



SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07



3 Utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002-2006

Beate M Huseby og Randi Kallar Devold⁹

3.1 Innledning

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

I årene etter eierskapsreformen har lokalsykehusenes rolle og framtid vært flittig debattert og har blitt utredet av både Legeforeningen, deFacto (etter oppdrag fra Kommunenes Interesseforening for Lokalsykehus), og en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (Erikstein 2007). På tross av flere utredninger og all oppmerksomhet rundt lokalsykehusene de senere årene, er det gjort få systematiske analyser¹⁰ av forskjeller mellom helseregionene i bruk av lokalsykehusene. Det påpekes ofte i offentlige dokumenter at lokalsykehusene har en viktig posisjon i forhold til behandling av eldre og den forventede eldrebølgen, men det er likevel gjort få systematiske analyser av variasjonene mellom regionene når det gjelder sammenhengen mellom alder og bruk av lokalsykehus. Det er også tidligere gjort få systematiske analyser av forskjellene mellom regionene når det gjelder omfanget av akuttbehandling og kirurgisk behandling i lokalsykehusene, samt distriktsprofilene¹¹ i bruk av lokalsykehus og betydningen av reiseavstand. Formålet med dette kapitlet er derfor å bidra med systematisk kunnskap om bruken av lokalsykehus, regionale variasjoner i dette og endringer i perioden fra 2002 til 2006.

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

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

¹¹ Med dette menes sammenhengen mellom kommunestørrelse og bruk av lokalsykehus.

3.2 Økt oppmerksomhet rundt lokalsykehusene

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

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

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

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

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

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

3.3 Data

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

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

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

3.4 Metode

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

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

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

Analysene inkluderer indikatorer for hvert av årene, og 2002 er brukt som referansepunkt¹². Analysene inkluderer også indikatorer for type behandling; akutt eller ikke-akutt innleggelse for behandling i kirurgiske DRG eller ikke-kirurgiske DRG, og indikatorer for pasienten (mann – ikke mann, alder, kommunestørrelse i fem kategorier (0-1 999 innbyggere, 2 000 – 9 999 innbyggere, 10 000 – 19 999 innbyggere, 20 000 – 49 999 innbyggere og kommer med mer enn 50 000 innbyggere) og reiseavstand til nærmeste sykehus med akuttfunksjon.

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

3.5 Resultater på nasjonalt nivå

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

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

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

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

Reiseavstand har i utgangspunktet en signifikant negativ effekt, som betyr at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus er høyest når reiseavstanden til nærmeste sykehus med akuttfunksjon er kort, men effekten er liten. Marginalendringene i predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus øker med fire prosentpoeng når reiseavstanden reduseres med 100 km¹³. Selv om effekten av reiseavstand er signifikant, er den dermed svært liten når det kontrolleres for andre faktorer som kommunestørrelse, ø-hjelp og fødsler.

¹² Dette betyr at effekten av 2004 tilsvarer forskjellen mellom 2004 og 2002.

