SAMDATA

Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007

Stein Østerlund Petersen
(Red.)

SINTEF Helse
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 3/08

ISBN 978-82-14-04510-9
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

2 Utviklingen i somatisk spesialisthelsetjeneste, 2002–2007

Jorid Kalseth

2.1 Innledning

Perioden etter statlig overtakelse av eierskap og ansvar for spesialisthelsetjenester i 2002 har vært preget av sterk vekst i aktivitet og ressursinnsats. Veksten var særlig sterk de første årene etter reformen, og dette ga synlige resultater gjennom reduserte ventelister og redusert ventetid til behandling. Lang ventetid var spesielt fremhevet som et problem i begrunnelsen for sykehusreformen (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Korridorpasienter var et annet problem som ble sterkt fokusert.

Utjevning av geografiske ulikheter i tilbud var også en av begrunnelsene for sykehusreformen. Tilbudsskjevheter trenger ikke bare å ha med inntektsfordeling å gjøre. Dårlig ressursutnyttelse og mangelfull samordning av tjenester ble fremhevet som et problem under fylkeskommunalt eierskap.

Utviklingen i årene etter sykehusreformen har vært ulik både mellom helseforetakene og over tid for de ulike helseforetakene. Vi skal i dette kapittelet se på utviklingen i den somatiske spesialisthelsetjenesten i årene 2002 til 2007, med et spesielt fokus på utviklingen siste år. Vi ser både på utviklingen på nasjonalt og regionalt nivå. Helseregionene er av svært ulik størrelse og preger den nasjonale utviklingen i ulik grad. Nasjonale utviklingstrekk dekker over forskjeller mellom regionene, og er i stor grad påvirket av Helse Sør-Øst[2] som utgjør over halvparten av befolkningen. Vi har derfor i stor grad et regionalt perspektiv i beskrivelsen av utviklingstrekk.

Vi har to hovedsiktemål med kapitlet. Det første hovedsiktemålet er å beskrive utviklingen med spesielt fokus på om utviklingen har gått i ønsket retning med hensyn til aktivitet, ressursbruk, ventetid og kvalitet. Det andre hovedsiktemålet er å undersøke tilbudsforskjeller mellom helseforetakene. Hvor store er ulikhetene, på hvilke områder eller for hvilke pasientgrupper er det størst forskjeller og blir forskjellene større eller mindre?

Utgangspunktet for beskrivelsen av utviklingen er sentrale helsepolitiske målsettinger om tilgjengelighet og effektiv ressursutnyttelse. Analyse av effektivitetsutvikling behandles i et eget kapittel i rapporten (kapittel 4). I dette kapitlet presenteres tall for aktivitet og ressursbruk, som sammenstilt gir en pekepinn på utvikling i ressursutnyttelsen. Vi vil også se på utvikling i aktivitetssammensetning og forbruk av tjenester for ulike pasientgrupper og aldersgrupper.

Kapitlet gir i hovedsak en deskriptiv analyse av utviklingen basert på utvalgte indikatorer for ressursbruk, aktivitet, tilgjengelighet og kvalitet. I noen grad vil utviklingen i ulike

[2] Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen til ett regionalt helseforetak fra 1. juni 2007. I alle fremstillinger her presenteres de to regionene samlet som Helse Sør-Øst for alle årene i perioden 2002-2007. Forskjeller mellom Helse Sør og Helse Øst i årene 2002-2006 er vist i tidligere SAMDATA-rapporter.

indikatorer ses i sammenheng. I analysene av utviklingstrekk på nasjonalt nivå presenteres absolutte tall for nivå og endringstall basert på disse.

I analysene på helseregionnivå tar vi utgangspunkt i de regionale helseforetakenes "sørge-for"-ansvar. Det vil si at vi, med noen unntak, ser på forskjeller i nivå og utvikling i tilbudet til pasientene det enkelte regionale helseforetaket har ansvar å skaffe spesialisthelse-tjenester til, uavhengig av hvor pasienten er behandlet. Utgangspunktet for regioninn-delingen er altså pasientens bostedsregion og ikke produsentenes (foretakenes) regiontil-hørighet.

Indikatorene for aktivitet og ressursinnsats på regionnivå er beregnet i forhold til innbyggertallet i regionene. Det gjør for det første at vi kan foreta nivåsammenligninger mellom regionene. For det andre har det vært til dels svært ulik utvikling i folketallet i regionene i perioden. Mens Helse Vest har hatt en vekst i folketallet på 5,1 prosent i perioden 2002-2007, har folketallet i Helse Nord vært tilnærmet uendret (-0,1 prosent). Folketallet økte med 4,7 prosent i Helse Sør-Øst og tre prosent i Helse Midt-Norge. Dette betyr at for at tilbudet til befolkningen skal være uendret må aktiviteten ha økt med fem prosent i Helse Vest, mens aktiviteten kan være uendret i Helse Nord. Endringstallene som presenteres tar altså hensyn til ulik befolkningsvekst i regionene.

Personelltallene er basert på hvilken region heleforetakene eies av eller har driftsavtale med. Tallene for helseregionene er likevel regnet i forhold til innbyggertall. Dette kan i noen grad være misvisende dersom omfanget av gjestepasienter er forskjellig i regionene. Mindre enn fem prosent av oppholdene er imidlertid behandlet ved private sykehus eller i andre regioner enn bostedsregionene (Petersen, 2008).

Analysene av kvalitet er basert på foretaksperspektivet.

Kapittel 2.3 viser nivå og utvikling i aktivitet, kostnader, årsverk, sengetall og gjennomsnittlig liggetid, samt endring i pasientstrømmer. I kapittel 2.4 ser vi nærmere på regionale forskjeller i nivå og utvikling for ulike pasientgrupper og aldersgrupper. Kapittel 2.5 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling, totalt og for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. Kapitlet viser også utviklingen i median ventetid for utvalgte kreftoperasjoner fra 2006 til 2007. Kapittel 2.6 ser på utviklingen i tre kvalitetsindikatorer som det er satt styringskrav til i Oppdragsdokumentene fra staten til de regionale helseforetakene; epikrisetid, korridorpasienter og andel strykninger av planlagte operasjoner. Datamaterialet som er brukt i analysene er omtalt i kapittel 2.2. Kapittel 2.7 viser tallgrunnlaget for analysene som presenteres i dette kapitlet.

Hovedresultatene fra kapitlet er oppsummert nedenfor.

Hovedresultater:

- Svakere vekst i aktivitet og kostnader i 2007 for landet som helhet, sammenlignet med tidligere år
- Betydelige regionale forskjeller i vekst og nivå i aktivitet og kostnader
- Helse Sør-Øst hadde høyest kostnadsvekst og Helse Midt-Norge hadde lavest kostnadsvekst siste år – begge hadde høyest aktivitetsvekst
- Ulik utvikling for personellgruppene, mellom år og regioner – legeårsverkene øker mest
- Fortsatt omlegging til dagbehandling og nedgang i senger og liggetid
- Mindre bruk av eget helseforetak relativt sett fra 2002 til 2007, men økning siste år. Nedgang i bruken av private sykehus
- Små regionale forskjeller i de totale forbruksratene for ulike aldergrupper i 2007, men ulik utvikling det siste året
- Høyest forbruksrater for elektiv virksomhet i Helse Sør-Øst og Helse Nord, høyest rater for ø-hjelp i Helse Midt-Norge og Helse Nord i 2007
- Helse Vest hadde lavest forbruksrater for både elektiv behandling og ø-hjelpsopphold, med unntak av dagkirurgi, i 2007
- Stor økning både i elektiv dagkirurgi og medisinsk dagbehandling i Midt-Norge og stor nedgang i elektiv døgnbehandling i Helse Nord siste år
- Det observeres store regionale forskjeller i forbruksratene for dagbehandling for de eldste i 2007
- Reduksjon i ventetid fra 2002, økning siste år for dagbehandling
- Store regionale forskjeller i andelen med rett til nødvendig helsehjelp
- Ingen reduksjon i ventetid for døgnpasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra 2002 til 2007, men nedgang siste år – økning siste år for de uten rett
- Høy ventetid for dagbehandling i Helse Midt-Norge og økning i ventetid også for rettighetspasienter siste år
- Ikke reduksjon i ventetid til poliklinisk behandling for rettighetspasienter i perioden 2002-2007, og økning siste år
- Økning i ventetid for operasjon for prostatakreft i alle regionene fra 2006 til 2007
- Økning i andel epikriser sendt innen sju dager fra 2004 til 2007, men fortsatt mange helseforetak med lav andel
- Fortsatt mange korridorpasienter ved helseforetakene i 2007
- Kun et fåtall helseforetak innfrir kravet om mindre enn fem prosent strykninger i operasjonsprogrammet i 2007

2.2 Data

Beskrivelse av utviklingstrekk er i stor grad basert på data og indikatorer som er tilrettelagt i SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 (Midttun (red), 2008a).

Beskrivelsen av utviklingstrekk er basert på data fra Norsk pasientregister (Npr) for opphold på offentlig sykehus og private sykehus med driftsavtale, opphold ved private sykehus og som finansieres av det offentlige, polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus og

sykehus med driftsavtale med et regionalt helseforetak (RHF) og konsultasjoner hos private avtalespesialister, samt opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner (opptrenings-institusjoner og helsesportssentra). Data for konsultasjoner for private avtalespesialister er ikke komplette. Her er totaltallene estimert som beskrevet i Vedlegg SV4 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

I beregning av utviklingstall for perioden 2002 til 2007 er det korrigert for at Oslo legevakt ble inkludert i data for DRG-aktiviteten fra og med 2006. I beregning av utviklingstall for poliklinisk behandling fra 2006 til 2007 er det korrigert for at skadepoliklinikken ved Ullevål Universitetssykehus HF ble inkludert i data for polikliniske konsultasjoner fra og med 2007.

Aktiviteten for pasienter som har vært innlagt ved sykehus i perioden beskrives ved antall DRG-poeng for døgn- og dagopphold. Antall DRG-poeng gir uttrykk for et veid antall opphold der beregnede kostnadsvekter i DRG-systemet brukes som vekt. DRG-poeng som aktivitetsmål fanger bedre opp forskjeller i pasientsammensetning enn antall opphold. Ressurskrevende behandlinger teller mye og enklere behandlinger teller lite i antall DRG-poeng. De telles likt når antall opphold legges til grunn. Vi benytter ISF-vektene for å beregne DRG-poeng. Vi vil her spesielt påpeke at beregning av nye kostnadsvekter betyr at vekstsettet endres fra år til år. Og dette kan gi store utslag for enkelte pasientgrupper. Fra 2006 til 2007 gjelder dette spesielt endring i forholdet mellom vektene for dagbehandling og døgnbehandling. Økte dagvekter for dialyse og kjemoterapi, samt endring i regelen om avkorting av 0-dagsopphold for kirurgisk behandling trekker i retning av bedre uttelling for dagopphold i 2007 enn i 2006. Endringer i vektsettet kalibreres slik at det gir samme antall DRG-poeng for alle oppholdene for landet samlet[3]. Økt uttelling for dagopphold innebærer derfor redusert uttelling for døgnopphold. DRG-poeng som aktivitetsmål er drøftet i Vedlegg SV6 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata. Det kan forekomme at pasienter legges inn og registreres som døgnpasienter, men skrives ut samme dag. Pasienten var da ikke lagt inn som dagpasient. Skillet mellom døgnopphold og dagopphold defineres her etter oppholdstype i pasientdata, og ikke ut fra om pasienten blir innskrevet og utskrevet samme dag. I beregning av gjennomsnittlig liggetid settes liggetiden til pasienter som skrives inn og ut samme dag til 0,5 døgn.

Tall for kostnader, personell og senger er basert på samme tallmateriale som er tilrettelagt for i SAMDATA-prosjektet tidligere. Kostnadstallene er hentet fra kapittel 2 i Midttun (red, 2008a)[4], og er korrigert for prisstigning med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås (Ssb) indeks for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen, se Vedlegg SV6 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata. For å få et best mulig grunnlag for å sammenholde kostnadsutviklingen med aktivitetsutviklingen er kostnadstallene korrigert for endringer i nye oppgaver i perioden 2002-2007, se kapittel 2.3 i Midttun (red, 2008a). Når vi ser perioden 2002-2007 under ett korrigeres det for at de regionale helseforetakene gradvis fikk overført finansieringsansvaret for private opptreningsinstitusjoner i perioden 2003-2006. Når vi ser på utviklingen fra 2006 til 2007 korrigerer vi ikke for dette.

Sengekapasitet uttrykkes ved effektive senger. Effektive senger er gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året, se kapittel 13 i (Midttun (red), 2008a), og kan avvike fra faktisk antall senger på grunn av ferieavvikling, midlertidig stengning av sengeposter mv. Dagplasser skal ikke telles med i rapporteringen av senger.

Vi har benyttet to ulike datagrunnlag i analysene av utvikling i ventetid. Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid totalt for innleggelser, dagbehandlinger og poliklinisk behandling er basert på ventelistedata fra Npr. Ventetid beregnes for pasienter ordinært avviklet fra

[3] For ISF-vektene for 2007 er dette beregnet på pasientdata for 2006.

[4] Feil i kostnadstallene som er avdekket etter publisering av Nøkkeltallsrapporten er korrigert.

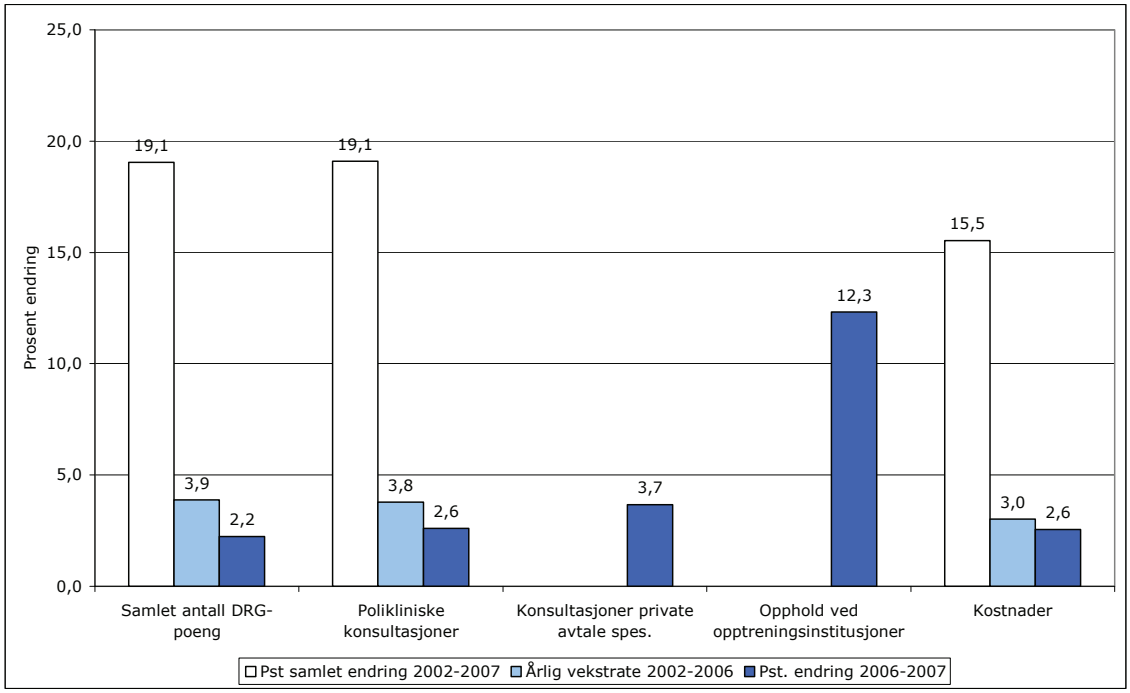
venteliste. Analyse av utvikling i median ventetid for utvalgte kreftoperasjoner er basert på pasientdata fra Npr. Vi viser til Kalseth (2007) for en nærmere beskrivelse og drøfting av styrker og svakheter ved de to datagrunnlagene.

Data på andel epikriser sendt innen sju dager, andel korridorpasienter og andel strykninger fra operasjonsprogram er basert på data for de nasjonale kvalitetsindikatorene publisert gjennom nettportalen Frittsykehusvalg.no, og er levert av Npr. I henhold til definisjonene på frittsykehusvalg-siden måler indikatoren "Tilbakemelding til fastlege" (epikrisetid) sykehusets oppfølging av pasienten på grunnlag av andel epikriser som blir sendt fra sykehuset innen 7 dager etter utskrivning til fastlege eller annet helsepersonell. Indikatoren korridorpasienter måler andel korridorpasienter fordelt på antall ordinære sengeplasser. Med korridorpasient forstås pasient som er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m. på sykehus. Indikatoren "Utsettelse av planlagte operasjoner" (strykninger) måler andel utsettelser i forhold til totalt antall planlagte operasjoner i løpet av ett år. Indikatoren er uttrykk for sykehusets planlegging av operativ virksomhet og evne til å gjennomføre planlagt operasjonsprogram. Vi viser til frittsykehusvalg.no for nærmere informasjon om indikatorene.

2.3 Utvikling i aktivitet og ressursinnsats

Svakere vekst i aktivitet og kostnader i 2007 for landet som helhet

Figur 2.1 viser utvikling i kostnader og hovedstørrelser for aktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste. Følgende endringstall er vist, endring i perioden 2002-2007 samlet, årlig vekstrate i de første fem årene (2002-2006)[5] og endring det siste året (2006-2007).



Figur 2.1 Prosentvis endring i DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner, konsultasjoner private avtalespesialister, opphold ved opptreningsinstitusjoner og kostnader korrigert for nye oppgaver. Prosent endring i perioden 2002-2007 samlet, årlig vekstrate 2002-2006 og prosent endring 2006-2007. Kostnader i 2007-kroner. Nasjonale tall

[5] Årlig vekstrate for perioden 2002 til 2006 er beregnet ved å ta utgangspunkt i nivåtall for 2002 og 2006 og fordele veksten over fire år.

Det har vært en relativ lik utvikling i DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner både i perioden sett under ett og i det siste året[6]. Veksten i aktiviteten er i stor grad reflektert i veksten i kostnadene. Realveksten i kostnadene var noe lavere enn aktivitetsveksten i perioden sett under ett, henholdsvis om lag 15 prosent og 19 prosent. Fra 2006 til 2007 var veksten i kostnadene noe høyere enn veksten i DRG-poeng og lik veksten i polikliniske konsultasjoner. Vi har ikke data for konsultasjoner hos private avtalespesialister og opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner før 2006. Veksten i disse aktivitetene fra 2006 til 2007 var høyere enn aktivitetsveksten ved sykehusene, henholdsvis 3,7 prosent og 12,3 prosent.

Det var en svakere vekst i aktivitet og kostnader fra 2006 til 2007 enn beregnet årlig vekstrate i årene 2002-2006. Mens årlig vekstrate i årene 2002-2006 var i underkant av fire prosent for DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner og tre prosent for kostnadene, var veksten mellom to og tre prosent for de samme indikatorene fra 2006 til 2007. Sett i forhold til forutgående år (2006) var veksten i aktivitet lavere og kostnadsveksten høyere i 2007.

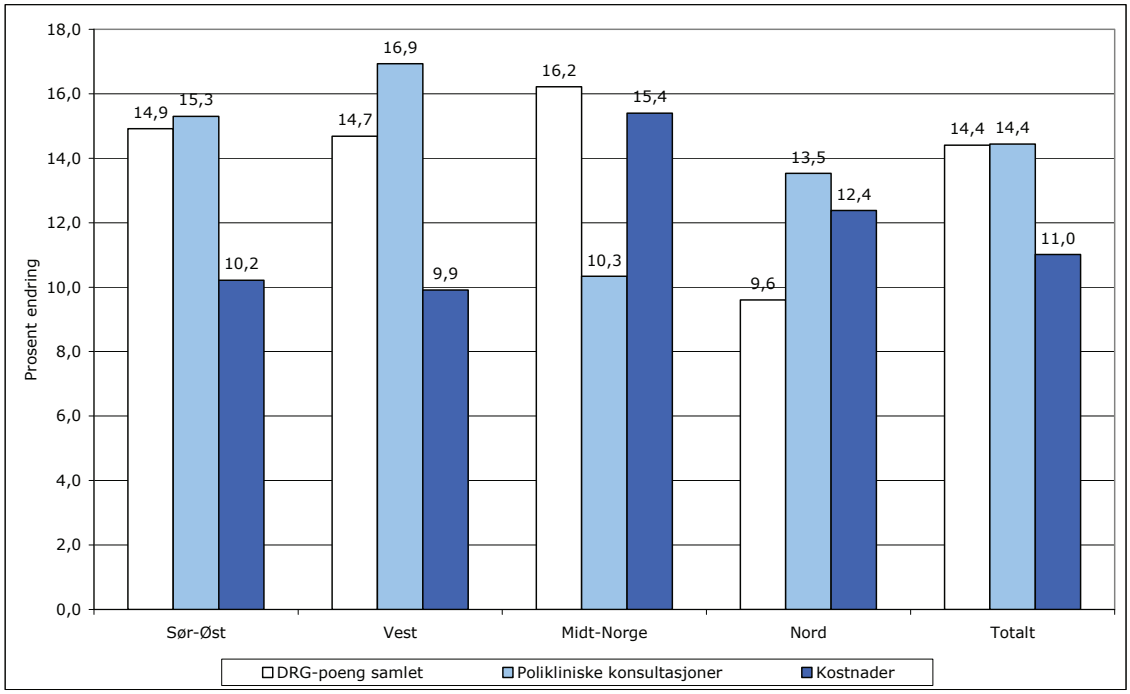
En utfordring med bruk av DRG-poeng som aktivitetsmål er at ISF-vektene, som danner grunnlag for beregning av DRG-poeng, og sykehusenes praksis når det gjelder hvordan opplysninger om pasientbehandlingen registreres og kodes, og dermed hvilken uttelling i form av DRG-poeng oppholdene får, endres over tid. Det gjøres beregninger som danner grunnlag for å estimere hvor stor del av endring i DRG-poeng som kan tilskrives disse forholdene. For veksten i DRG-poeng fra 2006 til 2007 er dette estimert til om lag ett prosentpoeng. Utvikling i DRG-poeng er også trolig overvurdert for alle årene i perioden 2002-2006 (se for eksempel BUS, 2008). Vi får imidlertid samme konklusjon med hensyn til aktivitetsvekst siste år sett i forhold til tidligere år om vi legger antall dag- og døgnopphold til grunn som aktivitetsmål.

Sammenstilling av tall for DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner ved sykehusene og kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste tyder altså på en større vekst i aktivitet enn i kostnader i perioden 2002 til 2007 sett under ett, men kostnadsveksten var sterkere enn aktivitetsveksten ved sykehusene siste år. Vi har ikke tatt høyde for at endringer i kodings- og registreringspraksis kan ha bidratt til å overvurdere aktivitetsveksten. Konklusjonen om at veksten i aktivitet er større enn veksten i kostnader for hele perioden er derfor usikker. Analysene av utvikling i kostnadseffektivitet ved helseforetakene i kapittel 4 dekker perioden 2003-2007. I perioden 2003 til 2007 var kostnadsveksten nasjonalt om lag på samme nivå som aktivitetsveksten. Analysene i kapittel 4 gjøres på et utvalg helseforetak, men resultatene fra effektivitetsanalysen tyder på at det ikke har vært økt kostnadseffektivitet i perioden 2003 til 2007 og at det var en nedgang siste år. Også beregningene av kostnader per DRG-poeng som ble presentert i Kalseth (2008b) ga samme resultat for utviklingen siste år. I beregningene av kostnadseffektivitet tas det heller ikke hensyn til endringer i kodingspraksis. Beregninger av effekt av endret kodingspraksis kan derfor indikere en reduksjon i kostnadseffektiviteten for perioden 2003 til 2007.

Betydelige regionale forskjeller i vekst og nivå i aktivitet og kostnader

Utviklingstallene på nasjonalt nivå dekker over forskjeller i aktivitets- og kostnadsutvikling mellom helseregionene. Figur 2.2 viser prosent endring i DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner og kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste (alle målt per innbygger) fra 2002 til 2007. Befolkningsvekst i perioden innebærer at tallene for landet som helhet, som er vist i figur 2.1, gir større vekst enn om vi hadde beregnet veksten nasjonalt per innbygger. Vi viser derfor også utvikling per innbygger på nasjonalt nivå i figur 2.2.

[6] Det er korrigert for inklusjon av Oslo legevakt i data for DRG-aktiviteten fra og med 2006 og skadepoliklinikken ved Ullevål Universitetssykehus HF i data for polikliniske konsultasjoner i 2007.



Figur 2.2 Prosentvis endring i DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner og kostnader korrigert for nye oppgaver. Aktivitet og ressursinnsats er målt per innbygger. Prosent endring 2002-2007. Kostnader i 2007-kroner. Helseregioner og totalt for landet

I perioden fra 2002 til 2007 var aktivitetsveksten lavest i Helse Nord målt ved DRG-poeng per innbygger, og kun Helse Midt-Norge hadde lavere vekst i polikliniske konsultasjoner per innbygger. Helse Midt-Norge hadde derimot høyest vekst i DRG-poeng per innbygger. Kostnadsveksten var også høyest i Helse Midt-Norge, marginalt lavere enn veksten i DRG-poeng. Nest høyest kostnadsvekst hadde Helse Nord. Det var en relativt lik utvikling i Helse Sør-Øst og Helse Vest både med hensyn til aktivitet og kostnader.

Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde en sterkere vekst i aktiviteten enn i kostnadene i perioden 2002-2007. Det er ikke en like klar sammenheng mellom aktivitetsvekst og kostnadsvekst for Helse Midt-Norge og Helse Nord. Resultatene fra analysene av kostnadseffektivitet ved helseforetakene i kapittel 4 viser ingen signifikant endring i gjennomsnittlig kostnadseffektivitet i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord i perioden 2003 til 2007. For Helse Midt-Norge beregnes imidlertid en signifikant reduksjon i kostnadseffektivitet når alle helseforetakene teller likt[7].

Som nevnt over kan noe av veksten i DRG-poeng være påvirket av endring i registrerings- og kodingspraksis av medisinske opplysninger og endring i vektsettet som brukes for å korrigere for ulike kostnader i behandlingen av ulike pasientgrupper. I den grad dette slår forskjellig ut for regionene vil også konklusjonene om relativ vekst mellom regionene kunne påvirkes.

Det har altså vært til dels betydelige forskjeller i aktivitets- og kostnadsutviklingen mellom helseregionene i perioden 2002-2007. Har utviklingen bidratt til å øke eller redusere forskjellene mellom helseregionene? Figur 2.3 viser nivå på DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner og kostnader, alle målt per innbygger, beregnet som prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet[8] i 2002 og 2007. Hvert punkt representerer én indikator i én av regionene. Langs x-aksen vises prosentvis avvik fra gjennomsnittet for alle regionene i 2002.

