



SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07



2 Utviklingen i somatisk spesialisthelsetjeneste, 2002–2006

Pål E. Martinussen

2.1 Innledning

Produksjonen i norsk helsevesen befinner seg i dag på et maksimumsnivå, målt både i utgifter, personell og antall behandlede pasienter. Fra 2002 til 2006 økte kostnadene til den somatiske spesialisthelsetjenesten fra 45,1 til 53,4 milliarder i faste 2006-priser, noe som tilsvarer over 18 prosent. Korrigerer vi for kostnadsvekst som kan knyttes til at de regionale helseforetakene har fått nye og utvidede oppgaver samt endringer i arbeidsgiveravgiften i perioden, var veksten på 12 prosent. I samme periode steg antall årsverk med 5 prosent¹, hvorav antall legeårsverk alene økte med 15 prosent. Denne betydelige innsatsøkningen reflekteres i aktivitetsutviklingen: i 2006 ble det registrert 24 prosent flere sykehusopphold totalt enn i 2002, der døgn- og dagopphold sto for en vekst på henholdsvis 12 og 52 prosent. Mens en av de sentrale utfordringene i sektoren på 1990-tallet har vært knyttet til manglende behandlingsskapasitet og dertil lange ventelister for elektiv behandling er derfor situasjonen i perioden etter sykehusreformen snarere den at aktivitetsveksten har vært langt større enn signalene fra Stortinget og regjeringen. Tendensen til å belønne økt sykehusaktivitet med tilleggsbevilgninger har gjort at sykehusene har manglet incentiv til å tilpasse aktivitetsnivået til styringssignalene gitt sentralt (Hagen & Kaarbøe 2006).

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

¹ Inklusive private årsverk.

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Hovedtrekk for perioden 2002-2006

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

Aktivitet og ressursinnsats:

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

Forbruk:

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

Personell:

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

Tilgjengelighet:

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

Prioriterte pasientgrupper:

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

Kvinneperspektivet:

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

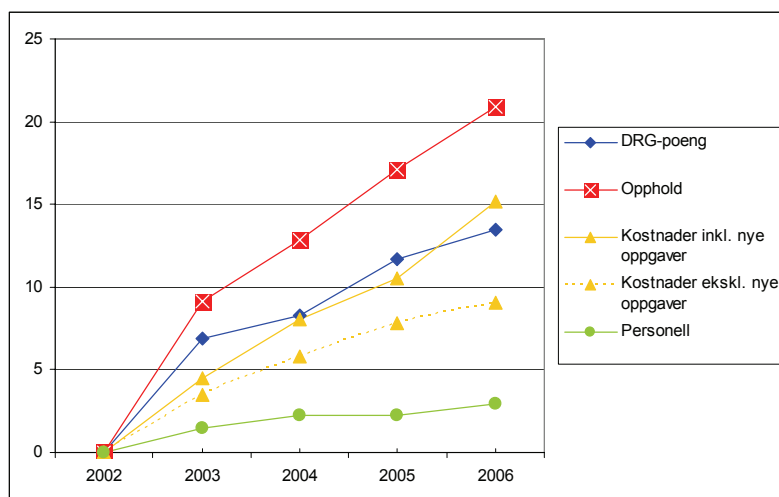
2.3 Aktivitet og ressursinnsats

Til tross for at det i siste femårsperiode er gitt sterke signaler fra sentrale myndigheter om utflating av aktivitetsveksten, har de regionale helseforetakene hvert år hatt en aktivitetsvekst som ligger over måltallene fra Stortinget og regjeringen (BUS 2005; Huseby 2004; Jørgenvåg 2006). Figur 2.1 viser den relative utviklingen i innsats og aktivitet for landet som helhet når det korrigeres for befolkningsvekst. I 2006 brukte man 15 prosent mer penger og 3 prosent flere årsverk³ på å gjennomføre 21 prosent flere opphold og produsere 13 prosent flere DRG-poeng per innbygger enn i 2002. Aktivitetsøkningen var sterkest det første året etter reformen. Fra 2003 til 2006 har det vært en jevn aktivitetsvekst målt i opphold, mens differansen i forhold til DRG-poeng ble større mot slutten av perioden. Totalt var det en større vekst i kostnadene enn i aktiviteten målt i DRG-poeng, noe som først og fremst skyldes en sterkere kostnadsvekst enn aktivitetsvekst fra 2005 til 2006.