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

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

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

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

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

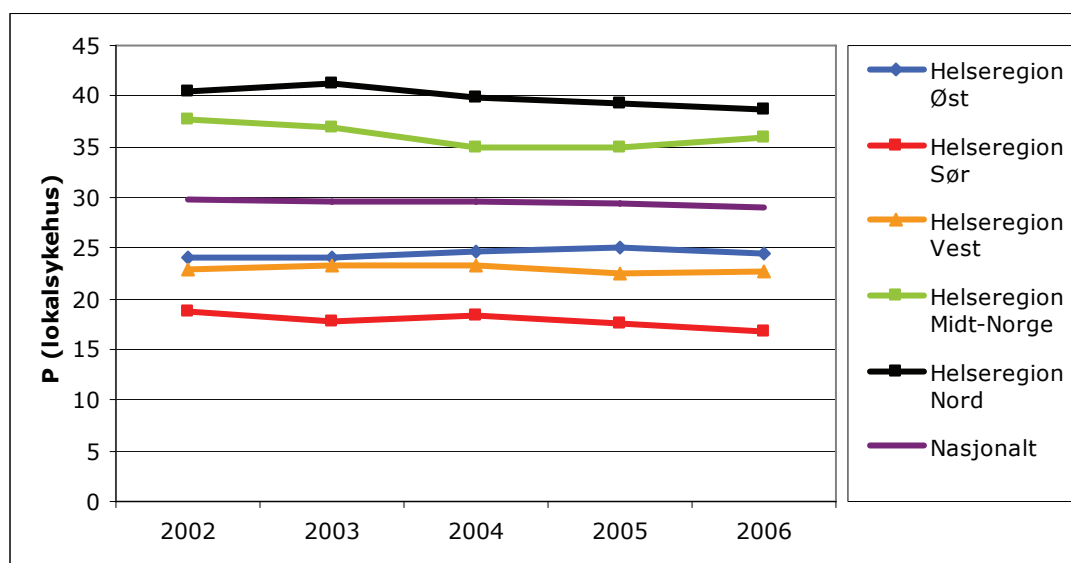
⁻¹⁾ Ikke inkl.

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

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

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

Dersom vi benytter vanlig prosentregning for å analysere utviklingen i bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006, finner vi en nedgang på 1,6 prosentpoeng i denne perioden (fra 31,7 prosent i 2002 til 30,1 prosent i 2006). Regresjonsanalysen, som sammenligner bare relevante enheter¹⁴ viser at nedgangen i den predikerte sannsynligheten for bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2006 var på 1 prosent (fra 29,9 prosent til 28,9 prosent). Kontrollen for relevante indikatorer gjør altså at nedgangen beregnes som noe lavere enn den direkte prosentvise effekten. Uavhengig av om det benyttes den ene eller andre metoden, kan vi imidlertid slå fast at det har vært en signifikant nedgang i bruken av lokalsykehus – relativt til andre typer sykehus – fra 2002 til 2006, men at nedgangen er svært liten.



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

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

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

¹⁴ Opphold for kvinner i 2002 sammenlignes med opphold for kvinner i 2006, opphold i kirurgiske DRG i 2002 sammenlignes med opphold i kirurgiske DRG i 2006 osv.

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

Devold (2007) analyserer utviklingen i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus blant eldre over 65 år i perioden fra 1999 til 2005. Hun finner at sannsynligheten for bruk av lokalsykehus blant eldre er signifikant¹⁵ høyere i 2005 enn i 2001 (før eierskapsreformen). Vi har også analysert utviklingen i bruk av lokalsykehus for eldre over 65 år for å se om utviklingen for eldre avviker fra resultatene i den generelle analysen. Våre analyser (se tabell 3.2 og vedleggstabell v3.4-v3.5) viser i likhet med Devold (2007) en svært liten, men signifikant økning i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus fra 2002 til 2005, men også en signifikant nedgang i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus i 2006. Nedgangen er imidlertid mindre enn 1 prosentpoeng.

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

Tabell 3.2 Predikerte sannsynligheter for eldres bruk av lokalsykehus¹⁾ (prosent).

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

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

¹⁵ Signifikant på 0,05 prosent nivå.

