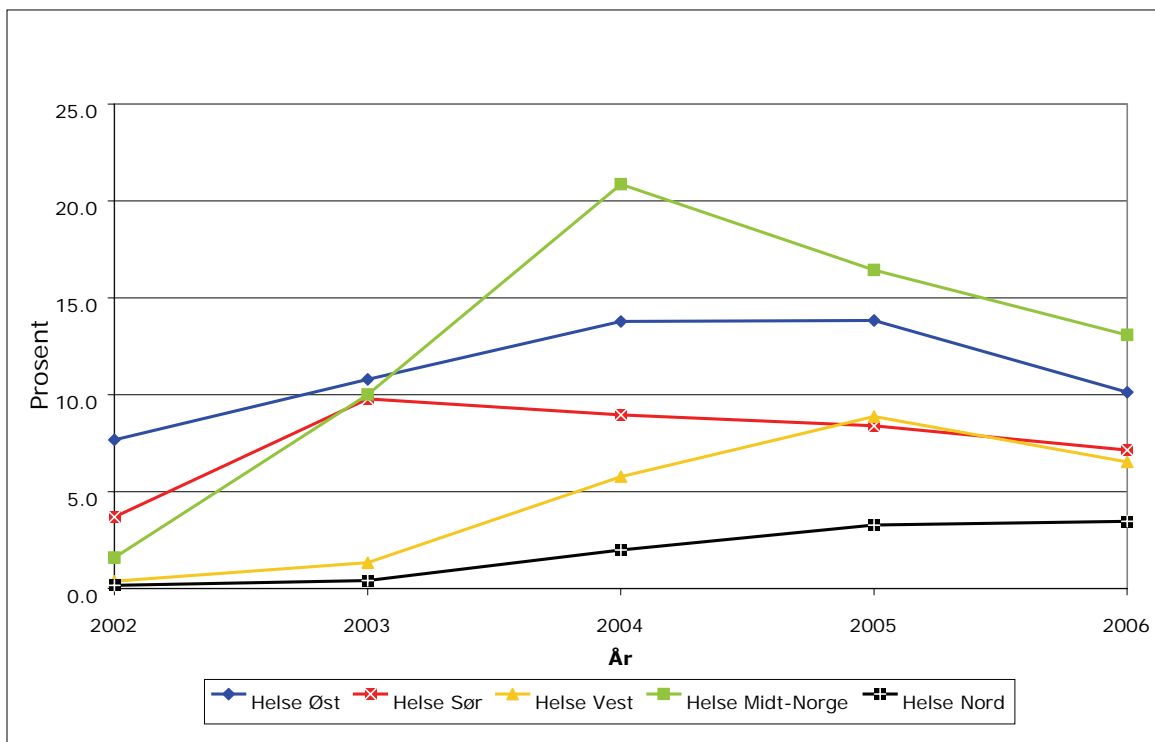
Som figuren viser har det altså vært en markant økning i aktiviteten ved de private kommersielle sykehusene frem til 2004, og deretter en klar stagnering og nedgang. I tillegg viser kurvene at aktiviteten som de private kommersielle sykehusene har utført hovedsakelig har vært knyttet til elektiv kirurgi og dagkirurgi.

<sup>27</sup> For en oversikt over absolutte tall for bruk av private sykehus i somatisk spesialisthelsetjeneste, se Solstad og Pedersen (2007).

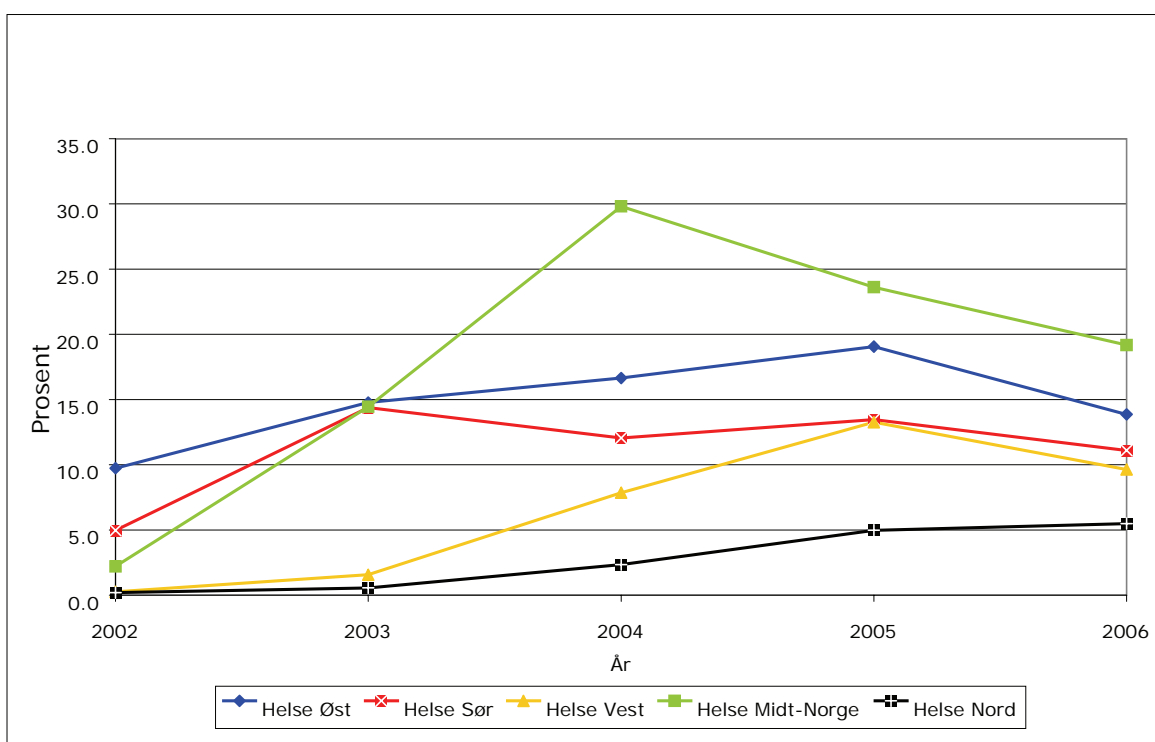
#### 4.1.3 Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester ved private kommersielle sykehus: regionale forskjeller

Bruken av private kommersielle sykehus har gitt helseregionene en mulighet til å øke den totale aktiviteten, noe som særlig har vært et sentralt virkemiddel for å redusere ventetiden for elektiv kirurgisk behandling. Det er imidlertid viktig å ta forbehold om at man ikke har noen kunnskap om hvordan utviklingen ville vært dersom ressursene som ble brukt på avtalefestet aktivitet ved de private kommersielle sykehusene istedenfor hadde blitt benyttet til elektiv kirurgisk aktivitet ved de offentlige sykehusene. Ettersom et høyt forbruk av private kommersielle sykehustjenester bidrar både til å gi raskere behandling av pasientene ved de private institusjonene og til å frigjøre kapasitet ved de øvrige sykehusene, er det imidlertid grunn til å tro at bruken av private kommersielle spesialisthelsetjenester i perioden etter Helsereformen ble innført til en viss grad var betinget av den initiale ventetiden for elektiv behandling i de enkelte helseregionene. Regionsvise oversikter gjenspeiler også at det har vært en parallell utvikling i ratene av ventende pasienter (øyeblikksrater for antall ventende det første tertialet av året), gjennomsnittlig ventetid for pasientene som ventet på behandling (øyeblikkstill fra første tertial av året) og ratene for det private kommersielle sykehusforbruket (se vedleggsfigur v4.1-v4.5). Samtlige helseregioner har hatt en relativt klar nedgang i ratene for antall ventende pasienter og ventetiden for pasienter på venteliste i løpet av perioden 2002-2004, samtidig som det private kommersielle sykehusforbruket har økt relativt markant. Gitt at den private kommersielle aktiviteten først og fremst er knyttet til elektiv kirurgi er det grunn til å tro at deler av nedgangen i antall ventende og ventetid er et resultat av bruken av private aktører. Likevel er det viktig å ta forbehold om at ventetiden også vil være påvirket av en rekke andre faktorer og parallelle tiltak som har blitt iverksatt for å få bukt med ventetids- og ventelisteproblematikken i helseregionene. Sammenfallet mellom utviklingen i antall ventende og ventetider for behandling på den ene siden og bruk av private kommersielle aktører på den andre siden er dessuten mye tydeligere i noen helseregioner enn i andre. For eksempel har Helse Øst, Helse Sør, Helse Vest og Helse Midt-Norge en relativt klar økning i bruken av private kommersielle tjenester samtidig som ratene for ventende og ventetiden for behandling går markant ned. Trenden i Helse Nord er derimot ikke preget av like stort sammenfall. Forøvrig har sistnevnte helseregion hatt det laveste forbruket av private kommersielle spesialisthelsetjenester både i absolutte tall og ratetall i perioden 2002-2006.

Når man diskuterer tilgjengelighet er det også viktig å merke seg at de private kommersielle sykehusene ikke er jevnt fordelt utover landet, men særlig ofte er lokalisert i de sørøstlige områdene av Norge, og med en opphopning i bynære strøk (se tabell 4.1). RHF-ene står imidlertid fritt til å inngå kontrakter om kjøp av helsetjenester med private kommersielle sykehus uavhengig av hvor disse sykehusene geografisk sett er lokalisert, men i praksis har RHF-ene kun i beskjeden grad benyttet seg av det alternativet. I figur 4.2 og 4.3 er de regionvise andelene av henholdsvis elektiv kirurgi og dagkirurgi produsert ved de private kommersielle sykehusene i perioden 2002-2006 illustrert. Regionsinndelingen er i henhold til pasientenes bosted.



Figur 4.2 Andel elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i perioden 2002-2006 per helseregion.



Figur 4.3 Andel dagkirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i perioden 2002-2006 per helseregion.



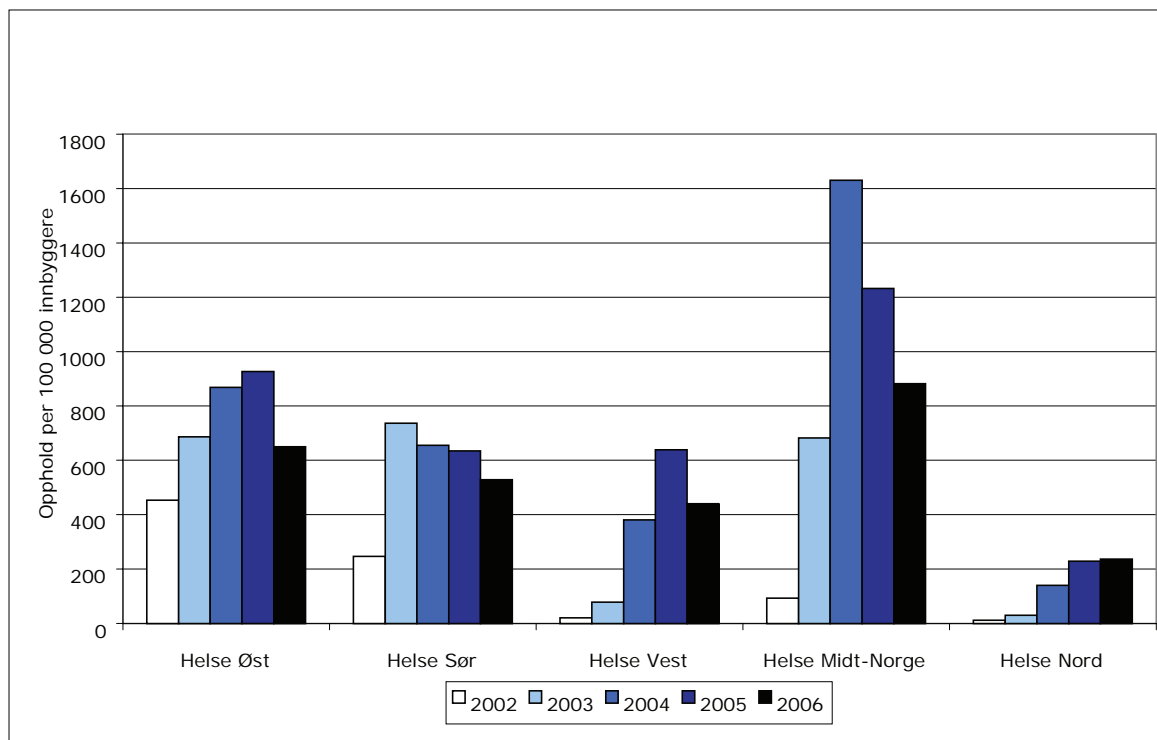
Den regionale utviklingstendensen er relativt lik for elektiv kirurgi og dagkirurgi. Videre utmerker Helse Midt-Norge seg med å ha den bratteste stigningen i kurven fra 2003 til 2004 - en utvikling som først og fremst var et resultat av den relativt ekstensive konkurranseutsettingen av elektiv kirurgi til private kommersielle sykehus lokalisert innenfor egen helseregion. Dette resulterte i at ca. 30 prosent av den dagkirurgiske aktiviteten i helseregionen i 2004 ble utført av private kommersielle sykehus. Av den private dagkirurgiske aktiviteten ble over 90 prosent utført ved tre private kommersielle sykehus lokalisert i Trondheim (Trondheim spesialistlegesenter, Klinikk Stokkan, Trondheim og Moxness klinikken) og ett i Ålesund (Medi 3). Etter 2004 har imidlertid Helse Midt-Norge, i likhet med de øvrige helseregionene, hatt en klar nedgang i bruken av private kommersielle spesialisthelsetjenester.

Også Helse Øst – som sammenlignet med de øvrige helseregionene hadde et jevnt høyt forbruk av private kommersielle spesialisthelsetjenester gjennom hele perioden – benyttet nesten utelukkende private kommersielle sykehus lokalisert innenfor egen helseregion (Omnia, Volvat medisinske senter, Ringvollklinikken og Axess sykehus og spesialistklinik). Det samme var tilfelle for Helse Sør (Drammen private sykehus) og Helse Vest (Haugesund private sykehus, Bergen kirurgiske sykehus og Colosseum klinikken, Stavanger). For Helse Nord, som ligger klart lavest i bruken av private kommersielle sykehustjenester gjennom hele perioden, ble kun halvparten av den private kommersielle dagkirurgiske virksomheten produsert av aktører lokalisert innenfor egen helseregion (Ishavsklinikken, Vestfjordklinikken og Klinikk Stokkan, Tromsø). Resten ble produsert på Østlandet (Axess sykehus og spesialistklinik) og i Trøndelag (Klinikk Stokkan, Trondheim).

Generelt ser det altså ut til at Helse Midt-Norge hadde den sterkeste økningen i bruken av private kommersielle aktører i perioden 2002-2006, og at Helse Øst hadde et jevnt høyt forbruk. Helse Sør og Helse Vest hadde markante økninger gjennom perioden, mens Helse Nord, til tross for en svak vekst fra 2003 til 2005, ligger klart lavest.

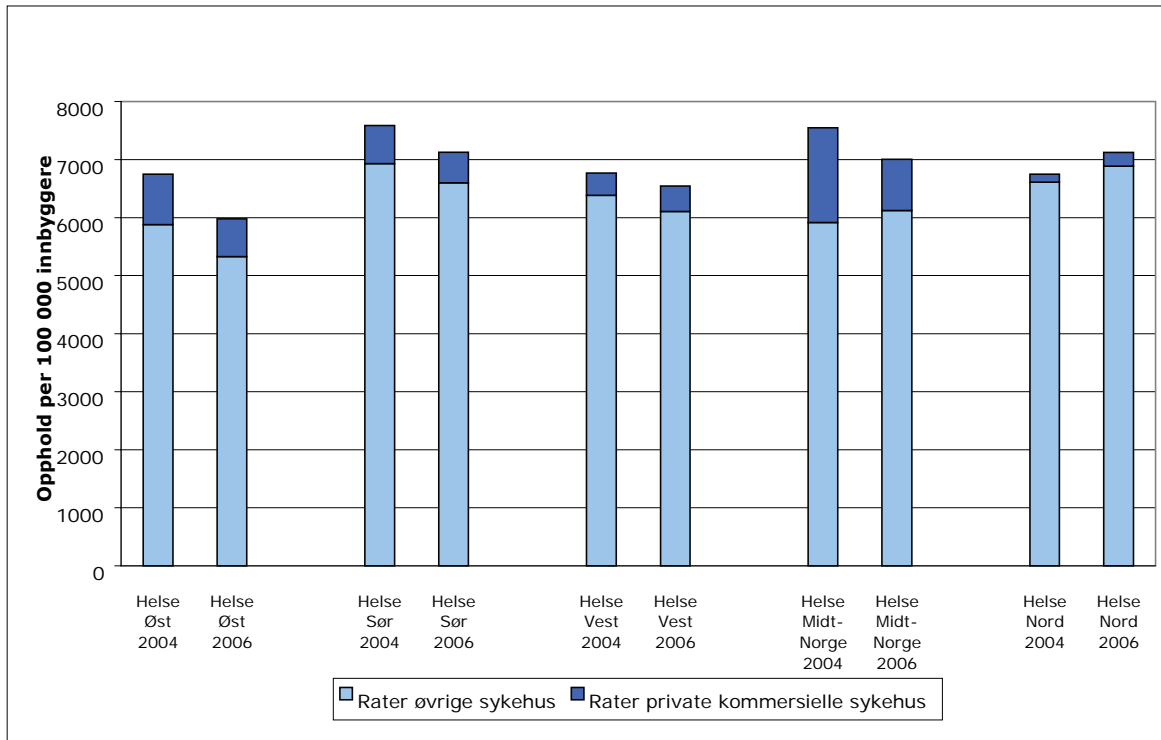
#### 4.1.4 Utjevning eller forsterking av geografiske forskjeller?

For å undersøke om de regionale trendene for bruk av spesialisthelsetjenester ved private kommersielle sykehus er de samme også når man tar høyde for befolkningsgrunnlaget i helseregionene, har regionvise rater for elektiv kirurgiske inngrep per 100 000 innbyggere blitt beregnet. Ratetallene er presentert i figur 4.4.



Figur 4.4 Antall elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus per 100 000 innbyggere i helse-regionene, 2002-2006.

Som figuren viser, er forskjellene mellom helseregionene med få unntak uforandrede når man ser på forbruksrater: Helse Midt-Norge har fortsatt den mest markante økningen og det høyeste nivået i perioden 2004-2006, mens Helse Nord ligger klart lavest. Når man standardiserer i forhold til befolkningstallet "utjevnes" imidlertid noe av forskjellene mellom Helse Øst og Helse Sør. For å kunne si noe om hvorvidt forbruket av private kommersielle sykehustjenester har en "utjevne" eller "forsterkende" effekt på forskjellene mellom helseregionene når det gjelder det totale forbruket av elektiv kirurgiske sykehustjenester må man imidlertid sammenstille de regionvise ratene for privat kommersiell virksomhet med forbruksratene for øvrig sykehusvirksomhet. Rater for elektiv kirurgi utført ved private kommersielle sykehus og øvrige sykehus i 2004 og 2006 er gjengitt i figur 4.5.



Figur 4.5 Antall elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus og øvrige sykehus per 100 000 innbyggere i helseregionene i 2004 og 2006.

Som figurene viser, så er utviklingen i ratene for elektiv kirurgi i perioden 2004-2006 forskjellig innad i de enkelte helseregionene. Helse Øst har en nedgang både i ratene for opphold ved private kommersielle og øvrige sykehus. For Helse Sørs del er nedgangen størst i ratene for privat kommersielt sykehusforbruk, men også oppholdsratene for det øvrige sykehusforbruket går ned. Helse Vest har, på den andre siden, en liten økning i bruken av private kommersielle sykehustjenester, mens oppholdsratene for de øvrige sykehusene går nesten tilsvarende ned. Helse Midt-Norge har hatt den klareste nedgangen i raten for opphold ved private kommersielle sykehus, mens raten for øvrige sykehusopphold har økt noe. Videre har ratene for elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle institusjoner økt marginalt i Helse Nord, mens ratene for opphold ved de øvrige sykehusene har hatt en noe sterkere vekst.

Det er vanskelig å gi et eksakt svar på hvorvidt den private kommersielle aktiviteten overordnet sett har hatt en utjevneende eller forskjellsforsterkende innvirkning på totalratene for sykehusforbruk på tvers av helseregionene. Differansen mellom helseregionen med den høyeste (Helse Sør) og den laveste (Helse Øst) totalraten er imidlertid større i 2006 enn den var i 2004. Etersom bruken av private kommersielle sykehustjenester var større i 2004 enn i 2006, kan dette være en indikasjon på at de private kommersielle tjenestene har bidratt noe til en utjevning. Videre ser Helse Midt-Norges høye rate for privat kommersielt helsetjenesteforbruk i 2004 ut til å ha bidratt til å dra totalraten for helseregionen opp på Helse Sørs nivå. For samme år var imidlertid forskjellene i totalrater mellom Helse Midt-Norge og henholdsvis Helse Nord og Helse Vest noe større enn i 2006.

#### 4.1.5 Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester ved private kommersielle sykehus: geografi, kjønn, alder og diagnosegrupper

Når det gjelder bruken av private kommersielle sykehustjenester så kan man forvente at enkelte pasientspesifikke forhold som pasientens alder, sykdomstype og kompleksitetsgrad vil bidra til å påvirke hvorvidt behandlingen blir gitt ved et privat kommersielt sykehus eller ved et annet sykehus. Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse basert på pasientdata fra NPR har sannsynlighetene for innleggelse ved privat kommersielt sykehus for elektiv dagkirurgisk behandling blitt beregnet. Sannsynligheten har blitt modellert som en funksjon av alder, kjønn "kompleksitetsgrad/pasienttyngde" og sykdomstype (ICD10-hovedkapittel), og alle disse faktorene er det dermed kontrollert for i analysene. *Alder* er gjengitt langs X-aksen i figurene slik at sannsynlighetene for behandling ved privat kommersielt sykehus for pasienter i ulike aldersgrupper kan identifiseres. Sammenhengen mellom pasientens alder og sannsynligheten for å motta behandling ved privat kommersielt sykehus er dermed utgangspunktet for alle figurene.<sup>28</sup> Videre er *kjønnsvariabelen* definert slik at de predikerte sannsynlighetene reflekterer fordelingen mellom kjønnene i den aktuelle oppholdspopulasjonen. I figur 4.9 er imidlertid separate sannsynligheter beregnet for kvinner og menn. "*Kompleksitetsgraden/pasienttyngden*" er målt i korrigerede diagnoserelatert gruppe (DRG)-poeng, og gir dermed en kontroll for det estimerte utgiftsbehovet oppholdet har. Gjennomsnittsverdien i oppholdspopulasjonen er tatt som utgangspunkt for prediksjonene. *Diagnose* er kontrollert for ved at ICD10-hovedkapitlene 7 "Sykdommer i øyet og øyets omgivelser" og 13 "Sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev" sammenlignes med de øvrige hovedkapitlene, dvs. at en dummyvariabel kodet med verdien en for opphold i ICD10-hovedkapittel 7 og 13 og verdien null for øvrige opphold har blitt inkludert i regresjonsanalysene. Samlet sett står ICD10-hovedkapitlene 7 og 13 årlig for 44-59 prosent av alle elektive dagkirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i løpet av 2002-2006-perioden. I figur 4.10 er separate sannsynligheter beregnet for flere ICD10 hovedkapitler: 4 "Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser", 10 "Sykdommer i åndedrettssystemet", 12 "Sykdommer i hud og underhud" og 13 "Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev". Til slutt har en kontroll for kommunestørrelse blitt inkludert i regresjonsanalysene ved hjelp av en dummyvariabel kodet med verdien en for opphold der pasienten kommer fra en kommune med mer enn 20 000 innbyggere og verdien null for de øvrige oppholdene.

Prediksjonsplottene i figurene 4.6-4.10 gir dermed et bilde av:

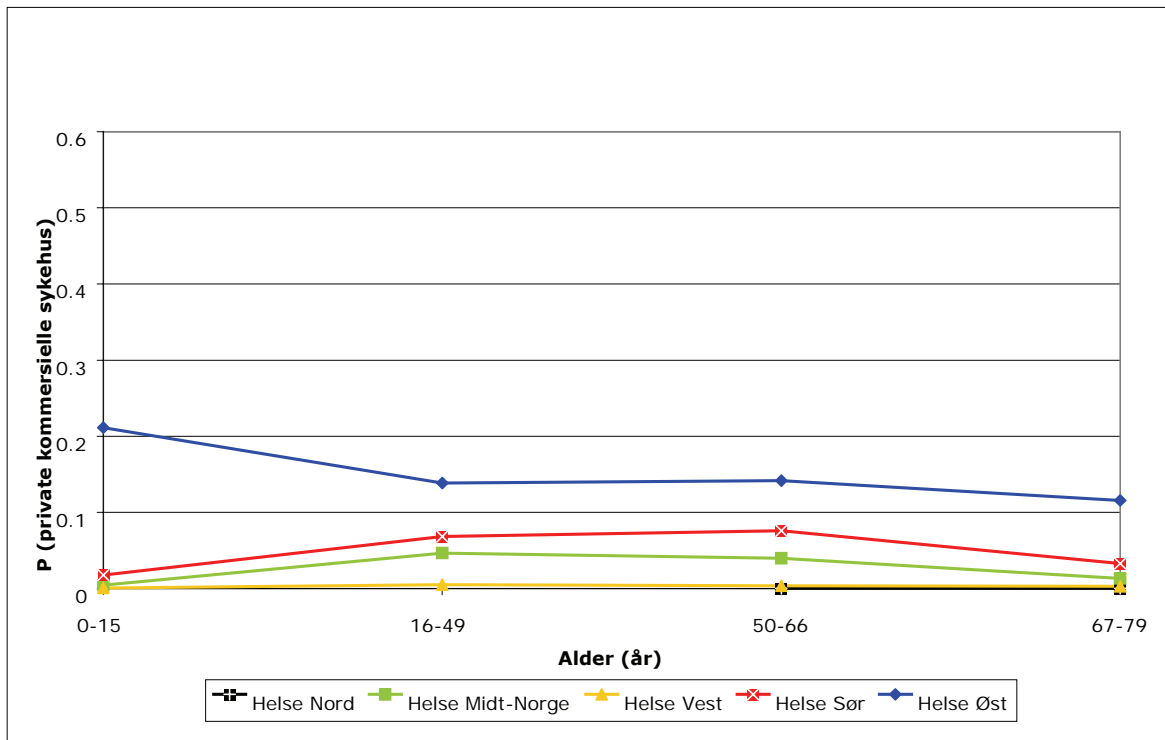
1. Regionale forskjeller og utviklingen innad i helseregionene over tid (figur 4.6-4.8)
2. Forskjeller mellom kvinner og menn (figur 4.9)
3. Forskjeller mellom diagnosegrupper (figur 4.10)

Når det gjelder de regionale forskjellene og utviklingen over tid, så økte den predikerte sannsynligheten for å bli innlagt ved et privat kommersielt sykehus mest markant i Helse Midt-Norge i løpet av perioden og økningen var størst fra 2002 til 2004/2005, før den deretter avtok frem mot 2006. En lignende utviklingstrend gjorde seg også gjeldende i Helse Øst, mens de predikerte sannsynlighetene i Helse Vest og Helse Nord fortsatte å stige noe fra 2004/2005 til 2006. Forøvrig var utviklingen i de predikerte sannsynlighetene i tidsperioden 2002-2006 mest stabile i Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord mens de var preget av større svingninger i Helse Midt-Norge og Helse Vest. Sannsynlighetsnivået varierte i tillegg mellom helseregionene, og som figurene 4.6-4.8 viser, så var det i Helse Midt-Norge at pasienter som ble behandlet dagkirurgisk hadde høyest sannsynlighet for å motta private

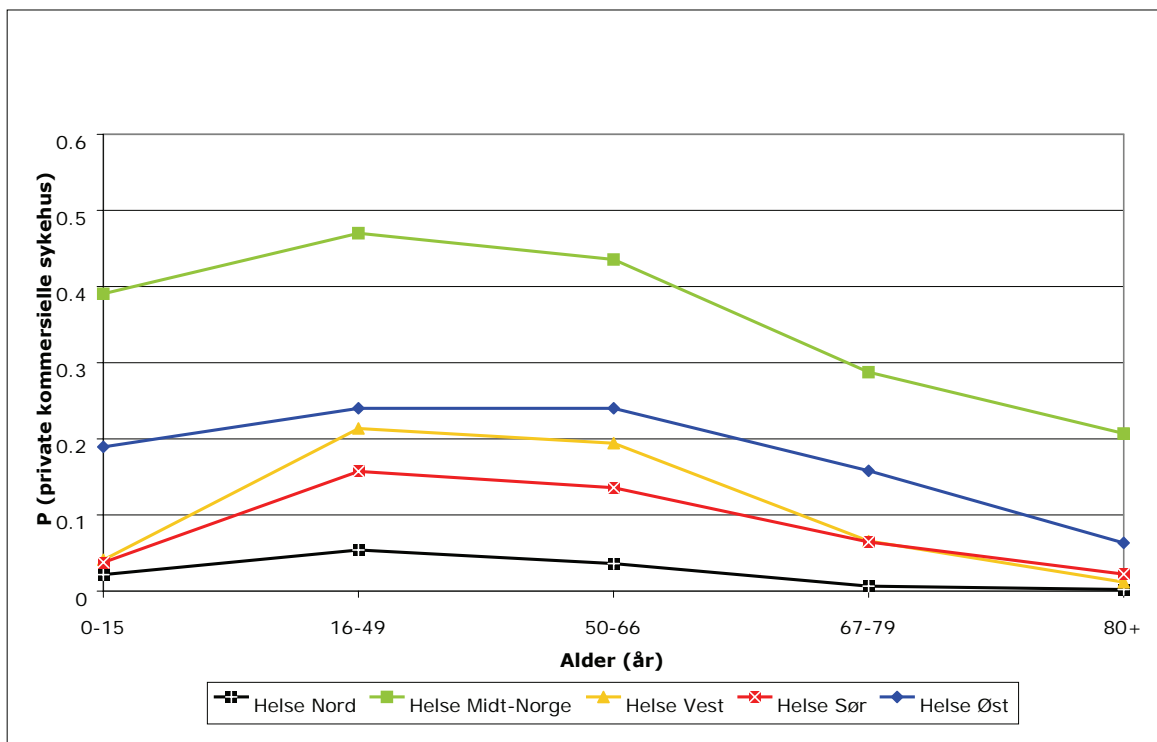
<sup>28</sup> For 2002 var det ikke mulig å estimere sannsynligheten for innleggelse ved privat kommersielt sykehus for aldersgruppen eldre enn 80 år. For Helse Nord kunne bare sannsynligheten for aldersgruppene 50-66 år og 67-79 år predikeres i 2002. Videre kunne ikke sannsynligheter for aldersgruppen eldre enn 80 år predikeres for Helse Nord i 2006.

kommersielle sykehustjenester. Tilsvarende pasienter bosatt i Helse Nord og Helse Sør hadde derimot de laveste sannsynlighetene for å benytte slike tjenester i de analyserte modellene.

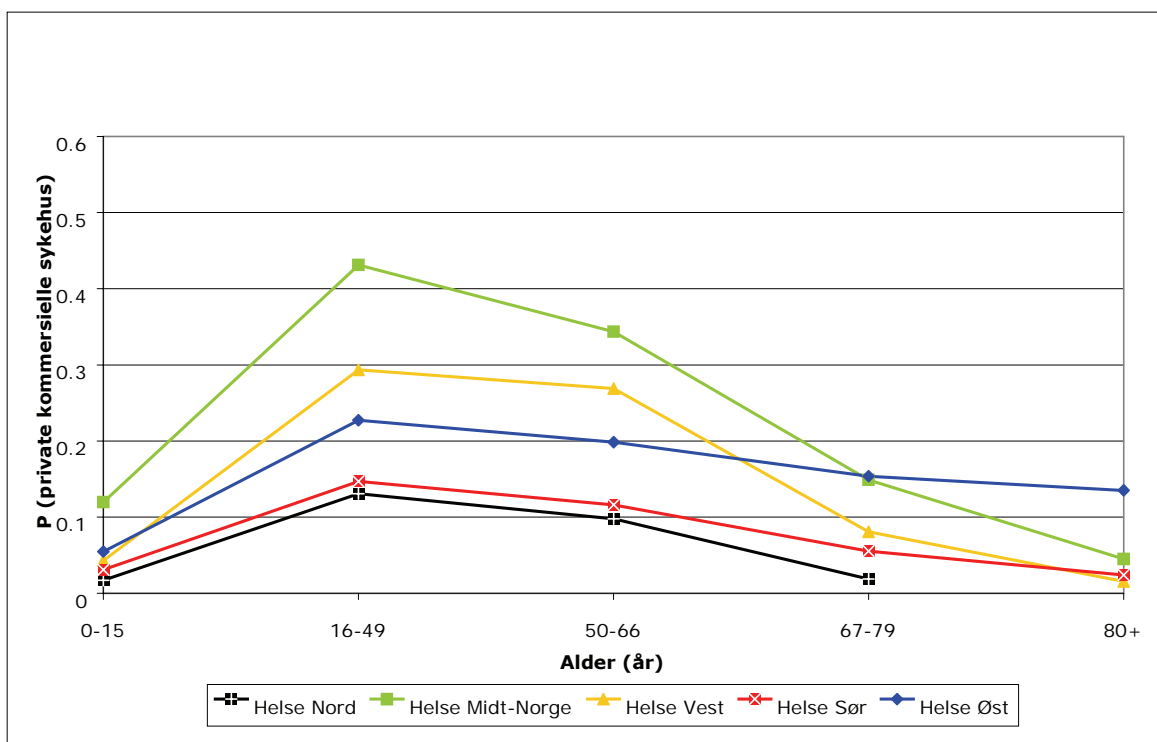
Videre er sammenhengen mellom pasientens alder og sannsynligheten for å bli behandlet ved et privat kommersielt sykehus entydig i samtlige helseregioner: Jo eldre pasienten er, desto lavere er sannsynligheten for behandling ved privat kommersielt sykehus. Det er spesielt pasienter i aldersgruppen 16-66 år som utmerker seg med de høyeste sannsynlighetene for privat kommersielt sykehusforbruk. Denne sammenhengen viser videre tegn til å forsterkes ved en økning i den totale bruken av private kommersielle tjenester. Sammenhengen er spesielt tydelig i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Til en viss grad kan man derfor snakke om en "selektering" av pasienter i de midtre aldersgruppene (16-66 år).



Figur 4.6 Regionale forskjeller i predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved private kommersielle sykehus i 2002.

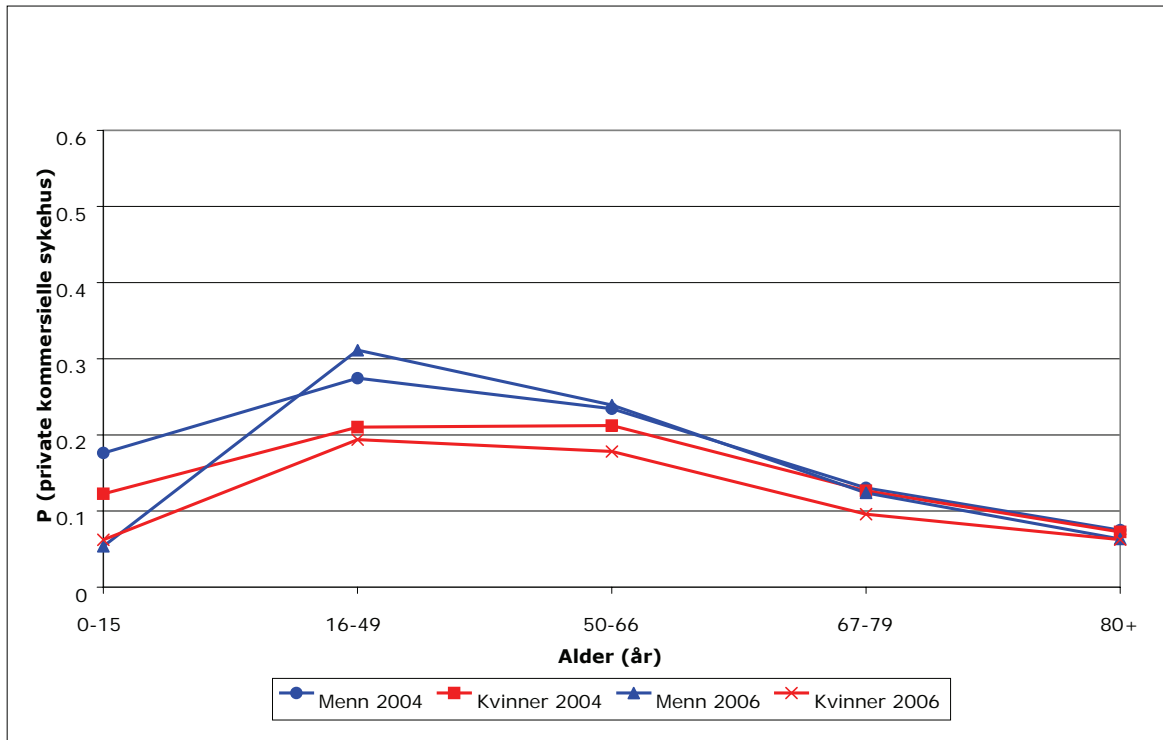


Figur 4.7 Regionale forskjeller i predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved private kommersielle sykehus i 2004.



Figur 4.8 Regionale forskjeller i predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved private kommersielle sykehus i 2006.

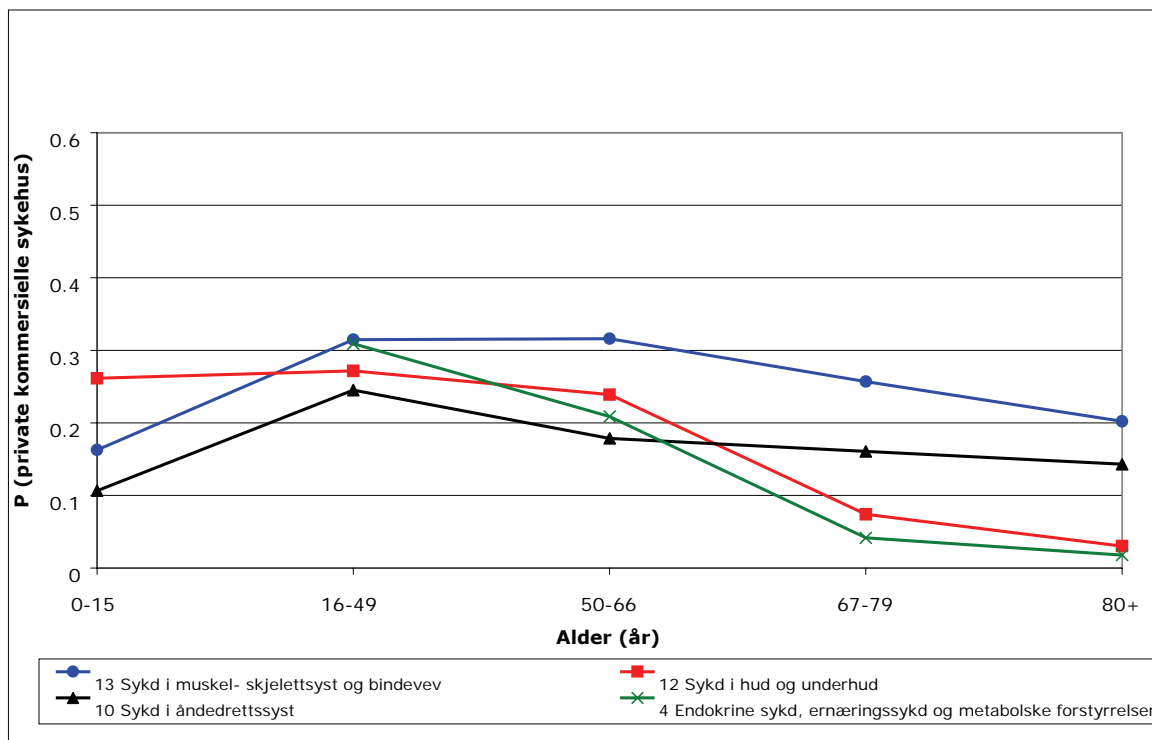
Så langt har det altså blitt påvist en klar effekt av alder på sannsynligheten for å motta private kommersielle sykehustjenester. Ut fra den sentrale helsepolitiske målsetningen om at det skal være lik tilgang til helsetjenester – også uavhengig av pasientens kjønn – har kjønnsspesifikke sannsynligheter for elektiv dagkirurgisk behandling ved privat kommersielt sykehus i 2004 og 2006 blitt beregnet. Resultatet er presentert i figur 4.9.



Figur 4.9 Predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved privat kommersielt sykehus for kvinner og menn i 2004 og 2006.

Uavhengig av hvilke aldersgrupper man ser på, så har kvinner en noe lavere sannsynlighet for å motta private kommersielle sykehustjenester enn menn, og avstanden øker noe i 2006 sammenlignet med 2004. Det er imidlertid verdt å merke seg at differansene for det første er nokså marginale, og for det andre at forskjellene er mindre påfallende etter hvert som pasientens alder øker. Analysene gir med andre ord ikke grunnlag for å anta at det eksisterte store kjønnsmessige forskjeller i sannsynlighetene for å bli behandlet dagkirurgisk ved private kommersielle sykehus i 2004 og 2006.

Større forskjeller fins imidlertid mellom de ulike sykdoms- og diagnosegruppene. De private kommersielle sykehusene tilbyr ikke et like bredt utvalg av tjenester som de statlig eide sykehusene gjør, og kontraktene som har blitt inngått mellom RHF-ene og de private aktørene har dessuten spesifisert nokså detaljert hvilke typer operasjoner som skulle kunne utføres av de private kontraktspartene. I figur 4.10 illustreres sannsynlighetene for behandling ved private kommersielle sykehus innenfor de fire ICD10-hovedkapitlene som prosentvis hadde flest elektive dagkirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i 2004 (kapittel 4 "Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser", kapittel 10 "Sykdommer i åndedrettssystemet", kapittel 12 "Sykdom i hud og underhud" og kapittel 13 "Sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev").



Figur 4.10 Predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved privat kommersielt sykehus i 2004 for opphold i ICD10-hovedkapittel 4, 10, 12 og 13.

Flere tendenser er tydelige i figuren. Pasienter med endokrine sykdommer m.m. har en veldig klar aldersbetinget sannsynlighet for å bli behandlet ved privat kommersielt sykehus, og ved økt alder synker sannsynligheten betraktelig.<sup>29</sup> Blant pasientene som mottar elektiv dagkirurgi innenfor dette hovedkapitlet har de fleste som behandles ved privat kommersielt sykehus hoveddiagnosen lipodystrofi, mens de som behandles ved offentlige sykehus stort sett har hoveddiagnose diabetes. En aldersbetinget trend i sannsynligheten for å bli behandlet ved privat kommersielt sykehus er også tydelig for pasienter med sykdommer i hud og underhud. Blant pasientene som behandles ved privat kommersielt sykehus i dette ICD10-hovedkapitlet dominerer hoveddiagnosen arr/hudfibrose, inngrodd negl og hårcyste. Blant de som behandles ved offentlige sykehus er også arr/hudfibrose og hårcyste vanlige hoveddiagnoser, i tillegg til stråleskader. For sykdommer i åndedrettssystemet og muskel-skjelettsystem og bindevev er sammenhengen med alder ikke like tydelig som for de to andre gruppene. For omkring 55 prosent av pasientene som ble behandlet privat i det førstnevnte ICD10-hovedkapitlet var hoveddiagnosen "skjev nesevegg" eller "kronisk tonsillitt". De samme hoveddiagnosene gikk også igjen blant de som ble behandlet ved offentlige sykehus. I ICD10-kapitlet for sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev hadde omtrent halvparten av pasientene som ble behandlet privat i 2004 hoveddiagnose knyttet til menisskade eller "impingement syndrome" i skulder. Også blant de som ble behandlet ved offentlig sykehus var menisskade den vanligste hoveddiagnose. I tillegg sto behandling av hallux valgus (skjev stortå) for en god del av oppholdene.

Som forventet var sannsynligheten for å motta behandling ved privat kommersielt sykehus betydelig mindre innenfor de resterende ICD10-hovedkapitlene som ikke er inkludert i figur 4.10. Innenfor ICD10-hovedkapitlene 1 "Visse infeksjons- og parasittsykdommer" og 8

<sup>29</sup> For den aller yngste aldersgruppen (0-15 år) ble det ikke gjort beregninger for ICD10-hovedkapittel 4, på grunn av for få opphold i beregningsgrunnlaget.



“Sykdom i øre og ørebensknute”, som hadde en viss dagkirurgisk virksomhet, ble for eksempel kun henholdsvis 2,2 og 3,4 prosent av oppholdene avvirket ved privat kommersielle sykehus. Tilgjengeligheten til tilbudene som gis ved de private kommersielle sykehusene har dermed økt betydelig mer for noen sykdomsgrupper enn for andre.

Det kan dermed se ut til at de private kommersielle sykehusene innenfor det dagkirurgiske domenet til en viss grad, og innenfor den avgrensede perioden analysert her, har enkelte nisjer der de dominerer tjenestetilbudet. Dette gjelder for eksempel dagkirurgisk behandling av lipodystrofi. For de fleste sykdomsgruppene som private kommersielle sykehus tilbyr behandling til eksisterer det imidlertid også tilsvarende behandlingstilbud ved de offentlige sykehusene. Dermed ser det private kommersielle tilbudet først og fremst ut til å være et supplement til det øvrige spesialisthelsetjenestetilbudet.

#### 4.1.6 Private kommersielle sykehus' rolle

Utbredt bruk av private kommersielle sykehus representerer innenfor den norske konteksten et relativt nytt fenomen som hovedsakelig har gjort seg gjeldene i etter-reformtid. Videre har de private kommersielle sykehusenes nisje i denne perioden nesten utelukkende vært innenfor elektiv kirurgi, og spesielt dagkirurgi. I 2005 ble for eksempel så mye som 16 prosent av all dagkirurgi utført ved disse institusjonene. Tilgjengeligheten til denne delen av spesialisthelsetjenestene har imidlertid vært klart betinget av hvor pasienten bor, pasientens alder og ikke minst hvilken sykdom/diagnose pasienten har. Samtidig er det vanskelig å konkludere entydig i forhold til om tilbudet ved de private kommersielle sykehusene har bidratt til å utjevne eller forsterke regionale forskjeller i Norge. Det er imidlertid utvilsomt at tilbudet har bidratt betydelig til den kraftige aktivitetsøkningen som har funnet sted i perioden etter Helsereformen.

Hvorvidt kontraktsinngåelser mellom RHF-ene og private kommersielle aktører, og dermed bruken av private kommersielle aktører i ivaretagelsen av RHF-enes “sørge for” ansvar, representerer et permanent eller et mer temporært innslag i det norske helsetjenestesystemet gjenstår fortsatt å se. Utviklingen så langt peker imidlertid i retning av at de private kommersielle aktørene, slik de ble brukt for å håndtere krisen med lange ventetider for elektiv kirurgisk behandling og overbelegg ved offentlige sykehus, har vært et temporært fenomen. Oppdragsmengden som ble satt ut på anbud ble kraftig redusert da disse problemene kom mer under kontroll, og i følge Solstad m.fl. (2007) tilsvarte nedgangen i bruken av private kommersielle sykehus fra 2005 til 2006 hele 114 millioner kroner målt i 2006-kroner. Videre har de politiske signalene fra regjeringen utvilsomt vært viktige i forhold til hvor stort omfang det private innslaget skulle ha. Mens den borgerlig-konservative regjeringen (riktignok en mindretallsregjering) som satt fra 2001-2005 i hovedsak var positiv til et større privat innslag i helsesektoren, staket den sosialdemokratiske-sentrums regjeringen bestående av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, fra 2005 ut en ny kurs der innslaget av private kommersielle aktører skulle begrenses til fordel for en større utnyttning av ressursene i offentlige sykehus. Disse nye signalene fikk umiddelbare konsekvenser i form av den nedgangen i bruk av private kommersielle sykehus som har blitt illustrert i figurene foran. Mye tyder derfor på at omfanget av private kommersielle sykehustjenester i denne formen fortsatt ikke har “satt seg”, men sannsynligvis vil bli gjenstand for sykliske økninger og nedganger parallelt med svingningene i tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester ved statlige sykehus og de til enhver tid gjeldende politiske føringene.

På tvers av helseregionene har det vært til dels store forskjeller i hvor omfattende bruken av private kommersielle sykehustjenester har vært. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er hvorvidt tilbudet ved de private kommersielle sykehusene representerer noe kvalitativt annet enn det tilbudet som gis ved de øvrige sykehusene. Dersom tilbudet ved de private kommersielle sykehusene for eksempel representerer et *bedre* tilbud langs viktige dimensjoner som ventetid for behandling, medisinsk praksis/prosedyre som benyttes eller personellens kvalifikasjoner, vil de geografiske skjevfordelingene representere et klart brudd med den sentrale helsepolitiske målsetningen om likhet i helsetjenestetilbudet uavhengig av

pasientens bosted.<sup>30</sup> Dersom private kommersielle tjenester derimot ikke kan rangeres som kvalitetsmessig forskjellige fra tjenestene som tilbys ved de øvrige sykehusene, må de regionale forskjellene simpelthen betraktes som variasjoner i måtene RHF-ene har valgt å organisere "sørge for" ansvaret sitt på. Forskjellene vil da til en stor grad gjenspeile den geografiske nærheten til private kommersielle sykehus, ventetider ved RHF-ets øvrige sykehus/helseforetak, "hastegrad" i forhold til å løse ventetids- og kapasitetsproblemer osv. Slike forskjeller i handlingsstrategier kan også til en viss grad være et resultat av at RHF-enes styrer har gjort ulike vurderinger av hvordan de skal tilpasse seg til de NPM-inspirerte ideene som Helsereformen til en stor grad var bygd på. Dette vil igjen påvirke fortolkningen av hvilke handlingsvalg som til enhver tid fremstår som de mest effektive og rasjonelle.

## 4.2 Private avtalespesialister

De private avtalespesialistene representerer i mindre grad enn de private kommersielle sykehusene et nytt fenomen i den norske spesialisthelsetjenesten. Tvert imot har avtalespesialistene eksistert – innenfor mer eller mindre offentlig regulerte rammer – i flere tiår. Først i 1984 ble ordningen med avtaler mellom fylkeskommunene og avtalespesialistene introdusert. Den politiske begrunnelsen som ble fremholdt som argument for etableringen av avtaleordningen var at det var ønskelig at de lokale behovene i større grad skulle være med på å bestemme hvor de private praksisene skulle bli etablert. Tiltaket hadde imidlertid liten effekt, og utover 1990-tallet økte antallet praksiser uten avtale. Som en reaksjon på dette ble det i 1992 bestemt at alle praksiser etablert etter oktober dette året måtte inngå avtale med en fylkeskommune for å være berettiget til refusjon fra Rikstrygdeverket (Midttun & Hagen 2006; Aarseth 1998; Jørgenvåg et al. 2000). De umiddelbare resultatene uteble imidlertid nok en gang, ettersom de fleste praksisene hadde blitt etablert før 1992. Dermed var det duket for nok et tiltak: i 1998 ble det bestemt at *alle* private spesialister – uavhengig av når praksisen deres hadde blitt etablert – måtte ha avtale med en fylkeskommune for å være berettiget til refusjon fra Rikstrygdeverket. Dette resulterte i en markant økning i både antallet driftsavtaler og antallet årsverk som var omfattet av avtaler. Antall avtaler innenfor det somatiske fagfeltet økte dermed fra ca. 320 i 1997 til ca. 700 i 1998. Endringene fremgår av tabell 4.2 og figur 4.11.

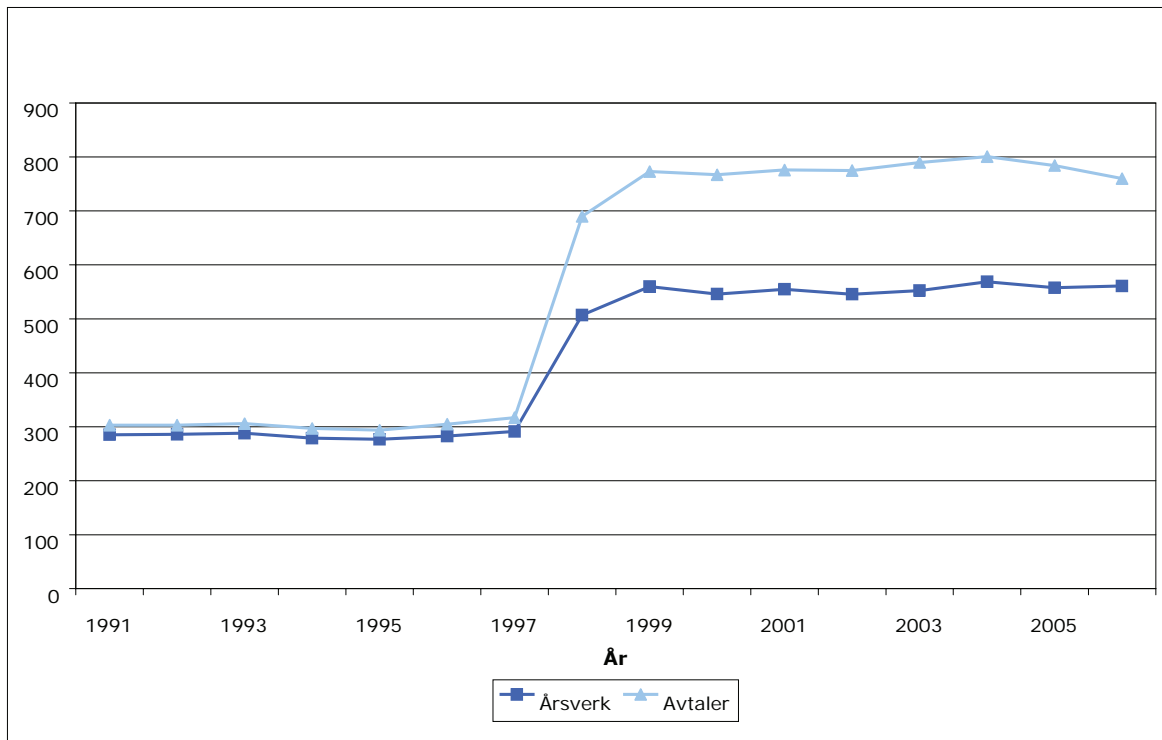
---

<sup>30</sup> Så langt fins det ingen undersøkelser som gir svar på hvorvidt tilbudet som gis ved private kommersielle sykehus kvalitetsmessig er forskjellig fra tilbudet som gis ved de øvrige sykehusene. Resultatene fra slike undersøkelser vil forøvrig ofte være svært kontroversielle, ettersom standardisering av performance i forhold til forskjellige innsatsfaktorer vil være metodisk krevende. For eksempel er personell- og aktivitetstall ved de fleste private kommersielle sykehusene mindre enn tilsvarende tall for én enkelt avdeling ved et statlig eid sykehus. Videre er oppgavefordelingen og pasientsammensetningen i private kommersielle og statlige sykehus svært ulik. Et mål som på en relativt lite kontroversiell måte ville kunne si noe om tilgjengeligheten til tjenestene er imidlertid ventetiden for behandling. Foreløpig er imidlertid rapporteringen av ventetidstall fra de private kommersielle sykehusene svært mangelfull, og nærmest ikke-eksisterende.

Tabell 4.2 Antall driftsavtaler per fagspesialitet (årsverk i parentes) 1991, 1997, 1998, 2001, 2004 og 2006.

Spesialitet	1991	1997	1998	2001	2004	2006
Indremedisin	54 (49)	48 (43)	99 (75)	98 (73)	87 (66)	56 (45)
Hudsykdom	30 (28)	34 (31)	66 (53)	66 (54)	71 (55)	69 (55)
Barnesykdom	20 (19)	18 (17)	44 (34)	43 (33)	42 (28)	34 (28)
Nevrologi	6 (5)	7 (6)	25 (15)	23 (14)	27 (14)	25 (15)
Generell kirurgi	5 (4)	6 (5)	34 (20)	27 (14)	21 (14)	18 (12)
Fødselshjelp/kvinnesykdom	53 (49)	45 (43)	103 (85)	103 (87)	104 (88)	100 (87)
Revmatologi	4 (4)	4 (4)	16 (10)	16 (10)	15 (9)	14 (9)
Øre-nese-halssykdom	42 (41)	52 (47)	102 (71)	136 (91)	137 (91)	133 (90)
Øyesykdom	82 (79)	92 (86)	138 (109)	177 (137)	195 (152)	190 (146)
Andre fagspesialiteter	7 (6)	11 (10)	63 (34)	87 (42)	102 (53)	121 (75)
Total	303 (285)	317 (291)	690 (507)	776 (555)	801 (569)	760 (561)

Datakilde: Statistisk sentralbyrå.



Figur 4.11 Antall driftsavtaler og kontraktsfestede årsverk for private spesialister i 1991–2006, eksklusive psykiatri (Datakilde: Statistisk sentralbyrå).

Økningene fra 1997 til 1998 var størst innenfor fagspesialitetene fødselshjelp/kvinnesykdom (129 prosent) og indremedisin (106 prosent), noe som er en indikasjon på at disse fagfeltene sannsynligvis hadde færrest avtaler i perioden før 1998. For hele perioden fra 1991 til 2006 var de største økningene i absolutte tall - både i antall driftsavtaler og antall årsverk - å finne for fagspesialitetene øre-nese-halssykdom og øyesykdom. Figur 4.11 viser videre at økningen var større for antall avtaler enn antall årsverk. Dette betyr at svært mange av driftsavtalene omfattet mindre enn 100 prosent-årsverk. Fra 2004 viser

utviklingen i antall avtaler en svak nedadgående tendens, mens antall årsverk forholder seg nokså stabilt. Dette er et tegn på at utviklingen etter 2002, da RHF-ene overtok ansvaret for forvaltningen av de private avtalespesialisthjemlene, har gått i retning av noe flere fulltidshjemler.

Selv om utviklingen etter 1998 i all hovedsak har vært preget av stabilitet, har man de siste årene også sett noen tegn til forandring. Dette kommer blant annet til uttrykk i handlingsplanene og rapportene RHF-ene har utarbeidet (Helse Sør RHF 2006; Helse Øst 2004; Helse Nord RHF 2005, 2006; Lossius Husum m.fl. 2005). Der diskuteres for eksempel den geografiske lokaliseringen av spesialistpraksisene innad i helseregionene, størrelsen på driftshjemlene innenfor de forskjellige fagspesialitetene (relativt til blant annet tilbudet ved offentlige sykehus) og antallet hjemler innenfor de respektive fagområdene. Arbeidsfordelingen mellom offentlige sykehus og avtalespesialistene samt internt mellom de eksisterende avtalepraksisene behandles også i rapportene.

#### 4.2.1 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for beskrivelsene av avtalespesialistenes aktivitet i 2006 er tall fra Sosial- og helsedirektoratet, avdeling NPR. Dataene er for somatisk spesialisthelsetjeneste og bygger på opplysninger innrapportert fra avtalespesialistene selv. I tillegg er informasjon om hjemmelstørrelsene innhentet direkte fra de respektive RHF-ene. For at dataene om avtalespesialistenes konsultasjonsvirksomhet i størst mulig grad skal omfatte kun spesialisthelsetjeneste, har NPR fjernet registreringer som bare inneholdt enkle kontakter (takst 1ad-h), allmennelegetakster (takst 2ad-2hd samt 11ad-11id) eller legeerklæringstakst (L120). Forøvrig er de innrapporterte opplysningene om blant annet takster og diagnoser foreløpig ikke av en slik kvalitet at de gir grunnlag for presentasjon eller analyser. Hovedårsaken til at informasjonen om diagnosene ikke kan benyttes, er at mange spesialister fortsatt leverer opplysninger basert på ICPC-kodeverk, mens ICD-10 regnes som det gjeldende kodeverket for spesialisthelsetjenesten. På grunn av delvis overlapp mellom kodene i de to respektive diagnosekodeverkene, og problemer med å identifisere hvilket kodeverk som er benyttet (for spesialister som har benyttet begge kodeverkene), er det ikke mulig å konvertere ICPC-koder til ICD-10 koder. For mer utdypende informasjon om datagrunnlaget, se Sosial- og helsedirektoratet (2007).

Avtalespesialistenes aktivitet består både av konsultasjoner finansiert gjennom NAV-systemet og behandlinger finansiert gjennom ISF-ordningen. I 2006 mottok 27 avtalespesialister ISF-refusjon for totalt 3 231 konsultasjoner. Avtalespesialistenes ISF-aktivitet er inkludert i tabell 4.4 og 4.7, samt figur 4.12. For mer detaljerte beskrivelser av utviklingen i ISF-opphold produsert av private avtalespesialister, se Solstad og Pedersen (2007).

For driftsåret 2005 mottok NPR data fra 53 prosent av avtalespesialistene som mottok innkallelse til å rapportere data. For 2006 er det tilsvarende tallet 73 prosent. Denne økningen bidrar til at stadig sikrere og mer komplette tall kan presenteres. Prosenttallene referert ovenfor tar imidlertid hensyn til at noen avtalespesialister har blitt fritatt fra å levere data (se Sosial- og helsedirektoratet 2007). Som andel av det totale antallet spesialister med driftsavtale er det tilsvarende tallet for 2006 64 prosent. Videre er det en tendens til at avtalespesialistene med de største hjemlene er de som i størst grad leverer data. Totalt sett har derfor ca. 70 prosent av de totale avtaleårsverkene levert data.<sup>31</sup> En regionvis oversikt over rapporteringsprosentene er gjengitt i tabell 4.3.

---

<sup>31</sup> Avtalespesialister fritatt fra å rapportere data ikke ekskludert.

Tabell 4.3 Antall og andel avtalespesialister som har levert godkjente og komplette data. Andeler av totalt antall driftsavtaler og kontraktsfestede årsverk samt andeler av NPRs totale innkallelser, 2006.

Helseregion	Antall spesialister levert godkjente og komplette data	Andel spesialister levert godkjente og komplette data av totalt antall spesialister	Andel avtaleårsverk levert godkjente og komplette data av totalt antall årsverk	Andel spesialister levert godkjente og komplette data av NPRs totale innkallelse <sup>1)</sup>
Helse Øst	228	66	69	76
Helse Sør	100	69	72	72
Helse Vest	92	68	73	79
Helse Midt-Norge	43	53	64	63
Helse Nord	24	47	52	65
Total	487	64	69	73

1) Avtalespesialister fritatt fra å levere data er ekskludert. Tallet er hentet fra Sosial- og helsedirektoratet (2007).

#### 4.2.2 Omfanget av private avtalespesialisters aktivitet

Tallene som er rapportert til NPR omfatter totalt 1 443 215 konsultasjoner og 3 231 ISF-opphold (se tabell 4.4). Nesten halvparten (45 prosent) av konsultasjonene er utført i Helse Øst. Helse Sør og Helse Vest sto for ca. 20 prosent av konsultasjonene hver, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde henholdsvis 11 prosent og fire prosent hver. ISF-virkningsomheten er hovedsakelig utført i Helse Øst (38 prosent) og Helse Vest (59 prosent). Fordelingen av konsultasjonene gjenspeiler dermed den regionale fordelingen av driftsavtalene og årsverkene. Også mellom fagspesialitetene er det forskjeller i antallet registrerte konsultasjoner. Ikke uventet har fagspesialitetene med de fleste driftsavtalene/driftsårsverkene registrert flest opphold: 27 prosent av konsultasjonene er innenfor øye, 24 prosent innenfor hud, 19 prosent innenfor øre-nese-hals, 12 prosent innenfor fødselshjelp/kvinnesykdommer og ni prosent innenfor indremedisin. Fordelingen av konsultasjoner mellom fagspesialitetene og helseregionene er gjengitt i tabell 4.4.

Tabell 4.4 Antall konsultasjoner og ISF-virksomhet utført av private avtalespesialister som har levert data for 2006, per fagspesialitet og i forhold til avtalespesialistenes regionale tilhørighet.

Spesialitet	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
Anestesi	5 642	94	2 158	972	0	8 866
Fysikalsk medisin	0	944	763	0	0	1 707
Ortopedi	5 695	0	0	4 310	0	10 005
Plastikkirurgi	589	1 062	0	0	0	1 651
Urologi	0	0	2 612	0	2 132	4 744
Radiologi	4 562	0	0	0	0	4 562
Indremedisin	61 014	24 174	40 019	4 141	4 928	134 276
Hudsykdom	176 139	76 029	38 426	45 221	3 843	339 658
Barnesykdom	30 569	10 096	1 493	1 582	0	43 740
Nevrologi	5 483	3 335	955	2 618	0	12 391
Kirurgi	10 328	4 454	755	0	1 652	17 189
Fødselshjelp/kvinnesykdom	85 437	34 114	42 367	4 766	11 208	177 892
Revmatologi	3 893	2 062	6 093	0	0	12 048
Øre-nese-halssykdom	125 205	58 544	57 592	32 922	5 930	280 193
Øyesykdom	139 597	89 493	79 669	60 879	24 655	394 293
Totalt	654 153	304 401	272 902	157 411	54 348	1 443 215
ISF-opphold	1 239	0	1 891	0	101	3 231

Tallene i tabell 4.4 representerer altså de *innrapporterte* dataene til NPR. I tillegg til å gi informasjon om faktisk aktivitet blant avtalespesialistene, reflekterer imidlertid tallene også eventuelle forskjeller mellom helseregionene og fagspesialitetene i rapporteringsgrad. Ettersom det er naturlig å forvente at avtalespesialistens hjemmelstørrelse også har en viss innflytelse på aktivitetsvolumet, vil potensielle forskjeller mellom regionene og fagspesialitetene i hjemmelstørrelsen til avtalespesialistene som har rapportert data kunne påvirke tallene. For å kontrollere for disse faktorene har et *estimat for den totale aktiviteten* til avtalespesialistene blitt beregnet. Beregningene er gjort med utgangspunkt i dataene som er innrapportert, og tar dermed utgangspunkt i hvor stor andel av årsverkene avtalespesialister som har levert data utgjør av det totale antallet årsverk. Egne estimat er så beregnet for hver fagspesialitet innenfor de enkelte helseregionene. For helseregioner som mangler rapportert aktivitet for en fagspesialitet de har driftsavtale for, har et estimat blitt beregnet på grunnlag av aktiviteten innenfor fagspesialiteten i landet for øvrig.

Tabell 4.5 Estimert antall konsultasjoner utført av private avtalespesialister i 2006 i forhold til avtalespesialistenes regionale tilhørighet. Estimatenes er basert på innrapporterte data.

Helseregion	Estimert antall konsultasjoner
Helse Øst	923 325
Helse Sør	405 545
Helse Vest	367 480
Helse Midt-Norge	211 450
Helse Nord	110 293
Totalt	2 018 093

Det estimerte antallet konsultasjoner er 2 018 093, omtrent 575 000 flere konsultasjoner enn de som er innrapportert til NPR. Dersom aktiviteten for avtaleårsverkene som har levert data er representativ for aktiviteten hos avtaleårsverkene innenfor samme helseregion og fagspesialitet som *ikke* har levert data, vil dermed sistnevnte gruppe stå for ca. 29 prosent av den totale aktiviteten avtalespesialistene har.

Sammenlignet med de *innrapporterte* tallene forandrer de *estimerte* konsultasjonene svært lite når det gjelder fordelingen mellom helseregionene. Heller ikke fordelingen mellom fagspesialitetene endrer seg mye. Eneste endringen av en viss betydning er innenfor fagspesialiteten hud. Ettersom over 87 prosent av hudspesialistene rapporterte data i utgangspunktet, reduseres andelen denne gruppens konsultasjoner utgjør av det totale antallet konsultasjoner fra 24 prosent til 19 prosent i de estimerte dataene. Rapporteringsprosentene innenfor de ulike fagspesialitetene er gjengitt i vedleggstabell v4.2. Forøvrig viser tallene en svært stabil utvikling fra 2005 til 2006 langs alle målbare dimensjoner.<sup>32</sup> Det estimerte totale aktivitetstallet er nærmest uforandret fra 2005 med en nedgang på bare 0,7 prosent. Fordelingen av konsultasjoner mellom helseregionene endrer seg også bare minimalt fra 2005 til 2006.

Basert på det innrapporterte datamaterialet (ikke estimat) har antallet konsultasjoner per årsverk blitt beregnet. Ettersom store deler av anesthesiologenes aktivitet er knyttet til konsultasjoner der også andre avtalespesialister er involvert, har anesthesiologene blitt holdt utenfor ved beregningen. Videre har det ikke blitt gjort beregninger for fagspesialiteter der det samlede antallet årsverk som har rapportert data i helseregionen er lavere enn 0,4.

<sup>32</sup> For en oversikt over tall fra 2005, se Jørgenvåg (2006).

Tabell 4.6 Antall konsultasjoner per årsverk for spesialister som har levert data for 2006. Anestesileger er ekskludert. Fordeling per fagspesialitet og etter avtalespesialistenes regionale tilhørighet.

Spesialitet	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Fysikalsk medisin			636			636
Ortopedi	4 068					4 068
Plastikkirurgi	1 178	2 124				1 651
Urologi			6 530		2 132	3 389
Radiologi	4 562					4 562
Indremedisin	2 088	2 102	2 223	1 882	2 190	2 126
Hudsykdom	7 692	6 389	7 250	7 294	2 196	7 069
Barnesykdom	2 215	5 314	1 493	1 978		2 499
Nevrologi	2 031	1 516		2 618		1 938
Kirurgi	3 443	3 299	755		1 652	2 707
Fødselshjelp/ kvinnesykdom	2 613	3 708	3 232	1 765	3 396	2 916
Revmatologi	1 770	5 155	2 031			2 151
Øre-nese-halssykdom	3 927	4 799	4 120	5 879	3 041	4 271
Øyesykdom	3 673	4 072	3 856	4 612	3 626	3 917

Ettersom rapporteringsprosenten blant avtalespesialistene fortsatt er noe lav, og alle helseregioner ikke har avtaler innenfor alle fagspesialiteter, er flere av cellene i tabell 4.6 tomme. Likevel er det mulig å identifisere noen relativt interessante tendenser ut fra de rapporterte tallene. Det er, som forventet, en tydelig forskjell mellom fagspesialitetene, og det er særlig hud-spesialiteten som utmerker seg med et gjennomsnitt på over 7 000 konsultasjoner per årsverk på landsbasis. Dette tallet er betydelig høyere enn innenfor de øvrige fagspesialitetene. Slike forskjeller mellom fagspesialitetene gjenspeiler først og fremst ulikhetene i praksisprofil og typen av behandling og oppfølging som gjøres av pasientene. Videre er det for mange fagspesialiteter forskjeller i aktiviteten mellom helseregionene. Dette er til en viss grad et uttrykk for reelle forskjeller i produktivitet, men er først og fremst et resultat av variasjoner i praksisprofil og ikke minst rapporteringsprosent. Det bør med andre ord tas spesielle forbehold når man fortolker tallene.