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

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

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



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

2.3.1 Regionale forskjeller

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

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

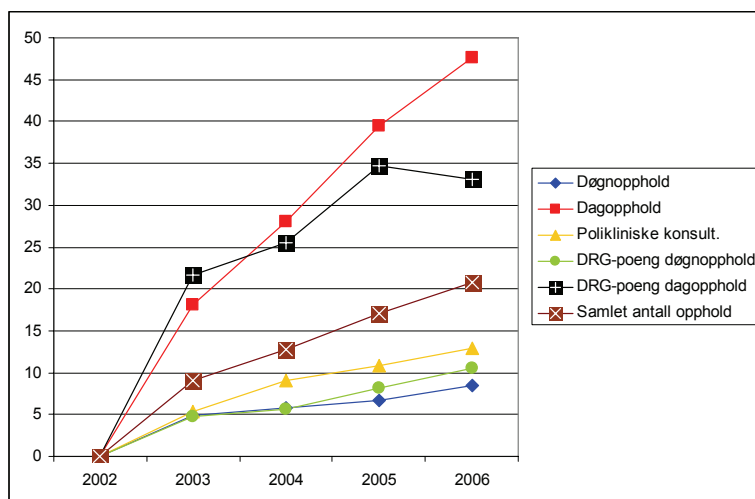
⁵ Pedersen og Solstad (2007) forsøker i SAMDATA Nøkkeltallsrapport å korrigere for dette i sine analyser av utviklingen av ressursinnsats.

2.4 Forbruk av sykehustjenester

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

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

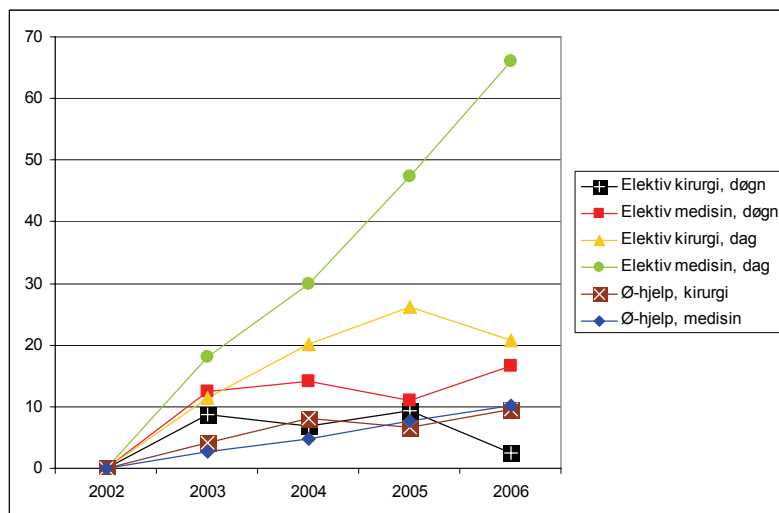
Figur 2.2 viser også den prosentvise endringen i DRG-poeng per 1 000 innbygger i perioden 2002-2006. Som vi ser, har veksten i døgnopphold vært noe sterkere målt i DRG-poeng enn i antall opphold, mens det motsatte er tilfelle for dagbehandling. For dagbehandling økte forbruksraten målt i opphold med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



