

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

3 Geografiske forskjeller i bruk av spesialisthelsetjenester

Birgitte Kalseth og Linda Midttun

Med utgangspunkt i forbruksindikatorerne for den somatiske spesialisthelsetjenesten som ble presentert i SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 (Midttun, 2008a), er det tydelig at det fortsatt er relativt store geografiske forskjeller i forbruket av spesialisthelsetjenester. I dette kapitlet går vi nærmere inn på tre spørsmål som berører disse forskjellene. For det første vil vi se nærmere på forholdet mellom det faktiske forbruket og estimat for forventet forbruk. Dersom befolkningen skal ha et likt spesialisthelsetjenestetilbud, bør det være et rimelig samsvar mellom det tilbudet som gis til befolkningen bosatt i et område og det behovet den samme befolkningen har. For det andre er det grunn til å tro at de geografiske forskjellene vil variere fra pasientgruppe til pasientgruppe. Vi vil derfor se nærmere på diagnosekapitlene med de største forskjellene mellom bostedsområdene. Til slutt i kapitlet ser vi nærmere på utviklingen i tilgjengelighet til enklere kirurgisk behandling. Det er registrert en tendens til økning i ventetidene de siste par år, etter en periode med nedgang i ventetid. Vi vil derfor se på utvikling i operasjonsrater og ventetid for tre pasientgrupper som er betydelige i ventelistesammenheng. Bruk av private kommersielle tilbydere vil ses i sammenheng med denne utviklingen.

Vi vil dermed analysere følgende problemstillinger:

1. Er det sammenfall mellom behovsestimaterne (forventet forbruk) og det faktiske forbruket av spesialisthelsetjenester, og hvilke HF-områder skiller seg eventuelt ut med store avvik?
2. For hvilke pasientgrupper er de geografiske forskjellene i forbruksindikatorerne størst?
3. Hvordan er utviklingen i tilgjengelighet til enklere kirurgi i HF-områdene?

3.1 Oppsummering og hovedfunn

Hovedfunnene fra dette kapitlet er oppsummert i boksen nedenfor:

- De fleste HF-områdenes forbruksindikatorer sammenfaller i stor grad med deres forventede behov (behovsestimat)
- Enkelte HF-områder har imidlertid et forholdsmessig lavt (for eksempel Østfold og Nord-Trøndelag HF-område) eller høyt (for eksempel Telemark, Førde og Sunnmøre HF-område) forbruk av spesialisthelsetjenester
- Det er betydelige pasientgruppe-spesifikke geografiske variasjoner. Gruppene som utmerket seg spesielt er ICD-10 hovedkapitlene:
 - "Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten", derunder diagnoser knyttet til kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning samt for kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg
 - "Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker", derunder pasienter med skade på hånd og håndledd samt skader i ankel og fot
 - "Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev", deriblant diagnoser knyttet til bløtvevssykdom, leddlidelser og rygglidelser
- Viktige årsaker til geografiske forskjeller i bruk av helsetjenester vil være knyttet til ulikheter i behov, tilbud, oppgavefordeling (organisering og samhandling) mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste og organiseringen av spesialisthelsetjenestetilbudet. Administrative og systemtekniske forhold kan også bidra til forskjeller
- Når det gjelder tilgjengelighet til enklere kirurgisk behandling, så gikk ventetidene ned i perioden 2002-2007. Samtidig økte raten for antall pasienter som mottok slik behandling.
- For ØNH-operasjoner og øyeoperasjoner ble det for 2007 dokumentert at en høy andel private operasjoner samvarierte med lavere operasjonsrater. Dette kan indikere at private aktører brukes mest der kapasiteten er mangelfull ved egne sykehus. Det var en svært sterk reduksjon i andelen privat utførte operasjoner fra 2005 til 2007 for disse pasientgruppene

3.2 Datagrunnlag og metode

Som grunnlag for å beregne de ulike forbruksindikatorene har vi benyttet pasientdata fra Norsk pasientregister (Npr). Ventetidsberegninger er også basert på pasientdata. I dette kapitlet presenteres i tillegg forbruksrater som tar utgangspunkt i pasient som analyseenhet. Datamaterialet åpner imidlertid kun for å følge samme pasient innenfor en og samme institusjon og innenfor ett kalenderår. Dette medfører at rater beregnet med grunnlag i antall pasienter, i betydningen personer, kan være noe overestimert. For mer utfyllende informasjon om bruk av pasient som analyseenhet, se Anthun med flere (2008a) og Jørgenvåg & Jensberg (2006).

I kapittel 3.3 benyttes også behovsindekser, som et uttrykk for forventet forbruk. På grunnlag av empiriske analyser på kommunenivå konkluderer NOU 2008:2 med at følgende forhold påvirker befolkningens bruk av somatiske spesialisthelsetjenester:

- Alderssammensetning (0-5 år, 6-12 år, 13-17 år, 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-66 år, 67-79 år, 80 år og eldre)
- Dødelighet (20 år og eldre)
- Andel sykemeldte
- Andel uføretrygdede (20-66 år)
- Andel med rehabiliteringsytelser (20-66 år)
- Andel uten utdanning utover grunnskole (20-59 år)
- Levekårsindeks (0-19 år)
- Levekårsindeks (67 år og eldre)
- Klima- og breddegradsindeks (0-66 år)¹⁵
- Klima- og breddegradindeks (67 år og eldre)¹⁶

I dette kapitlet benyttes disse behovsindeksene, som er utviklet på kommunenivå, som utgangspunkt for å beregne tilsvarende indekser for HF-områdene.

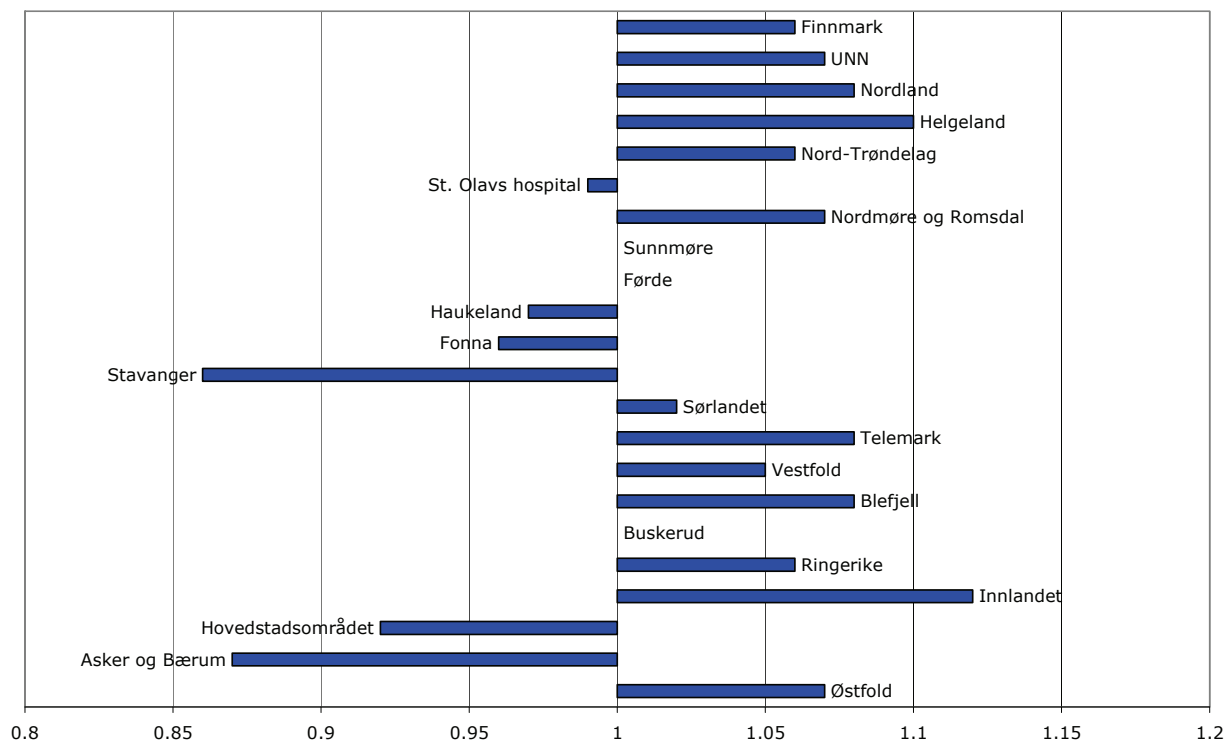
3.3 Er det sammenfall mellom behovsestimater og forbruk?

Utgangspunktet for dagens inntektsfordeling i den norske spesialisthelsetjenesten er de regionale helseforetakenes (RHF-enes) "sørge for"-ansvar (NOU, 2008). Kostnadsnøkklene som definerer hvordan ressursene fordeles mellom RHF-ene tar utgangspunkt i forhold som beskrives som å "reelt påvirke behovet for spesialisthelsetjenester samt variasjoner i kostnader forbundet med å gi et likeverdig tjenestetilbud i hele landet" (NOU, 2008:2: 15). I forbindelse med Magnussen-utvalgets arbeid (NOU 2008:2), har det blitt gjort oppdaterte analyser, som igjen har lagt grunnlaget for utviklingen av nye indekser for behov. Ved å sammenligne disse behovsindeksene med befolkningens faktiske bruk av helsetjenester i de ulike geografiske områdene, er det mulig å få et bilde av hvordan forholdet mellom forventet og faktisk forbruk er.

Ettersom befolknings sammensetning, sykkelighet og forhold som påvirker helsetilstanden ikke er likt geografisk fordelt i landet, vil også behovet for, og etterspørselen etter, spesialisthelsetjenester variere. Figur 3.1 viser HF-områdenes behovsindekser for somatiske spesialisthelsetjenester. Indeks med verdi lik 1 betyr at behovet for spesialisthelsetjenester for befolkningen bosatt i området tilsvarer det gjennomsnittlige behovet for tjenester for den samlede norske befolkningen. Indekser med verdier lavere eller høyere enn verdien 1 tilsvarer henholdsvis behov under og over landsgjennomsnittet. Tabell 3.9 angir de eksakte verdiene for behovsindeksene i de ulike områdene.

¹⁵ Variabelen ble av utvalget kun innvektet med 20 prosent av beregnet vekt ettersom variabelen i inntektssystemssammenheng er ny.

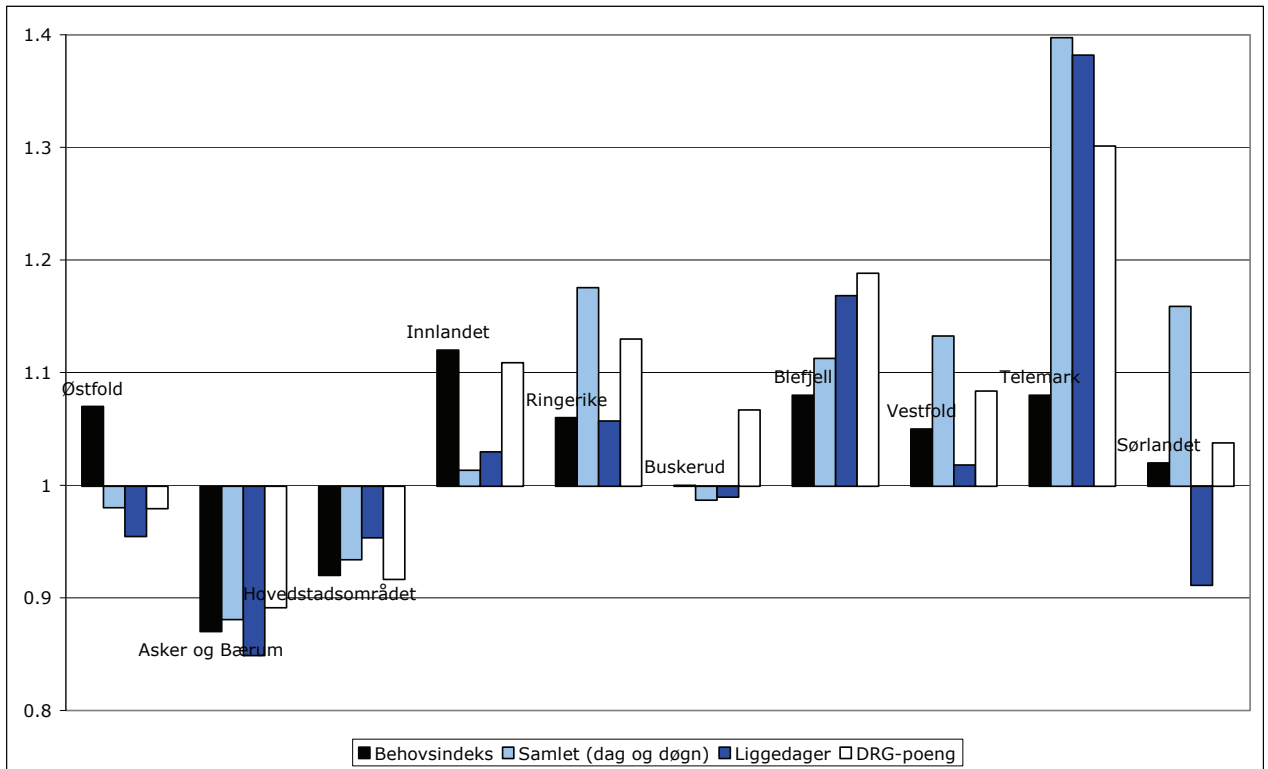
¹⁶ Variabelen ble av utvalget kun innvektet med 20 prosent av beregnet vekt ettersom variabelen i inntektssystemssammenheng er ny.