Antall konsultasjoner per spesialist har også blitt beregnet (ikke rapportert i tabellen). I utgangspunktet er det naturlig å forvente at dette tallet først og fremst påvirkes av størrelsen på enkeltspesialistenes driftsavtaler, og at aktiviteten er høyere jo større driftsavtalen er. Det er imidlertid også mulig å tenke seg at avtalespesialister som mottar et relativt lavt driftstilskudd vil skru opp konsultasjonsfrekvensen for å øke inntektene fra NAV. For å undersøke dette nærmere ble konsultasjonsfrekvensen til avtalespesialister med hjemmelstørrelse under 25 prosent sammenlignet med konsultasjonsfrekvensen til avtalespesialister med 100 prosent-hjemmel. Antallet konsultasjoner per spesialist var som forventet betydelig lavere for førstnevnte gruppe enn sistnevnte gruppe, og det var klar positiv korrelasjon mellom størrelsen på driftsavtalen og aktivitetsnivået.



## 4.2.3 Utjevning eller forsterking av geografiske forskjeller?

Selv om konsultasjonene som utføres av private avtalespesialister og ved offentlige poliklinikker ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbare (Jørgenvåg & Kjekshus 2004), vil sammenstillinger av forbruket av poliklinikk- og avtalespesialistkonsultasjoner gi viktig informasjon om det *totale* spesialisthelsetjenestetilbudet innenfor et område. Videre har avtalepraksisene i stadig større grad blitt tatt med i vurderingen av hvordan enkeltregionene best kan ivareta sitt "sørge for" ansvar (for eksempel Helse Sør RHF 2006; Helse Øst 2004; Helse Nord RHF 2005, 2006), og det er derfor nødvendig – selv om statistikken fortsatt er noe mangelfull – å inkludere også avtalespesialistenes aktivitet i ratene for den norske befolkningens totale forbruk av spesialisthelsetjenester.

Tabell 4.7 Konsultasjoner og ISF-virksomhet utført av private avtalespesialister samt konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og dagkirurgi ved offentlige sykehus per 1 000 innbyggere i helseregionene i 2006.

Helseregion	Estimerte private avtalespesialistkonsult. per 1 000 innb. (innrapporterte konsult. per 1 000 innb.) <sup>1)</sup>	ISF-opphold utført av private avtalespesialister per 1 000 innb.	Konsult. ved offentlig poliklinikk per 1 000 innb. <sup>2)</sup>	Dagkirurgi ved offentlige sykehus per 1 000 innb.	Totalt antall konsult./opphold per 1 000 innb.
Helse Øst	546 (371)	1	719	40	1 305
Helse Sør	448 (355)	0	748	44	1 240
Helse Vest	380 (274)	2	713	41	1 136
Helse Midt-Norge	324 (238)	0	827	44	1 194
Helse Nord	239 (120)	0	910	40	1 188
Totalt	431 (305)	1	757	42	1 230

1) En oversikt over avtalespesialistkonsultasjonsrater og polikliniske konsultasjonsrater innenfor de ulike HF-bostedsområdene er gjengitt i vedleggstabell v4.3.

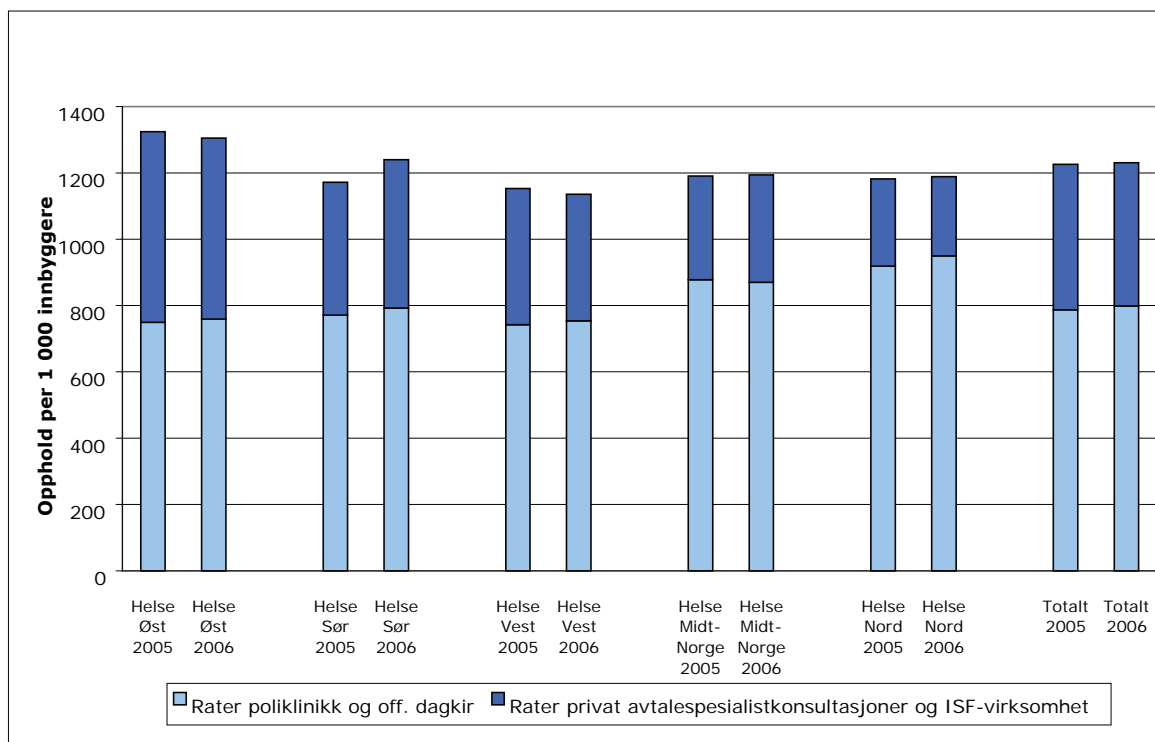
2) Konsultasjoner for pasienter registrert med ukjent bosted eller annet bosted utenfor helseregionene er ekskludert.

Som tabellen viser, er ratene for privat avtalepraksisvirksomhet noe høyere i Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest enn i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helseregionene med lavest forbruk av private avtalespesialistkonsultasjoner har imidlertid et tilsvarende høyere forbruk av konsultasjoner ved offentlige poliklinikker. Bruken av private avtalespesialister ser altså ut til å ha en utjevningseffekt på de geografiske forskjellene i bruken av offentlige poliklinikker, og som et resultat av dette er det relativt små forskjeller mellom helseregionene i totalratene. Regionalt varierer ratene fra 1 136 i Helse Vest til 1 305 i Helse Øst, med en rate for hele landet tilsvarende 1 230 konsultasjoner per 1 000 innbyggere.<sup>33</sup>

I figur 4.12 er andelene og totalratene for avtalespesialistkonsultasjoner (basert på det estimerte tallmaterialet) og polikliniske konsultasjoner presentert. Figuren illustrerer at forbruket av private avtalespesialistkonsultasjoner utgjør en betydelig del av det totale forbruket. For eksempel har Helse Øst de laveste forbruksratene for konsultasjoner ved offentlig poliklinikk, men de høyeste totalratene når man tar høyde for bruken av avtalespesialistene. Totalt ble ca. 35 prosent av den samlede polikliniske og dagkirurgiske virksomheten i Norge utført av private avtalespesialister i driftsåret 2006. I Helse Øst var andelen på over 40 prosent, mens Helse Nord og Helse Midt-Norge ligger relativt langt under landsgjennomsnittet med henholdsvis 20 og 27 prosent. Helse Sørs avtalepraksiser står for 36 prosent av den totale polikliniske og dagkirurgiske aktiviteten, og ligger dermed på

<sup>33</sup> En oversikt over avtalespesialistkonsultasjonsrater og polikliniske konsultasjonsrater innenfor de ulike HF-bostedsområdene er gjengitt i vedleggstabell 4.12.

landsgjennomsnittet. Det har ikke vært noen betydelige endringer i disse andelene fra 2005 til 2006.



Figur 4.12 Antall konsultasjoner ved offentlig poliklinikk og dagkirurgiske opphold ved offentlig sykehus per 1 000 innbyggere, og antall estimerte konsultasjoner og ISF-opphold hos privat avtalespesialist per 1 000 innbyggere i helseregionene i 2005 og 2006.

#### 4.2.4 Tilgjengelighet til private avtalespesialister og offentlige poliklinikker

Tilgjengeligheten til private avtalespesialister og offentlige poliklinikker ser altså ut til å være noe forskjellig på tvers av helseregionene. Antallet konsultasjoner hver pasient mottar ved henholdsvis poliklinikkene og hos avtalespesialistene gir også et uttrykk for graden av tilgjengelighet. Tabell 4.8 viser at avtalespesialistene i gjennomsnitt har et noe høyere antall konsultasjoner per pasient i løpet av året enn de offentlige poliklinikkene. Direkte sammenligning viser at avtalespesialistene i gjennomsnitt hadde 3,7 konsultasjoner per pasient, mens poliklinikkene hadde 2,4. For polikliniske konsultasjoner er tallet svært stabilt på tvers av helseregionene, mens tallene for de private avtalespesialistkonsultasjonene varierer noe mer mellom regionene. Helse Nord har for eksempel 2,8 konsultasjoner per pasient, mens Helse Sør har 4,2 konsultasjoner per pasient. Variasjonene vil imidlertid til en viss grad være betinget av forskjeller i antallet kontrakter som er inngått med spesialister innenfor de ulike fagspesialitetene, ettersom fagspesialitetene vanligvis er forskjellige med hensyn til antallet konsultasjoner som gis per pasient. Videre kan differansene også være et uttrykk for forskjeller i sykdomsbildet til pasientene som behandles samt ulikheter i behandlingsopplegget/-regimene ved henholdsvis avtalepraksis og offentlig poliklinikk. Pasienter med seriekonsultasjoner vil dessuten enkelte ganger ha "hovedoppholdet" sitt ved en døgnavdeling dersom de behandles ved et offentlig sykehus, mens kun etterkontroller og lignende utføres ved poliklinikk. I slike tilfeller vil ikke "hovedoppholdet" bli telt med i antallet polikliniske konsultasjoner. Hos avtalespesialistene vil derimot alle konsultasjonene i en serie være med. I tillegg vil tallene kunne være påvirket av at det ikke er mulig å følge pasientene

over mer enn ett år eller på tvers av alle typer institusjoner. De sistnevnte feilkildene vil imidlertid være relativt like for både poliklinikker og avtalepraksiser.

Tabell 4.8 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient hos avtalespesialist og ved poliklinikk i 2006. Regioninndeling i henhold til pasientens bosted.

Helseregion	Gjennomsnittlig antall konsult. per pasient hos private avtalespesialister	Gjennomsnittlig antall konsult. per pasient ved poliklinikk
Helse Øst	3,7	2,4
Helse Sør	4,2	2,4
Helse Vest	3,4	2,4
Helse Midt-Norge	4,0	2,6
Helse Nord	2,8	2,3
Totalt	3,7	2,4

I et tilgjengelighetsperspektiv vil det også være interessant å se hvordan ulike diagnosegrupper er fordelt mellom private avtalespesialister og offentlig poliklinikker. Som nevnt innledningsvis, gjenstår det imidlertid betydelig arbeid før de innrapporterte dataene fra private avtalespesialister har samme kvalitet som de øvrige spesialisthelsetjenestedataene innrapportert til NPR. Variablene som gir informasjon om pasientenes diagnoser er for eksempel fortsatt svært mangelfulle. Disse variablene kan dermed heller ikke benyttes for å si noe om eventuelle forskjeller i pasientsammensetningen mellom poliklinikker og avtalepraksiser. Pasientens alder kan imidlertid gi noe informasjon om hvordan den "typiske" pasienten ser ut. I tabell 4.9 har derfor pasienter behandlet av henholdsvis avtalespesialist i øye og avtalespesialist i hud blitt sammenlignet med pasienter behandlet ved offentlig poliklinikk hvis hoveddiagnose er kategorisert innenfor ICD10-hovedkapitlene "Sykdommer i øyet og øyets omgivelser" og "Sykdom i hud og underhud".

Tabell 4.9 Medianalder og interkvartil variasjonsbredde i alder for pasienter behandlet av private avtalespesialister og ved offentlig poliklinikk for øyesykdom, hudsykdom og totalt i 2006.

Type sykdom	Privat avtalepraksis		Offentlig poliklinikk	
	Medianalder	1.-3. kvartil	Medianalder	1.-3. kvartil
Øye <sup>1)</sup>	65	47-77	59	30-76
Hud <sup>2)</sup>	48	26-66	43	24-61
Alle sykdommer/fagspesialiteter	53	32-69	47	27-65

1) Private avtalespesialistkonsultasjoner utført av spesialist med fagspesialitet i behandling av øyesykdommer og offentlige poliklinikkonsultasjoner innenfor ICD10-hovedkapitlet "Sykdommer i øyet og øyets omgivelser".

2) Private avtalespesialistkonsultasjoner utført av spesialist med fagspesialitet i behandling av hudsykdommer og offentlige poliklinikkonsultasjoner innenfor ICD10-hovedkapitlet "Sykdom i hud og underhud".

Både øye- og hudpasientene som behandles av avtalespesialister har noe høyere medianalder enn pasientene behandlet ved poliklinikkene. Også for alle konsultasjonene totalt er det forskjeller i pasientenes medianalder. Ved poliklinikken er pasientenes medianalder 47 år, mens tilsvarende alder blant pasientene behandlet ved avtalepraksis er 53 år.<sup>34</sup> Den interkvartile variasjonsbredden bekrefter denne tendensen, ettersom

<sup>34</sup> Medianalderen er beregnet med utgangspunkt i pasienter, ikke konsultasjoner. Det betyr at samme pasient ikke har blitt telt flere ganger, selv om vedkommende har hatt flere konsultasjoner.

variasjonsbredden har tilsvarende forskyvninger. Disse funnene er spesielt interessante sett i sammenheng med situasjonen ved de private kommersielle sykehusene. Mens pasientene som behandles av de private avtalespesialistene er eldre enn de som behandles ved de offentlige poliklinikkene, er pasientene som behandles dagkirurgisk ved de private kommersielle sykehusene i større grad i de midterste aldersgruppene.

#### 4.2.5 Private avtalespesialisters rolle

Sammenlignet med de private kommersielle sykehusene, som ble diskutert i første delen av dette kapitlet, har avtalespesialistene vært en del av den norske spesialisthelsetjenesten over en lengre tidsperiode. De ser også ut til å ha fått en permanent rolle, og produserer et forholdsvis stort volum av konsultasjoner per år. Riktignok er det en del variasjoner i omfanget på tvers av helseregioner og fagspesialiteter, men de regionale forskjellene blir til en stor grad utjevnet når omfanget ses i forhold til forbruket av polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus.

I etterkant av Helsereformen har de regionale helseforetakene fått større fokus på anvendelsen av avtalespesialistene, noe som blant annet gjenspeiler seg i den økte intensiviteten knyttet til utarbeidinger av handlingsplaner for, og oversikter over, aktiviteten til de private avtalespesialistene. Et viktig tema i denne sammenhengen har vært å vurdere innenfor hvilke områder de private avtalespesialistene vil kunne utgjøre betydningsfulle supplement til den aktiviteten som foregår ved de offentlige poliklinikkene, og innenfor hvilke områder de vil bidra med tilbud som ikke eksisterer, eller eksisterer kun i liten grad innenfor den øvrige spesialisthelsetjenesten. Etter hvert som kvaliteten på de innrapporterte dataene forbedres, vil det også bli mulig å si noe om hvordan eventuelle praksisvariasjoner og variasjoner i pasientprofiler er innad mellom avtalespesialistene og mellom avtalespesialistene og poliklinikkene. Videre vil slike forbedringer i datagrunnlaget på sikt kunne muliggjøre sammenligning av ulike produktivitets- og kvalitetsmål.

### 4.3 Hvor privat er de private spesialisthelsetjenestene?

Det norske helsesystemet er i all hovedsak basert på offentlig finansiering og produksjon av helsetjenester, og sammenlignet med helsesystemer med ulike former for sosiale (Social Health Insurance) og private forsikringsordninger har den norske helsemodellen et nokså beskjedent privat innslag. Men hva er egentlig et "privat innslag" og langs hvilke dimensjoner kan man vurdere graden av "privathet" i et helsetjenestetilbud?

Når man studerer privatisering er det flere aspekter og former for privatisering som kan være interessante. Iversen (1985) foreslår at privatiseringsbegrepet kan diskuteres i forhold til finansiering, eierskap og kontroll. Hvis vi først ser på *finansieringen* av de private kommersielle sykehusene, så har RHF-ene stått for en betydelig del av denne, gjennom kontraktsinngåelser med private aktører. Umiddelbart etter Helsereformen i 2002 ble relativt omfattende avtaler inngått, primært for å avhjelpe problemet med lange ventetider for behandling. De fleste kontraktene var avgrenset til et bestemt antall konsultasjoner/opphold og definerte de økonomiske betingelsene for avtalen. Vanligvis ble refusjonsstørrelsen oppgitt som en andel av den totale DRG-prisen. I tillegg hadde de private kommersielle sykehusene anledning til å avkreve egenandel fra pasientene som ble behandlet.<sup>35</sup> For den kontraktsfestede aktiviteten er dermed størstedelen av finansieringen offentlig. For de private avtalespesialistene består finansieringen av driftstilskudd fra RHF-ene (i all hovedsak differensiert fra 20-100 prosent av ett årsverk og etter tilskuddsklasse), refusjon for enkeltkonsultasjoner fra NAV, ISF-refusjon (for avtalespesialister som utfører dagkirurgi) og egenandeler fra pasientene.<sup>36</sup> Dermed har RHF-ene relativt stor innflytelse over

<sup>35</sup> Behandlinger som er betalt fullt og helt av den enkelte pasient, samt opphold kjøpt av NAV gjennom ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte ("Raskere tilbake") er ikke inkludert i tallene som er presentert i dette kapitlet.

<sup>36</sup> Konsultasjoner for pasienter som betaler hele behandlingen selv er ikke inkludert i statistikken fra NPR.

finansieringen av også de private avtalespesialistene. For de private kommersielle sykehusene og avtalespesialistene sett under ett utøver RHF-enes innflytelse for det første gjennom fastsettelsen av omfanget av helsetjenester som skal settes ut på anbud og, for det andre, gjennom forhandlinger med de private aktørene. Under forhandlingene bestemmes sjenerøsiteten i avtalene og de generelle premisene for den avtalefestede driften. Ovenfor avtalespesialistene øves innflytelse ved at RHF-ene bestemmer størrelsen på driftstilskuddet og klasse-tilhørigheten til praksisen. I tillegg har også sentrale helsemyndigheter noe innflytelse på finansieringen av private aktører, for eksempel gjennom Oppdragsdokumentet som oversendes RHF-ene og gjennom fastsettingen av takstene for refusjon via NAV. Finansieringen av aktiviteten til de private kommersielle sykehusene og de private avtalepraksisene er dermed i svært liten grad privat styrt for den aktiviteten vi har sett på i dette kapitlet. Likevel har avtalespesialistene noe større frihet enn de private kommersielle sykehusene når det gjelder praksisens aktivitetsvolum, ettersom det ikke er definert noe tak for antall konsultasjoner spesialistene kan utføre per år.

*Eierskapet* til de private avtalepraksisene er per definisjon privat, og vanligvis er praksisene organisert som enkeltmannsforetak eller aksjeselskap. Enkelte avtalespesialister har samlokalisert seg med andre avtalespesialister eller helsetjenestetilbydere, og har i den forbindelse mer eller mindre bindende former for samarbeid med andre praksiser. Avtalespesialistene er imidlertid å regne som selvstendig næringsdrivende for den delen av deres arbeidsforhold som er knyttet til avtalepraksisen.<sup>37</sup> Når avtalespesialisten nærmer seg pensjonsalder, eller av annen grunn bestemmer seg for å selge praksisen, overføres praksisen vanligvis til en ny spesialist som den tidligere eieren har anbefalt (med mindre RHF-et har bestemt seg for å inndra eller omfordele praksisen til en annen fagspesialitet eller lokasjon). Dersom den tidligere og nye eieren ikke blir enig om prisen for praksisen, vil en offentlig nedsatt komité avgjøre disputten, mens den endelige beslutningen om overføring av eierskap tas av RHF-et. Eierskapet til de private kommersielle sykehusene er også privat, og ofte er sykehusene organisert som aksjeselskap med private aksjonærer, der et av formålene med driften er å generere en viss økonomisk avkastning. De private kommersielle sykehusene er med andre ord "for-profit"-organisasjoner. Uavhengigheten til de private kommersielle sykehusene er imidlertid noe begrenset. RHF-ene utøver for eksempel en betydelig *kontroll* over disse institusjonene ved å bestemme hvilken aktivitet og aktivitetsvolumet som skal omfattes av kontraktene som inngås. Siden de private kommersielle sykehusene ikke har anledning til å motta ISF-refusjon for aktivitet utover det som er fastsatt i kontraktene, utgjør dette viktige begrensninger. Videre har sentrale helsemyndigheter en viktig rolle i prosessen med godkjenningen av sykehusene. De private kommersielle sykehusene må dermed (i likhet med andre offentlig godkjente sykehus) tilpasse seg til en del krav for å i det hele tatt bli godkjente som sykehus. Sykehusene må også tilpasse seg til generelt regelverk pålagt dem av sentrale helsemyndigheter om for eksempel markedsføring og rapportering. For de private avtalespesialistene er rammebetingelsene for tildeling og drift av praksis nedfelt i den sentrale rammeavtalen fremforhandlet mellom Den norske lægeforening og RHF-ene. Individuelle kontrakter mellom enkeltspesialistene og de respektive RHF-ene er deretter inngått innenfor rammeverket til den sentrale avtalen. Relativt betydelig kontroll kan utøves over avtalepraksisene gjennom disse avtalene, og inntil nylig var det for eksempel mulig å pålegge avtalespesialister å utføre opptil åtte timers offentlig arbeid per uke. Gjennom det økte fokuset på integrasjon av avtalespesialistene i planleggingen og koordineringen av RHF-enes totalaktivitet, har avtalespesialistenes autonomi og handlefrihet også blitt innskrenket noe.

Oppsummert kan man dermed konkludere med at avtalespesialistene er nokså betydelig influert av sentrale og regionale myndigheter med tanke på finansieringen av praksisen og betingelsene nedfelt i rammeavtalene. I tillegg har RHF-ene i den siste tiden viet mer oppmerksomhet til mulighetene de har til å omorganisere, omfordele og inndra avtalehjemler. Eierskapsmessig er imidlertid praksisene utvilsomt private, og aktivitetsvolumet har ikke blitt gjenstand for betydelige begrensninger fra offentlige

<sup>37</sup> For en mer detaljert beskrivelse av avtaleforholdet til avtalespesialistene, se Den norske lægeforening (2005).

myndigheters side gjennom spesifisering av tak for aktiviteten. For øvrig belyser Kjekshus og Jørgenvåg (2004) i en rapport om avtalepraksisene i Helse Øst at det er til dels store variasjoner i avtalespesialistenes oppfattelse av privat versus offentlig sektortilhørighet. Siden størstedelen av deres inntekter kommer fra offentlige finansieringskilder og flere spesialister rapporterer å ha opplevd offentlig innblanding i driften av praksisen, betrakter de seg først og fremst som offentlige helsetjenestetilbydere. Andre oppga imidlertid at de opplevde stor grad av autonomi og handlefrihet i driften og beskrev seg derfor som selvstendig næringsdrivende innenfor et privat marked.

For de private kommersielle sykehusene er graden av "privathet" sterkest når det gjelder eierskapet. På finansieringssiden er det derimot betydelige begrensninger i den delen av aktiviteten som finansieres gjennom ISF-refusjon. I motsetning til situasjonen for avtalespesialistene er det gjennom avtalene innført klare tak på aktivitetsvolumet til de private kommersielle sykehusene.

I lys av denne korte oppsummeringen av spesialisthelsetjenestetilbudet som private kommersielle sykehus og private avtalespesialister står for, fremstår det som tydelig at graden av "privathet" er nokså begrenset. I hovedsak kan den avtalefestede virksomheten derfor beskrives som en svært kontrollert form for privatisering, der de sentrale og regionale helsemyndighetene legger hovedrammene rundt aktiviteten som foregår. Denne relativt sterke kontrollen med den private aktiviteten er det viktig å ta høyde for når man diskuterer privatiseringen av spesialisthelsetjenestetilbudet som har funnet sted i etter-reformperioden.

## 5 Reinnleggelser i perioden 2002–2006

Stein Ø. Petersen

Somatiske sykehus har i stadig større grad blitt møtt med krav om effektivisering og økt pasientbehandling. I den grad sengekapasiteten ved et sykehus er fullt utnyttet, må liggetidene reduseres for at sykehuset skal kunne behandle flere pasienter. Det har også blitt hevdet at med et finansieringssystem som gir refusjon for hvert opphold, så vil det ikke lønne seg for et sykehus å ha en pasient liggende lenge<sup>38</sup>. Det er bare i helt spesielle tilfeller at det gis ekstra refusjon for pasienter med særlig lang liggetid. At dette kan påvirke utskrivningspraksisen ved sykehus er blant annet omtalt i tidsskriftet *Sykepleien* (Hofstad, 2006).

Spørsmålet er om slike forhold kan påvirke behandlingskvaliteten ved at pasienter skrives ut før de er ferdigbehandlet. Dette kan i så fall resultere i uforutsette komplikasjoner og ny innleggelse som øyeblikkelig hjelp. Dersom en slik innleggelse skjer innen 30 dager etter forrige utskrivning kalles innleggelsen en reinnleggelse<sup>39</sup>. En utvikling i den retning vi har beskrevet ovenfor, vil da føre til at andel reinnleggelser øker. Jensberg (2006) har dokumentert at i de senere år har antall reinnleggelser for heldøgns pasienter økt mer enn totalt antall opphold, og i perioden 2001-2005 økte andel reinnlagte pasienter fra 10,0 prosent til 11,0 prosent. Samtidig er den gjennomsnittlige liggetiden for pasienter i somatiske sykehus redusert.

Reinnleggelser kan tolkes som et resultat av den behandlingen pasienten har fått på sykehuset, og oppfattes gjerne som et mål på kvalitet. En reinnleggelse kan imidlertid også skyldes forholdene pasienten møter etter utskrivning fra sykehus, og kan også skyldes den medisinske tilstanden til pasienten, uavhengig av forholdene før og etter utskrivning. For visse pasientgrupper (særlig enkelte typer kreftpasienter) kan hyppige reinnleggelser være et uttrykk for god tilgjengelighet for pasienter med spesielle behov, og dermed indikere god kvalitet.

En kan derfor ikke uten videre anvende reinnleggingsrater som en indikator for behandlingskvalitet på sykehus. Høye reinnleggingsrater er ikke nødvendigvis et uttrykk for dårlig kvalitet. Dette er et sammensatt problemområde som krever en stor grad av nyansering. Kojzar m.fl. (1999) konkluderer med at det ikke finnes noen modell som gir en praktisk anvendbar tilnærming til det å bruke reinnleggelse som indikator på kvalitet i pasientbehandlingen. Dette er også konklusjonen hos Benbassat og Taragin (2000). Shah (2007) hevder at studier av reinnleggelser er mer relevant nå enn tidligere, blant annet på grunn av større fokus på kostnader, bedre data og at pasientene ønsker mer informasjon. Rent datateknisk er det også enklere å identifisere reinnleggelser nå.

---

<sup>38</sup> Dette er omtalt i blant annet *Helserevyn* Online 06.02.2007.

<sup>39</sup> Dette er den vanligste definisjonen, men 28 dager og 31 dager er også brukt som grenseverdi.

I dette kapitlet vil vi beskrive reinnleggelser ut fra tre ulike vinklinger:

- Har økningen i andel reinnleggelser fortsatt også i 2006?
- Hva kjennetegner pasienter som ble reinnlagt?
- Er det noen sammenheng mellom reduksjon i liggetid og økning i reinnleggelser?

## 5.1 Definisjoner og datagrunnlag

Datagrunnlaget er pasientdata fra Norsk Pasientregister for årene 2002-2006, og omfatter heldøgns pasienter (ikke dagpasienter). Enkelte heldøgns pasienter kan bli utskrevet samme dag som de legges inn, f. eks. ved at de overføres til et annet sykehus eller av andre grunner. Slike pasienter er ikke definert som dagpasienter, og de er med i datagrunnlaget.

Dataene gjør det mulig å identifisere pasienter innenfor samme sykehus og samme kalenderår. Det er imidlertid ikke mulig å undersøke om en pasient som ble skrevet ut fra et sykehus senere ble reinnlagt ved et annet, og heller ikke om en pasient som ble skrevet ut i desember ble reinnlagt i januar året etter. For at andelen reinnleggelser ikke skal underestimeres, omfatter derfor analysene kun pasienter som ble utskrevet i perioden januar-november hvert av årene 2002-2006. For disse pasientene er det mulig å undersøke om de ble innlagt på nytt som øyeblikkelig hjelp i løpet av 30 dager (ved samme sykehus som de ble utskrevet fra).

Følgende opphold er ekskludert:

1. Opphold ved sykehus som har få eller ingen øyeblikkelig hjelp innleggelser.
2. Pasienter som dør i løpet av sykehusoppholdet.
3. Friske nyfødte (DRG 391).

En reinnleggelse kan ha sammenheng med forrige opphold (for eksempel uforutsette komplikasjoner etter et kirurgisk inngrep), eller den kan være uavhengig av dette. I dette arbeidet har det imidlertid ikke vært mulig å gjøre et slikt skille. I kapittel 5.2 vil vi gi en oversikt over utviklingen i reinnleggelser i perioden 2002-2006, og i kapittel 5.3 vil vi se nærmere på sammenhengen mellom reinnleggelser og liggetid.

Vi har i noen sammenhenger brukt begrepet bostedsregion. Bostedsregionene er definert slik:

Helse Øst: Bosatt i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark eller Oppland.

Helse Sør: Bosatt i Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder eller Vest-Agder.

Helse Vest: Bosatt i Rogaland, Hordaland eller Sogn og Fjordane.

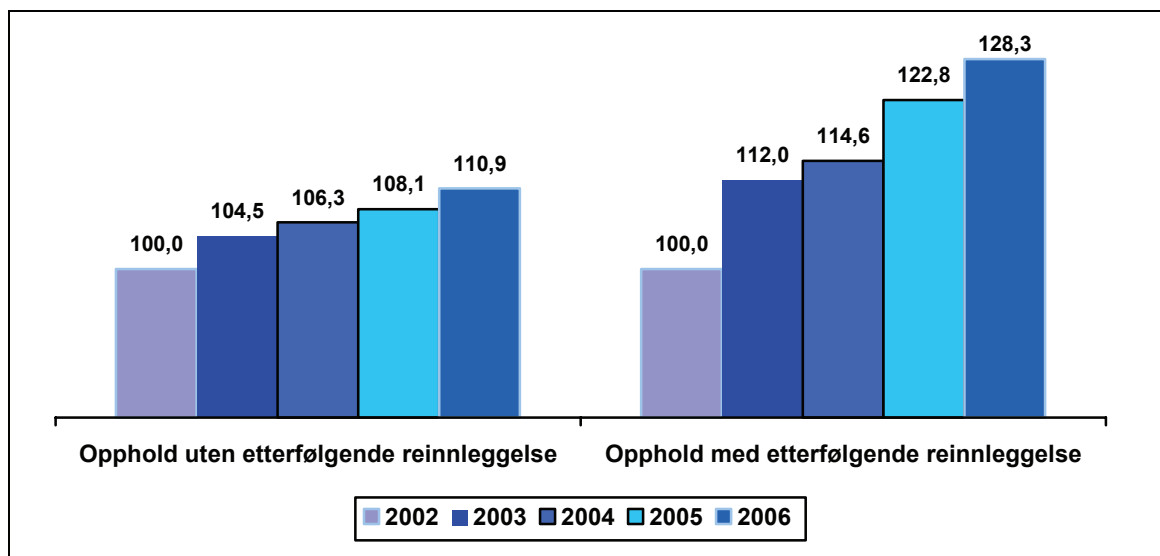
Helse Midt-Norge: Bosatt i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag eller Nord-Trøndelag.

Helse Nord: Bosatt i Nordland, Troms eller Finnmark.

## 5.2 Reinnleggelser i perioden 2002-2006 – hovedtrekk i utviklingen

I løpet av siste 5-års periode (2002-2006) har antall døgns pasienter som ble reinnlagt økt betydelig, og langt mer enn tallet på døgns pasienter i alt. Fra 2002 til 2006 økte antall opphold som resulterte i en reinnleggelse med 28,3 prosent, mens antall opphold som ikke førte til reinnleggelse økte med 10,9 prosent (figur 5.1).

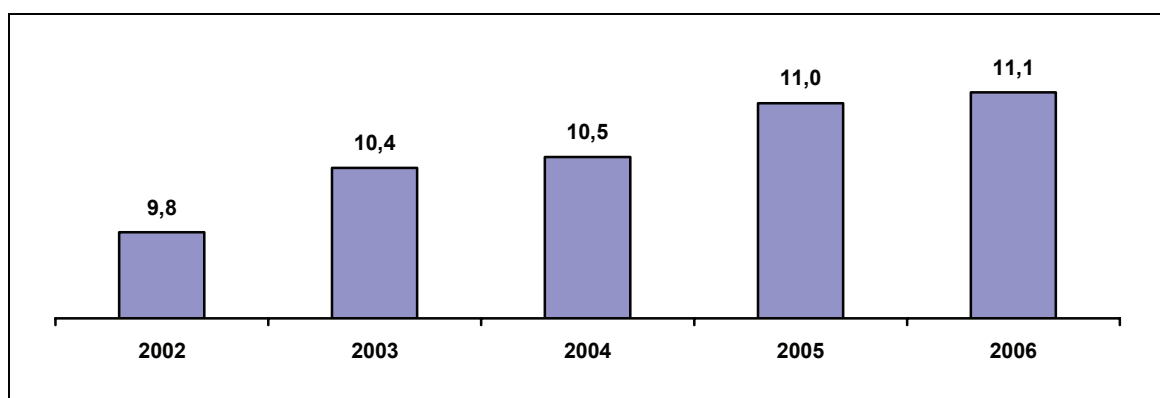




Figur 5.1 Antall opphold uten etterfølgende reinnleggelse og antall opphold med etterfølgende reinnleggelse i prosent av tilsvarende antall opphold 2002. Hele landet januar-november 2002-2006.

Dette er en videreføring av en utvikling som har pågått i lang tid, og viser at en stadig større andel av aktivitetsveksten i sykehus skyldes at samme pasient behandles flere ganger. Det er tidligere vist at antall overføringer mellom sykehus også øker, noe som bidrar til samme utvikling, (Petersen, 2004). Om økning i reinnleggelser og økning i overføringer er en konsekvens av finansieringssystemet kan en selvsagt ikke si noe om, annet enn at dette øker pasientgjennomstrømningen og derved også ISF-refusjonene.

Antall døgnopphold som resulterte i en reinnleggelse i prosent av antall døgnopphold i alt (reinnleggesraten) har økt år for år, fra 9,8 prosent i 2002 til 11,1 prosent i 2006 (figur 5.2).

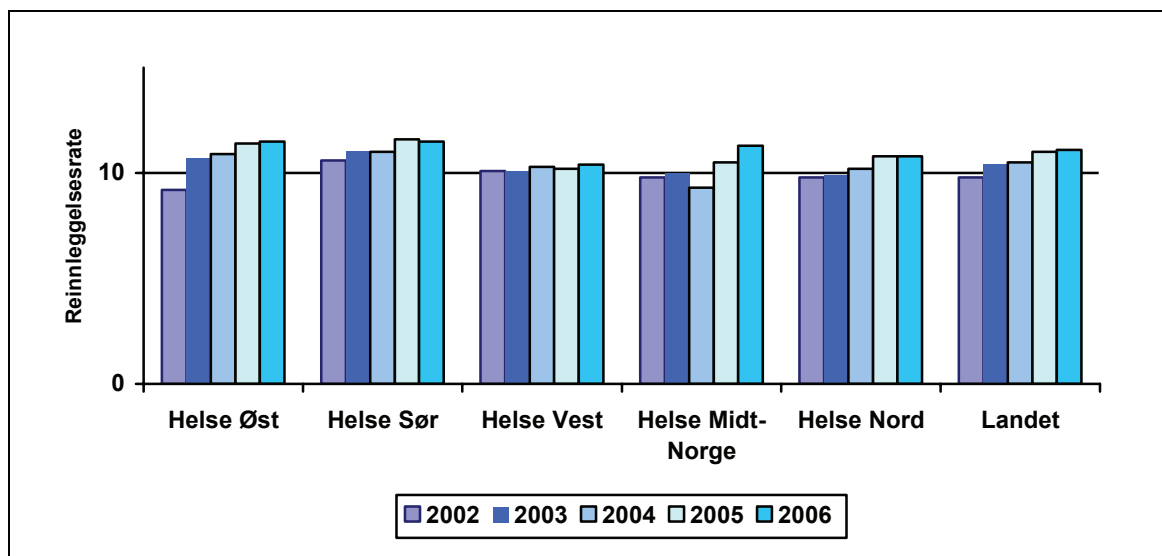


Figur 5.2 Andel reinnleggelser i alt. Januar-november 2002-2006.

I forhold til enkelte tidligere år, var økningen fra 2005 til 2006 ubetydelig, noe som ikke underbygger påstander om økt press på sykehusene og derved økte reinnleggelser. Som vi ser av figur 5.2, har utviklingen de siste fem år vært noe ujevn, og det er derfor for tidlig å si om reinnleggesraten har flatet ut.

Som det fremgår av figur 5.3, har utviklingen med en jevnt økende reinnleggesrate vært uavhengig av bostedsregion. Unntaket er Helse Vest, hvor raten har vært stabil, og variert

fra 10,1 i 2002 til 10,4 i 2006. I 2006 hadde Helse Øst og Helse Sør høyest rate, begge med 11,5 prosent. Den største økningen har funnet sted for pasienter bosatt i Helse Øst, fra en rate på 9,8 prosent i 2002 til 11,5 prosent i 2006.



Figur 5.3 Reinnleggelsesrater etter helseregion. Januar-november 2002-2006.

### 5.3 Kjennetegn ved reinnlagte pasienter

Vi vil her beskrive reinnleggelser ut fra ulike kjennetegn ved pasientene. Det gjelder i første rekke alder og kjønn, men også hva som karakteriserte oppholdet pasienten hadde før reinnleggelsen. Vi har da studert variablene

- Liggetid for oppholdet før reinnleggelsen
- DRG-type (kirurgisk eller medisinsk) oppholdet før reinnleggelsen
- Komplisert eller ukomplisert DRG oppholdet før reinnleggelsen
- Hvilken måned pasienten ble utskrevet
- Hvor pasienten ble utskrevet til
- Hvilken DRG pasienten var gruppert til (utvalgte DRG-er)

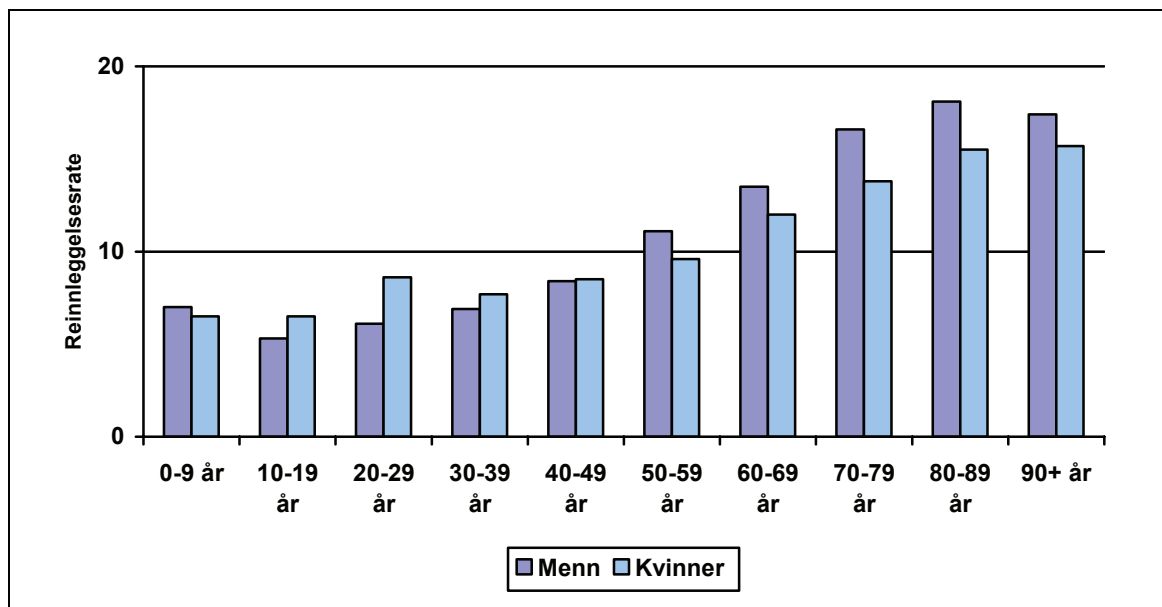
Det er stort sett tall for 2006 som blir presentert.

#### 5.3.1 Reinnleggelser etter alder og kjønn

Andel reinnleggelser er aldersavhengig, og stort sett øker raten med økende alder. I 2006 var f. eks. raten for personer 30-39 år 7,5 prosent, mens den var 15,2 prosent for personer i alder 70-79 år. Forskjeller i reinnleggelsesrater kan derfor ofte forklares ved forskjeller i aldersfordeling. Pasienter hjemmehørende i Helse Vest har en annen (og lavere) aldersfordeling enn pasienter hjemmehørende i andre regioner. Forskjellen er imidlertid ikke så stor at den bidrar til å forklare at Helse Vest hadde lavere reinnleggelsesrate enn de andre regionene. Dersom pasienter hjemmehørende i Helse Vest i 2006 hadde hatt samme aldersfordeling som Helse Øst, ville raten ha endret seg fra 10,4 til 10,5 prosent.

I 2006 hadde menn høyere reinnleggelsesrate enn kvinner, henholdsvis 11,8 og 10,6 prosent. Dette til tross for at andelen eldre kvinnelige pasienter var høyere enn mannlige, og

til tross for at enkelte DRG-er innenfor hoveddiagnosegruppen "Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid" hadde svært høye reinnleggelsesrater. DRG 382 "Falske rier" hadde for eksempel en rate på 75,4 prosent i 2006, mens DRG 379 "Truende abort" hadde en rate på 33,6 prosent.



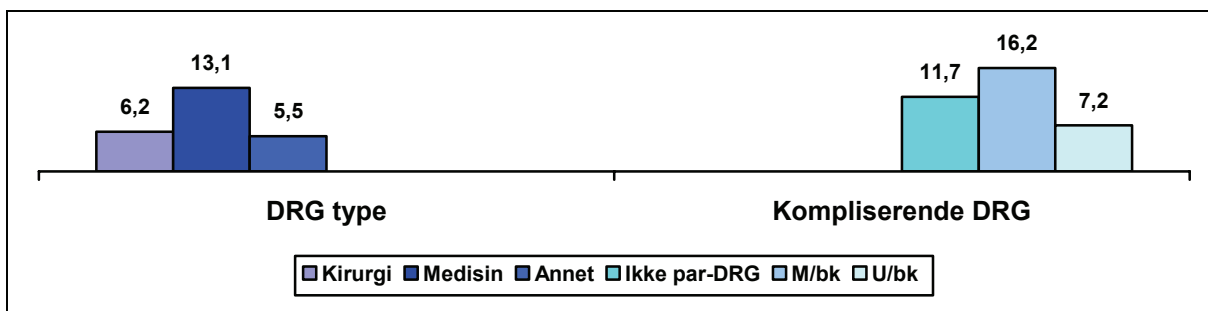
Figur 5.4 Reinnleggelsesrater etter alder og kjønn. Januar-november 2006.

Vi legger merke til at kvinner i aldersgruppene 10-19 år, 20-29 år og 30-39 år hadde høyere andel reinnleggelser enn menn i samme alder. Det har først og fremst sammenheng med høye reinnleggelsesrater for visse typer innleggelser i forbindelse med fødsel og svangerskap, blant annet "Falske rier" som allerede er nevnt.

Flere studier har vist at reinnleggelser av eldre pasienter kan unngås med bedre planlegging og samhandling mellom sykehuset og helsetjenesten utenfor. Williams og Fitton (1988) fant i sin undersøkelse at nærmere 60 prosent av alle reinnleggelser av pasienter 65 år og eldre kunne ha vært unngått. Pearson m.fl. (2002) fant at det særlig var leger utenfor sykehus som mente at bedre planlegging av utskrivningen og bedre samhandling kunne ha ført til færre reinnleggelser.

### 5.3.2 Reinnleggelser i forhold til type DRG og kompliserende DRG

Andel reinnleggelser varierer med type DRG, hvorvidt en utskrevet pasient var gruppert til en kirurgisk DRG eller ikke, og om oppholdet var gruppert til en DRG m/bk (med bidiagnose og/eller komplikasjon) eller ikke. Pasienter gruppert til medisinske DRG-er hadde høyere reinnleggelsesrater enn andre, og pasienter gruppert til en DRG m/bk hadde høyere reinnleggelsesrater enn pasienter som ble gruppert til andre typer DRG-er. Dette var uavhengig av alder, og for alle aldersgrupper hadde pasienter i DRG-er m/bk høyere reinnleggelsesrate enn pasienter i DRG-er u/bk i 2006. For aldersgruppen 70-79 år var tallene 9,6 prosent (DRG-er u/bk) og 18,1 prosent (DRG-er m/bk) i 2006.



Figur 5.5 Reinnleggelsesrater etter type DRG og kompliserende DRG. Januar-november 2006.

I 2006 hadde pasienter i kirurgiske DRG-er en reinnleggelsesrate på 6,2, mot 13,1 for pasienter i medisinske DRG-er. Det er altså ikke først og fremst uforutsette komplikasjoner etter kirurgiske inngrep som fører til reinnleggelser. Reinnleggelser gjelder i hovedsak pasienter som har vært innlagt for overvåkning og behandling, men hvor kirurgi ikke har vært nødvendig. Dette er ofte eldre pasienter med kroniske lidelser. Noen av disse reinnleggelsene kunne trolig ha vært unngått med en bedre oppfølging av pasientene utenfor sykehuset.

Uansett alder, så hadde pasienter gruppert til en medisinsk DRG høyere reinnleggelsesrate enn andre pasienter. For aldersgruppen 70-79 år var raten for medisinske DRG-er 17,8 i 2006 mot 8,2 for pasienter i kirurgiske DRG-er. I tillegg var det flere eldre pasienter gruppert til medisinske enn til kirurgiske DRG-er, henholdsvis 32,5 prosent og 28,2 prosent av pasientene var 70 år og eldre i 2006. Den høye raten for medisinske DRG-er skyldes derfor både at gruppen omfattet relativt flere eldre pasienter, og at raten for hver aldersgruppe var høyere enn for andre pasienter.

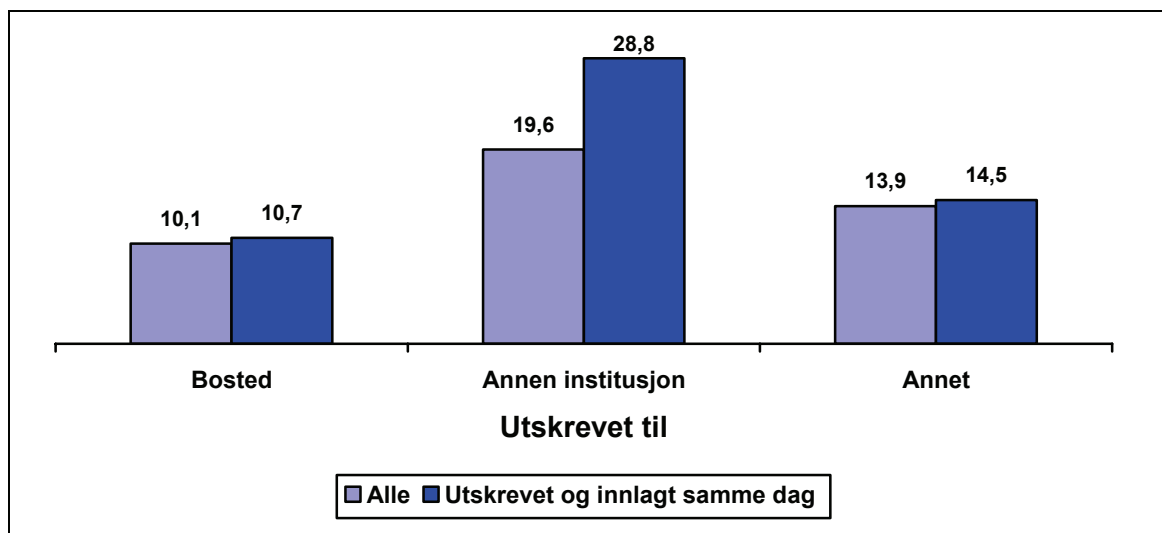
Det at pasienter gruppert til DRG-er med bidiagnose og/eller komplikasjon hadde høyere reinnleggelsesrater enn andre virker rimelig, jo mer komplisert behandlingen har vært jo større er risikoen for uforutsette tilbakefall som krever ny innleggelse. Pasienter gruppert til DRG-er som ikke opptrer i par, hadde en reinnleggelsesrate noenlunde midt mellom disse to.

Fra 2002 til 2006 har økningen i reinnleggelsesrate vært størst for pasienter gruppert til en DRG m/bk, fra 13,5 prosent i 2002 til 16,2 prosent i 2006. For ukompliserte DRG-er har det også vært en økning, men ikke mer enn fra 6,5 prosent i 2002 til 7,2 prosent i 2006.

Reinnleggelser for medisinske pasienter har økt mer enn for de kirurgiske. De pasientgruppene som hadde høyest reinnleggelsesrate i 2002, hadde også størst økning i raten frem til 2006. For pasientgrupper hvor sannsynligheten for reinnleggelse er lav, har det vært liten endring over tid. Det er også slik at reinnleggelsesratene for eldre pasienter har økt mer enn for yngre, slik at dette forholdet gjenspeiler en alderseffekt.

### 5.3.3 Reinnleggelser i forhold til hvor pasienten ble utskrevet

Utskrivningsratene varierer betydelig etter om pasienten ble utskrevet til en annen institusjon eller ikke (figur 5.6). Annen institusjon kan være et annet sykehus, eller det kan for eksempel være et sykehjem. I pasientdataene skilles det ikke mellom type institusjon, men basert på tidligere arbeid vil om lag 1/3 av utskrivninger til annen institusjon gjelde sykehus. Kategorien "Annet" gjelder utskrivninger til oppholdssteder som ikke regnes som institusjoner og heller ikke pasientens permanente bosted. Midlertidige boliger (avlastning, elevinternat etc.) kommer i denne kategorien.



Figur 5.6 Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivninger i alt etter hvor de ble utskrevet. Januar-november 2006.

Av de som ble utskrevet til en annen institusjon ble nærmere 20 prosent reinnlagt i 2006. Dette var nesten dobbelt så høy rate som i forhold til utskrivninger til bosted. Dette har særlig med pasientenes aldersfordeling å gjøre. Blant pasienter som skrives ut til annen institusjon er andelen eldre høyere enn blant de som skrives ut til bosted. Av de som ble utskrevet til bosted i 2006 var 26,3 prosent 70 år og eldre, mens antall 70 år og eldre blant de som ble utskrevet til annen institusjon utgjorde 54,4 prosent.

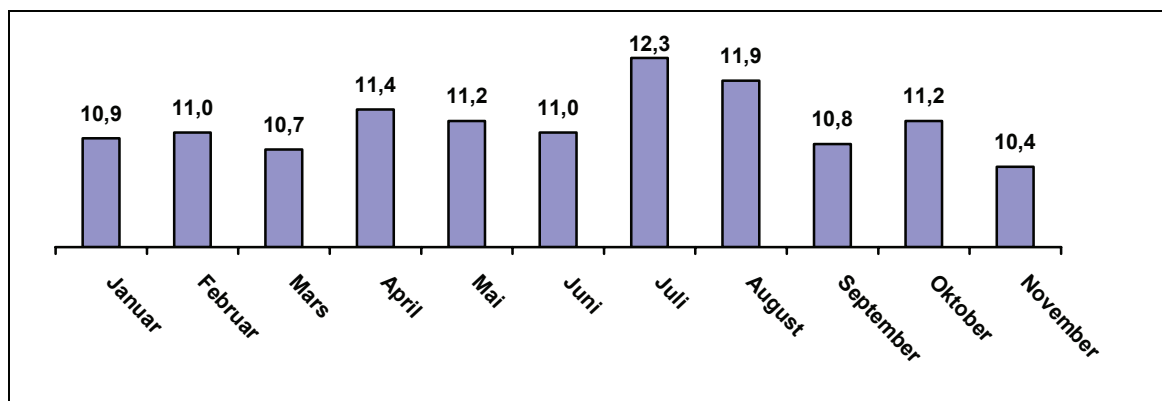
Reinnleggingsratene for personer 70 år og eldre var 19,3 prosent for de som ble utskrevet til annen institusjon, og 15,3 prosent dersom utskrivningen skjedde til bosted. Forskjellene var større for andre aldersgrupper, for eksempel så var reinnleggingsraten for personer 40-49 år 19,7 dersom pasienten ble utskrevet til annen institusjon, sammenlignet med 7,5 prosent for utskrivninger til bosted.

For personer som ble utskrevet til annen institusjon samme dag som de ble innlagt, ble så mange som 28,8 prosent reinnlagt i 2006. Mange av disse er personer som ble overført til et annet sykehus, og de har gjerne et annet sykdomsbilde enn øvrige pasienter.

#### 5.3.4 Reinnleggelser etter hvilken måned pasienten ble utskrevet

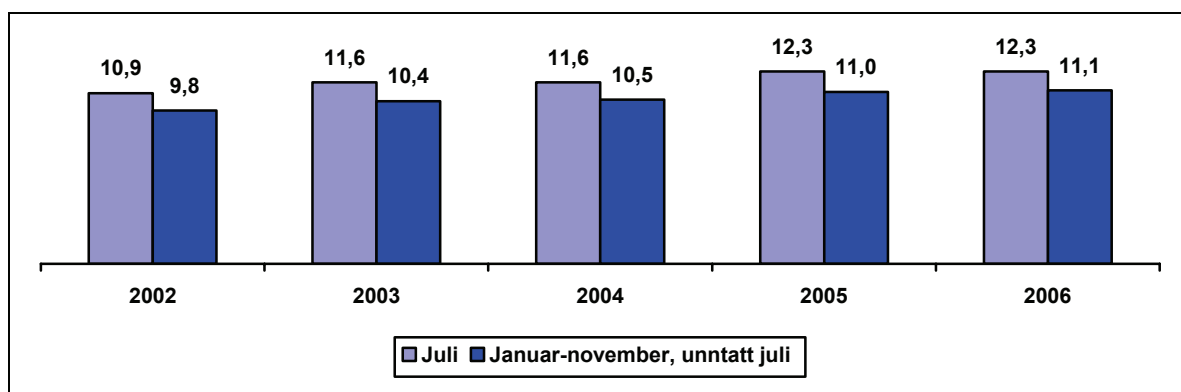
Det er ikke urimelig å anta at bemanningssituasjonen på en institusjon har betydning for om en pasient blir reinnlagt eller ikke. Dette kan gjelde sykehuset, i perioder med lav bemanning kan det tenkes at pasienter skrives ut for tidlig, og for en utskrevet pasient kan det forekomme mangelfull oppfølging etter sykehusoppholdet. Ved å gruppere reinnleggelsene etter utskrivningsmåned (figur 5.7) finner vi at reinnleggingsraten i 2006 var høyest for pasienter utskrevet i juli måned. Dette er en måned preget av ferie, lavere bemanning og ekstrahjelp og vikarer, og underbygger antakelsen om at bemanningssituasjonen har betydning for omfanget av reinnleggelser.

Vi fant også samme forhold i årene 2002-2005 som i 2006, andel reinnleggelser var høyest for pasienter som ble utskrevet i juli.



Figur 5.7 Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivinger i alt etter utskrivningsmåned. Januar-november 2006.

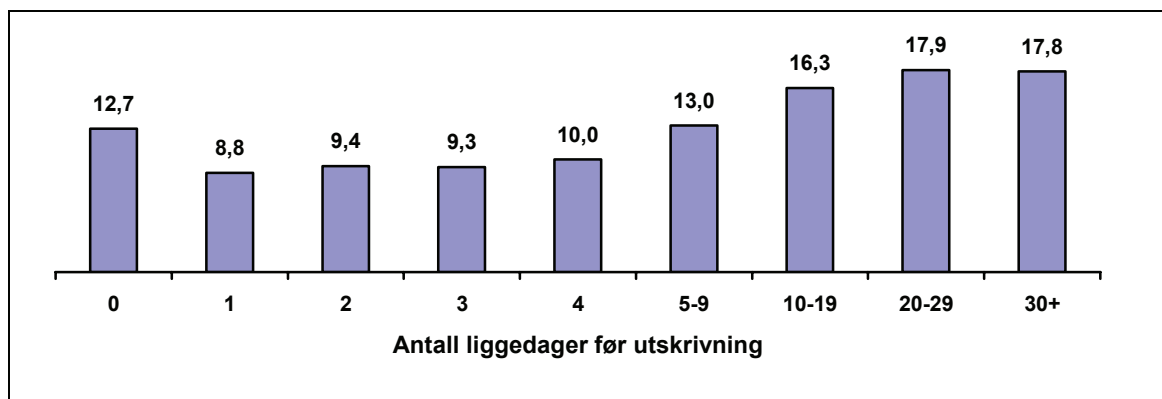
I figur 5.8 har vi sammenlignet utskrivningsraten i juli måned med gjennomsnittlig utskrivningsrate for resten av året (januar-november, unntatt juli) i perioden 2002-2006. I og med at forskjellene er så vidt store, og at dette er et mønster som er stabilt over tid, kan en trekke den konklusjon at risikoen for reinnleggelser er større i ferietiden enn ellers i året.



Figur 5.8 Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivinger i alt. Utskrivinger i juli og januar-november unntatt juli. 2002-2006.

### 5.3.5 Reinnleggelser etter hvor lang liggetid pasienten hadde før utskriving

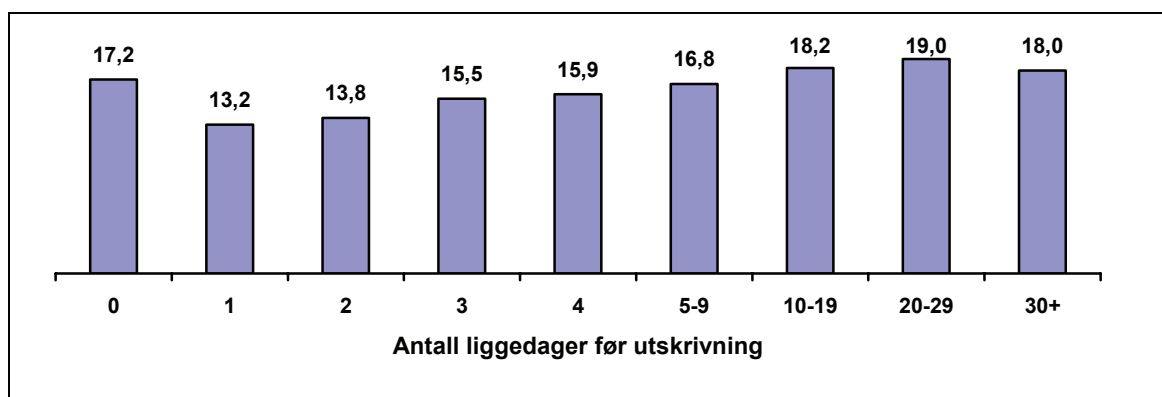
Eldre pasienter hadde høyere reinnleggelsesrater enn yngre (figur 5.4) og pasienter i DRG-er m/bk hadde høyere reinnleggelsesrater enn andre (figur 5.5). I og med at eldre pasienter har lengre liggetid enn yngre, og pasienter i DRG-er m/bk har lengre liggetid enn andre, tilsier dette at reinnleggelsesratene øker med økende liggetid.



Figur 5.9 Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivninger i alt etter antall liggedager før utskrivning. Januar-november 2006.

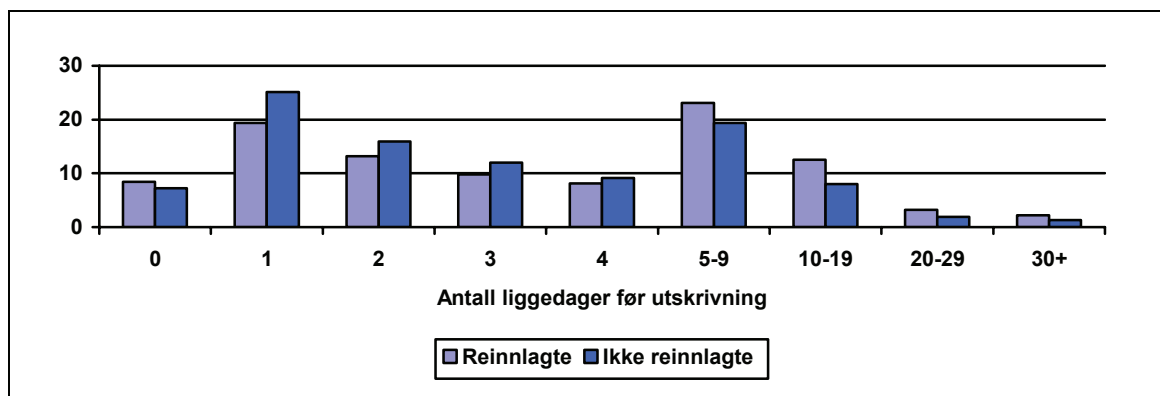
Figur 5.9 viser at det særlig var pasienter som hadde liggetid 10 dager og mer som hadde større andel reinnleggelser enn øvrige pasienter. Lavest andel reinnleggelser hadde pasienter som ble utskrevet etter 1, 2 eller 3 dager. Det er blant disse vi finner de yngste og medisinsk sett enkleste pasientene, noe som gjenspeiles i reinnleggingsratene. Pasienter som skrives ut samme dag som de legges inn (ikke dagpasienter som er ekskludert) hadde forholdsvis høy reinnleggingsrate. Mange av disse pasientene var overført til andre sykehus.

Selv om det korrigeres for alder, øker andel reinnleggelser med økende liggetid. For aldersgruppen 70 år og eldre finner vi noenlunde samme forhold mellom reinnleggelser og liggetid som for alle pasienter samlet. Forskjellen i reinnleggingsrater mellom liggetidskategoriene var likevel noe mindre for de eldste pasientene.



Figur 5.10 Antall reinnleggelser i prosent av antall utskrivninger i alt etter antall liggedager før utskrivning. Pasienter i alder 70 år og over. Januar-november 2006.

Det var stor forskjell i liggetidsfordeling for opphold som ble etterfulgt av en reinnleggelse og opphold hvor dette ikke var tilfelle (figur 5.11).



Figur 5.11 Antall liggedager før utskrivning for reinnlagte og ikke reinnlagte i prosent av antall opphold i alt. Januar-november 2006.

Pasienter som ble reinnlagt hadde en større andel opphold med lang liggetid før reinnleggelsen enn opphold for pasienter som ikke ble reinnlagt. Av opphold som ble etterfulgt av en reinnleggelse i 2006 hadde 41,0 prosent 5 liggedager og mer, mot 30,6 prosent for opphold som ikke ble etterfulgt av en reinnleggelse. Det er tidligere vist at det først og fremst er eldre pasienter i kompliserte DRG-er som blir reinnlagt, og disse har som regel også lengre liggetid enn andre pasienter.

### 5.3.6 Reinnleggelser for noen utvalgte DRG-er

Andel pasienter som blir reinnlagt varierer med hvorfor pasienten var innlagt forrige gang. Av de 6 DRG-ene med høyest reinnleggingsrate (2002) tilhørte 4 av dem gruppen "Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid" (tabell 5.1). Av disse var DRG 382 "Falske rier" helt spesiell, med en reinnleggingsrate på mellom 70 og 80 prosent i perioden 2002-2006. Dette er på mange måter uunngåelige reinnleggelser, og at ratene ikke er enda høyere har trolig sammenheng med at sykehusene har ulik praksis i forhold til om fødepasienter innlegges elektivt (ikke reinnlagt) eller som øyeblikkelig hjelp (reinnlagt). Tallmessig er ikke gruppen så stor, og utgjorde i underkant av 1 prosent av alle reinnleggelser i 2006. I tillegg til reinnleggelser i forbindelse med svangerskap, ble de høyeste reinnleggingsratene registrert i forbindelse med ulike former for kreftbehandling og for lungetransplantasjoner.



Tabell 5.1 Andel utskrivninger med påfølgende reinnleggelse etter DRG. De 10 DRG-ene med høyest reinnleggingsrate i 2002. Januar-november 2002-2006.

DRG	2002	2003	2004	2005	2006
382 Falske rier	69,5	71,5	76,2	80,0	75,4
384 Sykdommer i svangerskapet ITAD <sup>40</sup> u/bk	47,8	48,2	49,8	54,6	54,6
383 Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	41,1	43,4	41,8	43,7	43,1
495 Lungetransplantasjon	40,0	25,0	10,0	7,1	25,0
473 Akutt leukemi > 17 år	36,0	33,8	36,5	33,4	32,0
379 Truende abort	32,6	32,4	32,6	33,6	33,6
403 Lymfom & ikke-akutt leukemi m/bk	30,4	32,1	32,2	34,4	33,3
413 Sykdommer i HDG 17 <sup>41</sup> ITAD m/bk	29,9	26,8	23,1	30,6	32,9
366 Ondartede sv. i kvinnelige kjønnsorg. m/bk	29,5	29,0	29,3	31,5	31,2
346 Ondartede sv. i mannlige kjønnsorganer m/bk	28,6	31,4	28,8	26,1	26,9

Den gruppen som hadde flest reinnleggelser i 2006 var DRG 89 "Lungebetennelse & pleuritt >17 år m/bk" med 2 961 reinnleggelser eller 3,8 prosent av reinnleggelser i alt. Reinnleggelser finnes i de fleste DRG-er, og i 2006 ble det registrert reinnleggelser etter opphold i 519 ulike DRG-er. Tabell 5.2 viser DRG-ene med flest antall reinnleggelser i perioden 2002-2006. Flest reinnleggelser finner vi for pasienter med sykdommer i sirkulasjonsorganene og med sykdommer i åndedretsorganene. Sykdommer i fordøyelsesorganene er også en hoveddiagnosegruppe hvor det ofte forekommer reinnleggelser.

Det er også vanlig med reinnleggelser for ulike typer kreftsykdommer. Noen av disse pasientene kan ha avtale med sykehuset som forenkler rutineene rundt innleggelse. En reinnleggelse behøver derfor ikke å være et signal om at noe er galt, verken i forbindelse med utskrivning fra sykehuset, eller i forhold til situasjonen pasienten møter etter utskrivning. Disse reinnleggelserne er heller et uttrykk for god tilgjengelighet for pasienter med behov for hyppig oppfølging fra sykehusets side.

Vi ser ellers at reinnleggelser av pasienter som var innlagt for lungebetennelse og pleuritt viste en betydelig økning, fra 1 624 i 2002 til 2 961 i 2006. Her har det imidlertid skjedd en endring i kodingspraksis i løpet av perioden, slik at det er nødvendig å se DRG 79 "Infeksjoner & inflammasjoner i åndedrettssystemet > 17 år m/bk" i sammenheng med DRG 89. Slås disse to gruppene sammen, økte reinnleggelserne fra 2 110 i 2002 til 3 204 i 2006. Reinnleggingsraten økte fra 18,2 i 2002 til 20,2 i 2006. Når det gjelder pasienter med luftveissykdommer m/bk har det altså vært en økning både i hyppighet og andel som reinnlegges.

<sup>40</sup> ITAD = Ikke tildelt annen DRG

<sup>41</sup> HDG 17 = Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster

Tabell 5.2 Antall utskrivninger med påfølgende reinnleggelse etter DRG. De 10 DRG-ene med flest reinnleggelse i 2002. Januar-november 2002-2006.

DRG	2002	2003	2004	2005	2006
140 Angina pectoris	1 692	1 832	1 714	1 700	1 820
82 Svulster i åndedrettssystemet	1 327	1 520	1 454	1 612	1 572
88 Kroniske obstruktive lungesykdommer	1 492	1 660	1 633	1 818	1 932
89 Lungebetennelse % pleuritt > 17 år m/bk	1 624	1 874	2 040	2 961	2 961
122 Sirk. sykdom m/AMI u/kardiov kompl i live etter 4 dager	1 460	1 904	1 977	2 107	2 155
127 Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	1 383	1 739	1 687	1 650	1 747
183 Øsofagitt, gastroenteritt & div. >17 år m/bk	1 262	1 300	1 361	1 446	1 557
383 Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	1 170	1 233	1 201	1 245	1 243
384 Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	1 092	1 078	1 018	1 210	1 200
172 Ondartede sykdommer i fordøyelsesorg. m/bk	974	1 172	1 185	1 342	1 341
121 Sirk. sykdom m/AMI & kardiov kompl i live etter 4 dager	966	1 270	1 257	1 222	1 231

### 5.3.7 Reinnleggelser etter institusjon

Hvor stor andel av pasientene som blir reinnlagt ved samme sykehus som de blir skrevet ut fra, viser store variasjoner fra sykehus til sykehus.

Rikshospitalet hadde hvert av årene 2002-2006 en reinnleggingsrate mellom 3 og 4 prosent, noe som viser at pasienter som har vært behandlet ved Rikshospitalet sjelden reinnlegges her. Reinnleggelsen skjer heller ved et sykehus et annet sted i landet. I og med at vi ikke har mulighet til å følge pasientene mellom ulike institusjoner, kan vi ikke fange opp denne type reinnleggelser.

I 2006 var det 10 sykehus som hadde en reinnleggingsrate større enn 14, dette var 5 sykehus i Helse Nord (Lofoten, Mosjøen, Narvik, Rana og Stokmarknes), 1 sykehus i Helse Midt-Norge (Namsos), 1 sykehus i Helse Vest (Stord), 2 sykehus i Helse Sør (Larvik og Notodden) og 1 sykehus i Helse Øst (Aker). Andelen reinnleggelser vil blant annet avhenge av pasientenes DRG-fordeling og alderssammensetning, og vil også avhenge av pasientenes bosituasjon og øvrige tilbud utenfor sykehuset. Det vil derfor føre for langt å gå nærmere inn på forskjeller mellom sykehus i dette arbeidet.

