SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005

Kortversjon

Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005

Ronny Jørgenvåg
(red)

SINTEF Helse
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800

SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

SAMDATA Somatikk 2005

Foreløpig sektorrapport

FORFATTER(E)

Ronny Jørgenvåg (red.)

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAGSGIVERS REF.	
A248	Åpen	Jan Oddum	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG
Åpen	82-14-04014-0 978-82-14-04014-2	78H068.30	266
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
i\7850 NIS\Prosjekt\SAMDATA 2006\78H068.30 Sektorrapport somatikk		Ronny Jørgenvåg	Kari Nyland
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)	
E	2006-06-23	Jorid Kalseth, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Fra 2004 til 2005 økte aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten med henholdsvis 4,6 og 3,9 prosent målt med opphold og DRG-poeng som aktivitetsmål. Polikliniske konsultasjoner økte med 2,5 prosent. Aktivitetsveksten er betydelig høyere enn måltallene fra Storting og regjering for 2005. Aktivitetsveksten har i perioden 1999 til 2005 vært høyere enn måltallene, hvilket reiser et spørsmål om i hvilken grad dette brukes som et styringssignal.

Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste utgjør 49,1 mrd kr i 2005. På nasjonalt nivå innbærer dette en realvekst på 1,45 mrd kr fra 2004, som tilsvarer tre prosent. Helse Øst har den sterkeste kostnadsveksten med en realøkning på seks prosent, dette i motsetning til Helse Sør og Helse Nord som har en svakere kostnadsvekst under en prosent. Kostnadsveksten på nasjonalt nivå finansieres i stor grad av økte utbetalinger via finansieringsordningen ISF – noe som også gjelder hvis refusjonssatsen forutsettes lik 60 prosent for både 2004 og 2005. En del av kostnadsveksten finansieres av økt basisramme og økning i tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra.

Analyser av aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2005 viser at det har vært sterkest vekst i antall dagbehandlinger og pasienter med kort liggetid – mens ressursbruken øker mest for dagkirurgi og pasienter med flere liggedager. Det har i perioden vært en sterk volummessig økning i mindre ressurskrevende pasientgrupper og en vridning av helseressurser mot pasientgruppene 'Faktorer som påvirker helsetilstanden' (tracheostomi og rehabilitering), ØNH, sykdommer i muskel-skjelettsystem og øyesykdommer. Det er store forskjeller mellom regionene når det gjelder forbruksnivå og utvikling (etter 2002) spesielt innenfor enkelte hoveddiagnosegrupper.

I rapporten er det beregnet forbruk av sykehustjenester i 2005, hvor en også har inkludert aktiviteten som utføres av private avtalespesialister og på opptreningsinstitusjoner, noe som ikke er gjort tidligere. Analysen viser at bruken av avtalespesialister utjevner den geografiske variasjonen i bruk av sykehusenes poliklinikker.

Det er beregnet ventetider til en rekke (nye) operasjoner i rapporten. Ventetiden varierer betydelig mellom helseregionene, noe som er en indikasjon på ulikheter i kapasitet mellom regionene. Utviklingen i bruken av rett til nødvendig helsehjelp og ventetider for pasienter med og uten slik rett i perioden fra 2002 til første tertial 2006 for helseregionene, helseforetakene og utvalgte pasientgrupper er analysert. Det er klare indikasjoner på at den *praktiske betydningen* av loven og forskriften om rett til nødvendig helsehjelp varierer sterkt mellom helseregionene.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehus	Hospitals
EGENVALGTE	Statistikk	Statistics

Forord

Formålet med SAMDATA Somatikk er å presentere bearbeidede og sammenlignbare styrings-indikatorer, samt analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten i den somatiske sektoren. Målet er at SAMDATA Somatikk skal gi et godt grunnlag for styring, planlegging, evaluering og forskning om sektoren. Arbeidet med rapporten tar utgangspunkt i hoved-målene for helsetjenesten, og fokuserer særlig på målet om *god tilgang til helsetjenester av god kvalitet for alle innbyggere i Norge, uavhengig av bosted, kjønn og alder* og målet om *effektiv utnyttelse av offentlige ressurser*.

I denne rapporten presenteres i hovedsak aktivitetstall på nasjonalt og regionalt nivå. I den endelige rapporten som oversendes 21. august vil det også være beregninger av utviklingen i produktivitet for helseforetakene, effektivitetsutvikling, og fremskriving av sykehustjenester.

SINTEF Helse utarbeider også en foreløpig rapport for psykisk helsevern, SAMDATA Psykisk Helsevern.

Rapporten er utarbeidet av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Kontaktperson i Sosial- og helsedirektoratet har vært Jan Oddum.

Heidi Jensberg har kvalitetskontrollert og bearbeidet personell- og sengedata. Marit Pedersen, Kjartan Anthun, Maggi Brigham og Heidi Torvik har kontrollert og bearbeidet regn-skapsdata. Ronny Jørgenvåg har vært prosjektleder for rapporten. Rapportens forskjellige bidrag er sydd sammen av prosjektsekretær Hanne Kvam.

Pasientdata er innsamlet og kvalitetskontrollert av Norsk Pasientregister (NPR). Statistisk Sentralbyrå (SSB) har samlet inn data for senger, personell, utgifter og finansiering. Dataene er kvalitetskontrollert i samarbeid med SINTEF Helse.

Trondheim, 23. juni 2006

Ronny Jørgenvåg
(red.)

Innholdsfortegnelse

Forord 3

Innholdsfortegnelse 5

Tabelloversikt 11

Figuroversikt 17

Om SAMDATA Somatikk sektorrapport 25

Innholdet i foreløpig og endelig rapport 25

Del I Nasjonale og regionale utviklingstrekk 29

1 Nøkkeltall 2004-2005 31

2 Aktivitetsutvikling 1999 til 2005 – hvilke pasientgrupper har fått et større tilbud? 33

2.1 Formål med kapitlet 33

2.2 Tilpasninger og anvendelse av datagrunnlaget 34

2.2.1 Bruk av ulike aktivitetsmål 34

2.2.2 Tilpasninger i datagrunnlaget 35

2.3 Nasjonale utviklingstrekk 36

2.3.1 Aktivitetsutvikling 1999-2005 36

2.3.2 Aktivitetsutvikling – type opphold og behandling 37

2.3.3 Aktivitetsutvikling – hvilke pasientgrupper får økt tilbud? 41

2.4 Regionale variasjoner i bruk av tjenester 45

2.4.1 Aktivitetsutvikling 1999-2005 45

2.4.2 Aktivitet – type opphold og behandling 45

2.4.2.1 Døgnopphold 45

2.4.2.2 Dagbehandling 48

2.4.3 Aktivitetsutvikling – hvilke pasientgrupper får økt tilbud? 51

2.4.4 Regionale variasjoner i bruk av tjenester, utvikling 1999-2005 54

2.5 Oppsummering 55

3 Avtalespesialister og opptreningsinstitusjoner – i hvilken grad forklarer de forbruksvariasjoner? 57

3.1 Innledning 57

3.2 Poliklinikk og private avtalespesialister 57

3.3 Rehabilitering – og aktivitet ved opptreningsinstitusjoner 61

3.4 Pasientdata fra avtalespesialister og opptreningsinstitusjoner – forklaring på regionale variasjoner i forbruk? 64

4 Rett til nødvendig helsehjelp 67

4.1 Innledning 67

4.2 Bakgrunn 67

4.3 Utviklingen i tildeling av ”rett til nødvendig helsehjelp” på nasjonalt nivå 68

4.4 Variasjoner i rettighetstildeling mellom helseregionene 69

4.5 Tildeling av rett til helsehjelp etter helseforetak 71

4.6 Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp etter alder og kjønn 72

4.7 Ventetidsutviklingen for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp 73

4.8 Ventetid for pasienter med og uten rett til helsehjelp etter fagområde 76

4.9 Sammenhengen mellom rettighetstildeling og ventetid 78

4.10 Et kritisk blikk på data 79

4.11 Avsluttende kommentar; de regionale forskjellene i tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp 81

Del II Befolkningsperspektiv (”sørge-for” ansvar) 83

5 Personell og senger 85

5.1 Innledning 85

5.2 Personell 85

5.3 Effektive senger 85

5.4 Årsverk – nasjonalt nivå 86

5.5 Årsverk – regionalt nivå 87

5.6 Årsverk – HF-områder 88

5.7 Effektive senger – regionalt nivå 90

5.8 Effektive senger – HF-område 91

6 Kostnader og finansiering 93

6.1 Innledning 93

6.2 Datagrunnlag og definisjoner 94

6.3 Nasjonale tall 95

6.3.1 Nasjonal utvikling kostnader og finansiering 2004 og 2005 96

6.3.2 Nasjonale kostnader inkludert kapitalkostnader og privat sektor som ikke finansieres av helseforetak 97

6.4 Regionale tall 97

6.4.1 Regional utvikling kostnader 2004-2005 101

6.4.2 Regionale kostnader inkludert kapitalkostnader 2005 103

6.4.3 Regional utvikling finansiering 2004-2005 104

7 Bruk av sykehustjenester 109

7.1 Formål og datagrunnlag 109

7.2 Fortsatt økt aktivitet fra 2004 til 2005 109

7.2.1 Økning i opphold ved offentlige og private sykehus 109

7.2.2 Store forskjeller i aktivitetsvekst mellom helseregionene… 110

7.2.3 …og store forskjeller innad i de enkelte regionene 111

7.3 Utvikling i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp 112

7.4 Utviklingen i liggedøgn 112

7.5 Aktivitetsutvikling etter hovedkapitlene i ICD-10 113

7.5.1 Fortsatt vekst i rehabilitering, kjemoterapi og dialyse 114

7.5.2 Økt behandling av øyesykdommer i private sykehus 114

7.5.3 Vekst i dagbehandling 115

7.6 Eldres bruk av sykehustjenester 115

8 Pasientstrømmer 145
8.1 Innledning 145
8.2 Nasjonal utvikling fra 2001 til 2005 146
8.3 Forholdet mellom bosted og behandlingssted fra 2001 til 2005 147
8.3.1 Helseregion Øst 147
8.3.2 Helseregion Sør 149
8.3.3 Helseregion Vest 151
8.3.4 Helseregion Midt-Norge 152
8.3.5 Helseregion Nord 154
9 Tilgjengelighet 169
9.1 Formål og datagrunnlag 169
9.2 Resultater 171
9.3 Generell venteliste- og ventetidsutvikling 175
9.4 Antall ventende og ventetidsutvikling fordelt på fagområde 180
9.5 Ventetidsutvikling fordelt på pasientgrupper 183
Del III Foretaksperspektivet 191
10 Reinnleggelser 193
10.1 Innledning 193
10.2 Definisjoner og datagrunnlag 194
10.3 Ø-hjelps reinnleggelser - nasjonalt nivå 194
10.4 Ø-hjelp i reinnleggelser - RHF-nivå 195
10.5 Ø-hjelp i reinnleggelser - helseforetak 195
10.6 Oppsummering 196
10.7 Nasjonalt nivå 197
10.8 Regionale helseforetak 200
10.9 Helseforetak 201
Del IV Grunnlagsdata 203
Grunnlagsdata personell og senger 205

Grunnlagsdata kostnader og finansiering 225

Grunnlagsdata forbruk av sykehustjenester..... 227

Del V Vedlegg 235

Vedlegg 2 Datagrunnlag og definisjoner personell og senger..... 237

Vedlegg 4 Datagrunnlag og definisjoner pasientdata..... 245

Vedlegg 3 Kostnader og finansiering..... 241

Datagrunnlag 241

Definisjoner 241

Litteraturliste 265

Tabelloversikt

Tabell 1.1 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2001 til 2005, samt endring i prosent fra 2004 til 2005. 31

Tabell 2.1 Oversikt over hvilke helseregioner som har lavest og høyest ressursbruk for utvalgte hoveddiagnosegrupper i 2005 55

Tabell 4.1 Sammenligninger av totalt antall avviklede henvisninger i Ventelistedata og utskrevne pasienter i pasientdata 2005. 80

Tabell 5.1 Antall årsverk[1] etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2004 og 2005. Endringer i antall og prosent. 86

Tabell 5.2 Antall årsverk[1] i prosentandel etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2004 og 2005. Endringer i prosentpoeng. 86

Tabell 5.3 Antall årsverk[1] per 1 000 innbyggere etter personellkategori. Korrigert for pasientflyt, kjønns og aldersstandardisert. 2004 og 2005. Somatiske sykehus[2]. Bostedsområder. 87

Tabell 5.4 Årsverk[1] per 1 000 innbyggere etter personellkategori og foretaksområde. 2004 og 2005. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Somatiske sykehus[2] Helseforetaksområder. 88

Tabell 5.5 Antall effektive senger i sykehus per 1 000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2004 og 2005. Bostedsregion. 90

Tabell 5.6 Antall effektive senger i sykehus per 1 000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2004 og 2005. Helseforetaksområder. 91

Tabell 6.1 Totale driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. 2004 og 2005. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Prosentandeler og prosentvis endring av finansieringskomponenter. 96

Tabell 6.2 Finansiering av kostnadsvekst fra 2004 til 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Prosentandeler. Refusjonssats ISF forutsettes lik 60 prosent i 2004. 96

Tabell 6.3 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste. SAMDATA definisjon, samt kapitalkostnader og kostnader ikke finansiert av helseforetak i privat sektor. Millioner kr målt i faste 2005 kr. 97

Tabell 6.4 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne foretak og avtaleinstitusjoner (herav tilskudd til

avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2004. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Regionale helseforetak. 101

Tabell 6.5 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne foretak og avtaleinstitusjoner (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2005. Millioner kr. Regionale helseforetak..... 101

Tabell 6.6 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2004 og 2005. Mill kr målt i faste 2005 kr. Prosentvis endring fra 2004 til 2005. Regionale helseforetak. 102

Tabell 6.7 Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2004 og 2005. Kr målt i faste 2005 kr. Prosentavvik fra landsgjennomsnitt. Regionale helseforetak. 102

Tabell 6.8 Totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. Mill kr. Helseregioner. 2005. 103

Tabell 6.9 Totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader per innbygger, korrigert for gjestepasientoppgjør. Kr. Helseregioner 2005. 103

Tabell 6.10 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. 2005. Millioner kr. Regionale helseforetak..... 104

Tabell 6.11 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Mill kr. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2005. Regionale helseforetak..... 105

Tabell 6.12 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Kr per innbygger. 2005. Regionale helseforetak..... 105

Tabell 6.13 Totale utbetalinger til helseregionene via finansieringsordningen ISF. 2004 og 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Regionale helseforetak 106

Tabell 6.14 Driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste finansiert av regionale helseforetak. 2004 og 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Regionale helseforetak. 106

Tabell 6.15 Totale utbetalinger av polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2004 og 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Prosentvis endring. Regionale helseforetak..... 106

Tabell 6.16 Finansiering av kostnadsvekst fra 2004 til 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Refusjonssats ISF forutsettes lik 60 prosent i 2004. Regionale helseforetak. 107

Tabell 7.1 Prosentvis endring i antall opphold 2004-2005 etter oppholdstype og regionalt helseforetak. 117

Tabell 7.2 Prosentvis endring i antall opphold 2004-2005 etter oppholdstype og pasientregion. 118

Tabell 7.3 Bruk av sykehus i regionene i 2004 og 2005 etter type opphold. Forbruksrater per 1 000 innbyggere. 119

Tabell 7.4 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005 etter type opphold. Forbruksrater (sum DRG-poeng per 1 000 innbyggere) og sum DRG-poeng. 120

Tabell 7.5 Bruk av sykehustjenester i regionene 2004 og 2005 etter DRG-poeng per opphold. 120

Tabell 7.6 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005. Døgnopphold og dagbehandling eksklusive dialyse (DRG 317), kjemoterapi (DRG 410A-C) og rehabilitering (DRG 462A-C). Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold. 121

Tabell 7.7 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold. ... 122

Tabell 7.8 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte og type behandling. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold.. 123

Tabell 7.9 Sum liggedøgn i regionene i 2004 og 2005 etter type opphold og innleggelsesmåte. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og sum faktisk antall liggedøgn. 124

Tabell 7.10 Antall opphold etter hovedkategorier i ICD-10 i 2005 og prosentvis endring 2004-2005. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold. 125

Tabell 7.11 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter type opphold. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold. 127

Tabell 7.12 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter type opphold. Forbruksrater (sum DRG-poeng per 1 000 innbyggere) og sum DRG-poeng. 129

Tabell 7.13 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold. ... 131

Tabell 7.14 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte og type behandling. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold. 133

Tabell 7.15 Sum liggedøgn i HF-områdene i 2004 og 2005 etter type opphold og innleggelsesmåte. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og sum faktisk antall liggedøgn..... 135

Tabell 7.16 Rater for antall opphold i regionene i 2004 og 2005 etter alder, type opphold og innleggelsesmåte. Rater per 1 000 innbyggere 80 år og eldre... 137

Tabell 7.17 Sum liggedøgn i regionene i 2004 og 2005 etter alder, type opphold og innleggelsesmåte. Rater per 1 000 innbyggere 80 år og eldre..... 138

Tabell 7.18 Relativt sykehusbruk blant eldre. Regionnivå 2004 og 2005. 139

Tabell 7.19 Rater for antall opphold i HF-områdene i 2004 og 2005 etter alder, type opphold og innleggelsesmåte. Rater per 1 000 innbyggere 80 år og eldre... 140

Tabell 7.20 Sum liggedøgn i HF-områdene i 2004 og 2005 etter alder, type opphold og innleggelsesmåte. Rater per 1 000 innbyggere 80 år og eldre..... 142

Tabell 7.21 Relativt sykehusbruk blant eldre. HF-nivå 2004 og 2005..... 144

Tabell 8.1 Antall DRG-poeng for pasienter fra annet RHF behandlet i egen region, og egne pasienter behandlet i et annet RHF for 2005..... 146

Tabell 8.2 Antall dag- og døgnopphold i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005. 156

Tabell 8.3 Antall dagopphold i prosent av antall dagopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005..... 156

Tabell 8.4 Antall døgnopphold i prosent av antall døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005..... 157

Tabell 8.5 Antall elektive dag- og døgnopphold i prosent av antall elektive dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005. 157

Tabell 8.6 Antall DRG-poeng for dag- og døgnopphold i prosent av antall DRG-poeng for dag og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005..... 158

Tabell 8.7 Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2004..... 158

Tabell 8.8 Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005..... 159

Tabell 8.9 Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2004.159

Tabell 8.10 Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.160

Tabell 8.11 Antall DRG-poeng for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2004..... 160

Tabell 8.12 Antall DRG-poeng for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005..... 161

Tabell 8.13 Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted. 2004. 161

Tabell 8.14 Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted. 2005. 162

Tabell 8.15 Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2004. 162

Tabell 8.16 Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005. 163

Tabell 8.17 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Øst. 2004..... 164

Tabell 8.18 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Sør. 2004..... 164

Tabell 8.19 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Vest. 2004. 165

Tabell 8.20 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Midt-Norge. 2004. 165

Tabell 8.21 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Nord. 2004..... 166

Tabell 8.22 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Øst. 2005..... 166

Tabell 8.23 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Sør. 2005..... 167

Tabell 8.24 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Vest. 2005. 167

Tabell 8.25 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Midt-Norge. 2005. 168

Tabell 8.26 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Nord. 2005..... 168

Tabell 9.1 Ventetid for utvalgte pasientgrupper fordelt etter hvilken helseregion som hadde kortest/lengst median ventetid i 2005..... 174

Tabell 9.2 Antall ventende[1)] per 1 000 innbyggere, median ventetid for ventende og avviklede pasienter og prosent av ventende som har ventet mer enn 6 mnd, etter pasientens bostedsområde per 1. tertial 2004-2006. 175

Tabell 9.3 Antall ventende[1)] i absolutte tall og per 1 000 innbyggere, median ventetid for ventende pasienter og prosent av ventende som har ventet mer enn 6 mnd, etter pasientens bostedsområde per 1. tertial 2004-2006. 176

Tabell 9.4 Antall ventende[1)] per 10 000 innbyggere innenfor ulike fagområder for pasienter som fortsatt venter ved utgangen av 1. tertial 2006 per helseregion (bostedsregion). 180

Tabell 9.5 Median ventetid innenfor ulike fagområder for ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2006 per helseregion (bostedsregion). 181

Tabell 9.6 Median ventetid innenfor ulike fagområder for avviklede pasienter i 1. tertial 2006 per helseregion (bostedsregion). 182

Tabell 9.7 Median ventetid[1)] utvalgte pasientgrupper per helseregion, 2003 og 2005. .. 183

Tabell 9.8 Median ventetid[1)] utvalgte pasientgrupper, per helseforetaksområde, 2003 og 2005..... 185

Tabell 10.1 Oversikt over utvikling i ø-hjelps reinnleggelser i perioden 2001-2005[1)]. Antall og andeler..... 197

Tabell 10.2 Andelen ø-hjelps reinnleggelser (ØHR) innen 30 dager og totalt etter aldersgruppe, i 2001, 2003 og 2005, samt endring i prosentpoeng i perioden[1)]. 197

Tabell 10.3 Andelen ø-hjelps reinnleggelser (ØHR) innen 30 dager og totalt etter kirurgisk og medisinsk DRG, i 2001, 2003 og 2005, samt endring i prosentpoeng i perioden[1)]. 198

Tabell 10.4 Andelen ø-hjelps reinnleggelser innen (ØHR) 30 dager og totalt, etter ICD-10 sykdomsklassifisering, i 2001, 2003 og 2005 samt endring i perioden[1)]. . 199

Tabell 10.5 Andelen ø-hjelps reinnleggelser (ØHR) innen 30 dager og totalt etter regionale helseforetak i 2001, 2003 og 2005 samt endring i prosentpoeng i perioden[1)]. 200

Tabell 10.6 Andelen ø-hjelps reinnleggelser (ØHR) innen 30 dager og totalt etter helseforetak i 2001, 2003 og 2005 samt endring i prosentpoeng perioden[1)]. 201

Figuroversikt

Figur 2.1 Relativ utvikling i bruk av sykehustjenester fra 1999 til 2005. Aktivitetsindikatorer. Rate per 1 000 innbyggere. 36

Figur 2.2 Bruk av sykehustjenester med antall opphold og DRG-poeng som aktivitetsmål. Døgnopphold og dagbehandling. A) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005. Rate per 1 000 innbyggere. B) Volumendring mellom 1999 og 2005. 37

Figur 2.3 Bruk av sykehustjenester. Døgnopphold fordelt etter liggetid. A) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005 med opphold som aktivitetsmål. B) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005 med DRG-poeng som aktivitetsmål. Rate per 1 000 innbyggere. 38

Figur 2.4 Bruk av sykehustjenester. Volumendring mellom 1999 og 2005 for døgnopphold etter liggetid, målt i antall opphold og DRG-poeng. 39

Figur 2.5 Bruk av sykehustjenester. Dagbehandling fordelt etter ulike kategorier behandlinger. A) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005 med opphold som aktivitetsmål. B) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005 med DRG-poeng som aktivitetsmål. Rate per 1 000 innbyggere. 40

Figur 2.6 Bruk av sykehustjenester. Volumendring mellom 1999 og 2005 for dagbehandlinger fordelt etter ulike kategorier behandlinger, målt i antall opphold og DRG-poeng. 41

Figur 2.7 Bruk av sykehustjenester. Endring i DRG-poeng fra 1999 til 2005 per hoveddiagnosegruppe (DRG). 42

Figur 2.8 Relativt nivå på aktiviteten i 2005 sammenlignet med 1999 fordelt per hoveddiagnosegruppe (DRG). DRG-poeng som aktivitetsmål. 1999=100. 42

Figur 2.9 Differansen i prosentpoeng mellom andel av DRG-poengene i 1999 og 2005 fordelt etter hoveddiagnosegrupper (DRG). 43

Figur 2.10 A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. DRG-poeng som aktivitetsmål. Rate per 1 000 innbyggere. 45

Figur 2.11 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Døgnopphold. DRG-poeng som aktivitetsmål. 46

Figur 2.12 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Døgnopphold fordelt etter liggetid. DRG-poeng som aktivitetsmål. ... 47

Figur 2.13 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Dagbehandling. DRG-poeng som aktivitetsmål. 48

Figur 2.14 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Dagkirurgi (LOS=0 og kirurgiske DRG). DRG-poeng som aktivitetsmål. 49

Figur 2.15 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Dagbehandling rehabilitering (DRG 462A-C). DRG-poeng som aktivitetsmål. 49

Figur 2.16 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Avkortede dagbehandlinger (LOS=0 og ikke spesifikk DRG). DRG-poeng som aktivitetsmål. 50

Figur 2.17 Bruk av sykehustjenester i helseregion Øst i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål. 51

Figur 2.18 Bruk av sykehustjenester i helseregion Sør i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål. 52

Figur 2.19 Bruk av sykehustjenester i helseregion Vest i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål. 53

Figur 2.20 Bruk av sykehustjenester i helseregion Midt-Norge i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål. 53

Figur 2.21 Bruk av sykehustjenester i helseregion Nord i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål. 54

Figur 3.1 Andel av alle polikliniske konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep som ble utført av avtalespesialister i 2005 fordelt per helseregion. 58

Figur 3.2 Bruk av sykehusenes poliklinikker (inklusive dagkirurgi) og avtalespesialister i 2005 etter helseregion. Forbruksrate per 1 000 innbyggere.....59

Figur 3.3 Bruk av sykehusenes poliklinikker og avtalespesialister i 2005 etter helseregion. Pasienter med øyesykdommer[1)]. Forbruksrate per 1 000 innbyggere.....60

Figur 3.4 Bruk av sykehusenes poliklinikker og avtalespesialister i 2005 etter helseregion. Pasienter med øre, nese og halssykdommer[2)]. Forbruksrate per 1 000 innbyggere.....61

Figur 3.5 Omfang av primær og sekundær rehabilitering på sykehus og rehab inst.[3)] og aktiviteten på opptreningsinstitusjoner i 2005 per helseregion. Antall opphold (døgnopphold og dagbehandling) per 1 000 innbyggere.....62

Figur 3.6 Omfang av primær og sekundær rehabilitering på sykehus og rehab inst.[4)] og aktiviteten på opptreningsinstitusjoner i 2005 per helseregion. Antall liggedager per 1 000 innbyggere.....63

Figur 4.1 Andel avviklede henvisninger med rett til nødvendig helsehjelp etter omsorgsnivå 2002-2006. Ventelistedata fra NPR.....69

Figur 4.2 Andel av nye henvisninger med rett til nødvendig helsehjelp etter omsorgsnivå 2002-2006. Ventelistedata fra NPR.....69

Figur 4.3 Andel med rett til nødvendig helsehjelp av avviklede henvisninger for innleggelse 2002-2006 etter pasientenes bostedsregion. Ventelistedata fra NPR. (Data for 2006 inkluderer kun 1. tertial). 70

Figur 4.4 Andel med rett til nødvendig helsehjelp av avviklede henvisninger for dagbehandling 2002-2006 etter pasientenes bostedsregion. Ventelistedata fra NPR. (Data for 2006 inkluderer kun 1. tertial). 70

Figur 4.5 Andel med rett til nødvendig helsehjelp av avviklede henvisninger for poliklinisk behandling 2002-2006 etter pasientenes bostedsregion. Ventelistedata fra NPR. (Data for 2006 inkluderer kun 1. tertial).....71

Figur 4.6 Andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 1. tertial 2006 etter region og helseforetak. Avviklede henvisninger for innleggelse. Ventelistedata fra NPR. 72

Figur 4.7 Andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 2005 etter pasientenes bostedsregion og alder. Avviklede henvisninger for innleggelse. Ventelistedata fra NPR. 73

Figur 4.8 Andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 2005 etter pasientenes bostedsregion og kjønn. Avviklede henvisninger for innleggelse. Ventelistedata fra NPR. 73

Figur 4.9 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger for innleggelse og pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp 2002-2006. Ventelistedata fra NPR. 74

Figur 4.10 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger for innleggelse og pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp i 1 tertial 2002-2006. Ventelistedata fra NPR. 74

Figur 4.11 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger til dagbehandling og pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp 2002-2006. Ventelistedata fra NPR. 75

Figur 4.12 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger til dagbehandling og pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp i 1 tertial 2002-2006. Ventelistedata fra NPR. 75

Figur 4.13 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp innen generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi og ortopedisk kirurgi. Avviklede henvisninger for innleggelse 3 tertial 2002-2005. Ventelistedata fra NPR. 76

Figur 4.14 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp innen urologi, nevrologi og øre-nese-hals. Avviklede henvisninger for innleggelse 3 tertial 2002-2005. Ventelistedata fra NPR..... 77

Figur 4.15 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp innen ortopedisk kirurgi etter pasientenes bostedsregion. Avviklede henvisninger for innleggelse 3 tertial 2002-2005. Ventelistedata fra NPR 77

Figur 4.16 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp innen urologi etter pasientenes bostedsregion. Avviklede henvisninger for innleggelse 3 tertial 2002-2005. Ventelistedata fra NPR..... 78

Figur 4.17 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger for innleggelse ved helseforetakene 2002-2005 etter andel med rett til nødvendig helsehjelp. Ventelistedata fra 3. tertial 2001-2005 fra NPR..... 79

Figur 6.1 Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2004 og 2005. Kroner målt i faste 2005 kr. 98

Figur 6.2 Utbetalinger per innbygger via finansieringsordningen ISF 2004 og 2005. Kr per innbygger målt i faste 2005 kr. Refusjonssats ISF omregnet til 60 prosent i 2004. 99

Figur 6.3 Driftskostnader per innbygger finansiert av Innsatsstyrt finansiering og basisramme fra RHF. Kr per innbygger. 2005. Regionale helseforetak. 100

Figur 8.1 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Øst. 2001 og 2005. 147

Figur 8.2 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Øst. 2001 og 2005. 148

Figur 8.3 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Øst. 2001 og 2005. 148

Figur 8.4 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Øst. 2001 og 2005. 149

Figur 8.5 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Sør. 2001 og 2005. 149

Figur 8.6 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Sør. 2001 og 2005. 150

Figur 8.7 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Sør. 2001 og 2005. 150

Figur 8.8 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i Helseregion Sør. 2001 og 2005. 150

Figur 8.9 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Vest. 2001 og 2005. 151

Figur 8.10 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Vest. 2001 og 2005. 151

Figur 8.11 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Vest. 2001 og 2005. 151

Figur 8.12 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Vest. 2001 og 2005. 152

Figur 8.13 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Midt-Norge. 2001 og 2005..... 152

Figur 8.14 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Midt-Norge. 2001 og 2005. 153

Figur 8.15 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Midt-Norge. 2001 og 2005..... 153

Figur 8.16 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Midt-Norge. 2001 og 2005..... 153

Figur 8.17 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Nord. 2001 og 2005. 154

Figur 8.18 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Nord. 2001 og 2005. 154

Figur 8.19 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Nord. 2001 og 2005. 155

Figur 8.20 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Nord. 2001 og 2005. 155

Figur 9.1 Antall ventende[1)] per 1 000 innbyggere, per 1. tertial 2004-2006[)] etter pasientens bostedsregion. 171

Figur 9.2 Median ventetid til utredning / behandling for pasienter som står og venter ved utgangen av 1. tertial 2004-2006 etter pasientens bostedsregion..... 172

Figur 9.3 Median ventetid til utredning / behandling for avviklede pasienter ved utgangen av 1. tertial 2004-2006 etter pasientens bostedsregion..... 173

Om SAMDATA Somatikk sektorrapport

Formålet med SAMDATA Somatikk er å utvikle, analysere og publisere *styringsdata* som gir informasjon om ressursinnsats, kapasitet, effektivitet, aktivitet og tilgjengelighet, samt sette fokus på relevante helsepolitiske problemstillinger.