3.8 Bruk av lokalsykehus ved akutt sykdom og planlagt behandling

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

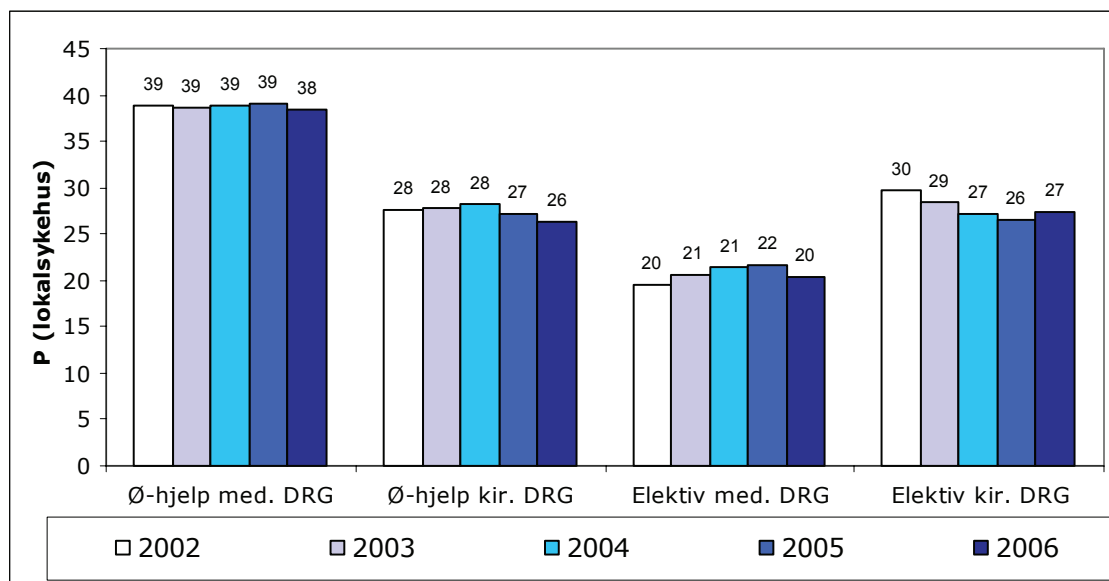
Bakgrunnen for de senere årenes diskusjon om akuttberedskapen og fødselsomsorgen kan knyttes til den offentlige utredningen om akuttberedskapen fra 1998 (NOU 1998:9) og Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000). Akuttutvalget (NOU 1998:9) foreslo å avløse den tradisjonelle graderingen mellom lokalsykehus,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

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

Huseby og Jensberg (2007A) analyserer utviklingen i konsentrasjonsnivå¹⁶ for akuttbehandling fra 1999 til 2005, og finner ingen signifikant endring av konsentrasjonsnivået for akuttbehandling innen indremedisin. Analysene viser imidlertid at konsentrasjonsnivået for kirurgisk akuttbehandling er signifikant høyere i årene etter eierskapsreformen enn i perioden fra 1999 til 2001. Huseby og Jensberg (2007B) viser også at lokalsykehusenes andel av akuttbehandling innen kirurgiske DRG ble redusert med vel 2 prosentpoeng i perioden fra 1999 til 2005. Endringen i lokalsykehusenes andel av den indremedisinske akuttbehandlingen var imidlertid bare en halv prosent.

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

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



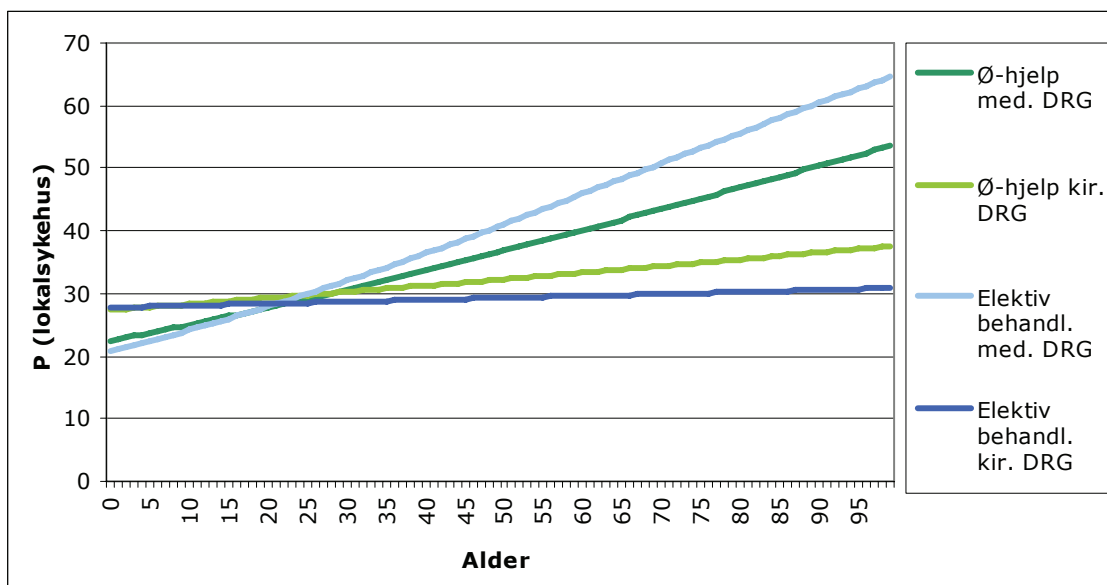
Figur 3.2 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter år, type innleggelse og behandling. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i β -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.6 og indikatorenes gjennomsnitt μ (vedleggstabell v3.7).

