

# SAMDATA Sykehus Rapport

Utviklingen i helseregionene  
etter sykehusreformen

Jorid Kalseth  
(red)

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning  
7465 TRONDHEIM  
Telefon: 73 59 25 90  
Telefaks: 73 59 63 61

Rapport 4/03

ISBN 82-446-0997-4  
ISSN 0802-4979

SINTEF © Unimed Helsetjenesteforskning  
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: Kari Fagerberg, TAPIR Trykkeri AS

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim



**SINTEF Unimed**  
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim  
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3  
Telefon: 73 59 25 90  
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# SINTEF RAPPORT

TITTEL

## Utviklingen i helseregionene etter sykehusreformen

FORFATTER(E)

Jorid Kalseth (red)

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A035020	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-446-0997-4	PROSJEKTNR. 78H005	ANTALL SIDER OG BILAG 146
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\78H005\SAMDATA Sykehus Rapport 2003	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Jorid Kalseth	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2003-12-18	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Kari Nyland, forskningssjef	

### SAMMENDRAG

Rapporten omhandler utviklingen i helseregionene de første årene etter eierskapsreformen som trådte i kraft fra 1. januar 2002, og fokuserer på fire områder hvor staten satte klare krav til umiddelbar handling og/eller resultater allerede i sykehusreformens første år. De fire områdene er: effektiv ressursutnyttelse, ventelister og ventetid, kvalitet i tjenestetilbudet og sykehusstruktur. Som en referanseramme for de øvrige kapitlene diskuteres også hovedtrekk i utvikling i aktivitet og ressursinnsats ved de somatiske sykehusene.

Kapittel 2 viser at den betydelige aktivitetsveksten ved de somatiske sykehusene de siste årene i hovedsak har kommet innenfor elektiv virksomhet. Det er betydelige variasjoner mellom helseregionen i nivå og vekst i forbruksrater og ressursinnsats. Forskjellene ble ikke mindre i løpet av det første året med statlig eierskap. Analysene som presenteres i kapittel 3 viser økt effektivitet i sykehussektoren i løpet av 2002, og at i helseregionene i gjennomsnitt er blitt mer like de siste 4-5 årene.

Kapittel 4 viser at ventelistesituasjonen er blitt bedret i løpet av 2002. Kapitlet viser også at det er store forskjeller med hensyn til hvor stor nedgangen var og i tiltak som er brukt for å redusere ventelistene i de ulike helseregionene. Kapittel 5 skisserer nasjonale og regionale strategier og tiltak i forhold til kvalitetsutvikling og kvalitetsmonitorering. Kapitlet diskuterer også regionale variasjoner i indikatorene som inngår i settet av nasjonale kvalitetsindikatorer. Resultatene viser at det er til dels store variasjoner mellom og innen regionene. Omfanget av regionale forskjeller varierer for ulike indikatorer.

Fastlegging av ny foretaksstruktur har vært en av de første og viktigste utfordringene til de regionale helseforetakene. Kapittel 6 påpeker at selv om en kan finne forskjeller i de regionale helseforetakenes begrunnelse for valg av foretaksstruktur, er de generelle hovedtrekkene svært lik og knyttet opp til de samme nasjonale helsepolitiske målsettingene. Arbeidet med regionale helseplaner før sykehusreformen ser ut til å ha hatt stor betydning for både strategiske valg og utviklingshastighet i RHF-ene.

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



# Forord

Formålet med SAMDATA Sykehus er å presentere bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstendenser for den somatiske spesialisthelsetjenesten. Vårt mål er at dette skal bidra til et bedre grunnlag for styring, planlegging, evaluering og forskning om denne sektoren. SAMDATA prosjektet er todelt (SAMDATA Sykehus og SAMDATA Psykisk helsevern) og publiserer to tabellrapporter med tall for siste års utvikling. SAMDATA Sykehus Rapport er utarbeidet ved SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet. Kontaktperson i Sosial- og helsedirektoratet har vært Marit Getz Wold. Det utarbeides en tilsvarende rapport for SAMDATA Psykisk helsevern.

Årets rapport omhandler utviklingen i helseregionene de første årene etter eierskapsreformen som trådte i kraft fra 1. januar 2002. Rapporten fokuserer på fire områder hvor staten satte klare krav til umiddelbar handling og/eller resultater allerede i sykehusreformens første år. De fire områdene er:

- effektiv ressursutnyttelse
- ventelister og ventetid
- kvalitet i tjenestetilbudet
- sykehusstruktur og funksjonsfordeling

Som en referanseramme for de øvrige kapitlene diskuteres også hovedtrekk i utvikling i aktivitet og ressursinnsats ved de somatiske sykehusene.

Forfatterne av hvert kapittel har hatt hovedansvar for å skaffe til veie og tilrettelegge de data som er brukt i de respektive kapitlene. Prosjektsekretær Hanne Kvam har hatt ansvaret med å sy sammen alle bidragene fra forfatterne.

Trondheim, desember 2003

Jorid Kalseth



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse .....	3
Tabelloversikt .....	8
Figuroversikt .....	11
The Norwegian hospital reform – what is the status so far? .....	15
1 Sykehusreformen – hva har skjedd så langt? .....	19
Jorid Kalseth	
1.1 Innledning: Sykehusreformen – innhold og bakgrunn .....	19
1.2 Aktivitetsnivå og ressursbruk .....	21
1.3 Effektiv ressursutnyttelse .....	21
1.4 Ventelister og ventetid .....	21
1.5 Kvalitet i tjenestetilbudet .....	22
1.6 Sykehusstruktur og funksjonsfordeling .....	23
2 Aktivitet og ressursbruk – utvikling første året etter sykehusreformen .	25
Jorid Kalseth	
2.1 Innledning .....	25
2.2 Nasjonale utviklingstrekk .....	26
2.3 Helseregionene .....	33
2.3.1 Betydning av ulike fremgangsmåter for korrigering for gjestepasienter i beregning av indikatorer for ressursinnsats .....	39
2.4 Oppsummering og avsluttende kommentarer .....	42

3	Utviklingen i effektivitet .....	43
	Jon Magnussen	
3.1	Innledning .....	43
3.2	Begreper og datagrunnlag .....	43
3.3	Resultater – nasjonalt nivå .....	44
3.4	Resultater – regionale helseforetak .....	45
3.5	“Effektivitetsutvikling” og kodepraksis .....	47
3.6	Effektivitet i forhold til hva? .....	49
	Vedleggstabell: Oversikt over sykehus som inngår i de ulike helseregionene .....	51
4	Kampen mot ventelistene: Strategier og resultater i arbeidet med ventelistereduksjoner i 2002 .....	53
	Bård Paulsen og Thomas A. Lie	
4.1	Innledning .....	53
4.1.1	Mulige strategier i helseforetakenes kamp mot ventelistene .....	53
4.1.2	Kort om datagrunnlag og metode .....	55
4.2	Ventelisteutviklingen første året etter sykehusreformen .....	56
4.2.1	Generelle utviklingstrekk .....	56
4.2.2	Ventetidsutviklingen for ulike pasientgrupper .....	58
4.3	Ventelistrydding og kvalitetssikring av ventelistedata .....	61
4.4	Endret rekruttering til ventelistene? .....	61
4.5	Økt behandlingsaktivitet ved sykehusene? .....	62
4.6	Bruk av fritt sykehusvalg og private helsetilbud, belyst ved analyse av pasientstrømmer .....	64
4.7	Kjøp av helsetjenester i utlandet .....	66
4.7.1	Viktigste pasientgrupper .....	67
4.7.2	Ventetidsvariasjoner og kjøp av helsetjenester i utlandet .....	68
4.8	Trygdeetatens kjøp av helsetjenester til langtidssykmeldte .....	70
4.8.1	Flere behandlede og økt bruk av private fra 2001 til 2002 .....	70
4.8.2	Region- og fylkesvise variasjoner .....	71
4.9	Samvariasjon mellom de trygdebaserte ordningene? .....	73



4.10	Oppsummering og drøfting: Ulike strategier og ulikt trykk i regionene .....	74
	Vedleggstabell: Fagområder .....	77
5	Kvalitet på sykehustjenestene – nasjonal og regional satsing .....	79
	Birgitte Kalseth	
5.1	Kvalitet – et økende kunnskapsbehov .....	79
5.2	Et lite tilbakeblikk på nasjonale prosesser .....	79
5.3	Om kvalitet i styringsdokumentene til regionale foretak 2002 og 2003 .....	82
5.4	Kvalitetsstrategi i de regionale helseforetakene .....	83
5.4.1	Kort om status for overordnet kvalitetsstrategi i den enkelte region .....	83
5.4.2	Oversikt over nasjonale og regionale kvalitetsindikatorer for somatisk spesialisthelsetjeneste. 84	
5.5	Kvalitetsindikatorer; variasjon og utvikling .....	86
5.5.1	Korridorpasienter .....	87
5.5.2	Prevalens av sykehusinfeksjoner .....	90
5.5.3	Epikrisetid .....	92
5.5.4	Preoperativ liggetid for pasienter med lårhalsbrudd .....	95
5.5.5	Pasientenes erfaringer med sykehustjenesten .....	97
5.6	Oppsummering og avsluttende kommentar .....	99
	Vedlegg: Skriftlige innspill fra alle RHF-ene om status for kvalitets arbeidet i regionene	102
5.6.1	Helse Nord RHF v/Ingvild Røe .....	102
5.6.2	Helse Midt-Norge RHF v/Arild Vassenden .....	102
5.6.3	Helse Vest RHF v/Hilde Rudlang .....	103
5.6.4	Helse Sør RHF v/Ingrid Risland .....	104
5.6.5	Helse Øst RHF v/Christel Meyer .....	105
6	Ny foretaksstruktur og funksjonsfordeling: med ulik hastighet på samme vei? .....	107
	Pål M. Martinussen og Beate M. Huseby	
6.1	Innledning .....	107
6.2	Strukturdebatten i norsk helsepolitikk: veien mot regionale helseforetak .....	108
6.3	Føringer for organiseringen av akuttberedskapen og fødselsomsorgen .....	112

6.4	Helse Øst: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen .....	114
6.4.1	Foretaksstruktur .....	114
6.4.2	Sentrale mål for fastleggingen av struktur i Helse Øst.....	116
6.4.3	Funksjonsfordeling; fødetilbud .....	117
6.4.4	Funksjonsfordeling; akutttilbud .....	118
6.5	Helse Sør: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen .....	119
6.5.1	Foretaksstruktur .....	119
6.5.2	Sentrale mål for fastleggingen av struktur i Helse Sør.....	119
6.5.3	Funksjonsfordeling; fødetilbud .....	121
6.5.4	Funksjonsfordeling; akutttilbud .....	122
6.6	Helse Vest: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen .....	122
6.6.1	Foretaksstruktur .....	122
6.6.2	Sentrale mål ved fastleggingen av struktur i Helse Vest .....	123
6.6.3	Funksjonsfordeling; fødetilbud .....	124
6.6.4	Funksjonsfordeling; akutttilbud .....	126
6.7	Helse Midt-Norge: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen .....	126
6.7.1	Foretaksstruktur .....	126
6.7.2	Sentrale mål ved fastleggingen av struktur i Helse Midt-Norge.....	128
6.7.3	Funksjonsfordeling; fødetilbud .....	128
6.7.4	Funksjonsfordeling; akutttilbud .....	129
6.8	Helse Nord: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen .....	129
6.8.1	Foretaksstruktur .....	129
6.8.2	Sentrale mål ved fastleggingen av struktur i Helse Nord.....	130
6.8.3	Funksjonsfordeling; fødetilbud .....	131
6.8.4	Funksjonsfordeling; akutttilbud .....	132
6.9	Et samlet blikk på RHF-ene.....	133

6.9.1	De regionale helseplanenes betydning for hastighet og veivalg .....	133
6.9.2	Begrunnelsene for valg av foretaksstruktur .....	134
6.9.3	Veivalg; sentralisering, spesialisering, differensiering .....	135
	Vedleggstabell: Nivå på aktivitet, ressurser og befolkning i opptaks område gitt helseforetakstruktur per 2003. Basert på tallmateriale for 2002.....	137
	Litteraturliste .....	139

## Tabelloversikt

Tabell 3.1	Teknisk effektivitet i de fem Regionale Helseforetakene – uvektet. ....	45
Tabell 3.2	Teknisk effektivitet i de fem Regionale Helseforetakene – vektet. ....	46
Tabell 3.3	Kostnadseffektivitet i de fem Regionale Helseforetakene - uvektet. ....	46
Tabell 3.4	Kostnadseffektivitet i de fem Regionale Helseforetakene - vektet. ....	47
Tabell 4.1	Antall ventende i absolutte tall og per 1 000 innbygger for somatiske fagområder, median ventetid og andel ventende med ventetid > 1 år per 1. januar 2002 og 2003. ....	57
Tabell 4.2	Prosentvis endring i antall registrerte nyhenvisninger i helseregionene 2001-2002. Elektiv kirurgi. Prosentvis. Etter fagområde.....	62
Tabell 4.3	Antall pasienter per 1000 innbygger i 2002 behandlet ved sykehus i eget RHF. Elektiv kirurgi. Endring 2001-2002. Antall ventende og median ventetid (ant dager) 1 jan 2002. Etter pasientens bostedsregion.....	63
Tabell 4.4	Antall pasienter behandlet per 1000 innbygger i 2002. Endring 2001-2002. Elektiv kirurgi. Fordelt etter behandlingssted og bostedsregion. ....	65
Tabell 4.5	Dekomponering av prosentvis endring (2001-2002) i totalt antall pasienter innen elektiv kirurgi per innbygger på behandlingssted. Etter pasientenes bostedsregion.....	66
Tabell 4.6	Pasienter behandlet ved utenlandske sykehus i 2002 etter medisinske fagområder. Prosentvis fordeling. Absolutte tall i parentes.. ....	67
Tabell 4.7	Viktigste fagområder etter region. 2002. Prosentvis fordeling. Absolutte tall i parentes. ....	68
Tabell 4.8	Antall pasienter behandlet ved kjøp av helsetjenester i utlandet per 1000 innbygger 2002. Median ventetid (antall dager) for elektiv kirurgi, 1 januar 2002. Etter bostedsregion og fylke. ....	69
Tabell 4.9	Antall behandlede pasienter gjennom ordningen "Kjøp av helsetjenester" 2001 og 2002. Fordelt på offentlige institusjoner og private klinikker.....	71

Tabell 4.10	Antall pasienter som har fått tilbud om behandling gjennom ordningen "Kjøp av helsetjenester", per 1000 innbyggere 2002. Median ventetid (antall dager) for elektiv kirurg per 1 januar 2002. Etter bostedsregion og fylke.....	71
Tabell 4.11	Trygdens kjøp av helsetjenester per 1000 innbyggere. 2001 og 2002. Endring 2001-2002. Etter bostedsregion.....	72
Tabell 4.12	Trygdens kjøp av helsetjenester i 2002. Andel av pasientene som behandles utenfor offentlige sykehus. Prosentvis fordeling. Etter region. ....	72
Tabell 4.13	Indikatorer på bruk av ulike virkemidler i regionene. Helseregion rangert etter ventelistens omfang 1 jan 2002. ....	75
Tabell 5.1	Andel korridorpasienter totalt, uveid gjennomsnitt, standardavvik, variasjonskoeffisient og antall sykehus inkludert. Fordelt etter helseregion. Tredje kvartal 2003. ....	90
Tabell 5.2	Prevalens (prosent) av sykehusinfeksjoner i Norge fordelt etter helseregion i 1999, 2002 og 2003. Urinveisinfeksjon, postoperativ sårinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon og septikemi. Endags punktmålinger. ....	92
Tabell 5.3	Andel epikriser utsendt etter 7 dager, gjennomsnitt, standardavvik, variasjonskoeffisient og antall sykehus. Fordelt etter helseregion. 3 kvartal 2003. ....	94
Tabell 5.4	Gjennomsnittsskårene for kvalitetsindikatorer for pasienterfaringer i 2003 etter helseregion. ....	98
Tabell 5.5	Gjennomsnittsskårene for kvalitetsindikatorer for pasienterfaringer, etter sykehusstype og undersøkelsesår. ....	98
Tabell 6.1	Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Øst og Helse Øst RHF i 2000, 2002 og 2003.....	115
Tabell 6.2	Antall fødsler ved sykehusene i Helse Øst RHF 2002 etter de fødendes bostedsområde.....	117
Tabell 6.3	Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Sør og Helse Sør RHF i 2000, 2002 og 2003.....	120
Tabell 6.4	Antall fødsler ved sykehusene i Helse Sør RHF 2002 etter de fødendes bostedsområde.....	121
Tabell 6.5	Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Vest og Helse Vest RHF i 2000, 2002 og 2003.....	123
Tabell 6.6	Antall fødsler ved sykehusene i Helse Vest RHF i 2002 etter de fødendes bostedsområde.....	125

Tabell 6.7	Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Midt-Norge og Helse Midt-Norge RHF i 2000, 2002 og 2003.....	127
Tabell 6.8	Antall fødsler ved sykehusene i Helse Midt-Norge RHF i 2002 etter de fødendes bostedsområde. ....	128
Tabell 6.9	Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Nord og Helse Nord RHF i 2000, 2002 og 2003.....	130
Tabell 6.10	Antall fødsler ved sykehusene i Helse Nord RHF i 2002 etter de fødendes bostedsområde.....	131
Tabell 6.11	Andel av ressurser og aktivitet ved regionenes største og minste helseforetak. ....	136

## Figuroversikt

Figur 2.1	Utviklingen i samlet antall opphold, antall heldøgnsopphold og antall dagopphold i perioden 1999-2002. ....	26
Figur 2.2	Sammensetning av samlet antall opphold i 2002. ....	27
Figur 2.3	Utvikling i ø-hjelpsopphold etter DRG-type i perioden 1999-2002. ....	28
Figur 2.4	Sammensetning av ø-hjelpsopphold etter oppholdstype og DRG-type i 2002..	28
Figur 2.5	Utvikling i elektive opphold etter oppholdstype og DRG-type i perioden 1999-2002. ....	29
Figur 2.6	Sammensetning av elektive opphold etter oppholdstype og DRG-type i 2002. ....	30
Figur 2.7	Utviklingen i effektive senger, personell, driftsutgifter, poliklinikk-refusjoner og ISF-refusjoner i perioden 1999-2002. Forholdstall 1999=100. Driftsutgifter, poliklinikk-refusjoner og ISF-refusjoner er målt i faste priser. ...	31
Figur 2.8	Finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste fordelt på ulike finansieringskilder. 2002. ....	32
Figur 2.9	Utvikling i standardiserte rater for heldøgnsopphold, dagopphold, opphold innen elektiv kirurgi samt polikliniske konsultasjoner. Prosentvis endring 2001-2002. Etter bostedsregion. ....	33
Figur 2.10	Standardiserte rater for heldøgnsopphold. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Etter bostedsregion. ....	34
Figur 2.11	Standardiserte rater for dagopphold. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Etter bostedsregion. ....	34
Figur 2.12	Standardiserte rater for opphold innen elektiv kirurgi. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Etter bostedsregion. ....	35
Figur 2.13	Standardiserte rater for polikliniske konsultasjoner. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Etter bostedsregion. ....	36

Figur 2.14	Utvikling i rater (per 1000 innbygger) for personell, effektive senger og driftsutgifter. Prosentvis endring 2001-2002. Ratene for senger og personell er korrigert for pasientflyt mellom regionene og kjønns- og aldersstandardisert. Driftsutgiftene er korrigert for gjestepasientoppgjør og prisstigning. ....	36
Figur 2.15	Personellinnsats per 1000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt og kjønns- og aldersstandardisert. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. ....	37
Figur 2.16	Effektive senger per 1000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt og kjønns- og aldersstandardisert. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. ....	38
Figur 2.17	Driftsutgifter per 1000 innbyggere. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. ....	38
Figur 2.18	Finansiering av utgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste. Prosentfordeling på ulike finansieringskilder. 2002. ....	39
Figur 2.19	Personellinnsats per 1000 innbyggere. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Før og etter korrigering for gjestepasienter. ....	41
Figur 2.20	Driftsutgifter per 1000 innbyggere. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Før og etter korrigering for gjestepasientoppgjør. ....	41
Figur 3.1	Utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet 1992-2002. ....	44
Figur 3.2	Vekst i teknisk effektivitet 2001 til 2002 under ulike forutsetninger om endring i pasientsammensetning. ....	48
Figur 3.3	Vekst i kostnadseffektivitet 2001 til 2002 under ulike forutsetninger om endring i pasientsammensetning. ....	49
Figur 4.1	Antall ventende per 1. jan 2002 og 2003 innen somatiske fagområder. ....	59
Figur 4.2	Andel av pasientene som har ventet over 1 år inne ulike fagområder per 1. januar 2002 og 2003. ....	60
Figur 4.3	Pasienter som har fått tilbud gjennom ordningen "Kjøp av helsetjenester" og pasienter som har fått behandling i utlandet. Antall pasienter per 1000 innbyggere. Fylkesvis. ....	74
Figur 5.1	Andel korridorpasienter ved sykehus etter helseregion. Punkttelling ved indremedisinske avdelinger uke 23 i 1999 og uke 38 i 2002. Gjennomsnitt per dag i kartleggingsuken. ....	88
Figur 5.2	Andel korridorpasienter ved sykehusene i hver helseregion. Andre og tredje kvartal 2003. ....	89



Figur 5.3	Utvikling i andel sykehusinfeksjoner (prevalens) fra 1979, 1985, 1997, 1999, 2000, 2001 og 2002. Urinveisinfeksjon, postoperativ sårinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon og septikemi. En dags punktmålinger. ....	91
Figur 5.4	Andel epikriser sendt fra sykehuset innen 7 dager etter utskriving. 2 og 3 kvartal 2003. ....	93
Figur 5.5	Andel epikriser sendt innen 7 dager fordelt på enkeltsykehus. 3 kvartal 2003. Inkludert 2 sykehus uten driftsavtale med RHF. ....	94
Figur 5.6	Andel pasienter operert innen 48 timer etter innleggelse. Fordelt etter helseregion. Pasienter over 65 år. 2 og 3 kvartal 2003. ....	96
Figur 5.7	Andel operert innen 48 timer etter innleggelse for lårhalsbrudd fordelt etter enkeltsykehus. 2 og 3 kvartal 2003. ....	96



# The Norwegian hospital reform – what is the status so far?

## Introduction: The hospital reform – content and background

From 1 January 2002, major reforms were introduced in the organisation of specialised health services in Norway. The responsibility for providing services was transferred from the 19 locally elected county councils to the central government. The reform facilitated a more comprehensive organisation and control with services. It also clarifies the central government's responsibility for these services.

The reform did, however, also introduce major shifts in the mode of control with services, introducing corporate principles of organisation. While political responsibility and control with services lies with the Ministry of Health, implementation of policies lies within five regional health authorities (RHAs), organised as central governmentally owned enterprises. The RHAs own all the underlying health enterprises in the region. The RHAs thereby exercise the state ownership and the responsibility to provide health services to the population in the health regions, within the framework stated in the overall health political goals.

The hospital reform is primarily an organisational reform, and does not alter the national health policy objectives. On the contrary, as emphasised in the Parliament proposal (Ot.prp. no. 66, 2000-2001), the purpose of the reform was to tackle major and continual problems within the health services; such as long waiting times, 'corridor patients', inefficient resource allocation, significant geographical differences and poor coordination of services. County ownership of hospitals made it difficult to implement comprehensive strategies to face the problems, as the county borders hindered the necessary coordination of functions and the utilisation of available capacity. Government ownership on the other hand offers better opportunities for comprehensive control of the services. Whereas ownership responsibility and financial responsibility were formerly divided between counties and state, the state ownership means that central government now has the total responsibility for the health services, holding both the formal and actual responsibility.

The hospital reform builds on explicit expectations of improved and less expensive services. It is assumed that superior political control through the exercise of ownership and financing will secure the population equal access to health services of high quality, independently of place of residence and economic background. Government ownership shall ensure that health services are in accordance with the health priorities. The organisation through enterprises is supposed to lead to improvements in the organisation and management of the services, to a more rational division of labor, and to a more efficient utilisation of personnel, buildings, equipment and economic resources. The central authorities expect to see effects of the reform both in the short and the long term, and therefore demanded results already in the first year after the reform was implemented.

This report addresses the development in the somatic specialised health services, with a special attention to how, and to what degree, the RHAs have solved their tasks during the first year of the reform. The tasks are stated in the annual policy guidelines for the RHAs. The tasks for 2002 include demands and expectations within 12 specified areas. We concen-

trate on the following areas: resource utilisation, waiting time, service quality, and hospital structure.

The hospital reform is the last reform in a series of initiatives implemented over the last decade aimed at improving accessibility, quality and resource utilisation in the specialised health services. Other initiatives include the introduction of the activity based financing system (ABF), free hospital choice and regional health plans. It is therefore difficult to conclude whether the development in 2002/2003 can be seen as a result of the ownership reform or simply as a continuation of existing trends. Nevertheless, it is possible to assess the development in the health regions and the RHAs' work in relation to the demands and expectations given in the governing documents.

## Activity level and resource use

In addition to clarifying the tasks of the RHAs, the annual policy guidelines specify the economic scopes of the RHAs. The appropriations to the specialised health services in the national budget builds on assumptions regarding activity growth development and expenditure levels in the sector. Chapter 2 presents and discusses the development within the somatic hospital services. The growth in activity was high, and higher than foreseen in the national budget grants for 2002. The increase in activity started already in 2001, and has primarily taken place within elective activities. An increasingly larger share of hospital spending is financed through ABF. The analyses of the existing data suggest that the development in 2002 failed to reduce regional differences in user rates and expenditure levels.

## Efficient resource utilisation

In the governing documents the Ministry of Health demands that the RHAs immediately initiate efforts to increase efficiency and reduce costs, without affecting the services. The development in the utilisation of personnel resources and cost efficiency in the somatic hospitals is the focus of chapter 3. The analysis indicates an average increase in productivity in 2002 of 2.4 and 2.7 per cent, depending on the assumptions made concerning patient mix in the hospitals. To some extent, there are variations between the RHAs in level and growth in productivity. On average however, the health regions have become more alike during the last 4-5 years. Still, the variation in efficiency between hospitals within each region has not decreased.

## Waiting lists and waiting time

The strengthening of patient rights and equal access to services are central health policy goals. In the governing documents to the RHAs waiting time and health queues are highlighted as the main challenges for the specialised health services. Reduction of waiting time to an acceptable level and the elimination of unnecessary health queues are seen as important success criteria for public healthcare. In chapter 4 we use the Ministry of Health's recommendations as a starting point in analysing to what degree and in which ways the RHAs have addressed the waiting list issue in 2002. In general, the waiting list situation has improved during 2002. On the national level the nominal waiting lists were reduced by 15.4 per cent for somatic hospitals – although a significant share can probably be attributed to 'paper effects' through administrative clearing of the waiting lists.

The existing data suggests that there has been a real improvement for those waiting for treatment in Norwegian hospitals. There has been an increase in the number of treated elective patients within surgical areas. This patient group constitutes the main share of those waiting the longest. More patients are treated in hospitals outside their own area of residency, and an increasing share goes to private, commercial hospitals. In 2002, arrange-

ments based on health insurance organised and financed by the National Insurance Administration gave an important economic and capacity-improving supplement to the ordinary provision of services in the health regions.

The RHAs seems to have chosen very different strategies, and achieved very different results. The largest reductions in waiting lists are found in Health Region Mid-Norway and Health Region South, with 22 and 24 per cent, respectively. Health Region Mid-Norway originally had the longest waiting lists, and achieved the largest reduction during 2002. While the reduction in waiting lists in Health Region Mid-Norway mainly came about through external sources, i.e. outside the RHA, Health Region South had a significant increase in the number of patients treated within their own hospitals. The waiting list was reduced the least in Health Region West, but this region also had very moderate waiting lists at the outset.

## The quality of services

The securing of a high standard on the services is an important health policy objective. The quality of services is related to a variety of aspects of the hospital services. Chapter 5 starts with an outline of the national and health regional strategies and initiatives related to quality development and quality monitoring. The examination of the national and regional status shows that focus on quality is given high priority at all levels. State ownership and the governing documents provide the central authorities with a new and important instrument in the coordination of quality development, and for the documentation of the quality level and quality differences in Norwegian healthcare.

The number of 'corridor patients' in departments for internal medicine was reduced in the 1999-2002 period. The data for 2003 shows that 'corridor patients' still represent a problem in many Norwegian hospitals. There are major differences both between regions and within regions. The largest hospitals still have the largest problems. The level of hospital infections seems to be relatively stable in total. Policy guidelines states that 80 per cent of discharge summaries in Norwegian hospitals should be sent to the GPs within one week after the patient is discharged, but the available data gives a clear indication that this aim will not be met during 2003. In general there are only small differences between regions and hospitals regarding share of patients with femur neck fractures that are operated within 48 hours after admission – based on the hospitals' own reporting. Studies of patient experiences with hospitals from 1996 to 2003 uncover a strong stability when it comes to the patients' comprehension of various aspects of the hospitals. Patients are generally most satisfied with the hospital personnel, and the least satisfied with the internal organisation – as perceived by the patients.

## Hospital structure and functional division

The hospital structure should reflect the political ambition of health services with high quality and easy accessibility. In chapter 6 we point out that one of the most important motivations for the ownership reform can most likely be found in the need for changes in the hospital structure and in the division of functions between hospitals in Norway. The establishment of the new health enterprise structure has thus been an important task for the RHAs. The chapter describes the development in the enterprise structure in each of the five RHAs from 2001 to 2003, and presents important elements in the strategies of the regions' choices of structure. Even if it is possible to pinpoint some differences in the argumentation of the RHAs, we still conclude that the main features are relatively alike, and related to the same national health policy ambitions.

In 2003, four of the five RHAs presented new plans for functional divisions between the hospitals within surgical emergency care and birth care. There has been a massive local resistance against most of these plans and suggestions. Chapter 6 therefore also focuses on the changes in birth care and surgical emergency care that were actually implemented in 2003.



# 1 Sykehusreformen – hva har skjedd så langt?

Jorid Kalseth

## 1.1 Innledning: Sykehusreformen – innhold og bakgrunn

Sykehusreformen som trådte i kraft ved årsskiftet 2001/2002 representerer en dyptgripende omstrukturering av sykehussektoren som innebærer langt mer enn overføring av eierskap fra fylkeskommunene til staten. I tillegg til statlig eierskap kjennetegnes reformen ved en endring i tilknytningsform fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering. Reformen åpner for en større grad av helhetlig organisering og styring av tjenestene samtidig som den innebærer en vesentlig endring i rammene for overordnet politisk styring og i ansvar og handlemfrihet til virksomhetene. Reformens innhold og bakgrunn er gitt i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m.* Reformens verdier og visjoner er diskutert i rapporten *Sykehusreformen – noen eierperspektiv* (Sosial- og helsedepartementet, 2001a).

Sykehusreformen er i hovedsak en organisatorisk reform og røkkes ikke ved de nasjonale helsepolitiske målene. Helsedepartementet har ansvaret for utøvelse av den overordnede politiske styringen av spesialisthelsetjenesten. Det statlige eierskapet er organisert etter en helseforetaksmodell med fem regional helseforetak (RHF) som står som eier av underliggende datterforetak (helseforetak - HF). Det regionale helseforetaket omfatter alle offentlige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten i et geografisk avgrenset område, en helseregion. RHF-ene utøver det statlige eierskapet og "sørge-for" ansvaret overfor befolkningen i helseregionen, innenfor rammene gitt av overordnede helsepolitiske målsettinger.

Foretaksorganisering innebærer at RHF-ene og HF-ene har selvstendig ansvar for virksomhetens drift og resultater. Helsedepartementet styrer gjennom foretaksmøtet og gjennom styringsdokumentene som gir RHF-enes økonomiske rammer og vilkår for bevilgningene (målsettinger, prioriteringer og resultatkrav). Helsedepartementet styrer således gjennom utøvelse av eierskap og gjennom finansiering. Foretaksorganisering innebærer stor selvstendighet for RHF-ene og HF-ene i disponering av ressurser og stor handlemfrihet og fleksibilitet med hensyn til organisering og utøvelse av "sørge-for" ansvaret, det vil si med hensyn til hvordan oppdraget gitt i styringsdokumentene løses. Staten har det fulle økonomiske ansvaret for sykehusene; sykehusene kan ikke gå konkurs. Det kan heller ikke selges ut egenandeler i foretakene. Men RHF-ene og HF-ene står fritt, innenfor rammene av pasientenes rett til fritt sykehusvalg, med hensyn til om de vil løse oppdraget gjennom egenproduksjon eller supplere med kjøp fra andre offentlige virksomheter og private aktører.

Bakgrunn for eierskapsreformen var, slik det framgår av Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), store og vedvarende problemer innen helsetjenesten. Følgende forhold ble spesielt fokusert: lange ventetider, korridorpasienter, dårlig ressursutnyttelse, store geografiske ulikheter og mangelfull samordning av tjenester. Det ble påpekt at økte ressurser ikke var nok til å løse problemene i spesialisthelsetjenesten; problemene skyldtes organisatoriske og styringsmessige svakheter ved systemet. Fylkeskommunalt eierskap medførte mangel på helhetlige strategier for å møte problemene. Fylkesgrensene var til hinder for nødvendig samordning av funksjoner og i forhold til utnytting av ledig kapasitet. Statlig eierskap gir mulighet for større

grad av helhetlig styring av tjenestene. Fylkeskommunalt eierskap innebar også uklare ansvarsforhold. Staten har det overordnede politiske ansvaret for helsetjenestene. Staten hadde også i realiteten det finansielle ansvaret. Delt eier- og finansieringsansvar inviterte til spillsituasjoner hvor staten ble sittende med svarteper (jf Carlsen 1995). Statlig eierskap innebærer at staten har et totalansvar for spesialisthelsetjenesten slik at både formelt og reelt ansvar er samlet på en hånd. Reformen omtales derfor også som en ansvarsreform. Reformen skal gi enklere og klarere ansvarsforhold. Dette motiverer også valget av foretaksorganisering fremfor forvaltningsorganisering. Foretaksorganisering ansvarliggjør og myndiggjør sykehusledelsen.

Det ligger klare forventninger til at eierskaps- og ansvarsreformen skal gi bedre og billigere helsetjenester. Overordnet politisk styring gjennom utøvelse av eierrollen og gjennom finansieringen skal sikre lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet uavhengig av bosted og økonomi. Eierstyringen skal også sikre at tilbudene er i samsvar med helsepolitiske prioriteringer. Foretaksorganiseringen skal bidra til bedre organisering og ledelse av tjenestene, mer rasjonell arbeidsdeling og mer effektiv utnyttelse av personell, bygninger, utstyr og økonomiske ressurser. Staten forventer å se effekter av reformen og høste gevinster både på kort og lang sikt. Staten stilte således krav til resultater allerede første driftsår etter reformen trådte i kraft.

Årets SAMDATA Sykehus Rapport omhandler utviklingen i den somatiske spesialisthelsetjenesten, med spesielt fokus på i hvilken grad og hvordan de regionale helseforetakene har løst oppdraget i sykehusreformens første år. Oppdraget er gitt i Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene. I oppdraget for 2002 er det stilt krav og forventninger innenfor 12 nærmere angitte områder. Vi har valgt å konsentrere oss om et begrenset antall områder; ressursutnyttelse, ventetid, kvalitet i tjenestetilbud og sykehusstruktur. Områdene er valgt fordi det er stilt krav om "umiddelbar" handling og/eller resultater. Vi har også valgt ut tema som er å regne som kjerneområder for SAMDATA-prosjektet. I diskusjon av kvalitetsindikatorer og sykehusstruktur følger vi så langt det er mulig utviklingen inn i driftsåret 2003.

Eierskapsreformen følger i rekken av tiltak som er satt i verk de senere årene som har hatt som siktemål å bedre tilgjengeligheten, kvaliteten og ressursutnyttelsen i spesialisthelsetjenesten. Stikkord her er Innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og regionale helseplaner. Det er derfor vanskelig å konkludere med om utviklingen i 2002/2003 er et resultat av eierskapsreformen eller kun er en videreføring av eksisterende trender. Det vil likevel være mulig å si om utviklingen i helseregionene og RHF-enes arbeid er i henhold til krav og forventninger nedfelt i styringsdokumentene.

Det er ikke gitt at eierskapsreformen løser problemene med uklare ansvarsforhold som oppstod som følge av at det overordnede politiske og det reelle finansielle ansvaret, og ansvaret som følger med rollen som eier og utøvende myndighet var delt mellom staten og fylkeskommunen. Det vil fortsatt være slik at det er de sentrale myndigheter som har det overordnede politiske ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og som derfor kan stilles til ansvar for disposisjoner de regionale helseforetakene foretar. Uklare ansvars- og styringsforhold kan oppstå dersom sentrale myndigheter ikke aksepterer de valg som de regionale foretakene vurderer å være best gitt rammebetingelsene som gis i styringsdokumentene. Eierskapsreformen løser heller ikke diskusjonen om størrelsen på bevilgningene til spesialisthelsetjenesten. Så lenge vi ikke fullt ut kjenner de faktiske behov og produksjonskostnader i sektoren vil det alltid kunne reises spørsmål om problemene i helsevesenet skyldes for knappe økonomiske ressurser eller svikt med hensyn til hvordan de regionale helseforetakene styrer virksomhetene og løser "sørge-for"-ansvaret. Muligheten for spillsituasjoner og strategiske disposisjoner vil fortsatt være til stede. Eierskaps- og foretaksreformen legger til rette for mer ryddige ansvarsforhold innenfor spesialisthelsetjenesten, og dermed for en mer helhetlig statlig styring og mer enhetlig politikk mellom ulike nivå i styringskjeden. Realiseringen av dette potensialet avhenger av om politikk- og ledelseskulturer faktisk endres. Når reformen har fått virke i tilstrekkelig tid til at de langsiktige virkninger kan spores, er det mulig å begynne å svare på spørsmålet om statlig eierskap og fristilling av sykehusene var riktig medisin for å løse problemene i spesialisthelsetjenesten. På kort sikt kan vi følge utviklingen i sektoren og undersøke om tendensen går i ønsket retning.



## 1.2 Aktivitetsnivå og ressursbruk

I tillegg til å klargjøre oppdraget de regionale helseforetakene skal styre etter, gir styringsdokumentene også de økonomiske rammene til de regionale helseforetakene. I de økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten som settes i statsbudsjettet ligger en forutsetning om aktivitetsutvikling og utgiftsnivå i sektoren. Kapittel 2 presenterer og diskuterer sentrale utviklingstrekk vedrørende aktivitet og ressursinnsats innen somatisk sykehus-tjeneste. Kapitlet er basert på tallmateriale som tidligere er presentert i SAMDATA Sykehus Tabeller 2002 (Torvik 2003). Presentasjonen av utviklingstrekk og variasjoner mellom helse-regionene i aktivitet og ressursbruk danner bakteppe for analysene av utvikling og variasjoner i effektivitet, ventelister, kvalitet og sykehusstruktur.

Utviklingen på nasjonalt nivå i sykehusreformens første år ses i lys både av forventningene om aktivitetsutvikling som ble lagt til grunn for bevilgningene i statsbudsjettet for 2002, og i sammenheng med utviklingen de siste årene før statlig overtakelse av sykehusene. Aktivitetsveksten ved de somatiske sykehusene var høy, og høyere enn forutsatt i bevilgningene over statsbudsjettet i 2002. Økningen i aktiviteten startet allerede i 2001. Veksten har i hovedsak kommet innen elektiv virksomhet. Mens det i siste halvdel av 1990-tallet var sterk vekst i ikke-planlagt virksomhet (øyeblikkelig-hjelp) har situasjonen i de siste årene altså snudd til vekst i den planlagte virksomhet. Tar vi hensyn til at 2001 er et spesielt år når det gjelder utgiftsnivå, så har det vært en relativ jevn økning i ressursinnsatsen siden 1999. En stadig større del av sykehusutgiftene finansieres gjennom ordningen med Innsatsstyrt finansiering. I diskusjon av utviklingen i helseregionene fokuseres det på geografiske variasjoner. Analysene av foreliggende tallmateriale tyder på at utviklingen i 2002 ikke gikk i retning av utjevning av regional forskjeller i forbruksrater og utgiftsnivå.

## 1.3 Effektiv ressursutnyttelse

Helsedepartementet stiller i styringsdokumentene krav om at RHF-ene umiddelbart starter med tiltak for å effektivisere driften og redusere kostnadsnivået i 2002. Effektivisering og kostnadsbesparelser kan blant annet komme som resultat av mer rasjonell arbeidsdeling og endringer i sykehusstruktur og funksjonsfordeling. Styringsdokumentene viser til at det er grunn til å tro at det er potensiale for bedre utnyttning av personellressursene i sykehusene. Effektivisering av driften skal skje uten at det går utover tjenestetilbudet. Utviklingen i utnyttelse av personellressursene og kostnadseffektiviteten ved de somatiske sykehusene er tema for kapittel 3.

Resultatene viser en produktivitetsvekst i 2002 på mellom 2,4 og 4,7 prosent avhengig av hvilken forutsetning vi gjør om utviklingen i pasientsammensetningen ved sykehusene. Det er tildels betydelige variasjoner mellom RHF-ene i nivå og vekst i produktivitet. Spredningen i beregnet effektivitet mellom sykehusene internt i helseregionene bidrar til at forskjellene i gjennomsnittlig effektivitet ikke er signifikante. I gjennomsnitt er helseregionene blitt mer like de siste 4-5 årene. Det er imidlertid ikke blitt mindre variasjon i effektivitet mellom sykehusene innenfor den enkelte helseregionen.

## 1.4 Ventelister og ventetid

Ivaretagelse av pasientrettigheter og lik tilgjengelighet til helsetjenester er sentrale helsepolitiske målsettinger. Ventetid og helsekøer er fremhevet som ankepunktet mot den offentlige spesialisthelsetjenesten i styringsdokumentene til RHF-ene. Reduksjon av ventetid til et akseptabelt nivå og fjerning av unødige helsekøer er et suksesskriterium for den offentlige helsetjenesten. Det er et krav at det arbeides aktivt for å redusere ventetider. Helsedepartementet peker også på viktigheten av å rydde opp i (oppdatere og ajourføre) ventelistene. I kapittel 4 har vi undersøkt spørsmålet om i hvilken grad og på hvilken måte de regionale helseforetakene har tatt fatt i ventelisteproblematikken i året 2002 med utgangspunkt i Helsedepartementets bestilling.

I et samlet perspektiv er det klart at ventelistesituasjonen er blitt bedret i løpet av 2002. De nominelle ventelistene ble redusert med 15,4 prosent på landsbasis for de somatiske sykehusene. En betydelig del av dette kan ganske sikkert tilskrives "papireffekter" gjennom administrativ opprydding på ventelistene. Vi har ikke data som er egnet til å anslå omfanget av dette. Det ser ut til å ha skjedd en liten reduksjon i antall nyhenviste som plasseres på ventelistene, først og fremst innen spesialitetene øye og øre/nese/hals, som har bidratt til å redusere videre oppbygging av ventelister.

Foreliggende tallmateriale tyder på at det har skjedd en reell forbedring for de som venter på behandling ved norske sykehus. Det har skjedd en økning i antall behandlede elektive pasienter innen kirurgiske fagområder, som utgjør hovedtyngden blant de som venter lengst. Flere behandles ved andre sykehus enn det som er knyttet til eget bostedsområde, og en økende andel går til private, kommersielle tilbydere. Trygdebaserte ordninger ga i 2002 et viktig økonomisk og kapasitetsmessig supplement til det ordinære tilbudet i helseregionene.

Ser vi bort fra opprydding på ventelistene ser det ut til at helseforetakene har valgt svært ulike strategier, og oppnådd svært ulike resultater. Den største reduksjonen i ventelistene hadde vi i Helse Midt-Norge og Helse Sør, henholdsvis 22 og 24 prosent. Helse Midt-Norge hadde i utgangspunktet de lengste ventelistene, men har også oppnådd størst reduksjon i løpet av året. Regionen har i liten grad økt antall behandlede pasienter innen elektiv kirurgi ved egne foretak, men har utnyttet supplerende tiltak svært aktivt (pasientbro til utlandet og trygdebaserte kjøp av helsetjenester til langtidssykemeldte). Men satsingen på private helsetilbud har vært mindre enn gjennomsnittet for landet. Helse Sør på sin side har klart å øke behandlingsskapiteten for de aktuelle pasientgruppene relativt mye. Her økte både bruken av egne sykehus og bruken av kommersielle sykehus særlig sterkt. Helse Sør utnyttet i mindre grad enn Helse Midt-Norge supplerende, trygdebaserte ordninger. Minst var ventelistereduksjonen i Helse Vest. Her var det imidlertid svært moderate ventelister i utgangspunktet. Helse Vest hadde lav vekst i antall behandlede pasienter innenfor de aktuelle fagområdene, og lav utnyttelse av trygdebaserte ordninger, kommersielle sykehus og andre supplerende tilbud. På den andre siden har rekrutteringen av nyhenviste til ventelistene vært mindre her enn i andre deler av landet.

## 1.5 Kvalitet i tjenestetilbudet

Sikring av god kvalitet på tjenestetilbudet er en annen viktig helsepolitisk målsetting. Kvalitet betegner egenskaper ved mange og ulike sider ved sykehustjenestene. Kapittel 5 starter med å skissere nasjonale og helseregionale strategier og tiltak i forhold til kvalitetsutvikling og kvalitetsmonitorering. Regionalt samarbeid og nasjonal prioritering av kvalitetsutvikling startet før foretaksreformen ble innført i 2002. Det er derfor vanskelig å bedømme den spesifikke effekten av reformen i forhold til arbeidet på dette feltet. Gjennomgangen av nasjonal og regional status viser at fokus på kvalitetsarbeidet prioriteres høyt på alle nivå. En ny nasjonal strategi for helse- og sosialtjenestene er ute på høring, alle regioner har utarbeidet eller arbeider aktivt med en overordnet kvalitetsstrategi. Gjennom statlig eierskap og styringsdokumentene har staten fått et nytt og viktig verktøy for samordning og overordnet tilrettelegg av kvalitetsutvikling og dokumentasjon av kvalitetsnivå og kvalitetsforskjeller i norsk helsetjeneste.

Overbelegg og korridorpasienter er i styringsdokumentene fra staten til regionene framhevet som uverdige forhold som sykehusene må ta tak i. Forebygging av sykehusinfeksjoner er et annet kvalitetstiltak som utpekes som satsingsområde. Det er i dag etablert et sett med nasjonale kvalitetsindikatorer for somatiske sykehus som alle foretakene skal rapportere på. Korridorpasienter og sykehusinfeksjoner inngår som en del av disse. Med utgangspunkt i eksisterende datagrunnlag og litteratur diskuteres regionale variasjoner for indikatorene som inngår i det nasjonale indikatorsettet.

Andel korridorpasienter ved indremedisinske avdelinger ble redusert i perioden fra 1999 til 2002. Data for 2003 viser at korridorpasienter fortsatt er et problem ved mange norske sykehus. Det er store forskjeller mellom regioner og innen regionene. De største sykehusene

har fortsatt størst problemer. Vi stiller spørsmålet om et gjennomgående høyt belegg i sykehusene gir en stor sårbarhet i forhold til tilfeldige svinginger i pasientpågangen, spesielt på avdelinger med høy andel øyeblikkelig hjelp. Nivået på sykehusinfeksjoner ser ut til å være relativt stabilt totalt sett. Vi ser visse regionale forskjeller, men usikkerhet knyttet til data-materialet tilsier forsiktighet i tolking av disse. Videre gir tilgjengelige data en klar indikasjon på at det ikke er realistisk å oppnå statens ambisjon om at 80 prosent av epikrisene ved norske sykehus i løpet av 2003 skal være sendt til oppfølgende instans innen en uke etter at pasienten er utskrevet. Per tredje kvartal 2003 indikerer rapporterte data at andelen ligger på litt over 40 prosent. Det er generelt små forskjeller mellom regionene og sykehusene i andel pasienter med lårhalsbrudd som opereres innen 48 timer etter innleggelse basert på sykehusenes egen rapportering. Noen enkeltsykehus har likevel en noe høyere andel pasienter som venter lenge. Studier av pasienterfaringer med sykehusene fra 1996 til 2003 viser en veldig sterk stabilitet i pasientenes oppfatning av ulike sider ved sykehusene. Pasientene er generelt sett mest fornøyd med personalet ved sykehusene og minst fornøyd med organiseringen internt, slik de oppfatter dette.

## 1.6 Sykehusstruktur og funksjonsfordeling

Sykehusstrukturen skal støtte opp om den helsepolitiske målsettingen om tjenester av høy kvalitet og god tilgjengelig. I kapittel 6 påpekes det at behovet for endringer i sykehusstrukturen og oppgavefordeling mellom sykehusene i Norge trolig er en av de viktigste årsakene til at eierskapsreformen ble gjennomført. Fastleggingen av den nye foretaksstrukturen har derfor vært en av de regionale helseforetakenes første og viktigste utfordringer. I dette kapitlet beskrives foretaksstrukturen i hver av de fem regionale helseforetakene, utviklingen i denne fra 2001 til 2003 og det presenteres sentrale momenter i regionenes begrunnelse for valg av foretaksstruktur. På tross av at det er mulig å påpeke enkelte forskjeller i de regionale helseforetakenes begrunnelse for valg av foretaksstruktur, konkluderer vi likevel med at de generelle hovedtrekkene er svært lik og knyttet opp til de samme nasjonale helsepolitiske målsettingene.

Det påpekes også at det har vært store forskjeller i hvor lang tid de regionale helseforetakene har brukt på å fastlegge foretaksstrukturen. Det hevdes at det er grunn til å tro at disse forskjellene i noen grad kan knyttes til det arbeidet som ble nedlagt i utarbeidelsen av de regionale helseplanene. I Helse Vest var det eksempelvis utarbeidet en ny struktur for helseregionen med fire likeverdige sykehusområder og en klar funksjonsdeling innen kirurgisk kreftbehandling mellom de ulike institusjonene. I Helse Midt-Norge er også inndelingen i helseforetak lik de samarbeidspartnerne som ble nevnt i den regionale helseplanen. Et sentralt poeng i dette kapitlet er derfor at de regionale helseplanene og det arbeidet som var knyttet til utarbeidelsen av disse, har hatt stor betydning for både strategiske valg og utviklingshastighet i de regionale helseforetakene.

I 2003 har fire av fem regionale foretak lagt fram nye planer for funksjonsfordeling mellom sykehus innen helseforetakene når det gjelder kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg. Motstanden mot de fleste av disse planene og forslagene har vært stor. I kapittel 6 settes det derfor også fokus på hvilke endringer i fødselsomsorgen og den kirurgiske akuttberedskapen som er vedtatt i 2003.



## 2 Aktivitet og ressursbruk – utvikling første året etter sykehusreformen

Jorid Kalseth

### 2.1 Innledning

I tillegg til å klargjøre oppdraget de regionale helseforetakene skal styre etter, gir styringsdokumentene også de økonomiske rammene til de regionale helseforetakene. I første driftsår etter statlig overtakelse av sykehusene bygget tildelingen til RHF-ene i hovedsak videre på tidligere finansieringsordninger (St.prp. nr. 1 (2001-2002), Sosial- og helsedepartementet). Basisbevilgningen ble basert på et uttrekk fra fylkeskommunenes inntektsrammer tilsvarende spesialisthelsetjenestenes andel av fylkeskommunenes frie inntekter. I tillegg kom bevilgningene til tidligere statlige sykehus, tilskudd til investeringer og tidligere øremerkede tilskudd lagt inn i basisbevilgningen. Ordningene med aktivitetsbaserte øremerkede tilskudd, Innsatsstyrt finansiering (ISF) og takstsystemet for poliklinisk virksomhet, og øremerkede rammetilskudd, blant annet regionsykehustilskuddet og tilskuddene som gis gjennom Opptrappingsplanene for psykisk helse, ble videreført. Forslag til nytt inntektssystem for spesialisthelsetjenesten ble fremsatt i St.meld. nr. 5 (2003-2004). Forslaget innebærer en fortsatt kombinasjon av rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering. Det er lagt opp til en gradvis overgang til delvis kriteriebasert rammefinansiering.

I de økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten som settes i statsbudsjettet ligger en forutsetning om aktivitetsutvikling og utgiftsnivå i sektoren. Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene i 2002 bygger på historiske utgiftsnivå og gjenspeiler i så måte fylkeskommunenes prioriteringer og økonomiske rammer<sup>1</sup>. Regionenes mulighet til å endre etablerte utgiftsmønster er blant annet gjennom endret prioritering av somatisk virksomhet versus psykisk helsevern og gjennom utbetalingene via de aktivitetsbaserte finansieringsordningene<sup>2</sup>. I dette kapitlet gjennomgås sentrale utviklingstrekk vedrørende aktivitet og ressursinnsats innen somatisk spesialisthelsetjeneste i 2002. Fremstillingen bygger på tallmateriale som tidligere er presentert i SAMDATA Sykehus Tabeller 2002 (Torvik 2003). Kapitlet er ment å gi et bakteppe for diskusjonene i de etterfølgende kapitler. Først, i avsnitt 2.2, presenteres nasjonale utviklingstrekk i perioden 1999-2002. Hvordan er utviklingen sett i lys av nasjonale målsettinger for tjenesten? I avsnitt 2.3 drøftes utviklingen i helse-regionene første driftsår etter eierskap- og foretaksreformen ble iverksatt, med fokus på variasjoner mellom regionene. Ser vi de samme utviklingstrekkene for alle regionene? En viktig begrunnelse for reformen var ønsket om utjevning av forskjeller i helsetilbudene over landet. Ser vi tendens til utjevning av aktivitetsnivå og ressursbruk mellom regionene?

Oppsummering og avsluttende kommentarer gis i avsnitt 2.4.

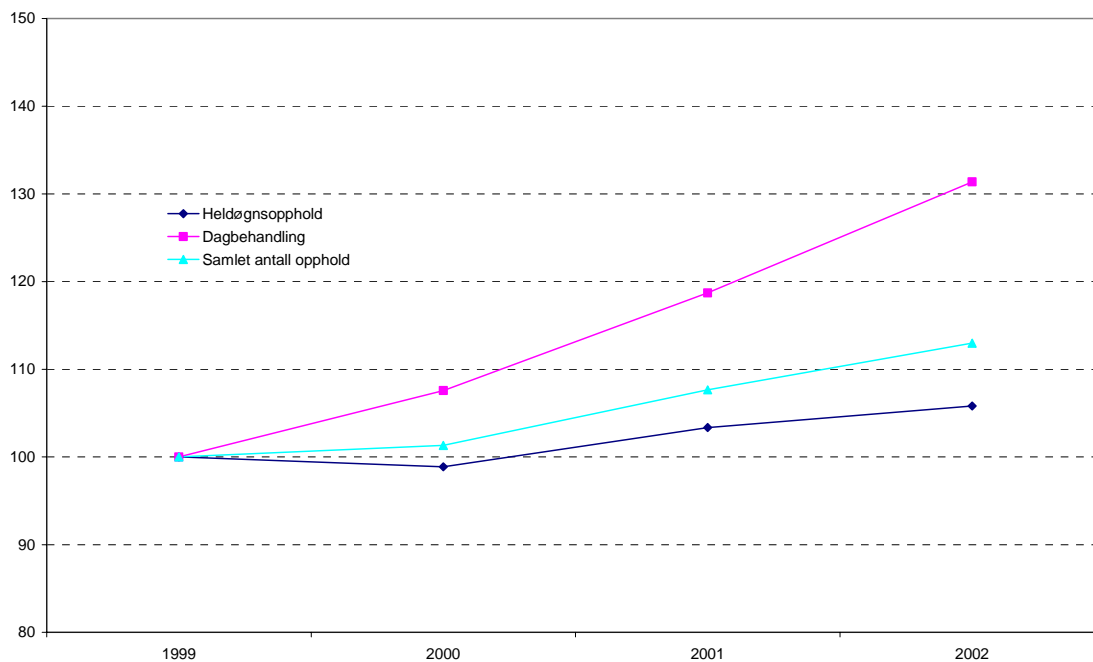
---

<sup>1</sup> Samt utgiftsnivå ved statssykehusene for Helse Sør RHF.

<sup>2</sup> På kort sikt kan også sykehusene gå med underskudd.

## 2.2 Nasjonale utviklingstrekk

De somatiske sykehusene hadde en markert aktivitetsøkning fra 2001 til 2002. Samlet antall opphold<sup>3</sup> ved sykehusene økte med 4,9 prosent. Aktivitetsveksten ved de somatiske sykehusene var høyere enn det regjeringen la til grunn i statsbudsjettet (St.prp. nr. 1 (2001-2002)) og revidert nasjonalbudsjett (St.prp. nr. 59 (2001-2002)) for driftsåret 2002. Gitt beregningsmåten for aktivitetsveksten som Helsedepartementet<sup>4</sup> legger til grunn, var aktivitetsveksten 0,8 prosentpoeng høyere enn forutsatt; departementet la opp til en gjennomsnittlig, eller vektet, aktivitetsvekst fra 2001 til 2002 på 1,5 prosent mens den faktiske gjennomsnittlige veksten var på 2,3 prosent<sup>5</sup>.



Figur 2.1 Utviklingen i samlet antall opphold, antall heldøgnsopphold og antall dagopphold i perioden 1999-2002. Forholdstall 1999=100.

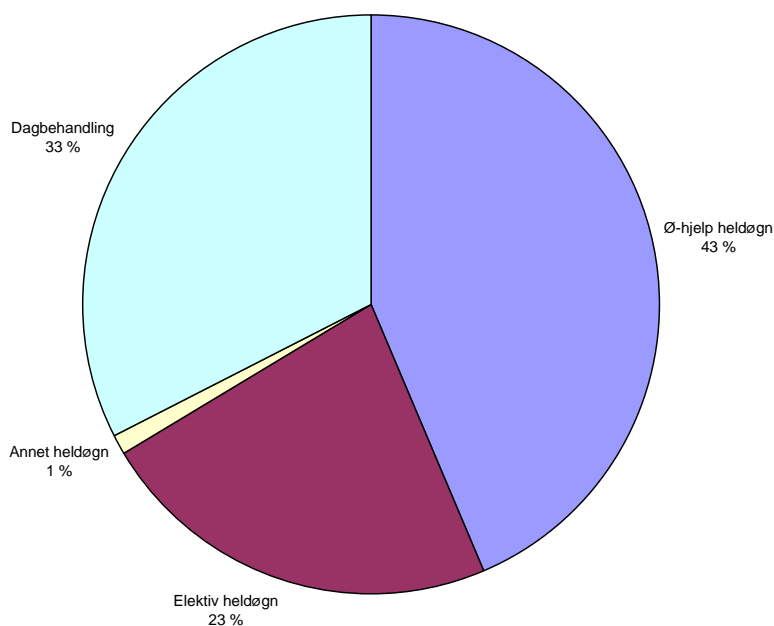
Figur 2.1 viser utvikling i aktiviteten ved sykehusene i perioden 1999-2002. Aktivitetstallene er beregnet i forhold til 1999-nivå. Det fremgår av figuren at aktivitetsveksten ved sykehusene startet før staten overtok eieransvaret i 2002. Mens økningen i samlet antall opphold var svak fra 1999 til 2000, var aktivitetsveksten i 2001 høy, og høyere enn veksten i 2002. Statsbudsjettet for 2001 la opp til en gjennomsnittsvekst i aktiviteten på 2 prosent fra 2000 til 2001. Sykehusene økte imidlertid endringstakten betydelig 2. halvår i det siste året med fylkeskommunal drift, og helårseffekten ble en gjennomsnittlig vekst på 4,5 prosent (St.prp. nr. 59 (2001-2002)). Gitt beregningsgrunnlag og -måte i SAMDATA var veksten på 6,1 prosent. Det har således vært en klar økning i aktivitetsveksten etter at det ble klart at staten tok over ansvaret for sykehusdriften.

<sup>3</sup> Samlet antall opphold vil her si innleggelse ved heldøgns- og dagavdelinger samt poliklinisk aktivitet som omfattes av DRG-systemet. Se SAMDATA Sykehus Tabeller 2002 for nærmere beskrivelse av DRG-systemet.

<sup>4</sup> Tidligere Sosial- og helsedepartementet.