I SAMDATA-prosjektet har det tidligere blitt skilt mellom en tabelldel og en rapport for somatiske sykehus og tilsvarende for psykisk helse. Fra 2004 er SAMDATA-konseptet noe endret ved at det publiseres to sektorrapporter; en for somatikk og en for psykisk helse. Sektorrapportene inneholder både en analytisk del og et tabellverk med relativt detaljerte beskrivelser av utviklingen siste år. Sektorrapporten inneholder også grunnlagstabeller (del V) og vedlegg (del VI). For å skille denne nye SAMDATA-rapporten fra tidligere SAMDATA-rapporter og tabeller har vi gitt den betegnelsen *SAMDATA Somatikk Sektorrapport*.

I tillegg til denne publikasjonen, vil det også bli utarbeidet en nesten tilsvarende sektor-rapport for psykisk helsevern (SAMDATA Sektorrapport Psykisk helsevern). En tredje publikasjon (SAMDATA Spesialisthelsetjenesten) gir en sammenfattende analyse av utviklingen i somatikk og psykisk helsevern.

Innholdet i foreløpig og endelig rapport

Målsetningene om en mest mulig effektiv ressursutnyttelse og god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen har vært stabile helsepolitiske mål i Norge og er preget av bred politisk konsensus. Eierskapsreformen har imidlertid også satt fokus på organiseringen av helsetjenestene for å bedre kunne oppnå disse målene. Opprettelsen av regionale helseforetak skulle gjøre det enklere for pasienter å få tilgang på sykehustjenester ved andre sykehus i regionen og ledig kapasitet skulle utnyttes bedre gjennom økte pasientstrømmer. Tilbud som gir effektiv ressursutnyttelse som f.eks. dagkirurgi skulle styrkes, og samordning og funksjonsfordeling av spesialisthelsetjenestetilbudet skulle sikre helsetjenester med god kvalitet og styrking av beste praksis.

I SAMDATA Somatikk sektorrapport settes fokus på alle disse målsettingene gjennom beskrivelser av utviklingen i effektivitet, utgifter, kostnadsnivå, ventetider, aktivitet, senger og personell, pasientstrømmer og reinnleggelser.

Innholdet i foreløpig/endelig rapport er som følger:

Innhold SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005 (foreløpig rapport uthevet)				
Del:	Kapittel:		Analysenivå:	Data:
Del I	Nasjonale og regionale utviklingstrekk			
	Kap 1	**Nøkkeltall**	Nasjonalt	Alle datakilder
	Kap 2	**Aktivitetsutvikling 1999 til 2005 – hvilke pasientgrupper har fått et større tilbud?**	Nasjonalt, regionalt	Alle datakilder
	Kap 3	**Regionale variasjoner i aktivitet i 2005**	Regionalt	Pasientdata
	Kap 4	**Rett til helsehjelp**	Nasjonalt, regionalt	Pasientdata, InfoVent
Del II	Befolkningsperspektiv (”sørge-for” ansvar)			
	Kap 5	**Personell og senger**	Nasjonalt, regionalt, foretaksområder	Årsverks- og sengedata
	Kap 6	**Kostnader og finansiering**		Regnskapsdata
	Kap 7	**Bruk av sykehustjenester 2004-2005**		Pasientdata
	Kap 8	**Pasientstrømmer**		Pasientdata
	Kap 9	**Tilgjengelighet (ventetider)**		Pasientdata, InfoVent
Del III	Foretaksperspektivet			
	Kap 10	**Reinnleggelser**	Nasjonalt, regionalt, helseforetak	Pasientdata
	Kap 11	Aktivitet og ressursbruk		Regnskaps-, årsverks-, senge- og pasientdata
	Kap 12	Effektivitetsutvikling 1999-2004		Regnskaps-, årsverks- og pasientdata
Del IV	Fremskrivingsperspektivet			
	Kap 13	Framtidig bruk av sykehustjenester	Nasjonalt, regionalt	Pasientdata
Del V	Grunnlagsdata			
	T1	**Grunnlagsdata senger og personell**	Nasjonalt, regionalt, helseforetak, institusj.	Årsverks- og sengedata
	T2	Grunnlagsdata kostnader og finansiering	Nasjonalt, regionalt, helseforetak, institusj.	Regnskapsdata
	T3	**Grunnlagsdata forbruk av sykehustjenester**	Nasjonalt, regionalt	Pasientdata
	T4	Grunnlagsdata aktivitet og kostnader	Nasjonalt, regionalt institusjon	Regnskaps- og pasientdata
Del VI	Vedlegg og definisjoner			
	Vedl. 1	Oversikt over hvilke enheter som inngår i data		
	Vedl. 2	**Datagrunnlag og definisjoner personell og senger**		
	Vedl. 3	**Datagrunnlag og definisjoner kostnader og finansiering**		
	Vedl. 4	**Datagrunnlag og definisjoner pasientdata**		
	Vedl. 5	Datagrunnlag og definisjoner aktivitet og ressursbruk		
	Vedl. 6	Datagrunnlag effektivitetsutvikling		

Fortolkninger og bruk av SAMDATA Sykehus Tabeller

Hensikten med SAMDATA Somatikk sektorrapport er å presentere indikatorer for ressursinnsats, bruk av sykehus og produktivitet. Rapporten er i hovedsak av beskrivende karakter, og inkluderer derfor i liten grad analyser av årsaker til presenterte variasjoner.

Rent generelt vil det være slik at en del av disse variasjonene, eller deler av disse, skyldes "naturlige" forhold, f.eks. ved at bruken av sykehus er hyppigere i noen områder p.g.a. en høyere sykelighet. Når tallmaterialet i denne rapporten ikke korrigerer for geografiske variasjoner i sykelighet (det korrigeres kun for ulik befolkningssammensetning), vil et høyt sykehusforbruk i et område helt eller delvis kunne skyldes et slikt forhold.

I tillegg til ulikheter i etterspørsel og behov vil en del variasjoner skyldes andre forhold som er relatert til tilbudet av, og tilgjengeligheten til, sykehustjenester. Dette er forhold som det kan gjøres noe med på kort eller lang sikt, f.eks. ved å øke kapasiteten til en identifisert flaskehals (f.eks. operasjonskapasiteten ved et sykehus). Indikatorene i denne rapporten bør derfor kunne brukes både som en beskrivelse av situasjonen i sykehussektoren i 2005 og som et utgangspunkt for videre analyser av årsaker til dokumenterte variasjoner.

Det er også viktig å understreke at gjennomsnittstall på nasjonalt eller regionalt nivå ikke er tenkt som et normtall for enhetene som inngår i disse gruppene. Hvilke størrelser som enhetenes indikatorer skal måles opp mot bør være gjenstand for vurdering i hvert enkelt tilfelle. Det kan f.eks. være slik at et sykehus bør sammenligne sitt kostnadsnivå mot nivået ved et annet sykehus eller det sykehuset med lavest kostnadsnivå.

I fremstillingene av aktivitetsutvikling innen spesialisthelsetjenesten brukes i mange sammenhenger antall opphold som grunnlag, hvor en slår sammen døgnopphold og dagbehandlinger. I de senere årene har det vært en sterk økning i antallet dagbehandlinger. Det er flere grunner til en slik utvikling, både medisinske, organisatoriske og med all sannsynlighet også økonomiske. I mange tilfeller opplever en at tradisjonelle innleggelser erstattes med en serie dagbehandlinger. Den enkelte pasient vil i slike tilfeller generere flere dagbehandlinger istedenfor en innleggelse. Resultatet fremstår som en vekst i antall opphold (og aktivitet), selv om det ikke er flere pasienter som får behandling som følge av økning i aktiviteten. Bruken av opphold som enhet for analyse av variasjoner i bruk av tjenester er derfor følsom i forhold til endret behandlingspraksis. I årets rapport har vi i tillegg til opphold valgt å bruke DRG-poeng i tillegg til opphold som aktivitetsmål. Dette gjelder først og fremst kapittel 2 som analyserer aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2005.

Kvalitetssikring av data

For å kunne gjennomføre gode beregninger av både effektivitet, produktivitet og ressursutvikling i den norske spesialisthelsetjenesten, er både SINTEF Helse og SSB er avhengig av at de data som rapporteres fra helseforetakene og regionene er av en god nok kvalitet til å kunne brukes til slike analyser. På tross av ny kontoplan og endringer i innsamling av årsverksdata, er det likevel store variasjoner i hvordan regnskapene føres, kostnader fordeles og personell inkluderes. Dette gjør det arbeidskrevende å lage gode sammenligningstall, og kan bare gjennomføres i god dialog med de enkelte foretak.

SAMDATA er ikke alene om å presentere statistikk for sykehussektoren. Norsk pasientregister (NPR) har ansvaret for innsamling av pasientdata og publiserer også statistikk på dette området. I tillegg har Statistisk Sentralbyrå (SSB) et nasjonalt ansvar for å publisere offentlig statistikk også for sykehussektoren. Vi har et nært samarbeid med SSB om kvalitetssikring av regnskapsdata og senge- og personelldata. Til tross for dette vil det forekomme avvik mellom det vi presenterer i SAMDATA og statistikk fra SSB. Dette skyldes delvis forskjeller i definisjoner og avgrensninger. For å rydde opp i dette, gir vi i vedlegg 3 og 4 en oversikt der vi beskriver forskjellene mellom statistikk i SAMDATA og statistikk fra SSB når det gjelder kostnader og aktivitetsdata (først i endelig rapport). For beskrivelse av innhold og definisjoner i våre tallgrunnlag vises det til vedlegg 1-6.

Del I Nasjonale og regionale utviklingstrekk

I del I av rapporten gis det i kapittel 1 en oversikt over nøkkeltall relatert til ressursinnsats, aktivitet, ressursutnyttelse og ventetider på nasjonalt nivå for perioden 2001-2005. I endelig rapport vil det også fremgå en kort oppsummering av de viktigste resultatene i årets rapport.

I SAMDATA-rapporter har vi tidligere dokumentert sterk aktivitetsvekst de senere årene. De regionale helseforetakene er i bestillerdokumentene bedt om å foreta faglige prioriteringer i forhold til de ressurser en har til rådighet. Aktivitetsveksten til de regionale helseforetakene har både i 2002 og 2003 vært sterkere enn måltallene fra Stortinget og regjeringen Årsrapport for (BUS, 2005 og Huseby, 2004). Formålet med kapittel 2 er å analysere aktivitetsveksten mellom 1999 og 2005 med utgangspunkt i hvilke pasientgrupper som har fått endret tilbud. I denne analysen anvendes DRG-poeng som aktivitets- og ressursmål, i tillegg til opphold. DRG-poeng indikerer hvor store ressurser som antas å være knyttet til den enkelte pasientbehandling, og sikrer sammenlignbarhet over tid og mellom regioner selv om disse har ulik pasientsammensetning.

Bruken av tjenester er tradisjonelt analysert med utgangspunkt i de data som rapporteres til Norsk pasientregister, og som danner grunnlaget for statens finansiering av de regionale helseforetakene gjennom innsatsstyrt finansiering. Disse pasientdataene har ikke inkludert virksomheten som utføres av landets avtalespesialister og på opptreningsinstitusjoner. Aktiviteten hos disse er brukt som forklaringsfaktorer på geografiske variasjoner i forbruk av sykehustjenester, spesielt dagkirurgi og poliklinisk aktivitet. De regionale helseforetakene har siden 2002 hatt ansvaret for oppfølging av avtalene med private avtalespesialister, mens dette er gjeldende fra 2005 for opptreningsinstitusjonene. Kapittel 3 har som utgangspunkt å analysere hvor store regionale variasjoner det er i forbruk av somatiske tjenester når en inkluderer pasientdata fra opptreningsinstitusjoner og avtalespesialister. Virksomheten på opptreningsinstitusjoner vil bli sett i sammenheng med omfanget av rehabilitering på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner. Avtalespesialister utfører tjenester som kan sammenlignes med poliklinikkene på sykehus, både konsultasjoner/utredninger og dagkirurgiske inngrep.

De regionale helseforetakene har som oppgave å sørge for at de overordnede vedtak oppfylles slik som at pasienters rettigheter til helsetjenester oppfylles, og at normer og retningslinjer for prioriteringer som angis i pasientrettighetslover og prioriteringsforskrifter følges opp. Lov om pasientrettigheter (2004) gir den enkelte pasienten rettigheter ovenfor helsetjenesten om lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom at det skal vurderes hvorvidt den enkelte pasient har rett til nødvendig helsehjelp, og fra 2004 er helseforetakene pålagt å gi disse pasientene en individuell frist for behandling (Ot.prp. 63, 2002-2003).

I styringsdokumentene for 2005 (og i 2004) poengteres det at det skal legges vekt på at prioriteringer skal samsvare med mål, rammer og retningslinjer som er trukket opp av overordnede politiske organer. Det innebærer en klarere prioritering av behandling av kreftsykdommer, lindrende behandling, rusrelaterte lidelser, psykiske lidelser, pasienter med kroniske sykdommer og innenfor habilitering og rehabilitering. Videre fremgår det at det er store variasjoner når det gjelder bruk av prioriteringsverktøy som tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. De regionale helseforetakene er derfor gitt i oppgave å arbeide mot en

enhetlig praksis av prioriteringsforskriften med hensyn til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp.

I fjorårets SAMDATA rapport viste Kalseth (2005) at antallet personer med rett til nødvendig helsehjelp varierer sterkt mellom ulike helseregioner, og at ventetid for behandling ikke nødvendigvis varierer vesentlig mellom pasienter med og uten slik rett. I kapittel 4 belyses noen av forskjellene mellom regionene og helseforetakene når det gjelder tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp og gjennomsnittlig ventetid for pasienter med og uten slik rett. Det er klare indikasjoner på at den *praktiske betydningen* av loven og forskriften om rett til nødvendig helsehjelp varierer sterkt mellom helseregionene. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved lovens nytteverdi når det gjelder standardisering av prioriteringer mellom pasienter.

1 Nøkkeltall 2004-2005

Ronny Jørgenvåg, Heidi Torvik, Pål Martinussen, Heidi Jensberg, Marit Pedersen, Maggi Brigham, Kjartan Anthun

Tabell 1.1 Nøkkeltall for somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2001 til 2005, samt endring i prosent fra 2004 til 2005.

	2001	2002	2003	2004	2005	Pst endring 2004-2005
Ressursinnsats:						
Antall effektive senger totalt	13 108	13 133	12 986	13 039	12 948	-0,7
Antall årsverk totalt[1)]	59 316	62 125	63 155	63 498	64 186	1,1
herav antall legeårsverk[1)]	7 240	7 328	7 592	7 922	8 204	3,6
Totale driftskostnader (i mill. kr) [2) 6)]	42 409	44 266	46 421	47 695	49 140	3,0
RHF finansiering (i mill. kr)[2)]	14 575	17 762	17 389	27 802	21 735	-21,8
Ref innsatsstyrt finansiering (i mill. kr)[2)]	18 223	17 109	19 324	12 849	20 180	57,1
Aktivitet:						
Totalt antall opphold (dag og døgn)	1 092 808	1 147 211	1 250 471	1 308 852	1 368 720	4,6
Sum dagbehandlinger totalt[3)]	324 782	361 548	421 595	468 262	514 139	9,8
Sum døgnopphold totalt	768 026	785 663	828 876	840 590	854 581	1,7
herav som ø-hjelp (døgn)	481 527	487 367	500 714	511 442	527 539	3,1
herav som elektive (døgn)	241 767	252 570	281 370	282 433	282 991	0,2
Sum polikliniske konsultasjoner	3 007 680	3 060 055	3 240 745	3 374 388	3 458 478	2,5
Indeks pasientsammensetning		1,02	1,01	0,99	.	
Sum korrigerte opphold		1 150 211	1 223 915	1 245 408	.	
Sum liggedager for alle opphold	4 748 404	4 783 243	4 893 067	4 852 493	4 905 323	1,1
herav liggedager totalt døgn	4 423 396	4 421 666	4 462 538	4 383 978	4 390 667	0,2
Gjennomsnittlig liggetid alle opphold	4,4	4,2	3,9	3,7	3,6	-3,5
Gjennomsnittlig liggetid døgnopphold	5,7	5,6	5,4	5,2	5,1	-1,5

	2001	2002	2003	2004	2005	Pst endring 2004-2005
Ressursutnyttelsen[4)]***:***						
Beleggsprosent (døgn)			89,8	89,1	.	-0,8
Korrigerte opphold per årsverk			25,5	26,0	.	2,1
Korrigerte opphold per behandlerårsverk			35,9	36,2	.	0,8
Andel langtidsopphold			5,3	4,9	.	-8,2
Andel langtidsliggedager			9,8	9,6	.	-2,4
Driftskostnader per korrigerte opphold[2)]			27 282	26 935	.	-1,3
Andel polikliniske inntekter			13,2	12,3	.	-6,8
Ventende og ventetider[5)]*:*						
Antall ventende per 1000 innbyggere (1.tert)	55	50		39	38	-2,6
Median ventetid i dager for avviklede pas.				49	46	-6,1
Median ventetid i dager for ventende pas.	88	77		51	51	0

1) Punkttall per 31.12 i driftsåret. Årsverk for fødestuer og helsesentre er holdt utenfor. Hvis disse inkluderes, er det totale antall årsverk i 2004 64.415 og antall legeårsverk 7.960.

2) Målt i faste 2005-kroner.

3) Sum dagbehandling innlagte og dagbehandling på poliklinikken som utløser ISF-refusjon.

4) Tall for 2003 og 2004 omfatter alle helseforetak og institusjoner md driftsavtale med et helseforetak. Tall for 2001 og 2002 omfatter kun DRG-sykehus, og er ikke sammenlignbare med 2003 og 2004.

5) Tallene gjelder 1. tertial det enkelte år. Ved utgangen av 1. tertial 2006 var det 38 antall ventende per 1 000 innbygger. Tall for 2003 inngår ikke på grunn av manglende kompletthet i data. Median ventetid for avviklede pasienter var 43 dager, og for ventende 52 dager.

6) I kostnadstallene inkluderes nye ansvarsområder for regionene etter hvert som de kommer til. Dette gjelder f eks behandlingshjelpemidler (fra og med 2003) og nye opptreningsinstitusjoner (2002, 2003, 2004). Betydningen av dette er imidlertid beskjeden.

2 Aktivitetsutvikling 1999 til 2005 – hvilke pasientgrupper har fått et større tilbud?

Ronny Jørgenvåg

2.1 Formål med kapitlet

I SAMDATA-rapporter har vi tidligere dokumentert sterk aktivitetsvekst de senere årene, spesielt i antall dagbehandlinger. Aktivitetsveksten til de regionale helseforetakene har både i 2002 og 2003 vært sterkere enn måltallene fra Stortinget og regjeringen (Årsrapport for BUS, 2005 og Huseby, 2004). Den sterke veksten i aktivitet sammenlignet med måltall har bidratt til regionenes krav om tilleggsbevilgninger fra Stortinget i samme periode. Forholdet mellom aktivitet og ressursbruk er spesielt viktig i en situasjon hvor det er stor oppmerksomhet omkring underskudd og målsetningen om økonomisk balanse i de regionale helseforetakene.

Formålet med dette kapitlet er å analysere aktivitetsveksten mellom 1999 og 2005 med utgangspunkt i hvilke pasientgrupper som har fått endret tilbud. Analyser av aktivitet har tradisjonelt tatt utgangspunkt i antall innleggelser og behandlinger. I denne analysen anvendes DRG-poeng som aktivitets- og ressursmål, i tillegg til opphold. DRG-poeng indikerer hvor store ressurser som antas å være knyttet til den enkelte pasientbehandling, og sikrer sammenlignbarhet over tid og mellom regioner selv om disse har ulik pasientsammensetning. Bruk av ulike aktivitetsmål diskuteres særskilt i eget avsnitt nedenfor.

I analysene vil det fokuseres på:

- Aktivitetsutvikling 1999-2005
- Aktivitetsutvikling etter type opphold og behandling
- Aktivitetsutvikling – hvilke pasientgrupper får økt tilbud?

Analysene vil gjøres på nasjonalt og regionalt nivå. Vi skiller mellom relativ utvikling innen egen region og utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. Dette vil gi større innsikt i den enkelte regions aktivitetsutvikling, og hvor en skiller seg fra de andre regionene i nivået på bruk av tjenester. I analysene er perspektivet de regionale helseforetakenes ”sørge for ansvar”, dvs at utgangspunktet er pasientene som har bosted i den enkelte region, uavhengig av om en bruker sykehus innenfor eller utenfor egen region.

2.2 Tilpasninger og anvendelse av datagrunnlaget

2.2.1 Bruk av ulike aktivitetsmål

Det er flere steder problematisert at det er svakheter knyttet til operasjonalisering og måling av aktivitet (Jørgenvåg, 2005 og Årsrapport for BUS, 2005). For å beskrive aktivitetsutvikling på de somatiske sykehusene brukes både antall opphold, antall pasienter og DRG-poeng som aktivitetsmål. Alle disse aktivitetsmålene har sine begrensninger.

Antall innleggelser og behandlinger

Antall døgnopphold og dagbehandlinger uttrykkes ofte som samlet antall opphold.

I de senere årene er det eksempler på endret behandlingspraksis, endret registreringspraksis, endring i datagrunnlag og pasientgrupper som har fått økt behandlingstilbud. Omlegging til dagbehandling, bedring i kodepraksis og inkludering av flere rehabiliteringsinstitusjoner i datagrunnlaget er eksempler på dette. Slike endringer er ønsket, men svekker sammenlignbarheten over tid med bruk av opphold som måleenhet.

Antall behandlede pasienter

Med opphold som måleenhet telles hvert enkelt besøk pasienten har på sykehus. En kan med pasientdata beregne hvor mange pasienter som har generert alle besøk på sykehus. Dette kan imidlertid bare gjøres på hvert enkelt sykehus, og en kan ikke følge pasienten mellom ulike helseforetak og mellom kalenderår.

Antallet pasienter som er på flere sykehus i løpet av et kalenderår øker (Jørgenvåg og Jensberg, 2006), hvilket medfører at det er knyttet stadig større svakhet til dette aktivitetsmålet.

DRG-poeng

Bruk av opphold og pasienter som måleenheter medfører at en ikke skiller mellom ressurskrevende og mindre ressurskrevende behandlinger i aktivitetsfremstillinger, alt telles som et opphold eller en dagbehandling. Her skiller DRG-poeng seg fra de to andre aktivitetsmålene.

Korrigerte DRG-poeng anvendes som grunnlag for refusjonssatsene i ISF til de regionale helseforetakene. Til grunn for korrigerte DRG-poeng ligger kostnadsvektene som gjenspeiler forventet ressursbruk knyttet til et opphold i en DRG uavhengig av hvilken medisinsk praksis som velges. I beregningen av korrigerte DRG-poeng gis avkorting for dagbehandling i DRGer der slik behandling antas å være særlig mindre ressurskrevende enn gjennomsnittspasienten i DRGen. På denne måten gir korrigerte DRG-poeng et vektet mål for ressurskrav knyttet til dagbehandlinger og døgnopphold i en pasientsammensetning.

Svakheten ved å bruke korrigerte DRG-poeng som aktivitetsmål er at noe av den veksten en måler, skyldes bedring i registreringspraksis, dvs bedret koding av pasientbehandling. Det er gjort flere analyser som har vist hvor stor del av veksten i DRG-indeks (korrigerte DRG-poeng/opphold) som kan forklares med endringer i kodingspraksis (Petersen, 2004 og 2005). Analyser av datagrunnlaget fra 2001 til 2003 viste at om lag 50 prosent av indeksveksten fra 2001 til 2002 skyldes endringer i kodingspraksis. Tilsvarende størrelse for 2002-2003 var 45 prosent.

I denne analysen brukes korrigerte DRG-poeng og opphold som aktivitetsmål. Valget av flere aktivitetsmål er gjort for å vise at avhengig av hvilket mål som legges til grunn, vil resultatene avvike, noe som legger grunnlaget for ulike tolkinger av aktivitetsutviklingen. Korrigerte DRG-poeng (omtales videre som DRG-poeng) er et mål på ressursbruken knyttet

til pasientbehandlingen og er således interessant å analysere i tillegg til antall opphold. Det er imidlertid viktig å bemerke at med DRG-poeng legges den antatte ressursbruken til grunn.

2.2.2 Tilpasninger i datagrunnlaget

I 1999 ble det innført nasjonale løsninger for rehabilitering, cellegiftbehandling og dagkirurgi hvilket gjør det til et naturlig startidspunkt for å fremstille en sammenlignbar aktivitetsutvikling. Det er gjort noen tilpasninger i datagrunnlaget, for å kunne lage sammenlignbare utviklingstall fra 1999.

Ved fremstilling av type opphold og behandling er døgnopphold fordelt etter liggetid, henholdsvis pasienter med en overnatting (LOS=1), to overnattinger (LOS=2) og flere enn to overnattinger (LOS>2). Når det gjelder inndeling av dagbehandling, er disse inndelt i følgende kategorier:

- Rehabilitering (DRG 462A-C)
- Dialyse (DRG 317)
- Kjemoterapi (DRG 410 A-C)
- Dagkirurgi (Kirurgisk DRG og LOS=0)
- Ikke avkortet behandling (LOS=0 og spesifikk DRG). Dette innebærer at dagbehandling er over 5 timer og er gruppert til en spesifikk DRG som utløser full refusjon.
- Avkortet dagbehandling, dvs øvrige opphold med LOS=0.

Spørsmålet om hvem aktivitetsveksten har kommet til gode, krever inndeling i diagnosegrupper. Her er det lagt til grunn DRG-systemets inndeling i hoveddiagnosegrupper. Noen tilpasninger er gjort:

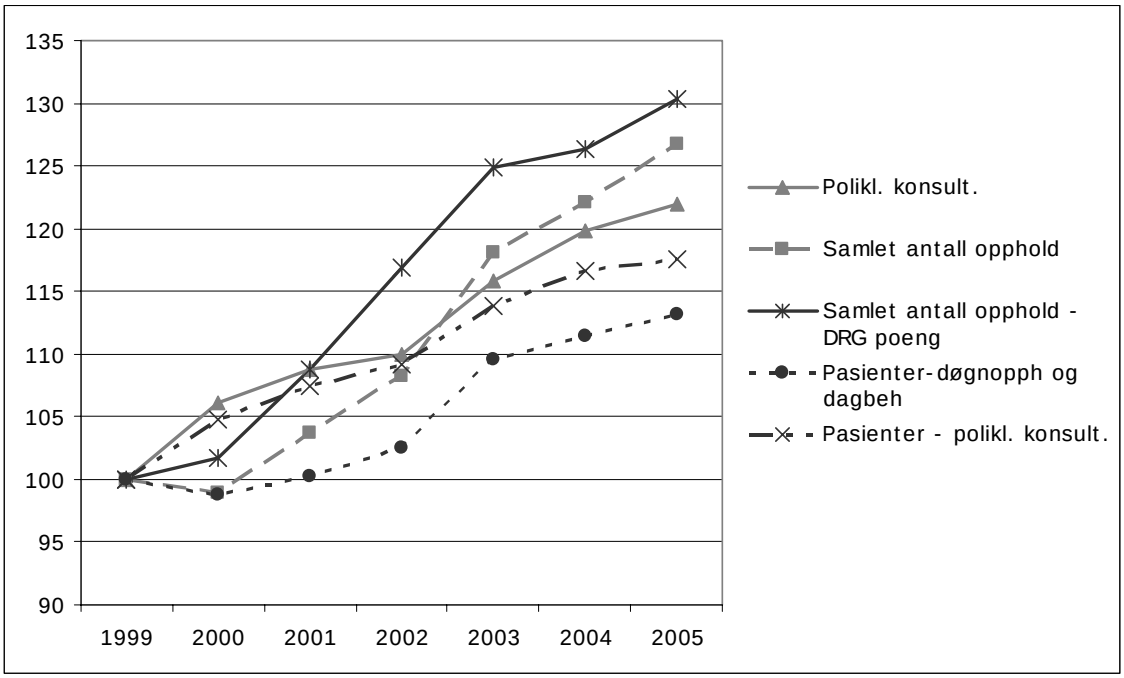
- I hoveddiagnosegruppene i DRG-systemet er det ikke egen gruppe for svulster (slik det er i ICD-10). I analysen er det laget en egen gruppe for svulster. Pasienter med svulster er identifisert gjennom hoveddiagnose i ICD-10 kapittel "F", og danner således en egen gruppe, uavhengig av DRG-plassering.
- I analysene er HDG 14: 'Sykdommer under svangerskap, fødsel og barsel' og HDG 15: 'Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden' slått sammen. Bakgrunnen for dette er at det er først fra 2002 at det ble gitt en egen refusjon for friske nyfødte (opphold gruppert til DRG 391). De nyfødte er registrert i sykehusene sine pasientadministrative system også i årene før 2002, men denne gruppen er ikke komplett i datamaterialet fra 1999. Frem til og med 2001 var ISF-refusjonen relatert til den fødende. Med innføring av egen ISF-refusjon for friske nyfødte ble refusjonene tilsvarende redusert for den fødende, dvs opphold i HDG 14 (Prisliste ISF, 2002). I og med at registreringen av friske nyfødte ikke er komplett i 1999, er det for dette året lagt til 12 500 fødsler, som er et estimat på hva som ikke er registrert. Antallet er fremkommet gjennom sammenligning med antall fødsler i perioden 2000 til 2005.
- I 1999 og frem til 2005 var det et eget kapittel for noen transplantasjoner. Disse er fordelt til hoveddiagnosegrupper etter plassering i 2005.

2.3 Nasjonale utviklingstrekk

2.3.1 Aktivitetsutvikling 1999-2005

Figuren viser den relative aktivitetsutviklingen med 1999 som utgangspunkt. Det er skilt mellom rate for samlet antall opphold (døgnopphold og dagbehandling), DRG-poeng for døgnopphold og dagbehandlinger, polikliniske konsultasjoner, samt antall pasienter fordelt etter henholdsvis døgnopphold/dagbehandling og poliklinikk[1].

Figur 2.1 Relativ utvikling i bruk av sykehustjenester fra 1999 til 2005. Aktivitetsindikatorer. Rate per 1 000 innbyggere.



Sterk vekst i DRG-poeng og antall opphold

Den relative veksten i antall opphold og DRG-poeng, korrigert for befolkningsutvikling[2] i perioden 1999 til 2005, er om lag 30 prosent. Veksten er noe sterkere for DRG-poeng enn antall opphold. Faktisk vekst i antall opphold og DRG-poeng (ikke korrigert for aktivitetsutvikling) er på henholdsvis 34 og 36 prosent (hhv 346 300 opphold og behandlinger og 287 000 DRG-poeng). Målt i antall opphold er aktivitetsveksten sterkere fra 2002 til 2005 enn i perioden før den statlige overtakelsen av sykehusene, mens antall DRG-poeng indikerer en jevn aktivitetsvekst i hele perioden 1999-2005.