Analysene viser stor stabilitet når det gjelder sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG¹⁷. For kirurgisk akuttbehandling, samt planlagte kirurgiske behandlinger, finner vi imidlertid en signifikant¹⁸ nedgang i sannsynligheten for bruk av lokalsykehus i perioden fra 2002 til 2006.

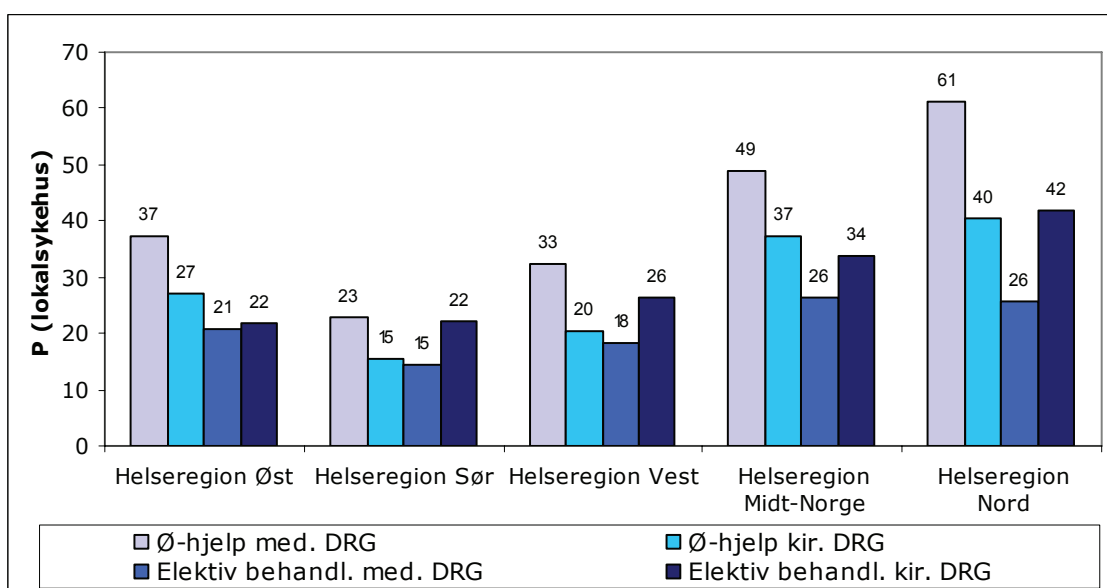
Dersom vi analyserer disse fire behandlingstypene separat, finner vi også at de har distinkte aldersprofiler når det gjelder bruk av lokalsykehus. Bruk av lokalsykehus ved indremedisinsk behandling, har en klar aldersprofil og øker sterkt med alderen, mens sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved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