<sup>5</sup> I beregningene som utføres av SINTEF Unimed PaFi på vegne av Helsedepartementet vektet aktivitetsveksten. Veksten i tjenesteproduksjon vektet i forhold til hvor stor betydning denne har for veksten i ISF-utbetalingene. Økning i antall opphold med 0-liggedager teller derfor lite med hensyn til beregnet samlet vekst i aktiviteten. I SAMDATA Sykehus vektet ikke aktivitetsveksten. Jo større veksten i 0-dagopphold er i forhold til veksten i øvrige opphold, jo større avvik vil det være mellom aktivitetsveksten slik den beregnes i SAMDATA og i henhold til beregningene som Helsedepartementet legger til grunn. Se også SAMDATA Sykehus Tabeller 2002 vedlegg 2 for gjennomgang av forskjeller i aktivitetstall i SAMDATA og ISF (grunnlag for aktivitetsberegning som Helsedepartementet legger til grunn).

Forskjell i beregnet aktivitetsvekst i SAMDATA og i statsbudsjettet er i hovedsak knyttet til ulik utvikling i dagbehandling og heldøgnsopphold, se også fotnote 5. I tillegg til utviklingen i samlet antall opphold viser figur 2.1 også utviklingen i omfanget av heldøgnsopphold og dagbehandling<sup>6</sup>. Det er en klar dreining mot dagbehandling ved de somatiske sykehusene. Antall dagopphold har økt kraftig i alle årene i perioden 1999-2002; nivået i 2002 ligger mer enn 30 prosent over nivået i 1999. Utviklingen i heldøgnsopphold har vært betydelig mer moderat i samme periode. Antall heldøgnsopphold ligger i 2002 seks prosent over nivået i 1999 og 2,3 prosent over nivået i 2001. Dagopphold utgjorde 1/3 av oppholdene i 2002, se figur 2.2. Nesten halvparten av dagoppholdene er opphold for dialyse, kjemoterapi og primær rehabilitering. Dette er behandlinger med mange opphold per pasient. Mens andre oppholdstyper for dagbehandling økte med omlag 8 prosent fra 2001 til 2002, økte antall opphold for dialyse med 13 prosent og antall opphold for primær rehabilitering økte med hele 23 prosent.

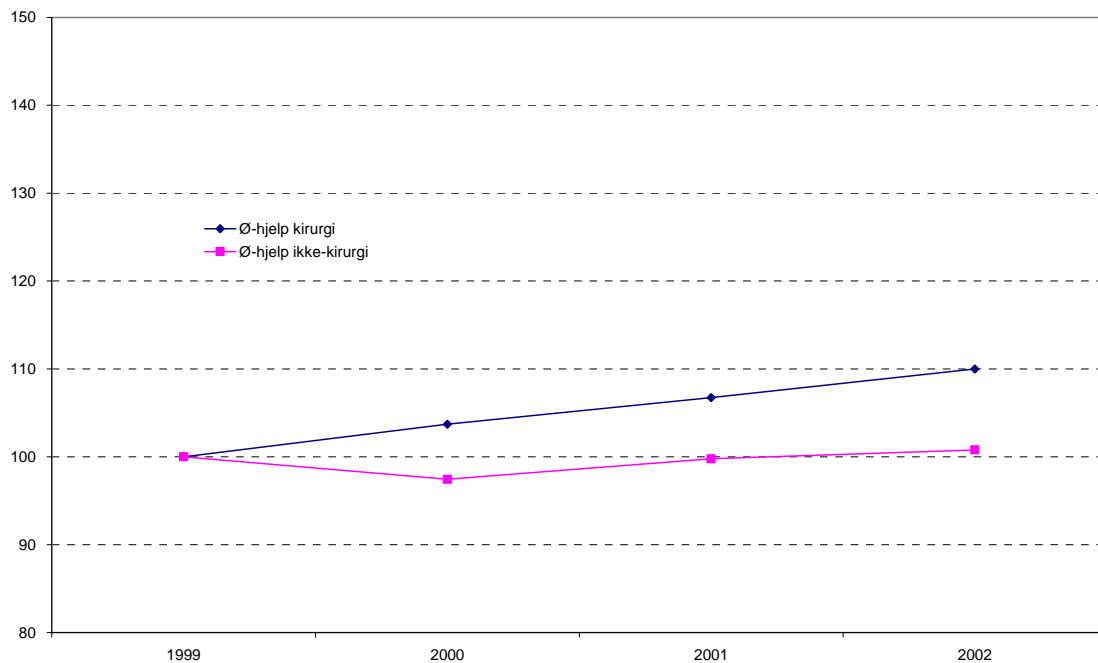


Figur 2.2 Sammensetning av samlet antall opphold i 2002.

I forhold til å følge utviklingen i sykehusene med henblikk på ulike helsepolitiske problemstillinger er en ytterligere dekomponering av aktiviteten interessant. Et viktig skille går mellom øyeblikkelig-hjelp opphold og elektiv virksomhet. Omfanget av ø-hjelpsopphold sier noe om hvor stor andel av virksomheten som sykehusene i liten grad kan styre. Øyeblikkelig-hjelpopphold finner vi i all hovedsak blant heldøgnsoppholdene. I underkant av to prosent av dagoppholdene er registrert som ø-hjelp. Øyeblikkelig-hjelpinnleggelse (heldøgn) utgjør den største andelen av samlet antall opphold, 43 prosent i 2002. Ventelisteproblematikken er knyttet til utviklingen i elektiv, eller planlagt, virksomhet. Elektive heldøgnsopphold står for nær en 1/4 av oppholdene. Samlet sett (inklusive dagbehandling) utgjør elektiv virksomhet altså rundt 55 prosent av oppholdene<sup>7</sup>.

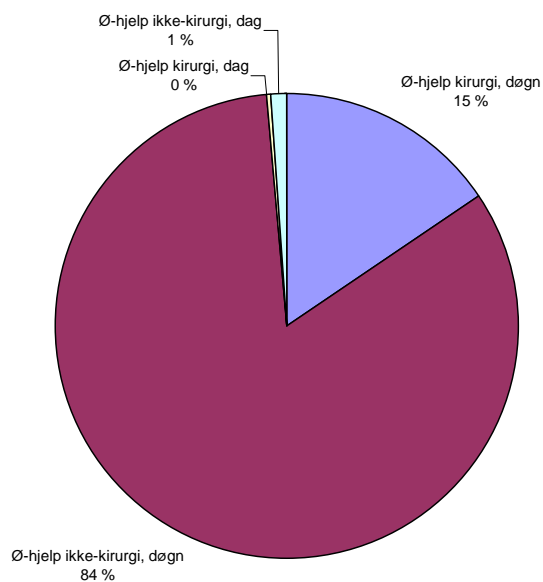
<sup>6</sup> Se SAMDATA Sykehus Tabeller 2002 vedlegg v1.1. for definisjon og avgrensning av oppholdstyper.

<sup>7</sup> Restkategorien annet heldøgn omfatter opphold med annen innmåte enn ø-hjelp og elektiv. Dette er i all hovedsak nyfødte barn. Friske nyfødte er ikke inkludert i aktivitetstallene.



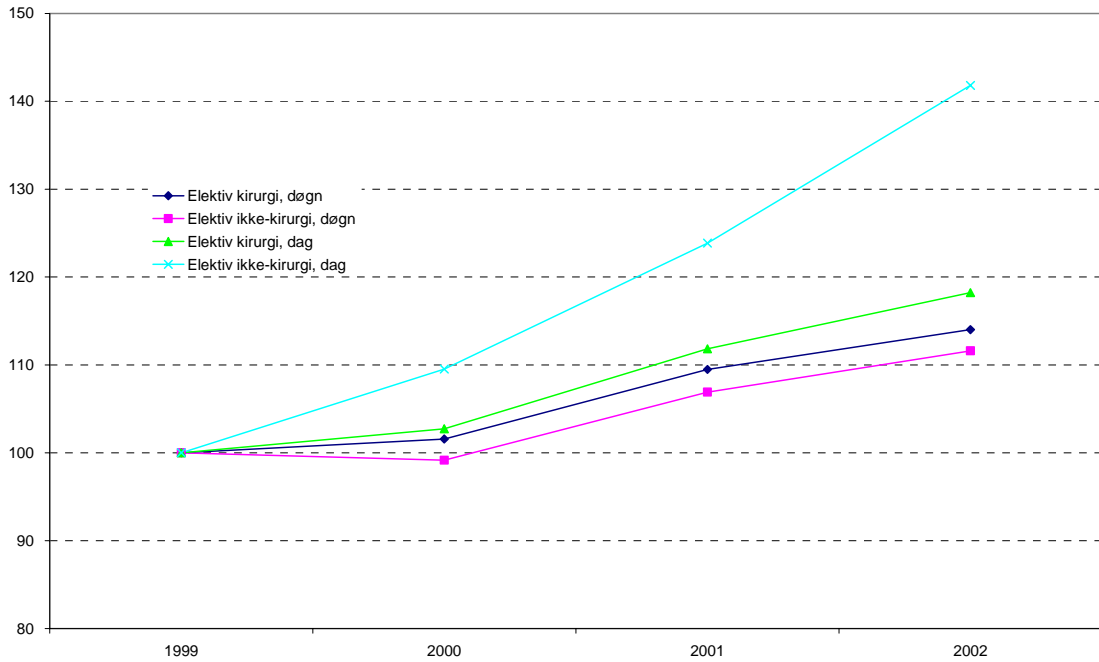
Figur 2.3 Utvikling i ø-hjelpsopphold etter DRG-type i perioden 1999-2002. Forholdstall 1999=100.

Mens ø-hjelpsopphold innen kirurgiske DRG-er har økt med 10 prosent i perioden 1999-2002, ligger antallet ikke-kirurgiske ø-hjelpsinnleggelser på tilnærmet samme nivå i 2002 som i 1999, jf figur 2.3. Antall opphold har økt med omlag en prosent. Ikke-kirurgiske DRG-er utgjør hovedvekten av ø-hjelpsinnleggelsene, 84 prosent i 2002, se figur 2.4.



Figur 2.4 Sammensetning av ø-hjelpsopphold etter oppholdstype og DRG-type i 2002.



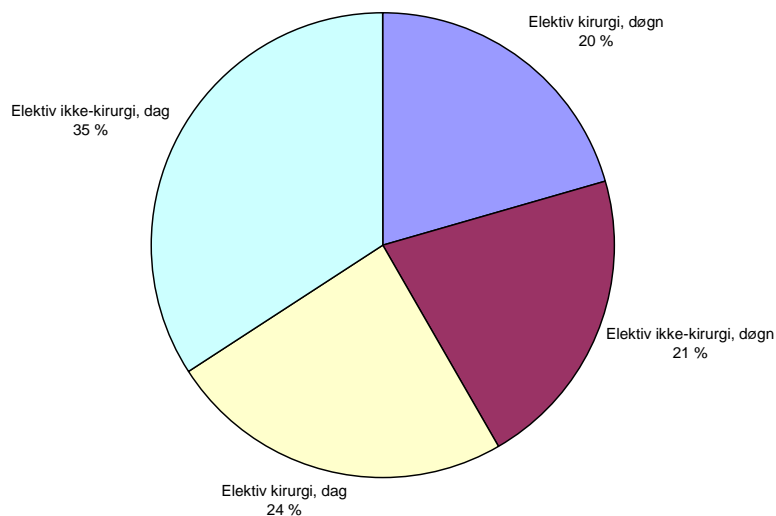


Figur 2.5 Utvikling i elektive opphold etter oppholdstype og DRG-type i perioden 1999-2002. Forholdstall 1999=100.

Utviklingen i elektiv virksomhet i perioden 1999-2002 er vist i figur 2.5. Her skiller vi både etter oppholdstype og DRG-type. Vi ser at det i perioden 1999-2002 har vært en parallell utvikling i elektiv kirurgi, både dagbehandling og heldøgnsvirksomhet, og elektiv ikke-kirurgisk heldøgnsopphold, mens elektiv ikke-kirurgisk dagbehandling skiller seg ut med svært høy vekst. Antall opphold for elektiv ikke-kirurgisk dagbehandling er mer enn 40 prosent høyere i 2002 sammenlignet med 1999. Disse oppholdene er imidlertid i hovedsak lite ressurskrevende, og gir således ikke like stort utslag i vekst i ressursbehov som veksten i antall opphold kan gi inntrykk av.

Problemet med lange ventelister er størst for elektiv kirurgi, jf kapittel 4. Det fremgår av figuren at veksten i dagkirurgi har vært høyere enn veksten i heldøgnsvirksomheten innen elektiv kirurgi, henholdsvis 18 prosent og 14 prosent i perioden 1999-2002.

Figur 2.6 viser sammensetningen av elektiv virksomhet i 2002. Dagopphold utgjør nær 60 prosent av totalt antall elektive opphold. Ikke-kirurgiske opphold utgjør den største andelen av elektive dagopphold. Elektive heldøgnsopphold fordeler seg likt på kirurgisk og ikke-kirurgisk virksomhet. 54 prosent av elektiv kirurgi ble utført som dagbehandling i 2002.



Figur 2.6 Sammensetning av elektive opphold etter oppholdstype og DRG-type i 2002.

Det er verdt å merke seg at sammensetningen av oppholdene, og utviklingen i de ulike oppholdstypene, ikke reflekterer ressursbruk. Dersom en skal vurdere betydningen for ressursbehov må en ta høyde for forskjeller i ressursinnsats knyttet til ulike oppholdstyper, for eksempel ved bruk av kostnadsvektene i DRG-systemet. I tillegg må en også ta høyde for endringer i hvor ressurskrevende gjennomsnittsoppholdet er. Et aktivitetsmål som tar hensyn til endringer i pasientsammensetningen er antall korrigerte opphold, det vil si antall sykehusopphold multiplisert med indeks for pasientsammensetning (DRG-indeks). Antall korrigerte opphold økte med i underkant av åtte prosent fra 2001 til 2002. Dersom en dekomponerer veksten i korrigerte opphold, så kan omlag 3/4 tilskrives endring i pasientsammensetning når vi ser på veksten i heldøgnsoppholdene og omlag halvparten for veksten i dagbehandling. Dersom vi vektet veksten i heldøgnsoppholdene og i dagoppholdene i forhold til andelen de utgjør av sum korrigerte opphold, så kan i underkant av 70 prosent av veksten i samlet antall korrigerte opphold tilskrives endring i pasientsammensetning<sup>8</sup>. I hvilken grad dette reflekterer reell endring i ressursbehovet for gjennomsnittspasienten eller endret kodingspraksis ved sykehusene er vanskelig å fastslå eksakt. Dette diskuteres nærmere i kapittel 3. I statsbudsjettet for 2002 ble det forutsatt en økning i DRG-indeksen på fire prosent. Det ble lagt inn dekning for økt gjennomsnittlig refusjon i ISF-ordningen på en prosent. Dette kan tolkes som om at myndighetene la til grunn at 3/4 av antatt økning i DRG-indeksen kan tilskrives endret kodingspraksis.

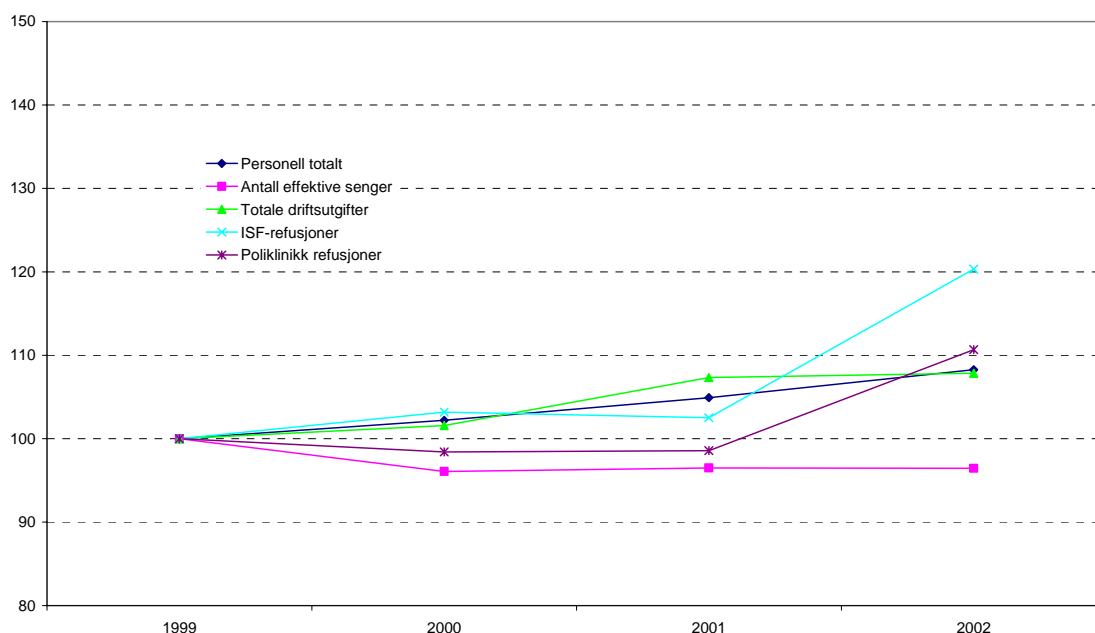
Diskusjonen av aktivitetsutviklingen har så langt vært avgrenset til sykehusopphold som DRG-grupperes. RTV<sup>9</sup>-refundert poliklinisk aktivitet, målt som antall polikliniske konsultasjoner, økte med 1,7 prosent fra 2001 til 2002<sup>10</sup>. Tar vi utgangspunkt i utbetalte refusjoner fra RTV, slik de fremgår av sykehusregnskapene, indikerer det en høyere aktivitetsvekst; RTV-refusjonene økte med omlag 12 prosent målt i faste priser.

<sup>8</sup> Beregningene er basert på tall fra SINTEF Unimed PaFi, og definisjonen av dagopphold avviker noe fra den som brukes i SAMDATA. I SAMDATA defineres heldøgnsopphold som opphold ved heldøgnsavdeling, og kan således inkludere opphold med 0 liggedager, se også fotnote 5.

<sup>9</sup> RTV er forkortelse for Rikstrykdeverket.

<sup>10</sup> Poliklinisk aktivitet som inngår i ISF-ordningen er inkludert i tallene for dagbehandling.

Det har altså funnet sted en betydelig aktivitetsvekst ved sykehusene i perioden 1999-2002. Veksten skjøt fart etter at det ble klart at staten overtok ansvaret for sykehusdriften. Figur 2.7 viser utvikling i ressursinnsatsen i somatiske sykehus i samme periode basert på tallmateriale i SAMDATA Sykehus Tabeller 2002. Utviklingen i ressursinnsatsen beskrives ved utviklingen i antall effektive senger, personellinnsats og driftsutgifter. Utviklingen i utbetalingene gjennom aktivitetsbaserte finansieringsordninger, poliklinikk refusjoner og ISF-refusjoner, vises også. Tallene er beregnet i forhold til 1999-nivå. Driftsutgiftene, poliklinikk refusjonene og ISF-refusjonene er målt i faste priser.



Figur 2.7 Utviklingen i effektive senger, personell, driftsutgifter, poliklinikk-refusjoner og ISF-refusjoner i perioden 1999-2002. Forholdstall 1999=100. Driftsutgifter, poliklinikk-refusjoner og ISF-refusjoner er målt i faste priser.

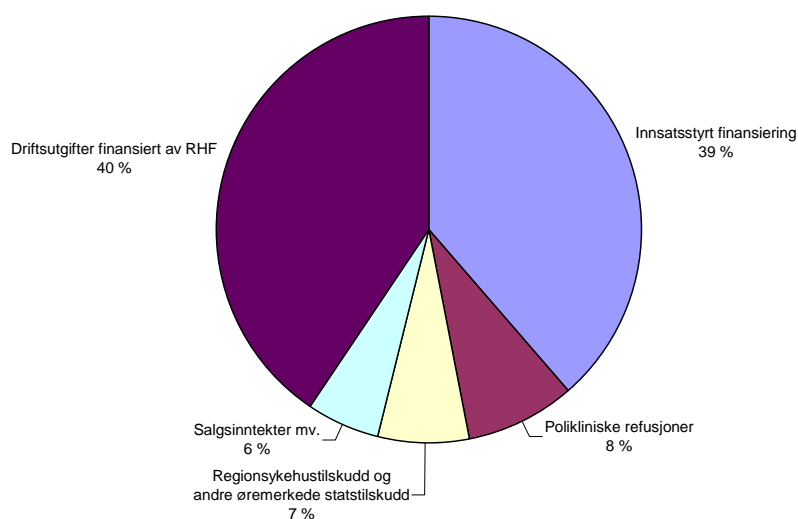
Samtidig som sykehusene har hatt en betydelig økning i aktiviteten, har antall senger ved de somatiske sykehusene har vært stabilt de siste tre årene. Det er altså flere pasienter som deler på det samme antallet sengedøgn i 2002 enn tidligere. Dette betyr at den gjennomsnittlige liggetiden ved sykehusene er redusert.

Utviklingen i personellinnsats og driftsutgifter har vært relativt lik i perioden 1999 til 2002. Både personellinnsatsen og driftsutgiftene ligger på et nivå i 2002 som er 8 prosent høyere enn i 1999. Tar vi utgangspunkt i personelltallene, har veksten i ressursinnsats vært stabil gjennom hele perioden. Regnskapstallene for 2001 er av flere årsaker ikke direkte sammenlignbare med tallene i de øvrige årene. Regnskapsåret 2001 er for det første preget av tilpasning til statlig overtakelse av eierskapet av sykehusene. For det andre opplevde sykehusene ekstraordinære høye utgifter til pensjoner i 2001. Disse forholdene er nærmere drøftet i SAMDATA Sykehus Tabeller 2001 (Huseby 2002). Begge forholdene bidro til unormalt høye utgifter ved sykehusene i 2001.

Utbetalingene gjennom aktivitetsbaserte finansieringsordninger hadde en annen utvikling enn innsatsen av penger og personell i årene 2000-2002. Poliklinikk-refusjonene gikk ned eller var tilnærmet uendret målt i faste priser i de to første årene etter at dagkirurgi og poli-

klinisk cellegiftbehandling ble innlemmet i ISF-ordningen. Fra 2000 til 2001 var real veksten i ISF-refusjonene også svakt negativ<sup>11</sup>. Utbetalingene innenfor de aktivitetsbaserte finansieringsordningene økte kraftig første året etter statlig overtakelse, henholdsvis 12 og 17 prosent for poliklinikk refusjoner og ISF-refusjoner. Den høye veksten i utbetalingene gjennom ISF kan for en stor del tilskrives endret refusjonssats, fra 50 prosent til 55 prosent av enhetspris. Med uendret refusjonssats ville økningen vært på omlag sju prosent, altså fortsatt vesentlig høyere enn økningen i den samlede ressursinnsatsen. Et annet forhold som må tas i betraktning når vi skal vurdere utviklingen i ISF-finansiert aktivitet er at enhetsprisen i ISF ble justert opp med kun en prosent fra 2001 til 2002<sup>12</sup>. I SAMDATA er det lagt til grunn en prisstigning på 4,8 prosent. Gitt prisvekst på en prosent og uendret refusjonssats er realveksten i ISF-utbetalingene på nærmere 11 prosent.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen finansierte nesten 40 prosent av totale driftsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste i 2002, jf figur 2.8. De regionale helseforetakene finansierte gjennom basisbevilgningen (og gjennom budsjettunderskudd) en like stor andel, altså 40 prosent. Staten bidrar direkte til finansieringen av sykehusvirksomheten også gjennom ordningen med refusjon av poliklinisk virksomhet og gjennom andre øremerkede statstilskudd, blant annet tilskudd til regionsykehus. I sum står den direkte statlige finansieringen for godt over halvparten av de samlede driftsutgiftene til den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2002. I og med den sterke veksten i refusjonene for poliklinisk virksomhet og i utbetalingene gjennom ISF-ordningen, så økte den direkte statlige finansieringen av somatisk spesialisthelsetjeneste i 2002.



Figur 2.8 Finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste fordelt på ulike finansieringskilder. 2002.

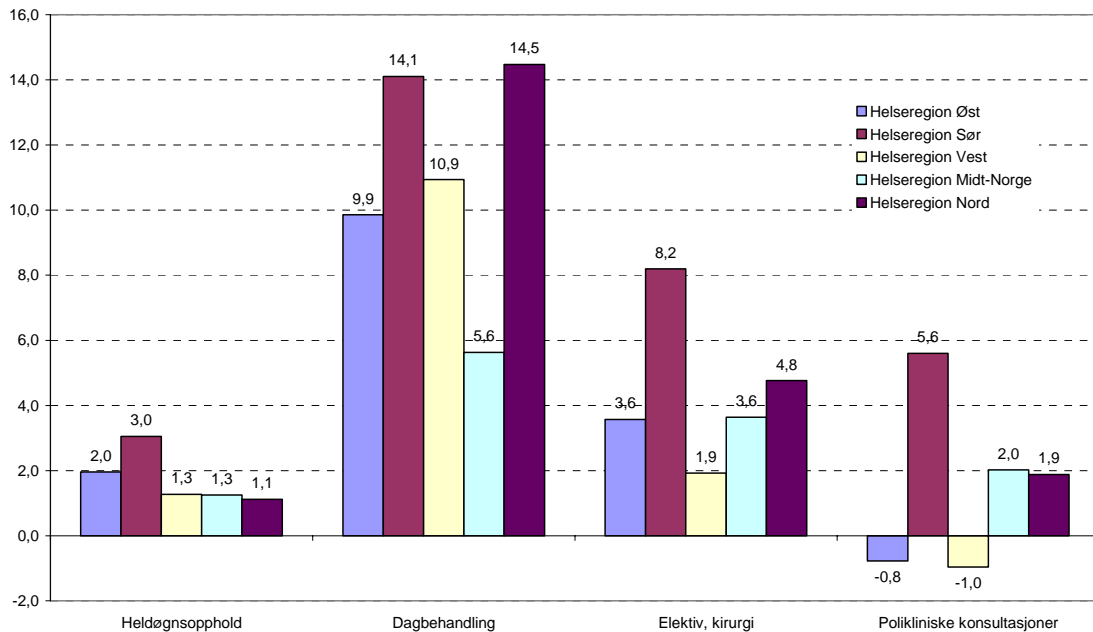
<sup>11</sup> Prisindeksen for kommunalt konsum er brukt for å korrigere utgifts- og inntektstallene for prisstigning. Prisindeksen for kommunal konsum viste en prisvekst på hele 8,1 prosent fra 2000 til 2001.

<sup>12</sup> I statsbudsjettet er det lagt til grunn en prisstigning på 3,6 prosent. I endringen av enhetspris er det imidlertid korrigeret for fjerning av kryptaket i ISF-ordningen i 2002. Tidligere år ble det satt en øvre grense for veksten i DRG-indeksen. Økning utover denne grensen ble ikke refundert.

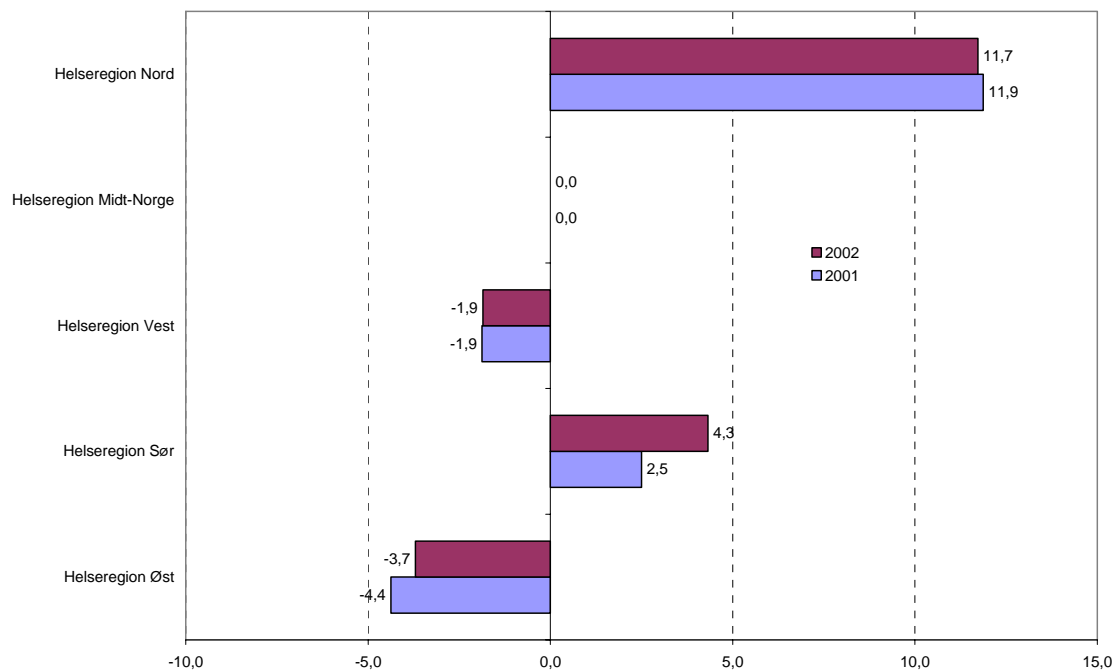
## 2.3 Helseregionene

I dette avsnittet rettes søkelyset på utviklingen innen helseregionene første driftsår med statlig eierskap og helseforetaksorganisering. Tar vi utgangspunkt i beregningsmåten som Helsedepartementet legger til grunn for å beskrive aktivitetsutviklingen, lå nivået på volumveksten i alle regionene, med unntak av helseregion Midt-Norge, over det som ble forutsatt i statsbudsjettet. Helseregion Midt-Norge hadde imidlertid sterkere økning i gjennomsnittlig "pasienttyngde" målt ved DRG-indeksen enn gjennomsnittet.

Figur 2.9 viser prosentvis endring i kjønns- og alderstandardiserte forbruksrater etter bostedsregion for heldøgnsopphold, dagbehandling, opphold innen elektiv kirurgi og polikliniske konsultasjoner. Vi ser at helseregion Sør har høyest vekst for samtlige oppholdstyper. Aktivitetsveksten i helseregion Sør er betydelig høyere enn i de øvrige regionene. Det er kun for dagbehandling at en annen region – helseregion Nord – kommer opp på samme nivå som helseregion Sør. Forøvrig er det ikke et entydig bilde i forholdet mellom regionene. Spesielt interessant i forhold til venteliste-problematikken er utvikling i ratene for elektiv kirurgi. Mens raten for helseregion Sør øker med hele 8,2 prosent er veksten i helseregion Vest på kun 1,9 prosent. Helseregionene Øst og Midt-Norge hadde en vekst på 3,6 prosent, mens helseregion Nord hadde nest høyest vekst med 4,8 prosent. Aktivitetsutviklingen sett i lys av venteliste-situasjonen diskuteres i kapittel 4. Vi skal her se nærmere på aktivitetsutviklingen i forhold til geografiske variasjoner i forbruksratene. Virker variasjonen i veksten i aktivitetsnivå til å jevne ut variasjoner i helsetjenestetilbudet mellom regionene? Er det slik at regioner som lå lavt i 2001 hadde størst vekst i 2002 og regioner med høye forbruksrater hadde lavest vekst? Figurene 2.10-2.12 belyser dette.

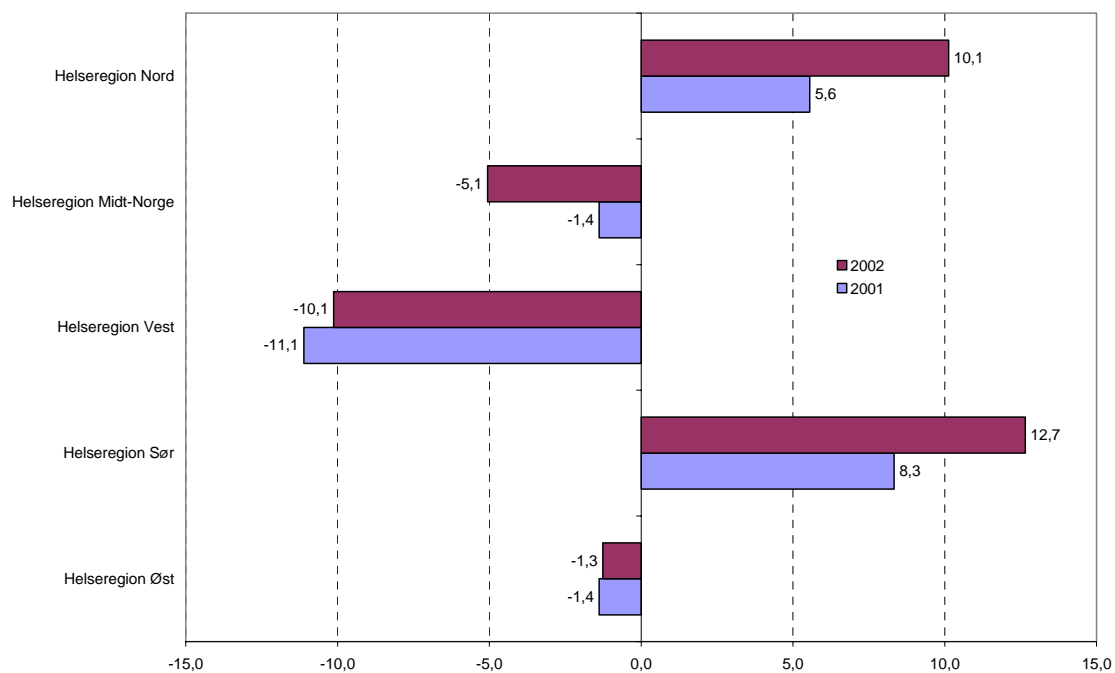


Figur 2.9 Utvikling i standardiserte rater for heldøgnsopphold, dagopphold, opphold innen elektiv kirurgi samt polikliniske konsultasjoner. Prosentvis endring 2001-2002. Etter bostedsregion.

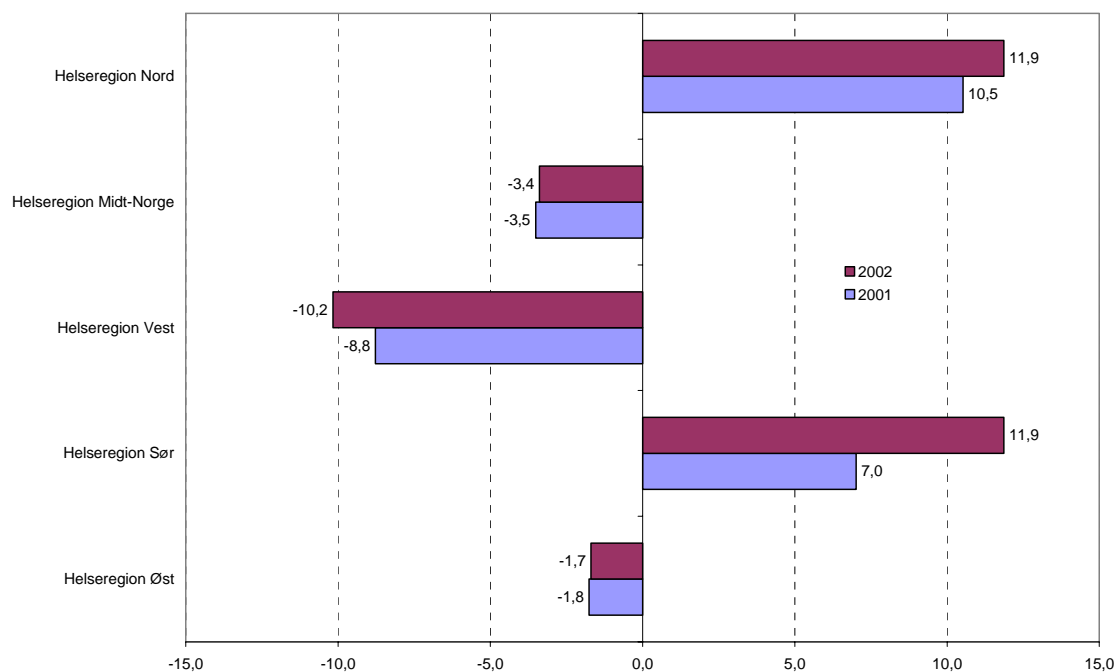


Figur 2.10 Standardiserte rater for heldøgnsopphold. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Etter bostedsregion.

For heldøgnsoppholdene skjer det ingen endring i rangeringen av regionene. Men helseregion Nord som lå høyest og helseregion Øst som lå lavest i 2001, har nærmet seg gjennomsnittet noe. Helseregion Sør derimot lå nest høyest i 2001 og har økt avstanden til regionene Øst, Vest og Midt-Norge.



Figur 2.11 Standardiserte rater for dagopphold. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Etter bostedsregion.



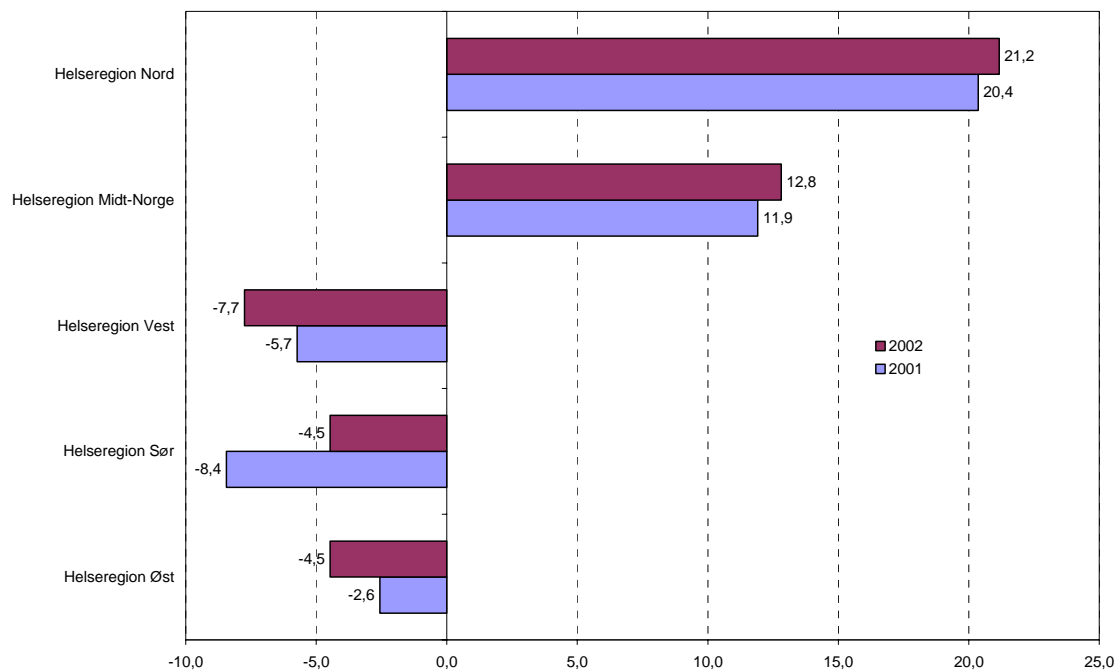
Figur 2.12 Standardiserte rater for opphold innen elektiv kirurgi. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Etter bostedsregion.

Det er ikke tendens til utjevning av ratene for dagbehandling i 2002, snarere tvert i mot. Helseregionene Nord og Sør hadde høyest forbruksrater innen dagbehandling i 2001. De to regionene økte avstanden til de øvrige regionene betydelig i 2002. Helseregion Vest hadde lavest forbruksrate innen dagbehandling begge årene.

Rangeringen av regionene med hensyn til forbruksrater innen elektiv kirurgi er i stor grad den samme som for dagbehandling. Det er en klar tendens til økning i variasjonen i forbruksratene. Helseregion Nord og i enda større grad helseregion Sør øker avstanden til de tre øvrige regionene. Helse Sør har i 2002 samme standardiserte rate som helseregion Nord. Helse Vest, som lå lavest i 2001, hadde lavest vekst i 2002.

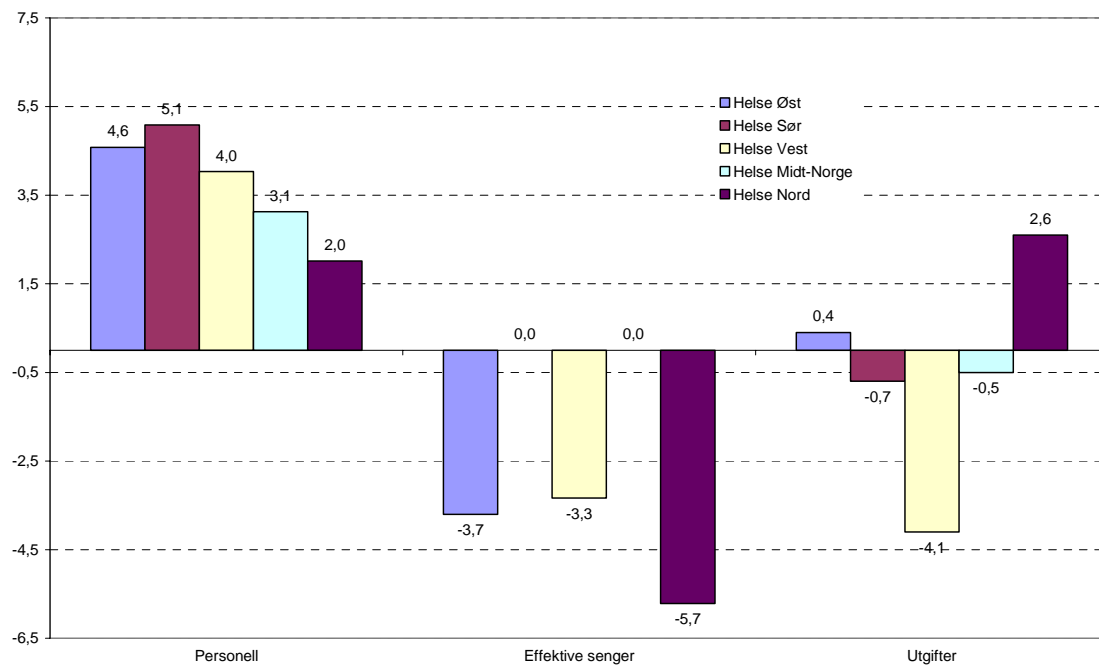
Også når det gjelder ratene for polikliniske konsultasjoner ser variasjonen mellom regionene til å øke i 2002, se figur 2.13. Helseregionene Nord og Midt-Norge, som hadde høyest forbruksrater i 2001, og helseregionene Vest og Øst øker avstanden til gjennomsnittet. Det er kun helseregion Sør, som lå lavest i 2001, som nærmet seg gjennomsnittet i 2002.

Alt i alt er det altså fortsatt store regionale variasjoner i forbruksratene. Forskjellene ser ikke ut til å ha blitt mindre etter ett år med statlig eierskap. Tendensen i 2002 var tvert imot at forskjellene økte.



Figur 2.13 Standardiserte rater for polikliniske konsultasjoner. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Etter bostedsregion.

Det er også store forskjeller mellom regionene med hensyn til endring i ressursinnsatsen i de somatiske sykehusene fra 2001 til 2002, jf figur 2.14.

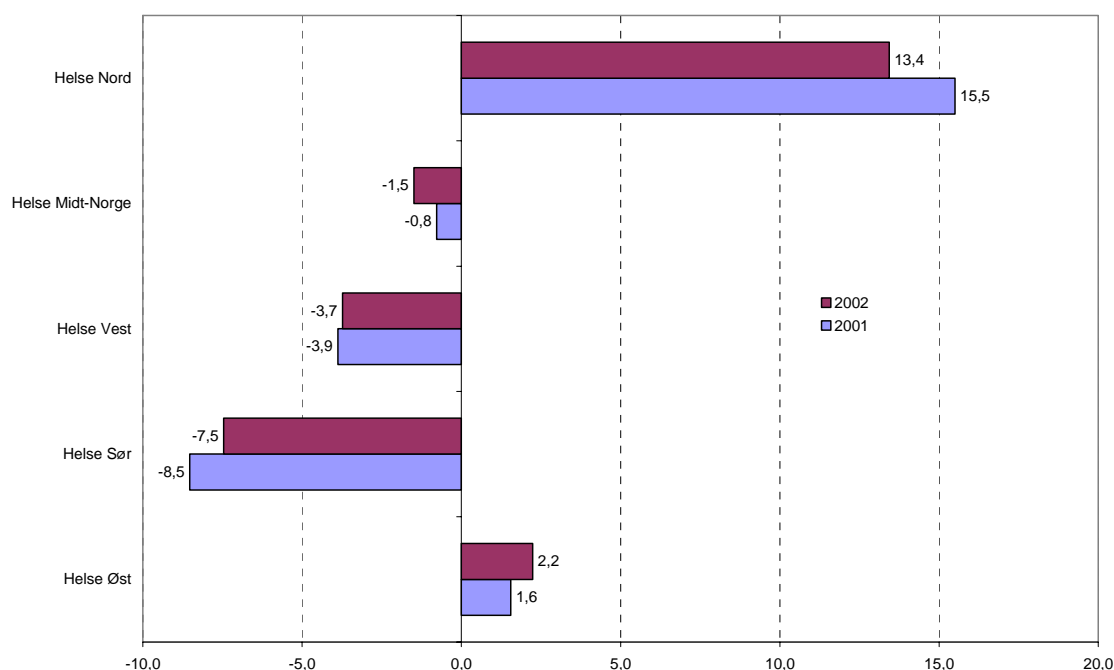


Figur 2.14 Utvikling i rater (per 1000 innbygger) for personell, effektive senger og driftsutgifter. Prosentvis endring 2001-2002. Ratene for senger og personell er korrigert for pasientflyt mellom regionene og kjønns- og aldersstandardisert. Driftsutgiftene er korrigert for gjestepasientoppgjør og prisstigning.



Personellraten øker for alle regioner. Vesten er størst i helseregion Sør, og avtar jo lenger nord i landet en kommer. Differansen mellom helseregionene Sør og Nord er på 3,1 prosentpoeng. Sengeraten er uendret i helseregionene Sør og Midt-Norge og avtar i de tre øvrige regionene. Størst nedgang hadde helseregion Nord. Det er også store variasjoner i utviklingen i driftsutgiftene. Variasjonsbredden spenner fra en realvekst i driftsutgiftene på 2,6 prosent for Helseregion Nord til en nedgang på hele 4 prosent for helseregion Vest. Det er mindre endringer i driftsutgifter per 1000 innbyggere i helseregionene Øst, Sør og Midt-Norge.

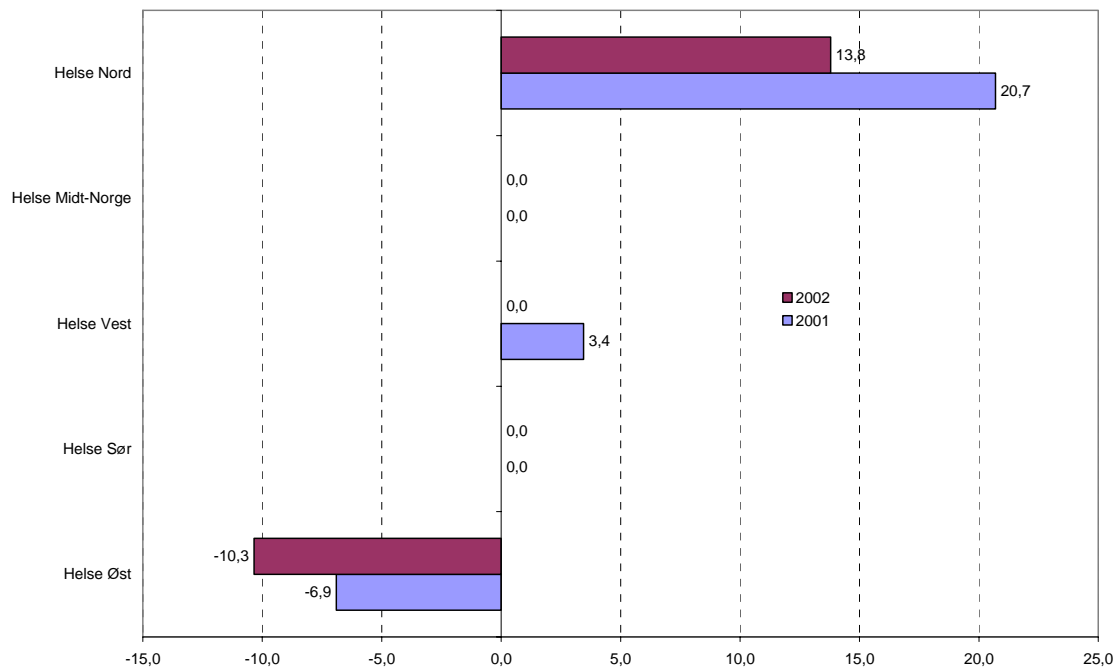
For å illustrere geografiske variasjoner i ressursinnsats samt endringer i de geografiske variasjonene, viser vi i figurene 2.15-2.17 avvik i ressursinnsats i forhold til landsgjennomsnittet når det gjelder henholdsvis personell, senger og driftsutgifter.



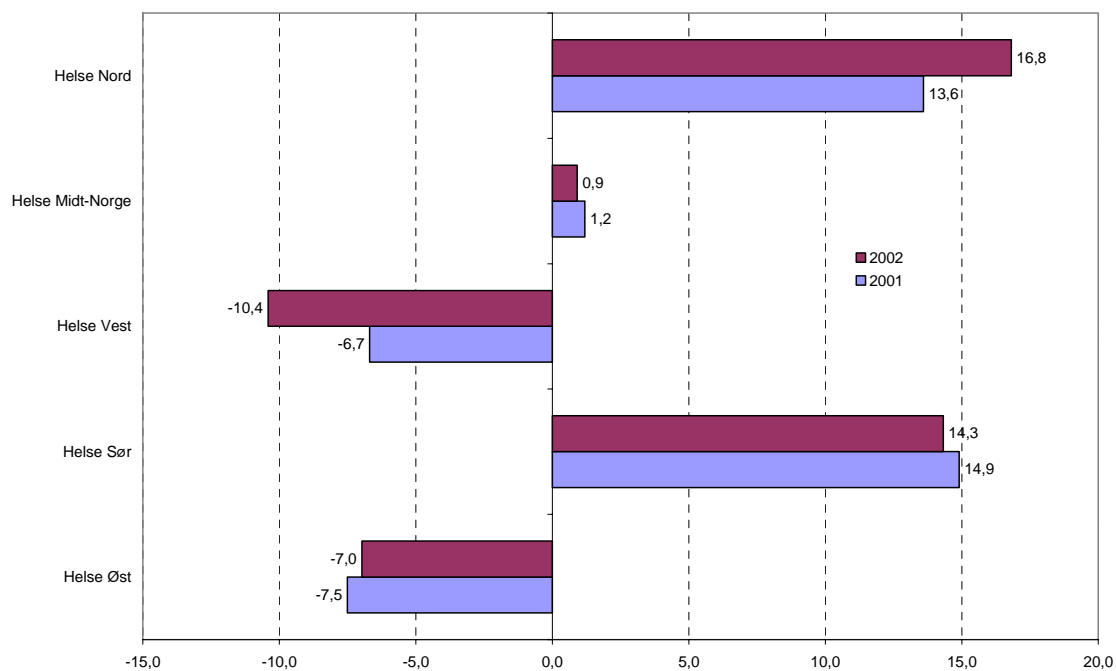
Figur 2.15 Personellinnsats per 1000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt og kjønns- og aldersstandardisert. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002.

Det er en tendens til utjevning i personellinnsatsen i og med at helseregion Nord som hadde høyest rate i 2001 og helseregion Sør som hadde lavest rate i 2001 begge nærmer seg gjennomsnittet i 2002. Det er imidlertid ikke endring i rangeringen av regionene og det er fortsatt store regionale forskjeller.

Utviklingen i sengefaktoren fra 2001 til 2002 viser en utjevning av regionale variasjoner. Helseregionen Nord lå 21 prosent over gjennomsnittet i 2001. Avstanden er redusert til 14 prosent i 2002. Helseregion Vest lå over gjennomsnittet i 2001 og ligger på gjennomsnittet i 2002. Dette innebærer at tre regioner, Sør, Vest og Midt-Norge, har samme rate i 2002. Helseregion Øst derimot, som hadde lavest rate i 2001, økte avstanden til gjennomsnittet i 2002.

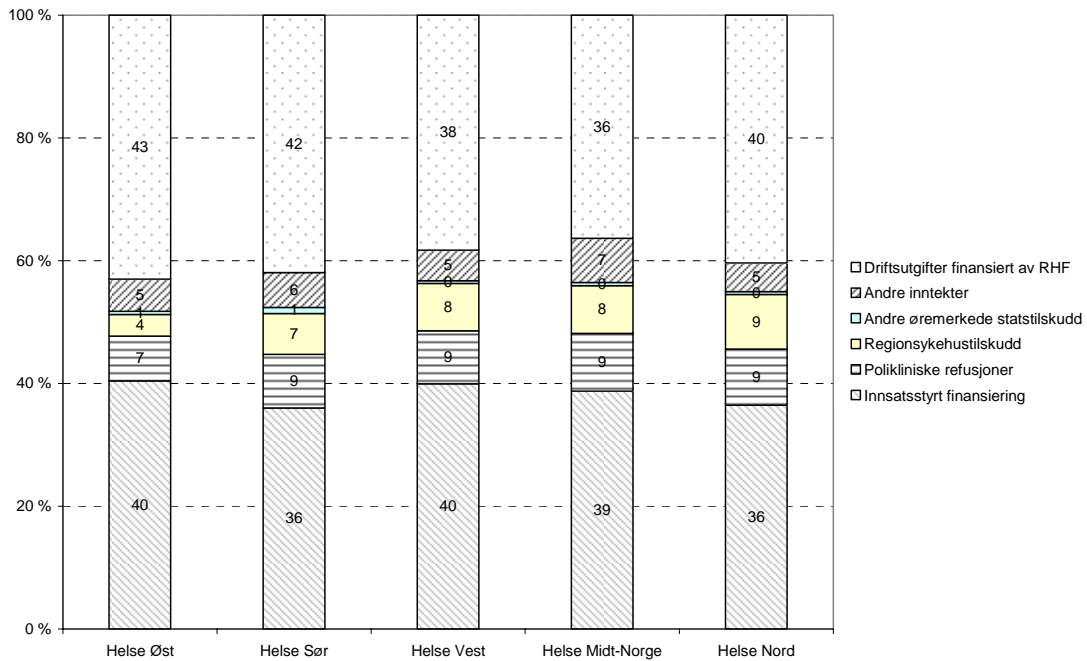


Figur 2.16 Effektive senger per 1000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt og kjønns- og aldersstandardisert. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002.



Figur 2.17 Driftsutgifter per 1000 innbyggere. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002.

Det er betydelige regionale variasjoner i driftsutgiftene, og forskjellene økte i 2002. Dette skyldes at helseregion Nord som, sammen med helseregion Sør, har høyest utgifter per innbygger, hadde størst vekst i 2002. Samt at helseregion Vest som, sammen med helseregion Øst, har lavest utgifter per innbygger, hadde størst nedgang i utgiftene i 2002.



Figur 2.18 Finansiering av utgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste. Prosentfordeling på ulike finansieringskilder. 2002.

Figur 2.18 viser variasjon mellom helseregionene når det gjelder finansiering av driftsutgiftene i 2002. Helseregionene Sør og Nord har lavere andel finansiert gjennom ISF-refusjoner enn de tre andre regionene. Helse Øst skiller seg ut med lavest andel finansiert gjennom polikliniske refusjoner og regionsykehustilskudd og høyest andel egenfinansiering. Høy andel egenfinansiering finner vi også for helseregion Sør. Gitt regnskapsopplysningene som ligger til grunn for SAMDATA Sykehus Tabeller 2002 hadde Helse Midt-Norge RHF lavest andel egenfinansiering i første driftsår etter statlig overtakelse av sykehusene. Egenfinansiering vil i denne sammenhengen inkludere eventuelle driftsunderskudd ved sykehusene.

### 2.3.1 Betydning av ulike fremgangsmåter for korrigerende for gjestepasienter i beregning av indikatorer for ressursinnsats

Det framgår av figurene 2.15 og 2.17 at det ikke er samme rangering av regionene når det gjelder personellinnsats og utgifter. Avvikene gjelder i første rekke helseregionene Sør og Øst. Forskjellene skyldes ulik håndtering av gjestepasienter i beregning av ratene.

Helse Sør RHF overtok ansvaret for Radiumhospitalet, Rikshospitalet inklusive Voksentoppen og Geilomo barnesykehus, samt Statens senter for epilepsi i 2002. Tidligere var dette statssykehus, og fylkene som benyttet dem betalte for bruk gjennom gjestepasientoppgjør. I 2002 inngår altså disse sykehusene i utgiftstallene til helseregion Sør. I SAMDATA Sykehus Tabeller 2002 er tallene for 2001 beregnet på nytt, og de tidligere statssykehusene er da lagt til helseregion Sør og gjestepasientoppgjørene endret tilsvarende.

Selv om ansvaret for Rikshospitalet og Radiumhospitalet er lagt til Helse Sør RHF er det ikke pasienter med bostedsregion Sør som utgjør hovedvekten av pasientene ved de to sykehusene. Langt over 50 prosent av oppholdene ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet er knyttet til pasienter bosatt i helseregion Øst. Sagt på en annen måte; mer enn ti prosent av oppholdene for innbyggere i helseregion Øst behandles ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet, og andelen behandlet ved de to sykehusene er høyere for helseregion Øst enn for helseregion Sør.

At ansvaret for disse sykehusene er lagt til Helse Sør RHF har ikke betydning for personell- og sengefaktor slik de beregnes i SAMDATA. Det har imidlertid betydning for utgifter per innbygger. I beregning av rater for senger og personell brukes data for pasientflyt mellom regionene til å korrigere for gjestepasienter. Konkret vil det si at for hvert sykehus så beregnes andelen liggedager for heldøgnsopphold etter bostedsregion. Antall årsverk og senger for sykehusene fordeles så på regionene etter denne andelen. Dette innebærer at dersom et sykehus har relativt sett høy personellinnsats så fordeles denne høye innstasen mellom regionene i det forhold befolkningen i de ulike regionene har brukt dette sykehuset i gjeldende år. For driftsutgiftene korrigeres det for gjestepasienter ved å legge til netto gjestepasientutgifter (gjestepasientutgifter minus gjestepasientinntekter) til utgiftene til sykehus i egen region. Det er gjestepasientprisen som, gitt antall pasienter som behandles utenom bostedsregion, bestemmer korreksjonsfaktoren for driftsutgiftene. De normerte gjestepasientprisene er basert på kostnadsvektene i ISF-ordningen. Dersom partene ikke har inngått annen avtale, betaler de regionale helseforetakene 80 prosent av DRG-pris for egne innbyggere behandlet i andre regioner (85 pst for behandling ved Radiumhospitalet), jf rundskriv I-6/2001 fra Helsedepartementet. Dersom et sykehus har høyt kostnadsnivå, og de normerte gjestepasientprisene legges til grunn for oppgjør mellom regionene, så reflekteres ikke det høye kostnadsnivået i gjestepasientoppgjøret. Dette har betydning spesielt for forholdet mellom helseregionene Sør og Øst. Rikshospitalet og Radiumhospitalet har høy personellinnsats i forhold til antall pasienter/liggedager og høyt kostnadsnivå. Forskjell i rangering av regionene avhengig av om en tar personellfaktoren eller utgiftsnivå som utgangspunkt tyder på at gjestepasientoppgjøret mellom Helse Øst RHF og Helse Sør RHF ikke reflekterer det høye kostnadsnivået ved de to tidligere statssykehusene. Konsekvensen er at totale driftsutgifter per innbygger for helseregion Sør blir høyere og utgiftene til helseregion Øst blir tilsvarende lavere enn de ville ha blitt hvis faktisk ressursbruk (for eksempel basert på liggedøgnsfordeling mellom bostedsregionene) ble lagt til grunn i korrigeringen for pasientflyt mellom regionene. Dette innebærer at helseregion Sør betaler mer for bruken av Rikshospitalet og Radiumhospitalet når de står som eier av sykehusene enn det de gjorde tidligere gjennom gjestepasientoppgjøret.

