

SAMDATA

Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008

Birgitte Kalseth
(red.)

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 3/09

ISBN 978-82-14-04802-5
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: SINTEF Media
Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

5 Geografiske forskjeller i bruk av spesialisthelsetjenester

Linda Midttun

Et sentralt helsepolitisk mål er at den norske befolkningen skal ha et likt tilbud til spesialisthelsetjenester uavhengig av hvor de bor. I dette kapitlet vil vi derfor starte med en presentasjon av *totalforbruket* av spesialisthelsetjenester for den norske befolkningen. Oversikten viser behandlingsrater fordelt på dagbehandlinger og døgnopphold, polikliniske konsultasjoner ved offentlig poliklinikk og privat avtalepraksis samt opphold ved private opptreningsinstitusjoner. Dette gir et overordnet bilde av hvordan helsetjenestetilbudet er sammensatt og fordeles i landet. Oversiktene presenteres i kapittel 5.3.

En forklaring på ulikt forbruk av spesialisthelsetjenester i ulike geografiske områder kan være at behovet for, og dermed etterspørselen etter, spesialisthelsetjenester er ulikt fordelt geografisk. Tidligere undersøkelser (for eksempel Kalseth & Midttun, 2008; NOU 2008:2) har vist at indikatorer på behovet for spesialisthelsetjenester varierer nokså betydelig mellom ulike geografiske områder i Norge. I 2008 gjorde Magnussen-utvalget, som var nedsatt for å vurdere inntektsfordelingssystemet mellom de regionale helseforetakene (RHF-ene), en vurdering av faktorer med betydning for basisfinansieringen av RHF-ene. I den forbindelse ble det lagd en behovsindeks, som bygger på et sett karakteristika ved befolkningen i hver av de norske kommunene. Med utgangspunkt i denne indeksen beregnet vi at Stavanger HF-område i 2007 hadde en verdi på behovsindeksen som var 14 prosent under landsgjennomsnittet og dermed den laveste i landet, mens Innlandet HF-område, som hadde den høyeste verdien på behovsindeksen av samtlige HF-områder, hadde en verdi som var 12 prosent over landsgjennomsnittet. Ved analyser av geografiske forskjeller i bruken av spesialisthelsetjenester er det derfor fornuftig å ta hensyn til denne behovskomponenten. I kapittel 5.4 presenteres oversikter over forbruket av spesialisthelsetjenester i de ulike geografiske områdene relativt til behovsindeksen for området. I den forbindelse presenteres oppdaterte behovsindekser for 2008.

I kapittel 5.5-5.8 ser vi spesielt på bruken av spesialisthelsetjenester innen noen utvalgte pasientgrupper. Gruppene som er valgt ut omfatter sykdommer og lidelser som er vanlige blant eldre. Disse er hjernekar sykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), lårhalsbrudd, innsetting av kunstig hofteledd, iskemisk hjertesykdom samt artrose og inflammatorisk leddlidelse. I fremstillingene ser vi nærmere på forskjeller i oppholds-rater og pasientrater mellom helseregionene og HF-områdene, og over tid. Vi ser også på omfanget av øyeblikkelig hjelp-innleggelse og, for de gruppene der det er aktuelt, omfanget av kirurgiske opphold.

Vi vil dermed analysere følgende problemstillinger:

1. Hvor stor er de geografiske forskjellene i forbruksrater for den totale spesialisthelsetjenesten? Har forskjellene blitt større eller mindre over tid (kapittel 5.3)?
2. Er det sammenfall mellom verdiene på behovsindeksen og det faktiske forbruket av spesialisthelsetjenester (kapittel 5.4)?

3. Hvordan er de geografiske forskjellene for et utvalg pasientgrupper som i særlig grad omfatter eldre pasienter? Blir forskjellene større eller mindre over tid? Er det geografiske forskjeller i innleggelsesmåte (øyeblikkelig hjelp vs. elektiv), oppholdstype (kirurgisk vs. medisinsk behandling) og forekomst av fleropphold (forskjeller mellom oppholdsbaserte rater og pasientbaserte rater) (kapittel 5.5-5.8)?

5.1 Oppsummering og hovedfunn

Hovedfunnene fra dette kapitlet er oppsummert i boksen nedenfor:

- Økningen i totalforbruket av spesialisthelsetjenester fra 2005 til 2008 er større når man teller opphold enn pasienter, slik at hver pasient i gjennomsnitt har flere opphold/konsultasjoner i 2008 enn i 2005.
- Det er en svak økning i de regionale forskjellene i totale forbruksrater fra 2005 til 2008.
- De geografiske forskjellene mellom HF-områdene ligger stabile på omkring ti prosent variasjon rundt totalraten for landet både i 2005 og 2008.
- Helgelandsområdet og Telemark utmerker seg med relativt høyt totalforbruk av spesialisthelsetjenester, mens Stavangerområdet har det laveste forbruket i landet.
- Forskjeller i beregnet behov for spesialisthelsetjenester samsvarer i stor grad med det faktiske forbruket av tjenester. Ikke desto mindre forekommer det interessante avvik fra dette mønsteret for enkelte HF-områder. Blant HF-områdene som utmerker seg er Helgeland, Finnmark, Ringerike, Blefjell og Telemark HF-område, som alle har høyere forbruk enn verdien på behovsindeksen skulle tilsi.
- Over tid er de geografiske forskjellene i sykehusopphold for *KOLS-pasienter* relativt stabile. Dette gjelder også for øyeblikkelig hjelp-innleggelsesrater og øyeblikkelig hjelp-andeler.
- Øyeblikkelig hjelp-innleggelsesratene og kirurgiandelen for pasienter med *lårhalsbrudd* er som forventet høye og stabile over tid.
- Det er en markant nedgang i behandlingsratene for *iskemisk hjertesykdom* fra 2003 til 2008.
- Det er svært store geografiske forskjeller i behandlingsratene for *iskemisk hjertesykdom*. Forskjellene blir litt mindre fra 2003 til 2008. De geografiske forskjellene i andelen av innleggelsene som er øyeblikkelig hjelp-innleggelse er noe mindre i 2008 enn de var i 2003.
- Andelen av oppholdene for pasienter med *iskemisk hjertesykdom* som omfatter kirurgisk behandling ligger rundt 25 prosent i samtlige regioner. På HF-områdenivå varierer imidlertid andelen fra 51 prosent i Stavangerområdet til 21 prosent i Sunnmøre HF-område i 2008. De geografiske forskjellene i kirurgirater og -andeler for opphold der pasienten har *iskemisk hjertesykdom* er relativt store, men går noe ned fra 2003 til 2008. Kirurgiraten har økt på landsbasis.
- For pasienter som får innsatt *hofteprotese* går behandlingsratene ned fra 2003 til 2008, og forskjellene mellom regionene øker.
- For pasienter med *artroser og inflammatoriske leddlidelser* øker de geografiske forskjellene i oppholds- og pasientrater markant fra 2003 til 2008.
- De geografiske forskjellene i ratene for kirurgisk behandling av pasienter med *artroser og inflammatoriske leddlidelser* øker fra 2003 til 2008.
- De geografiske forskjellene i oppholdsrater for *hjerne-karsykdom* øker fra 2003 til 2008. Variasjonen er ikke like betydelig når man teller pasienter istedenfor opphold.
- Helseregion Sør-Øst skiller seg ut med lav øyeblikkelig hjelp-andel for pasienter med *hjerne-karsykdom* (66 prosent mot over 90 prosent i helseregion Midt-Norge og Nord).

5.2 Datagrunnlag og metode

Som grunnlag for å beregne de ulike forbruksindikatorerne har vi benyttet pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR) og befolkningsstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Behovsindeksen bygger på komponenter fra Kommunedatabasen. Når vi analyserer forbruksindikatorer benyttes det to analyseenheter; pasient og opphold. For pasientgruppene som presenteres i kapittel 5.5 defineres først et utvalg av opphold der pasienten har en gitt diagnose/bidiagnose eller fått utført en bestemt prosedyre (se tabell 5.5). Deretter aggregeres datasettet til pasientnivå. Dette betyr at "irrelevante" opphold i forhold til den aktuelle sykdommen/tilstanden ikke inkluderes i datagrunnlaget det aggregeres med utgangspunkt i. Videre er det slik at man ved aggregering til pasient kun kan følge en og samme pasient innen den samme institusjonen og innen kalenderåret. Dette betyr at rater beregnet med utgangspunkt i antall pasienter kan være noe overestimert.

Der tall for konsultasjoner hos private avtalespesialister er presentert på HF-områdenivå, har det ikke vært mulig å estimere aktivitet for spesialister som ikke har levert komplette data på en reliabel måte. Dette dels fordi avtalespesialistenes tilhørighet er knyttet til RHF-nivået, og ikke kan "fordeles ned på" pasientenes bostedsområder. Dels har slik estimering ikke blitt gjort fordi en estimering med utgangspunkt i pasientens bostedskommune (for de konsultasjonene det er rapportert data for) ikke gir et tilstrekkelig robust grunnlag for estimering av totalaktivitet. Ettersom rapporteringsprosenten er ulik for de ulike regionene og fagspesialitetene, vil dette ha betydning for tallene som presenteres på HF-områdenivå. Indikatorene på HF-områdenivå som er basert på avtalespesialistdata må derfor tolkes med utgangspunkt i dette.

Når totalrater for forbruket i de ulike områdene presenteres, har dagrehabiliteringsaktivitet blitt ekskludert. Bakgrunnen for dette er de endringene som ble gjort i utbetalinger knyttet til rehabilitering innenfor ISF-ordningen i 2007. Endringen besto i at en svært stor del av dagrehabiliteringsaktiviteten fikk avkortet refusjon. For å ivareta hensynet til sammenlignbarhet holdes derfor denne aktiviteten utenfor (se Avregningsutvalget, 2007).

5.3 Totalforbruket av spesialisthelsetjenester

Totalforbruket av spesialisthelsetjenester innenfor ulike geografiske områder varierer relativt betydelig i Norge. Som påpekt av blant annet Huseby og Kalseth (2001) kan disse variasjonene ses i sammenheng med forhold ved tilbudet og etterspørselen (behovet) etter spesialisthelsetjenester. I dette kapitlet vil det bli gitt en deskriptiv fremstilling av totalforbruket av spesialisthelsetjenester. Vi kommer nærmere tilbake til forbruksvariasjoner relativt til behovsforhold i kapittel 5.4, mens ulike forklaringer på geografiske variasjoner diskuteres i kapittel seks.

For å gi et bilde av hvordan utviklingen har vært over tid, presenteres både rater for 2005 og 2008. Driftsåret 2005 er valgt som utgangspunkt på grunn av at dette er første år vi kan inkludere rater for både konsultasjoner ved private opptreningsinstitusjoner og ved private avtalepraksiser i totalmaterialet. Riktignok er kun 56 prosent av avtalespesialistaktiviteten rapportert til NPR i 2005, og 65 prosent i 2008. Der regiontall presenteres (tabell 5.1 og 5.2) har det derfor blitt estimert aktivitet for de avtalespesialistene som ikke har rapportert data. Slike estimeringer har kun blitt gjort for konsultasjoner, ikke pasienter, og kun på regionnivå. For at ratetallene skal være så sammenlignbare som mulig over tid er døgnoppholdene ved Oslo kommunale legevakt, som rapporterte data for første gang i 2006, holdt utenfor ved beregning av ratene i 2008²⁶. Det samme er tilfelle for polikliniske konsultasjoner ved Skadeseksjonen ved Ortopedien Ullevål, som rapporterer aktivitet for første gang i 2008²⁷. Videre, og som nevnt i kapittel 5.2, har vi av hensyn til sammenlignbarhet over tid også holdt dagrehabiliteringsaktivitet utenfor ved beregningen av rater både i 2005 og 2008. Bak-

²⁶ I 2008 hadde Oslo kommunale legevakt 6 524 døgnopphold.

²⁷ I 2008 hadde skadepoliklinikken ved Ortopedien Ullevål 98 705 konsultasjoner.

grunnen for dette er endringene som ble gjort i utbetalinger knyttet til rehabilitering innenfor ISF-ordningen i 2007. Endringen besto i at en svært stor del av dagrehabiliteringsaktiviteten fikk avkortet refusjon (for mer informasjon, se Avregningsutvalget, 2007).

I tabell 5.1 og 5.2 presenteres rater basert på opphold og pasienter for helseregionene i henholdsvis 2005 og 2008. I tabell 5.3 og 5.4 presenteres tilsvarende tall for HF-områdene.

Tabell 5.1 Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere behandlet ved sykehus, private opptreningsinstitusjoner, offentlige poliklinikker og ved privat avtalepraksis per bostedsregion i 2005

Pasientens bostedsregion	Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere									
	Samlet (dag- og døgn)		Privat opptreningsinstitusjon		Poliklinikk off. sykehus		Privat avtalepraksis ¹		Totalt	
	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Kons.	Pas.	Kons.	Pas.	Opph./kons.	Pas. ²
Sør-Øst	278	171	7	7	715	312	513	N/A	1 513	490
Vest	280	171	5	5	699	296	407	N/A	1 391	472
Midt-Norge	285	174	8	8	830	346	313	N/A	1 436	527
Nord	294	182	10	10	879	388	262	N/A	1 445	580
Alle HF-områder	281	172	7	7	744	321	438	N/A	1 470	500
Variasjonskoeff.	0,03	0,03	0,33	0,32	0,12	0,13	0,25	N/A	0,03	0,10

1) De private avtalespesialistenes rapportering av konsultasjoner (konsultasjoner berettiget refusjon fra NAV) til NPR er ikke komplett. Dersom man tar utgangspunkt i størrelsen på avtalehjemlene leverte 56 prosent av det totale antallet avtalespesialister godkjente og komplette data for 2005. Den rapporterte aktiviteten benyttes som utgangspunkt for estimering av konsultasjonsrater for ikke-rapporterende enheter. For fremgangsmåte benyttet ved estimering av rater, se "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

2) Totalrater for pasienter er eksklusive pasienter behandlet ved privat avtalepraksis.