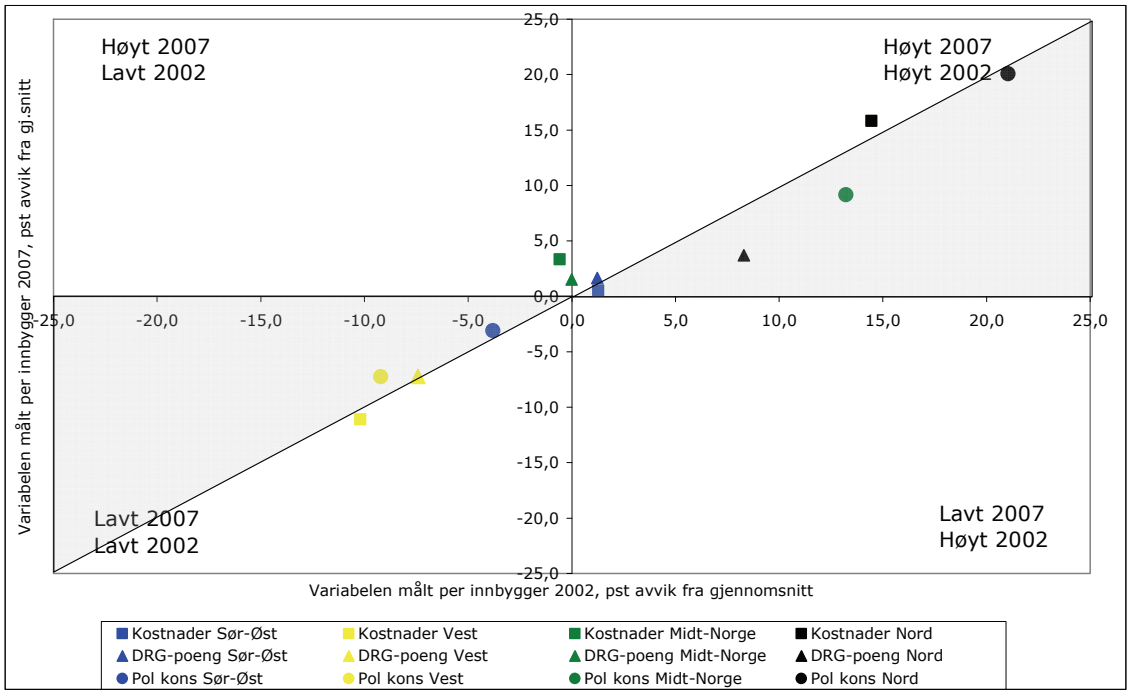
[7] Konklusjonene på regionnivå er følsom for hvordan vi spesifiserer aktivitetsmålet, se kapittel 4.

[8] Veid gjennomsnitt.

Langs y-aksen vises prosentvis avvik fra gjennomsnittet for alle regionene i 2007. For hver indikator havner hver region dermed i en av fire kvadranter. Kvadrantene har følgende kjennetegn:

1. Øverste venstre kvadrant: Nivå (per innbygger) under gjennomsnittet i 2002, og over gjennomsnittet i 2007
2. Øverste høyre kvadrant: Nivå (per innbygger) over gjennomsnittet både i 2002 og 2007
3. Nederste venstre kvadrant: Nivå (per innbygger) under gjennomsnittet både i 2002 og 2007
4. Nederste høyre kvadrant: Nivå (per innbygger) over gjennomsnittet i 2002, og under gjennomsnittet i 2007

Dersom punktene ligger langs diagonalen er posisjonen i forhold til landsgjennomsnittet uendret fra 2002 til 2007. Dersom punktet ligger innenfor de skraverte feltene har regionen nærmet seg landsgjennomsnittet for den aktuelle indikatoren, men ligger fortsatt på samme side (over/under) av gjennomsnittet. Dersom punktet ligger innenfor nederste venstre eller øverste høyre kvadrant, men ikke i det skraverte feltet, har avstanden til landsgjennomsnittet økt for den aktuelle indikatoren. Dersom punktet ligger i øverste venstre eller nederste høyre kvadrant har regionen skiftet posisjon (over/under) i forhold til landsgjennomsnittet.



Figur 2.3 DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner og kostnader per innbygger. Prosent avvik fra gjennomsnittet 2002 og 2007. Helseregioner

Helse Vest har lavest nivå og Helse Nord har høyest nivå på alle indikatorene både i 2002 og 2007. De to regionene økte avstanden til gjennomsnittet noe for kostnadsindikatoren fra 2002 til 2007. Det betyr at det ikke har vært utjevning av kostnadsforskjeller i perioden. Helse Vest ligger 11 prosent under landsgjennomsnittet, mens Helse Nord ligger 16 prosent over landsgjennomnittet i 2007. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge byttet posisjon i forhold til hverandre for kostnadsindikatoren fra 2002 til 2007. Mens Helse Midt-Norge hadde lavere

kostnader per innbygger enn Helse Sør-Øst i 2002, er kostnadene noe høyere i Helse Midt-Norge enn i Helse Sør-Øst i 2007.

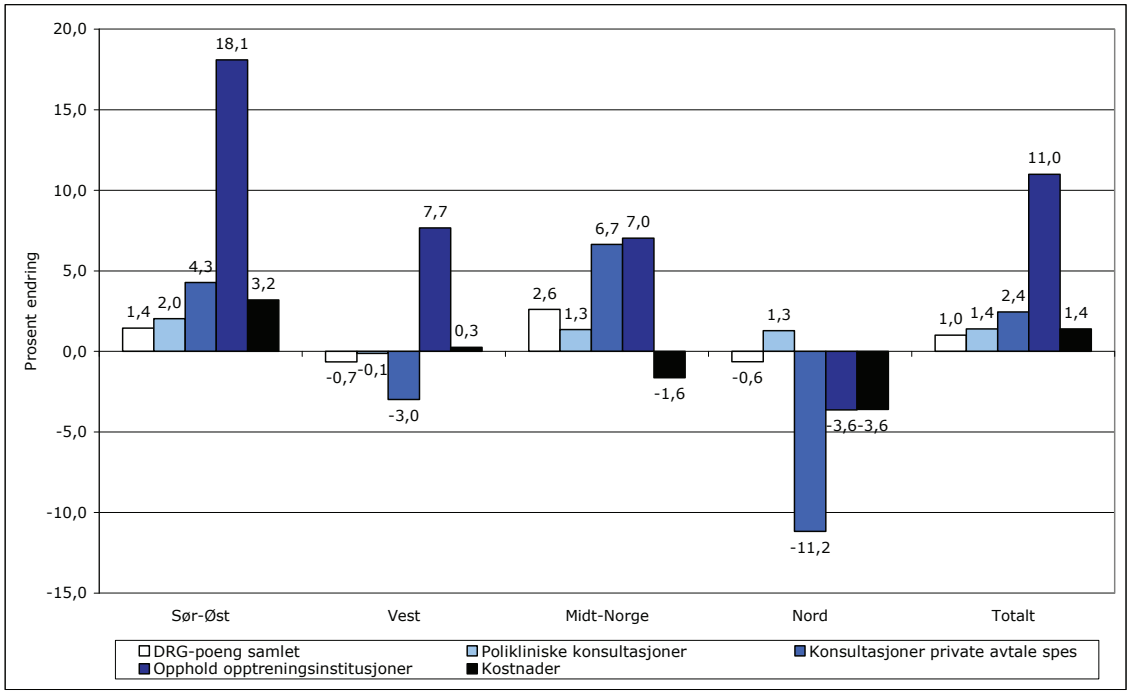
Det kan være ulike årsaker til at kostnadsnivået mellom regionene er forskjellig. I Kalseth (2008a) sammenholdes kostnadsforskjeller mellom regionene med ressursbehovsindeksene som ble beregnet i Magnussen-utvalgets forslag til nytt system for fordeling av basisinntekter mellom de regionale helseforetakene (NOU 2008:2). Relativt sett lave kostnader per innbygger i Helse Vest og høye kostnader per innbygger i Helse Nord og Helse Midt-Norge, er i tråd med ressursbehovsindeksene. Kostnadene i den somatiske spesialisthelsetjenesten var i 2007 lavere i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord og høyere i Helse Sør-Øst enn beregnet ressursbehov per innbygger i NOU 2008:2. Utjevning av kostnadsforskjeller bør relateres til behov og ikke til gjennomsnittet.

Det har vært en tendens til utjevning når det gjelder den polikliniske aktiviteten ved de somatiske sykehusene, men endringene i posisjonen i forhold til landsgjennomsnittet er små spesielt for Helse Nord og Helse Sør-Øst. Størst endring finner vi for Helse Midt-Norge som lå nest høyest i 2002 og hadde lavest vekst i perioden. Regionen ligger imidlertid fortsatt nest høyest i 2007. Helse Vest som lå lavest i 2002, hadde størst vekst i perioden og har derfor også nærmet seg gjennomsnittet. Men regionen lå fortsatt lavest i 2007. Helse Nord hadde 20 prosent flere konsultasjoner per innbygger enn landsgjennomsnittet, og nesten 30 prosent flere enn Helse Vest. Dersom vi inkluderer konsultasjoner hos private avtalespesialister er forskjellene mellom regionene mindre og rangeringen endres. Det er altså en annen rangering og også større forskjeller i raten for private avtalespesialister. Helse Vest har fortsatt lavest rate når konsultasjoner ved sykehusene og de private avtalespesialistene ses under ett, mens Helse Nord, som har lavest rate for private avtalespesialister, da har nest lavest rate (Midttun, 2008b). Helse Sør-Øst har langt høyere rate for private avtalespesialister enn de andre regionene og har derfor også høyest samlet rate, ca 20 prosent over Helse Vest, ca 15 prosent over Helse Nord og ca ti prosent over Helse Midt-Norge som har nest høyest samlet rate.

Når det gjelder DRG-poeng er det ikke et entydig bilde med hensyn til eventuell utjevning. Helse Vest og Helse Sør-Øst hadde samme posisjon i forhold til landsgjennomsnittet i 2007 sammenlignet med 2002. Helse Nord som lå høyest i 2002 har hatt lavest vekst, og har derfor nærmet seg de øvrige regionene. Helse Midt-Norge, som lå på gjennomsnittet med en lavere rate enn Helse Sør-Øst i 2002, hadde størst vekst i DRG-poeng i perioden og hadde en rate på nivå med Helse Sør-Øst i 2007.

Analysene av kostnadseffektivitet som presenteres i kapittel 4 tyder på at kostnadseffektiviteten var høyere i Helse Midt-Norge og Helse Vest enn i Helse Sør-Øst og Helse Nord i 2007.

Over har vi sett på utviklingen i perioden 2002 til 2007. Figur 2.4 viser utviklingen i aktivitet og kostnader det siste året i perioden. Utviklingen i konsultasjoner hos private avtale-spesialister og opptreningsinstitusjoner er også inkludert.



Figur 2.4 Prosentvis endring i DRG-poeng, polikliniske konsultasjoner, konsultasjoner private avtalespesialister (estimert), opphold opptreningsinstitusjoner og kostnader. Aktivitet og kostnader er målt per innbygger. Prosent endring 2006-2007. Kostnader i 2007-kroner. Helseregioner og totalt for landet

Også siste år var det ulik regional utvikling. Størst aktivitetsvekst hadde Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. De to regionene hadde vekst i alle aktivitetsindikatorene. Men mens Helse Sør-Øst også hadde en realvekst i kostnadene på i overkant av tre prosent, hadde Helse Midt-Norge en realnedgang i kostnadene på nesten to prosent. Dette har bidratt til ulik utvikling i driftsresultatet for de to regionene i 2007 (jf. BUS, 2008). Helse Midt-Norge har altså økt aktiviteten på alle områder innen pasientbehandlingen uten å øke kostnadene. Dette gjenspeiles i bedret kostnadseffektivitet som vist i kapittel 4. Det er de største helseforetakene som øker effektiviteten. Det er ikke signifikant endring i den gjennomsnittlige kostnadseffektiviteten når hvert foretak teller likt. Det beregnes imidlertid en signifikant reduksjon i kostnadseffektiviteten i Helse Sør-Øst fra 2006 til 2007.

Helse Vest hadde nedgang i alle aktivitetsindikatorene, med unntak av opphold i opptreningsinstitusjoner. Helse Nord hadde også nedgang i alle aktivitetsindikatorene, med unntak av polikliniske konsultasjoner ved sykehus. Kostnadene per innbygger i Helse Vest var omtrent uendret når det korrigeres for prisstigning. Helse Nord hadde nedgang i kostnadene per innbygger. Imidlertid kan kostnadsreduksjonen i Helse Nord knyttes til redusert sats for arbeidsgiveravgift i 2007. Som det fremgår i kapittel 4 beregnes det en signifikant reduksjon i kostnadseffektiviteten i Helse Vest fra 2006 til 2007. For Helse Nord viser resultatene ingen signifikant endring. Tas det hensyn til reduksjon i arbeidsgiveravgift forverres kostnadsutviklingen for Helse Nord.

Utviklingen siste år har altså ikke bidratt til at Helse Vest som har lavt nivå på indikatorene for aktivitet og kostnader som vist i figur 2.3 har nærmet seg Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Utviklingen siste år i Helse Nord, som har høyt nivå på indikatorene, har bidratt til at avstanden til de andre regionene er redusert.

De regionale forskjellene i konsultasjoner hos private avtalespesialister avtok ikke fra 2006 til 2007, i og med at Helse Nord som har lavest rate hadde reduksjon, mens Helse Sør-Øst som har høyest rate hadde økning siste år. Bruken av opptreningsinstitusjoner varierer også mellom regionene, men omfanget er beskjedent i forhold til bruken av sykehus. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde flest opphold per innbygger, henholdsvis 8,4 og 9,1 per 1 000

innbyggere. Helse Sør-Øst og Helse Vest har henholdsvis 6,6 og 5,0 opphold per 1 000 innbyggere i 2007. Utviklingen siste året bidro til å redusere forskjellene noe i og med at veksten var høyest i Helse Sør-Øst og Helse Vest og lavest i Helse Nord, som hadde en reduksjon i bruken av opptreningsinstitusjoner.

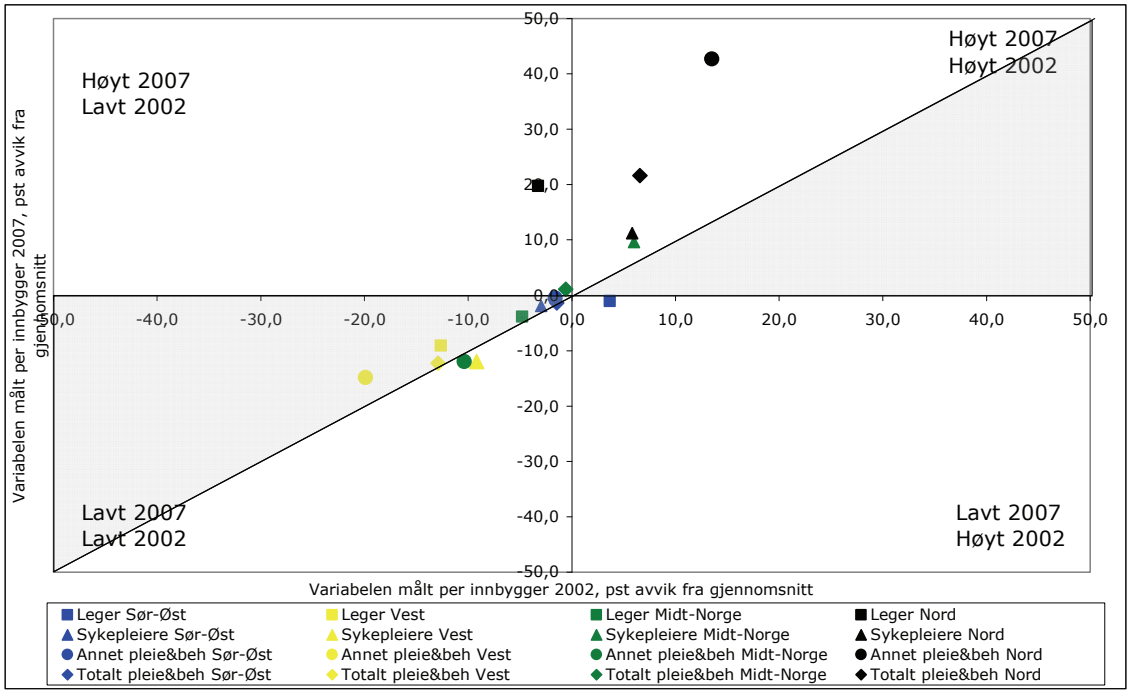
Kostnadsveksten i helseforetakene har vært større enn veksten i inntektene i årene etter sykehusreformen, med påfølgende underskudd og etter hvert også likviditetsproblemer (BUS 2008). Somatisk sektor utgjør den største andelen av de regionale helseforetakenes kostnader. Ulik kostnadsutvikling innen den somatiske virksomheten gjennom perioden har bidratt til ulik utvikling i driftsresultat i helseregionene. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge utmerker seg på hver sin måte. Tidligere Helse Sør og Helse Øst hadde samlet sett lav kostnadsvekst og lavest driftunderskudd frem til og med 2006. Helse Midt-Norge hadde høy kostnadsvekst og størst driftsunderskudd i den samme perioden. Situasjonen snudde i begge regionene siste år. Helse Sør-Øst hadde en høy kostnadsvekst og økte driftsunderskuddet, mens Helse Midt-Norge hadde lav kostnadsvekst og var i balanse i forhold til eiers styringskrav i 2007. Helse Vest var også nær eiers styringskrav. Helse Nord hadde en positiv utvikling i driftsresultat det siste året.

Ulik utvikling for personellgruppene, mellom år og regioner

Utvikling i personellinnsats er viktig både fordi personell utgjør den største kostnadskomponenten og fordi personellsammensetningen sier noe om kompetanse og hvilke ressurser som står til rådighet i pasientbehandlingen. Erfaringsmessig er det knyttet usikkerhet til nivå og utvikling i personelltallene. Det forekommer store endringer i innrapporterte tall fra år til år. Dette gjelder både årsverk totalt og fordeling på de enkelte personellgruppene. Dette kan knyttes til endringer i praksis i forhold til hvordan helseforetakene avgrenser og teller årsverk. Dette gjelder både avgrensing mellom formål (for eksempel mellom somatisk sektor og psykisk helsevern) og mellom ulike personellgrupper (for eksempel administrative årsverk og fagårsverk). Ulikheter i organisering av driften og ulikt omfang av innleie av personell og kjøp av tjenester kan også gi forskjeller i hvor mye av den samlede årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten som fanges opp i de innrapporterte tallene til Ssb.

Samlet for 2007 ble det rapportert i overkant av 62 000 årsverk i den somatiske spesialisthelsetjenesten, en økning på nesten 3 900 årsverk eller 6,2 prosent siden 2002. Leger utgjorde i overkant av 7 300 årsverk, som er mer enn 1 300 flere årsverk enn i 2002. Sykepleiere er den største personellgruppen med i overkant av 23 600 årsverk, mens antall årsverk for annet pleie- og behandlingspersonell var i overkant av 12 900 i 2007. Det var en sterkere økning for sykepleiere enn annet pleie- og behandlingspersonell, henholdsvis i overkant av 2 000 årsverk og i underkant av 600 årsverk. Det er rapportert en nedgang i administrativt personell og servicepersonell på i overkant av 100 årsverk fra 2002 til om lag 18 200 årsverk i 2007. Målt i forhold til størrelsen på personellgruppen var det størst vekst i legeårsverkene, med en vekst på 18,3 prosent. Sykepleierårsverkene økte med 8,7 prosent, mens annet pleie- og behandlingspersonell økte med 4,5 prosent i perioden.

Endringstall vil trolig være mer følsomme for mindre endringer i rapporteringspraksis enn nivåforskjeller mellom helseregionene. I figur 2.5 er årsverk per innbygger for leger, sykepleiere, annet pleie- og behandlingspersonell og pleie- og behandlingspersonell totalt i 2002 og 2007 vist. Dette er gjort fordi vi tror det knytter seg større ulikheter i hvor godt tallene fanger opp innsatsen av disse personellgruppene. Det er i første rekke årsverkene for administrativt personell og servicepersonell som påvirkes av kjøp av tjenester og endring i fordeling av fellespersonell mellom somatisk sektor, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere. Vi vil imidlertid kommentere forskjeller i nivå på disse gruppene i teksten.



Figur 2.5 Leger, sykepleiere, annet pleie- og behandlingspersonell og pleie- og behandlingspersonell totalt per innbygger. Prosent avvik fra gjennomsnittet 2002 og 2007. Helseregioner

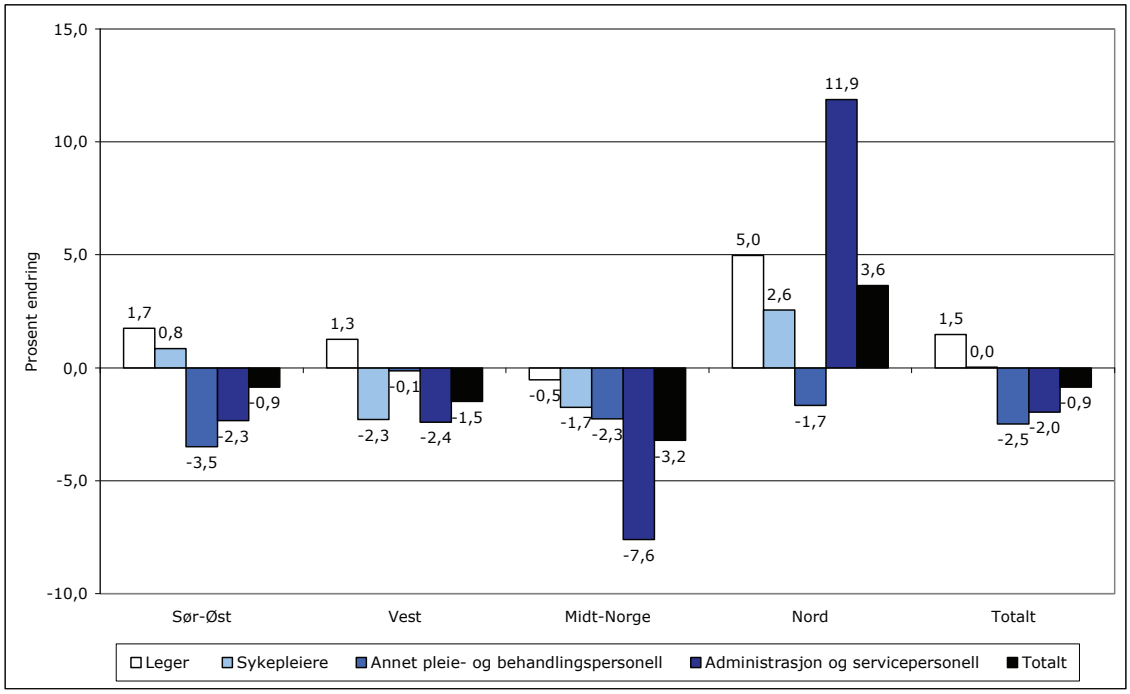
Dersom vi sammenholder figur 2.5 med figur 2.3 ser vi at det i stor grad er det samme geografiske mønsteret for nivå på personellinnsats og aktivitet og kostnader. Helse Vest har lavest rater for alle personellkategoriene både i 2002 og 2007, men har nærmet seg gjennomsnittet for leger og gruppen annet pleie- og behandlingspersonell. Regionen hadde lavest vekst i raten for sykepleiere. Helse Nord på den annen side har høyest rate for alle personellindikatorene i 2007, og avstanden til gjennomsnittet økte fra 2002 til 2007. Antall leger per innbygger i Helse Nord er 20 prosent over landsgjennomsnittet i 2007, og raten for leger økte med 40 prosent fra 2002 til 2007. Nest høyest rapportert vekst for leger hadde Helse Vest med 18 prosent. Helse Nord hadde også mye høyere vekst for annet pleie- og behandlingspersonell en de andre regionene (26 prosent).

I Helse Sør-Øst var ratene for alle personellgruppene nær gjennomsnittet i 2007. Størst relativ endring finner vi for legeårsverkene, hvor regionen lå over gjennomsnittet i 2002. Helse Midt-Norge skiller seg ut med avvikende personellsammensetning når det gjelder fordelingen mellom sykepleiere og annet pleie- og behandlingspersonell. Regionene har en høy rate for sykepleiere og en lav rate for annet pleie- og behandlingspersonell både i 2002 og 2007. Regionen hadde også nest størst økning i sykepleierraten fra 2002 til 2007, og var eneste region med nedgang i raten for annet pleie- og behandlingspersonell. Helse Midt-Norge har rate litt i underkant av gjennomsnittet for leger, og ligger på gjennomsnittet for pleie- og behandlingspersonell totalt.

De regionale forskjellene er størst og økende for annet pleie- og behandlingspersonell. Helse Vest lå nesten 15 prosent under gjennomsnittet og Helse Nord mer enn 40 prosent over gjennomsnittet i 2007.

Ratene for administrativt personell og servicepersonell skiller seg fra det geografiske mønsteret vi observerer for pleie- og behandlingspersonell. Helse Vest hadde størst økning fra 2002 til 2007 og har høyest rate i 2007 (fem prosent over gjennomsnittet) og Helse Nord hadde størst nedgang og har, sammen med Helse Midt-Norge, lavest rate (om lag ti prosent under gjennomsnittet).

Figur 2.6 viser endring i personellratene det siste året.



Figur 2.6 Endring i antall årsverk per innbygger etter personellkategori. 2006-2007. Prosent. Helseregioner

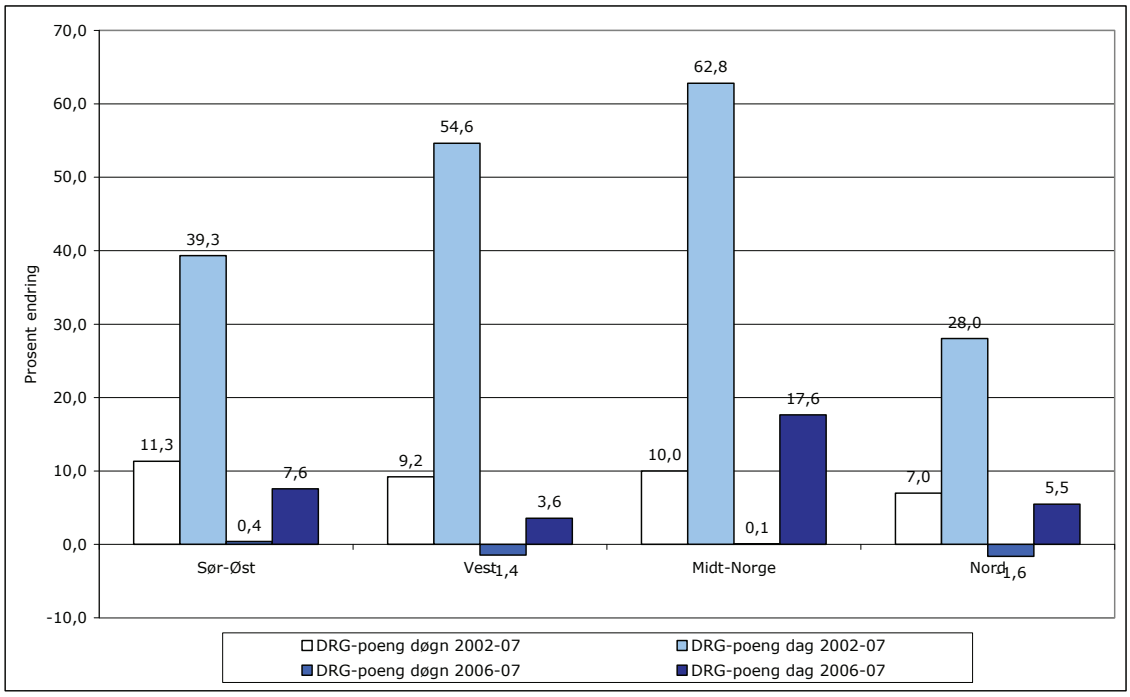
Tallene tyder på at det er legeårsverkene som har økt mest både på nasjonalt nivå og i regionene også siste år, og i likhet med perioden totalt var veksten størst i Helse Nord. Helse Midt-Norge hadde en svak nedgang i raten for leger fra 2006 til 2007.