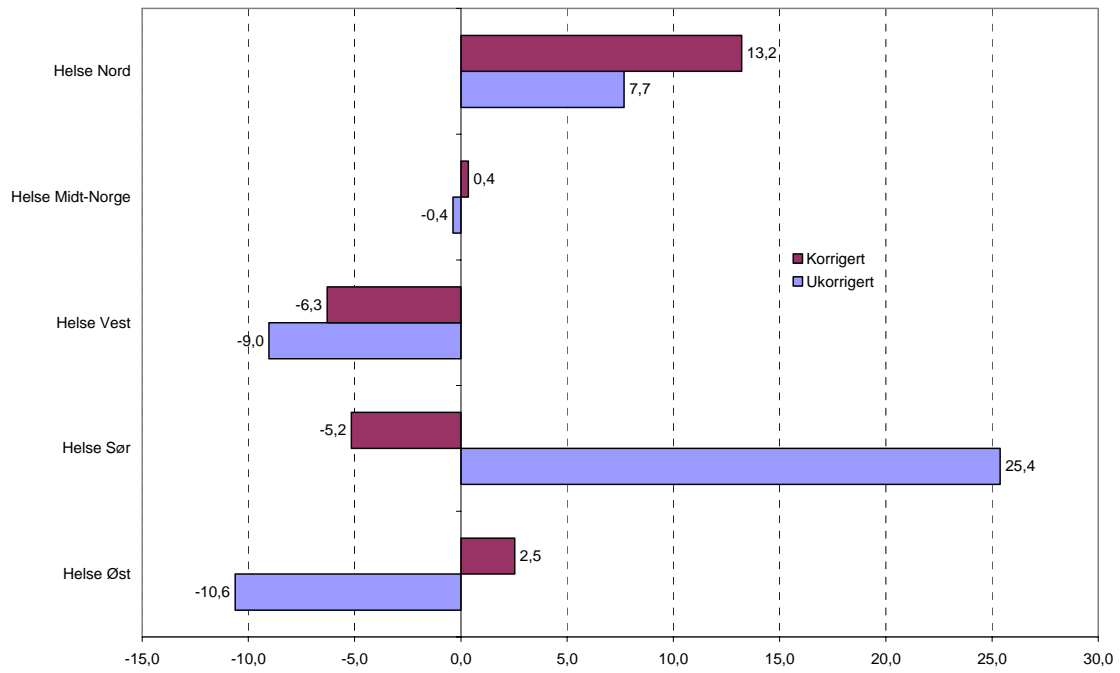
Betydningen av prosedyre for korrigering av gjestepasienter kan illustreres ved å se på rangeringen av regionene i ressursinnsats før og etter korrigering, se figurene 2.19 og 2.20. Korrigering for pasientflyt mellom regionene har stor betydning for rangering av regionene med hensyn til personellinnsats. Helse Sør har klart høyest personellinnsats per innbygger ved sykehusene som regionen har ansvar for eller har driftsavtale med. På den andre enden av skalaen finner vi Helse Øst. Samme rangering finner vi for utgiftene.

Etter korrigering for pasientflyt har helseregion Sør, sammen med helseregion Vest, lavest personellbruk per innbygger<sup>13</sup>. Helseregion Øst, som altså har lavest personellinnsats per innbygger før korrigering for kjøp i andre regioner, ligger nest høyest etter korrigering for pasientflyt mellom regionene.

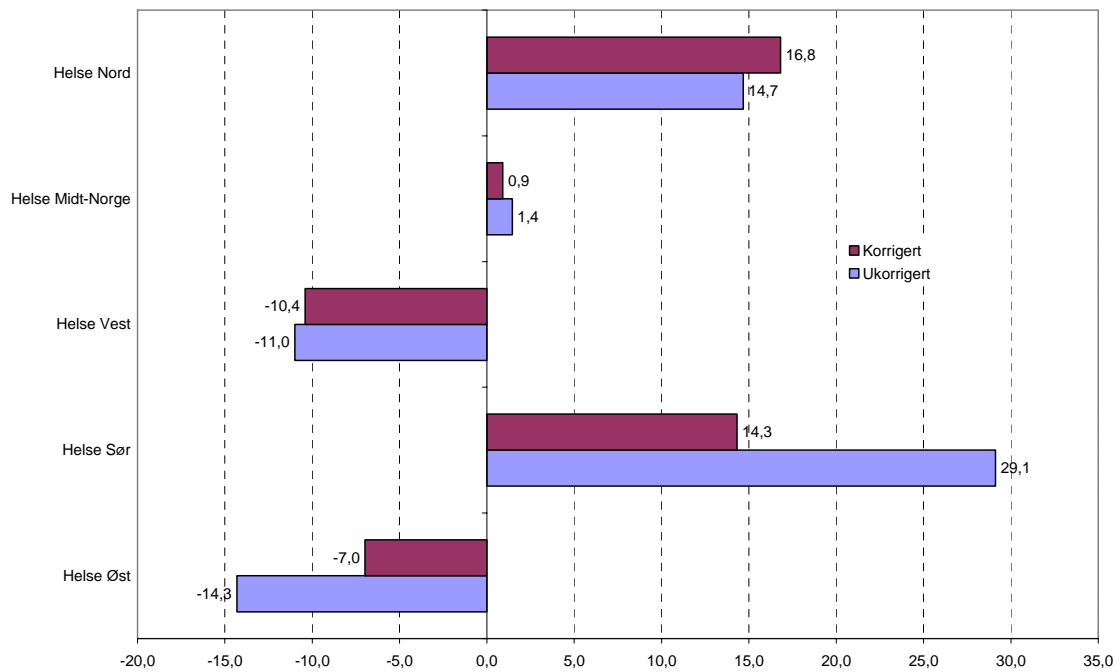
Korrigering for gjestepasientoppgjør har også relativ stor betydning for utgifter per innbygger i helseregionene Øst og Sør, men endrer ikke rangeringen av helseregionene i samme grad som vi så for personellinnsatsen. Helseregion Sør ligger høyt og helseregion Øst ligger lavt også etter korrigering for netto gjestepasientutgifter.

---

<sup>13</sup> Kjønns- og aldersstandardisering bidrar til en ytterligere reduksjon av raten for helseregion Sør.



Figur 2.19 Personellinnsats per 1000 innbyggere. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Før og etter korrigering for gjestepasienter.



Figur 2.20 Driftsutgifter per 1000 innbyggere. Avvik fra landsgjennomsnittet. 2002. Før og etter korrigering for gjestepasientoppgjør.

## 2.4 Oppsummering og avsluttende kommentarer

Det har funnet sted en betydelig aktivitetsvekst ved sykehusene i perioden 1999-2002. Utviklingstrekkene i denne perioden er vesentlig forskjellig i forhold til utviklingen de forutgående år (jf Magnussen, 1999). Mens vi for årene 1999-2002 observerer størst aktivitetsvekst i den planlagte virksomheten, var omfanget av elektive opphold tilnærmet uendret i perioden 1995-1998. Da var det imidlertid en kraftig vekst i antallet øyeblikkelig-hjelp innleggelse. Omfanget av ø-hjelpsopphold har kun hatt en svak økning de siste fire årene. Etter en periode med sterk vekst i ikke-planlagt virksomhet har situasjonen altså snudd til vekst i den planlagte virksomhet.

Mens aktivitetsutviklingen i 2000 var lavere enn lagt til grunn for bevilgningsforslaget for ordningen med Innsatsstyrt finansiering i St.prp. nr. 1 (1999-2000), var aktivitetsveksten både i 2001 og 2002 høyere enn det som ble forutsatt i statsbudsjettet for disse årene. Den ekstraordinære høye aktivitetsveksten i 2001 bidro til at de nye helseforetakene gikk inn i 2002 med betydelige driftsunderskudd. Totalt sett var driftsunderskuddet i sykehussektoren anslått til omlag 2,6 milliarder kroner. Regjeringen la i revidert nasjonalbudsjett (St.prp. nr. 59 (2001-2002)) til grunn at enhetskostnadene i helseforetakene måtte reduseres vesentlig gjennom effektivisering; halvparten av det samlede driftsunderskuddet ble dekket opp gjennom tilleggsbevilgning, mens den resterende halvparten ble pålagt de regionale helseforetakene som effektiviseringskrav. Siden en måtte regne med at det kan ta tid før kostnadsreducerende tiltak virker og at foretakene stod overfor omstillingskostnader knyttet til sykehusreformen, åpnet helsedepartementet opp for driftunderskudd også i 2002. Det ble imidlertid forutsatte økonomisk balanse i helseforetakenes drift i 2003. Kravet om budsjettbalanse ble i statsbudsjettet for 2003 endret til 2004, og er etter budsjettforliket i høst utsatt til 2005. Utviklingen så langt i 2003 tyder på en kraftig aktivitetsvekst også i 2003 og at helseforetakene får et betydelig driftsunderskudd også i inneværende år.

Det var en sterk økning i den aktivitetsbaserte finansieringen (poliklinikk og ISF) av de somatiske sykehusene i 2002. Statens finansierte over halvparten av utgiftene gjennom aktivitetsbaserte og ikke aktivitetsbaserte øremerkede tilskudd. Finansieringsandelene for ulike ordninger varierer mellom helseregionene. Det er også betydelige variasjoner mellom regionene når det gjelder aktivitetsutvikling og utvikling i ressursinnsats. De betydelige regionale variasjonene i forbruksrater og utgiftsnivå ser ikke ut til å ha blitt mindre etter ett år med statlig eierskap.

Historiske utgiftsnivåer lå til grunn for fordeling av basisbevilgning mellom helseregionene i 2002. I forslaget til Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr. 5 (2003-2004), Helsedepartementet) legges det opp til en gradvis overgang til et større innslag (50 prosent) av kriteriebasert fordeling av basisbevilgningen. Gitt de valgte kriteriene innebærer dette en omfordeling og utjevning av bevilgningene mellom helseregionene. Det legges også opp til et særskilt "Helse Nord-tillegg" for å dempe det sterke negative utslaget for Helse Nord RHF ved overgang til et delvis kriteriebasert fordelingssystem. I sum gir Helsedepartementets forslaget til fordeling av basisbevilgning til drift en nedgang i forhold til 2003-bevilgningen for Helse Sør RHF, Helse Nord RHF og Helse Øst RHF på henholdsvis 1,8, 0,9 og 0,4 prosent. Bevilgningene til Helse Midt-Norge RHF øker med 1,4 prosent og Helse Vest RHF får økt sin bevilgning med 2,4 prosent. Uten justering av tilskuddet til Helse Nord RHF, ville bevilgningene til denne regionen blitt redusert med hele 4,5 prosent. Det særskilte Helse Nord-tillegget finansieres ved et like stort trekk fra regioner som ellers ville ha fått økte overføringer. Dette innebærer en nedjustering av økningen i bevilgningene for Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF på henholdsvis ett og 1 1/2 prosentpoeng. Det nye inntektssystemet må forventes på sikt å bidra til utjevning av forskjellene i driftsutgifter til somatiske sykehus som observeres i 2002.

## 3 Utviklingen i effektivitet

Jon Magnussen

### 3.1 Innledning

2002 var det første driftsåret etter at staten overtok eieransvaret for sykehusene. Eier- skapsreformen ble lansert som en ledelses- og ansvarsreform; med bedre ledelse og klarere ansvar skulle både effektivitet og kvalitet bli bedre. Samtidig er det klart at ett driftsår gir et for spinkelt grunnlag for å vurdere den kvantitative effekten av reformen. Det er allikevel interessant å beskrive utviklingen i effektivitet, både på nasjonalt nivå og innen de fem regionale helseforetakene. I styringsdokumentene for de regionale helseforetakene ligger det krav om at disse umiddelbart setter i verk tiltak for å effektivisere driften og redusere kostnadsnivået i 2002. Analysene i dette kapitlet bidrar til å avdekke om de regionale helseforetakene har innfridd kravene om effektivitetsforbedring første driftsår.

Analyser av effektivitet setter krav til så vel datagrunnlag som metode. Disse er i hovedtrekk beskrevet i tidligere års SAMDATA rapporter, og vi bruker ikke mye tid på disse her. Vi skal imidlertid kort repetere de mest sentrale begrepene, samt beskrive datagrunnlaget for analysene.

### 3.2 Begreper og datagrunnlag

Vi måler to typer effektivitet: *Teknisk effektivitet* måler forholdet mellom ressursbruken målt i fysiske enheter og aktiviteten, mens *kostnadseffektivitet* måler forholdet mellom ressursbruken målt i kroner og aktiviteten. Merk at vi med effektivitet her forstår "forholdet mellom faktisk produktivitet og maksimal produktivitet". Effektivitetsbegrepet er dermed ikke relatert til hvorvidt pasientsammensetningen er "riktig" eller "gal" ut fra nasjonale prioriteringskriterier.

Ved beregning av teknisk effektivitet måles ressursbruken som antall legeårsverk og antall øvrige årsverk. I tidligere analyser er også utgifter til medisiner og medisinske forbruksvarer inkludert, men datagrunnlaget for 2002 er så pass dårlig at vi har valgt å utelate denne variabelen. Ved måling av kostnadseffektivitet måles ressursbruken som sum driftskostnader. Mellom år deflateres disse med prisindeks for kommunalt konsum.

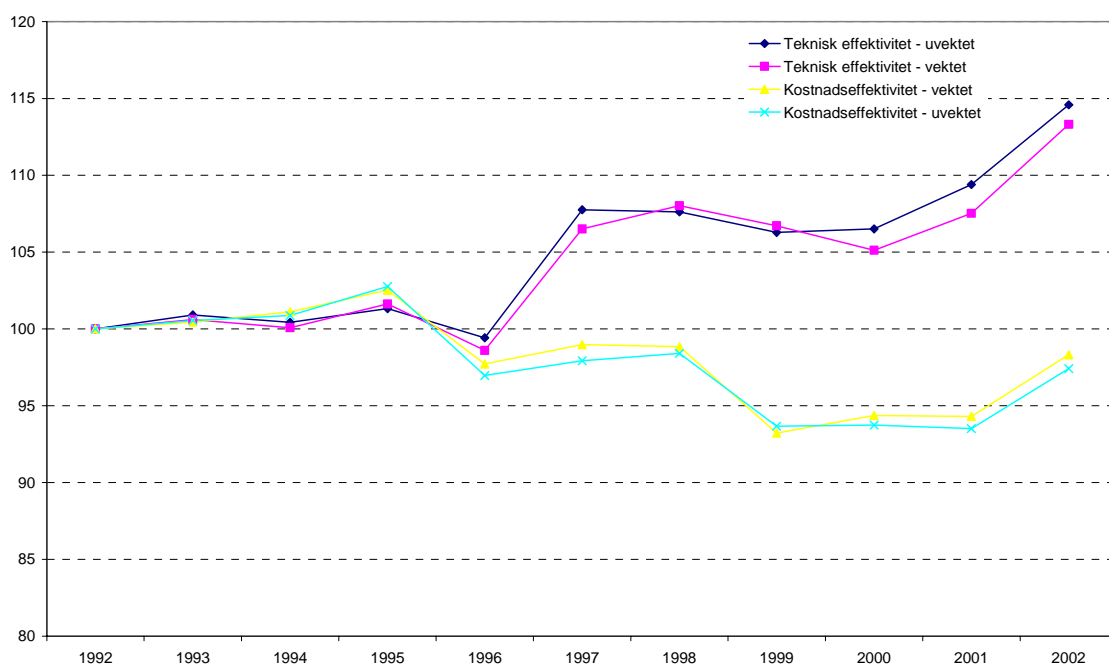
Aktiviteten måles som antall opphold vektet med kostnadsvektene for DRG-systemet. I tillegg regnes også de såkalte langtidsliggedagene inn, disse vektet med en beregnet relativ kostnad. Endelig utgjør polikliniske refusjoner fra staten et vektet mål på poliklinisk aktivitet.

Effektiviteten beregnes gjennom bruk av såkalt dataomhyllingsanalyse (DEA). Generelt vil dette bety at gjennomsnittlig effektivitet stiger med antall observasjoner og faller med antall innsatsfaktorer/typer aktivitet. Selve nivå-tallene skal derfor ikke tillegges for stor vekt, det vesentlige i disse analysene er utviklingstendensene. Det skal også nevnes at valg av operasjonalisering og aggregeringsnivå vil kunne påvirke fordelingen mellom sykehus og derved også de tall vi får for utvikling (se Magnussen (1996) for en nærmere diskusjon).

Analysene omfatter mellom 50 og 60 sykehus for hvert av årene. De sykehusene som er med er de som har levert DRG-data av tilstrekkelig kvalitet. Antallet sykehus er redusert noe de senere årene grunnet sammenslåinger. Merk at vi for 2002 så langt mulig har benyttet de gamle sykehusbetegnelsene også der hvor det har vært opprettet nye felles helseforetak.

### 3.3 Resultater – nasjonalt nivå

Figur 3.1 viser utviklingen i henholdsvis kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet for perioden fra 1992 til 2002. *Kostnadseffektivitet* måles altså som forholdet mellom samlet aktivitet og sykehusenes driftskostnader mens *teknisk* effektivitet måles som forholdet mellom sykehusenes aktivitet og bruk av personell. Disse vil avvike fra hverandre dersom lønnsutviklingen i sektoren avviker fra lønns- og prisutviklingen i samfunnet for øvrig og/eller det skjer en dreining av innsatsfaktorbruken over fra "lavt" til "høyt" lønnet personell. Merk at 1992 her er referanseår, og har fått satt nivå lik 100.



Figur 3.1 Utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet 1992-2002. Forholdstall 1992=100.

Spørsmålet om det har vært en vekst i effektiviteten kan besvares på flere måter. I figuren har vi presentert utviklingen på to måter: I det uvektede gjennomsnittet vil alle sykehus telle like mye. Under forutsetning om at hvert sykehus er en selvstendig beslutningsenhet vil derfor dette gi et bilde av gjennomsnittlig utvikling i sektoren denne perioden. Dersom endringen i effektivitet er forskjellig i store og små sykehus vil imidlertid en beskrivelse av den uvektede utviklingen kunne gi et skjevt bilde av den reelle utviklingen i sektoren. I dette tilfelle er det bedre å vekte effektivitetsmålene med sykehusenes relative størrelse<sup>14</sup>. I figur 3.1 er begge varianter presentert.

I all hovedsak er mønsteret det samme i den vektete som i den uvektede modellen. *Teknisk effektivitet* er særlig blitt forbedret fra 1996 til 1997 (etter innføringen av ISF), og i perioden 2000 til 2002. I det første året etter statlig overtakelse observerer vi en gjennomsnittlig vekst i teknisk effektivitet på 4,7 prosent (uvektet).

<sup>14</sup> Målt i forhold til samlede kostnader.



Utviklingen i *kostnadseffektivitet* er også parallell i den vektete og uvektede framstillingen. Det er verdt å merke seg at kostnadseffektiviteten i de fleste årene i denne perioden har vært rimelig stabil. Unntaket er periodene 1995-96 og 1998-99, år som begge var preget av spesielle omstendigheter (jf Magnussen (2000)). Fra 2001 til 2002 ser vi imidlertid en relativt kraftig forbedring i kostnadseffektiviteten på 4,3 prosent (uvektet). Det beregnede kostnadsnivået ved sykehusene var ekstraordinært høyt i 2001 grunnet høye utbetalinger til pensjonspremier samt ulike regnskapstekniske forhold knyttet til statlig overtakelse av sykehusene fra og med 2002. Dette bidrar nok noe til at veksten i kostnadseffektiviteten fra 2000 til 2001 undervurderes og veksten fra 2001 til 2002 overvurderes.

Veksten i effektivitet fra 2001 til 2002 er betydelig. I hvilken grad dette er et resultat av eierskapsreformen er det imidlertid ikke mulig å trekke sikre konklusjoner om på grunnlag av denne typen analyser. Eierskapsreformen omfattet hele sektoren, og vi har dermed ingen "kontrollgruppe" som kan fungere som referanse for det utviklingen vi faktisk observerer. Det skal imidlertid sies at de to årene som har gått etter at det ble klart at staten skulle ta over sykehusene, har vært preget av en vekst i effektivitet som vi må tilbake til innføringen av ISF i 1997 for å finne maken til.

Det har helt siden innføringen av ISF i 1997 vært stilt spørsmålsteget ved om deler av den aktivitetsveksten man så i form av DRG-poeng egentlig skyldes endring i koding. Fram til 2002 ble dette ivarettatt av ordningen med et kryptak. Fra 2002 ble imidlertid kryptaket fjernet, og det kan dermed stilles spørsmål ved om incitamentene til endring av kodingspraksis var sterkere i 2002 enn i tidligere år. Vi diskuterer i avsnitt 3.5 nærmere hvilke konsekvenser dette eventuelt vil ha for våre effektivitetsmål, først skal vi se nærmere på utviklingen i de fem Regionale Helseforetakene.

### 3.4 Resultater – regionale helseforetak

Da staten tok over sykehusene i 2002 hadde fylkeskommunene siden år 2000 vært pålagt å utarbeide regionale helseplaner. De siste tre årene skal dermed ha vært preget av en sterkere samordning av spesialisthelsetjenestene innen de gamle helseregionene. Spørsmålet er om dette har medført høyere effektivitet og mindre variasjoner innen de gamle helseregionene. Tabellene 3.1 og 3.2 viser nivå og utvikling i gjennomsnittlig (vektet og uvektet) teknisk effektivitet i sykehusene som inngår i det som i dag er de fem regionale helseforetakene<sup>15</sup>. Vi har avgrenset oss til perioden fra 1999. En oversikt over hvilke sykehus som inngår i disse analysene er gitt i vedlegg. Vi presiserer at effektivitetsnivået vil avhenge av utvalgsstørrelse og av operasjonalisering, det vesentlige i tabellene er forskjeller og utvikling.

Tabell 3.1 Teknisk effektivitet i de fem Regionale Helseforetakene – uvektet.

	1999	2000	2001	2002	2001-2002	1999-2002
Helse Øst	75,8	72,9	73,7	77,9	5,6 %	2,7 %
Helse Sør	80,0	80,8	82,2	84,0	2,2 %	5,0 %
Helse Vest	77,7	80,0	80,4	82,9	3,2 %	6,7 %
Helse Midt-Norge	78,2	78,3	80,7	84,1	4,2 %	7,5 %
Helse Nord	71,2	71,6	76,8	83,5	8,7 %	17,4 %

<sup>15</sup> Tallene for det enkelte RHF-et omfatter også eventuelle sykehus RHF-et har driftsavtale med.

Tabell 3.2 Teknisk effektivitet i de fem Regionale Helseforetakene – vektet.

	1999	2000	2001	2002	2001-2002	1999-2002
Helse Øst	75,3	72,4	72,8	77,2	6,1 %	2,5 %
Helse Sør	72,3	73,9	77,9	80,7	3,7 %	11,6 %
Helse Vest	82,9	81,1	80,3	81,4	1,4 %	-1,8 %
Helse Midt-Norge	77,3	76,9	80,0	84,9	6,1 %	9,8 %
Helse Nord	73,4	74,3	77,3	87,1	12,6 %	18,6 %

Betrakter vi de uvektede resultatene, dvs gjennomsnittet for alle sykehusene i det Regionale Helseforetaket, er effektivitetsnivået i 2002 betydelig lavere i Helse Øst enn hva tilfellet er de andre fire Helseforetakene. Forskjellene er imidlertid ikke statistisk signifikante; dvs at det er en relativt stor spredning mellom sykehusene innen de fem RHF-ene. Det er også verdt å merke seg (selv om det ikke fremgår av tabellene) at spredningen innen de fem regionene ikke er blitt mindre i den perioden vi her ser. Så langt synes dermed ikke verken den regionale helseplanleggingen eller statlig overtakelse å ha ført til en utjevning av effektivitetsnivåene innen regionene.

Helse Nord er den regionen (det foretaket) hvor effektivitetsveksten har vært klart størst. I løpet av den fireårs-perioden vi her studerer har effektivitetsnivået økt med 17-18 prosent. Vi merker oss at Helse Nord i 1999 hadde det laveste nivået av samtlige helseregioner, og at utviklingen derfor i hovedsak har bidratt til å løfte Helse Nord opp på nivået til de øvrige regionene.

Det er til dels betydelige forskjeller mellom de vektete og uvektede effektivitetsmålene for noen av regionene. Mens Helse Vest i den uvektede modellen har en vekst på nær 7 prosent i fireårsperioden gir en vekting etter sykehusstørrelse et fall på nær 2 prosent. Den motsatte situasjonen finner vi i Helse Sør hvor en vekting etter sykehusstørrelse gir en betydelig bedre utvikling enn en modell hvor alle sykehusene teller likt.

Tabellene 3.3 og 3.4 gir tilsvarende utvikling i kostnadseffektivitet.

Tabell 3.3 Kostnadseffektivitet i de fem Regionale Helseforetakene - uvektet.

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

Tabell 3.4 Kostnadseffektivitet i de fem Regionale Helseforetakene - vektet.

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

Det er mindre variasjoner i (uvektet) kostnadseffektivitet mellom de fem regionale helseforetakene. Forskjellene er heller ikke signifikante. Vi merker oss ellers at utviklingen i kostnadseffektivitet i Helse Nord på langt nær er så sterk som utviklingen i teknisk effektivitet. Dette kan skyldes usikkerhet knyttet til datakvalitet og måling av ressursinnsats, som diskutert nedenfor, eller spesielt kostbar personellinnsats i Nord.

Effektivitetsanalysene indikerer at samtlige regioner innfridde kravet om forbedring av effektiviteten, både målt som teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet, i 2002. Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom regionene. Det er i denne sammenhengen viktig å understreke usikkerheten som ligger i beregningene. Den første typen usikkerhet er knyttet til eventuelle feil og mangler i tallmaterialet som benyttes i analysene. Dette vil ha mindre betydning på nasjonalt nivå enn på regionalt nivå. En annen type usikkerhet er knyttet til operasjonalisering av produksjon og ressursbruk. Måling av sykehusproduksjonen diskuteres nærmere i avsnittene 3.5 og 3.6. Når det gjelder måling av personellinnsats er det viktig å understreke at vi ikke måler faktisk utførte timeverk/årsverk i den grad overtid og ekstravakter ikke fanges opp. Dette kan bidra både til variasjoner i beregnet teknisk effektivitet mellom sykehusene og til forskjeller i beregnet teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for den enkelte institusjon.

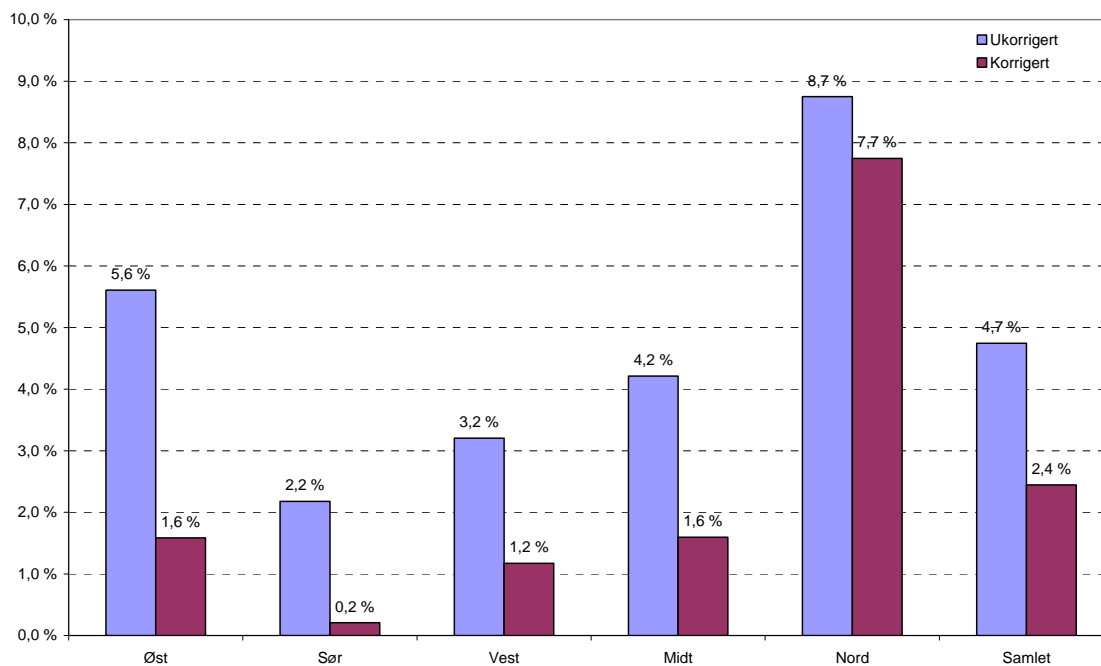
Hva kan vi slutte ut av dette? Det er viktig å være klar over at individuelle effektivitetsmål er *estimer* på faktisk effektivitet. Signifikanstesting på regionnivå viser også at det er få forskjeller. Snarere enn å trekke implikasjoner fra denne type effektivitetsmålinger tilbake til ledelse, styring og drift i de enkelte regionene bør derfor denne typen resultater brukes som underlag for en mer detaljert (egen)vurdering av driften. I så måte vil også de effekter vi etter hvert vil vente å se av den omstrukturingsprosessen som er i gang i helseforetakene være viktig.

### 3.5 "Effektivitetsutvikling" og kodepraksis

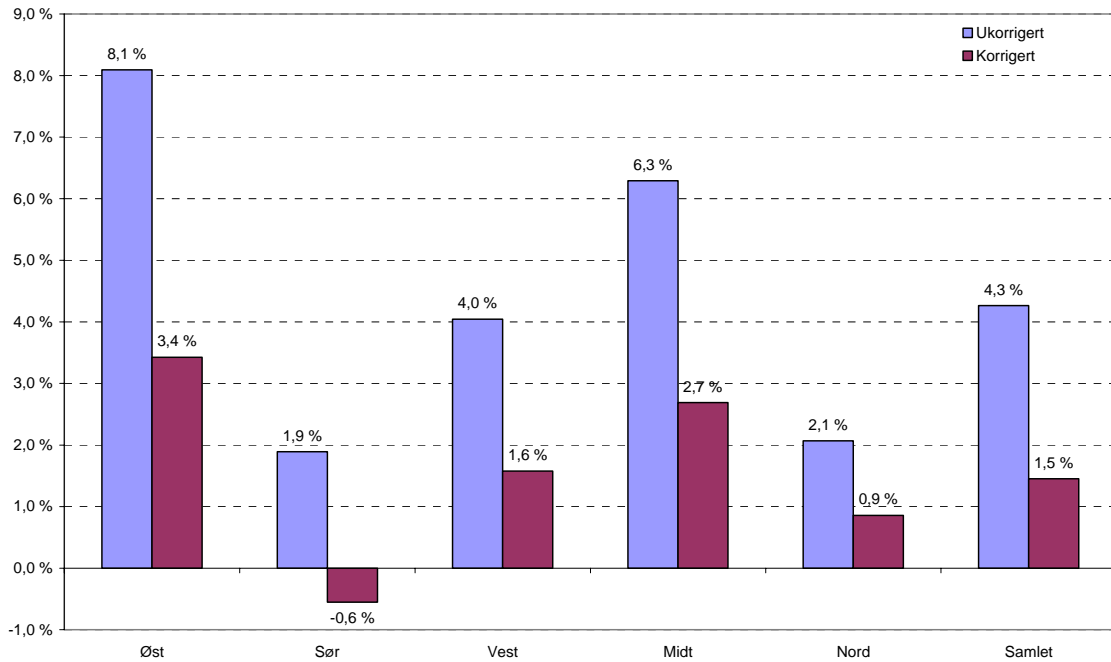
De effektivitetstallene som er presentert i avsnittene 3.3 og 3.4 er basert på en aktivitet som er målt ved faktisk registrerte DRG-poeng. Det betyr at all endring i pasienttyngde slik denne måles ved DRG-indeksen regnes som å reflektere reell endring i aktivitet. Dette er neppe en realistisk forutsetning og de målene som er presentert over må derfor betraktes som "beste anslag".

Det har gjennom hele 2003 vært knyttet stor oppmerksomhet til sykehusenes kodepraksis. I Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2004 som ble lagt fram høsten 2003 lå det inne forutsetninger om at en større del av ISF utbetalingene skyldes endret kodepraksis i sykehusene. Det er en klar ulempe for den type analyser vi gjennomfører at det ikke er mulig å kvantifisere nøyaktig hvor stor andel av veksten som skyldes endring i pasientsammensetning, hvor stor del som skyldes endring i vekter og hvor stor del som skyldes endring i koding. I dette avsnittet skal vi derfor presentere et "dårligste anslag" som bygger på en enkel forutsetning: All vekst i pasienttyngde fra 2001 til 2002 representerer endrede vekter eller endret kodingspraksis. Vi bygger blant annet på Petersen (2003) som nærmere diskuterer i hvilken grad endring i DRG-indeksen kan tilbakeføres til reelle endringer i pasient-

tyngde, i hvilken grad de skyldes endringer i systemdefinisjonene og i hvilken grad de skyldes endring i kodepraksis. Konklusjonen er at fordelingen mellom endring i kodepraksis og endring i pasientsammensetningen er omlag 40/60. Det kan ikke umiddelbart overføres direkte til effektivitetsresultatene, men det trekker allikevel i retning av at de tall som her er presentert kan betraktes som en øvre og nedre grense for faktisk, gjennomsnittlig effektivitetsutvikling. Figurene 3.2 og 3.3 viser endring i henholdsvis teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet fra 2001 til 2002 gitt forutsetning om at all vekst i DRG-indeks reflekterer endring i pasientsammensetning (ukorrigert) og gitt forutsetning om uendret pasientsammensetning (korrigert).



Figur 3.2 Vekst i teknisk effektivitet 2001 til 2002 under ulike forutsetninger om endring i pasientsammensetning.



Figur 3.3 Vekst i kostnadseffektivitet 2001 til 2002 under ulike forutsetninger om endring i pasientsammensetning.

For utviklingen i *teknisk effektivitet* gir dårligste anslag omlag halvparten så stor vekst som beste anslag. Det innebærer at vi, selv i en situasjon hvor all endring i DRG-indeks regnes som utslag av koding/vektendring, fremdeles har en vekst på 2,4 prosent. For *kostnads-effektiviteten* er forskjellene noe større; men fremdeles er det her en vekst på 1,5 prosent.

Dette bildet er gjennomgående det samme også for de fem regionale helseforetakene, med ett unntak. Den veksten vi observerer i teknisk effektivitet i Helse Nord ser ut til i sin (nærmest) helhet å komme som et resultat av høyere reell aktivitet i forhold til ressursinnsatsen.

### 3.6 Effektivitet i forhold til hva?

Sykehusenes produkt kan best karakteriseres som "endring i relativ helse". En pasient vil (bør) etter å ha mottatt behandling på sykehuset ha en bedre helsetilstand enn hva tilfellet ville ha vært uten behandling. Av mange grunner er det imidlertid vanskelig å måle endring i helse. Tradisjonelt har man derfor i analyser av helsesektoren fokusert på å måle effektiviteten produksjonen av helsetjenester. Implisitt ligger da ofte en forutsetning om at de som er effektive i sin tjenesteproduksjon også er effektive i sin produksjon av relativ helse. Denne forutsetningen vil åpenbart ikke nødvendigvis være oppfylt.

Når effektiviteten måles i forhold til produksjon av tjenester gir dette nye utfordringer i forhold til å operasjonalisere tjenestebegrepet på en mest mulig hensiktsmessig måte. En effektiv pasientbehandling fordrer både at hver enkelt tjeneste som pasienter mottar levers på en så effektiv måte som mulig (pleie, operasjon, røntgen etc), og at de leveres i en "samlet pakke" på en slik måte at ressursbruken blir minst mulig. Vi kan med andre ord godt være i en situasjon hvor røntgenavdelingen er effektiv, operasjonsaktiviteten er effektiv, pleieaktiviteten er effektiv etc, men hvis pasienten må ligge tre dager ekstra for å vente på operasjon vil allikevel den samlede resultatet være ineffektivt.

Endelig møter vi i denne typen analyser det velkjente problemet med at ulike pasienter krever ulik type behandling med ulik mengde ressurser. Analyser av effektivitet må derfor korrigere for forskjeller i pasientsammensetning når vi skal sammenlikne mellom sykehus og for utvikling i pasientsammensetning når vi skal sammenlikne mellom tid.

I Norge har vi i en årrekke benyttet DRG systemet som en måte å korrigere for ulikheter i pasientsammensetning. Prinsippet bak DRG systemet er at pasienter som er (mest mulig) ressursmessig og medisinsk homogene skal havne i samme DRG. Basert på en fordeling av kostnader ved et utvalg sykehus beregnes så det relative forholdet mellom kostnadene i hver gruppe – de såkalte kostnadsvektene. Siden 1997 har systemet også dannet grunnlag for finansiering av fylkeskommuner og regionale helseforetak gjennom ordningen med Innsatsstyrt Finansiering (ISF).

Det er ikke vanskelig å finne ankepunkter mot DRG systemet eller mot de tilhørende kostnadsvektene. Betydelig vanskeligere er det imidlertid å finne et alternativ som vil fungere bedre både som grunnlag for finansiering og som grunnlag for pasientklassifisering. For vårt formål er imidlertid spørsmålet om DRG-systemet slik det har framstått og med de kostnadsvektene som hører til systemet kan benyttes som et grunnlag for måling av effektivitet ved sykehusene? Svaret på det er (dessverre) verken et kategorisk ja eller nei. Kravet til kvaliteten til DRG-systemet vil i noen grad avhenge av på hvilket nivå og til hvilket formål man ønsker å benytte resultatene av effektivitetsmålingene.

Vedleggstabell: Oversikt over sykehus som inngår i de ulike helse regionene

Helse Øst	1999	2000	2001	2002
Lillehammer	X			
Gjøvik	X			
Oppland Sentralsykehus		X	X	X
Tynset	X	X	X	X
Hedmark Sentralsykehus	X	X	X	X
Kongsvinger	X	X	X	X
Sentralsykehuset i Akershus	X	X	X	X
Stensby	X	X	X	X
Sykehuset Østfold	X	X	X	X
Bærum	X	X	X	X
Ullevål	X	X	X	X
Aker	X	X	X	X
Diakonhjemmet	X	X	X	X
Antall Sykehus	12	11	11	11

Helse Sør	1999	2000	2001	2002
Ringerike	X	X	X	X
Buskerud Sentralsykehus	X	X	X	X
Kongsberg	X	X	X	X
Rikshospitalet	X	X	X	X
Vestfold Sentralsykehus		X	X	X
Notodden	X	X	X	X
Rjukan	X	X	X	X
Telemark Sentralsykehus	X	X	X	X
Aust Agder sentralsykehus	X	X	X	X
Lister	X	X	X	X
Vest Agder Sentralsykehus	X	X	X	X
Antall Sykehus	10	11	11	11

Helse Vest	1999	2000	2001	2002
Haugesund	X	X	X	X
Sentralsykehuset i Rogaland	X	X	X	X
Voss	X	X	X	X
Stord	X	X	X	X
Odda	X	X	X	X
Haraldsplass	X	X	X	X
Haukeland	X	X	X	X
Lærdal	X	X	X	X
Nordfjordeid	X	X	X	X
Sentralsykehuset i Sogn & Fjordane	X	X	X	X
Antall Sykehus	10	10	10	10

Helse Midt-Norge	1999	2000	2001	2002
Molde	X	X	X	X
Volda	X	X	X	
Sentralsykehuset i Møre og Romsdal	X	X	X	
Helse Sunnmøre				X
Kristiansund	X	X	X	X
Orkdal	X	X	X	X
St Olav	X	X	X	X
Namdal	X	X	X	X
Innherred	X	X	X	X
Antall Sykehus	8	8	8	7

Helse Nord	1999	2000	2001	2002
Harstad	X	X	X	X
Universitetssykehuset i Nord Norge	X	X	X	X
Rana	X	X	X	X
Vefsn	X	X	X	X
Narvik	X	X	X	X
Lofoten	X	X	X	X
Sandnessjøen	X	X	X	X
Nordland Sentralsykehus	X	X	X	X
Stokmarknes	X	X	X	X
Hammerfest	X	X	X	X
Kirkenes	X	X	X	X
Antall Sykehus	11	11	11	11



## 4 Kampen mot ventelistene: Strategier og resultater i arbeidet med venteliste-reduksjoner i 2002

Bård Paulsen og Thomas A. Lie

### 4.1 Innledning

I Statens styringsdokumenter til helseforetakene for 2002 vektlegges arbeidet med reduksjon av ventelister ved sykehusene, likelydende formulert for alle de regionale helseforetakene:

*“Lange ventetider er det største ankepunktet mot den offentlige spesialisthelsetjenesten i dag. Reduksjon av ventetid til et akseptabelt nivå og fjerning av unødige helsekøer er et nødvendig suksesskriterium for den offentlige helsetjenesten. Det vil derfor fra eiers side bli lagt inn et krav om at det skal arbeides aktivt for reduserte ventetider samtidig som ansvaret for å dokumentere resultater vil bli lagt til det utøvende ledd. Helsetjenesten skal være tilgjengelige for de som trenger den, når de trenger den ”*

Hensikten med dette kapitlet er å undersøke i hvilken grad og på hvilken måte de regionale helseforetakene har fulgt opp denne bestillingen i driftsåret 2002.

#### 4.1.1 Mulige strategier i helseforetakenes kamp mot ventelistene

Det finnes et omfattende sett av mulige virkemidler i kampen mot ventelistene. I det enkelte helseforetak kan differansen mellom antall ventende 1/1 og antall ventende 31/12 forenklet forklares på denne måten:

Antall ventende 1/1-2002
+ Rekruttering til venteliste i løpet av året 2002
- Antall ventelistepasienter som forsvinner v/ <u>ventelistrydding</u>
- Antall ventelistepasienter <u>ordinært behandlet</u> ved eget HF
- Antall ventelistepasienter som behandles v/HF-enes <u>kjøp av helsetjenester hos andre</u> (for eksempel private spesialister)
- Antall ventelistepasienter behandlet ved andre HF etter ordningen <u>“Fritt sykehusvalg”</u>
- Antall ventelistepasienter ekstraordinært behandlet ved Trygdeverkets <u>“kjøp av helsetjenester” (Sykepengeprosjektet)</u>
- Antall ventelistepasienter behandlet i utlandet etter ordningen <u>“Kjøp av helsetjenester i utlandet”</u> .
= Antall ventende 31/12-2002

En del av disse forholdene har å gjøre med måten med helseforetakene driver sine egne virksomheter på. Innenfor denne rammen kan aktuelle tiltak være:

- Ventelistrydding
- Styring av rekruttering til ventelistene
- Behandle flere pasienter.

**Ventelistrydding** er kanskje det av de aktuelle tiltakene som bidrar mest til avkorting av ventelistene. Undersøkelser har vist at ventelistedata tradisjonelt har vært av dårlig kvalitet, og rommet et betydelig antall pasienter som ikke lenger er behandlingsaktuelle (Johnsen og Paulsen 2001, Dahlen m.fl 2002). Noen pasienter dør, noen søker behandling andre steder, og for andre har den medisinske situasjonen endret seg i den grad at det aktuelle tilbudet ikke lenger er relevant. Det er rimelig å anta at ventelistrydding kan ha gitt betydelige bidrag til å redusere de nominelle ventelistene.

Tradisjonelt har mange av pasientene på ventelistene hatt plager og lidelser som har vært så lavt medisinsk prioritert ved sykehusene at pasientene i realiteten ikke har fått noe behandlingstilbud. Ved å **styre rekrutteringen** til ventelistene – for eksempel ved å henvise videre til andre tilbud – kan det tenkes at ventelistene blir mer i samsvar med de faktiske behandlingstilbudene.

**Økt behandlingsskapasitet** kan i prinsippet oppnås på flere måter. For enkelte pasientgrupper kan omlegging til mer bruk av poliklinisk behandling kanskje bidra til å øke antall behandlede pasienter innenfor gitte budsjettmessige og personalmessige rammer. Det kan også tenkes andre tiltak som bidrar til mer effektiv utnyttelse av ressursene i sykehusene, slik at man klarer å behandle flere. På kort sikt setter antall operasjonsstuer, operatører og annet personale imidlertid begrensninger for den totale produksjonen av tjenester innen det enkelte sykehus på kort sikt. Dersom kapasitetsøkning må baseres på overtids-/helgejobbing vil ekstrakostnadene kunne bli betydelige.

I tillegg til det som er nevnt, finnes tilbud og ordninger som gjør det mulig å finne behandlingsskapasitet og finansieringsmuligheter utenfor helseforetakenes egne virksomheter. Det kan for eksempel dreie seg om:

- Kjøp av tjenester hos andre – for eksempel private sykehus.
- Fritt sykehusvalg (pasienten velger behandling ved annet helseforetak).
- Trygdefinansiert kjøp av helsetjenester i utlandet.
- Trygdeverkets kjøp av helsetjenester – "Sykepengeprosjektet".

Helseforetakene kan inngå avtaler om **kjøp av tjenester** hos andre – for eksempel hos private spesialister. Dette krever imidlertid at helseforetakene finner rom for ekstrainsatser.

Gjennom ordningen **fritt sykehusvalg** kan pasienten selv velge å la seg behandle ved et annet sykehus enn det han/hun i utgangspunktet var henvist til – fortrinnsvis et med kortere ventetid for den aktuelle behandlingen. Ordningen forutsetter at pasientene er oppmerksomme på de muligheter som finnes, og er i stand til å skaffe seg informasjon om alternative tilbud. Både henvisende lege og sykehuset selv kan dermed stimulere bruken av denne ordningen gjennom aktivt å informere om den. Bruken av ordningen har vært moderat de første årene etter at den ble innført. Det er mye som tyder på at økt bruk av fritt sykehusvalg kan frigjøre betydelig behandlingsskapasitet ved enkelte norske sykehus (Paulsen og Rønningen 2000). I kampen mot ventelistene kan aktiv bruk av ordningen og tilrettelegging for henvisning til andre sykehus være en mulig strategi.

Ordningen **kjøp av helsetjenester i utlandet** ble etablert ved årsskiftet 2000/2001 og var i funksjon ut budsjettåret 2002. Ordningen ble administrert av Rikstrygdeverket og er basert på at Stortinget bevilget en milliard kroner fra oljefondet for å gi langstidsventere et tilbud på behandling ved utenlandske sykehus. Utgifter til reise, behandling og opphold dekkes tilnærmet 100 prosent (med unntak av en mindre egenandel for pasienten), og for den henvisende institusjonen er kostnadene begrenset til det som går med til utredning og vurdering

av pasienten, og administrasjon av tilbudet. Ordningen hviler imidlertid på at det er sykehuslegene som velger ut pasienter og formidler søknad til RTV, og i introduksjonsfasen møtte "Pasientbroen til utlandet" betydelig motstand i de kliniske miljøene (Botten m.fl 2001, (Paulsen og Johnsen 2001, Paulsen, Johnsen og Midttun 2002).

**Trygdeverkets adgang til Kjøp av helsetjenester** er etablert for å redusere ventetider, innrettet spesielt mot sykmeldte arbeidstakere. En begrenset prøveordning ble startet opp som et forsøk i 1992. Denne er gradvis utvidet både med hensyn økonomiske rammer og regional dekningsgrad. I 1997 ble forsøket landsomfattende. Men først i år 2001 er dette blitt en permanent ordning. Den administreres av trygdeverket, og er et virkemiddel i oppfølging av sykmeldte. Gjennom denne ordningen kan trygdeetaten kjøpe helsetjenester slik at den trygdede kan gå utenom ordinære køer, få raskere retur til arbeidslivet, og på den måten spare sykepengeutbetalinger. Det forutsettes at ordningen utnytter ledig kapasitet, og ikke går på bekostning av det ordinære helsetilbudet til befolkningen. Det kan inngås avtaler både med offentlige sykehus og private klinikker. Prissettingen er basert på forhandlinger mellom trygdeverket og de som leverer tjenesten. For 2002 og 2003 er avtalene i stor grad basert på offentlige anbuds konkurranser.

Gjennomgangen viser at det finnes et omfattende sett av virkemidler i kampen mot ventelistene. De ulike typer strategier stiller ulike typer krav til kapasitet og kompetanse ved helseforetakene, og har ulike økonomiske konsekvenser. Vi har i utgangspunktet ingen samlet analyse av de økonomiske effektene av ulike ordninger for sykehusene. Det er imidlertid rimelig å anta at for eksempel både pasientbro til utlandet og trygdeetatens kjøp av helsetjenester er gunstige for helseforetakene, dersom alternativet er å bekoste og gjennomføre behandlingen selv.

Den sentrale problemstillingen i dette kapitlet er altså spørsmålet om i hvilken grad og på hvilken måte de regionale helseforetakene har tatt fatt i ventelisteproblematikken i året 2002 – med utgangspunkt i Helsedepartementets bestilling til foretakene. Kommer eventuelle ventelisteforbedringer primært som et resultat av administrativ opprydding, som et resultat av interne tiltak for å øke tilbudet til disse pasientene, eller som et resultat av økt bruk av tilbud utenfor helseforetakene selv?

#### 4.1.2 Kort om datagrunnlag og metode

Drøftingen bygger på registerdata fra ulike kilder. Analysen av ventelister, generelt helse-tjenesteforbruk og behandling etter ordningen fritt sykehusvalg vil bli basert på data fra Norsk Pasientregister. Data om trygdeverkets Kjøp av helsetjenester ("sykepengeprosjektet") er basert på registreringer gjort av fylkestrygdekontorer, innsamlet av Rikstrygdeverket. Data om Kjøp av helsetjenester i utlandet er hentet fra det pasientadministrative systemet som ble bygget opp for denne ordningen i Rikstrygdeverket.

Ikke alle de aktuelle tiltakene er like godt dokumentert i registerdata. Særlig effekten av de rydde- og ajourføringstiltak som er gjort for å gjøre ventelistene mer reelle er vanskelige å dokumentere. Det er ikke gjort systematiske registreringer i alle regionene som dokumenterer omfanget av dette. I vår sammenheng vil effekten inngå som en slags residual etter at vi har gitt anslag for effektene av alle andre tiltak.

Et tilsvarende problem er knyttet til anslaget for fritt sykehusvalg. Disse pasientene er til dels ufullstendig merket i sykehusenes pasientadministrative systemer, slik at analysen må bygge på kartlegging av pasientstrømmer mellom helseforetakene. Det kan av og til være vanskelig å avgjøre om årsaken til at pasienter behandles ved andre sykehus enn sitt eget kan knyttes til bruk av denne ordningen, eller skyldes andre forhold. Heller ikke når det gjelder bruk av private tilbud har vi komplette data. Utviklingen når det gjelder omfanget av fritt sykehusvalg og bruken av private tilbud vil derfor bli basert på pasientstrømanalyser. Det gir indikasjoner på viktige utviklingstrekk, men danner ikke grunnlag for en komplett analyse.

Et generelt problem ved bruken av ulike registre er faren for dobbeltregistrering. De ulike registrene har ulike formål, og det er ikke alltid sikkert at begreper og definisjoner er bygd

slik at vi unngår overlapp eller tap av data. Det kan for eksempel tenkes at pasienter behandlet med utgangspunkt i trygdeetatens ordning for kjøp av helsetjenester ikke merkes med dette ved det aktuelle sykehuset, og derfor blir dobbeltregistrert. Siden vi arbeider med anonymiserte data har vi begrensede muligheter for å kontrollere for dette på pasientnivå.

Samlet sett viser denne diskusjonen at datagrunnlaget ikke tillater en faktisk beregning av de relative effektene av de ulike tiltak vi har listet opp foran. Vi vil derfor gjøre en gjennomgang av de ulike tiltakstypene, drøfte variasjoner foretakene imellom der datagrunnlaget tillater det, og avslutningsvis gi en samlet drøfting av sammenhengen mellom venteliste-situasjonen og satsing på ulike ventelistereduserende tiltak i de ulike regionale helseforetakene.

I neste avsnitt vil se nærmere på den nominelle ventelisteutviklingen i helseforetakene siste år. Deretter vil vi undersøke i hvilken grad ulike tiltak i og utenfor helseforetakene kan bidra til å forklare eventuelle variasjoner i ventelisteutviklingen regionene imellom. Avslutningsvis vil vi gjøre en samlet drøfting av systematiske forskjeller mellom de regionale helseforetakene med hensyn til bruken av ulike virkemidler i kampen mot ventelistene, sett i sammenheng med ventetidsbelastningen i de ulike deler av landet.

## 4.2 Ventelisteutviklingen første året etter sykehusreformen

### 4.2.1 Generelle utviklingstrekk

Per 1. januar 2002 ventet 244 102 henviste pasienter på utredning og/eller behandling i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av året var dette tallet redusert til 206 402. Det betyr at vi har hatt en tilbakegang i det nominelle antall ventende på vel 15 prosent. I dette avsnittet skal vi se nærmere på hvordan ventelistene har utviklet seg for ulike pasientgrupper, og undersøke om de har utviklet seg på ulike måter i ulike deler av landet.

Det er et overordnet mål å redusere både omfanget av ventelistene generelt, og spesielt ventetiden for de som har ventet lenge. I denne gjennomgangen vil "lang ventetid" bli satt til ett år. Dette er ofte brukt som en slags definisjon på langtidsventere av politikere og media. I denne sammenheng er det viktig å minne om at lang ventetid er et relativt begrep. Det er mange pasientgrupper som venter betydelig kortere enn ett år, men som allikevel medisinsk sett kan ha ventet urimelig lenge. De pasientgruppene vi vanligvis finner blant langtidsventere er pasienter som venter på kirurgisk behandling av lidelser som ikke er livstruende, og vanligvis heller ikke utvikler seg så raskt at venting fører til alvorlig forverring av lidelsen, men som kan være svært plagsomme, medføre lange sykmeldinger og føre til redusert livskvalitet for de det gjelder.

Tabell 4.1 viser regionvis utvikling i ventelistene ved norske sykehus fra 1. januar 2002 til 1. januar 2003. Fremstillingen bygger på ulike mål både på ventelistenes omfang og den ventetid dette representerer for pasientene. Først presenteres totalt antall ventende per 1. januar 2002 og 2003, i absolutte tall og pr 1000 innbyggere. Dette gir et øyeblikksbilde ved to ulike tidspunkt, og sier noe om den totale utviklingen i ventelistebildet i løpet av 2002. I de to neste kolonnene gis anslag for gjennomsnittlige ventetider. Dette er illustrert både ved utviklingen i gjennomsnittlig ventetid (median), og ved innslaget av langtidsventere (prosentvis andel som har ventet lenger enn ett år på behandling).

Tabell 4.1 Antall ventende i absolutte tall og per 1 000 innbygger for somatiske fagområder, median ventetid og andel ventende med ventetid &gt; 1 år per 1. januar 2002 og 2003.

Bostedsregion	Tidspunkt	Antall	Antall/1000 innbyggere	Gjennomsnittlig ventetid median	Prosent ventet > 1 år
Helseregion Øst	1. jan 2002	72 422	45	68	9,6
	1. jan 2003	61 414	38	64	6,4
	Endring	-15,2%	-7	-4	-3,2
Helseregion Sør	1. jan 2002	46 024	52	68	9,4
	1. jan 2003	36 078	41	60	3,3
	Endring	-21,6%	-11	-8	-6,1
Helseregion Vest	1. jan 2002	44 507	48	83	12,3
	1. jan 2003	42 324	45	81	10,2
	Endring	-4,9%	-3	-2	-2,1
Helseregion Midt-Norge	1. jan 2002	47 850	75	111	19,0
	1. jan 2003	36 168	57	76	8,6
	Endring	-24,4%	-18	35	-10,4
Helseregion Nord	1. jan 2002	32 988	71	76	12,0
	1. jan 2003	30 168	65	71	10,7
	Endring	-8,5%	-6	-5	-1,3
Utlandet, Svalbard, Ukjent	1. jan 2002	311	-	-	-
	1. jan 2003	250	-	-	-
	Endring		-	-	-
Alle helseregioner	1. jan 2002	244 102	54	77	12,2
	1. jan 2003	206 402	45	69	7,7
	Endring	-15,4%	-9	-8	-4,5

Kilde: NPR

Tabellen viser at det har skjedd en generell nedgang i antall ventende i løpet av 2002. Reduksjonen er imidlertid svært ulik regionene imellom, fra 5 prosent i Helse Vest til nesten 25 prosent i Midt-Norge. Det er også sistnevnte region som i tidligere ventelisteanalyser (Lie 2002) har utmerket seg med de lengste ventetidene. Ved utgangen av året er det Helse Nord, og ikke lenger Midt-Norge, som har de største ventelistene, målt ved antall ventende pr 1000 innbyggere. Også i Helse Sør og Helse Øst har det skjedd en betydelig reduksjon.

Størst reduksjon i median<sup>16</sup> ventetid kom også i Midt-Norge, der ventetiden sank fra 111 til 76 dager i løpet av året. Ved utgangen av året ligger fortsatt Midt-Norge høyt med hensyn til median ventetid, men avstanden mellom Midt-Norge og Helse Sør, som ligger lavest, er betydelig redusert. I 2001 var variasjonsbredden nær dobbelt så stor som året etter, med 43

<sup>16</sup> Median ventetid er et gjennomsnittsmål, basert på ventetiden for den pasienten som deler pasientutvalget i to like deler, forutsatt at det er ordnet etter ventetidens lengde. Dette målet er ikke så utsatt for ekstremverdier som et aritmetisk gjennomsnitt vil være. Da det er kjent at det pga feil i dataregistreringene finnes pasienter som har ventet svært lenge velger vi å benytte median-verdi som gjennomsnittsmål. Andel pasienter som har ventet > 1 år vil likevel fortelle oss noe om langtidsventer.

dager mellom regionen med kortest og lengst median ventetid. Helseregion Vest har per 1. januar 2003 lengst median ventetid med 81 dager. Det er i regionene Vest og Nord at det har skjedd minst av hensyn til ventelister og ventetid i 2002, hvis man har denne tabellen som utgangspunkt.

Tabellen viser at andelen langtidsventere ble redusert fra 12,2 til 7,7 prosent, landet sett under ett. Den største reduksjonen kom i Midt-Norge, der andelen ble redusert fra 19 til 8,6 prosent i løpet av 2002. Deretter kommer Sør, som også i utgangspunktet hadde færrest langtidsventere.

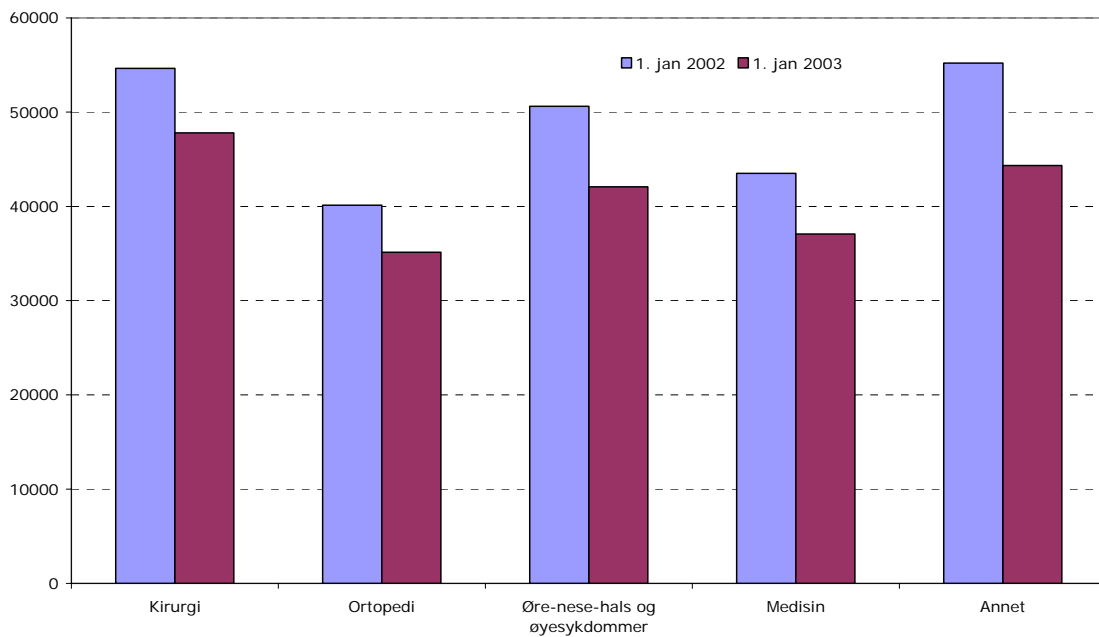
Sterkt fokus på ventelister gjør det i utgangspunktet rimelig å anta at vi vil ha det sterkeste engasjementet i ventelistereduserende tiltak der vi utgangspunktet finner de lengste ventelisterne og ventetidene. I hvilken grad får denne hypotesen støtte i det bildet vi her har tegnet av utviklingen i regionene?

Den innbyrdes rangering regionene imellom gir oss en indikasjon på dette. Vi ser for eksempel at Helse Midt-Norge ved inngangen av 2002 relativt sett både har de største ventelistene, de lengste gjennomsnittlige ventetidene og den største andelen langtidsventere. Samtidig er det også her vi har hatt den største reduksjonen både når det gjelder ventelistenes omfang og gjennomsnittlig ventetid. For de andre regionene er bildet mindre entydig. Vi finner at både Helse Øst og Helse Sør – som i utgangspunktet hadde de korteste ventetidene og moderate ventelister, har hatt en sterk reduksjon i ventelistenes omfang i løpet av året. Og motsatt finner vi at Helse Vest og Helse Nord, som begge hadde forholdsvis lange ventetider og mange langtidsventere, er de som har de mest beskjedne endringene når det gjelder ventelistenes omfang. På den andre siden ser vi at Helse Vest hadde forholdsvis moderate totale ventelister, på tross av lange mediane ventetider og stor innslag av langtidsventere.