Tabell 5.2 Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere behandlet ved sykehus, private opptreningsinstitusjoner, offentlige poliklinikker og ved privat avtalepraksis per bostedsregion i 2008

Pasientens bostedsregion	Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere									
	Samlet (dag- og døgn) ¹		Privat opptreningsinstitusjon		Poliklinikk off. sykehus ²		Privat avtalepraksis ³		Totalt	
	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Kons.	Pas.	Kons.	Pas.	Opph./kons.	Pas. ⁴
Sør-Øst	296	168	7	6	748	316	510	N/A	1 560	490
Vest	274	164	5	5	719	296	388	N/A	1 387	465
Midt-Norge	302	175	9	7	872	357	357	N/A	1 540	539
Nord	309	182	10	9	956	409	224	N/A	1 498	600
Alle HF-områder	293	170	7	6	779	326	436	N/A	1 516	502
Variasjonskoeff.	0,05	0,05	0,28	0,29	0,14	0,15	0,27	N/A	0,05	0,12

1) Opphold ved Oslo kommunale legevakt er ekskludert, siden denne institusjonen kom inn i ISF-ordningen og rapporterte data til NPR for første gang i 2006. Oppholdene er ekskludert for å ivareta hensynet til sammenlignbarhet med tilsvarende tall presentert for 2005. Av samme årsak er også dagrehabiliteringsaktivitet ekskludert (opphold med liggetid = 0 dager i DRG 462B).

2) Konsultasjoner ved Skadeseksjonen ved Ortopedien Ullevål er ekskludert, siden seksjonen rapporterte data til NPR for første gang i 2006. Konsultasjonene er ekskludert for å ivareta hensynet til sammenlignbarhet med tilsvarende tall presentert for 2005. Av samme årsak er også dagrehabiliteringsaktivitet ekskludert (konsultasjoner der pasienten har hoveddiagnose Z509).

3) De private avtalespesialistenes rapportering av konsultasjoner (konsultasjoner berettiget refusjon fra NAV) til NPR er ikke komplett. Dersom man tar utgangspunkt i størrelsen på avtalehjemlene leverte 65 prosent av det totale antallet avtalespesialister godkjente og komplette data for 2008. Den rapporterte aktiviteten benyttes som utgangspunkt for estimering av konsultasjonsrater for ikke-rapporterende enheter. For fremgangsmåte benyttet ved estimering av rater, se "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

4) Totalrater for pasienter er eksklusive pasienter behandlet ved privat avtalepraksis.

En sammenligning på regionnivå mellom forbruksratene i 2005 og 2008 viser at det totale antallet opphold per 1 000 innbyggere øker fra 1 470 til 1 516 – en økning som tilsvarer 3,1 prosent. Totalraten for antall behandlede pasienter viser ikke samme tegn til vekst, og øker bare fra 500 til 502. Denne stabiliteten i de pasientbaserte ratene er tydelig uavhengig av hvilke delindikatorer man ser på. Utviklingen på nasjonalt nivå viser dermed at behandlingsvolumet øker relativt til befolkningstallet, samtidig som det ikke behandles flere pasienter. Det gjennomsnittlige antallet opphold/konsultasjoner per pasient øker derfor noe fra 2005 til 2008.

Når vi ser nærmere på enkeltregionene, så har helseregion Sør-Øst en klar økning i totaloppholdsraten, mens pasientraten er uforandret fra 2005 til 2008. Dermed har hver pasient i regionen i gjennomsnitt flere opphold/konsultasjoner nå enn tidligere. Denne tendensen er tydelig både for dag- og døgnoppholdene og for de polikliniske konsultasjonene ved offentlige sykehus.

Helseregion Midt-Norge og Nord følger samme utviklingsmønster som Sør-Øst. I den midtnorske regionen øker totaloppholdsraten fra 1 436 til 1 540 fra 2005 til 2008, noe som tilsvarer 7,2 prosent økning, mens den pasientbaserte totalraten bare øker med 2,3 prosent. Både i Midt-Norge og i Nord er det særlig dag- og døgnoppholdene og de polikliniske konsultasjonene som bidrar til denne utviklingen. Videre er det kun i helseregion Midt-Norge at raten for private avtalespesialistkonsultasjoner øker (fra 313 konsultasjoner per 1 000 innbyggere til 357). For de øvrige tre regionene er det en nedgang i samme periode.

I helseregion Vest er det kun ratene for polikliniske konsultasjoner som øker. For de øvrige indikatorene er det stagnasjon eller nedgang. Denne regionen er dermed den eneste som har nedgang i både totalraten for opphold/konsultasjoner og totalraten for pasienter. Ettersom helseregion Vest i utgangspunktet hadde de laveste ratene, betyr dette at regionen relativt til de øvrige regionene og landsgjennomsnittet har enda lavere rater i 2008 enn i 2005.

For øvrig tilsvarer variasjonen mellom regionene i oppholds-/konsultasjonsratene to prosent (variasjon fra totalraten/landsgjennomsnittet) i 2005 mot fem prosent i 2008. Tilsvarende tall for pasientratene er henholdsvis 10 og 12 prosent. Det er dermed en svak økning i forskjellene mellom regionene fra 2005 til 2008.

Tabell 5.3 Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere behandlet ved sykehus, private opptreningsinstitusjoner, offentlige poliklinikker og ved privat avtalepraksis per HF-område i 2005

HF-område	Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere									
	Samlet (dag- og døgn)		Privat opptrenings- institusjon		Poliklinikk off. sykehus		Privat avtalepraksis ¹		Totalt	
	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Kons.	Pas.	Kons.	Pas.	Opph./ kons.	Pas.
Østfold	273	167	5	5	636	261	430	196	1 344	629
Asker og Bærum	251	155	7	7	665	291	425	242	1 348	695
Hovedstadsområdet	263	160	7	7	703	299	319	170	1 292	636
Innlandet	295	183	10	9	787	365	189	101	1 281	658
Ringerike	275	178	11	10	675	325	107	65	1 068	579
Buskerud	279	175	11	10	722	289	169	101	1 181	575
Blefjell	301	195	9	9	684	343	191	102	1 186	649
Vestfold	283	177	5	5	757	318	229	113	1 275	613
Telemark	330	195	5	5	860	369	266	158	1 460	726
Sørlandet	288	170	4	4	668	306	274	144	1 233	624
Stavanger	258	162	1	1	629	256	111	72	1 000	491
Fonna	293	184	4	4	713	333	217	122	1 228	643
Haukeland	283	166	7	7	669	279	377	190	1 335	642
Førde	311	197	7	6	982	409	123	84	1 423	696
Sunnmøre	301	182	7	7	894	378	8	6	1 210	574
Nordmøre og Romsdal	297	186	10	10	933	410	36	23	1 276	630
St. Olavs Hospital	273	165	7	6	794	301	173	90	1 246	562
Nord-Trøndelag	283	175	10	9	754	350	390	161	1 438	695
Helgeland	328	208	8	7	911	430	133	96	1 379	742
Nordland	301	183	11	10	798	371	230	155	1 340	720
UNN	272	164	10	9	912	365	124	83	1 317	622
Finmark	298	193	14	13	916	434	20	13	1 248	654
Alle HF-områder	281	172	7	7	744	321	243	130	1 275 ²	630 ²
Variasjonskoeff.	0,07	0,08	0,42	0,41	0,15	0,16	0,51	0,46	0,09	0,10

1) De private avtalespesialistenes rapportering av konsultasjoner (konsultasjoner berettiget refusjon fra NAV) til NPR er ikke komplett. Dersom man tar utgangspunkt i størrelsen på avtalehjemlene leverte 56 prosent av det totale antallet avtalespesialister godkjente og komplette data for 2005. Når tall presenteres med utgangspunkt i pasientens bosted er det ikke mulig å estimere aktiviteten for avtalespesialistene som ikke har levert data. Ratetallene er derfor beregnet på grunnlag av de 56 prosentene som har levert godkjente data.

2) Totalratene samsvarer ikke med totalratene presentert i tabell 5.1 ettersom estimerte konsultasjonsrater for private avtalespesialisters aktivitet ble inkludert i totaltallene i regiontabellen, mens kun *innrapporterte* konsultasjoner er inkludert her. Videre ble ikke pasientrater for avtalespesialistene inkludert i totalmaterialet i tabell 5.1.

Tabell 5.4 Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere behandlet ved sykehus, private opptreningsinstitusjoner, offentlige poliklinikker og ved privat avtalepraksis per HF-område i 2008

HF-område	Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere									
	Samlet (dag- og døgn) ¹		Privat opptrenings- institusjon		Poliklinikk off. sykehus ²		Privat avtalepraksis ³		Totalt	
	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Kons.	Pas.	Kons.	Pas.	Opph./ kons.	Pas.
Østfold	302	170	6	5	724	284	438	216	1 469	676
Asker og Bærum	267	153	7	6	689	292	423	222	1 386	673
Hovedstadsområdet	271	155	7	6	698	300	357	198	1 332	659
Innlandet	310	176	10	8	840	358	249	140	1 409	683
Ringerike	352	187	9	8	733	340	319	160	1 412	695
Buskerud	311	178	10	9	747	309	259	136	1 327	631
Blefjell	329	209	10	9	770	374	257	149	1 366	741
Vestfold	306	172	5	5	763	310	369	186	1 443	673
Telemark	361	204	6	5	919	390	261	186	1 547	785
Sørlandet	295	165	4	3	752	301	295	146	1 345	615
Stavanger	249	150	2	1	662	264	122	73	1 035	488
Fonna	298	187	4	4	773	353	155	102	1 231	646
Haukeland	276	162	8	7	658	269	382	219	1 323	657
Førde	307	183	7	6	1 040	404	144	94	1 497	688
Sunnmøre	310	180	7	5	978	395	108	67	1 403	647
Nordmøre og Romsdal	323	191	10	8	1 023	437	177	112	1 533	748
St. Olavs Hospital	286	164	7	6	788	300	210	124	1 291	594
Nord-Trøndelag	313	180	12	10	817	374	459	229	1 601	793
Helgeland	348	205	6	5	1 140	486	143	67	1 637	763
Nordland	320	183	11	10	879	396	217	144	1 427	734
UNN	282	164	9	8	955	380	148	104	1 393	656
Finnmark	313	202	14	13	910	425	122	76	1 359	716
Alle HF-områder	293	170	7	6	779	326	283	158	1 363 ⁴	660 ⁴
Variasjonskoeff.	0,09	0,10	0,41	0,41	0,17	0,18	0,39	0,34	0,09	0,10

1) Opphold ved Oslo kommunale legevakt er ekskludert, siden denne institusjonen kom inn i ISF-ordningen og rapporterte data til NPR for første gang i 2006. Oppholdene er ekskludert for å ivareta hensynet til sammenlignbarhet med tilsvarende tall presentert for 2005. Av samme årsak er også dagrehabiliteringsaktivitet ekskludert (opphold med liggetid = 0 dager i DRG 462B).

2) Konsultasjoner ved Skadeseksjonen ved Ortopedien Ullevål er ekskludert, siden seksjonen rapporterte data til NPR for første gang i 2006. Konsultasjonene er ekskludert for å ivareta hensynet til sammenlignbarhet med tilsvarende tall presentert for 2005. Av samme årsak er også dagrehabiliteringsaktivitet ekskludert (konsultasjoner der pasienten har hoveddiagnose Z509).

3) De private avtalespesialistenes rapportering av konsultasjoner (konsultasjoner berettiget refusjon fra NAV) til NPR er ikke komplett. Dersom man tar utgangspunkt i størrelsen på avtalehjemlene leverte 65 prosent av det totale antallet avtalespesialister godkjente og komplette data for 2008. Når tall presenteres med utgangspunkt i pasientens bosted er det ikke mulig å estimere aktiviteten for avtalespesialistene som ikke har levert data. Ratetallene er derfor beregnet på grunnlag av de 65 prosentene som har levert godkjente data.

4) Totalratene samsvarer ikke med totalratene presentert i tabell 5.2 ettersom *estimerte* konsultasjonsrater ble inkludert i totaltallene i regiontabellen, mens kun *innrapporterte* konsultasjoner er inkludert her. Videre ble ikke pasientrater for avtalespesialistene inkludert i totalmaterialet i tabell 5.2.

På HF-områdenivå er det noe større geografisk variasjon enn på regionnivå. Variasjonskoeffisienten for totalratene ligger i 2005 og 2008 på 0,09-0,10, noe som tilsvarer omtrent ti prosent variasjon rundt den nasjonale raten. Blant HF-områdene utmerker særlig Stavangerområdet seg med å gjennomgående ha svært lave rater. Området har for eksempel den laveste pasientraten for polikliniske konsultasjoner, for oppholds- og pasientrater for dag- og døgnopphold, samt for totalratene i 2008. Også i 2005 har dette området de laveste totalratene for både de oppholds- og pasientbaserte ratene. Vi vil for øvrig komme nærmere tilbake til behovsprofilen i området i kapittel 5.4.