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

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

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



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

2.4.1 Regionale forskjeller

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

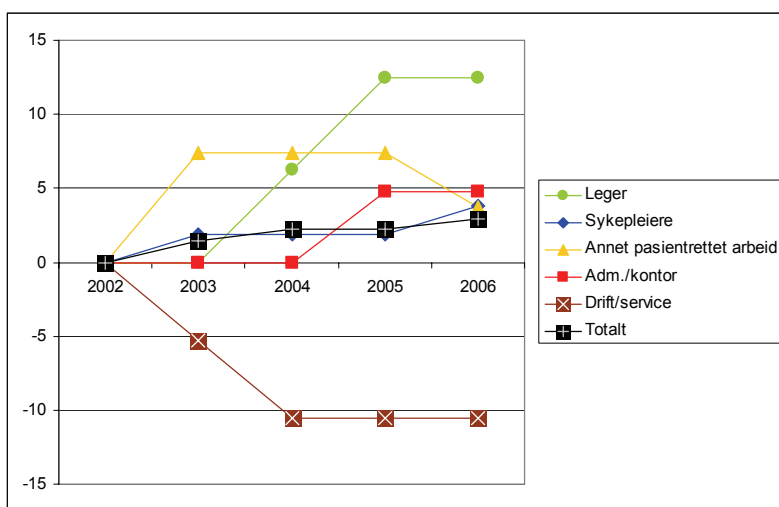
2.5 Personellinnsats

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

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

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

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



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

2.5.1 Regionale forskjeller

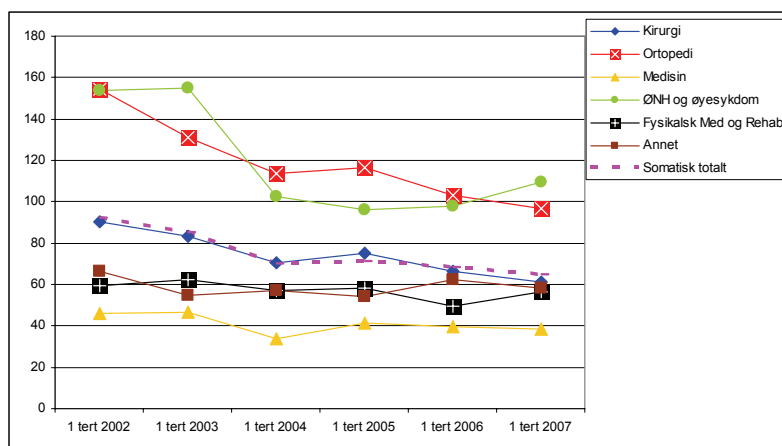
I løpet av perioden har det vært en viss utjevning i regionale forskjeller når det gjelder samlet personellinnsats. Økningen i legeårsverk var på 6 prosent i Helse Øst, 7 prosent i Helse Sør, 13 prosent i Helse Vest, 20 prosent i Helse Midt-Norge, og 29 prosent i Helse Nord. Med unntak for Helse Øst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

2.6 Tilgjengelighet

Det vektlegges fremdeles sterkt i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene at ressursbruken og innsatsen skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. En av disse målsetningene er god tilgjengelighet til tjenestene som tilbys. I tråd med tilnærmingen i tidligere SAMDATA-rapporter måles tilgjengeligheten her i form av antall ventende og ventetider for avviklede opphold, for ulike fagområder⁷, på landsbasis og for befolkningen i helseregionene.

Figur 2.5 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for døgnopphold etter fagområde fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.⁸ Som det fremgår, har gjennomsnittlig ventetid samlet sett gått ned fra 92 dager til 64 dager, noe som tilsvarer en nedgang på 30 prosent. Fordelt på fagområder har den største nedgangen i gjennomsnittlig ventetid kommet innenfor ortopedi og kirurgi: for ortopedi gikk ventetiden ned fra 154 dager i 1. tertial 2002 til 97 dager i 1. tertial 2007, mens utviklingen for kirurgi var fra 90 til 61 dager. Nedgangen utgjør 37 prosent for ortopedi og 33 prosent for kirurgi. Videre gikk ventetid for ØNH og øyesykdommer ned fra 154 til 110 dager, dvs. med 29 prosent. For ØNH og øyesykdommer var det imidlertid en økning i ventetiden mot slutten av perioden, fra 96 dager i 1. tertial 2005 til 110 dager i 1. tertial 2007. For medisin gikk ventetiden ned med 7 dager og 16 prosent. I 1. tertial 2006 var ventetiden for fysikalsk medisin og rehabilitering 11 dager kortere en i 1. tertial 2002, redusert fra 60 til 49 dager, men grunnet en økning i ventetiden på 7 dager fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007 er den totale nedgangen kun på 5 prosent.