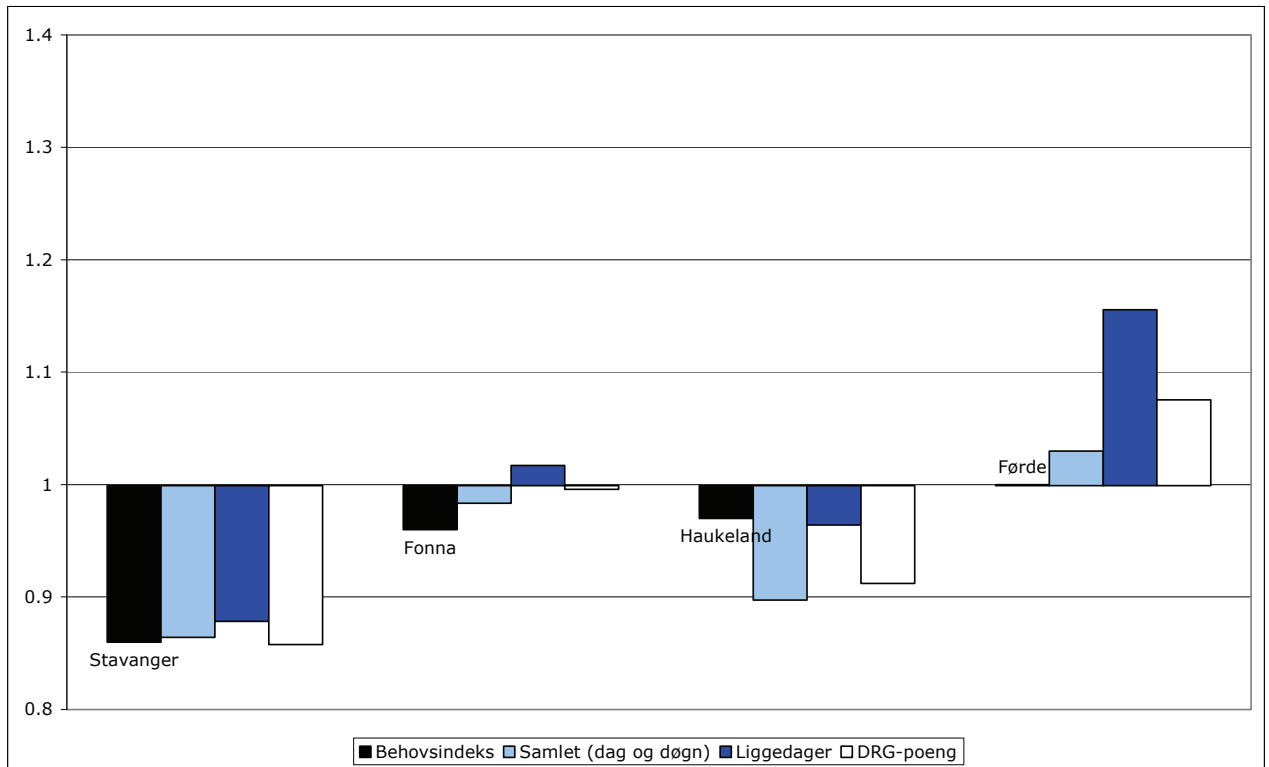
Figur 3.1 Behovsindekser per HF-område. Indeksene er basert på vektene presentert i NOU 2008:2

Av figur 3.1 fremgår det at seks av områdene har en behovsindeks som er lavere enn landsgjennomsnittet, mens 13 områder har indekser over gjennomsnittet. Blant områdene som har lavere behovsindekser enn landsgjennomsnittet utmerker Stavanger, Asker og Bærum og Hovedstadsområdet seg. Motsatt, utmerker Innlandet HF-område seg med den høyeste indeksen blant områdene som har høyere behovsindeks enn landsgjennomsnittet. Indeksene for Sunnmøre, Førde og Buskerud befinner seg på landsgjennomsnittet.

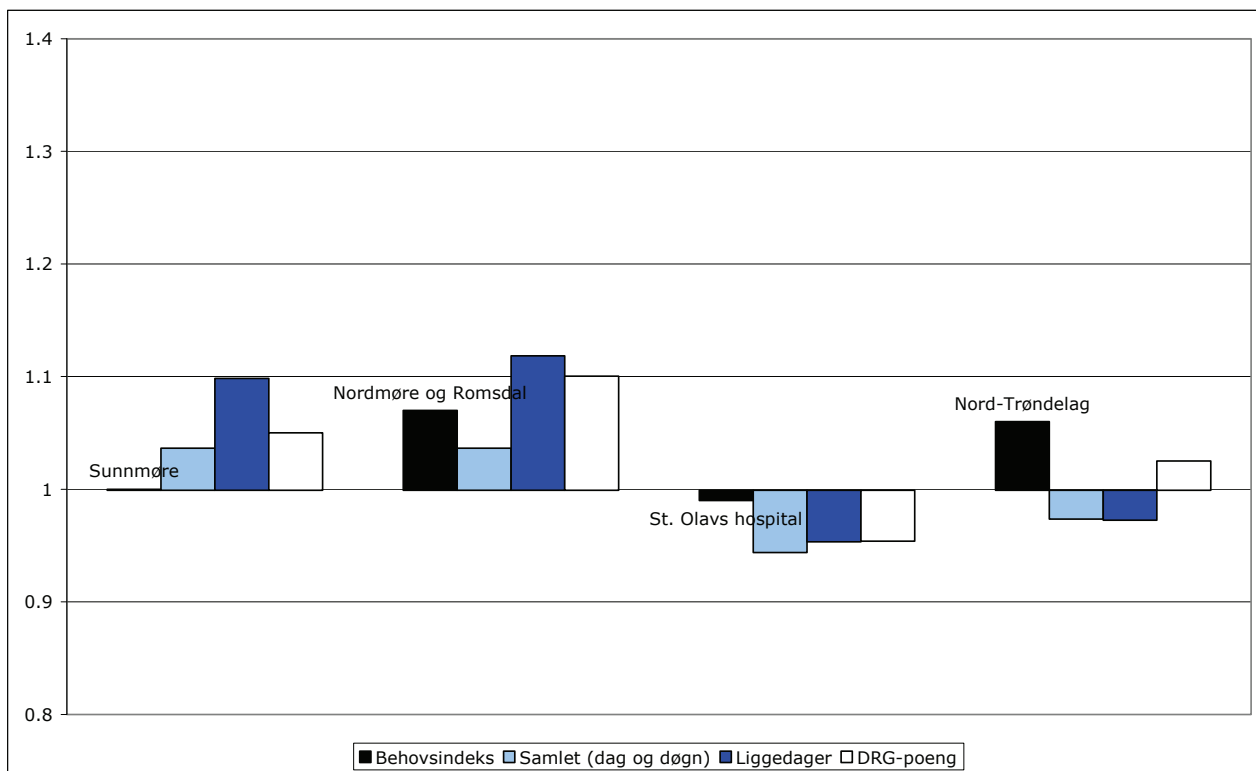
Er det så sammenfall mellom forbruket av spesialisthelsetjenester og det beregnede behovet? Nedenfor er en oversikt over HF-områdenes forbruk av sykehusopphold, dvs. dag- og døgnopphold (lyseblå søyle) samt liggedager (mørkeblå søyle) og DRG-poeng (hvit søyle), relativt til landsgjennomsnittet. Behovsindeksen er illustrert med en svart søyle.



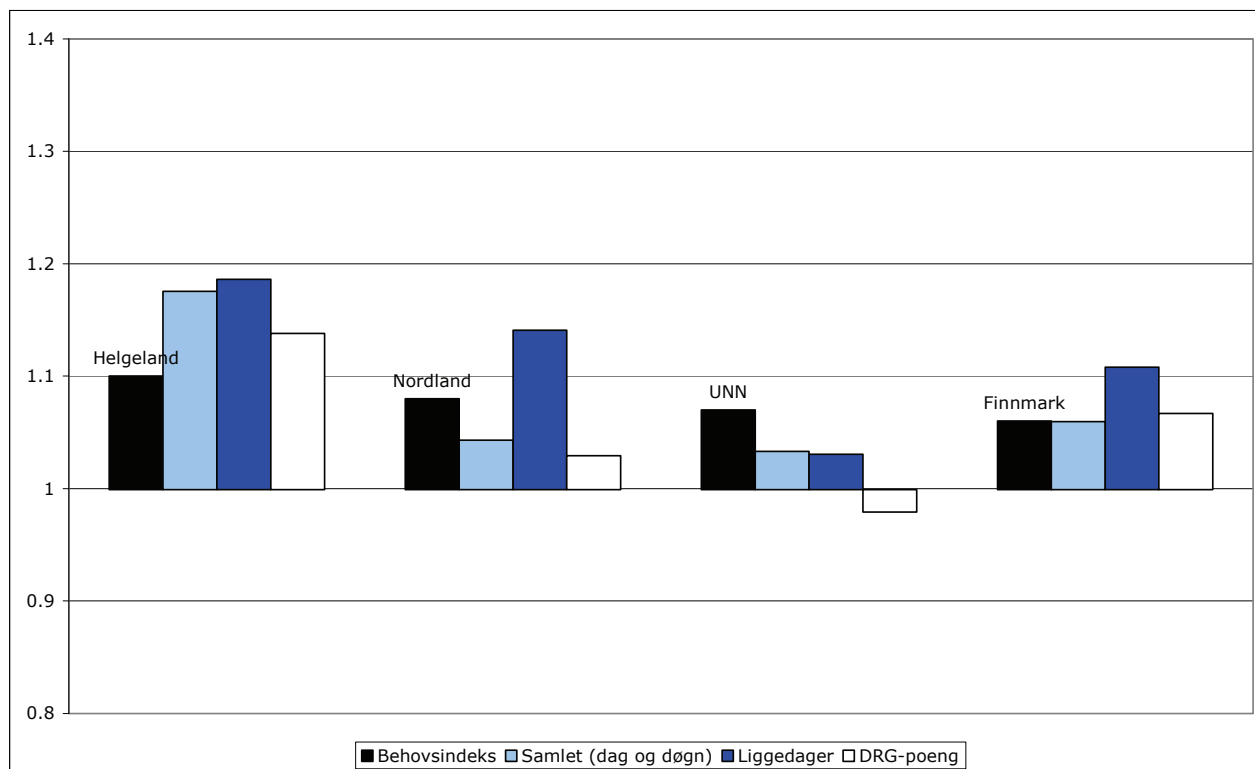
Figur 3.2 Behovsindikator og forbruksindikatorer for HF-områdene i Helse Sør-Øst, 2007. Forbruksindikatorer for samlet antall opphold (dag- og døgnopphold), antall liggedager og antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere, relativt til landsgjennomsnittet



Figur 3.3 Behovsindikator og forbruksindikatorer for HF-områdene i Helse Vest, 2007. Forbruksindikatorer for samlet antall opphold (dag- og døgnopphold), antall liggedager og antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere, relativt til landsgjennomsnittet



Figur 3.4 Behovsindikator og forbruksindikatorer for HF-områdene i Helse Midt-Norge, 2007. Forbruksindikatorer for samlet antall opphold (dag- og døgnopphold), antall liggedager og antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere, relativt til landsgjennomsnittet



Figur 3.5 Behovsindikator og forbruksindikatorer for HF-områdene i Helse Nord, 2007. Forbruksindikatorer for samlet antall opphold (dag- og døgnopphold), antall liggedager og antall DRG-poeng per 1 000 innbyggere, relativt til landsgjennomsnittet

Figurene 3.2-3.5 viser at det i de fleste HF-områdene er relativt sammenfallende forhold mellom behovsindeksene og forbruksindikatorerne. Dermed har områdene med høyere behovsindekser enn landsgjennomsnittet også stort sett et høyere forbruk enn landsgjennomsnittet, mens områdene som har behovsindekser som er lavere enn landsgjennomsnittet tilsvarende også stort sett har et lavere forbruk av spesialisthelsetjenester enn landsgjennomsnittet. For eksempel har områdene Ringerike, Blefjell, Vestfold, Helgeland, Asker og Bærum, Hovedstadsområdet, Stavanger og Buskerud forbruksprofiler som i relativt stor grad sammenfaller med behovsindeksene.

Det forekommer imidlertid enkelte interessante unntak fra dette mønsteret. Blant noen av områdene som har behovsindekser over landsgjennomsnittet er for eksempel forbruket av spesialisthelsetjenester betydelig høyere enn behovsindeksene skulle tilsi. Det tydeligste eksemplet på dette finner vi i Telemark HF-område. Som det fremgår av figur 3.2 er både forbruksindikatorerne basert på opphold, liggetid og DRG-poeng her betydelig høyere enn tilsvarende indikatorer i områder med høyere behovsindeks enn Telemark. Noe av forklaringen på Telemarks høye forbruksrater relativt til landsgjennomsnittet skyldes et høyt forbruk av rehabiliteringstjenester, og da særlig opphold der pasienten har hoveddiagnose innenfor ICD-10 kategoriblokken Z40-Z54 "Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg". Rater beregnet eksklusive slike opphold ligger imidlertid fortsatt vesentlig høyere enn både landsgjennomsnittet og tilsvarende rater i samtlige av de øvrige HF-områdene, noe som tyder på et spesielt høyt forbruk av tjenester blant befolkningen i området.

Videre er det slik at enkelte områder har relativt lave forbruksindikatorer sammenlignet med behovsindeksene. Dette er spesielt tilfelle i HF-områdene Østfold og Nord-Trøndelag, og dessuten i noen grad i områdene UNN og St. Olavs Hospital. Forbruket i disse områdene er dermed noe lavere enn forventet. Motsatt fins det områder med relativt høye

forbruksindikatorer i forhold til behovsindeksene. Dette finner man, i tillegg til i Telemark HF-område, for eksempel til en viss grad i områdene Førde og Sunnmøre. De relativt sett høye forbruksindikatorerne i forhold til det estimerte behovet er imidlertid mest fremtredende for liggetidsraten til de to sistnevnte områdene, noe som indikerer at pasientene først og fremst har noe lenger liggetid enn pasienter fra andre områder av landet.

3.4 For hvilke pasientgrupper er de geografiske forskjellene i forbruksindikatorerne størst?

Så langt har forbruksindikatorerne vært beregnet på grunnlag av dag- og døgnbehandlinger ved sykehus, og omfattet rater for opphold, liggedager og DRG-poeng. En betydelig del av de somatiske spesialisthelsetjenestene tilbys imidlertid også i form av polikliniske konsultasjoner og opphold ved private opptreningsinstitusjoner. Tidligere analyser har dessuten identifisert betydelige geografiske forskjeller i bruken av henholdsvis konsultasjoner hos private avtalespesialister og konsultasjoner ved offentlige poliklinikker (Midttun, 2007, 2008b; Npr, 2008; Jørgenvåg, 2006). Tilsvarende er det grunn til å forvente at de private opptreningsinstitusjonene fungerer som viktige supplement til rehabiliteringstilbudet ved sykehusene (jf. diskusjonen i kapittel seks). I tabell 3.10 har vi derfor beregnet totalforbruksrater som også inkluderer opphold ved private opptreningsinstitusjoner og konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og ved private avtalepraksiser. Ratene er beregnet både for opphold og for pasienter.

Som det fremgår av tabellen er det relativt store forskjeller på tvers av HF-områdene i ratene for både opphold og pasienter behandlet ved private opptreningsinstitusjoner (henholdsvis 60 og 38 prosent variasjon) og ved privat avtalepraksis (henholdsvis 43 og 35 prosent variasjon). Et annet interessant funn er at variasjonen mellom HF-områdene reduseres vesentlig når man for private opptreningsinstitusjoner og private avtalepraksiser ser på *pasientrater* istedenfor *oppholdsrater*. Dette betyr at antallet pasienter som mottar behandling er jevnere fordelt i befolkningen enn antallet opphold. Totalraten, som inkluderer samtlige rapporterte opphold/konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, varierer naturligvis betydelig mindre enn enkeltratene - med bare ni prosent.¹⁷ Variasjonskoeffisientene for oppholdsraten og pasientraten er like store.

Forskjellene mellom HF-områdene er imidlertid mye større for noen pasientgrupper enn for andre. Når man splitter opp ratetallene i henhold til ICD-10 hovedkapitlene kommer dette tydelig frem. Med utgangspunkt i forbruksrater (antall opphold/konsultasjoner og pasienter behandlet ved sykehus, offentlig poliklinikk og private opptreningsinstitusjoner per 1 000 innbyggere¹⁸) skiller spesielt variasjonsbredden¹⁹ for følgende kapitler seg ut (se tabell 3.11 og 3.12):

- Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten
- Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak
- Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev
- Sykdommer i øre og ørebensknute
- Sykdommer i hud og underhud

¹⁷ Variasjonskoeffisienten beregnes ved å dividere standardavviket for HF-områdenes rater på totalraten for samtlige HF-områder.