## 5.4 Reinnleggelser og liggetid – er det noen sammenheng?

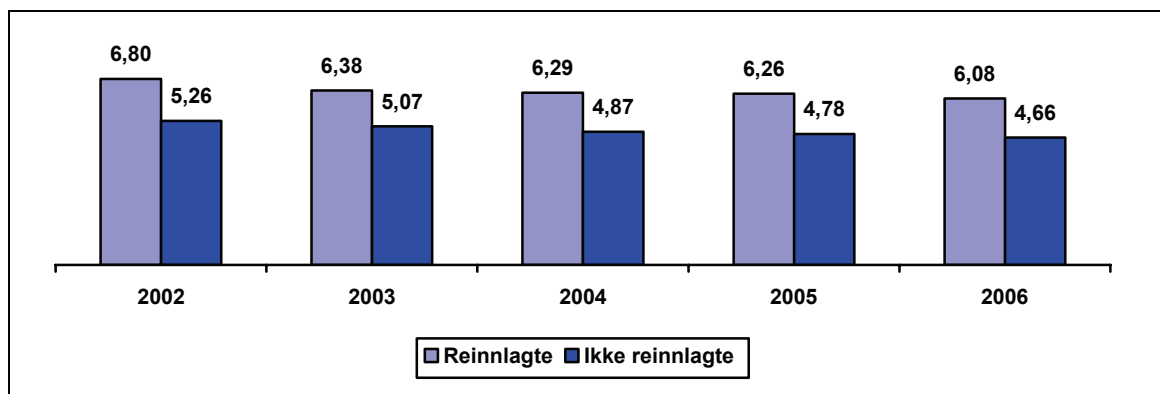
De senere årene har det vært økende oppmerksomhet rundt en eventuell sammenheng mellom redusert liggetid og økende andel reinnleggelser<sup>42</sup>. Dette er likevel ikke noen ny problemstilling, og allerede for mer enn 20 år siden mente Jones (1985) at tidlig utskrivning økte risikoen for reinnleggelse. Heggstad (2002) fant at pasienter innlagt ved sykehus med kort gjennomsnittlig liggetid, hadde større risiko for reinnleggelse enn andre.

I dette kapitlet vil vi analysere liggetids- og reinnleggingsdata fra 46 akuttstusykehus i perioden 2002-2006. Problemstillingen er hvorvidt det kan hevdes at de sykehusene som har hatt størst endring i gjennomsnittlig liggetid også har hatt størst endring i reinnleggingsrate. Vi vil undersøke om det er signifikant korrelasjon mellom årlig relativ endring i gjennomsnittlig liggetid, og relativ endring i reinnleggingsrate. Dersom en slik sammenheng kan

<sup>42</sup> Se f. eks. lederkommentar i Tidsskr Nor Lægeforen nr. 4, 2007 – Reinnleggelse som rutine, og Puls, NRK, 4 februar 2007 – intervju med Bente Slaatten, Norsk Sykepleierforbund.

påvises, er det grunnlag for å hevde at på sykehusnivå har reduksjon i liggetid sammenheng med økning i reinnleggsrate.

Som vi tidligere har vist, er reinnleggsratene økende med økende liggetid. En konsekvens av dette er at gjennomsnittlig liggetid før utskrivning er høyere for pasienter som reinnlegges enn for pasienter som ikke blir reinnlagt. Figur 5.14 viser gjennomsnittlig liggetid for de to gruppene årene 2002-2006.

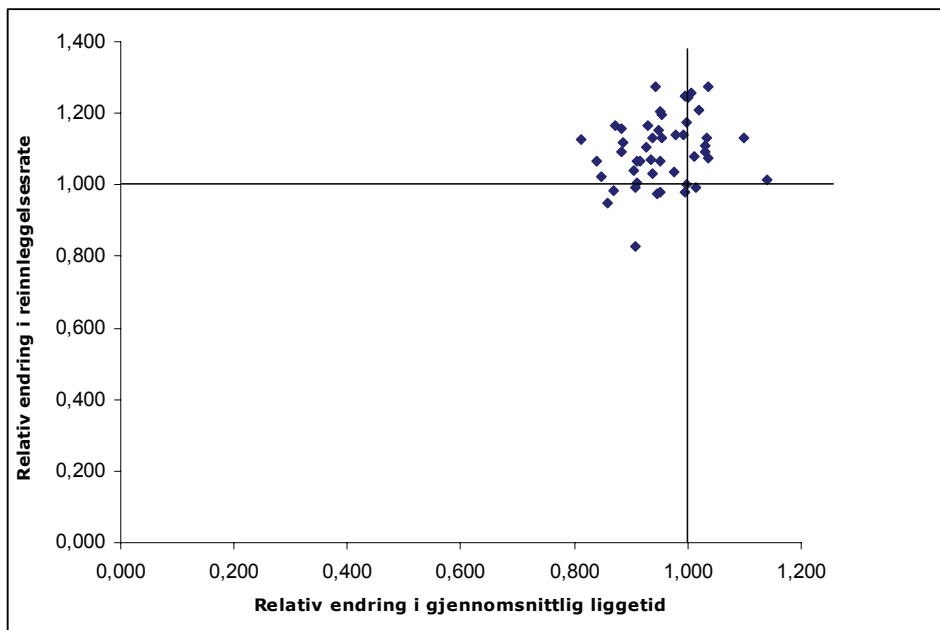


Figur 5.12 Gjennomsnittlig liggetid for utskrevne pasienter som ble reinnlagt og for utskrevne pasienter som ikke ble reinnlagt. Januar-november 2002-2006.

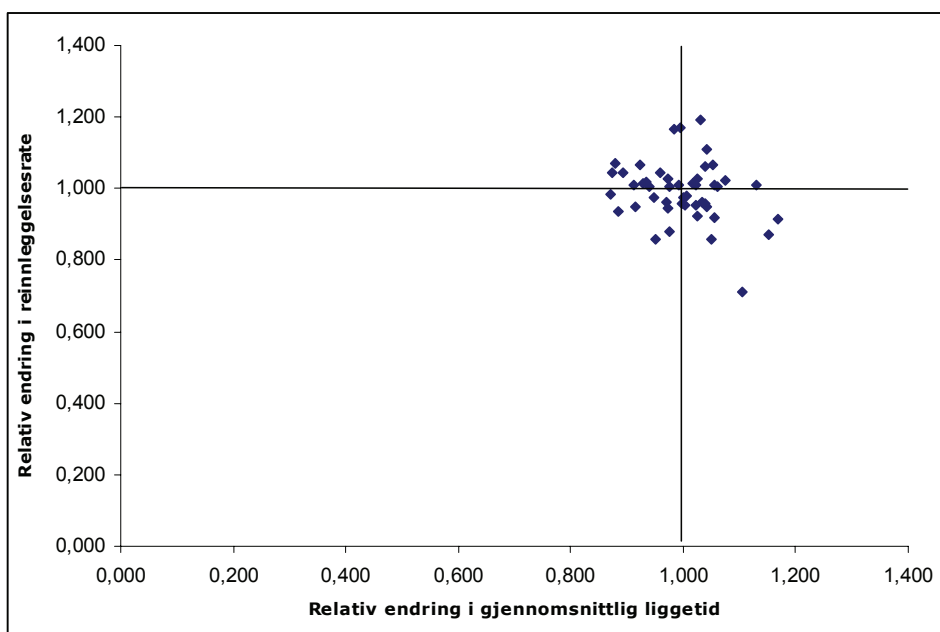
Fra 2002 til 2006 ble den gjennomsnittlige liggetiden for opphold som medførte en reinnleggelse redusert fra 6,80 dager til 6,08 dager, en reduksjon på 0,72 dager. For opphold som ikke medførte en reinnleggelse ble gjennomsnittlig liggetid redusert fra 5,26 dager til 4,66 dager, dvs. 0,60 dager. Den relative endringen var størst for opphold som ikke medførte reinnleggelse, 11,4 prosent. For opphold som ble etterfulgt av en reinnleggelse var den relative endringen 10,6 prosent.

Bildet er altså ikke entydig, og det kan ikke påstås at pasienter som ble reinnlagt hadde en større nedgang i liggetid enn pasienter som ikke ble det.

Fra 2002 til 2003 og fra 2003 til 2004 kan det ikke påvises noen signifikant sammenheng mellom relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i reinnleggsrate (statistisk signifikans på henholdsvis 0,120 og 0,085). Disse årene var det ikke slik at de sykehusene som hadde størst nedgang i liggetid også hadde størst økning i reinnleggsrate. Dette vises godt i figur 5.13 og figur 5.14, hvor det fremgår at det ikke var noen systematisk sammenheng mellom de to variablene.



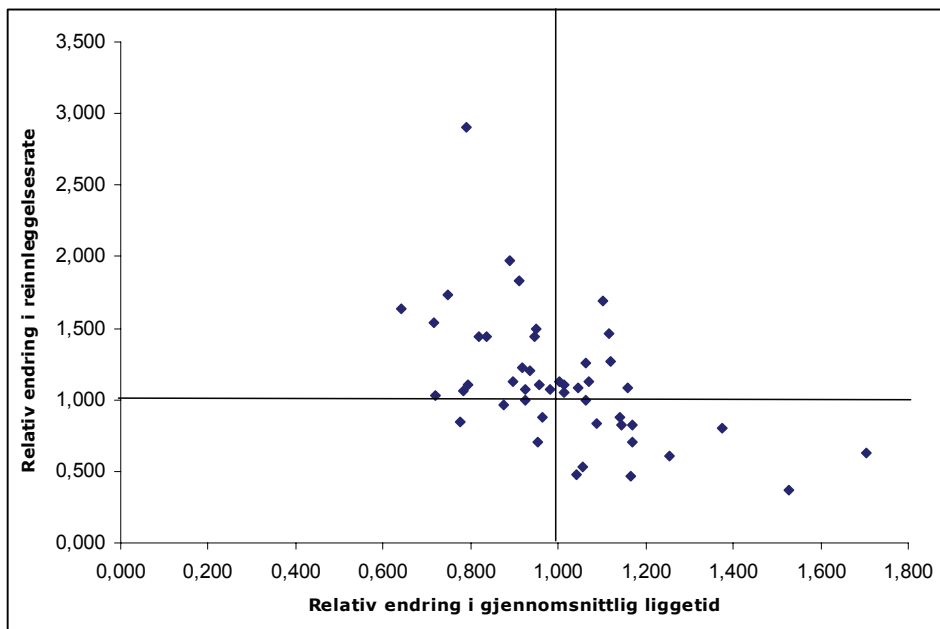
Figur 5.13 Relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i andel reinnleggelser. Data fra 46 sykehus. 2002-2003.



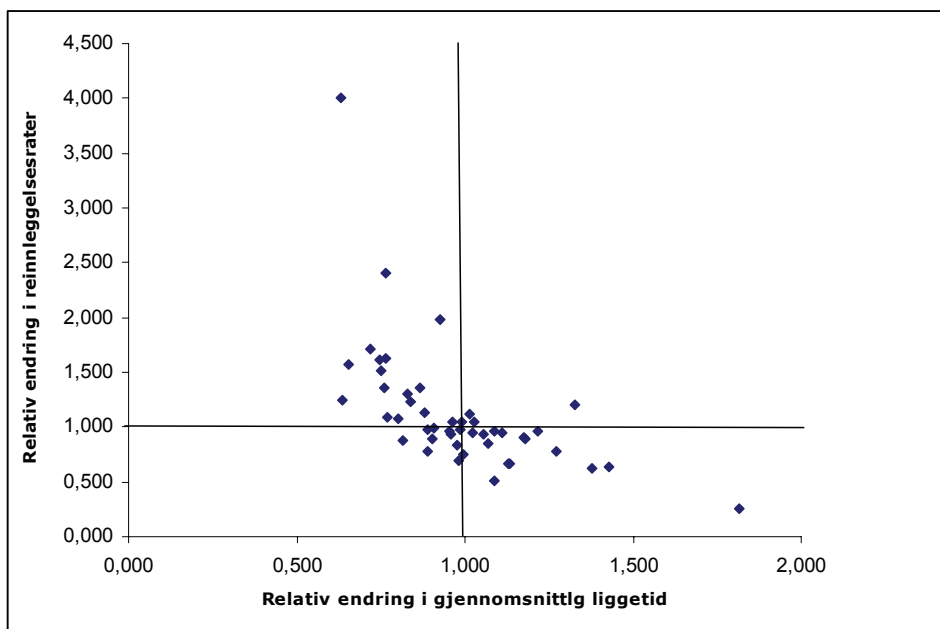
Figur 5.14 Relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i andel reinnleggelser. Data fra 46 sykehus. 2003-2004.

Fra 2004 til 2005 og fra 2005 til 2006 var imidlertid sammenhengen mellom relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og gjennomsnittlig relativ endring i reinnleggsrate statistisk signifikant (signifikans < 0,001 begge år), og sammenhengen var noe sterkere fra 2005 til 2006 enn fra 2004 til 2005. Dette underbygger påstander som har blitt fremsatt av helsepersonell, at mange pasienter legges inn på nytt fordi de blir skrevet ut for tidlig.

Resultatene her tyder på at dette er en økende tendens, noe som er et symptom på at sykehusene er i en presset situasjon. Figurene 5.15 og 5.16 gir en klar illustrasjon av denne tendensen. Det er en også en tydelig tendens til at sykehus som har hatt en økning i gjennomsnittlig liggetid har hatt redusert reinnleggsrate.



Figur 5.15 Relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i andel reinnleggelser. Data fra 46 sykehus. 2004-2005.



Figur 5.16 Relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i andel innleggelser. Data fra 46 sykehus. 2005-2006.

Som vi har påpekt tidligere, er det også andre forhold enn liggetid før utskrivning som påvirker reinnleggelser i sykehus. Situasjonen en pasient møter utenfor sykehuset kan ha like stor betydning, likeledes kan endringer pasientsammensetning påvirke andelen pasienter som reinnlegges. Dette gjelder både endringer i kjønns- og aldersfordeling og sykehusets DRG-profil. Erfaringsmessig vil ikke pasientsammensetningen endre seg vesentlig fra et år til det neste, slik at det på sykehusnivå trolig er sammenhengen liggetid/reinnleggelser som har størst betydning for endringer i reinnleggingsrater. Kalseth (2006) viser at egenskaper knyttet til pasientens hjemkommune også kan ha effekt på sannsynligheten for å bli reinnlagt.

## 5.5 Oppsummering

Til slutt vil vi gi en oppsummering av de viktigste sammenhenger vi har identifisert ved å studere reinnleggelser i perioden 2002-2006. Siden datagrunnlaget ikke gjør det mulig å følge en pasient fra et kalenderår til det neste, gjelder alle resultater utskrivninger i perioden januar-november. Grunnen til at desember er utelatt, er at vi ikke kan vite om en pasient som skrives ut i desember, blir reinnlagt i januar året etter.

Økningen i reinnleggelser som har vært observert tidligere år, fortsatte også i 2006, men veksten i reinnleggingsraten på landsbasis synes å ha blitt noe redusert. Helse Vest har hatt en noe annen utvikling enn de andre regionene, med liten endring fra år til år. Fra 2002 til 2006 økte antall opphold som ble etterfulgt av en reinnleggelse mer enn antall opphold som ikke ble etterfulgt av en reinnleggelse. Økningen var på henholdsvis 28,3 prosent og 10,9 prosent. Dette har medført at reinnleggingsraten har økt fra 9,8 prosent i 2002 til 11,1 prosent i 2006.

Sannsynligheten for at en pasient blir reinnlagt øker med økende alder, og reinnleggingsratene er høyere for menn enn for kvinner. Pasienter som ved utskrivning ble gruppert til en DRG m/bk, hadde høyere reinnleggingsrater enn andre pasienter. Disse pasientene har gjerne lengre liggetid enn andre, noe som medfører at andel reinnleggelser øker med økende liggetid. Unntaket er pasienter som skrives ut samme dag som de ble innlagt. Det at mange av disse pasientene ble reinnlagt kan være et uttrykk for at de burde ha vært innlagt i stedet for å bli utskrevet samme dag. Kirurgiske pasienter hadde lavere reinnleggingsrate enn andre pasienter. Dette gjaldt for alle aldersgrupper. Det er altså ikke uforutsette komplikasjoner etter kirurgiske inngrep som utgjør majoriteten av reinnleggingene. Pasienter utskrevet til en annen institusjon (som kan være sykehjem, annet sykehus eller psykiatrisk institusjon) hadde høyere reinnleggingsrate enn pasienter som ble utskrevet til eget bosted. Noe av denne forskjellen skyldes at institusjonspasientene er eldre enn andre pasienter. Vi fant også at pasienter utskrevet i juli hadde høyere reinnleggingsrate enn pasienter utskrevet ellers i året, noe som kan ha sammenheng med bemanningssituasjonen i ferietiden.

Enkelte sykdommer i svangerskapet og enkelte kreftsykdommer hadde den høyeste reinnleggingsraten, mens det ble registrert flest reinnleggelser innenfor sykdommer i åndedrettssystemet, sykdommer i sirkulasjonsorganene og for visse kreftsykdommer.

Av de 10 sykehusene med høyest reinnleggingsrate i 2006, tilhørte 5 Helse Nord. Rikshospitalet hadde spesielt lave reinnleggingsrater, noe som indikerer at pasienter behandlet ved Rikshospitalet i større grad enn ellers reinnlegges ved andre sykehus.

Både fra 2004 til 2005 og fra 2005 til 2006 har det på sykehusnivå vært en statistisk signifikant sammenheng mellom relativ endring i gjennomsnittlig liggetid og relativ endring i reinnleggingsrate. Det samme var ikke tilfelle for endringer fra 2002 til 2003 og fra 2003 til 2004.

## 6 Effektivitetsutvikling 2003–2006

Marit Pedersen

### 6.1 Innledning

#### 6.1.1 Formål

En klar forventet effekt av eierskapsreformen i 2002 er økt effektivitet i spesialisthelsetjenesten. Dette uttrykkes i bestillerdokumentene for 2004 fra HOD til de regionale helseforetakene under punkt 3.1 som en forventning om arbeid mot budsjettbalanse via effektivisering av tjenestene. I bestillerdokumentene fra HOD til de regionale helseforetakene for 2005 og 2006 uttrykkes ikke kravet om økt effektivitet like eksplisitt, men krav om balansert målstyring kombinert med krav om budsjettbalanse kan indirekte innbære en forventning om effektivisering av tjenestene. Oppdragsdokumentet fra HOD for 2007 uttrykker under punkt 3.2.5 et krav om å utnytte ressursene på en god måte, noe som også innbærer krav om kostnadseffektivitet.

Dette kapitlet viser effektivitetsutvikling for den somatiske sektoren av spesialisthelsetjenesten i perioden 2003 til 2006. Den somatiske sektoren har en kostnadsramme på om lag 53 mrd kr i 2006, se kapittel 12 i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten Nøkkeltall 2006 (Anthun m.fl. 2007). Dette utgjør i overkant av 70 prosent av de samlede driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten. Formålet med dette kapitlet er å belyse om sektoren benytter tildelte ressurser til pasientbehandling mer eller mindre effektivt i perioden som betraktes. Det skilles mellom teknisk effektivitet som måler aktivitet i form av pasientbehandling i forhold til arbeidskraftinnsats, og kostnadseffektivitet som måler pasientbehandling i forhold til driftskostnader. Analysen dekker både aktivitet som omfattes av DRG-systemet og poliklinisk aktivitet.

I tillegg til å presentere beregnet effektivitetsutvikling på nasjonalt og regionalt nivå i tråd med tidligere års beregninger av effektivitetsutvikling i SAMDATA (se for eksempel Pedersen, 2006; Ose & Pedersen, 2005), tar denne analysen sikte på å:

- a) Diskutere hva som ligger bak beregnet effektivitetsutvikling. Dette diskuteres ved å se nærmere på utvikling i data for ressursinnsats og aktivitet - som igjen gir en indikasjon på om det er endret ressursinnsats, endret aktivitet eller en kombinasjon av endret aktivitet og endret ressursinnsats som driver effektivitetsutviklingen.
- b) Undersøke om forskjellene i beregnet nivå på kostnadseffektivitet mellom helseforetakene innad i regionene øker eller avtar i perioden som betraktes.
- c) Undersøke om helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner har avvikende effektivitetsutvikling. Disse helseforetakene har en bredere, mer kompleks og spesialisert pasientbehandling sammenlignet med de øvrige. En eventuell avvikende effektivitetsutvikling kan medføre enten divergens eller konvergens i beregnet effektivitetsnivå for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner sammenlignet med de øvrige helseforetakene.

Effektivitetsmålene som beregnes er et uttrykk for indre effektivitet – å utføre aktiviteten riktig. Det må understrekes at effektivitetsmålene ikke nødvendigvis beskriver ytre effektivitet – å utføre de riktige aktivitetene - det vil si hva som er i tråd med nasjonale og regionale styringssignaler.

### 6.1.2 Organisering av kapitlet

Avsnitt 6.2 gir en kort beskrivelse av DEA-metoden som ligger til grunn for beregning av effektivitetsutvikling. En beskrivelse av datamaterialet som benyttes, herunder modellspesifikasjon og datatekniske forutsetninger gis i avsnitt 6.3. Tabell v6.1 i vedlegg gir en oversikt over datamaterialet som ligger til grunn ved beregning av effektivitetsutvikling i SAMDATA. Resultatene presenteres i avsnitt 6.4. Utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet på nasjonalt og regionalt nivå presenteres under punkt 6.4.1. Det diskuteres hva som forårsaker beregnet effektivitetsutvikling på nasjonalt og regionalt nivå ved se nærmere på utvikling i ressursinnsats og aktivitet i løpet av perioden. Punkt 6.4.2 viser om utviklingen i kostnadseffektivitet er forbundet med økt eller redusert spredning i effektivitetsnivå. Effektivitetsutvikling i ulike typer helseforetak diskuteres under punkt 6.4.3, og beregnet utvikling i kostnadseffektivitet for helseforetak med og uten omfattende universitetsfunksjoner presenteres. Til slutt gis en punktvis oppsummering av hovedresultater i avsnitt 6.5.

Avsnitt 6.4.1 viser utvikling i både teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet. Diskusjonene som presenteres under punktene 6.4.2 og 6.4.3 tar utgangspunkt kun i beregnet utvikling i kostnadseffektivitet. Årsaken til denne avgrensingen er først og fremst hensyn til omfang av diskusjonen. Når det prioriteres å presentere utvikling i kostnadseffektivitet framfor teknisk effektivitet under punktene 6.4.2 og 6.4.3, er også noe av begrunnelsen forbehold knyttet til kvalitet i data for rapportert personellinnsats, se f.eks. SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 s. 37 (Pedersen & Solstad 2007).

## 6.2 Metode

Produktivitet måler forholdet mellom ressursinnsats og produksjon. Avstanden mellom faktisk produktivitet og maksimal produktivitet forstås her som effektivitet. Det opereres som nevnt med to effektivitetsmål, teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet.

Vi har ikke kunnskap om hva som er maksimal produktivitet, og må derfor i praksis beregne effektivitet som forholdet mellom faktisk produktivitet og produktivitet i de enheter som definerer "beste-praksis". DEA (data envelopment analyses, eller dataomhyllingsanalyser) er en ikke-parametrisk metode<sup>43</sup> for bestemmelse av en frontproduktfunksjon med flere innsatsfaktorer og produkter. DEA-metoden tillater at ulike innsatsfaktorer og produkter kan måles ved hjelp av ulike målenheter.

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. Hver observasjon sammenlignes med et hypotetisk frontsykehus, som konstrueres som et veid gjennomsnitt av enheter som definerer den effektive fronten. Dermed forutsettes det at lineære kombinasjoner er mulig.

Bak denne metoden ligger flere 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

---

<sup>43</sup> Det pålegges ikke noen bestemt parametrisk struktur på produktfunksjonen.



de ulike sykehusene gjør det i forhold til hverandre, men det sammenliknes ikke med et teoretisk maksimum. Se Torp m.fl. (2000) for en god innføring i DEA tankegangen.

Det er mulig å anta ulike forutsetninger for skalaavkastning. I disse analysene antar vi konstant skalaavkastning. Dette er en streng forutsetning.

### 6.3 Datamaterialet

Datamaterialet består av 28 helseforetak fordelt på 5 regioner i perioden fra 2003 til 2006. Se vedleggstabell v6.2 til dette kapitlet for en oversikt over hvilke helseforetak som inngår. Utgangspunktet for å inkludere enheter i DEA-analysene er at helseforetaket skal ha akuttfunksjon, medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling og fødeavdeling. Dette ekskluderer en rekke spesialiserte sykehus og private elektive sykehus.

Følgende data for ressursinnsats benyttes i alle modellspesifikasjoner:

*Årsverk:* Dataene er hentet fra Statistikk Sentralbyrå. Årsverksdataene skiller mellom legeårsverk og årsverk knyttet til alt øvrig personell. I analysene legges gjennomsnittlig antall årsverk mellom år T og år T-1 til grunn.

*Driftskostnader pasientbehandling:* Det tas utgangspunkt i driftskostnader knyttet til DRG-aktivitet pluss polikliniske refusjoner rapportert til SSB. Alle monetære størrelser i denne analysen er deflatert ved hjelp SSB sin indeks for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen, se f. eks. Pedersen og Solstad (2007) side 38 for størrelse på denne.

Følgende data for pasientbehandling benyttes:

*DRG-poeng:* Ved beregning av DRG-poeng døgnpasienter, dagbehandling og poliklinisk dagbehandling tas det utgangspunkt i pasientdata fra Norsk Pasientregister (NPR). Det tas utgangspunkt i kostnadsvektene som ligger til grunn for utbetaling av ISF-refusjoner. DRG-poeng for 2006 er korrigert for å være sammenlignbare med tidligere år i perioden, se Solstad (2007) for en nærmere beskrivelse av dette. Langtidsliggedøgn beregnes som liggedøgn over trimpunkt, og inkluderes i det DRG-baserte aktivitetsmålet med en dagvekt på 0,09<sup>44</sup>. Langtidsliggedøgn beregnes på grunnlag av pasientdata fra NPR.

*Polikliniske refusjoner:* Poliklinisk aktivitet måles ved hjelp av polikliniske refusjoner. Ved å ta utgangspunkt i disse inkluderes også refusjoner fra laboratorie- og røntgenaktivitet. I tillegg er refusjoner i motsetning til antall konsultasjoner en størrelse som kan sies å være vektet i forhold til ressurskrav. Data er hentet fra regnskap for helseforetak som rapporteres til SSB i 2003.

#### 6.3.1 Datatekniske forutsetninger

*Omlagging av tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra.*

Dette tilskuddet benyttes i DEA-analysene for å korrigere ressursinnsatsen i form av driftskostnader når kostnader knyttet til pasientbehandling avgrenses. Tilskuddet ble lagt om fra og med 2004. En betydelig større del av dette tilskuddet inngår nå i basisrammen. I dette kapitlet er det valgt å videreføre tilskuddet slik at for 2004, 2005 og 2006 beregnes et tilskudd som er på nivå med tilskudd i 2003. Denne videreføringen velges her både for å konstruere sammenlignbare størrelser over tid, og for å ta høyde for ressurser som benyttes til universitetsfunksjoner som ikke fanges opp gjennom data for pasientbehandling. Dette er imidlertid en løsning som søkes endret. Det er ønskelig å tilrettelegge aktivitetstall for perioden som tar høyde for denne aktiviteten.

<sup>44</sup> Tidligere ble langtidsliggedøgn tillagt en beregnet dagvekt på 0,11. Dette er kalibrert ned til 0,09 på grunn av overgangen fra SAMDATA-vekter til ISF-vekter.

*Omlegging av takster for polikliniske refusjoner*

Takstene for polikliniske refusjoner fra RTV ble betydelig redusert i 2004. Dette er et problem når disse i DEA-analysene benyttes som mål på poliklinisk aktivitet. Tidligere år har vekst i poliklinisk aktivitet medført vekst i polikliniske refusjoner. Tall fra SAMDATA somatikk viser at antall polikliniske konsultasjoner økte med 5,9 prosent fra 2002 til 2003, mens polikliniske refusjoner økte med 6,3 prosent. Med bakgrunn i dette velges det å ta utgangspunkt i at polikliniske refusjoner ville økt i takt med aktivitetsveksten hvis takstene i 2004 og 2005 videreføres på samme nivå som i 2003.

Data fra Norsk Pasientregister viser at antall konsultasjoner øker med 4,1 prosent fra 2003 til 2004, 5,2 prosent fra 2004 til 2005 og med 4,9 prosent fra 2005 til 2006. Poliklinisk aktivitet (refusjoner) i 2004, 2005 og 2006 beregnes dermed med utgangspunkt i polikliniske refusjoner per institusjon i 2003, justert for aktivitetsendring på foretaksnivå registrert i pasientdata fra NPR for 2004, 2005 og 2006. Det vil også si at beregnet endring i polikliniske refusjoner i perioden som betraktes er basert på en vekst i antall polikliniske konsultasjoner.

*Omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004.*

I 2004 ble den differensierte arbeidsgiveravgiften lagt om. Dette har konsekvenser for alle helseregioner, men er av særlig betydning for kostnadsutviklingen i Helse Nord. I SAMDATA somatikk sektorrapport 2004 beregnes det at 4 prosentpoeng av en total kostnadsvekst på 6 prosent i Helse Nord fra 2003 til 2004 tilskrives endret arbeidsgiveravgift, se Pedersen (2005b). Dette er det ikke korrigeret for ved beregning av utvikling i kostnadseffektivitet. Det er viktig å være oppmerksom på dette forholdet når utvikling i kostnadseffektivitet for Helse Nord tolkes, og det vil også påvirke nasjonal utvikling i kostnadseffektivitet fra 2003 til 2004 til en viss grad.

## 6.3.2 Valg av tidsperiode

Tidsperioden som betraktes er fra 2003 til 2006. Fra 2001 til 2003 beregnes en påfallende effektivitetsvekst i den somatiske sykehussektoren, se f. eks. Pedersen (2006) og Ose og Pedersen (2006). I 2002 frigis det såkalte "kryptaket"<sup>45</sup>. Petersen (2004) beregner at om lag 50 prosent av veksten i DRG-indeks fra 2001 til 2002, og om lag 45 prosent av veksten fra 2002 til 2003 kan tilskrives endret kodepraksis – det vil si at registrert aktivitet i form av DRG-poeng øker uten at noen reell endring i behandlingspraksis har skjedd. Petersen beregner vekst i DRG-indeks som følge av endret kodepraksis på regionalt nivå også, men dette må beregnes på foretaksnivå for å kunne anvendes i denne analysen som en korreksjonsfaktor. For å omgå dette problemet velger vi her å benytte 2003 som utgangspunkt for analysen.

## 6.3.3 Endring i datagrunnlag i løpet av perioden

Analyseenheten i dette arbeidet er helseforetak. Det vil si at hvis enhetene har rapportert data på et lavere nivå, så har disse blitt aggregert opp til helseforetaksnivå før beregninger av effektivitetsnivå er utført. Imidlertid er det noen institusjoner som ved starten av perioden ble ekskludert fra effektivitetsanalysen på grunnlag å være spesialiserte sykehus, som i løpet av perioden blitt inkludert i den samlede datarapporteringen fra helseforetaket. Dette gjelder:

- Radiumhospitalet og Hjertesenteret i Oslo inkluderes i Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF fra og med 2005. Voksentoppen og Epilepsisykehuset inngår kun i 2005.
- Kysthospitalet i Hagevik inkluderes i Helse Bergen HF fra og med 2005.

---

<sup>45</sup> Kryptaket innebar at vekst i DRG-indeks ut over en viss presentsats ikke ga uttelling i form av økte utbetalinger via ISF.

- Rehabiliteringstjenesten i Rogaland inkluderes i Universitetssykehuset i Stavanger fra og med 2005.
- Ski sykehus inkluderes i Aker Universitetssykehus fra og med 2004.

I tillegg har også en del fødestuer blitt inkludert i rapporteringen fra sine respektive avtaleinstitusjoner eller helseforetak, men dette dreier seg om marginal tilvekst i datamaterialet. Inkluderingen av Radiumhospitalet i 2005 innebærer en relativt stor tilvekst, som også er merkbar på nasjonalt nivå. Vedleggstabell v6.1 gir på regionalt nivå en fullstendig oversikt over datamaterialet som benyttes ved effektivitetsberegningene.

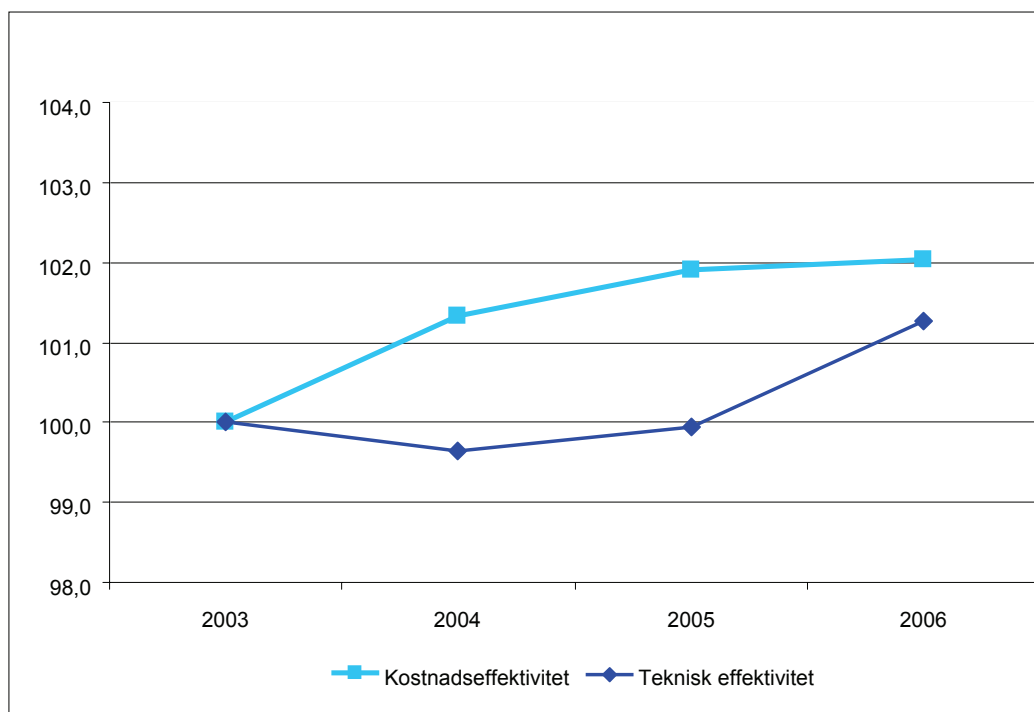
## 6.4 Effektivitetsutvikling 2003–2006

Punkt 6.4.1 viser nasjonal og regional utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet, og resultatene diskuteres i lys av utvikling i data for ressursinnsats og aktivitet. Dette punktet presenterer først nasjonal utvikling og deretter regional utvikling. Utvikling i kostnadseffektivitet i lys av økt eller redusert spredning i effektivitetsnivå mellom helseforetak innad i regionene presenteres og diskuteres i punkt 6.4.2. Under punkt 6.4.3 til slutt problematiseres og diskuteres bruk av tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra som estimat på ressursinnsats knyttet til disse aktivitetene.

### 6.4.1 Nasjonal og regional utvikling 2003-2006

#### *Nasjonalt utvikling*

Fra 2003 til 2006 øker beregnet kostnadseffektivitet med 2 prosent og beregnet teknisk effektivitet med drøyt 1 prosent. Dette gjelder når resultatene vektet i forhold til størrelse på helseforetak. Veksten i kostnadseffektivitet kommer i hovedsak i perioden fra 2003 til 2005, mens veksten i teknisk effektivitet kommer i løpet av siste år fra 2005 til 2006. Figur 6.1 nedenfor illustrerer dette.



Figur 6.1 Nasjonal effektivitetsutvikling i perioden 2003 til 2006. Basisår 2003 = 100. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til foretaksstørrelse.

Tabell 6.1 viser at når resultatene ikke vektet i forhold til størrelse på helseforetak, så beregnes en vekst i kostnadseffektiviteten på 3,4 prosent i perioden fra 2003 til 2006 – mot en vekst på 2 prosent når resultatene vektet. Dette betyr at de relativt sett mindre helseforetakene har hatt en sterkere forbedring i kostnadseffektiviteten i perioden som betraktes. For siste år beregnes derimot en reduksjon i kostnadseffektiviteten på 0,7 prosent når resultatene ikke vektet, mot en marginal forbedring på 0,1 prosent når resultatene vektet. Det innebærer at det fra 2005 til 2006 beregnes en bedre utvikling i kostnadseffektivitet for relativt sett større enheter. Utviklingen i teknisk effektivitet er nokså lik for små og store helseforetak.

Tabell 6.1 Teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet. Nasjonal utvikling 2003-2006. Basisår 2003 = 100. Årlige gjennomsnitt både vektet og ikke vektet med størrelse på helseforetak. Prosentvis endring 2005-2006 og 2003-2006.

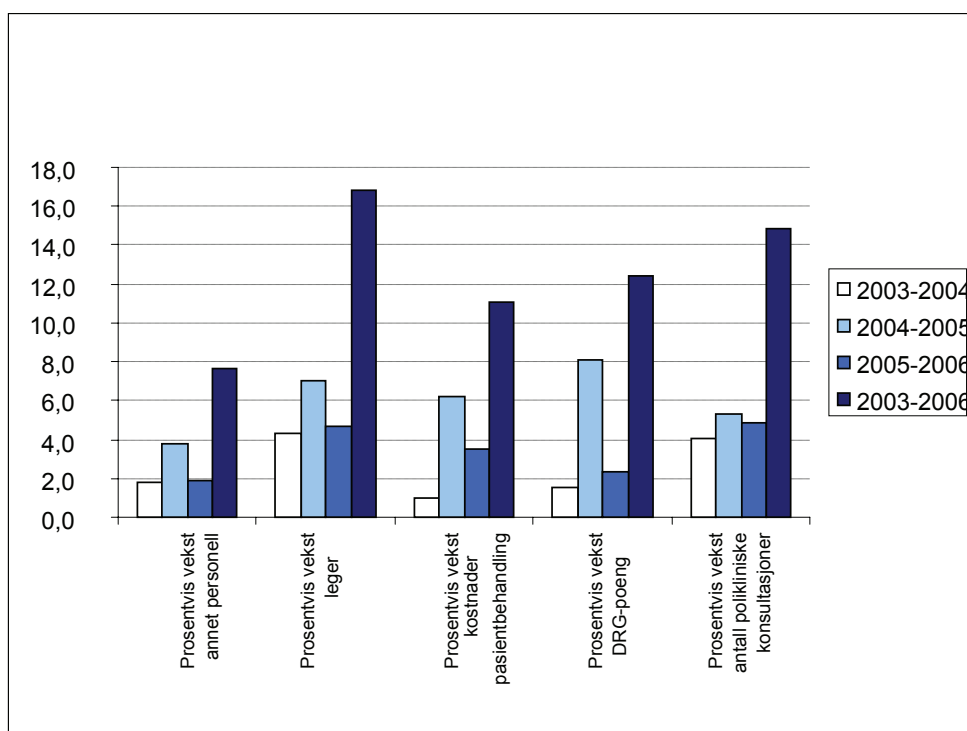
Effektivitetsmål	2003	2004	2005	2006	2005-2006 Pst	2003-2006 Pst
Teknisk effektivitet – uvektet	100,0	99,6	100,2	101,3	1,1	1,3
Teknisk effektivitet – vektet	100,0	99,7	99,9	101,3	1,3	1,3
Kostnadseffektivitet – uvektet	100,0	101,5	104,2	103,4	-0,7	3,4
Kostnadseffektivitet – vektet	100,0	101,3	101,9	102,0	0,1	2,0

En effektivitetsforbedring kan oppstå hvis aktiviteten øker mer enn ressursinnsatsen i løpet av perioden, eventuelt hvis ressursinnsatsen reduseres mer enn aktiviteten. Figur 6.2 nedenfor illustrerer utviklingen i data for ressursinnsats og aktivitet for enhetene som inngår ved beregning av effektivitetsutvikling i SAMDATA (se vedleggstabell v6.1 for en fullstendig oversikt over datamaterialet på regionalt nivå). Det kan presiseres at en del av veksten fra 2004 til 2005 i både ressursinnsats og aktivitet skyldes at Radiumhospitalet inkluderer i Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Imidlertid er det forholdet mellom vekst i ressursinnsats og aktivitet som er av interesse ved effektivitetsberegningen. I tillegg kan det understrekes at det er et utvalg av helseforetakene som inngår ved beregning av effektivitetsutvikling, slik at endringstall kan avvike fra nasjonale størrelser presentert i andre kapitler.

Økt beregnet kostnadseffektivitet i perioden fra 2003 til 2006 kan sees i sammenheng med at aktiviteten øker mer enn kostnader forbundet med pasientbehandling. I denne perioden øker kostnader til pasientbehandling med 11 prosent, mens aktiviteten i form av DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner øker med henholdsvis 12,5 og 15 prosent. Siste års marginale endring i beregnet kostnadseffektivitet kan assosieres med at aktiviteten i form av DRG-poeng øker med 2 prosent, altså svakere enn kostnader til pasientbehandling som øker med 3,5 prosent. Isolert sett trekker dette i retning av redusert kostnadseffektivitet siste år. Dette motsvares imidlertid av at veksten i antall polikliniske konsultasjoner siste år overstiger veksten i kostnader til pasientbehandling med nær 3 prosentpoeng.

I likhet med utviklingen i kostnadseffektivitet kan beregnet vekst i teknisk effektivitet knyttes til at aktiviteten øker mer enn ressursinnsatsen. Utvikling i teknisk effektivitet viser imidlertid en noe svakere utvikling sammenlignet med utvikling i kostnadseffektivitet i løpet av perioden 2003 til 2006, da teknisk effektivitet øker med 1,3 prosent mot en vekst på 2 prosent i kostnadseffektivitet. Det er nærliggende å knytte dette resultatet opp mot en sterkere vekst i antall leger i løpet av perioden. Fra 2003 til 2006 øker ressursinnsatsen i form av leger med nær 17 prosent, mot 12,5 og 15 prosent for aktivitetsmålene DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner. En mer markert positiv utvikling i teknisk effektivitet siste år, fra 2005 til 2006, knyttes til en dempet vekst i samlegruppen øvrig personell på under to

prosent. Veksten i begge aktivitetsmålene DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner overstiger veksten i annet personell siste år.



Figur 6.2 Utvikling i data for ressursinnsats og aktivitet 2003 – 2006. Enheter som inngår ved beregning av effektivitetsutvikling i SAMDATA. Årlig prosentvis endring, samt endring for perioden samlet.

### Regional utvikling

Det er interessant å studere nærmere om de fem regionale helseforetakene har en sammenfallende eller ulik effektivitetsutvikling sammenlignet med utviklingen på nasjonalt nivå. I tillegg er det interessant å se nærmere på om utviklingen i aktivitet og ressursinnsats varierer mellom de regionale helseforetakene.

Figurene 6.3 og 6.5 viser relativ utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet på regionalt nivå, mens figurene 6.4 og 6.6 viser nivåmessig utvikling. I figurene som presenteres er resultatene vektet i forhold til størrelse på helseforetakene. Tabellene 6.2 til 6.5 til slutt i dette avsnittet viser effektivitetsnivå i løpet av perioden både når resultatene vektet i forhold til størrelse, og når de ikke vektet.

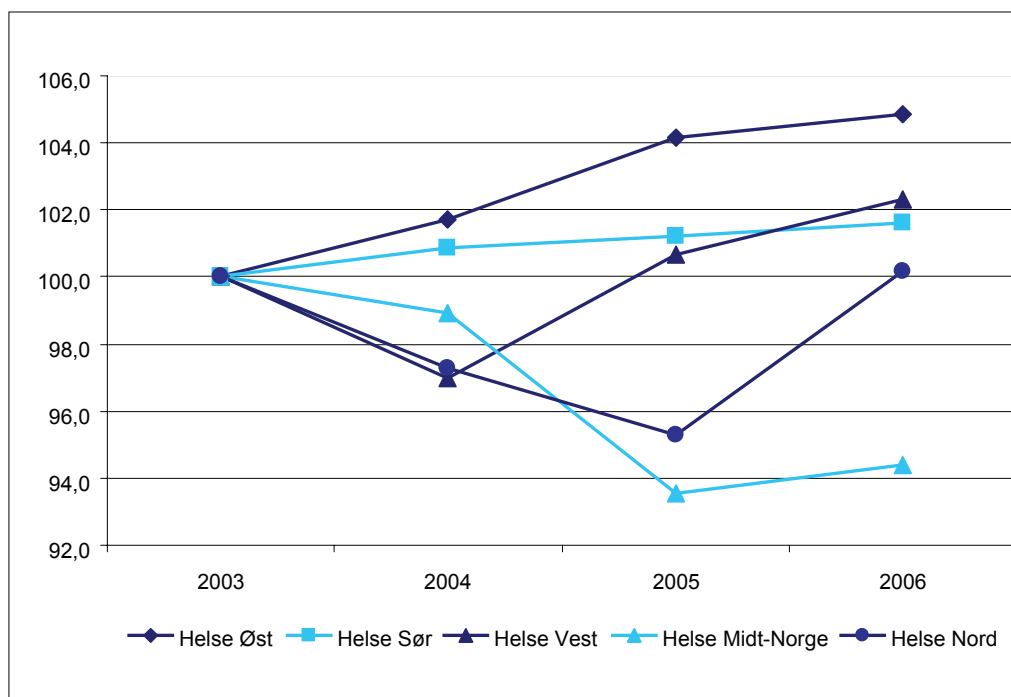
På nasjonalt nivå øker teknisk effektivitet med 1,3 prosent i perioden som betraktes. Veksten i teknisk effektivitet kommer i løpet av siste år – det vil si fra 2005 til 2006. Figur 6.3 viser at uendret teknisk effektivitet i perioden fra 2003 til 2005 for landet samlet skjuler en reduksjon i på om lag 5 prosent for Helse Midt-Norge og Helse Nord, og en omtrent tilsvarende vekst for Helse Øst. Fra 2005 til 2006 har alle helseregionene positiv utvikling i teknisk effektivitet, men Helse Nord utmerker seg denne perioden med sterkere vekst på over 3 prosent. I løpet av 2006 har Helse Nord foretatt endringer i foretaksstrukturen, noe som reflekteres i endring (reduksjon) i personellinnsats - særlig for Nordlandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF.

I perioden fra 2003 til 2005 har altså Helse Midt-Norge og Helse Øst markert ulik utvikling i teknisk effektivitet. Figur 6.4 viser imidlertid at denne ulike relative utviklingen har medført en utjevning i nivå på teknisk effektivitet. I 2005 (og 2006) har Helse Øst og Helse Midt-Norge sammenfallende nivå på teknisk effektivitet, mot en differanse på nær 10 prosent i

2005. Med unntak for Helse Nord, viser figur 6.4 en klar utjevning i nivå på teknisk effektivitet i løpet av hele perioden som betraktes.

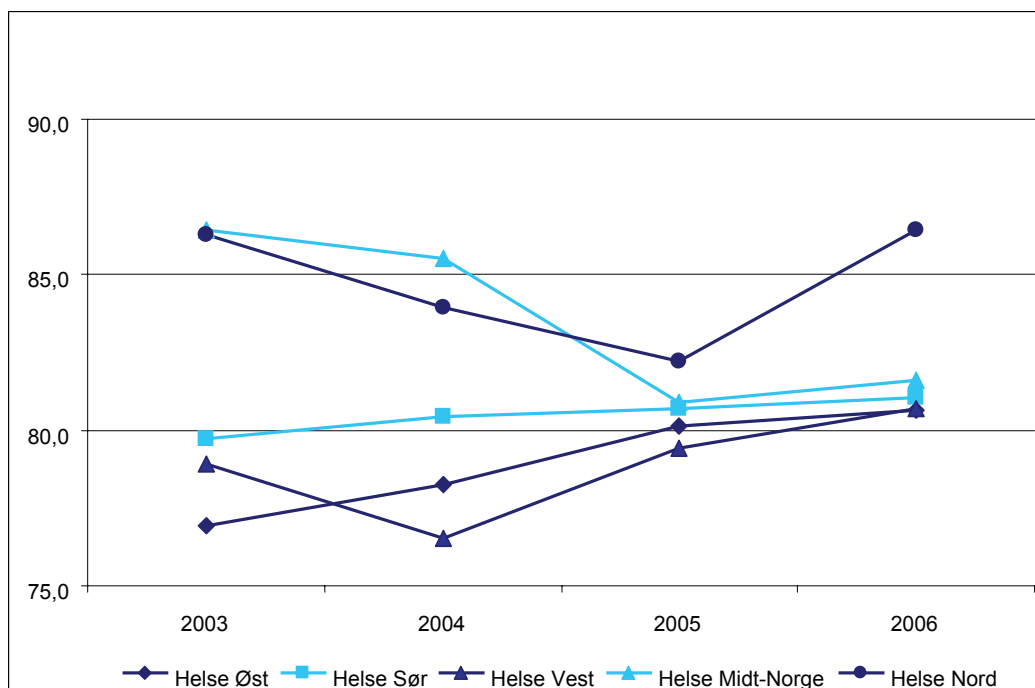
Det er interessant å se nærmere på utvikling i ressursinnsats og aktivitet i helseregionene, for å få et bedre inntrykk av hva som driver ulik relativ utvikling i teknisk effektivitet. Tallgrunnlaget for den påfølgende betraktningen vises i vedleggstabell v6.1. Her velges det å sammenligne Helse Øst og Helse Midt-Norge, da disse har en markert ulik utvikling. I Helse Øst øker samlet personellinnsats med om lag to prosent, mens aktiviteten i form av DRG-poeng øker med om lag sju prosent. De tilsvarende størrelsene for Helse Midt-Norge er en vekst på fem prosent i både samlet personellinnsats og aktivitet i form av DRG-poeng. Helse Midt-Norge har dermed en vekst i personellinnsatsen som overstiger veksten i personell for Helse Øst med en faktor på 2,5. I tillegg overstiger aktivitetsveksten i form av DRG-poeng for Helse Øst den tilsvarende veksten i Helse Midt-Norge med en faktor på 1,4. Dette betyr at både svakere personellvekst og sterkere aktivitetsvekst har bidratt til ulik relativ utvikling i teknisk effektivitet når Helse Midt-Norge og Helse Øst sammenlignes, men ulik vekst i personellinnsats ser ut til å være den sterkeste forklaringsfaktoren. Til sammenligning er veksten i DRG-poeng for populasjonen som inngår i analysen om lag 8 prosent, mens samlet personellvekst er om lag 3-4 prosent<sup>46</sup>. Når utviklingen i teknisk effektivitet er svakere for Helse Midt-Norge sammenlignet med landet samlet ser dette ut til å dels skyldes svakere aktivitetsvekst og dels sterkere personellvekst. Sterkere relativ utvikling i teknisk effektivitet for Helse Øst sammenlignet med landet samlet assosieres i sterk grad med svakere vekst i personellinnsats.

Det er verdt å gjøre oppmerksom på at alle analyser som baseres på bruk av rapporterte personelldata må tolkes i lys av forbehold knyttet til personelldata, se for eksempel s. 37 i Pedersen og Solstad (2007).



Figur 6.3 Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene. Basisår 2003 = 100. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.

<sup>46</sup> I perioden som betraktes har Radiumhospitalet blitt inkludert i datagrunnlaget. Det er korrigert for vekst knyttet til inkludering av Radiumhospitalet når endring i aktivitet og personell anslås for populasjonen samlet og sammenlignes med regional utvikling.



Figur 6.4 Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.

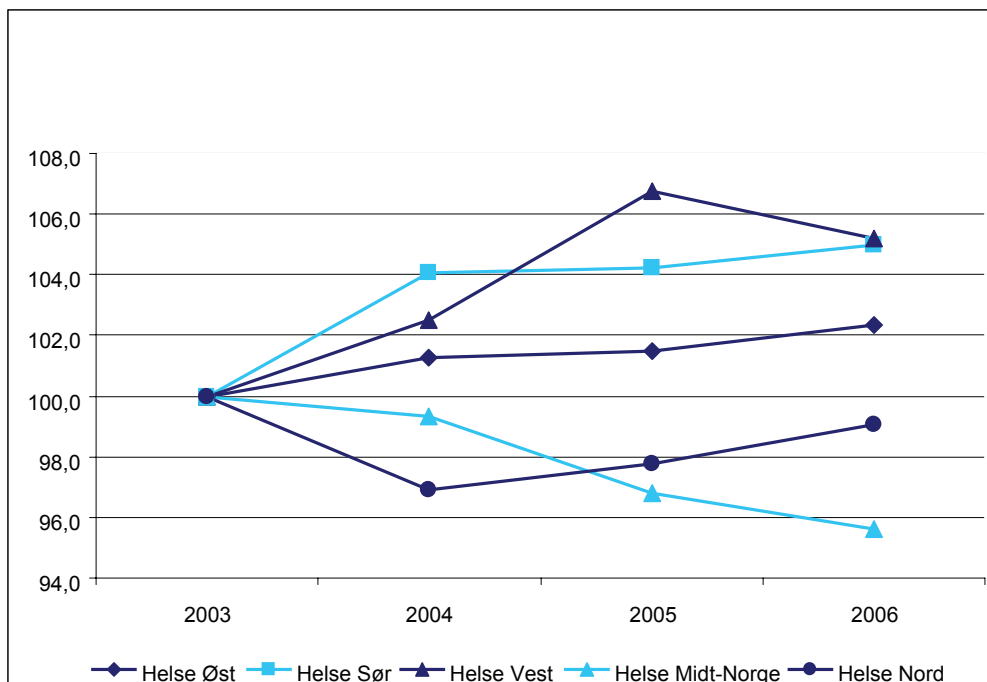
På nasjonalt nivå øker kostnadseffektiviteten med to prosent i perioden som betraktes. Figur 6.5 viser at på regionalt nivå varierer utviklingen. Helse Vest og Helse Sør har en vekst i kostnadseffektiviteten på om lag fem prosent fra 2003 til 2005, mens Helse Midt-Norge derimot har en reduksjon på fire prosent i perioden. Figur 6.6 viser at hvis det sees bort fra Helse Vest, så har ulik relativ utvikling i kostnadsnivå bidratt til utjevning i nivå. Helse Sør lå lavest i 2003, men den sterke veksten i 2004 har medført at regionen siden har hatt et nivå på kostnadseffektiviteten på linje med Helse Øst. Helse Midt-Norge har utviklet seg fra å ha det høyeste nivået på kostnadseffektivitet i 2003 til å ha det laveste nivået i 2006, men ligger i 2006 nivåmessig kun marginalt under nivået for Helse Nord.

Siste år i analysen har tre av helseregionene, Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord en positiv utvikling i kostnadseffektiviteten, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge har en reduksjon i beregnet relativ kostnadseffektivitet. For Helse Vest er dette et brudd med tidligere års utvikling. Helse Midt-Norge har hatt en reduksjon samtlige år i perioden.

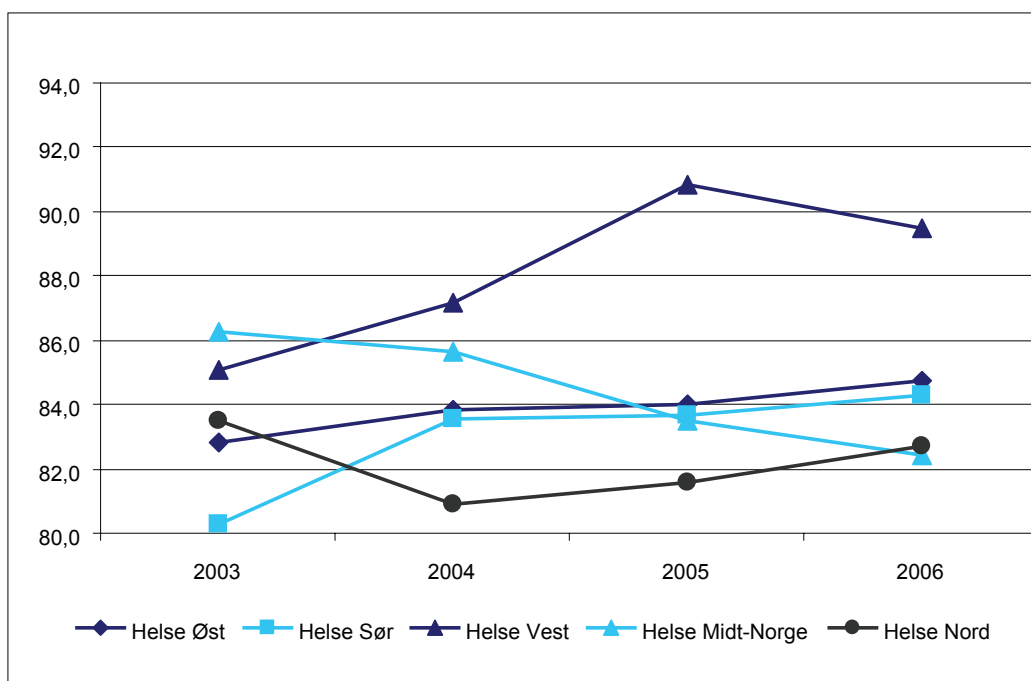
Det er interessant å se på hva som ligger bak ulik utvikling i kostnadseffektivitet for helseregionene. Utviklingen for Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør studeres nærmere, da disse regionene har markert ulik utvikling i kostnadseffektivitet. Gjennomgang av datamaterialet viser at veksten i kostnader til pasientbehandling for Helse Midt-Norge øker med om lag 9,5 prosent i perioden. Dette er i tråd med gjennomsnittet for landet samlet<sup>47</sup>. Tilsvarende kostnadsvekst for Helse Vest og Helse Sør er henholdsvis på om lag 9 og 10,5 prosent. Når Helse Vest og Helse Sør har en klart annerledes utvikling i kostnadseffektivitet sammenlignet med Helse Midt-Norge, relateres dette i sterk grad til ulik aktivitetsutvikling. Fra 2003 til 2006 øker aktiviteten, målt som korrigerede DRG-poeng, med om lag 7 prosent ved egne helseforetak i Helse Midt-Norge. Den tilsvarende veksten for Helse Sør og Helse Vest er på henholdsvis om lag 15 og 13 prosent.

Gjennomgangen av datamaterialet tyder dermed på at ulik regional utvikling i kostnadseffektivitet i stor grad assosieres med ulik aktivitetsvekst ved egne helseforetak.

<sup>47</sup> Når nasjonal utvikling kommenteres er vekst knyttet til inkludering av Radiumhospitalet anslått og korrigert for, se også forrige fotnote.



Figur 6.5 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene. Basisår 2003 = 100. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.



Figur 6.6 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.



Tabellene 6.2 til 6.5 nedenfor viser utvikling i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet for helseregionene, både når resultatene vektet og når de ikke vektet for størrelse på helseforetak.

For å illustrere forskjellen på vektete og uvektede resultater gis et eksempel fra Helse Midt-Norge. Fra 2003 til 2006 reduseres den tekniske effektiviteten i Helse Midt-Norge med 5,6 prosent når resultatene vektet i forhold til sykehusstørrelse – se tabell 6.2. St. Olavs Hospital er et stort helseforetak som i sterk grad driver denne utviklingen. Når utvikling i gjennomsnittlig kostnadseffektivitet beregnes som et flatt, utvektet gjennomsnitt for regionen begrenses dermed den negative utviklingen i teknisk effektivitet til en reduksjon på 1,9 prosent – se tabell 6.3. Det samme gjelder for utvikling i kostnadseffektivitet. Når resultatene vektet i forhold til sykehusstørrelse beregnes en reduksjon i kostnadseffektivitet på 4,4 prosent for Helse Midt-Norge fra 2003 til 2006 – se tabell 6.4. En utvikling basert på et uvektet gjennomsnitt gir en marginal reduksjon i kostnadseffektiviteten på 0,1 prosent for Helse Midt-Norge – se tabell 6.5.

Tabell 6.2 Teknisk effektivitet, regional utvikling 2003-2006. Årlige gjennomsnitt vektet med størrelse på helseforetak. Prosentvis endring fra 2005-2006 og 2003-2006.

Regionalt helseforetak	2003	2004	2005	2006	2005-2006 Pst	2003-2006 Pst
Helse Øst RHF	76,9	78,3	80,1	80,7	0,7	4,8
Helse Sør RHF	79,7	80,4	80,7	81,0	0,4	1,6
Helse Vest RHF	78,9	76,5	79,4	80,7	1,6	2,3
Helse Midt-Norge RHF	86,5	85,5	80,9	81,6	0,9	-5,6
Helse Nord RHF	86,3	84,0	82,2	86,5	5,1	0,2
Hele landet	80,6	80,3	80,5	81,6	1,3	1,3

Tabell 6.3 Teknisk effektivitet, regional utvikling 2003-2006. Årlige gjennomsnitt uvektet. Prosentvis endring fra 2005-2006 og 2003-2006.

Regionalt helseforetak	2003	2004	2005	2006	2005-2006 Pst	2003-2006 Pst
Helse Øst RHF	76,3	77,9	79,6	79,3	-0,4	3,9
Helse Sør RHF	84,1	84,3	85,9	86,6	0,8	3,0
Helse Vest RHF	82,3	79,8	82,5	82,8	0,4	0,6
Helse Midt-Norge RHF	83,8	83,9	80,6	82,3	2,0	-1,9
Helse Nord RHF	85,1	83,3	81,3	84,1	3,5	-1,2
Hele landet	82,0	81,6	82,1	83,0	1,1	1,3

Tabell 6.4 Kostnadseffektivitet, regional utvikling 2003-2006. Årlige gjennomsnitt vektet med størrelse på helseforetak. Prosentvis endring fra 2005-2006 og 2003-2006.

Regionalt helseforetak	2003	2004	2005	2006	2005-2006 Pst	2003-2006 Pst
Helse Øst RHF	82,8	83,9	84,0	84,7	0,8	2,3
Helse Sør RHF	80,3	83,5	83,7	84,3	0,7	5,0
Helse Vest RHF	85,1	87,2	90,8	89,5	-1,5	5,2
Helse Midt-Norge RHF	86,3	85,7	83,5	82,5	-1,2	-4,4
Helse Nord RHF	83,5	80,9	81,6	82,7	1,4	-0,9
Hele landet	83,2	84,3	84,8	84,9	0,1	2,0

Tabell 6.5 Kostnadseffektivitet, regional utvikling 2003-2006. Årlige gjennomsnitt uvektet. Prosentvis endring fra 2005-2006 og 2003-2006.

Regionalt helseforetak	2003	2004	2005	2006	2005-2006 Pst	2003-2006 Pst
Helse Øst RHF	81,4	81,9	83,7	83,2	-0,6	2,1
Helse Sør RHF	80,5	84,7	88,5	87,9	-0,7	9,1
Helse Vest RHF	84,2	85,9	90,1	87,5	-2,8	4,0
Helse Midt-Norge RHF	83,3	83,5	83,0	83,2	0,3	-0,1
Helse Nord RHF	79,2	77,6	78,4	78,8	0,5	-0,4
Hele landet	81,6	82,8	85,0	84,4	-0,7	3,4

#### 6.4.2 Spredning i kostnadseffektivitet 2003-2006

Dette avsnittet ser nærmere på om forbedret kostnadseffektivitet forbindes med at helseforetak med lavt effektivitetsnivå nærmer seg effektivitetsnivået til helseforetak med høyere effektivitet – eller om effektivitetsforbedring i løpet av perioden er forbundet med større avstand i effektivitetsnivå mellom foretak.

For å undersøke om endret kostnadseffektivitet på regionalt nivå følges av økt eller redusert spredning i effektivitetsnivå beregnes variasjonskoeffisient<sup>48</sup> for nivå på kostnadseffektivitet i 2003 og i 2006, for hver region. Dette presenteres i tabell 6.6 nedenfor.

Tabell 6.6 viser en større spredning i beregnet kostnadseffektivitet mellom helseforetakene i 2006 sammenlignet med 2003. Alle de tre regionene som øker kostnadseffektiviteten, Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest har også en økt spredning i effektivitetsnivået. For Helse Midt-Norge og Helse Nord beregnes kun marginal endring (reduksjon) i nivået på kostnadseffektiviteten fra 2003 til 2006, samtidig som forskjellene mellom helseforetakene blir mindre.

<sup>48</sup> Variasjonskoeffisient: Standardavvik delt på gjennomsnitt.

Tabell 6.6 Gjennomsnittlig kostnadseffektivitet og standardavvik mellom nivå på kostnadseffektivitet for helseforetakene. 2003 og 2006. Regionale helseforetak og landet samlet.

Regionalt helseforetak	2003		2006		N
	Gjennomsnittlig kostnads-effektivitet <sup>1</sup>	Variasjons-koeffisient	Gjennomsnittlig kostnads-effektivitet <sup>1</sup>	Variasjons-koeffisient	
Helse Øst	81,4	0,06	83,2	0,07	7
Helse Sør	80,5	0,08	87,9	0,10	6
Helse Vest	84,2	0,08	87,5	0,09	5
Helse Midt-Norge	83,3	0,09	83,2	0,06	4
Helse Nord	79,2	0,17	78,8	0,16	5
<i>Helse Nord (2004)<sup>2</sup></i>	<i>77,6</i>	<i>0,13</i>	<i>78,8</i>	<i>0,16</i>	5
Landsgjennomsnitt	81,6	0,09	84,4	8,5	28

1) Beregnet gjennomsnittlig effektivitet som presenteres i denne tabellen avviker fra gjennomsnittlig kostnadseffektivitet figur 6.6 i avsnitt 6.4.1. Årsaken er at resultatene her ikke er vektet i forhold til sykehusstørrelse når standardavvik beregnes. Resultatene for gjennomsnittlig kostnadseffektivitet er imidlertid sammenfallende med størrelser presentert i tabell 6.5 i avsnitt 6.4.1.

2) Tar utgangspunkt i 2004 i stedet for 2003.

For Helse Nord kan det påpekes at omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004 i seg selv medfører en merkbar økning i kostnadsnivå, det vil si redusert kostnadseffektivitet. Fra 2004 til 2006 har også Helse Nord økt nivå på kostnadseffektiviteten kombinert med økt spredning i effektivitetsnivå.

Det er interessant å se nærmere på hva som ligger bak økt spredning kombinert med økt effektivitetsnivå for fire av fem helseforetak i perioden, og hva som ligger bak redusert spredning i effektivitetsnivå for Helse Midt-Norge.

I Helse Øst har økt gjennomsnittlig kostnadsnivå bakgrunn i en relativt sterk økning i kostnadseffektivitet ved tre av sju helseforetak. To store foretak har marginal endring i kostnadseffektiviteten, og en relativt sett mindre enhet har moderat vekst. Den største endringen i nivå på kostnadseffektivitet framkommer som en kraftig reduksjon ved ett av helseforetakene. Helseforetakene har med andre ord meget ulik utvikling i kostnadseffektivitet.

Økt kostnadseffektivitet i Helse Sør framkommer som en økning i kostnadseffektivitet ved samtlige helseforetak. Økt spredning i effektivitetsnivå forårsakes av særdeles kraftig effektivitetsforbedring ved to av de seks helseforetakene i regionen. To helseforetak har en markert positiv utvikling, mens to av helseforetakene har moderat forbedring i beregnet kostnadseffektivitet.

Samtlige av de fem helseforetakene i Helse Vest har en økning i beregnet kostnadseffektivitet. Økt spredning forårsakes av at ett helseforetak har en kraftig forbedring i beregnet kostnadseffektivitet, mens de fire øvrige har en mer moderat økning.

Helse Midt-Norge er den eneste regionen hvor spredningen i nivå på kostnadseffektivitet avtar, og at nivået på kostnadseffektiviteten er omtrent uendret (når gjennomsnittlig nivå beregnes som et uvektet gjennomsnitt av alle de fire helseforetakene). Uendret kostnadseffektivitet framkommer ved en kraftig reduksjon i kostnadseffektivitet ved det store helseforetaket som i utgangspunktet hadde det høyeste effektivitetsnivået, mens det for de tre øvrige beregnes økt effektivitet. Ett av helseforetakene har en noe over gjennomsnittlig forbedring, mens for de to øvrige med vekst i kostnadseffektiviteten er forbedringen mer moderat.

For Helse Nord kommenteres utviklingen fra 2004 til 2006. Økt kostnadseffektivitet framkommer på bakgrunn av økt effektivitet ved to av fem helseforetak, marginal endring for to foretak, og redusert effektivitet for ett foretak. For Helse Nord er det slik at det er de to helseforetakene som i utgangspunktet har en relativt høy kostnadseffektivitet som har størst effektivitetsvekst.

Hvis utviklingen i regionene sammenlignes, kan det se ut til at Helse Øst og Helse Nord har en relativt lik utvikling; moderat gjennomsnittlig vekst i effektivitetsnivå kombinert nokså ulik utvikling mellom helseforetakene. Sammenlignet med Helse Nord har imidlertid Helse Øst en større variasjon mellom helseforetakene når det gjelder utvikling i effektivitetsnivå. Helse Sør og Helse Vest har en relativt lik utvikling; høy gjennomsnittlig vekst i effektivitetsnivå, økning for alle helseforetak, men enkelte foretak utmerker seg med en særlig høy vekst. For Helse Sør er denne utviklingen mer markant sammenlignet med Helse Vest.

Økt kostnadseffektivitet kombinert med økt spredning i kostnadsnivå kan tenkes å forårsakes av flere grunner. En mulig forklaring kan være økt funksjonsdeling mellom foretak som kan øke den gjennomsnittlige effektiviteten, men samtidig også gi veldig ulik utvikling på foretaksnivå. En annen mulig årsak kan være tekniske forbedringer hos foretak som i utgangspunktet har et relativt høyt effektivitetsnivå. Teknisk forbedring forstås her i vid forstand; det vil si at teknisk forbedring eksempelvis kan bety endret behandlingsteknologi som er kostnadsbesparende, kortere liggetider og endret pasientsammensetning. Det undersøkes ikke her nærmere hvilke faktorer som i sterkeste grad kan relateres til effektivitetsforbedring kombinert med økt spredning i effektivitetsnivå. Imidlertid er dette forskningsspørsmål som det er interessant å undersøke nærmere.

#### 6.4.3 Utvikling i kostnadseffektivitet ved helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner kontra øvrige helseforetak 2003-2006

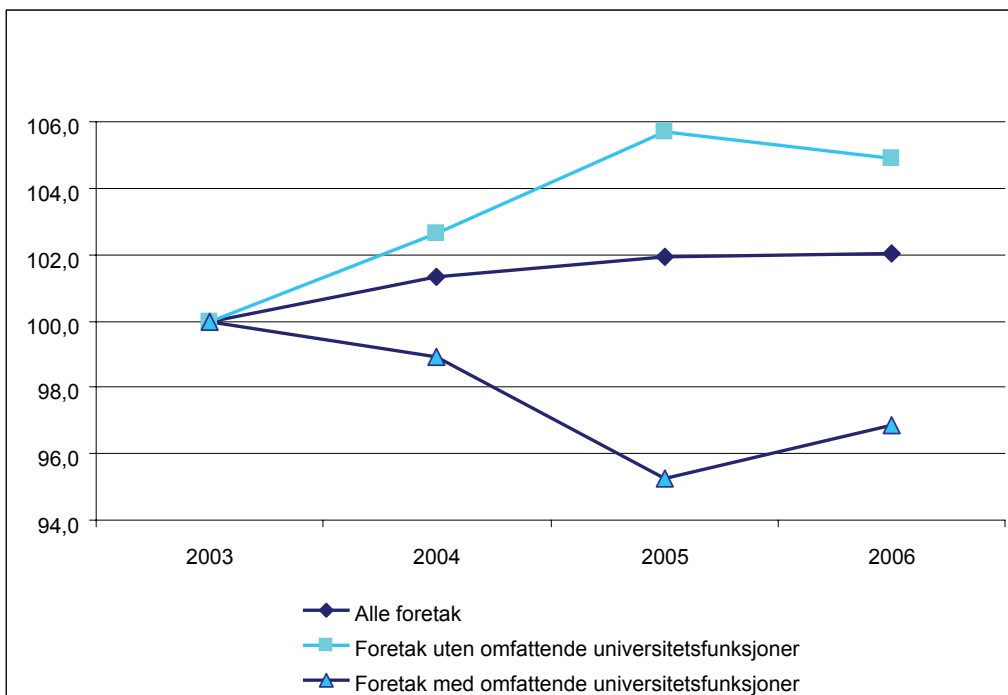
I dette avsnittet sammenlignes utviklingen i kostnadseffektivitet ved helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner med utviklingen ved de øvrige helseforetakene<sup>49</sup>. Helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner kjennetegnes ved at de er de største helseforetakene innenfor sin helseregion, samtidig som de har spesialiserte oppgaver og funksjoner som de andre helseforetakene ikke utfører i samme utstrekning. Disse helseforetakene er altså kjennetegnet ved en omfattende og kompleks aktivitet.