Ser vi bort fra legeårsverk og en svak økning i sykepleierårsverk i Helse Sør-Øst, var det fra 2006 til 2007 nedgang i årsverkene i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Nord skiller seg ut med rapportert vekst i alle typer årsverk med unntak av annet pleie- og behandlingspersonell. Spesielt sterk var veksten i administrasjon og servicepersonell i Helse Nord det siste året. Dersom vi ser på utviklingen de siste tre årene kan det synes som at rapporterte årsverk for denne gruppen var for lav i 2006, og at dette bidrar til den sterke veksten fra 2006 til 2007. Helse Nord hadde størst nedgang i denne personellgruppen fra 2002 til 2007.

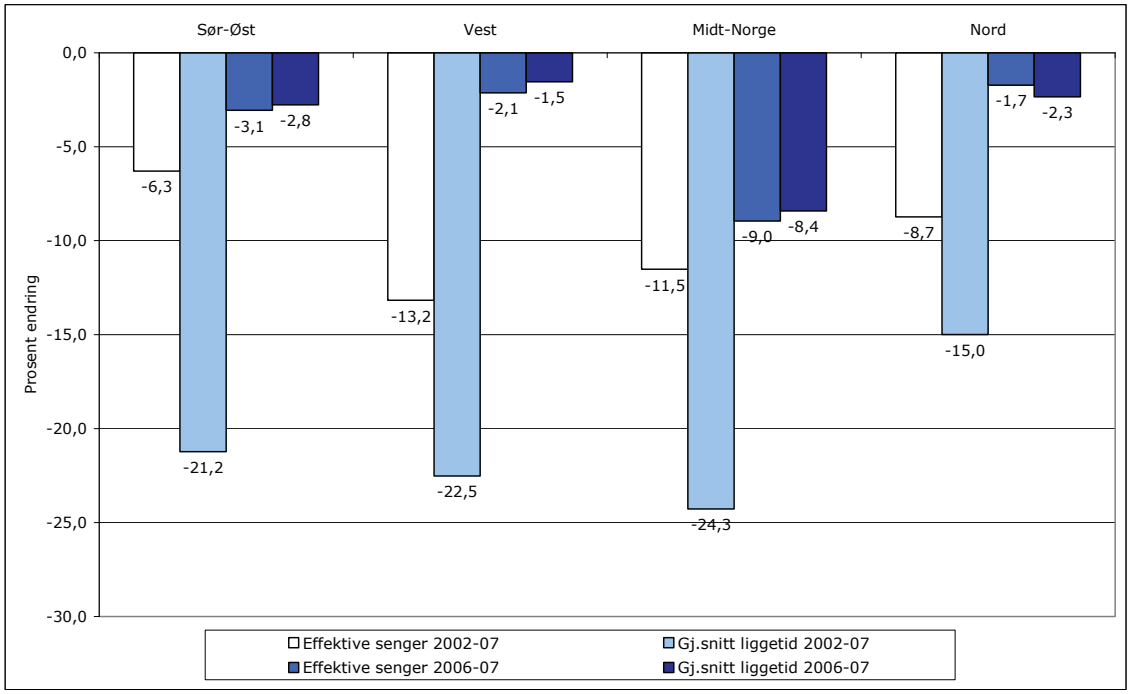
På nasjonalt nivå var veksten i årsverk totalt mye lavere enn veksten i aktivitet og kostnader både i perioden 2002-2007 samlet og fra 2006 til 2007. Det er veksten i legeårsverk som best reflekterer veksten i aktivitet og kostnader på nasjonalt nivå. Når vi ser på utviklingen på regionalt nivå er det enda mindre sammenheng mellom vekst i aktivitet, kostnader og årsverk. Det er da heller ikke slik at relativ vekst i legeårsverk i stor grad reflekterer relativ vekst i kostnader og aktivitet. Når det gjelder veksten fra 2006 til 2007 er det i første rekke Helse Nord som skiller seg ut når vi sammenholder årsverksveksten med kostnadsveksten. Helse Midt-Norge hadde størst nedgang i antall årsverk per innbygger og nedgang i kostnader per innbygger fra 2006 til 2007. Det kan være flere årsaker til at årsverksveksten avviker fra kostnadsveksten og veksten i aktiviteten. En mulig årsak er at årsverkene ikke fanger opp bruk av overtid, innleie av personell og kjøp av tjenester hos private sykehus, private rehabiliteringsinstitusjoner eller private avtalespesialister. Endring i omfanget av disse forholdene vil kunne gi avvik i vekst i kostnader og årsverk. For eksempel vil økt bruk av overtid gi kostnadsvekst uten at det påvirker årsverkstallene. Det er også trolig slik at endringer i rapporteringspraksis bidrar til avvikende utvikling i kostnader og årsverk. Dette gjelder for eksempel trolig for Helse Nord i 2006-2007.

Fortsatt omlegging til dagbehandling og nedgang i senger og liggetid

Det har lenge vært en omlegging av aktiviteten ved sykehusene i retning av mer dagbehandling. Dette har bidratt til nedgang i gjennomsnittlig liggetid ved sykehusene. Liggetiden for flerdagsopphold har også blitt redusert. Omlegging til dagbehandling og nedgang i gjennomsnittlig liggetid muliggjør også reduksjon i sengetallet ved sykehusene. Utvikling i oppholdstype for perioden 2002 til 2007 og siste året er vist i figur 2.7, mens figur 2.8 viser endring i gjennomsnittlig liggetid og effektive senger.



Figur 2.7 Endring i antall DRG-poeng for døgnopphold per innbygger og DRG-poeng for dagopphold per innbygger. 2002-2007 og 2006-2007. Prosent. Helseregioner



Figur 2.8 Endring i gjennomsnittlig liggetid[9] og effektive senger per innbygger. 2002-2007 og 2006-2007. Prosent. Helseregioner

Det var betydelig større vekst i dagbehandling enn i døgnbehandling i perioden 2002-2007 sett under ett i alle regionene. Omleggingen fra døgn- til dagbehandling forsatte også i 2007[10]. Det var nedgang eller om lag uendret nivå i ratene for DRG-poeng for døgnopphold for alle regionene. Det var spesielt sterk økning i dagbehandling i Helse Midt-Norge. Antall DRG-poeng per innbygger økte med 18 prosent fra 2006 til 2007. Helse Midt-Norge hadde også størst vekst i dagbehandling for hele perioden fra 2002 til 2007, med en økning på over 63 prosent.

Gjennomsnittlig liggetid og antall effektive senger per innbygger ble redusert med henholdsvis mellom 15 og 24 prosent og seks og 13 prosent fra 2002 til 2007. For landet totalt var reduksjonen henholdsvis 21 prosent og åtte prosent. Nedgangen i liggetid og effektive senger var størst i Helse Vest og Helse Midt-Norge.

Med unntak av Helse Nord, var det sterkere nedgang i antall effektive senger per innbygger enn gjennomsnittlig liggetid fra 2006 til 2007. For landet totalt ble liggetiden redusert med 3,3 prosent og antallet effektive senger per innbygger ble redusert med 3,6 prosent. Helse Midt-Norge hadde en spesielt stor nedgang i liggetid og sengekapasitet det siste året, henholdsvis åtte og ni prosent. Det er relativt små forskjeller mellom de andre regionene. Størsteparten av reduksjonen i effektive senger i Helse Midt-Norge i perioden 2002-2007 skjedde i 2007. Helse Midt-Norge var også eneste region som hadde sterkere nedgang i liggetid i 2007 enn gjennomsnittet for de fire forutgående årene. Reduksjonen i liggetid er

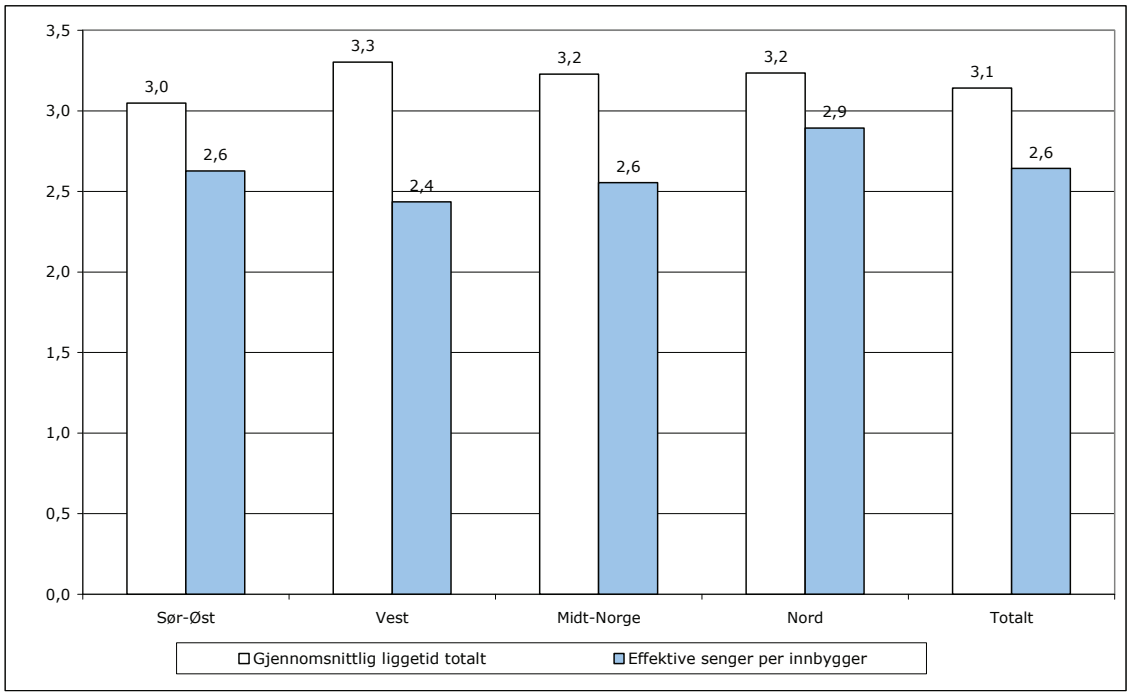
[9] Opphold som har 0-liggedager er satt lik 0,5 døgn.

[10] Omlegging i vekstsettet som danner utgangspunkt for å beregne DRG-poeng fra 2006 til 2007 innebærer isolert sett at DRG-poengene for døgnopphold går ned og poengene for dagopphold øker. Dette kan knyttes til omlegging av refusjoner for dagkirurgi samt økning i dagvektene for dialyse og kjemoterapi. Dette bidrar isolert til at endringen i DRG-poeng for døgnopphold er noe undervurdert mens DRG-poeng for dagopphold er noe overvurdert. Endringene i vektsettet er gjort slik at effekten skal være nøytral (i sum lik null) på datamaterialet for 2006. Dette er nærmere beskrevet i Vedlegg SV6 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

ikke kun knyttet til økt andel opphold uten overnatting, også liggetiden for flerdagsopphold ble redusert i 2007. Helse Midt-Norge hadde betydelig større nedgang i liggetiden for flerdagsopphold enn de andre regionene. Denne regionen hadde størst nedgang i liggetid for alle aldergrupper. Ser vi på gjennomsnittlig liggetid for flerdagsopphold var det pasienter over 80 år som hadde størst nedgang i liggetid, mens gruppen 67-79 hadde størst nedgang i liggetiden totalt.

Den sterke økningen i dagbehandling, reduksjon i effektive senger og gjennomsnittlig liggetid, også for døgnopphold, i Helse Midt-Norge har trolig bidratt til at kostnadene til somatisk spesialisthelsetjeneste ikke øker selv om regionen hadde størst aktivitetsvekst.

Figur 2.9 viser effektive senger per 1 000 innbyggere og gjennomsnittlig liggetid totalt i 2007.



Figur 2.9 Gjennomsnittlig liggetid[11] og effektive senger per 1000 innbyggere. Helseregioner. 2007

Helse Vest og Helse Sør-Øst hadde henholdsvis høyest og lavest gjennomsnittlig liggetid totalt i 2007. Det var mindre forskjeller i gjennomsnittlig liggetid i 2007 enn i 2006. Antall effektive senger per innbygger er høyest i Helse Nord og lavest i Helse Vest i 2007. Helse Sør-Øst lå under gjennomsnittet i 2002, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde relativt sett lavere sengetall sammenlignet med landsgjennomsnittet i 2007 enn i 2002.

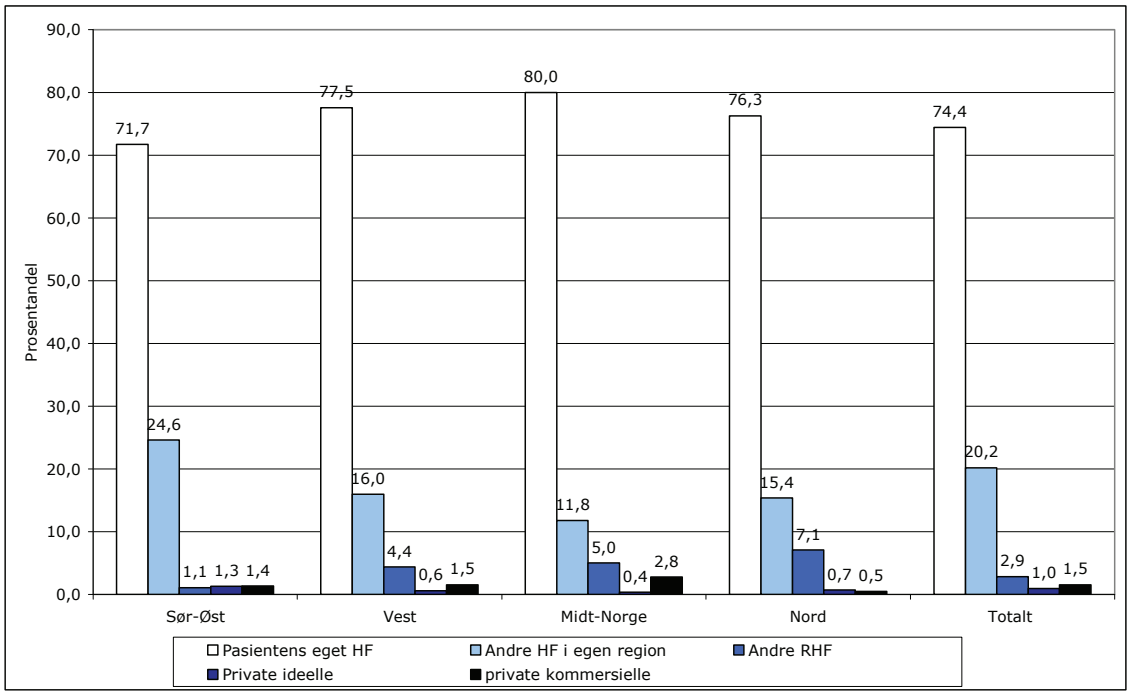
Mindre bruk av eget helseforetak relativt sett fra 2002 til 2007, men økning siste år

I perioden 2002 til 2007 sett under ett var det, som vist over, en betydelig aktivitetsøkning i alle regionene. Siste år var det kun to av regionene som hadde økning i DRG-poeng per innbygger. Vi ser her på hvordan pasientstrømmene er påvirket av aktivitetsutviklingen. En av begrunnelsene for sykehusreformen var at den åpnet for endringer i funksjonsfordelinger mellom sykehus og dermed bedre utnyttelse av ressursene. Som vist i kapittel 5 har det vært endringer i fordelingen av pasientbehandlingen mellom sykehusene. I kapittel 5

[11] Se fotnote 9.

analyseres utviklingen ut fra om det har skjedd en større grad av konsentrasjon og sentralisering av pasientbehandlingen for 22 ulike pasientgrupper eller typer behandlinger. Vi skal her vise endringer i DRG-poeng per innbygger fordelt på behandlingssted, hvor vi skiller mellom pasientens eget HF, andre HF i egen region, sykehus i andre regioner, private ideelle sykehus (Feiringklinikken og Glittreklinikken) og private kommersielle sykehus. For å få frem endringer i bruken av sykehus tar vi utgangspunkt i regioninndelingen og opptaksområdene for helseforetakene i 2007. Det vil si at der det har skjedd endringer i opptaksområdene vil dette fremkomme som endringer i bruken innenfor eget helseforetak. Pasientstrømmene mellom tidligere Helse Sør og Helse Øst defineres da som innenfor egen region.

Figur 2.10 viser fordelingen av DRG-poengene for regionene i 2007 etter hvor pasienten ble behandlet.

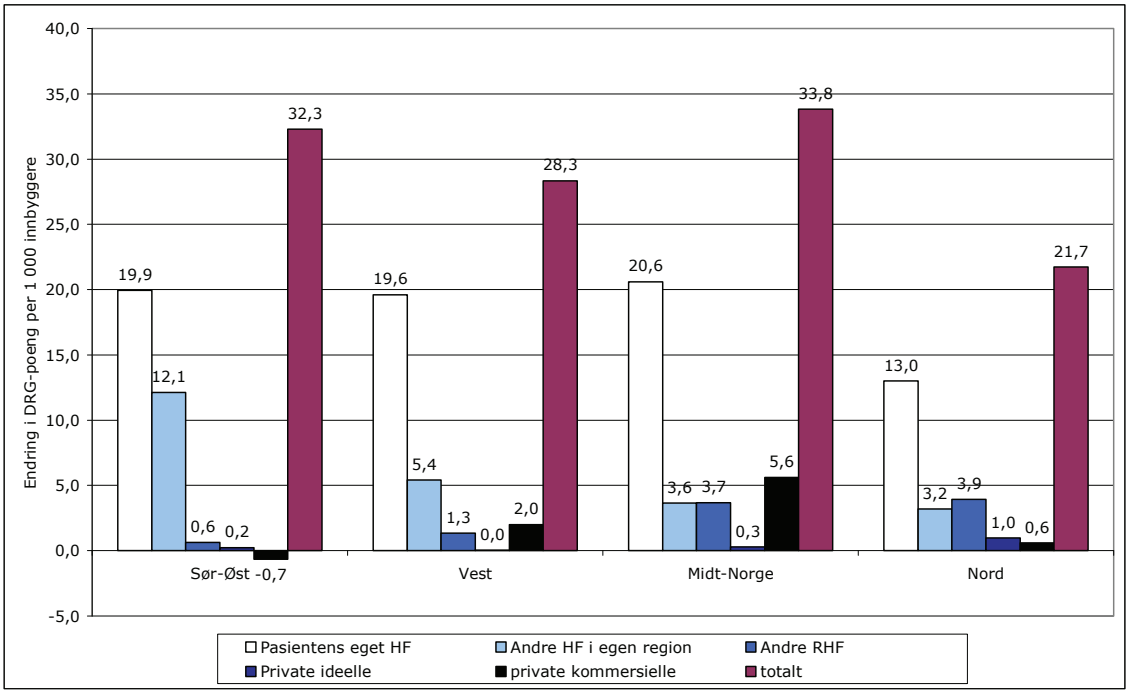


Figur 2.10 Fordeling av DRG-poeng etter hvor pasienten er behandlet. Prosentandel. 2007. Helseregioner

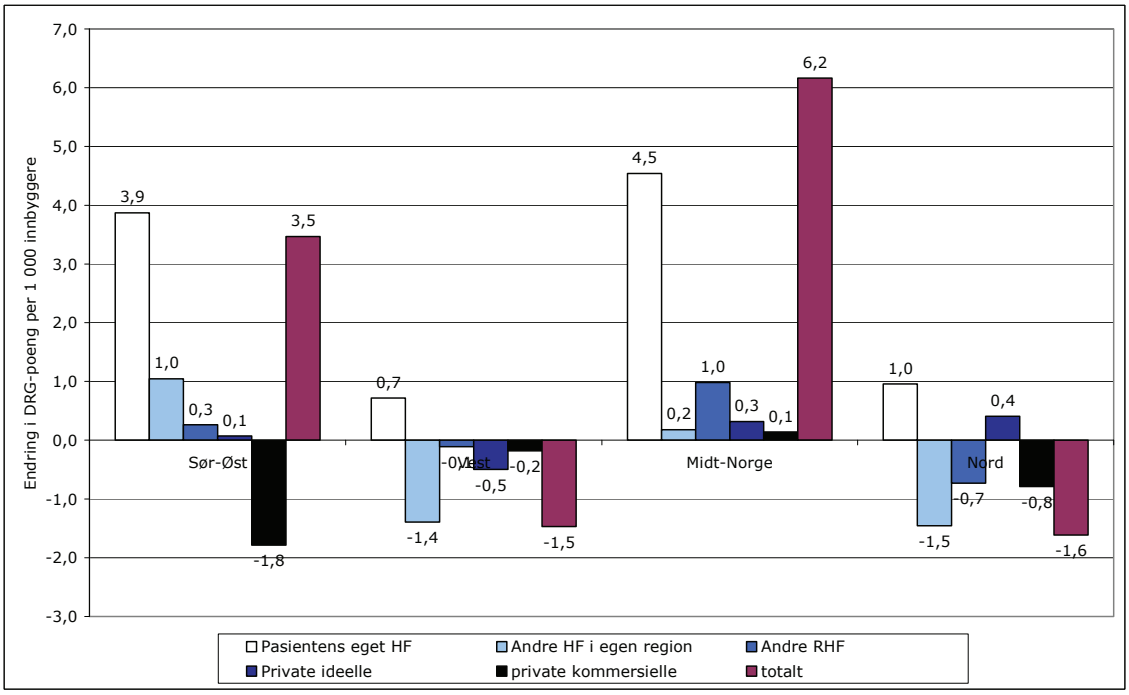
Helse Midt-Norge hadde i 2007 størst andel av DRG-poengene ved eget helseforetak, 80 prosent. Lavest andel ved eget helseforetak hadde Helse Sør-Øst. Regionen hadde høyest andel DRG-poeng produsert ved andre helseforetak i egen region, 25 prosent. Helse Nord hadde høyest andel ved helseforetak i annen region. Helse Midt-Norge hadde høyest andel hos private kommersielle sykehus, 2,8 prosent.

Figur 2.11 og figur 2.12 viser endringer i DRG-poeng per innbygger for henholdsvis perioden 2002-2007 og fra 2006 til 2007. Figuren viser absolutt endring i rater, ikke prosentvis endring. Det vil si at endringstallene for søylene summerer seg til total endring som vist i søylen lengst til høyre for hver region. Tallene for 2006 og 2007 er hentet fra kapittel 15 i Midttun (red, 2008a)[12].

[12] Det ble avdekket en feil i tallene for private kommersielle sykehus i tabell 15.16 i Midttun (red, 2008a). Riktig tall fås ved å trekke fra tall for private ideelle i tabell 15.16 fra summen for private institusjoner i tabell 15.7 i rapporten.



Figur 2.11 Endring i antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere etter hvor pasienten er behandlet. 2002-2007. Eget HF er definert ut fra opptaksområder i 2007 for begge årene. Regioninndelingen med fire regioner er også lagt til grunn i begge årene. Helseregioner



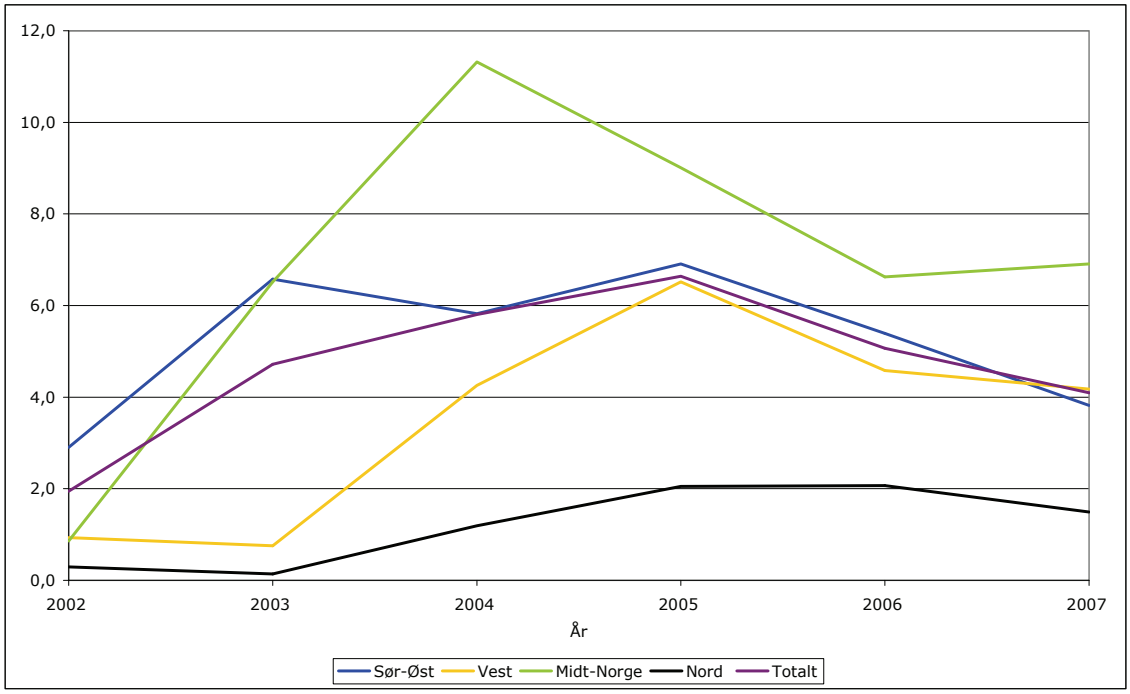
Figur 2.12 Endring i antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere etter hvor pasienten er behandlet. 2006-2007. Eget HF er definert ut fra opptaksområder i 2007 for begge årene. Regioninndelingen med fire regioner er også lagt til grunn i begge årene. Helseregioner

Mellom 60 (Helse Nord) og 70 (Helse Vest) prosent av veksten i DRG-poeng per innbygger i perioden 2002-2007 skjedde ved det helseforetaket pasientene var tilknyttet i 2007. Helse Sør-Øst hadde størst økning ved andre helseforetak i regionen, nesten 40 prosent av veksten gikk til andre helseforetak i regionen. Også i Helse Vest økte omfanget av pasientstrømmer innenfor regionen, nesten 20 prosent av veksten skjedde ved andre helseforetak i regionen. Helse Nord hadde størst økning i bruk av helseforetak i andre regioner, 18 prosent av veksten i DRG-poeng per innbygger gikk til andre regioner. Helse Midt-Norge hadde størst økning i bruken av private kommersielle sykehus, 17 prosent av den totale veksten i DRG-poeng. Selv om i antall DRG-poeng økte mest ved egne helseforetak i perioden 2002 til 2006, så gikk andelen ved egne helseforetak ned i alle regionene.