Når vi ser bort fra utviklingen i Helse Midt-Norge er det med andre ord lite systematikk i forholdet mellom den totale ventetidssituasjonen ved inngangen av året og omfanger på de ventetidsreduksjoner som har skjedd.

#### 4.2.2 Ventetidsutviklingen for ulike pasientgrupper

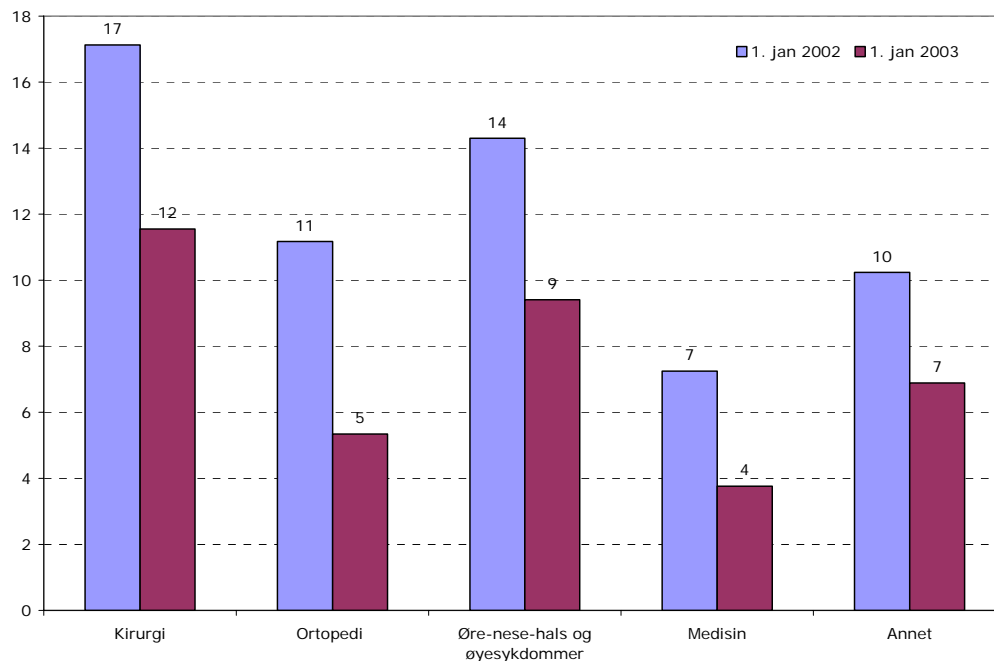
Vi skal i dette avsnittet se nærmere for ventetidsutviklingen for ulike pasientgrupper. Figur 4.1 gir et bilde av dette.



Figur 4.1 Antall ventende per 1. jan 2002 og 2003 innen somatiske fagområder.

Figur 4.1 viser at antall ventende innenfor alle somatiske fagområder ble redusert i løpet av 2002. De største pasientgruppene i ventelistesammenheng er de som venter på enklere kirurgiske inngrep. Hvis en ser fagområdene kirurgi, ortopedi, øre-nese-hals- og øyesykdommer under ett, så har det vært en reduksjon på 20 400 ventende pasienter. I figuren over har vi brukt svært overordnede kategorier. Splitter vi opp disse gruppene og går bak de tallene vi har presentert over finner vi at det først og fremst er fagområdene ortopedisk kirurgi og øre-nese-halssykdommer hvor en ser de største reduksjonene med henholdsvis 5 000 og 4 700 pasienter. Tett etter disse kommer øyesykdommer med en nedgang på vel 3 800 pasienter. Innenfor fagområdet plastikk-kirurgi det en nedgang på snaut 2 200 pasienter (tallgrunnlag ikke vist).

Antall ventende pasienter sier bare noe om den pasientportefølje som venter på å komme inn til utredning og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Den sier lite om ventetiden for disse pasientene. Figur 4.2 viser hvor stor andel av pasientene som hadde ventet over 1 år per 1. januar 2002 og 2003.



Figur 4.2 Andel av pasientene som har ventet over 1 år inne ulike fagområder per 1. januar 2002 og 2003<sup>17</sup>.

Figuren viser at det var nedgang i andelen pasienter som hadde ventet over 1 år innenfor alle fagområder i løpet av 2002. De største andelen langtidsventere hadde vi innenfor de kirurgiske fagområdene i 2002, og det er også innenfor disse fagområdene at de største endringene kom i løpet av året.

Innenfor gruppen kirurgi, var det hele 17 prosent som hadde ventet over 1 år per 1. januar 2002. Denne andelen ble redusert til 12 prosent i løpet av 2002. Til tross for dette er det innenfor denne gruppen at det er flest pasienter som har ventet lengst også per 1. januar 2003. Innenfor gruppen øre-nese-hals- og øyesykdommer var det en reduksjon i andelen langtidsventere på 5 prosentpoeng fra 14 prosent 1. januar 2002 til 9 prosent 1. januar 2003. Blant de kirurgiske fagområdene er det gruppen ortopedi som har den største tilbakegangen og færrest som har ventet over 1 år ved utgangen av året.

Går vi bak tallene, og disaggregerer de kategoriene som er presentert i figuren over, finner vi at det er gruppene plastikk-kirurgi, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, samt karkirurgi som har de største endringene med hensyn til andel pasienter som har ventet over 1 år. I gruppen plastikk-kirurgi reduseres andelen langtidsventere med 18 prosentpoeng, kjevekirurgi og munnhulesykdommer reduseres med 15 prosentpoeng, mens gruppen karkirurgi reduseres med 13 prosentpoeng (tallgrunnlag ikke vist). Med dette har de to første fagområdene over 20 prosent langtidsventere, mens det for gruppen karkirurgi er 12 prosent som har ventet over 1 år per 1. januar 2003.

Tabell 4.1 foran viser de regionale variasjonene med hensyn til viktige ventelisteparametre: Det totale ventelisteomfanget, median ventetid og andel ventende over et år – for alle pasientgrupper. Vi fant da betydelige variasjoner regionene imellom. Trekker vi ut de kirurgiske fagområdene, og gjør en særskilt analyse av hvordan andelen langtidsventere varierer regionene imellom, får vi bekreftet det mønstret vi fant i tabell 4.1. Flest langtidsventere har vi i Midt-Norge, færrest i Helse Øst og Sør, mens Vest og Nord ligger i en mellomposisjon. Den største reduksjonen i løpet av året hadde Midt-Norge, fulgt av Sør og Øst. Helse Vest og Nord hadde den minste tilbakegangen. Sammenfallet med det generelle mønstret for vente-

<sup>17</sup> For inndeling i fagområder: se vedlegg.



listeutvikling henger selvfølgelig sammen med at det vi har kalt de kirurgiske fagområdene utgjør en helt dominerende andel av det samlede volumet blant langtidsventerne.

Samlet sett ser det altså det ut til at det har skjedd en betydelig reduksjon i ventelistene ved helseforetakene i løpet av året 2002. Det gjelder både ventelistene totalt sett, og det gjelder de kirurgiske faggruppene spesielt. Den utviklingen vi har beskrevet gjelder de nominelle ventelistene – ventelistene slik de fremstår i sykehusenes pasientadministrative systemer. Vi har innledningsvis pekt på mulige forklaringer på de forbedringer vi har sett. Den mest heroiske er selvfølgelig at den positive utviklingen skyldes at sykehusene har klart å effektivisere driften og reelt gir et tilbud til flere. Mindre heroiske forklaringer – men kanskje like viktige – kan være at en tilsynelatende god utvikling primært skyldes at sykehusene har gjennomført en administrativ opprydding i sine ventelister og fått et mer reelt uttrykk for antall pasienter som er aktuelle for behandling. Et tredje sett av forklaringer knytter seg til mulighetene for å tilby behandling ved hjelp av tiltak og ordninger som ligger utenfor helseforetakenes egen virksomhet. Det kan også tenkes at helseforetakene har utviklet strategier for å styre rekrutteringen til slik at tilgangen på nye pasienter blir bedre tilpasset den faktiske behandlingsskapiteten.

I neste avsnitt skal vi drøfte betydningen av administrative "ryddetiltak". Deretter vil vi undersøke mulige sammenhenger mellom aktivitetsutvikling i helseforetakene og utviklingen på ventelistene. Til slutt ser vi nærmere på i hvilken grad tiltak og ordninger som kan supplere det tilbudet som gis gjennom de offentlige helseforetakene har bidratt til utviklingen vi har sett.

### 4.3 Ventelistrydding og kvalitetssikring av ventelistedata

Lange ventelister representerer mange feilkilder. Jo lenger folk står i kø, jo mer sannsynlig er det at det oppstår endringer. For noen av pasientene kan problemet falle bort fordi helsetilstanden endrer seg og noen skaffer seg et behandlingstilbud andre steder. Pasienter flytter, dør eller blir av andre grunner uaktuelle for behandling ved det sykehuset de er registrert som ventende. Dårlig datakvalitet som følge av manglende vedlikehold av ventelistene fører til at ventelistene kan gi et urealistisk bilde både av hvor mange som venter og hvor lenge de har ventet.

Sterkt fokus på ventelister, og klart formulerte krav fra Staten som sykehuseier, har ført til at kvalitetssikring av data har fått økt oppmerksomhet i de regionale helseforetakene. For å få et bilde av dette ble det gjort en gjennomgang av helseforetakenes årsberetninger, slik de forelå august 2003. (Kindseth, 2002). Av årsberetningene fremgår at gjennomgang og kvalitetssikring av innholdet i ventelistene har vært en prioritert oppgave. Arbeidet har dels vært drevet gjennom egne ventelisteutvalg, og dels har helseforetakene engasjert eksterne konsulenter for å utvikle rutiner for sikring av datakvalitet.

Det er uten videre klart at bedre datakvalitet og mer realistiske ventelister vil fjerne et betydelig antall ikke-reelle pasienter, og føre til en reduksjon i det nominelle antallet ventende. Det foreligger imidlertid ingen data om resultater av slike oppryddingsaksjoner i form av antall pasienter sanert fra listene. Vi har derfor ikke mulighet til å anslå verken regionvise eller samlede effekter av denne typen ventelisteaksjoner.

### 4.4 Endret rekruttering til ventelistene?

Våren 2002 gjennomførte Midttun, Johnsen og Paulsen en intervjubasert undersøkelse av hvordan overlegene ved et utvalg sykehusavdelinger håndterte prioriteringsproblemer på sine ventelister. En overlege ved en kirurgisk avdeling ved et større norsk sykehus beskrev hvordan avdelingen prøvde å styre inntaket til sine ventelister for å få en bedre balanse mellom pasientpågang og egen kapasitet:

*"Vi har på en måte prøvd å stramme inn veldig sterkt slik at det som kommer til oss bare er folk som vi tror har direkte nytte av å komme til oss. Altså, vi nevnte innleggelse med brokk, varicer og sånt, all erektil dysfunksjon, alle moderate vannlatingsbesvær, alle som har scrotale lidelser osv – de blir ikke tatt inn. De får en tilbakemelding om at vi ikke har kapasitet til det, og så blir de informert om at det finnes halvprivate og private aktører i markedet som kan ta dette." (Midttun, Paulsen og Johnsen 2002 s 30).*

Denne legen beskriver hvordan hans avdeling prøver å få kontroll over ventelistene ved å styre rekrutteringen til listene på en mer aktiv måte enn tidligere. Dette muliggjøres blant annet ved henvisning til private spesialister og klinikker, eller andre tilbud utenfor eget sykehus. Vi vet lite om dette avspeiler en generell praksisendring i norske sykehus. Tabell 4.2 tyder imidlertid på at det har skjedd betydelige endringer når det gjelder rekruttering til ventelistene fra driftsåret 2001 til driftsåret 2002.

Tabell 4.2 Prosentvis endring i antall registrerte nyhenvisninger i helseregionene 2001-2002. Elektiv kirurgi. Prosentvis. Etter fagområde.

Helseregion	Ortopedisk kirurgi	Øre/nese/hals og øye	Kirurgi	Alle fagområder
Helseregion Øst	-1,3	-1,7	3,1	2,5
Helseregion Sør	5,1	2,7	-0,4	2,5
Helseregion Vest	-0,1	-5,1	-5,9	-6,7
Helseregion Midt-Norge	6,2	-8,8	3,4	0,1
Helseregion Nord	4,0	-3,1	0,5	-0,9
Landet	2,5	-3,4	-0,2	-0,5

Kilde: NPR

Tabell 4.2 viser den prosentvise endringen i antall nyhenvisninger registret ved norske helseforetak siste år. Totalt sett har antall registrerte henvisninger gått ned med en halv prosent. Utviklingen varierer imidlertid mye fra region til region, og mellom de ulike fagområdene. Alle regioner unntatt Helse Sør har en reduksjon i antall registrerte henvisninger når det gjelder spesialitetene øyesykdommer og øre/nese/hals. Helse Vest har tilbakegang for alle aktuelle fagområder. Ser vi bort fra disse to hovedtrekkene ser det imidlertid ut til å være bare små endringer fra det ene året til det andre,

Det kan tenkes flere mulige forklaringer på reduksjonen i antall henvisninger:

- Administrativ opprydding, for eksempel i forbindelse med ventelisterydding og andre administrative tiltak for få bedre oversikt over ventelistesituasjonen.
- Tilfeldige svingninger i forekomsten av nye tilfeller.
- Endret henvisningspraksis blant allmennlegene. Det kan f. eks tenkes at flere henvisninger styres direkte mot (nye) private tilbud. Det kan også tenkes at implementering av fastlegeordningen sommeren 2001 har bidradd til endret henvisningsmønster.
- Endret inntakspraksis i helseforetakene, slik det ble beskrevet i sitatet som innledet dette avsnittet.

Vi har innenfor rammen av dette kapitlet ingen mulighet til å gå nærmere inn i dette.

#### 4.5 Økt behandlingsaktivitet ved sykehusene?

Vi har sett at det i løpet av 2002 skjedde en betydelig reduksjon i antall registrerte på venteliste, i median ventetid og i andelen pasienter som har ventet over 1 år. Det sentrale spør-

målet i denne sammenhengen er om det har skjedd endringer i den faktiske behandlingskapasiteten ved helseforetakene, som kan ha bidratt til at flere fikk den behandlingen de ventet på. I utgangspunktet er det rimelig å anta at vi finner den største aktivitetsveksten der vi ved inngangen av året hadde størst problemer med ventetidene.

I kapittel 2 drøftet vi den generelle utviklingen innenfor sektoren. Drøftingen viser at den totale veksten når det gjelder antall behandlede innen området elektiv kirurgi økte betydelig mer i årene 2001 og 2002 enn det gjorde i årene før (figur 2.5).

SAMDATA Sykehus Tabeller 2002 (Torvik 2003) viser at det for landet sett under ett har vært en økning i alle typer opphold, både heldøgnsopphold og dagopphold fra 2001 til 2002. Dagbehandlingene økte med 10,6 prosent, mens heldøgnsoppholdene økte med 2,3 prosent. Samlet utgjør dette en økning i aktiviteten på nær 5 prosent.

En økning i antall *behandlingsepisoder (innleggelses, dagbehandling)* trenger imidlertid ikke bety at flere pasienter har fått behandling. Og det er først og fremst utviklingen i antall behandlede pasienter som er viktig i vår sammenheng. Når en pasient blir henvist til utredning og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten av sin fastlege, blir det åpnet en omsorgsperiode i det pasientadministrative systemet på det aktuelle sykehuset. En omsorgsperiode skal samlet omfatte alle evt. utredningsopphold og påfølgende behandlingsopphold. Hver enkelt pasient kan således være registrert med flere opphold. Derfor er det, i venteliste-sammenheng, viktig å benytte *pasient* og ikke antall *opphold* som enhet for analyse av utviklingen siste år.

De utviklingstallene vi presenterte over dreier seg om den totale utviklingen på landsbasis – der både virksomheten i de regionale foretakene, andre statlige sykehus, samt ideelle og private sykehus er med. Her er vi opptatt av å undersøke aktivitetsutviklingen innenfor rammen av de regionale helseforetakenes egne virksomheter. Tabell 4.3 viser utviklingen med hensyn til antall behandlede pasienter innenfor elektiv kirurgi pr 1000 innbyggere innen sykehus ved egne foretak i regionene og totalt i landet, sammenholdt med indikatorer på ventetidssituasjonen.

Tabell 4.3 Antall pasienter per 1000 innbygger i 2002 behandlet ved sykehus i eget RHF. Elektiv kirurgi. Endring 2001-2002. Antall ventende og median ventetid (ant dager) 1 jan 2002. Etter pasientens bostedsregion.

Bostedsregion	Pasienter behandlet v/sykehus i eget RHF		Pasienter behandlet totalt		Antall ventende jan 2002 per 1000/innb	Median ventetid (antall dager) jan 2002
	Rate 2002	Endring 2001-2002	Rate 2002	Endring 2001-2002		
Helseregion Øst	40,5	-0,7	52,2	1,6	26	76
Helseregion Sør	53,6	2,0	58,6	3,9	31	80
Helseregion Vest	44,4	-0,2	46,6	0,2	28	97
Helseregion Midt-Norge	48,9	0,1	51,9	1,3	50	136
Helseregion Nord	55,7	1,7	59,1	2,3	40	84
Totalt	46,6	0,3	53,0	1,8	32	90

Utgangshypotesen om at vi vil finne den største aktivitetsveksten der vi har de lengste ventelistene ser ikke ut til å finne støtte i tabell 4.3. Vi ser for eksempel at helse Midt-Norge, som i utgangspunktet har de største ventelistene og de lengste ventetidene, har en svak aktivitetsvekst. På den andre siden ser vi at Helse Sør – som har moderate ventelister – ligger høyest mht aktivitetsvekst. Det er bare Helse Nord som ser ut til å falle inn i det mønstret vi i utgangspunktet skisserte, med forholdsvis store ventelister og høy aktivitetsvekst i løpet av året. Samlet sett er det imidlertid lite som tyder på at den aktivitetsutviklingen som skjedde i foretakenes egne virksomheter i løpet av året 2002, i og for seg, er

tilstrekkelig til å forklare den utviklingen vi har sett når det gjelder ventelistesituasjonen i regionene.

Tabellen viser at en vesentlig andel behandles utenfor offentlige sykehus i egen helseregion. Slik behandling kan skje ved foretak i annen helseregion, eller ved ideelle og kommersielle sykehus. Andelen er særlig stor i Helse Øst. Det henger blant annet sammen med at en betydelig strøm av pasienter herfra tradisjonelt har gått til Rikshospitalet, som hører til Helse Sør RHF. Pasientstrømmer til andre helseforetak og kommersielle sykehus vil danne utgangspunktet for en diskusjon av fritt sykehusvalg, og bruk av kommersielle sykehus, som et tema for neste avsnitt.

#### 4.6 Bruk av fritt sykehusvalg og private helsetilbud, belyst ved analyse av pasientstrømmer

En betydelig andel av tilbudet til pasienter som trenger elektiv kirurgi befinner seg utenfor de offentlige sykehusene i egen helseregion. Vi skal her se nærmere på to av disse: fritt sykehusvalg og bruk av private tilbydere av helsetjenester.

Drøftingen er basert på analyse av pasientstrømmer mellom helseforetakene, og mellom offentlige sykehus og private klinikker/spesialister. Valget av pasientstrømsanalysen som analytisk innfallsvinkel henger sammen med begrensninger i datagrunnlaget. Det eksisterer ikke noen nasjonal registrering av pasienter som benytter retten til Fritt sykehusvalg. Vi har heller ingen systematiske data om den totale produksjonen av helsetjenester hos private spesialister. Ved å se på endringer i pasientstrømmer mellom ulike typer tilbud kan vi få indikatorer på om det har skjedd endringer i utnyttelsen av ressursene på helsesektoren, som kan bidra til å forklare den utviklingen vi har sett når det gjelder ventelistene. Pasientstrømsanalysen har imidlertid viktige begrensninger. Analysen av fritt sykehusvalg er basert på analyse av pasientstrømmer på tvers av institusjons- og regiongrenser. Det representerer viktige feilkilder. En dominerende del av pasientstrømmene innen en helseregion er forklart ved overføringer til mer spesialiserte tilbud på høyere nivå. Det gjør pasientstrømmer innen helseregion til en forholdsvis dårlig indikator på fritt sykehusvalg innen området, mens endringer i pasientstrømmer til sykehus innen andre RHF-er gir et mer representativt bilde. NPR-data, som er grunnlaget for pasientstrømanalysen, omfatter foreløpig data bare fra private helsetilbydere som får ISF-refusjon. Mye av virksomheten under samlebetegnelsen private tilbydere har andre oppgjørsformer, og vår analyse av det private tilbudet blir derfor svært ufullstendig. Vår ambisjon med dette avsnittet er med andre ord ikke å gi en fullstendig analyse av bruken av fritt sykehusvalg og private spesialister. Vi vil prøve å gi *indikatorer* på utviklingstrekk mht omfang og retning i bruken av disse tilbudene, og drøfte dette i forhold til endringstrekk i ventelistene ved offentlige sykehus.

Pasientrettighetsloven gir pasienter rett til fritt sykehusvalg på landsbasis. Formålet med denne rettigheten er å sikre økt medbestemmelse for pasienten. Retten til fritt sykehusvalg omfatter både psykisk helsevern og somatikk, men gjelder ikke barne- og ungdomspsykiatrien. Retten gjelder i forbindelse med planlagt helsehjelp, og gjelder følgelig ikke i øyeblikkelig hjelp situasjoner. Retten til selv å velge sykehus oppstår allerede når primærlegen skal henvise en pasient til spesialisthelsetjenesten for vurdering. Retten til fritt sykehusvalg gjelder primært de offentlige sykehusene, men noen private helseinstitusjoner er nå også inkluderte. Pasienten kan imidlertid ikke velge annet behandlingsnivå enn det man er henvist til. Behandling som gis på lokalsykehus kan for eksempel bare velges på sykehus som har lokalsykehusfunksjon innenfor det aktuelle fagområdet.

Eieren av en helseinstitusjon har etter Spesialisthelsetjenesteloven plikt til å gi den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter. Av denne grunn ble det høsten 2001 opprettet et eget nasjonalt senter for fritt sykehusvalg ([www.sykehusvalg.net](http://www.sykehusvalg.net)), der det formidles ulike indikatorer som kan være viktige for pasienter i valg av sykehus. Ventetid er en slik indikator.

Med dette fremstår retten til fritt sykehusvalg som en strategi pasientene kan benytte for å redusere ventetiden. Så langt har imidlertid antall pasienter som har brukt ordningen vært moderat. Det er med andre ord en utfordring å motivere pasientene til å benytte den ledige kapasiteten som faktisk finnes utenfor eget lokalsykehus. I det siste har man også kunnet se at flere institusjoner har gått aktivt ut for å tiltrekke seg pasienter fra andre områder for å fylle opp ledig kapasitet.

De private aktørene på helsemarkedet kan rekruttere pasienter på ulike måter. Helseforetakene har i mange tilfeller inngått avtaler med private klinikker eller spesialister om levering av tjenester. Det kan gjøre det naturlig for allmennlegene å henvise sine pasienter dit direkte, uten å gå veien om helseforetaket. Det er rimelig å anta at de private tilbyderne derfor har økt sin andel i den totale produksjonen av helsetjenester.

Tabell 4.4 viser tall for bruk av sykehus i eget foretak (det vil si det sykehus den enkelte er tilknyttet ut fra bosted), andre foretak i egen region (utenfor eget bosted), foretak i andre regioner, ideelle<sup>18</sup> og kommersielle sykehus.

Tabell 4.4 Antall pasienter behandlet per 1000 innbygger i 2002. Endring 2001-2002. Elektiv kirurgi. Fordelt etter behandlingssted og bostedsregion.

Bostedsregion	Sykehus i eget foretak		Andre foretak i egen region		Foretak i annen region samt ideelle sykehus utenfor RHF		Kommersielle sykehus		Totalt	
	Rate 2002	Endring 2001-2002	Rate 2002	Endring 2001-2002	Rate 2002	Endring 2001-2002	Rate 2002	Endring 2001-2002	Rate 2002	Endring 2001-2002
Helser. Øst	33,5	-0,8	7,0	0,1	7,9	0,6	3,9	1,7	52,2	1,6
Helser. Sør	39,5	1,8	14,1	0,2	3,3	0,2	1,7	1,7	58,6	3,9
Helser. Vest	38,3	-0,3	6,1	0,1	2,0	0,3	0,2	0,2	46,6	0,2
Helser. Midt-Norge	40,8	-0,4	8,1	0,5	2,0	0,2	0,9	0,9	51,9	1,3
Helser. Nord	42,6	1,7	13,1	0,0	3,5	0,7	0,0	0,0	59,1	2,3
Totalt	37,6	0,1	9,0	0,2	4,5	0,4	1,9	1,1	53,0	1,8

Effektene av fritt sykehusvalg ligger innbakt i pasientstrømmene bort fra sykehus i eget foretak. Økningen i disse strømmene kan gi oss en indikator på eventuelle økninger i bruken av fritt sykehusvalg i løpet av året. Tabellen viser at både Helse Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge har nedgang i bruk av "eget" foretak for behandling av elektiv kirurgi fra 2001 til 2002, mens Helse Sør og Nord har en klar vekst. Helse Nord hadde også i utgangspunktet den høyeste raten for pasienter behandlet ved eget foretak. For landet under ett ser vi at både antall som søker behandling ved annet foretak i egen region og antall som søker behandling ved foretak i andre regioner øker mer enn antall behandlede ved eget foretak. Det ser også ut til at strømmen ut av egen helseregion øker sterkere enn strømmen mot andre foretak i egen region. "Rikshospital-effekten" er sannsynligvis ansvarlig for at Helse Øst har en særlig sterk vekst i retning foretak i annen region. Helse Nord har den nest største pasientlekkasjen ut av egen region, og det er også her dette øker mest fra 2001 til 2002. Mellom de andre er det bare små forskjeller. På landsbasis ser det ut til at de største endringene skjer når det gjelder bruk av kommersielle sykehus. Bruken av kommersielle tilbud har en klar Nord-Sør dimensjon. Veksten er særlig sterk i Helse Øst og Sør, svært moderat i Helse Vest, og fraværende i Helse Nord.

<sup>18</sup> Feiringklinikken, Glittreklinikken og Hjertesentret i Oslo

Vår pasientstrømsanalyse kan altså tyde på at det har skjedd en viss økning i bruken av fritt sykehusvalg i 2002. Den sterkeste veksten når det gjelder bruk av sykehus utenfor eget foretak har imidlertid kommet for de kommersielle sykehusene. Dette dreier seg dels om fritt sykehusvalg, og dels om regulære henvisninger. Bruker vi den samlede økningen i antall behandlede pr 1000 utenfor eget sykehus i eget foretak, som en indikator på økningen i bruk av fritt sykehusvalg, finner vi den største økningen i Helse Øst (2,4), deretter kommer Helse Sør (2,1) og Helse Midt-Norge (1,6). Lavest ligger Helse Nord (0,7) og Helse Vest (0,6).

Antall behandlede pasienter innen elektiv kirurgi økte fra 51,2 til 53 pr 1000 innbygger fra 2001 til 2002. Det tilsvarer en prosentvis økning på 3,5. I tabell 4.5 har vi dekomponert denne veksten, slik at vi får et bilde av de relative andelene av veksten på ulike behandlingssteder.

Tabell 4.5 Dekomponering av prosentvis endring (2001-2002) i totalt antall pasienter innen elektiv kirurgi per innbygger på behandlingssted. Etter pasientenes bostedsregion.

Bostedsregion	Sykehus i eget foretak	Andre foretak i egen region	Foretak i annen region samt ideelle sykehus utenfor RHF	Kommersielle sykehus	Totalt
Helseregion Øst	-1,6	0,2	1,1	3,4	3,2
Helseregion Sør	3,4	0,3	0,3	3,1	7,1
Helseregion Vest	-0,7	0,2	0,6	0,4	0,5
Helseregion Midt-Norge	-0,7	0,9	0,5	1,8	2,5
Helseregion Nord	2,9	0,0	1,2	0,0	4,1
Totalt	0,2	0,3	0,8	2,2	3,5

Er det noen sammenheng mellom dette vekstbildet og ventelistesituasjonen i regionene? Er det for eksempel noen sammenheng mellom lange ventelister, veksttakt og bruk av tilbud utenfor eget foretak?

I tabell 4.1, som viser ventetidssituasjonen i regionene, fant vi at Helse Midt-Norge og Helse Nord i utgangspunktet hadde de lengste ventelistene ved inngangen av året. Derfra er det et forholdsvis langt sprang til Helse Sør, fulgt av Helse Vest og Helse Øst. Sammenholder vi dette med tabell 4.5 over, finner vi for eksempel at Helse Nord hadde lange ventelister og en særlig sterk vekst i bruken av egne sykehus i eget foretak. Helse Vest på sin side hadde moderate ventelister og svak aktivitetsvekst. Helse Sør hadde derimot moderate ventelister, men den absolutt sterkeste aktivitetsveksten – med sterk vekst både ved egne sykehus og i bruk av kommersielle sykehus. Helse Midt-Norge, som utgangspunktet hadde de absolutt største ventelistene, hadde den største delen av sin samlede vekst ved private tilbud. Samlet sett er det vanskelig å spore systematiske sammenhenger mellom ventelistesituasjon og aktivitetsutvikling.

#### 4.7 Kjøp av helsetjenester i utlandet

Ordningen kjøp av helsetjenester i utlandet ble etablert ved inngangen av året 2001, etter at Stortinget hadde bevilget 1 milliard oljekroner for å gi langtidsventere ved norske sykehus et behandlingstilbud. Ordningen ble avvirket ved årsskiftet 2002/2003. RTV administrerte ordningen.

Utløsning av støtte til behandling ved utenlandske sykehus var basert på at legene ved pasientens norske sykehus valgte ut pasienter som ble vurdert relevante for behandling ved et av de aktuelle utenlandske sykehusene, og formidlet en søknad til RTV. Ordningen hvilte dermed tungt på legenes initiativ i det enkelte tilfelle. Ved mange sykehus var det imidlertid

betydelig skepsis mot ordningen i de kliniske miljøene (Botten m.fl 2001, Paulsen og Johnsen 2001), og en konsekvens av det er at befolkningen i ulike deler av landet hadde svært ulike sjanser til å nyte godt av dette tilbudet.

Vår analyse er basert på data fra RTVs sentrale register. Totalt inneholder registret 10 000 pasienter, den første registreringen ble gjort 22 mars 2001. Det betyr at ordningen i praksis var operativ i vel 9 måneder første år, og alle årets 12 måneder i 2002. Ikke alle takket ja til tilbudet om utenlandsbehandling, slik at det faktiske antall behandlede pasienter er betydelig lavere enn 10 000.

Sykehusene henviste i alt 3 644 pasienter i løpet av de ni månedene ordningen var operativ i 2001. Bare 2 114 av disse rakk å få gjennomført behandlingen innen utgangen av året. Til sammenligning ble i alt 5 504 pasienter henvist i 2002, og i alt 5 090 fikk gjennomført behandling. Forskjellen mellom antall henviste og antall behandlede utgjør totalt sett rundt 10 prosent. Avviket henger blant annet sammen med at en del av pasientene ombestemte seg og takket nei når de fikk et konkret tilbud.

Aktiviteten samlet sett er betydelig større i 2002 enn i 2001, også dersom vi justerer for det forhold at pasientbroen ikke var operativ de tre første månedene i 2001. I gjennomsnitt ble det henvist 405 pasienter per måned i 2001, mens det tilsvarende tallet for 2002 er 459. Det representerer en økning på 13 prosent. Den spesielle situasjonen i oppstartåret gjør det lite hensiktsmessig å bruke data fra 2001. Vi vil derfor basere diskusjonen på data fra driftsåret 2002, og undersøke om det er systematiske forskjeller regionene imellom med hensyn til i hvilken grad dette tiltaket ble tatt i bruk. Først skal vi se nærmere på hvilke pasientgrupper ordningen "Kjøp av helsetjenester i utlandet" i første rekke ga et behandlingstilbud til.

#### 4.7.1 Viktigste pasientgrupper

"Pasientbroen" skulle være et tilbud til "de som har stått uakseptabelt lenge på venteliste". Langstidsventerne er pasienter med lidelser som ikke er av en slik art at de av medisinske eller sosiale grunner blir prioritert – og derfor stadig blir forbigått av pasienter med mer presserende behov. Tabell 4.6 viser hvordan de som fikk behandling ved utenlandske sykehus i 2002 fordeler seg på medisinske fagområder.

Tabell 4.6 Pasienter behandlet ved utenlandske sykehus i 2002 etter medisinske fagområder. Prosentvis fordeling. Absolutte tall i parentes. N=5 090.

Sykdomsgruppe	Prosent (antall)
Sykdommer i muskel/skjelett/bindevev	27,0 (1375)
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	18,3 (934)
Sykdommer i urin og kjønnsorganer	11,5 (584)
Sykdommer i nervesystemet	8,9 (452)
Sykdommer i åndedrettssystemet	5,1 (258)
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	4,4 (222)
Sykdommer i hud og underhud	4,1 (210)
Skader/forgiftninger	3,4 (172)
Andre	15,0 (764)
Data mangler	2,3 (119)
<b>Totalt</b>	<b>100 (5090)</b>

Kilde: RTV

De tre store gruppene er muskel/skjelett, sirkulasjonssykdommer, og sykdommer i urin- og kjønnsorganer. Blant muskel/skjelett-lidelsene dreier det seg ofte om problemer i rygg,

skuldre, hofter eller kne/legg. Blant sirkulasjonssykdommene utgjør åreknuter vel halvparten, og i den siste gruppen utgjør hypertrofi av bryst nesten 90 prosent.

Tabell 4.7 Viktigste fagområder etter region. 2002. Prosentvis fordeling. Absolutte tall i parentes. N=4 997.

Region	Fagområder				Totalt
	Muskel/skjelett	Sirkulasjon	Urin/kjønnsorganer	Annet	
Øst	26,2 (528)	15,7 (316)	13,1 (264)	44,9 (904)	100,0 (2012)
Sør	19,9 (186)	26,9 (252)	12,9 (121)	40,3 (378)	100,0 (937)
Vest	38,5 (297)	6,9 (53)	3,2 (25)	51,4 (397)	100,0 (772)
Midt-Norge	28,6 (289)	29,1 (294)	9,3 (94)	33,0 (334)	100,0 (1011)
Nord	23,8 (63)	1,5 (4)	23,8 (63)	50,9 (135)	100,0 (265)
Alle	27,3 (1363)	18,4 (919)	11,3 (567)	43,0 (2148)	100,0 (4997)

Kilde: RTV

Tabell 4.7 viser hvordan pasientsammensetningen varierer mellom regionene, med utgangspunkt i de tre største gruppene nevnt over. Alle har et stort innslag av muskel-skjelett sykdommer blant utenlandspasientene. Variasjonen ser ut til å være størst når det gjelder pasienter med sirkulasjonssykdommer. Mens Midt-Norge sendte nesten 300 slike pasienter til utlandet, kom det bare 4 fra Region Nord. Helse Vest ser ut til å ha satset særlig sterkt på muskel-skjelett sykdommene.

#### 4.7.2 Ventetidsvariasjoner og kjøp av helsetjenester i utlandet

Kjøp av helsetjenester i utlandet er tenkt som et særskilt tiltak for pasienter som har stått uakseptabelt lenge på venteliste ved norske sykehus. På den bakgrunn er det rimelig å forvente at de mest aktive brukerne av dette tilbudet er de foretakene som i utgangspunktet har de lengste ventetidene.

De aller fleste av elektive pasienter venter på operasjoner. Med utgangspunkt i vårt gjennomsnittsmål for ventetid på elektive operasjoner skal vi se nærmere på totalsituasjonen i regionene, og undersøke forholdet mellom ventetider og bruk av utenlandsbehandling. Ut fra tiltakets intensjon kan vi altså forvente at bruken er størst der vi har de lengste gjennomsnittlige ventetidene. Som indikator på ventetidssituasjonen bruker vi her median ventetid for elektiv kirurgi, målt i antall dager. Tabell 4.8 viser hvordan median ventetid og antall utenlandsbehandlede pasienter per 1000 innbygger varierte på region og fylkesnivå 2002.



Tabell 4.8 Antall pasienter behandlet ved kjøp av helsetjenester i utlandet per 1000 innbygger 2002. Median ventetid (antall dager) for elektiv kirurgi, 1 januar 2002. Etter bostedsregion og fylke.

Bostedsregion	Antall pasienter behandlet i utlandet per 1000 innbyggere	Ventetid elektiv kirurgi
Østfold	4,04	111
Akershus	0,67	76
Oslo	0,63	63
Hedmark	0,47	60
Oppland	1,42	81
<b>Helse Øst</b>	1,25	76
Buskerud	0,69	75
Vestfold	1,40	91
Telemark	0,65	97
Aust-Agder	0,76	56
Vest-Agder	1,79	59
<b>Helse Sør</b>	1,06	80
Rogaland	0,58	98
Hordaland	1,18	111
Sogn og Fjordane	0,28	66
<b>Helse Vest</b>	0,83	97
Møre og Romsdal	0,70	138
Sør-Trøndelag	2,10	136
Nord-Trøndelag	2,21	133
<b>Helse Midt-Norge</b>	1,59	136
Nordland	0,53	82
Troms	0,57	83
Finnmark	0,69	91
<b>Helse Nord</b>	0,57	84
Alle regioner	1,11	90

Kilde: RTV og NPR

Ser vi isolert på regionnivået finner vi at Helse Midt-Norge utmerker seg med både lengst ventetid og høyeste antall pasienter behandlet ved hjelp av utenlandsmilliarden. Bortsett fra dette er det lite som tyder på at det er noen sammenheng mellom ventelistesituasjonen og kjøp av helsetjenester i utlandet.

Er det slik at de gjennomsnittsbeskrivelsene som fremkommer på regionnivå er representative for alle enkeltforetak i regionen – eller finner vi variasjon også innen den enkelte region? Med andre ord: er det mønstret vi har sett bestemt av en overordnet venteliste-strategi på regionplan – eller er det slik at det først og fremst er det som skjer i de enkelte foretak som bestemmer hvor aktivt man følger opp dette tiltaket? Variasjonen på fylkesnivå gir oss en indikasjon på dette. Tabellen viser at variasjonen innen regionene er store. Ser vi på Region Øst finner vi eksempler både på høyeste og tilnærmet laveste bruksrate for utenlandsopphold. Variasjonen er stor i alle regioner unntatt Helse Nord, som ser ut til å ha et konsekvent lavt bruksnivå.

Bildet som fremkommer gir lite støtte til en antagelse om at bruken av utenlandsmilliarden er bestemt av regionale strategier – kanskje med unntak av Helse Midt-Norge. Det ser ut til at bruken av utenlandsmilliarden først og fremst er bestemt av det som skjer på lavere nivå:

i det enkelte sykehus. Her kan mange forhold spille inn. Som nevnt fikk dette tiltaket en svært blandet mottakelse i de kliniske miljøene. Det er rimelig å tro at dette kan ha bidratt til at det ikke nådde fram til mange av pasientene på ventelister ved mange ventetidsbelastede avdelinger.

Tabellen gir få holdepunkter for antagelsen om en generell sammenheng mellom ventetider for elektiv kirurgi og bruk av utenlandsbehandling. Det styrker antagelsen om at de viktigste forklaringene på bruk/ikke-bruk av dette tilbudet må knyttes til holdninger i de kliniske miljøene i de enkelte institusjonene – uavhengig av ventelistesituasjonen og eventuelle strategier på regionalt foretaksnivå.

#### 4.8 Trygdeetatens kjøp av helsetjenester til langtidssykmeldte

Gjennom ordningen "Kjøp av helsetjenester" kan trygdeverket gi et tilbud til langtidssykmeldte, ved å kjøpe behandling der det finnes ledig kapasitet i det offentlige helsevesenet eller hos private tilbydere. I dette avsnittet skal vi undersøke om det er sammenhenger mellom bruk av ordningen og trekk ved ventelistesituasjonen i ulike deler av landet.

Diskusjon bygger på data fra RTVs årsberetninger om ordningen for årene 2001 og 2002, basert på fylkestrygdkontorenes rapporter. At NPR-data ikke benyttes i denne sammenhengen skyldes at Norsk Pasientregister ikke har komplette data fra de private klinikkene, som er viktige avtalepartnere for Trygdeverket ved kjøp av helsetjenester innenfor denne ordningen.

Hensikten med ordningen "Kjøp av helsetjenester" er å få folk raskere tilbake i arbeid. Det startet som en prøveordning tidlig på 90-tallet, og ble gjort permanent fra 2001. Ordningen omfattet i utgangspunktet enklere lidelser som kunne behandles poliklinisk, dagkirurgisk eller ved kortvarig innleggelse. Det foreligger ingen systematisk oversikt over hva slags diagnoser som har blitt behandlet under ordningen. RTV skriver imidlertid i sin årsberetning at det anslås at ca 70 prosent av operasjonene gjelder muskel/skjelett-plager, i første rekke operasjoner på skuldre og knær utført dagkirurgisk. I alt 10 403 personer fikk et tilbud gjennom denne ordningen i løpet av året 2002.

I forbindelse med intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble ordningen sommeren 2002 utvidet til å omfatte også kjøp av rene utredninger, kjøp av større operasjoner og kjøp av kortere behandlingsserier for personer med lettere psykiske lidelser. I alt 2 302 personer ble henvist til tilbud innenfor denne utvidede rammen i løpet av siste halvår 2002. Det fremgår av RTVs årsberetning at ikke alle fylker rakk å få på plass avtaler med samarbeidspartnere på alle de aktuelle fagområder i oppstartåret. Vi må derfor anta at på visse felter vil variasjonen være større enn den sannsynligvis ville blitt i et normalt driftsår. Vi har derfor valgt å ikke inkludere de som ble behandlet innenfor den utvidede rammen. Vår diskusjon er derfor begrenset til de 10 403 som ble henvist innenfor området "enklere lidelser."

##### 4.8.1 Flere behandlede og økt bruk av private fra 2001 til 2002

I 2001 ble 7 069 personer henvist til et tilbud gjennom denne ordningen. Det tilsvarende tallet for 2002 er 10 403. Det innebærer en økning på 47 prosent. Ikke alle som ble henvist til ordningen rakk å komme i gang med behandling samme år. Tabell 4.9 viser utviklingen i antall som kom i gang med behandling (utredning/operasjon) ved henholdsvis offentlige institusjoner eller private klinikker i 2001 og 2002.

Tabell 4.9 Antall behandlede pasienter gjennom ordningen "Kjøp av helsetjenester" 2001 og 2002. Fordelt på offentlige institusjoner og private klinikker.

	2001	2002	Økning 2001-2002
Offentlige institusjoner	2 141	2 118	-33
Private klinikker	3 848	6 976	3 128
Alle	5 989	9 094	3 105

Kilde: RTV

Totalt sett økte aktiviteten fra 2001 til 2002 med 3 105 behandlede, tilsvarende 52 prosent av det totale behandlingsvolumet i 2001. Hele veksten skjedde i de private klinikkene, der økningen var på 81 prosent. Tabellen viser at trygdeetatens kjøp av helsetjenester i hovedsak ser ut til å finne kapasitet utenom de statlig eide helseforetakene. På den måten har tiltaket etablert seg som et viktig supplement til den offentlige helsetjenesten.

#### 4.8.2 Region- og fylkesvise variasjoner

Det er fylkestyrgdekontorer som administrerer denne ordningen, og de regionale helseforetakene har derfor ingen formell innflytelse på omfanget av bruken av den. Tabell 4.10 viser hvordan bruken av ordningen varierer på region- og fylkesnivå, sett i forhold til ventetider for elektiv kirurgi ved institusjonene i det aktuelle området.

Tabell 4.10 Antall pasienter som har fått tilbud om behandling gjennom ordningen "Kjøp av helsetjenester", per 1000 innbyggere 2002. Median ventetid (antall dager) for elektiv kirurg per 1 januar 2002. Etter bostedsregion og fylke.

Bostedsregion	Brukere per 1000 innb.	Ventetid, elektiv kirurgi
Østfold	4,51	111
Akershus	0,86	76
Oslo	0,69	63
Hedmark	1,95	60
Oppland	1,84	81
<b>Helse Øst</b>	1,62	76
Buskerud	2,65	75
Vestfold	4,14	91
Telemark	1,77	97
Aust-Agder	0,88	56
Vest-Agder	0,89	59
<b>Helse Sør</b>	2,33	80
Rogaland	2,12	98
Hordaland	2,21	111
Sogn og Fjordane	1,79	66
<b>Helse Vest</b>	2,13	97
Møre og Romsdal	2,56	138
Sør-Trøndelag	4,27	136
Nord-Trøndelag	7,89	133
<b>Helse Midt-Norge</b>	4,34	136
Nordland	0,87	82
Troms	3,20	83
Finmark	4,19	91
<b>Helse Nord</b>	2,16	84
Alle regioner	2,29	90

Kilde: RTV og NPR

Tabellen viser at bruken av ordningen varierer betydelig i landet. Laveste forbruk finner vi i Oslo, der bare 0,69 personer per 1000 innbyggere fikk et slikt tilbud. Den mest aktive bruken finner vi i Nord-Trøndelag, der nesten 8 per 1000 fikk et slikt tilbud. For begge disse fylkenes vedkommende ser det også ut til å være et samsvar mellom ventetider og forbruk. Oslo har lavt forbruk og korte ventetider, mens Nord-Trøndelag utmerker seg med sin plassering i den motsatte enden av skalaen, med lange ventetider og høyt forbruk.

En korrelasjonstest viser signifikant sammenheng mellom ventetider og bruk av ordningen kjøp av helsetjenester når vi tester på samtlige 19 fylker. (Pearsons  $r = 0,771$ , sig.  $p = 0,000$ ). Det ser altså ut til at variasjoner i fylkestrygdkontorenes bruk av denne ordningen langt på vei reflekterer variasjoner i ventetider ved de offentlige sykehusene i fylkene. I lesningen av tabellen er det viktig å ha i mente at helseregionene formelt sett selv ikke har hatt innflytelse på bruken av dette tiltaket, og at eventuelle sammenhenger mellom ventetider og forbruksnivå ikke kan tolkes som uttrykk for at regionene selv har brukt tiltaket aktivt som verktøy i kampen mot ventelistene. Det er fylkestrygdekontorenes vurderinger, basert blant annet på vurdering av ventelistesituasjonen i det enkelte helseforetak, som skal være avgjørende for utløsning av tilbudet til den enkelte sykmeldte.

Tabell 4.11 Trygdens kjøp av helsetjenester per 1000 innbyggere. 2001 og 2002. Endring 2001-2002. Etter bostedsregion.

Bostedsregion	2001	2002	Endring 2001-2002
Helseregion Øst	1,05	1,62	0,57
Helseregion Sør	2,07	2,33	0,26
Helseregion Vest	1,25	2,13	0,88
Helseregion Midt-Norge	2,49	4,34	1,85
Helseregion Nord	1,71	2,16	0,45
Landet	1,56	2,29	0,73

Kilde: RTV

Tabell 4.11 viser utviklingen fra 2001 til 2002. I alle regioner har det vært en økning i bruk av ordningen. Den største veksten har skjedd i region Midt-Norge, som også lå høyest i utgangspunktet. Som vist i tabell 4.10 var det her vi hadde de lengste ventetidene innen elektiv kirurgi. Sammenholder vi disse resultatene med tabell 4.10 er det imidlertid lite som tyder på sammenheng mellom ventetider og veksten i bruk av denne ordningen fra 2001 til 2002.

Vi har tidligere sett at en vesentlig del av henvisningene går til private behandlere, og at det er her hele økningen i aktivitet fra 2001 til 2002 har kommet. Tabell 4.12 viser hvordan andelen som henvises til private behandlere varierer regionene imellom.

Tabell 4.12 Trygdens kjøp av helsetjenester i 2002. Andel av pasientene som behandles utenfor offentlige sykehus. Prosentvis fordeling. Etter region.

Bostedsregion	2002
Helseregion Øst	85,0
Helseregion Sør	71,7
Helseregion Vest	76,0
Helseregion Midt-Norge	86,0
Helseregion Nord	36,0
Landet	76,5

Kilde: RTV

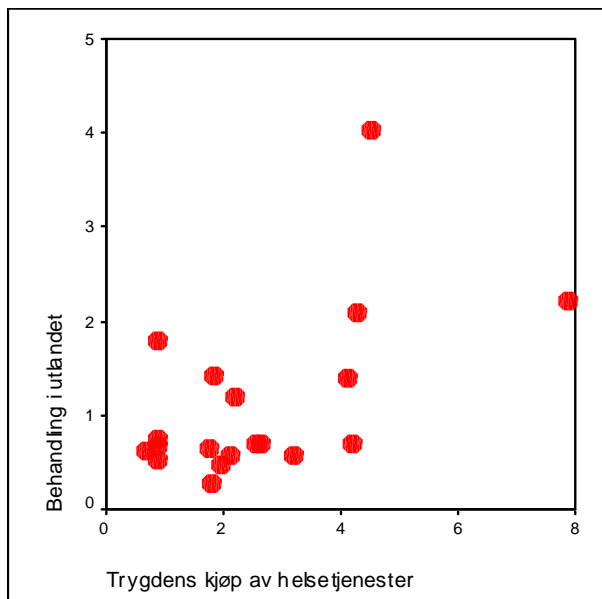
På landsbasis går 76,5 prosent av disse henvisningene til private behandlere. Bortsett fra Helse Nord varierer andelen mellom 71 og 86 prosent. Det bekrefter inntrykket av ordningens karakter av supplement til de offentlige sykehusene. I Helse Nord går bare vel en tredjedel til private behandlere. Vi antar at dette reflekterer at slike tilbud ikke er etablert i samme omfang som i andre landsdeler.

Trygdeverkets kjøp av helsetjenester krever altså lite kapasitet fra de statlige sykehusene, men er primært å forstå som en avlaster for det offentlige, ved at pasientene i praksis hentes ut av sykehusenes ventelister. Betyr det at ordningen er hyppigere brukt der behovet er størst og ventetidene lengst?

Helse Midt-Norge har de lengste ventetidene, det største omfanget på kjøp av helsetjenester, og det største innslaget av private behandlere. I denne regionen kan det altså se ut til at trykket fra ventelistene har utløst høy aktivitet og utnyttelse av private tilbud. Gjør vi tilsvarende sammenlikninger for de andre RHF-ene finner vi imidlertid ingen indikasjoner på tilsvarende og systematiske sammenhenger. Heller ikke på fylkesnivå ser det ut til at det danner seg klare mønstre. En statistisk test viser for eksempel at det ikke er grunnlag for å anta sammenhenger mellom aktiv bruk av private behandlere og lang median ventetid for elektiv kirurgi (som gjelder de fleste av disse pasientene). En annen mulig hypotese er at der det totale nivået på henvisninger er høyest vil man også være mest avhengig av private tilbud. Vi finner imidlertid ingen korrelasjon mellom det totale nivået på antall henvisninger innen ordningen og det prosentvise innslaget av private behandlere. Det er derfor rimelig å anta at den viktigste forklaringen på de ulikheter vi ser er knyttet til variasjoner i tilbudet på private behandlere i de ulike deler av landet, og i mindre grad behov og generelt forbruksnivå.

#### 4.9 Samvariasjon mellom de trygdebaserte ordningene?

De to trygdebaserte ordningene – "pasientbroen" og "sykepengeprosjektet" – rekrutterer sine pasienter på svært ulike måter, administreres av svært ulike instanser, og har ulike formål. Ordningen "Kjøp av helsetjenester" (Sykepengeprosjektet) er fullt ut styrt av Trygdeetaten, som er ansvarlig både for valg av pasienter, og for å inngå avtaler med aktuelle leverandører av tjenester. Vi har sett at selv om disse pasientene i utgangspunktet venter ved offentlige sykehus, har denne ordningen i stigende grad formidlet pasienter til private klinikker. De offentlige helseforetakene har derfor i utgangspunktet ikke formell innflytelse verken på omfang, pasientutvalg eller behandlingssted. Rekruttering av pasienter til ordningen "Kjøp av helsetjenester i utlandet" er derimot helt avhengig av initiativ fra sykehuslegene. Det er opp til legene i sykehusavdelinger med lange ventelister å velge ut pasienter og fremme søknad om refusjon for utenlandsbehandling til RTV. Disse to trygdebaserte ordningene har med andre ord helt ulike rekrutteringsgrunnlag og ulike styringsordninger, og i utgangspunktet er det derfor ikke rimelig å anta noen sammenheng mellom dem. Er det likevel slik at de fylkene som har stort forbruk av den ene typen tjenester også er storforbruker av den andre? Figur 4.3 kan tyde på det.



Figur 4.3 Pasienter som har fått tilbud gjennom ordningen "Kjøp av helsetjenester" og pasienter som har fått behandling i utlandet. Antall pasienter per 1000 innbyggere. Fylkesvis. N=19.

Figur 4.3 viser sammenhengen mellom nivået på forbruk av trygdens kjøp av helsetjenester og sykehusenes kjøp av helsetjenester i utlandet i det enkelte fylke. Figuren tyder på at det er en tendens til at de fylkene som har høyt nivå på den ene også har et høyt forbruk av den andre. En korrelasjonstest bekrefter sammenhengen (Pearsons  $r = 0,553$ , sig.  $p = 0,014$ ).

Hva kan forklare denne sammenhengen? Er det rimelig å anta at dette mønsteret fremkommer ved rene tilfeldigheter – eller kan vi anta at det er en eller annen for forbindelse mellom det som skjer i sykehusene og det som skjer i trygdesektoren? En mulig antakelse er at det skjer en slags "smitteeffekt" mellom ulike typer initiativ. Det har vært mye medieoppmerksomhet rundt arbeidet med ventelistereduksjon. Det kan tenkes at sterk satsing på ventelistereduksjon i et helseforetak kan inspirere trygdeetaten i det samme fylket til å sette ekstra fart i arbeidet med å formidle pasienter til sykehus med kortere ventetider. Høy grad av medieoppmerksomhet, og en generell og felles oppfatning av at ventelistene er for lange, kan altså føre til at det skjer en mobilisering både i sykehus og i trygdesektoren.

#### 4.10 Oppsummering og drøfting: Ulike strategier og ulikt trykk i regionene

Vår drøfting tyder på at alle de regionale helseforetakene har hatt aktive strategier for å forkorte ventetider og redusere antall langtidsventere ved sine sykehus. I alle regionene er antall registrerte ventende redusert, den mediane ventetiden er blitt kortere, og andelen som har ventet mer enn ett år er blitt mindre. Noe av dette kan ganske sikkert tilskrives de anstrengelser som er gjort for å forbedre datakvalitet og gjøre ventelistene mer realistiske. Men vi ser også at de regionale helseforetakene har benyttet ulike strategier for å oppnå en bedre tilgjengelighet for de tradisjonelt lengst ventende pasientgruppene.

Tabell 4.13 oppsummerer variasjonene foretakene imellom ved hjelp av en serie nøkkelindikatorer. I tabellen har vi rangert regionene etter ventelisterstatus i regionen per 1 jan 2002, basert på antall ventende pr 1000 innbyggere. Helse Øst hadde da de korteste, og Helse Midt-Norge de lengste ventelistene. Hver enkelt region er skåret i forhold til gjennomsnittet for samtlige på sentrale nøkkeltall. Verdien "L" ("Lav") betyr under gjennomsnittet for landet. Verdien "H" ("Høy") betyr over. Tabellen kan derfor si oss noe om hvilke av de regionale helseforetakene som har satset mest på ulike tiltak, og hvor bredt det har vært satset.

Og vi får et inntrykk av sammenhengen mellom ventetidsbelastning i utgangspunktet og innsatsprofilen i regionene.

Helse Midt-Norge hadde i utgangspunktet de lengste ventelistene, men har også oppnådd størst reduksjon i løpet av året. Noe av dette kan sikkert tilskrives ventelistrydding – som vi ikke har datamessig grunnlag for å beskrive. Regionen har – relativt sett – en moderat økning i antall behandlede pasienter ved egne foretak, men har utnyttet supplerende tiltak aktivt (pasientbro til utlandet og trygdebaserte kjøp av helsetjenester til langtidssykmeldte). Det har vært en klar økning i bruken av private helsetilbud, selv om denne er mindre enn økningen i Helse Øst og Sør.

Tabell 4.13 Indikatorer på bruk av ulike virkemidler i regionene. Helseregion rangert etter ventelistens omfang 1 jan 2002.

Indikator	Øst	Vest	Sør	Nord	Midt-Norge
Oppnådd reduksjon i venteliste	L	L	H	L	H
Ventelistrydding	-	-	-	-	-
Rekruttering til venteliste	H	L	H	H	L
Økning i behandlingsskapasitet, egne foretak.	L	L	H	H	L
Økning i andel behandlet hos private tilbydere	H	L	H	L	L
Økning i andel pas. benyttet fritt sykehusvalg	H	L	H	L	L
Kjøp av helsetj. i utlandet. Ant pas. per 1000 innb	H	L	L	L	H
Trygdeetatens kjøp av helsetj. Ant pas.per 1000 innb	L	L	H	L	H

Helse Sør hadde også stor tilbakegang på sine ventelister, men ser ut til å ha valgt andre strategier enn Helse Midt-Norge. Helse Sør har klart å øke behandlingsskapasiteten for de aktuelle pasientgruppene relativt mye, og har brukt private tilbydere svært aktivt.

Helse Vest ser ut til å være i en særstilling. Her var det moderate ventelister i utgangspunktet, og reduksjonen i løpet av året har også vært relativt moderat. Helse Vest har ikke spesielt høy utnyttelse av eksterne tilbud. På den andre siden har rekrutteringen til ventelistene vært mindre her enn i andre deler av landet.

I et samlet perspektiv er det klart at ventelistesituasjonen er blitt bedret i løpet av 2002. De nominelle ventelistene ble redusert med 15,4 prosent på landsbasis for de somatiske sykehusene. En betydelig del av dette kan ganske sikkert tilskrives "papireffekter" gjennom administrativ opprydding på ventelistene. Vi har ikke data som er egnet til å anslå omfanget av dette. Vår drøfting tyder imidlertid på at det har skjedd en reell forbedring for de som venter på behandling ved norske sykehus. Det ser ut til å ha skjedd en viss reduksjon i antall nyhenviste som plasseres på ventelistene, først og fremst innen spesialitetene øye og øre/nese/hals. Samtidig har det vært en økning i antall behandlede elektive pasienter innen kirurgiske fagområder. Flere behandles ved andre sykehus enn det som er knyttet til eget bostedsområde, og en økende andel går til private tilbydere. Trygdebaserte ordninger ga i 2002 et viktig økonomisk og kapasitetsmessig supplement til det offentlige tilbudet.

2002 har på mange måter vært et unntaksår og et tilpasningsår. Vi må anta at administrativ opprydding på ventelistene har ført til at vi ved inngangen til 2003 har mer realistiske styringsverktøy på dette området. Pasientbroen til utenlandske sykehus, som ga et supplerende kapasitetsmessig bidrag, er avviklet. På den annen side ser vi at innslaget av kommersielle tilbud øker sterkt. Et interessant spørsmål blir hvordan dette utvikler seg i årene som kommer. Det er ikke urimelig å anta at de vil representere de viktigste alternative veiene til behandling for de tradisjonelt lavest prioriterte pasientgruppene i det offentlige helsevesenet.