¹⁸ Ettersom en del av de private avtalespesialistene innrapporterer diagnoser basert på ICPC-kodeverk, er ikke en oppsplitting i henhold til ICD-10 hovedkapitler mulig for denne typen konsultasjoner. Ratene for ICD-10 hovedkapitlene og kategori-blokkene er derfor eksklusive konsultasjoner hos private avtalespesialister.

¹⁹ Variasjonsbredden beregnes som differansen mellom den høyeste og den laveste raten.

For de to sistnevnte kapitlene er det grunn til å anta at en betydelig del av variasjonen i totalratene kan tilskrives ulikt forbruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister, og ettersom det ikke er mulig å inkludere denne aktiviteten i beregningene²⁰, vil dette ikke kunne tas høyde for i analysene. Vi fokuserer derfor på de tre øvrige kapitlene, og skal nå se nærmere på hvilke kategoriblokker og enkelt diagnoser innenfor kapitlene som skiller seg ut med spesielt store forbruksforskjeller på tvers av HF-områdene.

3.4.1 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten

Som det fremgår av tabell 3.12 utmerker kapitlet "Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten" seg med klart størst variasjonsbredde av samtlige ICD-10 kapitler, med en forskjell på hele 234 opphold/konsultasjoner per 1 000 innbyggere mellom Haukeland (lavest) og Helgeland (høyest). Variasjonskoeffisienten er også forholdsvis høy; 0,19 både for oppholdsraten og pasientraten. Når man analyserer HF-områdenes ratetall for de enkelte kategoriblokkene i kapitlet (se tabell 3.13) ser man videre at det er spesielt to kategoriblokker som skiller seg ut med påfallende stor variasjonsbredde mellom HF-områdene. Disse er "Z00-Z13 Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning" samt "Z40-Z54 Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg". Variasjonskoeffisientene for oppholds- og pasientrater for de to gruppene er henholdsvis 0,29 og 0,31 for Z00-Z13 og 0,34 og 0,48 for Z40 og Z54.

Pasientgruppene som har flest *opphold* innenfor disse to kategoriblokkene er pasienter som får etterbehandling for andre tilstander enn ondartede svulster (Z09) og pasienter som gjennomgår kontroller i forbindelse med ortopedisk behandling. Denne behandlingen gis primært i form av polikliniske konsultasjoner. Blant de innlagte pasientene er hoveddiagnoser knyttet til observasjon ved mistanke om forstyrrelse i nervesystemet, dialyse, kjemoterapi og rehabilitering mest utbredt.

Diagnosene som har flest *pasienter* innenfor disse to kategoriblokkene er etterundersøkelse etter kirurgisk behandling for andre tilstander (Z09.0) og observasjon ved mistanke om annen spesifisert sykdom (Z03.8) blant de polikliniske konsultasjonene. Blant de innlagte pasientene (dag- og døgn) var de hyppigst forekommende diagnosene knyttet til rehabiliteringstiltak (Z50.89 og Z50.80). De geografiske forskjellene kan fortolkes som et resultat av flere forhold. Sentrale forklaringer er knyttet til:

- Behovsforskjeller: Forbruksforskjellene gjenspeiler ulik sykkelighet i befolkningen, og dermed også ulikt behov for spesialisthelsetjenester i HF-områdene (jf. delkapittel 3.3).
- Tilbudsside-forskjeller: I de ulike områdene har man etablert ulike tilbud og spesialisthelsetjenestetilbudet som er lokalisert nær pasientens bosted varierer derfor. Reisetid, reiseavstand og generell tilgjengelighet vil dessuten være av betydning for fastlegenes henvisningspraksis.
- Fordeling av oppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, samt organisering av spesialisthelsetjenesten (for eksempel sykehusstruktur, funksjonsfordeling og innleggelsespraksis).
- Administrative forhold: Indikatorer som er basert på sykehusopphold, ikke pasienter, vil være sensitive for bl.a. antallet sykehus som er organisert innenfor en rapporteringsenhet og forskjeller og endringer i organisering og funksjonsfordeling som har betydning for antall registrerte opphold. Indikatorene som er basert på pasienter vil på sin side ikke kunne fange opp pasienter som behandles ved flere forskjellige sykehus. Ved etableringen av et personidentifiserbart Npr vil det i

²⁰ En del av de private avtalespesialistene innrapporterer diagnoser basert på ICPC-kodeverk, og en oppsplitting i henhold til ICD-10 hovedkapitler er derfor ikke mulig for denne typen konsultasjoner. Ratene for ICD-10 kapitlene og kategoriblokkene er derfor eksklusive konsultasjoner hos private avtalespesialister.

fremtiden bli mulig å gjøre beregninger basert på et fullstendig pasienttydige datamateriale, og dermed vil disse størrelsene kunne tallfestes helt nøyaktig.

3.4.2 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak

For hovedkapitlet "Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak" varierer ratene mellom 54 opphold/konsultasjoner per 1 000 innbyggere i Stavanger-området til 144 opphold/konsultasjoner per 1 000 innbyggere i Nordmøre og Romsdalsområdet. Pasientratene har en variasjonsbredde på 57 pasienter per 1 000 innbyggere. Hovedstadsområdet har den høyeste pasientraten (94) og Sørlandet-, Haukeland- og Stavangerområdene den laveste (37). Dette betyr at Nordmøre og Romsdalsområdet relativt sett har høye oppholdsrate, men ikke fullt så høye pasientrater relativt til de andre områdene. Også for dette hovedkapitlet har vi gjort rateberegninger for kategoriblokkene for å avdekke om det er enkelte diagnosegrupper som bidrar spesielt til de relativt store geografiske forskjellene.

Sammenlignet med kapitlet "Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten", er det ingen kategoriblokker som skiller seg like markant ut med spesielt stor variasjonsbredde i dette hovedkapitlet (se tabell 3.14). Størst er likevel forskjellen mellom HF-områdene innad i blokken "S60-S69 Skader på håndledd og hånd". Også variasjonskoeffisientene for oppholds- og pasientratene for denne pasientgruppen er forholdsvis høye, henholdsvis 0,35 og 0,31. Blant de polikliniske konsultasjonene er det særlig bruddskader i håndledd og sår på finger som er hyppig forekommende diagnoser, mens brudd i finger og metakarp er de vanligste diagnosene blant dag- og døgnopphold. Kategoriblokken "S90-S99 Skader i ankel og fot" har også relativt stor variasjonsbredde og variasjonskoeffisienter på over 0,40. I denne gruppen er det særlig opphold og pasienter med hoveddiagnose forstuvning og forstrekking av ankelligament (S93.4) som dominerer blant de polikliniske konsultasjonene. For sykehusopphold og pasienter innlagt ved sykehus er diagnosen brudd i hælben (S92.0) mest vanlig.

Også i dette tilfellet kan forklaringene på de geografiske forskjellene være sammensatte. Diagnosene som har størst omfang innenfor kategoriblokken med størst geografisk variasjon, er tilstander som i noen tilfeller vil kunne behandles ved en kommunal legevakt eller ved et annet kommunalt tilbud. Videre vil også "tilbudsside-forskjeller" påvirke forbruksforskjellene for denne typen spesialisthelsetjeneste.

3.4.3 Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev

For hovedkapitlet "Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev" er variasjonsbredden mellom Stavanger med den laveste oppholdsrate (55 opphold/konsultasjoner per 1 000 innbyggere) og Telemark med den høyeste (145 opphold/konsultasjoner per 1 000 innbyggere) 90 opphold/konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Pasientratene er også lavest for Stavanger HF-område, mens de høye oppholdsrate i Telemark viste seg å delvis skyldes at samme pasient har mange opphold. De høyeste pasientratene finner vi i områdene Blefjell og Telemark. Videre viser tabell 3.15 at forskjellene i HF-områdenes forbruksmønstre er størst for kategoriblokkene "M60-M79 Bløtvevssykdommer", "M00-M25 Leddlidelser" og "M40-M54 Rygglidelser". En nærmere analyse med utgangspunkt i *opphold* avslører videre at polikliniske konsultasjoner blant pasienter med leddsmerte, seropositiv reumatoid artritt og hoftelddsartrose dominerer. Blant innlagte pasienter er de vanligste diagnosene menisklidelse og kneleddsartrose, mens pasienter med hoftelddsartrose utgjør en stor gruppe blant pasientene behandlet ved de private opptreningsinstitusjonene. Tilsvarende analyser med utgangspunkt i *pasienter* viser at det også da er de samme diagnosene som forekommer hyppigst.

3.5 Tilgjengelighet til enklere kirurgi i helseforetaksområdene

I denne delen av kapitlet ser vi på geografiske forskjeller og utvikling i omfang av enklere kirurgisk behandling. Ventetid til behandling er også skissert, men her mangler blant annet opplysninger om ventetid for pasienter behandlet av private kommersielle spesialister. Tilgjengeligheten til enklere kirurgi er interessant å studere ut fra flere forhold. For det første er dette en svært stor gruppe i ventelistesammenheng. For det andre er mange av de ventende i yrkesaktiv alder. Dette medfører at mange går sykmeldte i påvente av behandling. Det er opprettet en egen ordning for å få sykmeldte ut av køen og tilbake til jobb (Raskere tilbake). Mange av disse lidelsene/skadene er ikke av akutt karakter, ved at en viss ventetid ikke reduserer effekten av behandling i stor grad. For den enkelte pasient kan mange av tilstandene likevel være plagsomme. Tilstander med relativt lav hastegrad er utsatte når helseforetakene strammer inn sine budsjetter. Det er derfor interessant å følge utviklingen i tilbudet til slike grupper. Helsereformen var delvis motivert av en oppfatning om at helsetjenesten ikke var effektiv med hensyn til å ta unna ventelistene med den følge at mange sto uforholdsmessig lenge og ventet på behandling. Gjennom 2000-tallet har derfor ulike typer virkemidler blitt brukt for å bedre situasjonen. Bruk av private kommersielle aktører og en generell økt satsing på overgang til mest mulig dagkirurgi har vært virkemidler for å redusere ventelister og ventetid.

Vårt utvalg; enklere kirurgi for muskel-skjelettsykdommer, tilstander i øre-nese-hals og øyne

For på en enkel måte å definere gruppen "enklere kirurgi" tas det utgangspunkt i pasientgrupper som utgjør kjernedelen av den kirurgiske aktiviteten ved private kommersielle sykehus og private spesialister som utfører kirurgisk behandling på vegne av det offentlige. På den måten får vi definert et utvalg pasienter hvor dagkirurgi er vanlig (altså enklere kirurgi) og vi kan studere hvor mye den private aktiviteten bidrar i forhold til det totale behandlingsområdet i helseforetaksområdene.

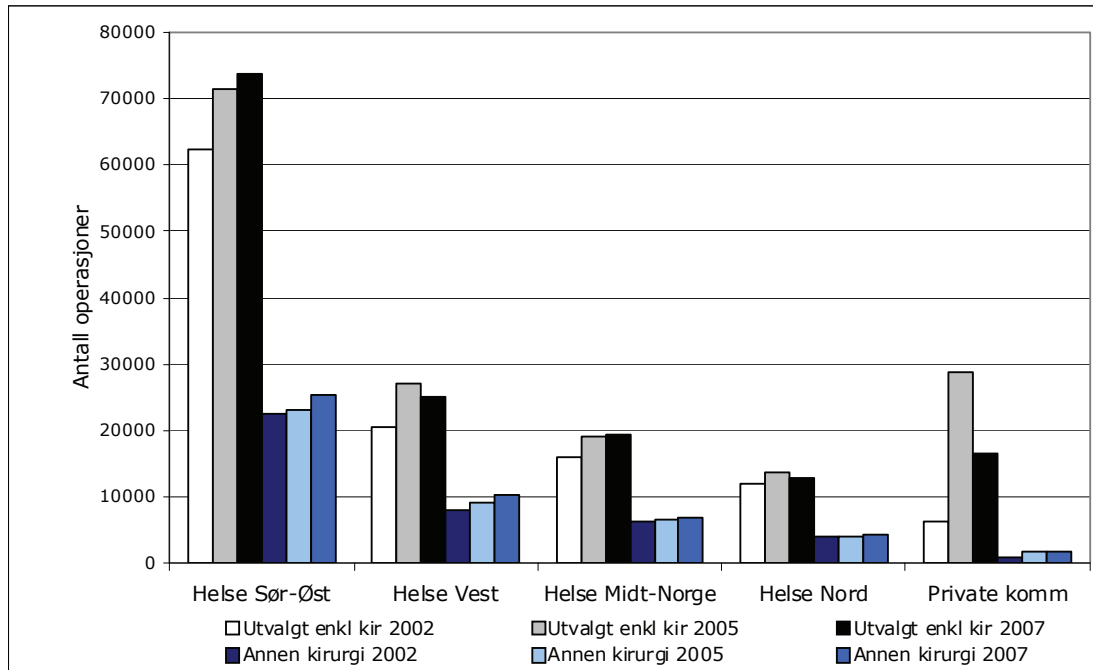
Den desidert største gruppen pasienter i vårt utvalg er pasienter som har fått utført kirurgi på grunn av tilstander relatert til muskel-skjelettsystemet. Slike lidelser er en av hovedårsakene til sykefravær og sykemeldinger (Gjesdal, 2005) og utgjør også en stor gruppe i ventelistesammenheng. Kirurgisk behandling for muskel-skjelettlidelser domineres av middelaldrende- men også mange relativt unge mennesker. Andre relativt store grupper i ventelistesammenheng er pasienter operert for tilstander i Øre-Nese-Hals (ØNH) og øyne. Kirurgisk behandling av øyelidelser domineres av eldre mennesker (mest grå stær), mens den volummessig største aldersgruppen som mottar kirurgisk behandling for ØNH-lidelser er barn- og unge. De største gruppene av enklere operasjoner/prosedyrer innenfor disse tre fagområdene er utgangspunktet for vår analyse. En liste over hvilke prosedyregrupper (DRG-er) som er valgt og de vanligste diagnosene til disse pasientene er vist i tabell 3.16²¹ og 3.17. Gruppene utgjør 66 prosent av alle planlagte (elektive) prosedyrer innen muskel-skjelettsykdommer, 67 prosent innen ØNH og 99 prosent innen øyesykdommer ved norske sykehus, inkludert private kommersielle aktører som har (DRG-)aktivitet finansiert av det offentlige i 2007.

3.5.1 Uvikling i omfang av enklere kirurgi innen fagområdene øye, ØNH og muskel-skjelettlidelser

Vi starter med å se på den generelle utviklingen for kirurgi innen de tre utvalgte fagområdene, basert på hoveddiagnosegrupperingen i DRG-systemet. Vi skiller mellom de utvalgte gruppene som ligger til grunn i resten av analysen (jf. tabell 3.16) og kirurgiske prosedyrer

²¹ På grunn av endringer i DRG-systemet, hvor operasjoner på grunn av søvnapne i 2002 inngikk i en samlekategori operasjoner, og som fra 2005 fikk en egen DRG (521), ble pasienter med diagnosekodene G473-søvnapne og R065-munnpusting inkludert hvis de samtidig var registrert i en kirurgisk DRG.

som ikke er utvalgt. I den siste gruppen inngår også mer omfattende kirurgi som normalt krever innleggelse. Tidligere dokumentasjon har vist at det skjedde en økning i bruken av private aktører i årene etter Helsereformen ble innført i 2002 (Midttun, 2007). Utviklingen i totalt antall opphold per 1 000 innbyggere (per helseregion) utført av private kommersielle aktører fra 2002 til 2007 er også vist i kapittel 2. Den kraftige økningen i bruk av private aktører i perioden fram til 2005 framkommer av figur 3.6. Fra 2005 til 2007 ble imidlertid aktiviteten kraftig redusert.