Veksten i aktivitet i perioden 1999 til 2005 er kommet både på offentlige og private sykehus. Andelen av pasientbehandlingen på de private sykehusene har i perioden 1999 til 2005 økt fra 0,5 til 4 prosent i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten.

Veksten i antall polikliniske konsultasjoner og pasienter på poliklinikkene er jevn i hele perioden 1999 til 2005, hhv 22 og 18 prosents økning.

1 Beregning av pasienter tar utgangspunkt i antall pasienter per sykehus, og tar ikke hensyn til at samme pasient er på flere sykehus i løpet av kalenderåret.

2 Fra 1999 til 2005 var det en befolkningsøkning på 5,9 prosent.

Veksten i antall behandlede pasienter (døgnopphold og dagbehandling) er ikke like sterk som andre aktivitetsmål. Det er beregnet at veksten i antall pasienter er om lag 15 prosent i perioden 1999 til 2005, dvs halvparten av veksten målt i opphold eller DRG-poeng. Det er imidlertid interessant at det var en svak økning i antall pasienter frem til 2002, mens det har vært en sterk økning i perioden 2003-2005.

Sterkere aktivitetsvekst sammenlignet med måltallene

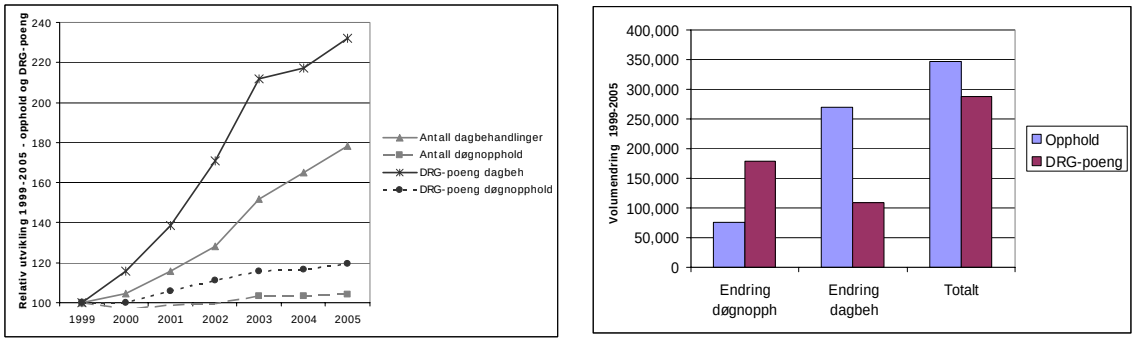
Det er tidligere dokumentert at de regionale helseforetakene både i 2002 og 2003 har hatt en aktivitet som ligger over måltallene fra Stortinget og regjeringen (Årsrapport for BUS, 2005 og Huseby, 2004). For årene 2004 og 2005 er det i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene lagt opp til en videreføring av samme aktivitetsnivå som i henholdsvis 2003 og 2004. Aktivitetsveksten mellom 2003 og 2004 ble på 1,9 prosent, mens den mellom 2004 og 2005 var på 3,9 prosent målt med DRG-poeng som aktivitetsmål[3]. Veksten er således betydelig høyere enn måltallene. Noe av veksten de senere årene skyldes sannsynligvis bedring i registreringspraksis. Det er ikke gjort analyser av hvor stor del av veksten dette kan forklare.

De regionale helseforetakene har de senere årene stått ovenfor store utfordringer i forhold til å realisere eiers krav om økonomisk balanse (St.prp. nr 1, 2004-2005 og 2005-2006). 2004 viste et samlet korrigert negativt årsresultat på i underkant av 2 mrd. kroner, hvilket er om lag det samme resultat som i 2003 (Årsrapport for BUS, 2005). I en situasjon hvor flere regioner har utfordringer knyttet til å redusere kostnader og behandlingsaktivitet, er det et paradoks at det er så stort avvik mellom aktivitet og måltall.

2.3.2 Aktivitetsutvikling – type opphold og behandling

I fremstillingene videre legges døgnopphold og dagbehandling til grunn (ISF-aktivitet). I figuren nedenfor fremstilles relativ utvikling i aktivitet fordelt på henholdsvis døgnopphold og dagbehandling, med både antall opphold og DRG-poeng som aktivitetsmål.

Figur 2.2 Bruk av sykehustjenester med antall opphold og DRG-poeng som aktivitetsmål. Døgnopphold og dagbehandling. A) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005. Rate per 1 000 innbyggere. B) Volumendring mellom 1999 og 2005.



3 Dette samsvarer med det aktivitetsmål som anvendes i budsjettsammenheng fra Helse- og omsorgsdepartement.

Sterk vekst i antall dagbehandlinger og DRG-poeng for døgnopphold

Prosentvis vekst i dagbehandling er langt større enn for døgnopphold uansett om en bruker opphold eller poeng som mål fra 1999 til 2005. Veksten i dagbehandling er hhv 132 prosent med DRG-poeng og 78 prosent i antall behandlinger. Veksten i døgnopphold er hhv 4 og 20 prosent i antall opphold og DRG-poeng. Tallene er korrigert for befolkningsutviklingen fra 1999 til 2005.

Ved å betrakte volumendring fra 1999 til 2005 ser en at endringen i antall dagbehandlinger er langt større enn antall døgnopphold, men at det er motsatt når det gjelder utvikling i DRG-poeng. Dette på grunn av at ressursbruken er langt lavere ved dagbehandling enn døgnopphold. Som nevnt innledningsvis gir aktivitetsmålene ulike resultater.

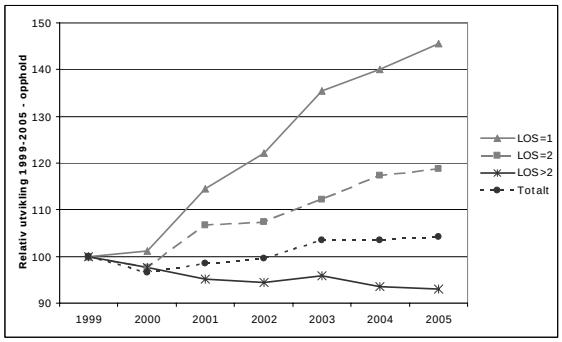
75 prosent av økningen i antall opphold er dagbehandling, mens dagbehandling står for bare 38 prosent av økningen i ressursbruken (DRG-poeng) i perioden 1999 til 2005.

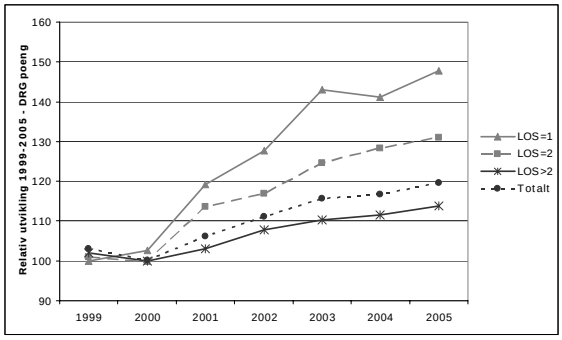
Ovennevnte gjør det interessant å se på aktivitetsutviklingen innenfor henholdsvis døgn-opphold og dagbehandling.

Døgnopphold

Nedenfor fremgår den relative aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2005 for alle døgnopphold fordelt etter liggetid, med henholdsvis antall opphold og DRG-poeng som aktivitetsmål.

Figur 2.3 Bruk av sykehustjenester. Døgnopphold fordelt etter liggetid. A) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005 med opphold som aktivitetsmål. B) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005 med DRG-poeng som aktivitetsmål. Rate per 1 000 innbyggere.



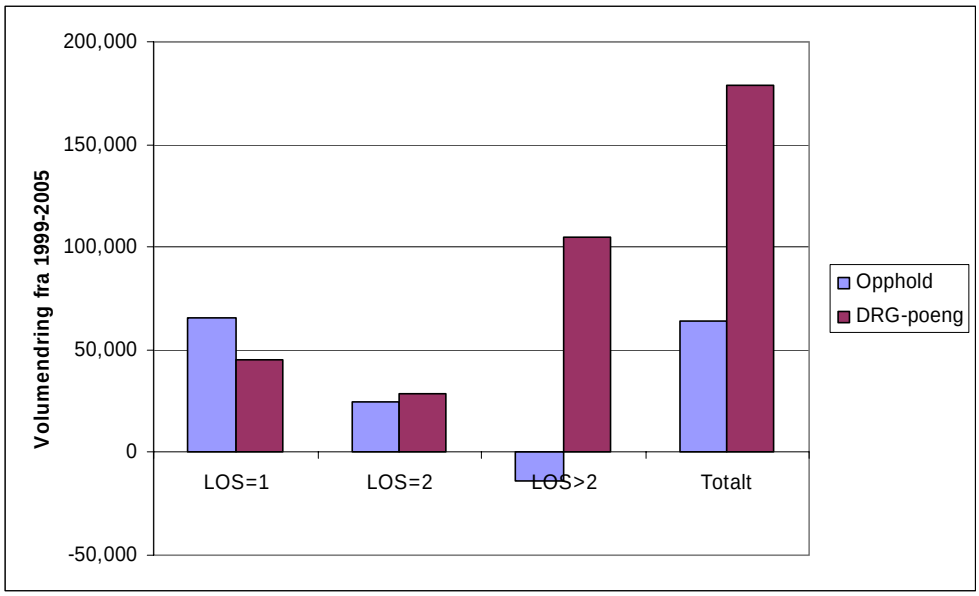


Flere opphold med kort liggetid, mer ressurskrevende opphold med lenger liggetid

Den relative veksten i perioden 1999 til 2005 er sterkest for pasienter med en overnatting, uavhengig av om en bruker opphold eller DRG-poeng som aktivitetsmål. Veksten er hhv 46 prosent med opphold og 48 prosent med DRG-poeng som mål. Det er også en relativ vekst i pasienter med to overnattinger. Når det gjelder pasienter med mer enn to overnattinger er det en nedgang i antall opphold med 7 prosent i denne perioden. Her er det imidlertid en økning i ressursbruken knyttet til denne gruppen med 14 prosent.

Nedenfor illustreres volumveksten i antall opphold og DRG-poeng fra 1999 til 2005 fordelt på liggetid.

Figur 2.4 Bruk av sykehustjenester. Volumendring mellom 1999 og 2005 for døgnopphold etter liggetid, målt i antall opphold og DRG-poeng.



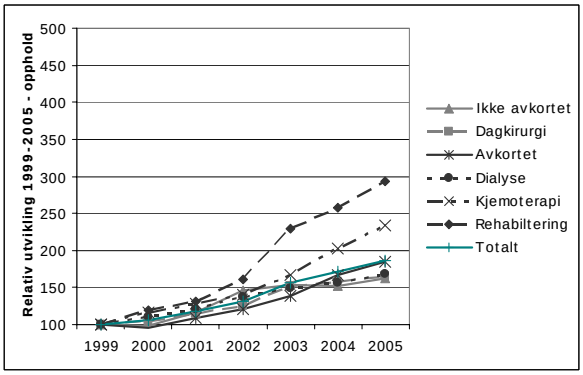
All vekst i antall døgnopphold i perioden 1999 til 2005 er opphold med en eller to overnattinger. Pasienter med en overnatting utgjør imidlertid kun 25 prosent av veksten i DRG-poeng. Videre er det en nedgang i antall innleggelser med mer enn to overnattinger fra 1999 til 2005, mens denne gruppen står for 60 prosent av endringen i ressursbruken (DRG-poeng).

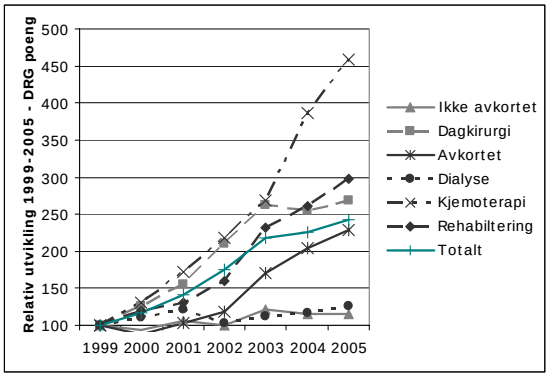
Som beskrevet i avsnitt 2.2 er noe av økningen i DRG-poeng knyttet til bedret kodings-praksis.

Dagbehandling

Nedenfor fremgår den relative aktivitetsutviklingen fra 1999 til 2005 for alle dagbehandlinger fordelt etter ulike kategorier behandlinger, med henholdsvis antall opphold og DRG-poeng som aktivitetsmål.

Figur 2.5 Bruk av sykehustjenester. Dagbehandling fordelt etter ulike kategorier behandlinger. A) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005 med opphold som aktivitetsmål. B) Relativ utvikling i aktivitet fra 1999 til 2005 med DRG-poeng som aktivitetsmål. Rate per 1 000 innbyggere.





Sterkest prosentvis vekst i kjemoterapi og rehabilitering

Relativ vekst i antall dagbehandlinger er sterkest for rehabilitering og kjemoterapi i perioden, hhv 182 og 124 prosent. Veksten innen rehabilitering og kjemoterapi kan forklares med både registreringstekniske endringer fra innleggelse til dagbehandling, utvidelse av datamaterialet (rehabilitering) og økt tilbud (flere pasienter som får behandling). Prosentvis økning i DRG-poeng for pasienter som får kjemoterapi er større enn økningen i antall behandlinger, spesielt fra 2003 til 2004. Dette skyldes en økning i kostnadsvektene/refusjonene fra 2004.

Vridning fra poliklinikk mot ISF?

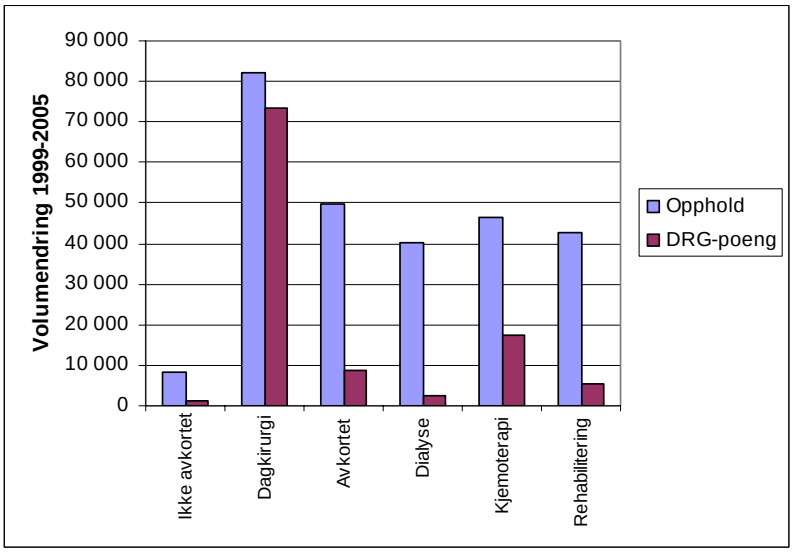
I informasjonsheftene om ISF som Helse- og omsorgsdepartementet utgir, er det siden 1999 beskrevet mulige vridningseffekter i finansieringsordningen. Eksempler på dette er endring i kodingspraksis som gir økte utbetalinger, nye pasientgrupper som ikke er inkludert i ordningen, unødvendig liggetid ved at pasienter overnatter i stedet for å bli skrevet ut samme dag og omfang av poliklinisk behandling som ikke er spesifikk dagkirurgi.

Kategorien ”avkortede opphold” ovenfor er et eksempel på sistnevnte. Avkortede opphold betegner dagbehandling som ikke grupperes til en spesifikk DRG og refusjonen avkortes sammenlignet med de som grupperes til en spesifikk DRG. Disse behandlingene er i gråsonen mellom poliklinisk aktivitet og dagbehandling. Figuren over viser en sterk prosentvis endring i antall avkortede opphold fra 1999 til 2005. Økningen i antall avkortede opphold er 77 prosent fra 1999 til 2005, hvilket tilsvarer om lag 50 000 dagbehandlinger. Veksten er spesielt sterk i perioden etter 2001. Det er grunn til å reise spørsmål om en her ser utslaget av en vridning fra poliklinikk til dagbehandling for en høyere refusjon enn takstsystemet på poliklinikkene ville gitt.

Økningen i avkortede behandlinger fra 1999 til 2005 er fordelt på mange hoveddiagnose-grupper. De største volummessige endringer gjelder for sykdommer i muskel-skjelettsystemet, sirkulasjonsorganer og nervesystem fra 1999 til 2005.

Den sterke volumveksten i antall dagbehandlinger fremgår av figuren nedenfor, med opphold og DRG-poeng som aktivitetsmål.

Figur 2.6 Bruk av sykehustjenester. Volumendring mellom 1999 og 2005 for dagbehandlinger fordelt etter ulike kategorier behandlinger, målt i antall opphold og DRG-poeng.



Stor økning i dagkirurgiske inngrep

Det er en økning på 66 prosent i antall dagkirurgiske inngrep[4] i perioden 1999 til 2005, korrigert for befolkningsutvikling er veksten på 60 prosent. Sammenlignet med de andre kategoriene av dagbehandling utgjør økningen i antall dagkirurgiske operasjoner ressursmessig den klart største gruppen.

Nærmere 70 prosent av aktivitetsendringen fra 1999 til 2005 målt i DRG-poeng er økning i dagkirurgiske operasjoner. Den sterke veksten i for eksempel antall dagbehandlinger registrert som rehabilitering og dialyse blir betydelig lavere målt i ressursbruk (DRG-poeng).

Figuren er et godt eksempel på at aktiviteten målt i antall behandlinger eller ressursbruk gir ulike resultater.

2.3.3 Aktivitetsutvikling – hvilke pasientgrupper får økt tilbud?

For å analysere hvilke pasientgrupper som har fått en endring i aktivitetsnivået/ ressursbruken, er det nedenfor lagt til grunn DRG-systemets inndeling i hoveddiagnose-grupper. Noen tilpasninger er gjort, se avsnitt 2.2. Her anvendes kun DRG-poeng som aktivitetsmål.

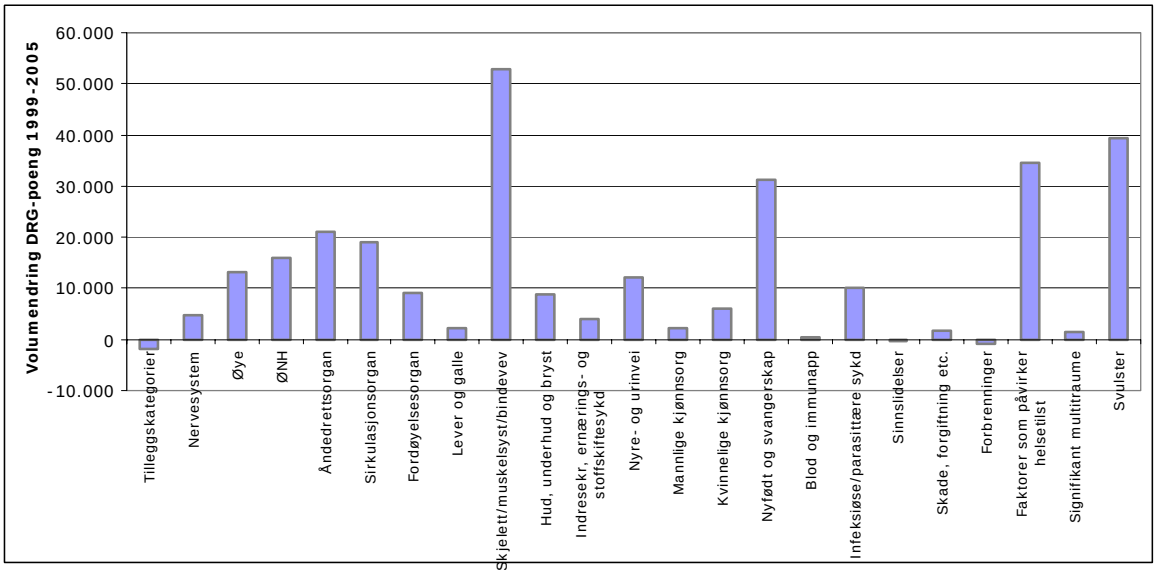
Nedenfor vil det fremgå:

- Volumendring: Endring i DRG-poeng mellom 1999 og 2005 per hoveddiagnosegruppe
- Relativ utvikling: Nivå på ressursbruken i 2005 sammenlignet med 1999 per hoveddiagnosegruppe
- Andel av samlede ressurser: Endring i andel av DRG-poengene i 2005 sammenlignet med 1999 per hoveddiagnosegruppe

4 I denne sammenhengen er definisjonen: LOS=0 og kirurgisk DRG lagt til grunn.

Videre viser vi volumendringer innenfor den enkelte hoveddiagnosegruppe; innenfor hvilke DRG-er er det størst endring i DRG-poeng mellom 1999 og 2005?

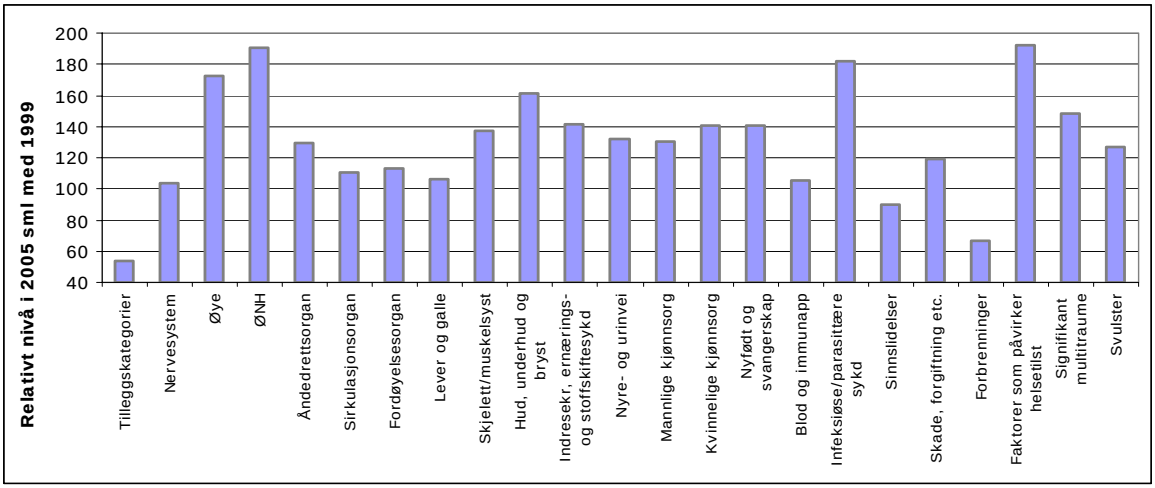
Figur 2.7 Bruk av sykehustjenester. Endring i DRG-poeng fra 1999 til 2005 per hoveddiagnosegruppe (DRG).



Fra 1999 til 2005 er det størst volummessig endring i aktiviteten for pasienter med sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (+52 800 DRG-poeng), svulster (+39 500 DRG-poeng), faktorer som påvirker helsetilstanden (+ 34 600 DRG-poeng) og nyfødte/svangerskap (+ 31 200 DRG-poeng).

Til tross for den sterke økningen i nevnte grupper ovenfor er det imidlertid andre pasientgrupper som har en større relativ aktivitetsvekst i denne perioden. Dette fremgår av figuren nedenfor, som viser relativt nivå på aktiviteten i 2005 sammenlignet med 1999 (1999=100) fordelt på hoveddiagnosegrupper. Hvis verdien er 100 tilsier dette at aktivitetsnivået er likt i 1999 og 2005.

Figur 2.8 Relativt nivå på aktiviteten i 2005 sammenlignet med 1999 fordelt per hoveddiagnosegruppe (DRG). DRG-poeng som aktivitetsmål. 1999=100.



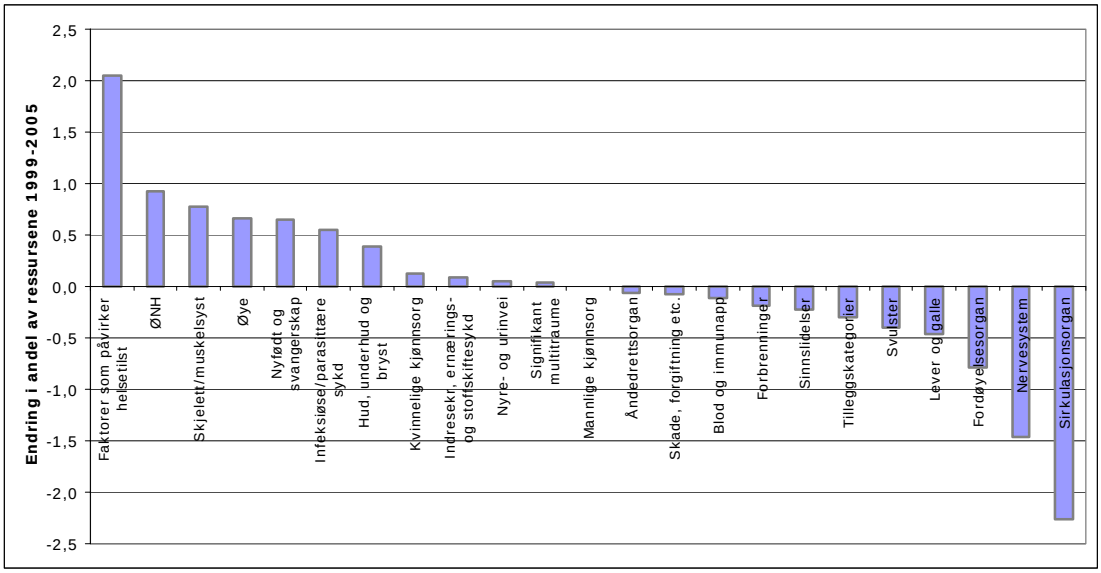
Størst relativ aktivitetsvekst i gruppene "Faktorer som påvirker helsetilstanden" og ØNH

Figuren viser at den største relative økningen i ressursbruk mellom 1999 og 2005 er for pasienter med sykdommer innen kategorien "Faktorer som påvirker helsetilstanden" (93 prosent), ØNH-sykdommer (90 prosent), Infeksiøse og parasittære sykdommer (82 prosent) og øyesykdommer (72 prosent). Veksten er korrigert for befolkningsutvikling.

Den relative økningen i ressursbruk knyttet til hoveddiagnosegruppen "Faktorer som påvirker helsetilstanden" er hovedsakelig tracheostomi. Innenfor denne pasientgruppen er det volummessig få pasienter, men de er ressurskrevende. Beregnet ressursbruk (DRG-poeng pr opphold) er også blitt betydelig større i perioden 1999 til 2005.

I figuren nedenfor fremgår differansen mellom andel av totalt antall DRG-poeng i 1999 og 2005 per hoveddiagnosegruppe – sortert fra stigende til synkende.

Figur 2.9 Differansen i prosentpoeng mellom andel av DRG-poengene i 1999 og 2005 fordelt etter hoveddiagnosegrupper (DRG).



Dreining av ressursbruken mot lettere pasientgrupper

I perioden 1999 til 2005 har det relativt sett vært en dreining av aktiviteten/ressursbruken i retning av pasientgruppene 'Faktorer som påvirker helsetilstanden', ØNH, sykdommer i muskel-skjelettsystem, øyesykdommer og nyfødte og svangerskap. Økningen i ressursbruken i ovennevnte grupper har medført at det relativt sett brukes mindre ressurser i pasientgruppene sykdommer i sirkulasjonsorganene, sykdommer i nervesystemet, sykdommer i fordøyelsessystemet, sykdommer i lever, galle og bukspyttkjertel og svulster.

Det er imidlertid viktig å bemerke at det er en økning i ressursbruken til alle pasientgruppene, men at det i perioden 1999 til 2005 har vært prosentvis større endringer i noen grupper, hvilket medfører at den relative andelen mellom gruppene endrer seg.

Nedenfor beskrives aktivitetsveksten innenfor disse hoveddiagnosegruppene nærmere i forhold til hvilke pasientgrupper (DRGer) det er størst volumendring i målt i DRG-poeng fra 1999 til 2005.

Faktorer som påvirker helsetilstanden

Av den totale endringen på 27 800 DRG-poeng, er 76 prosent (21 200 DRG-poeng) pasienter som får tracheostomi. Antallet tracheostomerte er lavt, men operasjonene er veldig ressurskrevende. Øvrig endring i kategorien er hovedsakelig rehabilitering.

Hvis en bruker opphold som aktivitetsmål, vil den sterke veksten innen denne gruppen forklares med økning i rehabilitering og ikke tracheostomi.

Øre, nese og halssykdommer

Pasienter med obstruktivt søvnapnesyndrom forklarer over halvparten av endringen i ressursbruk innenfor gruppen pasienter med sykdommer i øre, nese og halssykdommer. Dette tilsvarer om lag 8 000 av den totale endringen på 15 200 DRG-poeng. For øvrig er det en sterk vekst i diverse inngrep på øre, nese og hals (2 600 DRG-poeng) og neseplastikk (1 200 DRG-poeng).

Sykdommer i muskel-skjelettsystem

Hofteoperasjoner forklarer 42 prosent av endringen i gruppen sykdommer i muskel-skjelettsystem (21 300 av 52 800 DRG-poeng). Andre volummessige store endringer er det for kneoperasjoner (10 900 DRG-poeng), operasjon på skulder/albue/underarm (7 300 DRG-poeng) og operasjoner på rygg og hals (6 300 DRG-poeng).

Øyesykdommer

Operasjoner på linsen (4 400 DRG-poeng), ekstrakolære operasjoner ekskl orbita (3 800 DRG-poeng) og operasjoner på netthinnen (3 600 DRG-poeng) forklarer nærmere 90 prosent av endringene i ressursbruken i perioden 1999 til 2005.

Nyfødte og svangerskap

Den volummessig største endringen innen denne hoveddiagnosegruppen skjer i 2002 når friske nyfødte gis ISF-refusjon og innføring av nye kostnadsvekter. Endringen i antall DRG-poeng i hoveddiagnosegruppene HDG 14 og 15 endrer seg med 20 900 DRG-poeng fra 2001 til 2002. Dette til tross for at inkluderingen av friske nyfødte i ISF ikke skulle medføre høyere refusjoner til disse hoveddiagnosegruppene. I tillegg har det vært en endring i registreringspraksisen av nyfødte, hvilket har gitt høyere DRG-indeks og større utbetalinger etter 2002.

Svulster

Den største aktivitetsøkningen er knyttet til pasienter som får kjemoterapi som dagbehandling (DRG 410A-C). Veksten kan delvis tilskrives en omlegging i registrerings-praksis de senere årene, fra innleggelse til dagbehandling.

Sykdommer i åndedrettsorgan

Det har vært en vekst på 34 prosent i denne hoveddiagnosegruppen fra 1999 til 2005. Endringene kan i hovedsak relateres til kodingspraksis av pasienter med lungebetennelser og KOLS. Som en konsekvens av store variasjoner mellom sykehusene i registrering av denne pasientgruppen, har det også blitt gjort avkortinger i inntektsgrunnlaget til de regionale helseforetakene.