Figur 6.7 viser en markert ulik utvikling i kostnadseffektivitet for foretak med omfattende universitetsfunksjoner sammenlignet med øvrige helseforetak. I perioden reduseres kostnadseffektiviteten for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner med drøyt tre prosent, mot en vekst på nær fem prosent for de øvrige helseforetakene. Det er interessant å se nærmere på om denne utviklingen er sammenfallende for de regionale helseforetakene.

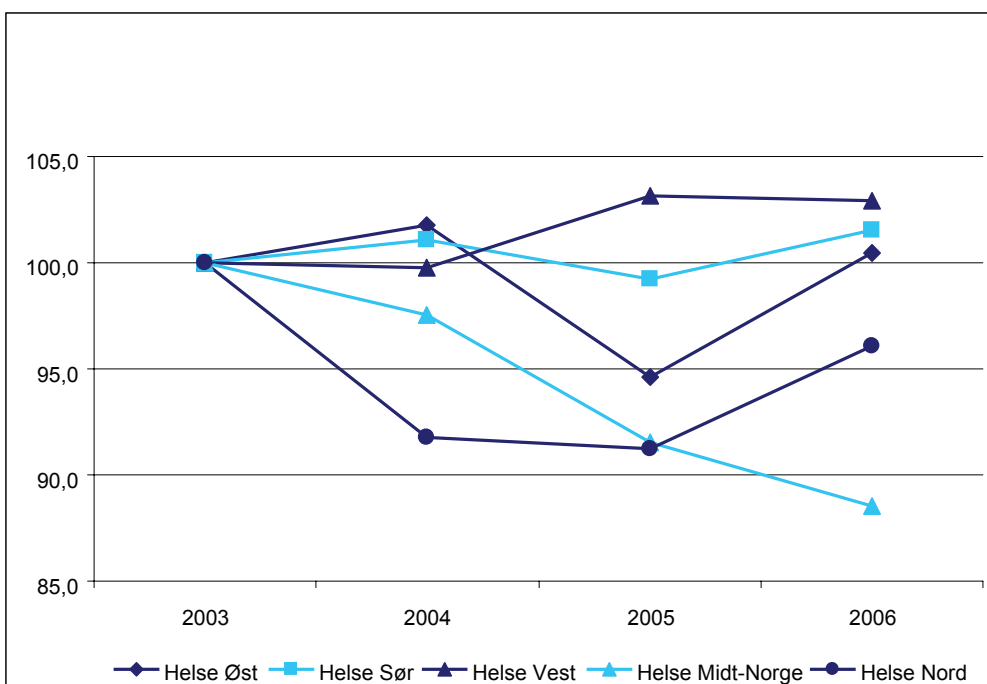
Figur 6.8 nedenfor viser at fallet i beregnet kostnadseffektivitet for helseforetakene med universitetsfunksjoner i sterk grad knyttes til Helse Midt-Norge og til Helse Nord. For Helse Nord kan det påpekes at omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift påvirker fallet i kostnadseffektivitet fra 2003 til 2004. De øvrige tre helseregionene har en gjennomsnittlig forbedring i kostnadseffektiviteten som er noenlunde i tråd med det nasjonale samlede gjennomsnittet på to prosent i perioden fra 2003 til 2006. I tillegg kan det påpekes at inkludering av Radiumhospitalet i beregning av effektivitetsutvikling for Helse Sør fra og med 2005 kan påvirke effektivitetsutviklingen fra 2004 til 2005 for Helse Sør noe, men effekten av dette er ikke nærmere tallfestet innenfor rammen av dette arbeidet.

Det er også interessant å se nærmere på hvordan den regionale utviklingen i kostnadseffektivitet er for de helseforetak uten omfattende universitetsfunksjoner i løpet av perioden.

<sup>49</sup> Foretak med omfattende universitetsfunksjoner defineres her som foretak hvor de tidligere regionsykehusene inngår. Dette er Ullevål Universitetssykehus HF, Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF, Helse Bergen HF, St Olavs Hospital HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

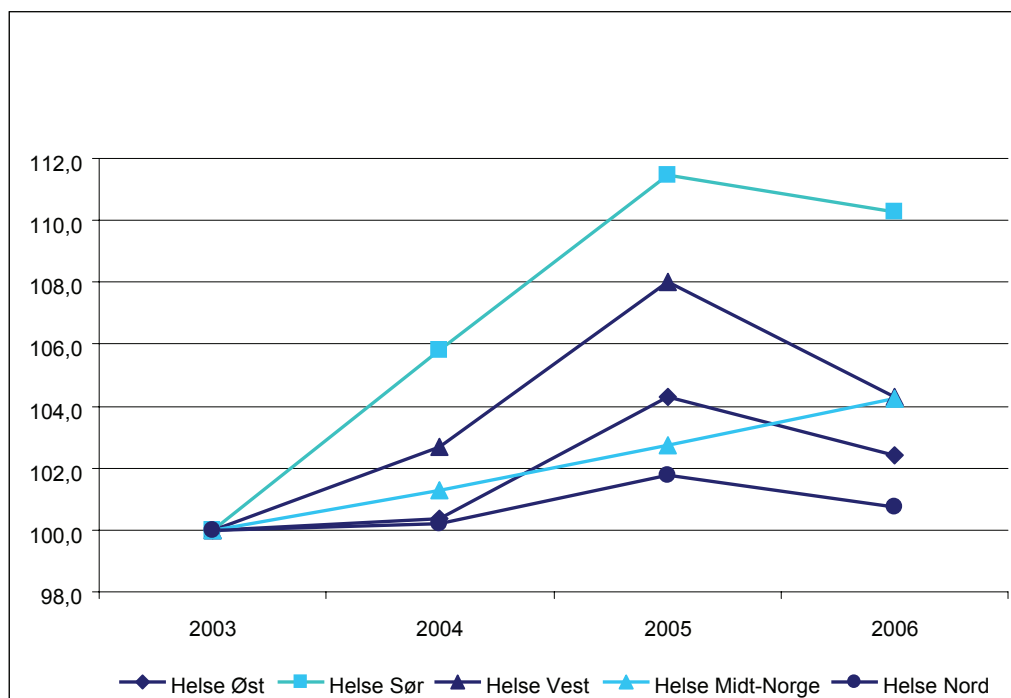


Figur 6.7 Nasjonal utvikling i kostnadseffektivitet for alle helseforetak, helseforetak uten omfattende universitetsfunksjoner og helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner. Basisår 2003 = 100. Årsgjennomsnitt vektet med foretaksstørrelse.



Figur 6.8 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene. Utvikling for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner. Basisår 2003 = 100.

Figur 6.9 viser at den sterkere utviklingen i kostnadseffektivitet for helseforetak uten universitetsfunksjoner, sammenlignet med foretak med universitetsfunksjoner, kan relateres til særlig sterk forbedring av kostnadseffektiviteten i Helse Sør. De øvrige helseregionene har en vekst i kostnadseffektiviteten også for helseforetak uten universitetsfunksjoner omtrent i tråd med landsgjennomsnittet for alle foretak samlet på om lag to prosent. Figur 6.9 viser at veksten for de øvrige helseforetakene varierer i størrelsesorden fra en til fire prosent.



Figur 6.9 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene. Utvikling for helseforetak uten omfattende universitetsfunksjoner. Basisår 2003 = 100.

Denne nærmere granskningen av regional utvikling i kostnadseffektivitet for helseforetak med og uten omfattende universitetsfunksjoner har vist at den markert ulike utviklingen på nasjonalt nivå vist i figur 6.7 i sterk grad forbindes med:

- Avvikende utvikling i kostnadseffektivitet for St. Olavs Hospital HF.
- Særlig sterk forbedring av kostnadseffektivitet for helseforetak uten universitetsfunksjoner i Helse Sør.

Figurene 6.8 og 6.9 viser at veksten i kostnadseffektivitet, fra 2003 til 2006, er noe svakere for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner sammenlignet helseforetak som ikke har dette. For Helse Vest er forskjellen imidlertid marginal. Svakere effektivitetsvekst for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner kommer av lavere vekst fra 2003 til 2005. Fra 2005 til 2006 har derimot fire av fem av disse enhetene en sterkere effektivitetsvekst sammenlignet med øvrige helseforetak. Det kan være interessant å se nærmere på om ulik vekst i kostnadseffektivitet for disse to gruppene i løpet av perioden har medført en utjevning eller en divergens i nivå på kostnadseffektivitet. Tabell 6.7 nedenfor presenterer utvikling i en indeks som viser effektivitetsnivå for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner dividert på gjennomsnittlig effektivitetsnivå for øvrige helseforetak i regionen.

Tabell 6.7 Nivå på kostnadseffektivitet for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner relativt til øvrige helseforetak. 2003 – 2006.

Regionalt helseforetak	2003	2004	2005	2006
Helse Øst RHF	1,11	1,12	1,00	1,08
Helse Sør RHF	0,89	0,85	0,80	0,82
Helse Vest RHF	1,08	1,05	1,03	1,07
Helse Midt-Norge RHF	1,15	1,11	1,03	0,98
Helse Nord RHF	1,35	1,24	1,21	1,29

Tabell 6.7 viser for det første at helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner har et høyere nivå på beregnet kostnadseffektivitet sammenlignet med øvrige helseforetak i alle helseregioner bortsett fra Helse Sør. Når det gjelder spørsmålet om konvergens i effektivitetsnivå mellom disse to gruppene, viser utviklingen presentert i tabell 6.7 at svakere effektivitetsvekst hos helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner har medført tendens til konvergens i effektivitetsnivå, med unntak for Helse Sør. Utviklingen mot konvergens snur imidlertid i 2006.

På bakgrunn av bredere, mer kompleks og spesialisert pasientbehandling ved helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner kan det stilles spørsmål om det er rimelig å forvente at det beregnede effektivitetsnivået for disse enhetene er høyere enn ved de øvrige helseforetakene i regionen. På den andre siden kan det jo også tenkes at eventuelle stordriftsfordeler kan motvirke eventuelle merkostnader knyttet til bredere, mer kompleks og spesialisert pasientbehandling. Innenfor rammen av denne analysen studeres ikke dette nærmere, men det kan være interessant å gå nærmere inn i problemstillingen. Et nærliggende utgangspunkt for videre analyser er å problematisere modellspesifikasjonen som benyttes i SAMDATA, med tanke på forutsetninger som gjøres om ressursinnsats til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra. De datatekniske forutsetningene er presentert i avsnitt 6.3.

## 6.5 Oppsummering

- Fra 2003 til 2006 øker kostnadseffektiviteten med 2 prosent på nasjonalt nivå. Effektivitetsforbedringen forårsakes av at veksten i aktivitet i form av DRG-poeng og antall polikliniske konsultasjoner overstiger veksten i kostnader til pasientbehandling. Fra 2005 til 2006 beregnes en marginal vekst på 0,1 prosent i kostnadseffektivitet. Siste års utvikling henger sammen med at kostnader til pasientbehandling øker sterkere enn aktivitetsveksten i form av DRG-poeng, kombinert med at den polikliniske aktiviteten øker noe mer enn kostnadene.
- Teknisk effektivitet øker med 1,3 prosent i perioden fra 2003 til 2006, og veksten kommer i løpet av siste år. Bak dette ligger en vekst i ressursinnsats i form av leger som er betydelig sterkere enn aktivitetsveksten både i form av DRG-poeng og antall polikliniske konsultasjoner. Dette motsvares av at veksten i øvrige personellgrupper er svakere enn aktivitetsveksten.
- Den relative utviklingen i kostnadseffektivitet varierer mellom regionene i perioden fra 2003 til 2006. For Helse Sør og Helse Vest beregnes en vekst på fem prosent, mens det for Helse Midt-Norge derimot beregnes en reduksjon på fire prosent. Hvis det sees bort fra Helse Vest som i utgangspunktet hadde et høyt nivå på kostnadseffektiviteten, observeres en utjevning av nivå på kostnadseffektivitet mellom helseregionene i løpet av perioden. Den ulike relative utviklingen i beregnet kostnadseffektivitet relateres til ulik aktivitetsutvikling i regionene, mens kostnadsveksten derimot er relativt sammenfallende.

- I perioden som betraktes varierer den relative endringen i teknisk effektivitet fra en vekst på fem prosent for Helse Øst til en tilsvarende reduksjon for Helse Midt-Norge. Hvis det sees bort fra Helse Nord, beregnes det utjevning av nivået på teknisk effektivitet. I 2006 har de fire helseregionene utenom Helse Nord alle et nivå på teknisk effektivitet som er omtrent sammenfallende, mot en spredning på om lag 10 prosentpoeng i nivå på teknisk effektivitet i 2003.
- Økt kostnadseffektivitet for helseregionene i løpet av perioden er assosiert med økt spredning i effektivitetsnivået mellom helseforetakene. Dette er tilfellet for alle helseregioner bortsett fra Helse Midt-Norge. For Helse Øst og Helse Nord forårsakes økt spredning kombinert med økt effektivitet at noen helseforetak øker effektiviteten, mens den reduseres for andre. Helse Sør og til dels Helse Vest kjennetegnes ved at enkelte foretak som i utgangspunktet har et gjennomsnittlig nivå på kostnadseffektiviteten har en særlig sterk effektivitetsvekst. Helse Midt-Norge har omtrent uendret gjennomsnittlig effektivitetsnivå, og en utjevning mellom helseforetakene. Resultatet for Helse Midt-Norge framkommer ved at ett stort helseforetak som i utgangspunktet har det høyeste effektivitetsnivået kommer ned på linje med de øvrige, samtidig som at de øvrige helseforetakene har en gjennomsnittlig vekst i kostnadseffektivitet.
- På nasjonalt nivå øker beregnet kostnadseffektivitet for helseforetak uten omfattende universitetsfunksjoner med fem prosent fra 2003 til 2006, mot en reduksjon på tre prosent for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner. Nærmere gransking av utvikling for de ulike helseregionene viser at det i hovedsak er kraftig negativ utvikling for St. Olavs Hospital i Helse Midt-Norge som driver den negative utviklingen for helseforetak med omfattende universitetsfunksjoner, mens det er øvrige helseforetak i Helse Sør som driver den sterke positive utviklingen for helseforetak uten omfattende universitetsfunksjoner.



## 7 Pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser i spesialisthelsetjenesten i perioden 2002-2006

Heidi Jensberg

### 7.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi se nærmere på aktivitetsutviklingen blant pasienter med kroniske sykdommer. Pasienter med kroniske sykdommer ble fremhevet som en prioritert pasientgruppe av det andre Lønningsutvalget (NOU 1997:18)<sup>50</sup>, i sykehusreformens formelle dokumenter (Ot. prp. 66 (2000-2001))<sup>51</sup>, og i de årlige styringsdokumentene fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene<sup>52</sup>.

En analyse av pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser ved somatiske sykehus i perioden 2001-2005 (Jensberg m.fl. 2006) viste at disse pasientene ikke har hatt en like sterk aktivitetsvekst i form av opphold og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten som andre pasienter. Rapporten antyder at dette ikke innebærer en tydelig prioritering generelt sett. Samtidig viste gjennomgangen av de enkelte diagnosegruppene at det ikke var grunnlag for å konkludere med at tilbudet av spesialisthelsetjenester har forverret seg. Ventetidene har i hovedsak blitt kortere og den registrerte aktiviteten har økt.

Rapporten fokuserte ikke på kronisk syke pasienters øvrige sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner, dvs. kontakter registrert med andre hoveddiagnoser. Resultatene i rapporten gir med andre ord et avgrenset bilde av denne pasientgruppens forbruk av spesialisthelsetjenester. Aktivitetsveksten for denne pasientgruppen vil trolig være større dersom vi inkluderer all bruk av sykehustjenester.

Vi skal i dette kapitlet fokusere på tre problemstillinger:

- 1) Har det vært en lavere aktivitetsvekst blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser enn øvrige pasienter i perioden 2002-2006?
- 2) Hvordan ser aktivitetsveksten ut når vi inkluderer øvrige opphold blant kroniske pasienter, altså opphold med andre hoveddiagnoser?
- 3) Er det forskjeller i forbruket av spesialisthelsetjenester blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser mellom regionene?

---

<sup>50</sup> Se punkt 11.5 om De svakeste gruppene – hva kan gjøres og underpunkt 11.5.1 om Særskilte tiltak for pasienter med kronisk sammensatte lidelser: "Utvalget finner det riktig å påpeke at den offentlige helsetjenesten har et særlig ansvar for de kronisk syke"

<sup>51</sup> Se punkt 2.2.4 om utfordringer i sykdomspanorama og 2.7.2 om utvalgte områder for satsning fremover

<sup>52</sup> Se for eksempel punkt 2.2 under bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2006.

## 7.2 Hvem inngår i definisjonen kronikere i dette kapittelet?

Kronisk sykdom innebærer at en person har en lidelse som i mange tilfeller ikke lar seg helbrede. En del av disse pasientene må regne med større eller mindre grad av symptomer og plager resten av livet. Dette varierer fra at pasienten har lette plager eller funksjonshemminger, til store funksjonshemminger og konstante smerter. For mange tilstander kan helsevesenet imidlertid bidra til at symptomene/plagene lindres og at livskvaliteten bedres. Graden av bedring varierer med type lidelse og individuelle forhold. Tiltakene for å hjelpe disse pasientene rommer en lang rekke virkemidler, blant annet bruk av medikamenter, kirurgi, fysikalsk behandling, trening, lærings- og mestringskurs, varmebehandling o.s.v.

Både Karstensen (2001), Kalseth (2005) og Jensberg m.fl. (2006) har brukt data fra Norsk pasientregister for å beskrive utviklingen og endring i kontakt med sykehusene. I dette arbeidet ble kronisk sykdom definert med utgangspunkt i diagnosekodeverket ICD-10. Disse diagnosegruppene vil også danne grunnlaget for avgrensning av kroniske sykdommer i dette kapittelet. Denne avgrensningen representerer et utvalg av kroniske sykdommer og det kan diskuteres i hvilken grad denne avgrensningen er god eller ikke. Vi inkluderer for eksempel diagnoser som kan betraktes som kroniske inntil den er behandlet, som f. eks "Grå stær" og "Angina Pectoris". Samtidig ekskluderer vi andre diagnoser som kan betraktes som kroniske, som f. eks kreftdiagnoser.

En oversikt over hvilke hoveddiagnoser som inngår samt antallet pasienter (estimert ved hjelp å aggregere opphold etter institusjon og pasientnummer) i hver diagnosegruppe i 2006, samt endring siden 2002, er gitt i tabell 7.1. Gruppen er svært heterogen ved at både lidelsens karakter, pasientenes funksjonsnivå og behovet for spesialisthelsetjenester varierer betydelig. noen av sykdommene er i stor grad alders- og kjønnsrelaterede, mens andre ikke er det (Jensberg m.fl. 2006).

De tre største pasientgruppene er "Arthroser" (leddlidelser), "Kroniske sykdommer i nedre luftveier" (blant annet bronkitt, astma og KOLS) og "Diabetes mellitus". Til sammen utgjør disse tre gruppene ca. 126 000<sup>53</sup> eller nærmere 34 prosent av alle pasientene som var til behandling eller konsultasjon for en eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene i 2006.

Det har vært en økning i pasienttallet som har vært til behandling for alle gruppene, bortsett fra "Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet", "Grå stær", "Grønn stær" og "Angina Pectoris"<sup>54</sup> som har hatt en nedgang i antall behandlede pasienter. For en grundigere presentasjon av de ulike pasientgruppene henvises til Jensberg m.fl. (2006).

---

<sup>53</sup> Har en pasient vært til behandling for flere kroniske hoveddiagnoser vil vedkommende telles som en ny pasient for hver ny hoveddiagnose.

<sup>54</sup> Nedgangen i "Angina Pectoris" bør sees i sammenheng med utviklingen for pasienter med andre hoveddiagnoser relatert til sirkulasjonssystemet, da spesielt diagnosen "Kronisk Iskemisk hjertesykdom" ettersom diagnosestilling kan variere med behandlingssituasjonen, sykdomsforløpet, og eventuelt endringer i registreringspraksis.

Tabell 7.1 Oversikt over de utvalgte kroniske hoveddiagnoser som inngår i dette kapittelet, antall<sup>55</sup> pasienter i hver kategori i 2006 og endring i prosent fra 2002 til 2006.

Hoveddiagnose	Gruppe	ICD-10	2006	Endring i prosent fra 2002 til 2006
Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	Metaboli	E00-E07	10 067	7,7
Diabetes mellitus	Metaboli	E10-E14	38 742	27,4
Parkinsons sykdom	Nervesystemet	G20	4 884	17,3
Andre degenerative sykd. i sentralnervesyst.	Nervesystemet	G30-G32	1 920	-20,3
Demyeliniserende sykd. i sentralnervesystemet	Nervesystemet	G35-G37	5 683	29,9
Epilepsi	Nervesystemet	G40	18 336	11,3
CP	Nervesystemet	G80	2 555	37,0
Hemiplegi	Nervesystemet	G81	213	10,9
Andre paralytiske sykdom.	Nervesystemet	G82	546	24,7
Grå stær	Øye	H25	18 047	-18,8
Grønn stær	Øye	H40	11 532	-5,3
Hypertensjon	Hjerte/kar	I10-I15	18 571	21,6
Angina Pectoris	Hjerte/kar	I20	23 198	-15,1
Kronisk Iscemisk hjertesykdommer	Hjerte/kar	I25	26 233	11,8
Hjertesvikt	Hjerte/kar	I50	12 323	16,0
Aterosklerose	Hjerte/kar	I70	11 914	2,7
Kroniske sykdommer i nedre luftveier	Lunge	J40-J47	43 828	8,3
Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	Lunge	J60-J70	971	13,3
Dermatitt og eksem	Hud	L20-L30	16 634	10,1
Papuloskvamøse lidelser - psoriasis ol	Hud	L40-L45	13 180	22,8
Inflammatoriske leddlidelser	Muskel/skjellet	M05-M14	26 078	15,4
Arthroser	Muskel/skjellet	M15-M19	43 265	17,4
Systemiske bindevevssykdommer	Muskel/skjellet	M30-M36	11 058	21,9
Prostata hyperplasi	Urinveier	N40	14 547	24,3
Sum alle			374 325 <sup>56</sup>	10,2

<sup>55</sup> En person telles som en ny pasient for hver kroniske hoveddiagnose vedkommende er registrert med dersom det er flere enn en. En pasient som har flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene telles med andre ord som en ny pasient for hver av disse. En pasient med slike opphold på flere ulike institusjoner vil telles som en ny pasient for hver ny institusjon vedkommende har vært i kontakt med. Dette medfører at pasienttallene må betraktes som estimater og trolig er noe høyere enn i virkeligheten.

<sup>56</sup> Jamfør fotnoten over vil denne summen ikke være lik totalsum for pasienter i den videre presentasjonen, siden den videre presentasjonen vil en pasient kun telles en gang uavhengig hvor mange av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene vedkommende er registrert med.

### 7.3 Datagrunnlaget og måleproblemer i datagrunnlaget

Datagrunnlaget består av pasientdata fra NPR for årene 2002, 2004 og 2006. Disse data er tilpasset og gjort sammenlignbare med utgangspunkt i situasjonen for 2006. Dette gir oss anledning til å se på endringer i aktivitet og bruk av den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten for ulike pasientgrupper i et 5-årsperspektiv.

Pasientdata fra NPR består av en fil med opplysninger om døgn- og dagopphold, og en fil med opplysninger om polikliniske konsultasjoner, heretter kalt "kontakter" når de omtales samlet. Både døgn- og dagopphold innebærer behandling ved somatiske sykehus, og finansieres gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). Polikliniske konsultasjoner er ikke DRG-finansiert og kan dreie seg om forskjellige typer av kontakter, for eksempel utredning, oppfølging, pasientopplæring m. m. Den polikliniske aktiviteten er imidlertid viktig å inkludere for å få et størst mulig overblikk over endringer knyttet til aktuelle kroniske diagnoser innenfor hele den somatiske helsetjenesten.

Problemstillingene vi skal belyse her er i utgangspunkt knyttet til en bestemt gruppe av pasienter – kronikerne. Det kan diskuteres i hvilken grad de tilgjengelige data er egnet til å belyse denne typen problemstillinger. For å kunne si noe om en pasientgruppes totale bruk av helsetjenester hadde det vært ønskelig med data som omfattet hele helsetjenesten, også primærhelsetjenesten, opptreningsinstitusjoner og de private spesialistene, da vi vet at også disse deltar i behandlingen av kroniske pasienter. Videre vil mange av pasientene ha behandlingsforløp som strekker seg over år. Med dagens datagrunnlag har vi tilgang til kun en avgrenset del av pasientforløpet, ved at man kun kan følge pasientene innenfor hvert kalenderår.

Det vil med andre ord være vanskelig å trekke noen endelige konklusjoner om prioritering med dette datagrunnlaget. Det vi kan si noe om er tilgjengelighet til sykehustjenester i form av opphold og polikliniske konsultasjoner, og om det er flere eller færre pasienter som drar nytte av dette tilbudet.

I presentasjonen har vi hovedsakelig valgt å bruke pasient som mål på tilgjengelighet. Selv om det er opphold som utgjør enheten i materialet registreres det også et pasientnummer for hvert opphold. Disse er ikke unike for hver pasient (f. eks i form av fødsels- og personnummer), men er unike innenfor hver institusjon. Vi kan med andre ord beregne antall pasient ved å aggregere oppholdsdata etter institusjon, pasientnummer og opphold med en eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene, eller ikke. Antallet pasienter beregnet på denne måten tar ikke høyde for at samme pasient kan ha opphold på flere institusjoner – og dermed bli regnet som mer enn en pasient. Vi vet at i 2004 gjaldt dette ca. 11 prosent av alle pasientene ved norske sykehus (Jørgenvåg & Jensberg 2006).

Med andre ord står vi i fare for å overestimere antallet pasienter noe. Den viktigste årsaken til at vi likevel velger å bruke pasient som enhet er at det etter vår oppfatning gir det beste bilde vi kan få per i dag, av hvorvidt en øking i aktiviteten ved sykehusene indikerer at flere pasienter behandles, eller om det er slik at en økning i opphold indikerer færre pasienter behandlet, men at hver pasient får flere behandlinger.

Pasientdata fra NPR som utgjør vårt datamateriale, gir oss tilgang til pasientenes diagnose og hvilken type kirurgisk behandling vedkommende eventuelt har gjennomgått. Det er lite informasjon om innholdet i behandlingen ellers. Utenom det diagnosen i seg selv kan si, har vi heller ikke opplysninger om alvorlighetsgrad eller andre relevante forhold knyttet til pasientenes tilstand.

Det er med andre ord en utfordring å bruke registerdata fra spesialisthelsetjenesten til å kunne si noe om tilbudet til en slik sammensatt pasientgruppe. Registerdata kan beskrive endringer i kontakter med helsetjenesten. Hvordan endring i antall kontakter (døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner) for ulike grupper av pasienter skal tolkes, med hensyn til om det indikerer at tilbudet er bedret, er imidlertid ikke gitt. En endring i forbruk kan i noen tilfeller like gjerne indikere endringer i behov, endringer i tilbud i kommunehelsetjenesten m.m.

Vi har valgt å fokusere på utvalgte kroniske hoveddiagnoser, ikke bidiagnoser, selv om det kunne vært relevant i dette kapittelet. Det er imidlertid dokumentert at koding av bidiagnoser i tidligere år har vært mangelfull. I dagens finansieringssystem er kodingen av bidiagnoser i en del tilfeller viktig for hvilken DRG pasienten grupperes til og påvirker dermed inntekten til helseforetaket. Det har derfor i de senere år vært et sterkt insentiv til å kode mest mulig av relevante bidiagnoser (Jørgenvåg & Hope 2005). Dette gjør det vanskelig å tolke endringen som endret tilbud eller en endring i registrering av bidiagnoser generelt.

## 7.4 Endring i aktivitetsutvikling for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser – nasjonalt nivå

### 7.4.1 Har det vært en lavere vekst i antall og opphold blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser enn øvrige pasienter i perioden 2002-2006?

Først ser vi på hvor stor del av aktiviteten ved somatiske sykehus som kan knyttes til pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser vs. pasienter uten kroniske hoveddiagnoser. Vi fokuserer på endringer i perioden 2002 til 2006 og hvorvidt aktivitetsutviklingen er ulik for disse to pasientgruppene. I Jensberg m.fl. (2006) ble det vist at økning i oppholdsrater og pasientrater med kroniske hoveddiagnoser ikke har vært like sterk som den generelle økningen.

Tabell 7.2 viser antall pasienter/opphold med og uten kroniske hoveddiagnoser, pasientrater/oppholdsrater for hhv. døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner for kroniske hoveddiagnoser og øvrige diagnoser i 2006, samt prosentvis endring siden 2006.

I 2006 var det ca. 342 000 pasienter<sup>57</sup> som ble registrert med en eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene, eller ca. 18,5 prosent av pasientene totalt i den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten. Dette er en økning på ca. 10,5 prosent fra 2002. Til sammenligning har antallet øvrige pasienter økt med ca. 11 prosent. Antallet pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser har med andre ord økt mindre enn antallet øvrige pasienter.

Det samme ser vi også i antall opphold med kroniske hoveddiagnoser. Her har det vært en økning på 11 prosent i opphold og polikliniske kontakter med kronisk hoveddiagnose, mens økningen var på nesten 20 prosent for opphold med øvrige hoveddiagnoser.

Fordelt på omsorgsnivå (døgn, dag og poliklinisk behandling/kontakter) ser vi videre at det har vært en svakere økning i antall pasienter per 1 000 innbygger for pasienter med kroniske hoveddiagnoser enn for pasienter med øvrige diagnoser både når det gjelder døgn og dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Den prosentvise endringen var nærmest uendret for rater for døgnpasienter, og gikk faktisk ned for rater for døgnoppholdene (-1,5 prosent), økte med henholdsvis 10,4 og 25,5 prosent for rate for dagpasienter og dagopphold, og med 9 og 8,6 prosent for rater for polikliniske pasienter og konsultasjoner. Raten for pasienter og opphold uten en kronisk hoveddiagnose har hatt en sterkere prosentvis økning på alle omsorgsnivåer.

Både når vi ser på antallet pasienter og kontakter med kroniske hoveddiagnoser totalt i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten, og når vi bryter ned på omsorgsnivå (døgn- og dagbehandling og poliklinikk), fremstår pasienter med kronisk hoveddiagnose som en gruppe med svakere vekst i både i antall pasienter og kontakter, enn de øvrige pasientene.

---

<sup>57</sup> Antall pasienter er beregnet ved å aggregere oppholdene etter institusjon, pasientnummer og hvorvidt vedkommende har minst et opphold med en av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene.

Tabell 7.2 Pasienter med og uten kronisk hoveddiagnose i absolutte tall og som rater per 1 000 innbygger i 2006, samt prosentvis endring fra 2002

Omsorgsnivå/type hoveddiagnose	2006		Endring i prosent fra 2002 til 2006	
	Pasienter	Kontakter (opph/polikli)	Pasienter	Kontakter (opph/polikli)
<b>Ant. pasienter<sup>1)</sup>/opphold med og uten kronisk hoveddiagn.</b>				
Ant. pas./opph. m/(en eller flere) kronisk hoveddiag.	342 390	771 216	10,4	11,0
Pas./opphold uten kronisk hoveddiagnose	1 514 781	4 205 144	11,1	19,7
Pasienter/opphold totalt	1 857 171	4 976 360	10,9	18,3
<b>Ant. pasienter<sup>2)</sup>/opphold per 1 000 med kronisk hoveddiagn.</b>				
Døgnopphold	18,2	23,0	0,1	-1,5
Dagopphold	6,4	9,8	10,4	25,5
Polikliniske konsultasjoner	61,5	132,0	9,0	8,6
<b>Ant. pasienter<sup>3)</sup>/opphold per 1 000 uten kronisk hoveddiagn.</b>				
Døgnopphold	123,8	164,2	8,3	10,0
Dagopphold	43,1	107,4	34,7	50,0
Polikliniske konsultasjoner	289,2	626,7	9,3	13,8

<sup>1)</sup> Antallet pasienter er aggregert etter institusjon, pasientnummer og hvorvidt pasienten har minst et opphold med minst en av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene og havner da i gruppen pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser. Dersom pasienten ikke er registrert med noen slike opphold, havner vedkommende i pasientgruppen uten kronisk hoveddiagnose.

<sup>2)</sup> Antallet pasienter er aggregert etter institusjon, pasientnummer, omsorgsnivå og hvor pasienten har minst ett opphold med minst en av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene.

<sup>3)</sup> Antallet pasienter er aggregert etter institusjon, pasientnummer, omsorgsnivå og hvor pasienten ikke har hatt noen opphold eller polikliniske konsultasjoner med en av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene.

#### 7.4.2 Er aktivitetsveksten lavere for pasienter med kronisk hoveddiagnose også når vi inkluderer øvrige opphold blant disse pasientene?

Som nevnt i kapittel 7.1 kan pasienter som er registrert med en eller flere kroniske hoveddiagnoser i tillegg ha vært til behandling med andre diagnoser enn kroniske. Andre studier viser at kroniske helseproblemer er utbredt og at disse pasientene står for en stor andel av bruken av helsetjenester. I England finner en for eksempel at 60 prosent av den voksne befolkningen rapporterer en eller annen form for kronisk helseproblem. De 15 prosent av disse som har 3 eller flere kroniske problemer står for omtrent 80 prosent av konsultasjonene hos primærlegene og nærmere 30 prosent av liggedagene på sykehus (Nolte & McKee 2005). Vi har ikke funnet tilsvarende studier for den norske situasjonen, men det kan være en rimelig antagelse at pasienter med kroniske lidelser også har opphold og konsultasjoner med andre hoveddiagnoser enn den kroniske, og at denne pasientgruppen legger beslag på en forholdsvis større del av helsetjenestetilbudet enn det som er gjennomsnittet.

I dette avsnittet skal vi se på hvor mye av kontakten med spesialisthelsetjenesten som kan knyttes til andre enn kroniske hoveddiagnoser for denne pasientgruppen, og hvor stor del av kontakten med spesialisthelsetjenesten totalt som kan knyttes til disse pasientene?

Tabell 7.3 gir en oversikt over andelen opphold og polikliniske konsultasjoner med kronisk hoveddiagnose, andelen andre opphold og polikliniske konsultasjoner som kan knyttes til pasienter som har en eller flere kroniske hoveddiagnoser, samt andelen øvrige opphold, for årene 2002 og 2006.

Tabell 7.3 Antall kontakter med spesialisthelsetjenesten med og uten kronisk hoveddiagnose i prosent av antall kontakter i alt etter omsorgsnivå. 2002 og 2006.

Type hoveddiagnose	2002 Pst				2006 Pst			
	Døgn	Dag	Poliklinikk	I alt	Døgn	Dag	Poliklinikk	I alt
Opphold med kronisk hoveddiagnoser	13,5	9,8	18,1	17,2	12,3	8,3	17,4	15,5
Andre opphold for pasienter med kronisk hoveddiagnose	10,5	15,8	9,7	10,3	11,3	16,8	10,4	11,3
<i>Opphold knyttet til pasienter med kronisk hoveddiagnoser</i>	<i>24,0</i>	<i>25,6</i>	<i>27,7</i>	<i>27,5</i>	<i>23,5</i>	<i>25,1</i>	<i>27,8</i>	<i>26,8</i>
Øvrige opphold	76,0	74,4	72,3	72,5	76,5	74,9	72,2	73,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	785 663	361 548	3 060 055	3 421 603	876 196	548 645	3 551 519	4 976 360

Vi ser at kontakter med spesialisthelsetjenesten totalt (døgn- og dagopphold samt polikliniske konsultasjoner) har gått fra en andel av alle kontakter på 17,2 i 2002 til 15,5 prosent i 2006 for pasienter med kronisk hoveddiagnose. Det har vært nedgang i alle typer kontakter. Samtidig har det vært en økning i andelen andre opphold knyttet til disse pasientene på 1 prosentpoeng, fra 10,3 til 11,3 prosent. Disse oppholdene og konsultasjonene utgjorde henholdsvis ca. 11 prosent av alle døgnopphold, 17 prosent av alle dagopphold og 10 prosent av alle polikliniske konsultasjonene i 2006.

Dette viser to ting: Denne pasientgruppen har en rekke opphold og polikliniske kontakter med spesialisthelsetjenesten som registreres under andre hoveddiagnoser, og denne typen kontakter har økt selv om andelen kontakter med kroniske hoveddiagnoser går ned.

Når vi slår sammen alle opphold og polikliniske konsultasjoner som kan knyttes til pasienter med kroniske hoveddiagnoser, ser vi fremdeles en nedgang fra 27,5 prosent i 2002 til 26,8 prosent i 2006, altså 0,8 prosentpoeng for denne pasientgruppa.

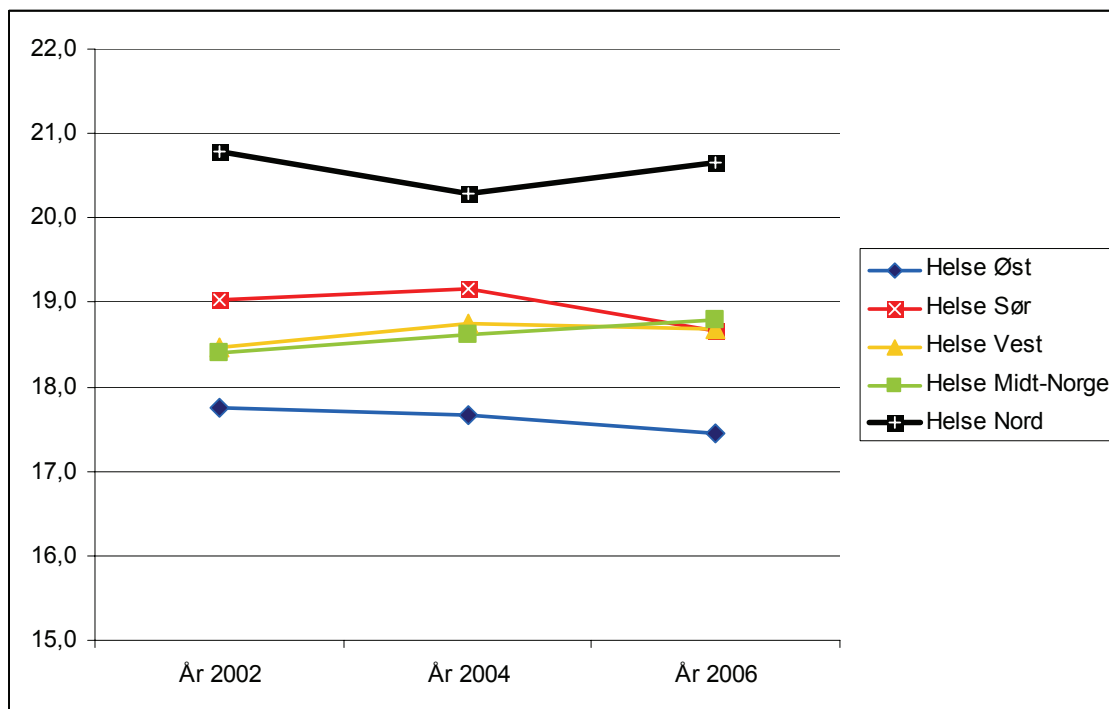
Pasienter med kroniske hoveddiagnose har med andre ord ikke økt sin andel av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten i forhold til de øvrige pasientene selv om vi inkluderer øvrige kontakter med spesialisthelsetjenesten.

## 7.5 Endring i aktivitetsutvikling for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser – regionalt nivå

### 7.5.1 Er det forskjeller mellom regionene i utviklingen av antall pasienter med kroniske hoveddiagnoser?

Analysen av pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser på nasjonalt nivå viste at denne pasientgruppen har hatt en svakere vekst i både antall pasienter og kontakter, enn øvrige pasienter i perioden 2002-2006. Finner vi denne variasjonen også i de enkelte helseregionene?

Aller først presenterer vi en oversikt over utviklingen i andelen pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser for årene 2002, 2004 og 2006 på helseregionnivå.

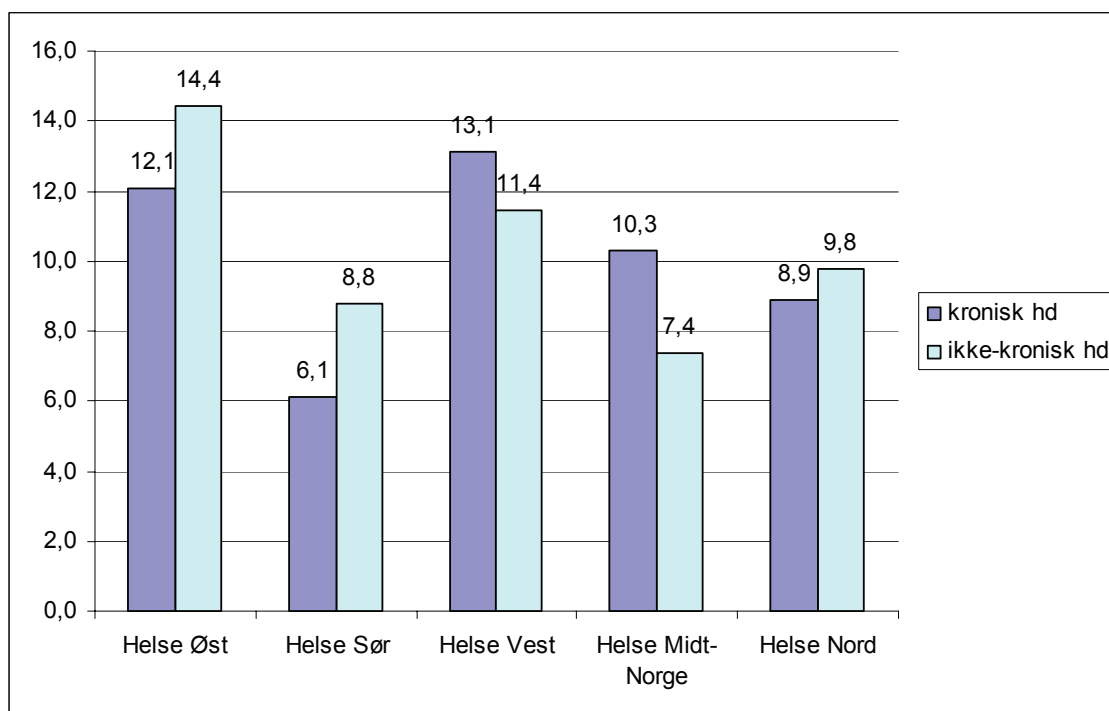


Figur 7.1 Prosentvis endring i antall pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser etter helseregion, 2002, 2004 og 2006. Prosent av alle pasienter.

Figur 7.1 viser hvor stor andel av pasientene som har en eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene etter helseregion for årene 2002, 2004 og 2006. Her er pasienter beregnet ut fra om de har hatt minst en kontakt med den offentlige spesialisthelsetjenesten (døgn-dagbehandling og/eller polikliniske konsultasjoner).

Vi får illustrert i figuren at det har vært noe ulik utvikling i helseregionene. Mens helseregion Øst har hatt en jevn nedgang i andelen pasienter med kroniske hoveddiagnoser, har helseregion Vest og Midt-Norge hatt en jevn økning. Også helseregion Nord og Sør har hatt en nedgang i denne pasientgruppa fra 2002 til 2006, men helseregion Sør hadde en økning fra 2002 til 2004 for deretter å få en nedgang fra 2004 til 2006, mens i helseregion Nord minket denne pasientgruppa fra 2002 til 2004 for deretter å øke noe i 2006.





Figur 7.2 Prosentvis endring i antall pasienter med og uten kronisk hoveddiagnose i perioden 2002 til 2006.

Figur 7.2 viser den prosentvise endringen i antall pasienter med og uten minst en kronisk hoveddiagnose fra 2002 til 2006. Vi ser av denne figuren at endringen i antall pasienter har vært større for kronikerpasienter enn for øvrige pasienter i helseregion Øst, helseregion Sør og helseregion Nord. I helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har det imidlertid vært en større prosentvis økning i antallet kronikerpasienter enn øvrige pasienter. Disse to helseregionene skiller seg med andre ord fra det mønster vi fant på nasjonalt nivå ved å ha en annen utvikling i andelen pasienter med kroniske hoveddiagnoser.

Er det regionale variasjoner i behandlingsraten på de ulike omsorgsnivåene? Tabell v7.1 i vedlegg gir en oversikt over antall pasienter per 1 000 innbygger etter omsorgsnivå og boregion for pasienter med og uten kronisk hoveddiagnose.

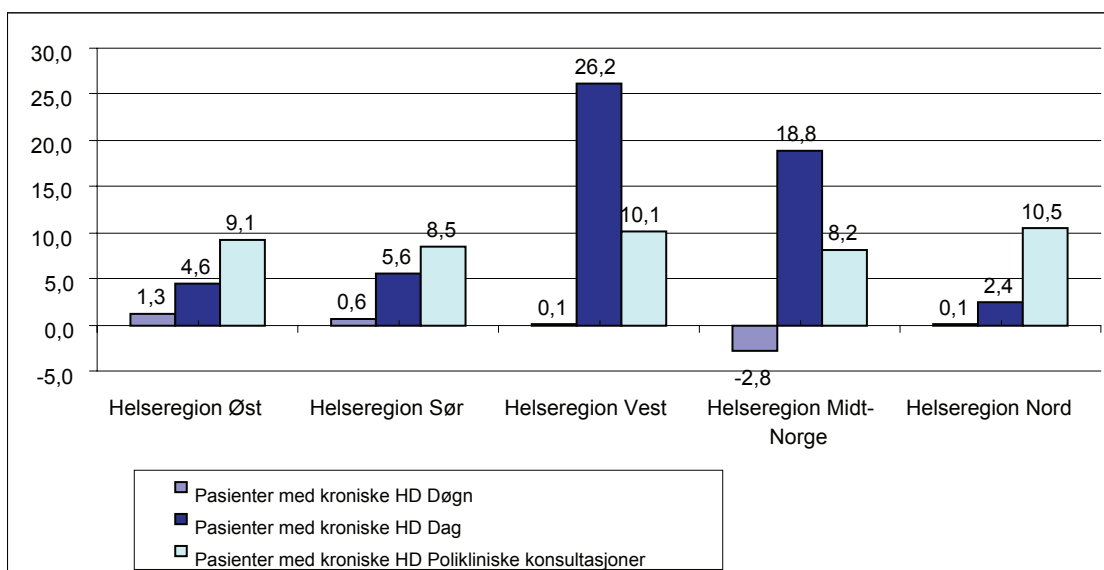
Den høyeste pasientraten for døgnbehandling, ca. 21 pasienter per 1 000 innbygger, finner vi i helseregion Nord og helseregion Sør, mens de tre øvrige helseregioner har en pasientrate på ca. 17 per 1 000. Helseregion Sør ligger høyest på pasientraten for dagbehandling med 8 per 1 000, mens helseregion Øst har den laveste med 5 per 1 000. Pasientraten for polikliniske konsultasjoner er høyest i helseregion Nord med vel 83 per 1 000, mens helseregion Øst ligger lavest også her, med ca. 56 per 1 000.

Generelt sett har helseregion Øst de laveste behandlingsratene for pasienter med kroniske hoveddiagnoser mens helseregion Nord har de høyeste for døgnbehandling og polikliniske konsultasjoner<sup>58</sup>.

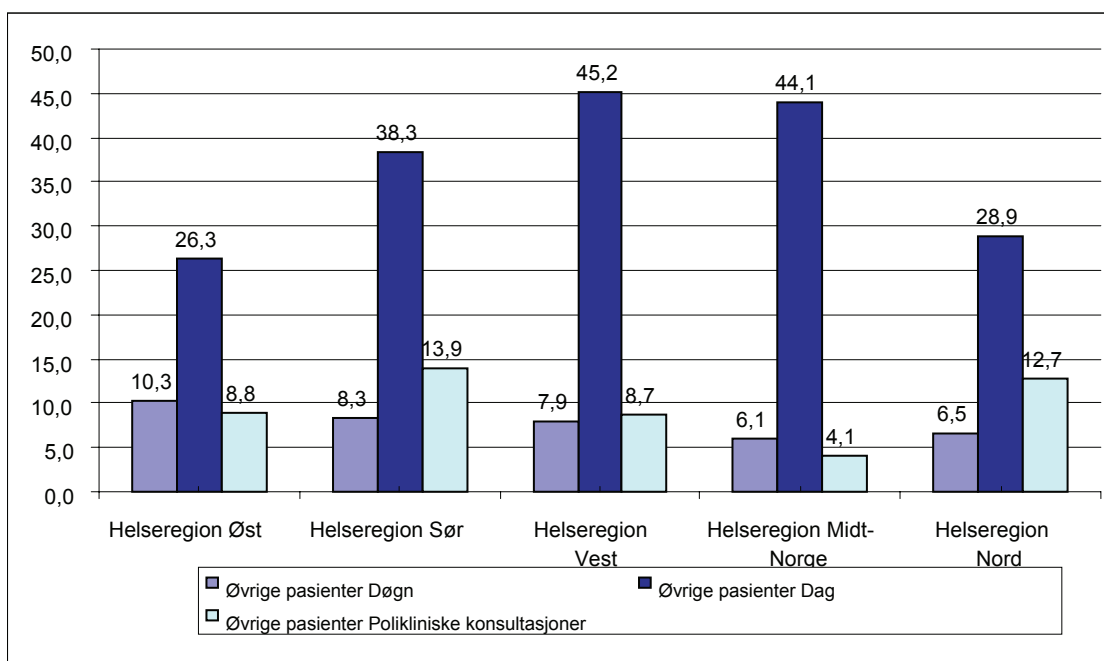
Dersom vi sammenligner med behandlingsratene for de øvrige pasientene er det samme mønster vi ser når regionene sammenlignes. Helseregion Nord fremstår som den regionen med høyest behandlingsrater for øvrige pasienter både for døgnbehandling og for poliklinisk behandling. Også ratene for dagpasienter ligger høyt. I den andre enden av skalaen ligger

<sup>58</sup> Private avtalespesialister inngår ikke i dette datagrunnlaget, noe som kan ha betydning for de relativt lave ratene i helseregion Øst og de relativt høye i helseregion Nord. I kapittel 4, tabell 4.7 og figur 4.12 illustreres de regionale variasjonene i poliklinisk behandling dersom private avtalespesialister inkluderes i datagrunnlaget. Helseregionene med lavest forbruk av konsultasjoner ved offentlige poliklinikker har imidlertid et tilsvarende høyere forbruk av private avtalespesialistkonsultasjoner. Bruken av private avtalespesialister ser altså ut til å ha en utjevne effekt på de geografiske forskjellene i bruken av offentlige poliklinikker, og som et resultat av dette er det relativt små forskjeller mellom helseregionene i totalratene.

helseregion Øst, både på pasientraten for døgnbehandling og for poliklinisk behandling. Helseregion Øst ligger imidlertid også relativt lavt. Ser vi på rater for opphold i stedet for pasienter endres bildet lite, jf. tabell v7.2 i vedlegg.



Figur 7.3 Prosentvis endring i rater 2002-2006 for pasienter med kronisk hoveddiagnose etter omsorgsnivå og boregion.



Figur 7.4 Prosentvis endring i rater 2002-2006 for pasienter uten kronisk hoveddiagnose etter omsorgsnivå og boregion.

Figur 7.3 illustrerer den prosentvise endringen i pasienter per 1 000 innbygger med kroniske hoveddiagnoser. Vi ser at pasientraten for døgnbehandling har økt mest i region Øst (1,3 prosent), og har gått ned med 2,8 prosent i helseregion Midt-Norge. Pasientraten for dagbehandling har økt mest i helseregion Vest (ca. 26 prosent) og minst i helseregion Nord. Pasientraten for poliklinisk behandling har økt mest i helseregion Nord og minst i helseregion Midt-Norge.

Sammenligner vi endringen i behandlingsratene for kroniske pasienter med endringer i behandlingsratene for de øvrige pasientene finner vi at det er et annet mønster i denne pasientgruppa, se figur 7.4. Generelt er den prosentvise endringen større på alle omsorgsnivåene, og spesielt er det ratene for dagpasienter som har økt mest i alle regioner, mens det varierer mellom regionene om raten for døgn eller dagpasienter har hatt den sterkeste økningen. Unntaket er raten for pasienter med kroniske hoveddiagnoser på poliklinikk i helseregion Øst, Vest og Midt-Norge som har økt mer enn raten for øvrige pasienter.

### 7.5.2 Øvrige opphold og konsultasjoner blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser – regionalt nivå

Innledningsvis i dette kapitlet presenterte vi hvor mange kontakter med spesialisthelsetjenesten pasienter med kroniske hoveddiagnoser hadde totalt. I hvor stor grad varierer dette mellom regionene? Tabell v7.3 i vedlegg gir en oversikt over dette på regionalt nivå. Denne tabellen viser andelen kontakter med kronisk hoveddiagnose utgjør av kontakter totalt, andelen øvrige kontakter pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser har, og andelen disse utgjør til sammen av de totale antall kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2006.

Helseregion Øst har relativt lave andeler opphold med kronisk hoveddiagnose, og øvrige opphold, på alle omsorgsnivå. Helseregion Øst er den regionen som ligger lavt på kontakter som kan knyttes til pasienter med kroniske hoveddiagnoser. Det gjelder alle omsorgsnivå.

Helseregion Sør har den høyeste andelen døgnopphold med kronisk hoveddiagnose, men skiller seg ikke ut spesielt på verken dagbehandling eller polikliniske konsultasjoner. På øvrige opphold skiller de seg heller ikke ut fra de øvrige regionene. Helseregion Sør har en relativt høy andel døgnopphold når vi ser alle under ett, men ligger lavest på andel dagopphold. Også andelen polikliniske konsultasjoner er relativt lav sammenlignet med de øvrige regionene.

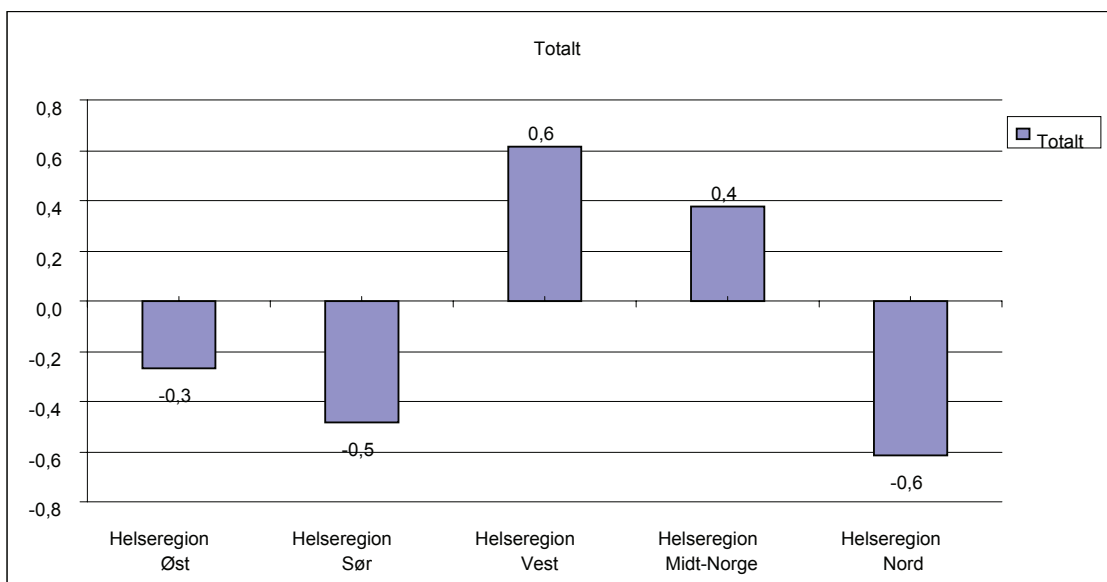
Helseregion Vest har en lav andel døgnopphold, og den høyeste andelen dagopphold med kronisk hoveddiagnose. For øvrige opphold har de den laveste andelen dagopphold og en relativt lav andel polikliniske konsultasjoner. Når vi ser alle oppholdene som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnoser under ett, fremstår helseregion Vest som en region hvor disse pasientene har en større andel polikliniske konsultasjoner enn de fleste andre, men skiller seg ikke spesielt ut på døgn- og dagopphold.

Helseregion Midt-Norge har den laveste andelen døgnopphold med kronisk hoveddiagnose, samtidig som de har en relativt stor andel dagopphold også. De ligger relativt høy på andelen andre kontakter som kan knyttes til kroniske pasienter, men når vi ser kontakter totalt skiller ikke Helseregion Midt-Norge seg ut på noen spesiell måte.

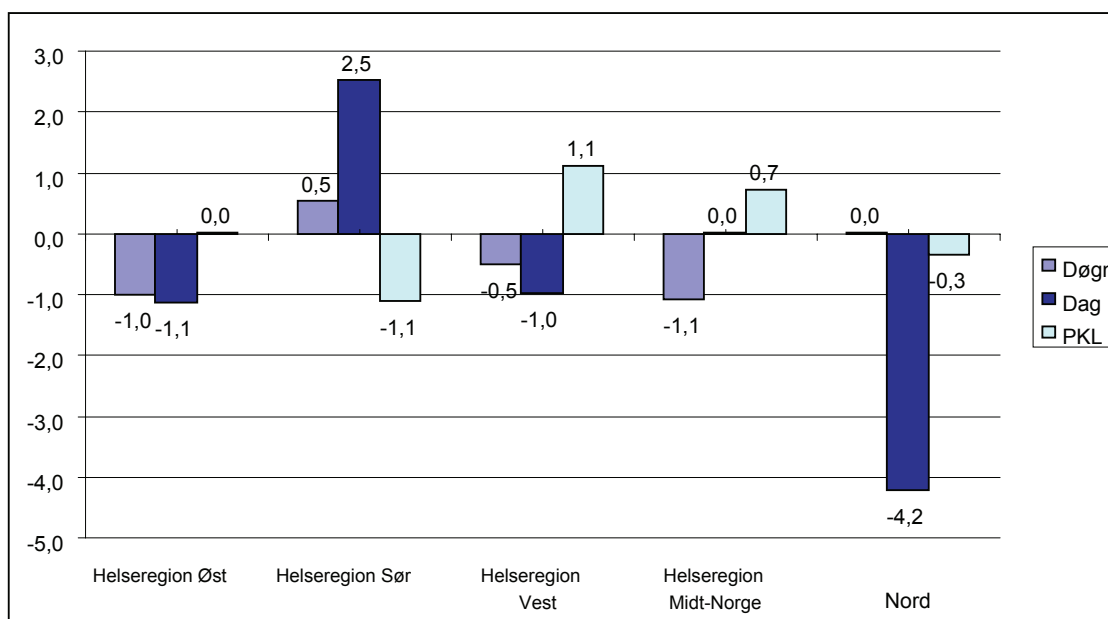
Helseregion Nord har den høyeste andelen opphold og polikliniske konsultasjoner, uavhengig av hoveddiagnose, som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose. Når vi splitter disse etter hoveddiagnose er det særlig blant de øvrige kontaktene Helseregion Nord ligger høyest.

Vi så innledningsvis at pasienter med kronisk hoveddiagnose stod for ca. 27 prosent av de totale kontaktene med spesialisthelsetjenesten, og at det har vært en nedgang på ca. 1 prosent i denne andelen siden 2002, jf. tabell 7.3. Figur 7.5 viser denne endringen brutt ned på regionnivå, for alle kontakter som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose.

Figuren viser at helseregion Vest og helseregion Midt-Norge skiller seg fra de øvrige ved å ha en økt andel av kontakter totalt som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose, med henholdsvis 0,6 og 0,4 prosentpoeng. Helseregion Øst, Sør og Nord har alle hatt en nedgang i andel slike kontakter.



Figur 7.5 Endring i andel kontakter totalt som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose etter region.



Figur 7.6 Endring i andel kontakter totalt som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose etter region og omsorgsnivå.

Figur 7.6 viser endring i andel døgn- og dagopphold, og polikliniske kontakter for de enkelte helseregionene. Av denne figuren ser vi at den økningen vi finner i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge skyldes en økning i andelen polikliniske konsultasjoner blant pasienter med en kronisk hoveddiagnose. Vi ser videre at nedgangen i helseregion Øst

skyldes en nedgang i både døgn og dagopphold, mens det i helseregion Sør kan knyttes til nedgang i andelen polikliniske konsultasjoner for denne pasientgruppen, og i helseregion Nord skyldes dette en nedgang i både dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Det er med andre ord et varierende bilde av endringer innenfor omsorgsnivåene på regionnivå. Det generelle inntrykket er likevel at helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har hatt en økning i andel pasienter med kronisk hoveddiagnose og i andel kontakter blant disse pasientene, mens dette ikke er tilfelle for de øvrige helseregionene.

## 7.6 Oppsummering og avslutning

I dette kapittelet har vi sett at aktivitetsveksten blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser fortsatt er lavere enn blant pasienter med andre hoveddiagnoser.

Disse pasientene har en rekke opphold og polikliniske kontakter med spesialisthelsetjenesten som registreres under andre hoveddiagnoser. Andelen av denne type kontakter har økt selv om andelen kontakter med kroniske hoveddiagnoser går ned.

Totalt sett har imidlertid andelen kontakter med spesialisthelsetjenesten for pasienter med kroniske hoveddiagnoser gått ned i perioden, også når vi inkluderer øvrige kontakter med spesialisthelsetjenesten.

Når vi ser på de regionale variasjonene blir bildet noe mer nyansert. Helseregion Vest og helseregion Midt-Norge fremstår som regioner hvor andelen pasienter med kroniske hoveddiagnoser har hatt en sterkere økning enn øvrige pasienter.

Når vi sammenligner den prosentvise endringen i ratene for antall pasienter per 1 000 innbygger med kronisk hoveddiagnose ser vi at det i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har vært en kraftig økning i raten for dagpasienter, mens det er mer jevnt for døgnpasienter og pasienter på poliklinikk.

Dersom vi inkluderer øvrige opphold og konsultasjoner finner vi at både helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har en økning i andelen opphold totalt som kan knyttes til pasienter med en kronisk hoveddiagnose.

Hvorvidt dette er en indikasjon på at tilbudet til denne pasientgruppen har blitt dårligere i noen helseregioner og bedre i andre er imidlertid ikke gitt. Som nevnt innledningsvis kan endringer i forbruk også indikere endringer i behov, endring i tilbud i kommunehelsetjenesten med mer. I tillegg er datagrunnlaget begrenset med tanke på at disse pasientene også kan motta behandling i primærhelsetjeneste, av private spesialister, samt den begrensingen som ligger i at det ikke er mulig å følge pasienten over flere kalenderår.



## 8 Ventetid til behandling

Birgitte Kalseth

### 8.1 Innledning

Gjennom 1990-tallet var det en jevn vekst i antall innleggelser som øyeblikkelig hjelp, mens den elektive aktiviteten ved døgnavdelingene ikke økte. Samtidig var det en økende bekymring for antallet på venteliste og at mange ventet over ett år på behandling. Ulike tiltak har blitt satt i verk de siste 10 årene for å avhjelpe ventelistesituasjonen. Fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering (ISF) er en del av dette bildet. Mange i kø og lang ventetid til behandling var også en av begrunnelsene for helsereformen som ble implementert i 2002 (Sosial- og helsedepartementet 2001). De første årene etter innføring av reformen var det derfor et svært viktig helsepolitisk mål å korte ned ventelistene og ventetidene. Det ble også viktig å få ryddet i listene for å sanere ikke reelt ventende og få en mer pålitelig ventelisteoversikt. Samtidig økte aktiviteten ved de offentlige sykehusene, og bruken av private sykehus/spesialister tiltok (Jørgenvåg 2005a). Tidligere undersøkelser har vist at antall registrert ventende ble kraftig redusert i perioden 2002 til 2004 og at den gjennomsnittlige ventetiden ble kortere (Jørgenvåg 2005b, 2006).

I dette kapitlet vil vi:

- Gi en overordnet og oppdatert beskrivelse av ventetider til behandling ved norske sykehus. Herunder identifisere på hvilket omsorgsnivå, hvilke fagområder og områder av landet som per første tertial 2007 hadde flest pasienter med lang ventetid, relativt sett.
- Analysere noen faktorer som kan antas å bidra til forskjeller i ventetid mellom pasienter og geografiske områder

### 8.2 Viktig å vite om datagrunnlaget for beregning av ventetider

Alle pasienter som ikke henvises som øyeblikkelig hjelp er per definisjon elektive. Det vil si at de er en del av den planlagte virksomheten og skal ventelisteføres. Når en pasient henvises til oppfølging innen spesialisthelsetjenesten vil datoen for mottak av henvisningen, ansiennitetsdatoen, danne grunnlaget for beregning av ventetid. Opprinnelig ansiennitetsdato skal medfølge i tilfeller hvor pasienten henvises videre for samme tilstand. Det finnes to ulike datagrunnlag med muligheter for uttak av ventetidsinformasjon: Ventelistedata og pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister (NPR).

### 8.2.1 Ventelistedata

Ventelistedata baserer seg på uttak av ventelisteinformasjon fra sykehusene beskrevet i Rundskriv I-16/2005 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Her er det henvisningen som er rapporteringsenhet. Dataene gir muligheter både til å se hvor mange som på et gitt tellingstidspunkt står oppført på venteliste (øyeblikkstill) og hvor mange som er avviklet fra ventelisten i løpet av en periode (periodetall).

Henvisningen avvikles fra venteliste når pasienter har første kontakt/innleggelse (ordinært avviklet) eller hvis pasienten dør, vil velge et annet sykehus, eller det oppstår andre forhold som gjør at pasienten ikke blir behandlet ved det aktuelle sykehus (ikke ordinært avviklet). I rapporteringen inngår opplysninger om fagområde og omsorgsnivå, i tillegg til opplysninger som kjønn, alder, bosted og behandlingssted<sup>59</sup>. Ventelistedataene gir ikke muligheter til å beregne ventetiden for detaljerte diagnosegrupper eller for spesifikke prosedyrer. Kreftpasienter kan for eksempel i liten grad identifiseres.

### 8.2.2 Pasientdata

Pasientdata er basert på sykehusenes pasientadministrative system. I disse dataene er det den enkelte konsultasjon/innleggelse som er rapporteringsenheten. For elektive kontakter skal det være registrert ansiennitetsdato og vurderingsdato<sup>60</sup>. Den store fordelen med disse dataene er at rapporteringen inkluderer angivelser av spesifikke diagnoser (ICD-10) og prosedyrekoder (NCSP). Dette muliggjør blant annet identifikasjon av kreftpasienter. Den store utfordringen med bruk av pasientdata til beregning av ventetid er at mange pasienter har lange serier av opphold, hvor den samme ansiennitetsdatoen blir med gjennom hele forløpet. Dette vil spesielt gjelde pasienter med kronisk sykdom og kreftpasienter. Den beste løsningen på dette er å bruke første kontakt som er registrert som grunnlag for beregning av ventetid. Et problem er likevel at vi kun ser på data isolert for ett år om gangen og den første kontakten ett år kan derfor være en i rekken av kontakter som startet året før. Når man bruker pasientdata som grunnlag, er det derfor viktig å huske at beregnet ventetid kan framstå som lengre enn den reelt er. Dette er imidlertid et langt mindre problem når vi vil beregne ventetid for pasienter som har gjennomgått en operasjon (kirurgi). Selv om en del av pasientene selvsagt har flere operasjoner, er omfanget av serieoperasjoner begrenset.

### 8.2.3 Begge datasett benyttes i dette kapitlet

For å gi en beskrivelse av den overordnede ventetidsutviklingen benyttes ventelistedata basert på antall henvisninger hvor pasienten er ordinært avviklet fra ventelista. Når vi studerer spesifikke pasientgrupper med kreftdiagnose (kap 8.3.3) eller prosedyrekoder (kap 8.4) ligger pasientdata til grunn for ventetidsberegningene.

Vi gjør oppmerksom på at private kommersielle sykehus og private avtalespesialister i praksis ikke inngår i noen av datagrunnlagene på grunn av manglende registrering av ansiennitetsdato. Dette gjør at en del av den dagkirurgiske aktiviteten ikke er inkludert. Ventetidsberegningene omfatter derfor så å si utelukkende aktiviteten ved offentlige sykehus og ved institusjoner som har driftsavtale med et regionalt helseforetak. I tillegg mangler ansiennitetsdato for mye av den elektive aktiviteten ved Ullevål sykehus i innrapporterte pasientdata for 2006<sup>61</sup>.

<sup>59</sup> Se mer om Ventelistedata innrapportert til NPR på [http://www.shdir.no/norsk\\_pasientregister](http://www.shdir.no/norsk_pasientregister)

<sup>60</sup> Vurderingsdato er den dato vurderingen av henvisningen er avsluttet. Vurderingsgaranti: En individuell rett som skal sikre at alle henvisninger til offentlige sykehus eller poliklinikker vurderes innen 30 virkedager fra mottaksdato. Pasientrettighetsloven § 2-2.

<sup>61</sup> Dette skyldes antakelig et datateknisk problem fordi foretaket er inkludert i innrapporteringen av ventelistedata til NPR for 2006. For resten av helseforetakene er komplettheten på registreringen av ansiennitetsdato i pasientdataene høy.