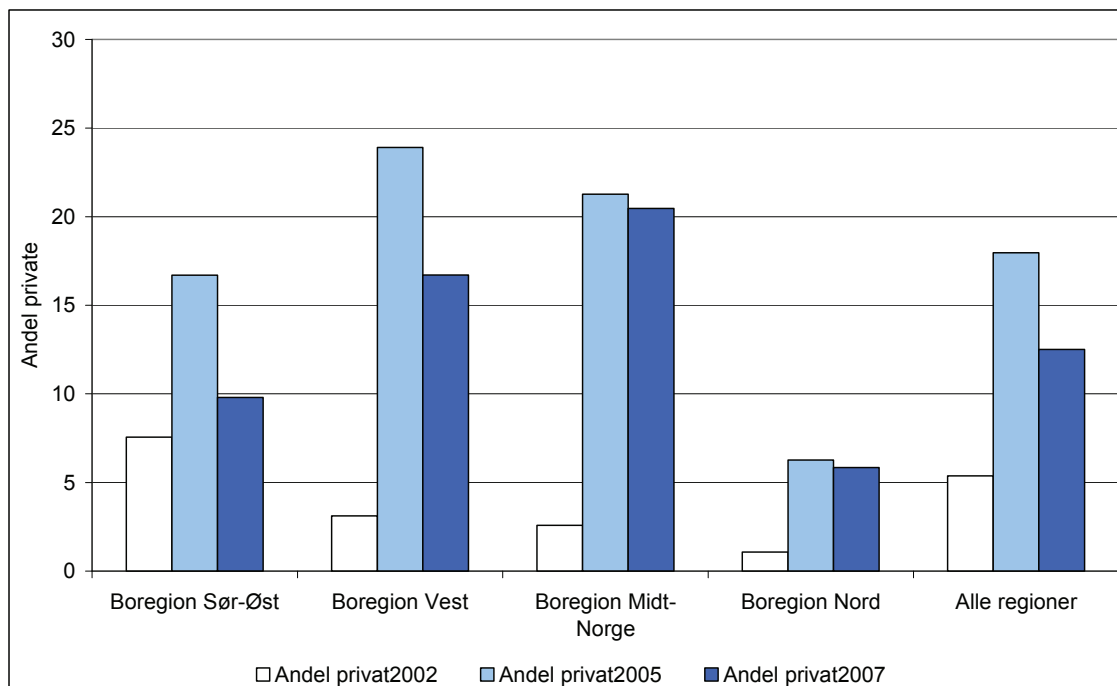


Figur 3.6 Utvikling i antall kirurgiske prosedyrer innen hoveddiagnosegruppene muskel-skjelettlidelser, ØNH og øye. Utvalgt enklere kirurgi og annen kirurgi. Regionale helseforetak og private kommersielle aktører i 2002, 2005 og 2007

Figuren viser at det også har vært en klar vekst i den kirurgiske aktiviteten ved de offentlige sykehusene²². For de utvalgte gruppene av enklere kirurgi var veksten noe mindre ved sykehusene i Helse Nord enn i de andre regionene. Resultatet kan indikere at det ikke har vært en sterk substituerende effekt mellom privat og offentlig aktivitet på regionnivå, ved at aktiviteten ble redusert ved offentlige sykehus når private aktører økte sin andel.

I figur 3.7 beskrives utviklingen i andelen operasjoner utført av private kommersielle aktører totalt for de utvalgte gruppene (DRG-ene) av enklere kirurgi innen fagområdene muskel-skjelett, ØNH og øye. Fordelingene er basert på pasientenes bostedsregion. Vi gjenkjenner utviklingen for de private, med en kraftig vekst i andel fra 2002 til 2005, for så å reduseres. Nedgangen i andel private operasjoner var mest uttalt for befolkningen i opptaksområdet til Helse Sør-Øst og i Helse Vest.

²² Dette inkluderer institusjoner som har driftsavtale med de regionale helseforetakene



Figur 3.7 Utvikling andel kirurgiske prosedyrer utført av private aktører innen hoveddiagnosegruppene muskel-skjelettlidelser, ØNH og øye. Fordelt etter pasientens bostedsregion. Inkluderer helseforetak og private kommersielle aktører i 2002, 2005 og 2007

3.5.2 Geografiske forskjeller i operasjonsrater, ventetid og bruk av private aktører

I resten av kapitlet beskrives forskjeller i tilgjengelighet til enklere kirurgi mellom helseforetaksområder (pasientens bosted). Vi skiller da mellom de utvalgte operasjonsgruppene øye, ØNH og muskel-skjelettlidelser. Først oppsummeres utviklingen på nasjonalt nivå i tabell 3.1, hvor de utvalgte kirurgiske hovedgruppene beskrives hver for seg.

Den største prosentvise økningen i antall operasjoner per 1 000 innbyggere (37 prosent) i perioden 2002 til 2007 var tilknyttet operasjoner for skjelett-muskellidelser. Raten for øyelidelser økte med 14 prosent, mens raten innen øre-nese-hals økte med fem prosent. Ventetiden gikk ned innen alle tre områder, med en reduksjon på 31 prosent for øyeoperasjoner og i overkant av 15 prosent for de andre to. I 2007 var ventetiden for øyeoperasjoner klart kortere enn for operasjoner for muskel-skjelettlidelser og ØNH-lidelser. På grunn av relativt store mangler i grunnlaget for å beregne ventetid i 2005 er det knyttet større usikkerhet til ventetidsberegningene dette året (markert med grått i tabellen). Dette vil bli nærmere kommentert når vi ser på ventetidene for befolkningen i det enkelte helseforetaksområdet. Videre viser tallene at andelen dagkirurgiske operasjoner økte for alle typer lidelser. Det var mest vanlig med dagkirurgi for øyeoperasjoner og mer døgnbehandling for ØNH-operasjoner. Bruken av private kommersielle aktører økte kraftig i perioden 2002 til 2005 for alle gruppene, for så å reduseres i de påfølgende år. For øyeoperasjoner ble andelen redusert tilbake til nivået i 2002.

Tabell 3.1 Antall prosedyrer per 1 000 innbyggere (kjønns- og aldersstandardisert²³), median²⁴ ventetid, andel dagkirurgi, andel operasjoner utført privat og rett til helsehjelp. Fordelt etter type sykdom/skade. Utvalgte prosedyrer basert på DRG. 2002, 2005 og 2007

	År	Øye- sykdommer	ØNH- sykdommer	Sykdommer i muskel- skjelettsystemet	Totalt alle prosedyrer
Standardisert rate – antall per 1 000 innbyggere	2002	9,5	4,4	8,9	22,9
	2005	11,3	6,7	13,1	31,1
	2007	10,8	4,6	12,2	27,7
Median ventetid i dager (ekskl. private)	2002	126	147	132	132
	2005	81	129	97	96
	2007	87	124	112	103
Andel dagkirurgi	2002	89,0	50,4	73,0	75,3
	2005	93,2	66,3	74,6	79,6
	2007	94,0	66,4	75,9	81,4
Andel private	2002	2,5	8,2	8,7	6,0
	2005	12,2	18,9	27,0	19,9
	2007	2,4	10,6	22,2	12,5
Rett til garanti	2002	-	-	-	-
	2005	26,7	41,4	39,0	34,6
	2007	29,5	47,9	42,6	37,8

Et viktig prioriteringsredskap for å regulere ventetid i forhold til hastegrad er tildeling av rett til helsehjelp. Pasientene i vårt utvalg er registrert som elektive pasienter. Det er likevel en stor andel som ikke er registrert med rettighetsstatus eller får koden "uaktuell" i pasientdataene. Disse er videre registrert med koden Nei på variabelen "tatt fra venteliste". Andelen som mangler rettighetsstatus er blitt redusert i løpet av den perioden vi her studerer, men i 2007 var over 30 prosent likevel registrert som "uaktuelle". Dette kan skyldes systemtekniske forhold ved at disse pasientene er regnet som avvirket fra ventelisten på grunn av tidligere poliklinisk utredning eller lignende. Andelen som kommer i denne kategorien er imidlertid svært ulikt fordelt mellom helseregionene/helseforetakene og over tid. I 2007 gjaldt dette nesten ingen i helseregion Midt-Norge, mens andelen var 70 prosent i helseregion Nord og 50 prosent i tidligere helseregion Øst. Nærmere studier viste at den nasjonale andelen "uaktuelle" er noenlunde likt fordelt mellom de hovedgruppene vi ser på her. Med klare forbehold kan det derfor se ut som det er en langt mindre andel som får tilkjent rett til helsehjelp innen gruppen øyeoperasjoner, enn for de andre to gruppene. Det er mulig at ventelistedataene brukt i kapittel 2 gir et riktigere bilde av andelen rett til helsehjelp²⁵. Ventelistedataene gir imidlertid ikke mulighet for å bryte ned informasjon på operasjonsgrupper slik vi gjør i dette kapitlet.

²³ For en beskrivelse av metode for kjønns- og aldersstandardisering- se vedlegg SV4 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten" på SAMDATA-prosjektets nettsider www.sintef.no/samdata.

²⁴ Median henviser til den verdien som deler fordelingen i to deler (50 prosent-percentilen). Median ventetid er et mer robust mål på sentral tendens enn gjennomsnittet, som vil påvirkes av at noen få pasienter kan ha svært avvikende lange eller korte ventetider.

²⁵ Ventelistedata fra Norsk pasientregister er basert på henvisninger, mens pasientdataene som er brukt i dette kapitlet har alle kontakter med helsetjenesten som utgangspunkt. Pasientene skal ha med seg ansiennitetsdatoen gjennom hele behandlingsforløpet.

3.5.3 Øyeoperasjoner

Tabell 3.2 viser befolkningsbaserte rater, ventetid ved offentlige sykehus²⁶ og andelen operasjoner utført av private kommersielle aktører for den utvalgte gruppen øyeoperasjoner.

Tabell 3.2 Antall prosedyrer per 1 000 innbyggere, median ventetid (i dager) og andel pasienter operert privat. Fordelt etter pasientens bosted basert på helseforetaksområder. Utvalg øyekirurgi basert på DRG. 2002, 2005 og 2007

HF-område	Kjønns- og aldersstandardisert rate			Median ventetid i dager (ekskl. private)			Andel operert privat		
	2002	2005	2007	2002	2005	2007	2002	2005	2007
Østfold	9,1	10,1	11,5	85	88	95	0,3	8,5	1,5
Asker og Bærum	9,8	7,0	6,7	114	245	75	33,1	23,8	5,8
Hovedstadsområdet	5,9	8,9	8,2	114	381	159	6,44	25,2	5,5
Innlandet	10,7	13,3	12,1	179	51	54	0,25	20,3	1,1
Ringerike	8,9	7,5	6,4	176	83	113	0,73	1,8	0,4
Buskerud	11,4	13,9	12,7	172	83	119	2,42	6,5	0,6
Blefjell	13,6	13,7	15,2	140	66	99	0,48	2,5	0,2
Vestfold	11,6	9,8	9,0	121	131	147	0,69	5,9	0,7
Telemark	15,1	19,0	17,7	129	62	90	0,10	0,2	0,8
Sørlandet	12,0	13,8	13,2	137	92	119	0,03	0,2	0,03
Stavanger	10,8	15,8	16,1	98	66	72	0,34	2,6	0,02
Fonna HF	7,9	10,6	9,2	118	83	116	6,53	17,3	0,3
Haukeland	7,3	9,7	8,0	149	130	134	2,65	33,3	16,9
Førde	13,0	14,4	13,6	104	73	67	0,13	6,4	0,4
Sunnmøre	12,1	14,8	12,5	149	73	66	0,44	23,0	0,00
Nordm og Roms	9,9	15,1	14,2	110	70	75	0,00	0,9	0,3
St. Olavs hosp.	10,1	11,3	11,6	162	100	70	1,91	7,5	1,0
Nord-Trøndelag	9,0	9,8	11,4	141	87	85	0,32	1,2	0,4
Helgeland	13,4	12,6	12,1	134	126	118	0,09	6,9	3,0
Nordland	6,7	8,8	8,5	111	50	70	0,00	7,1	4,3
UNN	7,9	7,1	8,2	95	69	96	0,00	1,1	0,3
Finmark	12,9	9,9	10,0	197	133	93	1,19	1,3	0,00
Alle HF-områder	9,5	11,3	10,8	126	81,0	87	2,49	12,2	2,4
Variasjonskoeffisient	0,25	0,27	0,28	0,23	0,90	0,32	2,76	0,79	1,54

Forskjellene i rater mellom helseforetaksområdene er relativt stabile i perioden når dette måles ved hjelp av variasjonskoeffisienten²⁷. Fra 2002 til 2007 økte raten for øyeoperasjoner

²⁶ Inkluderer sykehus med offentlig driftsavtale

²⁷ Variasjonskoeffisienten beregnes ved å dividere det nasjonale standardavviket med gjennomsnittet

for befolkningen i 17 av de 22 helseforetaksområdene. I Stavangerområdet økte raten med 5,3 per innbygger, en vekst på hele 49 prosent. I Nordmøre og Romsdal var veksten også på hele 43 prosent (+4,3 i rate). I områdene Asker og Bærum, Ringerike, Vestfold og Finnmark ble ratene derimot klart redusert. De høyeste operasjonsratene i 2007 ble funnet i Telemark, Stavanger og Blefjell sine helseforetaksområder. På den andre enden av skalaen finner vi Ringerike og Asker- og Bærumsområdet. Også Hovedstadsområdet, Haukelandsområdet, Nordland og området rundt Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) hadde rater klart under gjennomsnittet.

For ventetid ser variasjonen ut til å øke i perioden. Den registrerte variasjonen er svært stor i 2005, men dette skyldes antakelig at det ikke kan beregnes ventetid for en relativt stor andel pasienter dette året for befolkningen i Østfold, Asker og Bærum, Hovedstadsområdet og Førdeområdet. For Asker og Bærum og Hovedstadsområdet gjaldt dette også i 2007. Områder med høy missing-andel på ventetid er markert med grå farge i tabellen. Med dette in mente viser tabellen en reduksjon i median ventetid i 18 av områdene, mens det i Vestfold, ble registrert en klar økning. I 2007 hadde befolkningen i Vestfold og Haukelandsområdet lengst beregnet ventetid. Vi ser da bort fra Hovedstadsområdet på grunn av en svært høy missing-andel på ansiennitetsdato. Kortest ventetid fant vi for områdene Innlandet, Sunnmøre og Førde.

Målt med variasjonskoeffisienten ble variasjonen i bruk av private kommersielle aktører klart mindre i perioden fra 2002 til 2005. Forskjellene økte imidlertid på ny fram mot 2007, da mange helseforetak reduserte andelen bruk av private betydelig. Nesten alle områdene hadde en vekst i antallet privat utførte øyeoperasjoner i den førstnevnte perioden (2002-2005). I 2007 skiller Haukelandsområdet seg ut med en forstøtt høy andel privat utførte operasjoner (relativt sett), med en andel på 17 prosent. Sunnmøre, Hovedstadsområdet, Asker og Bærum og Fonnaområdet hadde alle en betydelig reduksjon i andelen bruk av private fra 2005 til 2007.