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

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



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



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

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

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

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

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

3.9 Bruk av lokalsykehus ved normale fødsler og friske nyfødte

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

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

Akuttutvalgets forslag til sykehusmodeller (som ble beskrevet i forrige delkapittel) fikk en veiledende status, men Sosialkomiteens innstilling (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)) når det gjaldt fødselsomsorgen, var at inndelingen i kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer skulle gjøres gjeldende. Dette ble vedtatt av Stortinget, og er ikke endret etter den tid. Ved innføringen av eierskapsreformen ble derfor denne differensieringen av fødselsomsorgen lagt til grunn for forslagene og vedtakene om strukturendringer. I henhold til Arbeidsgruppa for utredning av lokalsykehusenes funksjoner (Erikstein 2007), har dette blitt fulgt opp gjennom nedleggelse av fødestuene i Honningsvåg, Andøya og Oppdal, og endring fra fødeavdeling til fødestue i Lærdal, Mosjøen, Lofoten, Tynset, Rjukan og Odda¹⁹. Omleggingen til fødestue i Lærdal skapte sterke protester fra lokalbefolkningen, og bidro til opprettelsen av "Folkebevegelsen for lokalsykehus".

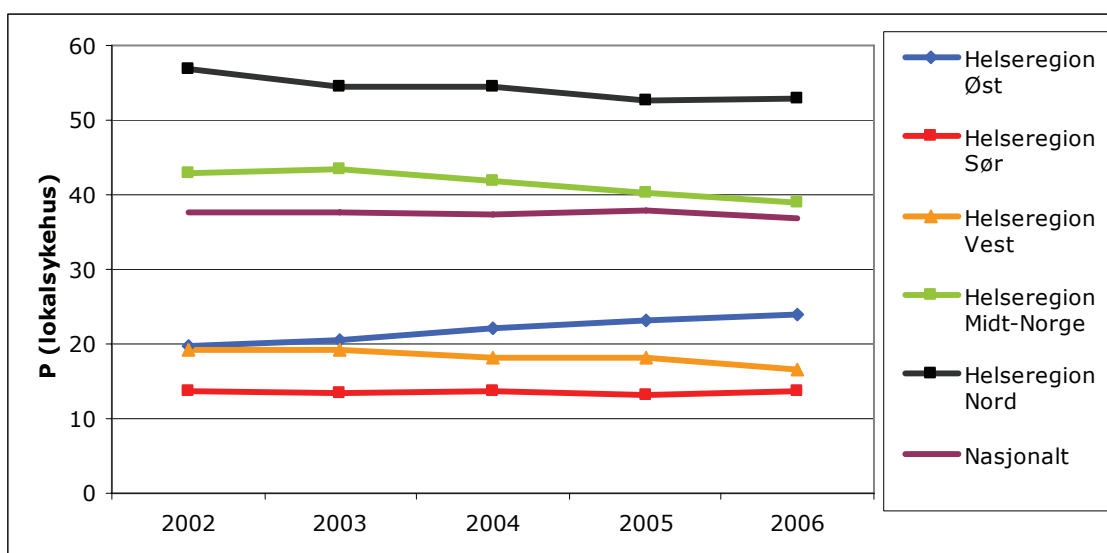
Arbeidsgruppa for utredning av lokalsykehusenes funksjoner (Erikstein 2007) konkluderer med at det er behov for omstillinger i fødselsomsorgen. De bemerker at Helse- og omsorgsdepartementet har planer om å igangsette en prosess rundt dette, og vil av den grunn ikke gi mer detaljerte vurderinger. Det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