## Vedleggstabell: Fagområder

---

### Fagområder

#### *Kirurgi*

- 10 "Generell kirurgi"
  - 20 "Barnekirurgi (<15)"
  - 30 "Gastroenterologisk kirurgi"
  - 40 "Karkirurgi"
  - 60 "Thoraxkirurgi (inkludert hjertekirurgi)"
  - 70 "Urologi"
  - 80 "Kjevekirurgi og munnhulesykdom"
  - 90 "Plastikk-kirurgi"
  - 100 "Nevrokirurgi"
  - 340 "Transplantasjon, utredning og kirurgi"
- 

#### *Ortopedi*

- 50 "Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)"
- 

#### *Medisin*

- 110 "Generell indremedisin"
  - 120 "Blodsykdommer"
  - 130 "Endokrinologi"
  - 140 "Fordøyelsesykdommer"
  - 150 "Hjertesykdommer"
  - 160 "Infeksjonssykdommer"
  - 170 "Lungesykdommer"
  - 180 "Nyresykdommer"
  - 230 "Fysisk medisin og rehabilitering"
  - 240 "Hud og veneriske sykdommer"
- 

#### *Øre-nese-hals- og øyesykdommer*

- 290 "Øre-nese-hals sykdommer"
  - 300 "Øyesykdommer"
- 

#### *Annet*

- 200 "Kvinnesykdommer og elektiv fødeslshjelp"
  - 210 "Anestesiologi"
  - 220 "Barnesykdommer"
  - 250 "Nevrologi"
  - 260 "Klinisk nevrofysiologi"
  - 280 "Ikke-kirurgisk kreftbehandling"
  - 310 "Psykisk helsevern barn og unge"
  - 320 "Psykisk helsevern voksne"
  - 330 "Yrkes- og arbeidsmedisin"
  - 190 "Revmatiske sykdommer"
  - 0 "Ubestemt fagområde"
-



## 5 Kvalitet på sykehustjenestene – nasjonal og regional satsing

Birgitte Kalseth

### 5.1 Kvalitet – et økende kunnskapsbehov

Kvalitetsarbeid består av en rekke prosesser og tiltak og kan defineres snevert eller vidt, alt etter hvilket perspektiv man inntar. Innholdet kan også endres over tid. Innholdet og målsettinger i kvalitetsutviklingsarbeidet er delvis gitt gjennom lovverk og nasjonale strategier og prioriteringer. Statens forventninger til de regionale helseforetakene konkretiseres i styringsdokumenter fra staten. RHF-enes krav til det enkelte helseforetak framsettes vanligvis i ulike former for styringsdokumenter, som foretaksplaner eller egne styringsdokumenter til det enkelte foretak fra RHF-nivå. Reformen har medført et større krav til dokumentasjon av kvalitetsutviklingsarbeid og kvalitetsnivå ved sykehusene.

Fokus på kvalitet har alltid vært sentralt i helsetjenesten. Det nye det siste tiåret, her i Norge, er en økende interesse for eksterne målinger og sammenligninger av kvalitet også utenfor de rent medisinsk-faglige miljøene. Kvalitetsaspekter ved tjenestetilbudet skal inngå som styringsinformasjon for ledere på linje med andre data som omhandler kostnadseffektivitet, produktivitet og tilgjengelighet. En større vektlegging av åpenhet og brukerinnflytelse gjør også informasjon om kvalitet viktig som publikumsinformasjon. En sentral forutsetning for at dokumentasjon og målinger kan gjennomføres er implementering av registrerings-systemer som gir økt tilgang til data. Oppmerksomheten rundt kvalitetsforbedringsarbeid og bruk av kvalitetsindikatorer her i Norge er en del av en internasjonal trend. Mange land har utviklet nasjonale rammeverk for kvalitetsarbeidet og måling av kvalitet (Socialstyrelsen 2001, 2003, NHS Executive 1998, Huartado, Swift og Corrigan 2001). Innhold og strategier varierer imidlertid fra land til land.

Statlig overtakelse av sykehusene har muliggjort en større samordning og mer overordnet tilrettelegging av kvalitetsutvikling og dokumentasjon av kvalitetsaspekter ved spesialisthelsetjenesten.

I dette kapitlet beskrives sentrale nasjonale strategier for kvalitetsutvikling i helsesektoren fra midten av 1990-tallet og regionale tiltak for kvalitetsutvikling og kvalitetsmåling i sykehussektoren etter foretaksreformen. Informasjon om regionale strategier og tiltak er utarbeidet i samarbeid med regionene selv.

I september 2003 ble det for første gang publisert nasjonale kvalitetsindikatorer for sykehusene i Norge. Noen av indikatorene som inngår i dette systemet vil også presenteres i dette kapitlet, med vekt på å beskrive variasjoner nasjonalt og regionalt, og å diskutere noen utfordringer med ekstern publisering av kvalitetsindikatorer.

### 5.2 Et lite tilbakeblikk på nasjonale prosesser

I 1995 lanserte Sosial- og helsedepartementet for første gang en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten som skulle gjelde for perioden 1995 til 2000 (Sosial- og helse-

departementet og Statens helsetilsyn 1995). Denne hadde sitt utspring i Verdens helseorganisasjon sin strategi "Helse for alle år 2000". Statens helsetilsyn var ansvarlig for gjennomføringen av det nasjonale prosjektet. Det overordnede målet med strategien var at alle virksomheter i norsk helsetjeneste skulle ha etablert helhetlige internkontroll-/ kvalitets-systemer innen år 2000. De viktigste deloppgavene besto i følgende;

- informasjon og veiledningsvirksomhet
- systematisering av regelverk
- gjennomføre kvalitetsrådgiverprogram for henholdsvis sykehus og kommunehelsetjeneste
- gjennomføre kvalitetsutviklingsprosjekter i helsetjenesten
- arbeide med kvalitetsutvikling i helsefaglig utdanning
- igangsette gjennombruddsprosjekter
- kvalitetsutvikling i psykiatrien
- lov og forskriftsverk
- nasjonale meldeordninger for avvikshendelser
- kvalitetsindikatorer
- kliniske retningslinjer for primærhelsetjenesten

En evaluering av strategien (Statens Helsetilsyn 2002) viser at mange av tiltakene har vært vellykkede, men at strategiplanen totalt sett var for ambisiøs. Sykehusene har imidlertid kommet lenger enn kommunehelsetjenesten i å oppfylle planens målsetting om etablering av helhetlige internkontrollsystemer.

Det ble gjennom prosjektet gitt støtte til en rekke tiltak innenfor de ulike punktene nevnt ovenfor. Noen av disse hadde som mål å oppnå kvalitetsforbedring innen spesifikke fagområder. Her kan spesielt nevnes de såkalte "gjennombruddsprosjektene" i regi av legeforeningen. Fram til i dag har foreningen hatt ansvar for fire slike prosjekter. Disse omhandler bruk av keisersnitt, reduksjon av respirasjonstid, bruk av tvang i psykiatri og til sist diagnostisering og behandling av alvorlige stemningslidelser. Gjennombruddsmetoden er beregnet på forbedringsprosjekter i medisinsk praksis og er basert på det som kalles "kvalitetshjulet" (Plan-Do-Study-Act). Dette er en systematisk metode for å oppnå kvalitetsforbedring hvor det skal formuleres klare mål, utarbeides detaljert fremdriftsplan og måloppnåelsen skal dokumenteres skriftlig ved hjelp av enkel statistisk prosess-kontroll<sup>19</sup>.

Det norske Veritas gjennomførte i tidsrommet 1994 til 1996 et kvalitetsrådgiverprogram i sykehus under ledelse av Helsetilsynet. I forlengelsen av dette, samarbeidet direktørene ved regionsykehusene og Sentralsykehuset i Vest – Agder (VAS) om et prosjekt som fikk navnet "Kvalitetsutvikling i helseregionene". Prosjektet hadde som en av sine oppgaver å utvikle et felles sett med kvalitetsindikatorer. Resultatet ble kravspesifikasjoner for utvikling av fem indikatorer. Disse var: prevalens av sykehusinfeksjoner, epikrisetid, turnover av ansatte, avvik i administrasjon av legemiddel i forhold til ordinasjon og strykninger på operasjonsprogrammet. Prosjektet utarbeidet i alt fem veiledere: "Utvikling av kvalitetsindikatorer i sykehus", "Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner- til deg som leder", "Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner- til deg som tilrettelegger", "Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner- til deg som medarbeider", og "Internevaluering og systemrevisjon". Prosjektet fikk støtte gjennom det nasjonale strategiprogrammet for kvalitetsutvikling. Prosjektet ble avsluttet i 1998.

I 1999 nedsatte Sosial- og helsedepartementet i samråd med Kommunenes sentralforbund en arbeidsgruppe som skulle komme med forslag til utvikling av nasjonale kvalitetsindika-

---

<sup>19</sup> Se beskrivelse på legeforeningens hjemmeside <http://www.legeforeningen.no>.

terer på kort og lang sikt. Samtidig ble det nedsatt en arbeidsgruppe som skulle anbefale en prosess i forhold til utvikling av medisinske kvalitetsregistre. Arbeidsgruppene la frem hver sin rapport i 2001. Disse ble sendt på høring. Noen av indikatorene fra regionsykehusprosjektet var inkludert i arbeidsgruppens forlag til indikatorer.

Sosial og helsedirektoratet fulgte opp forslagene i "Rapport fra arbeidsgruppen for utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus" i 2002, noe som førte til nedsettelse av to nye arbeidsgrupper. Den ene fikk som oppgave å arbeide med standardisering og videreutvikling av indikatorene. Den andre gruppe skulle komme med råd om bruken av indikatorene, slik som publiseringsform og innhold. Disse gruppene er fortsatt i arbeid.

Samtidig med disse prosessene kom sykehusreformen som trådte i kraft første januar 2002. I rapporten "*Sykehusreformen- noen eierperspektiver*" gjør eieren (staten) rede for grunnlaget for reformen og prioriterte tiltak (Sosial-og helsedepartementet 2001a). Eier tar utgangspunkt i at de overordnede helsepolitiske målsettinger ligger fast og at disse skal prege de regionale foretakenes disposisjoner og prioriteringer. De viktigste tiltakene er også nedfelt i kapittel 2.7 i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). "*Om lov om helseforetak m.m.*". Kvalitetsutvikling og kvalitetsevaluering framheves som en viktig oppgave. Både objektive og subjektive vurderinger av kvalitet inngår som en del av dette.

*"God kvalitet sikres ved å avveie brukernes egne vurderinger av kvalitet med faglige og kunnskapsbaserte analyser og vurderinger av tjenestens kvalitet".* (Ot.prp. nr. 66 kapittel 2.7, Sosial- og helsedepartementet 2001a s.11)

Det framheves videre at helsetjenestens hovedoppgave er å finne effektive tiltak på befolkningens helseproblemer. Samtidig er det viktig å strukturere tjenestene slik at sjansen for feil og avvik minimaliseres og å måle og sammenligne medisinske resultater (Helsedepartementet 2001a). Videre bør det bygges opp systemer for løpende informasjon. Disse skal være grunnlag for styringsinformasjon for foretakene og staten, slik at eierrollen kan ivaretas på en god måte. De viktigste virkemidlene i dette er å prioritere videreutvikling av kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistre og avviksregistrering.

Videre sies det

*"Det forutsettes at de regionale foretakene jevnlig etterspør rapporter om behandlingskvalitet og pasienttilfredshet på lik linje med økonomi, produksjon, ressursutnyttelse osv. Videre må de regionale helseforetakene påse at helseforetakene har systemer for å måle og overvåke kvalitet og håndtere avvik fra etablerte standarder"* (Sosial- og helsedepartementet 2001a, s.13).

Høsten 2003 ble en ny strategi for sosial- og helsetjenesten sendt ut på høring (Sosial- og helsedirektoratet 2003a). I denne skisseres seks overordnede målsettinger i forhold til kvalitet.

- virkningsfulle tiltak
- trygge tjenester
- brukermedvirkning
- god samordning og kontinuitet i tjenesten
- god ressursutnyttelse
- rettferdig fordeling

Den forrige strategien hadde først og fremst et systemfokus og et relativt avgrenset syn på kvalitetsutvikling. Den nye strategien har et bredere perspektiv ved å inkludere både helse og sosialtjenestene og er langt mer åpen i sitt tilfang av verdier, perspektiv, metoder og teknikker<sup>20</sup>. Den fokuserer både på kvalitetssikring og forbedring, både system og ut-

<sup>20</sup> Forskjeller mellom den forrige strategien og den nye er etter forespørsel skissert av Frode Forland i notat fra Sosial- og helsedirektoratet datert 12.11.2003.

øver/leder, stor grad av brukermedvirkning og vektlegging av forankring i tjenesten. Virkemidler som vil få stor prioritet i den nye strategien er blant annet; i) *fokus på møte mellom bruker og utøver* og styrking av brukeren ved å invitere til medvirkning fra brukere og utøvere i alle ledd, ii) *bedre utøverens beslutninger og praksis* ved å styrke det faglige innholdet i tjenestene, iii) *bedre ledelse og organisasjon*- skape sammenheng og helhet, iv) *inkludere forbedringskunnskap i utdanningene*, v) *evaluere og forbedre tjenestene kontinuerlig* og vi) *konkretisere kvalitetsbegrepet* for praksisfeltet

Utgangspunktet for dette kapitlet var å se på utvikling av systemer for å evaluere kvaliteten på sykehustjenestene, med en spesiell fokus på kvalitetsindikatorer. Monitorering og evaluering av tjenestene har en klart større plass i den nye strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestene. Det videre arbeid med nasjonale kvalitetsindikatorer vil derfor ha en forankring i den nye strategien.

Fra og med 2003 har Sosial og helsedirektoratet bedt alle helseforetakene om å rapportere data til et sett med indikatorer som er ment å kunne relateres til kvaliteten på levering av helsetjenester. Formålet er tredelt; det skal gi grunnlag for intern kvalitetsutvikling ved sykehusene, det skal gi ledere i helsetjenesten og forvaltningen bedre styringsinformasjon, og det skal gi henvisende leger, pasienter og publikum informasjon om kvalitative sider ved sykehusene. Følgende indikatorer er foreløpig inkludert i det nasjonale kvalitetsindikatorsettet for 2003:

- andel korridorpasienter
- tid fra pasienten er skrevet ut til epikrise er sendt (epikrisetid)
- preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd
- andel sykehusinfeksjoner
- pasienterfaringer (ulike forhold)
- andel tvangsinnleggelser ved psykiatriske institusjoner

Ventetid er i tillegg en overordnet indikator som det har vært etablert rapporteringssystem for i lengre tid. Vi vil senere i kapitlet se på resultatene fra de første rapporteringer på indikatorene for somatiske sykehus.

### 5.3 Om kvalitet i styringsdokumentene til regionale foretak 2002 og 2003

2002 var det første driftsåret etter sykehusreformen. De regionale helseforetakene hadde mange utfordringer og prosesser som skulle etableres. I styringsdokumentene for 2002 gir staten noen overordnede føringer for arbeidet med kvalitet. Det signaliseres at det skal bygges opp systemer som fanger opp både brukerperspektiv, fagperspektiv og ledersperspektiv. Fjerning av korridorpasienter, forebygging av sykehusinfeksjoner, brukerundersøkelser og reduksjon av ventelister/ventetid nevnes særskilt. Arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer nevnes, men det var på det tidspunkt ikke noe pålegg om rapportering. Helseregionene ble bedt om å gi årlig rapportering av virksomheten, herunder status for kvalitet, resultater av behandling og ventetider/ventelister.

I styringsdokumentene for 2003 framheves at arbeidet med kvalitet, prioritering og metodevurdering skal vektlegges. Innholdet i årlige meldinger konkretiseres ytterligere til å skulle spesifisere strategi, hovedtiltak og effekter av arbeidet med i) reduksjon av ventetider, ii) fjerning av overbelegg og korridorpasienter, iii) individuell fastsetting av frist for nødvendig helsehjelp, iv) reduksjon i ventetider internt i sykehusene og v) samarbeid med primærhelsetjenesten. Videre er helseforetakene pliktige til å rapportere på nasjonale kvalitetsindikatorer og det forutsettes at foretakene bidrar i oppbyggingen av kliniske kvalitetsregistre. Det listes opp en rekke forhold som skal være under særskilt styringsmessig fokus i 2003. I denne sammenheng vil vi spesielt framheve disse:

- *kvalitet, prioriteringer og metodevurdering* (det skal gis årlig orientering om strategi, hovedtiltak og effekter av dette arbeidet)
- *ventetider og korridorpasienter* (ingen skal vente mer enn ett år, fjerning av overbelegg og korridorpasienter)
- *samarbeid med primærhelsetjenesten* (det skal redegjøres for arbeidet gjennom årlig melding)

Det presiseres at foretakene har et selvstendig ansvar for den faglige kvaliteten i sitt arbeid. De sentrale myndigheter vil først og fremst bidra med retningslinjer og veiledning i dette arbeidet.

## 5.4 Kvalitetsstrategi i de regionale helseforetakene

Det er rimelig å forvente at de første årene med ny struktur preges mer av planlegging og strategi i forhold til kvalitetsforbedring enn av konkrete tiltak. Myndighetene ga i sine styringsdokumenter til regionene for 2002 og 2003 noen overordnede føringer for kvalitetsarbeidet, men ga også klare signaler om enkelte områder som skulle følges opp i disse årene. Vi vil kort oppsummere de regionale helseforetakenes oppfølging av statens føringer og status for kvalitetsarbeidet. Oppsummeringen er basert på tilgjengelige offentlige dokumenter, som styringsbrev, foretaksplaner mm, men mest på skriftlige innspill fra regionene selv. Disse ligger som vedlegg til kapitlet.

Oppgave nummer en for helseforetakene den første perioden etter reformen var rydding og reduksjon i ventelister og ventetid, noe som også har gitt positive resultater i form av en reduksjon i registrerte ventere og kortere gjennomsnittlig ventetid. Størrelsen på ventetidsreduksjoner og behandlingsvolum, og årsakene til reduksjoner i ventelister og ventetid diskuteres i kapittel 5, og vil ikke bli nærmere beskrevet her.

Alle regionale helseforetak har utarbeidet eller er i ferd med å utarbeide en overordnet strategi som innbefatter området kvalitet. Inkludert i disse er ulike verktøy som kan gi RHF-ene indikasjoner på kvalitetsrelaterte egenskaper ved helsetjenesten. I dette inngår standardiserte målinger av bestemte forhold (kvalitetsindikatorer), bruk av tilsynsrapporter, praksisevalueringer, utvikling av faglige retningslinjer mm. Alle regioner har gjennomført standardiserte undersøkelser av pasientenes erfaringer med sykehusene. Samtlige regioner deltar dessuten i det nasjonale kvalitetsindikatorprosjektet gjennom deltakelse i arbeidsgrupper og innrapportering av data fra foretakene. Generelt sett står kvalitet høyt på dagsorden rundt i regionene og rammeverket for et langsiktig og godt kvalitetsarbeid begynner å ta form. Utfordringen i fortsettelsen vil ligge i det enkelte foretak sine rammebetingelser for å følge opp regionale og nasjonale målsettinger.

### 5.4.1 Kort om status for overordnet kvalitetsstrategi i den enkelte region

Helse Nord vedtok i 2002 en strategisk plan for virksomheten. Herunder inngikk en overordnet strategisk plan for kunnskap, kvalitet og læring. Sentrale målsettinger i denne er å gi et behandlingstilbud som holder god internasjonal standard og få etablert en evaluerende kultur basert på kunnskap om beste praksis og dokumentasjon av egen virksomhet. I samarbeid med Universitetet i Tromsø er nå et senter for klinisk dokumentasjon og evaluering under etablering. Hensikten er å utvikle kunnskap som kan bidra til å forbedre den totale kvaliteten på tjenestene. Helse Nord har i 2003 arbeidet med innkjøp av et felles kvalitetsystem som inkluderer krav om ISO 9001:2000 standard.

Strategisk plan for kvalitetsarbeidet er nå under utarbeidelse i Helse Midt-Norge. RHF-et har hovedfokus på utvikling, innarbeiding og bruk av ulike indikatorer på kvalitet. I tillegg vektlegges utvikling av medisinske kvalitetsregistre og utvikling av ny kunnskap gjennom forskning. Helse Midt-Norge har delt ut 16 forskningsstipender på prioriterte områder. Regionen var den første til å innføre individuelle behandlingsfrister.

I Helse Vest inngår kvalitetsdimensjonen i den overordnede foretaksplanen, hvor pasienttilfredshet og behandlingskvalitet er ett av fem satsingsområder. Det er et mål at behandlingskvalitet og pasienttilfredshet blir målt gjennom systematiske undersøkelser basert på anerkjente indikatorer og standarder. Kvalitet, prioritering og metodevurdering prioriteres i 2003, blant annet gjennom et samarbeid med Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) og gjennom etablering av arbeidsgruppe som skal foregripe og kvalitetssikre nye behandlingsmetoder før de tas i bruk. Det satses generelt på utarbeiding av faglige retningslinjer, utvikling av fagnettverk, videreføring av rapportering på regionale og nasjonale kvalitetsindikatorer og gjennomføring av pasienterfarings-undersøkelser.

Helse Sør brukte 2002 til å utvikle en langsiktig strategi for virksomheten, hvor kvalitet inngår som et viktig område. Målsettinger innen spesifikke områder er gitt gjennom et overordnet strategidokument (Resept 2006) og foretaksplanen for 2003. Strategiplanen er basert på fire hovedområder; pasienter/pårørende, ansatte, eiere, og til slutt forskning, utvikling og undervisning. Det er etablert en rekke styringsindikatorer innenfor fokusområdene, hvor kvalitet inngår som en viktig dimensjon.

Helse Øst har vedtatt en felles Strategisk fokus med overordnede mål for alle virksomheter i helseregionen. Arbeidet i Helse Øst er basert på fire gjennomgående suksesskriterier; økt tilgjengelighet og likeverdige tilbud, økt kvalitet og større pasienttilfredshet, bedre ressursutnyttelse og effektivitet og større valgfrihet og bedre kapasitetsutnyttelse. Helse Øst har vedtatt utvikling av et helhetlig kvalitetssystem som omfatter både den helsefaglige og administrative virksomheten basert kvalitetskravene i ISO 9001-standarden. Det er opp til det enkelte foretak om man ønsker en sertifisering i henhold til dette.

#### 5.4.2 Oversikt over nasjonale og regionale kvalitetsindikatorer for somatisk spesialisthelsetjeneste

Alle regionene rapporterer data til det nasjonale indikatorprosjektet og alle regioner har gjennomført pasienterfaringsundersøkelser. Som skissert i forrige avsnitt arbeider regionene med egne styringssystemer hvor det også kan inngå andre og flere indikatorer enn de nasjonale.

##### *Nasjonale indikatorer for somatisk spesialisthelsetjeneste*

- andel korridorpasienter
- andel epikriser sendt inne 7 dager etter utskrivning
- preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd (andel operert innen 48 timer)
- andel sykehusinfeksjoner
- pasienterfaringer (standard, organisering, personalet, informasjon)
- ventetid til elektiv behandling

Nedenfor skisseres RHF-enes styringsindikatorer som er mest relevante i kvalitetssammenheng. (N) angir at det også er en indikator som brukes på nasjonal nivå.



*Helse Nord*

Foretakenes rapportering til RHF og/eller indikatorer i bruk:

- korridorpasienter (N)
- epikrisetid (N)
- andel sykehusinfeksjoner (N)
- ventetid lårhalsbrudd (N)
- pasienterfaringer (N)
- ventetid (N)

*Helse Midt-Norge RHF*

Foretakenes rapportering til RHF og/eller indikatorer i bruk:

- korridorpasienter (N)
- epikrisetid (N)
- andel sykehusinfeksjoner (N)
- ventetid lårhalsbrudd (N)
- pasienterfaringer (N)
- ventetid (N)
- venteliste
- andel elektroniske epikriser

Andre relaterte indikatorer:

- arbeidsmiljøindikatorer
- indikatorer på forskningsaktivitet

*Helse Vest*

Foretakenes rapportering til RHF og/eller indikatorer i bruk:

- korridorpasienter (N)
- epikrisetid (N)
- andel sykehusinfeksjoner (N)
- ventetid lårhalsbrudd (N)
- pasienterfaringer (N)
- ventetid (N)
- overbelegg
- dødelighet for lårhalsbrudd og hjerteinfarkt,
- ventetid før primærbehandling tykktarm-endetarmskreft og
- reinnleggelser for diagnosegruppen KOLS

Andre relaterte indikatorer:

- medarbeidertilfredshet

*Helse Sør RHF*

Foretakenes rapportering til RHF og/eller indikatorer i bruk:

- pasienttilfredshet (N)
- epikrisetid (N)
- ventetid (N)
- korridorpasienter (N)
- andel sykehusinfeksjoner (N)
- ventetid lårhalsbrudd (N)
- ventetid Colorectal cancer
- medarbeidertilfredshet
- sykefravær

Andre relaterte indikatorer:

- gjennomført årlig utviklingssamtale
- indikatorer for ressurser til forskning

*Helse Øst RHF*

Foretakenes rapportering til RHF og indikatorer i bruk:

- epikrisetid (N)
- korridorpasienter (N)
- ventetid (N)
- andel sykehusinfeksjoner (N)
- ventetid lårhalsbrudd (N)
- pasienterfaringer (N)
- sykefravær

Andre relaterte indikatorer:

- indikatorer for forskningsaktivitet
- medarbeidertilfredshet (ute på anbud)

## 5.5 Kvalitetsindikatorer; variasjon og utvikling

Det finnes relativt lite empirisk grunnlag for å bedømme utvikling og forskjeller i kvaliteten på tjenestetilbudet ved sykehusene i Norge. Kvalitet er komplekst å måle og kan innbefatte både strukturelle forhold, prosesser og resultater av helsetjenesten. Videre kan kvalitet betraktes noe forskjellig med basis i et medisinskfaglig perspektiv, et ledelsesperspektiv eller fra et pasientperspektiv. Hva vi legger i dette begrepet kan derfor være noe forskjellig<sup>21</sup>. Det er også viktig å vurdere hvilke krav som skal settes til indikatorene i forhold til formål og målgrupper<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> For mer diskusjon av kvalitetsbegrepet, se blant annet Kalseth og Røttingen (red) 2002, Kalseth 2001.

<sup>22</sup> Dette er diskutert i "rapport fra arbeidsgruppen for utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus" fra Sosial- og helsedepartementet 2001b.

Som tidligere skissert er det etablert et nasjonalt kvalitetsindikatorsett for 2003 som alle foretak skal rapportere på. Norsk pasientregister (NPR), HELTEF (Stiftelse for helsetjenesteforskningen) og Folkehelseinstituttet står for innsamling av data, men det er Sosial- og helsedirektoratet som er ansvarlig for den nasjonale publiseringen. Tallmaterialet for 2003 finnes derfor sykehusvis på internettsiden til fritt sykehusvalg i regi av Sosial og helsedirektoratet<sup>23</sup>. Mer informasjon om rapporteringsmal, definisjoner og begrunnelse for hver indikator finnes på nettsidene til Sosial- og helsedirektoratet<sup>24</sup>.

Ventetid til elektiv behandling er også en viktig indikator. Dette er viet et eget kapittel i rapporten og vil derfor ikke inngå her.

Vi skal oppsummere noen av resultatene basert på innrapporterte data for andre og tredje kvartal i 2003, men bruker i tillegg data fra tidligere målinger som muliggjør sammenligning over tid for et par av indikatorene. Denne rapporten omfatter kun indikatorene for somatiske sykehus.

Vår framstilling vil i hovedsak fokusere på variasjoner på regionalt nivå, av tre grunner;

- I denne sammenheng er vi mest interessert i å se på generell status og utvikling.
- Dette er delvis data som er samlet inn nasjonalt for første gang og er delvis basert på manuelle tellinger og punktmålinger. Det bør derfor utvises en viss forsiktighet i sammenligninger av enkeltinstitusjoner.
- Flere av indikatorene er basert på et lite tallmateriale, med de svakheter det medfører i forhold til statistisk utsagnskraft og sjanser for tilfeldig variasjon.

#### 5.5.1 Korridorpasienter

Ved overgangen til ny styringsform i spesialisthelsetjenesten var fjerning av korridorpasienter og overbelegg satt høyt på dagsorden. Dette har vært et problem ved mange sykehus i mange år og ble spesifikt nevnt i styringsdokumentene til regionene i 2002. Statens helsetilsyn (1999, 2003) angir en rekke sannsynlige konsekvenser av overbelegg og mange pasienter på korridor:

- Vansker med å ivareta pasienters integritet og alminnelige verdiget
- Mulighet for å gi god behandling og pleie svekkes
- Fare for feilbehandling og uhell øker
- Krav til hygiene er vanskelig å opprettholde, fare for sykehusinfeksjoner og smittespredning øker
- Personalet får mindre tid til den enkelte pasient
- Arbeidsmiljøet for de ansatte svekkes

Mangel på kapasitet i kommunehelsetjenesten blir ofte beskrevet som en viktig årsak til problemene, spesielt ved de store sykehusene. De største sykehusene har hatt størst problemer med korridorpasienter, og det er også disse som har hatt flest pasienter som har vært definert som ferdigbehandlet. Kommunehelsetjenestens manglende evne til å ta imot ferdigbehandlede pasienter har reist spørsmålet om hvorvidt dette ikke bare er et kapasitetsproblem, men også et kompetanseproblem. En økende andel eldre over 80 år med et sammensatt sykdomsbilde gir store utfordringer for kommunehelsetjenesten i en tid da sykehusene i stadig mindre grad vektlegger pleiaspektet ved behandlingen. Liggetiden på sykehus presses ned og stiller økende krav til kapasitet og kompetanse i kommunene. Dette

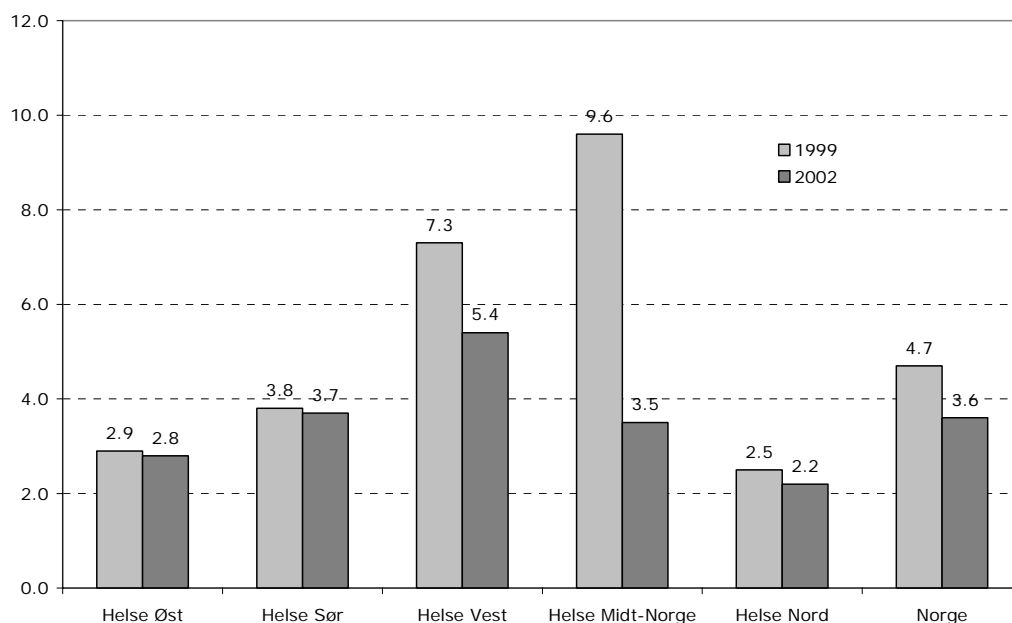
<sup>23</sup> Se <http://www.sykehusvalg.net>.

<sup>24</sup> Se <http://www.shdir.no/index.db2?id=5216> (per desember 2003).

har etter hvert gitt grunnlag for vurderinger av hele tiltakskjeden for helsetjenester til eldre (Helsetilsynet 2003, Larsen, Skretting og Farstad 2000).

Larsen m.fl (2000) antyder i sin artikkel skrevet før sykehusreformen at korridorpatientproblemet kan tyde på svikt i styringssystemene for helsetjenesten på flere nivå. I grunnlaget for sykehusreformen oppgis da også korridorpasienter som et argument (Ot.prp.nr.66 (2000-2001). Er det så slik at problemet med korridorpasienter er blitt redusert etter eierreformen?

Statens Helsetilsyn har kartlagt omfanget av korridorpasienter (fra 1998) og ferdigbehandlede pasienter (fra 1999) ved indremedisinske avdelinger ved sykehusene i årene 1998, 1999, 2001 og 2002<sup>25</sup>. Indremedisinske avdelinger er valgt fordi det er ved disse at problemet er størst, noe som er sterkt knyttet til den høye andelen øyeblikkelig hjelp. For å studere utvikling er det bare tallene fra 1999 og 2002 som er egnet for sammenligning<sup>26</sup>. Det hadde ellers vært mest interessant å se utviklingen i hele perioden fra 1998 til 2002 for å se tallene i lys av endret eierstruktur. Resultatene fra helsetilsynet, vist i figur 5.1, indikerer at problemet med korridorpasienter har blitt noe mindre fra 1999 til 2002.



Figur 5.1 Andel korridorpasienter ved sykehus etter helseregion. Punkttelling ved indremedisinske avdelinger uke 23 i 1999 og uke 38 i 2002. Gjennomsnitt per dag i kartleggingsuken. Datakilde: Helsetilsynet.

Resultatene er basert på punktmålinger, en uke hvert år<sup>27</sup>. Andelen korridorpasienter ved indremedisinske avdelinger reduseres fra 4,7 til 3,6 prosent i perioden 1999 til 2002. Endringen synes liten målt i prosentpoeng (1,1), men den prosentvise reduksjonen utgjør hele 23 prosent.

I 1999 var problemet med korridorpasienter størst ved sykehusene i Helse Midt-Norge. Dette kan i hovedsak knyttes til Ålesund sjukehus (den gang Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal) og St. Olavs Hospital (den gang Regionsykehuset i Trondheim). I denne regionen hadde 4 av

<sup>25</sup> Se Statens Helsetilsyn 1998, 1999,2000, 2001, 2002, 2003.

<sup>26</sup> I 2001 svarte bare halvparten av sykehusene og det var stor variasjon i registreringspraksis. Helsetilsynet anbefaler derfor å ikke bruke disse for å belyse utvikling i andel korridorpasienter.

<sup>27</sup> Valg av rapporteringstidspunkt og metode er skissert i helsetilsynets rapporter, se blant annet Helsetilsynet 2003, også tilgjengelig under rapporter på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

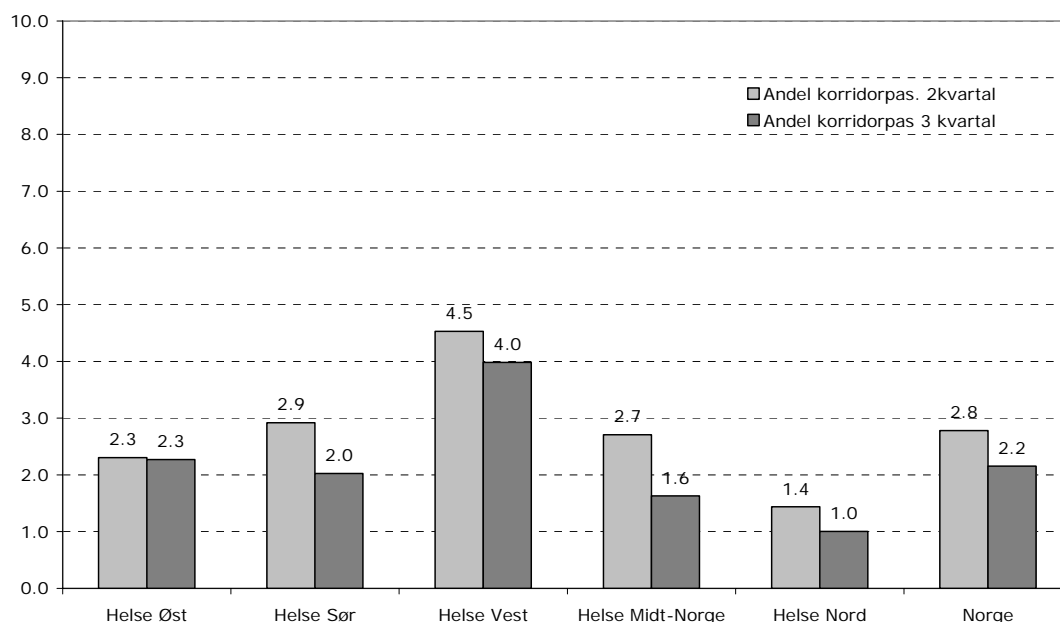
6 sykehus en beleggsprosent på over 100 ved indremedisinsk avdeling (Helsetilsynet 1999). Som figuren viser, ble andelen korridorpasienter ved sykehusene i Midt-Norge kraftig redusert fram til 2002, fra 9,6 prosent til 3,5. Ved Ålesund sykehus ble det i 2002 opprettet en ny sengepost som skulle fange opp ferdigbehandlede pasienter og ved St. Olavs Hospital ble det også satt i gang flere ulike tiltak for å bedre situasjonen (Helse Midt-Norge 2003a).

Også Helseregion Vest skiller seg ut. De hadde også et relativt høyt nivå på andelen korridorpasienter i 1999 (7,3 prosent), noe som i stor grad kan tilskrives Sentralsjukehuset i Rogaland og Haukeland sykehus. Til tross for betydelig reduksjon også her, hadde regionen i 2002 den høyeste andelen korridorpasienter i landet med 5,4 prosent. Det må presiseres at dette er basert på punkttellinger og derfor kun omfatter en begrenset periode. I hvilken grad ulikheter i tellingstidspunkt (uke i juni vs september og klokken 8.00 vs kl 7.00) de to årene kan influere på resultatene er usikkert.

Problemet med overbelegg og pasienter i korridor har spesielt rammet de største sykehusene (Helsetilsynet 2003). Regionsykehusene hadde 3,3 ganger høyere andel korridorpasienter enn andre sykehus i 1999, og lå 2,2 ganger høyere i 2002.

Andel korridorpasienter er med i det nasjonale indikatorsettet som i august 2003 ble publisert på internett i regi av Sosial og helsedirektoratet. I den sammenheng ligger tall for hele sykehuset til grunn, og ikke bare indremedisinske avdelinger. Datamaterialet er basert på manuell registrering av totalt antall korridorpasienter hver dag klokken 7.00 i hele perioden som inkluderes. Antall korridorpasienter ses i forhold til antall ordinære sengeplasser som til enhver tid er i bruk. Per i dag finnes tilgjengelige data for andre og tredje kvartal 2003 på dette nivå, og vi har derav ikke direkte sammenlignbare tall bakover i tid hvor alle avdelinger ved sykehusene inngår. Datamaterialet innrapporteres til Norsk pasientregister (NPR) hvert kvartal. Sykehus med driftsavtaler med RHF-ene inngår i tallgrunlaget til den enkelte region.

Figur 5.2 viser andelen korridorpasienter i andre og tredje kvartal 2003 fordelt etter helseregion. Bare sykehus som har rapportert begge kvartal er inkludert i tallene for å kunne sammenligne utviklingen.



Figur 5.2 Andel korridorpasienter ved sykehusene i hver helseregion. Andre og tredje kvartal 2003. (N=46 sykehus). Datakilde: NPR.

Også når vi måler andel korridorpasienter for hele sykehuset (se figur 5.2) kjenner vi igjen det regionale mønstret som vi så i helsetilsynets punkttelling for 2002. Helse Vest hadde høyest andel korridorpasienter i begge kvartal, mens Helse Nord hadde den laveste andelen. Vi ser også en reduksjon i andel korridorpasienter fra andre til tredje kvartal i fire av fem regioner. Igjen må vi stille spørsmålet om dette skyldes sesongvariasjoner, effekt av tiltak eller endring i registreringspraksis.

I tredje kvartal rapporterte 52 sykehus data, mot 46 i andre kvartal<sup>28</sup>. Ser vi på tallene for tredje kvartal skjuler seg relativt store forskjeller mellom enkelt sykehus internt i regionene. I Helse Øst går andelen fra 0 til 6,1 prosent korridorpasienter. I Helse Sør er variasjonene fra 0,3 til 2,3, i Helse Vest fra 0,2 til 7,5, i Helse Midt-Norge fra 0,7 til 2,2 og i Helse Nord fra 0,1 til 3,5. Tabell 5.1 viser regional variasjon i andel korridorpasienter totalt (veid gjennomsnitt), uveid gjennomsnitt for andel korridorpasienter i hver region, standardavvik og variasjonskoeffisient.

Tabell 5.1 Andel korridorpasienter totalt, uveid gjennomsnitt, standardavvik, variasjonskoeffisient og antall sykehus inkludert. Fordelt etter helseregion. Tredje kvartal 2003.

Helseregion	Andel korridorpas totalt <sup>1)</sup>	Gjennomsnitt for sykehusene <sup>2)</sup>	Standardavvik	Variasjonskoeffisient <sup>3)</sup>	Antall sykehus (N)
Helse Øst	2,0	1,4	1,6	1,10	18
Helse Sør	1,9	1,5	0,7	0,46	6
Helse Vest <sup>4)</sup>	3,9	1,9	2,2	1,15	9
Helse Midt-Norge	1,6	1,4	0,5	0,36	8
Helse Nord	1,0	1,1	1,0	0,88	11
Norge	2,0	1,4	1,4	0,99	52

Datakilde: NPR

1) Sum korridorpasienter totalt i forhold til ordinære senger i drift totalt (veid gjennomsnitt).

2) Andel korridorpasienter ved hvert sykehus/ antall sykehus (uveid gjennomsnitt).

3) Variasjonskoeffisienten= Standardavvik/gjennomsnitt.

4) Helse Bergen rapporterte ikke data.

Status for andel korridorpasienter i regionen kan framstilles på flere måter. For det første kan vi beregne den totale andel korridorpasienter i regionen ved å summere antall pasienter på korridor for hele regionen og dividere med antall senger i bruk til enhver tid. Gjennomsnittet vil da påvirkes mye av situasjonen ved de største sykehusene. Alternativt kan vi se på gjennomsnittet av andelen ved det enkelte sykehus. I det siste tilfelle vil alle sykehus telle like mye, uavhengig av størrelse. Av tabell 5.1 ser vi at forskjellene mellom regionene da blir noe mindre, men at rangeringen er den samme.

Variasjonskoeffisienten for andel korridorpasienter var 0,99 når vi inkluderer alle sykehus som har rapportert tredje kvartal. Det er altså store variasjoner mellom enkeltsykehus, og størst variasjon finner vi innen Helse Vest. I og med at antallet sykehus er lite i hver av regionen, vil variasjonskoeffisienten påvirkes relativt mye av at kanskje bare ett sykehus har avvikende svært høy eller lav andel korridorpasienter.

### 5.5.2 Prevalens av sykehusinfeksjoner

En sykehusinfeksjon er en infeksjon som oppstår under eller etter, og som følge av sykehusoppholdet, og som ikke var tilstede eller var i inkubasjonstiden da pasienten ble innlagt. I

<sup>28</sup> Følgende sykehus rapporterte data først i tredje kvartal. Alle sykehusene i Østfold, Bærum sykehus, Martina Hansen Hospital, Odda sjukehus og Kirkenes sykehus. Helse Bergen manglet fortsatt. Eksklusive sykehus uten driftsavtale med RHF.

begrunnelsen for å inkludere denne indikatoren i det nasjonale indikatorsettet for kvalitet står følgende:

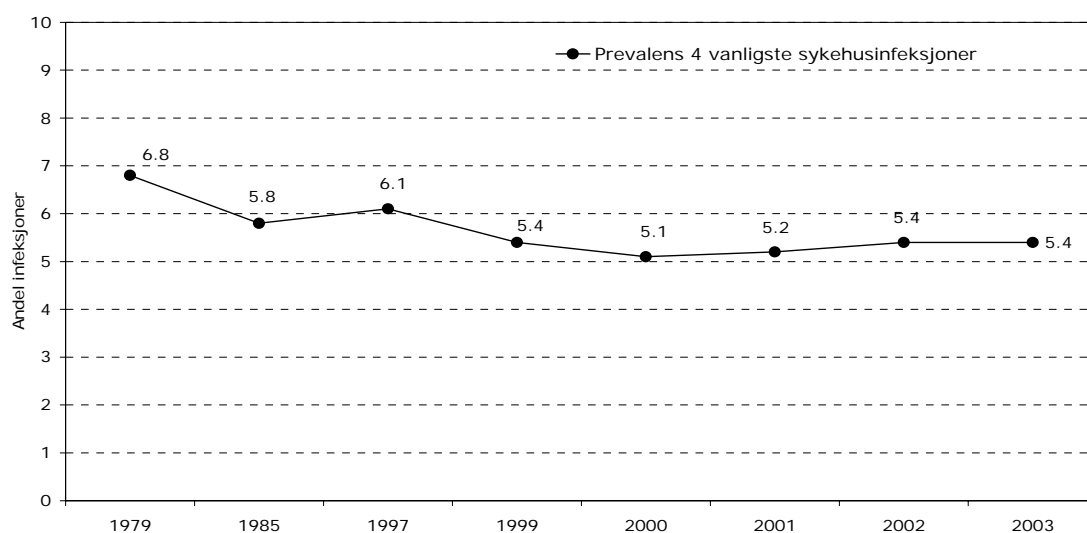
*"Sykehusinfeksjoner er fryktede komplikasjoner for alle sykehussinnleggelser. Slike infeksjoner påfører pasienter lidelser og har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Ved hjelp av indikatoren vil en overvåke den generelle utviklingen av sykehusinfeksjoner, og dermed sette fokus på forebygging"* (Sosial- og helsedirektoratet 2003b)

I ny nasjonal handlingsplan for å forbygge sykehusinfeksjoner (Helsedepartementet 2003) henvises det til at sykehusinfeksjoner er ressurskrevende, øker liggetiden i sykehus og gir økt risiko for død. Det påpekes videre at myndighetenes krav til smittevern i varierende grad er oppfylt i norske sykehus. Samtidig er det klart at man aldri blir helt kvitt sykehusinfeksjoner, men at risikoen kan reduseres. Hvor mye som kan forebygges er imidlertid noe usikkert.

Nasjonale prevalens av sykehusinfeksjoner har vært målt i mange år i Norge. Punktprevalens av sykehusinfeksjoner er gjort av Folkehelseinstituttet helt tilbake til 1979. Som nasjonal statistikk gir disse god indikasjon på omfanget av infeksjoner. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til definisjoner og metoder som er brukt (Folkehelsa 2001, 2002, Eriksen, Iversen og Aavitsland 2002). Det bør derfor utvises forsiktighet i tolking av variasjoner mellom sykehus og regioner. Fra og med 2002 gjøres en punktmåling to ganger årlig.

De vanligste sykehusinfeksjonene omfatter urinveisinfeksjoner (ca 40 prosent), postoperative sårinfeksjoner (ca 25 prosent), lungebetennelser/nedre luftveisinfeksjoner (ca 20 prosent) og infeksjoner i blodbanen/septikemi (ca 5 prosent) (Helsedepartementet 2003). Det er disse som er inkludert i de nasjonale prevalensmålinger, og som inngår i kvalitetsindikatorsettet som publiseres på internett.

Figur 5.3 gir en oversikt over utviklingen totalt for prevalens av urinveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner, lungebetennelser og septikemi ved norske sykehus fra 1979 til 2002 (Folkehelseinstituttet 2003). Disse målingene indikerer at det over tid har vært en viss reduksjon i omfanget av de vanligste sykehusinfeksjonene, og at forekomsten har vært stabil de siste årene. Det tas imidlertid forbehold om at ulikheter i definisjoner og registreringspraksis påvirke utviklingstallene (jfr Eriksen m.fl 2002).



Figur 5.3 Utvikling i andel sykehusinfeksjoner (prevalens) fra 1979, 1985, 1997, 1999, 2000, 2001 og 2002. Urinveisinfeksjon, postoperativ sårinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon og septikemi. En dags punktmålinger. Datakilde: Folkehelseinstituttet 2003.

Tabell 5.2 viser utviklingen i andel sykehusinfeksjoner i helseregionene i årene 1999, 2002 og 2003.

Tabell 5.2 Prevalens (prosent) av sykehusinfeksjoner i Norge fordelt etter helseregion i 1999, 2002 og 2003. Urinveisinfeksjon, postoperativ sårinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon og septikemi. Endags punktmålinger.

Helse-region	1999			Vår og Høst 2002			Vår 2003		
	Antall pasienter	Infeksjoner (%)	Antall sykehus	Antall pasienter	Infeksjoner (%)	Antall sykehus <sup>1)</sup>	Antall pasienter	Infeksjoner (%)	Antall sykehus
Øst	13 713	4,9	14	7 750	4,4	20	3 974	5,1	21
Sør	7 794	4,7	10	5 411	5,2	18	3 010	4,7	19
Vest	5 923	5,1	4	4 877	6,6	13	2 586	6,5	12
Midt	4 057	5,9	5	3 911	5,3	8	1 908	5,7	8
Nord	2 366	9,0	5	2 304	5,7	11	1 269	5,6	11
Totalt	33 853	5,4	38	24 253	5,4	68	12 747	5,4	71

Datakilde: Eriksen m fl 2002, Folkehelseinstituttet 2003

<sup>1)</sup> Antall sykehus var oppgitt til det dobbelte i rapporten. Her er angitt det høyeste tallet fra for den enkelte region (vår eller høst).

Den nasjonale utviklingen er som vist tidligere stabil i perioden. På regionnivå er det noe variasjon, men vi vil være forsiktige med å konkludere i forhold til om årsaken er reelle kvalitetsforskjeller eller systematiske ulikheter i målemetode og registreringspraksis. Eriksen m.fl påpeker i forhold til resultatene i 1999, at avviket i Helse Nord kan skyldes at mange av lokalsykehusene ikke hadde rapportert data. Regionsykehuset fikk derfor stor innvirkning på resultatet. Tabellen viser at bare 38 sykehus var med i prevalensmålingen for 1999, mot 71 i våren 2003.

Det framheves av fagmiljøene at prevalensundersøkelser egner seg dårlig for sammenligninger i sykehus. Til det er metoden for grov og årsakene til variasjoner kan tilskrives mange andre forhold enn sykehusspesifikk hygiene. Pasientsammensetning, type avdelinger som inngår, liggetid og lite tallmateriale ved små sykehus er forhold som kan være av betydning (Eriksen m fl 2002, Helsedepartementet 2003). Videre henvises det til at flere publikasjoner viser at bare omtrent 30 prosent av nosokomiale<sup>29</sup> postoperative sårinfeksjoner oppstår mens pasienten er inneliggende. Primærhelsetjenesten må derfor i stor grad håndtere problemene med dette. For å få god oversikt over situasjonen må man derfor følge pasienten etter utskrivelse fra sykehuset, noe som er svært ressurskrevende.

På grunn av problemene med sammenligning er det signalisert fra Sosial- og helsedirektoratet at man ønsker å gå over til insidenovervåking av sykehusinfeksjoner som kvalitetsindikator. Insidens av postoperative sårinfeksjoner er foreslått som kvalitetsindikator for sykehus fra 2004. Et utkast til mal for en slik registrering ble utarbeidet av Folkehelseinstituttet høsten 2003 og er sendt på høring.

### 5.5.3 Epikrisetid

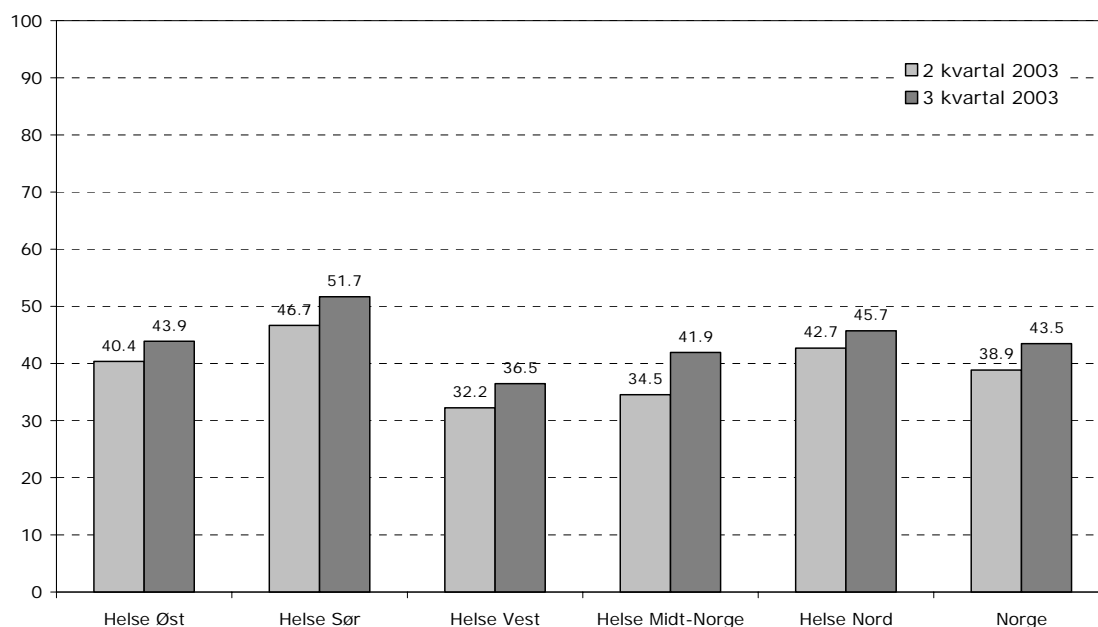
Det er en prioritert nasjonal målsetting at kommunikasjonen mellom nivåene i helsetjenesten skal være så god som mulig. Epikrisetid angir hvor lang tid det tar fra pasientene er utskrevet fra sykehuset til epikrise er sendt den instans som skal følge opp pasienten i etter-

<sup>29</sup> Nosokomial: som forekommer på sykehus.



kant, vanligvis primærlegen. En epikrise er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. I begrunnelsen for valg av epikrisetid som nasjonal indikator framheves at lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet og sikker oppfølging etter utskrivelse. Indikatordefinisjonen er andel epikriser som blir sendt fra sykehuset per post eller elektronisk innen 7 dager etter utskriving. Foreløpige epikriser eller annen helsefaglig dokumentasjon skal ikke inngå i datagrunnlaget. I kommentar til "Forskrift om pasientjournal"<sup>30</sup> står det at epikrisen under enhver omstendighet bør sendes innen rimelig tid, normalt en uke. Det er videre en nasjonal målsetting at andelen epikriser sendt innen en uke skal komme opp i 80 prosent i løpet av 2003<sup>31</sup>.

Datagrunnlaget om epikrisetid skal ifølge nasjonal kravspesifikasjon hentes ut fra det pasientadministrative system, men foreløpig er det for en god del av sykehusene, blant annet i Helse Vest, manuelle tellinger som ligger til grunn. Vi har i liten grad muligheter for å etterprøve kvaliteten og sammenlignbarheten av data. Det bør foreløpig utvises noe forsiktighet med hensyn konklusjoner om regionale og spesielt sykehusvise forskjeller.



Figur 5.4 Andel epikriser sendt fra sykehuset innen 7 dager etter utskriving. 2 og 3 kvartal 2003. N=53. Datakilde: NPR.

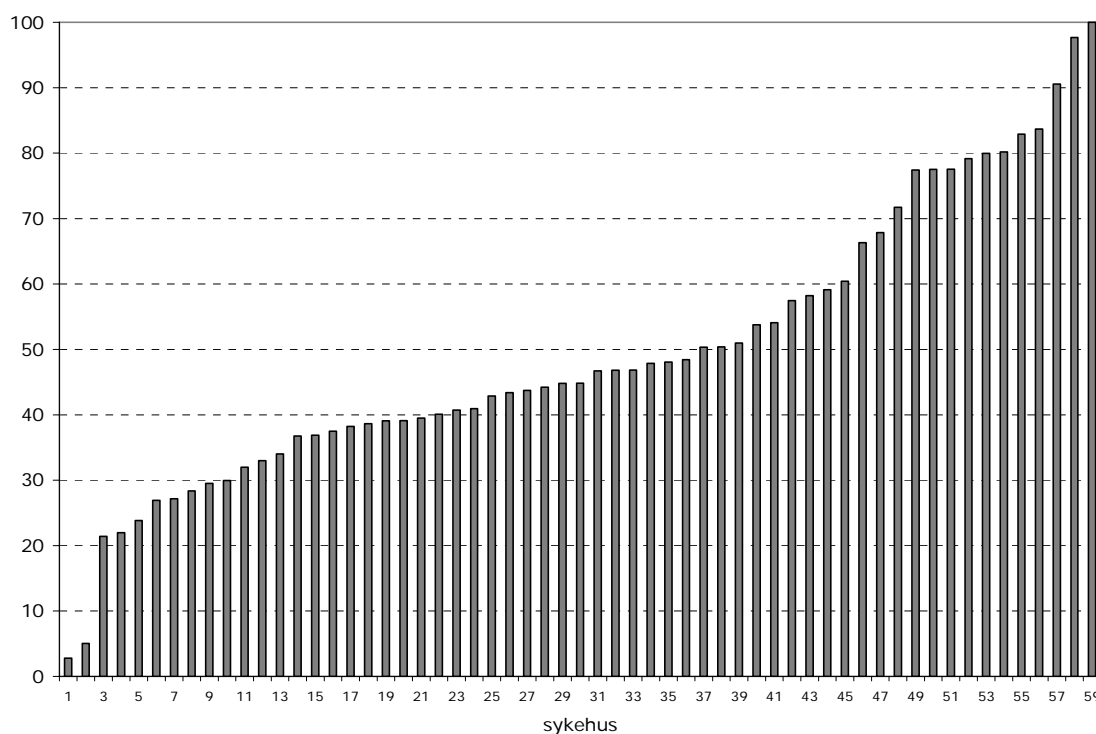
Under halvparten av pasientene utskrevet fra norske sykehus får ifølge tilgjengelige data sin epikrise sendt til oppfølgende instans innen 7 dager etter utskriving. Figur 5.4 viser en viss økning fra andre til tredje kvartal, fra 39 til 44 prosent, og gjelder alle regioner. Vi skal foreløpig være noe forsiktig med å fastslå om dette er en reell økning eller en følge av bedre registreringspraksis. Publisering kan i seg selv både skjerpe oppmerksomheten rundt utsendelse av epikriser ved det enkelte sykehus og bedre kvaliteten på data.

Flere av de største sykehusene rapporterte ikke data før i tredje kvartal (som Ullevål sykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge). For å få et mer representativt bilde er det derfor interessant å se på tallene når disse er inkludert. På regionnivå varierer andelen utsendte

<sup>30</sup> Se forskrift med kommentar under Helsedepartementet på nettsiden [www.odin.no](http://www.odin.no)

<sup>31</sup> Ifølge Styringsdokument til regionene for driftsåret 2003

epikriser (innen 7 dager) i tredje kvartal 2003 fra 52 prosent i Helse Sør til 37 prosent i Helse Vest. Det er relativt store forskjeller mellom enkeltsykehus både mellom og innen regionene, slik figur 5.5 viser.



Figur 5.5 Andel epikriser sendt innen 7 dager fordelt på enkeltsykehus. 3 kvartal 2003. Inkludert 2 sykehus uten driftsavtale med RHF. N=59. Datakilde: NPR.

I Helse Øst varierer andelen fra 27 til 91 prosent, i Helse Sør fra 39 til 84 prosent, i Helse Vest fra 3 til 57, i Helse Midt-Norge fra 21 til 60 og i Helse Nord fra 24 til 80 prosent. Variasjonskoeffisient, vist i tabell 5.3 er på 0,42 når alle sykehus<sup>32</sup> som har levert data i tredje kvartal inkluderes.

Tabell 5.3 Andel epikriser utsendt etter 7 dager, gjennomsnitt, standardavvik, variasjonskoeffisient og antall sykehus. Fordelt etter helseregion. 3 kvartal 2003.

Helseregion	Andel epikriser innen 7 dager totalt <sup>1)</sup>	Gjennomsnitt enkeltsykehus <sup>2)</sup>	Standardavvik	Variasjonskoeffisient <sup>3)</sup>	Antall sykehus (N)
Helse Øst	44,5	49,2	0,18	0,36	17
Helse Sør	51,7	64,3	0,18	0,28	11
Helse Vest	36,5	34,3	0,17	0,49	12
Helse Midt-Norge	41,9	44,8	0,15	0,33	6
Helse Nord	40,9	45,3	0,19	0,41	11
Norge	44,1	49,5	0,21	0,42	57

Datakilde: NPR

1) Sum epikriser utsendt innen 7 dager totalt, i forhold til antall utskrevne pasienter totalt i regionen (veid gjennomsnitt).

2) Andel epikriser sendt innen 7 dager ved hvert sykehus dividerte/ antall sykehus (uveid gjennomsnitt).

3) Variasjonskoeffisienten= Standardavvik/gjennomsnitt.

<sup>32</sup> Eksklusive sykehus uten driftsavtale med RHF.

Et uveid gjennomsnitt av alle sykehusene viser at andelen epikriser på sykehusnivå i gjennomsnitt er på nesten 50 prosent, mot 44 prosent totalt på pasientnivå (veid gjennomsnitt). Dette viser at det er de store sykehusene har lavest andel utsendte epikriser innen 7 dager. Variasjonen i andel utsendte epikriser mellom sykehusene er størst i Helse Vest. Minst variasjon på sykehusnivå har Helse Sør.