Et interessant spørsmål er hvorvidt det er en systematisk sammenheng mellom befolkningsbaserte operasjonsrater, ventetid og bruk av private tilbydere. En enkel korrelasjonsmatrise er vist i tabell 3.3. I tabellen inngår både kjønns- og aldersstandardiserte rater og ustandariserte rater. I tillegg er både median og gjennomsnittlig ventetid og andelen dagkirurgi med.

Tabell 3.3 Korrelasjonsmatrise for øyenkirurgi

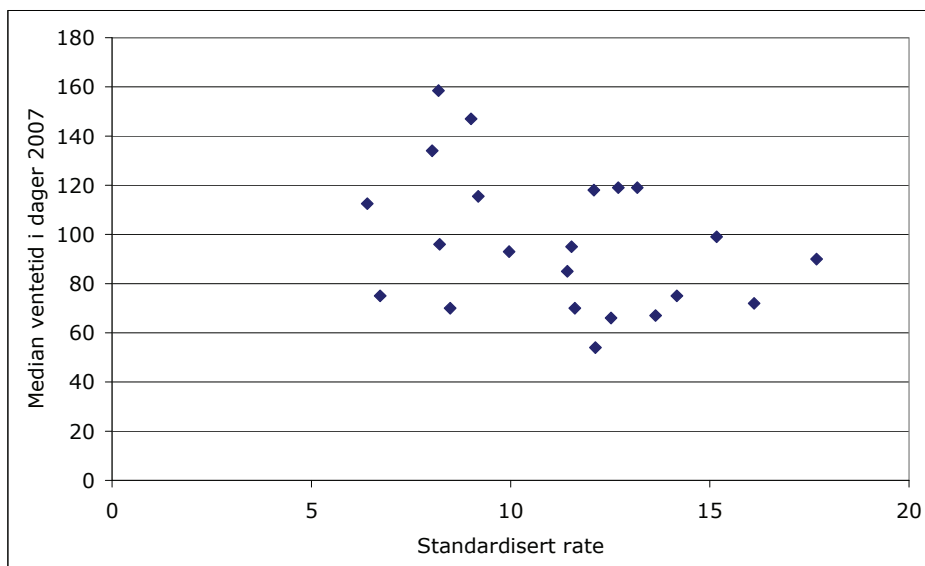
	Standard. rate	Ustand. rate	Andel dagkirurgi	Andel private	Median ventetid dager	Gjennom. ventetid
Standardisert rate	1					
Ustandardisert rate	0,948**	1				
Andel dagkirurgi	0,189	0,118	1			
Andel private	-0,442*	-0,450*	-0,217	1		
Median ventetid dager	-0,357	-0,386	-0,02	0,337	1	
Gjennomsn. ventetid	-0,38	-0,401	0,017	0,166	0,602**	1
Andel som mangler ventetid totalt	-0,460*	-0,491*	0,004	0,440*	0,32	0,599**

**Korrelasjonen er signifikant på 0,01 nivå (2-sidig).

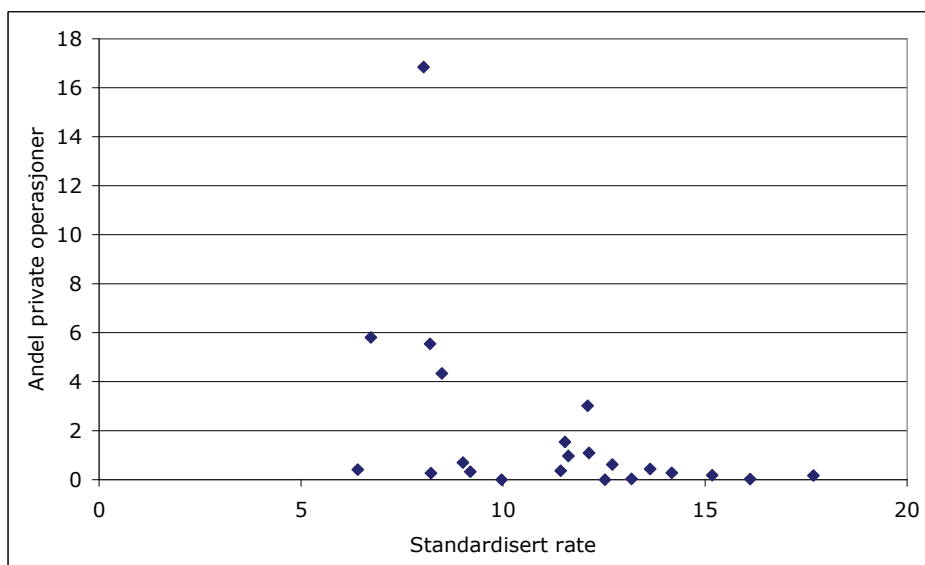
* Korrelasjonen er signifikant på 0,05 nivå (2-sidig).

Tabellen viser en signifikant negativ korrelasjon eller samvariasjon mellom andel private og den befolkningsbaserte operasjonsraten. Dette betyr at det er et mønster i retning av at dess høyere andel privat utførte operasjoner, dess lavere er operasjonsraten. Haukelandsområdet med en svært avvikende høy andel private påvirker nok dette resultatet. Det gjelder også i

noen grad Asker og Bærum og Hovedstadsområdet som har relativt sett en høyere andel enn det som var hovedtendensen i 2007. Ifølge korrelasjonsmatrisen er det også en tendens til at høye operasjonsrater i helseforetaksområdene samvarierer med lavere ventetid, men forskjellen er ikke signifikant. Da slike sammenhenger kan være svært påvirket av at enkelte områder har sterkt avvikende verdier på en eller begge variable har vi framstilt korrelasjonen i to korrelasjonsplott.



Figur 3.8 Korrelasjonsplott mellom rater for øyeoperasjoner og median ventetid i helseforetaksområdene i 2007



Figur 3.9 Korrelasjonsplott mellom rater for øyeoperasjoner og andel pasienter operert av private aktører i helseforetaksområdene i 2007

3.5.4 Operasjoner for øre-nese-hals-lidelser

Av tabell 3.4 framkommer det at forskjellene mellom helseforetaksområdenes operasjonsrater var relativt stabil, men de var noe mindre i 2005 (målt med variasjonskoeffisienten).

I 15 områder var det en vekst i operasjonsraten for ØNH-lidelser hele perioden sett under ett. For fire av fem områder i tidligere Helse Øst framkommer en reduksjon i raten. Dette gjaldt også Haukelandsområdet og områdene i Nord-Norge. Omregnet i prosent var det en ekstra sterk vekst i operasjonsraten fra 2002 til 2005 for områdene i helseregion Vest (102-135 prosent), men enda sterkere for befolkningen i St. Olavs Hospital sitt opptaksområde (147 prosent). Både områdene rundt St. Olavs Hospital og Haukeland halverte sine rater fra 2005 til 2007. For Vestlandsområdene var disse endringene i stor grad knyttet til såkalte "snorkeoperasjoner"; operasjoner for søvnapné (åndedrettsstans). I 2007 hadde St. Olavsområdet på grunn av en sterk reduksjon etter 2005 lavest rate, men også Asker og Bærum og Haukelandsområdet ligger en del under landsgjennomsnittet.

Ser vi på ventetiden synes variasjonen mellom områdene å øke fra 2002 til 2005 og forblir nesten uendret fram mot 2007. De fleste områdene hadde en nedgang i median ventetid når 2007 sammenlignes med 2002, men relativt mange områder har en økning i ventetiden fra 2005 til 2007. Som for øyeoperasjoner er det også for ØNH-operasjoner en relativt stor andel missing i forhold til mulighetene for beregning av ventetid for pasientene i enkelte områder (markert med grått i tabellen). Ser vi bort fra disse finner vi de lengste ventetidene i 2007 i Finnmark, Fonna, Telemark og Nordmøre og Romsdal. Blefjell, Ringerike og Innlandet hadde en betydelig kortere beregnet ventetid enn andre områder.

Andelen operasjoner utført av private aktører varierer klart mindre i 2005 enn i de andre to årene vi her ser på. Igjen framkommer mønsteret, med en økning i andel bruk av private fra 2002 til 2007, for så å gå ned igjen fram mot 2007. Fonnaområdet, Asker og Bærum, St. Olavs Hospital sitt område og Haukelandsområdet skiller seg ut med høyest andeler privat utførte operasjoner i 2007 (fra 21 til 36 prosent). Alle områdene i Nord-Norge hadde lave andeler operasjoner utført av private.

Tabell 3.4 Antall prosedyrer per 1 000 innbyggere, median ventetid og andel pasienter operert privat. Fordelt etter pasientens bosted basert på helseforetaksområder. Kirurgi for tilstander i Øre-Nese-Hals basert på DRG. 2002, 2005 og 2007

HF-område	Kjønns- og aldersstandardisert rate			Median ventetid i dager (ekskl private)			Andel operert privat		
	2002	2005	2007	2002	2005	2007	2002	2005	2007
Østfold	4,0	4,6	4,1	116	77	111	2,2	6,7	4,8
Asker og Bærum	4,2	4,9	2,9	142	234	90	35,5	37,0	30,8
Hovedstadsområdet	4,0	5,4	3,4	132	247	94	12,3	22,7	15,4
Innlandet	5,4	6,5	4,8	134	135	89	6,7	13,1	3,2
Ringerike	3,1	4,5	4,0	112	82	76	8,9	7,8	5,7
Buskerud	4,1	5,7	5,1	110	70	69	10,5	12,4	9,4
Blefjell	4,9	6,9	5,9	116	83	70	5,0	14,0	4,0
Vestfold	3,9	5,9	5,8	158	160	110	4,9	13,9	5,6
Telemark-	5,0	7,0	5,5	204	139	181	8,7	16,0	6,9
Sørlandet	4,4	7,9	5,5	198	130	155	1,7	11,7	8,6
Stavanger	3,7	7,5	5,8	161	123	118	11,8	16,9	5,6
Fonna HF	4,5	10,6	6,9	150	148	186	12,5	50,6	35,6
Haukeland	4,6	9,5	4,1	126	134	134	9,8	28,3	20,7
Førde	5,3	8,6	6,1	174	146	147	3,1	5,0	2,8
Sunnmøre	4,7	7,1	5,4	169	98	133	5,5	21,8	4,7
Nordm og Roms	4,6	7,2	5,0	155	137	179	0,8	20,7	2,1
St. Olavs hosp.	1,9	4,7	2,4	203	103	126	10,1	31,7	29,9
Nord-Trøndelag	2,5	4,4	2,9	249	155	173	0,9	16,9	15,8
Helgeland	5,8	7,8	6,8	114	139	140	0,0	1,5	0,2
Nordland	6,2	8,8	5,7	108	103	153	0,2	0,9	0,9
UNN	6,6	7,5	6,5	201	141	182	9,5	3,7	1,9
Finmark	7,6	8,2	6,8	185	166	218	0,9	4,9	4,6
Alle HF-områder	4,4	6,7	4,6	147	129	124	8,2	18,9	10,6
Variasjonskoeffisient	0,29	0,25	0,28	0,26	0,34	0,33	0,91	0,64	0,96

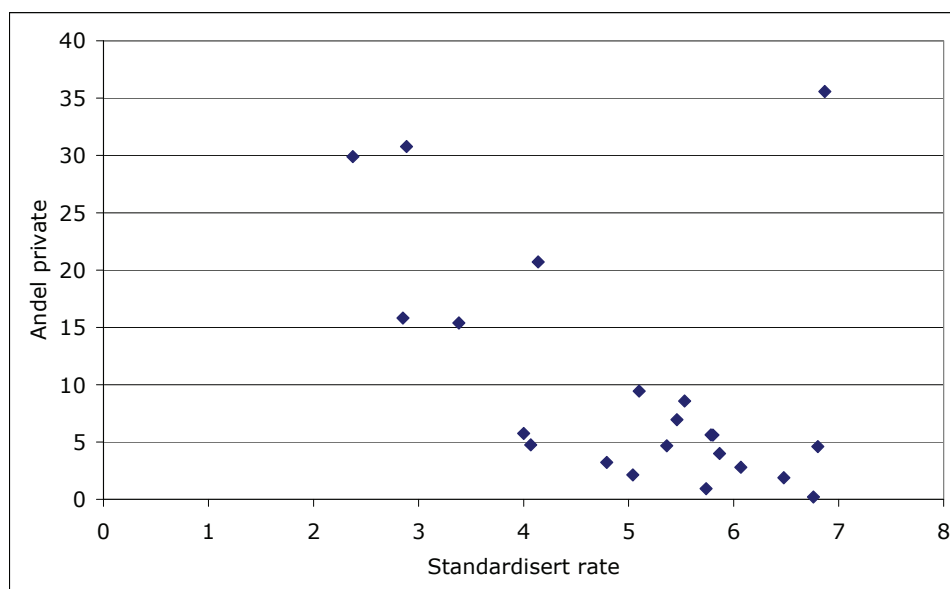
En korrelasjonsmatrise som viser sammenhengen mellom rater, ventetid, andelen private operasjoner og andel dagkirurgi er vist i tabell 3.5. Vi finner en signifikant negativ sammenheng mellom andel operasjoner utført privat og operasjonsrater.

Tabell 3.5 Korrelasjonsmatrise for kirurgi for sykdom i øre-nese og hals

	Standard. rate	Ustandard- isert rate	Andel dagkirurgi	Andel private	Median ventetid dager	Gjennom. ventetid
Standardisert rate	1					
Ustandardisert rate	0,995**	1				
Andel dagkirurgi	-0,209	-0,181	1			
Andel private	-0,475*	-0,437*	0,568**	1		
Median ventetid dager	0,407	0,431*	0,165	-0,016	1	
Gjennomsn. ventetid	0,288	0,32	0,242	0,041	0,900**	1
Andel som mangler ventetid totalt	-0,404	-0,367	0,555**	0,988**	0,014	0,037

**Korrelasjonen er signifikant på 0,01 nivå (2-sidig).
* Korrelasjonen er signifikant på 0,05 nivå (2-sidig).

Dette er visualisert i et korrelasjonsplott i figur 3.10. Her går det i retning av at en høy andel bruk av private aktører samvarierer med lavere operasjonsrater. Vi finner ikke noen systematisk sammenheng mellom andel private operasjoner og ventetid.



Figur 3.10 Korrelasjonsplott mellom rater for operasjoner for ØNH-lidelser og andel pasienter operert av private aktører i helseforetaksområdene i 2007

3.5.5 Operasjoner for muskel-skjelettlidelser

Brukes variasjonskoeffisienten som et mål på forskjeller over tid ser det ut til at antall enklere operasjoner per innbygger varierer noe mer i 2007 enn i 2005 og 2002. Det er imidlertid ikke store endringer i variasjonsmålet. Raten per innbygger øker imidlertid fram mot 2005. Veksten i operasjoner per innbygger var klart større for denne pasientgruppen enn for pasienter operert for øyelidelser og lidelser relatert til øre-nese-hals. Omregnet i prosent var veksten fra 2002 til 2005 på 47 prosent og for hele perioden sett under ett (2002-2007) på 37 prosent.