Aktiviteten innen eget helseforetak økte i alle regionene fra 2006 til 2007, også i Helse Vest og Helse Nord som hadde en nedgang i antall DRG-poeng per innbygger samlet sett. I Helse Vest gikk bruken av andre sykehus ned, størst nedgang var det i bruken av helseforetak i egen region. Også i Helse Nord var det størst nedgang i bruken av andre helseforetak i egen region. Det var også nedgang i bruken av helseforetak i andre regioner og bruken av private kommersielle sykehus. Det var en økning i bruken av private ideelle sykehus, som kan knyttes til flere opphold ved Feiringklinikken.

Veksten i Helse Sør-Øst kommer i hovedsak ved eget helseforetak, men det var også noe økning ved andre helseforetak i regionen. Regionen hadde en betydelig reduksjon i bruken av private sykehus. Nedgangen tilsvarer nesten 50 prosent av veksten ved eget helseforetak og var større enn veksten i bruken av andre sykehus utenfor eget helseforetak. Også i Helse Midt-Norge kan veksten i hovedsak knyttes til økt bruk av eget helseforetak, 74 prosent av den totale veksten. Det var også økt bruk av helseforetak i andre regioner og en liten økning i antall DRG-poeng per innbygger ved private kommersielle sykehus. Antall opphold ved private kommersielle sykehus økte mer enn DRG-poengene, som illustrerer at det er lettere lidelser som behandles ved de private sykehusene. Helse Midt-Norge var eneste region hvor andelen ved eget helseforetak gikk litt ned fra 2006 til 2007. For de andre regionene økte andelen ved eget helseforetak.

Oppdragsdokumentene fra staten til de regionale helseforetakene har de siste årene lagt til grunn at omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus ikke skal økes. Dette har bidratt til en reduksjon i aktiviteten ved de private sykehusene som finansieres av det offentlige. For bedre å illustrere forskjeller i utviklingen i bruken av private kommersielle sykehus gjennom hele perioden viser vi i figur 2.13 antall DRG-poeng per innbygger for alle årene fra 2002 til 2006.



Figur 2.13 DRG-poeng ved private kommersielle sykehus per 1 000 innbyggere. 2002-2007. Helseregioner

Totalt for landet økte bruken av private kommersielle sykehus fra 2002 til 2005, med en nedgang fra 2005 til 2007. Regionene har i stor grad hatt en parallell utvikling, men med forskjeller i nivå. Helse Midt-Norge skiller seg ut med særskilt kraftig vekst fra 2002 til 2004, med påfølgende reduksjoner de neste to årene. Omfanget økte altså i 2007, og nivået ligger betydelig høyere i denne regionen sammenlignet med de øvrige regionene, men betydelig lavere enn i 2004.

2.4 Nærmere om utvikling i forbruksrater og aktivitetssammensetning

Vi skal her se nærmere på aktivitetsutviklingen når det gjelder innlagte pasienter i helseregionene og vise forskjeller i utvikling etter oppholdstype (dag- og døgnbehandling), hastegrad (elektiv og øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp)) og DRG-type (medisinske og kirurgiske DRG-er). Vi vil også se på forskjeller i utvikling i forbruksrater (DRG-poeng per innbygger) for ulike aldersgrupper. Formålet er å undersøke for hvilke aktivitetstyper og aldersgrupper det er størst forskjeller i nivå og utvikling mellom regionene. Vi viser til Helsedirektoratet (2008) for en mer detaljert gjennomgang av utvikling for hoveddiagnosegrupper i DRG-systemet på nasjonalt nivå.

Vi har delt pasientene inn i fem aldersgrupper, som vist i tabell 2.1.

Tabell 2.1 Prosentandel DRG-poeng etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. Totalt og for ulike aldersgrupper. Fordeling på aldersgrupper totalt er vist i parentes i siste kolonne. 2007

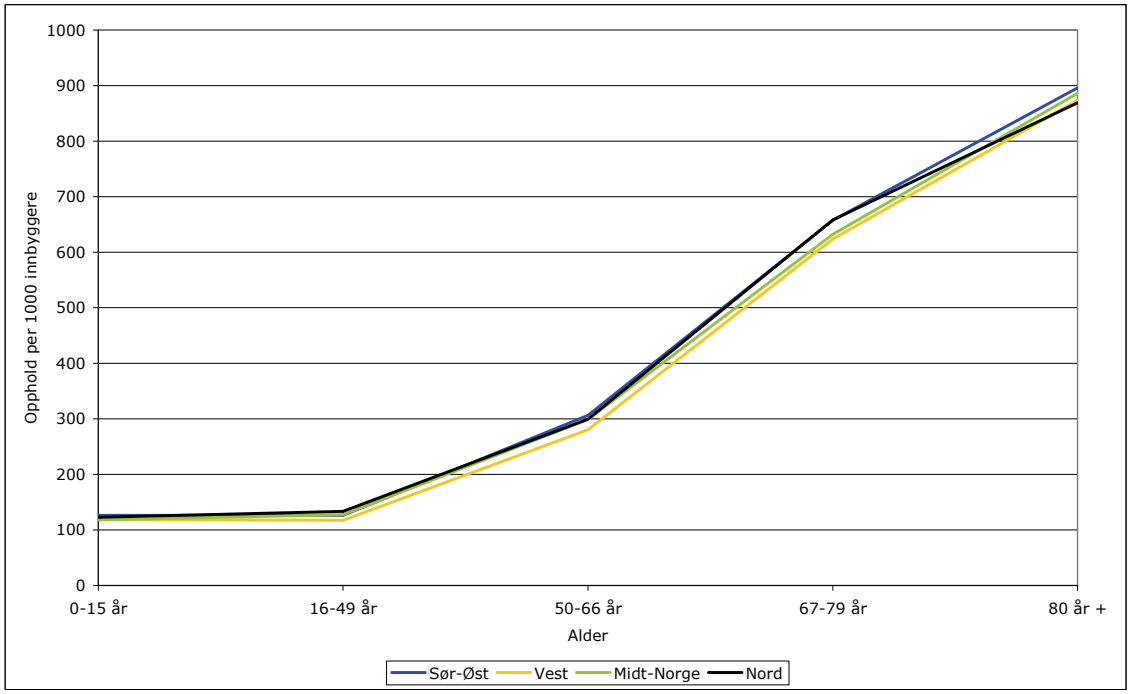
Alders-grupper	Elektiv kirurgi, døgn	Elektiv medisin, døgn	Elektiv kirurgi, dag	Elektiv medisin, dag	Ø-hjelp, kirurgi	Ø-hjelp, medisin	Annet (nyfødte og fødsler mv)	Totalt
0-15	9,7	6,9	5,7	2,1	5,6	15,9	54,0	100,0 (10,6)
16-49	17,8	8,9	16,0	5,4	15,3	21,2	15,4	100,0 (24,3)
50-66	28,0	11,5	10,8	8,4	16,2	25,1	0,0	100,0 (25,4)
67-79	29,0	9,2	6,5	6,3	16,8	32,1	0,0	100,0 (22,6)
80+	14,5	5,9	5,9	3,5	22,1	48,2	0,0	100,0 (17,1)
Totalt	21,5	8,9	9,7	5,7	16,0	28,7	9,5	100,0

De største gruppene målt ved DRG-poeng er de som omfatter pasienter i alderen 55-66 år og 16-49 år (henholdsvis 25 og 24 prosent). Aldersgruppen 67-79 år står for 23 prosent av DRG-poengene, mens eldre over 80 står for 17 prosent av DRG-poengene. Målt i antall opphold er det pasienter i alderen 16-49 år som utgjør den største gruppen. Det betyr at denne aldersgruppen i gjennomsnitt har mindre ressurskrevende opphold enn gjennomsnittet. De to eldste gruppene utgjør en større andel av DRG-poengene enn av oppholdene, noe som indikerer at de eldre i gjennomsnitt er mer ressurskrevende å behandle. Som vi skal komme tilbake til nedenfor, øker også forbruksratene med alder.

Samlet utgjorde ø-hjelpsopphold 45 prosent av DRG-poengene i 2007. Medisinske ø-hjelpsopphold alene stod for 29 prosent av DRG-poengene. Elektiv kirurgisk døgnbehandling utgjorde 22 prosent av DRG-poengene. De andre gruppene stod hver for seg for mindre enn ti prosent av DRG-poengene. For eldre pasienter over 80 år er nesten halvparten av DRG-poengene knyttet til medisinske ø-hjelpsopphold. Medisinske ø-hjelpsopphold utgjør en av de største gruppene for alle aldersgrupper. Andelen kirurgiske ø-hjelpsopphold er også størst blant de eldste. Pasienter i alderen 50-79 har relativt sett flest DRG-poeng i gruppen elektiv kirurgisk døgnbehandling, mens elektiv dagkirurgi utgjør en relativ sett større andel blant pasienter i alderen 16-49 år. For pasienter under 16 år utgjør gruppen "annet", som i all hovedsak er nyfødte, den største gruppen, med mer enn halvparten av DRG-poengene. Gruppen "annet", i hovedsak fødsler, utgjør 15 prosent av DRG-poengene i aldersgruppen 16-49 år.

Små regionale forskjeller i forbruksrater for ulike aldergrupper, men ulik utvikling det siste året

Figur 2.14 viser forbruksrater for DRG-poeng for de ulike aldersgruppene i 2007.

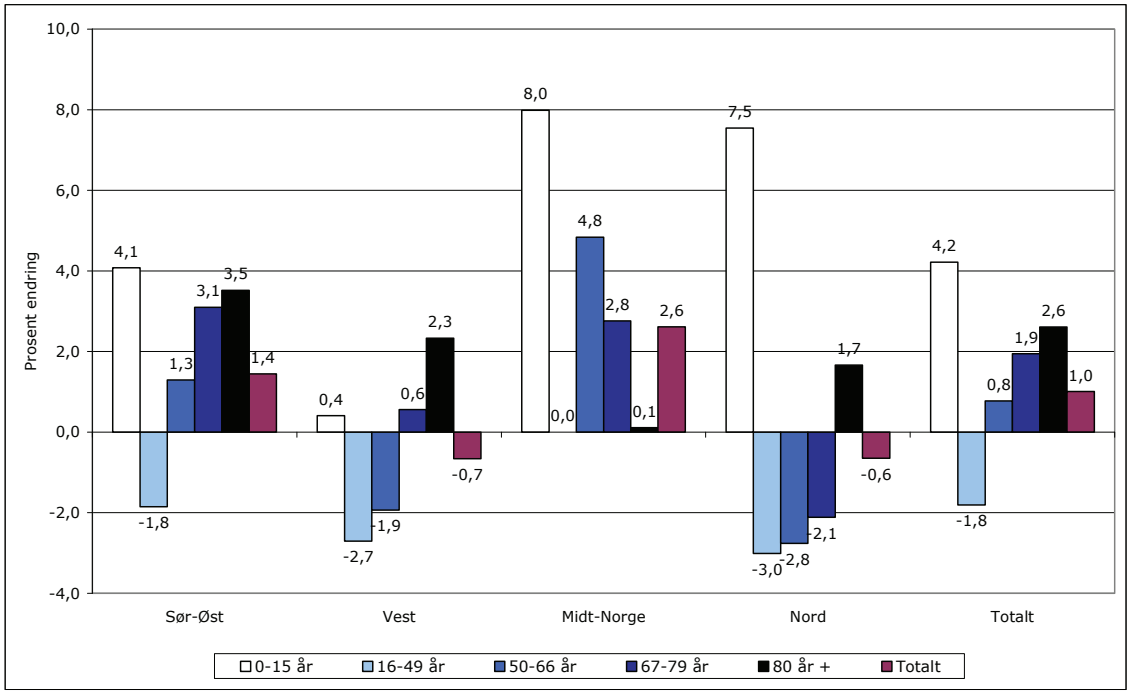


Figur 2.14 DRG-poeng per 1 000 innbyggere i ulike aldersgrupper. 2007. Helseregioner

Forbruksratene øker med alder. Raten for de yngre aldersgruppene (0-15 år og 16-49 år) var mellom 120 og 130 DRG-poeng per 1 000 innbyggere i 2007. For aldersgruppen 50-66 år var raten ca 300 og den økte til i underkant av 900 for de eldste over 80 år.

Det er små forskjeller mellom regionene i totalratene for de ulike aldersgruppene. Størst forskjell finner vi for aldersgruppen 16-49 år hvor forskjellen mellom høyest og lavest rate var 14 prosent i 2007. Minst forskjell (tre prosent) finner vi for de eldste. Helse Vest hadde lavest eller nest lavest rate for alle aldersgrupper, mens Helse Sør-Øst hadde høyest eller nest høyest rate for de fleste aldersgruppene.

Det var til dels store forskjeller i utvikling i DRG-poeng per innbygger i de enkelte aldersgruppene mellom regionene fra 2006 til 2007. Dette er vist i figur 2.15.



Figur 2.15 Endring i DRG-poeng per 1 000 innbyggere for ulike aldersgrupper. 2006-2007. Prosent. Helseregioner

I alle regionene, med unntak av Helse Vest, var det størst økning i DRG-poeng per innbygger for de yngste under 16 år fra 2006 til 2007. Det var stort avvik i utviklingen i DRG-poeng og antall opphold for denne aldersgruppen. Antall opphold gikk ned med i overkant av en prosent. Størst avvik finner vi for Helse Midt-Norge og Helse Nord. Nyfødte utgjør om lag halvparten av DRG-poengene i den yngste aldersgruppen. Antall opphold for nyføde var uendret på landsbasis, mens antall DRG-poeng gikk opp med 14 prosent. Det var økning i vektene for både friske nyfødte og andre nyfødte i 2007. Spesielt var det store endringer i noen av vektene for nyfødte med lav fødselsvekt. Dette gir til dels store utslag. Vi har ikke undersøkt endringer for de øvrige pasientgruppene.

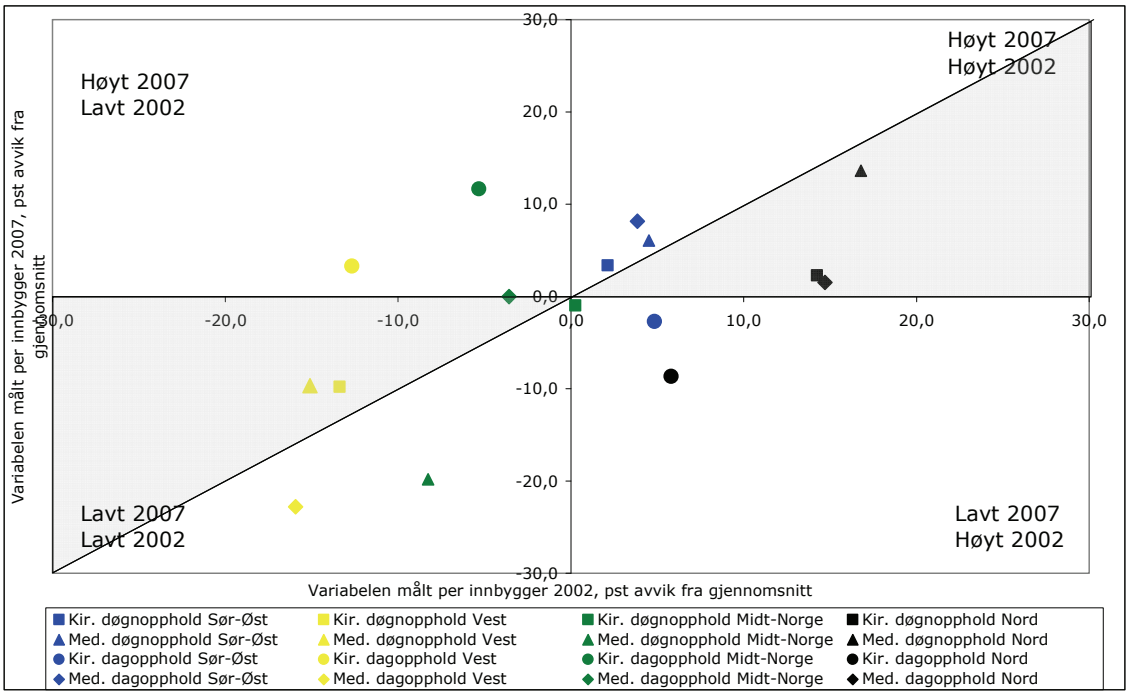
Eldre over 80 år hadde nest høyest vekst i raten fra 2006 til 2007 når vi ser på landet totalt. Dette finner vi også for alle regionene, med unntak av Helse Midt-Norge hvor raten var tilnærmet uendret. Helse Midt-Norge hadde relativt sett høy vekst i ratene for aldersgruppene 50-66 og 67-79 år. Det var heller ikke nedgang i aldersgruppen 16-49 år, som vi finner for de andre regionene. Helse Vest hadde, i likhet med Helse Nord, også nedgang i raten for aldersgruppen 50-66 år. Helse Nord hadde også nedgang for aldersgruppen 67-79 år. Med unntak for Helse Midt-Norge økte veksten med alder for gruppene med innbyggere over 15 år.

Høyest forbruksrater for elektiv virksomhet i Helse Sør-Øst og Helse Nord, høyest rater for ø-hjelp i Helse Midt-Norge og Helse Nord

Som vi viste over var det en stor økning i dagaktiviteten i perioden 2002-2007. Det var medisinsk dagaktivitet som økte mest, en dobling av DRG-poeng per innbygger totalt. Elektiv dagkirurgi økte med 24 prosent. Samme økning finner vi for kirurgiske ø-hjelpsopphold. DRG-poeng for elektive kirurgiske og medisinske ø-hjelpsopphold økte med henholdsvis 12 og fem prosent i perioden, mens det var en reduksjon i DRG-poengene per innbygger for elektive medisinske døgnopphold på ti prosent. Generelt er utviklingen i antall opphold forskjellig fra utviklingen i antall DRG-poeng. Økningen i DRG-poeng var vesentlig større enn økningen i antall opphold for medisinske dagopphold og kirurgiske ø-hjelpsopphold, mens det var en nedgang i antall opphold for elektive kirurgiske døgnopphold. Dette illustrerer at

det skjer en endring i pasientsammensetning innenfor de ulike gruppene. Noe av forskjellene kan også skyldes at vektsettet som brukes for å beregne DRG-poeng endres fra år til år.

Figur 2.16 og figur 2.17 viser DRG-poeng per innbygger i 2002 og 2007 etter oppholdstype og DRG-type for henholdsvis elektive opphold og ø-hjelpsopphold. Figurene leses på samme måte som figur 2.3.



Figur 2.16 DRG-poeng for elektive opphold etter oppholdstype og DRG-type per innbygger. Prosent avvik fra gjennomsnittet. 2002 og 2007. Helseregioner

Det var et entydig regionalt mønster med hensyn til forbruksrater for elektiv virksomhet i 2002. Helse Nord hadde høyest rater på alle de fire indikatorene for elektiv virksomhet. Regionen lå nærmere gjennomsnittet i 2007 enn 2002. For dagkirurgi har Helse Nord skiftet posisjon fra rate over gjennomsnittet i 2002 til lavest rate i 2007. Tre av de fire indikatorene hadde et avvik på mer enn ti prosent fra gjennomsnittet i 2002. I 2007 hadde tre av fire indikatorer et avvik på mindre enn ti prosent.

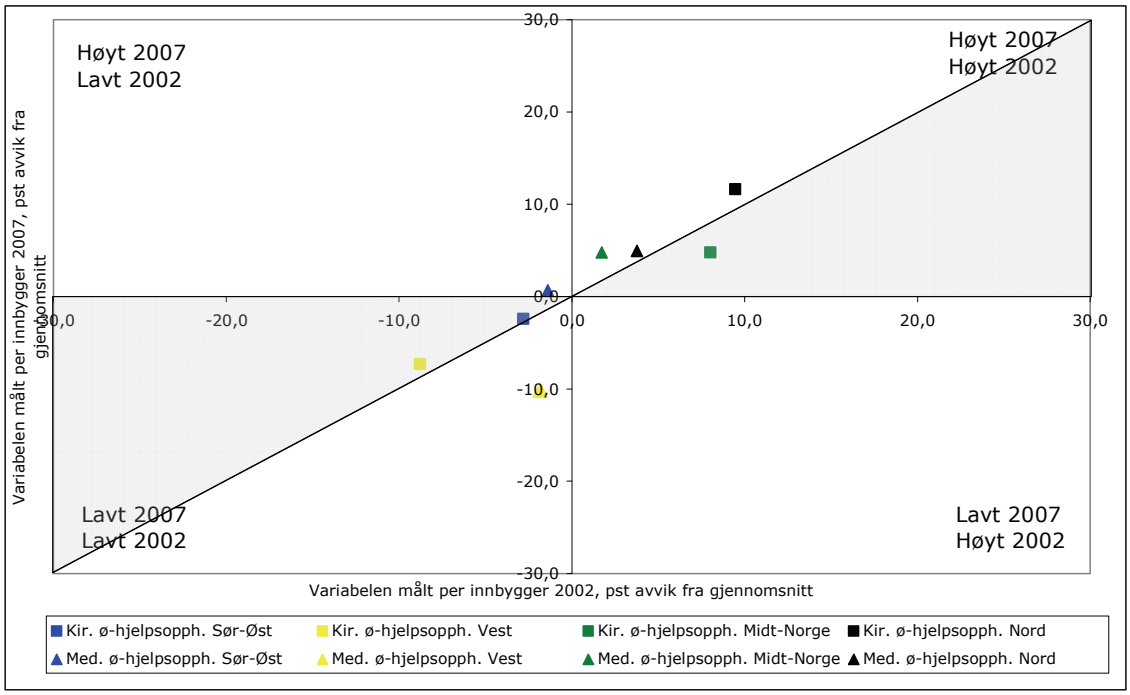
Helse Sør-Øst hadde nest høyeste rater for alle indikatorene for elektiv virksomhet i 2002. Ser vi bort fra dagkirurgi, økte regionen avstanden til gjennomsnittet og hadde de høyeste ratene for kirurgiske døgnopphold og medisinsk dagbehandling i 2007. For dagkirurgi hadde Helse Sør-Øst nest lavest vekst og hadde nest lavest rate i 2007. Alle indikatorene hadde et avvik på mindre enn ti prosent fra gjennomsnittet begge år.

Helse Midt-Norge hadde i 2002 nest laveste rate for alle indikatorene for elektiv virksomhet. Det var ulik utvikling for forbruksindikatorene. For kirurgiske døgnopphold og medisinske dagopphold lå regionen fortsatt nest lavest i 2007. Regionen hadde størst nedgang i raten for medisinske døgnopphold (-21 prosent) fra 2002 til 2007, og lå 20 prosent under gjennomsnittet i 2007. På den annen side hadde Helse Midt-Norge sterk vekst i dagkirurgi og har høyest rate i 2007. Alle indikatorene hadde et avvik på mindre enn ti prosent fra gjennomsnittet i 2002. I 2007 gjelder dette kun to av indikatorene.

Helse Vest hadde lavest rate på de fire forbruksmålene for elektiv virksomhet i 2002. Også for denne regionen ser vi ulik utvikling for forbruksindikatorene. For døgnbehandlingen var avstanden til gjennomsnittet redusert i 2007. For medisinske dagopphold økte avstanden.

Helse Vest hadde, sammen med Helse Midt-Norge, størst vekst i forbruksraten for dagkirurgi og hadde nest høyest rate i 2007. Alle indikatorene hadde et avvik på mer enn ti prosent fra gjennomsnittet i 2002. I 2007 var det kun medisinsk dagbehandling som hadde et avvik fra gjennomsnittet på mer enn ti prosent.

Det er størst og store forskjeller i forbruksratene for elektive medisinske opphold, i overkant av 40 prosent forskjell mellom den høyeste og den laveste raten. Forskjellene er betydelig mindre for kirurgiske opphold, henholdsvis 14 prosent og 22 prosent for døgnraten og dagraten.



Figur 2.17 DRG-poeng for øyeblikkelig-hjelpopphold per innbygger etter DRG-type. Prosent avvik fra gjennomsnittet. 2002 og 2007. Helseregioner

For ø-hjelpsopphold var det Helse Nord som hadde høyest rate for kirurgiske opphold i 2007. Helse Midt-Norge har nest høyest rate. Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde også høyest rater for medisinske ø-hjelpsopphold. Helse Vest hadde lavest rater for ø-hjelpsopphold.

Forskjell i rate for ø-hjelpsopphold mellom lavest og høyest var 17 prosent for medisinske opphold og 20 prosent for kirurgiske opphold. Det har vært en tendens til økning i forskjeller i rater, spesielt for medisinske ø-hjelpsopphold.

Helse Midt-Norge lavest rater på rehabilitering, og også på andre store grupper innen medisinsk døgnbehandling, unntatt ondartede svulster

Helse Midt-Norge skilte seg ut med lave rate for medisinsk døgnbehandling i 2007. Vi har sett på forskjellene mellom regionene for de største hoveddiagnosegruppene. Faktorer som påvirker helsetilstanden er den største hoveddiagnosegruppen målt i DRG-poeng, om lag ¼, innen medisinsk døgnbehandling. Dette er i hovedsak rehabiliteringsopphold. Helse Sør-Øst hadde i 2007 en rate som var 70 prosent høyere enn raten for Helse Midt-Norge, som hadde lavest rate. Opphold ved opptreningsinstitusjon kan være et alternativ til rehabilitering ved sykehus. Helse Midt-Norge hadde nest høyest rate for bruk av private opptrenings-institusjoner.

Vi har skilt ut ondartede svulster som egen gruppe. Dette utgjør den nest største gruppen med 22 prosent av DRG-poengene for den medisinske døgnbehandlingen. For denne gruppen hadde Helse Nord og Helse Midt-Norge de høyeste ratene. Men forskjellene mellom regionene er ikke store, relativt sett. For de øvrige gruppene som er relativt sett store målt i DRG-poeng (seks til sju prosent av DRG-poengene for medisinske døgnopphold) hadde Helse Midt-Norge de laveste ratene. Helse Nord hadde høyest rate for sykdommer i åndedrettsorganene (differanse 73 prosent), sykdommer i sirkulasjonsorganene (differanse 285 prosent) og sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (differanse 61 prosent), mens Helse Sør-Øst hadde høyest rate for sykdommer i nervesystemet (differanse 70 prosent). Helse Midt-Norge har altså lave rater for alle de største pasientgruppene med unntak av ondartede svulster.