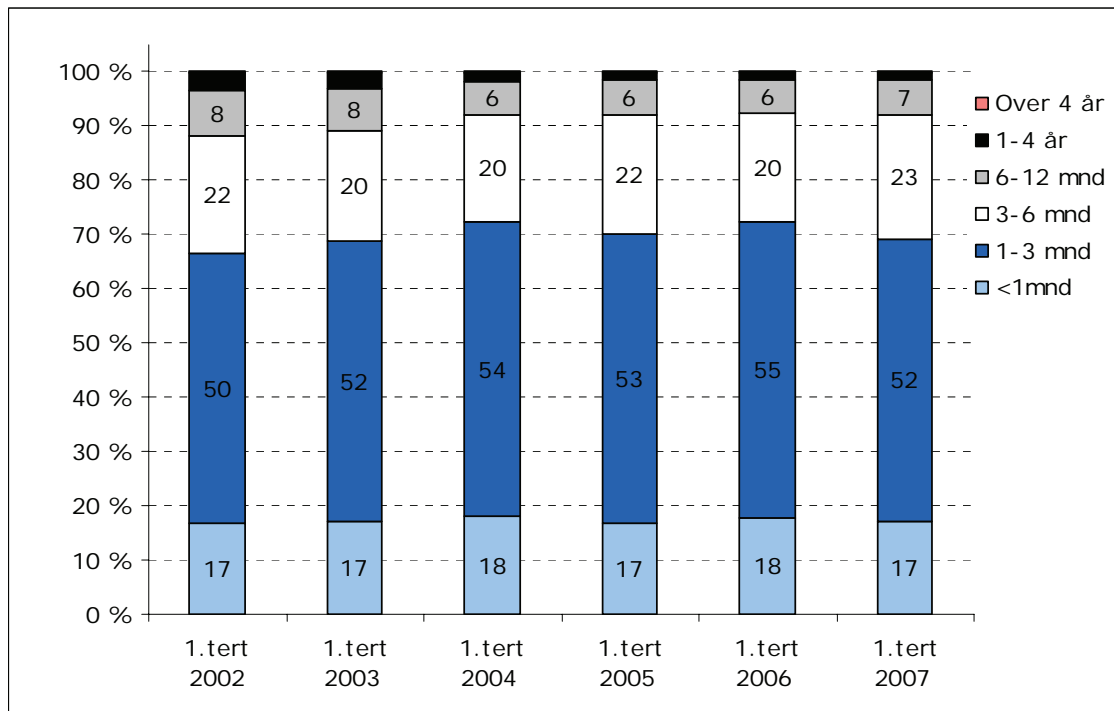


### 8.3 Ventetider – det store bildet

Helsereformen medførte et langt større fokus på å framskaffe bedre styringsinformasjon, herunder mer pålitelig ventelisteinformasjon. I perioden fra 2001 til 2003 ble tallet på antall ventende på venteliste og antall registrerte langtidsventende sterkt redusert (Jørgenvåg 2004). En viktig årsak til dette var sannsynligvis stor fokus på rydding i ventelistene (Dahlen m.fl. 2002, Paulsen m.fl. 2003), men også en økning i aktiviteten (Jørgenvåg 2003, 2005). Det siste gjaldt spesielt en del "enkler" kirurgi med lav hastegrad hvor det tidligere var svært lang ventetid.

På grunn av usikkerhet med hensyn til antallet reelle ventere<sup>62</sup> på begynnelsen av dette tiåret, vil vi ikke se på ventetiden til de ventende (øyeblikkstill), men heller framstille ventetiden for pasienter som ble ordinært avviklet fra venteliste (periodetall), det vil si de som har mottatt behandling/utredning.

Figur 8.1 viser den relative fordelingen i ventetid for perioden 1. tertial 2002 fram til 1. tertial i 2007 og er uavhengig av omsorgsnivå (poliklinikk, dagbehandling eller innleggelse). Det mest slående er hvor stabil den overordnede ventetidsfordelingen ser ut til å være. I 2002 ventet 67 prosent av pasientene under 3 måneder på utredning eller behandling, mens dette gjaldt 69 prosent i 2002. Høyest andel avviklet fra venteliste innen tre måneder ble registrert i 2004, med 72 prosent. Andelen som ventet mer enn et halvt år var 11 prosent i 2002 og 8 prosent i 2007.



Figur 8.1 Ventetidsfordeling somatikk. Alle omsorgsnivå. Ordinært avviklede henvisninger 1. tertial 2007.

<sup>62</sup> Ifølge Norsk pasientregister kan det også i dag være utfordringer knyttet til oppdaterte ventelister. Se [http://www.shdir.no/norsk\\_pasientregister/ventelister/tolking\\_av\\_data/](http://www.shdir.no/norsk_pasientregister/ventelister/tolking_av_data/)

Mønsteret på overordnet nivå er relativt likt også når vi bryter det ned på omsorgsnivå (se vedleggstabellene v8.1-v8.3). Det store flertall fikk utredning/behandling innen et halvt år innenfor alle tre omsorgsnivå. Andelen pasienter med ventetider over 6 måneder, og over ett år, er likevel noe redusert. Nedgangen i prosentpoeng fra 2002 til 2007 var størst for pasienter henvist til dagbehandling (-8 prosentpoeng for ventetid over 6 mnd). For poliklinikk og innleggelse lå nedgangen på mellom 3 og 4 prosentpoeng.

Oppsummeringsvis konkluderer vi med at det ikke har vært en dramatisk endring i ventetidsfordeling i perioden som studeres. Det har likevel vært en registrert reduksjon i andelen som venter svært lenge. Som vist i kapittel 1 har den gjennomsnittlige ventetiden gått ned. Manglende oversikt over ventetiden til pasienter som er behandlet ved private sykehus på det offentliges regning gjør at vi ikke kan vurdere effekten av bruk av private på ventetiden.

### 8.3.1 Hvem var langtidsventerne første tertial 2007?

Vedleggstabellene v8.4-v8.6 viser en kumulativ ventetidsfordeling innen fagområdene i innrapporterte ventelistedata for perioden 1. tertial 2007, og er fordelt etter omsorgsnivå. Tabell 8.1 er en forenkling av disse der kun fagområdene med høyest andel ventende over seks måneder er inkludert. Variasjonen i andel som ventet over seks måneder var størst innen dagbehandling, med en variasjon på 125 prosent målt ved variasjonskoeffisienten. Variasjonen var minst for poliklinisk utredning/behandling (69 prosent variasjon).

Innen plastikk- kirurgi var det relativt sett mange (36 prosent) som ventet over et halvt år på behandling som krever innleggelse. Dette fagområdet kommer også høyt for andel ventet over seks måneder til poliklinisk utredning/behandling og dagbehandling (17 prosent). I faktiske tall var det imidlertid flest som ventet lenge på poliklinisk utredning/behandling, noe som gjelder alle fagområder.

Øre-nese-hals og ortopedisk kirurgi er andre områder hvor andelen som ventet over seks måneder til innleggelse var høy, relativt sett. Dette er i tillegg fagområder med et høyt antall pasienter. For dagbehandling var det nyresykdommer, karkirurgi og revmatiske sykdommer som hadde den høyeste relative andel av langtidsventere (mellom 40 til 50 prosent), mens det for polikliniske henvisninger var yrkes- og arbeidsmedisin, anestesilogi, plastikk-kirurgi og revmatiske sykdommer som hadde høyest andel.

For pasienter innlagt på heldøgnsavdeling var det høyest andel korttidsventere innen fagområdene "Ikke-kirurgisk kreftbehandling", "Nyresykdommer", "Generell indremedisin" og "Blodsykdommer" (se vedleggstabellene). For dagbehandling var det "Generell indremedisin" og "Lungesykdommer" som hadde høyest andel korttidsventere, mens dette gjaldt "Ikke-kirurgisk kreftbehandling" og "infeksjonssykdommer" ved poliklinikkene.

Hvis vi er interessert i det faktiske antallet langtidsventere, ikke andelen, er det totalt sett flest innenfor fagområdene ortopedisk kirurgi, øre-nese-halssykdommer, kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp, nevrologi og øyesykdommer. Disse utgjør 54 prosent av de som ventet mer enn seks måneder når alle omsorgsnivå ses under ett. Her må det påpekes at ventetid innen fødselsomsorgen i de fleste tilfeller vil være styrt av andre forhold enn kapasiteten på sykehusene.

Tabell 8.1 Fagområder med høyest andel med ventetid over 6 måneder. Ordinært avviklede henvisninger fra venteliste 1. tertial 2007 (se også vedleggstabellen v8.4-v8.6).

Omsorgsnivå og fagområde	Andel ventet > 6 mnd	Antall
<i>Innleggelse</i>		
Plastikk-kirurgi	36	311
Øre-Nese-Hals-sykdom (ØNH)	21	2 169
Ortopedisk kirurgi (inkl revmakir)	16	3 336
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	14	2 194
Øyesykdommer	11	402
Variasjonskoeffisient innleggelse	0,86	
<i>Poliklinisk utredning/behandling</i>		
Yrkes- og arbeidsmedisin	24	487
Anestesiologi	18	987
Plastikk-kirurgi	17	2 600
Revmatiske sykdommer	16	4 735
Kjvekirurgi og munnhulesykdom	14	3 375
ØNH-sykdom	13	17 945
Variasjonskoeffisient poliklinikk	0,69	
<i>Dagbehandling</i>		
Nyresykdommer	51	179
Karkirurgi	49	109
Revmatiske sykdommer	40	102
Barnesykdommer	23	316
Urologi	20	422
Plastikk-kirurgi	17	580
Nevrologi	17	372
Variasjonskoeffisient dagbehandling	1,25	

### 8.3.2 Pasienter i Midt-Norge har høyest andel med ventetid over seks måneder

I figurene v8.1-v8.3 i vedlegg framstilles ventetidsfordelingen etter bostedsregion for hvert av omsorgsnivåene i første tertial 2007. For poliklinisk utredning/ behandling var forskjellene i ventetidsfordeling mellom regionene små. For dagbehandling, men også for innleggelse var det blant pasienter hjemmehørende i Midt-Norge det var høyest andel med ventetid over seks måneder (henholdsvis 23 og 15 prosent). Pasienter tilhørende Helse Nord hadde også en noe høyere andel som ventet over seks måneder enn de resterende tre bostedsregionene. I Helse Nord gjaldt det i første rekke dagbehandling, og i noen grad innleggelse. Det var relativt små forskjeller mellom de andre tre regionene.

For å identifisere også hvilke fagområder, i tillegg til omsorgsnivå, det var høyest andel langtidsventere på tvers av regionene, er gruppene med høyest andel trukket ut i tabell 8.1. En del av fagområdene er slått sammen for å gjøre det mer oversiktlig<sup>63</sup>.

Ikke uventet er det Helse Midt-Norge som kommer høyest opp på en slik rangering for flere av fagområdene og for flere omsorgsnivå. Denne regionen hadde en høy andel pasienter med ventetid over et halvt år innen både medisinsk, ortopedisk og kirurgisk dagbehandling, men også for innleggelser innen øre-nese-hals og ortopedi. Det siste gjaldt også for pasienter fra Helse Nord sitt geografiske ansvarsområde. ØNH og ortopedi er gjengangere på denne lista over fagområder med høyest andel langtidsventere.

### 8.3.3 Når det haster; ventetider til kreftbehandling (basert på pasientdata)

Det ble innledningsvis vist at svært få pasienter er registrert med en ventetid over ett år. Over 90 prosent av pasientene som ble tatt av ventelista i løpet av 1. tertial 2007 hadde en registrert ventetid på mindre enn seks måneder. Det er vanskelig å vurdere hvorvidt de skisserte fordelinger av ventetid er problematisk i forhold til prioritering av ressurser eller medisinsk forsvarlighet. Ventelistedataene som er benyttet så langt i kapitlet gir kun muligheter til beskrivelser av ventetid for fagområder hvor pasientsammensetningen innad i gruppene kan være svært heterogen.

I blant annet Danmark har det blitt et økende fokus på ventetider for pasientgrupper hvor ventetiden er særlig viktig for overlevelse (som livstruende kreftsykdom)<sup>64</sup>. De offisielle ventelistedataene i Norge (basert på henvisninger) kan per i dag ikke brukes til å skille kreftpasienter fra andre pasienter innen de ulike fagområder. For å få informasjon om dette er alternativet å benytte registrert ansiennitetsdato i pasientdata fra sykehusene. Som kommentert tidligere, er usikkerheten rundt ventetidsberegningen større når vi bruker pasientdata, og det gjelder spesielt for medisinske opphold (se avsnitt 8.2.2).

I det følgende tar vi utgangspunkt i det første oppholdet som er registrert på pasienter med hoveddiagnose "Svulster" i 2006 og beregner ventetid og vurderingstid. Ventetiden gjenspeiler tiden fra henvisning til første opphold registrert i 2006. Vurderingstiden viser antall dager fra henvisning til vurdering av spesialist. Vi minner om at det er knyttet noe usikkerhet til datakvalitet på registrering av datoene. Vurderingsdato mangler for over halvparten av pasientene.

Som det framgår av tabell 2 var median<sup>65</sup> vurderingstid 7 dager og varierte relativt lite på aggregert nivå. Den mediane ventetiden til behandling var på 26 dager for alle pasientene samlet. Lengst median ventetid hadde pasienter med diagnosen "ondartete svulster i skjoldbruskkjertel og andre endokrine kjertler" (98 dager), "preinvasive svulster" (52 dager) og "ondartete svulster i mannlige kjønnsorgan" (41 dager). Kortest median ventetid hadde pasienter med "ondartete svulster i åndedrettsorg og intratorakale organer" (17 dager) og pasienter med "ondartete svulster på leppe, i munnhule og svelg" (19 dager).

<sup>63</sup> Kirurgi omfatter fagområdene Generell kirurgi, Barnekirurgi, Gastroenterologisk kirurgi, Karkirurgi, Thoraxkirurgi, Urologi, Kjevekirurgi og munnhulesykdom, Plastikk-kirurgi, Nevrokirurgi, Transplantasjon. Ortopedi omfatter fagområdet Ortopedisk kirurgi., Medisin omfatter fagområdene Generell indremedisin, Blodsykdommer, Endokrinologi, Fordøyelsesykdommer, Hjertesykdommer, Infeksjonssykdommer, Lungesykdommer, Nyresykdommer, Hud og veneriske sykdommer. Fysikalsk medisin og rehabilitering er skilt ut som egen gruppe. ØNH og øye omfatter fagområdene Øre-nese-hals sykdommer, Øyesykdommer. Annet omfatter fagområdene Kvinnesykdommer, Anestesiologi, Barnesykdommer, Nevrologi, Klinisk nevrofysiologi, Ikke-kirurgisk kreftbehandling, Psykisk helsevern barn og unge (ved somatiske avdelinger), Psykisk helsevern voksne (ved somatiske avdelinger), Yrkes- og arbeidsmedisin, Revmatiske sykdommer, Ubestemt fagområde.

<sup>64</sup> Se: Intern ventetid til sygehusbehandling 2005-2006. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007: 10

<sup>65</sup> Median ventetid: ventetiden til behandling som angir at halvparten venter kortere og halvparten lengre. Median brukes ofte istedenfor aritmetisk gjennomsnitt når fordelingen er veldig skjevfordelt.

Tabell 8.2 Ventetid i dager til første innleggelse eller dagbehandling i 2006 for pasienter med hoveddiagnose svulster. Første opphold med registrert dato. Eksklusive opphold for pasienter med kirurgisk inngrep.

ICD-10 kategori - svulster	Ventetid		Vurderingstid	
	Median	Antall	Median	Antall
C00-C14 Ondart svulster på leppe, i munnhule og svelg	19	331	6	144
C15-C26 Ondart svulster i fordøyelsesorg	24	1 265	6	606
C30-C39 Ondart svulster i åndedrettsorg og intratorakale org	17	1 234	7	493
C40-C41 Ondart svulster i knokler og leddbrusk	22	36	7	9
C43-C44 Malignt melanom og andre ondart svulster i hud	27	203	7	84
C45-C49 Ondart svulster i mesotel og bløtvev	34	153	11	62
C50 Ondartet svulst i bryst	20	491	7	189
C51-C58 Ondart svulster i kvinnelige kjønnsorg	21	698	6	260
C60-C63 Ondart svulster i mannlige kjønnsorg	41	871	11	432
C64-C68 Ondart svulster i urinveier	32	389	8	169
C69-C72 Ondart svulst i øye, hjerne og and del sentr-nervesyst	28	237	7	69
C73-C75 Ondart sv i skjoldbruskkjert. og and endokri kjertler	98	172	8	107
C76-C80 Ond sv m ufullst ang el uspes utgpunkter og metast.	21	520	8	276
C81-C96 Ondart svulsti lymfoid, hematopoetisk eller besl vev	29	1 304	9	461
D00-D09 In situ (preinvasive svulster)	52	74	9	30
D37-D48 Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial	21	1 306	7	564
Total	26	10 330	7	4 462

I forhold til tolkningen av forskjeller er det viktig å påpeke at vurderinger rundt forsvarlig ventetid kan variere mellom gruppene, basert på medisinsk-faglig kunnskap om sykdomsutvikling og forventet effekt av behandling. Når vi kun kan benytte data for ett år om gangen (2006) med samme løpenummer på pasienten, har vi ikke muligheter til å kontrollere hvorvidt behandlingsforløpet startet i 2005. Selv om ansiennitetsdatoen blir med gjennom hele forløpet kan det likevel være at første kontakt/innleggelse skjedde tidligere enn vi her beregner. Når vi bruker median som gjennomsnittsmål blir ventetidstallene likevel rimelig robuste.

For kirurgiske prosedyrer kan vi anta at ventetidsberegningen er mer valid i forhold til å måle reell ventetid. For disse viser vi derfor prosedyrespesifikke tall fordelt etter bostedsregion i tabell 8.3.

Vi kan ikke ut fra tabellen se noen klar og systematisk forskjell mellom regionene på tvers av prosedyrene, men det er til dels klare geografiske forskjeller innad i noen prosedyregupper.

Tabell 8.3 Ventetidsfordeling i prosent og median ventetid. Etter type kreftoperasjon og bostedsregion. 2006.

Operasjon	Bosted	Antall	< 30 Dager	< 60 Dager	61-90 Dager	> 90 dager	> 180 dager	Median ventetid
Brystkreftoperasjoner	Helse Øst	644	72	89	3	9	5	19
	Helse Sør	489	72	90	3	8	4	19
	Helse Vest	436	63	89	3	8	4	23
	Helse Midt-Norge	270	65	87	7	6	3	23
	Helse Nord	230	64	88	7	5	1	19
	Totalt	2 069	67	89	4	7	4	20
Lungekreftoperasjoner	Helse Øst	100	55	81	9	10	5	27
	Helse Sør	86	79	95	1	4	1	14
	Helse Vest	61	90	95	2	3	2	10
	Helse Midt-Norge	70	61	84	6	10	3	19
	Helse Nord	63	51	91	5	5	3	29
	Totalt	380	69	90	5	6	2	18
Kreft i tykktarm-endet.	Helse Øst	638	55	74	6	20	5	25
	Helse Sør	416	66	83	5	12	3	19
	Helse Vest	509	58	83	7	11	2	26
	Helse Midt-Norge	324	80	90	2	8	2	14
	Helse Nord	213	55	79	8	13	2	26
	Totalt	2 100	64	83	5	12	2	22
Prostatakreftoperasjoner	Helse Øst	185	18	43	12	45	26	77
	Helse Sør	153	24	42	13	45	25	76
	Helse Vest	93	10	33	14	53	20	96
	Helse Midt-Norge	99	25	41	21	38	21	72
	Helse Nord	51	20	35	16	49	22	86
	Totalt	581	19	41	15	44	22	77
Fjern livmor pga kreft	Helse Øst	211	33	63	18	20	5	46
	Helse Sør	182	25	66	12	22	3	49
	Helse Vest	146	63	82	9	10	3	20
	Helse Midt-Norge	145	65	90	5	5	2	24
	Helse Nord	79	61	74	9	18	8	20
	Totalt	763	46	73	11	16	4	34

Det er også klare forskjeller i ventetidsfordeling mellom prosedyregruppene. Pasienter med prostatakreft har svært forskjellig ventetid og andelen som ventet over tre og seks måneder er svært høy sammenlignet med de andre gruppene. Dette kan skyldes at man i mange tilfeller avventer utviklingen av svulsten før man opererer. I en del tilfeller blir ikke pasienten

operert i det hele tatt. Også for fjerning av livmor på grunn av kreft var det i 2006 god spredning i ventetiden og det var regionale forskjeller. Når det gjaldt brystkreft, lungekreft- og tykktarmskreftpasienter ble storparten av disse operert innen 60 dager. Forskjellene i ventetid mellom prosedyrene er i overensstemmelse med tall for Danmark fra 2006 for de samme prosedyrene<sup>66</sup>.

## 8.4 Analyse av forskjeller i ventetid for utvalgte prosedyrer i 2006

I det foregående delkapitlet ble den overordnede ventetidsfordelingen på nasjonalt og regionalt nivå beskrevet. I dette delkapitlet går vi videre til å fokusere på noen faktorer knyttet til forskjeller i ventetid for noen utvalgte kirurgiske pasientgrupper. Vi vil også studere relative forskjeller i ventetid mellom helseforetaksområder, og hvor det er tatt hensyn til forskjeller i pasientsammensetning. Datagrunnlaget for analysen er pasientdata for driftsåret 2006 fra norske sykehus. For hver pasient inkluderes kun første operasjon hvis hun/han har flere. Samme pasient kan likevel inngå med flere operasjoner hvis de er for ulike tilstander.

### 8.4.1 Pasienter som utgår fra datagrunnlaget

Pasienter under 15 år ble i utgangspunktet holdt utenfor analysen. Av de resterende 83 355 pasienter i datafila ble 69 486 inkludert. 14 prosent manglet ansiennitetsdato og kunne dermed ikke inkluderes. 30 prosent av disse (ca. 3 500 pasienter) var behandlet ved Ullevål sykehus. Resten (7 900 pasienter) gjaldt behandling ved private sykehus eller hos private avtalespesialister. 46 prosent av de uten dato var pasienter med meniskoperasjoner og 16 prosent gjaldt operasjoner for grå stær. Videre ble pasienter med to eller færre dager mellom ansiennitetsdato og innleggelse/behandlingsdato ekskludert, da dette er å betrakte som halvøyeblikkelig hjelp<sup>67</sup>. På grunn av usikkerhet rundt datakvalitet er også pasienter med registrert ventetid over to år holdt utenfor. Av de som faller ut på grunn av svært kort eller svært lang ventetid er de største gruppene skiveprolaps i ryggen, med 14 prosent (287 pas) og operasjoner for grå stær med 12 prosent (341 pasienter). Vi mistenker at en del av langtidsventerne har fått med seg en ansiennitetsdato fra tidligere behandlingsperioder, spesielt når datoen går svært mange år tilbake i tid.

### 8.4.2 Utvalgte faktorer som analyseres i forhold til ventetid

Ventetiden vil påvirkes av mange forhold både på pasientnivå og systemnivå. Forskjeller mellom enkeltpasienter kan reflektere vurderinger gjort av medisinsk-faglig personell i forhold til forsvarlig ventetid. Ulik alvorlighetsgrad kan derfor gi prioritetsforskjeller i forhold til ventetid innenfor samme sykdomskategori. Alvorlighetsgrad kan ikke kontrolleres for i tilgjengelige data. Spesialisthelsetjenesten er imidlertid pålagt å tildele prioritetsstatus gjennom å vurdere hvorvidt pasienten skal ha rett til helsehjelp eller ikke. Dette er fastlagt gjennom pasientrettighetsloven. I de tilfeller pasienten blir tilkjent en slik rett skal det gis en individuell frist for behandling. Pasienter som ikke tilkjennes denne rettigheten kan bli oppført på venteliste, men som uprioriterte pasienter<sup>68</sup>.

<sup>66</sup> Se: Intern ventetid til sykehusbehandling 2005-2006. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007: 10

[http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/10\\_07.pdf](http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/10_07.pdf)

<sup>67</sup> I det opprinnelige utvalget ble hjerteprosedyrene koronar bypassoperasjon og utblikking av hjertekransårene (PCI) med. Dette måtte imidlertid utgå på grunn av åpenbare ulikheter i registrering av innleggelsesmåte (øhjelp vs elektiv). Ved noen av sykehusene var det svært mange pasienter registrert som elektive pasienter med ventetid på 0,1,2,3 dager osv. Noe kan også skyldes at noen sykehus gir pasienten ny ansiennitetsdato ved henvisning fra annet sykehus. Slik data var registrert ville det gitt forskjeller i ventetid som antakelig ikke er reelle.

<sup>68</sup> Det er tidligere vist at praktiseringen av denne ordningen varierer mellom helseregioner og helseforetak (Kalseth 2005, Huseby 2006). I de innrapporterte pasientdataene fra foretakene framkommer det også at en del av pasientene ikke er registrert med angivelse av prioritetsstatus. Ved å kontrollere for spesifikke forhold på helseforetaksnivå kan vi likevel se på dette. Vi sammenligner da ventetiden til de som har fått tildelt rettighetsstatus med de som ikke er tilkjent rett til helsehjelp eller har uoppgitt rettighetsstatus i foretaksområdene.

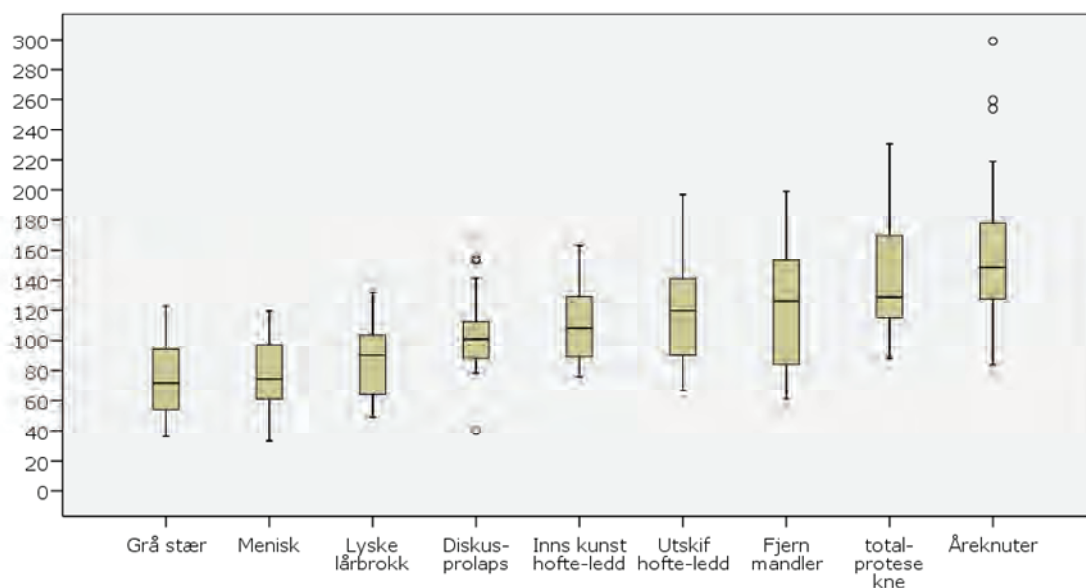
Alder er av flere grunner interessant å ta inn i analysen. I seg selv skal ikke alder være et prioriteringskriterium i forhold til ventetid. Det kan imidlertid være grunner til at alder, på grunn av forhold ved sykdomsutvikling og helsetilstand, påvirker vurderingen av hvor lenge det er forsvarlig å la pasienten vente. Det er rimelig å anta at høy alder, i så fall, vil bety kortere ventetid og ikke lengre ventetid enn andre.

Et annet spørsmål er hvorvidt utstrakt bruk av dagkirurgi påvirker ventetiden for pasientgrupper hvor dagkirurgi er aktuelt. Martinussen og Midttun (2004) viser at bruk av dagkirurgi øker effektiviteten ved sykehusene. Det er derfor interessant å se om pasienter som opereres dagkirurgisk har kortere ventetid enn pasienter som er behandlet ved innleggelse.

Lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted er et av de viktigste helsepolitiske målsettingene i Norge. I en analyse av forskjeller i ventetid er det derfor viktig å kartlegge forskjeller mellom bostedsområder. I den kommende analysen vil forskjeller mellom helseforetaksområder i sannsynligheten for å vente lenge bli beregnet. I tillegg sammenlignes sannsynligheten for å vente lenge i forhold til hvilken type sykehus som er det nærmeste der pasienten bor; lokalsykehus, sentralsykehus eller universitetssykehus.

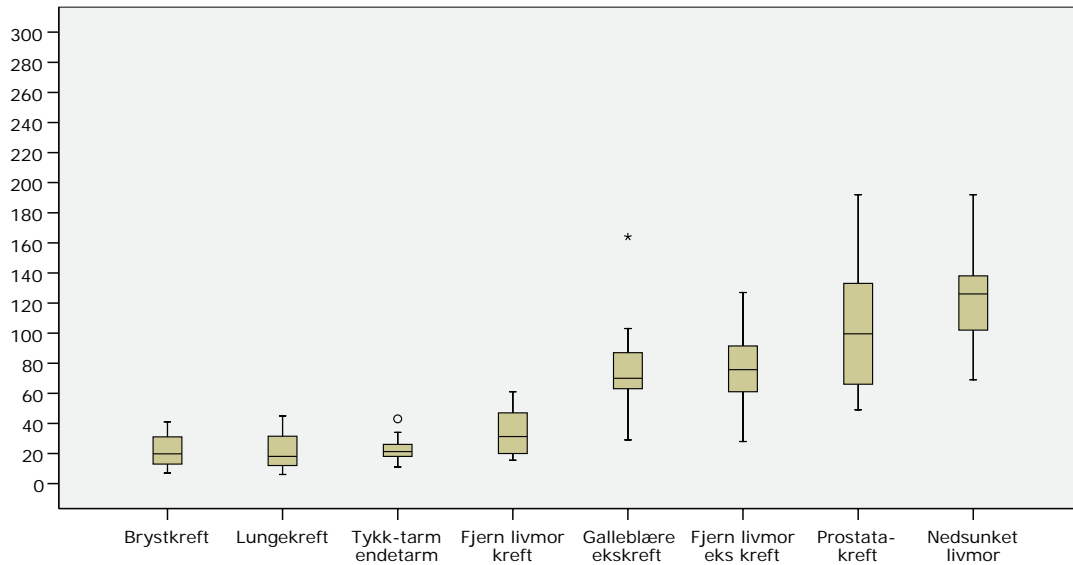
#### 8.4.3 Prosedyrer som inngår i analysen

Vi starter med å vise hvilke prosedyregrupper som inkluderes. Figur 8.2 og 8.3 viser spredningen i median ventetid i dager for hver prosedyregruppe på bostedsområde-nivå (helseforetaksområder). 50 prosent av helseforetaksområdene befinner seg innenfor de fargelagte "boksene" og vil illustrere hvor sentrert ventetiden er. Streken i midten av "boksen" angir median ventetid. Strekene ut fra "boksen" angir bredden i variasjon på de 25 prosentene som ligger over eller under "boksen". Helseforetaksområder med sterkt avvikende ventetid er angitt som stjerner og sirkler.



Figur 8.2 Spredning i median ventetid i dager for utvalgte prosedyrer. Helseforetaksområder 2006.





Figur 8.3 Spredning i median ventetid i dager for utvalgte prosedyrer. Helseforetaksområder 2006.

Median ventetid og spredning i ventetid er minst for kreftoperasjonene, med unntak av prostatakreft. Både for prostatakreft og lungekreft er det få pasienter i noen av helseforetaksområdene. Lengst median ventetid hadde pasienter operert for åreknuter, fjerning av mandler, operasjon for nedsunken livmor, innsetting av total kneprotese, innsetting av kunstig hoftledd. Alle disse gruppene hadde median ventetid over 100 dager.

I en veileder for fastsetting av individuelle ventetidsfrister for rettighetspasienter, utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet og Helse Øst, angis veiledende ventetid innen en rekke fagområder (Sosial- og helsedirektoratet og Helse Øst, 2005). Der anbefales en maksimal ventetid på 24 uker (168 dager) for pasienter med artroser i kne, hofte og skulder. For prolaps i rygg var anbefalt grense fire måneder (112 dager). Kvinner med livmorsframfall eller alvorlige blødningsforstyrrelser bør ifølge denne veilederen ikke vente mer enn henholdsvis seks måneder (168 dager) og fire måneder (112 dager).

For å gjøre analysen mer robust grupperes operasjonene i tre grove kategorier. I gruppe 1 inngår de minst omfattende operasjonene og som i mange tilfeller utføres som dagkirurgi. I gruppe 2 inkluderes noe større operasjoner (eksklusive kreftoperasjoner) og/eller som normalt gjøres ved innleggelse. Til slutt samles de fem operasjonene for kreftpasienter i gruppe 3. Som det framgår av tabell 8.4 er de to første gruppene tallmessig store i forhold til gruppen med kreftpasienter. Som forventet er ventetiden langt kortere for kreftpasientene.

Tabell 8.4 Antall pasienter og ventetid for hovedgrupper av prosedyrer. 2006.

Hovedgrupper	Antall pasienter	Andel ventet over 1 mnd	Andel ventet over 2 mnd	Andel ventet over 3 mnd	Andel ventet over 6 mnd	Median ventetid
Enklere kirurgi, mye dagkirurg	33 929	86	64	46	17	83
Større oper., vanligvis innlagt	26 936	88	71	55	25	102
Operasjoner for kreft	5 892	42	21	14	5	25

#### 8.4.4 Metodisk tilnærming: logistisk regresjonsanalyse

For de tre gruppene brukes logistisk regresjon<sup>69</sup> for å framstille sannsynligheten for å vente over en angitt ventetid til behandling. Gjennom dette kan vi beregne sannsynligheter for at en hendelse inntreffer (f. eks. ventet mer enn seks måneder) kontrollert for andre forhold, som type operasjon, alder og rettighetsstatus.

I analysen brukes utelukkende variable som kan inndeles i grupper. Vi kan da sammenligne sannsynligheten (oddsen<sup>70</sup>) for å vente lenger enn x måneder i en gruppe med sannsynligheten for dette i en referansegruppe. I tabellene framkommer dette forholdet som oddsratioen (OR). Referansegruppen vil alltid ha verdien 1. Verdien til de andre gruppene vil angi hvor mye høyere sannsynlighet (over 1) eller lavere sannsynlighet (under 1) de har for å vente mer enn x måneder i forhold til referansegruppen.

Variable som inngår i hver av regresjonsanalysene er<sup>71</sup>:

- Alderskategorier (med fast referansekategori 50-66 år)
- Prosedyre utført dagkirurgisk (med referansegruppe- ikke dagkirurgisk)
- Rettighetsstatus- rett til helsehjelp (med ikke rett til helsehjelp/uoppgitt som referansegruppe)
- Type sykehus i bostedsområdet/helseforetaksområdet. Hvorvidt pasienten er bosatt i et område med lokalsykehus, mer spesialisert sykehus (tidligere SSH) eller område med universitetssykehus (universitetssykehusområder er referansekategori)

For å kontrollere for sykdomsspesifikke forhold og spesifikke forhold ved helseforetaksområdene inngår også:

- Enkeltprosedyrene innenfor gruppen (med en av prosedyrene som referanse)
- Helseforetaksområdene (med Østfold som fast referanseområde)

Vi er interessert i å se om type sykehus i pasientens nærområde har betydning for ventetid. Type sykehusområde og helseforetaksområde kan imidlertid ikke inngå i samme regresjonsanalyse fordi type sykehus i mange tilfeller vil være sammenfallende med helseforetaksområde. Derfor presenteres to modeller (modell 1 og 2). En med og en uten kontroll for helseforetaksområde. Når resultatene kommenteres er det i stor grad basert på modell 1 fordi fordelingene på flere av de andre variablene som inngår vil være spesifikke for helseforetaksområdene.

#### 8.4.5 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på "enklere" kirurgiske prosedyrer

Inkluderte prosedyrer er meniskoperasjoner, åreknuteoperasjoner, fjerning av mandler, operasjoner for grå stær og lyske- og lårbrokksoperasjoner<sup>72</sup>. Referansekategori er meniskoperasjoner. Ventetid over seks måneder regnes som langtidsventing for denne gruppen, og gjelder 17 prosent av pasientene.

En del av operasjonene som kommer inn under denne gruppa utføres også utenfor de offentlige sykehusene, på oppdrag for det offentlige. En god del av denne aktiviteten er

<sup>69</sup> Se: [http://www.sifo.no/files/file48351\\_arbeidsnotat08-2000web.pdf](http://www.sifo.no/files/file48351_arbeidsnotat08-2000web.pdf) for en innføring i logistisk regresjon.

<sup>70</sup> Matematisk er odds lik  $p / (1 - p)$ , der  $p$  er sannsynligheten for at begivenheten skal inntreffe.

<sup>71</sup> Beskrivelse av fordeling på de variable som inngår i analysen for hver av prosedyregruppene er vist i vedleggstabell v8.8. Fordeling etter kjønn er også vist.

<sup>72</sup> Meniskoperasjon: Prosedyrekode 'NGD'. Åreknuter: Operasjonskodene 'PHB10', 'PHB11', 'PHB12', 'PHB13' eller 'PHB14' 'PHD', 'PHS13', 'PHS14' og hoveddiagnose 'I83'. Fjerning av mandler: Hoveddiagnose 'J350', 'J351', 'J353', 'J359' og operasjonskode 'EMB10'. Operasjon for Grå stær: Operasjonskodene 'CJC', 'CJD' og 'CJE'. Lyskebrokk og lårbrokk: Operasjonskodene 'JAB' og 'JAC'.

tilgjengelig i datamaterialet fordi disse aktørene er pålagt å rapportere aktivitet som utføres på vegne av det offentlige inn til NPR<sup>73</sup>. Dette er viktig informasjon fordi behandling hos private ikke er registrert med ansiennitetsdato. Det kan dermed ikke beregnes ventetid. I fortolkningen av resultatene kan dette være relevant.

Resultatene av regresjonsanalysen er vist i tabell 8.5 og figur 8.4. De viser at sannsynligheten for å vente over seks måneder på å få utført enklere kirurgi var lavere for dagkirurgiske pasienter enn de som ble innlagt i 2006, med en oddsratio (OR) på 0,37. Dette kan også leses som at pasientene operert dagkirurgisk hadde ca. 60 prosent mindre sannsynlighet for å vente lenge.

Pasienter med rett til helsehjelp hadde cirka 35 prosent lavere sannsynlighet for å vente seks måneder enn pasienter som ikke var registret med prioritert rettighetsstatus (OR 0,65). Vi finner også en signifikant lavere sannsynlighet for å vente et halvt år for pasienter over 80 år i forhold til referansegrupper, som var de mellom 50 og 66 år. Alle aldersgruppene under 80 år hadde relativt lik sannsynlighet for å bli langtidsventere.

Tabell 8.5 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder. Enklere kirurgi. Oddsratio fra logistisk regresjon. Signifikansnivå: \* P<= 0,05, \*\* P<= 0,01.

	Modell 1	Modell 2
	Oddsratio	Oddsratio
Ikke dagkirurgi	1	1
Dagkirurgi	0,69 **	0,74 **
Ikke rett til helsehjelp/uoppgitt	1	1
Har rett til helsehjelp	0,65 **	0,82 **
16-49 år	1,01	1,01
50-66 år	1	1
67-79 år	0,98	0,97
80 år og over	0,85 **	0,83 **
Meniskoperasjoner	1	1
Fjerning åreknuter	3,89 **	3,80 **
Fjerning grå stær	0,55 **	0,58 **
Lyske-lårbrokk	0,92 *	0,90 *
Fjerning av mandler	2,10 **	1,95 **
Bor i område med universitetssykehus		1
Bor i område med lokalsykehus		0,59 **
Bor i område med tidl SSH		0,65 **
Kontrollert for HF-område	JA	NEI
Konstant	0,29 **	0,39 **

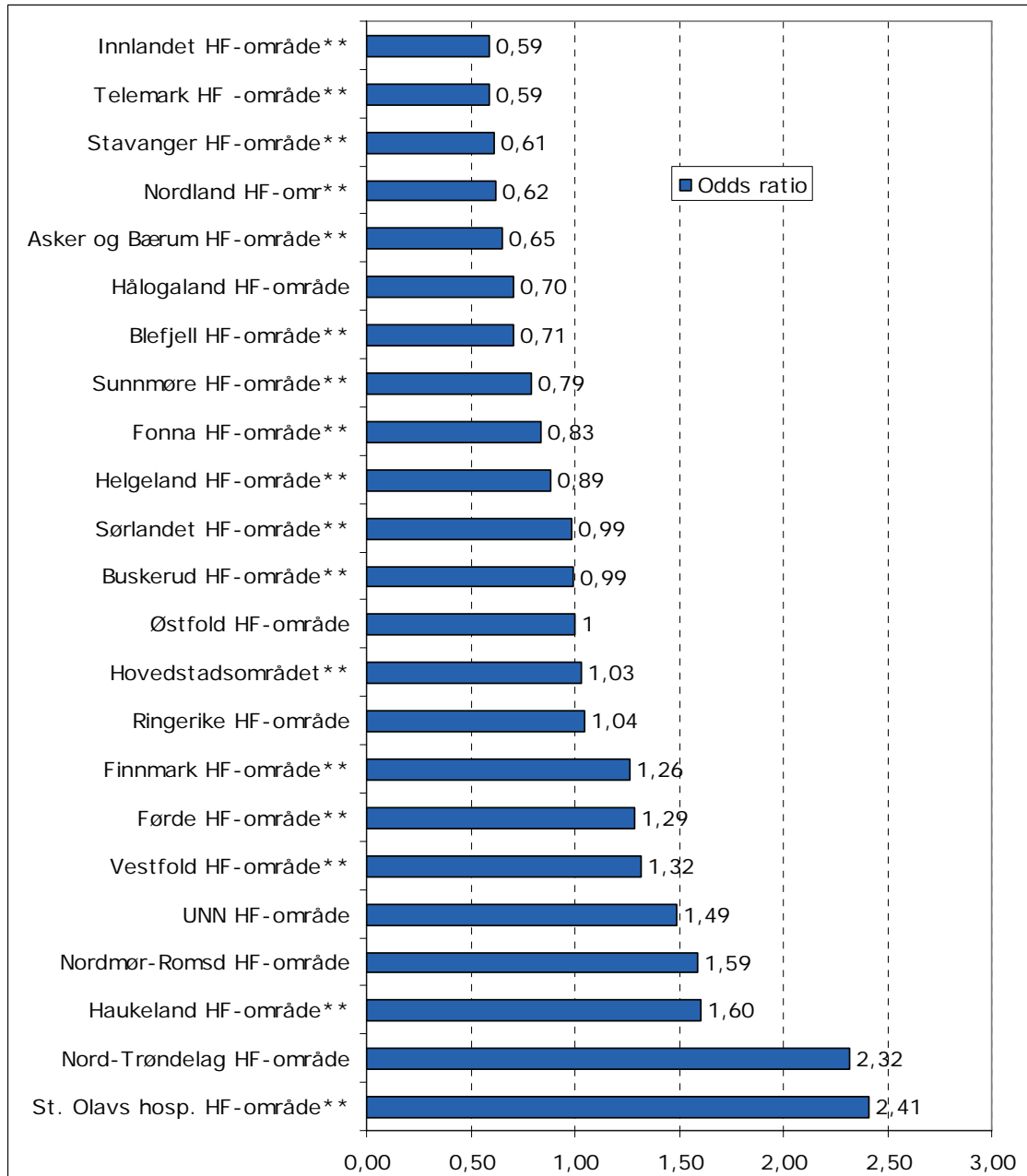
<sup>73</sup> For 2006 fant vi at over 12 prosent av pasientene, med operasjoner som inngår her, fikk dette utført av privatkommerielle aktører<sup>73</sup>. Den høyeste andelen hadde St. Olavs-området, med 28 prosent, fulgt av hovedstadsområdet (20%), Nord-Trøndelag (19%), Østfold (19%), Asker og Bærum (18%), Buskerud (18%), UNN HF-område (15%), Ringerike (14%), Stavanger(12%), Haukeland (11%), og Vestfold HF-områder (11%). De andre områdene hadde mindre enn 10 prosent utført av private

Pasienter med åreknuter hadde nesten fire ganger så høy sannsynlighet for å vente seks måneder på operasjon (OR 3,89) som pasienter operert for meniskplager (referansegruppen). Grå stær-pasienter hadde den korteste ventetiden med en OR på 0,59.

Et interessant funn er at pasienter bosatt i områder med universitetssykehus har klart høyere sannsynlighet for å vente over seks måneder på operasjon enn pasienter bosatt i andre områder.

Ser vi bort fra pasienter bosatt på Sunnmøre framstår helseforetaksområdene i Midt-Norge som de med høyest sannsynlighet for å vente lenge i 2006 (se figur 8.4). I forhold til Østfold, som er referansefylke, hadde befolkningen i St. Olavs hospital helseforetaksområde 2,4 ganger så høy sannsynlighet for å vente over seks måneder. Pasienter bosatt i Innlandet helseforetaksområde og Telemark hadde den laveste sannsynligheten for å vente over seks måneder for enklere kirurgi. Disse hadde 40 prosent lavere sannsynlighet for å vente over seks måneder enn pasienter bosatt i Østfold.

Som nevnt i forrige tabell hadde pasienter bosatt i områder med universitetssykehus lengre ventetid. Dette gjaldt spesielt opptaksområdene til St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Haukeland.



Figur 8.4 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på operasjon for enklere kirurgi. Oddsratio kontrollert for alder, rettighetsstatus, prosedyregruppe, operert som dagkirurgi eller ikke. Helseforetaksområder 2006. Signifikansnivå \*  $P < 0,05$  \*\*  $P < 0,01$ .

#### 8.4.6 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på kirurgi som vanligvis krever innleggelse

I denne gruppen inngår: første innsetting av kunstig hoftelodd, utskifting av kunstig hoftelodd, innsetting av totalprotese i kne (primæroperasjoner), operasjon på grunn av diskusprolaps (skiveutglidning i ryggspylen), operasjoner for nedsunken livmor, fjerning av livmor (ikke kreft), operasjoner på prostata (eksklusive kreft) og galleblæreoperasjon<sup>74</sup>. Referansekategori i tabellen er fjerning av livmor.

Tabell 8.6 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder. Prosedyrer som normalt krever innleggelse. Oddsratio fra logistisk regresjon. 2006. Signifikansnivå: \* P<= 0,05, \*\* P<= 0,01.

	Modell 1	Modell 2
	Oddsratio	Oddsratio
Ikke rett til helsehjelp/uoppgitt	1	1
Har rett til helsehjelp	0,84 **	1,00
16-49 år	0,99	0,98
50-66 år	1	1
67-79 år	0,88 **	0,86 **
80 år og over	0,69 **	0,68 **
Fjerning av livmor	1	1
Diskusprolaps	1,89 **	1,82 **
Hofteprotese primære	1,77 **	1,74 **
Utskifting hofter sekundær	3,07 **	2,97 **
Innsetting kneprotese primære	3,18 **	3,11 **
Galleblæreoperasjon	0,73 **	0,70 **
Nedsunken livmor	2,08 **	2,04 **
Prostata (ikke kreft)	2,25 **	2,10 **
Bor i område med universitetssykehus		1
Bor i område med lokalsykehus		0,73 **
Bor i område med tidl SSH		0,76 **
Kontroll for HF-område	JA	NEI
Konstant	0,25 **	0,26 **

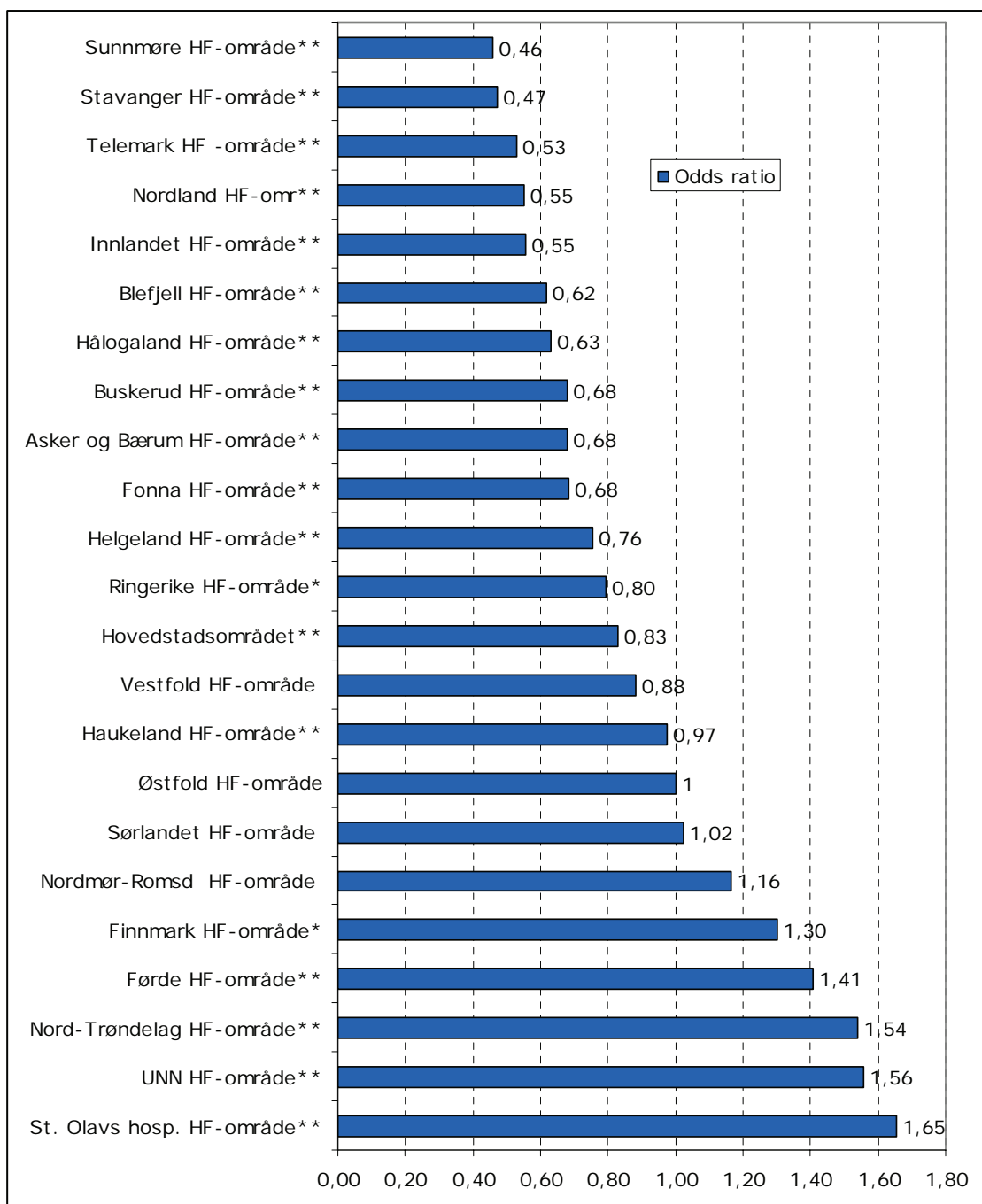
Som for enklere kirurgi var sannsynligheten for å vente lenge lavere for de aller eldste. De over 80 år hadde 30 prosent lavere sannsynlighet (odds) for å vente over seks måneder enn referansegruppen (50-66 år). Videre hadde pasienter med rett til helsehjelp 17 prosent mindre sannsynlighet for å vente lenge i forhold til de uten slik rett/ikke oppgitt rettighetsstatus (OR 0,84). Pasienter som fikk innsatt total kneprotese eller skiftet ut en hofteprotese hadde høyest sannsynlighet for å vente lenge i denne gruppen. Vi ser også at

<sup>74</sup> Innsetting av kunstig hoftelodd: Prosedyrekode 'NFB' og hoveddiagnose eller bidiagnose1 'S72'. Utskifting av hoftelodd: Prosedyrekode 'NFC' og hoved- eller bidiagnose1 'S72'. Innsetting av primær totalprotese i kne: Prosedyrekode= 'NGB'. Diskusprolaps: Operasjonskode 'ABC'. Nedsunken livmor: Prosedyrekodene 'KDG', 'LEF', 'LEG'. Fjerning av livmor (ikke kreft): Prosedyrekodene 'LCC10', 'LCD00', 'LCD10'. Prostataoperasjon: Prosedyrekode 'KED' eksklusive ondartet svulst. Galleblæreoperasjon: Prosedyrekode 'JKA20' eller 'JKA21' og hoveddiagnose 'K80'.

ventetiden synes å være kortere når man skal sette inn hofteprotese for første gang i forhold til når protesen må skiftes ut. Pasienter operert i galleblæren hadde den korteste relative ventetiden blant de som inngår her, med 30 prosent lavere sannsynlighet for å vente over seks måneder enn kvinner som fjerner livmoren (ikke kreft).

Som for lettere kirurgi var sannsynligheten for å vente lenge mindre for de som bor i områder med lokalsykehus og sentralsykehus enn pasienter bosatt i områder med universitetssykehus. Forskjellene var imidlertid noe mindre for de større operasjonene enn for gruppen "enklere kirurgi".

Figur 8.5 viser at pasienter som sogner til sykehusene i Helse Midt-Norge (unntatt Sunnmøre) hadde høyere sannsynlighet enn andre til å vente lenge, også for større operasjoner. Og igjen kommer pasienter bosatt i Universitetssykehuset i Nord-Norge sitt område og Finnmark som de neste på lista. Også pasienter i Førde-området hører med blant områdene som hadde relativt sett mange langtidsventere i 2006. Pasienter bosatt på Sunnmøre og i Stavanger helseforetaksområde hadde den laveste sannsynligheten for å vente over seks måneder på operasjon.



Figur 8.5 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på operasjon for kirurgiske prosedyrer som normalt krever innleggelse. Oddsratio kontrollert for alder, rettighetsstatus, prosedyregruppe. Helseforetaksområder 2006. Signifikansnivå: \*  $P \leq 0,05$ , \*\*  $P \leq 0,01$ .

#### 8.4.7 Sannsynligheten for å vente over henholdsvis 30 dager og 60 dager til operasjon på grunn av kreftsykdom

For kreftpasientene bør en være ekstra forsiktig med å trekke konklusjoner om tjenestetilbudet basert på beregnede ventetider. Både på grunn av usikkerhet rundt validiteten (om vi måler den riktige ventetiden) og fordi det kan være ulikheter i pasientsammensetning som



vi ikke fanger opp. Fem prosedyrer inngår i analysen: operasjoner for lungekreft, kreft i prostata, tykktarm-endetarmskreft, fjerning av livmor og brystkreftoperasjoner<sup>75</sup>.

I overkant av 40 prosent av kreftpasientene ventet over 30 dager på operasjon og 21 prosent ventet mer enn 2 måneder. Fordi det i utgangspunktet er et relativt kort tidsspenn de fleste behandles innenfor, velger vi å bruke både ventetid over en og over to måneder som grunnlag for beregning av sannsynligheter.

Av tabellene 8.7 og 8.8 går det fram at det var liten forskjell mellom aldersgruppene i sannsynlighet for å vente over en måned på kreftoperasjon. Sannsynligheten var lavere for de eldste når vi ser på over to måneders ventetid, men forskjellen fra gruppen 50-66 år er ikke signifikant. Pasienter under 50 år hadde imidlertid en signifikant høyere sannsynlighet for å vente over to måneder på operasjon.

Vi har ikke med rett til helsehjelp i analysen av kreftpasienter, da de i all hovedsak vil være innvilget rett til helsehjelp. Som vist tidligere i kapitlet har pasienter med prostatakreft en stor spredning i ventetid og de hadde derfor langt høyere sannsynlighet for å vente over 30 dager enn andre grupper. Brystkreftpasienter, lungekreftpasienter og pasienter med tykktarm-endetarmskreft hadde minst sannsynlighet for å vente over 30 dager.

Tabell 8.7 Sannsynligheten for å vente over 30 dager. Prosedyrer i forbindelse med kreftsykdom. Oddsratio fra logistisk regresjon. 2006. Signifikansnivå: \*  $P \leq 0,05$ , \*\*  $P \leq 0,01$ .

	Modell 1	Modell 2
	Oddsratio	Oddsratio
16-49 år	1,17	1,13
50-66 år	1	1
67-79 år	0,92	0,92
80 år og over	1,02	1,02
Brystkreft	1	1
Lungekreft	1,12	1,11
Prostatakreft	11,57 **	9,84 **
Fjerning livmor pga kreft	2,75 **	2,54 **
Tykktarm-endetarmskreft	1,43 **	1,35 **
Bor i område med universitetssykehus		1
Bor i område med lokalsykehus		0,62 **
Bor i område med tidl SSH		0,49 **
Kontroll for HF-område	JA	NEI
Konstant	0,58 **	0,76 **

<sup>75</sup> Lungekreft: Prosedyrekodene 'GDB', 'GDC', 'GDD', 'GDW' hoveddiagnose 'C34'. Prostatakreftoperasjon: Prosedyrekode 'KED' og hoveddiagnose 'C61'. Tykktarm- og endetarmskreft: Prosedyrekodene 'JFB20', 'JFB97', 'JGB', 'JGW', 'JFA15' og hoveddiagnose 'C'. Fjerning av livmor (ikke kreft): Prosedyrekodene 'LCC10', 'LCD00', 'LCD10' og hoveddiagnose 'C'. Brystkreft: Prosedyrekodene 'HAC', 'HAB' og hoveddiagnose 'C50'.

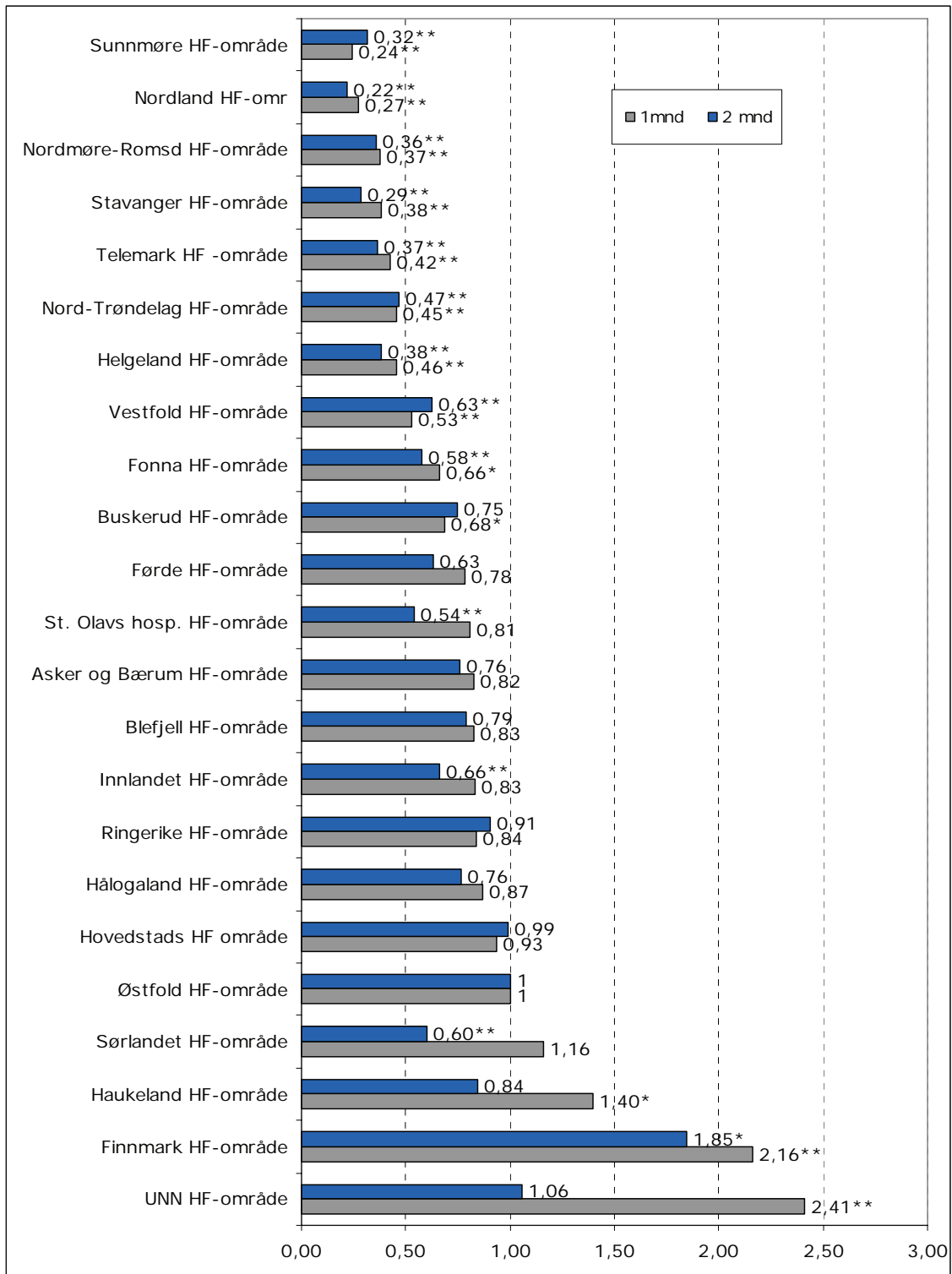
Tabell 8.8 Sannsynligheten for å vente over 60 dager. Prosedyrer i forbindelse med kreftsykdom. 2006. Oddsratio fra logistisk regresjon. 2006. Signifikansnivå: \*  $P \leq 0,05$ , \*\*  $P \leq 0,01$ .

	Modell 1	Modell 2
	Oddsratio	Oddsratio
16-49 år	1,47 **	1,45 **
50-66 år	1	1
67-79 år	0,85	0,85
80 år og over	0,82	0,81 *
Brystkreft	1	1
Lungekreft	1,05 **	1,07
Prostatakreft	16,98 **	14,55 **
Fjerning livmorkreft	3,11 **	2,88 **
Tykketarm-endetarmskreft	2,13 **	2,08 **
Bor i område med universitetssykehus		1
Bor i område med lokalsykehus		0,78 **
Bor i område med tidl SSH		0,71 **
Kontroll for HF-område	JA	NEI
Konstant	0,18 **	0,16 **

Som for de to andre hovedgruppene prosedyrer har typen sykehus som er pasientens lokale sykehus, betydning for sannsynligheten for å vente lenge.

Det framgår av figur 8.6 at det er betydelige forskjeller i ventetid mellom helseforetaksområdene også for kreftoperasjoner. Pasienter bosatt i UNN sitt opptaksområde og pasienter bosatt i Finnmark hadde den høyeste sannsynligheten for å vente over 30 dager når vi kontrollerer for alder og type kreftoperasjon. Pasienter bosatt i UNN sitt opptaksområde hadde også høy sannsynlighet for å vente over 60 dager, men langt lavere enn for pasienter bosatt i Finnmark, som hadde høyest sannsynlighet for å vente over 60 dager. Lavest sannsynlighet for å vente over 30 dager hadde pasienter fra Sunnmøre og Nordlands-sykehuset sitt opptaksområde.

Man bør ikke trekke bastante konklusjoner om betydningen av de forskjeller i ventetid som er fremkommet uten at resultatene følges opp av faglige vurderinger.



Figur 8.6 Sannsynligheten for å vente over 30 dager på operasjon for kreft. Oddsratio kontrollert for alder, rettighetsstatus, prosedyregruppe. Helseforetaksområder 2006. Signifikant forskjellig fra Østfold \* P < 0,05 \*\* P < 0,01.

## 8.5 Oppsummering og avsluttende kommentarer

Som i Norge, har lange ventelister og lang ventetid har vært et viktig helsepolitisk tema i mange land over lengre tid (Dimakou m.fl 2005). Det er lite dokumentasjon tilgjengelig som sammenligner ventetidene mellom land. En OECD-rapport fra 2003 kartla forskjeller i ventetid for spesifikke prosedyrer mellom en rekke OECD-land for året 2000 (Siciliani og Hurst 2003). Av de europeiske landene som var inkludert, rapporterte Norge, Sverige, Danmark, Finland, Storbritannia, Belgia, Irland, Spania, Italia og Nederland om ventetider. Østerrike, Belgia, Frankrike, Tyskland, Luxemburg og Sveits rapporterte derimot ikke om ventetider. Finland og Storbritannia framsto som de land med lengst ventetid for mange av de valgte prosedyrene, fulgt av Danmark, Norge og Spania. Ventetidsproblematikk er altså ikke et særnorsk fenomen. Dette er kjent i land med et helsevesen nesten utelukkende eid og drevet av det offentlige og med liten egenbetaling av tjenester. Vår gjennomgangen av ventetidsutviklingen ved norske sykehus har vist at:

- Til tross for at den gjennomsnittlige ventetiden er til dels betydelig redusert de siste fem årene har den overordnede fordelingen av ventetid ved de offentlige sykehusene ikke endret seg dramatisk. Da legges ventetiden til ordinært avviklede pasienter fra venteliste til grunn. Totalt sett ventet 8 prosent av pasientene over seks måneder i første tertial 2007, mot 11 prosent i tilsvarende periode i 2002. For ventetid under 3 måneder var tallene 69 prosent i 2007, mot 67 prosent i 2002.

Resultatene kan indikere at nedgangen i ventetid først og fremst reflekterer at det er færre som venter svært lenge heller enn at det har skjedd en dyptgripende reduksjon i den generelle ventetiden. Med referanse til kapittel 1 kan det se ut som at antall langtidsventere gikk spesielt mye ned innen fagområdene ortopedi og øre-nese-hals de første årene etter reformen. Dette var en ønsket utvikling fordi disse fagområdene hadde flest langtidsventere i utgangspunktet. Etter 2004 har ventetidssituasjonen vært relativt stabil. Man må også ta i betraktning at en del av den umiddelbare reduksjonen i ventetid etter innføring av reformen skyldes rydding i ventelistene (Dahlen m.fl. 2002, Paulsen 2003). Det er selvsagt lokale og regionale variasjoner i forhold til dette bildet. Et annet viktig moment er at private sykehus og avtalespesialister i løpet av den omtalte perioden har vært sterkt delaktige i behandlingen av pasientgrupper som tradisjonelt har hatt lang ventetid<sup>76</sup>. På grunn av at disse ikke leverer data med pasientens ansiennitetsdato, har det ikke vært mulig å studere effekten av dette bidraget på den generelle ventetidssituasjonen. Tidligere studier har imidlertid vist at det var en sterk vekst i andelen av den totale aktiviteten innenfor enklere kirurgi som ble utført ved private kommersielle institusjoner i perioden 2000 til 2004 (Kalseth 2005, Jørgenvåg 2005a).

- Første tertial 2007 hadde pasienter som ventet på dagbehandling den høyeste andelen med ventetid over seks måneder. Etter fagområde var det nyresykdommer, karkirurgi og revmatiske sykdommer som hadde høyest andel langtidsventende (dagbehandling). Tallmessig var det likevel flest som ventet lenge innen fagområdene øre-nese-hals og ortopedisk kirurgi.
- Det var klare forskjeller i ventetid til ulike typer kirurgisk kreftbehandling. Ventetidsmønsteret er svært likt danske ventetider for de samme prosedyrene (Sundhedsstyrelsen 2006).

For å sette situasjonen i Norge i et noe videre perspektiv har vi funnet noen ferske tall fra Sverige og Storbritannia. I Norge var andelen som ventet over seks måneder 8 prosent og 33 prosent ventet over tre måneder. I Wales<sup>77</sup> var tallene 4 og 33 prosent (alle omsorgsnivå i begynnelsen av 2007), i England<sup>78</sup> 1 og 18 prosent (dag- og døgninnleggelse i 2007), Nord-

<sup>76</sup> Se kapittel 4 for mer informasjon om private spesialister sin betydning i spesialisthelsetjenesten.

<sup>77</sup> Wales: <http://www.hsw.wales.nhs.uk/ipd/homepage.htm>

<sup>78</sup> England: <http://www.performance.doh.gov.uk/waitingtimes/index.htm>

Irland<sup>79</sup> 4 og 29 (innlagte i 2007). I Sverige ventet 23 prosent av pasientene over 3 måneder (per 30. april 2007)<sup>80</sup>. Selv om tallene kanskje ikke er direkte sammenlignbare gir det et inntrykk av at Norge ligger litt i overkant av Sverige og landene i Storbritannia i ventetid.

I Sverige ble det innført en 3 måneders ventetidsgaranti i november 2005. Den svenske statistikken viser at plastikk-kirurgi, ortopedi, ØNH og øye er områdene med høyest andel ventende over tre måneder. Dette er likt med Norge. I Danmark er fokuset i mindre grad rettet mot de generelle ventetidene til fordel for stor oppmerksomhet mot ventetider for pasienter med livstruende sykdom<sup>81</sup>. Pasienter med diagnostisert kreft skal være garantert behandling innen maksimalt fire uker fra behandlende avdeling mottar henvisningen. Ventetiden til forundersøkelse skal ikke overstige to uker. En omtrent tilsvarende garanti gjelder alvorlige former for hjertesykdom.

Ifølge Damakou m.fl (2005) har bruken av "maksimum ventetidsgarantier" ofte kommet i konflikt med kliniske prioriteringer, spesielt i lys av at ventetidsmålene ofte endres i takt med utviklingen i ventetidsfordelingen. I Norge ble generelle ventetidsgarantier forlatt til fordel for tildeling av rett til helsehjelp i kombinasjon med individuelle ventetidsfrister. En slik ordning gir klinikerne større ansvar til å fastsette forsvarlig ventetid (Rasmussen 2006). Gjennom et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og de fem regionale helseforetakene pågår et arbeid for å utarbeide faglige veiledere for å hjelpe klinikerne i prioriteringen<sup>82</sup>.

Et annet formål med dette kapitlet var å analysere noen faktorer som kan tenkes å påvirke den individuelle ventetiden. Geografiske forskjeller i ventetid for utvalgte prosedyrer ble også analysert. Resultatene for 2006 viste at:

- Når det gjelder enklere kirurgi hadde pasienter operert dagkirurgisk lavere sannsynlighet for å vente over seks måneder på behandling enn pasienter som ble innlagt for operasjon.
- Pasienter med rett til helsehjelp hadde lavere sannsynlighet for å vente over et halvt år enn de uten rett til helsehjelp/ikke oppgitt status. Rettighetsstatus hadde likevel mer å si for sannsynligheten for å vente lenge for gruppen "enklere kirurgi" enn for ventetiden til pasienter med noe større operasjoner som krever innleggelse.
- Høy alder ga lavere sannsynlighet for å vente over seks måneder på behandling, både for enklere kirurgi og mer omfattende kirurgi som krever innleggelse. For pasienter operert for kreft var det imidlertid ingen signifikant forskjell mellom aldersgruppene over 50 år. Pasienter under 50 år hadde imidlertid en noe høyere sannsynlighet for å vente over to måneder på en kreftoperasjon i forhold til de som var eldre.
- Pasienter bosatt i et område med universitetssykehus hadde en signifikant høyere sannsynlighet for å vente lenge på behandling ved et offentlig sykehus enn pasienter hjemmehørende i områder med lokalsykehus eller (tidligere) sentralsykehus som nærmeste sykehus. Dette var spesielt knyttet til opptaksområdet til St. Olavs Hospital, Haukeland og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Betydningen av type sykehus var størst for sannsynligheten for å vente lenge på enklere kirurgi. Dette indikerer at en del lokalsykehusfunksjoner i mindre grad dekkes av egne sykehus i disse områdene. For hovedstadsområdet er resultatene mer usikre på grunn av mangelfulle data fra Ullevål sykehus.

<sup>79</sup> Nord Irland: [http://www.dhsspsni.gov.uk/statshospital\\_community\\_statistics](http://www.dhsspsni.gov.uk/statshospital_community_statistics)

<sup>80</sup> Sverige: [http://sas.ski.se/vivprod/publikationer/uppfoljningsrapport8\\_juni07.pdf](http://sas.ski.se/vivprod/publikationer/uppfoljningsrapport8_juni07.pdf)

<sup>81</sup> <http://www.dr.dk/P1/orientering/indslag/2006/11/28/180231.htm> og <http://www.dr.dk/P1/orientering/temaer/Tema+2006/Behandlingsgaranti/>

<sup>82</sup> Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007). Nettside- lastet ned 15/9-2007.