#### 5.5.4 Preoperativ liggetid for pasienter med lårhalsbrudd

Ideelt sett skulle ingen behøve å vente på sykehusbehandling, verken venting for å komme til sykehuset, eller venting i sykehuset. Det er imidlertid ressurskrevende å ha en beredskap som til enhver tid skal kunne håndtere svært varierende pågang av pasienter og uten at pasientene opplever noen form for forsinkelser. Samtidig har helsevesenet en forpliktelse ovenfor den enkelte pasient til å tilstrebe fravær av unødvendig venting.

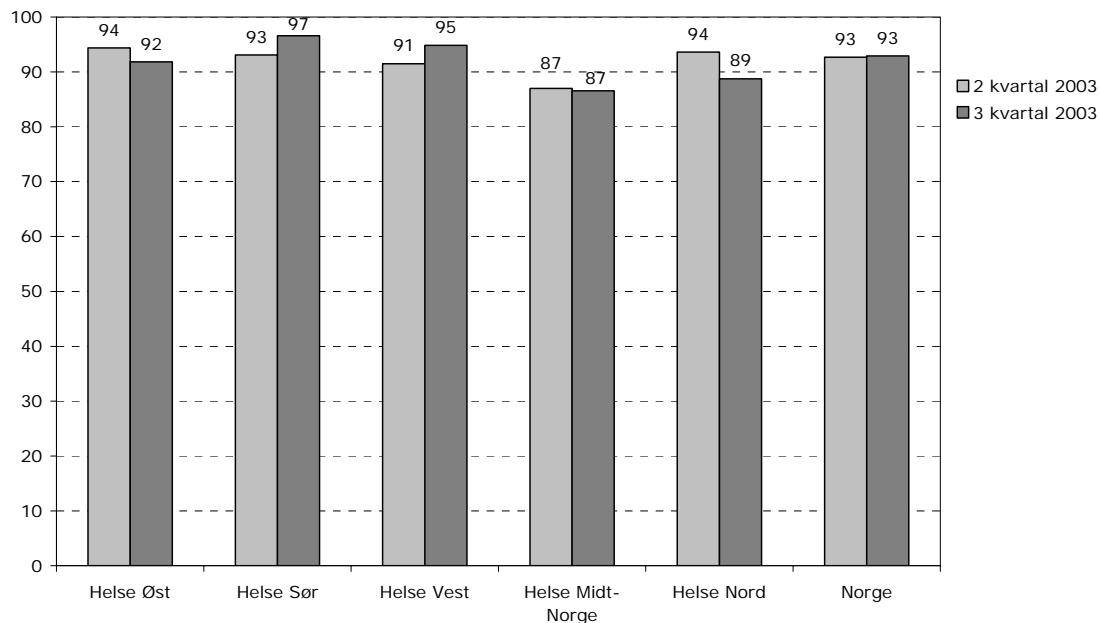
Lang ventetid inne på sykehuset før behandling kan for mange være en belastning i seg selv. Ifølge Heltef sine undersøkelser av pasienttilfredshet i sykehus er pasientenes opplevelse av kontinuitet i behandlingen en av områdene hvor det var størst variasjon mellom sykehusene (Veenstra mfl 2000). Studier av norske sykehusansatte sine oppfatning om sykehusenes organisering viser at en stor andel av de ansatte ikke oppfatter arbeidsorganiseringen ved sykehuset som god. Oppfatninger av dette varierer med størrelse på sykehus, type personell, kjønn og alder (Krogstad og Østhus 2002).

Det er grunn til å anta at lang ventetid i sykehuset er spesielt belastende for pasienter med mye smerte og som trenger rask behandling (innlagt som øyeblikkelig hjelp). Forskjeller i sykehusenes ventetid til akutt kirurgi kan derfor være aktuell å bruke som indikator, både på kapasitet og prioritering.

I kliniske studier av forholdet mellom ventetid og resultat (postoperativ mortalitet og morbiditet) brukes ulike tidsintervaller; innen 12 timer, innen 24 timer eller innen 48 timer. Konklusjonene i slike studier er ikke entydige med hensyn til ventetidens betydning for morbiditet og mortalitet (se blant annet Zahn m.fl 1999, Hoerer m.fl 1993, Stoddart m.fl 2002, Hamlet m.fl 1997, Grimes m.fl 2002). Dokumentasjonen om betydningen av ventetid som en prognostisk indikator på behandlingsresultat er altså noe uklar. Omfanget av unødvendig venting i sykehuset er likevel interessant som en indikator på sykehusets kapasitet og/eller prioriteringer. Sett fra pasientens og pårørendes ståsted kan lang ventetid være en belastning og bidra til utrygghet.

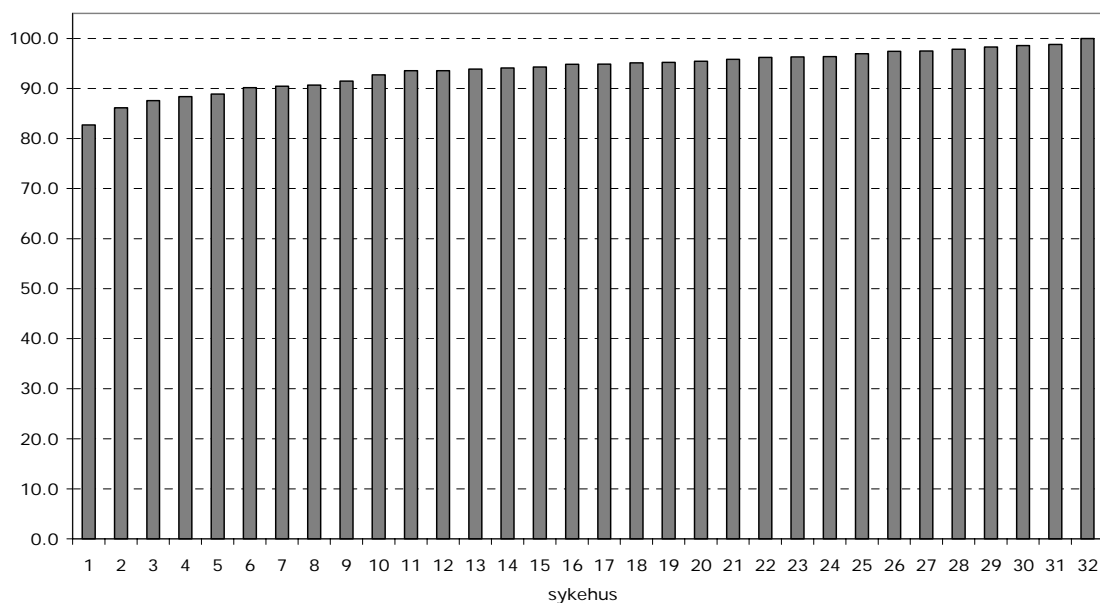
Det vil være noe hensiktsmessig variasjon i venting mellom enkeltpasienter på grunn av forhold ved pasientenes sykdomstilstand. På et aggregert nivå (som region) vil vi likevel forvente at andelen pasienter med begrunnet venting er noenlunde likt fordelt, og at det uansett gjelder en svært begrenset antall pasienter.

De nasjonale data om preoperativ ventetid er for 2003 foreløpig basert på manuell innrapportering fra sykehusene til NPR. Fordi lårhalsbrudd er en skade som i første rekke rammer eldre, er kun pasienter fra 65 år og eldre inkludert i tallmaterialet.



Figur 5.6 Andel pasienter operert innen 48 timer etter innleggelse. Fordelt etter helseregion. Pasienter over 65 år. 2 og 3 kvartal 2003. Datakilde: NPR.

Det er liten forskjell i andel pasienter operert innen to døgn på regionnivå, slik figur 5.6 viser. Helse-Midt-Norge ligger noe under de andre, men her er bare tre av sykehusene inkludert i datagrunnlaget begge kvartal. St. Olavs Hospital (som har lavest andel innen 48 timer i regionen) får derfor en stor innvirkning på resultatet for hele regionen.



Figur 5.7 Andel operert innen 48 timer etter innleggelse for lårhalsbrudd fordelt etter enkeltsykehus. 2 og 3 kvartal 2003. N=32. Datakilde: NPR.

Også spredningen på institusjonsnivå er beskjedent. Variasjonskoeffisienten er på 0,04 når vi inkluderer alle sykehus som har rapportert både andre og tredje kvartal, og som til sammen har flere enn 20 operasjoner. Spredningen for disse på sykehusnivå er vist i figur 5.7.

De kvartalsvise tallene blir for en del sykehus svært små, og selv om vi slår sammen begge kvartaler er sjansen for tilfeldig variasjon relativt stor.

### 5.5.5 Pasientenes erfaringer med sykehus-tjenesten

v/Marijke Veenstra og Øyvind Andersen, HELTEF

I dette avsnittet gis det en oversikt over fire sentrale kvalitetsindikatorer for pasienterfaringer med sykehusopphold. Det er disse indikatorene som har blitt lagt vekt på som nasjonale kvalitetsindikatorer og som også har blitt lagt ut på nettsidene for fritt sykehusvalg ([www.sykehusvalg.net](http://www.sykehusvalg.net)). Tabell 5.4 viser resultatene for 2003 etter helseregion. Tabell 5.5 presenterer resultatene for sykehus som deltok i tre undersøkelsesår (1996, 1998 og 2003). PasOpp undersøkelsene utgjør grunnlaget for resultatene for 2003 og for mer detaljerte opplysninger om gjennomføringen av undersøkelsene og datamaterialet henvises det til regionsvise rapporter<sup>33</sup>. RESKVA 2 undersøkelsene utgjør grunnlaget for resultater fra 1996 og 1998 og er underlagt utvalgs-kriterier som avviker fra PasOpp undersøkelsene i 2003 (Pettersen og Veenstra 1999, Sjetne, Pettersen, Veenstra og Andresen 2003a, 2003b). Blant annet er dataene i tidligere år samlet inn for å kunne anvendes i lokalt kvalitetsarbeid på postnivå (Pettersen, Hofoss og Sjetne 2003). Dermed er tallene i tabell 5.5 først og fremst ment som beskrivende. Tallene i begge tabeller referer til gjennomsnittskårer på en skala fra 0 til 100, hvor 100 indikerer maksimalt positive erfaringer.

Resultatene i tabell 5.4 viser at skåringsprofilen for gjennomsnittskårene på de fire pasienterfaringssområder er nokså likt for alle fem helseregioner. De største forskjellene finner vi på pasientrapportert standard. Helse Sør får best tilbakemelding av helseregionene på indikatoren for standard, mens Helse Midt-Norge får dårligst tilbakemelding.

Resultatene i tabell 5.5 viser at de samlede skårene på pasienterfaringssområder holder seg stabile gjennom de tre undersøkelsesårene. Sett med pasientenes øyne har norske region-, sentral- og lokal sykehus opprettholdt sin standard gjennom perioden 1996-2003.

Vi har ikke justert tallmaterialet ovenfor for forskjeller i pasientsammensetning mellom regionene eller de ulike undersøkelsesår. Fordelingen på de viktigste justeringsvariablene er imidlertid ganske lik (kjønn, alder, utdanning og egenvurdert helse). Manglende justering kan derfor antas å ha små konsekvenser, spesielt på aggregert nivå. Erfaringsmessig er forskjellene i pasienterfaringer større på lavere nivå, enten det er på sykehus-, avdelings-, eller postnivå. HELTEF har i en rekke undersøkelser funnet betydelig variasjon for eksempel mellom poster på samme sykehus. Dette betyr at en beskrivelse av pasienttilbakemeldinger på regionnivå eller etter sykehustype, skjuler mye relevant informasjon, og har begrenset verdi i forhold til konkret oppfølging. Aggregerte tall kan imidlertid være nyttig styringsinformasjon, og spesielt når det etableres tidsserier slik at man kan følge utviklingen over tid.

<sup>33</sup> <http://www.heltef.no/index.php?show=77&expand=14,31,71,77>

Tabell 5.4 Gjennomsnittsskårene for kvalitetsindikatorer for pasienterfaringer i 2003 <sup>1)</sup>, etter helseregion. N er antall, SD er standard avvik.

Helse-region	Pasientrapportert informasjon			Pasienterfaringer med personalet			Pasientrapportert organisering			Pasientrapportert standard		
	Gj-snitt	SD <sup>2)</sup>	Antall(N)	Gj-snitt	SD	Antall(N)	Gj-snitt	SD	N	Gj-snitt	SD	Antall(N)
Sør	79,1	21,0	2 044	86,1	17,7	3 253	72,3	22,4	3 264	86,6	17,2	3 227
Øst	77,2	21,4	1 843	83,8	19,0	2 784	69,5	23,1	2 791	79,9	21,1	2 770
Vest	77,1	21,5	1 629	85,2	17,4	2 613	70,8	22,1	2 628	82,3	18,6	2 575
Midt-N	78,0	20,9	1 235	84,8	17,6	2 022	71,9	21,6	2 022	78,3	21,2	2 007
Nord	77,0	22,5	1 083	83,5	19,0	1 624	70,2	21,7	1 627	83,0	19,3	1 616

Datakilde: HELTEF

<sup>1)</sup> Spesialsykehus er ikke del av materialet.

<sup>2)</sup> SD=Standardavvik.

Tabell 5.5 Gjennomsnittsskårene for kvalitetsindikatorer for pasienterfaringer, etter sykehustype og undersøkelsesår.

		Regionsykehus			Sentralsykehus			Lokalsykehus		
		Gj.snitt	SD <sup>1)</sup>	Antall (N)	Gj.snitt	SD	Antall (N)	Gj.snitt	SD	Antall (N)
Informasjon	1996	76,3	21,7	2 290	76,3	22,3	2 280	76,8	22,2	908
	1998	76,3	21,5	3 043	77,1	21,5	2 404	78,3	21,0	1 106
	2003	77,6	20,8	1 160	77,2	21,9	1 528	79,9	20,1	531
Erfaringer med personalet	1996	83,8	17,8	2 290	83,4	18,7	2 280	84,7	17,9	908
	1998	84,2	17,3	3 043	83,5	18,5	2 404	85,4	16,9	1 106
	2003	83,8	18,7	1 160	82,7	19,9	1 528	86,2	17,1	531
Organisering	1996	68,8	23,1	2 290	69,4	22,5	2 280	71,1	21,6	908
	1998	69,2	22,7	3 043	69,1	22,5	2 404	73,0	20,5	1 106
	2003	68,0	22,7	1 160	67,8	23,7	1 528	73,0	21,5	531
Standard	1996	79,4	22,0	2 290	81,5	19,6	2 280	83,5	18,1	908
	1998	79,2	21,6	3 043	80,3	20,1	2 404	82,1	18,7	1 106
	2003	79,3	21,3	1 160	81,4	19,7	1 528	84,0	17,9	531

Datakilde: HELTEF

<sup>1)</sup> SD=Standardavvik.

## 5.6 Oppsummering og avsluttende kommentar

Det er viktig å kunne vurdere kvaliteten på tjenestene i en tid hvor økonomi og effektivitet har vært og er de ledende styringsindikatorer. Å etablere systemer for evaluering av kvaliteten på et mer helhetlig grunnlag er imidlertid et omfattende, komplisert og ressurskrevende arbeid.

Gjennomgangen i dette kapitlet viser at etablering av kvalitetssystemer og styringsindikatorer for kvalitet er satt ettertrykkelig på dagsorden både sentralt og regionalt. Alle regionene har utarbeidet eller er i gang med å utarbeide en kvalitetsstrategi. Alle regionene deltar aktivt i arbeidet med utvikling og rapportering av nasjonale kvalitetsindikatorer og utvikling av medisinske kvalitetsregistre. Gjennom styringsdokumentene definerer staten spesifikke krav til felles rapportering som grunnlag for navngitte indikatorer.

Vi har i dette kapitlet brukt tilgjengelige data for å framstille regionale variasjoner for de indikatorer som per i dag er inkludert i det nasjonale kvalitetsindikatorsettet, utarbeidet i regi av Sosial- og helsedirektoratet.

### Korridorpasienter

Det er en klar målsetting å få eliminert det tilbakevendende problemet med korridorpasienter i norske sykehus. Ved innføringen av foretakstrukturen i 2002 ble fjerning av korridorpasienter svært satt høyt på dagsorden. Tilgjengelige data fra Helsetilsynet indikerer at det fra 1999 til 2002 var en reduksjon i omfanget av korridorpasienter ved indremedisinske avdelinger, men at dette fortsatt er et problem. På regionnivå ser problemet ut til å være størst i Helseregion Vest når vi ser på alle sykehusene under ett (alle avdelinger inkludert), mens Helse Nord ser ut til å ha minst problemer med dette i 2003. Man har altså ikke klart å få bukt med dette problemet til tross for mange tiltak ute i sykehusene. Høsten 2003 har denne problematikken igjen blitt fokusert i media (Adresseavisen 03.12.2003, 09.12.2003, Dagsavisen 04.11.2003)

Den gjennomsnittlige beleggprosenten ved sykehusene har det siste tiåret økt fra ca 84 prosent i 1994 til 93 prosent i 2002, slik dette er målt i SAMDATA Sykehus (Magnussen 1999, Torvik 2003). Bak et slikt gjennomsnitt skjuler det seg avdelingsvise variasjoner. Avdelinger med mye øyeblikkelig hjelp, slik som generell indremedisin, har vanligvis et høyere belegg enn andre typer avdelinger. I mange år framover vil andelen eldre øke ytterligere, noe som også øker behovet for ressurser til behandling, pleie og omsorg. Presset på sykehusene, og indremedisinske avdelinger spesielt, kan ikke forventes å avta. Med et så høyt belegg som sykehusene nå har, vil enkelte deler av virksomheten være svært sårbare for relativt små svingninger i pasienttilgangen. For eksempel kan en influensaepidemi da være en stor utfordring for sykehusene.

### Prevalens av sykehusinfeksjoner

Omfanget eller prevalensen av de vanligste sykehusinfeksjonene ser ut til å være stabilt de siste årene. Tall fra Folkehelseinstituttet viser noe forskjeller i omfang på regionalt nivå, men det er knyttet så vidt stor usikkerhet til påliteligheten og validiteten ved bruk av punktprevalensmålinger for sammenligning av sykehus, at man ikke kan trekke entydige konklusjoner om kvalitetsforskjeller på grunnlag av disse. Det er foreslått å benytte insidensmålinger, heller enn prevalens til sammenligningsformål i kommende år.

### Epikrisetid

Epikrisetid retter søkelyset mot flyten i informasjonsutvekslingen mellom sykehusene og primærhelsetjenesten eller annen oppfølgende instans. Den nasjonale indikatoren er andel epikriser sendt ut innen 7 dager etter utskrivning av pasienten. Datamaterialet fra andre og tredje kvartal 2003 viser at omtrent 40 prosent av epikrisene sendes innen en uke. I

styringsdokumentene for 2003 signaliserer eier en ambisjon om at 80 prosent av epikrisene i siste tertial 2003 skal være skrevet og sendt innen 7 dager. Basert på et slikt måltall indikerer resultatene at det er et stort forbedringspotensiale i effektiviteten knyttet til utsending av endelige epikriser, selv om vi tar noe forbehold om datakvalitet. Også på dette området var det totalt sett Helse Vest som kom dårligst ut, med en andel på 37 prosent i tredje kvartal 2003. I Helse Vest var omfanget av manuelle rapporteringer relativt stort, og vi vet ikke om dette kan ha noen betydning. Høyest andel hadde Helse Sør med 52 prosent utsendt innen en uke. Bak disse tallene ligger det relativt store variasjoner mellom enkeltsykehus innen alle regioner.

#### Preoperativ liggetid for pasienter med lårhalsbrudd:

Den nasjonale indikatoren er definert som andel pasienter operert innen 48 timer etter innleggelse. Det tilgjengelige datagrunnlaget for 2003 viser at godt over 90 prosent av pasientene blir operert innen to døgn, og variasjonen både på region- og sykehusnivå er liten. Bare fem sykehus har en andel på under 90 prosent og av disse er det tre regionsykehus. Den laveste andelen er på 83 prosent. Vi ser da bort fra noen sykehus med et svært lite pasientgrunnlag, hvor tilfeldig variasjon vil kan uforholdmessig mye ut. Skal preoperativ liggetid brukes som indikasjon på effektiv pasientflyt i sykehusene, er det et relevant spørsmål om to døgn er for lang tid.

#### Pasienttilfredshet

Forskningsstiftelsen Heltef har gjennom mange år studert pasientenes tilfredshet med norske sykehus. Oppsummerte data fra 1996 til 2003 viser en betydelig stabilitet i tilbakemeldingene pasientene gir. Som i 1996 er pasientene mest fornøyd med personalet og minst fornøyd med forhold knyttet til intern organisering. Det er videre små variasjoner mellom helseregionene totalt. I 2003 var det størst forskjell i opplevelse av standard ved sykehusene, med en variasjon fra 78 prosent fornøyd i Helse Midt-Norge til 87 prosent fornøyd i Helse Sør. Det er en stabil og systematisk tendens til at pasientene ved lokalsykehusene er litt mer fornøyd enn pasienter ved de større sykehusene. Konklusjonen blir at det er små forskjeller i pasienttilfredshet på et så aggregert nivå som vi her framstiller. På et lavere nivå (sykehus, avdeling, post) finner man større forskjeller i tilbakemeldingene fra pasientene. Det er likevel nyttig å få en aggregert oversikt for å få bekreftet den generelle statusen i landet og i regionene.

I dette kapitlet har vi presentert resultater med utgangspunkt i regionene, et svært aggregert nivå. Som utgangspunkt for forbedringsarbeid i sykehusene må data brytes ned på mer operativt nivå, hvor ansvarlig ledelse har muligheter for å sette i verk aktuelle tiltak for forbedring, hvis det er nødvendig. Det er likevel viktig å få fram det store bildet, samtidig som vi må erkjenne at både likhet og ulikhet på et aggregert nivå kan skjule store interne forskjeller mellom og ikke minst innenfor enkeltsykehus.

I styringsdokumentene for foretakene (2002 og 2003) signaliserer staten forventninger om at helseregionene skal fokusere på korridorpasienter, forebygging av sykehusinfeksjoner og ventetid/ventelister. På basis av de data vi har tilgjengelig er det vanskelig å vurdere i hvilken grad regionenes oppfølging av foretakene på disse områdene har gitt resultater, selv om vi har indikasjoner på at det går i riktig retning på de områder vi har utviklingstall. Gjennom statlig eierskap og gjennom styringsdokumentene har staten fått et nytt og viktig verktøy for samordning og overordnet tilrettelegging av kvalitetsutvikling og dokumentasjon av kvalitetsnivå og kvalitetsforskjeller i norsk helsetjeneste.

Det ser ut til å være utbredt enighet om at målinger som kan gi indikasjoner om kvalitetsnivået og indikasjoner på forskjeller i kvalitet i helsetjenesten er viktig. Kontroversene rundt



dette er heller knyttet til måten slik informasjon blir tolket og brukt<sup>34</sup>. Det finnes i dag en god del litteratur som diskuterer dette (Se blant annet Hofoss, Veenstra og Andersen 2003, Christensen 2003, Sosialstyrelsen 2003, Marshall m.fl 2000, Thomson og Lally 2000, Endahl og Utzon 2002a 2002b, Davies 2001, Marshall og Davies 2001, Davies og Lampel 1998). Ulike typer indikatorer er forbundet med ulike utfordringer til pålitelighet av data, validitet og sensitivitet, i betydningen hvor sterke følelsesmessige reaksjoner som vekkes hos befolkningen og media. Sammenligninger av sykehusinfeksjoner og dødelighet kan antas å få mer oppmerksomhet enn forskjeller i epikrisetid.

Og nettopp den type informasjon vi kanskje er mest interessert å vite noe om, nemlig medisinsk faglig kvalitet, er samtidig det som er vanskeligst og mest ressurskrevende å måle. Det skyldes at forklaringene på variasjon i større grad også kan knyttes til forhold som ikke har noe med sykehuset å gjøre. Korrigering for ulikheter i pasientsammensetning (alvorlighetsgrad) mellom sykehus er den største utfordringen i så måte. I tillegg kan uønskede hendelser skje før innskriving eller etter utskrivning (f eks pasienten dør før ankomst til sykehuset, pasienten dør like etter utskrivning, eller får en infeksjon som ikke ble oppdaget før utskrivelse). Slike forhold stiller svært store krav til datagrunnlag og metode når resultatene skal brukes for å sammenligne sykehus. I et lite land som Norge vil også størrelsen på pasientgrunnet ved det enkelte sykehus ofte være en utfordring når vi vil se indikatorer for spesifikke pasientgrupper. Forskjeller mellom enkeltsykehus basert på et lite datagrunnlag (f eks kvartalsdata) vil være svært utsatt for tilfeldig variasjon og ofte ikke være statistisk ut-sagnskraftige.

Struktur og prosessindikatorer er ofte mer entydige og enklere å måle og tolke og mindre kontroversielle/sensitive enn indikatorer på forskjeller i behandlingsresultat. Antall korridor-pasienter, ventetid og epikrisetid er indikatorer på kapasitet, tilgjengelighet og effektivitet i helsetjenesten. Som styringsinformasjon er dette svært viktig, men sier lite om den faglige kvaliteten på den medisinske behandlingen pasientene får og resultater av denne. Det nasjonale indikatorprosjektet i regi av Sosial- og helsedirektoratet skal tjene tre formål:

- fremskaffe grunnlag for fagmiljøene til å drive faglig utviklingsarbeid
- gi styringsinformasjon til ledere på ulike nivå og
- gi pasienter og henvisende leger grunnlag for valg av sykehus

De nasjonale kvalitetsindikatorerne publiseres per i dag i første rekke med tanke på å være beslutningsstøtte til pasienter som skal velge sykehus. Man kan selvsagt diskutere både relevans, pålitelighet, validitet med videre på disse, sett i forhold til måten indikatorene blir brukt og publisert. Det som er viktig i fortsettelsen er å forvalte informasjon om kvalitetsaspekter ved sykehustjenesten på en slik måte at både de som har ansvar for å *videreutvikle* innholdet i helsetjenestene, de som har ansvar for *driften* av sykehusene, og de som skal velge sykehus opplever formidlingen av informasjon som nyttig, meningsfull og pålitelig.

---

<sup>34</sup> Konferanser "Kvalitetsindikatorer i helsetjenesten- til nytte eller besvær" tok utgangspunkt i denne diskusjonen. Se oppsummering på HELTEF sine hjemmesider <http://heltef.no>

## Vedlegg: Skriftlige innspill fra alle RHF-ene om status for kvalitetsarbeidet i regionene

### 5.6.1 Helse Nord RHF v/Ingvild Røe

Helse Nord RHF vedtok i 2002 en overordnet strategisk plan. For å realisere visjonen om at pasientene skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord (- Helse i Nord der vi bor -) er det utviklet et sett med overordnede strategier, deriblant "Kunnskap, kvalitet og læring". Målsettingene for denne strategien er at tilbudene har en kvalitet av god internasjonal standard, samt at det skal etableres en evaluerende kultur basert på kunnskap om "beste praksis" og dokumentasjon av egen virksomhet. Helse Nord følger opp dette på flere måter.

I styringsdokumentene for 2002 ble foretakene pålagt å videreutvikle kvalitetsindikatorer, kvalitetssystemer, meldesystemer og samarbeidet med primærhelsetjenesten. Oppfølgingen av arbeidet med å rydde ventelister og få ned ventetid prioriteres også, samt systematiske tiltak som skal sikre og utvikle kvalitet. Helseforetakene skulle gi tilbakemelding på hvilke kvalitetsindikatorer man arbeidet med, resultater av disse, og eventuelt korrigerende tiltak. Det skulle også gjøres rede for hvilke nasjonale kvalitets- og behandlingsregister helseforetakene systematisk rapporterte til. Styringsdokumentene for 2003 vektlegger at helsepersonell har en kunnskapsbasert praksis og anvender dokumenterte metoder. Arbeidet med kliniske registre og kvalitetssystemer skal fortsatt prioriteres, men dette forutsetter en høyere prioritert medvirkning fra nasjonale helsemyndigheter.

Helse Nord har så langt ikke utarbeidet kvalitetsindikatorer på regionalt nivå, og prioriterer arbeidet med å iverksette og etter hvert følge nøyer opp målinger på de nasjonale kvalitetsindikatorene. Helse Nord vil benytte pasientundersøkelser som et element i forbedringsarbeidet, og har deltatt som pilot i PasOpp undersøkelsene.

For å styrke etableringen av gode systemer og rutiner for kvalitetssikring, avvikshåndtering og kvalitetsforbedring har Helse Nord i 2003 arbeidet med innkjøp av et felles kvalitetssystem, som alle HF-ene etter hvert skal implementere. Det ligger i kravspesifikasjonen til systemet at det skal baseres på ISO 9001:2000 standard. I forbindelse med etablering av systemet vurderes å inkludere flere indikatorer som på ulike måter kan relateres til kvalitetsdimensjonen, bla mål på forskningsaktiviteter, medarbeidertilfredshet ol.

Forskning er en viktig faktor for å forbedre den totale kvaliteten på tjenestene, og Helse Nord ønsker å styrke den anvendte kliniske forskningen i foretaksgruppen. Det skal også opprettes et senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i samarbeid med Universitetet i Tromsø. Dette er nå i en etableringsfase.

### 5.6.2 Helse Midt-Norge RHF v/Arild Vassenden

Helse Midt-Norge har målsetting om høy kvalitet uttrykt som pasientopplevd kvalitet, faglig kvalitet og ledelseskvalitet. Kvalitetsmålene krever innsats på en rekke områder. Helse Midt-Norge vil samle ulike elementer i kvalitetsarbeidet, og gi dette framdrift gjennom en strategisk plan for kvalitetsutvikling. Planen er under arbeid.

Fokus i Helse Midt-Norge er å utvikle, innarbeide og bruke ulike indikatorer på kvalitet. Foretakenes rapportering til RHF er på indikatorene korridorpasienter, epikrisetid, andel elektroniske epikriser, sykehusinfeksjoner, tvang i psykisk helsevern, ventetid lårhalsbrudd. I tillegg rapporteres også venteliste og ventetidstall, økonomiindekser, arbeidsmiljøindikatorer og indikatorer på forskningsaktivitet. Tilsynsrapporter (Statens helsetilsyn, rapporter fra kontrollkommisjon) og data fra den regionale arbeidsmiljøundersøkelsen med videre inngår også som datagrunnlag i kvalitetsarbeidet. Alle disse er viktige parametere i det totale kvalitetsbilde. Det er ikke utviklet nye regionale indikatorer i løpet av 2003, men regionen deltar i utvikling av nye nasjonale.

Det legges vekt på å utvikle regionale medisinske kvalitetsregistre. Utviklingen er noe forsinket pga arbeidet med å finne en god teknologisk plattform. Innarbeiding, produksjon og innrapportering av indikatorer /parametere har hatt prioritert til nå. Det er svært et ressurskrevende arbeid å harmonisere systemene slik at alle foretak rapporterer over samme mal, men helt nødvendig grunnarbeid for den videre satsingen.

I ledelsesdialogen mellom Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene er alle definerte indikatorer i aktiv bruk. Dialogen bidrar til å initiere endringsaktiviteter i foretakene. Det er HF-ene som er direkte ansvarlig for nødvendig forbedringsarbeid, men RHF følger opp. Direktørmøtet har en særlig funksjon i oppfølging av rapporter og tiltak.

Videre settes fokus på utvikling av ny kunnskap (jfr forskning, evalueringsprosjekter, bruk av kunnskap fra forskning, rapporter fra Senter for medisinsk metodevurdering SMM o.l.). Helse Midt-Norge har delt ut 16 forskningsstipender på prioriterte områder.

### 5.6.3 Helse Vest RHF v/Hilde Rudlang

Kvalitetsdimensjonen inngår i overordnet foretaksplan for Helse Vest. Pasienttilfredshet og behandlingskvalitet er ett av fem strategiske satsingsområder med mål om at helseforetakene i regionen skal yte helsetjenester med høy behandlingskvalitet og ivareta pasientene på en måte som samlet gir høy pasienttilfredshet. Det er videre et mål at behandlingskvalitet og pasienttilfredshet blir målt gjennom systematiske undersøkelser basert på anerkjente indikatorer og standarder. Strategier under dette satsingsområdet er bl.a. å:

- sikre at tjenestene ytes i tråd med etablerte standarder for tilgjengelighet, volum og kvalitet
- sette krav til kvalitet, videreutvikle kvalitetsindikatorer og gjennomføre systematiske målinger
- sette krav til pasienttilfredshet og systematisk gjennomføre undersøkelser av pasienttilfredshet
- bidra til gode prosesser/god pasientflyt internt i institusjonene, mellom institusjonene og i forhold til primærhelsetjenesten

I styringsdokumentene for 2002 til helseforetakene i regionen framheves at det enkelte foretak kontinuerlig skal søke å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet og skal rapportere på regionale indikatorer. Det framheves i tillegg at foretakene skal prioritere forbedring av ventelisteregistreringen. I styringsdokument for 2003, er overskriften "kvalitet, prioritering og metodevurdering"; som er de områder som også framheves av staten. Helse Vest prioriterer metodevurdering blant annet gjennom et samarbeid med Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) og gjennom etablering av arbeidsgruppe som skal foregripe og kvalitets-sikre nye behandlingsmetoder før de tas i bruk. Det skal også utarbeides enkle retningslinjer for vurdering av nye, kostbare medikamenter. I tillegg til metodevurdering vil det satses på utarbeiding av faglige retningslinjer, utvikling av fagnettverk, videreføring av rapportering på regionale og nasjonale kvalitetsindikatorer og gjennomføring av pasienterfaringsundersøkelser.

Helse Vest var tidlig ute med å etablere et eget regionalt sett med kvalitetsindikatorer, for både somatikk og psykisk helsevern, som foretakene måtte rapportere på. Dette inngikk i foretakenes avtale med Helse Vest RHF og i styringsdokumenter for 2002. Rapportering startet opp fra 2. kvartal 2002. I indikatorsettet for somatikk (2003) inngår, i tillegg til de nasjonale indikatorene, overbelegg, dødelighet for lårhalsbrudd og hjerteinfarkt, ventetid før primærbehandling tykktarms/endetarmskreft og reinnleggelser for diagnosegruppen KOLS. Siden våren 2003 har resultater på indikatorer vært tilgjengelig på Helse Vest sin nettside.

Det er gjennomført to regionsomfattende pasienterfaringsundersøkelser blant somatiske pasienter; én blant pasienter innlagt i sykehus, én blant polikliniske pasienter. Også disse resultatene er tilgjengelig på nettsiden.

Ifølge styringsdokumentet fra Helsedepartementet for 2003 skal det være et styringsmessig fokus på å fjerne overbelegg og korridorpasienter og det forventes det at ventetidene reduseres. Det forventes videre at det settes fokus på smittevern. Helse Vest RHF følger opp disse forholdene tilsvarende i styringsdokument til helseforetakene i regionen.

Utviklingen av overbelegg og korridorpasienter følges gjennom regional rapportering av kvalitetsindikatorer. Helse Vest RHF har satt som mål for indikatoren overbelegg at det skal nærme seg null, og målet for indikatoren korridorpasienter er at dette skal forekomme kun unntaksvis.

Ifølge styringsdokumentet til helseforetakene skal det settes fokus på venting internt i sykehus og behandlingsflyt. Høsten 2002 gjennomførte Helse Vest RHF, i samarbeid med SINTEF Unimed Norsk pasientregister (NPR), en gjennomgang av ventelistene ved helseforetakene og private sykehus i regionen for å oppnå en mer ensartet og riktig registrering av ventelistepasientene. I 2003 følges tiltakene opp i helseforetakene.

I 2003 har Helse Vest RHF utarbeidet smittevernplan for regionen for 2003-2005 som følges opp i alle helseforetakene. Et særskilt ansvar for oppfølgingsarbeidet er lagt til regionalt kompetansesenter for sykehushygiene, som også gis særskilt økonomisk støtte. Fra 01.01 2004 innføres elektronisk infeksjonskontrollprogram i alle helseforetakene.

#### 5.6.4 Helse Sør RHF v/Ingrid Risland

I Helse Sør er det ikke utarbeidet styringsdokumenter til det enkelte foretak. 2002 ble brukt til å utvikle en langsiktig strategi for virksomheten, hvor kvalitet inngår som et viktig område. Målsettinger innen spesifikke områder er gitt gjennom et overordnet strategidokument (Resept 2006) og foretaksplanen for 2003.

I Resept 2006 er det satt overordnede mål for fire områder: Pasienter /pårørende, ansatte, eiere og FoU. Dette gjenspeiler seg i foretaksplanen der det skisseres konkrete styringsindikatorer med angivelse av målsettinger for hver indikator, hvilke tiltak som skal settes i verk, tidsfrister for målsetting, og på hvilket nivå ansvaret for gjennomføring ligger (RHF eller HF).

Følgende styringsindikatorer er valgt:

- gjennomsnittlig ventetid (somatikk og psykiatri)
- pasienttilfredshet
- epikrisetid
- korridorpasienter
- ventetid Colorectal cancer
- ventetid BUP pasienter
- medarbeidertilfredshet
- sykefravær
- gjennomført årlig utviklingssamtale
- indikator for ressurser til forskning
- diverse aktivitetsmål

I tillegg er det fulgt opp med målinger av responstid for ambulanse spesifisert på alle grader av hasteoppdrag og tettbygd eller grigrendt område.

Nasjonale indikatorer for prevalens sykehusinfeksjoner er fulgt opp med kvartalsvis måling.

Nasjonal indikator for tvungen innleggelse i psykiatrisk institusjon er fulgt opp med kvartalsvise målinger.

Alle indikatorer og kvalitetsmål er fulgt opp med meldinger til HF og RHF styrer.

Av indikatorene har ventetid både innen somatikk og psykiatri hatt størst fokus. Dette området er fulgt opp med møter med foretakene, arbeidsgrupper og hyppig rapportering. Resultatet er en klar forbedring i løpet av året.

Indikator for korridorpasienter har spesielt stor relevans for tre av foretakene som har en stor utfordring her. Dette er fra HF fulgt opp gjennom konkrete tiltak på bakgrunn av foretaksplanen. Av gjennomførte tiltak kan nevnes:

- Omorganisering og funksjonsfordeling innad i helseforetaket med samling av elektiv virksomhet og dagkirurgi for å frigjøre sengekapasitet og redusere behovet for å plassere pasienter i korridor.
- Omorganisering med øking av tallet på geriatrike senger og rehabilitering.

I tillegg har det i 2003 vært et fokus på pasientsikkerhet og avviksbehandling. Dette er fulgt opp fra RHF side med temadager og kontaktmøter.

Generell gjennomgang av status for gjennomføring foretaksplanen har vært fulgt opp med møter mellom RHF og HF.

#### 5.6.5 Helse Øst RHF v/Christel Meyer

Helse Øst har vedtatt en felles Strategisk fokus med overordnede mål for alle virksomheter i helseregionen. Arbeidet i Helse Øst er basert på fire gjennomgående suksesskriterier:

- økt tilgjengelighet og likeverdige tilbud
- økt kvalitet og større pasienttilfredshet
- Bedre ressursutnyttelse og effektivitet
- Større valgfrihet og bedre kapasitetsutnyttelse

Det pågår et utviklingsarbeid for å finne frem til de mest hensiktsmessige indikatorer til de enkelte fokusområder. Helse Øst inngår driftsavtaler med alle helseforetak. I avtalene fastsettes både aktivitets og kvalitetsmål.

Helse Øst har vedtatt en overordnet kvalitetsstrategi. Etablering av helhetlige kvalitetsystem, som omfatter både den administrative og medisinsk faglige virksomheten i alle helseforetak, har vært hovedsatsingen de første årene.

ISO 9001- standarden er kvalitetskravet som er lagt til grunn for kvalitetssystemet, men det er opp til de enkelte helseforetak om de vil gjennomgå en sertifisering eller ikke. En statuskartlegging er gjennomført og helseforetakene tilbys faglig veiledning for å oppfylle kravet. De enkelte helseforetak står fritt til å velge hvilken modell for det interne kvalitetsarbeidet utover det helhetlige kvalitetssystemet.

I arbeidet med å etablere helhetlige kvalitetsystem har det vært arrangert temasamlinger; et om avviksbehandling og et om interne revisjoner. Det er dessuten blitt utarbeidet en felles instruks for ventelistehåndtering. Det forventes at helseforetakene gjennomfører interne revisjoner i henhold til denne instruksjonen i løpet av 2004. Det planlegges faglige revisjoner eller clinical audits i løpet av 2004 i henhold til beste kliniske praksis.

Kvalitetsstrategien inkluderer også krav om serviceerklæring i helseforetakene. Det har vært arbeidet for å avklare minstekravet / malen for service-erklæringer.

Helse Øst har foreslått en minstemal for alle HF ved bruk av brosjyren "Til deg som er pasient eller pårørende". Sosial- og helsedirektoratet vurderer nå om de kan utgi denne og oppdatere den som en service-erklæring som gir grunnleggende felles informasjon. Enkelte virksomheter i Norge har gått bort fra bruk av service-erklæringer. Nytteverdien synes ikke å være ubetinget god. Målet er derfor å bruke det som allerede finnes av informasjonsdokumentasjon, både overordnet og lokalt i virksomhetene.

Helse Øst har ikke utarbeidet egne kvalitetsindikatorer, men valgt å sikre god implementering og oppfølging av de nasjonale kvalitetsindikatorene.

Følgende kvalitetsindikatorer inngår i de styringsparametrene som helseforetakene månedlig rapporterer til RHF

- antall på venteliste (somatikk og Psykiatri)
- ventetid
- epikrisetid
- korridorpasienter

## 6 Ny foretaksstruktur og funksjonsfordeling: med ulik hastighet på samme vei?

Pål E. Martinussen og Beate M. Huseby

### 6.1 Innledning

Behovet for endringer i sykehusstrukturen og oppgavefordeling mellom sykehusene i Norge er trolig en av de viktigste årsakene til at eierskapsreformen ble gjennomført. Fastleggningen av den nye foretaksstrukturen har dermed vært en av de regionale foretakenes første og viktigste utfordringer. Debatten om sykehusstruktur har dominert den helsepolitiske agendaen helt siden Sykehusloven av 1970 trådte i kraft, og Hansen (2000) påpeker at debatten har vært preget av at den medisinsk-faglige og økonomiske rasjonaliteten med vektlegging av kvalitet og kostnadseffektivitet har stått i motsetning til lokaldemokratiske verdier knyttet til nærhet og tilgjengelighet.

I 2003 har motsetningene og konfrontasjonene mellom lokalbefolkning og myndigheter og regionale helseforetak vært mange og harde. Avisoverskriftene forteller om store demonstrasjoner og folkebevegelser på en rekke steder i Norge det siste året. Stridighetene har vært særlig tydelige i Helse Vest RHF<sup>35</sup>. Den 21. oktober 2003 samlet imidlertid aksjonister fra hele landet seg utenfor Stortinget for å protestere mot nedlegging av fødeavdelinger og/eller akuttberedskap ved Lærdal sjukehus i Sogn og Fjordane, Odda sjukehus i Hordaland, Rjukan sjukehus i Telemark, Oppland sentralsykehus avd. Gjøvik, og Mosjøen sykehus i Nordland. I motsetning til tidligere tiders "sykehusstrider" er det hevdet at kampen vil være vanskeligere å vinne for lokalsykehusaksjonistene denne gang. Motstanderne er ikke lenger fylkespolitikere som må se folk i øynene ved neste valg, men helsebyråkrater og oppnevnte styrer (Bergens Tidende 2. mars 2003). Ved flere av konfliktene det siste året har folkemeningen likevel vunnet fram; Helseminister Høybråten har overstyrt beslutningen i Helse Sør RHF om nedlegging av fødeavdelingen ved Oppland Sentralsykehus avdeling Gjøvik, og Helse Vest RHF har foreløpig ikke fulgt anbefalingene fra akuttutredningen for regionen når det gjelder nedlegging av akuttfunksjonene ved Voss og Odda sjukehus.

---

<sup>35</sup> Se f.eks Bergens Tidende (BT): "Tilbudet rasert" (BT 11. desember 2002), "Uforsvarleg forslag ifrå Helse Vest" (BT 21. desember 2002), "Brenn for sjukehuset: Over tusen vossingar og hardingar slo i går ring rundt Voss sjukehus med brennande fakler" (BT 5. januar 2003), "Massiv skyts mot Helse Vest" (BT 11. januar 2003), "Store ord utan ansvar" (BT 2. mars 2003), "Kjempar for fødeavdeling" (BT 15. mars 2003), "Sykehusforkjempere fra hele Norge til Odda" (BT 1. april 2003), "Kirurgisk akuttberedskap nedlegges" (BT 3. april 2003), "Levande skjold rundt sjukehus" (BT 6. april 2003), "Høybråten avgjer sjukehusframtida" (BT 5. april 2003), "Vakthold for sykehusene" (BT 7. april 2003), "Harde ord i sjukehuskampen" (BT 16. mai 2003), "Føde-protestar førte fram" (BT 30. mai 2003), "Frykter nedlegging av Lærdal sjukehus" (BT 11. juni 2003), "Riper i lakken for Helse Vest" (BT 22. juni 2003), "Lukket Helse Vest" (BT 23. juni 2003), "Vil ha utsett fødenedlegging" (BT 25. juni 2003), "Fryktar at lærdal-føden blir lagt ned" (BT 7. september 2003), "Legar nektar keisarsnitt-beredskap" (BT 27. september 2003), "Mektig markering for lokalsykehusene" (BT 21. oktober 2003), "Ingen vil jobbe på føden i Lærdal" (BT 21. oktober 2003), "Alle står bak sjukehuset" (BT 26. oktober 2003), "Jordmorimport fra Lofoten til Lærdal" (BT 28. oktober 2003), "Overhovla sjukehusaksjonistar" (BT 31. oktober 2003), "Statsråden gjer jordmødrene til syndebukker" (BT 1. november 2003), "Dei ulydige jordmødrene" (BT 17. november 2003), "Ber om hjelp" (BT 4. desember 2003).

Hansen (2000) hevder at de sentrale helsemyndighetene sjelden har benyttet muligheten til å instruere eller overprøve fylkeskommunene i strukturspørsmål. Dette har medført at de organisasjonsløsninger som i hovedsak ble etablert i første halvdel av forrige århundre har vist relativt stor motstandskraft. Hansen (2001) påpeker imidlertid også at fylkeskommunene til en viss grad har oppfylt de nasjonale signalene om et mer nivåstrukturert og differensiert sykehusvesen, og hevder at langtidstendensen har gått i retning av sterkere spesialisering og differensiering mellom sykehusene. De største og mest spesialiserte enhetene har vokst mest og tar en stadig økende andel av de samlede ressursene (Hansen 2001). Huseby (2001) viser at disse utviklingstrekkene ble videreført og forsterket i 1990-årene, både når det gjelder fusjoner mellom tidligere autonome sykehusinstitusjoner og ressursfordeling institusjonene i mellom.

Den nye Helseforetaksloven fra 2001 understreket imidlertid nødvendigheten av en ytterligere fordeling av funksjoner og oppgaver mellom sykehusene for å oppnå høyere effektivitet og bedre kvalitet i spesialisthelsetjenesten og har resultert i store organisasjonsmessige og strukturelle endringer. Både den historiske og den samtidige strukturutviklingen i helsesektoren kan derfor beskrives som en lang vei mot mer spesialiserte og differensierte sykehus som blir underlagt stadig større geografiske enheter, og hvor utviklingshastigheten kan synes å ha økt betydelig de siste år.

I lys av de konflikter som har vært mellom lokalbefolkning og helsemyndigheter på nasjonalt og regionalt plan det siste året er det flere interessante spørsmål som knytter seg til den nye organisasjonsstrukturen i helseregionene. Hvilke hensyn er/var sentrale i de regionale helseforetakenes valg og utvikling av ny foretaksstruktur? Har de regionale helseforetakene først og fremst lagt vekt på forhold knyttet til effektivitet og ressursutnyttelse, eller har argumenter knyttet til geografisk avgrensning, god tilgjengelighet, likeverdighet i tjenestetilbudet, kvalitet på tjenestene, brukertilfredshet, og valgfrihet for befolkningen vært like viktig? Hvor sterk er likhetene og/eller forskjellene mellom de valgene de fem RHF-ene har foretatt? Er utviklingen mot spesialisering og differensiering like entydig i alle de fem helseregionene og har utviklingen gått like fort i alle fem?

Formålet med dette kapitlet er å diskutere i hvilken grad de fem helseregionene har valgt lik eller ulik strategi når det gjelder foretaksstruktur og funksjonsdeling, og påpeke likheter og forskjeller mellom helseregionenes organisasjonsmessige struktur. Kapitlet gir først en oversikt over utviklingen mot eierskapsreformen, og presenterer deretter utviklingen i struktur og organisering for hver av de fem regionale helseforetakene. I denne delen av kapitlet settes det i særlig grad fokus på strukturendringer knyttet til *fødetilbud* og *akuttberedskap*. Disse to områdene er valgt fordi flere av RHF-ene har foreslått strukturendringer knyttet til disse to områdene det siste året, og fordi befolkningens krav om nærhet og god tilgjengelighet til slike tilbud tradisjonelt har vært sterk. De viktigste endringene eller planene som er vedtatt for *funksjonsfordeling* innenfor fødselsomsorgen og akuttberedskapen oppsummeres derfor særskilt. Avslutningsvis i kapitlet diskuteres likheter og ulikheter i helseregionenes strategier og utviklingshastighet. Et sentralt poeng i dette kapitlet er at de regionale helseplanene og det arbeidet som var knyttet til utarbeidelsen av disse, har hatt stor betydning for både strategiske valg og utviklingshastighet i de regionale helseforetakene.

## 6.2 Strukturdebatten i norsk helsepolitikk: veien mot regionale helseforetak

Den nyere strukturdebatten i spesialisthelsetjenesten kan i grove trekk hevdes å ha gjennomgått *tre ulike faser*. Den første fasen ble innledet av Stortingsmelding 9 (1974-1975) som framsatte et eksplisitt mål om en regional samordning av helse- og sykehustjenestene for å bedre ressursutnyttelsen og tilbudet av spesialisthelsetjenestene. I dette sentrale helsepolitiske dokumentet ble det pekt på at den sterke økningen i ressursforbruket innen helsetjenesten nødvendiggjør en koordinering av de enkelte ledd for å oppnå bedre utnyttelse av ressursene. Det var derfor behov for å fastlegge en felles organisatorisk struktur for alle typer helsetjenester, der det klart angis hvilke typer helsetjenester hver organisa-



torisk enhet på de forskjellige nivåer skal gi, og til hvilken befolkningsgruppe. Dette skulle oppnås gjennom det såkalte *regionaliseringsprinsippet*, der landet ble inndelt i fem helse-regioner. Regionaliseringsprinsippet bygger på en rekke forutsetninger. Hver enhets oppgave skal være klart definert med hensyn til funksjoner og geografisk ansvarsområde. Videre skal summen av de enkelte enheters tjenester tilsvare befolkningens totale behov for helse-tjenester, og den geografiske fordelingen av tjenestetilbudet skal være mest mulig hensiktsmessig ut fra befolkningens behov for nærhet til sykehustjenester, medisinske krav om effektivitet og økonomiske krav om rasjonell ressursutnyttelse. Den økende spesialiseringen i helsevesenet nødvendiggjorde en ny nivåstrukturering, og strukturen for helsetjenesten innenfor hver region ble derfor basert på tre hovednivåer; distrikthelsetjenesten, fylkeshelsetjenesten og regional helsetjeneste. Innenfor hver helseregion skulle det finnes et regionsykehus som ivaretok region-, flerregion- eller landsfunksjoner. Stortingsmelding nr. 9 (1974-1975) etablerte også det såkalte LEON-prinsippet, som går ut på at pasienter bør behandles på laveste effektive omsorgsnivå.

Stortingsmelding 9 (1974-75) ledet til opprettelsen av regionale helseutvalg. Disse utvalgene ble tillagt en rådgivende funksjon for fylkeskommunene, men frem til begynnelsen på 1990-tallet var aktiviteten i disse utvalgene relativt liten, og hadde få konsekvenser for spesialisthelsetjenesten. Dette ble også påpekt i innstillingen fra samordningsutvalget i 1986 (NOU 1986:4). På tross av at Stortingsmelding 9 (1974-75) framsatte mange sentrale prinsipper for spesialisthelsetjenestens struktur og funksjonsdeling, kan det derfor hevdes at fokuset på funksjonsdeling og regional samorganisering var lite i denne perioden.

*Fase to* i den nyere strukturdebatten innebar en økt vektlegging og betydning av det regionale nivået. Stortingsmelding nr. 50 (1993-94) påpekte at et av hovedproblemene i arbeidet med å utvikle en effektiv sykehusstruktur var dublerende kompetanse og spredning av akuttberedskapen. Dette førte i sin tur til at spesialister ofte ble utnyttet for dårlig, og at enkeltsykehus ble stående uten kompetanse på visse områder (Hagen, 1998). Denne Stortingsmeldingen understreket at helseregionene måtte tillegges en sterkere rolle i planleggingen av sykehusvirksomheten. Som en følge av dette ble de regionale utvalgene noe oppgradert og fikk økt betydning for fylkeskommunenes helseplaner. Utover 1990-tallet, ble målet om en regional samordning av helse- og sykehustjenestene påpekt i en rekke offentlige utredninger (NOU 1996:5, Stortingsmelding nr. 24 (1995-1996)), og det ble etter hvert klart at de regionale helseutvalgene ville bli lovpålagte og forpliktende. Dette ble vedtatt i 1998, og fra 1. januar 1999 fikk de regionale helseutvalgene et lovfestet ansvar for utarbeidelse av regionale helseplaner. I forskriftene for de regionale helseplanene fremgår det at de regionale helseutvalgene har plikt til å utarbeide en 4-årig regional helseplan for spesialisthelsetjenesten i regionen i samsvar med nasjonale prioriteringer og mål. I rundskriv I-34/99 (Sosial- og helsedepartementet 1999) framgikk det at det første av de nasjonale satsningsområdene var en bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene.

De regionale helseplanene som ble utviklet hadde svært ulik karakter og spesifikasjonsgrad. Helseregion Sør spesifiserte en viss funksjonsdeling mellom sykehusene når det gjaldt kirurgisk kreftbehandling<sup>36</sup>, og Helseregion Vest gav en klar oversikt over hvilken type kirurgisk kreftbehandling som skulle utføres ved hvilke sykehus. Funksjonsdeling mellom sykehusene var satsningsområde nummer en for Helseregion Vest, og ble satt i sammenheng med utviklingen av fire likeverdige sykehusområder i regionen. Helseplanene for de tre andre helseregionene inneholdt imidlertid få planlagte og konkrete tiltak knyttet til funksjonsdeling mellom institusjonene, men en viss endring i akuttmedisinen ble også spesifisert av Helseregion Nord. Den regionale helseplanen for denne landsdelen påpekte at AMK-tjenestene med fordel kan organiseres i færre enheter for bedre ressursutnytting. Tiltaksplanen påpekte også utredningsprosjekter for oppgavefordeling og samarbeid mellom sykehusene i Sør-Troms og nordre Nordland, samt sykehusene og kommunehelsetjenesten i Helgelandsområdet. Disse utredningsprosjektene var planlagt forelagt politiske myndigheter i 1. halvår 2002.

<sup>36</sup> Pancreaskirurgi skal utføres på Rikshospitalet, avansert gynekologisk kreftkirurgi skal utføres på Det Norske Radiumhospitalet og hode/halskirurgi med rekonstruktiv plastikk-kirurgi skal utføres på begge disse to sykehusene.

I Helseregion Midt-Norge ble det først og fremst lagt vekt på nettverkssamarbeid for å styrke den faglige standarden ved alle sykehusene, og det ble eksplisitt påpekt at alle de somatiske sykehusene i regionen skal tilby akuttberedskap innen indremedisin, ha basistjenester som ivaretar befolkningens behov for behandling av de vanligste sykdommer og gi tilbud innen fagområdene kardiologi, gastroenterologi, geriatri og psykiatri. Helseplanen for Helseregion Midt-Norge var likevel en av de mest konkrete helseplanene og tilbud og tilgjengelighet innen en rekke fagspesialiteter ble diskutert og vurdert. Helseregion Øst satte også fokus på manglende kapasitet, men var mindre konkret i sine beskrivelser av hvilke sykehustjenester som hadde for lang ventetid. I helseplanen for Helseregion Øst var også utbygging av sykehus et sentralt moment og planer om funksjons- og oppgavedeling var i stor grad knyttet til en plan om å etablere et prosjekt for nærmere gjennomgang av oppgaveløsning og funksjonsdeling i regionen.

De første forpliktende regionale helseplanene ble vedtatt av fylkeskommunene ved utgangen av 2000, og ble godkjent av SHD i mars 2001. På dette tidspunktet var imidlertid den statlige eierskapsreformen under utredning, og den offentlige godkjenningen av helseplanene fra de regionale helseutvalgene i 2001 kan derfor betraktes som avslutningen på den andre fasen i strukturdebatten.

I denne fasen ble også Akuttutvalgets utredning (NOU 1998:9), og Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) om akuttmedisinsk beredskap, samt Innst. S. nr. 300 (2000-2001) fremlagt og behandlet. Disse utredningene/innstillingene satte fokus på sykehusstrukturen i lys av behovet for faglige krav og standarder for akuttberedskapen både når det gjelder kirurgi, indremedisin og fødselsomsorg. Disse utredningene og innstillingene har fått stor betydning for sykehusstrukturen i enkelte av helseregionene, og for debatten om fødselsomsorg og akuttberedskap i 2003. Utredningene ledet også til opprettelsen av Nasjonalt råd for fødselsomsorg. P.g.a. den særskilte betydningen som disse rapportene og innstillingene fikk for den videre debatten om sykehusstrukturen, er utredningen og forslagene i innstillingen gitt en nærmere beskrivelse i neste del av kapitlet.

I den andre fasen av strukturdebatten ble det også gjennomført en rekke fusjoner mellom sykehus i Norge. De fleste av disse fusjonene ble gjennomført i Helseregion Øst og Helseregion Sør<sup>37</sup>. Både i Vest-Agder, Østfold, Vestfold og delvis Oppland og Hedmark fikk man vesentlige omstruktureringer, som omfattet både organisatoriske fusjoner, funksjonsdifferensiering og beredskapssanering. Som Hansen (2000) påpeker, har de fleste av strukturendringene som ble iverksatt på 1990-tallet hatt en forhistorie med flere tiårs til dels heftig lokalpolitisk strid. At de endelig ble vedtatt skyldes derfor bare unntaksvis at striden opphørte. Viktigere er det at ulike flertallskonstellasjoner i de aktuelle fylkeskommunene fant det hensiktsmessig å etablere mer bærekraftige og "moderne" enheter, med potensielt friere flyt av pasienter og skjerpede krav til både kvalitet og effektivitet.

En annen vesentlig del av strukturdebatten i spesialisthelsetjenesten i Norge i denne perioden (som her omtales som fase to i strukturdebatten) var knyttet til regioninndelingen på Sør- og Østlandet. I Stortingsmelding 37 (1997-1998) påpekes det at dette har vært et problemfelt siden regionaliseringsprinsippet ble vedtatt på 1970-tallet. En viktig årsak til problemene er at regionsykehustilbudet for begge regionene er samlet i Oslo. Dette gjør det vanskelig å trekke regiongrenser som tar hensyn til geografiske og befolkningsmessige forhold. Det hele ble ytterligere komplisert ved at staten eide ett av regionsykehusene. Denne Stortingsmeldingen resulterte i en endring av Helseregion I og II som ble iverksatt fra 1999. Den opprinnelige Helseregion I inkluderte bare Hedmark, Oppland og Oslo, mens Helseregion II omfattet fylkene Østfold, Akershus, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-

---

<sup>37</sup> I 1991 ble sykehusene i Sarpsborg og Fredrikstad sammenslått til Østfold SSH. I 1998 fusjonerte Østfold SSH med Halden, Indre Østfold og Moss sykehus. I 1995 ble Statens sykehus i ortopedisk kirurgi og Oslo sanitetsforenings revmatismesykehus fusjonert med Rikshospitalet, mens Berg gård inngikk i dette sykehuset fra 1996. Fra og med driftsåret 1995 ble Hamar sykehus en del av Sentralsykehuset i Hedmark. Videre ble Lillehammer fylkessykehus og Gjøvik fylkessykehus i Oppland slått sammen til Oppland sentralsykehus i 2000. I Helse Sør ble St. Franciskus innlemmet i Aust-Agder SSH i 1995. Farsund sykehus og Flekkefjord sykehus ble slått sammen til Lister sykehus i 1997. Fra 1998 ble Horten sykehus en del av Vestfold sentralsykehus, mens Sandefjord og Larvik sykehus ble en del av samme sykehus fra og med år 2000. I Helseregion Vest ble Florø sykehus en del av Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane fra og med driftsåret 1995. I Helse Midt-Norge og Helse Nord (tidligere Helseregion 4 og 5) ble det ikke gjennomført noen fusjoner mellom sykehus i denne perioden, men sykehusene i Møre og Romsdal fikk i 2001 felles administrativ overbygning. Dette tiltaket hadde få praktiske konsekvenser, men kan sees som en strategisk forberedelse til eierskapsreformen skulle tre i kraft.