Blant områdene som utmerker seg med svært høye rater finner vi Helgelandsområdet, som hadde den høyeste totalraten for behandlede pasienter i 2005 og den høyeste raten for det totale antallet opphold/konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 2008. I tillegg har området de høyeste ratene for bruk av polikliniske konsultasjoner i 2008. Videre har Telemarksområdet den høyeste oppholdsraten for dag- og døgnopphold både i 2005 og 2008. I 2005 har Telemark HF-område dessuten den høyeste totalraten for opphold/konsultasjoner.

Når vi ser på totalbildet forteller tallene i tabell 5.1-5.4 oss både noe om hvordan sammensetningen av spesialisthelsetjenestene er i de ulike områdene og hvordan den for noen av områdene forandrer seg over tid. I tillegg forteller ratene oss mye om de geografiske forskjellene i landet. Når vi for eksempel ser på den prosentvise differansen mellom området med den høyeste og den laveste totalraten var denne så høy som 46 prosent for de oppholdsbaserte ratene i 2005 og 51 prosent for de pasientbaserte ratene. Disse høye tallene økte imidlertid, til henholdsvis 58 og 63 prosent i 2008. Antallet konsultasjoner/opphold og pasienter som behandles varierer dermed betydelig relativt til innbyggertallet. Det er grunn til å forvente at de geografiske forskjellene i noen grad kan forklares med ulikheter i befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Vi skal nå se nærmere på hvordan nettopp estimert behov relateres til bruken av spesialiserte tjenester.

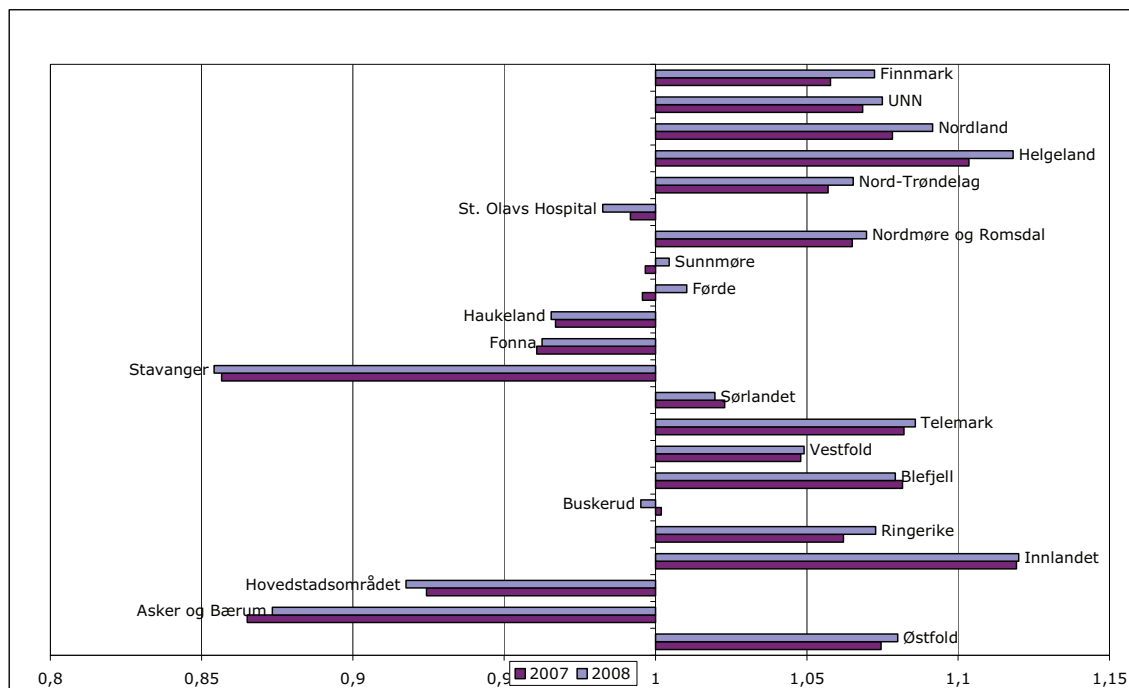
5.4 Behovsindeks for spesialisthelsetjenester og faktisk forbruk i HF-områdene

Ulike behov for spesialisthelsetjenester er en av de viktigste forklaringene på geografiske forskjeller i bruken av spesialisthelsetjenester, og dermed også en svært viktig faktor når man ser på kostnadene til sektoren. I 2008 gjorde Magnussen-utvalget, som var nedsatt for å vurdere inntektsfordelingssystemet mellom RHF-ene, en vurdering av faktorer med betydning for basisfinansieringen av RHF-ene. I den forbindelse ble det lagt en behovsindeks, som bygger på et sett karakteristika ved befolkningen i hver av de norske kommunene. Behovsindeksen som ble presentert i innstillingen fra utvalget er sammensatt av følgende enkeltfaktorer:

- Alderssammensetning (0-5 år, 6-12 år, 13-17 år, 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-66 år, 67-79 år, 80 år og eldre)
- Dødelighet (20 år og eldre)
- Andel sykemeldte
- Andel uføretrygdete (20-66 år)
- Andel med rehabiliteringsytelser (20-66 år)
- Andel uten utdanning utover grunnskole (20-59 år)
- Levekårsindeks (0-19 år)
- Levekårsindeks (67 år og eldre)
- Klima- og breddegradsindeks (0-66 år)²⁸
- Klima- og breddegradsindeks (67 år og eldre)²⁹

²⁸ Variabelen ble av utvalget kun innvektet med 20 prosent av beregnet vekt ettersom variabelen i inntekts-systemsammenheng er ny.

I Kalseth & Middtun (2008) presenterte vi behovsindikatorer for HF-bostedsområdene basert på 2007-tallgrunnlaget som ble benyttet i Magnussen-utvalgets innstilling. I figur 5.1 presenterer vi indeksen fra 2007 sammen med en oppdatert indeks beregnet på tallgrunnlag fra 2008. For mer informasjon om delkomponentene som indeksen består av og fremgangsmåten ved beregning av indeksen, se NOU 2008:2.



Figur 5.1 Behovsindekser per HF-område, 2007 og 2008. Indeksene er basert på vektene presentert i NOU 2008:2. Verdien 1=landsgjennomsnittet

Som det fremgår av figuren er den oppdaterte behovsindeksen noe endret fra indeksen som var basert på tallmaterialet fra 2007. For bostedsområdene i helseregion Nord har utviklingen gått i retning av høyere verdier på indeksen. For bostedsområdene i helseregion Midt-Norge har også verdiene på behovsindeksen økt noe. Unntaket her er St. Olavs Hospital HF-område, der det ser ut til å ha vært en nedgang i det estimerte behovet for spesialisthelsetjenester. I helseregion Vest er endringene i bostedsområdene stort sett moderate, utenom for Førde-området, hvor det har vært en klar økning i indeksen fra 2007. I den sør-østligste regionen utmerker fire av de ti HF-områdene seg med noe endring i verdien på behovsindeksen fra 2007 til 2008: I Ringerike samt Asker og Bærumsområdet øker indeksen noe, mens Hovedstadsområdet og Buskerud har en nedgang.

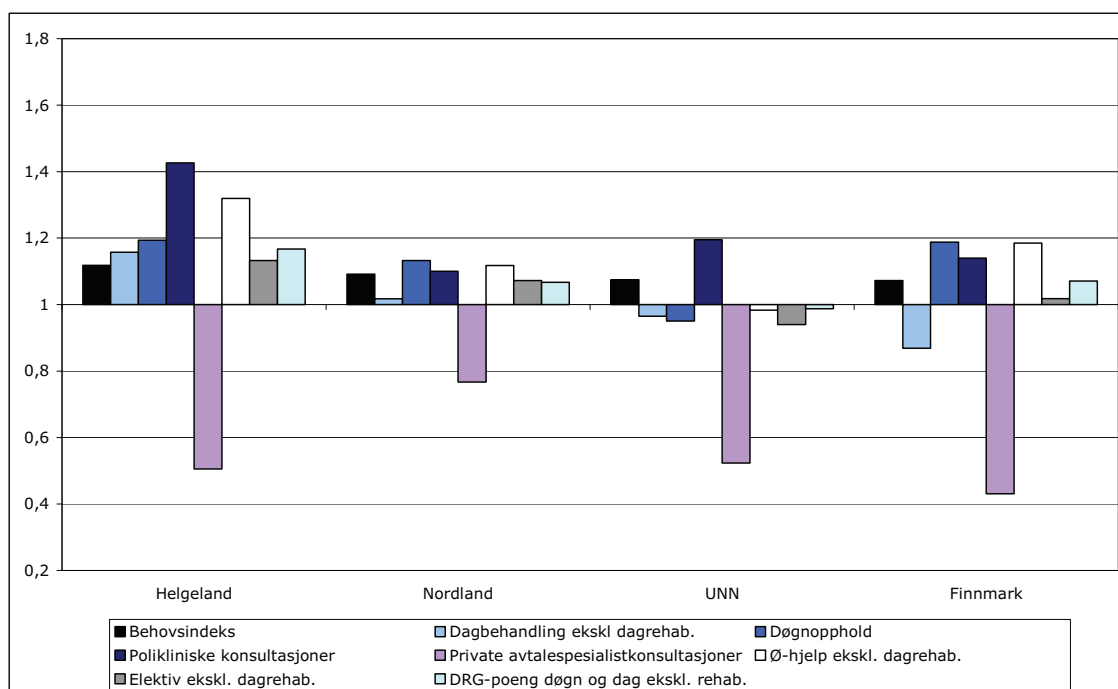
Hvordan harmonerer så den oppdaterte behovsindeksen med det faktiske forbruket av spesialisthelsetjenester i de ulike HF-områdene? Figur 5.2-5.6 viser regionvise oversikter over forbruksrater og behovsindeks relativt til landsgjennomsnittet for de ulike HF-områdene. Forbruksindikatorene som er inkludert er:

- dagbehandlingsrater eksklusive rehabilitering³⁰
- døgnoppholdsrater

²⁹ Variabelen ble av utvalget kun innvektet med 20 prosent av beregnet vekt ettersom variabelen i inntekts-systemsammenheng er ny.

³⁰ Rater har blitt beregnet eksklusive dagrehabiliteringsaktivitet, jf. endringene i utbetalinger knyttet til rehabilitering innenfor ISF-ordningen. Dagrehabilitering er definert som opphold i DRG 462B med liggetid = 0 dager. Se Avregningsutvalget (2007).

- raten for polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus, eksklusive rehabilitering (DRG Z50.9)
- raten for private avtalespesialistkonsultasjoner
- raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser eksklusive dagrehabilitering
- raten for elektive opphold eksklusive dagrehabilitering
- DRG-poeng for døgn- og dagopphold eksklusive dagrehabilitering



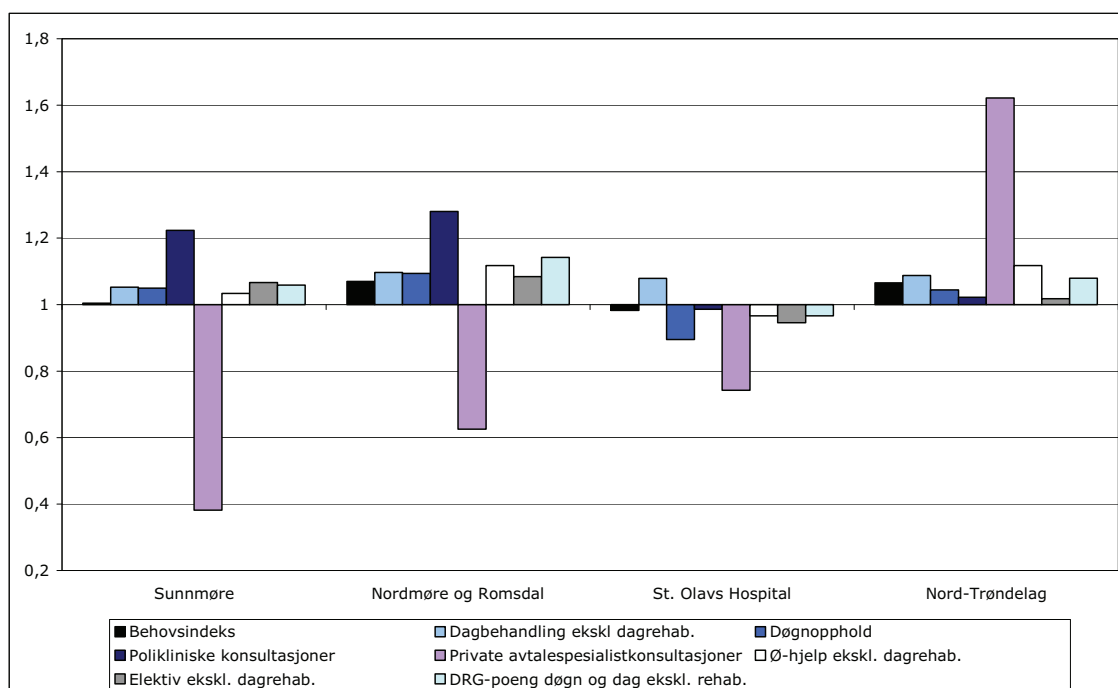
Figur 5.2 Behovs- og forbruksindikatorer¹ for HF-områdene i helseregion Nord, 2008. Verdien 1=landsgjennomsnittet

1) Ratetallene for bruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister er påvirket av mangelfull rapportering. Rapporteringsprosenten er ulik for de ulike regionene. Når tall presenteres med utgangspunkt i pasientens HF-område er det ikke mulig å på en reliabel måte estimere aktiviteten for spesialister som ikke har levert komplette data. Dersom man tar utgangspunkt i størrelsen på avtalehjemlene leverte 65 prosent av det totale antallet avtalespesialister godkjente og komplette data for 2008. I Helse Nord var tilsvarende prosenttall 71.