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

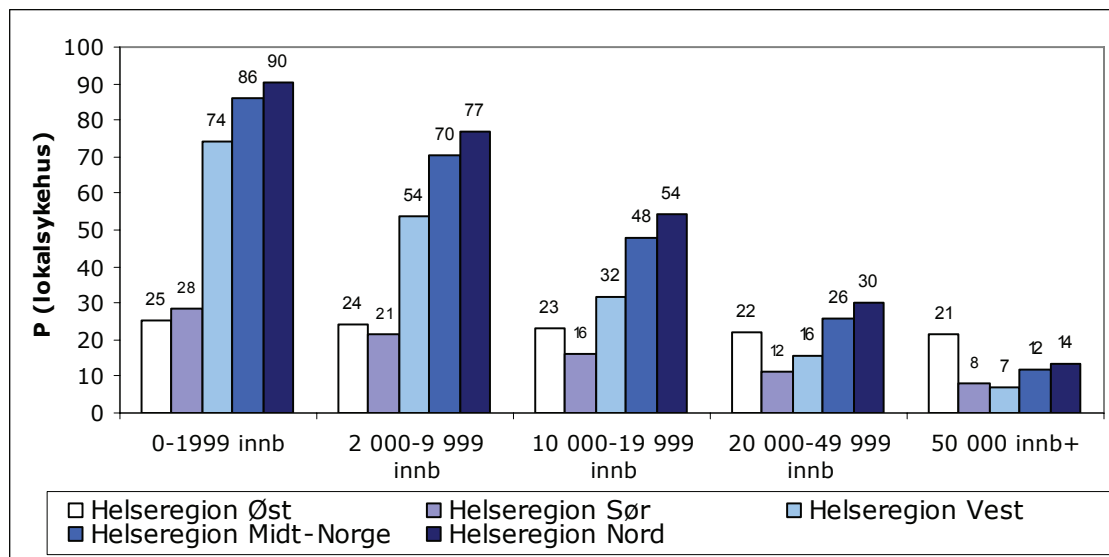
¹⁹ For tre av disse (Lofoten, Tynset og Rjukan) ble endringene gjennomført før behandlingen av Akuttmeldingen, Ved Odda ble endringen gjennomført etter lokalt initiativ, og for Lærdal og Mosjøen ble endringene gjennomført som følge av vedtaket. Det eksisterer også et vedtak som ikke er effektivt om endring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

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

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



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



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

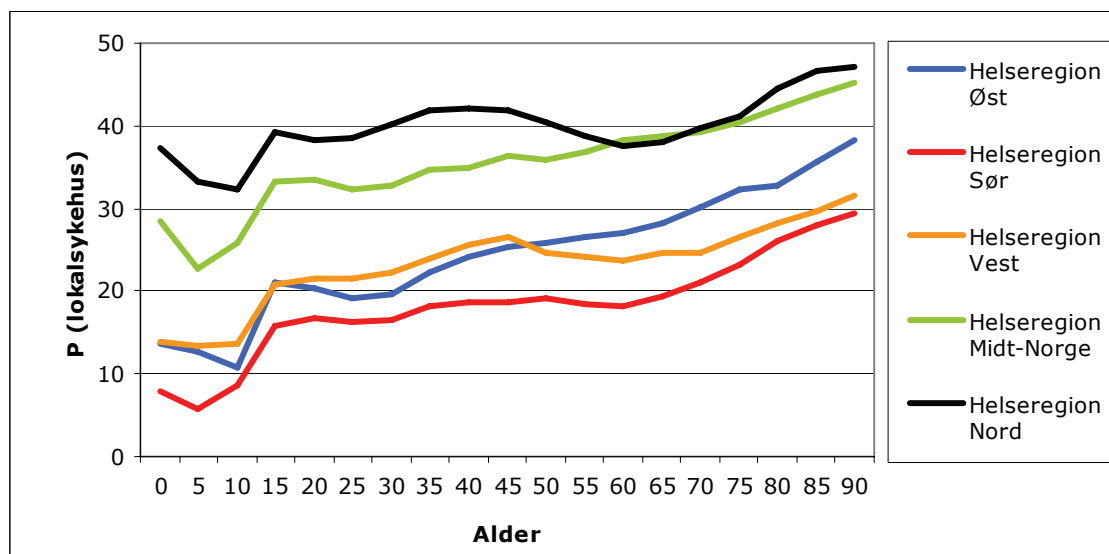
For fødsler finner vi også en sterk sammenheng mellom pasientenes kommunestørrelse og sannsynligheten for bruk av lokalsykehus. Dette er illustrert i figur 3.6. For pasienter bosatt i kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere i helseregion Nord, var sannsynligheten for bruk av lokalsykehus ved fødsler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