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



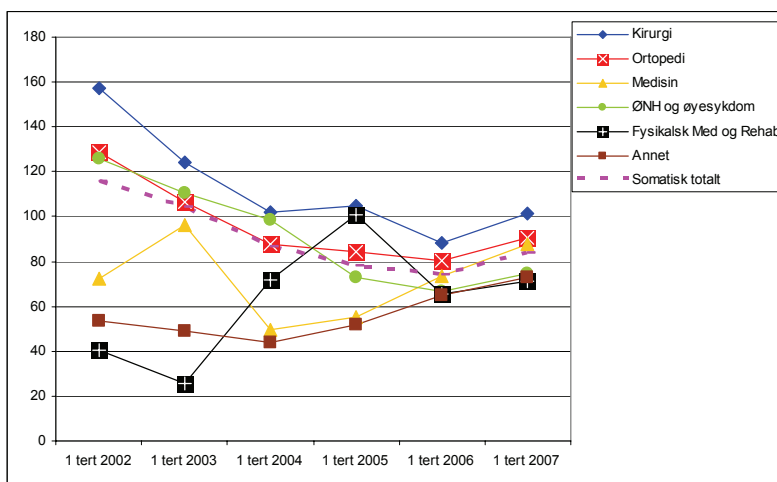
Figur 2.5 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde, døgnopphold, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

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

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

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

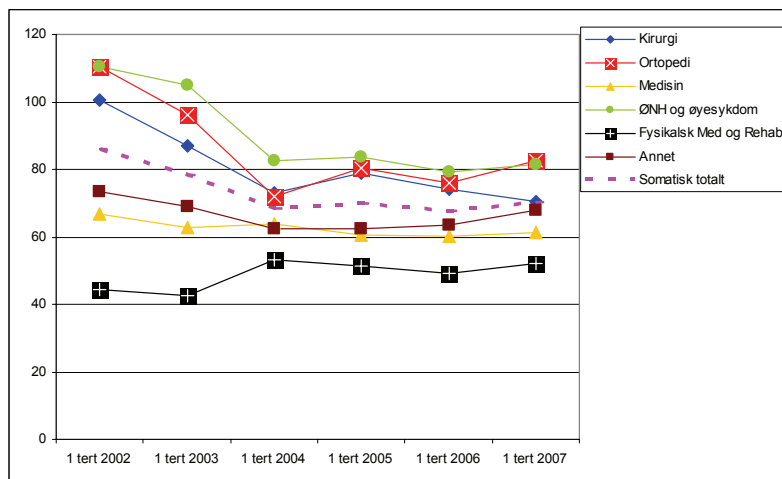
Det var en økning i gjennomsnittlig ventetid for samtlige fagområder for dagbehandling fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007.



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

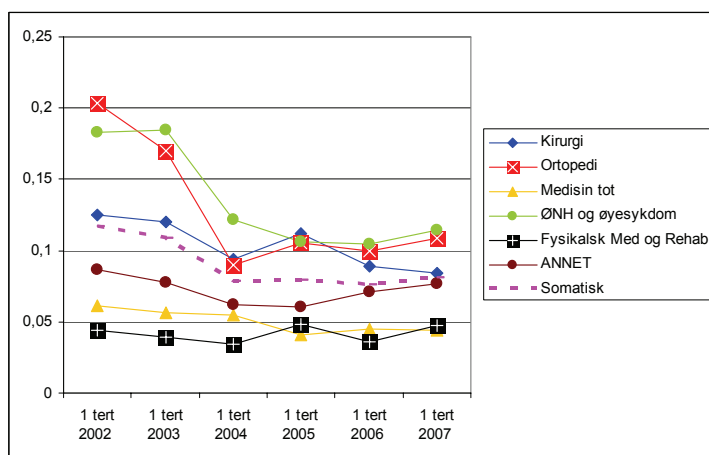
Ventetiden for somatisk poliklinikkbehandling gikk samlet sett ned med 16 dager og 18 prosent fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 (figur 2.7). Som for innleggelse og dagbehandling er den største nedgangen å finne innenfor fagområdene kirurgi, ortopedi og ØNH og øyesykdommer, og endringene er på henholdsvis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