Tabell 3.6 viser kjønns- og aldersstandardisert rate, ventetid og andelen bruk av private i helseforetaksområdene for pasienter operert for tilstander i øre-nese-hals. Befolkningen i Nord-Trøndelag, Haukelandsområdet og området rundt St. Olavs Hospital hadde størst ratevekst i perioden. Telemark var det eneste området med en registrert reduksjon i raten fra 2002 til 2007, noe som skyldes en sterk reduksjon på 2,3 opphold per 1 000 innbyggere, eller 21 prosent, fra 2005 til 2007. I 2007 var ratene for områdene i Midt-Norge blant de høyeste, sammen med Førdeområdet og Buskerud. Avstanden ned til de neste var imidlertid ikke så stor. Stavangerområdet og Telemark hadde rater godt under gjennomsnittet.

Median ventetid til behandling ble redusert i nesten alle områder for denne pasientgruppen i perioden 2002 til 2007. Forskjellen mellom helseforetaksområdene, målt ved variasjonskoeffisienten, ble litt redusert. Som for de andre gruppene er det noen områder som mangler ansiennitetsdato for beregning av ventetid for en stor andel av pasientene (markert med grått i tabell 3.6) i 2005. Pasienter fra Buskerud, Blefjellsområdet, Sunnmøre og Nordland hadde alle en median ventetid godt under landsgjennomsnittet i 2007. Lengst ventetid hadde Nord-Trøndelag, med 171 dager, eller i underkant av seks måneder.

Som tidligere vist, økte andelen bruk av private aktører kraftig fra 2002 til 2005. Veksten skjedde i alle områder med unntak av Asker og Bærumsområdet. Dette området hadde en relativt høy andel i utgangspunktet. Det var sterkest vekst i prosentpoeng i Stavangerområdet (46 prosentpoeng), fulgt av Østfold, Haukelandsområdet, St. Olavs Hospital sitt område og Nord-Trøndelag (fra 31 til 39 prosentpoeng). Disse områdene hadde også høyest andel bruk av private i 2007.

Tabell 3.6 Antall prosedyrer per 1 000 innbyggere, median ventetid og andel pasienter operert privat. Fordelt etter pasientens bosted basert på helseforetaksområder. Kirurgi for tilstander i muskel-skjelettsystemet. 2002, 2005 og 2007

HF-omr	Kjønns- og aldersstandardisert rate			Median ventetid i dager (ekskl private)			Andel operert privat		
	2002	2005	2007	2002	2005	2007	2002	2005	2007
Østfold	9,5	13,6	12,7	103	51	132	12,7	51,5	32,0
Asker og Bærum	12,0	14,3	12,1	56	71	88	22,4	18,1	10,7
Hovedstadsområdet	9,9	11,5	10,3	110	91	123	20,9	25,8	18,5
Innlandet	9,4	14,0	14,6	135	92	105	3,2	22,3	20,1
Ringerike	10,8	13,1	13,9	98	79	121	6,4	16,1	10,5
Buskerud	11,9	17,6	16,1	130	73	65	18,4	34,7	21,6
Blefjell	11,8	14,2	14,3	96	89	80	3,5	7,0	5,8
Vestfold	9,0	14,2	14,5	151	133	118	8,1	18,4	9,2
Telemark-	9,8	10,8	8,5	104	110	141	4,7	7,4	3,1
Sørlandet	8,8	10,2	10,3	156	88	120	3,7	5,8	7,3
Stavanger	5,9	9,7	6,5	145	114	90	1,4	47,4	17,4
Fonna	7,6	12,3	10,8	119	71	76	0,8	29,9	6,7
Haukeland	6,5	14,1	13,1	169	125	139	1,6	39,2	45,7
Førde	10,2	16,9	15,9	150	108	124	0,2	10,5	11,9
Sunnmøre	9,2	14,3	14,6	144	73	83	12,7	34,0	32,4
Nordm og Roms	9,7	16,2	15,3	185	95	131	7,4	36,6	27,5
St. Olavs hosp.	8,4	15,7	16,1	181	132	131	1,1	37,6	44,2
Nord-Trøndelag	7,0	16,4	15,8	184	138	171	1,2	32,7	39,3
Helgeland	10,2	16,3	11,4	149	73	95	0,0	5,4	5,4
Nordland	9,4	12,2	11,4	118	63	83	0,1	6,5	3,0
UNN	7,1	10,6	10,1	184	113	147	0,1	18,5	21,6
Finmark	7,9	12,0	11,6	219	136	139	0,0	17,1	10,7
Alle HF-områder	8,9	13,1	12,2	132	97	112	8,7	27,0	22,2
Variasjonskoeffisient	0,19	0,17	0,21	0,28	0,26	0,24	0,79	0,51	0,58

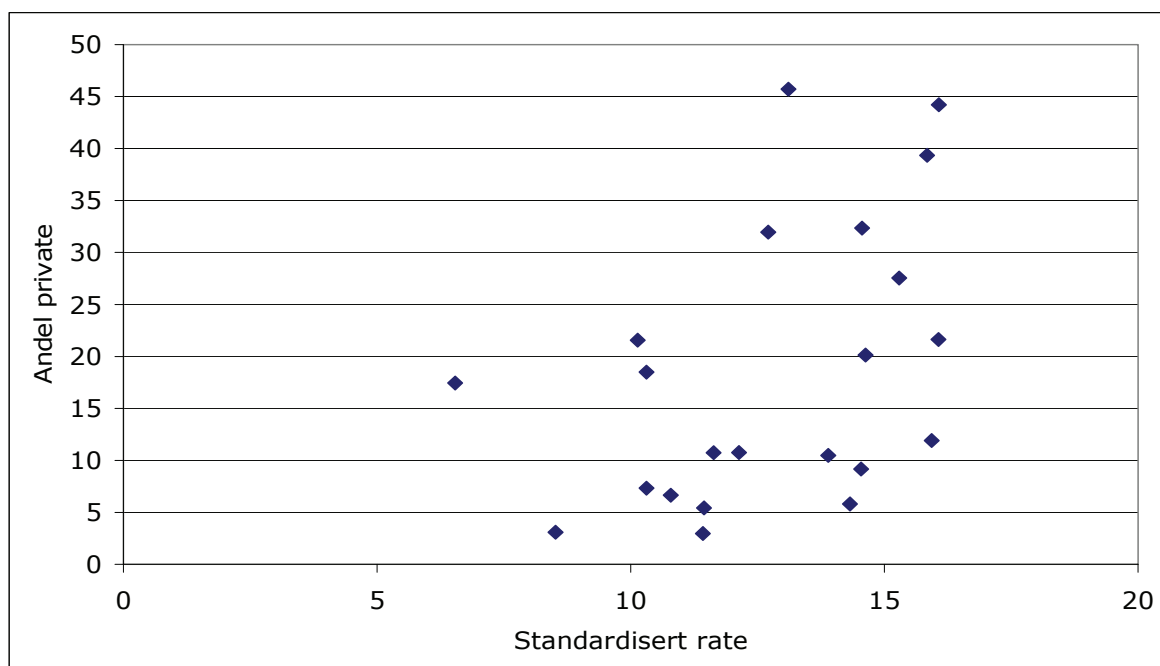
Som for de andre gruppene ser vi på korrelasjonen eller samvariasjonen mellom rater, ventetid, andel bruk av private og andel dagkirurgi. Av tabell 3.7 ser vi at det er en signifikant korrelasjon mellom operasjonsraten og andelen dagkirurgi. Det er imidlertid også en klar korrelasjon mellom andelen bruk av private aktører og raten. En hovedgrunn til at andelen dagkirurgi slår ut er antakelig knyttet til at de private aktørene i hovedsak utfører dagkirurgi. Vi kan tolke resultatet som at det er en tendens til at områder med en høy andel private også har høyere rater.

Tabell 3.7 Korrelasjonsmatrise for kirurgi for sykdom i muskel-skjelettsystemet

	Standard. rate	Ustandard- isert rate	Andel dagkirurgi	Andel private	Median ventetid dager	Gjennom. ventetid
Standardisert rate	1					
Ustandardisert rate	0,997**	1				
Andel dagkirurgi	0,565**	0,562**	1			
Andel private	0,430*	0,404	0,617**	1		
Median ventetid dager	0,057	0,063	0,057	0,413*	1	
Gjennomsn. ventetid	-0,177	-0,173	-0,086	0,252	0,871**	1
Andel som mangler ventetid totalt	0,417*	0,383	0,533**	0,899**	0,336	0,18

**Korrelasjonen er signifikant på 0,01 nivå (2-sidig).

* Korrelasjonen er signifikant på 0,05 nivå (2-sidig).



Figur 3.11 Korrelasjonsplott mellom rater for operasjoner relatert til skjelett-muskellidelser og andel operert av private aktører i helseforetaksområdene i 2007

Tabell 3.7 viser videre signifikant positiv korrelasjon mellom andel bruk av private aktører og ventetid. Dette betyr at det er et mønster i retning av at dess høyere andel privat utførte operasjoner, dess lenger ventetid er det ved de offentlige sykehusene. Ventetiden til behandling hos private kan som nevnt ikke beregnes. Dette kan dermed indikere at private tilbydere brukes på grunn av dårlig kapasitet ved egne sykehus.

3.5.6 Sammenligning av ventetid til tre ortopediske operasjoner

Kapitlet avsluttes med å sammenstille ventetider for tre ulike ortopediske prosedyrer. To er kirurgi av mer omfattende karakter og hvor pasientene blir innlagt (primær innsetting av kunstig hofte og primæroperasjon for total kneprotese). I tillegg ser vi på en prosedyre som er mest vanlig å utføre dagkirurgisk (meniskoperasjon). Alle disse er typiske venteliste-pasienter. Median ventetid for 2006 og 2007 er presentert i tabell 3.8.

Tabell 3.8 Median ventetid for tre ortopediske prosedyrer. Fordelt etter helseforetaksområder. 2006 og 2007

HF-område	Median ventetid						Endring i dager		
	Inns. kunstig hofteledd		Totalprotese kne prim.		Meniskoperasjon		Hofte	Kne-prot.	Menisk-oper.
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	Endring i dager		
Østfold	101	119	144	169	81	109	18	25	28
Asker og Bærum	111	140	133	216	33	48	29	83	15
Hovedstadsområdet	93	130	124	173	77	88	37	49	11
Innlandet	90	93	123	131	60	77	4	8	17
Ringerike	105	106	139	203	60	93	1	65	33
Buskerud	107	78	121	136	43	49	-29	15	6
Blefjell	84	89	103	95	57	60	5	-8	3
Vestfold	107	119	142	149	95	89	13	7	-7
Telemark	82	92	88	85	95	125	11	-3	30
Sørlandet	120	139	173	204	66	84	20	32	18
Stavanger	91	128	116	158	72	77	37	43	5
Fonna	86	105	135	141	54	61	19	6	7
Haukeland	134	157	168	201	65	84	23	33	19
Førde	119	148	244	205	93	87	29	-39	-7
Sunnmøre	89	87	101	91	76	64	-2	-10	-12
Nordm og Romsdal	130	155	180	171	116	134	25	-10	18
St. Olavs Hosp.	163	172	180	207	118	114	9	27	-5
Nord-Trøndelag	156	169	185	228	112	126	13	43	14
Helgeland	103	116	105	135	68	71	13	30	3
Nordland	81	93	115	116	55	62	12	1	8
UNN	142	136	130	213	95	106	-6	83	11
Finmark	140	90	204	160	110	118	-50	-44	8
Total	107	121	140	165	71	82	14	25	11
Variasjonskoeffisient	0,22	0,23	0,27	0,26	0,33	0,30			

Resultatene viser at det synes å være en systematisk høyere ventetid for de to "tyngste" prosedyrene. I 2007 var den mediane ventetiden for meniskoperasjon 82 dager på landsbasis, mens pasienter som fikk skiftet ut kneet hadde en medianverdi som var dobbelt så høy, 165 dager. Ventetiden for å sette inn hofteprotese lå mellom disse med en medianverdi på 121 dager. Forskjellen i ventetid mellom bostedsområdene, er målt ved variasjonskoeffisienten, og er større for meniskoperasjoner enn for de andre to prosedyregruppene. Samtlige helseforetaksområder i helseregion Midt-Norge kommer gjennomgående ut med høy median ventetid for alle prosedyrene. Blefjellområdet, Telemark og Sunnmøre hadde relativt sett korte ventetider. Telemark hadde, som det eneste området, lenger ventetid for meniskoperasjoner enn for de andre to prosedyrene. Nesten alle helseforetaksområdene hadde en registrert økning i ventetiden fra 2006 til 2007 for alle prosedyrene. Pasienter fra Sunnmøre hadde imidlertid en liten reduksjon i median ventetid for alle prosedyrene, og Førdeområdets pasienter hadde en reduksjon for kneprotese og meniskoperasjoner. Konklusjonen i dette avsnittet blir at "tyngre" ortopediske pasienter ikke ser ut til å prioriteres foran lettere kirurgi, eksemplifisert ved meniskoperasjoner.

3.6 Oppsummering og hovedfunn

I denne delen har vi sett nærmere på forholdet mellom forventet forbruk av spesialisthelsetjenester (behovsindekser basert på NOU 2008: 2) og det faktiske forbruket. Resultatene viste at det til tross for stor grad av sammenfall for de fleste HF-områdene, også fins HF-områder som har et forholdsmessig lavt (for eksempel Østfold og Nord-Trøndelag HF-område) eller høyt (for eksempel Telemark, Førde og Sunnmøre HF-område) forbruk av spesialisthelsetjenester. Videre viste analysene at de geografiske forskjellene i forbruksrater var betydelig større for noen pasientgrupper enn for andre. Gruppene som utmerket seg spesielt var hovedkapitlene "Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten", "Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak" samt "Sykdom i muskel-skjelettsystem og bindevev". For førstnevnte kapittel var forbruksforskjellene størst for underkategoriene "Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning" og "Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg". For hovedkapitlet for skader, forgiftninger m.m. var forskjellene mellom HF-områdene jevnere fordelt mellom de ulike kategoriblokkene, med noe større geografiske variasjoner for pasienter med skade på hånd og håndledd og på ankel og fot. For hovedkapitlet "Sykdom i muskel-skjelettsystem og bindevev" var forskjellene mellom de geografiske områdene størst for kategoriblokkene "Bløtvevssykdom", "Leddlidelser" og "Rygglidelser".

I årene etter helsereformen har tilgjengeligheten til enklere kirurgi som i stor grad gjøres dagkirurgisk økt. Vi illustrerte dette ved å se på utviklingen for de største gruppene av mindre kirurgiske prosedyrer innen fagområdene øyne, øre-nese-hals og muskel-skjelettlidelser. For de utvalgte prosedyrene var det fra 2002 til 2005 en vekst på hele 25 prosent. Målt per innbygger var veksten størst i gruppen operert for sykdommer i muskel-skjelettsystemet. Ratene ble litt redusert fra 2005 til 2007 og mest for operasjoner relatert til ØNH-sykdommer.

Samtidig med at antallet som mottok behandling økte, gikk ventetidene ned i årene fram mot 2005. Etter dette økte ventetiden i mange helseforetaksområder, noe som var relativt gjennomgående for alle de tre pasientgruppene.