Et gjennomgående trekk i helseregion Nord er at alle HF-områdene har verdier på behovsindeksen som er høyere enn landsgjennomsnittet. I all hovedsak er også de fleste forbruksindikatorene høyere enn landsgjennomsnittet. Unntaket er ratene for bruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister. Det relativt lave forbruket av private konsultasjoner kompenseres imidlertid i noen grad av en forholdsvis høy bruk av polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus. Et annet hovedtrekk for regionen er at ratene for øyeblikkelig hjelp-innleggelser er markant høyere enn landsgjennomsnittet for alle HF-områdene, med unntak av UNN HF-område. Ratetallene for elektive opphold ligger derimot nokså nær landsgjennomsnittet for samtlige områder. Videre er ratene for dagbehandling betydelig lavere enn landsgjennomsnittet i Finnmarksområdet, mens ratene for døgnopphold er relativt høye.

Når forbruksratene ses i sammenheng med scoren på behovsindeksen utmerker Helgelandsområdet seg med et svært høyt forbruk av polikliniske konsultasjoner. Selv om det er lav bruk av private avtalespesialistkonsultasjoner i området, er likevel raten for

polikliniske konsultasjoner uforholdsmessig høy. Også ratene for dag- og døgnopphold samt øyeblikkelig hjelp-innleggelser er høye sammenlignet med forbruket verdien på behovsindeksen skulle tilsi. I Nordlandsområdet er det svært stor grad av samsvar mellom estimatet behovsindeksen uttrykker og forbruksindikatorerne, mens bruken av polikliniske konsultasjoner relativt til verdien på behovsindeksen er noe høy i UNN HF-område. Samtidig er raten for bruk av private konsultasjoner svært lav i sistnevnte område, og kan dermed være en delforklaring på den noe høye polikliniske konsultasjonsraten. De øvrige forbruksindikatorerne i UNN-området – for dag- og døgnbehandling, DRG-poeng samt for elektive og øyeblikkelig hjelp-innleggelser – er lavere enn hva verdien på behovsindeksen gir grunnlag for å forvente. I Finnmarksområdet er bruken av dagbehandlinger lavere enn forventet, og også den elektive innleggelsesraten er noe lav, mens særlig bruken av døgnopphold og øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus er høyere enn hva scoren på behovsindeksen gir grunnlag til å forvente.

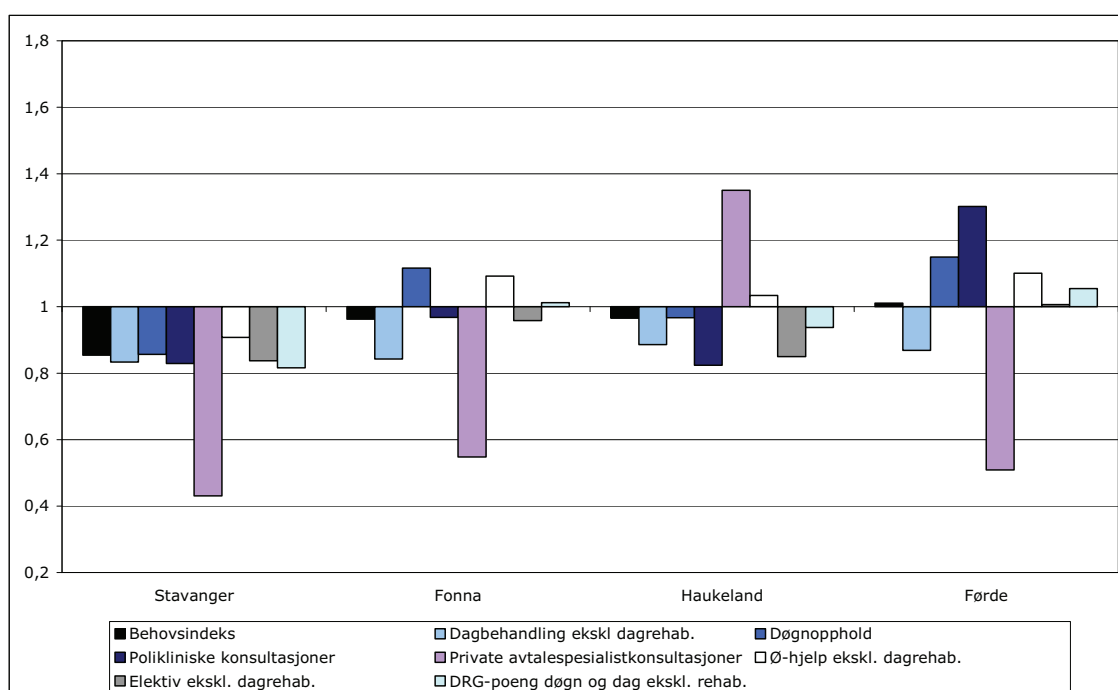


Figur 5.3 Behovs- og forbruksindikatorer¹ for HF-områdene i helseregion Midt-Norge, 2008. Verdien 1=landsgjennomsnittet

1) Ratetallene for bruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister er påvirket av mangelfull rapportering. Rapporteringsprosenten er ulik for de ulike regionene. Når tall presenteres med utgangspunkt i pasientens HF-område er det ikke mulig å på en reliabel måte estimere aktiviteten for spesialister som ikke har levert komplette data. Dersom man tar utgangspunkt i størrelsen på avtalehjemlene leverte 65 prosent av det totale antallet avtalespesialister godkjente og komplette data for 2008. I Helse Midt-Norge var tilsvarende prosenttall 63.

Med unntak av for St. Olavs Hospital HF-område er verdiene på behovsindeksen i helseregion Midt-Norge høyere enn (Nord-Trøndelag og Nordmøre og Romsdal) eller lik (Sunnmøre) landsgjennomsnittet. Stort sett er også både dag- og døgnbehandlingsratene høyere enn landsgjennomsnittet. Unntaket er igjen St. Olavs Hospital HF-område der dagbehandlingsraten er høyere enn landsgjennomsnittet, mens ratene for døgnopphold er lavere. Videre skiller St. Olavs Hospital HF-område seg ut ved at DRG-poeng-raten og innleggelsesratene for både øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling er lavere enn landsgjennomsnittet, mens disse indikatorene indikerer et høyere forbruk enn landsgjennomsnittet i de øvrige HF-områdene i regionen.

Sammenholdt med scoren på behovsindeksen, er bruken av polikliniske konsultasjoner noe høy i både Nordmøre og Romsdal og Sunnmøre-området. Ratene for bruk av private avtale-spesialistkonsultasjoner er derimot svært lave, noe som kan ha betydning for de relativt sett høye konsultasjonsratene ved offentlige poliklinikker. For øvrig må ratene for private avtale-spesialistkonsultasjoner fortolkes med forsiktighet ettersom en tredjedel av spesialistene i Helse Midt-Norge ikke har rapportert data for 2008. Når det gjelder de øvrige indikatorene for Nordmøre og Romsdal er disse stort sett på linje med nivået behovsindeksene estimerer, mens de ligger noe høyt relativt til verdien på behovsindeksen i Sunnmøreområdet. I St. Olavs Hospital HF-område er dagbehandlingsratene noe høye og døgnoppholdsratene noe lave i forhold til verdien på behovsindeksen. For øvrig er indikatorene i nokså god samsvar med indeksen. I Nord-Trøndelagsområdet er bruken av konsultasjoner hos private avtale-spesialister høy sammenlignet med hva scoren på behovsindeksen skulle tilsi. Raten for konsultasjoner ved offentlige poliklinikker er imidlertid forholdsvis lav. Dette veier i noen grad opp for den forholdsvis høye private konsultasjonsraten. Mens raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser er relativt høy, er raten for elektive innleggelser lavere. Også her er det dermed et komplementært forhold mellom de to indikatorene.



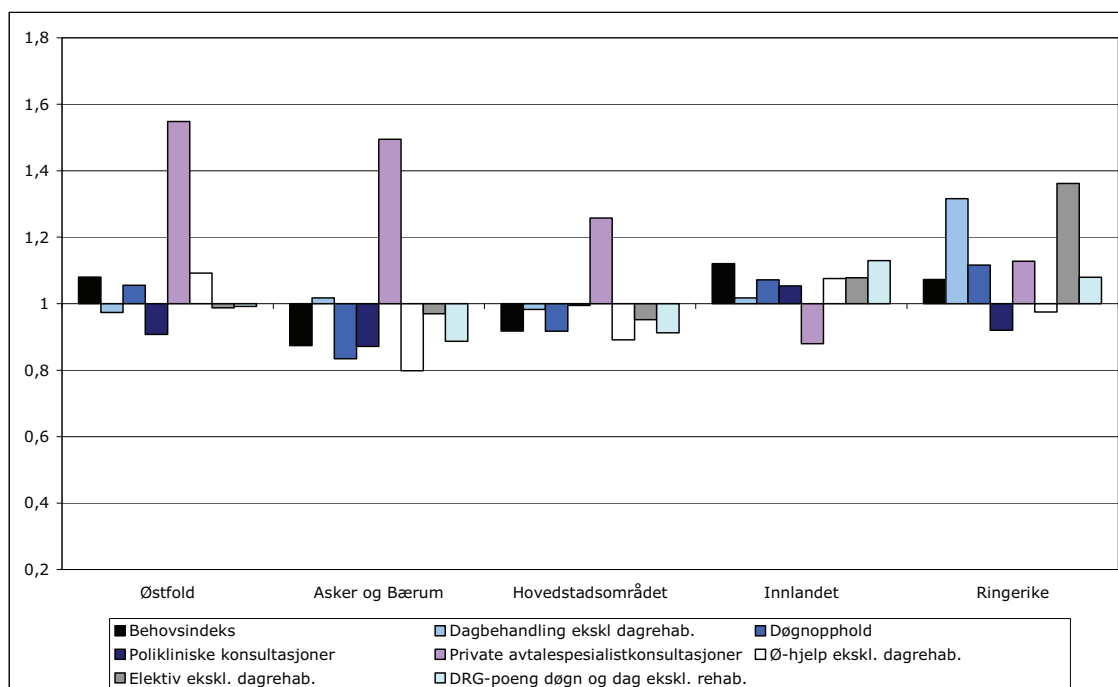
Figur 5.4 Behovs- og forbruksindikatorer¹ for HF-områdene i helseregion Vest, 2008. Verdien 1=landsgjennomsnittet

1) Ratetallene for bruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister er påvirket av mangelfull rapportering. Rapporteringsprosenten er ulik for de ulike regionene. Når tall presenteres med utgangspunkt i pasientens HF-område er det ikke mulig å på en reliabel måte estimere aktiviteten for spesialister som ikke har levert komplette data. Dersom man tar utgangspunkt i størrelsen på avtalehjemlene leverte 65 prosent av det totale antallet avtalespesialister godkjente og komplette data for 2008. I Helse Vest var tilsvarende prosenttall 64.