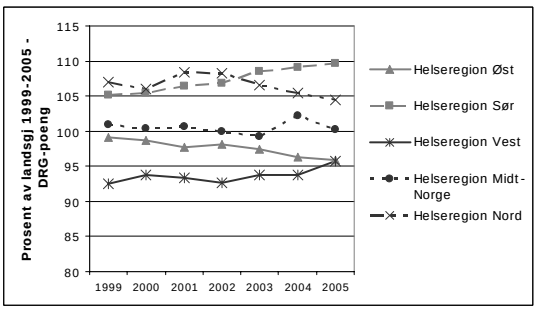
2.4 Regionale variasjoner i bruk av tjenester

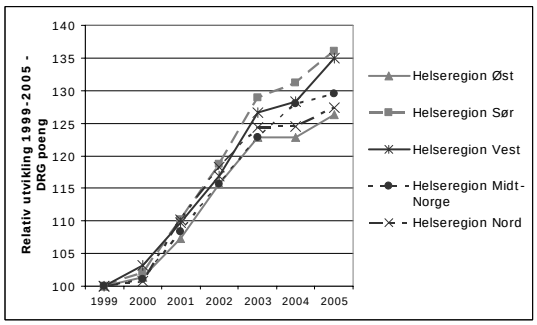
Nedenfor vil vi for den enkelte helseregion vise bruken av somatiske tjenester i perioden 1999 til 2005 etter type opphold og behandling og fordelt på pasientgrupper. Det skilles mellom relativ utvikling innenfor egen region og utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. DRG-poeng brukes som aktivitets- og ressursmål i dette kapitlet.

2.4.1 Aktivitetsutvikling 1999-2005

Det er relativt store forskjeller i bruken av somatiske tjenester mellom helseregionene. I figuren nedenfor fremgår bruken av tjenester, fremstilt som den enkelte regions aktivitetsnivå i prosent av landsgjennomsnittet og relative utvikling fra 1999 til 2005 med DRG-poeng som aktivitetsmål.

Figur 2.10 A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. DRG-poeng som aktivitetsmål. Rate per 1 000 innbyggere.





Figurene illustrerer stabile forskjeller mellom helseregionene når det gjelder bruk av somatiske tjenester i perioden 1999 til 2005. Helseregion Sør og Nord bruker flest sykehustjenester, mens befolkningen i helseregion Øst og Vest ligger lavest. Dette gjelder uavhengig av om en bruker opphold eller DRG-poeng som aktivitetsmål. Variasjonen mellom helseregionene som har lavest og høyest aktivitet er mindre med bruk av DRG-poeng enn opphold. I løpet av perioden 1999 til 2005, har det med opphold som aktivitetsmål blitt noe større variasjon mellom helseregionene (variasjon fra 18 til 19 prosent), mens det motsatte er tilfelle når vi bruker DRG-poeng som aktivitetsmål (variasjon fra 16 til 15 prosent).

I denne perioden ser en at den relative aktivitetsveksten før den statlige overtakelsen (2002) var lik mellom regionene. Etter 2002 er det imidlertid ulik aktivitetsutvikling. Fra 2002 har den relative veksten vært størst blant befolkningen i helseregion Sør og Vest, men den har vært lavest i helseregion Øst og Nord.

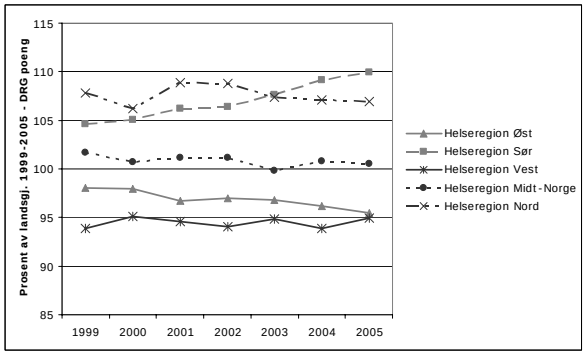
Ulik aktivitetsvekst mellom regionene medfører at helseregion Øst og Vest har samme nivå på aktiviteten i 2005, dvs 4 prosent under landsgjennomsnittet. Den sterke veksten i helseregion Sør har medført at denne regionen har høyest aktivitetsnivå blant regionene fra 2003 og frem til 2005.

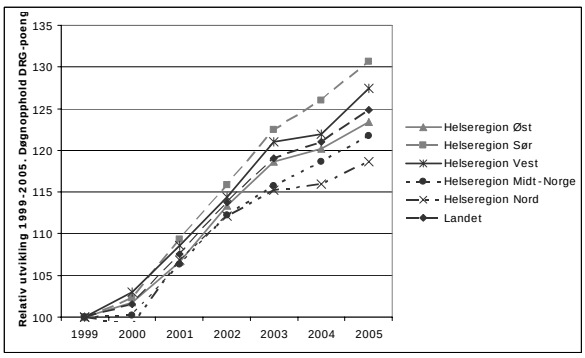
2.4.2 Aktivitet – type opphold og behandling

2.4.2.1 Døgnopphold

I figurene nedenfor fremgår utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og relativ utvikling for den enkelte region. Antall DRG-poeng er aktivitetsmål.

Figur 2.11 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Døgnopphold. DRG-poeng som aktivitetsmål.





Flest innleggelser i helseregion Nord, mest ressurskrevende pasienter i helseregion Sør

I SAMDATA-rapporter fremkommer det at befolkningen i helseregion Nord har flest innleggelser sammenlignet med de andre regionene i hele perioden 1999 til 2005. Regionen har i 2005 i alt 12 prosent flere innleggelser enn landsgjennomsnittet.

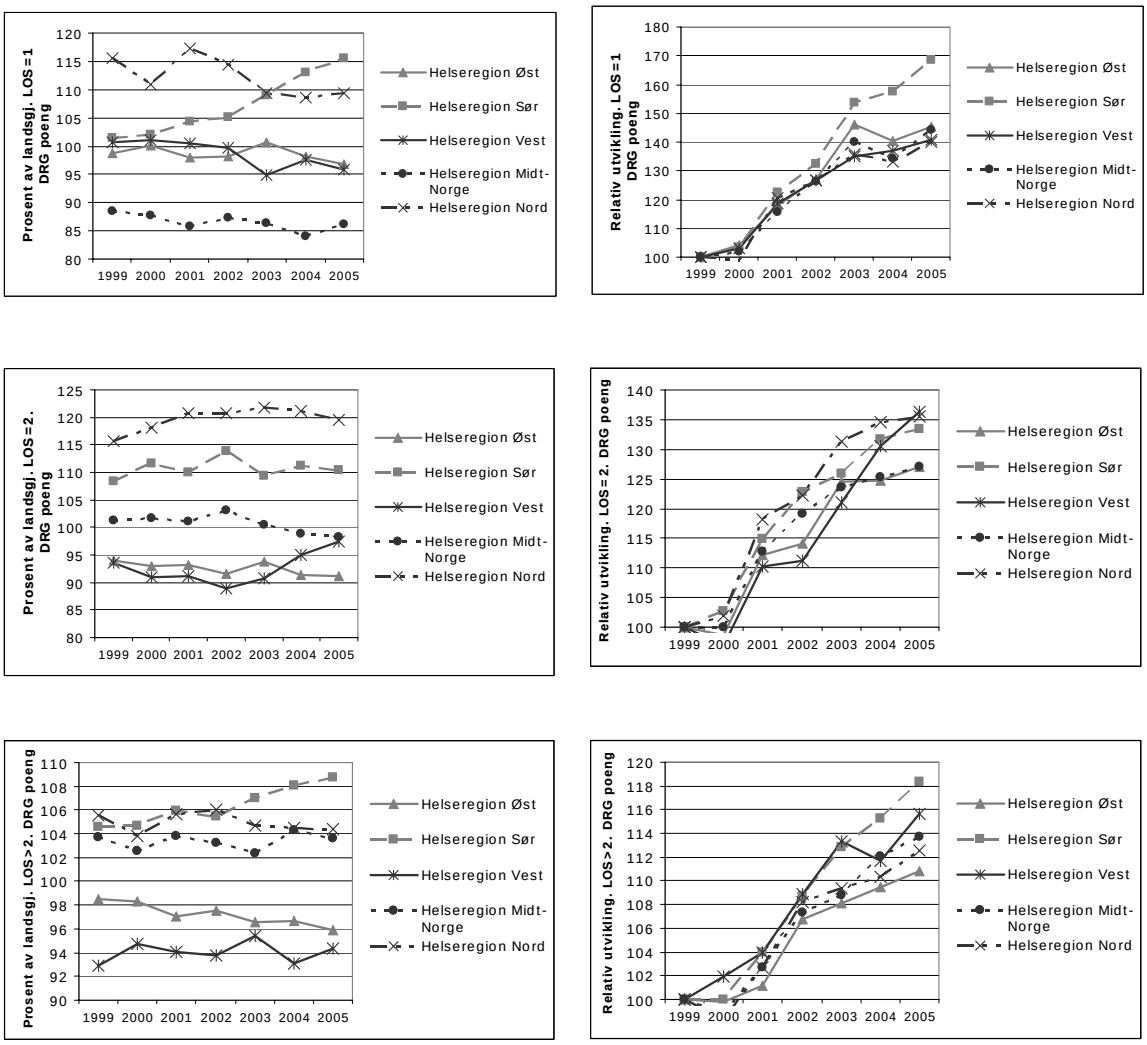
Ved å bruke DRG-poeng som aktivitetsmål ser en at befolkningen i helseregion Sør i 2004 og 2005 har et høyere nivå på innleggelser enn befolkningen i helseregion Nord. Dette er et uttrykk for at pasientsammensetningen i helseregion Sør i disse årene er mer ressurskrevende enn tilsvarende for helseregion Nord, og/eller at det er ulik kodingspraksis som ligger til grunn.

Tilsvarende effekt finner en også for befolkningen i helseregion Vest. Med antall innleggelser som aktivitetsmål er forbruket av sykehustjenester til befolkningen i helseregion Vest på landsgjennomsnittet, mens målt i DRG-poeng ligger regionen lavest og 5 prosent under landsgjennomsnittet. Petersen (2005) har analysert hvorfor DRG-indeksen er lavere i helseregion Vest sammenlignet med de andre regionene. I analysen legges det vekt på at regionen har en yngre befolkning enn de andre regionene, og at dette forklarer at de fremstår med lettere (mindre ressurskrevende) pasientsammensetning.

Befolkningen i helseregion Midt-Norge er på landsgjennomsnittet når det gjelder innleggelser i sykehus. Dette gjelder uavhengig av om en bruker antall innleggelser eller ressursbruk (DRG-poeng) som aktivitetsmål.

Nedenfor er døgnopphold fordelt etter liggetid for regionene, i prosent av landsgjennomsnittet og relativ utvikling 1999-2005.

Figur 2.12 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Døgnopphold fordelt etter liggetid. DRG-poeng som aktivitetsmål.



Relativt sett størst økning for pasienter med en overnatting i helseregion Sør

Figuren viser at med DRG-poeng som aktivitetsmål har befolkningen i helseregion Sør 15 prosent flere innleggelser med en overnatting, mens helseregion Midt-Norge ligger 14 prosent under landsgjennomsnittet her. Alle regioner har hatt en sterk relativ økning i antall pasienter med en overnatting frem til 2003, mens det de siste årene kun er helseregion Sør som fortsatt øker. Veksten i innleggelser med en overnatting er 70 prosent for befolkningen i helseregion Sør i perioden 1999 til 2005. For befolkningen i Midt-Norge har omfanget av pasienter med en overnatting vært 12-16 prosent under landsgjennomsnittet i hele perioden 1999-2005.

Stabile regionale variasjoner i aktivitet for pasienter som har flere liggedøgn

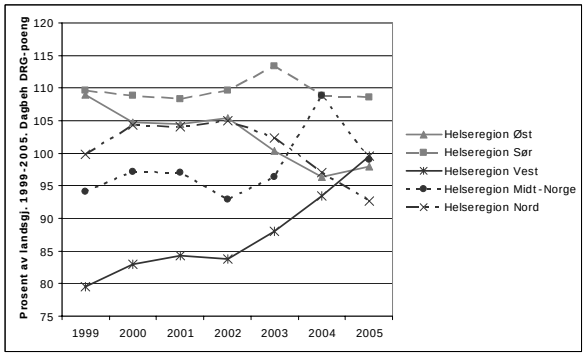
For pasienter som har mer enn to overnattinger er det stabilt hvilke regioner som har lav og høy aktivitet i perioden 1999 til 2005. Det er relativt sett flere innleggelser med mer enn to overnattinger blant befolkningen i helseregion Sør, Nord og Midt-Norge sammenlignet med landsgjennomsnittet, mens helseregion Øst og Vest ligger lavere.

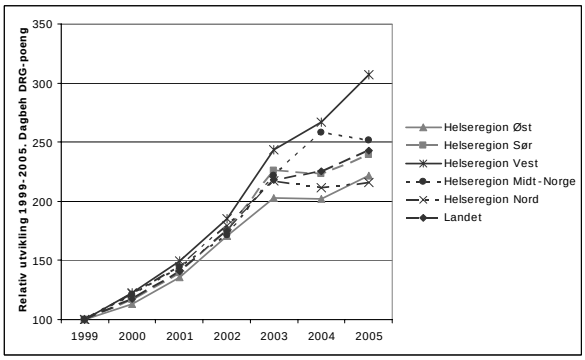
Veksten er som for pasienter med en overnatting, relativt sett størst for helseregion Sør, som øker med 18 prosent fra 1999 til 2005. Veksten er relativt sett lavest i helseregion Øst. Dette har ført til at omfanget av innleggelser i prosent av landsgjennomsnittet reduseres i denne perioden for helseregion Øst (dette gjelder også for dagbehandling og dermed den samlede aktiviteten).

2.4.2.2 Dagbehandling

I figurene nedenfor fremgår utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og relativ utvikling for den enkelte region for dagbehandling, med DRG-poeng som aktivitetsmål.

Figur 2.13 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Dagbehandling. DRG-poeng som aktivitetsmål.





Sterkest vekst i dagbehandling i helseregion Vest – nivået høyest i helseregion Sør

Omfanget av dagbehandling er høyest blant befolkningen i helseregion Sør i hele perioden 1999 til 2005, om lag 10 prosent over landsgjennomsnittet. Med opphold som aktivitetsmål har regionen et aktivitetsnivå som er over 20 prosent høyere enn landsgjennomsnittet (og de andre regionene). Det innenærer at de pasientgrupper hvor regionene har et høyere forbruk enn de andre regionene er mindre ressurskrevende pasienter.

Helseregion Vest har i hele perioden hatt et omfang av dagbehandlinger som har vært langt under landsgjennomsnittet. Sterkest vekst i antallet dagbehandlinger blant regionene har medført at nivået i 2005 er som landsgjennomsnittet.

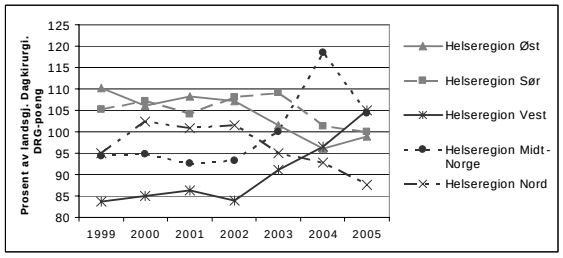
Nedenfor skal vi se hvor regionene skiller seg fra hverandre i forhold til ulike kategorier av dagbehandling. Først og fremst fokuseres det på omfanget og variasjon i dagkirurgi, rehabilitering og avkortede behandlinger. Variasjoner i kjemoterapi, dialyse og ikke avkortede behandlinger omtales mot slutten.

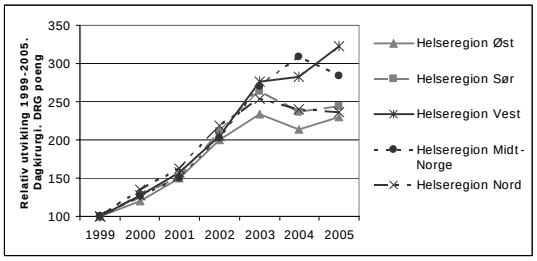
<u>Dagkirurgi</u>

Den volummessig største og mest ressurskrevende gruppen av de kategorier dagbehandling det opereres med ovenfor, er dagkirurgi. Dagkirurgi utgjør 35 prosent av totalt antall dagbehandlinger og 63 prosent av ressursbruken (DRG-poeng) for dagbehandling i 2005.

I figuren nedenfor presenteres befolkningen i den enkelte helseregion sin bruk av dagkirurgiske tjenester som relativ utvikling for den enkelte region og utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. Dagkirurgi er definert som pasienter som ikke overnatter på sykehus og som grupperes til en kirurgisk DRG.

Figur 2.14 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Dagkirurgi (LOS=0 og kirurgiske DRG). DRG-poeng som aktivitetsmål.





Sterkest vekst i dagkirurgi i helseregion Vest og Midt-Norge

Omfanget av dagkirurgi har fra 1999 vokst sterkt, spesielt frem til 2003. Dette gjelder for alle regioner. Fra 2003 har veksten avtatt og for flere av regionene er aktiviteten i 2004 og 2005 lavere enn i 2003.

Figuren viser at nivået på dagkirurgi frem til 2003 var lavest i helseregion Vest. I denne regionen er det imidlertid vekst de siste to årene, og nivået i 2005 er sammen med helseregion Midt-Norge høyest blant regionene. Den relative veksten fra 1999 til 2005 er sterkest i helseregion Vest sammenlignet med de andre regionene.

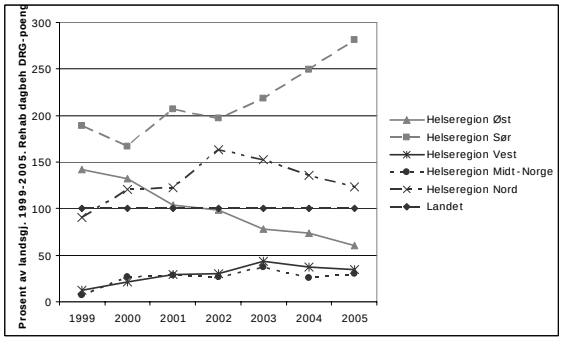
Lavest nivå på bruk av dagkirurgiske tjenester de siste to årene er i helseregion Nord. Nivået er 17 prosent under helseregion Vest i 2005. Helseregion Øst og Sør er i 2005 på landsgjennomsnittet.

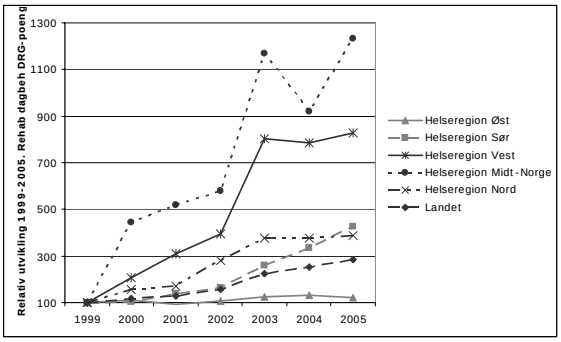
Variasjonen i omfanget av dagkirurgi mellom helseregionene er lavere i 2005 enn i 1999 (fra 26 til 17 prosent).

Rehabilitering

I figuren nedenfor presenteres bruk av rehabilitering som relativ utvikling for den enkelte region og utvikling i forhold til landsgjennomsnittet.

Figur 2.15 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Dagbehandling rehabilitering (DRG 462A-C). DRG-poeng som aktivitetsmål.





Store regionale variasjoner i rehabilitering – helseregion Sør høyest nivå

Det er store regionale variasjoner i omfanget av rehabiliteringstjenester som dagbehandling. Befolkningen i helseregion Sør har i hele perioden et omfang av rehabilitering som dagbe-

handling som er langt høyere enn i de andre regionene. I 2005 har befolkningen i regionen et forbruk som er 184 prosent over landsgjennomsnittet.

De store variasjonene skyldes ulik registreringspraksis, behandlingstilbud og organisering av tjenestene. I Jørgenvåg og Jensberg (2006) fremgår det at helseregion Sør gir et rehabiliteringstilbud til flere pasienter enn de andre regionene og at tjenesten er ulikt organisert sammenlignet med de andre regionene. Dette medfører at det i større grad er et skille mellom akutt- og rehabiliteringsopphold i Sør, hvilket medfører flere overføringer mellom sykehus/institusjoner.

Nevnte rapport viser også at det sannsynligvis er ulik registreringspraksis mellom sammenlignbare sykehus når det gjelder rehabilitering. I rapporten eksemplifiseres dette gjennom omfanget av rehabilitering på de gamle regionssykehusene. Imens andelen rehabilitering på St. Olavs Hospital, Haukeland sykehus og Ullevål sykehus er mellom 1 og 2 prosent av alle opphold, er tilsvarende for Universitetssykehuset i Nord-Norge over 13 prosent i 2005.

Den relative veksten i denne perioden er sterkest for befolkningen i helseregion Vest og Midt-Norge, men omfanget av rehabiliteringstjenester i disse helseregionene er likevel langt lavere enn i de andre regionene.

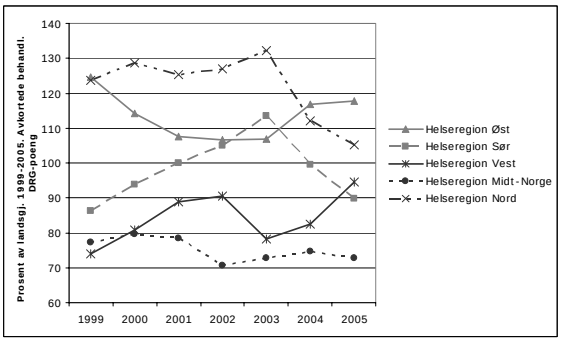
I kapittel 3 har vi valgt å fremstille det samlede aktivitetsnivået knyttet til bruk av rehabiliteringstjenester (uavhengig av om det er organisert som døgnopphold/ dagbehandling og primær/sekundær), hvor det i tillegg inngår tallgrunnlag fra landets opptreningsinstitusjoner.

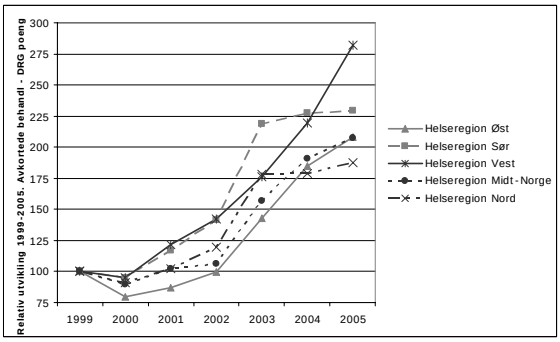
Avkortede opphold

Det er tidligere beskrevet at det har vært en økning på 50 000 avkortede behandlinger i perioden 1999 til 2005, nær en dobling. Målt i DRG-poeng utgjør denne gruppen 15 300 DRG-poeng i 2005.

Nedenfor presenteres omfanget av avkortede dagbehandlinger som relativ utvikling for den enkelte region og utvikling i forhold til landsgjennomsnittet.

Figur 2.16 Bruk av sykehustjenester per helseregion 1999-2005. A) Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet og B) Utvikling i forhold til eget nivå i egen region fra 1999. Avkortede dagbehandlinger (LOS=0 og ikke spesifikk DRG). DRG-poeng som aktivitetsmål.





Omfanget av antall avkortede behandlinger har økt sterkere enn antallet dagbehandlinger i perioden 1999 til 2005. Det har i hele perioden vært store regionale variasjoner i nivået på avkortede behandlinger. I 2005 har helseregion Øst 18 prosent flere og helseregion Midt-Norge 27 prosent færre avkortede dagbehandlinger sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Økningen i omfanget og regionale variasjoner i avkortede behandlinger bør analyseres nærmere, for å kunne avdekke eventuelle vridningseffekter mellom poliklinikk og innlemming i ISF som kan være økonomisk motivert.

Annen dagbehandling

Ikke avkortede behandlinger: I perioden 1999 til 2005 er det liten variasjon mellom helseregionenes nivå på dagbehandlinger som ikke avkortes.

Dialyse: Det har i perioden 1999 til 2005 vært en utjevning i omfanget av dialyse mellom helseregionene. I 2005 er det kun Helseregion Midt-Norge som skiller seg ut fra de øvrige helseregionene gjennom et høyere forbruk (22 prosent over landsgjennomsnittet). Målt i DRG-poeng er dette imidlertid et lavt volum.

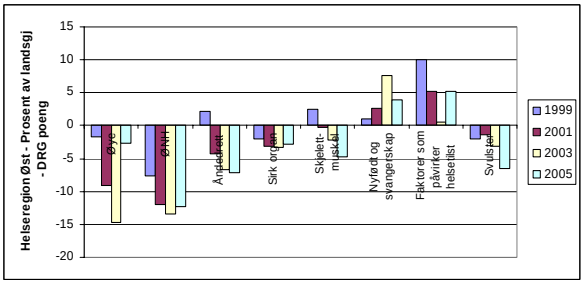
Kjemoterapi: Det har i perioden 1999 til 2005 vært en sterk utjevning i omfanget av kjemoterapi mellom helseregionene. I 2005 er Helseregion Midt-Norge 7 prosent over, mens befolkningen i helseregion Øst er 7 prosent under landsgjennomsnittet.

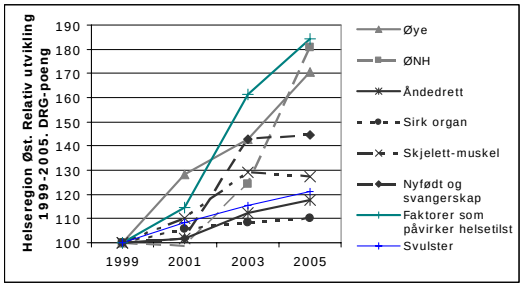
2.4.3 Aktivitetsutvikling – hvilke pasientgrupper får økt tilbud?

Det er ulikheter mellom helseregionene når det gjelder hvilke pasientgrupper aktivitetsendringen skjer innenfor. I analysene nedenfor fremgår aktiviteten målt som DRG-poeng fordelt etter hoveddiagnosegrupper i DRG-systemet, som prosentvis avvik i forhold til landsgjennomsnittet og relativ utvikling fra 1999 og 2005. Vi har nedenfor valgt ut de åtte hoveddiagnosegruppene med sterk volumvekst fra 1999 til 2005.

Helseregion Øst

Figur 2.17 Bruk av sykehustjenester i helseregion Øst i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål.





I helseregion Øst brukes det flere ressurser på kvinner i svangerskap og nyfødte, og pasienter som er i hoveddiagnosegruppen "Faktorer som påvirker helsetilstanden", hhv 4 og 5 prosent, sammenlignet med landsgjennomsnittet. Dette gjelder for hele perioden 1999 til 2005.

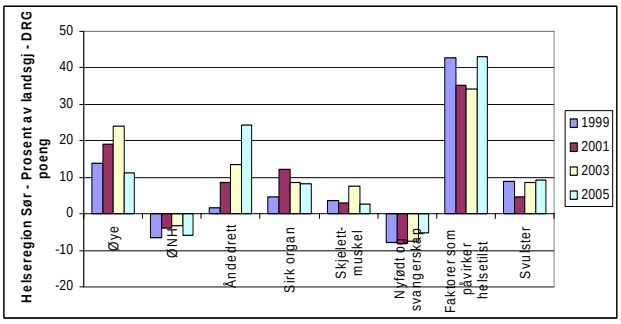
Et lavere forbruk av tjenester er først og fremst knyttet til pasienter med øyesykdommer og øre, nese og halssykdommer. For pasienter med øyesykdommer er imidlertid nivået på ressursbruken nærmere landsgjennomsnittet i 2005 enn de tidligere årene. I regionen er det et høyere antall private avtalespesialister enn i de andre regionene. Tall fra avtalespesialister inngår ikke ovenfor. I kapittel 3 analyseres variasjoner i bruk av sykehustjenester i 2005 hvor data fra avtalespesialistene inngår. Kapittel 3 viser at omfanget av bruk av sykehustjenester for pasienter med øyesykdommer og øre, nese og hals er høyere i denne regionen i 2005 enn det som fremgår ovenfor.

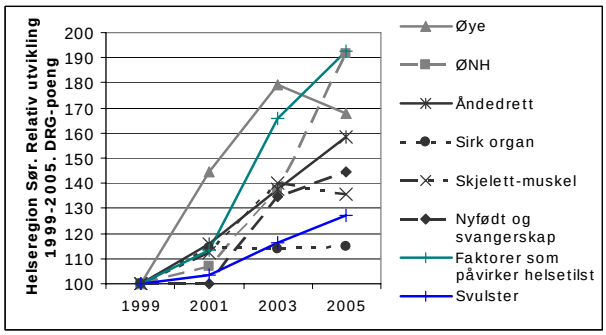
En ser også at regionen har en mindre andel ressurser knyttet til pasienter med kreftsykdommer (svulster) sammenlignet med landsgjennomsnittet. Avviket fra landsgjennomsnittet blir større i løpet av denne perioden for denne gruppen.

Den relative veksten i ressursbruk i perioden 1999 til 2005 har vært sterkest for pasienter innen kategorien "Faktorer som påvirker helsetilstanden", øre, nese og halssykdommer og øyesykdommer.

Helseregion Sør

Figur 2.18 Bruk av sykehustjenester i helseregion Sør i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål.





I helseregion Sør brukes det i 2005 først og fremst flere ressurser på pasienter som er i hoveddiagnosegruppen "Faktorer som påvirker helsetilstanden", øyesykdommer og sykdommer i åndedrettsorganene sammenlignet med landsgjennomsnittet. For pasienter i kategorien "Faktorer som påvirker helsetilstanden", er det 40 prosent høyere ressursbruk sammenlignet med landsgjennomsnittet.

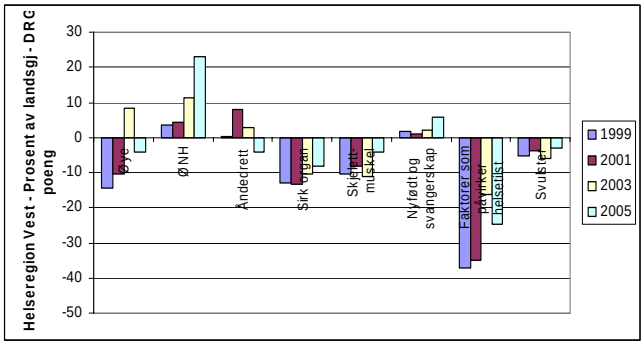
For pasienter med sykdommer i åndedrettsorganene (KOLS, lungebetennelser med mer) er bruken av tjenester i 2005 nærmere 25 prosent over landsgjennomsnittet.

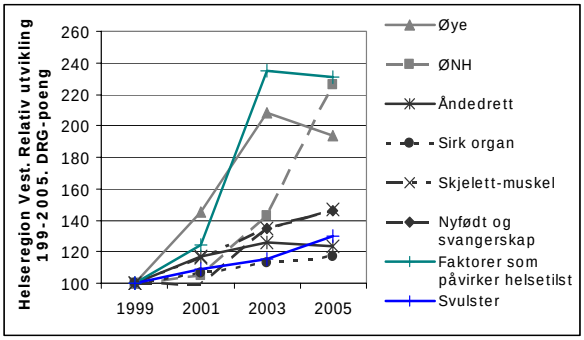
Figuren viser imidlertid at forbruket og ressursbruken er høyere for flere pasientgrupper, som sykdommer i sirkulasjonsorgan, sykdommer i muskel- skjelettsystemet og kreftpasienter.