[http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Sak\\_Riktigere\\_prioritering.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Sak_Riktigere_prioritering.pdf)

- Innlandet HF-område, Telemark, Stavanger HF-område og Nordland var bostedsområder hvor pasientene hadde lav sannsynlighet for å vente lenge, relativt sett.

Ventelistedata basert på henvisninger er per i dag for lite spesifikk til mange formål. Eksempelvis inngår kreftpasienter i flere av fagområdene uten at disse kan skilles ut. Dette påvirker selvsagt fordelingen av ventetid. Videre vil abort og andre tilstander knyttet til graviditet og fødsler grupperes sammen med andre gynekologiske tilstander. Det er gode grunner til at pasientene kun kan grov-klassifiseres når de står på venteliste, da diagnosen ikke er gitt på forhånd. Som grunnlag for en vurdering av tilgjengelighet og prioriteringer i helsetjenesten har dataene imidlertid klare svakheter. I for eksempel Danmark er ventetidsstatistikken i større grad diagnose- og prosedyrespesifikk, noe som gir bedre muligheter til å evaluere situasjonen for spesifikke pasientgrupper. I dette kapitlet har vi, i tillegg til ventelistedataene, brukt pasientdata for å beregne ventetid, nettopp for å kunne studere ventetiden til utvalgte prosedyregrupper. Tilgang til pasiententydige data, hvor det blir mulig å følge pasienten på tvers av år, vil gi helt andre muligheter til å validere datagrunnlaget når vi skal gjøre denne typen analyser.

## Vedlegg





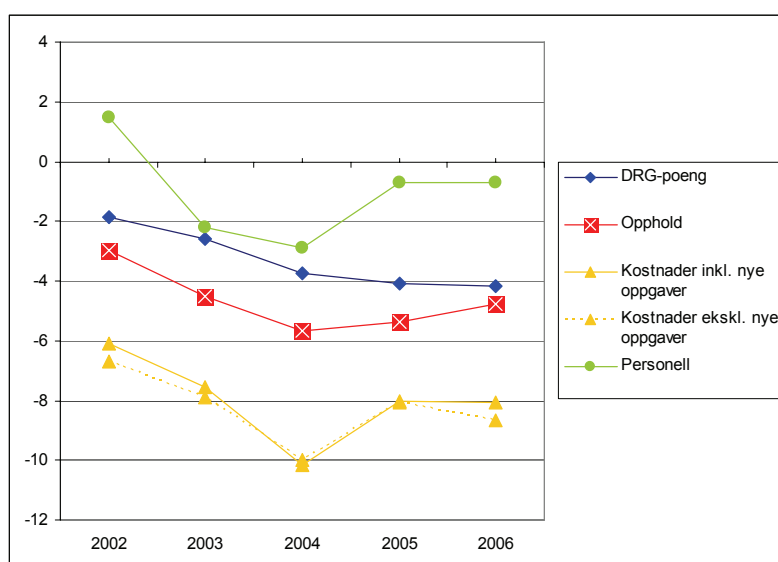
## Vedlegg til kapittel 2: Regional utvikling 2002-2006

### Aktivitet og ressursinnsats

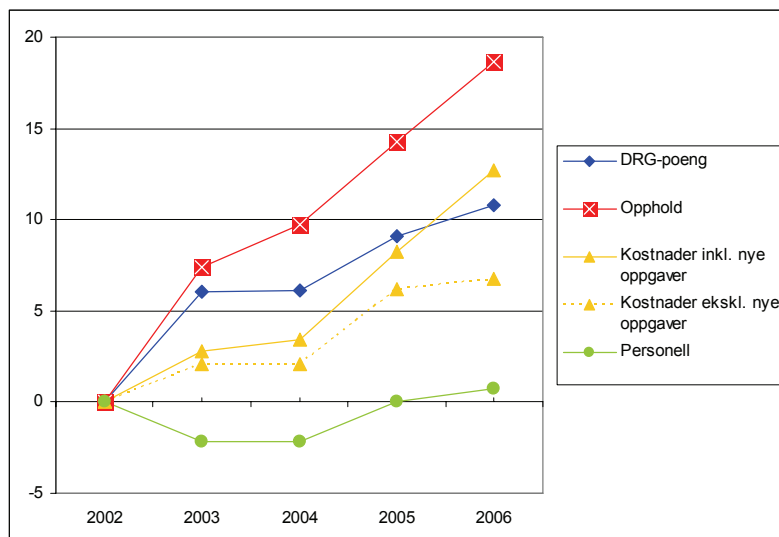
#### Helse Øst

Med unntak for personellinnsats i 2002 har Helse Øst hele perioden ligget under landsgjennomsnittet på alle fire indikatorer (figur v2.1 og v2.2). Fra å ha startet perioden med et 6 prosents lavere kostnadsnivå i 2002, er differansen økt til 8 prosent i 2006. Avviket i 2006 er mindre når det gjelder aktiviteten; regionen ligger bare 4 og 5 prosent under når det gjelder henholdsvis opphold og DRG-poeng. I personellinnsats lå regionen på det meste 3 prosent under resten av landet, men ved utgangen av perioden ligger nivået for årsverk omtrent på landsgjennomsnittet. Sammen med Helse Sør hadde Helse Øst med 13 prosent den laveste kostnadsveksten i perioden (korrigert for nye oppgaver var kostnadsveksten i underkant av 7 prosent). Personellinnsatsen økte med knapt 1 prosent fra 2002 til 2006, noe som også er minst av alle regionene. Aktiviteten økte med 19 prosent målt i antall opphold og 11 prosent målt i DRG-poeng.

Det er imidlertid viktig å minne om at tallene for Helse Øst og Helse Sør er påvirket av utviklingen i Rikshospitalet HF. Utgiftene for Rikshospitalet fordeles etter gjestepasientoppgjør, mens årsverk fordeles etter liggedøgn. Helse Øst får dermed forholdsvis større andeler av årsverk (sammenlignet med kostnader) fra Rikshospitalet.



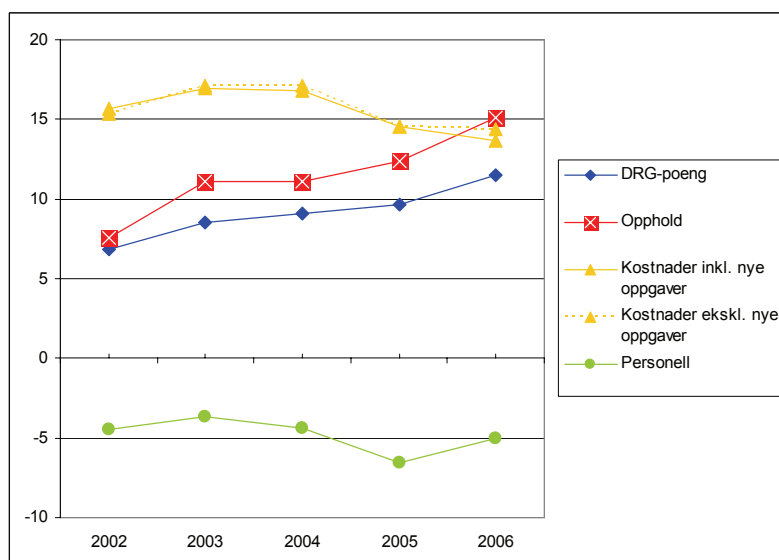
Figur v2.1 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Øst, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.



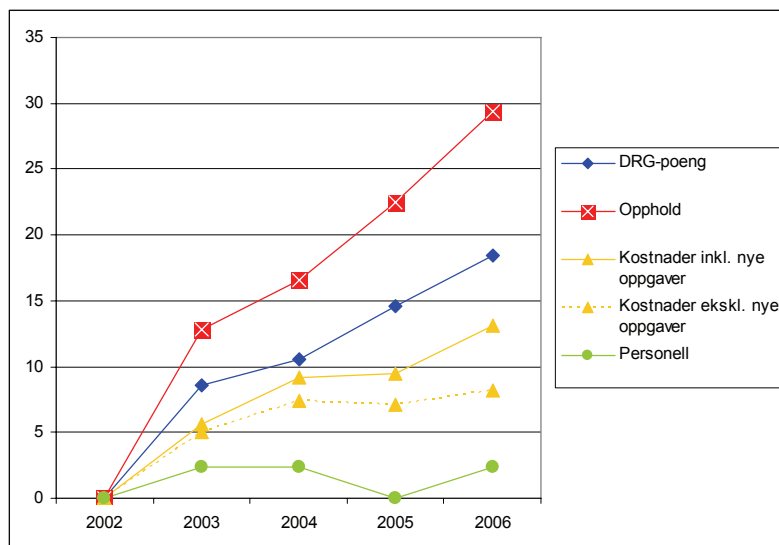
Figur v2.2 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Øst, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

### Helse Sør

Helse Sør er den regionen som i løpet av perioden har hatt størst aktivitet, målt både som opphold og DRG-poeng per 1 000 innbygger (figur v2.3 og v2.4). Ved starten av perioden var avviket fra landsgjennomsnittet på rundt 7 prosent for begge indikatorer, mens regionen i 2006 hadde 15 prosent flere opphold og forbrukte 11 prosent flere DRG-poeng per 1 000 innbygger enn landet generelt. Regionen hadde en økning i opphold per 1 000 innbygger på 29 prosent, mens antall DRG-poeng økte med 18 prosent. Ser vi på innsattssiden har regionen hele tiden hatt større kostnader enn landsgjennomsnittet, men det har vært en gradvis reduksjon i avviket; fra 16 prosent i 2002 til 14 prosent i 2006. Kostnadsveksten for hele perioden var på 13 prosent (8 prosent eksklusive nye oppgaver). Personellinnsatsen har fra 2003 av ligget stabilt rundt 5 prosent under landsgjennomsnittet (se for øvrig kommentar om Rikshospitalet i avsnitt 2.2.2)



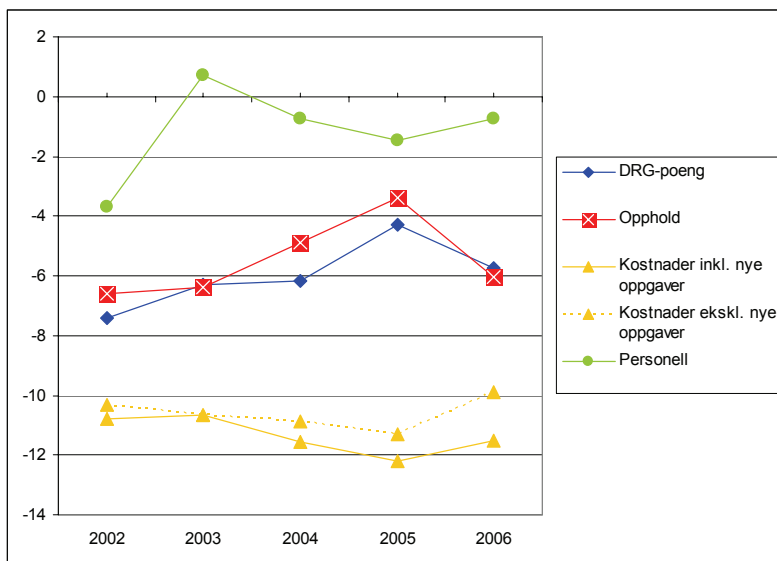
Figur v2.3 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Sør, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.



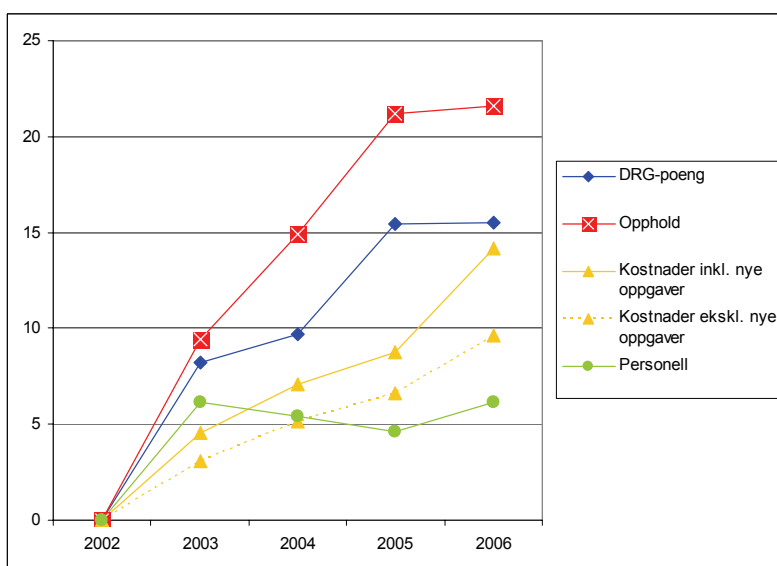
Figur v2.4 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Sør, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

### Helse Vest

I likhet med Helse Øst ligger Helse Vest under landsgjennomsnittet både når det gjelder innsatsfaktorbruk og aktivitet (figur v2.5 og v2.6). Utslaget er mest markant på kostnadssiden, der regionen til tross for en samlet vekst på 14 prosent (10 prosent ekskl. nye oppgaver) hele perioden har ligget mellom 11 og 12 prosent under nivået for landet som helhet. Kostnadsnivået har dermed vært betydelig lavere enn det man skulle forvente ut fra Hagenutvalgets beregninger (NOU 2003), som med utgangspunkt i befolkningssammensetning og reisetider i regionen i 2002 estimerte et kostnadsnivå per innbygger tilsvarende ca. 3 prosent under landsgjennomsnittet. Regionen hadde en samlet vekst i antall årsverk per 1 000 innbygger på 6 prosent, slik at personellinnsatsen fra 2003 og utover har vært omtrent på nivå med landsgjennomsnittet. Avviket i aktiviteten har ligget på mellom 3 og 7 prosent, og i 2006 er nivået både for opphold og DRG-poeng 6 prosent lavere enn nivået for landet. Veksten i aktivitet var på 22 prosent målt i opphold og 16 prosent målt i DRG-poeng.



Figur v2.5 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Vest, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

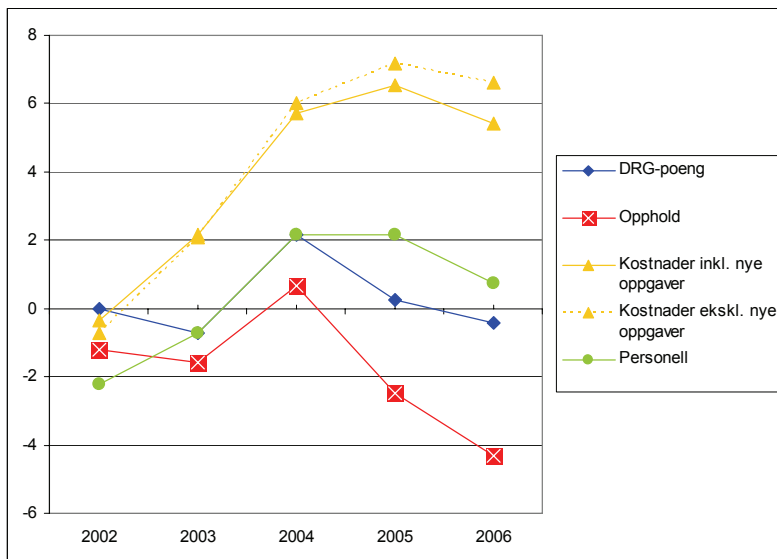


Figur v2.6 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Vest, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

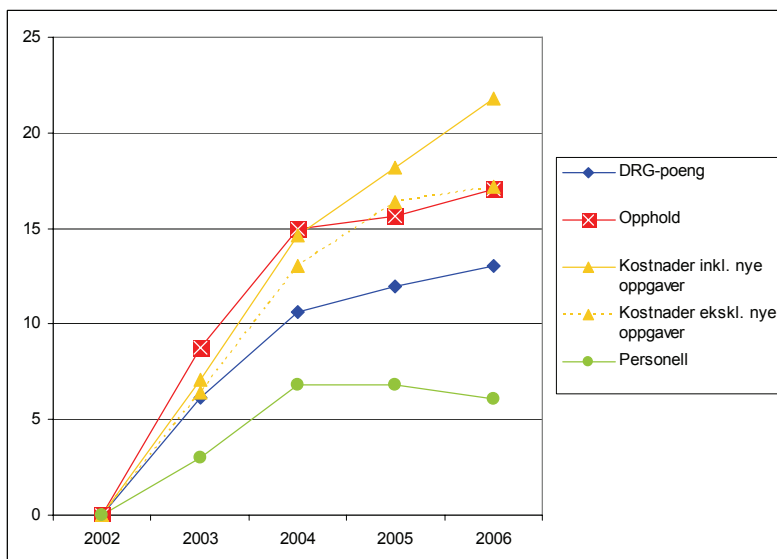
## Helse Midt-Norge

De to første årene etter sykehusreformen hadde Helse Midt-Norge aktivitet og ressursinnsats omtrent på linje med gjennomsnittet for landet (figur v2.7 og v2.8). I 2004 og 2005 hadde regionen rundt 6 prosent høyere kostnader per 1 000 innbygger, og i 2006 var avviket på 5 prosent, noe som er i tråd med Hagenutvalgets beregninger ut fra regionens befolkningssammensetning og reisetid (NOU 2003). Regionen hadde sammen med Helse Nord den sterkeste kostnadsveksten i perioden, med 22 prosent, noe som skyldes særlig stor økning fra 2003 til 2004 (kostnadsveksten tilsvarte 17 prosent korrigert for nye oppgaver). Videre hadde Helse Midt-Norge sammen med Helse Vest 6 prosent flere årsverk per 1 000

innbygger i 2006 enn i 2002, noe som er den største økningen i løpet av perioden. Personellinnsatsen har likevel ikke ligget mer enn 2 prosent over eller under gjennomsnittet i femårsperioden. Aktiviteten målt i opphold lå ved starten av perioden omtrent på nivå med landet, men har fra 2004 utviklet seg i negativ retning, slik at differansen i 2006 er på litt over 4 prosent. Målt i DRG-poeng har derimot aktiviteten vært i tråd med den gjennomsnittlige aktiviteten i perioden. Totalt var veksten i antall opphold og DRG-poeng per 1 000 innbygger på henholdsvis 17 og 13 poeng.



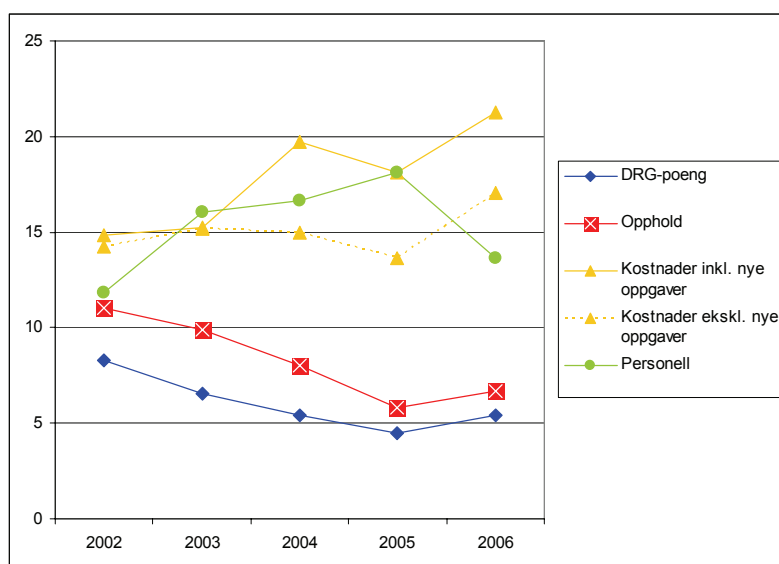
Figur v2.7 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.



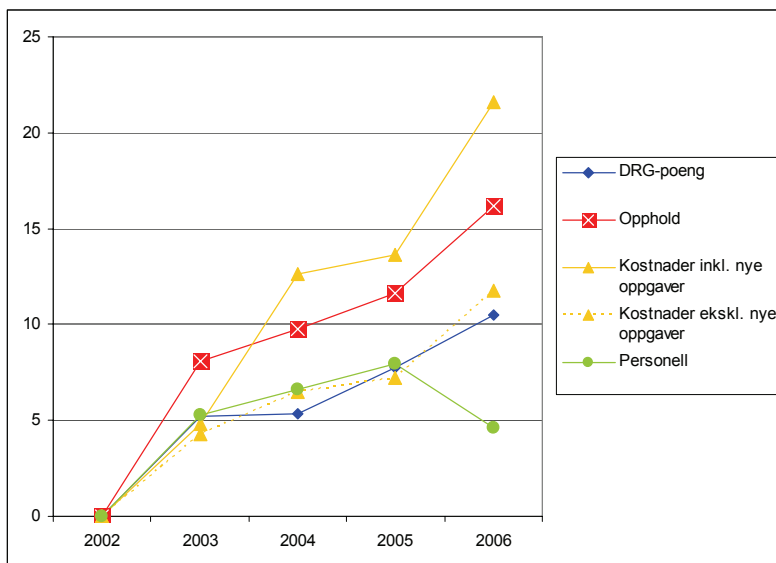
Figur v2.8 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

## Helse Nord

Helse Nord har hatt høyere ressursinnsats og aktivitet enn gjennomsnittet for landet i hele femårsperioden (figur v2.9 og v2.10). Både personellinnsatsen og kostnadsnivået har vært mer enn 12 prosent høyere enn landsnivået hvert eneste år. Med en kostnadsvekst på 22 prosent er det kun Helse Midt-Norge som har hatt like stor økning i perioden, og avviket fra landsgjennomsnittet er blitt stadig større i løpet av perioden, fra 15 prosent i 2002 til 21 prosent i 2006. Regionen ligger dermed betydelig over kostnadsnivået på 8 prosent som vi utfra befolknings sammensetning og reisetid skulle forvente (NOU 2003). Kostnadsutviklingen kan dels tilskrives omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift fra 2004, som slår ut i særlig grad for Helse Nord. I tillegg slår de nye oppgavene særlig ut for Helse Nord: korrigeret for nye oppgaver er avviket fra landsgjennomsnittet bare 17 prosent i 2006, mens kostnadsveksten er bare på 12 prosent. I årene 2003 til 2005 lå personellinnsatsen mellom 16 og 18 prosent høyere enn gjennomsnittet, mens avviket i 2006 er omtrent på samme nivå som ved starten av perioden; i underkant av 14 prosent. Veksten i årsverk per 1 000 innbygger var på 5 prosent. Når det gjelder aktiviteten er avviket fra landsgjennomsnittet redusert fra 11 prosent for opphold og 8 prosent for DRG-poeng i 2002 til differanser på henholdsvis 7 og 5 prosent i 2006. Antall opphold per 1 000 innbygger økte med 16 prosent i løpet av perioden, og DRG-poeng med 10 prosent.



Figur v2.9 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Nord, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigeret for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.



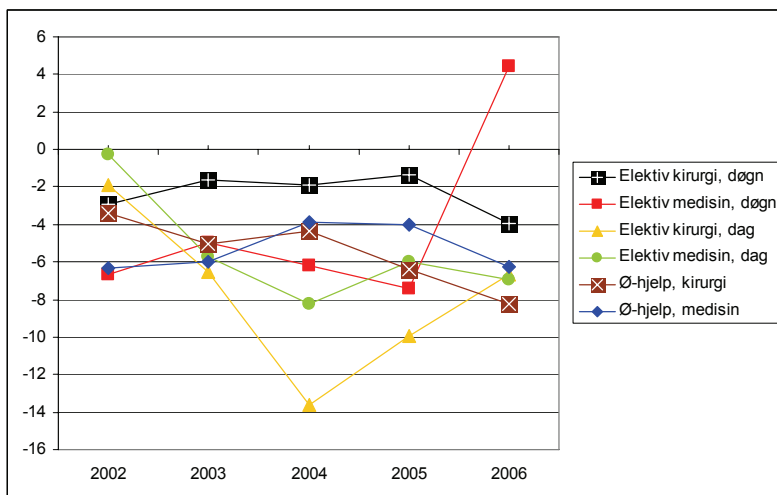
Figur v2.10 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Nord, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

## Forbruk av sykehustjenester: opphold

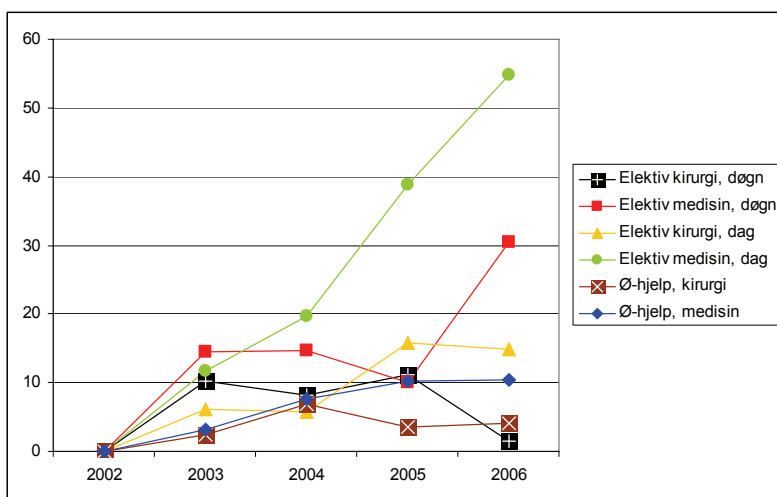
### Helse Øst

Befolkningen i Helse Øst har så godt som hele perioden 2002-2006 benyttet seg av sykehustjenester i mindre grad enn landsgjennomsnittet (figur v2.11). Det eneste unntaket er for elektive medisinske døgnopphold, der regionen i 2006 hadde over 4 prosent høyere forbruksrate enn landsgjennomsnittet. Dette skyldes hovedsakelig innlemmelsen av Oslo kommunale legevakt i datamaterialet fra og med 2006: med nesten 6 500 elektive medisinske døgnopphold i 2006 sto denne institusjonen for 67 prosent av økningen fra 2005 til 2006. En tredjedel av disse var for brystsmarter, magerelaterte lidelser (øsofagitt, gastroentritt, etc.) eller hjernerystelse. I 2004 hadde befolkningen i Helse Øst den laveste forbruksraten av alle regioner for kirurgisk dagbehandling, og lå nesten 14 prosent under landsgjennomsnittet. Skal man dømme utfra utviklingen de siste to årene kan det imidlertid se ut som om trenden er i ferd med å snu, og i 2006 er avvirket fra landsgjennomsnittet halvert. Befolkningen i Helse Øst skiller seg også ut ved et lavere forbruk av medisinsk dagbehandling enn befolkningen generelt. I 2005 har Helse Øst også de laveste ratene for øyeblikkelig hjelp, både innenfor medisinske og kirurgiske DRG-typer, med avvik fra landsgjennomsnittet på henholdsvis 6 og 8 prosent.

Som det fremgår av figur v2.12 er det innenfor medisinske dagbehandlinger regionen hadde den største veksten i perioden. Forbruksraten for slik behandling ligger 55 prosent høyere i 2006 enn i 2002, mens forbruket av kirurgisk dagbehandling også har økt med nesten 15 prosent i perioden. Veksten i medisinsk dagbehandling er likevel lavere enn i både Helse Sør og Helse Vest, og ligger på omtrent samme nivå som Helse Midt-Norge. Pga. innlemmelsen av Oslo kommunale legevakt skiller Helse Øst seg klart ut med den sterkeste veksten i forbruk av døgnbehandling innenfor medisinske DRG-typer: her ligger nivået over 30 prosent høyere i 2006 enn i 2002. Innenfor øyeblikkelig hjelp har det vært en parallell utvikling for medisinske og kirurgiske opphold de tre første årene av perioden, mens det fra 2004 har vært en sterkere vekst i sistnevnte type opphold. Det var en nedgang i elektiv kirurgi fra 2005 til 2006.



Figur v2.11 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Øst, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



Figur v2.12 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Øst, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

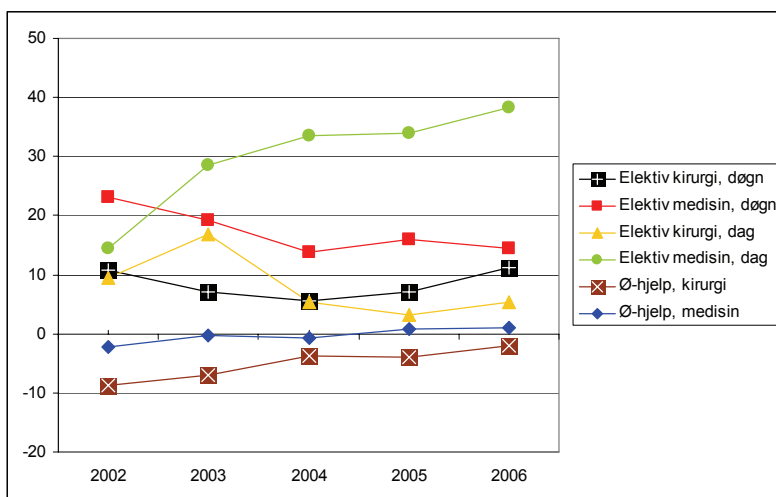
## Helse Sør

Befolkningen i Helse Sør har i hele perioden hatt en høyere forbruksrate av elektiv behandling enn landsgjennomsnittet (figur v2.13). Dette gjelder innenfor begge DRG-typer for både døgn- og dagopphold, selv om avviket er størst for de medisinske DRG-typene. Regionen har den høyeste raten for medisinsk dagbehandling i hele perioden, og ved utgangen av perioden ligger forbruket i regionen nesten 40 prosent høyere enn for befolkningen generelt. Det relativt høye forbruket av dagbehandling gjelder i all hovedsak rehabilitering (se f.eks. Jørgenvåg & Jensberg 2006). For medisinske døgnopphold er forskjellen fra landsgjennomsnittet redusert fra 23 prosent i starten av perioden til 14 prosent ved utgangen av perioden. Forbruket av medisinsk øyeblikkelig hjelp har vært på linje med landsgjennomsnittet hele perioden, og etter et mindreforbruk av kirurgisk øyeblikkelig hjelp på nesten 9 prosent i forhold til landet generelt i 2002 er også denne raten i ferd med å nærme seg landsgjennomsnittet.

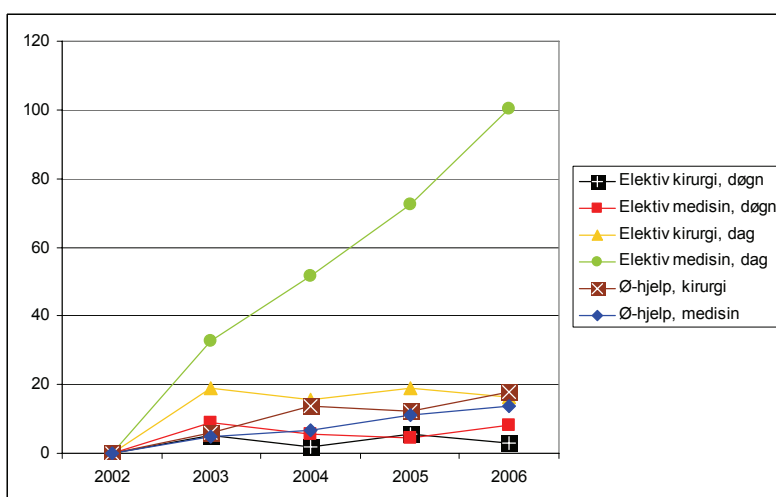


Helse Sør hadde fra 2002 til 2006 en dobling i raten for medisinske dagbehandlinger, noe som er den klart sterkeste veksten av alle regionene (figur v2.14). Som nevnt over, henger dette sammen med at befolkningen skiller seg ut i forhold til de andre regionene med et høyere forbruk av sykehustjenester knyttet til rehabilitering. Regionen har også hatt en forholdsvis stor vekst i kirurgisk dagbehandling; tilsvarende 16 prosent. Innenfor døgnbehandling har veksten vært mer moderat, og for elektive kirurgiske opphold er det bare Helse Øst som hadde en svakere økning.

Ser vi bort fra elektiv dagbehandling, har det vært en større økning i øyeblikkelig-hjelp opphold enn elektive opphold i perioden. I likhet med Helse Øst ser vi en nedgang i elektiv kirurgi i 2006.



Figur v2.13 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Sør, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

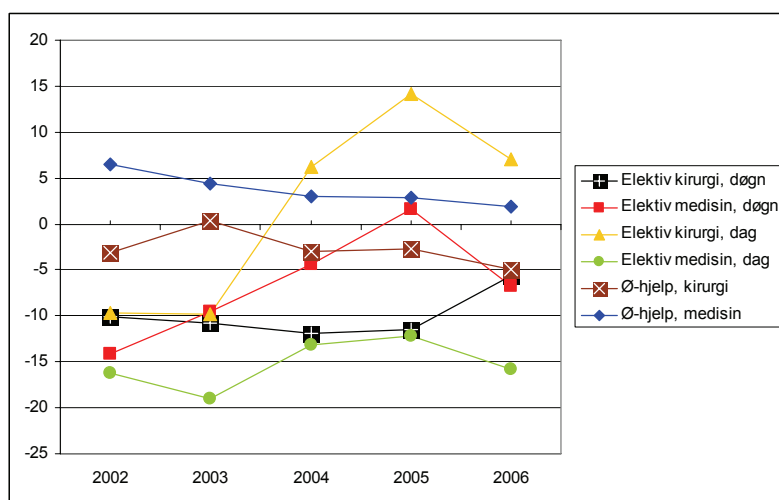


Figur v2.14 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Sør, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

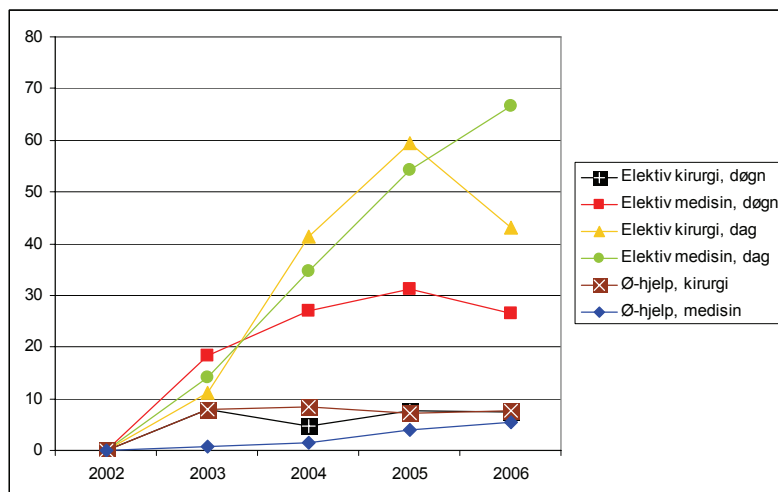
## Helse Vest

I hele perioden har befolkningen i Helse Vest hatt et negativt avvik fra landet totalt når det gjelder bruk av medisinsk dagbehandling, som har variert fra 12 til 19 prosent (figur v2.15). For kirurgisk dagbehandling hadde derimot regionen fra 2004 og utover en forbruksrate over landsgjennomsnittet. Videre hadde regionens befolkning også stort sett færre døgnopphold enn landet generelt. Fra 2003 til 2006 lå avviket i forbruksrate for begge typer øyeblikkelig hjelp innenfor 5 prosent av landsgjennomsnittet.

I likhet med de øvrige regionene har også Helse Vest hatt en sterk vekst i medisinske dagopphold, og forbruket ligger i 2006 67 prosent høyere enn i 2002 (figur v2.16). Regionen skiller seg imidlertid ut ved at befolkningen i de fire første årene av perioden også hadde en sterk vekst i forbruket av kirurgisk dagbehandling: forbruksraten for denne type opphold økte med 59 prosent fram til 2005. Fra 2005 til 2006 ser imidlertid trenden ut til å snu, da det fant sted en faktisk nedgang i forbruksraten på 27 prosent. Et lignende mønster finner vi også for medisinsk døgnbehandling, selv om veksten på langt nær har vært like utpreget som for kirurgisk dagbehandling. Utviklingen innenfor øyeblikkelig hjelp har vært relativt stabil, og innenfor begge DRG-typer økte ratene med mindre enn 10 prosent totalt i løpet av perioden.



Figur v2.15 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Vest, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



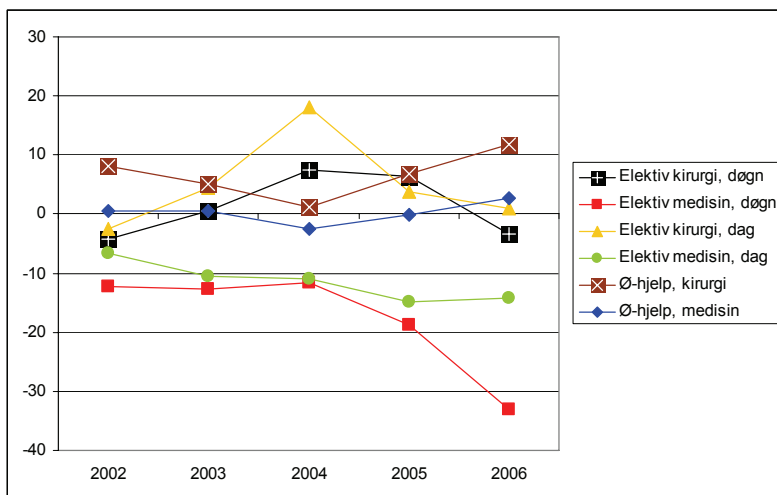
Figur v2.16 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Vest, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

### Helse Midt-Norge

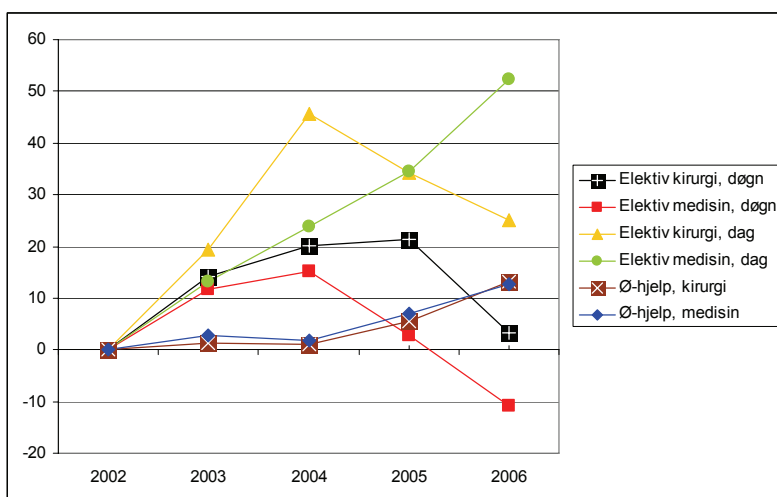
Befolkningen i Helse Midt-Norge har fra 2002 til 2006 hele tiden hatt en lavere rate for medisinske opphold enn landsgjennomsnittet (figur v2.17). Dette gjelder både for dag- og døgnbehandling, og fra til 2003 til 2005 er avviket forholdsvis parallelt for begge oppholdstyper, og ligger i størrelsesorden 10-12 prosent. Fra 2005 til 2006 var det imidlertid en faktisk nedgang i forbruksraten for medisinske døgnopphold på 13 prosent, slik at i 2006 ligger denne raten nesten 33 prosent under landsgjennomsnittet, mens avviket for medisinsk dagbehandling fortsatt er på under halvparten. Den dagkirurgiske aktiviteten i regionen ligger omtrent på landsgjennomsnittet ved starten og slutten av perioden. Aktiviteten for øyeblikkelig hjelp innenfor medisinske DRG-typer er på linje med gjennomsnittet, mens den kirurgiske aktiviteten innenfor øyeblikkelig hjelp nærmet seg landsnivået fram til 2004, for deretter å avvike stadig mer fram til 2006, da aktiviteten ligger 12 prosent over gjennomsnittet.

Helse Midt-Norge hadde i femårsperioden i likhet med Helse Vest en økning i både medisinsk og kirurgisk dagbehandling først i perioden, og deretter en nedgang i kirurgiske opphold utover i perioden (figur v2.18). Veksten i dagbehandling er først og fremst relatert til en sterk økning i bruken av private kommersielle sykehus i regionen, og særlig fra 2003 til 2004 da andelen private kommersielle opphold av totale opphold økte fra 2,8 til 6 prosent. Veksten i medisinsk dagbehandling på 52 prosent var imidlertid mindre enn i Helse Vest, og nedgangen i kirurgisk dagbehandling inntraff også ett år tidligere, slik at den relative økningen også her er mindre enn i Helse Vest. Med en 25 prosent høyere forbruksrate i 2006 enn i 2002 har befolkningen i Helse Midt-Norge, etter Helse Vest, likevel hatt den høyeste vekstraten av regionene i bruk av dagkirurgi. Nedgangen i raten for dagkirurgi fra 2005 skyldes en nedtrapping i bruken av private sykehus. Som eneste region har Helse Midt-Norge hatt en relativ nedgang i bruken av medisinske døgnopphold, på 10 prosent. Det er også verdt å merke seg at regionen totalt hadde en sterkere vekst i øyeblikkelig hjelp enn elektive døgnopphold i løpet av perioden, noe som først og fremst skyldes utviklingen fra 2005 til 2006.

For Helse Midt-Norge ser det altså ut til å være et vendepunkt i 2004/2005, med reduksjon i elektive opphold (unntatt medisinske dagopphold) og tiltakende vekst i øyeblikkelig-hjelp opphold. Dette inntreffer etter en periode der spesielt elektiv kirurgi vokste og øyeblikkelig-hjelp opphold falt i forhold til landsgjennomsnittet.



Figur v2.17 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

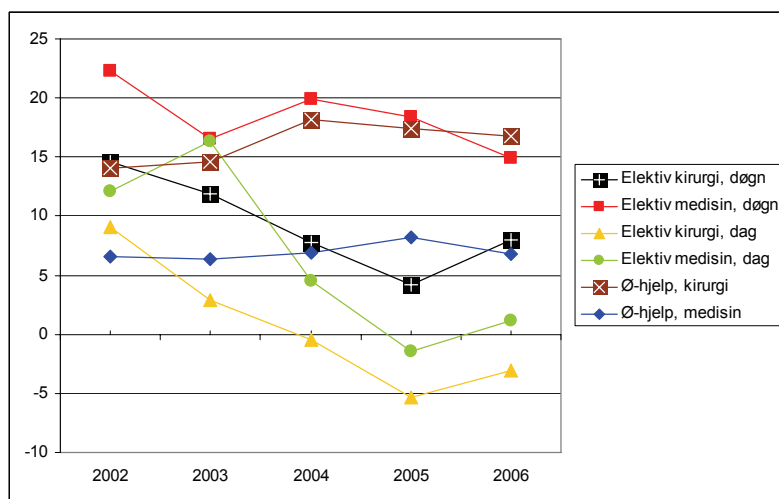


Figur v2.18 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

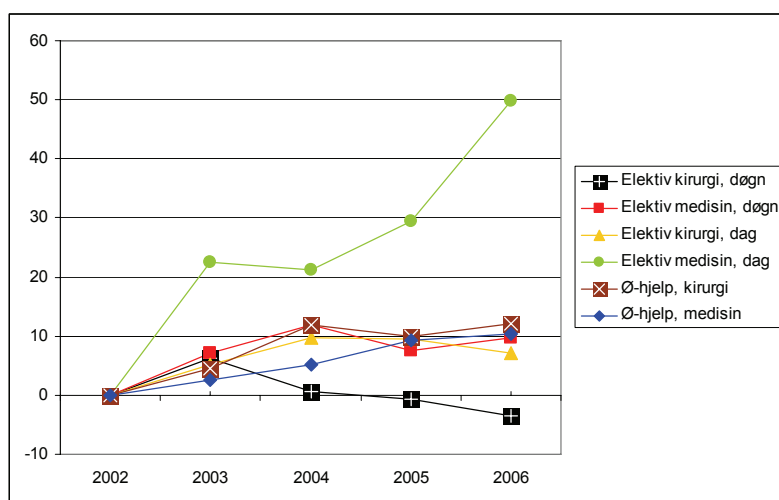
## Helse Nord

Helse Nord har tradisjonelt hatt høyt forbruk av somatiske sykehustjenester, og med unntak for dagbehandlinger har befolkningen i hele perioden 2002-2006 benyttet seg av sykehustjenester i større grad enn landsgjennomsnittet (figur v2.19). Fram til 2004 lå befolkningens bruk av dagbehandlinger også over nivået for landet. Utslaget er størst for medisinske døgnopphold, der forbruksraten ved inngangen til perioden lå hele 22 prosent over landsgjennomsnittet. I løpet av perioden har imidlertid bruken av denne type behandling nærmet seg den generelle befolkningens forbruk, slik at avviket i 2006 tilsvarende 15 prosent. Raten for kirurgisk døgnbehandling har også gradvis nærmet seg landsnivået, fra en differanse på 15 prosent i 2002 til 4 prosent i 2005. I 2006 ser imidlertid trenden ut til å ha snudd. For kirurgisk øyeblikkelig hjelp har regionens befolkning et forbruk på mellom 14 og 18 prosent over gjennomsnittet, mens avviket for medisinsk øyeblikkelig hjelp har ligget i intervallet 6-8 prosent.

I likhet med de andre regionene er det innenfor medisinsk dagbehandling Helse Nord har hatt sterkest relativ vektst i perioden, og forbruksraten ligger 50 prosent høyere i 2006 enn i 2002 (figur v2.20). Som eneste region har derimot regionen hatt en prosentvis nedgang i kirurgisk døgnbehandling. Forbruket av øyeblikkelig hjelp har økt med henholdsvis 10 prosent for medisinske DRG-typer og 12 prosent for kirurgiske DRG-typer.



Figur v2.19 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Nord, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



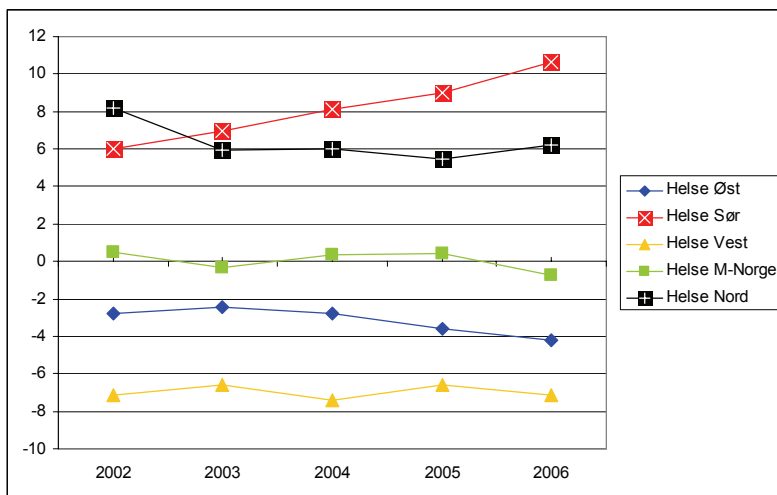
Figur v2.20 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Nord, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

### Forbruk av sykehustjenester: DRG-poeng

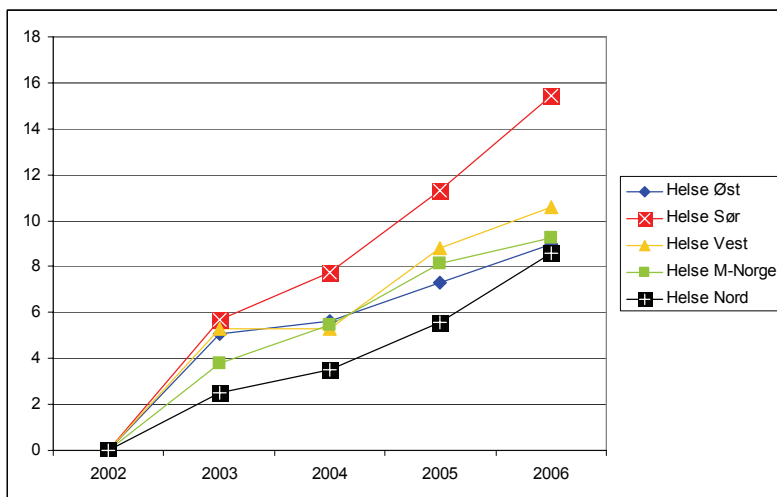
Figur v2.21 illustrerer hvordan helseregionenes forbruk av DRG-poeng for døgnopphold ligger i forhold til landsgjennomsnittet. Som vi ser, avspeiles de høye forbruksratene i Helse Sør i forbruket av DRG-poeng: regionen har hele perioden hatt en jevnt økende differanse fra landsgjennomsnittet, fra 6 prosent i 2002 til 11 prosent i 2006. Befolkningen i Helse Nord har også forbrukt mellom 5 og 8 prosent flere DRG-poeng enn landsgjennomsnittet. Helse

Midt-Norge har hatt en aktivitet omtrent på landsgjennomsnittet, mens Helse Øst og Helse Vest skiller seg ut i negativ retning, med avvik på henholdsvis 2-4 og 7 prosent gjennom hele perioden.

Når det gjelder utviklingen i de enkelte regionene, har Helse Sør hatt en økning på 15 prosent i forhold til 2002, mens de fire andre regionene ligger mellom 9 og 11 prosent (figur v2.22).



Figur v2.21 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i forbruk av DRG-poeng for døgnopphold per helseregion, 2002-2006. DRG-poeng per 1 000 innbygger.



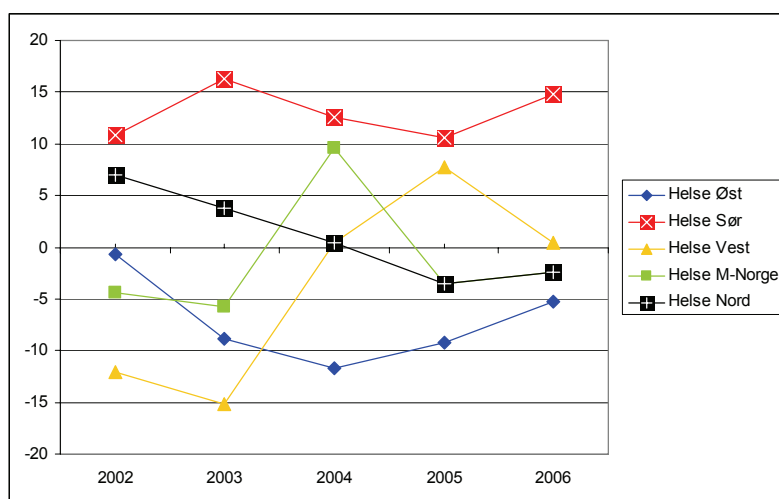
Figur v2.22 Prosentvis endring i forbruk av DRG-poeng for døgnopphold per helseregion, 2002-2006. DRG-poeng per 1 000 innbygger.

De høye forbruksratene for medisinsk dagbehandling i Helse Sør gjør at regionen også skiller seg fra landet som helhet når det gjelder forbruk av DRG-poeng for dagopphold (figur v2.23). Avviket fra landsgjennomsnittet har i løpet av perioden ligget i intervallet 11-16 prosent. Helse Nord hadde ved starten av perioden forbrukt 7 prosent flere DRG-poeng enn landsgjennomsnittet, men pga. en utflating i den faktiske veksten fra 2003 hadde regionen i 2005 og 2006 en aktivitet under landsgjennomsnittet. Aktiviteten i Helse Vest og Helse Midt-

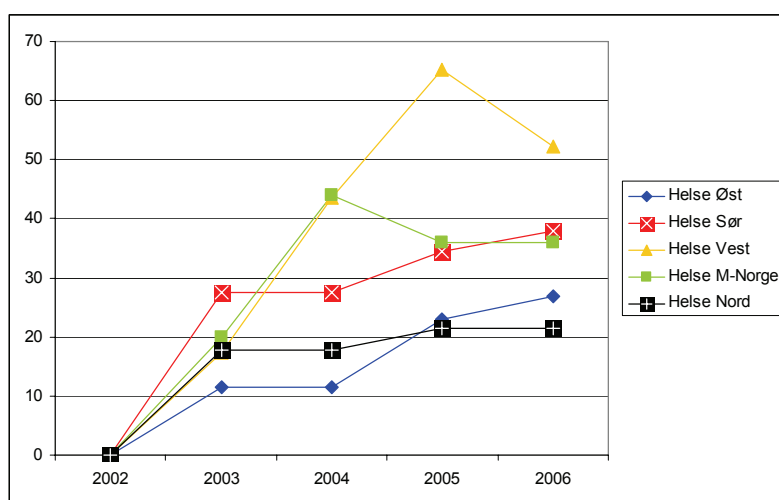
Norge karakteriseres av sterke flukturasjoner i forhold til landsgjennomsnittet i perioden. Både Helse Vest og Helse Midt-Norge lå i 2002 og 2003 under snittnivået for landet som helhet, før trenden snudde i 2004 pga. en sterk vekst i dagkirurgi i begge regioner. For sistnevnte region bidro imidlertid en nedgang i dagkirurgiraten fra 2004 til at regionen ved utgangen av perioden fortsatt ligger noe under landsgjennomsnittet, mens veksten i dagkirurgi i Helse Vest fortsatte fram til 2005, og plasserte regionen på landsgjennomsnittet i 2006. Helse Øst hadde en utflatning i forbruket av DRG-poeng for dagopphold i 2003-2004, og er følgelig den regionen med lavest rate den siste delen av perioden. Helse Øst har likevel fra 2004 gradvis nærmet seg landsgjennomsnittet, og ligger i 2006 bare 5 prosent under.

Generelt er det verdt å merke seg at mens det i 2006 var forholdsvis store regionale variasjoner i døgnpoeng, var forskjellene små for dagbehandling, med unntak for Helse Sør som skiller seg markant ut.

Helse Vest hadde den største økningen i forbruk av DRG-poeng for dagopphold i perioden, med en økning på totalt 52 prosent (figur v2.24). Helse Sør og Helse Midt-Norge hadde omtrent lik økning i rater, på henholdsvis 38 og 36 prosent, mens Helse Øst hadde et 27 prosent høyere nivå i 2006 og Helse Nord 21 prosent.



Figur v2.23 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i forbruk av DRG-poeng for dagopphold per helseregion, 2002-2006. DRG-poeng per 1 000 innbygger.

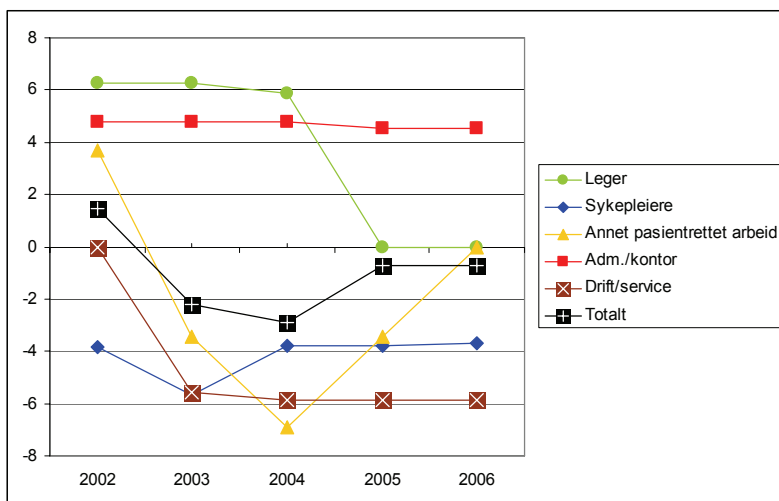


Figur v2.24 Prosentvis endring i forbruk av DRG-poeng for dagopphold per helseregion, 2002-2006. DRG-poeng per 1 000 innbygger.

## Personellinnsats

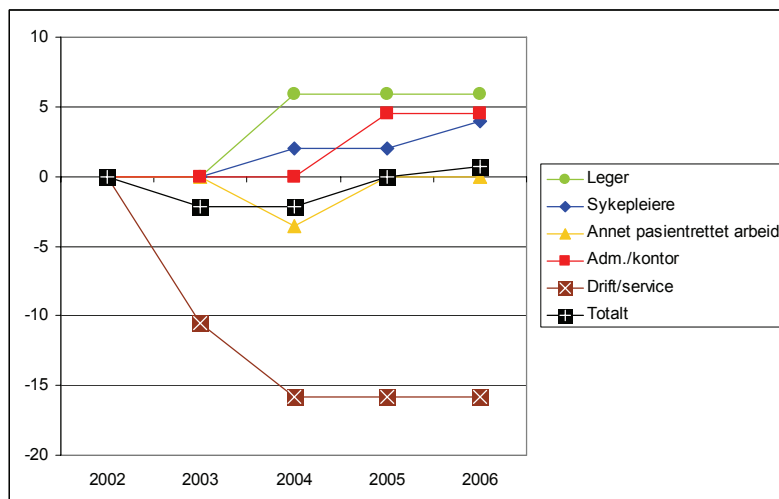
### Helse Øst

Med unntak av et noe lavere nivå i årene 2003 og 2004 har Helse Øst ligget omtrent på landsgjennomsnittet når det gjelder total personellinnsats (figur v2.25 og v2.26). Med en relativ vekst i samlet personellinnsats på 1 prosent hadde regionen den laveste økningen av alle regionene. Som vi har sett, reflekteres dette i aktivitetsutviklingen i samme periode: regionens befolkning har benyttet seg av sykehustjenester i mindre grad enn landsgjennomsnittet, og forbruket av DRG-poeng både innenfor døgn- og dagopphold ligger også lavere enn for landet som helhet. Fram til 2005 hadde regionen et forbruk av legeårsverk som lå ca. 6 prosent over nivået for landet generelt, men i 2005 og 2006 lå regionen helt på landsgjennomsnittet. Veksten i antall legeårsverk per 1 000 innbygger i regionen var på 6 prosent. Innsatsen i form av sykepleierårsverk har ligget rundt 4 prosent under landsgjennomsnittet, med en relativ vekst på 4 prosent for hele perioden. Bruken av administrasjon og kontorpersonale har hele perioden ligget stabilt på 5 prosent over landsgjennomsnittet, mens personellinnsats knyttet til drift og service fra 2003 har ligget på rundt 6 prosent under. Nivået for annet pasientrettet arbeid har variert fra et positivt avvik på 4 prosent i 2002 til et negativt avvik på 7 prosent i 2004, men ved utgangen av perioden er nivået på linje med landet generelt.



Figur v2.25 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Øst, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



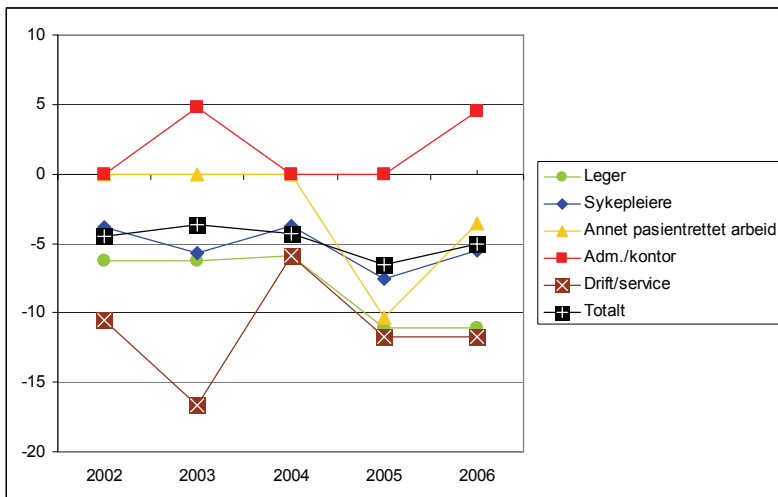


Figur v2.26 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Øst, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

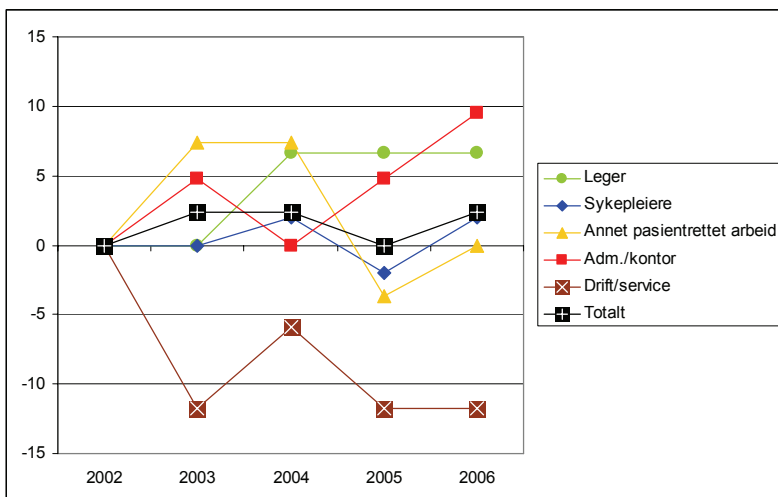
### Helse Sør

Veksten i samlet personellinnsats i Helse Sør var på 2 prosent, og regionen har hele perioden 2002-2006 hatt mellom 4 og 7 prosent færre årsverk per 1 000 innbygger enn landsgjennomsnittet (figur v2.27 og v2.28). Til tross for dette hadde regionen altså høyere forbruksrater enn landsgjennomsnittet for all elektiv behandling – både for døgn- og dagopphold. Og ikke minst hadde regionens befolkning i hele perioden et høyere forbruk av DRG-poeng per 1 000 innbygger enn noen annen region både innenfor døgn- og dagopphold, og lå i 2006 henholdsvis 12 og 15 prosent over landsgjennomsnittet. Men som nevnt, vil fordelingen av utgifter og årsverk for Rikshospitalet bidra til at Helse Sør kommer fordelaktig ut når det gjelder årsverk, siden regionen får en forholdsvis mindre andel av årsverk (sammenlignet med kostnader) fra virksomheten her.

Den relativt sett lavere samlede personellinnsatsen i regionen kan knyttes til at bruken av årsverk innenfor alle de tre personellkategoriene relatert til pasientpleie har vært lavere enn resten av landet hele perioden: i 2006 var avviket for leger på 11 prosent, for sykepleiere på 6 prosent, og for annet pasientrettet arbeid på 4 prosent. Antall legeårsverk og sykepleierårsverk per 1 000 innbygger økte med henholdsvis 7 og 2 prosent i løpet av perioden, mens det var nullvekst innenfor annet pasientrettet arbeid. Regionen har også benyttet færre årsverk knyttet til drift og service, og differansen i 2006 var på hele 12 prosent. Derimot lå nivået for kontorphonale og administrasjon i 2006 5 prosent over landsgjennomsnittet, mens den relative økningen tilsvarte 10 prosent.



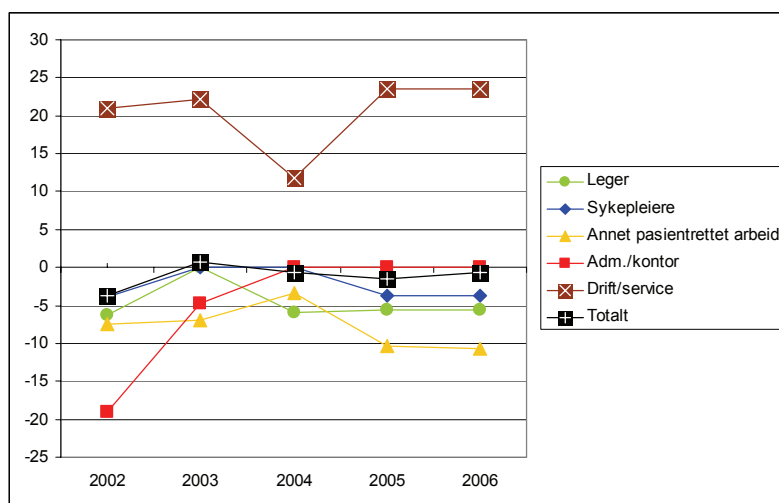
Figur v2.27 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Sør, 2002-2006. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



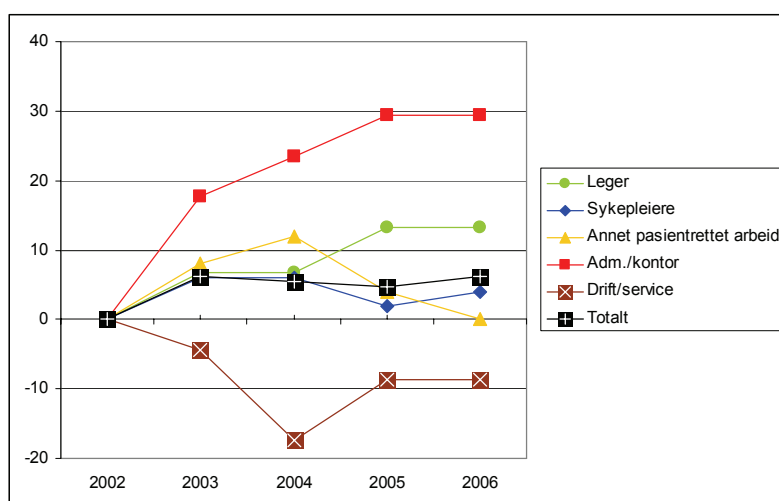
Figur v2.28 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Sør, 2002-2006. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

## Helse Vest

Helse Vest har fra 2002 til 2006 hatt en samlet personellinnsats omtrent på linje med landsgjennomsnittet, og en vekst i hele femårsperioden tilsvarende 6 prosent (figur v2.29 og v2.30). Sammen med Helse Midt-Norge hadde regionen dermed den største økningen i samlet antall årsverk per 1 000 innbygger. Nivået for legeårsverk har store deler av perioden ligget 6 prosent under nivået for landet, mens det har vært et negativt avvik i sykepleierårsverk på ca. 4 prosent. Veksten innenfor de to personellkategoriene var på henholdsvis 13 og 4 prosent. Det er ingen endring i innsatsen av annet pleie- og behandlingspersonell om vi ser hele perioden under ett, og i forhold til landsgjennomsnittet ligger innsatsnivået derfor 11 prosent lavere i 2006. Den sterkeste veksten i bruk av administrasjon og kontorpersonale i løpet av perioden fant sted i Helse Vest, med en økning på 29 prosent. Siden regionen ved inngangen av perioden lå på et relativt sett mye lavere innsatsnivå for denne personellkategorien enn de andre regionene er nivået likevel helt på linje med landsgjennomsnittet fra 2004 og ut perioden. Det motsatte er tilfelle for drift- og servicepersonell: grunnet en forholdsvis høyere innsats i starten av perioden hadde regionen i 2006 24 prosent flere årsverk per 1 000 innbygger sammenlignet med landet generelt, til tross for en relativ nedgang i denne personellkategorien på 9 prosent i løpet av perioden.



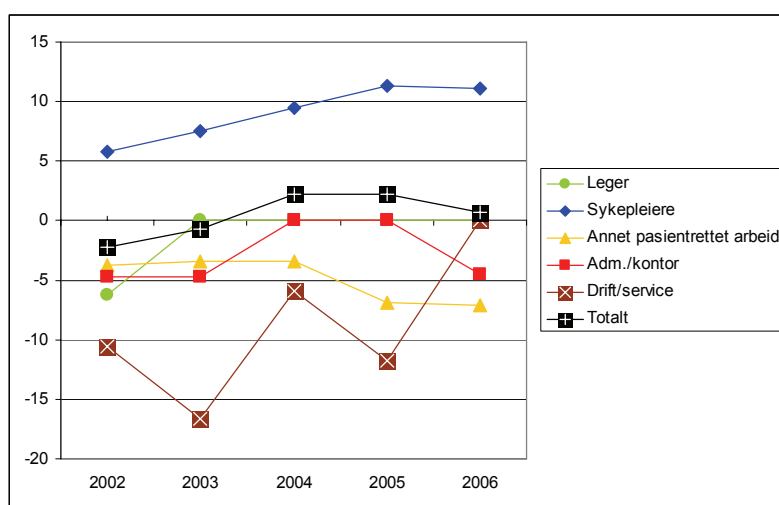
Figur v2.29 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Vest, 2002-2006. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



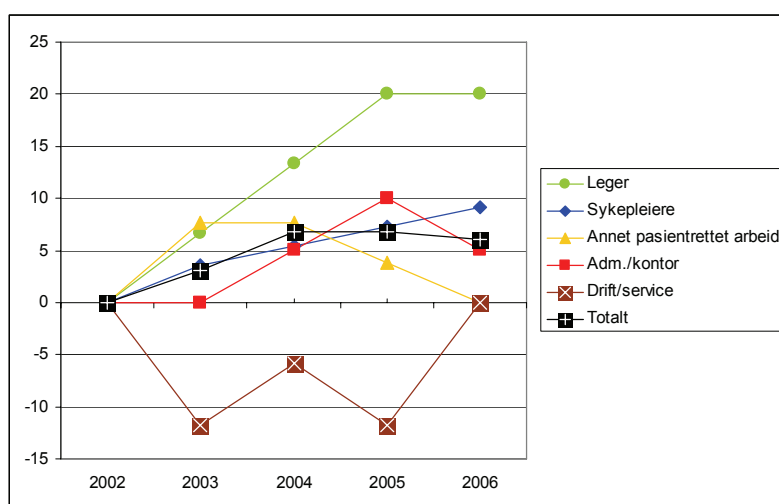
Figur v2.30 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Vest, 2002-2006. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

## Helse Midt-Norge

Med en 6 prosents økning i samlet antall årsverk per 1 000 innbygger står Helse Midt-Norge sammen med Helse Vest for den største innsatsøkningen på personellsiden (figur v2.31 og v2.32). Samlet sett avviker regionen imidlertid på det meste bare med 2 prosent fra landsnivået i løpet av perioden, noe som vitner om et relativt lavere innsatsnivå i utgangspunktet. Dette kan nok også forklare hvorfor den økte personellinnsatsen ikke har bidratt til at aktiviteten i større grad har vært høyere enn landsgjennomsnittet. Innsatsøkningen har først og fremst kommet i form av flere legeårsverk, men selv om økningen var på hele 20 prosent ligger regionen likevel på samme nivå som resten av landet alle de siste fire årene av perioden. Regionen skiller seg derimot ut med et høyere nivå på sykepleierinnsatsen; en forskjell som økte fra 6 til 11 prosent i løpet av perioden. I likhet med helseregionene Øst, Sør og Vest hadde også Helse Midt-Norge nullvekst i årsverk for annet pleie- og behandlingspersonell, og i forhold til resten av landet ligger nivået 7 prosent lavere. Det har heller ikke vært noen endring i innsatsen når det gjelder drifts- og servicepersonell hele perioden sett under ett, mens det har vært en 5 prosents økning innenfor administrasjon og kontorpersonele.