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



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

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



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

2.6.1 Regionale forskjeller

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

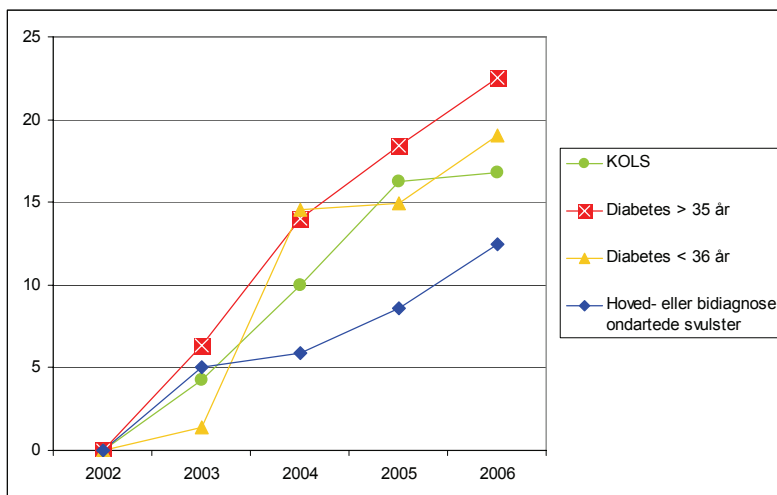
ventetid i alle regioner var den således størst i Helse Midt-Norge, med 33 prosent (40 dager), fulgt av Helse Vest, med 27 prosent (24 dager). Det er imidlertid verdt å merke seg at ventetiden økte i begge regioner fra 1. tertial 2005 til 1. tertial 2006. Minst var nedgangen i Helse Sør, der samlet ventetid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

2.7 Prioriterte pasientgrupper: KOLS, diabetes og kreft

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

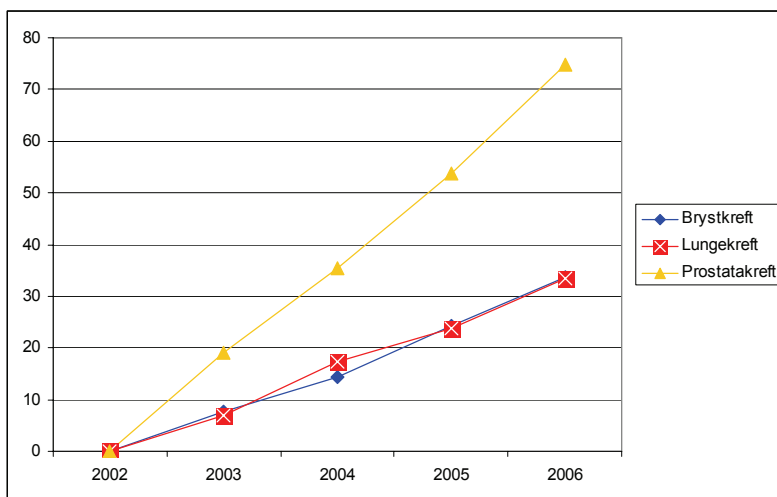
Figur 2.9 viser den relative utviklingen i forbruksrater for kreft, KOLS og diabetes i perioden 2002-2006. I faktiske tall økte antall sykehusbehandlinger for KOLS med 1 714, fra 8 525 opphold i 2002 til 10 239 opphold i 2006. Dette gir en økning per 1 000 innbygger på nesten 17 prosent. Også innenfor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

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



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

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



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

2.7.1 Regionale forskjeller

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

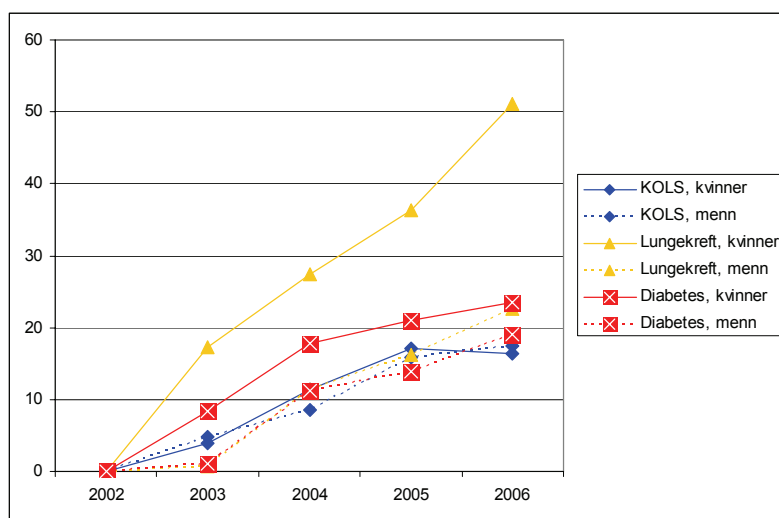
2.8 Kvinneperspektivet

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

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

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

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



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

2.8.1 Regionale forskjeller

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