Den relative veksten i ressursbruk i perioden 1999 til 2005 har vært sterkest for pasienter innen kategorien "Faktorer som påvirker helsetilstanden", øre, nese og halssykdommer og øyesykdommer.

Helseregion Vest

Figur 2.19 Bruk av sykehustjenester i helseregion Vest i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål.



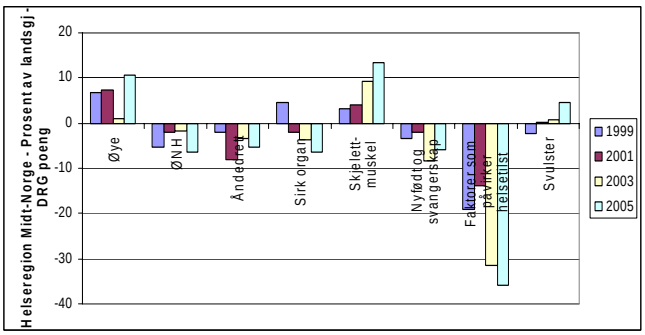


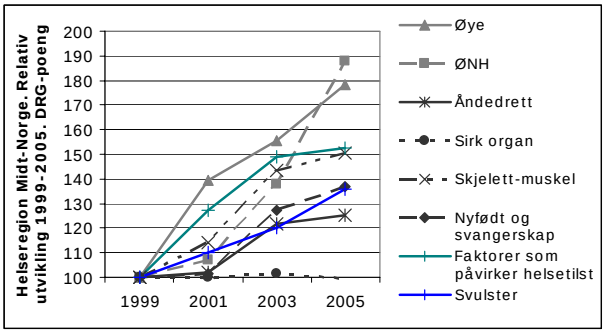
I helseregion Vest brukes det i 2005 flere ressurser på pasienter med øre, nese og halssykdommer sammenlignet med landsgjennomsnittet. Ressursbruken er 23 prosent over landsgjennomsnittet. Det er også for denne gruppen (og 'Faktorer som påvirker helsetilstanden') at den relative veksten har vært høyest i perioden 1999 til 2005.

Regionen skiller seg imidlertid fra de andre når det gjelder omfang av pasienter med sykdommer i sirkulasjonsorganene, muskel- skjelettsystemet og innen kategorien "Faktorer som påvirker helsetilstanden" (Tracheostomi og rehabilitering). Selv om det i løpet av denne perioden er en aktivitetsøkning i alle disse gruppene, er likevel nivået i 2005 lavere enn landsgjennomsnittet. For hoveddiagnosegruppen 'Faktorer som påvirker helsetilstanden' er ressursbruken i 2005 om lag 25 prosent under landsgjennomsnittet.

Helseregion Midt Norge

Figur 2.20 Bruk av sykehustjenester i helseregion Midt-Norge i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål.





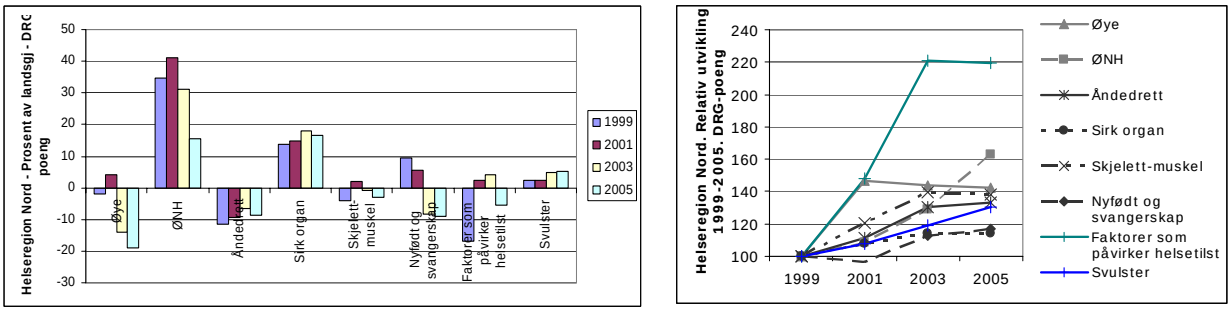
I helseregion Midt-Norge brukes det flere ressurser på pasienter med sykdommer i muskel-skjelettsystemet og øyesykdommer. Ressursbruken er i 2005 hhv 13 og 11 prosent over landsgjennomsnittet. Noe av forklaringen på dette er regionens høye nivå på omfanget av dagkirurgi.

Selv om det i perioden 1999 til 2005 er en økning i omfanget av rehabilitering, er ressursbruken knyttet til diagnosegruppen 'Faktorer som påvirker helsetilstanden' betydelig lavere enn i de andre regionene og 35 prosent under landsgjennomsnittet.

For pasienter med sykdommer i sirkulasjonsorganene er aktiviteten i 2005 på samme nivå som i 1999. Dette innebærer at hvis en sammenligner med utviklingen i de andre regionene, så er ressursbruken i 2005 om lag 5 prosent under landsgjennomsnittet.

Helseregion Nord

Figur 2.21 Bruk av sykehustjenester i helseregion Nord i 1999-2005 etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. A) Prosentvis utvikling i forhold til landsgjennomsnittet. B) Relativ utvikling i aktivitet. DRG-poeng som aktivitetsmål.



I helseregion Nord brukes det flere ressurser på pasienter med sykdommer i sirkulasjonsorganene og øre, nese og halssykdommer, hhv 17 og 15 prosent over landsgjennomsnittet i 2005. Veksten i øre, nese og halssykdommer er lavere i regionen de senere årene enn i de andre helseregionene.

Den relative veksten i ressursbruk i perioden 1999 til 2005 har vært klart sterkest for pasienter innen kategorien "Faktorer som påvirker helsetilstanden", hvor regionen nå er omtrent på landsgjennomsnittet.

2.4.4 Regionale variasjoner i bruk av tjenester, utvikling 1999-2005

Ovenfor har vi sett hvor den enkelte helseregion skiller seg fra de andre regionene når det gjelder ressursbruken på hoveddiagnosegruppenivå – og den relative utviklingen i perioden 1999 til 2005. Variasjonene mellom regionene i ressursbruk viser at det er relativt store forskjeller i ressursbruken mellom regionene når det gjelder enkelte pasientgrupper.

Tabellen nedenfor viser hvilke helseregioner som har lavest og høyest ressursbruk i 2005 for utvalgte hoveddiagnosegrupper.

Tabell 2.1 Oversikt over hvilke helseregioner som har lavest og høyest ressursbruk for utvalgte hoveddiagnosegrupper i 2005

Hoveddiagnosegruppe	Lavest/høyest ressursbruk	Under/over landsgj.
Øre, nese og halssykdommer	Helseregion Øst Helseregion Vest	-12 prosent +23 prosent
Øyesykdommer	Helseregion Nord Helseregion Sør	-19 prosent +11 prosent
Sykdommer i åndedrettsorgan	Helseregion Øst Helseregion Sør	- 7 prosent +24 prosent
Sykdommer i sirkulasjonsorgan	Helseregion Vest Helseregion Nord	- 8 prosent +17 prosent
Faktorer som påvirker helsetilst.	Helseregion Vest Helseregion Sør	- 25 prosent + 43 prosent

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi pekt på følgende utviklingstrekk:

- Sterkere vekst i aktivitet i perioden 1999 til 2005 enn måltall fra Stortinget og regjeringen tilsier.
- Sterkest vekst i antall dagbehandlinger og pasienter med kort liggetid – ressursbruken øker mest for dagkirurgi og pasienter med flere liggedager.
- Sterk volummessig økning i mindre ressurskrevende pasientgrupper – vridning av helseressurser mot pasientgruppene 'Faktorer som påvirker helsetilstanden' (tracheostomi og rehabilitering), ØNH, sykdommer i muskel-skjelettsystem og øyesykdommer.
- Relativt store forskjeller mellom regionene både når det gjelder forbruksnivå og utvikling (etter 2002), spesielt innenfor enkelte hoveddiagnosegrupper.

3 Avtalespesialister og opptreningsinstitusjoner – i hvilken grad forklarer de forbruksvariasjoner?

Ronny Jørgenvåg

3.1 Innledning

I kapittel 2 har vi sett at det er stabile geografiske variasjoner i bruken av sykehustjenester i perioden 1999-2005. I fremstillingen av nevnte forbruksvariasjoner har aktiviteten som utføres av landets private avtalespesialister og på opptreningsinstitusjoner ikke vært med i grunnlaget. Opptreningsinstitusjoner og avtalespesialister inngår som en del av spesialisthelsetjenesten, og er følgelig en del av de regionale helseforetakenes ansvar. Manglende datagrunnlag fra disse delene av spesialisthelsetjenesten har medført en svakhet i de fremstillinger av forbruk av tjenester som blant annet gjøres i SAMDATA-rapporter. Store regionale variasjoner i antallet avtalespesialister og opptreningsinstitusjoner medfører at disse brukes som forklaringsfaktorer på noe av den observerte variasjonen i aktivitet mellom regionene.

Hensikten med dette kapitlet er å analysere hvor store regionale variasjoner det er i forbruk av somatiske tjenester når en inkluderer pasientdata fra opptreningsinstitusjoner[5] og avtalespesialister. Virksomheten på opptreningsinstitusjoner vil bli sett i sammenheng med omfanget av rehabilitering på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner. Avtalespesialister utfører tjenester som kan sammenlignes med poliklinikkene på sykehus, både konsultasjoner/utredninger og dagkirurgiske inngrep. Det er ikke gjort noen nærmere vurderinger av pasientsammensetningen til avtalespesialistene sammenlignet med sykehusene. Tidligere analyser har vist at for enkelte spesialiteter er aktiviteten som utføres av avtalespesialister i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Jørgenvåg og Kjekshus, 2004), mens for andre er aktiviteten sammenlignbar (Jørgenvåg, Paulsen og Magnussen 2000)

I fremstillingene nedenfor vises omfanget av aktiviteten som utføres av avtalespesialister (punkt 1.2) og opptreningsinstitusjoner (punkt 1.3) sammenholdt med sykehusaktiviteten. I punkt 1.4 diskuteres det i hvilken grad forbruksvariasjoner innenfor rehabilitering og poliklinikk kan forkares med aktiviteten på opptreningsinstitusjonene og til avtalespesialistene. Fremstilingene gjøres på nasjonalt og regionalt nivå, og tar utgangspunkt i "sørge-for" ansvaret, dvs. bruken av tjenester, uavhengig om behandlingen finner sted innenfor eller utenfor egen region.

3.2 Poliklinikk og private avtalespesialister

Landets avtalespesialister har rapportert pasientdata til Norsk pasientregister siden 2002. Rapporteringen er ikke komplett, verken med tanke på antallet som leverer pasientdata og/eller innholdet/kvaliteten på leveringene. De private spesialistene registrerer sin

[5] Med opptreningsinstitusjoner menes de institusjoner som ble godkjent etter 'Forskrift for opptreningsinstitusjoner (Forskrift 2000-12-20-1555, Sosialdepartementet).

behandlingsaktivitet i pasientdatasystemer som er designet primært for avrapportering av regningsrapport til sine oppgjørskontor (RTV). Dette medfører at pasientsystemets database ikke er tilpasset rapportering av polikliniske konsultasjoner på en entydig måte. Likevel er det mulig å lage et estimat på omfanget av aktivitet ved hjelp av de data som er levert.

De pasientdata som er anvendt nedenfor er fra avtalespesialister som antas å ha levert komplette data for all pasientbehandling gjennom året. Det er laget et estimat på hvor stor andel av alle avtalespesialister disse utgjør. Måten dette er gjort på er å beregne hvor stor andel av årsverkene avtalespesialister som har rapportert data utgjør, for den enkelte region og per spesialitet. Siden det er variasjoner mellom hvor mange konsultasjoner som gjennomføres av avtalespesialister avhengig av størrelsen på avtalen og mellom spesialitetene, (Jørgenvåg og Kjekshus, 2004) er estimeringen gjort med utgangspunkt i både årsverk og spesialitet.

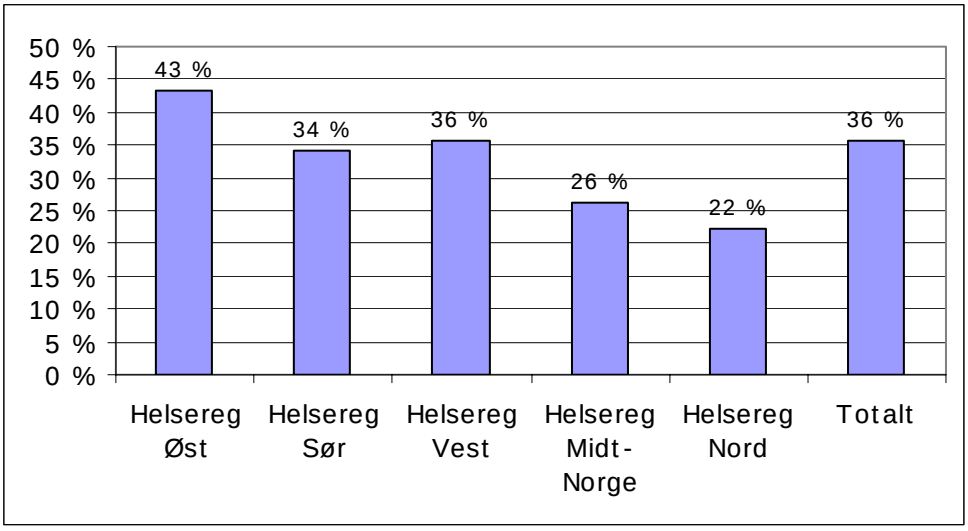
De pasientdata som er rapportert til Norsk pasientregister anses som komplett fra totalt 305 årsverk blant avtalespesialistene. Totalt utgjør virksomheten til somatiske leger om lag 547 årsverk (tall fra RHF-ene) hvilket tilsier at datagrunnlaget er komplett for 56 prosent av landets avtalespesialister.

I NPR sin kontroll av pasientdata er noen kontakttyper ekskludert. Hensikten med dette er å kunne rendyrke spesialistkonsultasjoner og unngå dobbelttellinger. Derfor er enkle kontakter (takst 1ad-1h), allm.legekonsult./-sykebesøk (takst 2ad-2hd, 11ad-11id) og lege-erklæringstakster (L120) holdt utenfor. Dette medfører at aktiviteten til avtalespesialistene kan sammenstilles med aktiviteten på sykehusenes poliklinikker. Likevel kan det innenfor enkelte spesialiteter være forskjeller i pasientsammensetningen hos avtalespesialistene og på poliklinikkene.

Det er med utgangspunkt i innrapporterte pasientdata og estimering (beskrevet over) lagt til grunn at somatiske avtalespesialister utførte om lag 2 038 000 konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep i 2005 (inklusive dagkirurgiske operasjoner som finansieres gjennom ISF).

I figuren nedenfor fremstilles det hvor stor andel av den samlede polikliniske aktiviteten (inklusive dagkirurgi) som avtalespesialister utførte i 2005, fordelt per helseregion.

Figur 3.1 Andel av alle polikliniske konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep som ble utført av avtalespesialister i 2005 fordelt per helseregion.



Avtalespesialister utførte 36 prosent av alle polikliniske konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep

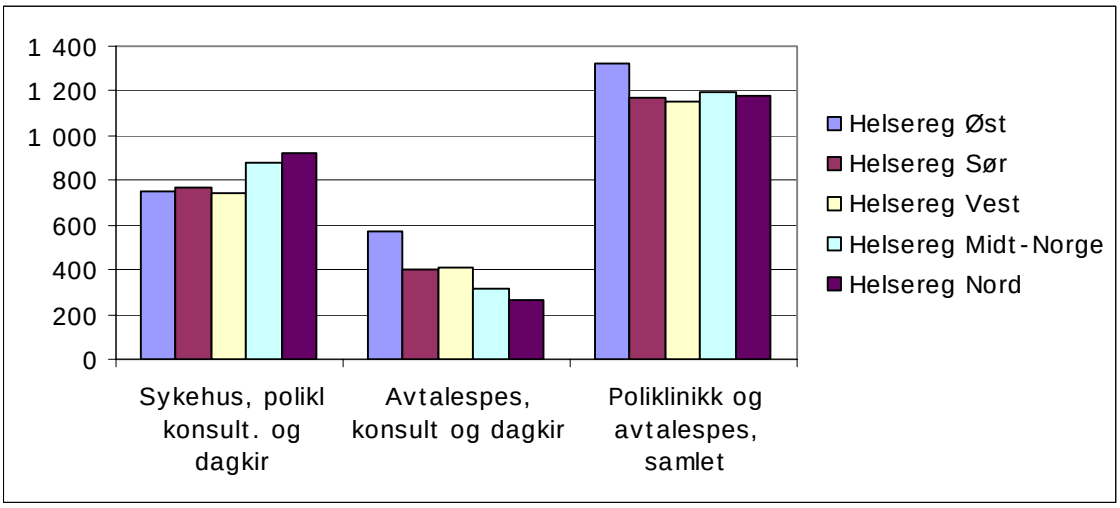
Figuren viser at avtalespesialister utførte om lag 36 prosent av det samlede antall polikliniske konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep i 2005.

Det er imidlertid regionale variasjoner i forhold til hvor stor andel av den polikliniske aktiviteten som utføres av avtalespesialister. For befolkningen i helseregion Øst er det 43 prosent av den polikliniske aktiviteten som gjøres av avtalespesialister. Dette er i samsvar med tidligere undersøkelser gjort med utgangspunkt i legeregningsdata fra RTV (Jørgenvåg og Kjekshus, 2004). Tilsvarende er det i helseregion Nord at avtalespesialister utgjør den laveste andelen av den samlede polikliniske aktivitet, her 22 prosent. Nivået i helseregion Nord samsvarer med tidligere undersøkelser (Helse Nord, 2005 og 2006)

Hvordan er aktiviteten til avtalespesialistene geografisk fordelt?

I figuren nedenfor sammenstilles befolkningen i den enkelte helseregionenes bruk av sykehusenes poliklinikker (inklusive dagkirurgi), med antall konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep utført av avtalespesialister i 2005. Videre framgår også den samlede bruken av polikliniske tjenester (og dagkirurgi) på sykehus og av avtalespesialister per helseregion.

Figur 3.2 Bruk av sykehusenes poliklinikker (inklusive dagkirurgi) og avtalespesialister i 2005 etter helseregion. Forbruksrate per 1 000 innbyggere.



Forbruket av polikliniske tjenester er høyest i helseregion Øst

Figuren viser at hvis en analyserer bruken av polikliniske tjenester på sykehus har befolkningen i helseregion Nord om lag 20 prosent høyere forbruk enn befolkningen i Helseregion Øst og Vest i 2005. Befolkningen i helseregion Midt-Norge har også betydelig høyere forbruk av poliklinikk enn helseregionene lenger sør og vest i landet. Det er med andre ord store regionale variasjoner i bruken av poliklinikk på sykehus.

Videre ser en at bruken av avtalespesialister er geografisk skjevfordelt motsatt vei, dvs at befolkningen i helseregion Øst har 118 prosent flere konsultasjoner enn befolkningen i helseregion Nord.

Hvis en slår sammen aktiviteten som utføres på sykehusenes poliklinikker og avtalespesialister er det befolkningen i helseregion Øst som har flest polikliniske konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep, sammenlignet med de andre helseregionene i 2005. Lavest forbruk er det befolkningen i helseregion Vest og Nord som har i 2005. Variasjonen i forbruk mellom helseregionene er langt lavere når en ser sykehusenes

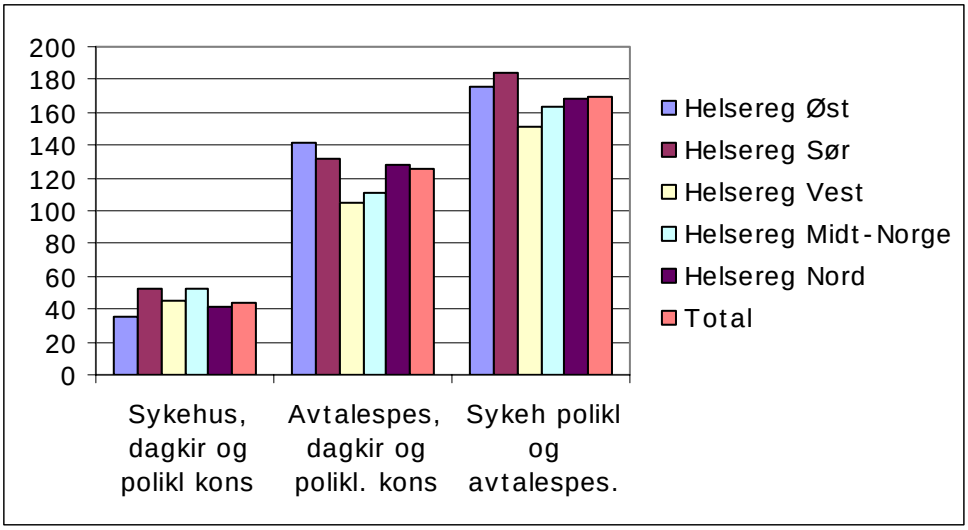
poliklinikker og avtalespesialister i sammenheng, enn når aktiviteten til poliklinikkene eller avtalespesialistene analyseres isolert.

Figuren illustrerer betydningen av å legge både aktiviteten som utføres ved poliklinikkene og til avtalespesialistene til grunn i analyser av forbruksvariasjoner, kapasitetshensyn og i styringssammenheng.

Øyesykdommer

De to største pasientgrupper som konsulteres av avtalespesialister er pasienter med øyesykdommer og øre, nese og halssykdommer. I figuren nedenfor presenteres bruken av poliklinikk og avtalespesialister for pasienter med øyesykdommer per helseregion.

Figur 3.3 Bruk av sykehusenes poliklinikker og avtalespesialister i 2005 etter helseregion. Pasienter med øyesykdommer[1]. Forbruksrate per 1 000 innbyggere.



[1] Pasienter med øyesykdommer er definert utifra hoveddiagnose i ICD-10 på poliklinikkene. For dagkirurgiske inngrep er LOS=0, kirurgisk DRG og HDG=2 brukt som uttrekkskriterium.

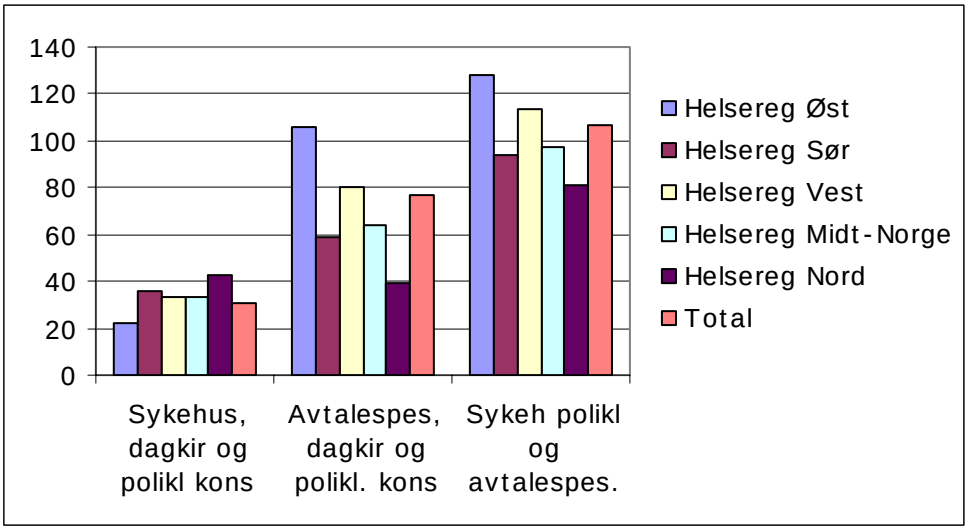
Figuren viser at det en større andel av befolkningen med øyesykdommer som konsulteres av avtalespesialister enn ved sykehusenes poliklinikker, uavhengig av region. I alt er det 74 prosent av alle øyekonsultasjoner og dagkirurgiske inngrep som gjennomføres av avtalespesialister i 2005.

Ser en på aktiviteten på sykehusenes poliklinikker og til avtalespesialister samlet er det befolkningen i helseregion Øst og Sør som har flest konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep for pasienter med øyesykdommer sammenlignet med de andre regionene. I helseregion Øst og Sør er bruken av avtalespesialister høyere enn i de andre regionene, og medfører at det samlede forbruket er høyere. Forskjellen mellom helseregion Sør og Vest er på 22 prosent.

Øre, nese og halssykdommer

I figuren nedenfor presenteres bruken av poliklinikk og avtalespesialister for pasienter med øre, nese og halssykdommer per helseregion.

Figur 3.4 Bruk av sykehusenes poliklinikker og avtalespesialister i 2005 etter helseregion. Pasienter med øre, nese og halssykdommer[2]. Forbruksrate per 1 000 innbyggere.



[2] Pasienter med øre, nese og halssykdommer er definert utifra hoveddiagnose i ICD-10 for poliklinikk. Når det gjelder dagkirurgiske inngrep på poliklinikkene er LOS=0, kirurgisk DRG og HDG=3 uttrekkskriterium.

Befolkningen i helseregion Øst med øre, nese og halssykdommer bruker relativt sett sykehusenes poliklinikker i minst grad sammenlignet med de andre regionene i 2005. I Øst er imidlertid bruken av avtalespesialister betydelig høyere enn i de andre regionene, 30 prosent høyere enn helseregion Vest som ligger nest høyest.

Samlet er derfor bruken av polikliniske tjenester innen øre, nese og hals om lag 13 prosent høyere i helseregion Øst enn helseregion Vest som har nest høyest forbruk. Lavest bruk av poliklinikk og avtalespesialister innen øre, nese og hals er det befolkningen i helseregion Nord som sto for i 2005. Sammenholder en bruken av tjenester med antallet pasienter som står og venter på behandling, vil en også se at det er flest ventende pasienter innen øre, nese og hals i helseregion Nord (se kapittel 9).

3.3 Rehabilitering – og aktivitet ved opptreningsinstitusjoner

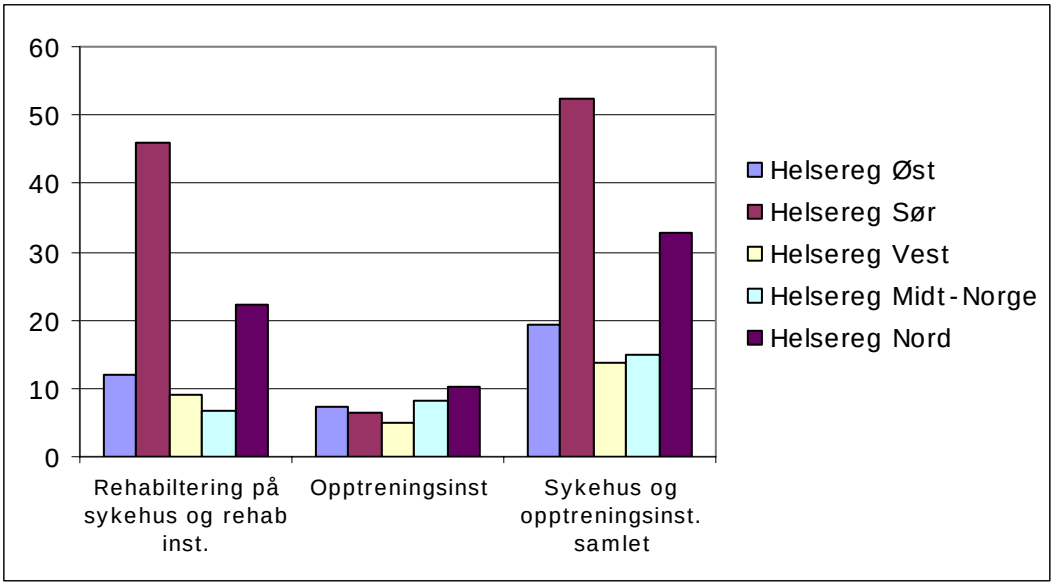
Det er store regionale variasjoner i bruken av rehabiliteringstjenester, slik de kan analyseres med utgangspunkt i pasientdata fra Norsk pasientregister. Variasjonene kan være ett utrykk for at det er forskjeller i hvilket tilbud regionene tilbyr, registreringstekniske forhold og behandlingspraksis. Med registreringstekniske forhold menes at det er ulik bruk av rehabiliteringsdiagnoser. Som eksempel er det stor forskjell mellom andelen opphold registrert med rehabilitering som hoveddiagnose av alle opphold på de gamle regionsykehusene. På Universitetssykehuset i Nord-Norge er det om lag 13 prosent av alle opphold som er et rehabiliteringsopphold, mens tilsvarende på de andre regionssykehusene er mellom 1 og 2 prosent i 2005. Med behandlingspraksis menes her at det er variasjoner i forhold til omfang av innleggelser og dagbehandlinger (serier). Dette har betydning for hvordan man teller omfanget av aktiviteten, da en innleggelse med 10 overnattinger vil telles som 1 opphold, og tilsvarende vil 10 dagbehandlinger telles som 10 opphold. Opphold er derfor et følsomt aktivitetsmål for ulikheter i behandlings- og registreringspraksis.

Norsk pasientregister har i 2005 fått innsamlet pasientdata fra landets opptrenings-institusjoner, helsesportsentra og attføringsinstitusjoner (Johansen og Krokan, 2006) hvilket gjør det mulig å analysere omfanget av denne aktiviteten i sammenheng med

rehabiliteringsaktivitet på sykehusene. Nedenfor vil dette gjøres med bruk av opphold og liggetid som aktivitetsmål.

I fremstillingen av antall rehabiliteringsopphold på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner er det lagt til grunn både primær og sekundær rehabilitering. Med sekundær rehabilitering menes rehabilitering i forlengelsen av et akuttopphold (primæropphold) på sykehus, men i løpet av samme innleggelsen.

Figur 3.5 Omfang av primær og sekundær rehabilitering på sykehus og rehab inst.[3)] og aktiviteten på opptreningsinstitusjoner i 2005 per helseregion. Antall opphold (døgnopphold og dagbehandling) per 1 000 innbyggere.



[3)] Rehabilitering på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner er definert gjennom DRG-systemet (DRG 462A-C) og sekundær rehabilitering for utvalgte DRG er (se prisliste ISF).

Bruken av opptreningsinstitusjoner utjevner ikke variasjoner i omfanget av rehabilitering mellom regionene

Befolkningen i helseregion Sør bruker langt flere rehabiliteringstjenester enn befolkningen i de andre regionene i 2005, når en legger antall opphold og behandlinger til grunn. Antallet rehabiliteringsopphold er dobbelt så høyt som helseregion Nord som har nest høyest forbruk. Bruker en DRG-poeng som aktivitetsmål er variasjonene mellom regionene mindre, men helseregion Sør har fremdeles et høyere forbruk av rehabiliteringstjenester enn de andre regionene. Dette indikerer at en større andel av rehabiliteringsvirksomheten i helseregion Sør er organisert som dagbehandling enn i de andre regionene. I Jørgenvåg og Jensberg (2006) fremgår det at befolkningen i helseregion Sør har et større tilbud av rehabiliteringstjenester, og at tjenesten er ulikt organisert i forhold til de andre helseregionene (mer oppsplitting av akuttopphold og rehabilitering).