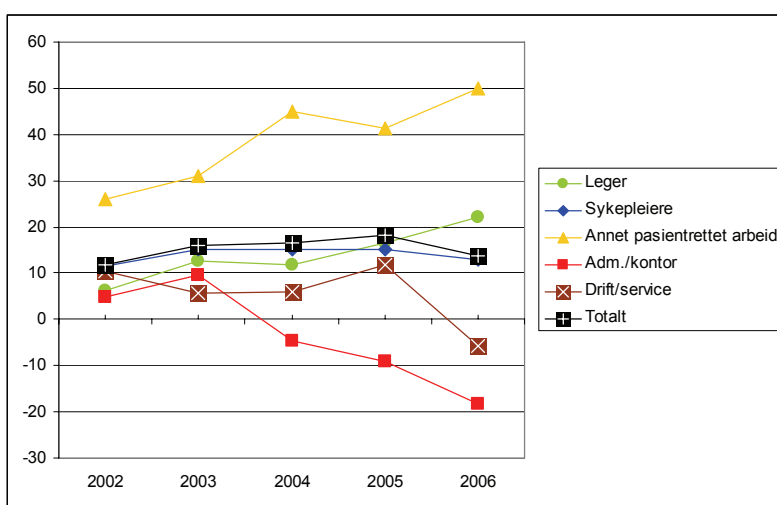
Figur v2.31 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



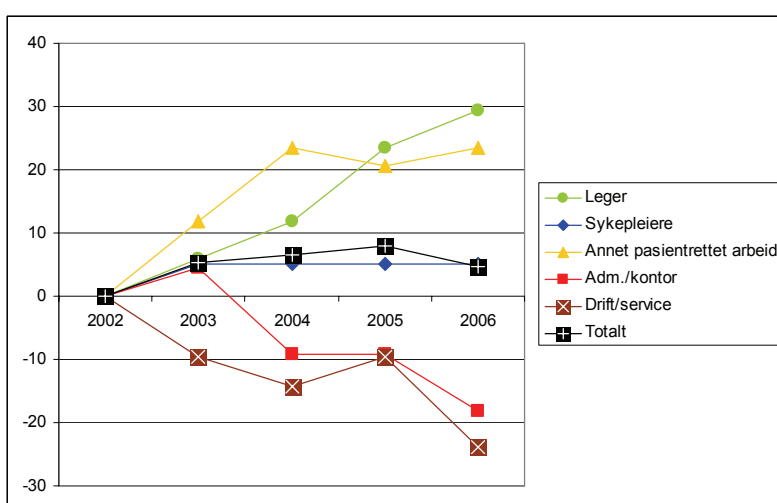
Figur v2.32 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

## Helse Nord

Helse Nord er den regionen som har de høyeste ratene for årsverk knyttet til pleie og behandling i løpet av perioden. Tilsvarende hadde regionen som vi har sett også et høyere aktivitetsnivå enn landsgjennomsnittet, målt både i oppholdsrate og DRG-poeng. Totalt sett hadde regionen en innsatsøkning på 5 prosent, hvorav raten for legeårsverk økte med 29 prosent, årsverk til annet pasientrettet arbeid økte med 24 prosent, og sykepleierårsverk økte med 5 prosent (figur v2.33 og v2.34). Innenfor de to førstnevnte personellkategoriene var det ingen regioner som hadde større økning enn Helse Nord. I forhold til landsgjennomsnittet ligger derfor Helse Nord på et høyere innsatsnivå hele perioden gjennom hva gjelder pleie- og behandlingspersonell: fra 2002 til 2006 økte avviket for leger fra 6 til 22 prosent, for sykepleiere fra 12 til 13 prosent, og for annet pasientrettet arbeid fra 26 til 50 prosent. Samtidig hadde Helse Nord den sterkeste reduksjonen av alle regioner i årsverk per 1 000 innbygger til administrasjon og kontorpersonele og til drift og service; på henholdsvis 18 og 24 prosent. Følgelig ligger innsatsnivået for disse personellkategoriene under landsgjennomsnittet ved utgangen av perioden.



Figur v2.33 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Nord, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

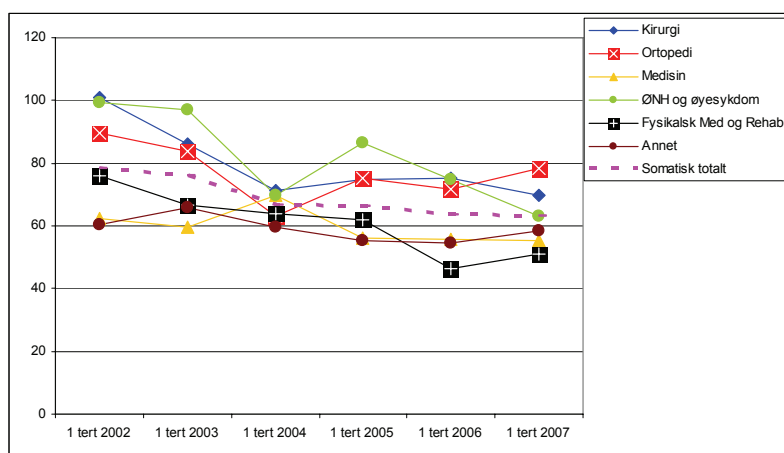


Figur v2.34 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Nord, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

## Tilgjengelighet

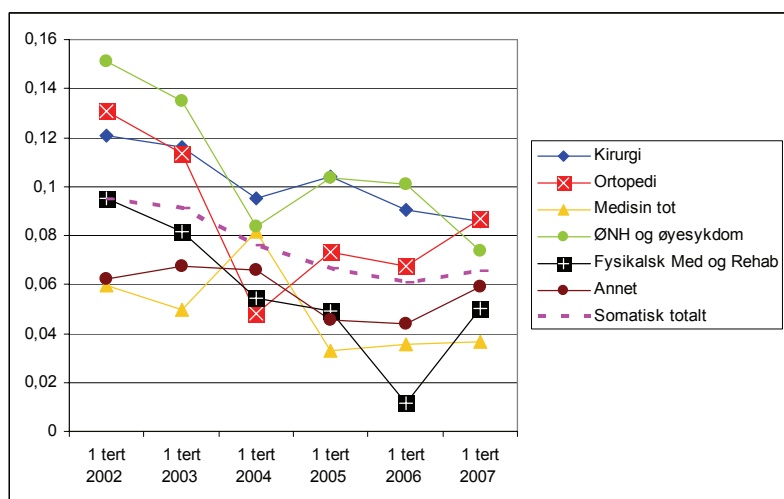
### Helse Øst

I Helse Øst gikk den samlede ventetiden for somatiske helsetjenester ned fra 78 til 63 dager i løpet av perioden 2002-2006, dvs. med 19 prosent (figur v2.35). Helse Øst er den eneste av regionene med en nedgang i ventetid innenfor alle fagområder. Regionen utmerker seg dermed også som den eneste regionen med en reduksjon i ventetiden for fysikalsk medisin og rehabilitering; fra 76 til 51 dager, dvs. med 33 prosent. Innenfor både kirurgi og ØNH og øyesykdommer har det vært en nedgang i omtrent samme størrelsesorden, på henholdsvis 31 prosent (31 dager) og 36 prosent (36 dager). Nedgangen i ventetid for medisin og ortopedi var tilnærmet den samme; 12 og 13 prosent.



Figur v2.35 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Øst, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

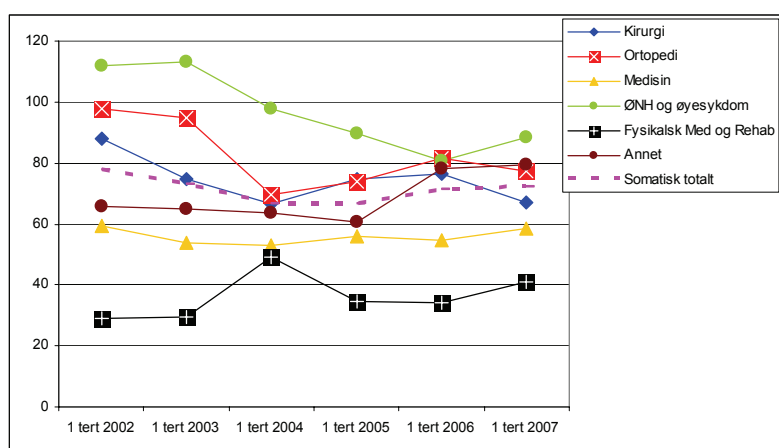
Figur v2.36 viser utviklingen i Helse Øst for andelen ordinært avviklede opphold der pasienten ventet mer enn 6 måneder. Totalt sett var det en nedgang i andelen langtidsventende fra 9 til 7 prosent i regionen. Nedgangen var størst innenfor ØNH og øyesykdommer og fysikalsk medisin og rehabilitering. Mot slutten av perioden har andelen langtidsventende igjen økt noe.



Figur v2.36 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Øst, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

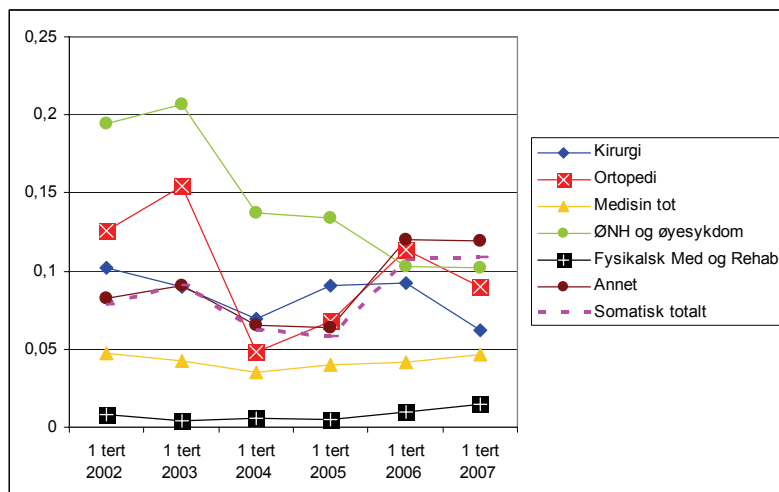
## Helse Sør

Til tross for at Helse Sør er den regionen i løpet av perioden som har hatt størst aktivitet, målt både i opphold og DRG-poeng, er det likevel her vi finner den minste nedgangen i samlet ventetid for somatiske spesialisthelsetjenester. Fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 gikk ventetiden kun ned med 6 dager og 7 prosent (figur v2.37). Noe av årsaken er å finne i utviklingen i ventetid for fysikalsk medisin og rehabilitering, som økte med 41 prosent, fra 29 til 41 dager. Med unntak for Helse Nord er nedgangen i ventetiden for kirurgi og ØNH og øyesykdommer også mindre enn i de andre regionene; henholdsvis 24 prosent (21 dager) og 21 prosent (24 dager). Nedgangen for ortopedi er av omtrent samme omfang, med 21 prosent (24 dager), mens ventetiden er uendret for medisinske fagområder. Det var en økning i gjennomsnittlig ventetid fra 1. tertial 2005 til 1. tertial 2007 for fagområdene sett under ett. Det er kun for kirurgi og ortopedi vi ser en nedgang siste år.



Figur v2.37 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Sør, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 (ekskl. Sykehuset i Vestfold HF i 2003).

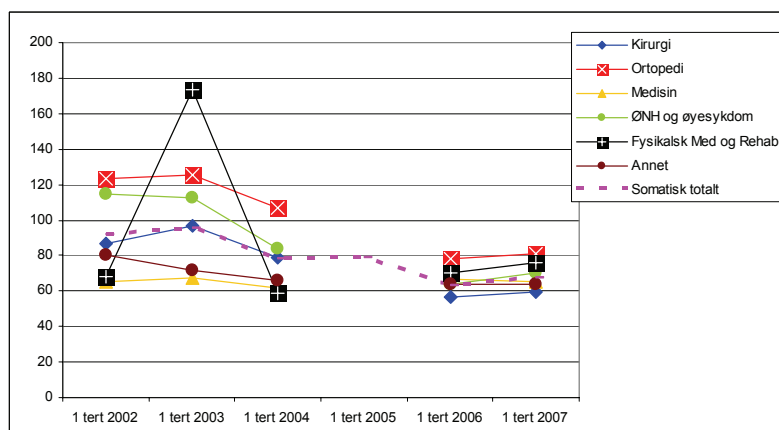
Helse Sør er den eneste regionen som i løpet av perioden opplevde en økning i den totale andelen av avviklede opphold der pasienten ventet lenger enn 6 måneder (figur v2.38). Andelen langtidsventende var nede på 6 prosent både i 2004 og 2005, men mot slutten av perioden økte den til 11 prosent. Dette kan nok dels tilskrives utviklingen innenfor ortopedi: andelen langtidsventende for ortopedisk behandling ble mer enn halvert fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2004, før det igjen var en betydelig økning mot slutten av perioden. Det har også vært en relativt sterk vekst innenfor kategorien "annet". Forøvrig har den sterke utbyggingen av rehabiliteringstilbudet i regionen bidratt til at den naturlig nok utmerker seg med en svært liten andel langtidsventende for fysikalsk medisin og rehabilitering. Det har også vært en betydelig nedgang i andel langtidsventende for ØNH og øyesykdommer.



Figur v2.38 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Sør, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

## Helse Vest

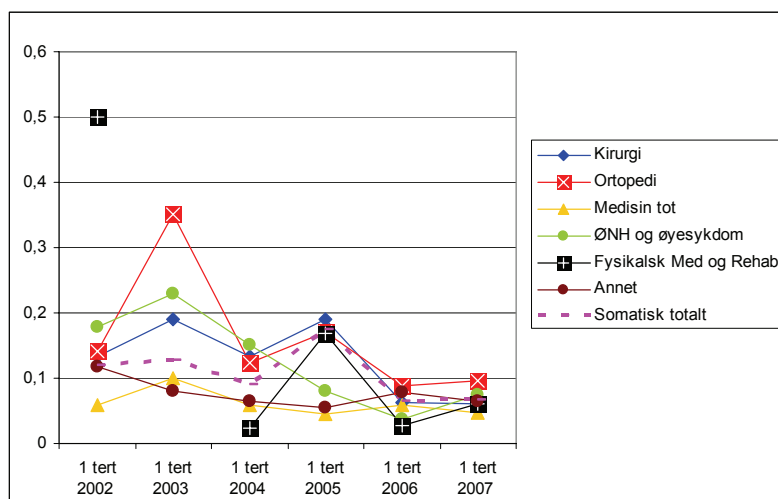
Nest etter Helse Midt-Norge hadde Helse Vest den største reduksjonen i samlet ventetid (figur v2.39). Befolkningen i Helse Vest har altså fått økt tilgjengelighet til sykehusbehandling selv om regionen hele perioden har ligget under landsgjennomsnittet både når det gjelder ressursinnsats og aktivitet. Nedgangen fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 er på 27 prosent; i faktiske tall er det en endring fra 92 til 67 dager. Den relative nedgangen i ventetid er størst for ØNH og øyesykdommer; mens man gjennomsnittlig ventet på slik behandling i 115 dager i 1. tertial 2002 ventet man kun 70 dager i 1. tertial 2007, noe som tilsvarer en nedgang på 39 prosent. Reduksjonen i ventetid var også betydelig for både kirurgi og ortopedi; henholdsvis 31 prosent (27 dager) og 34 prosent (42 dager). Videre er ventetiden for medisin den samme som i starten av perioden, mens den for fysikalsk medisin og rehabilitering økte med 12 prosent, fra 68 til 76 dager. Den drastiske økningen i ventetid for fysikalsk medisin og rehabilitering fra 68 dager i 1. tertial 2002 til 174 dager i 1. tertial 2003 kan imidlertid tyde på at det er visse problemer med de tilgjengelige data. Det er også generelt grunn til å ta et forbehold ved alle ventetids- og ventelistetall for Helse Vest, i og med at Helse Bergen HF og Helse Førde HF er utelatt hele eller deler av perioden pga. dårlige eller manglende data.



Figur v2.39 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Vest, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 (ekskl. Helse Bergen HF i 2005 og ekskl. Helse Førde HF alle år).



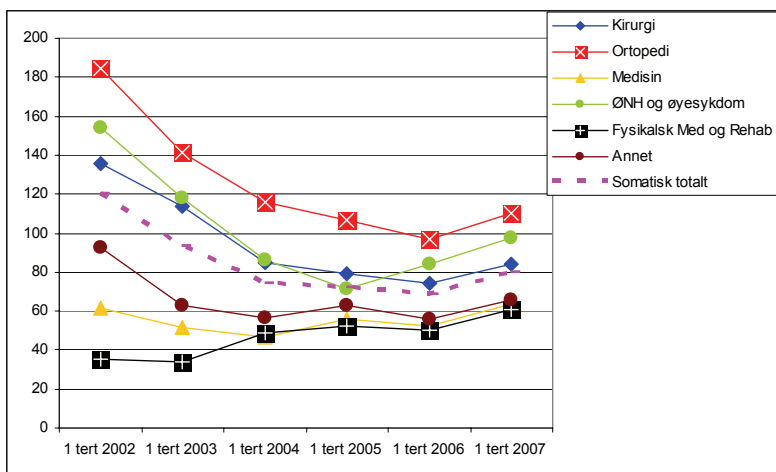
I Helse Vest var det en nær halvering av den totale andelen langtidsventende i perioden; fra 12 prosent ved 1. tertial 2002 til 7 prosent ved 1. tertial 2007 (figur v2.40). Igjen er det imidlertid verdt å minne om at tallene må tolkes med en viss varsomhet pga. datakvaliteten. Ved utgangen av perioden ser det imidlertid ut til at det ikke for noen av fagområdene var flere enn 10 prosent som ventet mer enn 6 måneder for behandling.



Figur v2.40 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Vest, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 (ekskl. Helse Bergen HF i 2005 og ekskl. Helse Førde HF alle år).

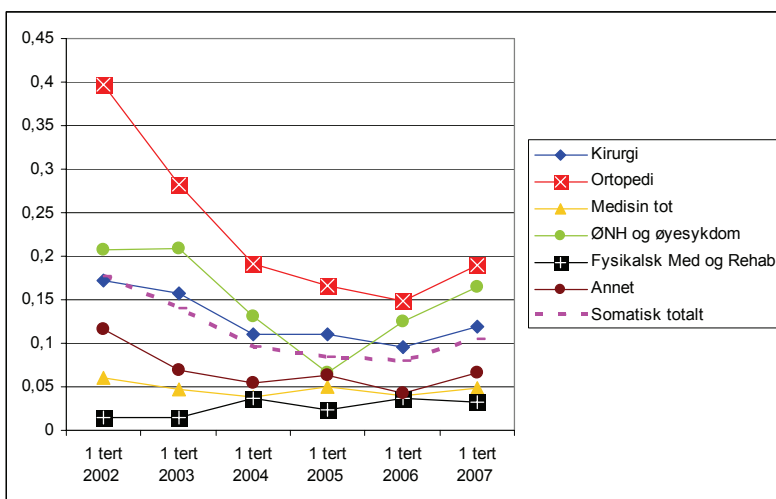
### Helse Midt-Norge

Med en nedgang på 33 prosent hadde Helse Midt-Norge den sterkeste reduksjonen av alle regioner i gjennomsnittlig ventetid i løpet av perioden (figur v2.41). Regionen hadde likevel en aktivitet som målt i DRG-poeng var på linje med landsgjennomsnittet, mens den målt i opphold har ligget under landsgjennomsnittet den siste delen av femårsperioden. Det er derfor etter alt å dømme den omfattende "ventelistryddingen" i regionen som har hatt en såpass klar effekt. I faktiske tall var nedgangen på hele 40 dager; fra 120 til 80 dager. Denne nedgangen har kommet på tross av at regionen hadde den desidert største økningen i fysikalsk medisin og rehabilitering av alle regioner, på hele 70 prosent (25 dager). Årsaken er den vesentlige nedgangen i ventetid både for kirurgi, ortopedi og ØNH og øyesykdommer, på henholdsvis 38 prosent (52 dager), 40 prosent (75 dager) og 37 prosent (57 dager). Spørsmålet er om økningen i samlet ventetid på 11 dager fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007 er en pekepinn om at trenden er i ferd med å snu. Fra 2006 til 2007 var det en økning innenfor alle fagområder.



Figur v2.41 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Midt-Norge, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

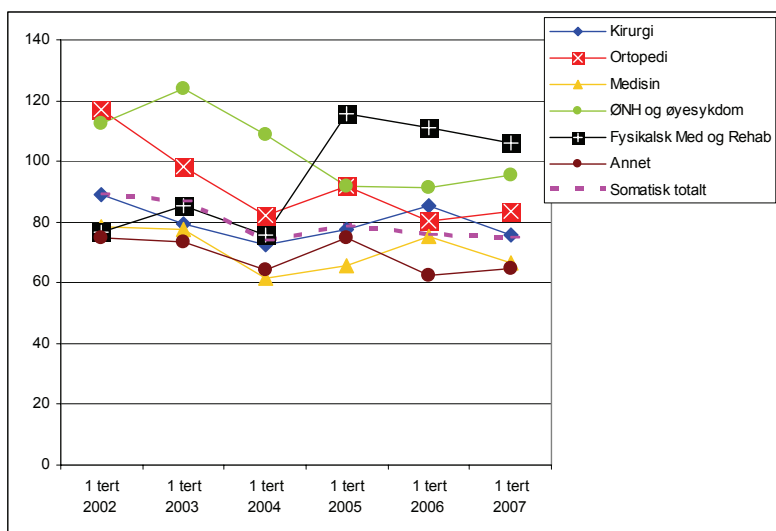
Helse Midt-Norge hadde ved inngangen av perioden klart flest langtidsventende av regionene: andelen av ordinært avviklede opphold der pasienten ventet mer enn 6 måneder var i 1. tertial 2002 på 18 prosent; dvs. dobbelt så mange som neste region (figur v2.42). I løpet av perioden gikk imidlertid andelen ned til 11 prosent, hvilket betyr at det er her vi finner den største nedgangen i antall langtidsventende (når vi ser bort fra Helse Vest). Det er likevel verdt å merke seg at den totale andelen langtidsventende gikk opp i slutten av perioden; fra 8 prosent i 1. tertial 2006 til 11 prosent i 1. tertial 2007. Dette skyldes at det var en økning i andel langtidsventende for alle fagområder unntatt fysikalsk medisin og rehabilitering. Det er også verdt å merke seg at Helse Midt-Norge i 1. tertial 2007 hadde en andel langtidsventende for ortopedisk behandling på 19 prosent, noe som er det dobbelte av de øvrige regionene.



Figur v2.42 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Midt-Norge, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

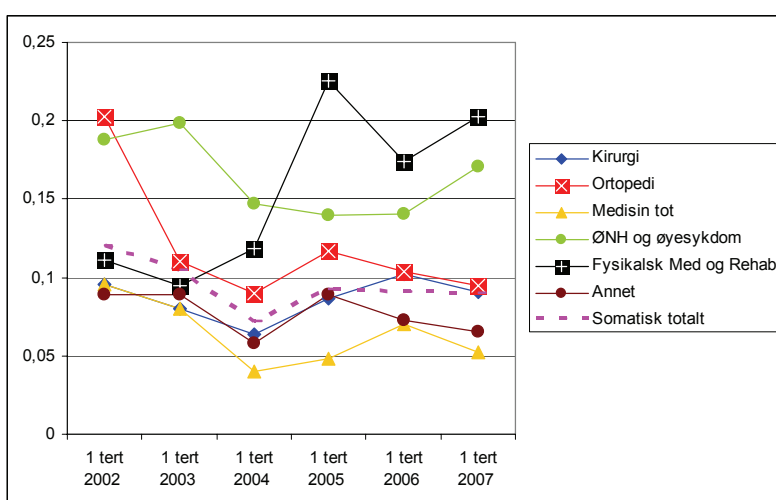
## Helse Nord

Helse Nord hadde i hele perioden høyere ressursinnsats og aktivitet enn landsgjennomsnittet, og dette avspeiles i at den samlede gjennomsnittlige ventetiden gikk ned fra 89 til 75 dager, dvs. en nedgang på 16 prosent (figur v2.43). Nedgangen var størst innen ortopedi, der man i 1. tertial 2007 i gjennomsnitt ventet 33 dager færre (29 prosent) enn i 1. tertial 2002. Reduksjonen i ventetid var tilnærmet lik for kirurgi, medisin og ØNH og øyesykdommer, og lå på omtrent 15 prosent. For fysikalsk medisin og rehabilitering ventet man i Helse Nord 38 prosent og 29 dager lengre i 1. tertial 2007 enn i 1. tertial 2002.



Figur v2.43 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Nord, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

Andelen langtidsventende gikk i perioden 2002-2004 ned fra 12 til 7 prosent i Helse Nord, og har deretter ligget stabilt på rundt 9 prosent resten av perioden (figur v2.44). Foruten den relativt høye andelen langtidsventende for ØNH og øyesykdommer, er forklaringen å finne innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering: fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 var det for slik behandling en nær doubling i andelen langtidsventende; fra 11 til 20 prosent.

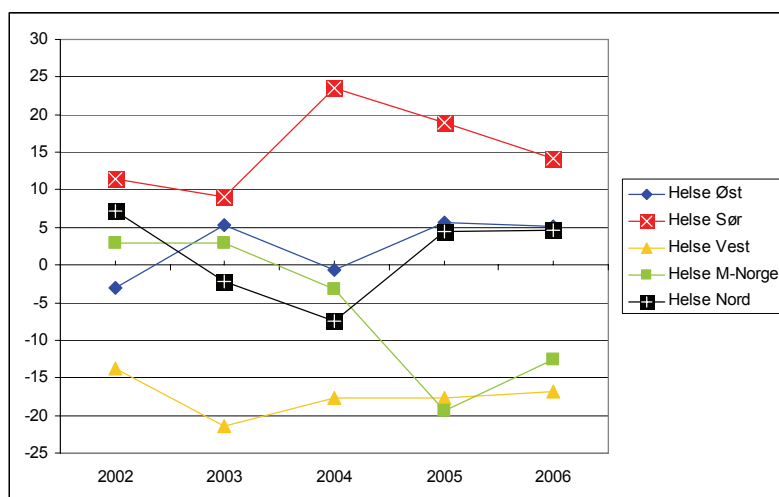


Figur v2.44 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Nord, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

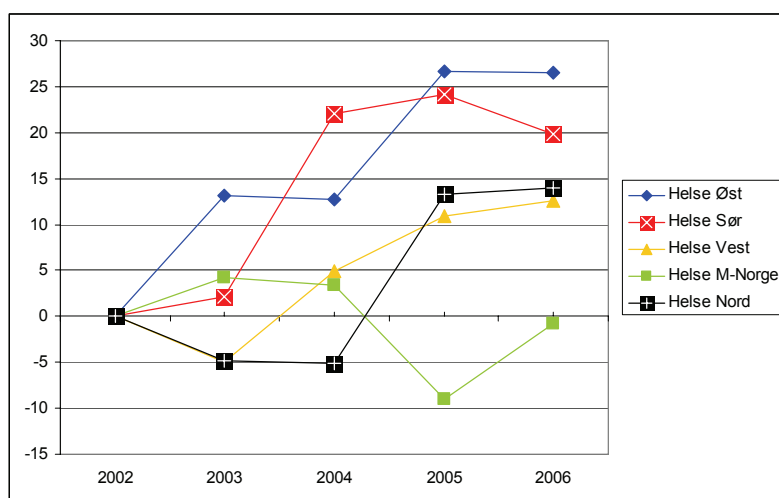
## Prioriterte pasientgrupper: KOLS, diabetes og kreft

### KOLS

Det var store regionale forskjeller i forbruksratenivå for KOLS ved starten av perioden, og disse er blitt større i løpet av de siste fem årene. Det er først og fremst befolkningen i Helse Sør som utmerker seg med et høyere forbruk enn resten av landet (figur v2.45 og v2.46). Regionen hadde i perioden 2002-2006 en 20 prosent økning i KOLS-behandling, med en særlig markant vekst fra 2003 til 2004. I 2004 lå Helse Sør derfor hele 24 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, mens forskjellen var redusert til 14 prosent ved utgangen av perioden. I motsatt ende finner vi Helse Midt-Norge, som både har hatt et svært lavt nivå i forhold til landsgjennomsnittet fra 2005, og også er eneste region med prosentvis nedgang i forbruket. Helse Vest er den region som har hatt det laveste nivået hele perioden, og har fra 2004 hatt forbruksrater på mellom 16 og 17 prosent under landsgjennomsnittet. Befolkningen både i Helse Øst og Helse Nord hadde ved utgangen av perioden et forbruk av sykehustjenester knyttet til KOLS som lå 5 prosent over landsgjennomsnittet. Dette til tross for at det faktisk var Helse Øst som med en vekst på 26 prosent totalt hadde den største økningen av regionene.



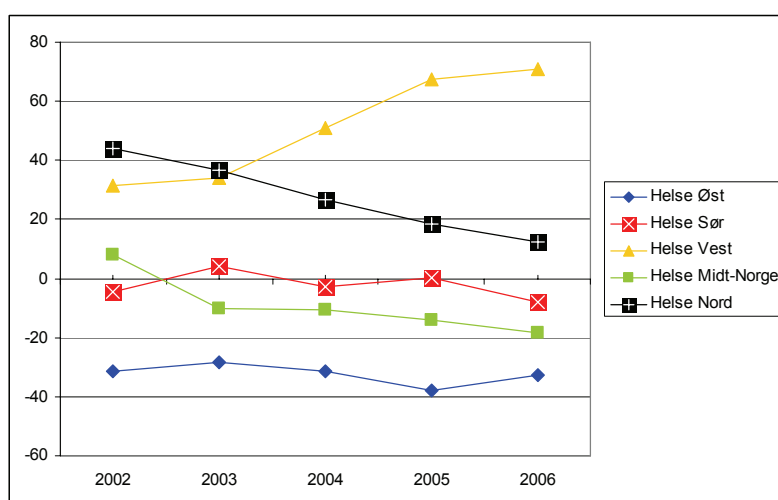
Figur v2.45 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for KOLS per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



Figur v2.46 Prosentvis endring i behandling for KOLS per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

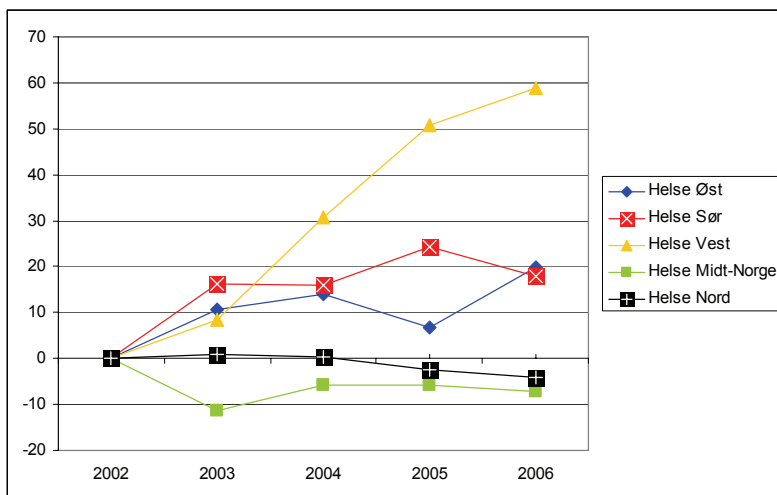
## Diabetes

For diabetes er det også store regionale variasjoner å spore. Her er det Helse Vest som skiller seg ut, både når det gjelder diabetes > 35 år og diabetes < 36 år (figur v2.47-2.50). Det må imidlertid tas visse forbehold for tallene fra Helse Vest for diabetes, da de kan skyldes uoverensstemmelser i kodepraksis.<sup>83</sup> Det faktum at Helse Vest i 2006 tilsynelatende ligger hele 71 prosent over landsnivået for diabetes > 35 år og 75 prosent over for diabetes < 36 år gir en indikasjon på at tallene ikke umiddelbart er sammenlignbare med de andre regionene. Av de øvrige regionene er det først og fremst Helse Øst som utmerker seg: regionens befolkning har hele perioden hatt en langt lavere rate for begge typer diabetes. For diabetes > 35 år hadde regionen likevel den største økningen av alle regionene (når vi ser bort fra Helse Vest), noe som indikerer et lavt forbruk i utgangspunktet. Helse Midt-Norge og Helse Nord avviker fra landsgjennomsnittet i hver sin retning for diabetes > 35 år; førstnevnte med en differanse på 12 prosent og sistnevnte med en differanse på -18 prosent i 2006. Utviklingen hele perioden sett under ett tyder imidlertid på at Helse Nord gradvis er i ferd med å nærme seg landsgjennomsnittet. For Helse Midt-Norge og Helse Nord er mønsteret i forhold til landsgjennomsnittet det samme også for diabetes < 36 år, med et positivt avvik på 22 prosent for Helse Nord og et negativt avvik på 15 prosent for Helse Midt-Norge ved utgangen av perioden. Helse Sør hadde i 2006 et mindreforbruk på 8 prosent og et merforbruk på 10 prosent i forhold til landsgjennomsnittet for henholdsvis diabetes > 35 år og diabetes < 36 år.

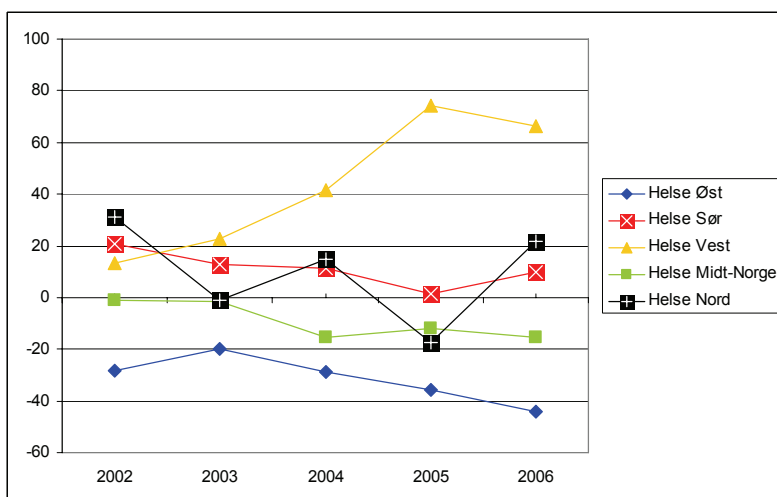


Figur v2.47 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for diabetes > 35 år per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

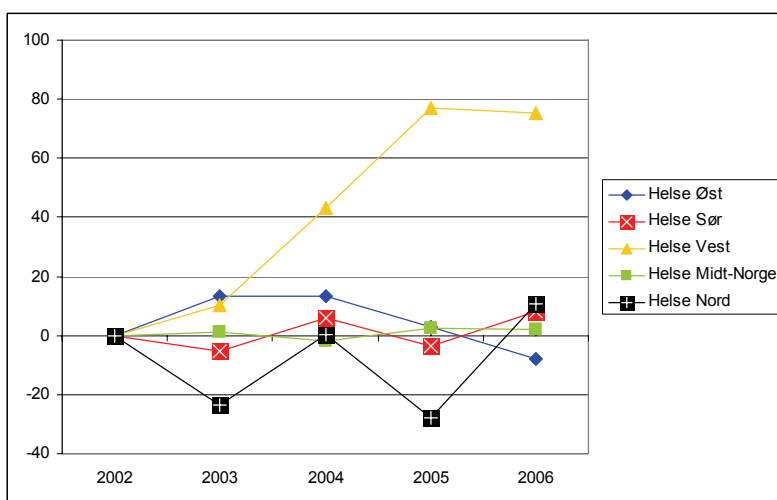
<sup>83</sup> I 2006 initierte SINTEF Helses avdeling Pasientklassifisering og finansiering (PaFi) sak overfor Avregningsutvalget pga. ujevn fordeling av opphold i DRG 294: "Diabetes > 35 år" og DRG 295: "Diabetes < 35 år". Det er særlig to sykehus i Helse Vest RHF som skiller seg ut. Helse Vest forklarer at ved det ene sykehuset har det skjedd en organisatorisk endring der en sengepost ved medisinsk avdeling ble lagt ned og pasientene overført til en nyopprettet dagavdeling. Dermed fikk mange av diabetespasientene dagopphold istedenfor døgnopphold. Også ved det andre sykehuset har det skjedd en organisatorisk endring med omlegging fra sengepost til dagpost for pasientgruppen. Det forklarer ifølge Helse Vest økningen i antall dagopphold.



Figur v2.48 Prosentvis endring i behandling for diabetes > 35 år per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



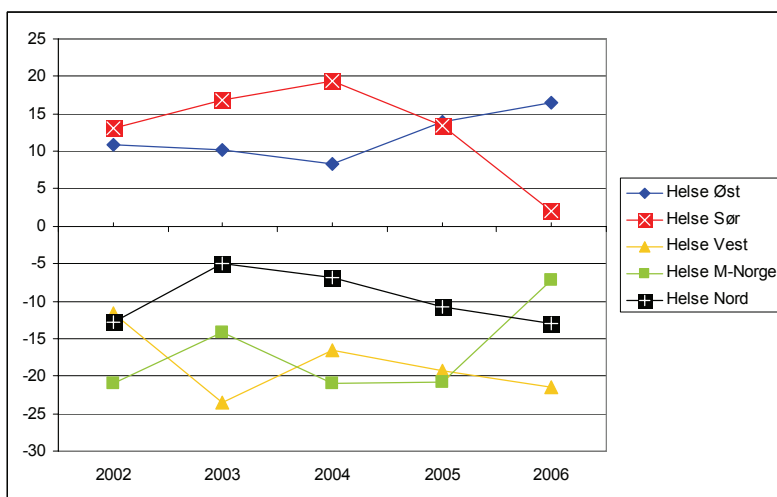
Figur v2.49 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for diabetes < 36 år per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



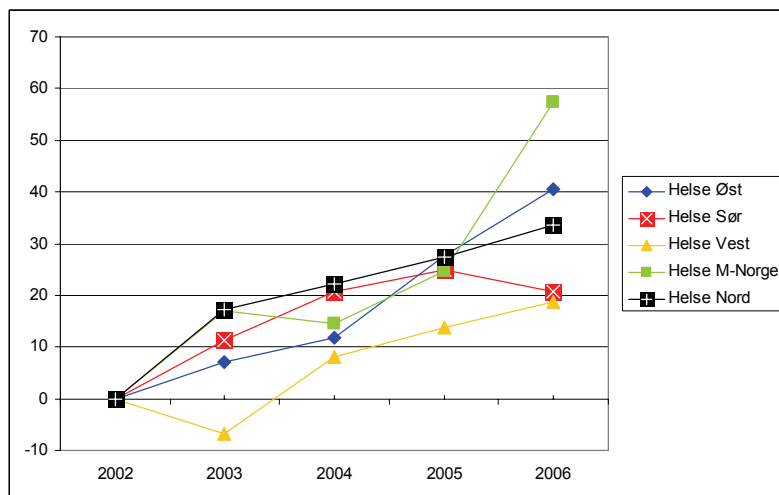
Figur v2.50 Prosentvis endring i behandling for diabetes < 36 år per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

## Kreft

Som for de to andre prioriterte pasientgruppene, er det til dels svært store regionale forskjeller også når det gjelder forbruksrater for kreft; både for brystkreft, lungekreft og prostatakreft. Forskjellene er blitt mindre innenfor lungekreft og større innenfor prostatakreft i løpet av perioden. Befolkningen i Helse Midt-Norge hadde i 2006 57 prosent høyere rater for brystkreft enn i 2002, og er dermed den regionen som opplevde den største økningen for denne diagnosen (figur v2.51 og v2.52). Veksten var særlig markant fra 2005 til 2006. At regionen store deler av perioden fram til 2005 likevel har hatt et forbruksnivå nesten 20 prosent lavere enn landet som helhet illustrerer det relativt sett lave nivået i utgangspunktet. I likhet med Helse Midt-Norge har Helse Vest hele perioden hatt et lavere forbruk av behandling for brystkreft; fra 2003 i størrelsesorden 17 til 23 prosent. I motsatt ende finner vi Helse Øst og Helse Sør, som ved starten av perioden hadde et positivt avvik fra landsgjennomsnittet på henholdsvis 11 og 13 prosent. Mens befolkningen i Helse Sør i løpet av perioden har nærmet seg et forbruksnivå på linje med landet generelt, og i 2006 bare ligger 2 prosent over snittet, har utviklingen i Helse Øst gått i motsatt retning, slik at forbruket i 2006 her lå 16 prosent høyere enn landsgjennomsnittet. Befolkningen i Helse Nord har hele perioden hatt et lavere forbruk enn landsgjennomsnittet, og i 2006 tilsvarte avviket 13 prosent. Når det gjelder brystkreft er dermed resultatene presentert her i rimelig overensstemmelse med rapporten fra Kreftregisteret (2004), som konkluderte med at kreftrisikoen generelt er høyere i byer og tettbygde strøk enn i landlige strøk, og at kreftforekomsten er noe høyere i sør enn i nord.

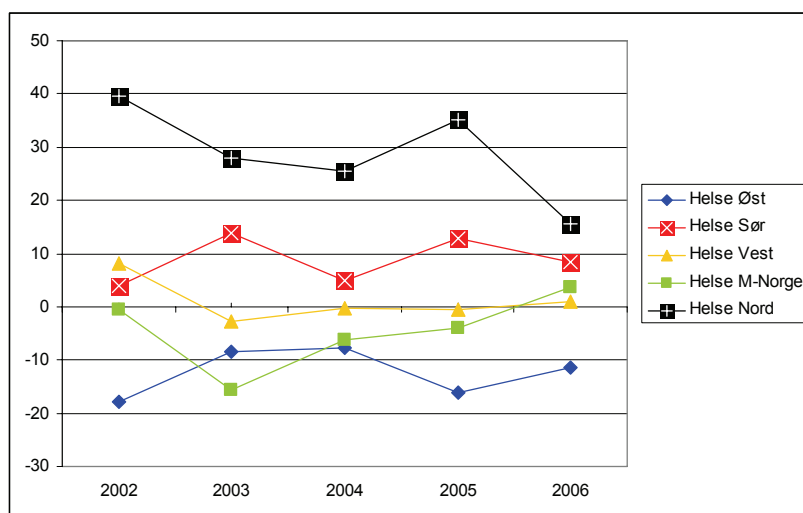


Figur v2.51 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for brystkreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



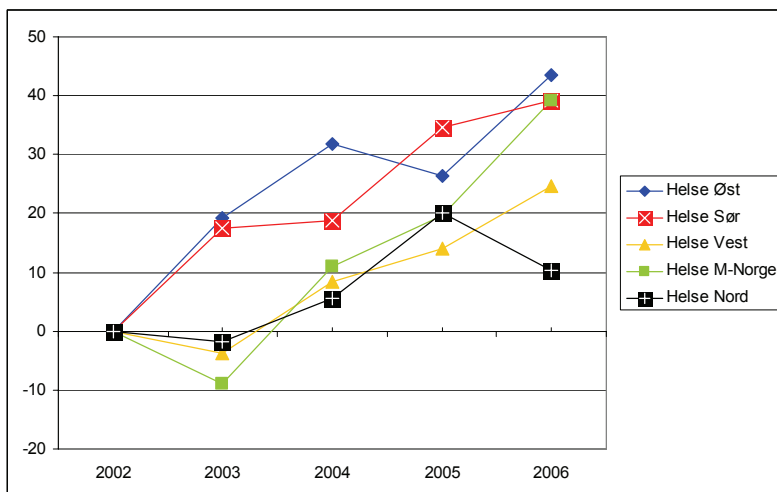
Figur v2.52 Prosentvis endring i behandling for brystkreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

Bildet for lungekreft har til en viss grad vært det motsatte av for brystkreft når det gjelder regional utvikling; her har befolkningen i Helse Nord hatt et langt høyere forbruk enn den øvrige befolkningen, mens innbyggerne i Helse Øst på sin side i mindre grad har benyttet sykehusbehandling for denne diagnosen (figur v2.53 og v2.54). Avviket for Helse Nord var i starten av perioden på hele 40 prosent, men differansen har etter hvert sunket til 15 prosent i 2006. Tilsvarende har forbruket i Helse Øst også gradvis nærmet seg befolkningen generelt, slik at den negative differansen er redusert fra 18 prosent i 2002 til 12 prosent i 2006. Med unntak av det første året i perioden har innbyggerne i Helse Vest hatt et forbruk av behandling for lungekreft på linje med befolkningen generelt, mens det samme gjelder for Helse Midt-Norge fra og med 2005. Helse Sør har hele perioden ligget over landsgjennomsnittet, og hadde i 2006 et avvik på 8 prosent, som innebærer en doubling sammenlignet med starten av perioden. Når det gjelder utviklingen innad i regionene, hadde Helse Sør og Helse Midt-Norge lik økning, på 30 prosent, mens Helse Øst lå noe høyere, med 44 prosent. Helse Vest og Helse Nord hadde i 2006 henholdsvis 25 og 10 prosent høyere rater enn i 2002.



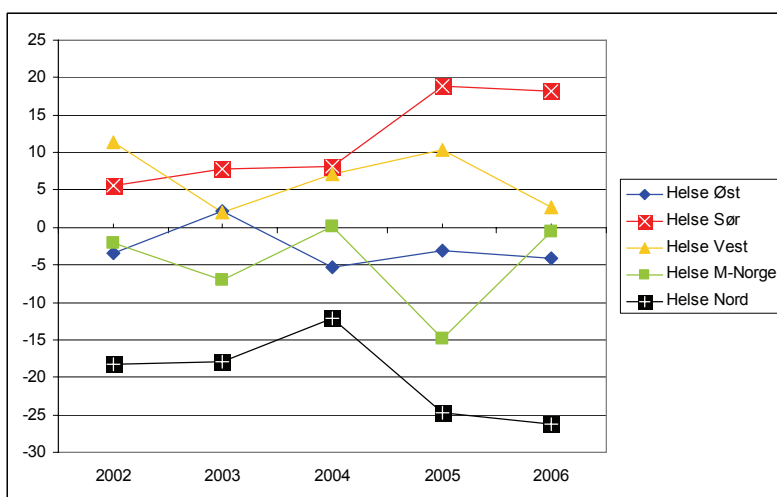
Figur v2.53 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for lungekreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



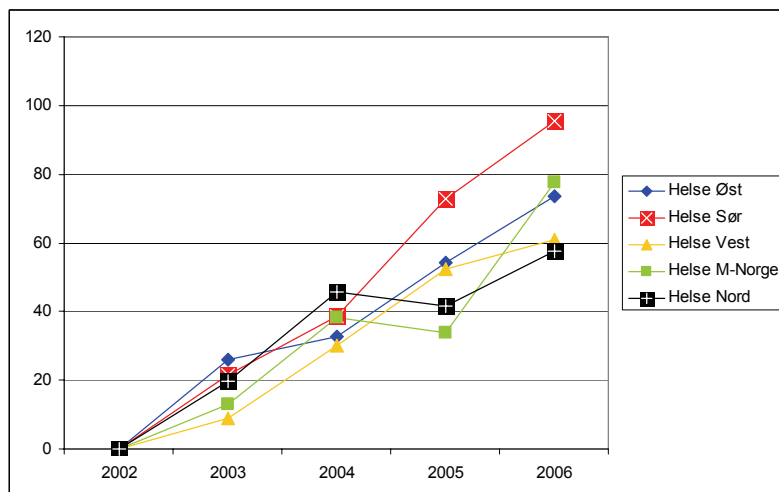


Figur v2.54 Prosentvis endring i behandling for lungekreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

Mønsteret for prostatakraft er det samme som for brystkreft, med et høyere forbruk i sør og et lavere forbruk i nord (figur v2.55 og v2.56). Med en nær dobling i forbruket hadde Helse Sør den største veksten innenfor denne diagnosen, og har hele perioden ligget høyere enn landsgjennomsnittet i rater. Avviket er særlig stort for de to siste årene av perioden, med et avvik som nærmer seg 20 prosent. Helse Nord hadde på sin side med 58 prosent den laveste økningen i rater for prostatakraft, og har hele perioden hatt et lavere nivå enn resten av landet; i 2005 og 2006 et avvik på 25 prosent. Til tross for at Helse Midt-Norge i 2005 hadde en 15 prosent lavere rate og Helse Vest en 10 prosent høyere rate enn landsgjennomsnittet, ligger begge regioner i 2006, sammen med Helse Øst, omtrent på nivå med resten av landet. Helse Øst har hele perioden vært på linje med landsgjennomsnittet for prostatakraft, og avvok på det meste bare med 5 prosent.



Figur v2.55 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for prostatakraft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



Figur v2.56 Prosentvis endring i behandling for prostatakreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

## Kvinneperspektivet

### Lungekreft

I figur v2.57 og v2.58 presenteres de regionale ratene for kvinners forbruk av lungekreftbehandling for perioden 2002-2006. Som vi ser, er det betydelige forskjeller i behandlingsskapasitet mellom regionene, men disse er blitt noe mindre i løpet av femårsperioden. I 2006 har alle regionene, med unntak av Helse Vest, nærmet seg landsgjennomsnittet.

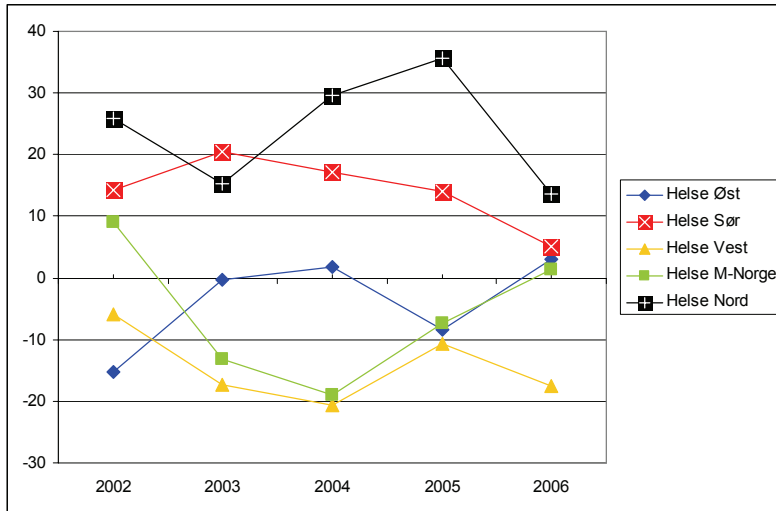
Kvinnene i Helse Nord har mesteparten av perioden hatt et forbruk høyt over landsgjennomsnittet, og hadde på det meste nesten 36 prosent flere opphold per 1 000 innbygger enn landet som helhet. Befolkningen i Helse Nord skiller seg som kjent ut med en langt større andel røykere enn resten av landet, og fra 2002 til 2006 var andelen kvinnelige dagligrøykere i aldersgruppen 16-74 år 23 prosent større enn landsgjennomsnittet i Nordland og 35 prosent større i Finnmark (jf. Folkehelsas fylkesbarometer<sup>84</sup>). Fra 2005 til 2006 var det derimot en betydelig nedgang i forbruksraten, slik at forbruket i 2006 lå kun 14 prosent over gjennomsnittet. Det faktum at forbruksveksten i regionen var den nest laveste av alle regionene tilsier imidlertid at kvinnene i Helse Nord har hatt et forholdsmessig høyt forbruksnivå i utgangspunktet.

Det motsatte mønsteret finner vi i Helse Øst: her har kvinnenes forbruk av lungekreftbehandling store deler av perioden vært i tråd med gjennomsnittet, til tross for at vi her finner en økning i forbruksraten på 84 prosent, noe som er den klart største prosentvise veksten av alle regioner, og mer enn dobbelt så mye som neste region. Her var altså nivået i utgangspunktet forholdsvis lavt.

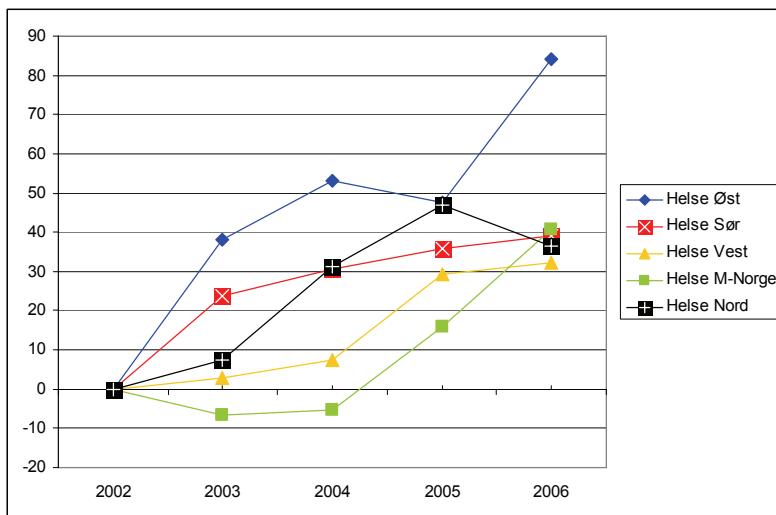
I Helse Midt-Norge lå forbruksraten for kvinner fra 2003 til 2005 på et nivå under landsgjennomsnittet, men i 2006 var kvinners opphold per 1 000 innbygger omtrent på nivå med landet. I Helse Sør har kvinners forbruksrate for lungekreft hele perioden nærmet seg landsgjennomsnittet, fra et 20 prosents positivt avvik i 2003 til bare 5 prosent i 2006. Den relative økningen i opphold for lungekreft per 1 000 innbygger for kvinner var 39 prosent.

<sup>84</sup> <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsaspider/>

Helse Vest skiller seg ut med både lavest nivå og vekst i forbruksrate. Kvinnene i regionen hadde en samlet økning i forbruksrate for lungekreft på 32 prosent, som er den laveste økningen av alle helseregionene. Forbruksraten har dermed også ligget langt under landsgjennomsnittet hele perioden, og i 2006 var avviket på 18 prosent. Dette er i rimelig overensstemmelse med røykemønsteret i regionen i perioden 2002-2006: andelen kvinnelige dagligrøykere i aldersgruppen 16-74 år ligger under landsgjennomsnitt i alle tre fylker (jf. Folkehelsas fylkesbarometer).



Figur v2.57 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i kvinners forbruksrater for lungekreft per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.



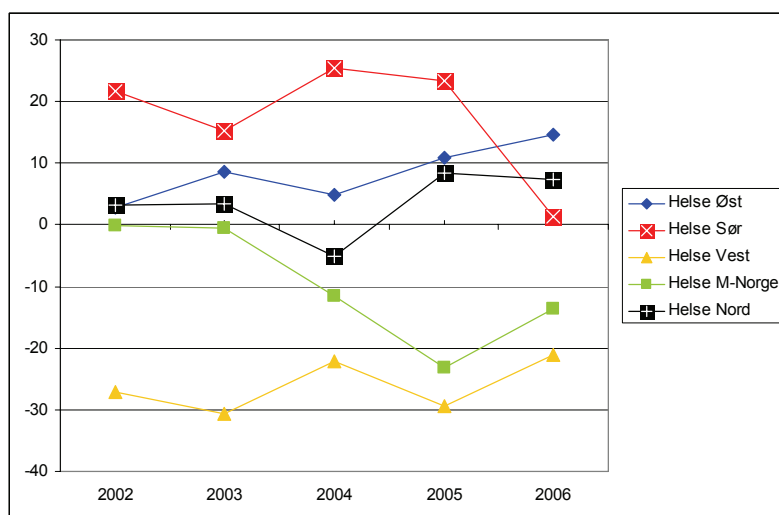
Figur v2.58 Prosentvis endring i kvinners forbruksrater for lungekreft per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.

## KOLS

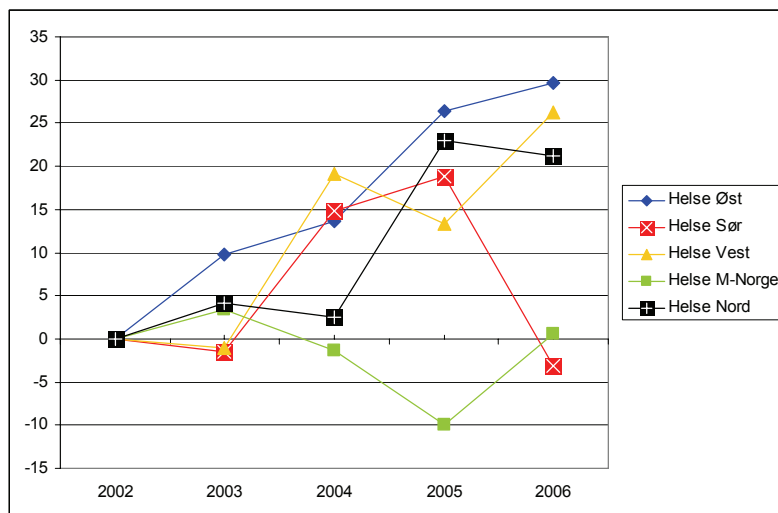
Også når det gjelder KOLS var det store regionale variasjoner i kvinners forbruksrater i 2002, som ble noe redusert i løpet av femårsperioden (figur v2.59 og v2.60). Ved starten av perioden utgjorde Helse Sør og Helse Vest ytterpunktene i forhold til landsnivået; kvinner hadde i førstnevnte region nesten 22 prosent flere opphold per 1 000 innbygger og i sistnevnte region 27 prosent færre opphold. Men der Helse Vest fortsatte hele perioden med å ha det laveste forbruksnivået i forhold til landsgjennomsnittet, lå Helse Sør i 2006 på landsgjennomsnittet. For Helse Sør forklares denne utviklingen av reduksjonen på 3 prosent i forbruksrate fra 2002 til 2006, mens økningen på hele 26 prosent i Helse Vest reflekterer den kvinnelige befolkningens lave forbruksnivå i utgangspunktet.

Kvinnene i Helse Midt-Norge hadde bare marginalt flere opphold per 1 000 innbygger i 2006 enn i 2002, og har dermed fra 2004 ligget godt under snittraten for landet. Tilsvarende var det i Helse Øst en økning på 30 prosent i KOLS-opphold per 1 000 innbygger for kvinner, slik at forbruksraten for kvinner har et gradvis økende avvik fra landsgjennomsnittet, og i 2006 var på 15 prosent.

I de tre første årene av femårsperioden hadde kvinnene i Helse Nord en forbruksrate for KOLS omtrent på nivå med landsgjennomsnittet, men i 2005 og 2006 lå forbruket rundt 8 prosent over. Veksten i forbruksraten for kvinner var 21 prosent.



Figur v2.59 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i kvinners forbruksrater for KOLS per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.



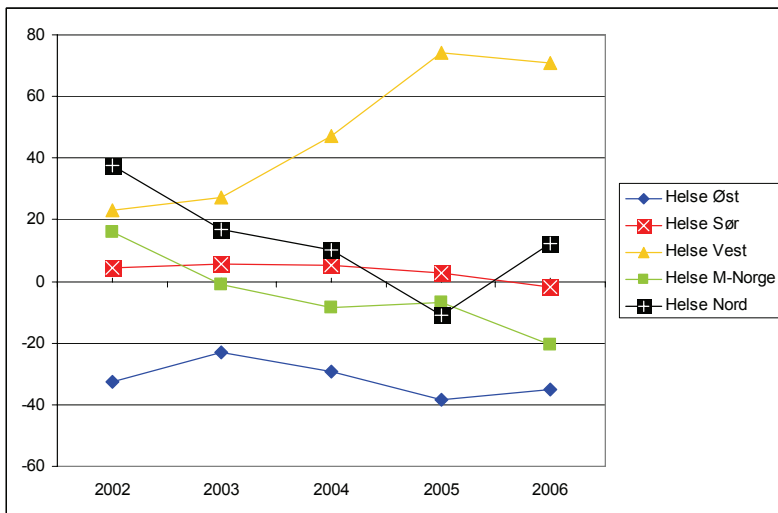
Figur v2.60 Prosentvis endring i kvinners forbruksrater for KOLS per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.

## Diabetes

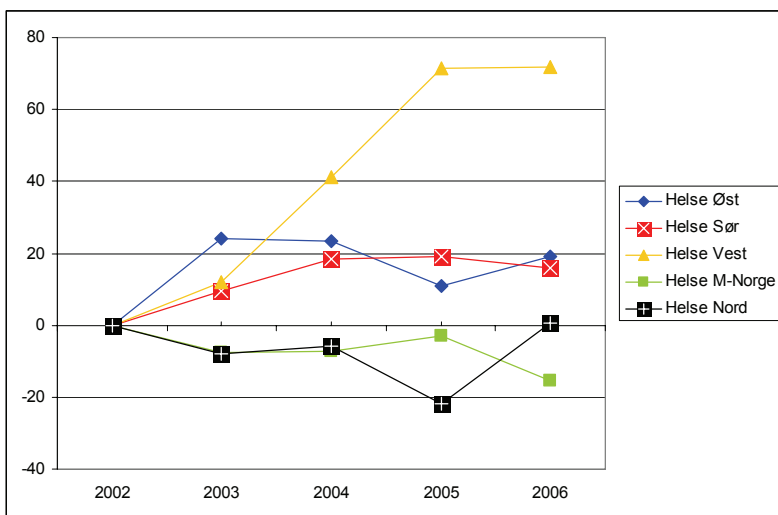
Dersom vi ser bort fra Helse Vest, er de regionale forskjellene i kvinners forbruksrater for diabetes blitt noe mindre fra 2002 til 2005 (figur v2.61 og v2.62). Når det gjelder Helse Vest, er det som nevnt i avsnitt 2.6.2 nødvendig å ta forbehold for tallene for diabetes, da de kan skyldes uoverensstemmelser i kodepraksis (se fotnote 6). Som vi ser, antydes det at kvinner i Helse Vest har hatt et forbruk av diabetes-behandlinger som ligger svært høyt over landsgjennomsnittet. Tilsvarende indikerer tallene en relativ vekst i forbruksrate som avviker svært mye fra utviklingen i de øvrige regionene.

Av de øvrige regionene er det Helse Øst som skiller seg ut, med både det laveste forbruksnivået i forhold til landsnivået i alle de fem årene og den sterkeste veksten i løpet av perioden. Den kvinnelige befolkningen i regionen hadde 19 prosent flere opphold per 1 000 innbygger i 2006 enn i 2002, men hadde likevel et nivå som i forhold til landet lå mellom 23 og 38 prosent lavere. Kvinner i Helse Øst hadde med andre ord et lavt forbruksnivå for diabetes allerede i utgangspunktet. Som kjent henger god forebygging av diabetes sammen bl.a. med godt kosthold og fysisk aktivitet, og muligens kan de lave forbruksratene for diabetes reflektere at befolkningen i regionen stort sett ligger enten på eller under landsgjennomsnittet når det gjelder fysisk inaktivitet i fritiden og gjennomsnittlig kroppsmasseindeks (jf. Folkehelsas fylkesbarometer).

De tre resterende helseregionene – Sør, Midt-Norge og Nord – fulgte fra 2003 til 2005 en noenlunde parallell utvikling, men i 2006 hadde kvinner i Helse Nord et merforbruk i forhold til landet på 20 prosent, mens forbruket i Helse Sør omtrent var på gjennomsnittet og forbruket i Helse Midt-Norge 20 prosent lavere. Totalt økte forbruksraten i Helse Sør med 16 prosent, mens det i Helse Midt-Norge var en nedgang på 15 prosent. I Helse Nord var forbruksraten omtrent uendret hele perioden sett under ett.



Figur v2.61 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i kvinners forbruksrater for diabetes (DRG 294 og DRG 295 totalt) per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.



Figur v2.62 Prosentvis endring i kvinners forbruksrater for diabetes (DRG 294 og DRG 295 totalt) per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.

## Vedlegg til kapittel 3: Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002-2006

Tabellnote:

\*\* p<0,01 \*p<0,05

Lokalsykehus: Følgende sykehus er kodet som lokalsykehus: Diakonhjemmets sh, Lovisenberg diak sh, Bærum sykehus, Valdres fødestogo, Innlandet Kongsvinger, Innlandet Hamar, Innlandet Tynset, Fødestua i Lom, Betanien hospital, Blefjell sh Kongsberg, Blefjell sh Notodden, Blefjell sh Rjukan, Tinn fødestue, Sørlandet sh Flekkefjord, Sykehuset i Vestfold Horten, SiV Larvik, SiV Sandefjord, Sh Telemark Kragerø, Hallingdal sjukestugu, Ringerike sykehus, Haraldsplass diak. sh, Haugesund sh, Stord sjukehus, Odda sjukehus, Voss sjukehus, Lærdal sjukehus, Nordfjord sjukehus, Orkdal san.for sh, Ørland fødestue, Volda sjukehus, Molde sjukehus, Kristiansund sh, Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, Helse Finnmark, Hammerfest, Helse Finnmark, Kirkenes, Alta helsesenter, Fødestua i Midt-Troms, Helsesenteret Sonjatun, Andenes helsesenter, Hålogalandsh Narvik, Nordlandssh Vesterålen (Stokmarknes), Hålogalandsh Harstad, Steigen fødestue, Nordlandssh Lofoten, Brønnøysund fødestue, Helgelandsh Sandnessjøen, Helgelandsh Mosjøen (Vefsn), Helgelandsh Rana.

År: Indikatorene for år er kodet 1 for gjeldende år og 0 for andre år. 2003 er eksempelvis kodet 1 for 2003 og 0 for årene 2002, 2004, 2005, 2006. 2002 er brukt som referansekategori i analysene.

Fødsler: DRG 370-375, 382

Friske nyfødte: DRG 391

Kommunestørrelse: 1:0-1999 innbyggere, 2:2000-9999 innbyggere, 3:10 000-19 999 innbyggere, 4: 20 000-49999 innbyggere, 5: 50 000 innbyggere+

Ø-hjelp med DRG, ø-hjelp kir DRG, elektiv med DRG : Kodet 1 for gjeldende kategori og 0 for annet. Elektiv kirurgi er referansekategori.

Helseregion: Kodet etter pasientenes bostedsregion. Kodet 1 for gjeldende kategori og 0 for annet. Helseregion Øst er referansekategori.

Mann: Kodet 1 for menn og 0 for kvinner.

Beregning av predikerte sannsynligheter: Vi beregner predikerte sannsynligheter ved å først beregne regresjonsligningen. Verdiene av kontrollvariablene settes lik gjennomsnittet, mens vi varierer verdiene for den variabelen vi ønsker å beregne effekten av. Deretter beregnes predikerte verdier. Dersom vi for eksempel vil beregne den predikerte sannsynligheten for bruk av lokalsykehus for en person på 30 år og en person på 65 år, kontrollert for endringer fra 2002-2006, samt kjønn beregnes ligningen nedenfor først med x=30 og deretter x=65. For indikatorene 2003, 2004, 2005, 2006 og mann settes verdiene lik gjennomsnittet.

$$\hat{Y} = (\text{Exp}(Y) / (1 + \text{Exp}(Y))) * 100$$

$$Y = \beta(\mu_{2003}) + \beta(\mu_{2004}) + \beta(\mu_{2005}) + \beta(\mu_{2006}) + \beta(\mu_{mann}) + \beta(x_{alder})$$

$\mu$ : Gjennomsnittet for kontrollindikatorer

x : Verdien på den variabelen vi studerer (alder)

$\hat{Y}$  : Predikert verdi

Tabell v3.1 Deskriptiv statistikk for indikatorer i tabell 3.1.

	Gjennomsnitt	Standard- avvik	Min	Max
2003	0,31	0,46	0	1
2004	0,19	0,40	0	1
2005	0,20	0,40	0	1
2006	0,21	0,41	0	1
Ø-hjelp med. DRG	0,28	0,45	0	1
Ø-hjelp kir. DRG	0,33	0,47	0	1
Elekt med. DRG	0,07	0,25	0	1
Mann	0,23	0,42	0	1
Alder	0,45	0,50	0	1
Fødsler og friske nyfødt	49,49	26,08	0	104
Kommunestørrelse	0,09	0,28	0	1
Reiseavstand	3,53	1,28	1	5
Boregion Sør	26,18	45,62	0	567
Boregion Vest	0,27	0,44	0	1
Boregion Midt-Norge	0,23	0,42	0	1
Boregion Nord	0,22	0,42	0	1



Tabell v3.2 Utviklingen i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus etter helseregion. Logistisk regresjon. Data fra 2002-2006.

	Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Vest	Helseregion Midt-Norge	Helseregion Nord
	B	B	B	B	B
2003	0,00	-0,06**	0,02*	-0,03**	0,03**
2004	0,04**	-0,03**	0,02**	-0,12**	-0,03**
2005	0,06**	-0,07**	-0,02*	-0,12**	-0,05**
2006	0,02**	-0,13**	-0,02*	-0,07**	-0,08**
Ø-hjelp kir DRG	0,28**	-0,45**	-0,33**	0,15**	-0,06**
Ø-hjelp med DRG	0,75**	0,03**	0,30**	0,62**	0,79**
Elektiv med DRG	-0,06**	-0,52**	-0,46**	-0,36**	-0,74**
Mann	0,06**	-0,01	0,12**	-0,08**	-0,15**
0-4 år	-0,71**	-0,98**	-0,76**	-0,30**	-0,19**
5-9 år	-0,79**	-1,34**	-0,81**	-0,61**	-0,38**
10-14 år	-0,97**	-0,90**	-0,79**	-0,43**	-0,42**
15-19 år	-0,18**	-0,21**	-0,28**	-0,08**	-0,11**
20-24 år	-0,22**	-0,14**	-0,23**	-0,07**	-0,15**
25-29 år	-0,29**	-0,17**	-0,23**	-0,12**	-0,14**
30-34 år	-0,26**	-0,15**	-0,19**	-0,10**	-0,07**
35-39 år	-0,11**	-0,04*	-0,10**	-0,02*	-0,01
45-49 år	0,06**	0,00	0,05**	0,05**	0,00
50-54 år	0,09**	0,02	-0,06**	0,04*	-0,07**
55-59 år	0,13**	-0,02	-0,09**	0,07**	-0,14**
60-64 år	0,15**	-0,03*	-0,11**	0,14**	-0,18**
65-69 år	0,22**	0,04**	-0,05**	0,16**	-0,16**
70-74 år	0,30**	0,15**	-0,05**	0,17**	-0,09**
75-79 år	0,41**	0,27**	0,05**	0,23**	-0,04*
80-84 år	0,43**	0,42**	0,13**	0,30**	0,11**
85-89 år	0,55**	0,52**	0,20**	0,37**	0,18**
90 år+	0,67**	0,59**	0,29**	0,43**	0,21**
Fødsler og friske nyfødte	0,43**	-0,09**	0,16**	0,72**	0,74**
Kommunestørrelse	0,01**	-0,34**	-0,54**	-0,76**	-0,72**
Reiseavstand	-0,01**	0,00*	-0,01**	0,00**	-0,01**
Konstant	-1,23**	0,04**	1,27**	1,93**	2,20**

Tabell v3.3 Deskriptiv statistikk for indikatorer i vedleggstabell v3.2.