For ØNH-operasjoner og øyeoperasjoner ble det for 2007 dokumentert at en høy andel operasjoner utført av private aktører samvarierte med lavere operasjonsrater. Dette kan indikere at private brukes mest der kapasiteten er mangelfull ved egne sykehus. Det var en svært sterk reduksjon i andelen private operasjoner utført av private aktører fra 2005 til 2007 for disse pasientgruppene. På grunn av store kostnadsøkninger og prioriteringsproblemer var det et uttrykt helsepolitisk mål å begrense veksten innen somatisk sektor for å prioritere ressurser til bl.a. psykisk helsevern i denne perioden (se

bestillerdokumenter til de regionale helseforetakene for 2006²⁸). Media fokuserte blant annet på en formidabel vekst i såkalte "snorkeoperasjoner" som ble hevdet å være økonomisk motivert heller enn medisinsk fundert²⁹.

For muskel-skjelettsykdommer var en høy andel privat opererte assosiert med høyere operasjonsrater i 2007, en motsatt tendens i forhold til de to andre gruppene. Det kan tenkes at denne gruppen prioriteres høyere enn de andre to gruppene ut fra alvorlighetsgrad/høyere grad av plager/smerter eller lignende. Dette er også den pasientgruppen som i størst grad omfatter personer i yrkesaktiv alder.

Det ble også funnet holdepunkter for å si at "tyngre" ortopedisk kirurgi ikke ser ut til å prioriteres foran mindre omfattende kirurgi med hensyn til ventetid. For analyser av ventetid for kreftpasienter, se kapittel 2.

Bakgrunnen for de geografiske forskjellene skissert i dette kapitlet vil hovedsakelig være knyttet til forskjeller i behov, tilbud, oppgavefordeling (organisering og samhandling) mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste og forskjeller i organiseringen av spesialisthelsetjenestetilbudet. Endelig kan også administrative eller systemtekniske forhold i enkelte tilfeller bidra til forskjellene.

²⁸ <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Tema/Sjuehus/Bestillerdokument-2006.html?id=464207>

²⁹ Se blant annet: <http://www.aftenposten.no/helse/article1898853.ece>

<http://arkiv.nettavisen.no/Nyhet/12746/Snorkeoperasjoner+blir+mindre+lukrative.html>

3.7 Tallgrunnlag

Tabell 3.9 Behovsindeks per HF-område

HF-område	Behovsindeks
Østfold	1,07
Asker og Bærum	0,87
Hovedstadsområdet	0,92
Innlandet	1,12
Ringerike	1,06
Buskerud	1,00
Blefjell	1,08
Vestfold	1,05
Telemark	1,08
Sørlandet	1,02
Stavanger	0,86
Fonna	0,96
Haukeland	0,97
Førde	1,00
Sunnmøre	1,00
Nordmøre og Romsdal	1,07
St. Olavs Hospital	0,99
Nord-Trøndelag	1,06
Helgeland	1,10
Nordland	1,08
UNN	1,07
Finmark	1,06
Totalt	1,00

Tabell 3.10 Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere behandlet ved sykehus, private opptreningsinstitusjoner, offentlige poliklinikker og ved privat avtalepraksis, 2007. HF-område

HF-område	Opphold/konsultasjoner og pasienter per 1 000 innbyggere									
	Samlet (dag- og døgn)		Privat opptrenings- institusjon		Poliklinikk off. sykehus		Privat avtalepraksis ¹⁾		Totalt ¹⁾	
	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.
Østfold	296	167	5	5	695	278	601	301	1 597	750
Asker og Bærum	266	154	8	7	697	297	656	360	1 627	818
Hovedstadsområdet	282	164	7	6	814	360	443	261	1 546	791
Innlandet	306	175	9	8	812	353	254	169	1 381	706
Ringerike	355	186	9	8	712	342	341	180	1 417	715
Buskerud	298	172	9	8	732	304	363	199	1 402	683
Blefjell	336	210	9	8	756	373	322	187	1 423	779
Vestfold	342	181	4	4	797	328	479	247	1 622	760
Telemark	422	205	5	5	903	390	318	207	1 648	807
Sørlandet	350	169	3	3	714	295	456	255	1 523	722
Stavanger	261	157	2	2	671	268	190	131	1 124	558
Fonna	297	184	5	4	741	348	282	169	1 325	705
Haukeland	271	158	8	7	659	275	437	253	1 375	694
Førde	311	186	6	5	990	393	191	134	1 498	718
Sunnmøre	313	178	8	6	923	381	124	84	1 368	649
Nordmøre og Romsdal	313	185	10	8	986	429	183	112	1 492	735
St. Olavs Hospital	285	161	7	6	772	295	235	157	1 299	619
Nord-Trøndelag	294	175	11	10	769	359	519	252	1 593	796
Helgeland	355	206	6	5	1 067	470	148	107	1 576	789
Nordland	315	184	10	10	844	392	272	193	1 441	779
UNN	312	166	8	8	934	375	185	132	1 439	681
Finmark	320	201	12	11	890	427	75	57	1 297	697
Alle HF-områder	302	171	7	6	787	336	358	210	1 454	724
Variasjonsbredde	161	56	10	9	408	202	581	303	524	260
Variasjonskoeff.	0,12	0,09	0,60	0,38	0,13	0,16	0,43	0,35	0,09	0,09

1) De private avtalespesialistenes rapportering av konsultasjoner (konsultasjoner berettiget til refusjon fra NAV) til Npr er ikke komplett. For driftsåret 2007 rapporterte 84 prosent godkjente og komplette data. Når tall presenteres med utgangspunkt i pasientens bosted er det ikke mulig å estimere aktiviteten for avtalespesialistene som ikke har levert data. Ratetallene er derfor beregnet på grunnlag av de 84 prosentene som har levert godkjente data.

Tabell 3.11 Opphold/konsultasjoner og pasienter behandlet ved sykehus, privat opptreningsinstitusjon og offentlig poliklinikk per 1 000 innbyggere i 2007. ICD-10 hovedkapittel I-X per HF-område

HF-område	Visse infeksjons- og parasittsykd.		Svulster		Sykd. i blod, bloddannede organ og immunforsvaret		Endokrine sykd., ernæringsykd. og metabolske forstyrrelser		Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser		Sykd. i nervesystemet		Sykd. i øyet og øyets omgivelser		Sykd. i øre og ørebenskne		Sykd. i sirkulasjonssystemet		Sykd. i åndretts-systemet	
	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.
Østfold	10	5	77	30	6	2	49	19	6	2	31	16	37	17	30	12	81	38	33	19
Asker og Bærum	13	6	101	40	7	3	36	13	9	4	34	18	27	12	8	4	97	45	32	18
Hovedstadsomr.	17	8	84	33	7	2	37	15	12	5	38	20	31	13	13	6	89	40	39	22
Innlandet	11	6	90	38	6	2	50	16	8	4	45	25	55	24	39	15	80	45	49	28
Ringerike	11	6	79	40	5	2	35	16	5	3	32	20	32	17	13	7	91	51	51	29
Buskerud	12	6	87	38	7	2	41	17	6	3	33	17	68	27	23	10	74	41	39	23
Blefjell	11	6	84	39	10	3	46	20	7	4	33	20	56	32	22	11	90	55	40	26
Vestfold	15	7	103	41	8	2	54	20	7	4	47	23	41	18	37	13	103	47	54	30
Telemark	12	6	104	45	7	2	53	18	13	4	35	18	50	31	38	17	106	50	58	31
Sørlandet	12	6	80	30	6	2	38	15	8	4	35	18	53	22	50	19	73	39	46	25
Stavanger	12	6	64	27	5	2	22	8	6	3	40	19	57	23	25	11	49	29	34	19
Fonna	13	7	81	36	6	2	31	15	6	3	41	23	55	26	24	13	75	47	45	29
Haukeland	18	9	88	31	5	2	24	10	9	5	36	18	29	13	28	12	63	36	58	31
Førde	16	8	86	36	7	3	40	15	6	3	39	21	56	25	34	16	80	49	52	29
Sunnmøre	13	7	119	45	7	3	51	22	9	3	45	23	64	32	75	29	65	38	47	28
Nordmøre/Romsdal	12	7	98	41	7	2	46	20	6	3	38	23	67	33	47	19	75	45	52	29
St. Olavs Hosp.omr.	11	6	96	33	5	2	33	12	7	3	32	16	43	17	13	5	66	36	32	18
Nord-Trøndelag	10	5	71	31	7	2	37	15	10	4	34	20	51	26	23	14	67	41	45	25
Helgeland	13	6	69	32	7	3	39	19	9	5	43	29	38	22	75	30	97	54	68	38
Nordland	12	7	71	31	8	3	35	17	7	5	37	22	38	18	45	21	82	47	49	30
UNN HF-omr.	13	7	66	28	6	2	37	15	11	5	36	19	47	21	36	14	77	41	53	31
Finmark	11	6	55	27	6	3	30	17	11	5	32	20	55	32	33	20	88	55	56	36
Alle HF-omr.	13	7	85	34	6	2	38	15	9	4	38	20	44	20	29	12	79	41	45	25
Variasjonsbredde	8	4	64	18	4	1	32	13	8	3	15	12	41	21	68	27	57	26	36	21
Variasjonskoeff.	0,16	0,14	0,18	0,16	0,19	0,18	0,23	0,21	0,24	0,19	0,12	0,15	0,27	0,33	0,60	0,54	0,17	0,16	0,21	0,21

Tabell 3.12 Opphold/konsultasjoner og pasienter behandlet ved sykehus, privat opptreningsinstitusjon og offentlig poliklinikk per 1 000 innbyggere i 2007. ICD-10 hovedkapittel XI-XXI¹⁾ per HF-område

HF-område	Sykd. i fordøyelses-systemet		Sykd. i hud og underhud		Sykd. i muskel-skjelett-system og bindevev		Sykd. i urin- og kjønns-organer		Svangerskap, fødsel og barselstid		Tilstander som oppstår i perinatal-perioden		Medfødte misdann./deformitet, kromosom-avvik		Symptom, tegn, unormale klin. funn og labfunn		Skader, forgiftninger og konsekv. av ytre årsak		Forh. m/ betydn. for helsestand og kontakt med helsehj.		Total		
	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O
Østfold	44	24	14	6	82	48	52	25	26	11	5	3	11	7	49	28	83	48	268	88	995	450	
Asker og Bærum	39	22	24	9	76	52	48	25	50	20	13	11	13	8	42	25	71	45	227	80	967	459	
Hovedstadsomr.	47	26	48	14	94	57	50	27	50	21	8	6	13	7	49	29	132	94	244	84	1 102	530	
Innlandet	57	33	29	10	117	69	59	31	23	11	2	2	10	6	48	29	114	65	233	78	1 126	536	
Ringerike	45	29	33	13	101	69	60	34	25	12	4	3	12	9	52	34	91	56	295	86	1 074	535	
Buskerud	50	29	39	11	95	59	60	30	41	14	5	3	10	5	43	25	75	48	228	75	1 037	484	
Blefjell	55	34	22	9	120	81	57	33	31	14	5	4	11	7	43	30	94	61	263	99	1 100	592	
Vestfold	47	29	15	6	101	58	50	27	31	13	3	3	10	6	42	26	97	50	278	90	1 142	513	
Telemark	56	32	32	8	145	77	65	32	28	13	5	3	12	8	58	34	108	63	340	108	1 328	600	
Sørlandet	47	26	17	7	96	53	51	26	28	13	5	3	10	6	44	25	62	37	305	90	1 066	466	
Stavanger	42	22	81	18	55	36	39	22	29	14	14	12	12	7	48	31	54	37	242	81	932	427	
Fonna	56	32	64	17	88	57	50	29	28	12	3	2	11	7	43	28	100	66	223	84	1 042	536	
Haukeland	48	26	40	10	93	53	43	22	31	12	4	3	15	7	42	23	62	37	194	81	932	441	
Førde	65	39	175	22	113	66	67	37	24	12	2	2	12	8	50	31	103	59	277	105	1 306	584	
Sunnmøre	58	33	77	21	98	55	58	30	39	15	7	5	18	9	55	31	115	65	221	68	1 243	564	
Nordmøre/Romsdal	64	39	78	20	116	71	58	33	29	14	3	3	14	8	57	36	144	78	295	96	1 309	623	
St. Olavs Hosp.omr	58	32	59	12	91	52	58	29	36	15	8	5	16	9	56	33	77	49	266	79	1 063	462	
Nord-Trøndelag	51	31	20	9	130	74	62	33	25	12	2	2	11	7	49	31	97	66	272	95	1 074	544	
Helgeland	80	43	73	17	112	74	72	40	32	16	3	2	9	6	69	43	90	60	428	142	1 427	682	
Nordland	67	40	67	20	118	72	63	34	20	11	2	2	11	7	58	36	98	60	278	103	1 169	586	
UNN HF-omr.	55	30	141	25	95	58	59	33	29	16	3	2	12	6	62	35	90	54	325	108	1 254	549	
Finnmark	64	38	138	28	114	75	69	41	31	17	3	3	13	7	63	40	86	51	264	118	1 222	639	
Alle HF-omr.	51	29	51	13	97	58	53	29	34	15	6	4	12	7	49	29	96	60	258	88	1 094	514	
Variasjonsbredde	40	21	161	22	90	41	33	18	30	10	12	10	8	4	27	20	90	57	234	74	496	255	
Variasjonskoeff.	0,19	0,19	0,85	0,48	0,20	0,19	0,15	0,17	0,22	0,17	0,54	0,59	0,18	0,14	0,16	0,17	0,22	0,22	0,19	0,19	0,12	0,13	

1) Kapittel XX Ytre årsaker til sykdom, skader og dødsfall er ikke presentert separat pga. lave rater. Oppholdene og pasientene er imidlertid inkludert i totalratene.