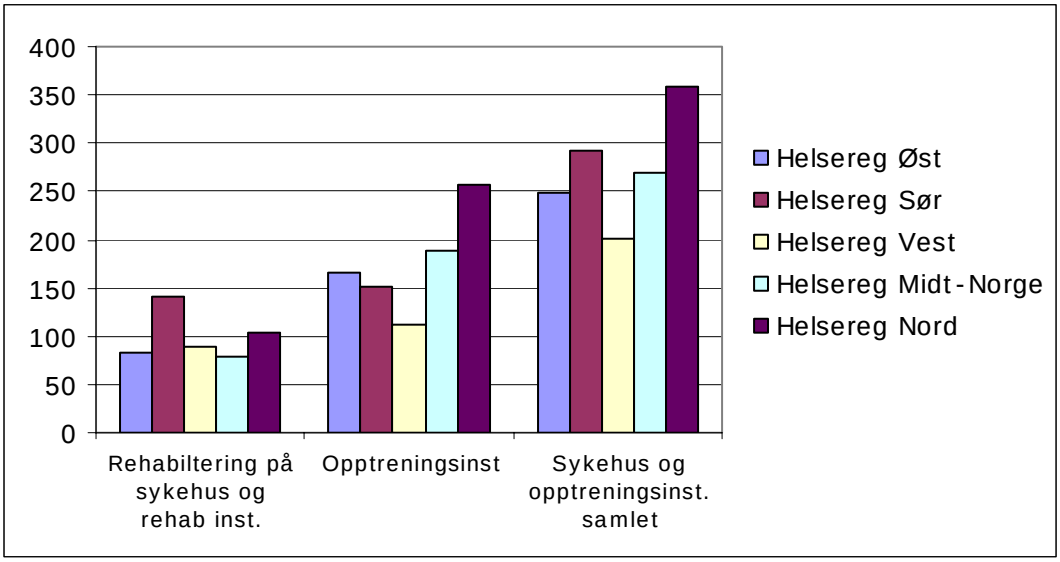
Antall opphold på opptreningsinstitusjoner er relativt jevnt fordelt mellom helseregion Øst, Sør og Midt-Norge. Befolkningen i helseregion Nord har relativt sett flere opphold på opptreningsinstitusjoner enn de andre regionene, mens helseregion Vest er lavest i 2005. Forskjellen mellom helseregion Nord og Vest tilsier at det relativt sett er dobbelt så mange opphold på opptreningsinstitusjoner blant befolkningen i helseregion Nord.

Ser en på omfanget av rehabiliteringsaktivitet på sykehus og på opptreningsinstitusjoner samlet, er det fremdeles slik at befolkningen i helseregion Sør og Nord fremstår med et betydelig høyere omfang av rehabiliteringstjenester enn de andre helseregionene. Bruker en

opphold som aktivitetsmål, så vil ikke forskjellene i forbruk av rehabiliteringstjenester mellom helseregionene jevne seg ut.

Nedenfor er bruken av rehabiliteringstjenester per helseregion gjort med utgangspunkt i antall liggedøgn. Pasienter som inn- og utskrives samme dag er satt til en liggedag.

Figur 3.6 Omfang av primær og sekundær rehabilitering på sykehus og rehab inst.[4)] og aktiviteten på opptreningsinstitusjoner i 2005 per helseregion. Antall liggedager per 1 000 innbyggere.



[4)] Rehabilitering på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner er definert gjennom DRG-systemet (DRG 462A-C) og sekundær rehabilitering for utvalgte DRG er (se prisliste ISF).

Bruker en liggedager som aktivitetsmål på omfang av rehabiliteringsaktiviteten er det mindre variasjon mellom helseregionene enn ved bruk av opphold på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner. Fremdeles er det imidlertid befolkningen i helseregion Sør som har høyest forbruk i 2005.

Antallet liggedager på opptreningsinstitusjoner er betydelig høyere enn liggedager for rehabilitering på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner, hvilket gjelder for alle helseregioner. Relativt sett er det befolkningen i helseregion Nord som hadde flest opphold og liggedøgn på opptreningsinstitusjoner i 2005.

Ser en på rehabiliteringsaktiviteten på sykehus og på opptreningsinstitusjoner i sammenheng er det relativt sett flest liggedager i helseregion Nord og færrest i helseregion Vest. Sammenligner en omfanget av rehabiliteringstjenester med ulike aktivitetsmål, ser en at de gir ulike resultater i forhold til hvilken helseregion som har høyest forbruk.

Det er store forskjeller i liggetid mellom sykehus/rehabiliteringsinstitusjoner og opptreningssenter. Det er imidlertid grunn til å reise spørsmål ved om hvor sammenlignbar rehabiliteringsaktiviteten som utføres på sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, spesial-institusjoner, opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra og attføringsinstitusjoner er. I en rapport om utvikling av rehabiliteringstjenesten i Helse Øst (Helse Øst, 2006) beskrives det at de ulike aktørene innen rehabiliteringsfeltet har organisert tjenestene på ulike måter og at innholdet i tjenestene er ulikt. Sykehus/rehabiliteringsinstitusjoner på den ene siden og opptreningsinstitusjoner på den andre siden finansieres også ulikt, hvilket kan gi seg utslag i liggetid. Når en i tillegg vet at det er forskjeller med hensyn til hva som registreres som rehabilitering er det vanskelig å lage gode analyser av variasjoner i bruken av rehabiliteringstjenester. Variasjoner i hva som registreres som rehabilitering medfører at kvaliteten på pasientdata som grunnlag for analyser av forbruk, kapasitet osv reduseres.

3.4 Pasientdata fra avtalespesialister og opptreningsinstitusjoner – forklaring på regionale variasjoner i forbruk?

Avtalespesialister

1) Avtalespesialistene utgjør en betydelig del av den samlede polikliniske virksomheten

Vi har i dette kapitlet sett at avtalespesialister utgjør en betydelig del av den samlede polikliniske virksomheten innen spesialisthelsetjenesten. Pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister gir grunn til å anta at avtalespesialister står for 36 prosent av den totale polikliniske aktiviteten i 2005, men hvor det er store regionale variasjoner, fra 43 prosent i helseregion Øst til 22 prosent i helseregion Nord.

2) Planlegging og styring av spesialisthelsetjenesten må ta utgangspunkt i aktiviteten som utføres både på poliklinikkene og av avtalespesialistene.

Kapitlet illustrerer betydningen av å legge både aktiviteten som utføres ved poliklinikkene og av avtalespesialistene til grunn i både analyser av forbruksvariasjoner, kapasitetshensyn og styringssammenheng. Befolkningen i helseregion Øst har lavest forbruk av sykehusenes poliklinikker og høyest bruk av avtalespesialister. Totalt har også regionen høyere bruk av polikliniske tjenester enn de andre regioner. Aktiviteten på poliklinikkene og til avtalespesialister er substituerende mellom regionene.

Det er også gjort analyser av forbruket av polikliniske tjenester og til avtalespesialister innenfor helseregion Øst (Jørgenvåg og Kjekshus, 2004). Også her ser en tydelige eksempler på at aktiviteten er substituerende. I deler av regionen med få avtalespesialister har befolkningen høyere forbruk av sykehustjenester enn i andre deler av regionen og motsatt. Dette understreker også betydningen av et helhetlig perspektiv på virksomhetene i styringssammenheng.

3) Utvikle bedre systemer og rapporteringsrutiner

Det er viktig at en får på plass et rapporteringssystem fra landets avtalespesialister som gjør det mulig å få pasientdata med bedre kvalitet enn hva som er tilfelle i dag. De pasientadministrative systemene som anvendes av avtalespesialistene i dag må tilpasses slik at en kan anvende rapporteringsformat som brukes i øvrig spesialisthelsetjeneste. Dette vil gjøre det mulig å få mer informasjon om pasientbehandlingene enn hva som ligger i dagens rapportering. Da vil en i større grad kunne analysere omfanget av nyhen-visninger/kontrollpasienter, ventetider, pasientenes diagnoser og andre forhold. De regionale helseforetakene har i et eget arbeid som er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet gjort vurderinger av hvilken informasjon en har behov for fra avtalespesialister, og formålet er en harmonisering med styringsinformasjonen en har fra sykehusene.

For å kunne gjennomføre gode analyser av virksomheten som gjennomføres av avtalespesialister i sammenheng med aktiviteten på poliklinikkene, er det viktig at en sikrer at alle avtalespesialister rapporterer pasientdata til Norsk pasientregister. Her har de regionale helseforetakene ett ansvar sammen med den enkelte avtalespesialist.

Opptreningsinstitusjoner

1) Bruken av opptreningsinstitusjoner utjevner ikke variasjoner i omfanget av rehabilitering mellom regionene

Antall rehabiliteringsopphold på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner er skjevt fordelt mellom helseregionene. Befolkningen i helseregion Sør og Nord har et betydelig høyere

omfang av rehabiliteringsaktivitet. Bruken av opptreningsinstitusjoner bidrar ikke til å utjevne variasjonene. Ser en på omfanget av rehabiliteringsaktivitet på sykehus og på opptreningsinstitusjoner samlet, er det fremdeles slik at befolkningen i helseregion Sør og Nord fremstår med et betydelig høyere omfang av rehabiliteringstjenester enn de andre helseregionene. Hvis en bruker opphold som aktivitetsmål så vil ikke bruk av opptreningsinstitusjoner utjevne variasjoner i bruk av rehabilitering på sykehus mellom helseregionene.

Bruken av liggedager som aktivitetsmål gir andre resultater enn opphold. Rehabilitering på sykehus/rehabiliteringsinstitusjoner er imidlertid finansiert ulikt, hvilket gir grunn til å anta at kan gi seg utslag i forskjeller i liggetid. Det er derfor noe usikkert hvor godt mål liggetid er i forhold til å analysere variasjoner i aktivitet på rehabiliteringsfeltet.

Videre kan en stille spørsmål ved hvor sammenlignbar rehabiliteringsaktiviteten som utføres på sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, spesialinstitusjoner, opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra og attføringsinstitusjoner er, både med tanke på organisering og innhold i tjenestene.

2) Sikre mer ensartet kodeprakis

Det er viktig at det iverksettes arbeid som sikrer mer ensartet kodepraksis på rehabiliteringsfeltet. I dag er det for store variasjoner mellom helseforetak og regioner i hva som defineres og registreres som rehabilitering. Variasjoner i hva som registreres som rehabilitering medfører at kvaliteten på pasientdata som grunnlag for analyser av forbruk, kapasitet osv. reduseres. Noe av denne ulikheten mellom helseforetak i omfanget av hva som er registrert som rehabilitering kan være økonomisk motivert. Det pågår et utviklingsarbeid i forhold til å innføre et prosedyrekodeverk på rehabiliteringsfeltet, hvilket vil være av stor betydning for å analysere innholdet i tjenestene som ytes.

4 Rett til nødvendig helsehjelp

Beate M. Huseby

4.1 Innledning

Ved utgangen av 2004 var gjennomsnittlig ventetid for pasienter som var tildelt rett til nødvendig helsehjelp like lang som for pasienter uten slik rett når det gjaldt avviklede henvisninger for innleggelse. Når det gjaldt dagbehandling[6] var gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp *lengre* enn for pasienter som ikke var tildelt rett til nødvendig helsehjelp. I løpet av 2005 ble det gjeninnført en noe lengre ventetid for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp enn for pasienter med slik rett når det gjaldt innleggelser, og i første tertial 2006 hadde pasienter med rett til nødvendig helsehjelp en gjennomsnittlig ventetid på 20 dager mindre enn pasienter som ikke var tildelt slik rett. For avviklede dagbehandlinger hadde imidlertid pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp kortere ventetid enn pasienter som var tildelt rett til nødvendig helsehjelp i både 2005 og i første tertial 2006.

Disse tallene representerer nasjonale ventelistedata fra NPR, og skjuler store regionale forskjeller i både tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp og ventetid for pasienter med og uten slik i rett. I dette kapitlet har vi belyst noen av forskjellene mellom regionene og helseforetakene når det gjelder tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp og gjennomsnittlig ventetid for pasienter med og uten slik rett. Vi viser også til en klar sammenheng på helseforetaksnivå mellom gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og tildelinger av slik rett. Når andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp øker, øker også gjennomsnittlig ventetid for disse pasientene.

4.2 Bakgrunn

For å styrke pasientenes rettigheter, bidra til bedre prioritering av pasienter og standardisere disse prioriteringene, ble retten til nødvendig helsehjelp nedfelt i Lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter §2-1. Loven trådde i kraft 1. januar 2001 og gav også pasienter klagerett på vedtaket om rett til nødvendig helsehjelp (§7-2). Fra 1. september 2004 ble forskriften om rett til nødvendig helsehjelp forsøkt gitt økt praktisk betydning gjennom pålegg om at alle helseforetak skal underrette pasientene skriftlig om resultatet av vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp og ved å gi pasienter med slik rett en frist for når de senest skal kunne motta helsehjelp (FOR 2000-12-01-1208). Dersom en rettighetspasient ikke har fått tilbud om behandling innen den frist som er satt, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold ved et annet sykehus i Norge eller eventuelt i utlandet.

Loven om rett til nødvendig helsehjelp innebærer formelt sett en betydelig styrking av individets/pasientenes rettigheter i forhold til både legestanden og offentlige myndigheter/stat. Den gir både en klagerett på medisinske vurderinger[7] og pålegger

[6] Avviklede henvisninger til dagbehandling.

[7] I henhold til §7-2 i Lov om pasientrettigheter kan vedtaket om rett til nødvendig helsehjelp påklages til Helsetilsynet i fylkene.

offentlige myndigheter et betalingsansvar når de medisinske vurderingene tilsier at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Det er imidlertid klare indikasjoner på at den *praktiske betydningen* av loven og forskriften om rett til nødvendig helsehjelp varierer sterkt mellom helseregionene. Kalseth (2005) viste at antallet personer med rett til nødvendig helsehjelp varierer sterkt mellom ulike helseregioner, og at ventetid for behandling ikke nødvendigvis varierer vesentlig mellom pasienter med og uten slik rett. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved lovens nytteverdi når det gjelder standardisering av prioriteringer mellom pasienter.

For å belyse dette spørsmålet har vi i dette kapitlet analysert utviklingen i bruken av rett til nødvendig helsehjelp og ventetider for pasienter med og uten slik rett i perioden fra 2002 til første tertial 2006 for helseregionene, helseforetakene og utvalgte pasientgrupper. Analysene av helseregionene tar utgangspunkt i pasientenes bosted – uavhengig av hvor disse pasientene er behandlet, mens analysene av RHF-ene og helseforetakene tar utgangspunkt i produksjonen i regionen og ved sykehusene – uavhengig av hvor pasientene ved sykehusene bor. I likhet med andre kapitler i denne rapporten brukes benevnelsen ”helseregion” når vi tar utgangspunkt i pasientenes bosted og benevnelsen ” Helse X RHF” når vi tar utgangspunkt i produksjonssted. I analysene har vi benyttet ventelistedata fra NPR (også kalt Ventsys) (http://www.npr.no/ven.asp). Avslutningsvis retter vi et kritisk blikk mot datas kvalitet, og anbefaler at tolkninger av data gjøres med stor forsiktighet.

4.3 Utviklingen i tildeling av ”rett til nødvendig helsehjelp” på nasjonalt nivå

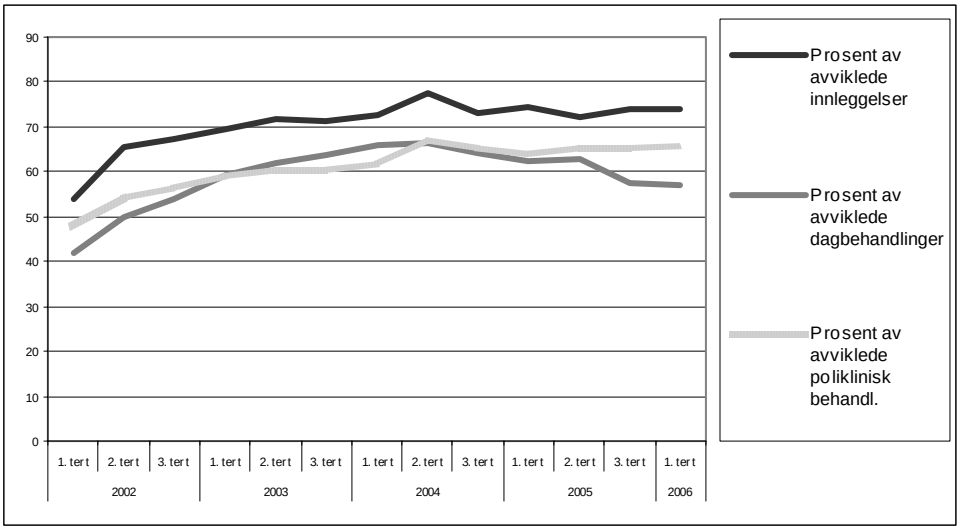
Ventelistedata representerer *henvisninger* i motsetning til opphold eller pasienter, og det skilles mellom (i) avviklede henvisninger (ii) nye henvisninger og (iii) antall ventende, samt mellom (a) innleggelser, (b) dagbehandlinger og (c) polikliniske konsultasjoner for pasienter som (1) er tildelt rett til nødvendig helsehjelp eller (2) ikke er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Alle tall gjelder pasienter på venteliste, og dermed planlagte behandlinger.

Utviklingen for avviklede henvisninger, nye henvisninger og antall ventende er i hovedsak ganske lik, og i dette kapitlet har vi i hovedsak presentert tall for *avviklede* henvisninger for å forenkle presentasjonen. For å illustrere at utviklingen er relativt lik for avviklede henvisninger og nye henvisninger, har vi imidlertid innledningsvis inkludert figurer fra begge datakilder.

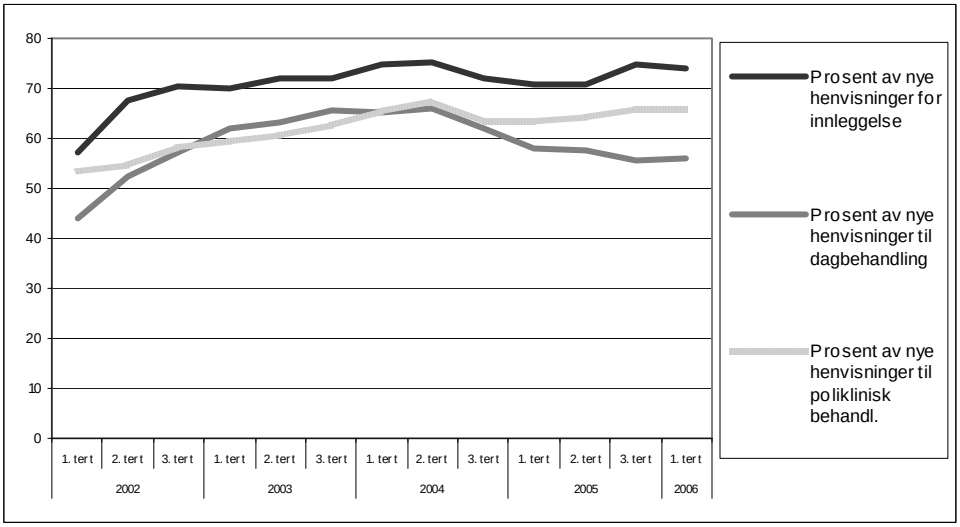
I figur 4.1 og 4.2 vises utviklingen i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp for henholdsvis avviklede henvisninger og nye henvisninger for årene 2002 til 2005. Andelen rettighetspasienter økte betydelig i løpet av 2002 for alle typer behandling, men varierer noe i utviklingsforløp etter den tid. Fra andre tertial 2003 har andelen rettighetspasienter vært relativt stabil når det gjelder innleggelser (mellom 71 og 77 prosent) og poliklinisk behandling (mellom 61 og 67 prosent), mens andelen rettighetspasienter som var gitt dagbehandling eller ble henvist til dagbehandling hadde et toppnivå i andre tertial 2004 og viste en synkende tendens i 2005. I andre tertial 2004 ble 66 prosent av de nye henvisningene til dagbehandling gitt rett til nødvendig helsehjelp, mens andelen var sunket til 55 prosent ved utgangen av 2005. Tendensen til nedgang i andel henvisninger med rett til nødvendig helsehjelp innen dagbehandling er noe tydeligere for nye henvisninger (figur 4.2) enn for avviklede henvisninger (figur 4.1), men begge figurer viser at nedgangen har flatet ut i første tertial 2006.

Figurene illustrerer også at andelen rettighetspasienter er generelt høyere for innlagte pasienter enn for pasienter som er gitt dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Figur 4.1 Andel avviklede henvisninger med rett til nødvendig helsehjelp etter omsorgsnivå 2002-2006. Ventelistedata fra NPR.



Figur 4.2 Andel av nye henvisninger med rett til nødvendig helsehjelp etter omsorgsnivå 2002-2006. Ventelistedata fra NPR.



4.4 Variasjoner i rettighetstildeling mellom helseregionene

I hele perioden fra 2002 til 2006 har det vært betydelige forskjeller mellom helseregionene i hvor høy andel av henvisningene som gis rett til nødvendig helsehjelp. Generelt sett er andelen rettighetspasienter betydelig høyere blant pasienter bosatt i helseregion Midt-Norge og helseregion Vest, enn i helseregion Sør og helseregion Øst. I første tertial 2006 var 91 prosent av de avviklede henvisningene for innleggelsene for pasienter bosatt i helseregion Midt-Norge tildelt rett til nødvendig helsehjelp, mens 64 prosent av de avviklede innleggelseshenvisningene for pasienter bosatt i helseregion Sør var tildelt slik rett.

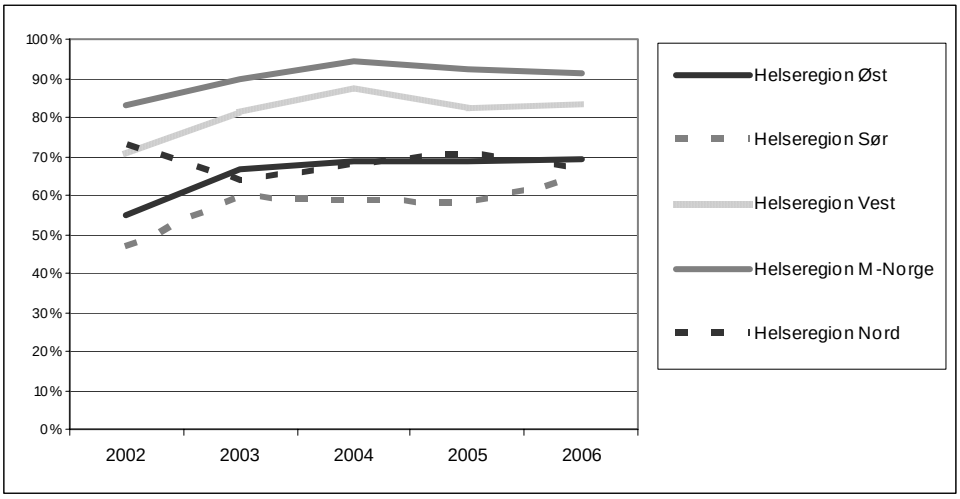
Forskjellene mellom helseregionene er enda større når det gjelder dagbehandling, hvor 94 prosent av avviklede henvisninger til dagbehandling for pasienter fra helseregion Midt-Norge hadde fått tildelt rett til nødvendig helsehjelp i første tertial 2006, mens bare 36 prosent av

avviklede henvisninger til dagbehandling for pasienter bosatt i helseregion Øst fikk tildelt denne retten.

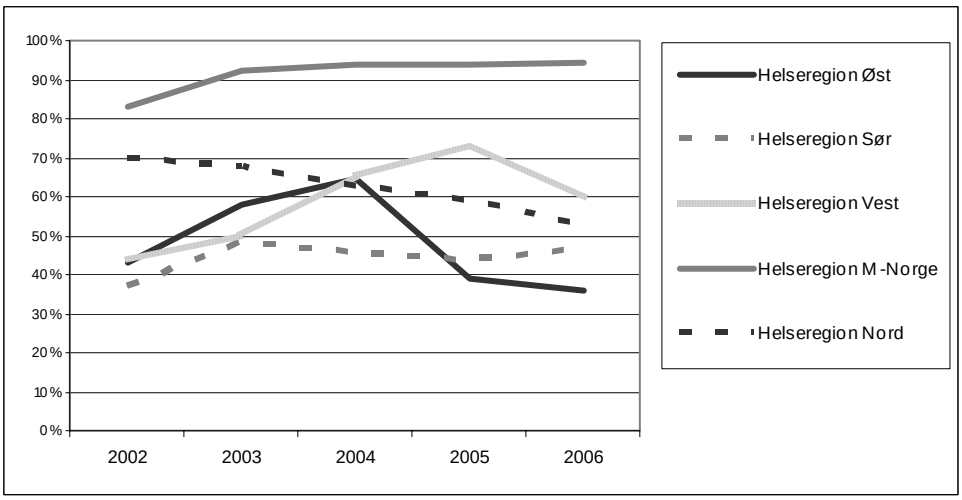
Det kan også være verdt å merke seg at andelen rettighetspasienter fra helseregion Nord ble redusert med omtrent 18 prosentpoeng fra 2002 til første tertial 2006 når det gjelder avviklede henvisninger til dagbehandling. For dagbehandling finner vi også en nedgang i andelen med rett til nødvendig helsehjelp fra 2004 til 2006 for pasienter bosatt i helseregion Øst.

Når det gjelder dagbehandling og polikliniske konsultasjoner, er forskjellene mellom helseregion Midt-Norge og de andre regionene enda større enn for innleggelser. Forskjellen mellom andel rettighetspasienter bosatt i helseregion Midt-Norge og i helseregion Vest er 27 prosentpoeng for innleggelser, 47 prosentpoeng for dagbehandling og 33 prosentpoeng for polikliniske konsultasjoner.

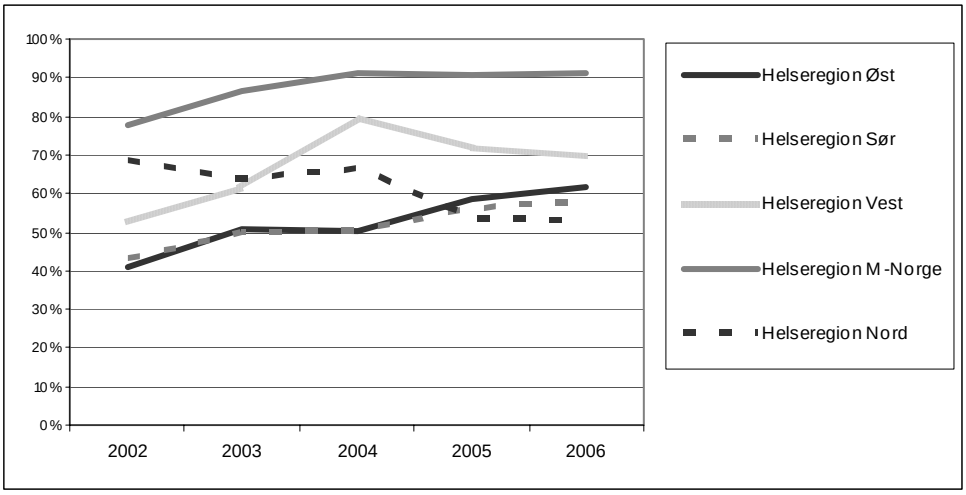
Figur 4.3 Andel med rett til nødvendig helsehjelp av avviklede henvisninger for innleggelse 2002-2006 etter pasientenes bostedsregion. Ventelistedata fra NPR. (Data for 2006 inkluderer kun 1. tertial).



Figur 4.4 Andel med rett til nødvendig helsehjelp av avviklede henvisninger for dagbehandling 2002-2006 etter pasientenes bostedsregion. Ventelistedata fra NPR. (Data for 2006 inkluderer kun 1. tertial).



Figur 4.5 Andel med rett til nødvendig helsehjelp av avviklede henvisninger for poliklinisk behandling 2002-2006 etter pasientenes bostedsregion. Ventelistedata fra NPR. (Data for 2006 inkluderer kun 1. tertial).



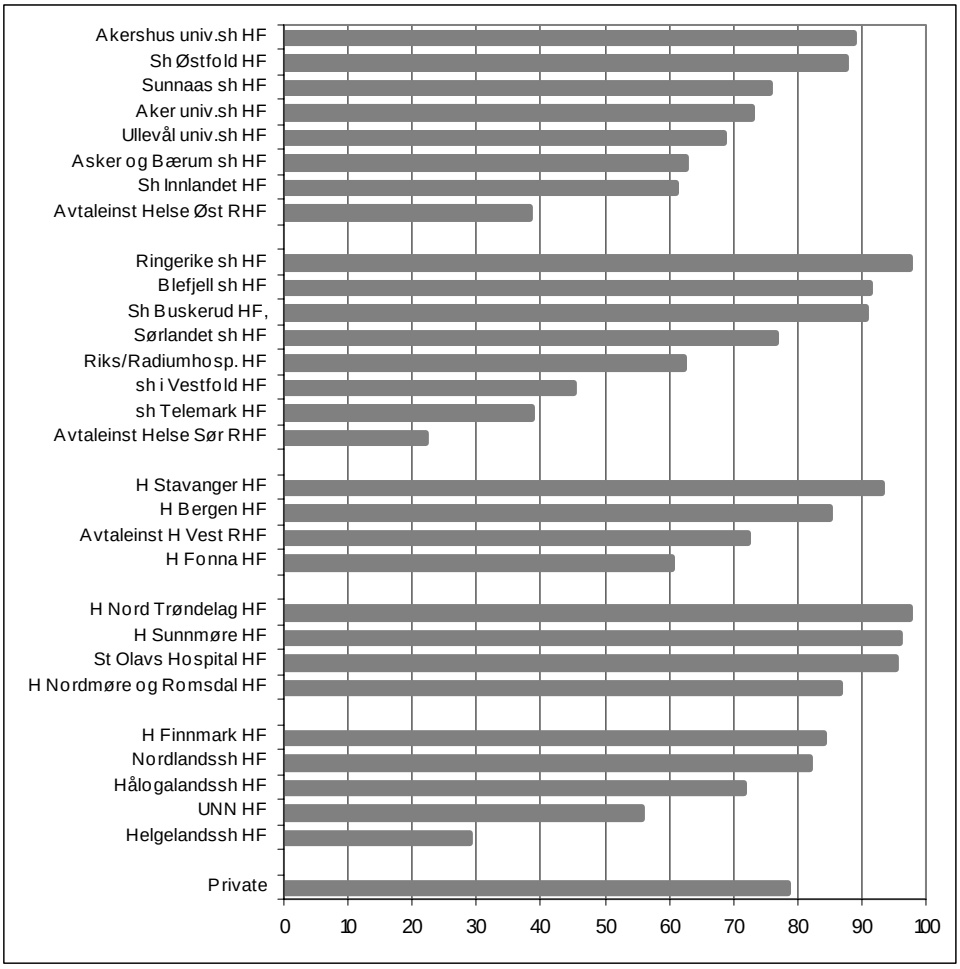
4.5 Tildeling av rett til helsehjelp etter helseforetak

De betydelige forskjellene mellom regionene i tildelinger av rett til helsehjelp gir grunn til å stille spørsmål ved om variasjonene skyldes store forskjeller mellom helseforetakenes praksis når det gjelder tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Figur 4.6 viser at det var betydelige forskjeller i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp mellom helseforetakene i Helse Sør RHF, samt visse forskjeller mellom helseforetakene i Helse Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF i første tertial 2006. I Helse Midt-Norge RHF var imidlertid praksis ved tildeling av rett til nødvendig helsehjelp svært lik mellom de fire helseforetakene.