Agder. Fra 1999 medførte den nye regioninndelingen at Helseregion Øst dekker Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland, mens Helseregion Sør dekker fylkene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder, og Rikshospitalet og Radiumhospitalet skulle i tillegg til å være statlig sykehus også ha funksjon som regionsykehus for Helseregion Sør.

Tredje fase i strukturdebatten ble for alvor innledet i januar 2002 da staten overtok eierskapet og sykehusene i Norge ble drevet som fem regionale helseforetak. Opptakten til denne reformen kan delvis knyttes til ønsket om en mer forpliktende regional organisering av helsetjenestene slik det er beskrevet overfor, men mer konkret kan reformen knyttes til Hellandsvikutredningen i 1996 (NOU 1996: 5). Dette utvalget hadde som oppgave å utrede eierskap, organisering og finansiering av sykehusene. Utvalget klarte imidlertid ikke å bli enig om ett forslag, og lanserte 3 modeller – alle med utgangspunkt i et regionalisert sykehusvesen: et løst formalisert regionalt samarbeid, et regionalt samarbeid formalisert gjennom interfylkeskommunale selskap, og statlig eierskap av sykehusene. Den siste modellen ble som kjent vedtatt av Stortinget høsten 2000 og utredet og planlagt i 2001.

Det uttalte formålet med eierskapsreformen er å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og på den måten legge bedre til rette for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001). Sentrale elementer i reformen er økt fristilling av sykehusene, sentralisering av makt til staten, økt bruk av kontrakt som styringsform, profesjonelle istedenfor parts sammensatte styrer, større skille mellom helsepolitikk og tjenesteproduksjon, og økt valgfrihet for pasientene.

Den nye Helseforetaksloven framhever at det er "nødvendig å gi gode muligheter for strukturstyring og samordning av ressursene, samtidig som de enkelte virksomhetene må få rammebetingelser for å drive mest mulig effektivt" (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001: 35). Rent konkret pekes det på at "den optimale størrelsen" på sykehus ser ut til å ligge mellom 200 og 600 senger<sup>38</sup>. Selv om det fra departementets side ikke legges anbefalinger basert på slike normtall, presiseres det likevel at det er grenser for hvor store driftsenheter kan være før det inntreer organisatoriske ulemper. Det påpekes samtidig at behovet for strukturstyring og funksjonsfordeling ikke nødvendigvis betyr at sykehus må legges ned, men at produksjonsmessige fortrinn utnyttes og kvalitet i tjenestene høynes. Den sentrale målsettingen med reformen er ifølge Helseforetaksloven tilretteleggingen av en bedre struktur i helsetjenesten først og fremst når det gjelder sykehusstruktur og funksjonsfordeling, i tillegg til pasientrettet samarbeid på tvers av foretakene og i forhold til primærhelsetjenesten. Utover dette sier imidlertid Helseforetaksloven svært lite konkret om verken foretaksstruktur eller funksjonsfordeling:

*"Det vil være opp til det enkelte regionale helseforetak å velge hvordan det regionale helseforetaket og underliggende virksomheter skal organiseres. Det er likevel lagt til grunn at helsetjenesten overfor publikum i vesentlig utstrekning skal utføres av helseforetak som er egne foretak med egne styringsorganer. Virksomhetene kan organiseres i enkeltstående helseforetak eller helseforetakene kan bestå av en sammenslutning av virksomheter med tilgrensende oppgaver" (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001: 38).*

Tilsvarende legger også styringsdokumentene til de enkelte regionale helseforetakene svært få konkrete premisser for arbeidet med struktur og funksjonsfordeling, da ordlyden er den samme i alle de fem styringsdokumentene:

*"De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med effektivisering av sykehusstrukturen i helseregionen. Et grunnlag for dette er nedfelt i de regionale helseplanene. Departementet forventer at det arbeides, både kort-siktig og langsiktig, med utvikling av organisatoriske strukturer som gir effektiv utnyttelse av de samlede ressursene. Samtidig skal denne strukturen sikre tjenester av høy kvalitet og god tilgjengelighet" (Sosial- og helsedepartementet 2001).*

<sup>38</sup> Denne størrelsen er basert på empiriske undersøkelser fra andre land, som ikke er nærmere spesifisert i Helseforetaksloven.

Siden det er lagt få konkrete føringer fra sentralt hold når det gjelder utformingen av ny foretaksstruktur og funksjonsfordeling, har det vært opp til de enkelte regionale helseforetak å velge sine løsninger. SAMDATA Tabeller 2002 (Torvik 2003) viser at variasjonen mellom helseregionene fremdeles er stor når det gjelder behov, pasientsammensetning og ressurser. Disse variasjonene gjør det mulig at de regionale helseforetakene kan ha valgt ulike veier mot felles mål. I dette kapitlet gjennomgås de viktigste endringene i sykehusstruktur og funksjonsfordeling i hver enkelt av helseregionene.

### 6.3 Føringer for organiseringen av akuttberedskapen og fødselsomsorgen

Som allerede påpekt, har den offentlige utredningen om akuttberedskapen; "Hvis det haster..." (NOU 1998:9), samt Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) og Innst. S. nr. 300 (2000-2001) hatt stor betydning for fastleggingen av sykehusstrukturen i enkelte regionale helseforetak, og har fått fornyet relevans i debatten om oppgavefordeling mellom sykehus når det gjelder akuttberedskap og fødselsomsorg. Bakgrunnen for både Akuttutvalgets utredning (NOU 1998:9) og Stortingsmeldingen var knyttet til Stortingets behandling av Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) der et flertall i Sosialkomiteen sa seg enig i "et ønske om å styrke det samlede akuttmedisinske tilbudet og finner det derfor riktig at Sosial- og Helsedepartementet skal utarbeide krav til de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden." Innledningsvis i Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) hevdes det at:

*"Den overordnede målsetningen må være en akuttmedisinsk beredskap som har en høy faglig standard, det vil si klare ansvarsforhold, hensiktsmessig organisering, innarbeidede rutiner og gode tekniske løsninger.*

*Den akuttmedisinske beredskapen må også gi et mest mulig likeverdig tilbud til hele befolkningen. Det er derfor viktig at organiseringen av tjenesten tar hensyn til at bosetningen i deler av landet er spredt, med varierende avstand til spesialiserte helsetjenestetilbud. Samtidig må det være aksept for at forutsetningene er forskjellige slik at tjenesten vil være noe ulik utformet." (Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) pkt 1.3).*

I både den offentlige utredningen og Stortingsmeldingen diskuteres en rekke problemstillinger knyttet til både sykehusstruktur og akuttberedskap for kirurgi og indremedisin, samt fødselsomsorg. Det påpekes at Norges sykehusstruktur er et produkt av tidligere tiders bosettingsmønster, næringsvirksomhet og kommunikasjoner, mens nivåstruktureringen av helsetjenestene og graderingen av sykehusene i lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus er et resultat av den faglige utviklingen innen medisin. Det hevdes at det har foregått omfattende endringer innen bosetting, demografi, kommunikasjon og medisin, mens sykehusstrukturen er omtrent uendret de siste 30 år. Akuttutvalget (NOU 1998:9) foreslår derfor å avløse den tradisjonelle graderingen mellom lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus med en hierarkisk tredeling av akuttberedskapen: Nivå 1 omfatter de prehospitaltjenestene (primærhelse, ambulans- og nødmeldetjenesten), nivå 2 består av tre sykehusmodeller A, B og C, og nivå 3 består av sykehus som ivaretar høyspesialiserte deler av kirurgi og indremedisin, samt alle andre spesialiteter.

- Sykehusmodell A har døgnkontinuerlig akuttberedskap i indremedisin og kan ha fødetilbud i form av fødestue.
- Sykehusmodell B har akuttberedskap i indremedisin og i ett av de kirurgiske fagområdene (ortopedi eller bløtdelskirurgi, anestesi og fødselshjelp) samt fødeavdeling eller fødestue.
- Sykehusmodell C har akuttberedskap innen indremedisin, ortopedi, bløtdelskirurgi, anestesi, gynekolog og fødeavdeling.

Akuttutvalgets forslag til ny inndeling av den akuttmedisinske beredskapen møtte relativt sterke innvendinger blant høringsinstansene. Det var i særlig grad sykehusmodellene A og B som ble kritisert og det ble hevdet at sykehusmodellene vil kunne føre til et svekket behandlings- og servicetilbud overfor pasientene og at sykehusmodell A vil kunne få store problemer med rekruttering av helsepersonell.

Sosial- og Helsedepartementets innstilling til Akuttutvalgets forslag kan oppsummeres i følgende sitat:

*“Departementet mener dagens sykehusstruktur ikke er tilpasset utviklingen som har funnet sted de senere år, men finner det ikke hensiktsmessig å erstatte dagens sykehusstruktur med Akuttutvalgets forslag til ny sykehusstruktur. Departementet er likevel av den oppfatning at utfordringer som for eksempel rekruttering av helsepersonell og ressursutnyttelse må løses gjennom endringer i sykehusstrukturen, herunder rasjonalisering av akuttberedskapen. Departementet vil derfor gi Akuttutvalgets forslag til sykehusmodeller en retningsgivende status for den framtidige sykehusplanleggingen og åpner også opp for muligheter for kombinasjoner av de foreslåtte sykehusmodellene.” Innst. S. nr. 300 (2000-2001).*

Fødselsomsorgen ble også behandlet særskilt av både Akuttutvalget, Stortingsmeldingen og Sosialkomiteens innstilling. Det ble vist til Statens Helsetilsyns rapport fra 1997 (Statens Helsetilsyn 1997) hvor det ble foreslått en differensiering av sykehusenes kompetansenivå og en seleksjon av fødende. De tre kompetansenivåene var:

- Kvinneklinikker: Minst 1500 fødsler per år, tilstedevakt av fødsel- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendige jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.
- Fødeavdelinger: Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor og operasjonsstuebemannning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen.
- Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold.

I Sosialkomiteens innstilling understrekes det imidlertid at det overordnede målet for fødselsomsorgen må være at det fremdeles skal tilbys et *desentralisert* fødetilbud i Norge, og at det skal holde en god og forsvarlig standard. Sosialkomiteen foreslår videre at den skisserte nivåinndelingen skal gjøres gjeldende, ikke bare veiledende, for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen. Komiteen påpeker imidlertid at omorganiseringen av fødselsomsorgen er en krevende faglig, organisatorisk og juridisk prosess hvor informasjonsbehovet for befolkningen vil være stort. Komiteen foreslår derfor å opprette et *nasjonalt råd for fødselsomsorg* som kan bistå med omleggingsprosessene og oppfølging av driften og består av en gynekolog, en jordmor, allmennlege og helseadministrativt personell.

Akuttmeldingen (NOU 1998:9) og Stortingsmelding nr 43 (2000-2001) har hatt stor betydning for oppgavefordelingen i flere av de regionale helseforetakene. I Helse Sør RHF er det eksempelvis differensiert mellom tre ulike nivå av akuttberedskap, og inndelingen kan hevdes å være positivt påvirket av forslaget til sykehusstruktur i Akuttmeldingen. Differensieringen av fødselsomsorgen er også lagt til grunn for forslagene og vedtakene om endringer i fødetilbudet ved en rekke sykehus i Helse Vest RHF og Mosjøen sykehus i Helse Nord RHF. I det følgende vil vi gi en mer detaljert beskrivelse av strukturfastleggingen og begrunnelsene for denne i hvert av de fem regionale helseforetakene.

## 6.4 Helse Øst: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen

### 6.4.1 Foretaksstruktur

Helse Øst har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Akershus, Østfold, Oslo, Hedmark og Oppland, og er den største foretaksgruppen av de fem helseregionene. Regionen har et budsjett på ca. 18 milliarder, har omtrent 17800 årsverk knyttet til den somatiske spesialisthelsetjenesten, og omfatter over 1.6 millioner innbyggere, dvs. nesten en tredjedel av Norges befolkning. Med sykehusreformen overtok Helse Øst ansvaret for ca. 18 somatiske virksomheter fordelt på 13 somatiske sykehus.

Ved inngangen av reformen organiserte Helse Øst disse sykehusene og institusjonene i 16 midlertidige helseforetak (se tabell 6.1). Dette inkluderte 12 av de somatiske sykehusene (Stensby sykehus som ble underlagt Akershus universitetssykehus HF) samt Blakstad sykehus HF, Barne- og ungdomspsykiatrien i Oslo HF, Psykisk Helsevern Østfold HF og Sykehusapotekene Sør-Østlandet HF. Sykehusene ble kalt helseforetak (HF) og enkelte av sykehusene skiftet også delvis navn; Akershus SSH, Ullevål sykehus og Aker sykehus ble kalt universitetssykehus. Ved inngangen til reformen ble det dermed gjort få endringer i sykehusstrukturen i Helse Øst mht somatiske sykehus; omtrent alle sykehus ble definert som egne foretak. Vedtaket om den framtidige foretaksstrukturen og oppgavefordelingen ble først vedtatt i styremøte 30. oktober 2002.

I 2003 ble antallet helseforetak i Helse Øst redusert til 7 HF-er i tillegg til felles apotekforetak med Helse Sør RHF og består nå av ett helseforetak for Østfold, Aker universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Asker og Bærum sykehus HF, Ullevål sykehus HF, Sunnaas sykehus HF samt Sykehuset Innlandet HF.

Den største organisasjonsmessige endringen er Innlandet sykehus HF som inkluderer både Kongsvinger sykehus, Tynset sykehus, Oppland SSH (inklusive Granheim lungesenter) og SSH i Hedmark (se tabell 6.1). Lovisenberg diakonale sykehus, Martina Hansens hospital, Diakonhjemmets sykehus og Lillehammer sanitetsforenings revmatismesykehus videreføres som avtaleinstitusjoner.

Det "nye" Sykehuset Innlandet er nå det største av HF-ene i Helse Øst<sup>39</sup> og hadde 27 prosent av oppholdene og 25 prosent av de effektive sengene i Helse Øst RHF i 2002 (se vedleggstabell). Ullevål universitetssykehus HF var nesten like stort med omtrent 20 prosent av oppholdene og liggedøgnene i regionen. Det minste helseforetaket i Helse Øst RHF (Sunnaas HF) hadde imidlertid mindre enn 1 prosent av sykehusoppholdene i regionen i 2002. I henhold til de føringer som er gitt i helseforetaksloven hvor det påpekes at en optimal foretaksstørrelse trolig vil være mellom 200 og 600 senger, overskrider både Sykehuset Innlandet HF og Ullevål universitetssykehus HF denne grensen med henholdsvis 946 og 722 effektive senger (se vedleggstabell), mens Sunnaas sykehus HF har et lavere enn sengetall enn det som antas å være optimalt (115 senger).

---

<sup>39</sup> Relatert til antall legeårsverk og årsverk totalt er imidlertid Ullevål universitetssykehus HF størst med 774 legeårsverk og 4876 årsverk totalt mot Innlandet sykehus HF med 487 legeårsverk og 3998 årsverk totalt.

Tabell 6.1 Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Øst og Helse Øst RHF i 2000, 2002 og 2003.

Helseregion Øst år 2000	Helse Øst RHF 2002	Helse Øst RHF 2003
Sykehuset Østfold Halden		
Sykehuset Østfold Sarpsborg		
Sykehuset Østfold Fredrikstad	Sykehuset Østfold HF	
Sykehuset Østfold Moss		Sykehuset Østfold HF
Sykehuset Østfold Askim		
--- <sup>1)</sup>	Psykisk helsevern Østfold HF <sup>2)</sup>	
Aker sykehus	Aker universitetssykehus HF <sup>2)</sup>	
Ski sykehus	Ski sykehus HF	Aker universitetssykeh. HF
--- <sup>1)</sup>	Folloklinikken (del av Blakstad sh HF) <sup>2)</sup>	
Sunnaas sykehus	Sunnaas sykehus HF	Sunnaas sykehus HF
Bærum sykehus	Bærum sykehus HF	Sykehuset Asker og Bærum HF
--- <sup>1)</sup>	Blakstad sh HF (ekskl. Folloklinikken) <sup>2)</sup>	
SSH i Akershus	Akershus universitetssykehus HF <sup>2)</sup>	Akershus universitetssykehus HF
Stensby sykehus	Stensby sykehus HF	
Ullevål sykehus	Ullevål universitetssykehus HF <sup>2)</sup>	Ullevål universitetssykehus HF
--- <sup>1)</sup>	Barne- og ungdomspsykiatri i Oslo HF <sup>2)</sup>	
Kongsvinger sykehus	Kongsvinger sykehus HF <sup>2)</sup>	
Tynset sykehus	Tynset sykehus HF <sup>2)</sup>	
Oppland SSH avd. Lillehammer Oppland SSH avd. Gjøvik	Oppland sentralsykehus HF <sup>2)</sup>	Sykehuset Innlandet HF
Granheim lungesenter		
Hedmark SSH	Sentralsykehuset i Hedmark HF <sup>2)</sup>	
--- <sup>1)</sup>	Sanderud sykehus HF, m/BUP Hedmark <sup>2)</sup>	
Lillehammer sanitetsforenings revmatismesykehus	Avtale med Helse Øst RHF	Avtale med Helse Øst RHF
Martina Hansens hospital	Avtale med Helse Øst RHF	Avtale med Helse Øst RHF
Lovisenberg diakonale sykehus	Avtale med Helse Øst RHF	Avtale med Helse Øst RHF
Diakonhjemmets sykehus	Avtale med Helse Øst RHF	Avtale med Helse Øst RHF
---	Sykehusapotekene Sør-Østlandet ANS	Sykehusapotekene Sør-Østlandet ANS

<sup>1)</sup> Tidligere institusjoner for psykisk helsevern er ikke inkludert i denne tabellen fordi fokus i dette kapitlet er satt på somatiske sykehus.

<sup>2)</sup> Psykiatrisk institusjon eller inneholder en eller flere psykiatriske institusjoner.

#### 6.4.2 Sentrale mål for fastleggingen av struktur i Helse Øst

I løpet av eierskapsreformens første driftsår ble det lagt ned mye arbeid i omstrukturering av institusjonene i Helse Øst. Rapporten fra "Prosjekt helseforetaksstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst" (Helse Øst, 2002b) gir en klar pekepinn om hvilke momenter som har vært sentrale i arbeidet med å fastlegge ny struktur. Her understrekes det for det første at helseforetakene bør ha en best mulig *geografisk avgrensning* av sitt område for øyeblikkelig hjelp-tjenester for å tydeliggjøre "sørge for"-ansvaret. Dette er forsterket gjennom fastlegging av en ny og entydig geografisk inndeling av opptaksområdene for helseforetakene som gjøres gjeldende fra 1. april 2004. I den nye geografiske inndelingen har Aker universitetssykehus HF, Ullevål sykehus HF og Lovisenberg diakonale sykehus sammen Diakonhjemmets sykehus fått sørge-for-ansvar for hver sine bydeler i Oslo. Akershus universitetssykehus har også fått ansvar for to bydeler i Oslo.

I rapporten fra "Prosjekt helseforetaksstruktur" anbefales det også at det legges til rette for en bedre samhandling mellom den somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenesten, ved at somatikk og psykiatri samorganiseres i felles helseforetak. Det anbefales videre at helseforetakene bør ha en størrelse som ivaretar robusthet i forhold til intern oppgavefordeling og faglig utvikling. Det framholdes at man ønsker å etablere helseforetak som sikrer *effektiv drift*. Samtidig vil inndelingen av helseforetak også være et virkemiddel for å oppnå sentrale helsepolitiske mål som bedre kvalitet på tjenestene og mer fornøyde brukere, likeverdig tilbud med god tilgjengelighet i hele regionen, bedre effektivitet og ressursutnyttelse, og større valgfrihet for befolkningen og bedre kapasitetsutnyttelse. For det fjerde pekes det på at en sammenhengende behandlingsskjede fra pasientens ståsted må vektlegges gjennom god intern organisering og samhandling med ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten. Og endelig ønsker man en god og forutsigbar samhandling med private spesialister og private sykehus gjennom faste avtaler.

På tross av at geografisk avgrensning er sterkt vektlagt i den nye foretaksstrukturen i Helse Øst, beholdes tre store sykehus i hovedstadsområdet (Ullevål og Aker universitetssykehus samt Asker og Bærum sykehus). Et sentralt poeng i hovedstadsområdet har vært at de tre store sykehusene må etablere samarbeidsakser mot de større private virksomhetene. Det understrekes at sykehusene i samme akse skal samarbeide om pasientbehandling, utdanning og forskning, og på den måten sammen utgjøre et helhetlig tilbud. Dette antar man vil kunne bidra til gode og levedyktige fagmiljøer, og dermed styrke tilbud, kvalitet og økonomi (Helse Øst, 2002b).

Som det understrekes i rapporten fra prosjektarbeidet med foretaksstruktur og oppgavefordeling, bygger en slik struktur på flere forutsetninger som må ses i et lengre perspektiv fram mot 2020 (Helse Øst, 2002b). Et sentralt premiss er at fylkesgrensene ikke lenger legger begrensninger for oppgave- og funksjonsfordelingen i regionen. Det understrekes også at Follo-befolkningens behov for helsetjenester må ivaretas gjennom økt kapasitet. Videre betinger denne strukturen en betydelig nybygging, eventuelt utvidelse og rehabilitering av nåværende sykehus. Det nye Akershus universitetssykehus skal etableres som forutsatt og være operativt fra 2010<sup>40</sup>, det skal også finnes en erstatning for Sykehuset Østfold, som ikke holder en tilstrekkelig bygningsmessig standard, og Aker universitetssykehus vil ha behov for store investeringer i årene framover.

Hovedargumentet for sammenslåingen av Oppland SSH, SSH i Hedmark, Kongsvinger sykehus og Tynset sykehus til det nye Innlandet Sykehus HF er at et *stort* helseforetak vil gi bedre grunnlag for oppgave- og funksjonsfordeling, rekruttering og god ressursutnyttelse (Helse Øst, 2002b). Samtidig hevdes det at denne strukturen fortsatt vil gi en desentralisert profil med nærhet til befolkningen. I tillegg understrekes det at innlandsforetaket må vurdere spørsmålet om et framtidig "Mjøssykehus"; dvs. etableringen av et nytt akutt sykehus til erstatning for dagens akuttvirksomhet ved Elverum, Hamar, Gjøvik og Lillehammer.

---

<sup>40</sup> Byggestart for nye Akershus universitetssykehus er satt til 1. mars 2004.



Det framheves i Helse Østs årsrapport at de nye helseforetakene har en størrelse som gjør at de kan tilby behandling på ulike nivåer og innen alle fagområder, noe som igjen betyr at pasientene i større grad enn tidligere får et samordnet tilbud innefor ett og samme foretak, samtidig som at det administrative arbeidet forenkles (Helse Øst, 2002a). Videre understrekes det at større helseforetak også innebærer at foretakene får stort nok opptaksområde til å utvikle solide fagmiljøer og dermed også behandling med høy faglig kvalitet.

#### 6.4.3 Funksjonsfordeling; fødetilbud

Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) påpeker at 8 av sykehusene i Helseregion Øst hadde fødeavdelinger. Ett av disse sykehusene (Oppland SSH) hadde to fødeavdelinger (avd. Gjøvik og avd. Lillehammer). I tillegg hadde Tynset sykehus en fødestue og det fantes ytterligere to fødestuer i regionen uten tilknytning til sykehusene (Lom helseheim og Valdres fødestugo). Tabell 6.2 viser at antallet fødeavdelinger var uendret fra 2000 til 2002. I henhold til de retningslinjer for fødselsomsorg som er gitt av Helsetilsynet (1997) og Innst. S. nr 300 (2000-2001) har fem av helseforetakene/sykehusene høye nok fødselstall til å defineres som *kvinnelinikker* (fødeavdelinger på høyeste nivå), mens de resterende tre institusjonene/avdelingene har høye nok aktivitetstall til at volumstandarden for en fødeavdeling er oppfylt.

Tabell 6.2 Antall fødsler<sup>1)</sup> ved sykehusene i Helse Øst RHF 2002 etter de fødendes bostedsområde.

Institusjoner	Bostedsområde for den fødende (innen Helse Øst)								Bosted utenfor Helse Øst	Totalt antall fødsler
	Østfold	Bærum	Akershus	Aker/ Ullevål	Kongsvinger	Hedmark	Tynset	Oppland		
Sykehuset Østfold	2 694		3	52		1			13	2 763
Bærum sykehus	2	1 590	6	118					88	1 804
Akershus univ. sh.	55	5	2 229	656	3	2		13	10	2 973
Aker sykehus	26	23	99	1 658	2	1		6	12	1 827
Ullevål sykehus	32	81	100	5 217	17	21	1	35	32	5 536
Kongsvinger sh.			137		383			1	2	523
SSH Hedmark	1		3		69	985	105		1	1 164
Tynset sjukehus						1	95		16	112
Oppland (Gjøvik)			5	3		18		860	3	889
Oppland (Lilleh.)	1	1	1	9		190		798	6	1 006
Sum fødsler ved sykeh i Helse Øst	2 811	1 700	2 583	7 713	474	1 219	201	1 713	183	18 597
Rikshospitalet	43	169	82	1 442	5	3	1	12		1 757
Andre sykehus	13	18	14	33	2	10	22	115		227
Sum fødende	2 867	1 887	2 679	9 188	481	1 232	224	1 840		20 581
Pst fødsler i eget sykehusområde	94	84	83	75	80	80	42	90		90

<sup>1)</sup> Fødsler er definert som DRG 370-375 og DRG 382

Tabellen viser samtidig hvor stor andel av de fødende kvinnene i foretakenes bostedsområder som har benyttet sitt nærmeste sykehus. 94 prosent av de fødende som var bosatt i

sykehusområdet for Østfold Sykehus HF benyttet Sykehuset Østfold, mens 75 prosent av de fødende i Oslo benyttet Aker universitetssykehus eller Ullevål universitetssykehus. En vesentlig andel av kvinnene i Oslo benyttet Rikshospitalet når de skulle føde.

Den 6. november 2003 ble den nye strukturen for fødselsomsorgen i Helse Øst RHF vedtatt på foretaksmøtet (Helsedepartementet 2003c). Endringene er basert på forutsetningen om en langsiktig avtale mellom Helse Øst RHF og Helse Sør RHF om at Rikshospitalet vil betjene fødsler fra Helse Øst med tilsvarende volum som i dag (omtrent 1800 fødsler). Med dette som utgangspunkt er det vedtatt at nåværende fødetilbud ved Aker universitetssykehus HF overføres og samordnes i øvrige helseforetak i hovedstadsområdet. Fødetilbudet ved Aker universitetssykehus omfatter omtrent 1800 fødsler per år, og 800 av disse overføres til Sykehuset Asker og Bærum HF (hvor totalvolumet økes til 2600 fødsler pr. år). 600 av fødslene fra Aker universitetssykehus HF overføres til Akershus universitetssykehus HF (totalvolumet økes til 3800 fødsler pr. år), og de resterende 400 fødslene overføres til Sykehuset Østfold HF (totalvolumet økes til 3400 fødsler pr. år). Videre overføres ABC-enheten ved Aker sykehus til Ullevål universitetssykehus samtidig som Ullevåls opptaksområde reguleres slik at dette sykehusets totale antall fødsler ikke økes.

Videre var det vedtatt at fødetilbudet i sykehuset Innlandet HF skulle samordnes under en felles klinisk ledelse. Denne organiseringen ville innebære at de to avdelingene ved Lillehammer og Gjøvik samles til en kvinneklinikk på Lillehammer, kvinneklinikken på Elverum omdefineres til en fødeavdeling, og fødeavdelingen i Kongsvinger opprettholdes uendret (Helse Øst, 2003a; 2003b). På foretaksmøtet den 6. november 2003 grep imidlertid helseminister Høybråten inn for å bevare fødeavdelingen ved Gjøvik. De viktigste argumentene anført av styret i Helse Øst for å legge ned fødeavdelingen er at en sammenslåing vil bidra til at den faglige robustheten øker, siden det blir lettere å rekruttere til et større fagmiljø med mindre vaktbelastning og større fleksibilitet. Større miljøer hevdes også å lettere kunne tilby utdanning og forskning, og på den måten skape bedre faglig kvalitet. I tillegg forventes det en viss innsparing gjennom reduserte vikarutgifter og reduksjoner i stillinger for jordmødre, barnepleiere og sykepleiere (Helse Øst, 2003a). Foretaksmøtet la imidlertid til grunn at disse argumentene må veies opp i mot det faktum at fødeavdelingen ved Gjøvik oppfyller de faglige kravene til en fødeavdeling både med hensyn til fødselstall, bemanning og beredskap. At Gjøvik har et betydelig befolkningsgrunnlag med ca. 90-100 000 innbyggere og fødselstall på 850 fødsler i året, er også forhold som støtter opp om at fødeavdelingen skal opprettholdes (Helsedepartementet, 2003c).

#### 6.4.4 Funksjonsfordeling; akutttilbud

Antallet akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK) i Helse Øst reduseres fra åtte til tre. I Hedmark og Oppland reduseres de prehospitalene enheter fra seks til én ved at tjenesten samorganiseres ved ett av sykehusene i det nye foretaket. Tilsvarende samorganiseres de to tidligere prehospitalene akuttmedisinske virksomhetene i Oslo og Akershus i én resultat enhet, der Ullevål universitetssykehus HF får det medisinske systemansvaret og driftsansvaret både for AMK-sentral og ambulansetjenesten (inkludert luftambulansetjenesten). Østfold videreføres dagens enhet. Denne strukturen for akuttberedskapen begrunnes med nødvendigheten av å samordne og styrke kompetansen innenfor tjenesten. Videre forutsettes det at sammenslåingene vil gi innsparing på sikt med hensyn til personell og utstyr, og at større opptaksområder vil kunne skape bedre ressursutnyttelse av ambulansene og raskere betjening av oppdragene (Helse Øst, 2002b).

## 6.5 Helse Sør: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen

### 6.5.1 Foretaksstruktur

Helse Sør RHF omfatter nesten 890 000 innbyggere. Det regionale helseforetaket forvalter ca. 12 milliarder kroner i året, har rundt 14 700 årsverk i somatiske sykehus, og overtok med sykehusreformen 24 somatiske sykehus. Ved reformens oppstart ble disse sykehusene organisert som 12 helseforetak, men fra 1. februar 2003 ble antallet helseforetak redusert til 9.

I utgangspunktet ble to alternativer til foretaksstruktur vurdert i Helse Sør, bestående av henholdsvis 4 og 9 helseforetak. Alternativet med færrest foretak skisserer en modell bestående av foretaket "*Nord*" (Buskerud SSH, Ringerike sykehus samt Kongsberg, Notodden og Rjukan sykehus), foretaket "*Midt*" (tidligere SSH i Vestfold, SSH i Telemark og psykiatrien i Vestfold), foretaket "*Agder*" (tidligere Lister sykehus, Vest-Agder SSH, Aust-Agder SSH) og foretaket "*Spesialsykehusene*", som omfatter Rikshospitalet HF, Radiumhospitalet HF, Spesialsykehuset for epilepsi HF (tidligere statens senter for epilepsi) og Spesialsykehuset for rehabilitering HF (tidligere Kongsgård sykehus og Kysthospitalet ved Stavern). Argumentet for denne modellen var at det vil gi en meget effektiv styringslinje fra det regionale foretaket til det enkelte HF og sikre en bedre funksjonsfordeling mellom sykehusene i de enkelte helseforetakene, samt bidra til stordriftsfordeler (Helse Sør, 2002a; 2002b).

Alternativet med 4 helseforetak ble imidlertid forkastet til fordel for alternativet med 9 helseforetak. I 2003 inneholder Helse Sør RHF dermed følgende HF: Ringerike sykehus HF (inklusive Hallingdal sjukestugu), Sykehuset Buskerud HF (tidligere Buskerud SSH), Blefjell sykehus HF (tidligere Kongsberg, Notodden og Rjukan sykehus), Sykehuset i Vestfold HF (tidligere Vestfold SSH), Sykehuset Telemark HF (tidligere SSH i Telemark samt Kragerø kombinerte helseinstitusjon), Sørlandet sykehus HF (tidligere Aust Agder SSH, Vest-Agder SSH og Lister sykehus), Det norske Radiumhospitalet HF, Rikshospitalet HF (tidligere Rikshospitalet pluss Kysthospitalet ved Stavern, Kongsgård sykehus, Statens senter for epilepsi, Voksentoppen og Geilomo barnesykehus) og Psykiatrien i Vestfold HF. Den tidligere og nye sykehusstrukturen i Helse Sør RHF er illustrert i tabell 6.3.

Det største helseforetaket i Helse Sør RHF er Rikshospitalet HF med omtrent 680 effektive senger (se vedleggstabell). To av helseforetakene hadde i 2002 mindre enn 200 senger; dette var Helse Blefjell HF og Helse Ringerike HF. Disse helseforetakene hadde henholdsvis 5 og 4 prosent av sykehusoppholdene for 2002.

### 6.5.2 Sentrale mål for fastleggingen av struktur i Helse Sør

I løpet av 2002 ble det gjennomført et omfattende prosjektarbeid i Helse Sør i forbindelse med utviklingen av ny foretaksstruktur og funksjonsfordeling under merkelappen "Resept 2006". Arbeidet ble startet opp i januar 2002 og vedtatt i desember samme år. Et sentralt utgangspunkt for arbeidet med den nye foretaksstrukturen i Helse Sør har vært antagelsen om at *færre helseforetak vil kunne bidra til en mer effektiv ressursbruk* (Helse Sør, 2002a). I årsmeldingen understrekes det derfor at flere hensyn må vektlegges ved endring av foretaksstrukturen (Helse Sør, 2002b). Det pekes på at større helseforetak både kan gi stordriftsfordeler og bedre kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene innenfor et helseforetak, og bidra til synergier i form av sterkere fagmiljøer og høyere kvalitet på behandling og forskning. Videre antas det også at større helseforetak kan gi et mer komplett og likeverdig behandlingstilbud til befolkningen, og vil kunne bedre styringskraften når det gjelder å kunne gjennomføre effektiviseringstiltak. På den annen side understrekes også de mulige negative effektene av større helseforetak, som utthuling av det lokale resultatansvaret, fare for stordriftsulemper og byråkratisering, og muligheten for fremmedgjøring og svekkelse av lokal identifikasjon.

Tabell 6.3 Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Sør og Helse Sør RHF i 2000, 2002 og 2003.

Helseregion Sør år 2000	Helse Sør 2002	Helse Sør 2003
Rikshospitalet		
Voksentoppen senter for astma og allergi	Rikshospitalet HF <sup>2)</sup>	
Geilomo barnesykehus		Rikshospitalet HF
Kysthospitalet ved Stavern	Spesialsykehuset for rehabilitering HF	
Kongsgård sykehus		
Statens senter for epilepsi	Spesialsykehuset for epilepsi HF	
Buskerud SSH	Sykehuset Buskerud HF <sup>2)</sup>	Sykehuset Buskerud HF
Ringerike sykehus	Sykehuset Ringerike HF <sup>2)</sup>	Ringerike sjukehus HF
Hallingdal sjukestugu		
Kongsberg sykehus		
Notodden sykehus	Helse Blefjell HF <sup>2)</sup>	Blefjell sykehus HF
Rjukan sykehus		
Vestfold SSH avd. Horten		
Vestfold SSH avd. Tønsberg	Sykehuset i Vestfold HF	Sykehuset i Vestfold HF
Vestfold SSH avd. Sandefjord		
Vestfold SSH avd. Larvik		
Telemark SSH	Sykehuset Telemark HF <sup>2)</sup>	Sykehuset Telemark HF
Kragerø kombinerte helseinstitusjon		
Aust-Agder SSH	Aust-Agder sykehus HF <sup>2)</sup>	
Vest-Agder SSH	Vest-Agder sykehus HF <sup>2)</sup>	
Mandal sykehus		Sørlandet sykehus HF
Lister sykehus avd. Farsund	Lister HF	
Lister sykehus avd. Flekkefjord		
Det norske Radiumhospitalet	Det norske Radiumhospitalet HF	Det norske Radiumhosp. HF
Betanien hospital	Driftsavtaleinstitusjon	Driftsavtaleinstitusjon
- - - <sup>1)</sup>	Psykiatrien i Vestfold HF <sup>2)</sup>	Psykiatrien i Vestfold HF
	Sykehusapotekene ANS	Sykehusapotekene ANS

<sup>1)</sup> Tidligere institusjoner for psykisk helsevern er ikke inkludert i denne tabellen fordi fokus i dette kapitlet er satt på somatiske sykehus.

<sup>2)</sup> Psykiatrisk institusjon eller inneholder en eller flere psykiatrisk institusjoner.

Alternativet med 4 helseforetak ble forkastet til fordel for alternativet med 9 helseforetak. Ifølge helseregionens årsmelding er styrken ved denne strukturen at den ivaretar hensynet til det lokale resultatansvaret bedre enn en ytterligere fusjonering. Det antas at omstillingsarbeidet best ivaretas innenfor flate strukturer og mer oversiktlige resultatenheter. Videre understrekes det at verken mulighetene for å realisere stordriftsfordeler eller en mer optimal funksjonsfordeling mellom helseforetak og mellom sykehus nødvendigvis er betinget av fusjonerte enheter og endret foretaksstruktur. Endelig påpekes det at denne strukturen forutsetter at det inngås forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak som har et

naturlig oppgavemessig og geografisk grensesnitt for å sikre bedre kapasitetsutnyttelse og pasientbehandling (Helse Sør, 2002a; 2002b).

### 6.5.3 Funksjonsfordeling; fødetilbud

I henhold til utredningen om akuttberedskapen og den etterfølgende Stortingsmeldingen (Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000)) har åtte av de somatiske sykehusene i Helseregion Sør fødeavdelinger (i tillegg til Rikshospitalet). I tillegg var det to fødestuer (Rjukan sjukehus og Hallingdal sjukestugu). Tabell 6.4 viser at antallet fødeavdelinger var uendret i 2002. Tabellen viser også at i henhold til de retningslinjer som er gitt av Helsetilsynet har alle fødeavdelingene et tilstrekkelig antall fødsler til å kunne sikre god nok medisinsk-faglig kvalitet. I Helse Sør er det heller ikke så langt gjennomført endringer eller utarbeidet planer om endringer i fødetilbudet i regionen.

Kongsberg sykehus har den minste fødeavdelingen i regionen med 536 fødsler i 2002. I Blefjell sykehusområde benyttet bare 50 prosent av fødende Kongsberg sykehus, og en tredjedel brukte Telemark sykehus. Den nest minste fødeavdelingen i regionen var Lister sykehus avdeling Flekkefjord som hadde 728 fødsler i 2002. Mer enn halvparten av de fødende som benyttet dette sykehuset ved fødsler var imidlertid ikke bosatt i region sør. En vesentlig del av de fødende i Lister sykehusområde (28 prosent) benyttet Vest-Agder sjukehus.

Tabell 6.4 Antall fødsler<sup>1)</sup> ved sykehusene i Helse Sør RHF 2002 etter de fødendes bostedsområde.

Institusjoner	Bostedsområde for den fødende (innen Helse Sør)								Bosted utenfor Helse Sør	Totalt antall fødsler
	Ringerike	Buskerud	Blefjell	Vestfold	Telemark	Aust-Agder	Vest-Agder	Lister		
Ringerike sykeh.	548	66	12	1				2	116	745
Buskerud sykeh.	40	1 386	136	174					26	1 762
Kongsberg sykeh.	1	11	510	11	1				2	536
Rjukan sykehus	0		1						0	1
Vestfold, Tønsberg	1	2	3	1 785	1		1		16	1 809
Telemark sykehus	1		341	236	1 177	3	1		23	1 782
Aust-Agder sykehus	0		2	4	17	968	1		10	1 002
Vest-Agder sykehus	0				1	125	1 548	141	153	1 968
Lister sykehus	0						3	330	395	728
Radiumhospitalet	0								1	1
Rikshospitalet	15	25	9	15	11	8	7	5	1 781	1 876
Sum fødsler sykeh i Helse Sør	606	1 490	1 014	2 226	1 208	1 104	1 561	478	2 523	9 687
Andre sykehus	19	96	13	25	9	11	5	25	0	203
Sum fødende	625	1 586	1 027	2 251	1 217	1 115	1 566	503	2 523	9 890
Pst fødsler i eget sykehusområde	88	87	50	79	97	87	99	66		98

<sup>1)</sup> Fødsler er definert som DRG 370-375 og DRG 382

#### 6.5.4 Funksjonsfordeling; akutttilbud

I Helse Sør ble en egen prosjektgruppe nedsatt for å fremme forslag til en mer kostnads-effektiv funksjonsfordeling av akuttberedskapen. Styret i Helse Sør understreker spesielt behovet for differensiering og sentralisering av akuttfunksjonene innen regionen, uavhengig av de fylkeskommunale grensene (Helse Sør, 2002b). En hovedantagelse er at man kan oppnå bedre kvalitet og mer effektiv ressursbruk ved å endre organiseringen av akuttfunksjonene. Basert på en rekke overordnede kriterier knyttet til befolkningsgrunnlag, reiseavstander og reisetid, risikohensyn, basistilbud for å sikre tilfredsstillende kvalitet mht akutt-tjenester, og sykehusenes nåværende funksjoner og rammebetingelser, har man derfor utarbeidet en modell med funksjonsklassifisering av helseforetakene i tre grupper for å definere hvilke funksjoner de skal ha.

(i) Kategorien *helseforetak med allsidig akuttfunksjon* skal i prinsippet dekke alle vanlige akuttfunksjoner<sup>41</sup>, med unntak for spesialfunksjoner/landsfunksjoner og enkelte akuttfunksjoner med lavt volum som må fordeles særskilt mellom foretakene i denne gruppen<sup>42</sup>. For helseforetakene med allsidig akuttfunksjon forutsetter den faglige tyngden og bredden et relativt stort befolkningsgrunnlag. De fire helseforetakene som er gitt slik status som allsidige akuttforetak er Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF.

(ii) Kategorien *foretak med akuttfunksjon* inkluderer foretak med et minimum av akuttfunksjoner innen generell indremedisin, generell kirurgi og ortopedi<sup>43</sup>. Disse sykehusene skal ha opptaksområder og rammebetingelser som tilsier at de er egnet til å ha beredskap for et minimum av akuttfunksjoner, og omfatter Ringerike sykehus HF, Blefjell sykehus HF og Lister sykehus HF.

(iii) Den siste gruppen i Helse Sørs funksjonsklassifisering er *foretak med spesialfunksjoner*. Dette er foretak som dekker spesialfunksjoner og/eller landsfunksjoner, og som også kan tilby akuttfunksjoner innen enkelte fagområder. Foretakene i denne kategorien er Rikshospitalet HF og Radiumhospitalet HF.

## 6.6 Helse Vest: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen

### 6.6.1 Foretaksstruktur

Helse Vest har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane, og inkluderer over 930 000 mennesker. Helseregionen har ca. 10 700 årsverk i somatiske sykehus, og driftsbudsjettet for 2003 er på omtrent 11 milliarder kroner. Før eierskapsreformen omfattet den somatiske spesialisthelsetjenesten 12 sykehus, der tre av disse (FSH i Haugesund, SSH i Rogaland og SSH i Førde/Florø) inkluderte avdelinger som var geografisk adskilt.

Den nye strukturen i Helse Vest består av 4 helseforetak pluss et apotekforetak (se tabell 6.5): Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Apotekene Vest HF. Helse Fonna inkluderer det tidligere Haugesund FSH, samt FSH i Stord og Odda. Helse Bergen HF omfatter Haukeland sykehus, Voss sykehus og Kysthospitalet i Hagevik, mens Helse Førde HF omfatter Førde/Flora SSH samt FSH i Nordfjordeid og Lærdal. Videre

<sup>41</sup> Disse helseforetakene skal enten gjennom egen beredskap eller etablerte samarbeidsavtaler med andre helseforetak kunne tilby 24 timers beredskap innen følgende funksjoner: generell indremedisin, generell kirurgi, ortopedi, pediatri, fødeavdeling, gynekologi, nevrologi, psykiatrisk akuttavdeling, anestesi, kirurgisk og medisinsk overvåking/intensivavdeling. I tillegg skal helseforetakene i denne gruppen ha tilgang til støttefunksjoner innen radiologi, mikrobiologi, patologi, immunologi og transfusjon, og klinisk kjemi.

<sup>42</sup> Lavt volum defineres som "et volum innen et fag eller grensespesialitet som for hvert allsidig foretak er så begrenset at det faglig og økonomisk ikke forsvarer døgnkontinuerlig vaktordning ved alle enheter" (Helse Sør, 2002b: 12).

<sup>43</sup> Disse foretakene skal i tillegg ha støttefunksjoner innen radiologi, anestesi, lab/blodbank/mikrobiologi, og kirurgisk og medisinsk overvåking.

fortsetter det tidligere Sentralsykehuset i Rogaland som Helse Stavanger HF (inklusive Lassa rehabiliteringssenter). De tidligere sykehusapotekene er slått sammen til Apotekene Vest.

De fire helseforetakene som inkluderer institusjoner for den somatiske spesialisthelsetjenesten i Helse Vest RHF hadde i 2002 mellom 1049 og 348 effektive senger, og er dermed alle relativt store helseforetak (se vedleggstabell). Det minste av helseforetakene målt i antall senger (Helse Fonna HF) har et opptaksområde på omtrent 163 000 innbyggere og hadde vel 32 000 sykehusopphold i 2002. I aktivitet, befolkningsgrunnlag og liggedøgn er imidlertid Helse Førde HF det minste foretaket, med et opptaksområde på omtrent 107 000 innbyggere og knappe 24 000 sykehusopphold.

Tabell 6.5 Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Vest og Helse Vest RHF i 2000, 2002 og 2003.

Helseregion Vest år 2000	Helse Vest 2002	Helse Vest 2003
SSH Rogaland avd. Stavanger avd. Egersund	Helse Stavanger HF <sup>1)</sup>	Helse Stavanger HF
FSH Haugesund avd. Haugesund avd. Sauda	Helse Fonna HF <sup>1)</sup>	Helse Fonna HF
FSH Stord		
FSH i Odda		
Haukeland sykehus		
Kysthospitalet i Hagevik	Helse Bergen HF <sup>1)</sup>	Helse Bergen HF
FSH på Voss		
FSH Lærdal		
SSH i Sogn og Fjordane avd. Florø avd. Førde	Helse Førde HF <sup>1)</sup>	Helse Førde HF
FSH i Nordfjordeid		
Haugesund san. for. revmatismesh.	Avtale med Helse Vest RHF	Avtale med Helse Vest RHF
Diakonissehj. sykehus Haraldsplass	Avtale med Helse Vest RHF	Avtale med Helse Vest RHF
Bergen Legevakt	Avtale med Helse Vest RHF	Avtale med Helse Vest RHF
Betanien hospital (Hordaland)	Avtale med Helse Vest RHF <sup>1)</sup>	Avtale med Helse Vest RHF
	Apotekene Vest HF	Apotekene Vest HF

1) Psykiatrisk institusjon eller inneholder en eller flere psykiatriske institusjoner.

### 6.6.2 Sentrale mål ved fastleggingen av struktur i Helse Vest

Helseforetaksstrukturen i Helse Vest var i hovedsak fastlagt ved oppstarten av eierskapsreformen og var helt tydelig en videreføring av det arbeidet som ble gjort i forbindelse med de regionale helseplanene. I motsetning til de andre helseregionene hadde Helseregion Vest allerede planlagt en ny inndeling i fire sykehusområder med en viss arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene før eierskapsreformen ble vedtatt. På første styremøte i Helse

Vest ble likevel en modell med 6 helseforetak (i tillegg til et apotekforetak) vurdert<sup>44</sup> (Sosial- og helsedepartementet 2001c). Inndelingen av somatiske sykehus var likevel i hovedsak lik det endelige vedtaket, men det første forslaget innebar egne helseforetak for psykiatrien i Rogaland og Hordaland.

Styrelederen for Helse Vest presenterte 22. oktober 2001 det nye regionale helseforetaket. I denne presentasjonen påpekes det at helseregionens viktigste utfordringer er å få ned helsekøene, samt gi et godt og tilfredsstillende tilbud til alle innbyggerne i regionen. I hovedoppgavene til Helse Vest ble "en samlet sett rasjonell ressursutnyttelse" vektlagt<sup>45</sup>.

Det arbeidet som ble utført i forbindelse med den regionale helseplanen var nedfelt i fylkeskommunale demokratiske organ. Opedal og Stigen (2002) påpeker at de regionale helseplanene sikret både en politisk, faglig og administrativ representasjon. Finstad m.fl (2000) påpeker også at det regionale samarbeidet i Helseregion Vest har vært basert på samforstand og partnerskap, og et sterkt ønske om å basere samarbeidet på bred enighet og "vinn-vinn"-saker der flest mulig får fordeler og ingen må bære byrdene. Det er også fastslått i vedtektene til det tidligere regionale helseutvalget i Helseregion Vest at konsensus var mål for arbeidet med de regionale planene.

Fordi strukturen i Helseregion Vest er nært knyttet til den regionale helseplanen som var demokratisk forankret kan det argumenteres for at strukturen i regionen burde resultere i få konflikter mellom lokale interesser og de sentrale myndigheter.

Så langt har Helse Vest likevel vært den regionen hvor motsetningene mellom lokale interesser og styret i det regionale helseforetaket har stått hardest mot hverandre og ført til flest konflikter etter eierskapsreformen. Det bør imidlertid hevdes at det ikke er inndelingen i fire sykehusområder som har skapt konflikt, men nyere utredninger om akuttfunksjoner og forslag om endringer av disse og fødetilbudet. I arbeidet med de regionale helseplanene var firedelingen av regionen begrunnet i behovet for mer jevnstore og likeverdige sykehusområder, og innebar en styrking av enkelte funksjoner i Sogn og Fjordane og Haugesundsområdet. Det hevdes imidlertid også i den regionale helseplanen at akuttmeldingen som ble laget i tilknytning til helseplanen gir sterke føringer i det videre arbeidet og at det vil være behov for å revurdere den kirurgiske akuttberedskapen og fødetilbudet ved de mindre sykehusene. Det siste års fokus på akuttberedskap i region vest er derfor også en videreføring av arbeidet med den regionale helseplanen.

I 2003 har påstandene om at sykehustjenestene i regionen nå blir sentralisert vært mange, og både føde- og akuttavdelingene ved de minste sykehusene i regionen har vært satt under lupen.

### 6.6.3 Funksjonsfordeling; fødetilbud

I følge Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) hadde alle sykehusene i Helseregion Vest fødeavdelinger i 1998<sup>46</sup>. Helse Vest RHF's egen utredning av akuttfunksjonene fra februar 2003 gir samme beskrivelse av antallet fødeavdelinger, men klassifiserer fødeavdelingen ved Odda sjukehus som fødestue. I tabell 6.6 er antallet fødsler ved hvert av sykehusene i 2002 beskrevet. I henhold til de retningslinjer som er gitt av Helsetilsynet er antallet fødsler ved Haugesund sykehus noe lavt i forhold til å drives som en kvinneklinikk (er i dag bare kategorisert som fødeavdeling), og antallet fødsler ved Voss sjukehus, Nordfjord sykehus og Lærdal sjukehus er for lavt til å defineres som fødeavdelinger.

I Helse Vest sin akuttutredning (Helse Vest 2003c) ble det foreslått at fødeavdelingen ved Stord sjukehus skulle omgjøres til fødestue med 400 fødsler per år, at fødeavdelingen ved

<sup>44</sup> De foretakene som først var foreslått var (1) Rogaland HF, (2) Rogaland Psykiatriske HF, (3) Haukeland HF, (4) Haukeland HF, (5) Hordaland Psykiatriske HF, (6) sogn og Fjordane HF.

<sup>45</sup> Se <http://odin.dep.no/shd/sykehusreformen/helseforetakene/vest/030071-990098/index-dok000-b-n-a.htm>.

<sup>46</sup> SSH i Sogn og fjordane hadde fødeavdeling i Førde, men ikke ved avdelingen i Florø, og Haugesund FSH hadde fødeavdeling i Haugesund, men bare fødestue i Sauda. Stavanger SSH hadde fødeavdeling i Stavanger og fødestue ved avdelingen i Egersund.



Voss sjukehus skulle omgjøres til fødestue med ca 250 fødsler per år, og at fødeavdelingene ved Nordfjord og Lærdal sykehus skulle defineres som fødestuer med henholdsvis 250 og 200 fødsler per år. Det ble lagt sterk vekt på å selektere fødende, og henvise de som kunne forventes å ha behov for mer medisinsk kompetanse til Førde sentralsjukehus, Haugesund sjukehus eller Haukeland.

Tabell 6.6 Antall fødsler<sup>1)</sup> ved sykehusene i Helse Vest RHF i 2002 etter de fødendes bostedsområde.

Sykehus	Bostedsområde for den fødende (innen Helse Vest)				Bosted uten- for Helse Vest	Totalt antall fødsler
	Stavanger	Fonna	Bergen	Førde		
SSH Rogaland	3 816	12	5		34	3 867
Haugesund sykehus	4	1 331	4	1	5	1 345
Stord sjukehus	1	574	7		3	585
Odda sjukehus		96	1		1	98
Voss sjukehus	1	8	285	29	3	326
Haukeland	7	58	4 567	57	55	4 744
Nordfjord				283	14	297
Lærdal				229	7	236
Førde SSH				699	1	700
Diakonissehjemmet			1		0	1
Sum fødsler v/sykehus i Helse Vest	3 829	2 079	4 870	1 298	123	12 199
Andre sykehus	84	84	84	84		336
Sum fødende	3 913	2 163	4 954	1 382	459	12 535
Pst fødsler i eget syke- husområde	98	93	98	88		97

<sup>1)</sup> Fødsler er definert som DRG 370-375 og DRG 382

Disse forslagene vakte stor motstand i befolkningen, og det ble laget underskriftskampanjer og fremført en rekke demonstrasjoner mot forslaget. Protestene ble delvis fanget opp av styrene til de fire helseforetakene og medførte at HF-enes vedtak ble endret i forhold til akuttutredningens forslag. I Helse Bergen HF ble det foreslått et tettere samarbeid mellom Haukeland universitetssykehus og Voss sjukehus gjennom å knytte alle overleger og leger i kirurgi, ortopedi og fødselsomsorg, anestesi og radiologi ved disse to sykehusene til samme enhet<sup>47</sup> for å styrke kvaliteten på tilbudet i Voss. I Helse Fonna HF ble forslaget om endring av fødeavdelingen ved Stord sykehus frafalt da denne har høyt nok fødselstall til å kunne drives forsvarlig som fødeavdeling. Styret i Helse Førde HF vedtok den 28. mai 2003 (Helse Førde 2003) at fødeavdelingen ved Nordfjord sjukehus skulle opprettholdes, mens fødeavdelingen ved Lærdal sjukehus skulle endres til en modifisert/forsterket fødestue. Disse HF-vedtakene ble vedtatt av styret i Helse Vest RHF den 11. juni 2003 (Helse Vest 2003a) og godkjent i foretaksmøtet den 18. juni 2003 (Helse departementet 2003a), og er bekreftet av Helseminister Høybråten. Beslutningen om å omgjøre fødeavdelingen ved Lærdal sykehus til en forsterket/modifisert fødestue begrunnes av styret i Helse Vest med at fødselstallet ligger lavere enn i Nordfjord og er forventet å vise nedgang. I tillegg pekes det også på at av-

<sup>47</sup> Planen er å opprette fem enheter; en for kirurgi, en for ortopedi, en for fødselsomsorg, og en for henholdsvis anestesi og radiologi. Det er m.a.o. leger og overleger ved de to sykehusene som skal knyttes sammen, ikke fagdisiplinene.

delingen har vært sårbar bemanningsmessig med flere vikarer, at det allerede foregår en seleksjon av fødende i Lærdal, og at det er ytterligere kapasitet ved Førde sentralsykehus og Voss sykehus (Helsedepartementet 2003a).

#### 6.6.4 Funksjonsfordeling; akutttilbud

Spørsmålet om hvilke sykehus som skal ha akuttfunksjoner har vært like omdiskutert i Helse Vest som spørsmålet om fødeavdelinger og fødestuer. I Helse Vest sin utredning om akuttfunksjonene fra februar 2003 (Helse Vest 2003c) tas det utgangspunkt i Akuttmeldinga fra 1998 (NOU 1998:9) og sykehusene klassifiseres i henhold til nivå 1, 2 eller 3 og modell A, B og C. Eventuelle mangler i henhold til normen for disse modellene påpekes. Førde sentralsjukehus, Nordfjord sjukehus, Lærdal sjukehus, Haugesund sjukehus, Stord og Odda sjukehus samt Voss sjukehus karakteriseres som sjukehus på nivå 2 og modell C. Sentralsjukehuset i Rogaland og Haukeland sykehus karakteriseres som sykehus på nivå 3.

Akuttutredningen (Helse Vest 2003c) foreslår relativt store endringer fra dagens struktur ved at Haugesund tar oppgaven som eneste akutt sykehus i Helse Fonna HF når det gjelder kirurgi. Ved Stord sjukehus foreslås akuttfunksjonen innen indremedisin beholdt, mens kirurgiske akuttfunksjoner foreslås nedlagt og Odda sjukehus mister alle slike akuttfunksjoner. For Helse Førde HF fremlegges et tilsvarende forslag; Førde sentralsjukehus som eneste akutt sykehus i innen bløtdelskirurgi og ortopedi i Helse Førde HF, Nordfjord sjukehus beholder akuttfunksjoner i indremedisin, mens alle akuttfunksjoner ved Lærdal sjukehus og avd. Florø skulle nedlegges. Florø sykehus ble foreslått nedlagt og endret til et distrikt-medisinsk senter (DMS). De kirurgiske akuttfunksjonene ved Voss sykehus ble også foreslått nedlagt.

Styret i Helse Vest legger vekt på at akuttbehandling i kirurgi konsentreres til færre sykehus, som derved kan tilby tilgjengelige spesialister innen både bløtdelskirurgi og ortopedi og tilstrekkelig store enheter som er robuste nok til å håndtere faglige og rekrutteringsmessige utfordringer i alle ledd i behandlingsskjeden.

Også når det gjaldt akuttfunksjoner i indremedisin, bløtdelskirurgi og ortopedi møtte forslagene fra akuttutredningen sterk motstand hos befolkningen. Forslaget fra Helse Bergen HF om å samle leger og overleger ved Haukeland og Voss sjukehus i felles enheter for å styrke kvaliteten ved den medisinske behandlingen ved Voss sjukehus medførte at det ikke ble vedtatt endringer i akutt-tilbudet ved Voss sjukehus. Ved Odda og Nordfjord sjukehus opprettholdes også foreløpig den kirurgiske akuttberedskapen, mens Florø sykehus som tidligere nevnt er vedtatt nedlagt. Dette innebærer at denne avdelingens akuttberedskap innen indremedisin og kirurgi<sup>48</sup> nedlegges.

## 6.7 Helse Midt-Norge: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen

### 6.7.1 Foretaksstruktur

Helse Midt-Norge har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal, og omfatter til sammen rundt 640 000 innbyggere. Helse Midt-Norge forvalter ca. 8 milliarder kroner, og har rundt 8500 årsverk knyttet til den somatiske spesialisthelsetjenesten.

I år 2000 var det 8 somatiske sykehus i Helseregion Midt-Norge (se tabell 6.7). Ett år før eierskapsreformen trådte i kraft fikk imidlertid de fire sykehusene i Møre og Romsdal en felles administrativ overbygning, men sykehusene fusjonerte ikke i tradisjonell forstand. Den

<sup>48</sup> Førde sentralsjukehus avdeling Florø har hatt et begrenset akutt-tilbud innen kirurgi. Tilbudet har vært begrenset til dagtid.

administrative overbygningen kan trolig sees som en strategi for å beskytte de fire sykehusene i Møre og Romsdal før strukturen i det regionale helseforetaket var fastlagt. Etter eierskapsreformen ble alle sykehusene i regionen opprettholdt, og sykehusene i Møre og Romsdal ble organisert i to helseforetak; Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF.