Med unntak av Førde HF-område har alle de øvrige områdene i helseregion Vest verdier på behovsindeksen som er under landsgjennomsnittet. I Stavanger HF-område er både scoren på behovsindeksen og samtlige forbruksindekser klart lavere enn landsgjennomsnittet. I Fonna- og Haukelandsområdet er verdien på behovsindeksen og de fleste forbruksindikatorer lavere enn landsgjennomsnittet. I Fonnaområdet ligger imidlertid ratene for døgnopphold, øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus og DRG-poeng alle noe høyere enn landsgjennomsnittet. I Haukelandsområdet er også øyeblikkelig hjelp-innleggelsesraten høyere enn landsgjennomsnittet. Enda mer påfallende er raten for bruk av private avtalespesialistkonsultasjoner i dette området, som er klart høyere enn gjennomsnittet for landet. Førde HF-

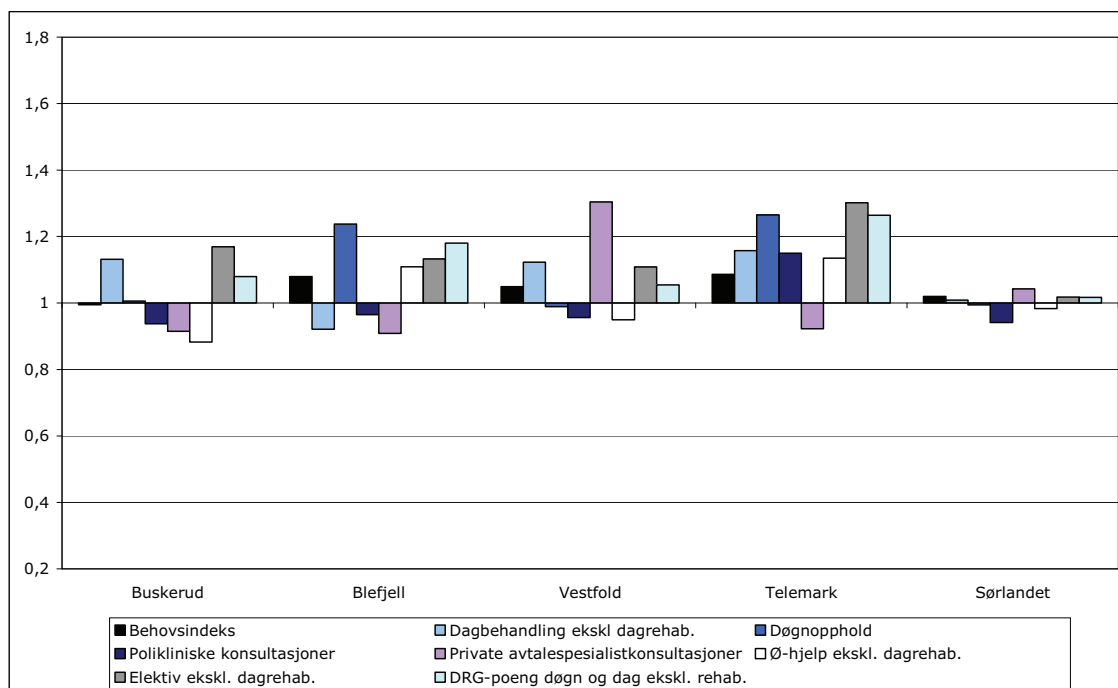
området har en kombinasjon av relativt lavt forbruk av dagbehandlinger og høyt forbruk av døgnopphold. Pasientene legges med andre ord noe oftere inn på sykehus her enn i landet forøvrig. Tilsvarende har Førdeområdet et relativt høyt forbruk av polikliniske konsultasjoner, men en forholdsvis lav bruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister. Forskjellene i forbruksratene for slike konsultasjoner mellom for eksempel Haukelands- og Førdeområdet, kan betraktes som et resultat av lokaliseringsmønsteret til avtalespesialistene. Størstedelen av praksisene er lokalisert i bynære strøk, og pasientpopulasjonen kommer i stor grad fra samme eller nærliggende områder.

Når man sammenholder verdien på behovsindeksen og forbruksratene er det stor grad av samsvar i Stavangerområdet. Dersom man ser bort fra ratene for private avtalespesialistkonsultasjoner, som uansett må ses i sammenheng med de polikliniske konsultasjonsratene og fortolkes med varsomhet på grunn av mangelfull rapportering, er det også stor grad av sammenfall mellom scorene på behovsindeksen og forbruksindikatorene i Fonna- og Haukelandsområdet. I førstnevnte område er imidlertid bruken av døgnopphold og øyeblikkelig hjelp-innleggelser noe høyere enn verdien på behovsindeksen skulle tilsi. Også i Haukelandsområdet er raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser noe høy. Denne raten bør imidlertid ses i sammenheng med raten for elektive opphold, som relativt sett er noe lav.



Figur 5.5 Behovs- og forbruksindikatorer¹ for HF-områdene i helseregion Sør-Øst, 2008. Verdien 1=landsgjennomsnittet

1) Ratetallene for bruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister er påvirket av mangelfull rapportering. Rapporteringsprosenten er ulik for de ulike regionene. Når tall presenteres med utgangspunkt i pasientens HF-område er det ikke mulig å på en reliabel måte estimere aktiviteten for spesialister som ikke har levert komplette data. Dersom man tar utgangspunkt i størrelsen på avtalehjemlene leverte 65 prosent av det totale antallet avtalespesialister godkjente og komplette data for 2008. I Helse Sør-Øst var tilsvarende prosenttall også 65.



Figur 5.6 Behovs- og forbruksindikatorer¹ for HF-områdene i helseregion Sør-Øst, 2008. Verdien 1=landsgjennomsnittet

1) Ratetallene for bruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister er påvirket av mangelfull rapportering. Rapporteringsprosenten er ulik for de ulike regionene. Når tall presenteres med utgangspunkt i pasientens HF-område er det ikke mulig å på en reliabel måte estimere aktiviteten for spesialister som ikke har levert komplette data. Dersom man tar utgangspunkt i størrelsen på avtalehjemlene leverte 65 prosent av det totale antallet avtalespesialister godkjente og komplette data for 2008. I Helse Sør-Øst var tilsvarende prosenttall også 65.

Blant de ti HF-områdene i helseregion Sør-Øst har Asker og Bærum, Hovedstadsområdet og Buskerud lavere verdier på behovsindeksen enn landsgjennomsnittet. Halvparten av områdene har rater for private avtalespesialistkonsultasjoner som er høyere enn landsgjennomsnittet. Spesielt høye er ratene i Østfold, Asker og Bærum, Hovedstadsområdet og Vestfold. Selv om rapporteringsprosenten blant avtalespesialistene er beskjedne 65 i helseregion Sør-Øst, gjenspeiler også her forbruksmønsteret til en stor grad lokaliseringmønsteret til praksisene. For øvrig er det også andre områder som skiller seg spesielt ut: Ringerike HF-område har, relativt til landsgjennomsnittet, svært høye dagbehandlingsrater og rater for elektiv behandling. Telemark HF-område har også særlig høye rater for elektiv behandling, for døgnopphold og for DRG-poeng. Ratene for dagbehandling og polikliniske konsultasjoner i dette området er også relativt høye. I Blefjellområdet er forholdet mellom dag- og døgnbehandlingsratene spesielt interessante. Det relativt lave forbruket av dagbehandlinger ser nemlig ut til å bli "oppveid" av forholdsvis høye rater for døgnbehandlinger. Videre ligger raten for DRG-poeng svært høyt sammenlignet med hva verdien på behovsindeksen skulle tilsi.

For de fleste av HF-områdene i regionen ser det ut til å være forholdsvis godt samsvar mellom verdien på behovsindeksen og forbruksindikatorene, som for eksempel i Sørlandet HF-område, Asker og Bærumsområdet, Hovedstadsområdet og Innlandet HF-område. I andre områder er derimot forbruket, sammenlignet med scoren på behovsindeksen, relativt høyt. Dette er blant annet tilfelle i Ringerike-, Telemark- og Blefjell HF-område. I enkelte andre områder er forbruksmønsteret i større grad preget av "komplementære" trekk. I Østfoldområdet ser for eksempel dag- og døgnbehandlingsrater, poliklinikk- og avtalespesialistater samt øyeblikkelig hjelp- og elektive rater ut til å "veie opp" for hverandre.

5.5 Geografiske forskjeller i bruken av spesialisthelsetjenester i et utvalg pasientgrupper

Eldre pasienter utgjør på mange måter en svært sårbar gruppe. Ofte enn for andre aldersgrupper har pasientene kompliserte sykdomsbilder med flere diagnoser og sammensatte, komplekse lidelser. Helsetjenestene de eldre mottar vil også kunne variere mellom å hovedsakelig bestå av kommunal oppfølging eller først og fremst bestå av et spesialisthelsetjenestetilbud ved en eller flere spesialistinstitusjoner. I tillegg fins naturligvis kombinasjoner av oppfølging fra både kommunal- og spesialisthelsetjeneste. I tillegg vil tjenestene pasientene mottar kunne variere avhengig av hvor de bor. Det er sistnevnte forhold vi vil belyse nærmere her.

I denne delen vil vi gi en deskriptiv fremstilling av bruken av spesialisthelsetjenester for et utvalg av pasientgrupper, som i særlig grad omfatter eldre pasienter. Det sentrale spørsmålet vi stiller er hvorvidt det er geografiske forskjeller i bruken av spesialisthelsetjenester (dag- og døgnopphold) innen de utvalgte gruppene.

Innenfor SAMDATA-prosjektet har det også tidligere blitt gjort mange analyser av bruken av spesialisthelsetjenester for utvalgte pasientgrupper, med fokus på geografiske forskjeller (se for eksempel Huseby & Kalseth, 2001 og Midttun, 2003). I tillegg til å kartlegge forskjeller mellom de ulike HF-områdene i 2008, vil vi derfor også gjøre sammenligninger tilbake i tid for å se nærmere på om forbruksmønstrene først og fremst har vært stabile, eller om utviklingen har vært preget av endringer for de ulike pasientgruppene.

I kapittel 6 vil vi gå videre med å analysere modeller der vi tar sikte på å gå dypere inn i sannsynlige forklaringer på slike geografiske forskjeller.

Vi vil se nærmere på de seks gruppene presentert i tabell 5.5.

Tabell 5.5 Utvalgte pasientgrupper og uttrekksbeskrivelse

Pasientgruppe	Uttreksbeskrivelse
Hjernerarsykdom	Hoveddiagnose I60-I69
Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	Hoved- eller bidiagnose J41-J44. Ved bidiagnose J41-J44 må hoveddiagnose være i ICD10-kapittel X "Sykdommer i åndedrettssystemet"
Lårhalsbrudd	Hoveddiagnose S72
Innsetting av kunstig hofteldd ¹	Prosedyrekode NFB eller NFC, der pasienten ikke har hoved- eller bidiagnose lårhalsbrudd (S72)
Iskemisk hjertesykdom	Hoveddiagnose I20-I25
Artroser og inflammatorisk leddlidelse ¹	Hoveddiagnose M05-M19

1) Det er overlapp mellom de to gruppene innsetting av kunstig hofteldd og artroser/inflammatoriske leddlidelser. Omtrent 80 prosent av pasientene som får innsatt nytt hofteldd har hoveddiagnose M05-M19, og omtrent 20 prosent av oppholdene for pasienter med artroser får dermed satt inn nytt hofteldd. Ikke desto mindre er det interessant å betrakte disse gruppene separat ettersom hver av gruppene også omfatter andre pasienter.

Som nevnt innledningsvis, er alle disse sykdomsgruppene mest vanlig blant eldre pasienter. Nedenfor følger en kort beskrivelse av hver av pasientgruppene.

Hjernerarsykdom:

Denne pasientgruppen består av pasienter som har hoveddiagnose hjerneblødning, hjerneinfarkt, hjerne slag, innsnevring av arterier i hjernen eller ulike følgetilstander etter hjernearsykdom (ICD10, 2009). Pasientene har ofte tilstopping av en eller flere blodårer i hjernen, noe som gir plutselige lammelser (Folkehelseinstituttet, 2009). Åreforkalkninger eller blodpropper kan forårsake tilstoppingen. Når blodforsyningen til deler av hjernen

opphører, begynner hjernevev å dø. Behandlingen ved hjernekar sykdom består derfor hovedsakelig i å fjerne årsaken til forstoppingen samt å redde hjernevev.

KOLS:

Pasientgruppen består av personer som har kronisk bronkitt, emfysem eller annen kronisk obstruksjon i lungene og luftveiene (ICD10, 2009). Også pasienter med slik sykdom som bidiagnose og annen sykdom i åndedrettssystemet som hoveddiagnose inngår i pasientgruppen vi ser på. Ved KOLS er luftveiene trangere enn normalt på grunn av inflammatoriske hevelser og økt slimproduksjon, noe som forhindrer fri utpust fra lungene. De fleste KOLS-pasienter har i større eller mindre grad emfysem. Dette betyr at lungeblærene er skadet og er færre i antall enn normalt. Dermed er det totale arealet for å ta opp oksygen minsket. Hoste og hyppig tilbakevendende lungebetennelser er andre tegn på sykdommen. Innleggelse av pasienter med KOLS-sykdom ved sykehus er som oftest forårsaket av akutte forverringer.

Lårhalsbrudd:

Pasienter i denne gruppen har enten brudd i lårben eller lårhals. Årsaken til særlig fraktur i lårhals er ofte fall blant eldre med såkalte "skjøre ben". Vanlig behandling er operasjon med margnagling av bruddet. Det er relativt høy frekvens av komplikasjoner i denne gruppen.

Innsetting av kunstig hoftledd:

Denne gruppen består av pasienter som får innsatt hoftleddsprotese. I vårt utvalg har vi ikke inkludert pasienter som samtidig har brudd i lårben eller lårhals. Ved innsetting av kunstig hoftledd erstattes enten kun leddhode eller leddskål, men begge deler kan også erstattes samtidig. Årsaken til innsetting av nytt ledd er ofte smerter forårsaket av artroser eller ulike typer leddgikt. De fleste pasienter har behov for noe opptrening etter inngrepet.

Iskemisk hjertesykdom:

Pasientgruppen består av personer med hoveddiagnose angina pectoris, hjerteinfarkt, følgetilstander og komplikasjoner etter hjerteinfarkt eller kroniske eller andre iskemiske hjertesykdommer (for eksempel aterosklerotisk hjerte-karsykdom eller hjerte-aneurisme) (ICD10, 2009). Iskemisk hjertesykdom består blant annet i innsnevring eller delvis blokkering av blodårene til hjertet. Smerte i forbindelse med dette diagnostiseres som angina pectoris (Folkehelseinstituttet, 2009). Dersom blodårene til hjertet går helt tett på grunn av avleiringer eller blodpropp, oppstår det et hjerteinfarkt. Ved hjerteinfarkt kan større eller mindre deler av hjertemuskelen dø. Begynnende hjerteinfarkt behandles med proppløsende legemidler, mens trange og tette blodårer kan blokkes ut ved perkutan coronar intervensjon (PCI) eller bypassoperasjon (Ibid).