3.10 Aldersprofilen ved bruk av lokalsykehus

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

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

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

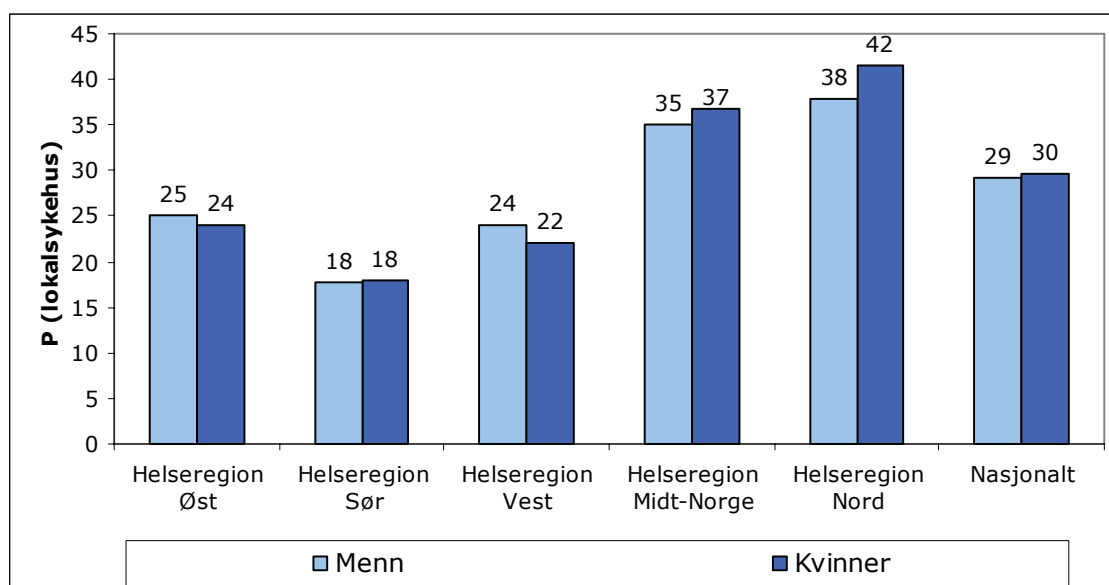


Figur 3.7 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter helseregion og pasientenes alder. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i β -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt μ (vedleggstabell v3.3).