Helse Sør-Øst høyest rater for både dag- og døgnrehabilitering

Det er ikke slik at regionene som har lave rater for elektiv medisinsk døgnbehandling har høye rater for elektiv medisinsk dagbehandling innen hoveddiagnosegruppene. Helse Vest hadde den laveste raten for elektive medisinske dagbehandlinger i 2007. Kjemoterapi er den største gruppen innen medisinsk dagbehandling, og utgjør over 40 prosent av DRG-poengene i 2007. Helse Vest hadde en rate som var nesten 40 prosent lavere enn raten i Helse Midt-Norge, som hadde høyest rate. Helse Midt-Norge hadde også høyest rate for den nest største gruppen, som er dialyse og som står for 20 prosent av DRG-poengene for medisinsk dagbehandling. Her var raten i 2007 55 prosent høyere enn i Helse Nord, som hadde lavest rate. Helse Midt-Norge hadde lavest rate for den tredje største gruppen ”faktorer som påvirker helsetilstanden - andre kontakter med helsetjenesten”. Gruppen består i hovedsak av rehabiliteringsopphold. Helse Sør-Øst hadde den høyeste raten, mer enn 4,5 ganger så høy som raten i Helse Midt-Norge. For den fjerde største gruppen ”sykdommer i sirkulasjonsorganene”, hadde Helse Nord den høyeste raten, dobbelt så høy som i Helse Vest, som hadde lavest rate. Helse Nord hadde som sagt over også høyest rate for elektiv medisinsk døgnbehandling for denne hoveddiagnosegruppen. Helse Vest har relativt sett lave rater på alle de fire største gruppene innen medisinsk dagbehandling.

Helse Midt-Norge høyest dagkirurgirater for øyesykdommer og sykdommer muskel-skjelettsystemet og bindevev, lavest på øre/nese/hals-sykdommer – Helse Vest høyest dagkirurgirate for øre/nese/hals-sykdommer

Regionene har skiftet posisjon i forhold til hverandre når det gjelder ratene for DRG-poeng per innbygger innen dagkirurgisk behandling. Høye rater i Helse Midt-Norge for de to største hoveddiagnosegruppene, ”øyesykdommer” og ”sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev”, bidrar til de høye ratene i regionen totalt i 2007. For begge gruppene hadde Helse Nord de laveste ratene og forskjellen i ratene var 33 prosent for ”øyesykdommer” og 55 prosent for ”sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev”. Helse Vest har også høye rater innen noen av de store gruppene, ”øre/nese/hals-sykdommer” (raten var 82 prosent høyere enn raten til Helse Midt-Norge som hadde lavest rate), ”sykdommer i sirkulasjonsorganene” (raten var 60 prosent høyere enn i Helse Nord som hadde lavest rate) og ”sykdommer i hud, underhud og bryst” (mer enn tre ganger høyere rate enn i Helse Nord som hadde lavest rate). Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde de høyeste ratene innen flere mindre hoveddiagnosegrupper, og også innen for ”sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer” som er en relativt stor gruppe (Helse Sør-Øst hadde nesten 60 prosent høyere rate enn Helse Vest som hadde lavest rate). Helse Nord hadde høyest rate for ”sykdommer i fordøyelsesorganene” (raten var nesten 60 prosent høyere enn i Helse Midt-Norge som hadde lavest rate).

Helse Nord og Helse Sør-Øst høyest døgnkirurgirater for sirkulasjonssykdommer – Helse Midt-Norge også høyest døgnkirurgirate forsykdommer i muskel-skjelett-systemet og bindevev

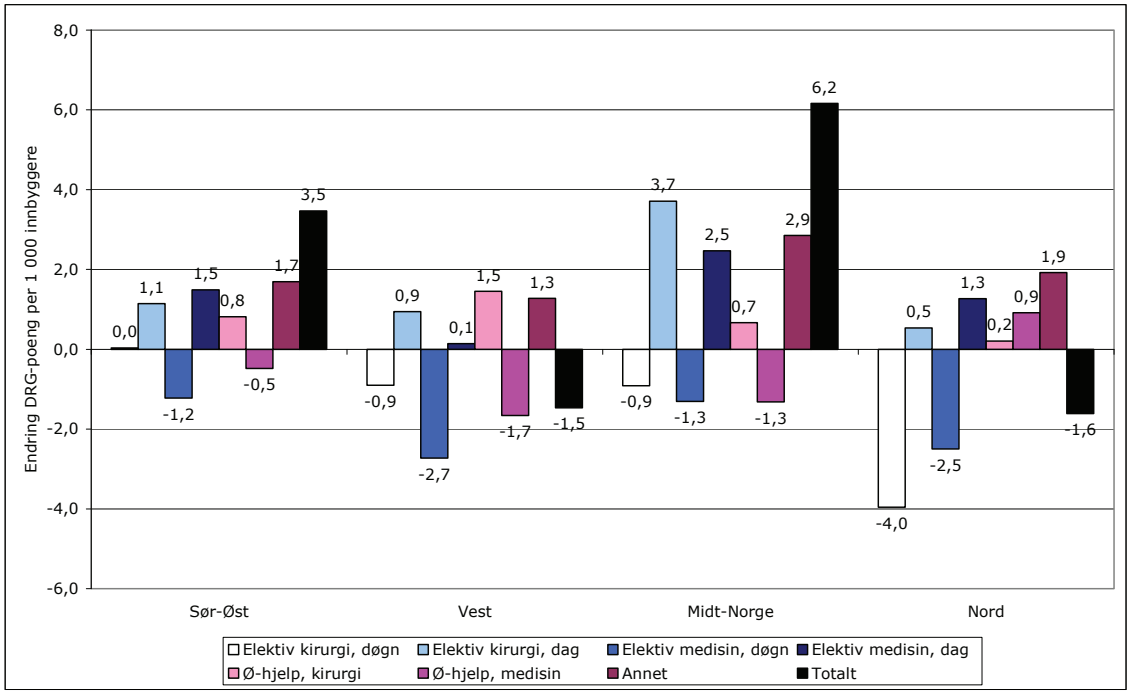
Det var som sagt små forskjeller mellom regionene i totalratene for elektiv kirurgisk døgnbehandling i 2007. Den største hoveddiagnosegruppen målt i DRG-poeng var "sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev", som sto for 32 prosent av DRG-poengene. Helse Midt-Norge hadde høyest rate for den gruppen og raten var 20 prosent høyere enn i Helse Vest og Helse Nord som hadde de laveste ratene. Helse Midt-Norge hadde altså både høyest dagrate og døgnrate for denne gruppen. For den nest største gruppen, "sykdommer i sirkulasjonsorganene", hadde Helse Nord og Helse Sør-Øst høyest rate og Helse Midt-Norge lavest rate. Differansen var i underkant av 40 prosent. Ondartede svulster var den tredje største gruppen innenfor elektiv kirurgisk døgnbehandling. Det var små forskjeller i ratene for DRG-poeng mellom regionene for denne gruppen.

Ingen entydig sammenheng mellom elektive rater og ø-hjelpsrater

Helseforetakene kan i større grad styre den elektive virksomheten enn ø-hjelpsaktiviteten. Det er imidlertid ikke alltid et opplagt skille mellom elektive innleggelser og ø-hjelpsinnleggelser. Det kan tenkes at sykehusene har ulik praksis i vurderingen av hvor skillet går. Men basert på forbruksrater for de hoveddiagnosene som utgjør et vesentlig omfang innenfor både elektive døgnopphold og ø-hjelpsopphold, er det ikke noe som tyder på dette. For de to største kirurgiske gruppene, "sykdommer muskel-skjelettsystemet og bindevev" og "sykdommer i sirkulasjonsorganene" hadde henholdsvis Helse Midt-Norge og Helse Nord de høyeste ratene for DRG-poeng både for elektive opphold og for ø-hjelpsopphold. Blant de største hoveddiagnosegruppene for medisinske opphold er det kun for sykdommer i åndedrettsorganene at vi ser en tendens til lav rate for ø-hjelpsopphold og høy rate for elektive opphold, og motsatt. Helse Nord hadde høyest rate og Helse Midt-Norge lavest rate for elektive døgnopphold, mens Helse Nord hadde nest lavest rate for ø-hjelpsopphold og Helse Midt-Norge nest høyest rate. Også når det gjelder totalratene er det ikke noen entydig sammenheng mellom elektiv virksomhet og ø-hjelp. Helse Nord har i store trekk både høyt nivå på elektiv behandling og ø-hjelp, mens Helse Vest har lave rater for begge pasientgruppene. Unntaket er dagkirurgi, hvor Helse Nord har lavest rate og Helse Vest nest høyest rate i 2007. Helse Midt-Norge har imidlertid høyere rater enn Helse Sør-Øst for ø-hjelp og, igjen med unntak for dagkirurgi, lavere rater for elektiv virksomhet. I 2002 var det Helse Nord og Helse Sør-Øst som hadde høyest dagkirurgirater.

Stor økning både i elektiv dagkirurgi og medisinsk dagbehandling i Helse Midt-Norge og stor nedgang i elektiv døgnbehandling i Helse Nord siste år

Vi har sett at det var betydelige forskjeller i utviklingen i regionene det siste året. I figur 2.18 viser vi utviklingen siste år fordelt på ulike typer opphold. Vi viser her en dekomponering av endringen i DRG-poeng per innbygger totalt på de ulike gruppene. Det vil si at summen av endringene for hver gruppe summerer seg til totalen som er vist ved søylen lengst til høyre for den enkelte regionen. Figuren viser altså absolutt endring i antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere, ikke prosentendring.



Figur 2.18 Endring i antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type. 2006-2007. Helseregioner

Det var en nedgang eller ingen endring i raten for elektive døgnopphold i alle regionene fra 2006 til 2007. Raten for medisinske ø-hjelpsopphold ble også redusert i alle regionene, unntatt Helse Nord. Det var økning i raten for de andre gruppene, men både den absolutte og relative størrelsen på bidraget til økning i DRG-poengene per innbygger er forskjellig i regionene.

Helse Sør-Øst hadde en økning i antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere på 3,5. Størst bidrag til økningen finner vi for gruppen "annet" som i hovedsak omfatter nyfødte og fødsler. Økningen i raten for elektiv medisinsk dagbehandling er det nest største bidraget til økning av den totale raten. Økning i DRG-poeng for kjemoterapi og dialyse bidro i stor grad til dette. Dagrehabiliteringsoppholdene ble betydelig redusert i Helse Sør-Øst i 2007. Dette kan knyttes til vedtaket i Avregningsutvalget som konkluderte med at storparten av dagrehabiliteringen ved sykehusene ikke tilfredsstilte kravene til refusjon gjennom Innsatsstyrt finansiering (ISF) (Avregningsutvalget, 2007). Tidligere Helse Sør sto for en stor andel av dagrehabiliteringsoppholdene, og det skjedde en stor endring i registreringspraksis fra dagopphold til polikliniske konsultasjoner, og også nedleggelse av tilbud, for de berørte institusjonene i løpet av 2007[13].

I Helse Vest ble totalraten redusert med 1,5 poeng per 1 000 innbyggere. Det var betydelig reduksjon i ratene for både elektive medisinske døgnopphold og medisinske ø-hjelpsopphold. Størst reduksjon finner vi for ratene for "øre/nese/halssykdommer" (elektiv), ondartede svulster (både elektiv og ø-hjelp) og "sykdommer i nervesystemet" (både elektiv og ø-hjelp). Størst økning finner vi for raten for kirurgiske ø-hjelpsopphold for blant annet hoveddiagnosegruppene "sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev", "faktorer som påvirker helsetilstanden - andre kontakter med helsetjenesten" og "infeksiøse og parasittære sykdommer".

[13] Dette er nærmere beskrevet i Vedlegg SV6 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

Helse Midt-Norge hadde en økning i totalraten på 6,2 DRG-poeng per innbygger. Det største bidraget kom fra økningen i dagkirurgisk behandling. Helse Midt-Norge hadde stor økning innen de fleste hoveddiagnosegruppene som inngår i dagkirurgisk behandling. Regionen hadde også størst økning i raten for elektiv medisinsk dagbehandling og fødsler mv. For elektiv dagbehandling var det økning i raten for kjemoterapi som bidro mest til økningen i raten, men også raten for dagrehabilitering økte. Ser vi bort fra fødsler kan altså den store økningen i DRG-poeng per innbygger i Helse Midt-Norge knyttes til dagbehandling.

Helse Nord hadde en nedgang i totalraten på 1,6 DRG-poeng per innbygger. Utviklingen i elektiv kirurgisk døgnbehandling bidro med en reduksjon på fire poeng per innbygger. Det var en betydelig nedgang også i raten for elektiv medisinsk døgnbehandling. Nedgang i innleggelser for "sykdommer i sirkulasjonsorganene" (kirurgi), ondartede svulster (både kirurgi og medisin) og "øre/nese/halssykdommer" (medisin) bidro mest til nedgang i totalratene. Størst økning finner vi for fødsler mv. og elektiv medisinsk dagbehandling, som i stor grad kan knyttes til økning i kjemoterapi.

Økte vekter for kjemoterapi og dialyse bidrar i stor grad til økningen i DRG-poeng for medisinsk dagbehandling fra 2006 til 2007. For landet totalt var økningen i DRG-poeng per innbygger på 10,8 prosent, mens antall opphold per innbygger økte med 3,4 prosent. For Helse Vest var det en økning i raten for DRG-poeng og en nedgang i oppholdsraten. For Helse Midt-Norge og Helse Nord var forskjellen i raten for DRG-poeng og oppholdsraten om lag ti prosentpoeng. Forskjellen var noe mindre for Helse Sør-Øst og Helse Vest, henholdsvis om lag sju og fem prosentpoeng. Som nevnt bidrar også endring i vektsett for nyfødte til en vesentlig økning av DRG-poeng for gruppen "annet".

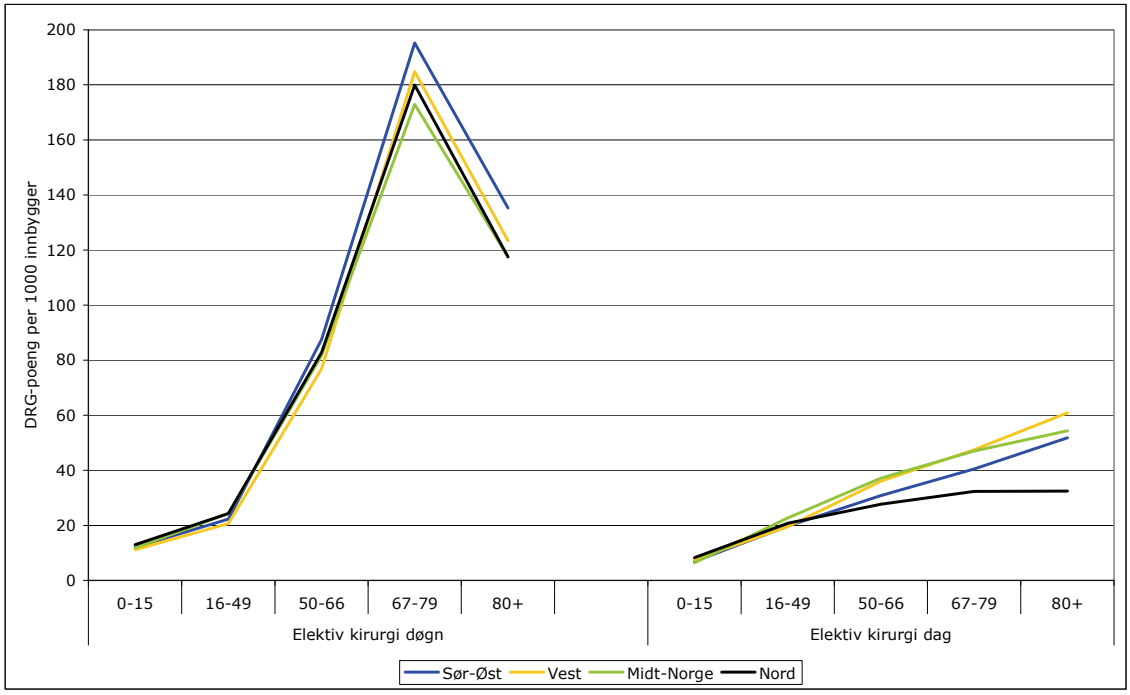
Store regionale forskjeller i forbruksratene for dagbehandling for de eldste

Vi har sett at i store trekk har Helse Nord de høyeste forbruksratene for både elektive opphold og ø-hjelpsopphold, mens Helse Vest i hovedsak har lavest rater. Helse Sør-Øst har i store trekk relativt høye rater for elektiv virksomhet og lave rater for ø-hjelp, mens det motsatte var tilfelle for Helse Midt-Norge. Det var kun dagkirurgiratene som avvek fra dette mønsteret i 2007. Vi skal nå se nærmere på forskjeller i nivå og utvikling for ulike aldersgrupper. Tallene er vist i tabell 2.9.

Med unntak av de eldste over 80 år, hvor Helse Midt-Norge hadde høyest rate, hadde Helse Nord høyest rater for kirurgiske ø-hjelpsopphold for alle aldersgrupper i 2007. For den største gruppen, medisinske ø-hjelpsopphold, skiller Helse Vest seg ut med lavere rater enn de andre regionene. Forskjellen er størst for aldersgruppene mellom 50 og 79 år. Forbruksratene øker med alder, så selv om forskjellene mellom regionene i antall opphold er størst blant de eldste, er ikke de prosentvise forskjellene nødvendigvis større. Den prosentvise forskjellen mellom høyest og lavest rate for medisinske ø-hjelpsopphold er mindre enn 15 prosent for alle aldersgruppene. For kirurgiske ø-hjelpsopphold var det generelt litt større forskjeller. I prosent var forskjellene minst blant de over 80 år for begge grupper. For kirurgiske ø-hjelpsopphold var det i store trekk små endringer eller økning i DRG-poeng per innbygger i alle aldergrupper og i alle regioner fra 2006 til 2007, med unntak for aldersgruppen 0-15 år, hvor det var nedgang i tre av fire regioner. Antall opphold per innbygger økte imidlertid lite, med unntak av en betydelig økning i raten for eldre over 80 år i Helse Vest (Stavanger og Fonna). Det var i store trekk nedgang eller små endringer i raten for medisinske ø-hjelpsopphold for alle aldersgrupper, men det var en økning i raten for noen aldersgrupper i alle regioner.

Det er større regionale forskjeller i den elektive virksomheten, spesielt for medisinske opphold. Figur 2.19 og figur 2.20 viser forbruksrater, målt ved DRG-poeng per 1 000 innbyggere i aldersgruppen, for henholdsvis elektive kirurgiske opphold og elektive medisinske opphold for aldersgruppene i 2007 for hver helseregion.

Vi har brukt linjer for å illustrere forskjeller i rater mellom aldersgrupper. Siden aldersgruppene ikke dekker like mange årsklasser, så viser ikke figuren en kontinuerlig sammenheng mellom alder og forbruksrater.



Figur 2.19 Antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere i ulike aldersgrupper. Elektive kirurgiske opphold. 2007. Helseregioner

Ser vi på elektiv kirurgi, er hovedinntrykket at regionale forskjeller for aldersgruppene var forskjellig for døgn- og dagbehandling. For kirurgisk døgnbehandling var den relative forskjellen mellom høyest og lavest rate lavest for gruppen 50-66 år, åtte prosent, og forskjellen mellom høyeste og laveste rate økte med alder. Forskjellen var 15 prosent for innbyggere over 80 år. Det var Helse Sør-Øst som hadde de høyeste ratene for de eldste aldersgruppene, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde de laveste ratene. De relative forskjellene var like store for innbyggere under 50 år som for de over 80 år, men her er ratene mye lavere. For dagkirurgisk behandling var forskjellene minst for aldersgruppen 16-49 år, 15 prosent, og forskjellene mellom helseregionene økte med alder. For de eldste over 80 år var forskjellen på nesten 90 prosent. Helse Vest og Helse Midt-Norge har de høyeste ratene for innbyggere over 50 år. For de eldste over 80 år har Helse Vest høyest rate og raten for Helse Midt-Norge er nærmere raten for Helse Sør-Øst. Det er spesielt de lave ratene i Helse Nord som bidrar til de store regionale forskjellene for eldre når det gjelder dagkirurgi.

For elektiv kirurgisk døgnbehandling var det nedgang i ratene for stort sett alle aldersgrupper i alle regioner det siste året. For aldersgruppen 67-79 år var det imidlertid økning i alle regioner med unntak av Helse Nord. For aldersgruppen 16-49 år finner vi nedgang i alle regioner, størst i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Midt-Norge hadde den største forskjellen i endring i rate mellom aldersgruppene, mens forskjellene mellom aldersgruppene var minst i Helse Nord.

Alle regionene hadde økning i ratene for dagkirurgiske opphold blant eldre over 67 år. For de yngste under 16 år var det også økning i alle regionene. Helse Midt-Norge hadde en betydelig økning i dagkirurgiraten for aldersgruppene 16-49 år og 50-66 år. De andre regionene hadde nedgang for disse aldersgruppene, med unntak av en mindre økning i aldersgruppen 50-66 år i Vest. Helse Midt-Norge hadde minst forskjell i endring i dagkirurgirater mellom aldersgruppene. Dette altså i motsetning til det vi så for elektive kirurgiske døgnopphold.

Det var altså for de eldste over 80 år at forskjellene mellom regionene i dagkirurgiratene er størst. En mulig forklaring på de regionale forskjellene i ratene for dagkirurgi kunne vært at det er substitusjon mellom dag- og døgnkirurgi og at ratene for elektiv døgnkirurgi viser motsatt mønster. Dette er imidlertid ikke tilfelle. Det er ikke slik at Helse Nord, som har spesielt lave rater for de eldre, har de høyeste ratene for døgnkirurgi, og heller ikke slik at Helse Vest som har høyest rate for dagkirurgi for de eldre har lavest rate for døgnkirurgi.

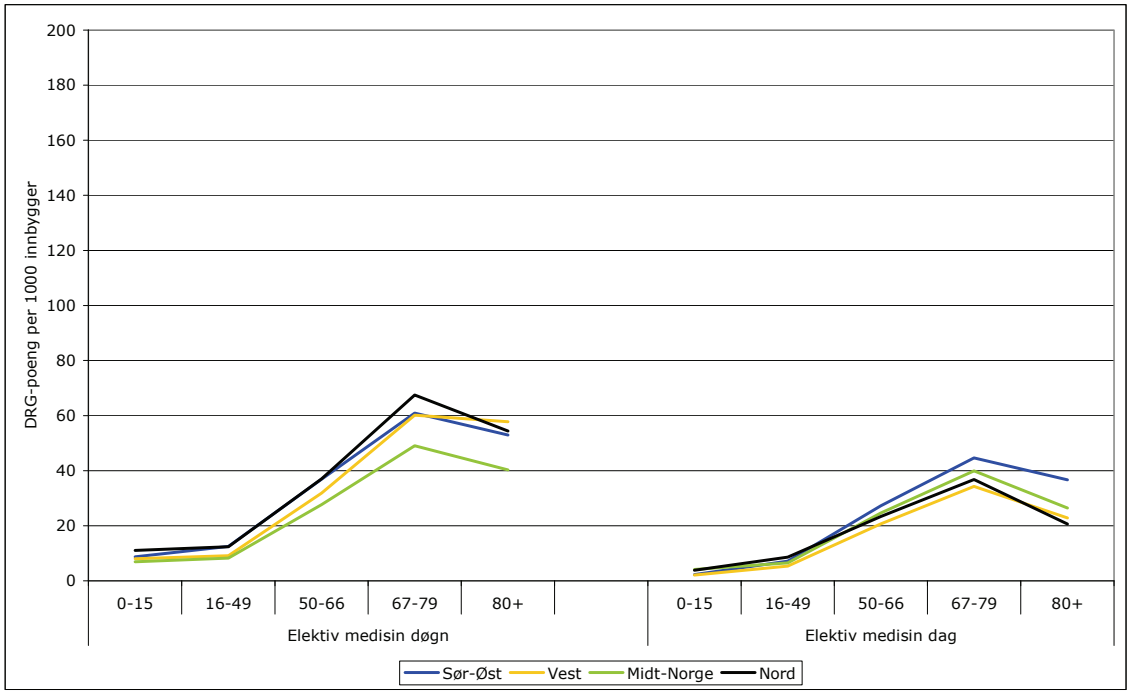
Det er blant de eldre over 80 år vi finner størst økning i dagkirurgiratene fra 2006 til 2007. Veksten var størst i Helse Nord og Helse Sør-Øst og lavest i Helse Vest, noe som bidro til å redusere forskjellen mellom regionene i 2007. Det var også utjevning av forskjellene i den nest eldste aldersgruppen (67-79 år) i og med at Helse Nord hadde størst vekst og Helse Vest lavest vekst.

Vi har undersøkt for hvilke hoveddiagnosegrupper vi finner store forskjeller i dagkirurgiraten for de eldste over 80 år. Ondartede svulster er skilt ut som en egen gruppe. I tabell 2.2 har vi plukket ut grupper med stor variasjon og som utgjør de største pasientgruppene.

Tabell 2.2 Utvalgte hoveddiagnosegrupper med store regionale forskjeller for elektiv dagkirurgi for eldre over 80 år. DRG-poeng per 1000 innbyggere i aldersgruppen. Rate 2007 og prosent endring fra 2006 til 2007. Helseregioner

Helseregion	Øyesykdom		Sykdom i sirkulasjonsorgan		Sykdom i hud og underhud		Ondartede svulster	
	Rate 2007	Pst endring 2006-2007	Rate 2007	Pst endring 2006-2007	Rate 2007	Pst endring 2006-2007	Rate 2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	40,9	49,7	0,8	17,9	1,2	17,7	2,5	-2,6
Vest	41,6	26,7	2,1	30,6	5,6	7,5	6,0	11,6
Midt-Norge	42,4	27,9	1,5	141,7	1,9	31,8	2,8	1,2
Nord	26,0	41,6	0,3	258,1	0,3	-46,9	0,7	31,0

Over ¾ av DRG-poengene for de eldste over 80 år finner vi i hoveddiagnosegruppen "øyesykdom", og størsteparten er operasjoner på glasslegemet (DRG 36) og operasjoner for grå stær (DRG 39). Forbruksforskjeller i denne gruppen påvirker derfor totalratene mye. Det er Helse Midt-Norge som har høyest rate for de eldste, og raten er over 60 prosent høyere enn i Helse Nord. For de tre andre gruppene vi har vist, og som er blant de største etter øyesykdommer, har spesielt Helse Vest høye rater og Helse Nord lave rater. Dette gjelder ondartede svulster, sykdom i hud og underhud og sykdom i sirkulasjonsorgan. De relative forskjellene mellom regionene er store. Dersom de andre regionene skulle hatt samme rate for dagkirurgi for ondartede svulster som Helse Vest ville dette gitt en økning på over 100 prosent i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge og mer enn 700 prosent i Helse Nord. For denne pasientgruppen er kirurgisk døgnbehandling mest vanlig (rater på 27 per 1 000 eldre over 80 år). Men Helse Nord har også lavest rater for kirurgisk døgnbehandling av ondartede svulster. For øyesykdommer og sykdommer i hud og underhud er det lavere rater også for kirurgisk døgnbehandling av eldre og Helse Nord har også lavest rater for døgnbehandlingen. Helse Nord har høyest rater for døgnkirurgi for eldre for sykdommer i sirkulasjonsorgan, som er en større og mer sammensatt gruppe. Men i den største DRG-gruppen som også dekkes av dagkirurgi, implantasjon eller bytte av pacemaker, har Helse Nord også lavest døgnrater. Men vi snakker her om små pasientgrupper målt i DRG-poeng, unntaket er øyesykdommer.