I Helse Sør RHF varierte andelen tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp fra 22 prosent (avtaleinstitusjonene/Betanien hospital) til 98 prosent (Ringerike sykehus HF). Sykehuset Buskerud HF og Blefjell sykehus HF har et nesten like høyt nivå som Ringerike sykehus HF, mens mindre enn halvparten av avviklede henvisninger på Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF var tildelt rett til nødvendig helsehjelp i henhold til ventelistedata fra NPR. For Riks- og Radiumhospitalet HF finner vi store variasjoner internt i helseforetaket. 99 prosent av pasientene ved Spesialsykehuset for epilepsi og 89 prosent av avviklede henvisninger for innleggelse ved Radiumhospitalet hadde rett til nødvendig helsehjelp i første tertial 2006, mens rett til nødvendig helsehjelp var tildelt bare 58 prosent av de avviklede innleggelsene ved Rikshospitalet i samme periode.

Også i Helse Nord RHF finner vi store variasjoner mellom de ulike helseforetakene i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp for avviklede henvisninger av innlagte pasienter i 2006. Ved Helgelandssykehuset HF var bare 29 prosent av avviklede henvisninger for innleggelse tildelt rett til nødvendig helsehjelp, mens sammenlignbare tall for Helse Finnmark HF og Nordlandssykehuset HF var 84 og 82 prosent. En mer detaljert analyse viser at det i særlig grad er avviklede henvisninger ved Helgelandssykehusene Mosjøen og Sandnessjøen som har en lav andel avviklede opphold med rett til nødvendig helsehjelp. Data fra 2005 viser samme resultat.

Figur 4.6 Andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 1. tertial 2006 etter region og helseforetak. Avviklede henvisninger for innleggelse. Ventelistedata fra NPR.

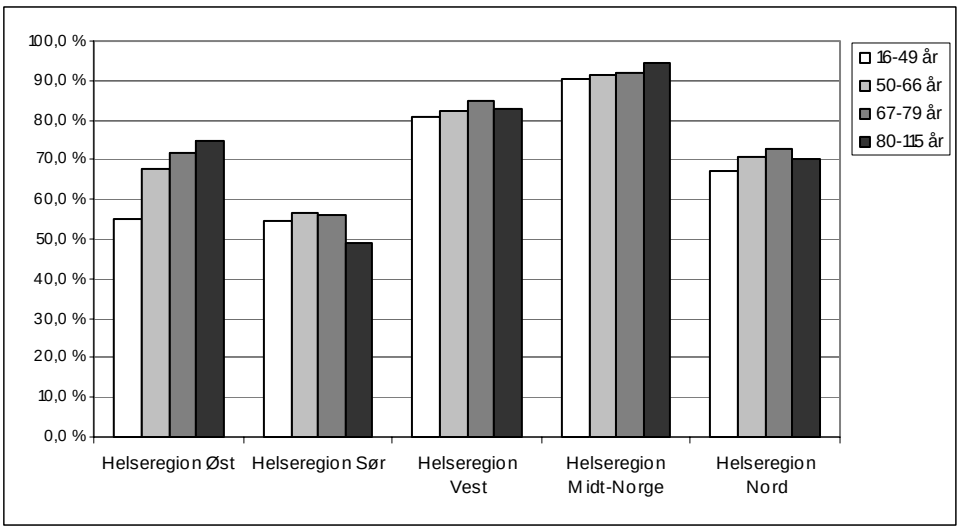


4.6 Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp etter alder og kjønn

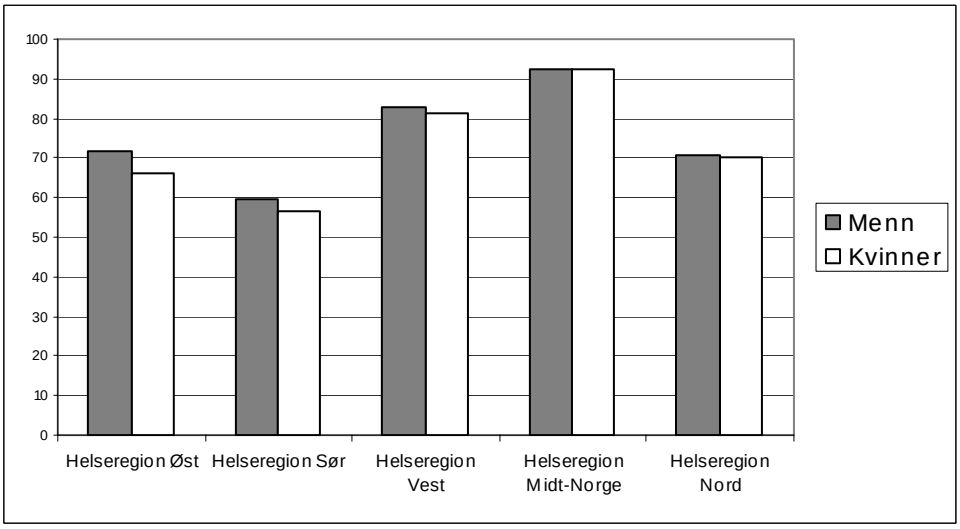
Ettersom tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp er ment å skulle bidra til bedre og tydeligere prioritering mellom pasienter, er det viktig å stille spørsmål ved om det dannes systematiske mønstre med hensyn til hvilke aldersgrupper som gis rett til nødvendig helsehjelp og analysere om det er forskjeller mellom kjønnene i slik tildeling. Figur 4.7 viser andel med rett til nødvendig helsehjelp av avviklede henvisninger for innlagte pasienter i 2005 for fire aldersgrupper. Figuren viser et systematisk mønster for pasienter bosatt i helseregion Øst og indikerer at eldre pasienter gis oftere rett til nødvendig helsehjelp enn yngre pasienter. Et tilsvarende mønster finnes i noen grad også for helseregion Midt-Norge. Data fra første tertial 2006 viser samme variasjon.

For pasienter som er bosatt i helseregion Øst og helseregion Sør, finner vi også tendenser til at en noe høyere andel av mennene enn kvinnene tildeles rett til nødvendig helsehjelp (se figur 4.8). Denne tendensen ble forsterket i første tertial 2006, hvor 70 prosent av mennene og 60 prosent av kvinnene som var henvist til innleggelse ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp i Helse Sør RHF. Vi har også analysert dette nærmere for de enkelte aldersgruppene, og finner at tendensen gjelder for pasienter over 50 år i Helse Øst RHF, og for pasienter over 80 år i Helse Sør RHF.

Figur 4.7 Andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 2005 etter pasientenes bostedsregion og alder. Avviklede henvisninger for innleggelse. Ventelistedata fra NPR.



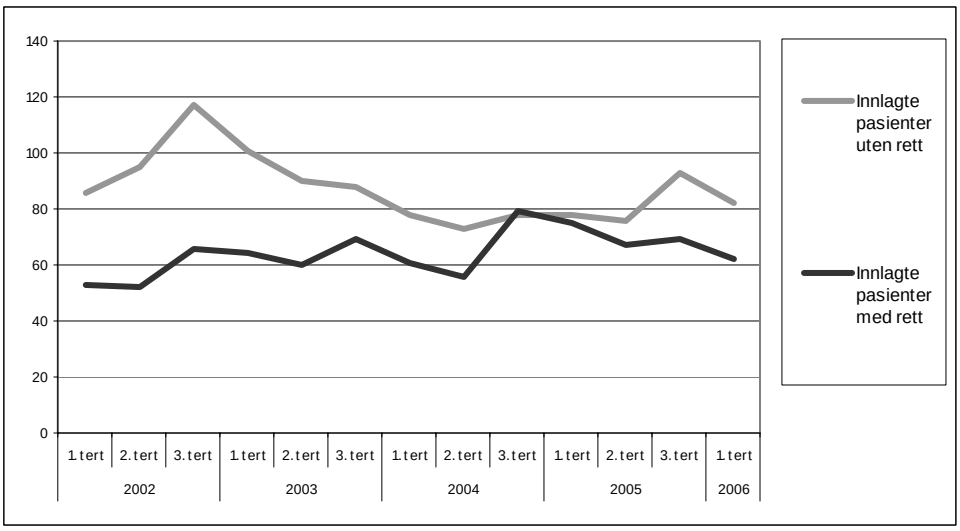
Figur 4.8 Andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 2005 etter pasientenes bostedsregion og kjønn. Avviklede henvisninger for innleggelse. Ventelistedata fra NPR.



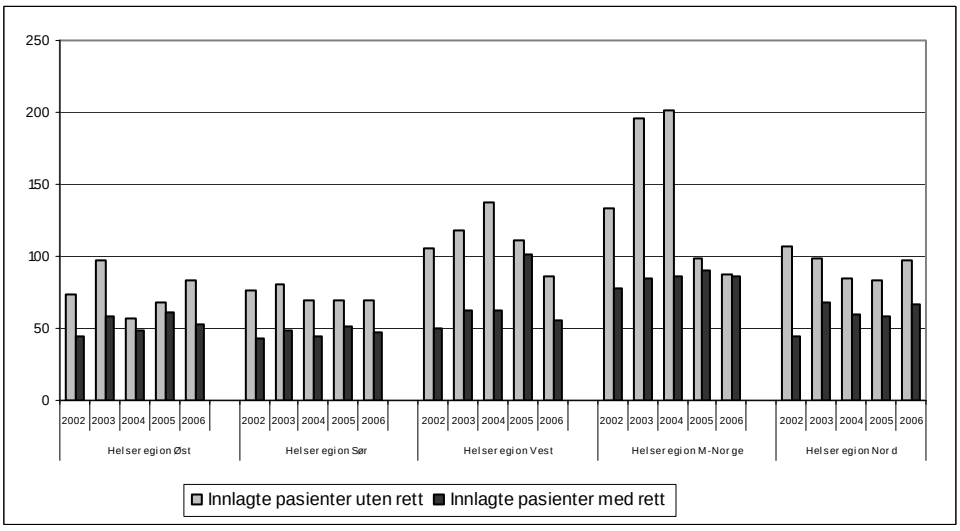
4.7 Ventetidsutviklingen for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp

Variasjonene i tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp er bare interessante dersom de har en praktisk betydning når det gjelder prioriteringer av pasienter. I denne sammenhengen er spørsmålet om ventetid før behandling særlig relevant. Kalseth (2005) viste at forskjellen i ventetid for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp ble betydelig redusert i perioden fra 2000-2004. Vi har derfor analysert den videre utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for 2005 og første tertial 2006 ved avviklende innleggelser for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp på nasjonalt og regionalt nivå.

Figur 4.9 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger for innleggelse og pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp 2002-2006. Ventelistedata fra NPR.



Figur 4.10 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger for innleggelse og pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp i 1 tertial 2002-2006. Ventelistedata fra NPR.

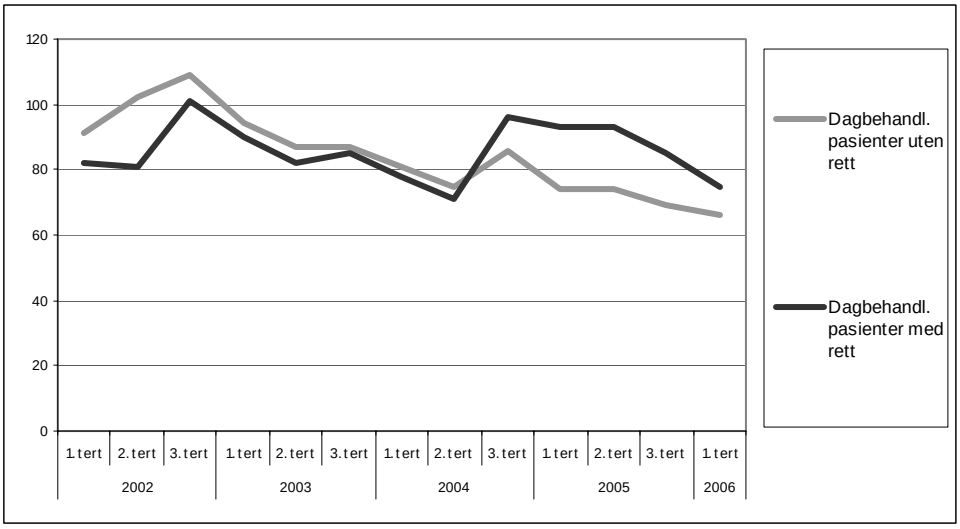


Figur 4.9 bekrefter at det var liten eller ingen forskjell i ventetid for innlagte pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp ved utgangen av 2004. I 2005 økte imidlertid forskjellene i ventetid igjen, og ved utgangen av året hadde pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp en gjennomsnittlig ventetid på 24 dager mer enn pasienter som var tildelt en slik rett. I første tertial 2006 var forskjellen i ventetid mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp 20 dager for avviklede henvisninger til innleggelse.

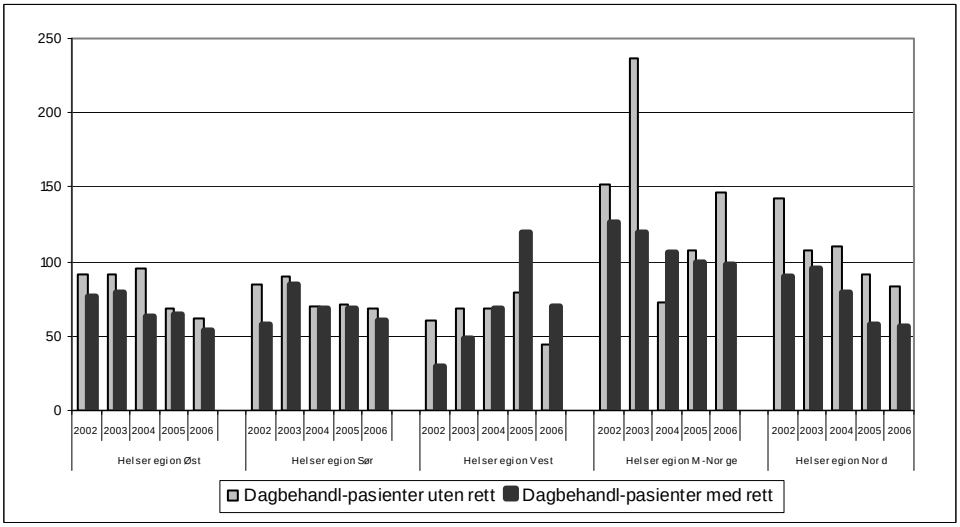
Ventetiden for avviklede henvisninger til innleggelser har vært kortere for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp enn for pasienter uten slik rett i alle de fem regionene, men i likhet med analysene i kapittel 9 finner vi betydelige forskjeller mellom regionene i ventetid før behandling. I første tertial 2006 var forskjellen i ventetid for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp omtrent 30 dager i helseregion Øst, Vest og Nord, mens det var nesten ingen forskjell i ventetid mellom disse gruppene i helseregion Midt-Norge. Dette skyldes selvfølgelig at nesten alle pasienter fra helseregion Midt-Norge var tildelt rett til nødvendig

helsehjelp. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp var også 39 dager lengre for pasienter bosatt i helseregion Midt-Norge enn for pasienter bosatt i helseregion Sør, mens tilsvarende forskjell for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp var 19 dager. I tre av de fem helseregionene (helseregion Øst, Sør og Midt-Norge) har ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp vært relativt stabil fra 2002 til 2006, mens ventetiden for pasienter uten slik rett har vist større variasjon over tid.

Figur 4.11 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger til dagbehandling og pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp 2002-2006. Ventelistedata fra NPR.



Figur 4.12 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger til dagbehandling og pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp i 1 tertial 2002-2006. Ventelistedata fra NPR.



Når det gjelder dagbehandling er forskjellene i ventetid mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp betydelig mindre enn ved innleggelser, og går dels i motsatt retning. Fra våren 2004 var ventetiden for dagbehandling (gjennomsnittlig ventetid ved avviklede henvisninger til dagbehandling) noe høyere for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp enn for pasienter uten slik rett. Denne forskjellen var uendret i 2005, men ble noe redusert i første tertial 2006. Analyser på regionalt nivå viser imidlertid at det bare er pasienter bosatt i

helseregion Vest som har lengre gjennomsnittlig ventetid for behandling for pasienter med rett til helsehjelp enn for pasienter uten slik rett (se figur 4.12). Pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp fra helseregion Øst og Sør hadde i gjennomsnitt omtrent like lang ventetid for planlagte dagbehandlinger i 2005 og 2006.

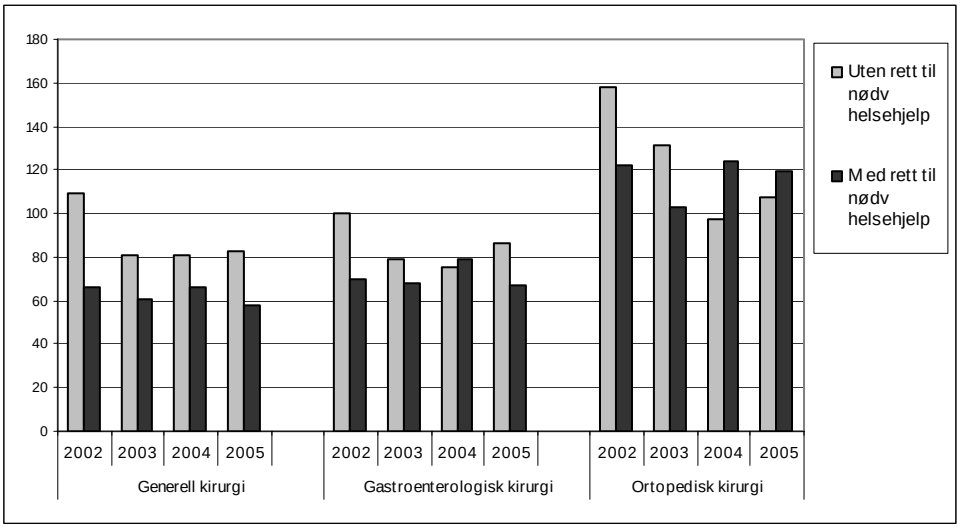
4.8 Ventetid for pasienter med og uten rett til helsehjelp etter fagområde

Spørsmål om prioritering må knyttes til sykdom og behandling, og det er naturlig å forvente at både tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp og ventetid for innleggelse varierer mellom ulike fagområder. I 2005 var 70 prosent av avviklede innleggelser innen ortopedisk kirurgi tildelt rett til nødvendig helsehjelp, mens 88 prosent av avviklede innleggelser innen urologi var tildelt slik rett. Innen begge fagområder var imidlertid gjennomsnittlig ventetid for pasienter med tildelt rett til nødvendig helsehjelp noe lengre enn gjennomsnittlig ventetid for pasienter uten slik rett i tredje tertial 2005. Analyser av gjennomsnittlig ventetid etter fagområde for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp på regionalt nivå, avslører at det er pasienter fra helseregion Midt-Norge og helseregion Øst som har noe lengre ventetid for rettighetspasientene enn for andre pasienter når det gjelder ortopedisk kirurgi, og at det er pasienter fra helseregion Midt-Norge og helseregion Vest som har noe lengre ventetid for rettighetspasientene enn for andre pasienter når det gjelder urologi.

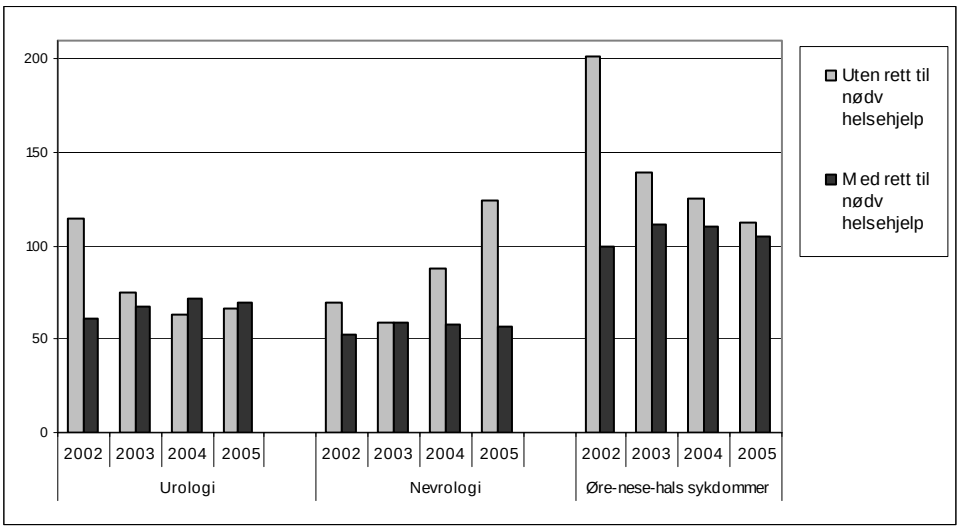
For avviklede innleggelser innen generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, nevrologi og sykdommer innen øre-nese-hals, var gjennomsnittlig ventetid for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp like lang eller noe lengre enn gjennomsnittlig ventetid for pasienter med tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Størst forskjell i ventetid mellom pasienter med og uten slik rett finner vi innen nevrologi, hvor gjennomsnittlig ventetid for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp var mer enn dobbelt så lang som for pasienter med denne retten.

Analysene av fagområder tar utgangspunkt i fagområder med mer enn 200 avviklede innleggelser per år (avviklede henvisninger for innleggelse) i hver av regionene.

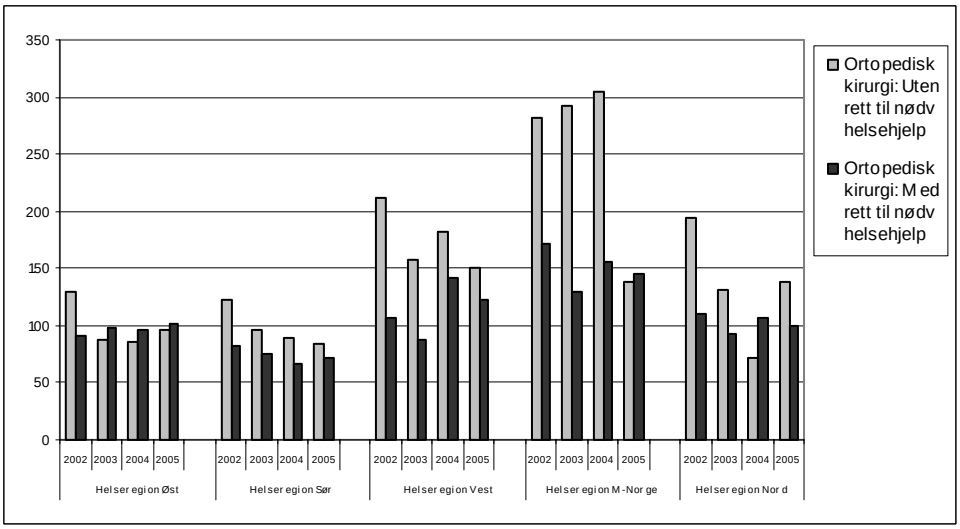
Figur 4.13 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp innen generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi og ortopedisk kirurgi. Avviklede henvisninger for innleggelse 3 tertial 2002-2005. Ventelistedata fra NPR.



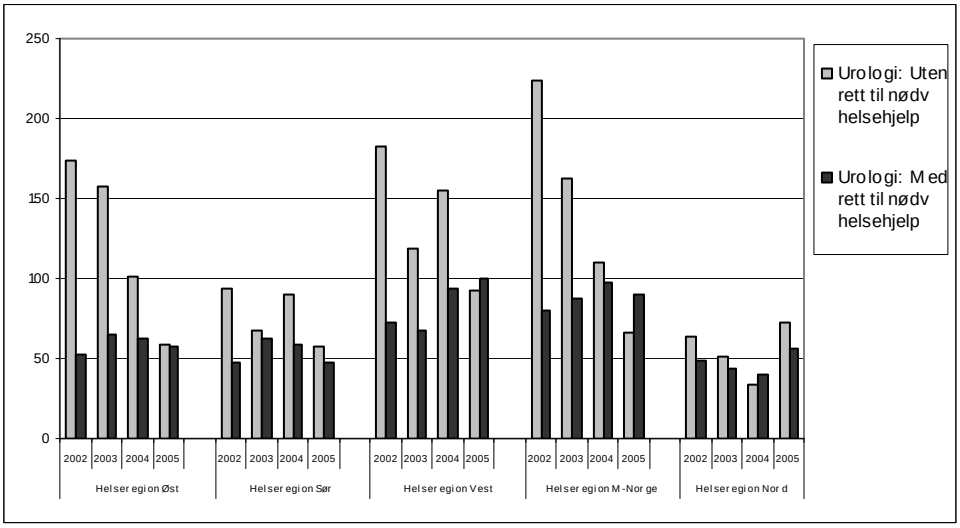
Figur 4.14 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp innen urologi, nevrologi og øre-nese-hals. Avviklede henvisninger for innleggelse 3 tertial 2002-2005. Ventelistedata fra NPR.



Figur 4.15 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp innen ortopedisk kirurgi etter pasientenes bostedsregion. Avviklede henvisninger for innleggelse 3 tertial 2002-2005. Ventelistedata fra NPR



Figur 4.16 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp innen urologi etter pasientenes bostedsregion. Avviklede henvisninger for innleggelse 3 tertial 2002-2005. Ventelistedata fra NPR.

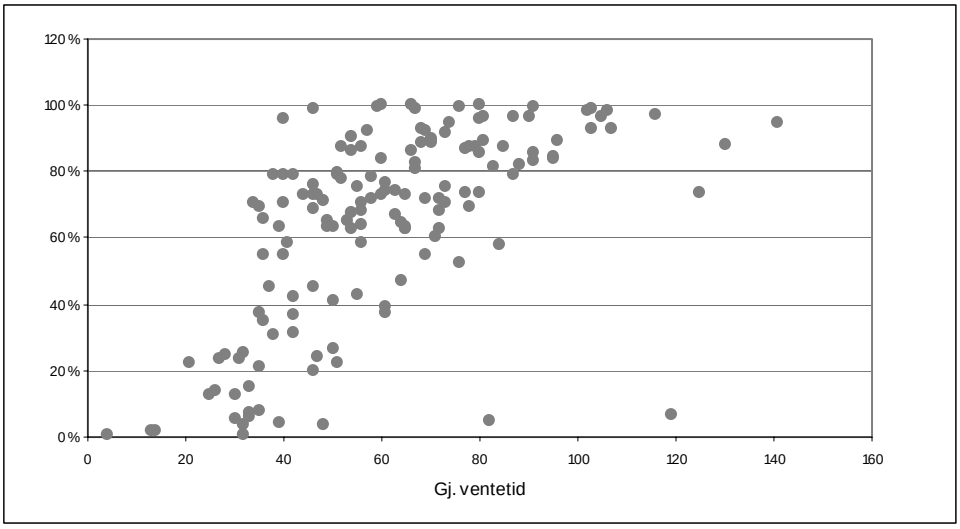


4.9 Sammenhengen mellom rettighetstildeling og ventetid

For at tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp skal fungere som prioriteringsredskap forutsetter dette at ikke alle pasienter tildeles rett til nødvendig helsehjelp. Vi har sett at mer enn 90 prosent av alle planlagte og avviklede innleggelser og dagbehandlinger for pasienter i helseregion Midt-Norge har vært tildelt rett til nødvendig helsehjelp, og at gjennomsnittlig ventetid for pasienter med slik rett tenderer til å være høyere for pasienter fra denne regionen enn for pasienter fra andre helseregioner. Dette indikerer en sammenheng mellom andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og nivået av gjennomsnittlig ventetid for disse pasientene. Vi har derfor analysert sammenhengen mellom andel med rett til nødvendig helsehjelp og gjennomsnittlig ventetid for disse pasientene basert på tall fra helseforetakene. Analysene gjelder planlagte og avviklede innleggelser for første tertial i årene 2001-2005, og viser en tydelig sammenheng mellom ventetid og andel rettighetspasienter. Den statistisk sammenhengen mellom andel med rett til nødvendig helsehjelp og gjennomsnittlig ventetid er signifikant (Pearsons $r=0,62$, $p<0,01$, $N=150$).

Figur 4.17 viser likevel at gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter varierer betydelig mellom helseforetak med samme nivå av rettighetspasienter. Helse Finnmark HF hadde for eksempel samme andel med rettighetspasienter i 2002 som Akershus Universitetssykehus HF hadde i 2005 (68 prosent) når det gjaldt avviklede henvisninger til innleggelse. Gjennomsnittlig ventetid ved Helse Finnmark HF var 46 dager, mens tilsvarende tall for Nye Ahus HF var 72 dager.

Figur 4.17 Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for avviklede henvisninger for innleggelse ved helseforetakene 2002-2005 etter andel med rett til nødvendig helsehjelp. Ventelistedata fra 3. tertial 2001-2005 fra NPR.



4.10 Et kritisk blikk på data

I de analysene som er gjort i dette kapitlet, har vi tatt utgangspunkt i ventelistedata fra NPR som gir informasjon om oppdaterte ventetider (http://www.npr.no/ven.asp). Både ventelistedata og pasientdata fra Norsk Pasientregister inneholder informasjon om bruk av rett til nødvendig helsehjelp, men pasientdata har svært dårlig kvalitet når det gjelder registreringer av rett til nødvendig helsehjelp. I Helse Nord RHF har 91 prosent av de elektive innleggelsene med registrert ansiennitetsdato registrert koden "uaktuelt" på spørsmål om rettighetsgaranti i 2005. En tilsvarende andel med registreringer av uaktuelt finner vi for Innlandet sykehus og Sørlandet sykehus. Andre sykehus, som St. Olavs Hospital har derimot registrert 0 prosent av elektive innleggelser med ansiennitetsdato som uaktuell når det gjelder rettighetsgaranti, og for disse sykehusene er andelen rettighetspasienter i overensstemmelse med ventelistedata. På grunn av dårlig kvalitet på registreringer av rettighetsgarantien i pasientdata har vi derfor benyttet ventelistedata i våre analyser.

Dersom vi sammenligner totaltallene (N) for avviklede henvisninger i ventelistedata og utskrivninger av pasienter i pasientdata finner vi imidlertid betydelige variasjoner. Ventelistedata representerer *henvisninger* i motsetning til opphold eller pasienter, og gjelder pasienter på venteliste med mer enn 1 dag ventetid[8]. Data er eksklusive kontroller, fødsler og friske nyfødte. Data er også eksklusive pasienter som har fått utsatt behandling, enten på grunn medisinske årsaker eller på grunn av egne forespørsler, ettersom ventetiden for disse pasientene skyldes andre årsaker enn organisasjon og kapasitet. For å gjøre pasientdata mest mulig sammenlignbar med ventelistedata har vi aggregert antallet pasienter med registrert ansiennitetsdato og ventetid over enn 1 dag eksklusive kontroller, hjemmedialyse og lignende samt fødsler og friske nyfødte. Pasientdata er imidlertid inklusive pasienter med utsatt behandling ettersom informasjon om utsettelser ikke kodes i pasientdata.