	Helseregion Øst		Helseregion Sør		Helseregion Vest		Helseregion Midt-Norge		Helseregion Nord	
	Gj. snitt	Std avvik	Gj. snitt	Std avvik	Gj. snitt	Std avvik	Gj. snitt	Std avvik	Gj. snitt	Std avvik
Lokalsykehus	0,28	0,45	0,22	0,41	0,28	0,45	0,41	0,49	0,46	0,50
2003	0,19	0,39	0,20	0,40	0,19	0,39	0,19	0,39	0,20	0,40
2004	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40	0,21	0,41	0,20	0,40
2005	0,21	0,41	0,21	0,40	0,21	0,41	0,21	0,41	0,20	0,40
2006	0,22	0,41	0,22	0,41	0,22	0,41	0,21	0,41	0,21	0,41
Ø-hjelp med DRG	0,28	0,45	0,34	0,47	0,35	0,48	0,35	0,48	0,33	0,47
Ø-hjelp kir DRG	0,06	0,24	0,06	0,24	0,06	0,25	0,07	0,26	0,07	0,26
Elektiv med DRG	0,26	0,44	0,22	0,42	0,21	0,41	0,20	0,40	0,24	0,43
Mann	0,43	0,49	0,45	0,50	0,45	0,50	0,45	0,50	0,46	0,50
0-4 år	0,09	0,29	0,08	0,27	0,10	0,30	0,09	0,28	0,08	0,27
5-9 år	0,02	0,13	0,02	0,15	0,03	0,16	0,03	0,16	0,03	0,16
10-14 år	0,01	0,12	0,02	0,13	0,02	0,13	0,02	0,13	0,02	0,13
15-19 år	0,02	0,14	0,03	0,16	0,03	0,16	0,03	0,16	0,03	0,17
20-24 år	0,03	0,17	0,03	0,18	0,04	0,19	0,04	0,19	0,04	0,19
25-29 år	0,05	0,22	0,04	0,21	0,05	0,22	0,05	0,21	0,05	0,21
30-34 år	0,07	0,25	0,05	0,23	0,06	0,23	0,06	0,23	0,06	0,23
35-39 år	0,06	0,24	0,05	0,22	0,05	0,22	0,05	0,22	0,06	0,23
45-49 år	0,05	0,22	0,05	0,22	0,05	0,22	0,05	0,22	0,05	0,22
50-54 år	0,06	0,24	0,06	0,24	0,06	0,24	0,06	0,24	0,06	0,24
55-59 år	0,08	0,27	0,08	0,27	0,07	0,25	0,07	0,26	0,08	0,27
60-64 år	0,07	0,26	0,07	0,26	0,07	0,25	0,07	0,26	0,07	0,26
65-69 år	0,06	0,24	0,07	0,25	0,06	0,24	0,06	0,24	0,07	0,25
70-74 år	0,07	0,25	0,07	0,26	0,07	0,25	0,07	0,25	0,07	0,26
75-79 år	0,08	0,26	0,08	0,27	0,07	0,26	0,08	0,27	0,08	0,27
80-84 år	0,07	0,25	0,07	0,26	0,07	0,25	0,07	0,26	0,06	0,24
85-89 år	0,04	0,20	0,04	0,20	0,05	0,21	0,05	0,21	0,04	0,19
90 år+	0,02	0,14	0,02	0,14	0,02	0,14	0,02	0,14	0,02	0,12
Fødsler og friske nyfødte	0,09	0,29	0,08	0,26	0,10	0,30	0,09	0,28	0,08	0,27
Kommunestørrelse	4,01	1,18	3,49	1,14	3,70	1,29	3,12	1,26	2,78	1,21
Reiseavstand	15,53	29,51	17,41	30,51	21,65	30,05	33,09	41,58	65,25	86,60

Tabell v3.4 Utviklingen i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus etter år og helseregion for eldre over 65 år. Logistisk regresjon. Data fra 2002-2006.

	Nasjonalt	Helsereg. Øst	Helsereg. Sør	Helsereg. Vest	Helsereg. Midt-Norge	Helsereg. Nord
	B	B	B	B	B	B
2003	-0,01	0,01	-0,08**	0,04**	-0,03*	0,03*
2004	0,01	0,06**	-0,06**	0,09**	-0,09**	-0,02
2005	0,02**	0,11**	-0,07**	0,08**	-0,09**	-0,02
2006	-0,01*	0,05**	-0,15**	0,05**	-0,04**	-0,06**
Øhjelp kir DRG	0,17**	0,55**	-0,34**	0,10**	0,20**	0,17**
Øhjelp med DRG	0,79**	1,14**	0,27**	0,79**	0,86**	1,22**
Elektiv med DRG	0,10**	0,44**	-0,23**	0,07**	-0,05**	-0,26**
Mann	-0,06**	0,04**	-0,09**	-0,03**	-0,09**	-0,16**
Alder	0,02**	0,02**	0,02**	0,01**	0,01**	0,01**
Kommunestr	-0,38**	0,03**	-0,39**	-0,57**	-0,85**	-0,72**
Reiseavstand	0,00**	-0,01**	0,00**	-0,01**	0,00**	-0,01**
Konstant	-0,84**	-2,43**	-1,30**	0,20**	1,34**	0,80**

Tabell v3.5 Deskriptiv statistikk for indikatorer i vedleggstabell v3.4.

	Nasjonalt		Helsereg. Øst		Helsereg. Sør		Helsereg. Vest		Helsereg. Midt-Norge		Helsereg. Nord	
	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik
Lokalsykehus	0,37	0,48	0,36	0,00	0,27	0,00	0,33	0,00	0,47	0,00	0,51	0,00
2003	0,19	0,39	0,19	0,00	0,20	0,00	0,19	0,00	0,20	0,00	0,20	0,00
2004	0,20	0,40	0,20	0,00	0,20	0,00	0,20	0,00	0,20	0,00	0,20	0,00
2005	0,21	0,41	0,22	0,00	0,21	0,00	0,21	0,00	0,21	0,00	0,20	0,00
2006	0,22	0,41	0,22	0,00	0,22	0,00	0,22	0,00	0,21	0,00	0,21	0,00
Øhjelp med DRG	0,45	0,50	0,40	0,00	0,45	0,00	0,48	0,00	0,49	0,00	0,47	0,00
Øhjelp kir DRG	0,08	0,27	0,07	0,00	0,07	0,00	0,08	0,00	0,08	0,00	0,09	0,00
Elektiv med DRG	0,22	0,42	0,26	0,00	0,21	0,00	0,21	0,00	0,18	0,00	0,23	0,00
Mann	0,46	0,50	0,44	0,00	0,46	0,00	0,47	0,00	0,47	0,00	0,48	0,00
Alder	77,66	7,22	77,65	0,00	77,53	0,00	77,97	0,00	77,90	0,00	77,09	0,00
Kommunestr	3,48	1,30	3,94	0,00	3,50	0,00	3,64	0,00	3,06	0,00	2,66	0,00
Reiseavstand	27,12	46,04	16,54	0,00	17,19	0,00	23,45	0,00	35,43	0,00	65,94	0,00

Tabell v3.6 Utviklingen i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus etter type innleggelse og behandling. Logistisk regresjon. Data fra 2002-2006.

	Ø-hjelp med. DRG		Ø-hjelp kir. DRG		Elektivt med. DRG		Elektivt kir. DRG	
	B		B		B		B	
2003	-0,01		0,01		0,06**		-0,06**	
2004	0,00		0,03*		0,11**		-0,12**	
2005	0,00		-0,02		0,13**		-0,16**	
2006	-0,02**		-0,06**		0,05**		-0,12**	
Mann	0,00		-0,33**		-0,10**		0,00	
Alder	0,01**		0,00**		0,02**		0,00**	
Kommunestr	-0,46**		-0,38**		-0,24**		-0,30**	
Reiseavstand	-0,01**		0,00**		0,00**		0,00**	
Helseregion Sør	-0,89**		-0,85**		-0,58**		-0,06**	
Helseregion Vest	-0,29**		-0,42**		-0,19**		0,27**	
Helseregion Midt-N	0,18**		0,24**		0,25**		0,49**	
Helseregion Nord	0,65**		0,31**		0,14**		0,76**	
Konstant	0,69**		0,57**		-1,34**		0,01	

Tabell v3.7 Deskriptiv statistikk for indikatorer i vedleggstabell v3.1.

	Ø-hjelp med. DRG		Ø-hjelp kir. DRG		Elektivt med. DRG		Elektivt kir. DRG	
	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik
Lokalsykehus	0,40	0,49	0,29	0,45	0,22	0,42	0,29	0,45
2003	0,19	0,40	0,20	0,40	0,18	0,39	0,20	0,40
2004	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40
2005	0,21	0,40	0,20	0,40	0,22	0,41	0,21	0,41
2006	0,21	0,41	0,21	0,41	0,24	0,43	0,21	0,40
Mann	0,49	0,50	0,49	0,50	0,48	0,50	0,43	0,49
Alder	56,08	26,29	54,03	24,31	53,22	21,58	50,62	22,61
Kommunestr	3,47	1,28	3,50	1,29	3,57	1,27	3,52	1,27
Reiseavstand	26,74	45,72	28,29	48,38	26,15	46,70	26,29	44,97
Helseregion Sør	0,24	0,43	0,22	0,41	0,22	0,42	0,23	0,42
Helseregion Vest	0,24	0,43	0,22	0,41	0,21	0,41	0,21	0,41
Helseregion Midt-N	0,17	0,37	0,17	0,38	0,14	0,34	0,16	0,37
Helseregion Nord	0,12	0,33	0,13	0,34	0,13	0,33	0,12	0,32

Tabell v3.8 Utviklingen i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved normal fødsel etter helseregion. Logistisk regresjon. Data fra 2002-2006.

	Helsereg. Øst	Helsereg. Sør	Helsereg. Vest	Helsereg. Midt-Norge	Helsereg. Nord
	B	B	B	B	B
2003	0,05	-0,03	0,00	0,02	-0,10 *
2004	0,15 **	-0,01	-0,07 *	-0,05	-0,10 *
2005	0,20 **	-0,05	-0,07 *	-0,11 **	-0,17 **
2006	0,25 **	-0,01	-0,18 **	-0,16 **	-0,15 **
Alder	0,01 **	0,00	-0,02 **	-0,02 **	0,00
Kommunestørrelse	-0,06 **	-0,37 **	-0,91 **	-0,95 **	-1,02 **
Reiseavstand	0,00	0,01 **	-0,01 **	-0,01 **	0,00 **
Konstant	-1,53 **	-0,79 **	2,73 **	3,55 **	3,68 **

Tabell v3.9 Deskriptiv statistikk for indikatorer i vedleggstabell v3.3.

	Helsereg. Øst		Helsereg. Sør		Helsereg. Vest		Helsereg. Midt-Norge		Helsereg. Nord	
	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snitt	Std. avvik
Lokalsykehus	0,22	0,41	0,15	0,36	0,23	0,42	0,44	0,50	0,54	0,50
2003	0,19	0,39	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40
2004	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40
2005	0,21	0,41	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40
2006	0,21	0,41	0,21	0,41	0,21	0,40	0,20	0,40	0,20	0,40
Alder	31,02	4,87	29,76	5,08	29,70	5,07	29,65	5,11	29,56	5,50
Kommunestørrelse	4,30	1,08	3,51	1,15	3,81	1,25	3,27	1,29	3,00	1,26
Reiseavstand	11,53	26,63	17,82	31,24	19,35	27,60	29,28	39,64	60,74	83,54
Konstant	0,22	0,41	0,15	0,36	0,23	0,42	0,44	0,50	0,54	0,50



## Vedlegg til kapittel 4: Private spesialisthelsetjenester: Utvikling og geografiske forskjeller

Tabell v4.1 Oversikt over godkjente private kommersielle sykehus som leverte data til NPR i 2006.

---

### Private kommersielle sykehus

---

Aleris Bergen

Aleris Oslo (tidligere Omnia)

Aleris Trondheim (tidligere Trondheim spesialistlegesenter)

Medi 3 Ålesund

Rosenborg Sportsklinikk

Volvat Medisinske Senter

Aleris Axess Sykehus og Spesialistklinikk (tidligere Axess Sykehus og Spesialistklinikk)

Drammen Private Sykehus

Ringvollklinikken

Colosseumklinikken Oslo

Klinikk Stokkan, Trondheim

Klinikk Stokkan, Tromsø

Mjøs-Kirugene

Colosseumklinikken, Stavanger

Moxness Klinikken

Bergen Kirurgiske Sykehus

Idrettsklinikken

Norsk Idrettsmedisinsk institutt

Haugesund private sykehus

Bergen Spine Center (tidligere Vestnorsk Ortopediske Sykehus)

---

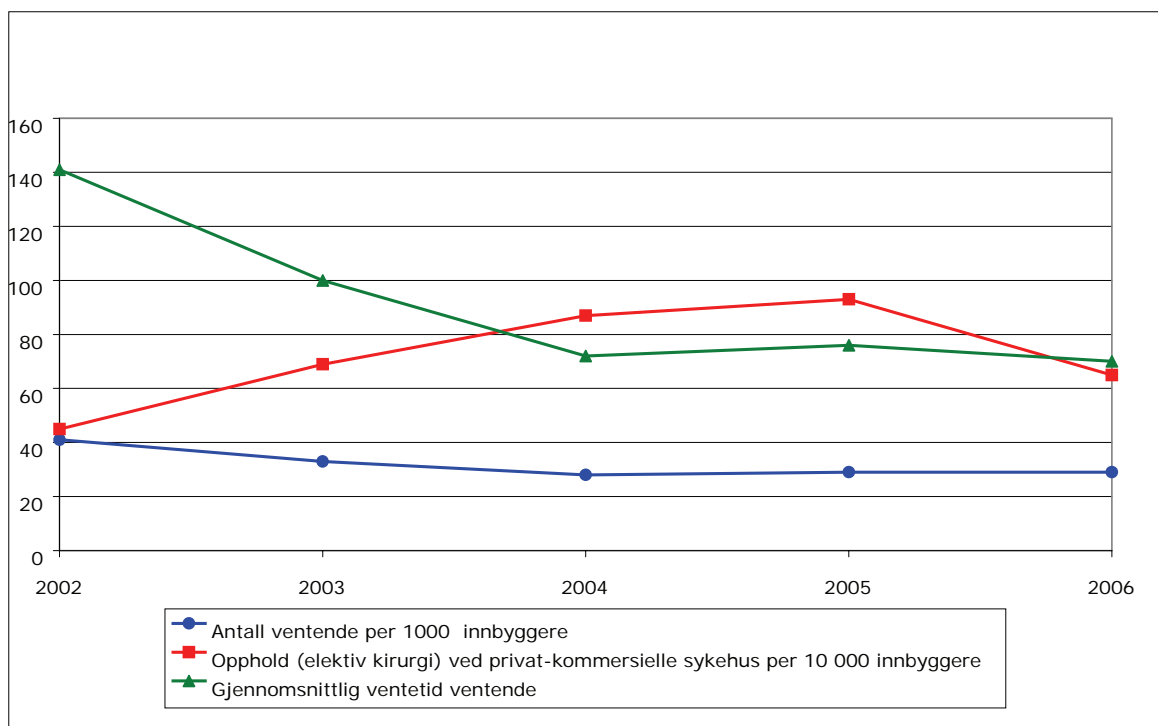
Tabell v4.2 Rapporteringsprosent per fagspesialitet som leverte data til NPR for driftsåret 2006.

Fagspesialitet	Andel årsverk rapportert data
Anestesi	49
Fysikalsk medisin	37
Ortopedi	40
Plastikkirurgi	45
Urologi	39
Radiologi	83
Indremedisin	68
Hudsykdommer	87
Barnesykdommer	64
Nevrologi	39
Kirurgi	47
Fødselshjelp/kvinnesykdommer	69
Revmatologi	65
Øre-nese-halssykdommer	73
Øyesykdommer	69
Totalt	69

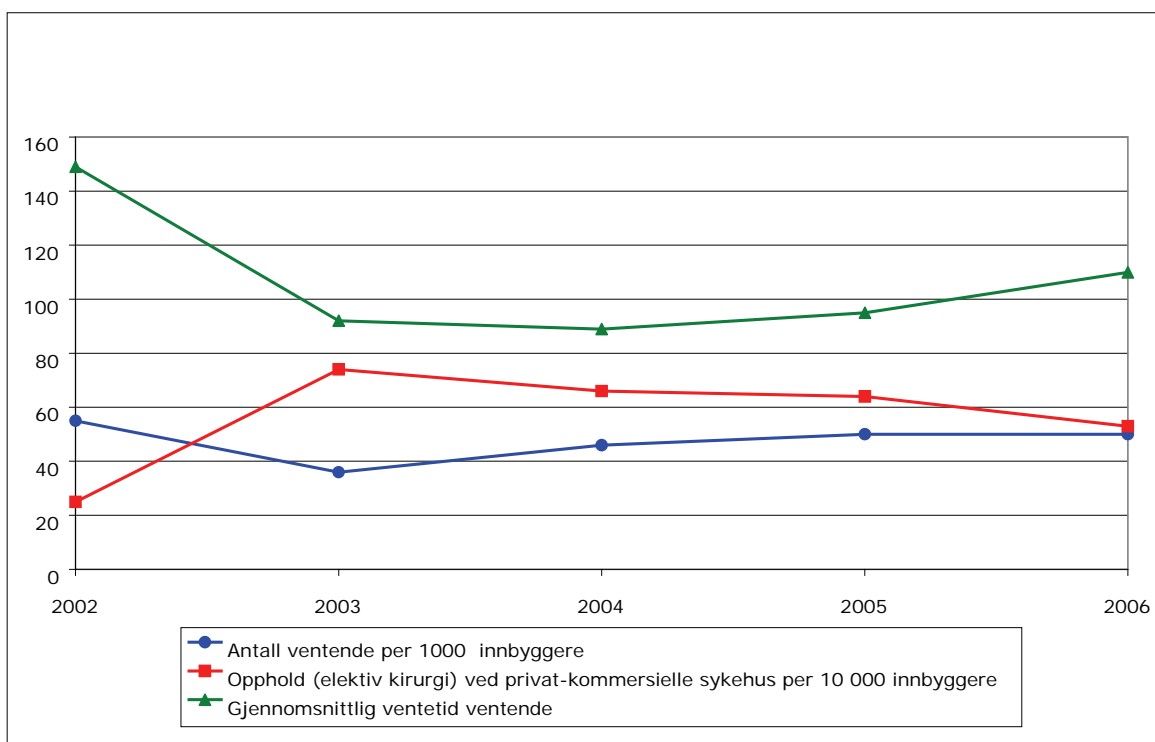


Tabell v4.3 Konsultasjoner utført av private avtalespesialister samt konsultasjoner ved offentlige poliklinikker per 1 000 innbyggere i HF-bostedsområdene i 2006.

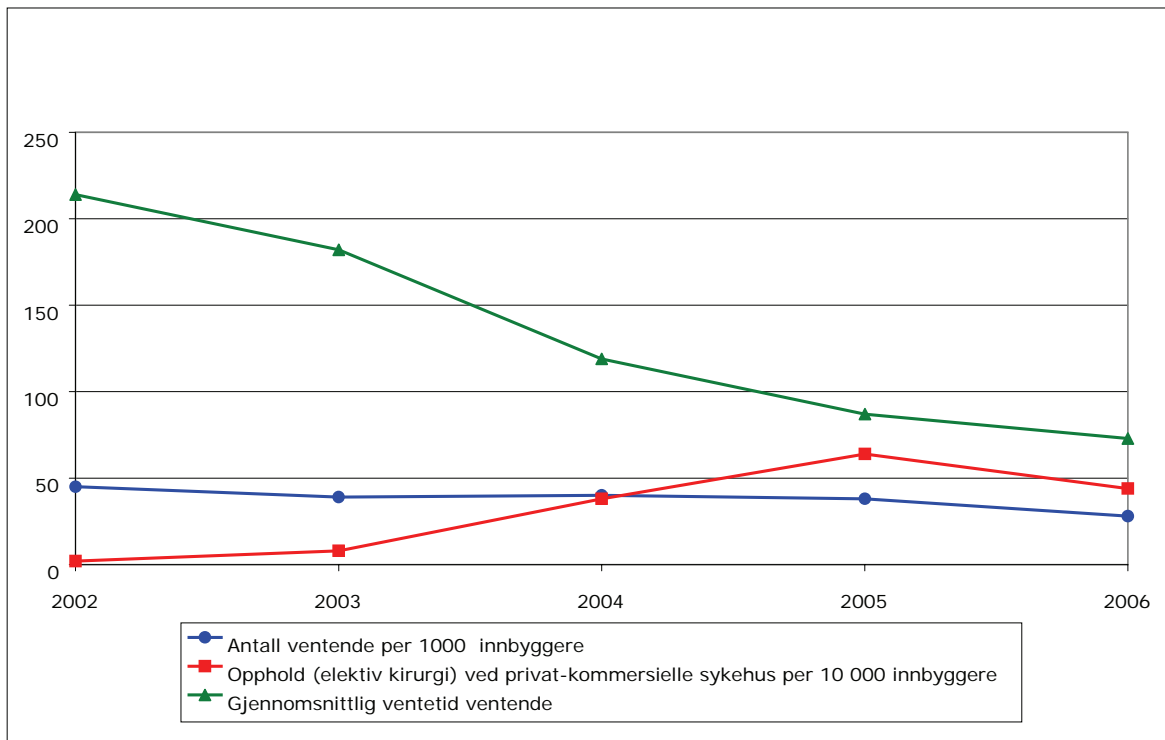
HF-område	Private avtalespesialistkonsultasjoner per 1 000 innb.	Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innb.
Østfold	535	663
Asker og Bærum	533	662
Hovedstadsområdet	361	701
Innlandet	216	819
Ringerike	253	690
Buskerud	290	739
Blefjell	294	731
Vestfold	405	746
Telemark	319	875
Sørlandet	409	717
Stavanger	158	657
Fonna	250	739
Haukeland	404	673
Førde	175	980
Sunnmøre	59	910
Nordmøre	143	949
St. Olavs hospital	232	759
Nord-Trøndelag	509	782
Helgeland	110	994
Nordland	295	807
Hålogaland	105	1 049
UNN	52	832
Finmark	25	910
Total	305	757



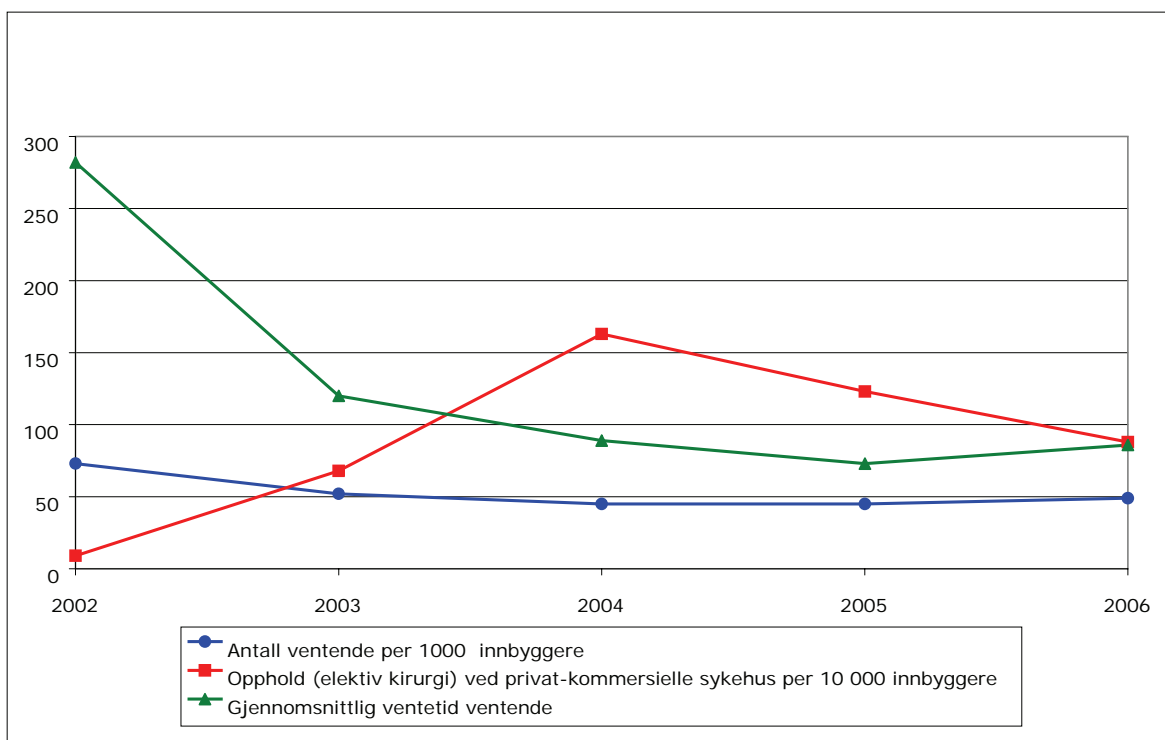
Figur v4.1 Antall ventende per 1 000 innbyggere, gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter og antall elektive kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus per 10 000 innbyggere, 2002-2006 i Helse Øst.



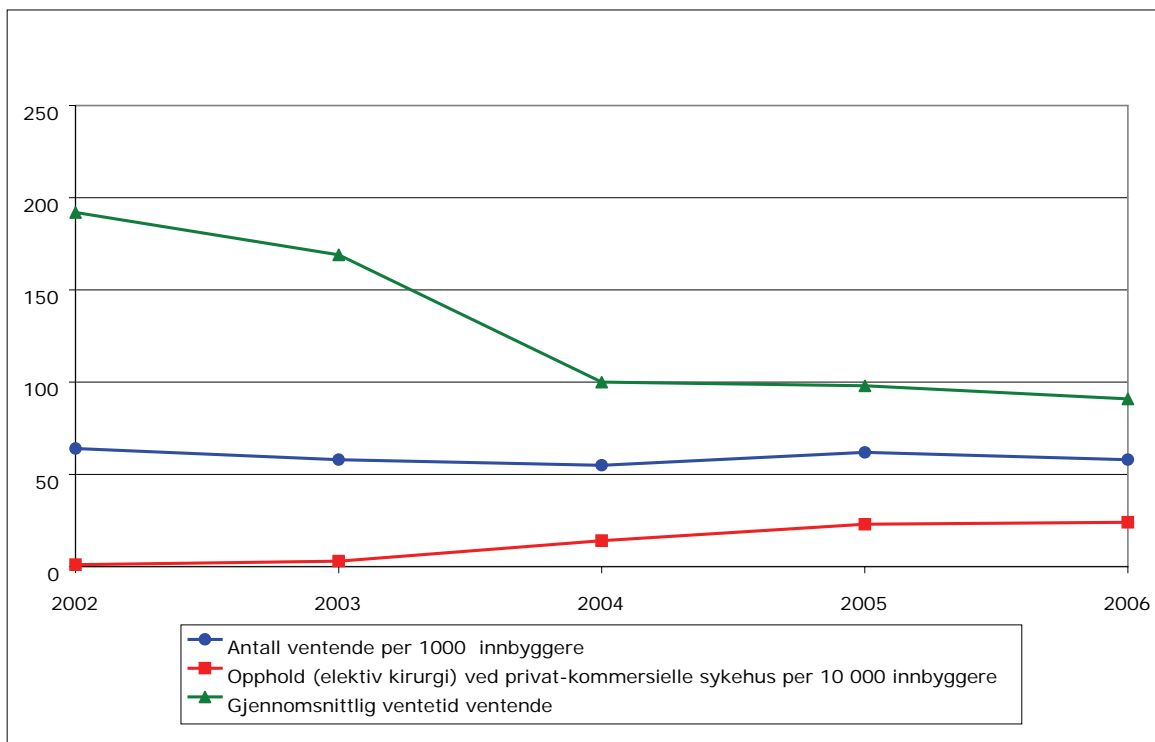
Figur v4.2 Antall ventende per 1 000 innbyggere, gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter og antall elektive kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus per 10 000 innbyggere, 2002-2006 i Helse Sør.



Figur v4.3 Antall ventende per 1 000 innbyggere, gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter og antall elektive kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus per 10 000 innbyggere, 2002-2006 i Helse Vest.



Figur v4.4 Antall ventende per 1 000 innbyggere, gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter og antall elektive kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus per 10 000 innbyggere, 2002-2006 i Helse Midt-Norge.



Figur v4.5 Antall ventende per 1 000 innbyggere, gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter og antall elektive kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus per 10 000 innbyggere, 2002-2006 i Helse Nord.

## Vedlegg til kapittel 6: Effektivitetsutvikling 2003–2006

Tabell v6.1 Datagrunnlag effektivitetsutvikling. Antall leger, øvrig personell, kostnader til pasientbehandling, beregnede polikliniske refusjoner og antall DRG-poeng. Regionale helseforetak. 2003-2006.

Regionalt helseforetak	År	Leger	Øvrig personell	Kostnader pasientbehandling	Beregnete polikliniske refusjoner	Antall DRG-poeng
Helse Øst RHF	2003	2 306	15 426	11 127 043	1 083 097	284 704
Helse Øst RHF	2004	2 383	15 413	11 250 940	1 122 222	288 249
Helse Øst RHF	2005	2 477	15 694	11 841 296	1 171 981	305 504
Helse Øst RHF	2006	2 554	16 075	12 168 543	1 254 952	311 886
Helse Sør RHF	2003	1 535	11 500	8 976 875	806 292	229 823
Helse Sør RHF	2004	1 568	11 642	8 867 150	849 952	234 156
Helse Sør RHF	2005	1 828	13 136	10 227 013	982 729	269 296
Helse Sør RHF	2006	1 891	13 594	10 561 165	983 416	281 042
Helse Vest RHF	2003	1 328	10 046	7 125 959	706 743	186 529
Helse Vest RHF	2004	1 417	10 570	7 160 895	743 188	190 249
Helse Vest RHF	2005	1 455	10 548	7 361 801	774 812	207 876
Helse Vest RHF	2006	1 557	10 873	7 768 777	833 279	211 214
Helse Midt-Norge RHF	2003	1 003	7 592	5 690 891	630 653	143 067
Helse Midt-Norge RHF	2004	1 056	7 799	5 901 732	659 393	145 842
Helse Midt-Norge RHF	2005	1 111	7 962	6 090 681	646 078	151 072
Helse Midt-Norge RHF	2006	1 156	8 015	6 298 476	667 228	153 033
Helse Nord RHF	2003	776	6 111	4 450 593	474 388	105 801
Helse Nord RHF	2004	824	6 153	4 576 796	474 676	105 772
Helse Nord RHF	2005	886	6 181	4 590 325	476 970	108 934
Helse Nord RHF	2006	958	5 985	4 711 734	512 326	110 348

Tabell v6.2 Oversikt over helseforetak og avtaleinstitusjoner, med tilhørende tilknytning til regionalt helseforetak, som inngår ved beregning av effektivitetsutvikling

Helseforetak/avtaleinstitusjon	Regionalt helseforetak
Sykehuset Østfold HF	Helse Øst RHF
Asker og Bærum Sykehus HF	Helse Øst RHF
Akershus Universitetssykehus HF	Helse Øst RHF
Ullevål Universitetssykehus HF	Helse Øst RHF
Aker Universitetssykehus HF	Helse Øst RHF
Sykehuset Innlandet HF	Helse Øst RHF
Diakonhjemmets Sykehus	Helse Øst RHF
Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF	Helse Sør RHF
Sykehuset Buskerud HF	Helse Sør RHF
Ringerike Sykehus HF	Helse Sør RHF
Sykehuset i Vestfold HF	Helse Sør RHF
Sykehuset i Telemark HF	Helse Sør RHF
Sykehuset Blefjell HF	Helse Sør RHF
Sørlandet Sykehus HF	Helse Sør RHF
Helse Stavanger HF	Helse Vest RHF
Helse Fonna HF	Helse Vest RHF
Helse Bergen HF	Helse Vest RHF
Helse Førde HF	Helse Vest RHF
Diakonissehjemmet Haraldsplass	Helse Vest RHF
Helse Sunnmøre HF	Helse Midt-Norge RHF
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF
St Olavs Hospital HF	Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord Trøndelag HF	Helse Midt-Norge RHF
Helgelandssykehuset HF	Helse Nord RHF
Nordlandssykehuset HF	Helse Nord RHF
Hålogalandssykehuset HF	Helse Nord RHF
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Helse Nord RHF
Helse Finnmark HF	Helse Nord RHF

## Vedlegg til kapittel 7: Kronikere i spesialist-helsetjenesten

Tabell v7.1 Antall pasienter per 1 000 innbyggere etter omsorgsnivå, type hoveddiagnose og boregion 2006. Endring i prosent fra 2002 til 2006.

Omsorgsnivå/ type hoveddiagnose	2006					Endring i prosent fra 2002 til 2006				
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt- Norge	Helse Nord
Kroniske hoveddiagnoser										
Døgn	16,9	20,9	17,0	17,2	21,0	1,3	0,6	0,1	-2,8	0,1
Dag	5,0	8,0	6,5	7,1	6,6	4,6	5,6	26,2	18,8	2,4
Polikl. konsultasjoner	55,7	60,9	58,2	66,0	83,5	9,1	8,5	10,1	8,2	10,5
Andre hoveddiagnoser										
Døgn	122,3	127,2	118,2	120,9	130,7	10,3	8,3	7,9	6,1	6,5
Dag	40,8	46,5	43,3	41,1	46,1	26,3	38,3	45,2	44,1	28,9
Polikl. konsultasjoner	275,9	290,5	265,1	305,6	351,6	8,8	13,9	8,7	4,1	12,7

Tabell v7.2 Opphold og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere etter omsorgsnivå, type hoveddiagnose og boregion 2006. Endring i prosent fra 2002 til 2006.

Omsorgsnivå/ type hoveddiagnose	2006					Endring i prosent fra 2002 til 2006				
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt- Norge	Helse Nord
Kroniske hoveddiagnoser										
Døgnopphold	21,4	26,7	21,5	21,4	26,5	0,3	-1,0	-1,2	-7,2	-1,0
Dagopphold	8,4	11,5	10,7	9,7	9,6	23,4	13,2	68,5	35,9	-8,2
Polikl. konsultasjoner	117,3	114,6	140,4	140,7	189,4	8,1	4,2	15,9	7,6	7,5
Andre hoveddiagnoser										
Døgnopphold	159,9	171,2	157,5	160,5	177,5	11,2	11,6	9,7	7,3	8,2
Dagopphold	99,3	139,9	95,5	98,0	111,3	38,4	76,1	51,9	43,5	43,7
Polikl. konsultasjoner	601,4	633,7	572,4	683,8	723,9	12,2	18,1	17,4	8,8	13,9

Tabell v7.3 Antall kontakter med spesialisthelsetjenesten med og uten kronisk hoveddiagnose presentert som i prosent av antall kontakter i alt etter boregion og omsorgsnivå. 2002 og 2006.

Bostedsregion	2006				2002			
	Døgn	Dag	Poliklinikk	I alt	Døgn	Dag	Poliklinikk	I alt
<b>A) Kontakter knyttet til kroniske hoveddiagnoser</b>								
Helse Øst	11,8	7,8	16,3	14,6	12,9	8,6	16,8	15,4
Helse Sør	13,5	7,6	15,3	13,9	14,9	11,3	17,0	16,0
Helse Vest	12,0	10,0	19,7	17,3	13,1	9,1	19,9	17,7
Helse Midt-Norge	11,7	9,0	17,1	15,4	13,3	9,5	17,2	16,0
Helse Nord	13,0	7,9	20,7	18,2	14,0	11,9	21,7	19,6
<b>B) Andre kontakter knyttet til pasienter med kronisk hoveddiagnose</b>								
Helse Øst	10,2	16,5	9,4	10,3	10,1	16,8	8,8	9,8
Helse Sør	11,4	16,6	11,0	11,8	9,4	10,4	10,4	10,2
Helse Vest	11,6	15,4	10,6	11,3	10,9	17,3	9,3	10,3
Helse Midt-Norge	12,2	17,9	11,2	12,0	11,6	17,4	10,3	11,1
Helse Nord	13,2	19,3	11,3	12,4	12,1	19,6	10,7	11,7
<b>A+B) Kontakter i alt knyttet til pasienter med kronisk hoveddiagnose</b>								
Helse Øst	22,0	24,3	25,7	24,9	23,0	25,4	25,7	25,2
Helse Sør	24,9	24,2	26,3	25,7	24,3	21,7	27,4	26,2
Helse Vest	23,6	25,5	30,3	28,6	24,1	26,5	29,2	28,0
Helse Midt-Norge	23,9	26,9	28,3	27,4	25,0	26,9	27,5	27,0
Helse Nord	26,1	27,2	32,1	30,6	26,1	31,5	32,4	31,2
<b>Øvrige kontakter</b>								
Helse Øst	77,0	74,6	74,3	74,8	78,0	75,7	74,3	75,1
Helse Sør	75,7	78,3	72,6	73,8	75,1	75,8	73,7	74,3
Helse Vest	75,9	73,5	70,8	72,0	76,4	74,5	69,7	71,4
Helse Midt-Norge	75,0	73,1	72,5	73,0	76,1	73,1	71,7	72,6
Helse Nord	73,9	68,5	67,6	68,8	73,9	72,8	67,9	69,4
<b>Antall kontakter i alt</b>								
Helse Øst	306 811	182 148	1 215 954	1 704 913	268 704	127 784	1 048 639	1 445 127
Helse Sør	179 279	137 194	677 985	994 458	160 117	79 570	573 996	813 683
Helse Vest	173 137	102 674	689 628	965 439	154 396	64 622	568 601	787 619
Helse Midt-Norge	119 118	70 562	540 052	729 732	110 470	48 301	486 032	644 803
Helse Nord	93 956	55 672	420 622	570 250	88 283	40 669	375 608	504 560



## Vedlegg til kapittel 8: Ventetid til behandling

Tabell v8.1 Ventetidsfordeling i prosent 1 tertial 2002 til 2007. Ordinært avviklede henvisninger til innleggelse.

Ventet	1. tert 2002	1. tert 2003	1. tert 2004	1. tert 2005	1. tert 2006	1. tert 2007	Antall 1. tert 2007
<1mnd	20,7	21,7	23,8	21,0	22,4	24,6	5 899
1-3 mnd	45,9	46,9	49,7	48,4	50,3	48,3	11 588
3-6 mnd	20,9	19,3	17,9	21,7	18,1	18,4	4 421
6-12 mnd	8,4	8,3	6,6	7,2	7,7	7,6	1 816
1-4 år	3,8	3,6	1,8	1,6	1,4	1,2	282
>4 år	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	5
Over 6 mnd	12,5	12,1	8,6	8,9	9,2	8,8	2 103
Totalt	100	100	100	100	100	100	24 011

Tabell v8.2 Ventetidsfordeling i prosent 1 tertial 2002 til 2007. Ordinært avviklede henvisninger poliklinikk.

Ventet	1. tert 2002	1. tert 2003	1. tert 2004	1. tert 2005	1. tert 2006	1. tert 2007	Antall 1. tert 2007
<1mnd	16,3	16,9	17,6	16,3	17,0	16,3	32 154
1-3 mnd	51,4	53,3	55,7	54,2	55,2	52,5	103 469
3-6 mnd	21,4	19,8	19,3	22,0	20,5	23,5	46 226
6-12 mnd	7,6	7,4	5,5	6,1	5,7	6,3	12 371
1-4 år	3,0	2,4	1,7	1,3	1,4	1,4	2 782
>4 år	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	43
Over 6 mnd	10,9	10,0	7,3	7,5	7,2	7,7	15 196
Totalt	100	100	100	100	100	100	197 045

Tabell v8.3 Ventetidsfordeling i prosent 1tertial 2002 til 2007. Ordinært avviklede henvisninger dagbehandling.

Ventet	1. tert 2002	1. tert 2003	1. tert 2004	1. tert 2005	1. tert 2006	1. tert 2007	Antall 1. tert 2007
<1mnd	13,4	12,8	14,1	15,4	17,3	17,8	2 694
1-3 mnd	41,3	44,5	49,4	51,0	53,7	48,4	7 338
3-6 mnd	26,3	26,1	24,8	23,3	19,7	22,3	3 389
6-12 mnd	13,3	12,2	9,2	7,9	7,3	8,2	1 241
1-4 år	5,4	4,2	2,2	2,2	1,9	3,2	488
>4 år	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	19
Over 6 mnd	18,9	16,6	11,6	10,2	9,3	11,5	1 748
Totalt	100	100	100	100	100	100	15 169

Tabell v8.4 Kumulativ andel etter venteperiode. Ordinært avviklede henvisninger til innleggelse 1. tertial 2007.

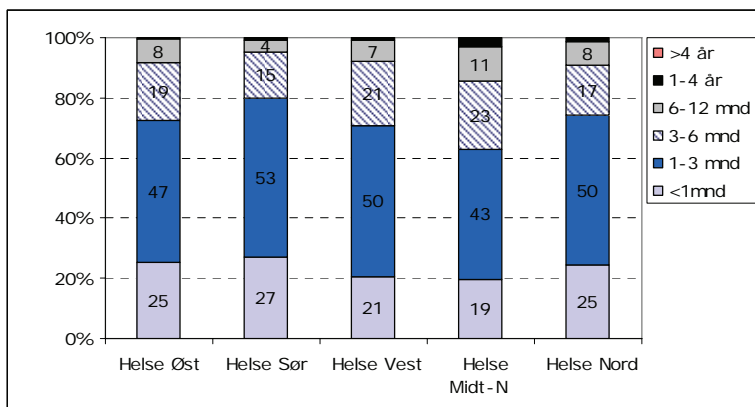
Fagområde	Antall ordinært avviklet	Ventet <1mnd	< 3 mnd	< 6 mnd	<12 mnd	< 4 år
Generell kirurgi	978	29	81	95	99	100
Barnekirurgi (<15)	153	16	65	90	99	100
Gastroenterologisk kirurgi	1 801	27	76	93	99	100
Karkirurgi	464	24	78	94	99	100
Ortopedisk kirurgi (inkl revmakir)	3 336	10	53	84	99	100
Thoraxkirurgi (inkl hjertekirurgi)	446	30	80	98	100	100
Urologi	1 459	18	75	94	99	100
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	117	15	70	93	97	100
Plastikk-kirurgi	311	10	44	64	91	100
Nevrokirurgi	624	23	71	94	99	100
Generell indremedisin	623	48	96	100	100	100
Blodsykdommer	169	45	91	98	99	100
Endokrinologi	191	28	79	90	92	100
Fordøyelsesykdommer	344	31	89	98	99	100
Hjertesykdommer	3 203	32	78	97	99	100
Lungesykdommer	807	41	85	96	99	100
Nyresykdommer	254	49	96	99	100	100
Revmatiske sykdommer	821	18	72	93	99	100
Kvinnesykd og elektiv fødselshjelp	2 194	20	72	87	100	100
Barnesykdommer	1 065	14	65	92	99	100
Fysikalsk medisin og rehabilitering	1 768	29	73	93	100	100
Hud og veneriske sykdommer	163	28	90	99	100	100
Nevrologi	1 640	24	76	93	99	100
Ikke-kirurgisk kreftbehandling	264	63	96	98	99	100
Øre-nese-hals sykdommer	2 169	9	56	79	95	100
Øyesykdommer	402	15	61	89	97	100
<b>Totalt</b>	<b>26 762</b>	<b>24</b>	<b>72</b>	<b>91</b>	<b>99</b>	<b>100</b>
Variasjonskoeffisient		0,57	0,18	0,08	0,02	0,00

Tabell v8.5 Kumulativ ventetidsfordeling til poliklinisk kontakt. 1 tertial 2007.

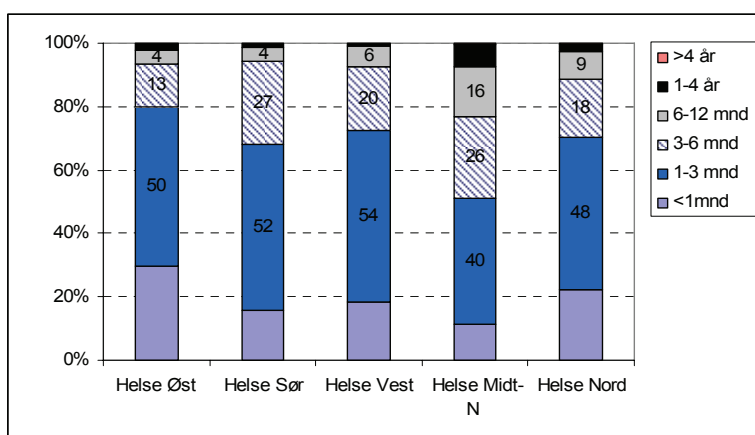
Fagområde	Antall ordinært avviklet	Ventet <1mnd	< 3 mnd	< 6 mnd	<12 mnd	< 4 år
Generell kirurgi	12 742	21	77	95	99	100
Barnekirurgi (<15)	700	7	57	97	99	100
Gastroenterologisk kirurgi	7 764	18	76	95	100	100
Karkirurgi	3 444	12	66	89	99	100
Ortopedisk kirurgi (inkl revmakir)	27 695	11	59	90	99	100
Thoraxkirurgi (inklusive hjertekir)	116	16	66	87	97	100
Urologi	9 779	9	61	92	99	100
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	3 375	23	67	86	95	100
Plastikk-kirurgi	2 600	13	57	84	98	100
Nevrokirurgi	1 235	12	72	96	99	100
Generell indremedisin	2 653	20	72	96	99	100
Blodsykdommer	1 325	23	78	93	97	100
Endokrinologi	3 743	14	67	93	99	100
Fordøyelsesykdommer	15 860	14	74	96	100	100
Hjertesykdommer	15 145	15	71	94	99	100
Infeksjonssykdommer	1 137	35	84	97	100	100
Lungesykdommer	5 714	14	67	94	99	100
Nyresykdommer	1 179	10	67	96	99	100
Revmatiske sykdommer	4 735	13	55	84	96	100
Kvinnesykdom og elektiv fødselshj.	30 259	28	83	95	98	100
Anestesiologi	987	24	60	82	93	100
Barnesykdommer	8 689	10	63	93	99	100
Fysikalsk medisin og rehabilitering	4 866	21	79	96	100	100
Hud og veneriske sykdommer	7 232	18	72	96	99	100
Nevrologi	13 934	14	60	88	97	100
Klinisk nevrofysiologi	6 007	16	70	94	99	100
Ikke-kirurgisk kreftbehandling	941	41	96	99	100	100
Øre-nese-hals sykdommer	17 945	14	63	87	97	100
Øyesykdommer	12 316	15	68	92	99	100
Yrkes- og arbeidsmedisin	487	9	51	76	100	100
Geriatrici	1 028	19	74	94	100	100
Medisinsk genetikk	588	24	78	93	98	100
Nukleærmedisin	312	35	97	100	100	100
Terapeutisk onkologi og radioterapi	791	37	92	99	100	100
Totalt	227 356	17	69	92	99	100
Variasjonskoeffisient		0,52	0,16	0,06	0,02	0,00

Tabell v8.6 Kumulativ ventetidsfordeling for dagbehandling, 1. tertial 2007.

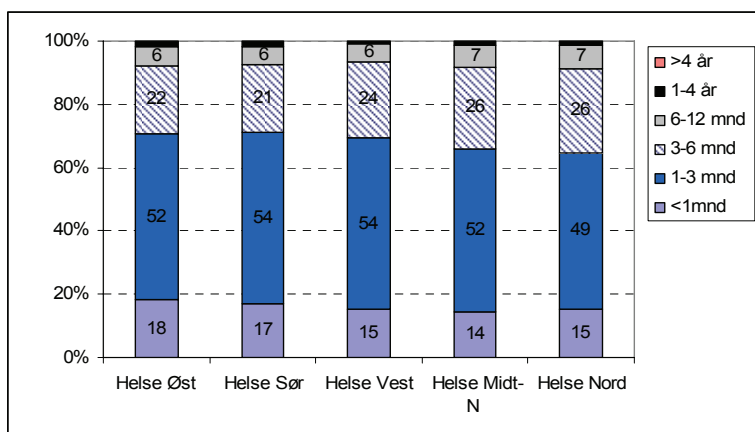
Fagområde	Antall avviklet	<1mnd	< 3 mnd	< 6 mnd	< 12 mnd	< 4 år	Totalt
Generell kirurgi	859	12	65	92	99	100	100
Barnekirurgi (<15)	68	6	52	96	99	99	100
Gastroenterologisk kirurgi	349	17	55	84	98	100	100
Karkirurgi	109	10	30	51	84	100	100
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakir)	3 450	9	58	87	99	100	100
Urologi	422	13	50	80	95	100	100
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	323	11	50	83	88	100	100
Plastikk-kirurgi	580	15	61	83	95	100	100
Generell indremedisin	151	67	97	98	99	100	100
Fordøyelsesykdommer	201	25	79	91	95	100	100
Hjertesykdommer	828	33	85	98	100	100	100
Lungesykdommer	260	40	82	92	97	100	100
Nyresykdommer	179	18	37	49	62	97	100
Revmatiske sykdommer	102	11	48	60	72	99	100
Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	1 800	40	85	94	99	100	100
Barnesykdommer	316	19	54	77	93	99	100
Fysikalsk medisin og rehabilitering	603	18	68	94	99	100	100
Hud og veneriske sykdommer	129	28	74	88	96	100	100
Nevrologi	372	23	62	83	96	100	100
Øre-nese-hals sykdommer	1 405	12	63	85	97	100	100
Øyesykdommer	3 348	14	72	94	97	100	100
Totalt	15 854	18	67	89	97	100	100
Variasjonskoeffisient		0,80	0,25	0,16	0,10	0,01	



Figur v8.1 Ventetidsfordeling etter bostedsregion. Ordinært avviklede henvisninger til innleggelse. 1. tertial 2007.



Figur v8.2 Ventetidsfordeling etter bostedsregion. Ordinært avviklede henvisninger til dagbehandling. 1. tertial 2007.



Figur v8.3 Ventetidsfordeling etter bostedsregion. Ordinært avviklede henvisninger til poliklinikk. 1. tertial 2007.

Tabell v8.7 Andel ventet over 3 og 6 måneder med angivelse av bostedsregion, fagområde og omsorgsnivå. Sortert etter høyest andel ventende over 6 måneder. Data for avviklede fra venteliste gjennom 1. tertial 2007.

Bostedsregion	Fagområde	Omsorgsnivå	Antall ordinært avviklet	> 3 mnd	>6 mnd
Helse Midt-Norge	Medisin	Dagbehandling	324	46	31
Helse Midt-Norge	Ortopedi	Dagbehandling	1 180	63	29
Helse Midt-Norge	Kirurgi	Dagbehandling	1 070	59	28
Helse Midt-Norge	ØNH og øyesykdom	Innleggelse	656	55	28
Helse Nord	Ortopedi	Dagbehandling	15	67	27
Helse Midt-Norge	Ortopedi	Innleggelse	1 035	61	26
Helse Nord	ØNH og øyesykdom	Innleggelse	438	51	26
Helse Nord	Fysikalsk Med og Rehab	Dagbehandling	65	55	25
Helse Nord	ØNH og øyesykdom	Dagbehandling	57	51	25
Helse Midt-Norge	Fysikalsk Med og Rehab	Dagbehandling	23	57	22
Helse Nord	Fysikalsk Med og Rehab	Poliklinisk kontakt	330	61	21
Helse Øst	ØNH og øyesykdom	Innleggelse	560	37	20
Helse Vest	Ortopedi	Innleggelse	599	49	18
Helse Midt-Norge	Annet	Dagbehandling	713	36	16
Helse Nord	Ortopedi	Innleggelse	209	41	16
Helse Nord	Fysikalsk Med og Rehab	Innleggelse	249	33	16
Helse Nord	ØNH og øyesykdom	Poliklinisk kontakt	4 323	42	16
Helse Midt-Norge	ØNH og øyesykdom	Poliklinisk kontakt	5 507	41	16
Helse Midt-Norge	ØNH og øyesykdom	Dagbehandling	1 160	35	15
Helse Øst	Annet	Innleggelse	2 200	30	14
Helse Sør	ØNH og øyesykdom	Poliklinisk kontakt	7 002	39	13
Helse Vest	Fysikalsk Med og Rehab	Dagbehandling	23	70	13
Helse Midt-Norge	Ortopedi	Poliklinisk kontakt	3 485	57	13
Helse Midt-Norge	Kirurgi	Innleggelse	1 532	34	13
Helse Vest	Annet	Dagbehandling	426	28	12
Helse Sør	ØNH og øyesykdom	Innleggelse	617	37	12
Helse Vest	Ortopedi	Poliklinisk kontakt	4 851	38	11
Helse Nord	Kirurgi	Poliklinisk kontakt	5 078	34	10
Helse Øst	ANNET	Dagbehandling	948	20	10
Helse Nord	Medisin	Dagbehandling	505	28	10
Helse Nord	Ortopedi	Poliklinisk kontakt	3 556	42	9
Helse Nord	Annet	Dagbehandling	302	25	9
Helse Øst	Kirurgi	Poliklinisk kontakt	13 719	33	9

Tabell v8.8 Beskrivende statistikk for variable som inngår i ventetidsanalysen. Fordelt etter type prosedyre. 2006

	Antall pas	Andel 16-49 år	Andel 50-66 år	Andel 67-79 år	Andel 80år+	Andel Kvinner	Andel rett til helsehjelp	Andel dag-kirurgi
<i>Enklere kirurgi</i>								
Meniskoper	9 254	48	41	10	1	38	33	87
Åreknuter	5 007	48	41	10	1	76	22	89
Fjerning mandler	3 012	96	4	0	0	59	57	34
Grå stæroperasjon	12 754	3	14	40	43	62	29	94
Lyske- og lårbrokk	4 736	27	38	26	10	9	41	68
<i>Mer omfattende kirurgi</i>								
Inns kunstig hofteledd	5 888	6	31	43	20	66	53	0
Utskift hofteledd	804	5	25	47	22	62	56	0
totalprotese kne prim	3 004	5	34	47	14	66	51	0
Galleblære eks kreft	3 048	50	34	13	3	74	64	21
Diskusprolaps (alle)	4 191	41	35	18	6	50	55	2
Prostata operasjon eksl kreft	3 857	1	30	48	22	0	68	6
Nedsunken livmor	5 104	26	44	24	7	100	55	24
Fjerning livmor, ikke kreft	2 485	62	30	6	2	100	71	0
<i>Kirurgisk kreftbehandling</i>								
Brystkreft operasjoner	2 239	20	48	20	13	100	79	10
Lungekreft operasjoner	441	5	45	44	6	41	91	0
Tykkertarm-endetarm kreft oper	2 229	6	29	40	25	50	82	0
Prostatakreft operasjoner	628	0	14	51	36	0	65	1
Fjern livmor pga kreft	805	20	40	28	12	100	83	0
<b>Totalt</b>	<b>69 486</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>58</b>	<b>48</b>	<b>45</b>



# Litteraturliste

- Anthun, K. S., H. Torvik & S. L. Kaspersen (2007). Kostnader og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste i K. Solstad (red.) SAMDATA Nøkkeltall spesialisthelsetjenesten 2006. Rapport 1/07, Trondheim: SINTEF Helse.
- Arntzen, E. (1989). Røros sykehus: framtidig virksomhet. Rapport STF 81 A89003. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Backe, B., J. Holt, M. V. Johansen, I. Vold & P. Øian (1999). Fødeenhet i lokalsykehus: Lofotprosjektet: Rapport. Bodø: Nordland fylkeskommune.
- Benbassat, J. & M. Taragin (2000). Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. Archives of Internal Medicine 160(8): 1074-81.
- Berg, O. (2006). Fra politikk til økonomikk: Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel. Oslo: Den norske lægeforening.
- Blank, R. H. & V. Bureau (2004). Comparative health policy. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- BUS (2005). Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. Årsrapport.
- Dahlen K, Kindset O, Lie T, Mogseth M og Petersen, SØ (2002): Ventelister ved helseforetakene i Midt-Norge våren 2002. Rapport SINTEF Norsk Pasientregister STF78 A025501.
- De Facto (2006). Hva skjer med lokalsykehusene? Om utviklingen fra 2002 til 2006. Rapport. Oslo: De Facto.
- Den norske lægeforening (2005). Lokalsykehusfunksjonen må styrkes ved alle sykehus. Rapport. Oslo: Den norske lægeforening.
- Den norske lægeforening (2005). Rammeeftale mellom de regionale helseforetak og Den norske lægeforening om avtalepraksis for legespesialister. Oslo.
- Department of Health, England (2003). Keeping the NHS Local – A New Direction of Travel. Consultation Document.
- Devold, R. K. (2007). Eldre pasienters bruk av lokalsykehusene fra 1999-2005. En kvantitativ analyse. Masteroppgave ved institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU. Trondheim, august 2007.
- Dimakou, S, Parkin, D, Devlin, N, og Appleby, J (2005): The impact of government targets on waiting times for elective surgery: new insight from time-to-event analysis. Discussion Paper Series No.06/05. Department of Economics. School of Social Sciences. City University London.
- Erikstein, B. (2007). Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede: sluttrapport fra en arbeidsgruppe 19. mars 2007. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Folkebevegelsen for lokalsykehusene (2007). Alternativ evaluering av helseforetaksreformen. [http://multimedia.api.no/www.nationen.no/archive/01419/Les\\_hele\\_sykehusra\\_1419699a.pdf](http://multimedia.api.no/www.nationen.no/archive/01419/Les_hele_sykehusra_1419699a.pdf)

- Forskningsrådet (2007). Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Hagen, T. P. & O. M. Kaarbøe (2006). The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals, *Health Policy* 76: 320-333.
- Hansen, F. H. (2001). Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår. SAMDATA Sykehus. Rapport 3/01. Trondheim: SINTEF Unimed NIS.
- Hansen, F. H. (2001). Sykehusstruktur i historisk perspektiv i F. H. Hansen (red.) SAMDATA Sykehus. Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår. SINTEF Unimed rapport 3/01. Trondheim.
- Heggestad, T. (2002). Do Hospital Length of Stay and Staffing Ratio Affect Elderly Patients' Risk of Readmission? A Nation-wide Study of Norwegian Hospitals. *Health Services Research* 37(3): 647-665.
- Helgesen, G. E. M. & H. Storvik (1992). Akuttmedisinsk beredskap ved lokalsykehus: nasjonal ekspertkonferanse, Bodø 21. og 22. september 1992. Rapport fra Rådet for medisinsk forskning, Komité for medisinsk teknologivurdering, NAVF, Norges allmennvitenskapelige forskningsråd.
- Helse Nord RHF (2005). Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord. Helse Nord rapport.
- Helse Nord RHF (2006). Plan for avtalespesialister i Helse Nord 2007-2015. Desentralisering og ambulering. Helse Nord rapport.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Rusbehandling og lokalsykehus styrkes i revidert nasjonalbudsjett. Pressemelding nr. 31, 13. mai 2005
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Nasjonal helseplan (2007-2010): særtrykk av St.prp nr 1 (2006-2007) kapittel 6.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006a). Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006b). Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006c). Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Tildeling av midler – utvikling av lokalsykehus. Pressemelding 30.08.2007, nr. 83.
- Helse- og omsorgsdepartementet: NOU: 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Ot. prp. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak.
- Helse Sør RHF (2006). Plan for prioritering, organisering og lokalisering av avtalespesialister i Helse Sør. Helse Sør.
- Helse Øst RHF (2004). Prosjekt avtalespesialister i Helse Øst. Strategisk plan for prioritering, organisering og lokalisering av avtalepraksis. Hamar.
- Helsetilsynet (1997). Faglige krav til fødeinstitusjoner. Statens helsetilsyns utredningsserie: 1. IK-2565.
- Hofstad, E. (2006). 100 dager og rett ut. Sykepleien, 29.05.2006.

- Hurst, J og Siciliani L (2003): Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. OECD Health working papers 2003(6)
- Huseby, B. M (2006): Rett til nødvendig helsehjelp. I SAMDATA Somatikk rapport 1/06. Trondheim: SINTEF Helse.
- Huseby, B. M. & H. Jensberg (2007a). Sentralisering og desentralisering av kirurgisk pasientbehandling etter sykehusreformen i Resultatevaluering av sykehusreformen. Forskningsrådet.
- Huseby, B. M. & H. Jensberg (2007b). Sentralisering og desentralisering av kirurgisk pasientbehandling etter sykehusreformen. Rapport A1003. Trondheim: SINTEF Helse.
- Huseby, B. M. (2004). SAMDATA Somatikk 1/04. Trondheim: SINTEF Helse.
- Huseby, B. M. (2007). Aktivitetsutviklingen ved somatiske sykehus før og etter sykehusreformen. Resultatevaluering av sykehusreformen. Oslo: Forskningsrådet.
- Iversen, T. (1985). Privatisering: Markedets muligheter i helsetjenesten. Gruppe for helsetjenesteforskning, skriftserie 1/85. Oslo.
- Jensberg, H. (2006). Reinnleggelser i R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA somatikk. Sektorrapport 2005. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005. Rapport 1/06. Trondheim: SINTEF Helse.
- Jensberg, H., B. M. Huseby, B. Kalseth & J. Kalseth (2006). Analyse av pasienter med kroniske sykdommer ved somatiske sykehus i perioden 2001-2005. Rapport A588. Trondheim: SINTEF Helse.
- Johannesen, A., E. R. Omenaas, P. S. Bakke & A. Gulsvik (2005a). Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study. *Thorax* 60: 842-847.
- Johannesen, A., E. R. Omenaas, P. S. Bakke & A. Gulsvik (2005b), Incidence of GOLD-defined chronic obstructive pulmonary disease in a general adult population. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 9: 926-932.
- Jones, J. (1985). Readmission rates: the price for early discharge. *The Health Service Journal* 19: 825.
- Jørgenvåg, R (2005a):Pasientstrømmer. I SAMDATA Somatikk rapport 1/05. Trondheim: SINTEF Helse.
- Jørgenvåg, R (2005b): Tilgjengelighet (Ventetider). I SAMDATA Somatikk rapport 1/05. Trondheim: SINTEF Helse.
- Jørgenvåg, R & Ø. Hope (2005). Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner. Rapport STF78 A055501. Trondheim: SINTEF Helse.
- Jørgenvåg, R. & H. Jensberg (2006). Befolkningens bruk av sykehustjenester – opphold eller pasient som enhet? SINTEF Rapport. Trondheim: SINTEF Helse.
- Jørgenvåg, R. & L. E. Kjekshus (2004). Private avtalespesialister i Helse Øst RHF: Kapasitet, virksomhetsinnhold og rolle i behandlingsskjeden. SINTEF rapport. Trondheim: SINTEF Helse.
- Jørgenvåg, R. (2006). Aktivitetsutvikling 1999 til 2005 – hvilke pasientgrupper har fått et større tilbud? I R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005. Rapport 1/06. Trondheim: SINTEF Helse.
- Jørgenvåg, R. (2006). Regionale variasjoner i aktivitet i 2005 – inklusive avtalespesialister og opptreningsinstitusjoner i R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA Somatikk Sektorrapport 2005. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005. Rapport 1/06. Trondheim: SINTEF Helse.

Jørgenvåg, R., B. Paulsen & J. Magnussen (2000). Private spesialister og offentlig helsevesen – pasientsammensetning, virksomhetsinnhold og kostnader i privat praksis og på poliklinikker i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal innen spesialitetene øre, nese og hals og øye. SINTEF rapport. Trondheim: SINTEF Unimed.

Kalseth, J. (2003). Aktivitet og ressursbruk – utvikling første året etter sykehusreformen i J. Kalseth (red.) SAMDATA Sykehus Rapport. Utviklingen i helseregionene etter sykehusreformen. Rapport 4/03. Trondheim: SINTEF Helse.

Kalseth, B. (2005). Aktivitetsvekst og prioritering i R. Jørgenvåg (red.) Samdata Somatikk 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004. Rapport 1/05. Trondheim: SINTEF Helse.

Kalseth, B. (2006). Do municipal characteristics affect the risk of early readmissions to hospital for old patients in Norway? – A multilevel analysis. Paper presented at The Eleventh International Congress of the European Society for Health and Medical Sociology. Krakow, Poland, August 31 – September 2.

Kittelsen, S. A. C., J. Magnussen & K. S. Anthun (2006). Har sykehusreformen ført til økt produktivitet? Resultatevaluering av sykehusreformen. Oslo: Forskningsrådet.

Kopjar, B., B. Guldvog & K. Hay (1999). Reinnleggelser som kvalitetsindikator? Rapport nr. 1-1999. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjenesteforskning.

Kreftregisteret (2004). Kreft i Norge 2004. Oslo: Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, Kreftregisteret.

Legekunsten (2005). Søknader om godkjenning som privat sykehus. 15(3): 37.

Lossius Husum, T., R. W. Gråwe & J. H. Bjørngaard (2005). Avtalespesialister i det psykiske helsevernet i Midt-Norge: kartlegging av helsetilbudet, samhandling og tilgjengelighet. SINTEF Helse rapport. Trondheim.

Martinussen P,E og Midttun, L (2004): Day surgery and hospital efficiency: empirical analysis of Norwegian hospitals, 1991-2001. Health Policy 68 (2004)183-196.

Martinussen, P. E. (2005). Dagkirurgi i R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA Somatikk 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004. Rapport 1/05. Trondheim: SINTEF Helse.

Midttun, L. & T. P. Hagen (2006). The private-public mix of healthcare: evidence from a decentralised NHS-country. Health Economics, Policy and Law 1: 277-298.

Midttun, L. (2007). Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. Social Science & Medicine 64: 1265-1277.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007).Nettside- lastet ned 15/9-2007. [http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Sak\\_Riktigere\\_prioritering.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Sak_Riktigere_prioritering.pdf)

National Leadership Network (2006). Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital, The Report of the National Leadership Network, Local Hospitals Project, 21<sup>st</sup> March 2006.

Nolte, E. & M. McKee (2005). Responding to the challenge of chronic diseases: lessons from England. Euro Observer. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies 2005.

Norsk Offentlig Statistikk (1993). Standard for kommuneklassifisering. Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

NOU 2003: 1. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedepartementet.

NOU, 1999: 13. Kvinners helse i Norge. Oslo: Helsedepartementet.

- Ose, S. O. & M. Pedersen (2005). Effektivitetsutvikling 1999-2004 i R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA Somatikk 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004. Rapport 1/05. Trondheim: SINTEF Helse.
- Paulsen, B. og T.Lie (2003):Kampen mot ventelistene: Strategier og resultater i arbeidet med ventelistereduksjoner. I Utviklingen av helseregionene etter sykehusreformen. SAMDATA sykehus Rapport. Trondheim: SINTEF Unimed
- Pearson, B., R. Skelly, D. Wileman & T. Masud (2002). Unplanned readmission to hospital: a comparison of the views of general practitioners and hospital staff. Age and ageing 31: 141-143.
- Pedersen, M. & K. Solstad (2007). Utvikling i ressursinnsats 2002-2006 i K. Solstad (red.) SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006. Rapport 1/07. Trondheim: SINTEF Helse.
- Pedersen, M. (2005). Kostnader og finansiering i R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA Somatikk 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004. Rapport 1/05, Trondheim: SINTEF Helse.
- Pedersen, M. (2006). Effektivitetsutvikling 1999-2005 i R. Jørgenvåg (red.) SAMDATA Somatikk Sektorrapport 2005. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005. Rapport 1/06. Trondheim: SINTEF Helse.
- Petersen, S. Ø. (2004). Endring i DRG-indeks 2001-2003. Rapport STF78 A045803 Trondheim: SINTEF Helse.
- Prescott, E., A. M. Bjerg, P. K. Andersen, P. Lange & J. Vestbo (1997). Gender differences in smoking effects on lung function and risk of hospitalization for COPD: results from a Danish longitudinal population study. European Respiratory Journal 10: 822-827.
- Rasmussen, K (2006) Rett til nødvendig helsehjelp - vår prioriteringshjemmel. Tidsskr Nor Lægeforen 2006: 126: 1073-5
- Regjeringsdokument (2005). Politisk plattform for en flertallsregjering. Rapport publisert 20.12. 2005.  
<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/smk/rap/2005/0001/ddd/pdfv/260512-regjeringsplattform.pdf>.
- Shah, G. H. (2007). Hospital Re-admissions: So What? Working document. National Association of Health Data Organizations (NAHDO).
- Solstad, K. & P. B. Pedersen (2007). Bruk av spesialisthelsetjenester i K. Solstad (red.) SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006. Rapport 1/07. Trondheim: SINTEF Helse.
- Solstad, K. (2007). Bruk av somatiske sykehustjenester i K. Solstad (red.) SAMDATA Nøkkeltall spesialisthelsetjenesten 2006. Rapport 1/07. Trondheim: SINTEF Helse.
- Solstad, K., P. B. Pedersen & H. Torvik (2007). Sammendrag og nøkkeltall nasjonalt i K. Solstad (red.) SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006. Rapport 1/07. Trondheim: SINTEF Helse.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). NOU: 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.
- Sosial- og helsedepartementet (1998). NOU 1998:9: Hvis det haster.....Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 8. september 1997. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 2. juni 1998.

Sosial- og helsedepartementet (2000). St.meld. nr. 43 (1999-2000). Om akuttmedisinsk beredskap. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 30. juni 2000, godkjent i statsråd samme dag.

Sosial- og helsedepartementet (2001). Innst. S. nr. 300 (2000-2001). Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap.

Sosial- og helsedepartementet (2001). Om lov om helseforetak m.m. Odelstingsproposisjon nr. 66 (2000-2001).

Sosial- og helsedepartementet (2005). St.prp. nr. 1 (2004-2005). Den kongelige proposisjon om statsbudsjettet medregnet folketrygden for budsjetterminen 1. januar – 31. desember 2005. Tilråding fra Finansdepartementet av 1. oktober 2004, godkjent i statsråd samme dag (Regjeringen Bondevik II).

Sosial- og helsedirektoratet og Helse Øst (2005): Rett prioritering i Helse Øst – Fastsetting av individuelle frister for rettighetspasienter. Oslo og Hamar.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). Aktivitetsdata for avtalespesialister – driftsåret 2006. Notat.

St.meld. Nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo: Helsedepartementet.

St.meld. nr. 9 (1974-75). Om sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.

St.prp. nr. 1 (2006-2007). Nasjonal helseplan (2007-2010). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sundhetsstyrelsen (2007): Intern ventetid til sykehusbehandling 2005-2006. Nye tal fra Sundhetsstyrelsen 2007: 10

Torp, H., D. F. Edvardsen & S. A. C. Kittelsen (2000). Evaluering av formidling. En effektivitetsanalyse av arbeidskontorenes samlede virksomhet basert på DEA. ISF Rapport 2000: 008.

Veenstra, M., K. I. Pettersen & I. S. Sjetne (2000). Pasienterfaringer ved 21 norske sykehus. Regionsykehus, sentralsykehus, lokalsykehus. Rapport nr. 1/2000. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjenesteforskning.

Voldnes, F. (2007). Helseforetakene – forretningsmessig drevne foretak i en større reform i Alternativ evaluering av helseforetaksreformen. Oslo: Folkebevegelsen for lokalsykehusene. [http://multimedia.api.no/www.nationen.no/archive/01419/Les\\_hele\\_sykehusra\\_1419699a.pdf](http://multimedia.api.no/www.nationen.no/archive/01419/Les_hele_sykehusra_1419699a.pdf)

Watson, L., J. M. Vonk, C. G. Löfdahl, N. B. Pride, R. A. Pauwels, L. A. Laitinen, J. P. Schouten & D. S. Postma (2005). Predictors of lung function and its decline in mild to moderate COPD in association with gender: results from the Euroscop study, Respiratory Medicine 100: 746-753.

Williams, E. I. & F. Fitton (1988). Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. British Medical Journal 297: 784-7.

Aarseth, H. P. (1998). Hva er fremtiden for privat spesialistpraksis? Tidsskrift for den norske lægeforening 118: 4021.