Figur 2.20 Antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere i aldersgruppene. Elektive medisinske opphold. 2007. Helseregioner

Det er heller ikke entydige regionale forskjeller i forbruksmønstre på tvers av aldersgrupper for elektiv medisinsk behandling. For døgnbehandling hadde Helse Vest og Helse Midt-Norge lavest rater for aldergruppene under 67 år i 2007. Helse Midt-Norge hadde også lavest rate for de eldste. Helse Nord hadde høyest rate for aldersgruppen 67-79 år, mens Helse Vest hadde høyest rate for de eldste over 80 år. Forskjellene mellom regionene var store, fra 34 prosent mellom den høyeste og den laveste raten for aldersgruppen 50-66 år til 51 prosent forskjell for aldersgruppen 16-49 år.

Det er store forskjeller mellom regionene når det gjelder medisinsk dagbehandling. Forskjellen mellom regionen med den høyeste og den laveste raten var om lag 80 prosent for aldersgruppen over 80 år og om lag 90 prosent for aldersgruppen 0-16 år. Helse Vest hadde i 2007 lavest rate for medisinsk dagbehandling for alle aldersgrupper utenom de eldste over 80 år, hvor Nord har lavest rate. Helse Nord hadde relativt sett høyere rater for de yngre aldersgruppene. Helse Sør-Øst hadde høyest rate for aldergruppene fra 50 år og eldre. Helse Midt-Norge hadde i store trekk rater nær gjennomsnittet. De store regionale forskjellene i ratene for eldre kan knyttes til ratene i Sør-Øst, de tre andre regionene har mer like rater.

Det var nedgang i ratene for elektiv medisinsk døgnbehandling i alle aldersgrupper i alle regioner fra 2006 til 2007, med unntak av de yngste i Helse Nord. Størst nedgang finner vi for Helse Vest hvor raten gikk ned med rundt 17 prosent for innbyggere i aldersgruppen 16-66 år og rundt 12 prosent for de eldre over 80 år.

For medisinsk dagbehandling finner vi økning i alle aldersgrupper i alle regioner med unntak av aldersgruppen 50-66 år i Helse Vest. Helse Midt-Norge hadde som vist over størst økning i den samlede raten for medisinsk dagbehandling. Veksten øker med økende alder frem til og med gruppen 67-79 år, som hadde en økning i raten på 32 prosent. Raten for eldre over 80 år var imidlertid tilnærmet uendret i Helse Midt-Norge fra 2006 til 2007. For de eldste var økningen størst i Helse Vest og Helse Nord, 14 prosent. Som nevnt tidligere bidro økte vekter for dialyse og kjemoterapi til at økningen i DRG-poeng var mye større enn økningen i opphold. For eksempel gikk antall opphold per innbygger over 80 år ned med 13 prosent i Helse Midt-Norge fra 2006 til 2007.

Det er altså blant de eldre at det er størst regionale forskjeller for elektiv medisinsk dagbehandling. Det er i noen grad slik at de regioner som har lav rate for dagbehandling for de eldste over 80 år, har høye rater for døgnbehandling. Men Helse Sør-Øst, som har høy rate for dagbehandling, har ikke relativt sett lav rate for døgnbehandling. Helse Nord og Helse Vest, som har lavest rater for dagbehandling for de eldste, hadde størst økning fra 2006 til 2007. Dette bidro i noen grad til utjevning av forskjeller.

For å illustrere de regionale forskjellene innen medisinsk dagbehandling har vi i tabell 2.3 vist pasientgrupper hvor det er relativt store regionale forskjeller for eldre over 80 år.

Tabell 2.3 Utvalgte hoveddiagnosegrupper med store regionale forskjeller for elektiv medisinsk dagbehandling for eldre over 80 år. DRG-poeng per 1 000 innbyggere i aldersgruppen. Rate 2007 og prosent endring fra 2006 til 2007. Helseregioner

Helseregion	Nyre- og urinveissykdommer		Faktorer som påvirker helsetilstanden		Sykdommer i nervesystemet		Sykdommer i sirkulasjonsorganene	
	Rate 2007	Pst. endring 2006-2007	Rate 2007	Pst. endring 2006-2007	Rate 2007	Pst. endring 2006-2007	Rate 2007	Pst. endring 2006-2007
Sør-Øst	11,7	20,1	7,8	-41,8	2,3	102,6	3,1	57,1
Vest	12,1	14,5	2,2	6,2	0,5	364,1	1,0	-35,5
Midt-Norge	17,6	-10,1	0,4	-8,7	0,1	-0,5	0,8	21,4
Nord	9,1	14,0	4,5	18,4	0,4	46,7	1,2	-19,7

Den største pasientgruppen innen medisinsk dagbehandling for de eldste er nyre- og urinveissykdom (i all hovedsak dialyse) med 40 prosent av DRG-poengene. For denne pasientgruppen var raten i 2007 nesten dobbelt så høy i Helse Midt-Norge som i Helse Nord. Helse Sør-Øst har nesten like mange DRG-poeng for dialyse registrert som medisinsk døgnbehandling som dagbehandling. For gruppen "faktorer som påvirker helsetilstanden", hvor dagrehabilitering utgjør nesten 80 prosent av DRG-poengene, er det Helse Midt-Norge som har lavest rate og Helse Sør-Øst som har høyest rate. Raten i Helse Sør-Øst var på 7,8 DRG-poeng per 1 000 innbyggere over 80 år mens raten i Helse Midt-Norge var 0,4 DRG-poeng per 1 000 innbyggere over 80 år. Det var en betydelig nedgang i raten for Helse Sør-Øst fra 2006 til 2007. Dette kan som nevnt knyttes til Avregningsutvalgets vedtak vedrørende dagrehabilitering. To andre grupper hvor det er betydelige regionale forskjeller i rater for eldre er "sykdommer i sirkulasjonsorganene" og "sykdommer i nervesystemet". Dette er imidlertid små pasientgrupper. En annen av de større pasientgruppene for medisinsk dagbehandling for eldre er kjemoterapi. Den har vi ikke vist i tabellen. Forskjellen i antall DRG-poeng per innbygger over 80 år mellom Helse Midt-Norge (høyest) og Helse Nord (lavest) var på over 50 prosent i 2007.

2.5 Utvikling i ventetid

Ventetidsutviklingen følges nøye og er en viktig tilgjengelighetsindikator både i styringssammenheng, for henvisende leger, pasienter og offentligheten. En beskrivelse og diskusjon av utviklingen i ventetid hører derfor med når utviklingstrekk for den somatiske spesialisthelsetjenesten presenteres. Men det er viktige forbehold knyttet til presentasjon av tall for gjennomsnittlig ventetid. Vi viser her til Helsedirektoratet sin rapport om aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste 2002-2007 (Helsedirektoratet, 2008) som diskuterer problemer med tolkning av ventelistedata.

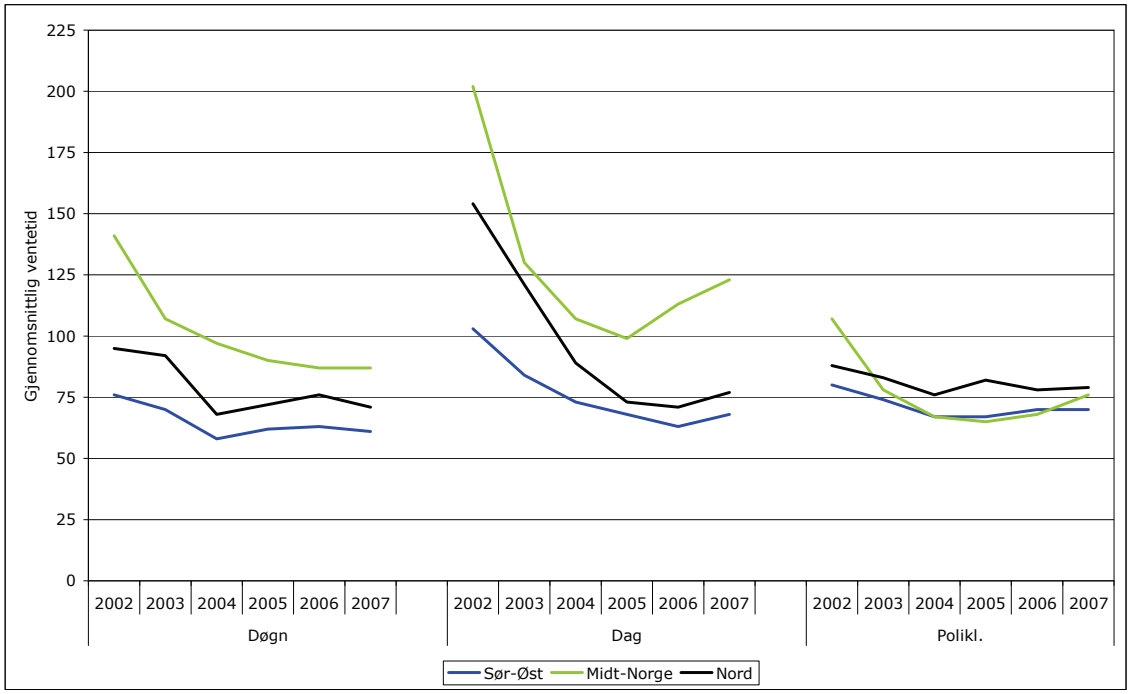
Det er for det første knyttet usikkerhet til kvaliteten på ventelistetallene, som påvirker nivå og utvikling i ventetid. En stor andel sykehus benytter en mekanisk måte å beregne ventetidsslutt (og påbegynt behandling) på, mens andre setter denne ut fra medisinske vurderinger (Helsedirektoratet 2008). Videre er det åpenbart at tallene over antall avviklede fra venteliste ikke er komplett for enkelte sykehus. Dette gjelder for Helse Førde og Helse Bergen for flere år i perioden.

Det er spesielt interessant å se ventetidsutviklingen i sammenheng med aktivitets-utviklingen. Vi vil forvente at økt aktivitet, kontrollert for befolkningsutvikling, bidrar til å redusere ventetiden til behandling. En slik sammenstilling er imidlertid vanskelig av flere grunner. Dette er også diskutert i Helsedirektoratet sin rapport (Helsedirektoratet, 2008). Dette kan blant annet knyttes til at private sykehus ikke er med i ventelistetallene, at ventelistetallene ikke omfatter elektive opphold hvor pasienten tas til behandling samme dag eller dagen etter henvisning, aktiviteten ved poliklinikkene omfatter et vesentlig antall konsultasjoner (oppfølging og kontroller) som ikke er med i ventelistetallene osv. Det vil trolig også være tidsforskyvninger i forholdet mellom kapasitet, aktivitet og henvisninger og ventetid, samtidig som henvisningspraksis kan påvirkes av kapasitets- og aktivitetsutvikling. Det vil kunne være betydelige sammensetningseffekter i forhold til hva som er inkludert i tall som viser utvikling i ventetid og tallene for aktivitetsutvikling. Analyser av sammenhenger mellom utvikling i ventetid og aktivitet bør derfor avgrenses til pasientgrupper hvor det kan forventes et rimelig samsvar i hva som inkluderes. Vi gjør derfor ikke sammenstillinger av utvikling i gjennomsnittlig ventetid og aktivitet på aggregert nivå.

Vi vil først se på utviklingen i gjennomsnittlig ventetid totalt for henholdsvis innlagte pasienter, dagpasienter og polikliniske pasienter for perioden 2002 til 2007. Vi baserer oss da på ventelistedata fra Npr. Vi vil se om det er ulik utvikling for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. Mangelfulle data for Helse Bergen og/eller Helse Førde gjelder for så stor del av perioden at vi velger å ikke vise tall for Helse Vest. Til slutt vil vi se på utviklingen i median ventetid for utvalgte kreftoperasjoner fra 2006 til 2007. Analysen er basert på pasientdata fra Npr. Ventetiden for følgende kreftoperasjoner er belyst: brystkreft, lungekreft, tykktarm-endetarmskreft, prostatakreft og fjerning av livmor på grunn av kreft. Dette pasientgrupper med høy prioritet og hvor ventetiden er særlig viktig for utfallet av sykdommen (overlevelse).

Reduksjon i ventetid fra 2002, økning siste år for dagbehandling

Figur 2.21 viser gjennomsnittlig ventetid etter type behandling etter pasientens bostedsregion for årene fra 2002 til 2007. Det er store forskjeller i størrelsen på gruppene. Pasienter som ventet på poliklinisk behandling utgjorde 85 prosent av pasienter ordinært avviklet fra venteliste i 2007. For døgn- og dagpasienter var andelene henholdsvis ti og fem prosent.



Figur 2.21 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for døgn-, dag og poliklinisk behandling. 2002-2007. Helseregioner

For alle tre typene behandling var ventetiden lavere i 2007 enn i 2002. Forskjellen var mellom 20 prosent og 40 prosent for døgnbehandling, 25-50 prosent for dagbehandling og 10-30 prosent for poliklinisk behandling. Størstedelen av reduksjonen fant sted i de første årene i perioden.

Ventetiden til døgnbehandling økte i Helse Sør-Øst og Helse Nord fra 2004 til 2006. Denne trenden snudde til nedgang i 2007. Helse Midt-Norge hadde nedgang i ventetiden til døgnbehandling fram til 2006, med en utflating siste år.

Det var spesielt stor reduksjon i ventetiden til dagbehandling de første årene. Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde nedgang i ventetiden frem til og med 2006, mens ventetiden økte i 2007. I Helse Midt-Norge startet økningen allerede i 2006.

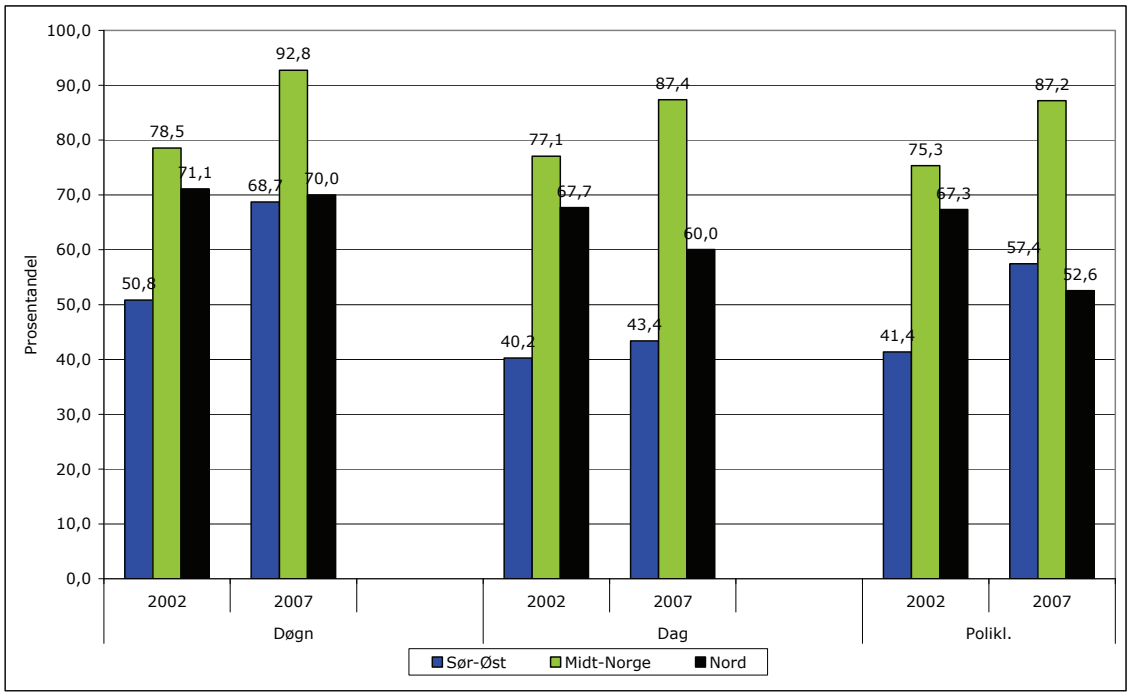
For poliklinisk behandling ser vi også et hovedtrekk med nedgang første del av perioden og økning de siste årene. Fra 2006 til 2007 var det en utflating i Helse Sør-Øst og Helse Nord og økning i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge skiller seg i noen grad fra utviklingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Dersom vi skal gjøre et forsøk på å relatere det til aktivitetsutviklingen vi har sett på over, har for det første omleggingen til kirurgisk dagbehandling vært mye sterkere i Helse Midt-Norge enn Helse Sør-Øst og Helse Nord. Dette kan ha bidratt til å redusere ventetid til døgnbehandling. For det andre følger ventetidsutviklingen for dagbehandling utviklingen av bruk av private sykehus, som i all hovedsak er dagbehandling. Helse Midt-Norge hadde størst økning i bruk av private sykehus de første årene, men startet også reduksjonen i bruken av private kommersielle sykehus ett år før de andre regionene. Den store økningen i dagbehandling i 2007 ser imidlertid ikke ut til å ha bidratt til reduksjon i ventetid.

Helse Midt-Norge hadde både i 2002 og 2007 høyest gjennomsnittlig ventetid for døgn- og dagbehandling, men forskjellene mellom regionene har avtatt. Det er betydelig høyere ventetid for dagbehandling i Helse Midt-Norge enn i Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Store regionale forskjeller i andelen med rett til nødvendig helsehjelp

Når vi skal se på utviklingen i ventetid for henholdsvis pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp, er det viktig å ha in mente forskjeller i andelen pasienter som tildeles slik rett. Dette er vist i figur 2.22.



Figur 2.22 Andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ordinært avviklet fra venteliste. 2002 og 2007. Helseregioner

Det har vært en økning i andelen rettighetspasienter i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge fra 2002 til 2007. Andelen er uendret (døgnbehandling) eller redusert (dag- og poliklinisk behandling) i Helse Nord.

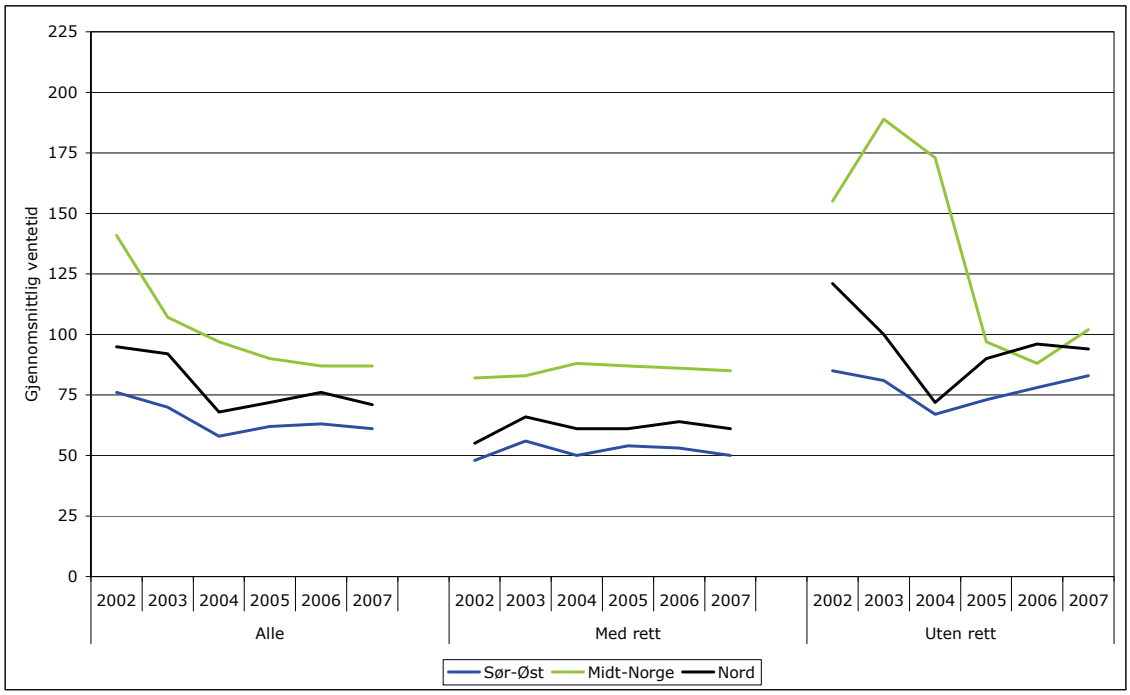
Det er betydelige forskjeller mellom regionene i andel pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Helse Midt-Norge skiller seg ut med høy andel, rundt 90 prosent i 2007. Forskjellen i andel med rett til nødvendig helsehjelp er størst for dagbehandling, hvor 43 prosent ble tildelt slik rett i Helse Sør-Øst og 87 prosent i Helse Midt-Norge. Dette betyr at det er relativt færre pasienter som inngår i tallmaterialet for de uten rett til nødvendig helsehjelp i Helse Midt-Norge enn i de andre regionene. Det betyr at tallene kan være mer påvirket av tilfeldige variasjoner.

Det er ikke lett å se åpenbare grunner til disse store forskjellene, verken om vi ser på aktivitetsnivå eller antatt behov for tjenester (for eksempel basert på NOU 2008: 2). Det er derfor nærliggende å knytte dette til ulikheter i praksis for tildeling av hjelp eller til systemtekniske forhold.

Ingen reduksjon i ventetid for døgnpasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra 2002 til 2007, men nedgang siste år – økning siste år for de uten rett

Dersom ventetiden for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp er forskjellig, vil gjennomsnittlig ventetid totalt kunne endres når andelen med rett endres, uten at ventetiden for pasienter henholdsvis med og uten rett endres. Når vi nedenfor viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter med og uten rett, viser vi derfor også utviklingen i

ventetid for de to rettighetsgruppene samlet. Vi ser først, i figur 2.23, på utviklingen i ventetid for døgnbehandling.



Figur 2.23 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for døgnbehandling. Pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. 2002-2007. Helseregioner

Det var størst endring i gjennomsnittlig ventetid for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp i alle tre regionene gjennom perioden. Utviklingen vi så med nedgang først i perioden og økning sist i perioden kan derfor i stor grad knyttes til pasienter uten rett. For perioden samlet var det en nedgang i ventetiden for denne pasientgruppen. For pasienter med rett har endringene i ventetid vært mye mindre og det var en økning perioden sett under ett.

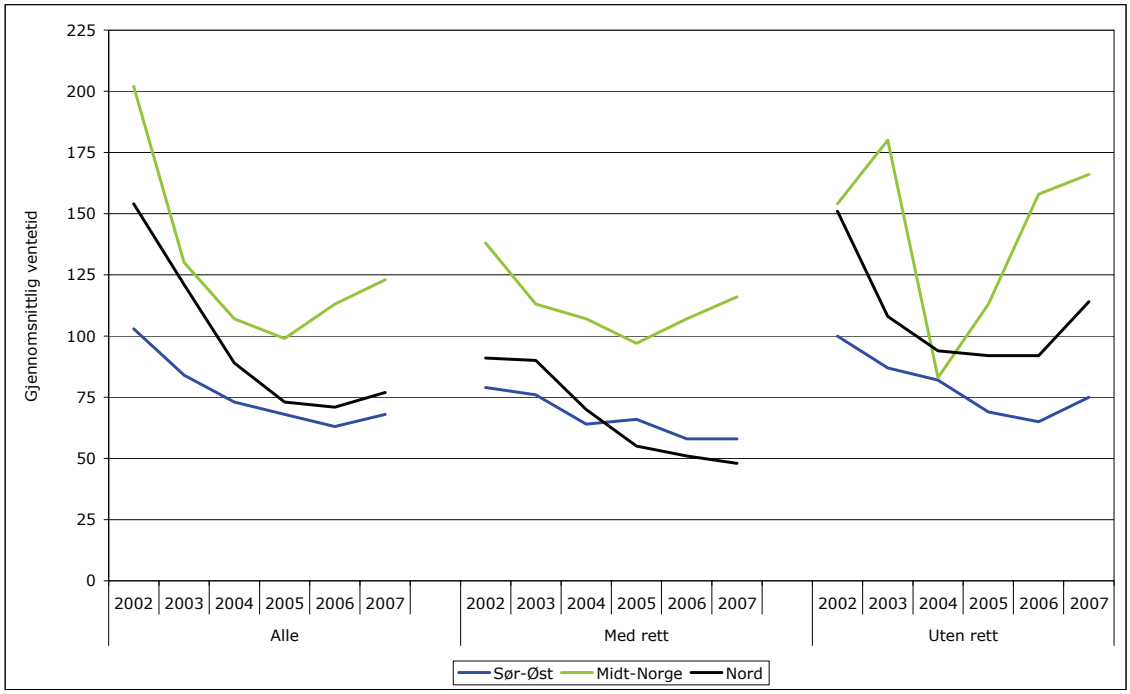
Forskjellene i ventetid mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp er mindre i 2007 enn i 2002, men ventetiden er fortsatt høyere for pasienter uten rett. For denne gruppen observeres en økning i Helse Sør-Øst og i større grad Helse Midt-Norge i 2007. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp observeres nedgang i ventetiden i 2007.

Forskjellene i ventetid for pasienter med rett har vært relativt stabile gjennom perioden, med høyest gjennomsnittlig ventetid i Helse Midt-Norge og lavest ventetid i Helse Sør-Øst. Samme relative posisjon mellom regionene ser vi også for pasienter uten rett, men her har forskjellene avtatt betydelig gjennom perioden og er mindre en for pasienter med rett. Det er nærliggende å se den høyere ventetiden i Helse Midt-Norge for rettighetspasientene i sammenheng med den høye andelen rettighetspasienter i denne regionen.

Det kan tenkes at økningen i andelen med rett til nødvendig helsehjelp i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge bidrar til at gjennomsnittlig ventetid ikke reduseres. Men vi ser samme utviklingstrekk i Helse Nord, som ikke hadde økning i andelen rettighetspasienter.

Høy ventetid for dagbehandling i Helse Midt-Norge og økning i ventetid også for rettighetspasienter

Figur 2.24 viser utviklingen for pasienter som har ventet på dagbehandling.