Ved inngangen til eierskapsreformen ble det etablert sju helseforetak i Midt-Norge (inklusive et apotekforetak), men det var allerede den gang klart at tre av disse (Psykisk Helsevern og Sosiale Tjenester HF, St Olavs hospital HF og Orkdal Sanitetsforenings Sykehus HF) skulle være midlertidige og senere fusjoneres. Ved inngangen til 2003 ble St. Olavs hospital HF og Psykisk Helsevern og Sosiale Tjenester HF slått sammen til et felles helseforetak, og planen var at også Orkdal Sanitetsforenings Sykehus ville inngå fra og med 2004. I skrivende stund er det imidlertid usikkert om Helse Midt-Norge har økonomisk kapasitet til å overta Orkdal Sanitetsforenings Sykehus, og en leieavtale er derfor skissert som en alternativ løsning.

I Nord-Trøndelag er Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos samlet i helseforetaket Nord-Trøndelag HF. I tillegg er sykehusapotekene i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal organisert i helseforetaket Sykehusapotekene i Midt-Norge.

De fem helseforetakene i Helse Midt-Norge hadde i 2002 mellom 116 og 781 effektive senger. Det minste foretaket var imidlertid Orkdal sanitetsforenings revmatismesykehus HF (OSS HF) som er planlagt underlagt St. Olavs hospital i 2004. Det nest minste foretaket i regionen (Helse Nordmøre og Romsdal HF) hadde mer enn 4 ganger så mange legeårsverk som OSS HF og omtrent tre ganger så mange opphold. Med unntak av OSS HF har alle helseforetakene i Helse Midt-Norge en betydelig størrelse og opptaksområder med minst 115 000 innbyggere (se vedleggstabell).

Tabell 6.7 Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Midt-Norge og Helse Midt-Norge RHF i 2000, 2002 og 2003.

Helseregion Midt-Norge år 2000	Helse Midt-Norge 2002	Helse Midt-Norge 2003
FSH Volda		
SSH i Møre og Romsdal	Helse Sunnmøre HF <sup>2)</sup>	Helse Sunnmøre HF
FSH i Molde		
FSH i Kristiansund	Helse Nordmøre og Romsdal HF <sup>2)</sup>	Helse Nordmøre og Romsdal HF
Orkdal sanitetsforenings sjukehus	Orkdal san. for. sjukehus HF	Orkdal san. for. sjukehus HF <sup>3)</sup>
Regionsykehuset i Trondheim	St Olavs hospital HF	St Olavs hospital HF
----- <sup>1)</sup>	Psykisk helsevern og sosiale tjenester HF <sup>2)</sup>	St Olavs hospital HF
Innherred sykehus		
Namdal sykehus	Helse Nord-Trøndelag HF <sup>2)</sup>	Helse Nord-Trøndelag HF
	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

<sup>1)</sup> Tidligere institusjoner for psykisk helsevern er ikke inkludert i denne tabellen fordi fokus i dette kapitlet er satt på somatiske sykehus.

<sup>2)</sup> Psykiatrisk institusjon eller inneholder en eller flere psykiatrisk institusjoner.

<sup>3)</sup> Er planlagt lagt inn under St. Olavs hospital HF fra 2004.

### 6.7.2 Sentrale mål ved fastleggingen av struktur i Helse Midt-Norge

Strukturen i Helse Midt-Norge reflekterer for det første et ønske om å samordne funksjoner som bidrar til å forbedre kvaliteten på helsetjenestene. For det andre forventes det at strukturen vil gi en bedre ressursutnyttelse, og at hensynet til en akseptabel geografisk nærhet ivaretas. Ønsket om å vektlegge etablerte samarbeidsmønstre mellom sykehusene i regionen har også vært sentralt<sup>49</sup>, og kan knyttes til arbeidet med den regionale helseplanen hvor nettverk for kvalitetssikring av tjenestene, faglig utvikling og forskning, opplæring, utdanning og samordning av ventelistene var et styrende element. I den regionale helseplanen for Midt-Norge påpekes det at "for å nå de sentrale målene om pasientfokus, god kvalitet, effektivitet og et likeverdig tilbud til befolkningen, vil vi opprettholde hovedtrekkene i dagens sykehusstruktur og utvikle et formalisert og forpliktende samarbeid i nettverk mellom sykehusene" (Helseregion Midt-Norge, Regional Helseplan 2001-2004). Under vedtak knyttet til akuttfunksjoner påpekes bl.a. at alle somatiske sykehus i regionen skal tilby akuttberedskap innen indremedisin, at akuttberedskapen i det akuttmedisinske tilbudet skal oppfylle faglig definerte standarder, og at nettverkssamarbeid skal vurderes om den faglige standarden ikke blir oppfylt.

### 6.7.3 Funksjonsfordeling; fødetilbud

I henhold til den standarden som er satt av Helsetilsynet, har alle de 8 sykehusene i helse-regionen et høyt nok fødselstall til at det hevdes å være faglig forsvarlig å definere disse som fødeavdelinger, men Kristiansund sykehus har et fødselstall som tolkes som en grenseverdi i forhold til hva som regnes som faglig forsvarlig for en fødeavdeling. I Innst. S. nr 300 (2000-2001) understrekes det imidlertid fra Sosialkomiteen at antallet fødsler ikke må være absolutt.

Tabell 6.8 Antall fødsler<sup>1)</sup> ved sykehusene i Helse Midt-Norge RHF i 2002 etter de fødendes bostedsområde.

Sykehus	Bostedsområde for den fødende (innen Helse Midt-Norge)					Bosted utenfor Helse Midt-Norge	Totalt antall fødsler ved sykehusene
	Sunnmøre	Nordmøre og Romsdal	Orkdal	St. Olavs hospital	Nord-Trøndelag		
Volda sjukehus	428	1				4	433
Ålesund sjukehus	1 130	139				16	1 285
Molde sjukehus	1	594				1	596
Kristiansund sjukehus		394			1	4	399
Orkdal san.for. rev.		69	427	101	1	3	601
St. Olavs hospital	10	22	137	2 651	77	88	2 985
Sykehuset Namsos			5	5	440	18	468
Sykeh. Levanger			1	18	946	16	981
Sum fødsler sh i Helse Midt-Norge	1 569	1 219	570	2 775	1 465	150	7 748
Andre sykehus	20	10	3	35	5	0	73
Sum fødende	1 589	1 229	573	2 810	1 470		7 821
Prosent fødsler på eget sykehus	98	80	75	94	94		99

<sup>49</sup> Jfr. f.eks. [www.helse-midt.no/helseforetak](http://www.helse-midt.no/helseforetak).

Tabell 6.8 viser også at St. Olavs hospital har omtrent 3000 fødsler i året og kan defineres som kvinneklinikk i henhold til de retningslinjene som er gitt fra Helsetilsynet og Nasjonalt råd for fødselsomsorgen. Tabellen viser også at bruken av sykehus i eget HF-område er høy i Helse Midt-Norge, med unntak av fødende i Orkdalsområdet som også har kort vei til St. Olavs hospital.

På styremøte i Helse Nord-Trøndelag HF den 29. oktober 2003 (Helse Nord-Trøndelag 2003) ble det vedtatt at fødeavdelingene ved begge sykehusene i Nord-Trøndelag skulle opprettholdes neste år. I Helse Midt-Norge er det så langt verken gjennomført endringer eller utarbeidet planer om endringer som vil få praktisk betydning for fødetilbudet i regionen.

#### 6.7.4 Funksjonsfordeling; akutttilbud

Arbeidet med den regionale helseplanen i Midt-Norge ble knyttet til en rekke utredninger som hadde hvert sitt særlige fokus. En av disse gruppene ble kalt "akuttgruppa" (funksjonsfordelingsprosjektet) og leverte sin rapport i mars 1999. I denne gruppen ble det lagt ned et omfattende arbeid for å få oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i regionen, og det nedsatte utvalget utviklet egne minstekrav til akuttfunksjoner/basisfunksjoner på ulike nivå. Den regionale akutt-rapporten fra 1999 konkluderte med at det ikke var ønskelig å redusere antall sykehus med akuttfunksjon i de vanligste spesialitetene i Helseregion Midt-Norge, men foreslo et særlig forpliktende nettverkssamarbeid mellom (i) FSH i Volda og SSH i Møre og Romsdal, (ii) FSH i Molde og FSH i Kristiansund, (iii) RiT og Orkdal sanitetsforenings revmatismesykehus, og (iv) Innherred sykehus og Namdal sykehus. Disse parene (med unntak av St. Olavs hospital og Orkdal) er i dag fusjonert i HF.

På Helse Nord-Trøndelag sitt styremøte den 29. oktober 2003 ble følgende vedtak fattet:

*Styret ber direktøren utrede økonomiske konsekvenser samt effekten for pasienter og ansatte av en omfattende funksjonsfordeling innenfor de kirurgiske hovedområdene, - ved at ortopedi og bløtkirurgi legges til hvert sitt sykehus.*

*Styret ber direktøren utrede økonomiske konsekvenser og effekten for pasienter og ansatte av en mer omfattende funksjonsfordeling mellom sykehusene når det gjelder akuttberedskapen. Konsekvenser av endringer skal utredes likt for begge sykehus (Helse Nord-Trøndelag HF 2003).*

På styremøtet 26. november 2003 ble det imidlertid vedtatt at "styret ser på en omfattende funksjonsfordeling innenfor de kirurgiske hovedområdene som uaktuell". Det er derfor avklart at det foreløpig ikke vil bli foretatt en deling av den kirurgiske beredskapen mellom disse to sykehusene. Det ble imidlertid vedtatt å arbeide videre med spørsmålene om beredskapsnivå og oppgavefordeling.

## 6.8 Helse Nord: Oversikt over foretaksstruktur og funksjonsfordeling to år etter sykehusreformen

### 6.8.1 Foretaksstruktur

Helse Nord består av de tre nordligste fylkene – Nordland, Troms og Finnmark – samt Svalbard, og har ansvaret for en befolkning på ca. 460 000. Det var omtrent 6600 årsverk ved de somatiske sykehusene i 2002, og ved inngangen til reformen var det 11 somatiske sykehus i regionen av ulik størrelse.

Ved eierskapsreformens oppstart ble det opprettet 5 helseforetak som inkluderte somatiske sykehus pluss et apotekforetak (se tabell 6.9). Helse Nord RHF omfatter (i) Helgelandssyke-

huset HF som består av Mosjøen sykehus (tidligere Vefsn sykehus), Rana sykehus og Sandnessjøen sykehus, (ii) Nordlandssykehuset HF som består av Nordland Sentralsykehus og Lofoten sykehus (samt Nordland psykiatriske sykehus), (iii) Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) som består av det tidligere RiTø samt Longyearbyen sykehus, (iv) Hålogalandssykehuset HF som består av Stokmarknes sykehus, Narvik sykehus og Harstad sykehus, samt (v) Helse Finnmark HF som består av Hammerfest sykehus og Kirkenes sykehus. I tillegg er sykehusapotekene i region nord samlet i Sykehusapoteket Nord HF.

De to minste helseforetakene i region nord (Helgelandssykehuset HF og Helse Finnmark HF) hadde i 2002 i underkant av 200 senger hver og omtrent 15 000 sykehusopphold (se vedleggstabell). Disse helseforetakene hadde opptaksområder med 70-80 000 innbyggere, mens det største helseforetaket i Helse Nord (UNN HF) hadde 457 effektive senger, knapt 40 000 sykehusopphold og et opptaksområde på vel 110 000 innbyggere. Opptaksområdene for helseforetakene er dermed mer jevnstor enn opptaksområdene for helseforetakene i de andre helseregionene.

Tabell 6.9 Sykehus- og foretaksstruktur i Helseregion Nord og Helse Nord RHF i 2000, 2002 og 2003.

Helseregion Nord år 2000	Helse Nord 2002	Helse Nord 2003
Sandnessjøen sykehus		
Vefsn sykehus	Helgelandssykehuset HF <sup>1)</sup>	Helgelandssykehuset HF
Rana sykehus		
Nordland SSH	Nordlandssykehuset HF <sup>1)</sup>	Nordlandssykehuset HF
Lofoten sykehus		
Stokmarknes sykehus		
Narvik sykehus	Hålogalandssykehuset HF <sup>1)</sup>	Hålogalandssykehuset HF
Harstad sykehus		
Regionsykehuset i Tromsø	Universitetssykeh. i Nord-Norge HF <sup>1)</sup>	Universitetssykeh. i Nord-Norge HF
Hammerfest sykehus	Helse Finnmark HF <sup>1)</sup>	Helse Finnmark HF
Kirkenes sykehus		

1) Psykiatrisk institusjon eller inneholder en eller flere psykiatriske institusjoner.

### 6.8.2 Sentrale mål ved fastleggingen av struktur i Helse Nord

I tilknytning til arbeidet med de regionale helseplanene hadde det regionale helseutvalget i region Nord opprettet et samarbeidsprosjekt mellom Troms og Nordland fylkeskommune. Formålet med prosjektet var å bidra til en rasjonell oppgavedeling mellom Stokmarknes, Lofoten, Narvik og Harstad sykehus. Prosjektet ble kalt NorTro og hadde som formål å legge fram et konkret forslag til oppgavefordeling mellom disse sykehusene i 2002. En tilsvarende plan var opprettet for et forprosjekt om oppgavefordelingen mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten i Helgelandområdet. Om man ser på den strukturen som ble vedtatt, er det grunn til å tro at disse forprosjektene hadde betydning for foretaksstrukturen i regionen.

Foretaksstrukturen i Helse Nord ble vedtatt på styremøtet den 14. september 2001 (Sosial- og helsedepartementet 2001d). I pressemeldingen fra Sosial- og helsedepartementet som fulgte påpekes det at flere premisser ble vektlagt ved etableringen av foretaksstrukturen i Helse Nord. For det første har man ønsket at helseforetaket samlet skal danne et naturlig geografisk ansvarsområde. Videre er hensynet til funksjonalitet viktig, og det er lagt vekt på at helseforetakene må organiseres med sikte på å utløse synergieffekter, tilby et bredt fagtilbud, og gi grunnlag for funksjonsfordeling. Et sentralt premiss for etableringen av

strukturen har også vært at helseforetaket må utgjøre en levedyktig enhet med hensyn til rekruttering ved at det inkluderer minst et "ressurssykehus". Helseforetaket bør anslagsvis ha et nedslagsfelt på 60-100 000 innbyggere, og endelig er det lagt til grunn at helseforetaket skal ha ansvar for både somatikk, psykiatri, ambulanse og nødmeldetjeneste (Sosial- og helsedepartementet 2001d).

### 6.8.3 Funksjonsfordeling; fødetilbud

I henhold til Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) hadde 10 av de 11 sykehusene i Nord-Norge fødeavdelinger på dette tidspunktet. Lofoten sykehus hadde fødestue. I tillegg eksisterer det 8 fødestuer utenfor sykehusene i regionen<sup>50</sup>. Tabell 6.10 viser antallet fødsler ved de ulike sykehusene i Helse Nord i 2002 og illustrerer at det bare er tre av sykehusene i regionen som har høyt nok fødselstall til å ha fødeavdelinger<sup>51</sup> i henhold til de retningslinjene som er gitt fra Helsetilsynet.

Tabell 6.10 Antall fødsler<sup>1)</sup> ved sykehusene i Helse Nord RHF i 2002 etter de fødendes bostedsområde.

Sykehus	Bostedsområde for den fødende (innen Helse Nord)					Bosted utenfor Helse Nord	Totalt antall fødsler ved sykehusene
	Helgelands-området	Nordlands-området	Hålogalands-området	Univers. sykehuset i Nord Norge	Finnmark		
Rana sykehus	361					1	362
Mosjøen sykehus	154	1				1	156
Sandnessjøen sh	226					1	227
Nordland SSH	56	942	38	1		2	1 039
Lofoten sykehus		174		1		0	175
Harstad sykehus		3	365	14	3	4	389
Narvik sykehus			255	1	1	0	257
Stokmarknes sh		12	340			1	353
Univ. sh i N-Norge	3	6	56	1 286	47	5	1 403
Kirkenes sykehus				1	319	0	320
Hammerfest sh	1				516	2	519
Sum fødsler sh i Helse Nord	801	1 138	1 054	1 304	886	17	5 200
Andre sykehus	17	10	9	16	9		61
Sum fødende	818	1 148	1 063	1 320	895		5 261
Prosent fødsler på eget sykehus	91	97	90	97	93		99

<sup>1)</sup> Fødsler er definert som DRG 370-375 og DRG 382

Helse Nord RHF har selv tatt tak i denne problemstillingen, og med utgangspunkt i en målsetting om å organisere spesialisthelsetjenesten i regionen på en kostnadseffektiv måte, har

<sup>50</sup> Alta helsesenter, Lenvik helsesenter, Sonjatun helsesenter, Brønnøysund sykehjem, Røde Kors sykestue, Andenes, Nordfold og Leikanger sykestue.

<sup>51</sup> Disse sykehusene var UNN HF, Nordland SSH og Hammerfest sykehus.

fødselsomsorgen i Helse Nord vært utredet (Helse Nord 2003a). Prosjektgruppen leverte sin rapport i februar 2003 og konkluderte med at det ikke er behov for vesentlige endringer i fødselsomsorgen i Helse Finnmark HF, UNN HF og Nordlandssykehuset HF. For Hålogaland- og Helgelandssykehuset erkjennes det imidlertid behov for endringer. For det første av disse helseforetakene foreslår prosjektgruppen at fødeavdelingen ved Harstad sykehus bør videreutvikles som fødeavdeling mens fødeenhetene i Stokmarknes og Narvik enten bør omgjøres til fødestuer eller legges ned. Når det gjelder Helgelandssykehuset HF anbefaler prosjektgruppen at fødeavdelingen ved Rana sykehus videreutvikles mens fødeavdelingene ved Mosjøen og Sandnessjøen sykehus organiseres som fødestuer eller alternativt at Sandnessjøen opprettholdes som fødeavdeling mens fødetilbudet ved Mosjøen sykehus legges ned eller endres til fødestue.

På foretaksmøtet for Helse Nord RHF den 19. juni 2003 (Helsedepartementet 2003b) vedtok styret i Helse Nord å omgjøre fødeavdelingen ved Mosjøen sykehus til en jordmorstyrt fødestue, og omgjøre fødeavdelingen ved Narvik sykehus til en forsterket fødestue (det vil si med beredskap for akutte keisersnitt). Det medisinske systemansvaret for virksomheten ved Mosjøen sykehus ble lagt til Helgelandssykehuset Sandnessjøen, mens det faglige ansvaret for den forsterkede fødestuen ved Narvik sykehus skal ivaretas av Harstad sykehus. Fødeavdelingen ved Stokmarknes opprettholdes med et foreløpig ansvar for Andøy fødestue. I tillegg ønsker styret i Helse Nord å gjennomgå organiseringen av fødselsomsorgen ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset Bodø med sikte på utvikling av en mer differensiert tjeneste, samt utrede grunnlaget for etablering av et fødetilbud i Indre Finnmark, primært rettet mot den samiske befolkningen.

#### 6.8.4 Funksjonsfordeling; akutttilbud

I 2003 har alle sykehusene i Helse Nord akuttfunksjon i både indremedisin og kirurgi. I 2002 hadde tre av sykehusene (Lofoten, Sandnessjøen og Mosjøen sykehus) mindre enn 300 ø-hjelps innleggelser definert i kirurgiske DRG, og ytterligere tre sykehus hadde mindre enn 500 slike sykehusopphold (Narvik sykehus, Kirkenes sykehus og Stokmarknes sykehus). Fordi det er naturlig å relatere endringer i fødselsomsorgen til tilbudet av kirurgisk akuttberedskap er også akuttberedskapen i Helse Nord utredet. Rapporten fra kirurgitvalget foreslo at heldøgns- akuttberedskap skulle opprettholdes ved Kirkenes og Hammerfest sykehus. Det er poengtert at begrunnelsen for dette er geografisk. Utvalget foreslår videre at det ikke gjøres endringer i vaktberedskapen ved UNN som er et fullt utbygd universitetssykehus, eller ved Nordlandssykehuset HF. Begrunnelsen for å unnlate å gjøre endringer ved akuttberedskapen ved Lofoten sykehus knyttes til vurderinger av transportmuligheter av pasienter, og kan tenkes endret med endringer i veiforbindelsen. Også innenfor akuttberedskapen er derfor omorganiseringene rettet mot Helgelandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF og kirurgitvalget påpeker at det ikke er grunnlag for å opprettholde full akuttkirurgisk beredskap ved alle de tre lokalsykehusene/avdelingene i disse to HF-ene.

Den 18. juni 2003 avholdt Helse Nord RHF styremøte og dagen etter ble den kirurgiske akuttberedskapen behandlet i relasjon til fødselsomsorgen ved foretaksmøtet for Helse Nord RHF (Helsedepartementet 2003b). På dette møtet ble det vedtatt at endringene fra fødeavdeling til fødestuer ved Mosjøen sykehus og Narvik sykehus også innebærer at akuttberedskapen ved disse sykehusene reduseres til generell kirurgisk beredskap på dagtid. Det ble også vedtatt at det akutte beredskapstilbudet i ortopedi skal utvikles ved Hålogalandssykehuset Narvik, mens akutt beredskapstilbud i bløtdelskirurgi skal utvikles ved Stokmarknes sykehus. Ved Hålogalandssykehuset Harstad og Helgelandssykehuset Rana skal den akuttkirurgiske beredskapen, kompetansen og kapasiteten styrkes. Videre ble det vedtatt at den kirurgiske akuttberedskapen innen generell kirurgi ved Sandnessjøen sykehus skal videreføres (Helsedepartementet, 2003b).

I protokollen fra foretaksmøtet påpekes det at de vedtakene som styret for Helse Nord har gjort, er i tråd med nasjonal helsepolitikk. Foretaksmøtet gjør også visse endringer/ presiseringer i vedtaket fra styremøtet til helse Nord RHF dagen før. Disse presiseringene var at:



*“Den generelle kirurgiske beredskapen skal ivaretas og opprettholdes i Narvik, Stokmarknes og Sandnessjøen. Helse Nord skal innen 1. november 2003 dokumentere til Helsedepartementet hvordan dette vil bli ivaretatt, inklusive ivaretagelse av forsvarlighetskravet knyttet til påregnelige aktiviteter i generell akuttkirurgi og i operativ forløsning. I Mo i Rana og Harstad blir det parallelle vakter i kirurgi og ortopedi i tråd med styrevedtaket. Helse Nord og Helgelandssykehuset skal følge opp Helgelandssykehuset Mosjøen slik at en sikrer at Dette blir en trygghetsskapende ressursbase for befolkningen i området. Dette innebærer blant annet døgnkontinuerlig vurderingsberedskap og beredskap i indremedisin og anestesi.” (Helsedepartementet, 2003b).*

## 6.9 Et samlet blikk på RHF-ene

### 6.9.1 De regionale helseplanenes betydning for hastighet og veivalg

Ved inngangen til eierskapsreformen valgte Helseregion Øst å danne 15 midlertidige helseforetak. Først i november 2002 var den nye foretaksstrukturen og oppgavefordelingen vedtatt og fastlagt. Fra 1. januar 2003 ble antallet helseforetak redusert til 7 (pluss et apotekforetak), og visse funksjonsfordelinger er vedtatt å gjelde fra 1. januar 2004.

Den 13. september vedtok Helse Sør RHF å danne 17 midlertidige helseforetak. Antallet HF tilsvarte da antallet somatiske sykehus i regionen, med unntak av Kongsgård sykehus og Kysthospitalet i Stavern som ble samlet i Spesialsykehuset for Rehabilitering, samt Geilomo barnesykehus og Voksentoppen senter for astma og allergi som ble underlagt Rikshospitalet HF. En ny pressemelding en knapp måned senere fortalte imidlertid at Helse Sør RHF ønsket å fastsette en noe mer varig struktur i Buskerud og Telemark med færre foretak før oppstarten av eierskapsreformen, men vedtok samtidig at Ringerike sykehus ville bli beholdt som eget foretak. Først den 22. november 2001 ble foretaksstrukturen for 2002 vedtatt, og Notodden sykehus, Rjukan sjukehus og Kongsberg sykehus ble samlet i ett helseforetak; Blefjell HF. I dette styremøtet ble det også vedtatt å legge Kragerø sykehus under Telemark SSH. I januar 2002 hadde dermed Helse Sør RHF 12 helseforetak i tillegg til et HF for psykisk helsevern i Vestfold og et apotekforetak. I januar 2002 ble også prosjektet “Resept 2006” startet opp. Formålet med dette prosjektet var bl.a. å utrede en ny foretaksstruktur for Helse Sør. Den endelige strukturen for Helse Sør ble vedtatt først i desember 2002 og effektivt fra 1. februar 2003<sup>52</sup>.

I motsetning til Helse Øst RHF og Helse Sør RHF ble den endelige strukturen i RHF-ene i Vest, Midt-Norge og Nord-Norge vedtatt allerede i september 2001. Selv om man ønsket å bruke noe tid på å forberede samordningen av det psykiske helsevernet med det somatiske spesialisttilbudet i Sør-Trøndelag var det allerede på dette tidspunktet klart at Helse Midt-Norge RHF ønsket å overta Orkdal sanitetsforenings sykehus og innlemme dette i St. Olavs hospital HF, samt samle den somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenesten i Sør-Trøndelag.

Variasjonen i utviklingshastighet mellom regionene (dvs hvor lang tid det tok å fastlegge den nye foretaksstrukturen) kan trolig delvis forklares av antallet institusjoner i regionen og kompleksiteten i tilbudet, men det er også grunn til å tro at det arbeidet som ble nedlagt i utarbeidelsen av de regionale helseplanene har hatt stor betydning for fastleggingen av foretaksstrukturene. I Helse Vest var det allerede utarbeidet en ny struktur for regionen, med fire likeverdige sykehusområder og en klar funksjonsdeling innen kirurgisk kreftbehandling mellom de ulike institusjonene. I Helse Midt-Norge er også inndelingen i helseforetak lik de samarbeidspartnerne som ble nevnt i den regionale helseplanen, og i Helse Nord

<sup>52</sup> Gjelder Sørlandet sykehus HF som samlet Aust-Agder sykehus HF, Vest-Agder sykehus HF og Lister sykehus HF pluss DPS Sør, Mandal psyk. senter, Lovisenlund psyk. sykehjem og Ambulanstjenesten i Vest-Agder.

var det laget prosjekter for å utrede oppgavefordeling og samarbeid mellom både Helgelandssykehusene og Hålogalandssykehusene.

I helseregionenes første driftsår var det relativt tydelig at utviklingshastigheten varierte mellom regionene. Mens Helse Sør og Helse Øst enda planla grovstrukturen i regionen (inndelingen i helseforetak) var Helse Vest og Helse Nord kommet i gang med en mer detaljert utredning av oppgavefordelingen mellom institusjonene internt i foretakene. I Helse Øst og Helse Sør ble imidlertid dette utredet samtidig som foretaksstrukturen ble dannet, og premissene for foretaksstrukturen kom derfor tydeligere fram i disse to regionene. Ved utgangen av de regionale helseforetakenes andre driftsår kan det derfor se ut som om de regionale helseforetakene nå er mer jevnbyrdige i utviklingsnivå og er kommet godt i gang med de oppgavene de er pålagt fra sentrale myndigheter.

### 6.9.2 Begrunnelsene for valg av foretaksstruktur

Alle de fem regionale helseforetakene har begrunnet valget av foretaksstruktur med ønsket om en effektiv ressursutnyttelse. Enkelte av RHF-ene har fremhevet dette sterkere enn andre (f.eks. Helse Vest RHF), men alle de regionale helseforetakene har nevnt ressursutnyttelse i begrunnelsen for vedtakene om foretaksstruktur. Også geografiske hensyn er særlig vektlagt i alle helseregionene, men er sterkest fokusert i Helseregion Nord.

En bedring og sikring av den medisinsk-faglige kvaliteten på spesialisthelsetjenestene har også vært brukt som et sentralt argument i fire av fem regioner. I pressemelding etter styrevedtaket om foretaksstrukturen i Helse Nord RHF ble ikke denne begrunnelsen for foretaksstrukturen framsatt like bokstavelig som i de andre regionene, men levedyktighet og rekrutteringspotensialet for fagpersonell er sterkt vektlagt og vil også ha betydning for den medisinsk-faglige kvaliteten. Vi finner det heller ikke overraskende at rekruttering av kompetent fagpersonell også nevnes i begrunnelsene til valg av foretaksstruktur i Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF da dette er et typisk "utkantproblem". Mulighetene til rekruttering av kompetent fagpersonell er naturlig nok mindre vektlagt i begrunnelsen for foretaksstrukturen til Helse Øst RHF og Helse Sør RHF.

Et ønske om en samordning av psykiatrien og somatikken har også vært et sentralt moment i fastleggingen av foretaksstrukturen i alle helseregionene. Helse Sør RHF er nå det eneste regionale helseforetaket som har eget HF for det psykiske helsevernet (Psykiatrien i Vestfold HF), men Helse Sør RHF har likevel påpekt at det er viktig å holde somatikk og psykiatri samlet i vedtaket om foretaksstrukturen i Buskerud/Telemark (Helse Sør 2001). Videre har alle de fem RHF'ene lagt vekt på funksjonsdeling i begrunnelsen for valg av foretaksstruktur.

I fire av de fem regionene er det også dannet helseforetak på tvers av fylkesgrensene. Aker HF (Oslo) inkluderer Ski sykehus HF i Akershus fylke. Sykehuset Innlandet HF forener sykehusene i Hedmark og Oppland. I Helse Sør RHF forener Sørlandet sykehus HF sykehusene i Telemark, Vest- og Aust-Agder, mens Helse Fonna HF inkluderer sykehus fra både Rogaland og Hordaland. I Nord-Norge har Harstad sykehus fra Troms fylke blitt fusjonert med Narvik og Stokmarknes sykehus fra Nordland. I Helse Midt-Norge har imidlertid ingen av de nye helseforetakene blitt konstruert på tvers av fylkesgrensene.

Helse Øst RHF er den eneste regionen som har pekt på behovet for alliansedanning mot konkurransen fra de private og kommersielle sykehusene. Dette kan hevdes å være karakteristisk for de demografiske og strukturelle forskjellene i landet.

På tross av at det er mulig å påpeke enkelte forskjeller i de fem regionale helseforetakenes begrunnelse for valg av foretaksstruktur, er hovedtrekkene likevel at begrunnelsene for valg av foretaksstruktur i de fem regionene har vært svært lik og er knyttet opp til de samme nasjonale helsepolitiske målsettingene. Det er dermed neppe særlig kontroversielt å påpeke at de regionale helseforetakene ser ut til å gå på samme vei, og dele de nasjonale helsepolitiske målsettingene.

### 6.9.3 Veivalg; sentralisering, spesialisering, differensiering

Innledningsvis påpekte vi at utviklingen i den somatiske sykehussektoren de siste 30 år har gått i retning av sterkere *spesialisering* og *differensiering*. Vektleggingen av funksjonsdeling i eierskapsreformen og de regionale helseforetakene indikerer at denne utviklingen fortsetter med raskere fart enn før, og gjelder alle de fem regionale helseforetakene.

I dette kapitlet har vi også påpekt at det er argumentert for at de somatiske spesialisthelsetjenestene er blitt mer *sentralisert* enn tidligere. Argumentet har for eksempel vært knyttet til at fødsler med komplikasjoner er vedtatt flyttet fra Lærdal sjukehus til Førde sentralsykehus eller Haukeland universitetssykehus. I denne sammenhengen ønsker vi å bemerke at mange av helseforetakene i Norge i 2003 består utelukkende av sykehus som er plassert på mindre tettbefolkede områder eller små byer. Dette er gjerne små sykehus, hvor krav om funksjonsdeling kan knyttes til behandlingsvolum og ønsket om å sikre en faglig standard på den behandlingen som gis. I et sentraliseringsperspektiv vil dette kunne bety at oppgaver vil kunne flyttes fra et lite sykehus til et annet lite sykehus, og innebærer dermed også en styrking av enkelte mindre sykehus. Vedtaket om omgjøring av fødeavdeling til fødestue ved Mosjøen sykehus, og nedlegging av døgnkontinuerlig kirurgisk akuttberedskap ved dette sykehuset medfører eksempelvis en styrking av den akuttkirurgiske beredskapen, kapasiteten og kompetansen ved Rana sykehus. Rana sykehus hadde knapt 7000 sykehusopphold og bare 83 effektive senger i 2002. I nasjonal målestokk er Rana sykehus et lite sykehus, og selv om Vefsn kommune (verts-kommune for Mosjøen sykehus) har et lavere innbyggertall enn Mo i Rana, er en styrking av sykehusstilbudet ved Rana sykehus mindre sentraliserende enn en rekke andre muligheter man kan tenke seg. At det er opprettet flere helseforetak i Norge som utelukkende består av en samling med relativt små sykehus, kan derfor sees som en foreløpig garanti for at all sykehusaktivitet ikke legges til de største byene.

I lys av spørsmålet om sentralisering har vi også sett nærmere på hvor stor andel av ressursene og aktiviteten i regionene som er knyttet til regionenes største og minste helseforetak. En tabell over effektive senger, årsverk, antall sykehusopphold og befolkningsgrunnlag for hvert enkelt foretak med utgangspunkt i foretaksstrukturen for 2003 finnes i vedlegget. Tabell 6.11 viser RHF-enes størrelse og variasjonene mellom største og minste helseforetak i hver region.

Om sentralisering defineres som konsentrasjon av aktivitet og ressurser ved ett av helseforetakene framstår Helse Midt-Norge som den helseregionen som har høyest grad av sentralisering av somatiske sykehustjenester i 2002. St. Olavs hospital HF disponerte i 2002 nesten halvparten av legeårsverkene og årsverkene i sin helseregion, og hadde nær halvparten av alle liggedøgn for somatiske pasienter<sup>53</sup>. Dersom vi ser bort fra Orkdal sanitetsforenings revmatismesykehus som er planlagt underlagt St. Olavs hospital HF i 2004, er imidlertid også det minste av helseforetakene i Helse Midt-Norge større enn de minste helseforetakene i de andre helseregionene når det gjelder andel aktivitet og ressurser. På tross av den relative størrelsen til St. Olavs hospital framstår Helse Midt-Norge som et regionalt helseforetak med flere sterke ben å stå på.

Helse Bergen HF gir St. Olavs hospital sterk konkurranse når det gjelder konsentrasjon av regionens ressurser og aktivitet. Helse Bergen HF har 40 prosent av de effektive sengene i regionen og 42 prosent av liggedøgnene. Variasjonen i andel ressurser og aktivitet mellom største og minste helseforetak i Helse Midt-Norge og Helse Vest er omtrent like stor.

Variasjonen i *absolutt størrelse* mellom foretakene er størst i Helse Øst. Sykehuset Innlandet HF har 831 effektive senger, og nesten 300 000 flere liggedøgn enn det minste foretaket i Helse Øst RHF (Sunnaas sykehus HF). Til sammenligning er forskjellene mellom St. Olavs hospital HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF vel 500 senger og 215 000 liggedøgn.

<sup>53</sup> Dagbehandling er inkludert og kodet som 1 liggedag. Maksimalt antall liggedøgn er satt til 365.

Variasjonene i absolutt størrelse mellom største og minste foretak er også store i Helse Sør RHF. Befolkningmessig er opptaksområdet for Sørlandet sykehus HF nesten 5 ganger så stort som opptaksområdet for det minste HF-et i denne regionen (Ringerike HF).

Tabell 6.11 Andel av ressurser og aktivitet ved regionenes største og minste helseforetak.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF
Antall HF med somatiske sykehus	7	8	4	4 (5)	5
Antall legeårsverk totalt	2 456	1 743	1 314	981	721
Andel legeårsverk v/største HF	20 <sup>1)</sup>	29	48	47 <sup>2)</sup>	39
Andel legeårsverk v/minste HF	1	3	10	15 <sup>2)</sup>	11
Antall sykepleierårsverk totalt	7 141	5 537	4 405	3 524	2 543
Andel sykepl.årsv. v/største HF	22 <sup>1)</sup>	28	41	46 <sup>2)</sup>	35
Andel sykepl.årsv. v/minste HF	1	4	11	14 <sup>2)</sup>	11
Antall pleiepersonell totalt	13 268	10 114	7 754	6 000	4 583
Andel behandl.pers. v/største HF	21 <sup>1)</sup>	27	43	46 <sup>2)</sup>	36
Andel behandl.pers. v/minste HF	2	4	11	14 <sup>2)</sup>	11
Sum årsverk totalt (inkl annet)	19 323	14 783	11 280	8 466	6 618
Andel årsverk tot.v/største HF	21 <sup>1)</sup>	29	46	46 <sup>2)</sup>	37
Andel årsverk tot. v/minste HF	2	3	11	14 <sup>2)</sup>	11
Antall effektive senger totalt	3833	3 168	2 621	1 849	1 467
Andel senger v/største HF	25 <sup>1)</sup>	21	40	42 <sup>2)</sup>	31
Andel senger v/minste HF	3	4	14	15 <sup>2)</sup>	13
Antall opphold (dag/døgn) totalt	323 834	279 822	204 297	150 933	118 480
Andel opphold v/største HF	27 <sup>1)</sup>	24	41	42 <sup>2)</sup>	34
Andel opphold v/minste HF	0.3	4	12	16 <sup>2)</sup>	12
Antall liggedøgn totalt	1 400 424	1 101 360	902 307	662 070	464 616
Andel liggedøgn v/største HF	23 <sup>1)</sup>	22	42	47 <sup>2)</sup>	32
Andel liggedøgn v/minste HF	3	4	11	14 <sup>2)</sup>	11

<sup>1)</sup> For Helse Øst er det noe vanskelig å definere hva som er det største helseforetaket. Ullevål universitetssykehus HF har langt flere legeårsverk (774) enn Innlandet Sykehus HF (487), mens Innlandet Sykehus HF har flere sykehusopphold, senger og liggedøgn enn Ullevål universitetssykehus HF. Sykehuset Innlandet HF har samlet 946 effektive senger, knapt 86 000 sykehusopphold, og nesten 328 000 liggedøgn, mens Ullevål har 722 senger, vel 62 000 sykehusopphold og omtrent 280 000 liggedøgn. I denne tabellen er Sykehuset Innlandet HF definert som det største av foretakene i Helse Øst.

<sup>2)</sup> Fordi Orkdal sanitetsforenings revmatismesykehus HF er vedtatt underlagt St. Olavs hospital er dette foretaket ikke regnet som minste foretak i regionen. Ressurser og aktivitet ved OSS HF er heller ikke inkludert i tallene for største foretak (St. Olavs hospital HF), men er inkludert i det totale antallet senger, årsverk og opphold i regionen.

I absolutte tall eller ratio mellom største og minste foretak er forskjellene i størrelse minst i Helse Nord og størst i Helse Øst. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF har 2,3 ganger så mange sykehusopphold, effektive senger og liggedøgn som Helgelandssykehuset HF, mens Rikshospitalet har 9 ganger så mange årsverk som Ringerike sykehus HF, og 6 ganger så mange sykehusopphold. Disse variasjonene indikerer også den relativt store variasjonen det er i befolkningsstørrelse i regionenes opptaksområde. Mens innbyggertallet i Helse Øst er mer enn 1 400 000 er innbyggertallet i Helse Nord omtrent 460 000. Dette gir grunnlag for større sykehus på Østlandet enn i Nord-Norge og er et av de forholdene som eierskapsreformene ikke kan endre på.

Vedleggstabell: Nivå på aktivitet, ressurser og befolkning i opptaksområde gitt helseforetakstruktur per 2003. Basert på tallmateriale for 2002.

	Antall effektive senger	Antall årsverk				Antall opphold	Antall liggedøgn	Innb. i opptaksområde <sup>1)</sup>
		Leger	Sykepleiere	Beh. pers. totalt	Totalt			
Sykehuset Innlandet HF	946	487	1 585	2 836	3 998	85 956	327 941	389 628
Ullevål univers. sykehus HF	722	774	1 553	3 264	4 876	62 350	279 745	186 032
Sykehuset Østfold HF	558	292	1 048	1 823	2 712	52 224	206 289	254 464
Akershus univers. sykeh. HF	435	378	1 069	1 993	2 774	43 685	170 040	260 286
Aker universitetssykehus HF	381	212	771	1 308	2 020	31 640	142 739	172 587
Sykeh Asker og Bærum HF	247	115	417	726	1 072	18 381	93 610	152 819
Sunnaas sykehus HF	115	21	73	230	362	1 114	37 084	
Rikshospitalet HF	679	505	1 557	2 776	4 341	67 503	247 285	
Sørlandet sykehus HF	658	332	1 102	1 919	2 812	59 709	223 212	262 414
Sykehuset i Vestfold HF	411	246	862	1 495	2 122	42 302	157 402	218 171
Sykehuset Buskerud HF	385	188	595	1 136	1 575	31 335	132 011	137 393
Sykehuset Telemark HF	357	157	548	1 007	1 350	33 087	132 482	117 487
Det norske Radiumhosp HF	305	170	333	817	1 250	15 102	90 397	
Helse Blefjell HF	186	77	294	528	737	15 257	61 262	96 888
Ringerike sykehus HF	135	52	204	354	480	10 488	38 974	55 458
Helse Bergen HF	1 049	627	1 807	3 371	5 154	83 860	375 610	373 949
Helse Stavanger HF	668	333	1 286	2 135	2 768	52 365	240 770	289 759
Helse Førde HF	373	131	476	850	1 250	23 570	97 652	107 274
Helse Fonna HF	348	156	607	971	1 489	32 190	123 303	162 972
St Olavs hospital HF	781	459	1 613	2 749	3 899	62 953	308 536	217 837
Helse Sunnmøre HF	381	180	610	1 068	1 456	30 202	124 769	127 829
Helse Nord Trøndelag HF	295	163	630	1 060	1 536	25 816	98 186	128 707
Helse N-Møre og Romsd HF	275	145	483	826	1 185	23 411	91 666	114 365
Orkdal san.for. sjukehus HF	116	35	190	300	390	8 551	38 913	51 369
Universitetssh. i N-Norge HF	457	279	891	1 662	2 481	39 906	148 908	110 909
Nordlandssykehuset HF	337	188	689	1 255	1 777	26 569	108 995	96 970
Hålogalandssykehuset HF	281	90	368	626	876	21 073	92 115	102 744
Helse Finnmark HF	197	86	314	531	777	14 116	50 355	73 514
Helgelandssykehuset HF	195	78	280	508	707	16 816	64 243	78 574

<sup>1)</sup> For helseregion Øst er det opptaksområder gjeldende fra 1. april 2004. Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus betjener 7 bydeler med til sammen 209.216 innbyggere.



# Litteraturliste

## *Adresseavisen*

- 2003      Stiller klokka tilbake (Adresseavisen 3. desember 2003)
- Dine hus og hotell brenner- rykk tilbake til start (Adresseavisen 9. desember 2003).

## *Bergens Tidende*

- Tilbudet rasert (BT 11. desember 2002)
- Uforsvarleg forslag ifrå Helse Vest (BT 21. desember 2002)

## *Bergens Tidende*

- 2003      Brenn for sjukehuset: Over tusen vossingar og hardingar slo i går ring rundt Voss sjukehus med brennande fakler (BT 5. januar 2003)
- Massiv skyts mot Helse Vest (BT 11. januar 2003)
- Store ord utan ansvar (BT 2. mars 2003)
- Kjempar for fødeavdeling (BT 15. mars 2003)
- Sykehusforkjempere fra hele Norge til Odda (BT 1. april 2003)
- Kirurgisk akuttberedskap nedlegges (BT 3. april 2003)
- Levande skjold rundt sjukehus (BT 6. april 2003)
- Høybråten avgjer sjukehusframtida (BT 5. april 2003)
- Vakthold for sykehusene (BT 7. april 2003)
- Harde ord i sjukehuskampen (BT 16. mai 2003)
- Føde-protestar førte fram (BT 30. mai 2003)
- Frykter nedlegging av Lærdal sjukehus (BT 11. juni 2003)
- Riper i lakken for Helse Vest (BT 22. juni 2003)
- Lukket Helse Vest (BT 23. juni 2003)
- Vil ha utsett fødenedlegging (BT 25. juni 2003)
- Fryktar at lærdal-føden blir lagt ned (BT 7. september 2003)
- Legar nektar keisarsnitt-beredskap (BT 27. september 2003)
- Mektig markering for lokalsykehusene (BT 21. oktober 2003)
- Ingen vil jobbe på føden i Lærdal (BT 21. oktober 2003)
- Alle står bak sjukehuset (BT 26. oktober 2003)
- Jordmorimport fra Lofoten til Lærdal (BT 28. oktober 2003)
- Overhøvla sjukehusaksjonistar (BT 31. oktober 2003)
- Statsråden gjer jordmødrene til syndebukker (BT 1. november 2003)

Dei ulydige jordmødrene (BT 17. november 2003)

Ber om hjelp (BT 4. desember 2003)

*Botten G, Nerland S M og Hager TP*

2001 Sykehuslegers holdninger til kjøp av helsetjenester i utlandet. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

*Carlsen F*

1995 Hvorfor rammefinansieringssystemet sviktet. Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift (11), 2: 133-149.

*Christensen M*

2003 Offentliggjørelse av kvalitetsdata. DSI rapport 2003.01. Dansk Institut for Sundhedsvæsenet.

*Dagsavisen*

2003 Flere pasienter må på gangen (Dagsavisen 4.november 2003).

*Dahlen K Kindseth O Lie T Mogseth E og Petersen SØ*

2000 Ventelister ved helseforetakene i Midt-Norge våren 2002. Rapport STF78 A025501. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

*Davies HT, Lampel J*

1998 Trust in performance indicators? Quality in Health Care, 159-62.

*Davies HT*

2001 Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers. Quality in Health Care, 10(2):104-10.

*Endahl LA og Utzon J*

2002a Fører offentliggjørelse af kvalitetsmålinger i sundhedsvæsenet til bedre kvalitet? Internationale erfaringer og danske perspektiver. Ugeskrift for læger (164), 38: 4380-4

*Endahl LA og Utzon J*

2002b Ranglister over sygehusenes kvalitet- er de vejledende eller vildledende? Om metodiske problemer ved offentliggjørelse af kvalitetsindikatorer. Ugeskrift for læger (164), 38: 4385-88.

*Eriksen H M, Iversen B G og Aavitsland P:*

2002 Sykehusinfeksjoner i Norge 1999 og 2000 Tidsskrift for Norsk Lægeforening, 122: 2440 -3.

*Finstad N, Kjenslie B, Lie T, Opedal S, Østtveiten HS:*

2000 Evaluering av regionalt helsesamarbeid: En forstudie. Samarbeidsrapport NIBR/NF/RF Oslo 2000.

*Folkehelsa*

2001 Årsrapporter om sykehusinfeksjoner ved norske sykehus i 1999 og 2000. Rapport 2001:5.

*Folkehelseinstituttet*

2003 Nasjonal mal for overvåking av postoperative sårinfeksjoner. Første utkast 27.78.03. www.fhi.no.

*Folkehelseinstituttet*

2003 Årsrapport 2002 om sykehusinfeksjoner. Rapport 2003:5.

*Grimes JP, Gregory PM, Noveck H, Butler MS og Carson JL*

2002 The effects of time-to-surgery on mortality and morbidity in patients following hip fracture. The American Journal of Medicine (112), 9: 702-709.



- Hagen TP*  
1998 Staten fylkeskommunane og sjukehusa: trekantdrama utan ende? I Baldersheim H (red.) Kan fylkeskommunen fornyast? Oslo: Det Norske Samlaget.
- Hamlet WP, Lieberman JR, Freedman EL, Dorey FJ, Fletcher A og Johnson EE*  
1997 Influence of Health Status and the Timing of Surgery on Mortality in hip fracture patients. *The American Journal of Orthopedics*, (26) 9: 621-627.
- Hansen FH*  
2000 Helsepolitiske utviklingstrekk rundt milleniumsskiftet. I Hansen FH (red) Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst – stabile fylkesvise forskjeller. SAMDATA sykehus rapport. NIS-rapport 1/00. Trondheim: SINTEF Unimed.
- Hansen FH*  
2001 Sykehusstruktur i historisk perspektiv. I Hansen FH (red) Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår. SAMDATA sykehus rapport. NIS-rapport 3/01. Trondheim: SINTEF Unimed.
- Helsedepartementet*  
2002 Styringsdokument Helse Øst RHF 2003.
- Helsedepartementet*  
2003 Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner i Norge 2003-2005. Arbeidsgruppens innstilling. [www.fhi.no](http://www.fhi.no).
- Helsedepartementet*  
2003a Protokoll fra foretaksmøte i Helse Vest RHF. Torsdag 18. juni 2003. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedepartementet*  
2003b Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF. Torsdag 19. juni 2003. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedepartementet*  
2003c Protokoll fra foretaksmøte i Helse Øst RHF 6. november 2003. Oslo: Helsedepartementet.
- Helse Førde HF*  
2003 *Ny strategi for Helse Førde HF. Høringsframlegg. Styresak 035/03 V*
- Helse Midt-Norge*  
2003a Årsberetning 2002.
- Helse Midt-Norge*  
2003 Prehospitaltjenester. Del I: Konklusjoner og anbefalinger. Stjørdal: Helse Midt-Norge RHF.
- Helse Nord*  
2001 Protokoll fra styremøte 14/09-2001.
- Helse Nord*  
2003a Rapport om organisering av framtidig fødselsomsorg i Helse Nord. Prosjektgruppe februar 2003. Helse Nord rapport 2-2003.

- Helse Nord*  
2003b Styresak 58-2003: Organiseringen av fødselsomsorg og kirurgisk akutt beredskap i Hålogalandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF m.v. Bodø: Helse Nord RHF.
- Helse Nord-Trøndelag HF*  
2003 Styreprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF 29. oktober 2003.
- Helse Sør*  
2001 Pressemelding fra Helse Sør RHF 22. november 2001.
- Helse Sør*  
2002a Årlig melding. Skien: Helse Sør RHF.
- Helse Sør*  
2002b Prosjektrapport "Resept 2006". Prosjektgruppe 1: Organisering av akuttfunksjoner og foretaksstruktur. Skien: Helse Sør RHF.
- Helse Vest*  
2002 Kvalitetsindikatorer 2002. Helse Vest. Versjon 25.06.2002. www.helse-vest.no.
- Helse Vest*  
2003 Kvalitetsindikatorer 2003. Helse Vest. Versjon juni 2003. www.helse-vest.no.
- Helse Vest*  
2003a Protokoll fra styremøte i Helse Vest RHF 11. juni. Styresak nr. 056/03B.
- Helse Vest*  
2003b Funksjonsfordelingsprosjekt i Helse Vest. Sandnes: Helse Vest RHF.
- Helse Vest*  
2003c Akuttfunksjoner i Helse Vest. Arbeidsgruppens rapport, justert februar 2003.
- Helse Øst*  
2002a Årsrapport 2002. Hamar: Helse Øst RHF.
- Helse Øst*  
2002b Prosjekt helseforetaksstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst. Styringsgruppens hovedkonklusjoner og rapport fra hovedprosjektet. Hamar: Helse Øst RHF.
- Helse Øst*  
2003a Protokoll fra styremøte i Helse Øst RHF 26. juni.
- Helse Øst*  
2003b Protokoll fra styremøte i Helse Øst RHF 16. oktober.
- Hoerer D, Gershon V, Haim S*  
1993 Results of early and delayed surgical fixation of hip fractures in the elderly: a comparative retrospective study. Bulletin Hospital for Joint Diseases (53), 1: 29-33.
- Hofoss D, Veenstra M og Andersen Ø*  
2003 Noen utfordringer i det nasjonale kvalitetsindikatorarbeidet. HMT-Helsetjenesten Medisinsk Teknikk nr 3/03.
- Huseby BM*  
2001 Sykehusstruktur og ressursutvikling. I Hansen FH (red) Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår. SAMDATA sykehus rapport. NIS-rapport 3/01. Trondheim: SINTEF Unimed.
- Huseby BM (red)*  
2001 SAMDATA Sykehus Tabeller 2001. NIS-rapport 2/02. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

- Huartado MP, Swift EK, Corrigan JM (editors)*  
2001 Envisioning the National Health Care Quality Report. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press.
- Innst S nr 300*  
2000-2001 Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap.
- Kalseth B*  
2001 Variasjoner i medisinsk praksis. I Hansen FH (red) Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst – stabile fylkesvise forskjeller. SAMDATA sykehus rapport. Rapport 1/00. Trondheim: SINTEF Unimed.
- Kalseth B og Røttingen J A (red)*  
2002 Praksis og kvalitet i sykehus. SAMDATA Sykehus Analyse. Rapport STF78 A025007. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning og HELTEF- Stiftelsen for helsetjenesteforskning.
- Krogstad U og Østhus R*  
2002 Personalerfaringer i somatiske sykehus. I Kalseth B og Røttingen JA (red) Praksis og kvalitet i sykehus. SAMDATA Sykehus Analyse. SINTEF Rapport STF78 A025007. Trondheim: SINTEF Unimed helsetjenesteforskning og HELTEF.
- Larsen BI, Skretting P, Farstad T*  
2000 Hvorfor har vi korridorpasienter? Tidsskrift for Norsk Lægeforening, 120:2691-3.
- Lie T*  
2002 Ventetider i somatiske sykehus. I Husby B (red) SAMDATA rapport. NIS-rapport 3/02. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Magnussen J*  
1996 Efficiency Measurement and the Operationalisation of Hospital Production. Health Services Research, 31: 21-37.
- Magnussen J*  
1999 Sykehussektoren 1998 – fra rammefinansiering til ISF. SAMDATA Sykehus Rapport. NIS-rapport 3/99. Trondheim: SINTEF Unimed.
- Magnussen J*  
2000 Utvikling i effektivitet. I Hansen FH (red.) Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst – stabile fylkesvise forskjeller. SAMDATA sykehus rapport. NIS-rapport 1/00. Trondheim: SINTEF Unimed.
- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S og Brook RH*  
2000 Public disclosure of performance data: learning form the US experience. Quality in Health Care, 9: 53-57.
- Marshall M og Davies HT*  
2001 Public release of information on quality of care: how are health services and the public expected to respond? Journal of Health Services Research & Policy, 6(3):158-62.
- NHS Executive*  
1998 The new NHS Modern and Dependable: A national Framework for Assessing Performance. Consultation document. 97FP0148. January 1998.
- NOU 1986: 4* Samordning i helse- og sosialtjenesten. Oslo: Sosial- og helse-departementet.
- NOU 1996: 5* Hvem skal eie sykehusene? Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 1998: 9* Hvis det haster? Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

*Opedal SH, Stigen I:*

2002 Evaluering av regionalt helsesamarbeid: sluttrapport. NIBR rapport 2002:22  
Oslo 2002.

*Ot prp nr 66*

2000-2001 Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

*Paulsen B og Johnsen A*

2001 Pasientbro til utlandet: Fire fylker – fire utfall. Rapport STF78 A015025.  
Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

*Paulsen B og Rønningen L*

2001 Kapasitetsreserver i norske sykehus? Rapport STF78 A015011.  
Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

*Paulsen B Midttun L og Johnsen A*

2002 Ventelister og styringsbehov i en sykehusavdeling. Rapport STF78 A025018.  
Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

*Petersen SØ*

2003 Endring i DRG-indeks fra 2001 til 2002. Upublisert notat. Trondheim:  
SINTEF Unimed.

*Pettersen KI, Veenstra M.*

1999 Pasienterfaringer og helserelatert livskvalitet i norske sykehus. 3/99.  
Nordbyhagen: HELTEF- Stiftelse for helsetjenesteforskning.

*Pettersen KI, Hofoss D, Sjetne IS.*

2003 Pasienterfaringer i norske sykehus – endringer over tid? Tidsskrift for Norsk  
Lægeforening, 123:3600-3

*Rundskriv I-6*

2001 Omlegging av gjestepasientoppgjøret fra 1. mars 2001 (somatiske  
sykehus). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

*Sjetne IS, Pettersen KI, Veenstra M, Andresen Ø.*

2003a Pasienters erfaringer i somatiske sykehus. Sykepleien, 19: 37-39.

*Sjetne IS, Pettersen KI, Veenstra M, Andresen Ø.*

2003b Pasienters erfaringer i somatiske sykehus (2). Sykepleien, 20: 43-45.

*Socialstyrelsen*

2001 Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Artikelnr  
2001-110-1.

*Socialstyrelsen, Landstingsförbundet og Svenska kommunförbundet*

2003 Verksamhetsuppföljning i hälso- och sjukvården genom performance  
indicators– exempel från andra länder. Artikelnr 2003-123-25.

*Sosial- og helsedepartementet*

1999 Rundskriv I-34/39.

*Sosial- og helsedepartementet*

2000 Kommentar til forskrift om pasientjournal. Fastsatt av Sosial- og helse  
departementet 21. desember 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 64 om  
helsepersonell m.v. Endret ved forskrift 20. desember 2001 nr. 1580 med  
virkning fra 1. januar 2002.

*Sosial- og helsedepartementet*

2001 Styringsdokument for helseregionene 2002.

*Sosial- og helsedepartementet*

2001a Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Best. nr. I-1044 B. Oslo: Sosial- og  
helsedepartementet.

- Sosial- og helsedepartementet*  
2001b Rapport fra arbeidsgruppen for utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet*  
2001c Protokoll fra styremøte i Helse Vest RHF 17. september 2001.
- Sosial- og helsedepartementet*  
2001d Protokoll fra styremøte i Helse Nord RHF 14. september 2001.
- Sosial- og helsedepartementet og statens helsetilsyn*  
1995 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. IK- 2482.
- Sosial- og helsedirektoratet*  
2003a Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Høringsutkast til strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten 20.10.2003
- Sosial- og helsedirektoratet*  
2003b Nasjonalt indikatorsett Prevalens av sykehusinfeksjoner. Indikator beskrivelse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens helsetilsyn*  
1997 Faglige krav til fødeinstitusjoner. IK nr 2565 1997.
- Statens helsetilsyn*  
1998 Gjennomgang av landets sykehus- delrapport 1. Kartlegging av korridorpasienter og beleggspersent ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger. Rapport oktober 1998.
- Statens Helsetilsyn*  
1999 Korridorpasienter i norske sykehus , 1999. Fremdeles regelen eller unntaket?
- Statens Helsetilsyn*  
2001 Sengekapasitet og kapasitetsutnyttelse ved somatiske sykehus i Norge. Er det en sammenheng mellom sengekapasitet og korridorpasienter? IK-2742.
- Statens Helsetilsyn*  
2002 a For det var ikke plass til dem i herberget. Overbelegg of korridorpasienter i landets somatiske sykehus. Utviklingen 1997-2001.
- Statens Helsetilsyn*  
2002 b Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapport til Helsedepartementet.
- Statens Helsetilsyn*  
2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivingsklare pasienter i indremedisinske avdelinger- Kartlegging 2002 og utvikling 1999-2002. IK-2767.
- St. meld. nr. 9*  
1974-1975 Sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. Oslo: Sosial departementet.
- St. meld. nr. 50*  
1993-1994 Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 24*  
1995-96 Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

- St. meld. nr. 37*  
 1997-1998 Et sted må grensen gå. Om ny inndeling av helseregionene på Sør-Østlandet. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 43*  
 1999-2000 Om akuttmedisinsk beredskap. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St meld nr 5*  
 2003-2004 Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedepartementet.
- Stoddard S, Horne G og Devane P*  
 2002 Influence of preoperative medical status and delay to surgery on death following a hip fracture. Australian and New Zealand Journal of Surgery. 72: 405-407.
- St prp nr 1*  
 1999-2000 For budsjett-terminen 2000. Sosial- og helsedepartementet.
- St prp nr 1*  
 2001-2002 For budsjett-terminen 2002. Sosial- og helsedepartementet.
- St prp nr 59*  
 2001-2002 Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002. Helsedepartementet.
- Thomson RG, Lally J*  
 2000 Performance management at the crossroads in the NHS: don't go into the red. Editorial. Quality in Health Care, 9: 201-202
- Torvik H*  
 2003 SAMDATA Sykehus Tabeller 2002. Rapport 2/03. Trondheim: SINTEF Unimed.
- Veenstra M, Pettersen KI og Sjetne I*  
 2000 Pasienterfaringer ved 21 norske sykehus. Regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. Forskningsrapport nr.1-2000. Oslo: HELTEF - Stiftelse for helse tjenesteforskning.
- Zahn HR, Skinner JA og Porteous MJ*  
 1999 The preoperative prevalence of deep vein thrombosis in patients with femoral neck fractures and delayed operation. Injury, International Journal of the Care of the Injured 30: 605-607.