Artroser og inflammatoriske leddlidelser:

I denne gruppen har pasientene diagnoser knyttet til reumatoid artritt eller annen type artritt, leddlidelser med utspring i psoriasis eller inflammatorisk tarmsykdom, urinsyregikt, ulike typer leddlidelser, polyartroser, kneledds- og hoftleddsartroser samt andre typer artroser.

Ved slitasjegikt (artroser) blir leddet gradvis ødelagt. Leddet blir etter hvert vondt, stivt og vanskelig å bevege. Det er særlig hofter og knær hos eldre personer som rammes av slik gikt (jf. pasienter som får innsatt kunstig hoftledd har ofte artroser). Vanlig behandling når sykdommen er kommet langt er vurdering av utskifting av hele eller deler av leddet med protese. De fleste pasienter har behov for noe opptrening etter inngrepet.

Dersom man tar utgangspunkt i det samlede antall dag- og døgnopphold ved norske sykehus i 2003 og 2008 (polikliniske konsultasjoner holdes utenfor), er aldersfordelingen for de seks pasientgruppene slik:

Tabell 5.6 Antall sykehusopphold (dag- og døgnopphold) for hjernekar sykdom, KOLS, lårhalsbrudd, innsetting av kunstig hofteldd, iskemisk hjertesykdom og artroser og inflammatorisk leddlidelse fordelt på aldersgrupper, 2003 og 2008

Pasientgruppe	Pasientens alder 0-49 år		Pasientens alder 50-66 år		Pasientens alder 67-79 år		Pasientens alder 80 år og eldre		Totalt	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Hjernekar sykdom	1 408	1 649	3 691	4 733	5 390	6 164	6 060	7 244	16 549	19 790
KOLS	821	727	5 061	5 932	8 264	8 641	4 739	5 856	18 885	21 156
Lårhalsbrudd	788	737	1 081	1 234	2 970	2 737	6 948	7 143	11 787	11 851
Innsetting av kunstig hofteldd	403	429	2 302	2 650	3 907	3 412	1 921	1 520	8 533	8 011
Iskemisk hjertesykdom	4 520	4 321	18 371	19 320	17 743	16 144	10 944	10 864	51 578	50 649
Artroser og inflammatorisk leddlidelse	5 676	5 769	10 210	11 595	8 697	8 527	3 147	3 113	27 730	29 004

Disse pasientgruppene utgjør et relativt stort volum – omtrent 15 prosent av det totale antallet dag- og døgnopphold og 23 prosent av døgnoppholdene blant pasienter som er 50 år og eldre i 2008. Dermed benyttes en stor del av helseforetakenes økonomiske og personellmessige ressurser til å gi tjenester til nettopp disse pasientene. Vi vil se nærmere på bruken av spesialisthelsetjenester for disse gruppene i kapittel 5.6-5.8.

5.6 Opphold og pasienter med hjernekar sykdom, KOLS, lårhalsbrudd, innsetting av kunstig hofteldd, iskemisk hjertesykdom og artroser/ inflammatoriske leddlidelse, 2003 og 2008

I tabell 5.7-5.12 ser vi nærmere på oppholds- og pasientrater for de utvalgte pasientgruppene. Ratene presenteres per helseregion og per HF-område for 2003 og 2008. Pasientrater er beregnet for pasienter som har hatt dag- eller døgnopphold innen samme helseforetak og kalenderår (jf. kapittel 5.2).

Tabell 5.7 Oppholds- og pasientrater per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for hjernekar sykdom og KOLS per bostedsregion, 2003 og 2008

Pasientens bostedsregion	Hjernekar sykdom				KOLS			
	2003		2008		2003		2008	
	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient
Sør-Øst	193	142	256	134	228	121	248	119
Vest	164	122	148	101	199	102	212	104
Midt-Norge	190	137	189	140	200	98	229	109
Nord	213	156	174	129	199	107	218	111
Alle bostedsområder	189	139	217	128	215	113	235	114
Variasjonskoeffisient ¹	0,11	0,10	0,21	0,13	0,07	0,09	0,07	0,06

1) Variasjonskoeffisienten beregnes ved å dividere standardavviket for HF-områdenes indikatorer (rater) på totalraten for samtlige HF-områder.

Tabell 5.8 Oppholds- og pasientrater per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for hjernekar sykdom og KOLS per HF-område, 2003 og 2008

HF-område	Hjernekar sykdom				KOLS			
	2003		2008		2003		2008	
	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient
Østfold	187	153	156	112	224	116	223	107
Asker og Bærum	176	135	227	164	137	73	136	65
Hovedstadsområdet	204	147	437	139	239	124	262	122
Innlandet	206	149	204	145	203	115	246	123
Ringerike	178	133	206	159	190	112	229	122
Buskerud	175	120	156	115	222	118	229	118
Blefjell	194	148	194	145	218	120	260	134
Vestfold	164	125	166	123	269	158	302	138
Telemark	192	137	188	125	277	124	289	136
Sørlandet	193	133	172	120	258	129	242	121
Stavanger	139	103	114	87	201	100	202	102
Fonna	176	124	156	116	167	90	242	117
Haukeland	150	115	164	101	223	112	230	111
Førde	238	177	155	109	164	95	131	68
Sunnmøre	175	127	170	124	195	90	206	101
Nordmøre og Romsdal	207	149	185	138	196	104	225	125
St. Olavs Hospital	187	133	188	140	202	97	224	98
Nord-Trøndelag	196	143	214	156	205	99	264	123
Helgeland	212	156	174	134	213	108	224	112
Nordland	197	135	158	120	204	111	214	115
UNN	240	182	186	133	187	100	193	92
Finmark	179	134	174	127	205	116	287	149
Alle bostedsområder	189	139	217	128	215	113	235	114
Variasjonskoeffisient	0,13	0,13	0,28	0,15	0,15	0,15	0,18	0,18

Som vi ser av tabell 5.7 og 5.8 er det en økning på nasjonalt nivå i oppholdsratene for *hjernekar sykdom*. Dette skyldes utelukkende en økning i raten for helseregion Sør-Øst. De øvrige regionene har nedgang i sine rater. Med unntak av helseregion Midt-Norge går pasientratene ned. Totalt sett ser det dermed ut til å være en økning i det gjennomsnittlige antallet opphold per pasient. Videre ser vi at forskjellene mellom regionene øker, både når vi ser på pasientbaserte og oppholdsbaserte rater. På HF-områdenivå øker forskjellene mellom områdene i oppholdsrate betydelig (variasjonskoeffisienten øker fra 0,13 i 2003 til 0,28 i 2008). Variasjonen i pasientratene øker også, men ikke like markant.

For pasientgruppen med *KOLS* er forskjellene mellom regionene i oppholdsrate stabil fra 2003 til 2008. Når man ser på pasientbaserte rater blir variasjonen mellom regionene faktisk mindre. For øvrig øker både oppholds- og pasientratene for denne gruppen fra 2003 til 2008. Spesielt markant er økningen i oppholdsratene, samt for pasientratene i helseregion Midt-Norge. En høyere økning i de oppholdsbaserte ratene enn i ratene per pasient kan fortolkes som at *KOLS*-pasienter som er 67 år og eldre i gjennomsnitt har flere opphold per person i 2008 enn i 2003.

Når man ser på de geografiske forskjellene mellom HF-områdene, så øker forskjellene fra 2003 til 2008 både for oppholdsratene og pasientratene.

Tabell 5.9 Oppholds- og pasientrater per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for lårhalsbrudd og innsetting av kunstig hofteledd per bostedsregion, 2003 og 2008

Pasientens bostedsregion	Lårhalsbrudd				Innsetting av kunstig hofteledd			
	2003		2008		2003		2008	
	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient
Sør-Øst	174	137	164	126	95	75	82	63
Vest	153	119	156	127	98	74	78	61
Midt-Norge	157	122	156	118	103	81	84	66
Nord	139	104	147	113	96	72	69	51
Alle bostedsområder	164	128	160	124	97	75	80	62
Variasjonskoeffisient	0,09	0,11	0,04	0,05	0,04	0,05	0,09	0,11

Tabell 5.10 Oppholds- og pasientrater per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for lårhalsbrudd og innsetting av kunstig hoftedeled per HF-område, 2003 og 2008

HF-område	Lårhalsbrudd				Innsetting av kunstig hoftedeled			
	2003		2008		2003		2008	
	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient
Østfold	222	181	154	122	92	68	73	58
Asker og Bærum	140	109	156	119	105	81	99	73
Hovedstadsområdet	181	145	188	145	96	76	76	64
Innlandet	163	127	161	122	93	74	83	66
Ringerike	157	111	187	137	101	83	77	61
Buskerud	155	118	146	108	88	71	82	66
Blefjell	175	127	187	147	100	78	93	73
Vestfold	172	140	141	111	89	68	90	58
Telemark	172	135	176	139	89	71	68	39
Sørlandet	157	119	126	96	97	80	90	70
Stavanger	144	107	137	111	107	83	79	64
Fonna	165	128	155	122	95	76	71	57
Haukeland	153	124	175	146	95	75	75	58
Førde	155	119	136	104	97	54	94	67
Sunnmøre	158	126	165	121	106	88	81	65
Nordmøre og Romsdal	159	125	160	121	105	81	80	68
St. Olavs Hospital	163	125	162	122	100	78	81	62
Nord-Trøndelag	145	108	130	103	103	79	97	72
Helgeland	143	118	126	101	135	102	74	63
Nordland	143	102	156	117	99	77	67	52
UNN	129	97	147	117	84	57	68	43
Finmark	150	104	158	110	68	61	63	52
Alle bostedsområder	164	128	160	124	97	75	80	62
Variasjonskoeffisient	0,11	0,14	0,12	0,12	0,13	0,14	0,13	0,14

For pasienter med *lårhalsbrudd* har det på regionalt nivå vært en nedgang i både oppholds- og pasientbaserte rater i helseregion Sør-Øst, helseregion Midt-Norge og på nasjonalt nivå. I region Vest og Nord er det derimot en økning både i de pasient- og oppholdsbaserte ratene. Dette er for øvrig også de to regionene som hadde de laveste ratene i 2003. Dermed ser vi at forskjellene mellom regionene avtar. Også når vi går et hakk ned og ser på HF-områdene, blir de geografiske forskjellene mindre når man tar utgangspunkt i pasientratene.

Blant eldre pasienter som får innsatt *hofteprotese* har både de oppholds- og pasientbaserte ratene gått ned fra 2003 til 2008. En mulig forklaring på dette kan være den enorme aktivitetsveksten som fulgte umiddelbart etter innføringen av Helsereformen i 2002. I den forbindelse ble det gjort en stor innsats for å gi et behandlingstilbud til pasienter som hadde stått lenge på venteliste. I denne gruppen befant det seg blant annet pasienter som ventet

på nytt hofteldd. Samtidig som ratene for opphold for denne pasientgruppen går ned både regionalt og nasjonalt fra 2003 til 2008, øker forskjellene mellom regionene. For HF-områdene er variasjonskoeffisientene stabile, og det er derfor verken større eller mindre forskjeller mellom disse områdene i 2008 enn i 2003.

Tabell 5.11 Oppholds- og pasientrater per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for iskemisk hjertesykdom og artroser og inflammatoriske leddlidelser per bostedsregion, 2003 og 2008

Pasientens bostedsregion	Iskemisk hjertesykdom				Artroser og inflammatorisk leddlidelse			
	2003		2008		2003		2008	
	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient
Sør-Øst	465	305	447	294	199	152	190	142
Vest	418	280	387	264	195	145	191	143
Midt-Norge	442	286	389	260	196	150	197	159
Nord	681	384	538	337	186	145	167	125
Alle bostedsområder	474	305	436	287	196	150	189	143
Variasjonskoeffisient	0,26	0,16	0,16	0,12	0,03	0,02	0,07	0,10

Tabell 5.12 Oppholds- og pasientrater per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for iskemisk hjertesykdom og artroser og inflammatoriske leddlidelser per HF-område, 2003 og 2008

HF-område	Iskemisk hjertesykdom				Artroser og inflammatorisk leddlidelse			
	2003		2008		2003		2008	
	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient	Opphold	Pasient
Østfold	502	339	488	314	213	155	172	126
Asker og Bærum	374	264	392	261	214	173	202	164
Hovedstadsområdet	424	277	433	282	186	150	183	138
Innlandet	510	322	477	313	177	140	163	124
Ringerike	338	230	478	320	180	157	188	148
Buskerud	526	323	474	307	229	175	249	190
Blefjell	565	382	599	401	254	175	246	184
Vestfold	423	282	421	276	183	131	222	152
Telemark	527	359	536	359	245	167	248	174
Sørlandet	483	311	320	216	208	154	160	124
Stavanger	410	284	320	225	169	132	171	129
Fonna	508	333	569	394	211	156	196	152
Haukeland	354	232	325	211	207	152	202	152
Førde	505	346	462	326	187	132	193	133
Sunnmøre	434	291	451	296	205	149	172	139
Nordmøre og Romsdal	461	309	398	281	229	181	170	145
St. Olavs Hospital	438	269	372	242	180	139	225	177
Nord-Trøndelag	446	297	351	238	187	144	196	155
Helgeland	738	393	488	321	215	170	155	128
Nordland	623	402	546	356	187	149	170	136
UNN	675	350	488	293	178	132	175	123
Finmark	752	415	736	442	169	136	154	104
Alle bostedsområder	474	305	436	287	196	150	189	143
Variasjonskoeffisient	0,24	0,17	0,23	0,21	0,12	0,11	0,16	0,15

I likhet med for pasienter som fikk innsatt kunstig hofteladd, har det også for pasienter med *iskemisk hjertesykdom* vært en nedgang i både de oppholdsbaserte og pasientbaserte ratene fra 2003 til 2008. Nedgangen er tydelig i samtlige regioner. Det fins flere mulige forklaringer på den tydelige nedgangen. Et alternativ kan være at insidensen for denne typen sykdom er fallende i den norske befolkningen. Et annet alternativ er at behandlingsmetodene har blitt mer effektive enn tidligere, og at dette bidrar til færre innleggelser. Et tredje alternativ er en mer datateknisk forklaring. Etter hvert som sykehusstrukturen har blitt endret slik at stadig flere sykehus har blitt organisert i stadig større helseforetak, rapporteres opphold som tidligere ville blitt regnet som flere opphold der pasienten ble overført mellom forskjellige sykehus nå som ett enkelt sykehusopphold. Hvilke forklaringsalternativer som er mest relevante og sannsynlige må imidlertid utredes videre. Selv om forskjellene mellom regionene, og mellom HF-områdene i oppholdsreter, er mindre i 2008 enn i 2003, er fortsatt

variasjonskoeffisientene for oppholdsratene for denne pasientgruppen blant de aller høyeste for gruppene som analyseres her. For eksempel har Finnmarksområdet rater på over 700 opphold og 400 pasienter per 10 000 innbyggere både i 2003 og 2008, mens området med de laveste oppholds- og pasientratene (Ringerikeområdet i 2003 og henholdsvis Sørlandsområdet og Haukelandsområdet i 2008) har omtrent 300 opphold og 200 pasienter per 10 000 innbyggere.