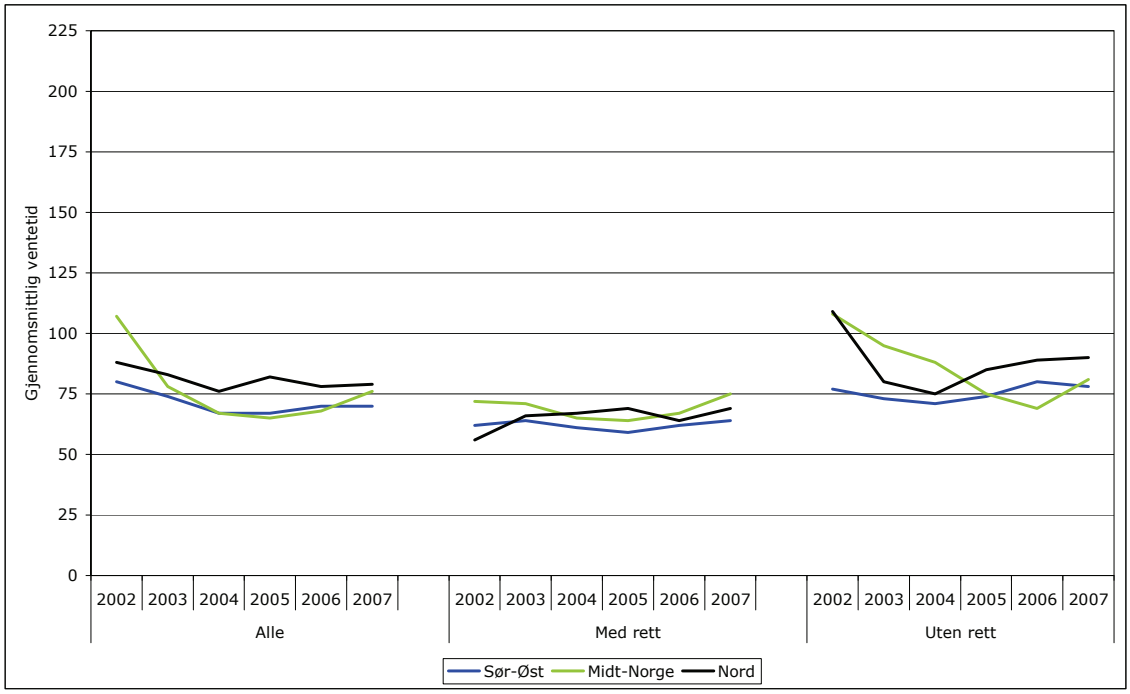
Figur 2.24 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for dagbehandling. Pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. 2002-2007. Helseregioner

I Helse Sør-Øst og Helse Nord var det reduksjon i gjennomsnittlig ventetid til dagbehandling for rettighetspasienter gjennom hele perioden. Det samme ser vi i store trekk for pasienter uten rett, men for disse var det en økning det siste året. Helse Midt-Norge hadde også reduksjon i ventetiden for rettighetspasienter fra 2002 til 2005, mens det var økning de to siste årene. For pasienter uten rett var det et stort fall i gjennomsnittlig ventetid fra 2003 til 2004, etterfulgt av stor økning i resten av perioden. Helse Midt-Norge, hadde som vist over, særskilt høy rate for dagbehandling ved private sykehus i 2004.

Igjen er det nærliggende å se utviklingen i Helse Midt-Norge i sammenheng med den høye andelen rettighetspasienter. På tross av at Helse Midt-Norge har hatt høy vekst i dagbehandling i perioden, har regionen fortsatt betydelig høyere gjennomsnittlig ventetid for dagbehandling enn Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Ikke reduksjon i ventetid til poliklinisk behandling for rettighetspasienter i perioden 2002-2007, og økning siste år

Figur 2.25 viser utviklingen for pasienter som har ventet på poliklinisk behandling. Dette utgjør hovedvekten av pasienter avviklet fra venteliste.



Figur 2.25 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for poliklinisk behandling. Pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. 2002-2007. Helseregioner

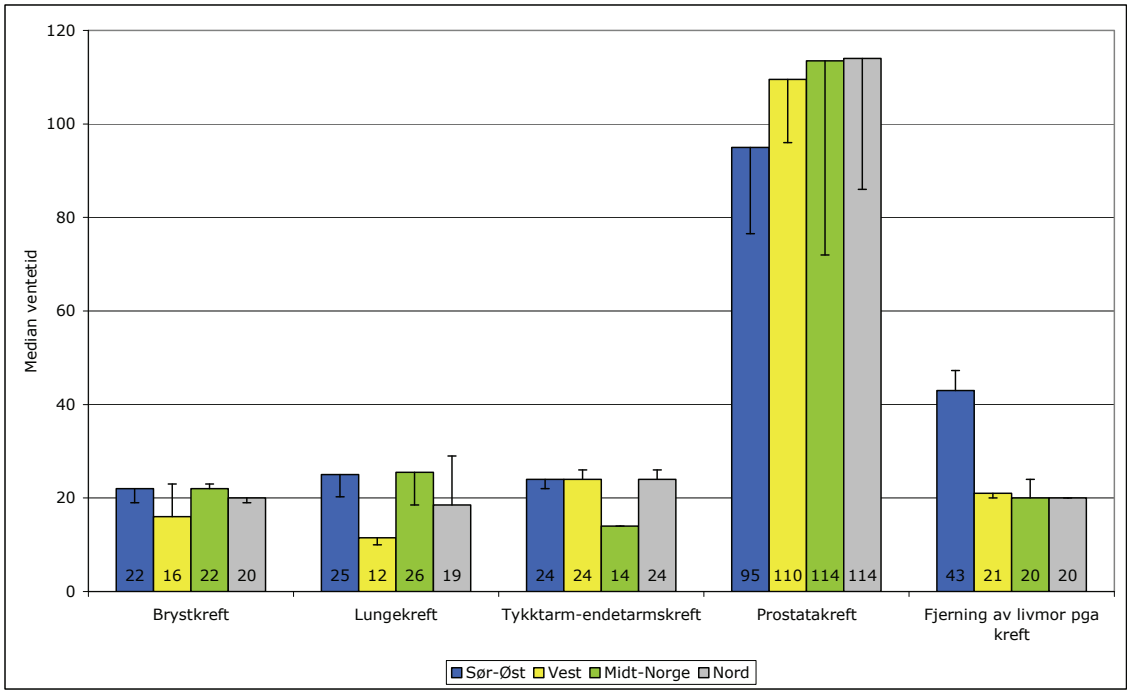
For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp var det en økning i ventetid i alle år i Helse Nord, med unntak av 2006. For perioden samlet økte gjennomsnittlig ventetid med 23 prosent. I Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har det vært en økning fra 2005, men nivået i 2007 var ikke mye høyere enn 2002.

For pasienter uten rett har det vært en nedgang i gjennomsnittlig ventetid perioden sett under ett på henholdsvis 25 og 18 prosent for Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens ventetiden var om lag på samme nivå i 2007 som i 2002 i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde nedgang i ventetid for pasienter som ikke hadde rett til nødvendig helsehjelp fra 2002 til 2004, men Helse Sør-Øst hadde mye lavere nivå i 2002 og også svakere nedgang. Ventetiden økte i de to regionene fra 2005 og flatet ut det siste året. Helse Midt-Norge, som i 2002 hadde samme gjennomsnittlig ventetid som Helse Nord, hadde en kraftig nedgang i ventetiden fram til og med 2006. I 2007 økte ventetiden med 17 prosent.

Igjen kan det tenkes at økningen i andelen med rett til nødvendig helsehjelp i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge bidrar til at gjennomsnittlig ventetid ikke reduseres. Men også her ser vi samme utviklingstrekk i Helse Nord, som hadde reduksjon i andelen rettighetspasienter.

Økning i ventetid for operasjon for prostatakreft i alle regionene

Ventetidsberegningene basert på pasientdata fra Npr viser at det for landet som helhet var små endringer i median ventetid til operasjon for brystkreft, lungekreft og tykktarm-endetarmskreft fra 2006 til 2007, jf. tabell 2.15. Ventetiden gikk litt ned for fjerning av livmor på grunn av kreft (fire dager eller 12 prosent). Median ventetid gikk imidlertid opp med 24 dager eller 31 prosent for operasjon for prostatakreft. Utviklingen på regionnivå er vist i figur 2.26.



Figur 2.26 Median ventetid (dager) for utvalgte kreftoperasjoner. 2007. Nivået i 2006 er vist ved strek for hver søyle. Helseregioner

For brystkreftoperasjon var det størst endring i median ventetid for pasienter bosatt i Helse Vest, ventetiden ble redusert med sju dager. Regionen hadde lavest median ventetid for denne krefttypen i 2007, 16 dager. I Helse Sør-Øst økte median ventetid med tre dager. For Helse Midt-Norge og Helse Nord var det mindre endringer.

Ventetiden for lungekreftoperasjon økte med henholdsvis fem og sju dager i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, mens den gikk ned med 11 dager i Helse Nord. I Helse Vest var det en økning på to dager, men regionen hadde også i 2007 betydelig lavere median ventetid enn de andre regionene, 12 dager. Median ventetid var mer enn dobbel så lang i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, henholdsvis 25 og 26 dager.

Det var små endringer i median ventetid i alle regionene for operasjon for tykktarm-endetarmskreft. Pluss/minus to dager for tre av regionene. Helse Midt-Norge, som hadde ti dager lavere median ventetid enn de øvrige regionene, hadde ingen endring i median ventetid.

For operasjon for fjerning av livmor på grunn av kreft ble median ventetid redusert med fire dager i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst skiller seg ut med dobbelt så lang median ventetid, 43 dager, som i de andre regionene, som hadde relativ lik median ventetid.

Ventetiden til operasjon for prostatakreft økte i alle regionene. Størst økning, 42 dager, finner vi for Helse Midt-Norge. Denne regionen hadde lavest median ventetid i 2006. I 2007 er median ventetid lavest i Helse Sør-Øst (95 dager).

Målt ved variasjonskoeffisienten[14] økte forskjellene mellom regionene i median ventetid for brystkreftoperasjoner. For de andre kreftoperasjonene ble forskjellene redusert. Det var liten endring for tykktarm-endetarmskreft. De regionale forskjellene i ventetid var, når vi tar høyde for forskjeller i ventetiden mellom krefttypene, minst for operasjon for brystkreft og prostatakreft og størst for lungekreftoperasjon og fjerning av livmor på grunn av kreft.

[14] Variasjonskoeffisienten er lik standardavvik delt på gjennomsnitt.

Det er altså for prostatakreft det observeres størst økning i ventetid til operasjon. Prostatakreft skiller seg ut også med betydelig lengre ventetid enn de andre krefttypene, hvor median ventetid er relativ lik. Dette må imidlertid ses i sammenheng med gjeldende praksis for denne gruppen, der en "vente og se"-strategi er et av flere behandlingsalternativ (Khatami m. fl., 2003). Dette er en krefttype hvor det også er stor spredning i ventetid (Kalseth, 2007).

2.6 Kvalitetsindikatorer

Kvalitet og kvalitetsindikatorer har fått stadig større oppmerksomhet også i spesialisthelsetjenesten. Kvalitet kan knyttes til resultatet av behandling for pasienten, men også til hvordan tjenestene leveres og brukerens opplevelse av dette. I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2007 vektlegges at befolkningen skal tilbys tjenester av god kvalitet. Vi skal her se på utvikling i tre indikatorer som er blant styringsvariablene for kvalitet omtalt i oppdragsdokumentene. To av indikatorene er i oppdragsdokumentene knyttet til styringskrav om helhetlige og sammenhengende tjenester. Dette er indikatorene epikrisetid og korridorpasienter. Den tredje indikatoren vi ser på her er strykninger i operasjonsprogrammet, som i oppdragsdokumentene knyttes til krav om god ressursutnyttelse. Styringskravet for de tre indikatorene er formulert slik:

- Minst 80 prosent av epikriser (tilbakemelding til fastlege) skal sendes ut innen syv dager
- Det skal normalt ikke være korridorpasienter
- Det skal være færre enn fem prosent strykninger av planlagte operasjoner

Vi har valgt ut disse indikatorene fordi det fortsatt er forholdsvis stor variasjon i helseforetakenes grad av innfrielse av disse kravene, og fordi de i liten grad er påvirket av kjennetegn ved pasienten, men av forhold som kan knyttes til organisering og drift av sykehusene.

Fordi ikke alle helseforetakene leverer komplette data, har vi valgt ikke å beregne sumtall på regionnivå. Vi vil her gi en beskrivelse av utvikling og nivå på indikatorene basert på data for 3. tertial for 2004 til 2007 fra Npr. Vi viser kun indikatorer for de helseforetakene hvor dataene er rimelig komplett. Av de større helseforetakene er det Sykehuset Innlandet HF og Helse Fonna HF som ikke har levert data for hele eller deler av perioden. Vi har ikke gjort en egen kvalitetssjekk på dataene, og kjenner derfor ikke til detaljene rundt innrapporteringen. Tallene som danner grunnlag for beskrivelsene vi gjør her er basert på tallene som legges ut på "Fritt sykehusvalg" sine hjemmesider og som inngår i settet med Nasjonale kvalitetsindikatorer (Fritt sykehusvalg Norge).

Økning i andel epikriser sendt innen sju dager fra 2004 til 2007, men fortsatt mange helseforetak med lav andel

Det var en økning i andel epikriser sendt innen sju dager fra 2004 til 2007, jf. tabell 2.16, men det var kun noen få helseforetak som hadde innfridd kravet i 2007. Det var også flere helseforetak som hadde en nedgang fra 2006. Av 17 helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst var det 11 som sendte 60 prosent av epikrisene innen sju dager. Fem institusjoner sendte over 70 prosent av epikrisene innen en uke. I Helse Vest hadde tre av fem helseforetak sendt 60 prosent av epikrisene innen fristen, og ett foretak leverte over 70 prosent innen samme frist. Tre av fire helseforetak i Helse Midt-Norge og to av fire helseforetak i Helse Nord sendte under 60 prosent av epikrisene innen sju dager i 2007.

Basert på de helseforetakene som hadde levert data for alle sykehusene begge år, var forskjellene mellom helseforetakene i regionene mindre i 2007 enn i 2002. Unntaket var Helse Nord som hadde små forskjeller mellom helseforetakene begge år.

Fortsatt mange korridorpasienter ved helseforetakene

Over halvparten av helseforetakene rapporterte høyere andel korridorpasienter i 2007 enn i 2004. Kun fem helseforetak og sykehus rapporterte en andel under én prosent. Av disse rapporterte Rikshospitalet HF, Betanien Hospital og Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus ingen korridorpasienter. Fem helseforetak rapporterte en andel på fire prosent eller mer.

Med unntak av Helse Nord, var forskjellene mellom helseforetakene innen regionene mindre i 2007 enn i 2004. For enkelte helseforetak er det store forskjeller fra år til år. Fire av 13 helseforetak i Helse Sør-Øst som hadde tilfredsstillende data, hadde økt andel korridorpasienter fra 2006 til 2007. De tre helseforetakene i Helse Vest som rapporterte data hadde høyere andel i 2007 enn i 2006. Det samme gjelder for ett helseforetak i Helse Midt-Norge og to av helseforetakene i Helse Nord.

Basert på leverte data for 2007, var den gjennomsnittlige (uveide) andelen høyest i Helse Vest (2,8 prosent) og lavest i Helse Nord (1,9 prosent). Gjennomsnittet for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge var henholdsvis 2,3 og 2,4 prosent. Det var størst forskjeller mellom helseforetakene i Helse Vest, mens forskjellene mellom helseforetakene var minst i Helse Midt-Norge.

Kun et fåtall helseforetak innfrir kravet om mindre enn fem prosent strykninger

Kun ett helseforetak og tre avtaleinstitusjoner hadde mindre enn fem prosent strykninger av planlagte operasjoner i 2007. Halvparten av helseforetakene hadde økning i andelen strykninger fra 2004 til 2007, mens 40 prosent hadde økning siste år. Ingen av helseforetakene i Helse Vest hadde økning siste år.

Basert på de helseforetakene som rapporterte data begge år, var forskjellene innad i regionene redusert (halvert) for Helse Vest og Helse Midt-Norge. Det var liten endring i de to andre regionene.

Alle helseforetakene i Helse Nord hadde mer enn ti prosent strykninger i 2007. Dette gjelder også tre av fire helseforetak i Helse Midt-Norge. Kun ett helseforetak i Helse Sør-Øst og ett avtalesykehus i Helse Vest hadde mer enn ti prosent strykninger. Forskjellene mellom helseforetakene innad i regionene var lavest i Helse Midt-Norge og Helse Nord, og størst i Helse Vest i 2007.

2.7 Tallgrunnlag

Tabell 2.4 Nasjonale nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste. 2002-2007. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Døgnopphold	785 663	828 876	840 590	854 581	876 196	862 632	9,8[1)]
		5,5	1,4	1,7	2,5[1)]	-1,5	
Dagopphold	361 548	429 578	468 262	514 139	548 645	572 690	58,4
		18,8	9,0	9,8	6,7	4,4	
Samlet antall opphold	1 147 211	1 258 454	1 308 852	1 368 720	1 424 841	1 435 322	25,1[1)]
		9,7	4,0	4,6	4,1[1)]	0,7	
DRG-poeng døgnopphold	833 366	877 291	890 668	919 358	948 274	957 847	14,9[1)]
		5,3	1,5	3,2	3,1[1)]	1,0	
DRG-poeng dagopphold	119 097	145 643	151 326	163 631	163 316	178 376	49,8
		22,3	3,9	8,1	-0,2	9,2	
Samlet antall DRG-poeng	952 463	1 022 934	1 041 994	1 082 989	1 111 590	1 136 223	19,3[1)]
		7,4	1,9	3,9	2,6[1)]	2,2	
Polikliniske konsultasjoner	3 060 055	3 240 745	3 374 388	3 458 478	3 551 519	3 736 048	22,1[1)]
		5,9	4,1	2,5	2,7	5,2[1)]	
Konsultasjoner private avtale spes.					2 018 093	2 092 234	
						3,7	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner					28 425	31 928	
						12,3	
Kostnader[2)]	47 966	50 350	52 454	54 065	56 620	58 396	21,7
		5,0	4,2	3,1	4,7	3,1	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver[2)]	47 966	49 901	51 740	53 105	54 030	55 412	15,5
		4,0	3,7	2,6	1,7	2,6	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner[2)]					55 005	56 443	
						2,6	
Leger	7 328	7 628	7 960	8 234	8 444	8 671	18,3
		4,1	4,4	3,4	2,6	2,7	
Sykepleiere	23 642	24 400	24 699	24 662	25 389	25 698	8,7
		3,2	1,2	-0,1	2,9	1,2	

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Annet pleie- og behandlingspersonell	12 914	13 870	13 797	13 622	13 673	13 492	4,5
		7,4	-0,5	-1,3	0,4	-1,3	
Administrasjon og servicepersonell	18 241	18 242	17 796	18 347	18 272	18 128	-0,6
		0,0	-2,4	3,1	-0,4	-0,8	
Årsverk totalt	62 125	64 140	64 252	64 865	65 778	65 989	6,2
		3,2	0,2	1,0	1,4	0,3	
Effektive senger	13 133	12 986	13 039	12 948	12 835	12 518	-4,7
		-1,1	0,4	-0,7	-0,9	-2,5	
Gj.sn. liggetid alle opphold	4,0	3,7	3,5	3,4	3,2	3,1	-21,6
		-7,4	-5,2	-3,8	-4,0	-3,3	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,6	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	-13,0
		-4,4	-3,3	-1,5	-2,9	-1,5	

1) Tall inklusive Oslo legevakt i 2006 og 2007, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus i 2007. Endringstall uten disse er: 1,7 prosent for 2005-2006 og 8,9 prosent for 2002-2007 for døgnopphold, 3,6 prosent for 2005-2006 og 24,5 prosent for 2002-2007 for samlet antall opphold, 2,9 prosent for 2005-2006 og 14,7 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng døgnopphold, 2,4 prosent for 2005-2006 og 19,1 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng samlet, 2,6 prosent for 2006-2007 og 19,1 prosent for 2002-2007 for polikliniske konsultasjoner.

2) Millioner 2007 kroner. Deflatert.

Tabell 2.5 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste per 1 000 innbyggere. 2002-2007. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2002-2007. Helse Sør-Øst

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Døgnopphold	170	180	180	182	187	183	7,1[1)]
		5,4	0,4	1,1	2,6[1)]	-2,4	
Dagopphold	82	97	103	114	123	127	53,7
		17,8	6,5	10,4	7,6	3,1	
Samlet antall opphold	253	277	284	297	310	309	22,3[1)]
		9,4	2,6	4,5	4,5[1)]	-0,2	
DRG-poeng døgnopphold	184	193	195	199	204	205	11,8[1)]
		5,3	1,0	2,1	2,5[1)]	0,4	
DRG-poeng dagopphold	27	32	32	35	35	38	39,3
		18,8	-1,2	9,1	1,2	7,6	
Samlet antall DRG-poeng	211	226	227	234	240	243	15,3[1)]
		7,0	0,7	3,1	2,3[1)]	1,4	
Polikliniske konsultasjoner	645	675	696	715	729	778	20,6[1)]
		4,7	3,1	2,7	2,0	6,8[1)]	
Konsultasjoner private avtale spes.					511	533	
						4,3	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner					6	7	
						18,1	
Kostnader[2)]	10 653	11 127	11 313	11 638	12 026	12 450	16,9
		4,5	1,7	2,9	3,3	3,5	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver[2)]	10 653	11 022	11 128	11 373	11 385	11 741	10,2
		3,5	1,0	2,2	0,1	3,1	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner[2)]					11 631	12 003	
						3,2	
Leger	1,67	1,68	1,73	1,77	1,78	1,81	8,50
		0,4	3,3	2,2	0,6	1,7	
Sykepleiere	5,04	5,10	5,16	5,12	5,27	5,32	5,54
		1,2	1,2	-0,8	3,0	0,8	
Annet pleie- og behandlingspersonell	2,79	2,86	2,83	2,92	2,94	2,83	1,53
		2,6	-1,1	2,9	0,7	-3,5	

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Administrasjon og servicepersonell	4,06	3,94	3,87	3,94	3,91	3,82	-5,84
		-3,0	-1,8	1,8	-0,7	-2,3	
Årsverk totalt	13,56	13,58	13,59	13,74	13,90	13,79	1,68
		0,1	0,1	1,1	1,2	-0,9	
Effektive senger	2,80	2,74	2,77	2,74	2,71	2,63	-6,3
		-2,3	1,0	-0,7	-1,2	-3,1	
Gj.sn. liggetid alle opphold	3,9	3,6	3,4	3,3	3,1	3,0	-21,7
		-8,1	-4,5	-4,2	-4,1	-2,8	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,5	5,2	5,1	5,0	4,8	4,8	-13,0
		-5,3	-2,9	-1,6	-2,8	-1,0	

1) Tall inklusive Oslo legevakt i 2006 og 2007, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus i 2007. Endringstall uten disse er: 1,2 prosent for 2005-2006 og 5,6 prosent for 2002-2007 for døgnopphold, 3,7 prosent for 2005-2006 og 21,3 prosent for 2002-2007 for samlet antall opphold, 2,1 prosent for 2005-2006 og 11,3 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng døgnopphold, 1,9 prosent for 2005-2006 og 14,9 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng samlet, 2,0 prosent for 2006-2007 og 15,3 prosent for 2002-2007 for polikliniske konsultasjoner.

2) Tusen 2007 kroner. Deflatert.

Tabell 2.6 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste per 1 000 innbyggere. 2002-2007. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2002-2007. Helse Vest

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Døgnopphold	165	173	175	177	179	172	3,8[1)]
		4,6	1,3	1,1	1,1[1)]	-4,1	
Dagopphold	69	84	94	107	106	105	51,7
		21,0	12,8	13,5	-1,0	-1,1	
Samlet antall opphold	235	257	269	284	285	277	17,9[1)]
		9,4	5,1	5,4	0,3[1)]	-3,0	
DRG-poeng døgnopphold	170	179	179	185	188	185	9,2[1)]
		5,3	0,0	3,6	1,6[1)]	-1,4	
DRG-poeng dagopphold	23	30	33	38	35	36	54,6
		29,5	9,8	13,8	-7,7	3,6	
Samlet antall DRG-poeng	193	209	212	223	223	221	14,7[1)]
		8,2	1,4	5,2	0,0[1)]	-0,7	
Polikliniske konsultasjoner	609	647	682	699	713	712	17,0[1)]
		6,2	5,4	2,5	2,0	-0,1[1)]	
Konsultasjoner private avtale spes.					380	369	
						-3,0	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner					5	5	
						7,7	
Kostnader[2)]	9 447	9 833	10 073	10 230	10 707	10 805	14,4
		4,1	2,4	1,6	4,7	0,9	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver[2)]	9 447	9 762	9 990	10 127	10 361	10 383	9,9
		3,3	2,3	1,4	2,3	0,2	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner[2)]					10 426	10 453	
						0,3	
Leger	1,41	1,48	1,54	1,57	1,64	1,66	18,32
		5,5	3,8	1,7	5,0	1,3	
Sykepleiere	4,72	4,85	4,89	4,83	4,89	4,78	1,28
		2,8	0,8	-1,1	1,2	-2,3	
Annet pleie- og behandlingspersonell	2,27	2,39	2,53	2,45	2,43	2,43	6,74
		5,2	5,8	-3,0	-1,1	-0,1	

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Administrasjon og servicepersonell	3,68	3,91	3,71	4,04	4,13	4,03	9,51
		6,3	-5,1	8,8	2,3	-2,4	
Årsverk totalt	12,08	12,64	12,67	12,89	13,09	12,90	6,80
		4,6	0,3	1,8	1,6	-1,5	
Effektive senger	2,81	2,66	2,60	2,59	2,49	2,44	-13,2
		-5,3	-2,1	-0,2	-4,0	-2,1	
Gj.sn. liggetid alle opphold	4,3	3,9	3,6	3,4	3,4	3,3	-22,5
		-7,5	-8,4	-5,3	-1,9	-1,6	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,8	5,6	5,3	5,2	5,0	5,0	-14,1
		-4,0	-5,7	-2,0	-2,7	-0,6	

1) Tall inklusive Oslo legevakt i 2006 og 2007, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus i 2007. Endringstall uten disse er: 1,1 prosent for 2005-2006 og 3,8 prosent for 2002-2007 for døgnopphold, 0,3 prosent for 2005-2006 og 17,9 prosent for 2002-2007 for samlet antall opphold, 1,6 prosent for 2005-2006 og 9,2 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng døgnopphold, 0,0 prosent for 2005-2006 og 14,7 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng samlet, -0,1 prosent for 2006-2007 og 16,9 prosent for 2002-2007 for polikliniske konsultasjoner.

2) Tusen 2007 kroner. Deflatert.