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

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

3.11 Betydningen av kjønn for bruk av lokalsykehus

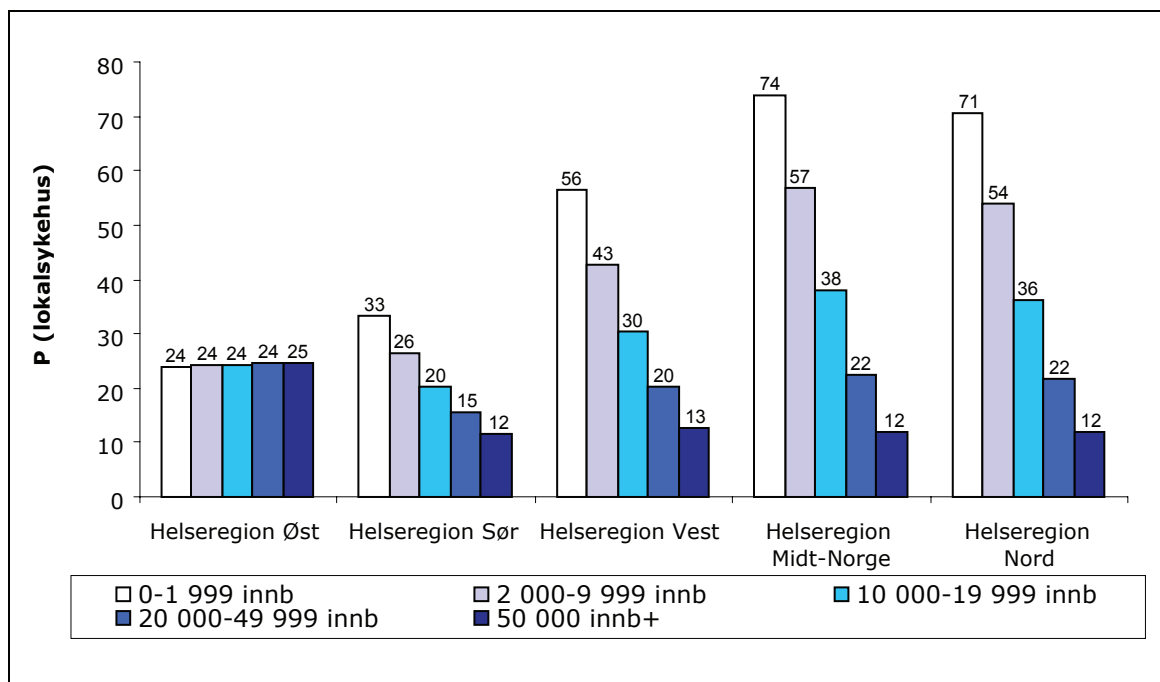


Figur 3.8 Predikert sannsynlighet for bruk av lokalsykehus etter helseregion og kjønn. Sannsynlighetene for bruk av lokalsykehus er predikert med utgangspunkt i β -koeffisienter beregnet ved logistisk regresjon (se vedleggstabell v3.2) og indikatorenes gjennomsnitt μ (vedleggstabell v3.3).

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

3.12 Sammenhengen mellom kommunestørrelse og bruk av lokalsykehus

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



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

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

3.13 Oppsummering

I dette kapitlet har vi analysert sannsynligheten for bruk av lokalsykehus for årene fra 2002 til 2006 for ulike kjennetegn ved pasientene, samt forskjellige typer innleggelse og behandling. Våre analyser viser relativt betydelige forskjeller mellom regionene når det gjelder bruken av lokalsykehus og utviklingen i denne, samt distinkte effekter av ulike kjennetegn ved pasientene og behandlingene. Sannsynligheten for at en kvinne på 80 år, som var bosatt i en kommune med mindre enn 2 000 innbyggere i Nord-Norge, og trengte øyeblikkelig medisinsk hjelp, ble behandlet på et lokalsykehus var over 80 prosent i 2006. Til sammenligning, hadde en mann på 30 år, bosatt i en kommune med mer enn 50 000 innbyggere i Helseregion Sør, som fikk trengte elektiv kirurgisk behandling, en sannsynlighet for bruk av lokalsykehus på under 10 prosent i samme år. Sannsynligheten for at en kvinne som var bosatt i en liten kommune²⁰ i helseregion Nord²¹ brukte et lokalsykehus ved en normal fødsel var 90 prosent, mens sannsynligheten for at en fødende kvinne, bosatt i en

²⁰ Under 2 000 innbyggere.

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

middels stor by²² i helseregion Sør²³ brukte lokalsykehus ved en normal fødsel, var 16 prosent. For kvinner i Nord, innebærer endringen over tid en endret sannsynlighet fra 91 prosent i 2002 til 89,6 prosent i 2006, men for kvinnen i Sør var endringen i sannsynlighet 0,1 prosentpoeng (fra 16,1 prosent til 16,2 prosent).

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

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

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

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

²² Fra 10 000-19 999 innbyggere

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