Utviklingen for pasientgruppen med *artroser og inflammatoriske leddlidelser* er svært lik utviklingen for pasienter som fikk innsatt kunstig hofteldd. Dette er ikke overraskende ettersom det er et visst overlapp mellom de to gruppene. Omtrent 80 prosent av pasientene som får innsatt nytt hofteldd har hoveddiagnose artroser og omtrent 20 prosent av oppholdene for pasienter med artroser får dermed satt inn nytt hofteldd. For pasienter med artroser og inflammatoriske leddlidelser er det for samtlige regioner unntatt helseregion Midt-Norge en nedgang både i de pasientbaserte og oppholdsbaserte ratene fra 2003 til 2008. Fra 2003 til 2008 ser dessuten variasjonen mellom regionene ut til å øke markant. Den samme tendensen ser vi for HF-områdene, der variasjonskoeffisienten for oppholdsratene øker fra 0,12 til 0,16 og tilsvarende koeffisient for pasientratene øker fra 0,11 til 0,15. Dermed har det blitt større geografiske forskjeller i både antallet eldre pasienter med denne typen leddlidelser som mottar spesialisthelsetjeneste (standardisert for innbyggertall) og antallet opphold hver av pasientene i gjennomsnitt mottar.

5.7 Øyeblikkelig hjelp-innleggelser for hjernekar sykdom, KOLS, lårhalsbrudd, innsetting av kunstig hofteldd, iskemisk hjertesykdom og artroser/inflammatoriske leddlidelser, 2003 og 2008

Basert på de geografiske forskjellene vi observerte i tabell 5.7-5.12 er det interessant å se nærmere på om det også er forskjeller i innleggelsespraksis (øyeblikkelig hjelp-innleggelser versus planlagte opphold) I tabell 5.13-5.18 ser vi nærmere på dette, samt hvordan utviklingen er over tid.

Tabell 5.13 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for øyeblikkelig hjelp-innleggelser, samt andel av innleggelser som er øyeblikkelig hjelp for hjernekar sykdom og KOLS per bostedsregion, 2003 og 2008

Pasientens bostedsregion	Hjernekar sykdom				KOLS			
	2003		2008		2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel
Sør-Øst	175	90,8	170	66,6	202	88,8	219	88,3
Vest	151	92,3	126	85,4	190	95,5	194	91,9
Midt-Norge	181	95,3	179	94,7	188	93,6	216	94,3
Nord	192	89,9	158	90,7	179	90,2	199	91,2
Alle bostedsområder	173	91,6	162	74,7	195	90,8	212	90,1
Variasjonskoeffisient	0,10	0,03	0,14	0,17	0,05	0,03	0,06	0,03

Tabell 5.14 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for øyeblikkelig hjelp-innleggelse, samt andel av innleggelse som er øyeblikkelig hjelp for hjernekar sykdom og KOLS per HF-område, 2003 og 2008

HF-område	Hjernekar sykdom				KOLS			
	2003		2008		2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel
Østfold	146	78,1	144	92,3	195	87,2	212	95,1
Asker og Bærum	151	85,8	170	74,7	122	89,2	127	92,9
Hovedstadsområdet	186	91,1	184	42,2	210	87,6	222	84,6
Innlandet	196	95,1	191	93,6	177	87,4	217	88,3
Ringerike	164	92,0	188	91,2	172	90,5	190	83,3
Buskerud	164	94,1	145	92,6	207	93,0	209	91,2
Blefjell	177	91,4	165	85,1	178	81,8	228	87,8
Vestfold	155	94,2	149	89,6	248	92,2	270	89,5
Telemark	164	85,6	149	79,4	244	88,2	232	80,4
Sørlandet	183	95,0	163	94,5	239	92,6	230	94,9
Stavanger	121	87,4	109	95,9	186	92,9	188	92,8
Fonna	161	91,4	139	89,4	160	95,6	224	92,4
Haukeland	143	95,3	125	76,6	217	97,5	210	91,3
Førde	222	93,4	144	92,7	153	93,1	119	90,4
Sunnmøre	159	90,8	158	92,6	180	92,3	189	91,7
Nordmøre og Romsdal	198	95,7	176	95,2	171	87,7	198	88,0
St. Olavs Hospital	181	96,6	179	94,9	194	96,3	219	98,0
Nord-Trøndelag	189	96,0	205	95,7	195	95,2	251	95,0
Helgeland	194	91,5	169	97,0	191	89,9	205	91,4
Nordland	177	89,8	143	90,5	180	88,5	195	91,0
UNN	210	87,7	167	90,0	177	94,6	185	96,1
Finmark	171	95,4	147	84,5	171	83,4	239	83,2
Alle bostedsområder	173	91,6	162	74,7	195	90,8	212	90,1
Variasjonskoeffisient	0,14	0,05	0,14	0,16	0,15	0,04	0,16	0,05

Det er en tydelig tendens til at det er færre eldre pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp for *hjernekar sykdom* i 2008 enn i 2003. På landsbasis går oppholdsraten ned med over seks prosent fra 173 opphold per 10 000 innbyggere i 2003 til 162 i 2008. Andelen av oppholdene som er øyeblikkelig hjelp-innleggelse reduseres i samme periode fra 92 til 75 prosent. De regionale forskjellene blir dessuten større, noe som særlig er tydelig for andelen av oppholdene som er øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Mens samtlige regioner hadde øyeblikkelig hjelp-andeler på rundt 90 prosent i 2003, har kun helseregion Midt-Norge og Nord over 90 prosent øyeblikkelig hjelp for denne pasientgruppen i 2008. Det er særlig i helseregion Sør-Øst at øyeblikkelig hjelp-andelen går betydelig ned, til 2/3 av oppholdene i 2008. På HF-områdenivå øker også forskjellene mellom områdene i andelen av oppholdene som er øyeblikkelig hjelp. Variasjonen i ratene for øyeblikkelig hjelp-innleggelse forholder seg imidlertid nokså stabil.

Ratene for øyeblikkelig hjelp-innleggelser for *KOLS-pasienter* øker noe fra 2003 til 2008. Dette er tilfelle både på nasjonalt nivå og for samtlige helseregioner. Samtidig er andelen opphold for KOLS-pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp svært stabil mellom 2003 og 2008, og er på rundt 90 prosent i samtlige regioner begge år. Også mellom HF-områdene er utviklingen i stor grad stabil.

Tabell 5.15 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for øyeblikkelig hjelp-innleggelser samt andel av innleggelser som er øyeblikkelig hjelp for lårhalsbrudd og innsetting av kunstig hofteledd per bostedsregion, 2003 og 2008

Pasientens bostedsregion	Lårhalsbrudd				Innsetting av kunstig hofteledd			
	2003		2008		2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel
Sør-Øst	164	94,2	159	96,8	8	8,6	6	7,8
Vest	150	97,6	153	98,0	9	9,0	6	8,2
Midt-Norge	152	96,8	154	98,8	9	8,5	8	9,1
Nord	132	94,8	144	97,7	5	5,0	4	5,3
Alle bostedsområder	156	95,3	155	97,4	8	8,3	6	7,9
Variasjonskoeffisient	0,08	0,02	0,04	0,01	0,24	0,23	0,27	0,21

Tabell 5.16 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for øyeblikkelig hjelp-innleggelser, samt andel av innleggelser som er øyeblikkelig hjelp for lårhalsbrudd og innsetting av kunstig hofteledd per HF-område, 2003 og 2008

HF-område	Lårhalsbrudd				Innsetting av kunstig hofteledd			
	2003		2008		2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel
Østfold	175	78,8	153	98,8	6	6,3	8	10,6
Asker og Bærum	134	96,0	154	98,8	8	7,8	8	8,3
Hovedstadsområdet	176	97,0	180	95,7	12	13,0	6	8,0
Innlandet	159	97,4	159	98,7	8	8,4	6	7,5
Ringerike	152	97,0	173	92,8	9	8,5	2	2,5
Buskerud	152	98,3	143	98,3	10	11,0	5	6,7
Blefjell	167	95,3	160	85,6	12	12,5	8	9,0
Vestfold	169	98,5	140	99,3	4	4,8	7	8,0
Telemark	158	92,0	168	95,4	2	2,6	2	3,4
Sørlandet	150	95,3	124	98,6	3	2,7	7	7,9
Stavanger	141	98,0	133	97,3	10	9,1	6	8,2
Fonna	159	96,1	148	95,7	8	8,2	4	5,0
Haukeland	151	98,5	174	99,5	9	9,5	8	11,1
Førde	150	96,7	132	96,8	8	8,4	4	4,7
Sunnmøre	150	95,4	164	99,0	7	6,8	5	6,8
Nordmøre og Romsdal	154	97,0	156	97,4	5	5,1	10	12,4
St. Olavs Hospital	160	97,7	161	99,3	10	10,3	6	7,6
Nord-Trøndelag	139	95,7	129	98,8	10	10,2	10	10,5
Helgeland	136	95,6	126	100,0	7	5,3	5	7,1
Nordland	140	97,7	155	99,7	5	5,5	2	3,2
UNN	123	94,9	143	97,7	4	4,8	3	3,7
Finmark	132	88,3	145	91,5	1	1,7	8	12,5
Alle bostedsområder	156	95,3	155	97,4	8	8,3	6	7,9
Variasjonskoeffisient	0,09	0,05	0,10	0,03	0,39	0,38	0,39	0,37

For øyeblikkelig hjelp-innleggelse for pasienter eldre enn 67 år med *lårhalsbrudd* er det en økning i oppholdsratene i samtlige regioner med unntak av helseregion Sør-Øst. Når det gjelder andelen av det totale antallet innleggelse som er øyeblikkelig hjelp, ligger naturligvis dette tallet høyt – mellom 94 og 99 prosent – i samtlige regioner. Utviklingstrenden for HF-områdene er også i stor grad preget av stabilitet. Et noe påfallende funn er imidlertid at Østfoldområdet i 2003, av uvisse grunn, hadde en øyeblikkelig hjelp-andel for denne pasientgruppen på i underkant av 80 prosent (kun 635 av 806 opphold var øyeblikkelig hjelp-innleggelse). I 2008 er imidlertid andelen i området på linje med de øvrige områdene, og på godt over 80 prosent.

Som forventet er øyeblikkelig hjelp-oppholdsrate for eldre pasienter som får innsatt *hofteprotese* stort sett lav, og de fleste sykehusopphold for denne gruppen er planlagte innleggelse fra venteliste. Ikke desto mindre er det interessant å observere at ratene for øyeblikkelig hjelp-innleggelse for denne gruppen faktisk varierer marginalt fra fire og fem opphold per 10 000 innbyggere i helseregion Nord i henholdsvis 2008 og 2003, mot tilsvarende ni opphold per 10 000 innbyggere i helseregion Vest og Midt-Norge i 2003 og åtte opphold per 10 000 innbyggere i region Midt-Norge i 2008. På HF-områdenivå ser vi videre at variasjonskoeffisientene er svært høye både for ratene og andelen. Øyeblikkelig hjelp-andelen varierer for eksempel fra rundt 2 til 13 prosent av innleggelsene. Variasjonskoeffisientene er imidlertid stabile over tid.