Tabell 2.7 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste per 1 000 innbyggere. 2002-2007. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2002-2007. Helse Midt-Norge

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Døgnopphold	173	181	184	184	182	177	2,4[1)]
		5,2	1,2	0,4	-1,1[1)]	-3,1	
Dagopphold	75	88	101	102	108	120	59,4
		17,0	14,9	0,9	5,5	11,4	
Samlet antall opphold	248	270	285	287	290	297	19,7[1)]
		8,8	5,7	0,6	1,2[1)]	2,3	
DRG-poeng døgnopphold	184	191	194	199	202	202	10,0[1)]
		3,7	2,0	2,2	1,6[1)]	0,1	
DRG-poeng dagopphold	25	31	36	34	34	40	62,8
		24,2	17,7	-4,2	-1,2	17,6	
Samlet antall DRG-poeng	208	221	230	233	236	242	16,2[1)]
		6,1	4,2	1,2	1,2[1)]	2,6	
Polikliniske konsultasjoner	759	808	842	830	827	838	10,4[1)]
		6,5	4,2	-1,4	-0,4	1,4[1)]	
Konsultasjoner private avtale spes.					324	345	
						6,7	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner					8	8	
						7,0	
Kostnader[2)]	10 459	11 247	12 042	12 413	12 754	12 616	20,6
		7,5	7,1	3,1	2,7	-1,1	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver[2)]	10 459	11 151	11 906	12 262	12 286	12 070	15,4
		6,6	6,8	3,0	0,2	-1,8	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner[2)]					12 491	12 287	
						-1,6	
Leger	1,53	1,59	1,69	1,74	1,77	1,76	14,84
		3,9	5,8	3,3	1,6	-0,5	
Sykepleiere	5,51	5,76	5,82	5,90	6,05	5,95	8,01
		4,6	1,0	1,4	2,5	-1,7	
Annet pleie- og behandlingspersonell	2,54	2,76	2,74	2,73	2,57	2,51	-1,39
		8,5	-0,7	-0,4	-6,0	-2,3	

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Administrasjon og servicepersonell	3,64	3,46	3,67	3,72	3,69	3,41	-6,41
		-5,1	6,2	1,2	-0,7	-7,6	
Årsverk totalt	13,23	13,57	13,92	14,09	14,08	13,62	3,02
		2,6	2,6	1,2	-0,1	-3,2	
Effektive senger	2,89	2,92	2,89	2,86	2,81	2,55	-11,5
		1,0	-1,0	-0,8	-2,0	-9,0	
Gj.sn. liggetid alle opphold	4,3	4,0	3,8	3,7	3,5	3,2	-24,3
		-5,8	-4,9	-2,5	-5,5	-8,4	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,9	5,7	5,7	5,5	5,3	5,1	-14,0
		-3,0	-1,3	-2,4	-3,7	-4,3	

1) Tall inklusive Oslo legevakt i 2006 og 2007, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus i 2007. Endringstall uten disse er: -1,2 prosent for 2005-2006 og 2,3 prosent for 2002-2007 for døgnopphold, 1,2 prosent for 2005-2006 og 19,7 prosent for 2002-2007 for samlet antall opphold, 1,6 prosent for 2005-2006 og 10,0 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng døgnopphold, 1,2 prosent for 2005-2006 og 16,2 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng samlet, 1,3 prosent for 2006-2007 og 10,3 prosent for 2002-2007 for polikliniske konsultasjoner.

2) Tusen 2007 kroner. Deflatert.

Tabell 2.8 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste per 1 000 innbyggere. 2002-2007. Prosentvis endring for hvert år og for perioden 2002-2007. Helse Nord

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Døgnopphold	191	198	200	201	203	200	4,8[1)]
		3,6	1,3	0,4	1,1[1)]	-1,6	
Dagopphold	88	103	106	110	120	121	38,0
		17,7	2,2	4,2	9,4	0,7	
Samlet antall opphold	279	301	306	311	324	321	15,3[1)]
		8,1	1,6	1,7	4,0[1)]	-0,7	
DRG-poeng døgnopphold	198	203	205	209	215	211	7,0[1)]
		2,9	0,8	2,2	2,6[1)]	-1,6	
DRG-poeng dagopphold	28	34	33	34	34	36	28,0
		21,1	-3,6	2,5	1,5	5,5	
Samlet antall DRG-poeng	226	237	238	243	249	247	9,6[1)]
		5,2	0,2	2,2	2,4[1)]	-0,6	
Polikliniske konsultasjoner	812	858	871	879	910	922	13,6[1)]
		5,7	1,5	1,0	3,5	1,4[1)]	
Konsultasjoner private avtale spes.					239	212	
						-11,2	
Opphold ved opptreningsinstitusjoner					9	9	
						-3,6	
Kostnader[2)]	12 040	12 688	13 639	13 758	14 675	14 277	18,6
		5,4	7,5	0,9	6,7	-2,7	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver[2)]	12 040	12 575	13 469	13 578	14 062	13 530	12,4
		4,4	7,1	0,8	3,6	-3,8	
Kostnader, korrigert for nye oppgaver, men med opptreningsinstitusjoner[2)]					14 362	13 845	
						-3,6	
Leger	1,56	1,81	1,84	2,00	2,09	2,19	40,68
		16,2	1,5	8,8	4,4	5,0	
Sykepleiere	5,50	5,83	5,81	5,85	5,88	6,03	9,78
		6,0	-0,3	0,6	0,6	2,6	
Annet pleie- og behandlingspersonell	3,22	4,15	4,03	4,06	4,13	4,06	26,19
		28,9	-3,0	0,8	1,8	-1,7	

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007
Administrasjon og servicepersonell	4,03	4,34	3,53	3,60	3,09	3,46	-14,20
		7,7	-18,6	2,0	-14,2	11,9	
Årsverk totalt	14,30	16,13	15,21	15,51	15,19	15,74	10,09
		12,8	-5,7	2,0	-2,0	3,6	
Effektive senger	3,17	3,24	3,18	2,92	2,94	2,89	-8,7
		2,3	-2,0	-8,2	0,9	-1,7	
Gj.sn. liggetid alle opphold	3,8	3,6	3,5	3,5	3,3	3,2	-15,0
		-6,3	-3,1	0,1	-4,3	-2,3	
Gj.sn. liggetid døgnopphold	5,3	5,2	5,0	5,1	5,0	4,9	-8,2
		-3,0	-2,9	1,3	-2,0	-1,7	

1) Tall inklusive Oslo legevakt i 2006 og 2007, og Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus i 2007. Endringstall uten disse er: 1,0 prosent for 2005-2006 og 4,7 prosent for 2002-2007 for døgnopphold, 4,0 prosent for 2005-2006 og 15,2 prosent for 2002-2007 for samlet antall opphold, 2,5 prosent for 2005-2006 og 7,0 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng døgnopphold, 2,4 prosent for 2005-2006 og 9,6 prosent for 2002-2007 for DRG-poeng samlet, 1,3 prosent for 2006-2007 og 13,5 prosent for 2002-2007 for polikliniske konsultasjoner.

2) Tusen 2007 kroner. Deflatert.

Tabell 2.9 Antall DRG-poeng etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type per 1 000 innbyggere i 2007. Totalt og for ulike aldersgrupper (innbyggertallet i gruppen er brukt til å beregne rater). Prosentvis endring 2006-2007

	Rate						Endring 2006-2007					
Elektiv kirurgi døgn												
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Total
Sør-Øst	12	22	88	195	135	53	-7,3	-5,1	1,7	3,0	-0,1	0,1
Vest	11	21	77	185	123	47	-13,3	-4,9	-1,2	3,4	-6,5	-1,9
Midt-Norge	12	24	82	173	118	51	0,7	-10,3	-0,3	1,9	0,4	-1,8
Nord	13	24	83	180	117	53	0,2	-12,2	-7,7	-6,8	-2,9	-7,0
Totalt	12	22	84	189	129	52	-6,6	-6,6	-0,1	1,9	-1,6	-1,3
Elektiv kirurgi dag												
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	7	20	31	41	52	23	12,3	-2,0	-0,6	17,2	40,3	5,3
Vest	8	20	36	47	61	24	9,4	-2,9	2,4	12,3	20,8	4,1
Midt-Norge	6	23	37	47	54	26	5,1	13,3	19,1	17,2	27,2	16,7
Nord	8	21	28	32	32	21	0,6	-2,5	-3,7	21,5	39,2	2,6
Totalt	7	20	32	42	52	23	9,1	-0,2	2,5	16,4	33,2	6,4
Elektiv medisin døgn												
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	9	12	37	61	53	23	-7,0	-7,5	-5,8	-2,2	-1,9	-5,1
Vest	8	9	32	60	58	19	-6,7	-17,4	-13,6	-8,0	-12,1	-12,4
Midt-Norge	7	8	28	49	40	17	-5,4	-11,7	-3,4	-7,8	-8,6	-7,1
Nord	11	12	37	67	54	24	2,3	-12,9	-12,1	-10,9	-1,5	-9,3
Totalt	9	11	35	60	52	21	-5,6	-10,3	-7,8	-5,2	-5,1	-7,2
Elektiv medisin dag												
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	2	7	27	45	37	15	6,7	7,9	11,6	15,4	8,0	11,2
Vest	2	5	21	34	23	11	8,1	5,5	-7,5	5,6	14,2	1,4
Midt-Norge	4	7	25	40	26	14	4,5	20,2	26,4	32,2	0,3	22,0
Nord	4	9	23	37	21	14	8,7	18,8	4,7	5,5	14,4	10,1
Totalt	3	7	25	41	31	14	6,5	10,1	9,2	14,7	8,2	10,8
Ø-hjelp kirurgi												
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	7	19	47	105	193	38	1,5	0,6	4,0	1,4	3,6	2,2
Vest	6	18	47	109	193	36	-11,1	2,9	1,7	3,5	12,6	4,3
Midt-Norge	7	20	50	110	206	40	-11,6	0,1	6,6	1,6	0,3	1,7
Nord	8	21	54	126	203	43	-5,4	0,3	3,4	0,0	-3,2	0,5
Totalt	7	19	49	109	196	38	-3,6	1,0	3,8	1,3	4,0	2,2

	Rate						Endring 2006-2007					
Ø-hjelp medisin												
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	20	26	77	211	426	69	-10,8	-3,1	0,4	1,0	1,8	-0,7
Vest	19	25	68	188	415	62	-15,2	-2,5	0,7	-4,1	0,4	-2,6
Midt-Norge	19	27	77	214	441	72	-12,6	-3,6	1,0	-0,1	-1,7	-1,8
Nord	21	29	74	215	441	72	-2,8	-1,2	2,4	-0,2	3,2	1,3
Totalt	20	27	75	208	428	69	-11,2	-2,6	0,8	-0,2	1,1	-0,9
Totalt												
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	126	126	306	658	896	243	4,1	-1,8	1,3	3,1	3,5	1,4
Vest	119	117	280	624	873	221	0,4	-2,7	-1,9	0,6	2,3	-0,7
Midt-Norge	118	128	299	632	886	242	8,0	0,0	4,8	2,8	0,1	2,6
Nord	123	133	299	658	869	247	7,5	-3,0	-2,8	-2,1	1,7	-0,6
Totalt	124	126	301	649	889	240	4,2	-1,8	0,8	1,9	2,6	1,0

Tabell 2.10 Prosentvis endring 2002-2007 i antall DRG-poeng etter oppholdstype, hastegrad og DRG-type per innbygger. Totalt og for ulike aldersgrupper (innbyggertallet i gruppen er brukt til å beregne rater)

	Endring 2002-2007					
Elektiv kirurgi døgn						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	10,0	0,4	11,5	21,7	20,2	13,3
Vest	10,6	2,6	12,2	28,2	20,1	16,5
Midt-Norge	24,7	3,5	3,6	15,6	15,9	10,5
Nord	15,2	-8,5	-5,1	-0,6	0,2	0,2
Totalt	12,8	0,1	8,5	19,4	17,5	11,9
Elektiv kirurgi dag						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	7,5	8,8	9,2	23,3	45,9	14,6
Vest	44,5	26,5	50,0	73,1	71,1	46,2
Midt-Norge	15,3	38,6	56,7	50,2	41,4	45,7
Nord	0,2	0,6	9,0	15,7	7,9	6,7
Totalt	14,3	14,8	22,4	34,8	47,1	23,6
Elektiv medisin døgn						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	-5,1	-3,5	-11,2	-12,6	-5,8	-8,1
Vest	-20,5	-17,9	-12,1	11,4	40,8	-3,7
Midt-Norge	-15,5	-29,1	-24,1	-16,3	-16,0	-20,9
Nord	-21,3	-18,8	-15,4	-9,0	-3,9	-11,9
Totalt	-12,4	-11,2	-13,6	-8,9	0,3	-9,5
Elektiv medisin dag						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	141,6	87,3	99,6	105,1	142,3	104,9
Vest	54,3	161,8	58,7	47,4	142,8	80,7
Midt-Norge	129,3	166,7	98,6	78,2	59,1	104,0
Nord	70,9	169,4	46,7	36,6	65,7	74,1
Totalt	103,2	112,8	85,2	81,5	121,2	96,8

	Endring 2002-2007					
Ø-hjelp kirurgi						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	11,8	17,5	36,8	24,2	25,5	25,5
Vest	-0,7	20,8	30,0	29,2	29,5	27,0
Midt-Norge	1,6	8,8	29,1	18,9	25,8	21,2
Nord	16,4	13,4	34,7	22,1	25,3	27,4
Totalt	8,3	15,7	33,9	23,9	26,3	25,0
Ø-hjelp medisin						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	2,4	-1,1	9,5	6,1	12,9	7,1
Vest	-8,6	-3,4	0,2	-6,7	-0,9	-2,8
Midt-Norge	7,0	1,3	16,4	7,0	8,5	9,3
Nord	3,2	-1,0	7,1	0,1	9,7	7,3
Totalt	0,4	-1,1	8,5	3,1	8,9	5,4
Totalt						
	0-15	16-49	50-66	67-79	80+	Totalt
Sør-Øst	2,4	-1,1	9,5	6,1	12,9	7,1
Vest	-8,6	-3,4	0,2	-6,7	-0,9	-2,8
Midt-Norge	7,0	1,3	16,4	7,0	8,5	9,3
Nord	3,2	-1,0	7,1	0,1	9,7	7,3
Totalt	0,4	-1,1	8,5	3,1	8,9	5,4

Tabell 2.11 DRG-poeng per 1 000 innbyggere. Etter behandlingssted. 2007, 2006 og 2002. Inndelingen i behandlingssted basert på opptaksområder i 2007 for alle årene. Tidligere Helse Sør og Helse Øst behandlet som en region for alle årene

	2007					
	Pasientens eget HF	Andre HF i egen region	Andre RHF	Private ideelle	Private kommersielle	Totalt
Sør-Øst	174,3	59,8	2,6	3,1	3,4	243,2
Vest	171,6	35,3	9,6	1,4	3,4	221,2
Midt-Norge	193,7	28,6	12,2	0,9	6,8	242,1
Nord	188,7	38,1	17,6	1,8	1,2	247,3
Totalt	177,9	48,3	6,8	2,3	3,6	238,9
	2006					
	Pasientens eget HF	Andre HF i egen region	Andre RHF	Private ideelle	Private kommersielle	Totalt
Sør-Øst	170,5	58,8	2,3	3,0	5,2	239,7
Vest	170,9	36,7	9,7	1,9	3,5	222,7
Midt-Norge	189,2	28,4	11,2	0,6	6,6	236,0
Nord	187,7	39,6	18,4	1,3	1,9	248,9
Totalt	174,9	48,1	6,7	2,3	4,7	236,6
	2002					
	Pasientens eget HF	Andre HF i egen region	Andre RHF	Private ideelle	Private kommersielle	Totalt
Sør-Øst	154,4	47,7	1,9	2,9	4,0	210,9
Vest	152,0	29,9	8,3	1,3	1,4	192,9
Midt-Norge	173,1	24,9	8,5	0,6	1,1	208,3
Nord	175,7	34,9	13,7	0,8	0,5	225,6
Totalt	158,7	40,0	5,8	2,0	2,7	209,2

Tabell 2.12 Gjennomsnittlig ventetid til døgnbehandling. Etter bostedsregion. 2002-2007. Prosent endring 2002-2007 og 2006-2007

	Alle							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	76	70	58	62	63	61	-19,7	-3,2
Midt-Norge	141	107	97	90	87	87	-38,3	0,0
Nord	95	92	68	72	76	71	-25,3	-6,6
	Med rett							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	48	56	50	54	53	50	4,2	-5,7
Midt-Norge	82	83	88	87	86	85	3,7	-1,2
Nord	55	66	61	61	64	61	10,9	-4,7
	Uten rett							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	85	81	67	73	78	83	-2,4	6,4
Midt-Norge	155	189	173	97	88	102	-34,2	15,9
Nord	121	100	72	90	96	94	-22,3	-2,1

Tabell 2.13 Gjennomsnittlig ventetid til dagbehandling. Etter bostedsregion. 2002-2007. Prosent endring 2002-2007 og 2006-2007

	Alle							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	103	84	73	68	63	68	-34,0	7,9
Midt-Norge	202	130	107	99	113	123	-39,1	8,8
Nord	154	121	89	73	71	77	-50,0	8,5
	Med rett							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	79	76	64	66	58	58	-26,6	0,0
Midt-Norge	138	113	107	97	107	116	-15,9	8,4
Nord	91	90	70	55	51	48	-47,3	-5,9
	Uten rett							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	100	87	82	69	65	75	-25,0	15,4
Midt-Norge	154	180	83	113	158	166	7,8	5,1
Nord	151	108	94	92	92	114	-24,5	23,9

Tabell 2.14 Gjennomsnittlig ventetid til poliklinisk behandling. Etter bostedsregion. 2002-2007. Prosent endring 2002-2007 og 2006-2007

	Alle							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	80	74	67	67	70	70	-12,5	0,0
Midt-Norge	107	78	67	65	68	76	-29,0	11,8
Nord	88	83	76	82	78	79	-10,2	1,3
	Med rett							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	62	64	61	59	62	64	3,2	3,2
Midt-Norge	72	71	65	64	67	75	4,2	11,9
Nord	56	66	67	69	64	69	23,2	7,8
	Uten rett							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endring 2002-2007	Pst endring 2006-2007
Sør-Øst	77	73	71	74	80	78	1,3	-2,5
Midt-Norge	108	95	88	75	69	81	-25,0	17,4
Nord	109	80	75	85	89	90	-17,4	1,1

Tabell 2.15 Median ventetid for utvalgte kreftoperasjoner. Etter bostedsregion. 2007 og 2006. Endring i dager og i prosent

	2007	2006	Endring dager	Endring prosent
Brystkreft				
Sør-Øst	22	19	3	16
Vest	16	23	-7	-30
Midt-Norge	22	23	-1	-4
Nord	20	19	1	5
Total	20	20	0	0
Lungekreft				
Sør-Øst	25	20	5	23
Vest	12	10	2	15
Midt-Norge	26	19	7	38
Nord	19	29	-11	-36
Total	19	18	1	6
Tykktarm-endetarmskreft				
Sør-Øst	24	22	2	9
Vest	24	26	-2	-8
Midt-Norge	14	14	0	0
Nord	24	26	-2	-8
Total	22	22	0	0
Prostatakreft				
Sør-Øst	95	77	19	24
Vest	110	96	14	14
Midt-Norge	114	72	42	58
Nord	114	86	28	33
Total	101	77	24	31
Fjerning av livmor pga. kreft				
Sør-Øst	43	47	-4	-9
Vest	21	20	1	5
Midt-Norge	20	24	-4	-17
Nord	20	20	0	0
Total	30	34	-4	-12

Tabell 2.16 Andel epikriser sendt innen sju dager. 3. tertial 2004-2007. Helseforetak. Prosentandel. Endring 2004-2007 og 2006-2007

	2004	2005	2006	2007	Endring 2004-2007	Endring 2006-2007
Helse Sør-Øst RHF						
Akershus universitetssykehus HF	45,1	61,7	68,7	68,9	23,8	0,2
Sykehuset Asker og Bærum HF		55,0	68,3	74,3	74,3	5,9
Sykehuset Innlandet HF	42,2	63,4				
Ullevål universitetssykehus HF	42,1	69,9	70,2	64,9	22,7	-5,4
Aker universitetssykehus HF			50,6	54,3	54,3	3,7
Sunnås sykehus HF	36,2	82,6	62,7	88,7	52,5	26,0
Sykehuset i Østfold HF	34,4	60,2	64,4	48,6	14,2	-15,8
Martina Hansens Hospital	89,5	88,9	93,3			
Lovisenberg Diakonale Sykehus	59,3	63,8	56,6	60,5	1,2	3,8
Diakonhjemmets sykehus	41,9	62,1	47,4	55,6	13,7	8,2
Revmatismesykehuset	81,9	90,3	88,2	44,2	-37,7	-44,0
Blefjell Sykehus HF	26,8	42,9	46,6	70,0	43,2	23,4
Rikshospitalet HF	46,7	50,3	62,8	66,0	19,3	3,2
Sykehuset i Buskerud HF	49,8	49,5	46,7	63,7	14,0	17,0
Ringerike Sykehus HF	72,9	74,8	64,4	72,1	-0,8	7,7
Sørlandets Sykehus HF	37,2	47,9	55,4	61,3	24,0	5,8
Sykehuset i Telemark HF	59,3	60,0	61,1	79,7	20,4	18,6
Sykehuset i Vestfold HF	61,1	53,7	56,4	53,1	-8,0	-3,3
Betanien Hospital		43,6	74,0	46,7	46,7	-27,4
Helse Vest RHF						
Helse Stavanger HF	58,9	64,8	67,0	62,9	4,0	-4,1
Helse Fonna HF	41,9	59,0	66,0			
Helse Bergen HF	36,0	63,0	57,9	52,4	16,4	-5,5
Helse Førde HF	49,8	72,9	71,3	70,8	21,0	-0,5
Haraldsplass Diakonale Sykehus	50,6	46,2	71,1	60,8	10,2	-10,3
Haugesund San.forening Revm.sh		27,7	52,3	50,4	50,4	-1,9
Helse Midt-Norge RHF						
Helse Sunnmøre HF	22,1	38,3	40,4	39,9	17,8	-0,5
Helse Nordmøre- og Romsdal HF	35,0	48,2	47,6	60,5	25,5	13,0
St. Olavs Hospital HF	21,2	36,1	46,3	47,2	25,9	0,9
Helse Nord-Trøndelag HF	37,1		73,5	58,8	21,7	-14,6
Helse Nord RHF						
Helgelandsykehuset HF	44,2	57,5	57,9	65,6	21,4	7,7
Nordlandsykehuset HF	45,1	63,5	61,7	57,1	12,0	-4,6
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	48,6	48,2	56,7	54,1	5,6	-2,6
Helse Finnmark HF	51,2	49,9	57,8	60,2	9,0	2,4

Tabell 2.17 Andel korridorpasienter. 3. tertial 2004-2007. Helseforetak. Prosentandel. Endring 2004-2007 og 2006-2007

	2004	2005	2006	2007	Endring 2004-2007	Endring 2006-2007
Helse Sør-Øst RHF						
Akershus universitetssykehus HF	3,2	3,2	3,7	4,3	1,1	0,5
Sykehuset Asker og Bærum HF	0,3	1,2	1,1	0,7	0,4	-0,4
Sykehuset Innlandet HF	1,1	0,4				
Ullevål universitetssykehus HF	0,9	2,3	3,5	2,1	1,2	-1,4
Aker universitetssykehus HF		0,9	1,4	2,0	2,0	0,6
Sykehuset i Østfold HF	3,9	3,2	3,5	3,3	-0,6	-0,2
Lovisenberg Diakonale Sykehus	3,5	2,0	2,0	5,3	1,9	3,4
Diakonhjemmets sykehus	3,2	0,9	4,6	3,7	0,5	-0,9
Helse Blefjell HF	1,4	2,5	2,1	1,0	-0,5	-1,1
Rikshospitalet HF		0,0	0,0	0,0		0,0
Sykehuset i Buskerud HF	2,6	2,2	2,4	2,3	-0,3	-0,1
Ringerike sykehus HF	6,0	0,4	4,0	4,0	-2,0	0,0
Sørlandet sykehus HF	1,2	1,0	1,3	0,5	-0,7	-0,8
Sykehuset i Telemark HF	0,3	2,7	2,9	4,0	3,7	1,1
Sykehuset i Vestfold HF	2,6	1,6	1,8	1,7	-0,9	-0,1
Betanien Hospital		0,0	0,0	0,0		0,0
Helse Vest RHF						
Helse Stavanger HF	5,8	5,8	7,5	8,7	2,9	1,3
Helse Fonna HF	3,5	2,2	3,7			
Helse Bergen HF	1,3	1,6	1,0	1,4	0,0	0,4
Helse Førde HF	0,1	0,2	1,2	1,7	1,6	0,5
Haraldsplass Diakonale Sykehus	1,4	1,3	1,9	2,3	0,9	0,4
Haugesund San.forening Revm.sh		0,1	0,5	0,0		-0,5
Helse Midt-Norge RHF						
Helse Sunnmøre HF	2,3	2,0	1,7	1,3	-1,0	-0,4
Helse Nordmøre og Romsdal HF	1,2	1,3	2,5	2,5	1,3	0,0
St. Olavs Hospital HF	4,7	4,9	2,5	3,2	-1,4	0,7
Helse Nord-Trøndelag HF	1,8		2,8	2,7	0,9	-0,1
Helse Nord RHF						
Nordlandsykehuset HF	1,5	1,4	1,5	2,0	0,5	0,4
Helgelandsykehuset HF	1,9	2,5	3,1	2,9	1,0	-0,2
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1,5	1,8	1,6	2,1	0,6	0,5
Helse Finnmark HF	0,5	0,3	0,5	0,5	0,0	-0,1

Tabell 2.18 Andel strykninger. 3. tertial 2004-2007. Helseforetak. Prosentandel. Endring 2004-2007 og 2006-2007

	2004	2005	2006	2007	Endring 2004-2007	Endring 2006-2007
Helse Sør-Øst RHF						
Akershus universitetssykehus HF	8,4		6,0	5,8	-2,7	-0,2
Sykehuset Asker og Bærum HF	10,6	5,3	10,5	12,1	1,5	1,6
Ullevål universitetssykehus HF	6,4	7,0	7,8	8,2	1,8	0,5
Aker universitetssykehus HF	10,6		7,8	7,6	-3,0	-0,2
Sykehuset i Østfold HF	7,0	6,1	6,2	6,9	0,0	0,7
Martina Hansens Hospital	8,2	8,1	7,5	7,2	-1,0	-0,3
Lovisenberg Diakonale Sykehus	8,8	4,9	4,8	4,8	-4,0	0,0
Diakonhjemmets Sykehus	5,4	5,6	4,2	5,8	0,4	1,6
Blefjell Sykehus HF	5,5	4,3	4,6	3,8	-1,7	-0,8
Rikshospitalet HF		11,1	8,1	7,6	7,6	-0,5
Sykehuset i Buskerud HF	8,1	7,8	8,9	9,4	1,3	0,5
Ringerike Sykehus HF	6,1	4,7	5,8	6,8	0,7	0,9
Sørlandets Sykehus HF	6,4	9,3	5,8	5,8	-0,6	0,0
Sykehuset i Telemark HF			5,6	5,8	5,8	0,2
Sykehuset i Vestfold HF	6,5	7,4	6,7	6,4	-0,2	-0,3
Betanien Hospital	1,2	2,6	2,3	2,4	1,1	0,1
Helse Vest RHF						
Helse Stavanger HF	4,0	11,2	9,2	9,1	5,1	-0,1
Helse Bergen HF	13,8	9,0	9,8	8,3	-5,5	-1,5
Helse Førde HF	8,6	8,2	8,3	7,4	-1,2	-0,9
Haraldsplass Diakonale Sykehus	9,5	7,7	11,8	11,7	2,2	-0,2
Haugesund San.forening Revm.sh		0,0	0,0	0,0		0,0
Helse Midt-Norge RHF						
Helse Sunnmøre HF	7,7	9,4	10,7	11,5	3,8	0,7
Helse Nordmøre- og Romsdal HF	12,2	10,2	9,8	11,3	-0,9	1,6
St. Olavs Hospital HF	12,8	12,6	13,5	11,1	-1,7	-2,4
Helse Nord-Trøndelag HF	7,0		9,9	8,5	1,4	-1,4
Helse Nord RHF						
Nordlandsykehuset HF	9,2	11,9	10,0	10,1	0,9	0,1
Helgelandsykehuset HF		9,1	7,3	12,2	12,2	4,9
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	13,3	13,1	12,5	11,3	-2,0	-1,2
Helse Finnmark HF	13,3	13,5	12,3	14,2	0,8	1,8