Tabell 3.13 Opphold/konsultasjoner og pasienter behandlet ved sykehus, privat opptreningsinstitusjon og offentlig poliklinikk per 1 000 innbyggere i 2007. Kategoriblokker i ICD-10 kapittel XXI: Forhold med betydning for helsestilstand og kontakt med helsetjenesten. HF-områder

HF-område	Z00-Z13 Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning		Z20-Z29 Kontakt med helsej. pga. potensiell helseisiko ifm. smittsom sykd.		Z30-Z39 Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjons-spørsmål		Z40-Z54 Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg		Z55-Z65 Kontakt med helsej. pga. potensiell helseisiko ifm. sosioøkon. og psykosos. forh.		Z70-Z76 Kontakt med helsetjenesten under andre omstendigheter		Z80-Z99 Kontakt med helsej. v/ opplysn om potensiell helseisiko i fam/egen sykehist.		Total	
	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.		
Østfold	91	40	0	0	52	28	93	13	3	2	3	1	25	4	268	88
Asker og Bærum	98	41	1	1	52	27	64	9	0	0	2	1	8	2	227	80
Hovedstadsomr.	96	35	2	1	62	37	70	7	0	0	2	1	12	2	244	84
Innlandet	79	32	0	0	50	26	88	14	2	2	2	1	12	3	233	78
Ringerike	62	32	1	0	66	29	138	17	0	0	2	1	25	6	295	86
Buskerud	56	25	1	0	71	34	90	13	0	0	1	0	10	3	228	75
Blefjell	113	46	0	0	54	31	78	14	0	0	4	2	14	6	263	99
Vestfold	55	27	0	0	38	24	157	30	5	3	12	4	12	2	278	90
Telemark	138	55	0	0	31	22	147	24	0	0	7	3	16	4	340	108
Sørlandet	108	42	0	0	53	31	133	14	0	0	1	0	10	3	305	90
Stavanger	83	28	0	0	62	33	73	14	0	0	4	1	18	5	242	81
Fonna	85	36	0	0	58	33	62	8	3	2	1	1	14	5	223	84
Haukeland	62	33	2	1	52	34	63	6	4	2	0	0	11	4	194	81
Førde	99	46	1	0	59	33	93	17	2	1	3	1	21	7	277	105
Sunnmøre	67	23	1	0	54	28	85	10	3	2	0	0	10	4	221	68
Nordmøre/Romsdal	111	40	0	0	47	28	118	21	3	2	1	0	15	4	295	96
St. Olavs Hosp. omr.	91	31	0	0	75	30	82	10	3	2	2	1	13	5	266	79
Nord-Trøndelag	110	46	0	0	68	31	78	11	1	0	4	1	11	5	272	95
Helgeland	165	69	0	0	76	35	167	28	2	1	6	2	12	6	428	142
Nordland	83	38	2	0	66	37	102	17	2	1	3	1	20	8	278	103
UNN HF-omr.	123	50	0	0	73	38	114	16	0	0	2	1	12	3	325	108
Finnmark	113	62	0	0	53	33	83	19	0	0	2	1	11	3	264	118
Alle HF-områder	91	37	1	0	58	32	91	13	2	1	3	1	14	4	258	88
Variasjonsbredde	110	46	2	1	44	16	105	23	4	3	11	4	17	6	234	74
Variasjonskoeff.	0,29	0,31	0,72	0,61	0,19	0,13	0,34	0,48	0,78	0,91	0,87	1,03	0,33	0,42	0,19	0,19

Tabell 3.14 Opphold/konsultasjoner og pasienter behandlet ved sykehus, privat opptreningsinstitusjon og offentlig poliklinikk per 1 000 innbyggere i 2007. Kategoriblokker i ICD-10 kapittel IXX: Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak. HF-områder

HF-område	S00-S09 Hodeskader		S10-S49 Skader i hals, bryst, buk, rygg, skulder og overarm ¹⁾		S50-S59 Skader i albue og underarm		S60-S69 Skader på håndledd og hånd		S70-S79 Skader i hofte og lår		S80-S89 Skader i kne og legg		S90-S99 Skader i ankel og fot		T00-T88 Diverse skader og komplikasj. ²⁾		T90-T98 Følgetilst. etter skader, forgiftn. og andre konsekvr. av ytre årsaker		Total	
	Opph	Pas.	Opph	Pas.	Opph	Pas.	Opph	Pas.	Opph	Pas.	Opph	Pas.	Opph	Pas.	Opph	Pas.	Opph	Pas.		
Østfold	8	6	11	7	12	6	12	7	5	3	10	5	6	4	16	7	4	2	83	48
Asker og Bærum	6	5	10	6	10	6	8	6	4	3	9	5	4	3	17	8	4	2	71	45
Hovedstadsomr.	19	16	17	13	13	8	22	17	6	5	16	11	15	12	16	9	6	3	132	94
Innlandet	9	6	16	10	14	6	20	11	7	5	15	8	12	8	16	8	6	3	114	65
Ringerike	8	6	12	8	11	6	14	8	5	4	11	7	5	4	15	9	9	5	91	56
Buskerud	7	5	8	6	8	5	10	7	4	3	7	5	6	5	16	8	8	4	75	48
Blefjell	8	6	12	9	11	7	16	10	5	4	11	7	10	7	13	8	7	4	94	61
Vestfold	8	6	9	6	12	6	13	8	5	3	9	5	6	5	14	8	21	4	97	50
Telemark	8	6	11	8	8	6	24	13	6	4	11	7	13	9	13	6	13	4	108	63
Sørlandet	6	5	7	5	9	5	9	6	4	3	8	5	4	2	11	5	4	2	62	37
Stavanger	9	5	7	5	5	4	8	6	3	2	5	4	4	3	10	5	4	2	54	37
Fonna	11	8	12	9	10	6	18	12	5	4	11	7	13	10	15	9	5	3	100	66
Haukeland	6	4	9	6	5	3	7	3	5	4	8	5	3	2	13	6	7	4	62	37
Førde	8	6	15	9	13	6	19	10	6	4	12	7	12	8	13	7	4	2	103	59
Sunnmøre	8	6	16	10	13	7	21	11	7	4	13	7	13	9	17	8	6	3	115	65
Nordmøre/Romsdal	14	9	18	10	17	8	27	14	9	6	20	9	18	10	17	9	5	2	144	78
St. Olavs Hosp. omr.	7	4	10	7	9	6	11	8	5	4	10	7	6	5	14	7	5	2	77	49
Nord-Trøndelag	7	5	15	11	10	7	16	11	7	5	12	8	13	10	14	8	3	2	97	66
Helgeland	9	7	12	8	9	5	15	10	5	4	11	7	11	7	15	9	3	2	90	60
Nordland	9	7	13	9	12	6	17	10	5	4	12	6	13	9	14	8	3	2	98	60
UNN HF-omr.	10	7	12	7	10	5	14	9	5	4	10	6	9	6	14	7	6	3	90	54
Finnmark	9	6	13	8	9	5	15	9	5	3	12	7	7	5	13	7	5	3	86	51
Alle HF-områder	10	8	12	8	11	6	15	10	5	4	12	7	9	7	14	8	6	3	96	60
Variasjonsbredde	13	11	11	7	12	5	20	14	6	3	15	7	15	11	7	4	18	3	90	57
Variasjonskoeff.	0,28	0,31	0,26	0,23	0,25	0,19	0,35	0,31	0,25	0,20	0,26	0,22	0,47	0,42	0,13	0,14	0,65	0,33	0,22	0,22

1) S10-S49 er presentert samlet, selv om intervaller er oppdelt i fire kategoriblokker i ICD-10 kodeverket. Ratetallene er presentert samlet pga. at relativt få opphold var kategorisert i den enkelte blokk.

2) T00-T88 er presentert samlet, selv om intervaller er oppdelt i ti kategoriblokker i ICD-10 kodeverket. Ratetallene er presentert samlet pga. at relativt få opphold var kategorisert i den enkelte blokk.

Tabell 3.15 Opphold/konsultasjoner og pasienter behandlet ved sykehus, privat opptreningsinstitusjon og offentlig poliklinikk per 1 000 innbyggere i 2007. Kategoriblokker i ICD-10 kapittel XIII: Sykdom i muskel-skjelettsystem og bindevev. HF-områder

HF-område	M00-M25 Leddlidelser		M30-M36 Systemiske bindevevssyk.		M40-M54 Ryggplidelser		M60-M79 Bløtvevssyk.		M80-M94 Ben- og bruskplidelser		M95-M99 Andre lidelser i muskel/skjelettsyst. og bindevev		Total	
	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.	Opph.	Pas.		
Østfold	42	24	3	2	15	9	16	10	3	2	1	1	82	48
Asker og Bærum	43	31	3	1	11	8	14	10	3	2	1	1	76	52
Hovedstadsomr.	47	28	3	2	19	10	21	14	3	1	1	1	94	57
Innlandet	56	35	4	2	25	13	29	17	2	1	1	1	117	69
Ringerike	50	34	3	2	20	14	22	16	5	3	1	1	101	69
Buskerud	46	29	4	2	18	11	18	13	8	4	1	1	95	59
Bleifjell	57	40	4	2	19	14	32	20	6	4	1	1	120	81
Vestfold	44	28	3	1	25	12	23	13	4	2	1	1	101	58
Telemark	56	35	4	2	24	12	49	23	11	4	1	1	145	77
Sørlandet	49	26	5	2	21	11	17	11	3	1	1	1	96	53
Stavanger	23	16	5	2	12	7	13	9	3	2	1	0	55	36
Fonna	47	30	5	2	16	11	16	12	2	1	1	1	88	57
Haukeland	44	27	4	2	26	11	15	11	2	1	1	1	93	53
Førde	53	31	6	2	18	11	32	19	3	1	1	1	113	66
Sunnmøre	44	25	8	3	20	11	21	13	3	1	1	1	98	55
Nordmøre/Romsdal	58	36	5	2	25	14	25	17	3	1	2	1	116	71
St. Olavs Hosp. omr.	42	26	3	1	24	11	18	11	3	2	1	1	91	52
Nord-Trøndelag	53	33	9	5	34	17	25	15	7	3	1	1	130	74
Helgeland	45	31	7	4	21	15	36	22	1	1	1	1	112	74
Nordland	54	35	7	3	22	14	31	18	3	2	2	1	118	72
UNN HF-omr.	43	27	7	3	19	12	19	12	6	3	1	1	95	58
Finmark	56	36	5	2	23	16	26	18	4	2	1	1	114	75
Alle HF-områder	46	29	4	2	21	11	21	14	4	2	1	1	97	58
Variasjonsbredde	35	24	6	4	23	10	36	14	10	4	1	1	90	45
Variasjonskoeff.	0,17	0,18	0,43	0,44	0,24	0,22	0,40	0,29	0,57	0,62	0,29	0,22	0,20	0,19

Tabell 3.16 Utvalgte pasientgrupper (DRG-er) som grunnlag for analyse av utvikling av tilgjengelighet til "enkler" kirurgi. Fordelt etter Hoveddiagnosegrupper (HDG) og enkelt drg-er (med drg-nummer).2007

	N	Median alder	Gjennomsn. alder
<i>HDG 2 Øyesykdom</i>			
36 Op på corpus vitreum, choroidea, retina	9 169	65	63
38 Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne	2 152	70	65
39 Operasjoner på linsen	26 732	78	75
40 Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer	11 580	60	60
41 Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer	1 280	7	8
42 Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	3 746	54	55
Totalt	54 659	72	67
<i>HDG 3 Øre/nese/halssykdommer</i>			
53 Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17 år	3 081	47	47
55 Diverse operasjoner på øre/nese/hals	5 817	35	34
56 Plastiske operasjoner på nesen	3 818	39	40
57 Tons./adenoid op ekskl -ektomi > 17år	127	37	38
58 Tons./adenoid op ekskl -ektomi < 18år	3 632	4	4
59 Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	3 325	27	29
60 Tonsillektomi og/eller adenoidektomi, <18år	6 086	6	7
62 Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret (pga diagnose) ¹	1	5	5
63 Operasjoner på øre, nese, hals ITAD (pga diagnose) ¹	8	43	41
169 Prosedyrer i munnhulen u/bk (pga diagnose) ¹	5	37	36
521 Operativ korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom	5 855	46	46
Totalt	31 755	30	29
<i>8 Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev</i>			
215B Fremre og bakre spondylodese u/bk	1 051	48	49
215C Op op kolumna ekskl spondylese u/bk	4 879	48	49
218 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddso	1 435	61	60
219 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddso	5 968	48,5	48
222 Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	21 867	47	46
223 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr	1 138	65	63
224 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr	12 380	52	50
225 Operasjoner på ankel & fot	6 645	57	54
228 Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese hån	1 356	58	55
229 Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl pr	8 074	52	48
230 Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat	1 196	64	56
231 Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat	4 528	41	40
232 Artroskopi	3 112	41	41
Total	73 629	50	48

1) På grunn av endringer i DRG-systemet er diagnosekodene G473-søvnapne og R065-munnpusting, i kombinasjon med at de har fått utført en kirurgisk prosedyre, brukt for å identifisere pasienter som fra og med 2005 kom i drg 521. Da de samme kriteriene er brukt alle år, medfører dette at noen få pasienter med disse diagnosene kommer i 3 andre drg-er i 2007.

Tabell 3.17 De hyppigste diagnosene for pasienter som har gjennomgått utvalgte operasjoner . Gruppert etter hoveddiagnosegruppe (HDG) og diagnose (ICD-10). 2007

2 Operasjoner på grunn av øyesykdom	Median alder	Gjs. alder	Antall	Andel	Kumulativ andel
H25-H28 Sykdommer i linse	78	76	26 483	48,5	48,5
H00-H06 Sykdommer i øyelokk, tåreapparat og øyehule	61	60	9 143	16,7	65,2
H30-H36 Sykdommer i årehinne og netthinne	68	65	6 900	12,6	77,8
H49-H52 Øyemusk sykd og forstyrret i binokulærfunk akkomod og brytning	35	34	3 409	6,2	84,0
H40-H42 Glaukom	73	70	3 055	5,6	89,6
E10-E14 Diabetes mellitus	58	57	1 913	3,5	93,1
H10-H13 Sykdommer i conjunctiva	50	52	722	1,3	94,4
D10-D36 Godartede svulster	55	53	667	1,2	95,7
H15-H22 Sykd senehinne, hornhinne, regnbuehi og strålelegeme	56	56	552	1,0	96,7
82.00 H43-H45 Sykdommer i glasslegeme og øyeeple	61	59	443	0,8	97,5
Annen øyesykdom			1 372	2,5	100,0
Totalt	72	67	54 659	100,0	
3 Operasjon på grunn av øre/nese/halssykdom					
J30-J39 Andre sykdommer i øvre luftveier	23	25	21 049	66,3	66,3
G40-G47 Episodiske tilstander og anfallsvise forstyrrelser	47	47	3 568	11,2	77,5
F99 Uspesifisert psykisk lidelse	11	22	2 659	8,4	85,9
R00-R09 Sympt og tegn sirkulasjons- og åndedrettssystemet	44	44	2 418	7,6	93,5
M95-M99 Andre lidelser i muskel-skjelettsystemet og bindevev	36	38	831	2,6	96,1
Q10-Q18 Medfødte misdannelser i øye, øre, ansikt og hals	11	15	720	2,3	98,4
J00-J06 Akutte infeksjoner i øvre luftveier	17	21	121	0,4	98,8
S00-S09 Hodeskader	33	35	75	0,2	99,0
T90-T98 Følgetilst skader, forgiftning og an konsekvent av ytre årsaker	31	33	66	0,2	99,2
D10-D36 Godartede svulster	57	54	53	0,2	99,4
Annet			195	0,6	100,0
Totalt	30	29	31 755	100,0	
8 Operasjon pga sykdom i skjelett/muskelsyst/bindevev					
M00-M25 Leddlidelser	50	49	30 766	41,8	41,8
M60-M79 Bløtvevssykdommer	53	52	14 035	19,1	60,8
S80-S89 Skader i kne og legg	45	45	6 551	8,9	69,7
M40-M54 Rygglidelser	48	49	5 479	7,4	77,2
S50-S59 Skader i albue og underarm	58	52	3 876	5,3	82,4
T90-T98 Følgetilst skader, forgiftning og an konsekvent av ytre årsaker	40	42	3 448	4,7	87,1
S60-S69 Skader på håndledd og hånd	33	36	2 080	2,8	90,0
Z40-Z54 Kont med helsetj pga spesielle tiltak og beh.opplegg	40	40	1 549	2,1	92,1
S40-S49 Skader i skulder og overarm	54	51	1 311	1,8	93,8
T80-T88 Komplik til kir og medisinsk beh, ikke klassif annet sted	53	51	1 285	1,7	95,6
Annet			3 249	4,4	100,0
Totalt	50	48	73 629	100,0	