Tabell 5.17 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for øyeblikkelig hjelp-innleggelse, samt andel av innleggelse som er øyeblikkelig hjelp for iskemisk hjertesykdom og artroser og inflammatoriske leddlidelse per bostedsregion, 2003 og 2008

Pasientens bostedsregion	Iskemisk hjertesykdom				Artroser og inflammatorisk leddlidelse			
	2003		2008		2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel
Sør-Øst	325	69,9	303	67,6	18	9,1	19	10,0
Vest	353	84,5	291	75,2	22	11,4	30	15,5
Midt-Norge	354	80,1	328	84,4	22	11,3	30	15,0
Nord	394	57,8	351	65,2	20	11,0	22	12,9
Alle bostedsområder	341	72,0	309	70,8	20	10,0	23	12,2
Variasjonskoeffisient	0,08	0,16	0,09	0,12	0,10	0,11	0,24	0,21

Tabell 5.18 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for øyeblikkelig hjelp-innleggelse, samt andel av innleggelse som er øyeblikkelig hjelp for iskemisk hjertesykdom og artroser og inflammatoriske leddlidelse per HF-område, 2003 og 2008

HF-område	Iskemisk hjertesykdom				Artroser og inflammatorisk leddlidelse			
	2003		2008		2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel
Østfold	341	67,9	326	66,7	8	3,9	16	9,4
Asker og Bærum	216	57,9	259	66,0	18	8,6	13	6,5
Hovedstadsområdet	318	74,9	314	72,5	20	10,6	25	13,8
Innlandet	375	73,6	324	68,0	18	10,1	15	9,3
Ringerike	252	74,7	341	71,2	19	10,5	21	11,2
Buskerud	346	65,7	289	60,9	20	8,7	20	7,8
Blefjell	353	62,6	366	61,1	24	9,6	20	8,2
Vestfold	284	67,1	270	64,0	15	8,2	13	5,8
Telemark	311	59,1	348	64,9	16	6,6	18	7,5
Sørlandet	341	70,5	210	65,8	23	11,3	21	12,8
Stavanger	351	85,6	221	69,2	16	9,4	19	11,4
Fonna	426	83,8	416	73,2	21	10,0	19	9,8
Haukeland	311	88,0	260	80,1	27	12,9	39	19,4
Førde	385	76,2	352	76,1	22	11,8	36	18,6
Sunnmøre	359	82,8	378	83,8	17	8,4	20	11,9
Nordmøre og Romsdal	362	78,6	347	87,2	22	9,5	30	17,6
St. Olavs Hospital	352	80,5	312	83,9	23	12,6	31	14,0
Nord-Trøndelag	348	78,0	292	83,4	26	13,7	35	18,0
Helgeland	410	55,6	354	72,6	25	11,7	16	10,2
Nordland	400	64,2	386	70,8	15	8,2	29	17,0
UNN	378	56,0	308	63,0	20	11,2	17	9,9
Finmark	398	53,0	396	53,8	28	16,7	25	16,1
Alle bostedsområder	341	72,0	309	70,8	20	10,0	23	12,2
Variasjonskoeffisient	0,15	0,15	0,18	0,12	0,23	0,26	0,33	0,34

Det samme bildet som vi så for totalratene for *iskemisk hjertesykdom* (se tabell 5.11) er også gjeldende når vi ser på øyeblikkelig hjelp-innleggelse; ratene går fra 2003 til 2008 ned i samtlige helseregioner og på landsbasis. Andelen av innleggelsene som er øyeblikkelig hjelp går dessuten ned i tre av fire helseregioner. Det er kun i helseregion Nord at den øker noe. Forskjellene mellom regionene i andelen av innleggelsene som er øyeblikkelig hjelp er i tillegg mindre i 2008 enn i 2003. For ratene er de geografiske forskjellene mellom HF-områdene noe større i 2008 enn i 2003, mens forskjellene blir mindre når man ser på andelen av oppholdene som er øyeblikkelig hjelp. HF-området med den høyeste øyeblikkelig hjelp-andelen i 2008 er Nordmøre og Romsdal med 87 prosent. Lavest andel har Finnmarksområdet med kun 54 prosent. Både i 2003 og 2008 har Fonnaområdet den klart høyeste raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelse med 416 opphold per 10 000 innbyggere i

2008 og 426 opphold per 10 000 opphold i 2003. Lavest i 2003 er Asker og Bærumsområdet med 216 opphold per 10 000 innbyggere, mens Sørlandsområdet har den laveste raten fem år senere med 210 opphold per 10 000 innbyggere.

For *artroser og inflammatoriske leddlidelser* varierte regionenes rater fra 18-19 opphold per 10 000 innbyggere i helseregion Sør-Øst til 30 opphold per 10 000 innbyggere i helseregion Vest og Midt-Norge i 2008. Andelen av oppholdene som er øyeblikkelig hjelp-innleggelse spenner for denne pasientgruppen fra 10 til 15 prosent. Siden en relativt liten andel av oppholdene er øyeblikkelig hjelp-innleggelse, vil variasjonsmålene til en stor grad kun reflektere variasjoner mellom andeler som likevel alle er svært lave. Det er derfor av liten substansiell interesse å studere variasjonskoeffisientene for denne pasientgruppen inngående.

5.8 Kirurgisk behandling av pasienter med lårhalsbrudd, iskemisk hjertesykdom og artroser/inflammatoriske leddlidelser, 2003 og 2008

Vi vil nå se nærmere på bruken av spesialisthelsetjenester for pasienter med lårhalsbrudd, iskemisk hjertesykdom og artroser og inflammatorisk leddlidelser. I tabell 5.19-5.22 presenterer vi rater for kirurgiske opphold samt en oversikt over andelen opphold der det gjøres et kirurgisk inngrep (målt som hvorvidt oppholdet kategoriseres i en kirurgisk DRG eller ikke). Gitt at pasientpopulasjonene i utgangspunktet kan forventes å være nokså homogene uavhengig av pasientens bosted, vil store forskjeller mellom HF-områdene kunne tolkes som tegn på ulikheter i sykkelighet/forekomst, variasjoner i tilbudet ved behandlingsinstitusjonene i områdene (men da ikke for lårhalsbrudd og en del av de iskemiske hjertesykdommene) eller et uttrykk for tekniske/administrative forhold ved rapporteringen av aktivitet ved sykehusene (for eksempel størrelsen på rapporteringsenhetene i de ulike geografiske områdene).

Tabell 5.19 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for opphold med kirurgisk DRG, samt andel av innleggelse der det utføres kirurgisk inngrep for lårhalsbrudd per bostedsregion, 2003 og 2008

Pasientens bostedsregion	Lårhalsbrudd			
	2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel
Sør-Øst	148	85,4	146	88,8
Vest	140	91,3	134	86,3
Midt-Norge	144	91,6	143	91,7
Nord	128	92,1	135	91,6
Alle bostedsområder	144	87,9	142	89,0
Variasjonskoeffisient	0,06	0,04	0,04	0,03

Tabell 5.20 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for opphold med kirurgisk DRG, samt andel av innleggelser der det utføres kirurgisk inngrep for lårhalsbrudd per HF-område, 2003 og 2008

HF-område	Lårhalsbrudd			
	2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel
Østfold	154	69,7	146	94,5
Asker og Bærum	129	92,7	138	88,5
Hovedstadsområdet	154	85,1	158	83,8
Innlandet	144	88,3	149	92,3
Ringerike	137	87,3	149	80,0
Buskerud	152	98,3	137	93,7
Blefjell	152	86,6	145	77,8
Vestfold	158	92,4	136	96,4
Telemark	144	83,6	160	91,1
Sørlandet	138	87,9	117	93,2
Stavanger	132	91,9	125	91,9
Fonna	146	88,4	126	81,5
Haukeland	144	93,9	145	83,1
Førde	134	86,6	130	94,9
Sunnmøre	147	93,3	150	90,7
Nordmøre og Romsdal	146	91,9	145	90,5
St. Olavs Hospital	148	90,5	148	91,5
Nord-Trøndelag	133	92,1	123	94,5
Helgeland	129	90,6	113	90,2
Nordland	133	93,2	147	94,5
UNN	122	94,5	136	92,8
Finmark	129	85,9	133	84,4
Alle bostedsområder	144	87,9	142	87,5
Variasjonskoeffisient	0,07	0,06	0,09	0,06

Som forventet blir en svært høy andel av pasientene med *brukket lårben* behandlet kirurgisk. Andelen varierer mellom 85 og 92 prosent i henholdsvis helseregion Sør-Øst og Nord i 2003 og mellom 86 og 92 prosent i helseregion Vest og Midt-Norge i 2008. De regionale forskjellene i rater og andeler er dermed marginalt mindre i 2008 enn i 2003. For HF-områdene er de geografiske forskjellene i andelene av oppholdene som behandles kirurgisk preget av stabilitet fra 2003 til 2008. De geografiske forskjellene i ratene øker imidlertid litt i samme periode.

Tabell 5.21 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for opphold med kirurgisk DRG, samt andel av innleggelser der det utføres kirurgisk inngrep for iskemisk hjertesykdom og artroser og inflammatoriske leddlidelser per bostedsregion, 2003 og 2008

Pasientens bostedsregion	Iskemisk hjertesykdom				Artroser og inflammatorisk leddlidelse			
	2003		2008		2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel
Sør-Øst	91	19,7	108	24,0	136	68,4	130	68,4
Vest	96	23,0	99	25,7	124	63,6	122	63,7
Midt-Norge	77	17,4	89	22,8	141	72,3	146	74,1
Nord	158	23,1	136	25,2	131	70,5	105	62,7
Alle bostedsområder	97	20,4	106	24,3	134	68,2	128	67,8
Variasjonskoeffisient	0,37	0,14	0,19	0,05	0,05	0,05	0,14	0,08

Tabell 5.22 Oppholdsrate per 10 000 innbyggere 67 år og eldre for opphold med kirurgisk DRG, samt andel av innleggelser der det utføres kirurgisk inngrep for iskemisk hjertesykdom og artroser og inflammatoriske leddlidelser per HF-område, 2003 og 2008

HF-område	Iskemisk hjertesykdom				Artroser og inflammatorisk leddlidelse			
	2003		2008		2003		2008	
	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel	Rate	Andel
Østfold	120	24,0	133	41,0	129	60,6	120	69,7
Asker og Bærum	71	19,1	84	32,5	164	76,5	160	79,6
Hovedstadsområdet	87	20,5	102	32,3	144	77,2	123	67,6
Innlandet	99	19,5	116	35,8	124	70,2	124	76,1
Ringerike	49	14,6	96	28,1	129	71,6	122	65,3
Buskerud	88	16,6	110	38,1	138	60,3	154	61,6
Blefjell	113	20,0	134	36,5	139	54,6	150	61,1
Vestfold	62	14,6	88	32,6	116	63,3	144	64,9
Telemark	128	24,2	119	34,2	131	53,5	126	50,8
Sørlandet	84	17,4	100	47,6	146	70,0	121	75,8
Stavanger	110	26,7	113	51,0	129	76,2	111	65,1
Fonna	81	16,0	105	25,1	137	64,8	117	59,6
Haukeland	83	23,4	87	33,3	112	54,1	121	59,7
Førde	131	25,8	105	29,9	134	71,4	155	80,1
Sunnmøre	56	12,8	79	21,0	142	69,4	128	74,4
Nordmøre og Romsdal	69	14,9	76	22,0	164	71,8	121	71,0
St. Olavs Hospital	94	21,5	100	32,0	133	74,3	171	76,2
Nord-Trøndelag	72	16,3	87	29,6	136	72,6	141	71,9
Helgeland	157	21,3	104	29,3	155	72,4	104	67,0
Nordland	132	21,2	123	31,9	134	72,0	106	62,3
UNN	179	26,5	143	46,4	119	66,9	109	62,4
Finmark	159	21,2	190	47,9	122	72,2	90	58,4
Alle bostedsområder	97	20,4	106	34,3	134	68,2	128	67,8
Variasjonskoeffisient	0,37	0,20	0,24	0,24	0,10	0,11	0,16	0,11

De regionale ratene for kirurgiske opphold for *iskemisk hjertesykdom* øker fra 2003 til 2008 for samtlige helseregioner, med unntak av i helseregion Nord, der raten i utgangspunktet er høyest. Andelen av oppholdene som er kategorisert i en kirurgisk DRG ligger rundt 25 prosent i samtlige regioner, og økte fra 2003 til 2008. Dette skjer parallelt med at totaloppholdsratene for denne pasientgruppen avtar (se tabell 5.18). Videre viser utviklingen at de regionale forskjellene avtar i samme periode. Mellom HF-områdene går også de geografiske forskjellene i ratene ned. Forskjellene i kirurgiandelen øker imidlertid litt. Blant de enkelte HF-områdene ser vi at Stavangerområdet har den høyeste kirurgiandelen i 2008 med 51 prosent, mens Sunnmøre HF-område ligger lavest med 21 prosent. For de kirurgiske oppholdsratene har Nordmøre og Romsdal den laveste raten i landet samme år (76 opphold per 1 000 innbyggere), mens Finnmark rangerer høyest med 190 opphold per 1 000 innbyggere.

Ratene for kirurgiske opphold for pasienter med *artroser og inflammatoriske leddlidelser* går fra 2003 til 2008 ned for samtlige regioner med unntak av for helseregion Midt-Norge. Samtidig øker de regionale forskjellene nokså markant. Variasjonskoeffisienten øker fra fem prosent variasjon rundt den nasjonale raten i 2003 til 14 prosent i 2008. Også de regionale forskjellene i andelen av pasientene som behandles kirurgisk øker. Dette skyldes særlig at helseregion Midt-Norge, som i 2003 hadde den høyeste andelen, er den regionen som har den sterkeste veksten i kirurgiandelen til 2008. Mellom HF-områdene er de geografiske forskjellene i andelen av oppholdene som er kirurgiske stabile. Forskjellene i ratene øker derimot.