For innleggelser, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner finner vi henholdsvis 35,58 og 23 prosent avvik i N mellom ventelistedata og pasientdata. Avviket er minst for opphold i Helse Øst RHF, og størst for Helse Sør RHF.

Det er flere forklaringer på variasjonen mellom N i ventelistedata og antallet utskrevne pasienter i pasientdata. Vi har allerede påpekt at ventelistedata er eksklusive pasienter med

[8] 0 og 1 dag ventetid regnes i for å være øyeblikkelig hjelp

utsatt behandling. I tillegg er det grunn til å tro at ulikheter i registrering av pasientforløpet på tvers av omsorgsnivå og definisjonen av når en henvisning er avviklet kan bidra til variasjoner i N mellom ventelistedata og pasientdata.

Selv om vi kjenner flere av årsakene til avviket mellom ventelistedata og pasientdata, er det imidlertid grunn til å påpeke at ventelistedata ikke representerer en komplett registrering av alle elektive innleggelser, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner for utskrevne pasienter. Når 50 prosent av utskrevne pasienter som er elektivt innlagt ikke inngår i datamaterialet (Helse Sør RHF), er det grunn til å tro at dette kan ha betydning for andelen pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Vi anbefaler derfor at variasjonene mellom regioner, helseforetak og fagområder i både ventetid og andel med rett til nødvendig helsehjelp tolkes med stor forsiktighet og tillegges en viss usikkerhet.

Tabell 4.1 Sammenligninger av totalt antall avviklede henvisninger i Ventelistedata og utskrevne pasienter i pasientdata 2005.

		Ventelistedata 2005	Pasientdata 2005	Prosent avvik
		Ordinært avviklede henvisninger (N=)	Pasienter med registrert ansiennitetsdato og ventetid over 1 dag (N=)	
Innleggelser (gjelder pasienter med elektive innleggelser)	Helse Øst RHF	21 192	26 666	20,5 %
	Helse Sør RHF	22 664	45 735	50,4 %
	Helse Vest RHF	17 409	29 427	40,8 %
	Helse M-Norge RHF	16 635	21 559	22,8 %
	Helse Nord RHF	13 765	18 505	25,6 %
	Totalt	91 665	141 892	35,4 %
Dagbehandling (gjelder pasienter med elektive behandlinger)	Helse Øst RHF	15 278	25 432	39,9 %
	Helse Sør RHF	12 444	43 185	71,2 %
	Helse Vest RHF	14 898	32 199	53,7 %
	Helse M-Norge RHF	11 980	22 380	46,5 %
	Helse Nord RHF	3 401	17 493	80,6 %
	Totalt	58 001	140 689	58,8 %
Polikliniske konsultasjoner (gjelder pasienter med enkelt-konsultasjoner eller kons. i serie)	Helse Øst RHF	185 979	201 644	7,8 %
	Helse Sør RHF	157 398	241 798	34,9 %
	Helse Vest RHF	149 520	194 530	23,1 %
	Helse M-Norge RHF	102 043	146 582	30,4 %
	Helse Nord RHF	83 928	95 332	12,0 %
	Totalt	678 868	879 886	22,8 %

4.11 Avsluttende kommentar; de regionale forskjellene i tildelinger av rett til nødvendig helsehjelp

Et sentralt mål for lovfestingen av rett til nødvendig helsehjelp i 1999, var å sikre en nasjonal standard for likhet i vurderinger av hvilke pasienter som skal tilbys spesialisthelsetjenester og hvilke pasienter som burde prioriteres. I lovens §1 heter det at "lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen *lik* tilgang på helsehjelp av god kvalitet…". De betydelige variasjonene i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp mellom helseregionene gir derfor grunnlag for politisk og administrativ bekymring. Dette gjør det viktig å diskutere mulige årsaker til disse forskjellene.

Det første spørsmålet som er naturlig å reise, er om behovene for offentlige spesialisthelsetjenester er større i enkelte regioner enn i andre, og at det dermed er naturlig at andelen rettighetspasienter er høyere i noen regioner enn i andre. Dette er et komplisert spørsmål, som er diskutert og vurdert i tilknytning til finansieringsmodeller for spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid lite som gir grunn til å tro at sykelighet og behov for spesialisthelsetjenester er betydelig høyere i Midt-Norge enn i Nord-Norge. Det er heller ikke slik at oppholdsratene og pasientratene ved bruk av somatiske spesialisthelsetjenester er betydelig lavere i helseregion Midt-Norge enn i andre regioner - slik at det bare er de aller sykeste pasientene som settes på venteliste ved foretakene i Helse Midt-Norge RHF. Oppholdsratene for helseregion Midt-Norge ligger omtrent på landsgjennomsnittet.

En annen mulig årsak til variasjonene kunne vært betydelige variasjoner i bruken av øyeblikkelig hjelp. I henhold til pasientrettighetsloven skal pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp prioriteres bak pasienter med rett til øyeblikkelig hjelp og prioriteres foran pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp. Dersom ratene og andelen øyeblikkelig hjelp er lavere i en region enn i de andre, vil antallet og andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp øke (dersom andelen uten rett til nødvendig helsehjelp forblir uendret). Ettersom andelen øyeblikkelig hjelp var høyere i Helse Midt-Norge RHF enn i tre av de andre fire regionene i 2005, gir også denne forklaringen liten forklaringskraft.

En tredje forklaring på variasjonene kan knyttes til den kritikken som har vært rettet mot innføringen av rett til nødvendig helsehjelp og definisjonen av dette begrepet. I følge forskriften er det tre vilkår som skal innfris for at en pasient skal gis rett til nødvendig helsehjelp. Disse tre vilkårene knyttes til pasientenes *behov* for nødvendig helsehjelp i forhold til livslengde og livskvalitet, *nytten* ved behandling og en vurdering av *kostnader* i relasjon til nytten. Det har blitt påpekt at alle disse tre vilkårene er av grunnleggende *skjønnsmessig* karakter og er gjenstand for vurderinger hos den legen/institusjonen som mottar henvisningen, vanligvis før legen har møtt pasienten. Det kan derfor hevdes at ettersom forskriften er basert på skjønnsmessige vurderinger, gir den lite grunnlag for å standardisere prioriteringer av pasienter. For skjønnsmessige vurderinger er det naturlig å forvente en viss variasjon mellom både personer og institusjoner, og det vil vanligvis utvikle seg en intern norm for tolkningen av forskriften ved de enkelte avdelinger og institusjoner. Stabiliseringen av andelen som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp i første tertial 2006 kan indikere at det er utviklet slike normer for vurderinger ved de ulike helseforetakene, og at denne praksisen varierer betydelig mellom foretakene og regionene.

Det har også blitt påpekt at prøving av medisinsk skjønn faller utenfor domstolenes myndighet ettersom domstolenes kompetanse er begrenset til å vurdere *lovmessigheten* av vedtak – og ikke kan etterprøve medisinske vurderinger. Domstolene kan med andre ord vurdere om det er foretatt formelle feil i saksbehandlingen ved vedtak om rett til nødvendig helsehjelp, men kan ikke vurdere om en pasient har medisinske behov og nok nytte av behandlingen til at pasienten har rett på nødvendig helsehjelp. Dette innebærer at verken definisjonen av hvem som har rett til nødvendig helsehjelp eller selve lovfestingen av rettigheten, nødvendigvis bidrar til en *standardisering* av prioriteringer i spesialist-helsetjenesten selv om loven styrker pasientenes rettigheter. For å lykkes med en standardisering av prioriteringer, er det grunn til å tro at standarden må spesifiseres på et svært detaljert nivå.

Del II Befolkningsperspektiv (”sørge-for” ansvar)

Sykehusreformen som ble iverksatt i januar 2002 implementerte det helsepolitiske målet om god tilgjengelighet til helsetjenester av god kvalitet for hele befolkningen, uavhengig av bosted, kjønn eller alder gjennom fastlegging av "sørge-for” ansvaret på både nasjonalt og regionalt nivå.

”Sørge-for” ansvaret står sentralt i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene, også for 2005. Sentralt i dokumentene er det at regionene må ha gjort analyser av eget tilbud, samt befolkningens behov innenfor de ulike tjenesteområdene. Med bakgrunn i denne kunnskapen kan en forestå den prioritering som er nødvendig innenfor de ressurser som en har til rådighet, dvs en vridning av ressurser fra områder med overkapasitet til områder med mangelfullt utbygd tilbud. Budsjettet til de regionale helseforetakene legger til rette for at aktiviteten i 2005 kan videreføres på samme nivå som i 2004. Spørsmålet om hvordan "sørge-for"-ansvaret fylles og utvikles av både nasjonale, regionale og lokale aktører er tema for denne delen av SAMDATA-rapporten. I kapittel 5, 6, 7, 8 og 9 settes søkelyset på utviklingen i befolkningens tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester fra 2004 til 2005. I forhold til analyser av aktivitet er datagrunnlaget som brukes pasientdata fra landets offentlige og private sykehus. Det er ikke inkludert data fra opptreningsinstitusjoner og landets avtalespesialister i denne delen av rapporten. Det er imidlertid gjort egne analyser om omfanget av aktiviteten på opptreningsinstitusjoner og avtalespesialister sammenholdt med sykehusaktivitet i del I av rapporten.

Befolkningens tilgjengelighet til sykehustjenester avhenger i stor grad av *ressursinnsats* og *tilbud* av spesialisthelsetjenester. Tilbudet av sykehustjenester er avhengig av sykehusenes kapasitet i form av både areal, senger og personell, samt teknologisk utstyr og kompetanse. Nivået på disse innsatsfaktorene avhenger igjen av både økonomiske ressurser og av strukturelle forhold som tilgang på kvalifisert personell. I kapittel 5 og 6 beskrives befolkningens *tilbud* av sykehustjenester i henhold til nivået av sykehussenger, personell og penger. Kapittel 5 gir en beskrivelse av utviklingen i sengekapasitet og årsverk etter personellkategori for både helseregionene og HF-områdene, mens kapittel 6 gir oversikt over totale driftskostnader til den somatiske spesialisthelsetjenesten etter regionen og er kontrollert for gjestepasientoppgjør.

Volumet i *bruk av sykehustjenester* gir uttrykk både for befolkningens tilgang til tjenester og for etterspørselen etter tjenestene. Utviklingen i befolkningens bruk av sykehustjenester står derfor også sentralt når fokus settes på "sørge-for" ansvaret og en befolkningsorientert beskrivelse av aktiviteten i den somatiske sykehussektoren. Befolkningens bruk av sykehustjenester, og forskjeller mellom ulike geografiske områder er tema for kapittel 7. I dette kapitlet beskrives aktivitetsutviklingen fra 2004 til 2005 i de fem helseregionene og alle foretaksområdene i relasjon til hvilken type behandling pasientene har mottatt.

I perioden fra 2010 til 2030 vil andelen eldre i den norske befolkningen øke relativt sterkt. Økningen i både antall og andel eldre representerer trolig den største utfordringen for morgendagens spesialisthelsetjeneste og for de regionale foretakenes evne til å ivareta "sørge-for" ansvaret. Kapittel 7 inkluderer som tidligere år derfor en egen del om eldres

sykehusbruk. I tillegg vil vises det til kapittel 13, hvor det er laget en fremskriving av sykehustjenester i 2025.

Omfanget av *pasientstrømmer* analyseres i kapittel 8 av rapporten. Endringer i den enkelte pasients rettighet til helsehjelp og endret organisering av spesialisthelsetjenesten gjør at det er interessant å følge bevegelser i pasientstrømmer innenfor og mellom helseregionene.

Ventetid før behandling kan hevdes å være den mest direkte indikatoren på befolkningens tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester. Å redusere ventetiden for planlagte behandlinger var også et av de viktigste målene og suksesskriteriene for eierskapsreformen. Til tross for at antallet på venteliste og ventetiden er gått sterkt ned de senere årene, vektlegges det i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene at det fortsatt må være fokus på å holde ventelistene på et lavt nivå for 2005. I kapittel 9 presenteres tall som viser utviklingen i ventende og ventetid for behandling i helseregionene og foretaksområdene. I dette kapitlet er det i årets rapport inkludert ventetider til flere inngrep og behandlinger enn i tidligere års rapporter.

5 Personell og senger

Heidi Jensberg

Utviklingen i senger og personell fra 2004 til 2005 var preget av en utflatning. Perioden kjennetegnes av en noe høyere vekst i personell enn perioden 2003 til 2004. Dette skyldtes hovedsakelig en reell økning i årsverk knyttet til administrasjon og kontorarbeid og leger. Utviklingen i effektive senger har hatt en meget svak nedgang fra i fjor og det ser ut som om utflatningstrenden fra 2004 fortsatte videre i 2005.

5.1 Innledning

Dette kapitlet presenterer tall for personell og senger innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten. Først presenteres nasjonale tall, deretter brytes disse ned i form av rater på helseregionnivå og foretaksnivå.

5.2 Personell

Det har gjennom flere år vært en klar vekst i antall årsverk i norske sykehus. Fra 2003 til 2004 så det imidlertid ut til at denne begynte å flate ut. Fra 2004 til 2005 har vekstraten tatt seg noe opp igjen og var på 1,1 prosent. Det er først og fremst en reell økning i årsverk innen personellkategoriene administrasjons- og kontorpersonell, service og driftspersonell, leger, samt annet pasientretta arbeid som bidrar til den totale veksten. De øvrige personellkategoriene har hatt en svak tilbakegang i årsverk. Antallet hjelpepleiere og barnepleiere har hatt størst nedgang i underkant av 4 prosent.

På regionnivå er det heller ingen store endringer fra 2004 til 2005. Helse Sør har en nedgang på 0,4 i totale antall årsverk pr 1 000 innbyggere, mens Helse Vest har en oppgang på 0,3. De øvrige regionene har tilnærmet nullvekst. Den relativt store oppgangen i administrasjon og kontorpersonell deles av samtlige regioner. Oppgangen i legeårsverk finner sted i Nord, Sør, og Midt-Norge. I Helse Øst og Helse Vest er det ingen endring for det totale antall legeårsverk pr 1 000 innbyggere.

5.3 Effektive senger

Hele 1980- og 1990-tallet og de første årene i det nye årtusenet var preget av en klar nedgang i antallet effektive senger. Perioden mellom 2003 og 2004 brøt med denne trenden ved at det skjedde en utflating. I perioden 2004 til 2005 ser vi en marginal nedgang i antallet effektive senger per 1 000 innbygger, 2,82 til 2,78. Dette tilsvarer 91 effektive senger og representerer en prosentvis nedgang på 0,7. Dette bekrefter inntrykket fra i fjor om at utviklingen i antallet effektive senger flater ut.

5.4 Årsverk – nasjonalt nivå

Tabell 5.1 Antall årsverk[1] etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2004 og 2005. Endringer i antall og prosent.

Personellgrupper	2004 (N=)	2005 (N=)	Endringer i antall 2004-2005	Prosentvis endring 2004-2005
Leger	7 922	8 199	277	3,5
Sykepleiere[2]	24 543	24 515	-28	-0,1
Hjelpepleiere/barnepleiere	4 819	4 629	-190	-3,9
Annet behandl. personell[3]	6 788	6 735	-53	-0,8
Annet pasientretta arbeid[4]	1 788	1 886	98	5,5
Adm. og kontorpersonell	9 871	10 281	410	4,2
Service og driftspersonell	7 767	7 941	174	2,2
Totalt	63 498	64 186	688	1,1

1 Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår ved somatiske sykehus.

2 Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

3 Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

4 Omfatter annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2.

Tabell 5.2 Antall årsverk[1] i prosentandel etter personellkategori ved somatiske sykehus. 2004 og 2005. Endringer i prosentpoeng.

Personellgrupper	2004	2005	Prosentpoeng endring 2004-2005
Leger	12,5	12,8	0,3
Sykepleiere[2]	38,7	38,2	-0,5
Hjelpepleiere/barnepleiere	7,6	7,2	-0,4
Annet behandl. personell[3]	10,7	10,5	-0,2
Annet pasientretta arbeid[4]	2,8	2,9	0,1
Adm. og kontorpersonell	15,5	16,0	0,5
Service og driftspersonell	12,2	12,4	0,1
Totalt	100	100	
(N)	63 498	64 186	

1 Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår ved somatiske sykehus.

2 Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

3 Omfatter vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

4 Omfatter annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2.

5.5 Årsverk – regionalt nivå

Tabell 5.3 Antall årsverk[1] per 1 000 innbyggere etter personellkategori. Korrigert for pasientflyt, kjønns og aldersstandardisert. 2004 og 2005. Somatiske sykehus[2]. Bostedsområder.

Helseregion Pasientens bosted	Leger		Sykepleiere[3]		Annet pasientrettet arbeid[4]		Adm./ og kont		Drift/ Service		I alt		Prosentvis endring
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004-2005
Helseregion Øst	1,9	1,9	5,3	5,3	2,8	2,9	2,3	2,3	1,7	2,3	14,0	14,1	0,7
Helseregion Sør	1,9	2,0	6,2	6,0	3,6	3,2	2,5	2,7	1,8	2,7	16,1	15,7	-2,5
Helseregion Vest	1,4	1,4	4,4	4,5	2,1	2,2	1,8	1,9	1,7	1,9	11,5	11,8	2,6
Helseregion Midt-Norge	1,6	1,7	5,6	5,5	2,8	2,6	2,0	2,1	1,6	2,1	13,5	13,4	-0,7
Helseregion Nord	1,6	1,8	5,1	5,1	3,6	3,5	1,7	1,7	1,6	1,7	13,6	13,6	0,0
Totalt	1,7	1,8	5,3	5,3	2,9	2,9	2,1	2,2	1,7	2,2	13,8	13,8	0[5]

1 Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår ved somatiske sykehus

2 Inkludert Betania Malvik, somatisk rehabiliteringssenter, Nevrohjemmet rehabiliteringssenter og Mork rehabiliteringssenter.

3 Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

4 Omfatter hjelpepleiere, b arnepleiere, annet behandlingspersonell i pasientrettet arbeid.

5 Den prosentvise endringen i antall årsverk per 1 000 innbygger fremstår som 0 til tross for at det i tabell 5.1 fremgår at det har vært en nominell økning i årsverk. Dette skyldes at datagrunnlaget som er brukt for rateberegning inkluderer flere institusjoner, jf. note 2.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2.

5.6 Årsverk – HF-områder

Tabell 5.4 Årsverk[1] per 1 000 innbyggere etter personellkategori og foretaksområde. 2004 og 2005. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. Somatiske sykehus[2] Helseforetaksområder.

HF-område Pasientens bosted	Leger		Sykepleiere[3]		Annet pasientrettet arbeid[4]		Adm./ og kont		Drift/ Service		I alt		Prosentvis endring
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004-2005
Østfold	1,4	1,5	4,7	4,8	2,5	2,7	2,4	2,3	1,5	2,3	12,5	12,7	1,9
Asker og Bærum	1,4	1,4	4,3	4,1	2,3	2,3	2,1	2,5	1,5	2,5	11,5	11,6	0,6
Hovedstadsområdet	2,1	2,1	5,5	5,5	3,0	3,1	2,3	2,3	1,8	2,3	14,7	14,9	1,4
Innlandet	1,7	1,6	4,9	4,8	2,5	2,6	2,1	2,1	1,4	2,1	12,6	12,6	0,1
Ringerike	1,4	1,3	4,5	4,2	2,3	2,0	1,8	1,7	1,3	1,7	11,2	10,4	-7,4
Buskerud	1,6	1,7	4,8	4,5	2,7	2,8	2,4	2,1	1,5	2,1	13,0	12,7	-2,4
Blefjell	1,5	1,6	5,1	5,3	2,9	3,1	1,9	2,1	1,4	2,1	12,8	13,5	5,2
Vestfold	1,7	1,7	5,2	5,0	3,1	2,8	2,3	2,6	1,9	2,6	14,1	13,6	-3,8
Telemark	1,6	1,6	5,2	5,4	3,6	3,0	1,5	2,2	1,3	2,2	13,2	13,6	3,3
Sørlandet	1,5	1,6	5,2	4,8	2,4	2,3	2,3	2,2	1,7	2,2	13,0	12,5	-3,7
Stavanger	1,6	1,6	5,1	4,8	3,3	2,5	1,9	2,0	1,1	2,0	13,1	12,3	-5,9
Fonna	1,5	1,5	5,4	5,4	2,3	2,3	1,9	2,0	1,8	2,0	12,9	13,1	1,3
Bergen	1,7	1,7	5,0	5,1	2,3	2,6	2,2	2,4	2,3	2,4	13,5	14,3	5,6
Førde	1,7	1,8	5,8	5,6	2,9	3,0	2,3	2,5	2,2	2,5	15,0	14,8	-1,0
Sunnmøre	1,6	1,7	5,2	5,3	2,7	2,7	1,9	1,9	1,2	1,9	12,6	12,8	1,2
Nordmøre/Romsdal	1,7	1,9	5,6	5,7	2,9	3,0	2,1	2,1	1,3	2,1	13,7	13,9	1,6
St. Olavs Hospital	1,9	1,9	6,2	6,2	3,0	2,9	2,5	2,5	2,0	2,5	15,5	15,3	-1,3

HF-område Pasientens bosted	Leger		Sykepleiere[3]		Annet pasientrettet arbeid[4]		Adm./ og kont		Drift/ Service		I alt		Prosentvis endring
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004-2005
Nord-Trøndelag	1,5	1,5	5,8	5,7	2,8	2,4	1,7	1,8	1,4	1,8	13,1	12,9	-1,6
Helgeland	1,7	1,9	5,8	5,7	3,6	3,5	1,8	1,9	1,6	1,9	14,5	14,8	2,0
Nordland	1,9	2,0	5,7	5,8	3,4	3,4	1,8	1,8	1,5	1,8	14,3	14,3	-0,1
Hålogaland	1,7	1,8	6,1	6,1	3,9	3,8	2,1	2,1	1,5	2,1	15,4	15,3	-0,4
UNN	2,3	2,6	6,2	6,2	5,6	5,7	2,0	1,8	2,0	1,8	18,1	18,5	2,1
Finnmark	2,0	2,3	7,2	6,9	4,3	4,1	2,3	2,6	2,9	2,6	18,6	18,4	-1,2
Totalt	1,7	1,8	5,3	5,3	2,9	2,9	2,1	2,2	1,7	2,2	13,8	13,8	0,0

1 Punkttall per 31. desember gjeldende driftsår ved somatiske sykehus

2 Inkludert Betania Malvik, somatisk rehabiliteringssenter, Nevrohjemmet rehabiliteringssenter og Mork rehabiliteringssenter.

3 Medregnet sykepleiere i administrative stillinger og jordmødre

4 Omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, annet behandlingspersonell i pasientrettet arbeid.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2.

5.7 Effektive senger – regionalt nivå

Tabell 5.5 Antall effektive senger i sykehus per 1 000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2004 og 2005. Bostedsregion.

Helseregion Pasientens bosted	Effektive senger		Prosentvis endring 2004-2005
	2004	2005	
Helseregion Øst	2,64	2,64	0
Helseregion Sør	2,88	2,85	-1
Helseregion Vest	2,76	2,76	0
Helseregion Midt-Norge	2,89	2,86	-1
Helseregion Nord	3,36	3,10	-7-7
Totalt	2,82	2,78	-1,4

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2.

5.8 Effektive senger – HF-område

Tabell 5.6 Antall effektive senger i sykehus per 1 000 innbyggere. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert. 2004 og 2005. Helseforetaksområder.

HF-område Pasientens bosted	2004	2005	Prosentvis endring 2004-2005
Østfold	2,43	2,37	-2,6
Asker og Bærum	2,23	2,24	0,2
Hovedstadsområdet	2,72	2,74	0,8
Innlandet	2,78	2,76	-0,8
Ringerike	2,53	2,45	-3,4
Buskerud	2,78	2,89	4,1
Blefjell	3,09	3,12	1,0
Vestfold	2,67	2,57	-3,8
Telemark	3,61	3,59	-0,7
Sørlandet	2,77	2,71	-2,1
Stavanger	2,29	2,55	11,2
Fonna	2,81	2,75	-2,1
Bergen	2,77	2,72	-1,7
Førde	3,81	3,41	-10,5
Sunnmøre	3,10	2,92	-5,7
Nordmøre/Romsdal	3,09	3,04	-1,6
St. Olavs Hospital	2,87	2,94	2,4
Nord-Trøndelag	2,56	2,52	-1,4
Helgeland	3,54	3,42	-3,4
Nordland	3,44	2,91	-15,4
Hålogaland	3,55	3,13	-11,9
UNN	2,96	2,90	-1,9
Finnmark	3,40	3,25	-4,4
Totalt	2,82	2,78	-1,4

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2.

6 Kostnader og finansiering

Marit Pedersen[9], Heidi Torvik, Maggi Brigham, Kjartan S. Anthun

Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste utgjør 49,1 mrd kr i 2005. På nasjonalt nivå innbærer dette en realvekst på 1,45 mrd kr fra 2004, som tilsvarer tre prosent. Helse Øst har den sterkeste kostnadsveksten med en realøkning på seks prosent, dette i motsetning til Helse Sør og Helse Nord som har en svakere kostnadsvekst under en prosent.

Kostnadsveksten på nasjonalt nivå finansieres i stor grad av økte utbetalinger via finansieringsordningen ISF – noe som også gjelder hvis refusjonssatsen forutsettes lik 60 prosent for både 2004 og 2005. En del av kostnadsveksten finansieres av økt basisramme og økning i tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra. På regionalt nivå er det variasjoner i hvordan kostnadsveksten fra 2004 til 2005 finansieres. Helse Øst og Helse Midt-Norge har en kostnadsvekst over landsgjennomsnittet, og for disse regionene finansieres kostnadsveksten i sterk grad gjennom økt bruk basisramme. For Helse Sør og Helse Vest overstiger veksten i ISF den totale kostnadsveksten.

Inkludering av kapitalkostnader øker samlet sett regionale variasjoner i nivå på kostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste.

6.1 Innledning

Dette kapitlet presenterer nasjonal og regional utvikling i driftskostnader knyttet til somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2004 til 2005, samt oversikter over hvordan driftskostnader er finansiert. Det legges fokus på regionale variasjoner i kostnadsvekst og regionale variasjoner i nivå på ressursinnsats.

På finansieringssiden beregnes variasjon i andel, og nivå, av kostnader finansiert av ulike finansieringskomponenter som ISF (Innsatsstyrt finansiering), basisramme og polikliniske refusjoner. I tillegg gis beregninger som viser hvordan kostnadsvekst fra 2004 til 2005 finansieres.

Kapitalkostnader har tidligere år ikke inngått i SAMDATA sin kostnadsdefinisjon. I dette kapitlet presenteres *utvikling* i kostnader og finansiering basert på gammel definisjon av kostnadsgrunnlag, det vil si uten kapitalkostnader. Fra og med regnskapsåret 2005 inkluderes kapital i beregning av kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste på nasjonalt og regionalt nivå. På nasjonalt nivå inkluderes også kostnader knyttet til virksomhet i privat sektor som ikke finansieres av helseforetakene.

[9] Kapittelforfatter

Det presiseres at høy ressursinnsats til somatisk spesialisthelsetjeneste, målt som relativt høye kostnader per innbygger, ikke nødvendigvis indikerer dårlig ressursutnyttelse. Ulik ressursinnsats kan gi en indikasjon på ulik prioritering, organisering og ulike oppgaver.

6.2 Datagrunnlag og definisjoner

Beregningene baseres på regnskap som helseforetak og private institusjoner finansiert av helseforetak rapporterer inn til Statistisk Sentralbyrå (SSB). Se grunnlagstabell T2a i del IV for en gjennomgang av hvilke helseforetak og institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget, og kostnader knyttet til hver enkelt av disse. Grunnlagstallene er basert på gammel definisjon av kostnadsgrunnlaget, det vil si uten kapitalkostnader. Vedlegg 3 gir nærmere redegjørelse for kostnads- og inntektsbegrepet som benyttes, både med og uten kapitalkostnader. Når kapitalkostnader inkluderes tas avskrivingskostnader, husleiekostnader og tap ved avgang av anleggsmidler med.

Beregning av nasjonale kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste tar utgangspunkt i totale driftskostnader per helseforetak, avtaleinstitusjon, private sykehus og opptrenings-/ rehabiliteringsinstitusjoner. Ved private institusjoner inkluderes kostnader som er finansiert av helseforetak. Dette defineres i SAMDATA som offentlig del av somatisk spesialisthelsetjeneste. Regnskapene fra helseforetak og institusjoner konsolideres før nasjonale kostnader beregnes som sum av kostnader per rapporteringsenhet. Dette innebærer at videreførte tilskudd til enheter som rapporterer egne regnskap, tas ut, og at handel mellom regioner og helseforetak søkes identifisert og tatt ut av kostnadsgrunnlaget.

Fra og med regnskapsåret 2005 presenterer SAMDATA kostnader for virksomhet ved private institusjoner som ikke er finansiert av helseforetak. Dette gjelder kostnader som i hovedsak er finansiert av Rikstrygdeverket, kommuner, forsikringsselskaper og av privat egenbetaling. Dette gir et bilde av totalt omfang av kostnader for virksomhet som er relatert til spesialisthelsetjenesten. Kostnader i privat sektor finansiert av andre enn helseforetak beregnes kun på nasjonalt nivå.

Ved beregning av regionenes kostnader for å gi befolkningen et somatisk spesialisthelse-tjenestetilbud, korrigeres det for gjestepasientoppgjør mellom regioner og kjøp fra private institusjoner. Kjøp av pasientbehandling fra andre regioner, og fra private sykehus og opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner, defineres som gjestepasientkostnader. Inntekter fra salg av pasientbehandling til andre regioner defineres som gjestepasientinntekter. Det er noe uklarhet knyttet til gjestepasientoppgjøret for 2005 – se vedlegg tre - som medfører at offentlig del av nasjonale kostnader for somatisk spesialisthelsetjeneste avviker noe fra sum regionale kostnader. Grunnlagstabell T2c viser gjestepasientoppgjør mellom regioner og kjøp fra private sykehus og opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner.

Ved korrigering for gjestepasientoppgjør mellom regioner, tas det ikke høyde for eventuelle over- eller underskudd ved denne aktiviteten. Beregningene gjenspeiler hva det faktisk har kostet de regionale helseforetakene å gi befolkningen et tilbud innenfor somatisk spesialist-helsetjeneste.

Det er verdt å merke seg at nasjonale funksjoner tillagt helseforetak, som ikke kompenseres gjennom gjestepasientoppgjør mellom regioner, inngår ved beregning av regionenes totale driftskostnader. Eksempelvis gjelder dette drift av kreftregisteret ved Radiumhospitalet og administrasjon av ordningen behandlingsreiser i utlandet ved Rikshospitalet.

Ved sammenligning av størrelser mellom 2004 og 2005 benyttes gjennomgående deflaterte størrelser for 2004. Deflatoren som benyttes er indeks for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Indeksen er på 2,6 prosent fra 2004 til 2005, og er samme deflator som SSB benytter.

6.3 Nasjonale tall

Avsnitt 6.3.1 presenterer tabeller som viser nasjonale kostnader til, og finansiering av, offentlig del av somatisk spesialisthelsetjeneste i 2004 og 2005. Kostnadsberegningene er eksklusive kapitalkostnader. Tabeller som viser oversikt over driftskostnader for 2005 inklusive kapitalkostnader vises i avsnitt 6.3.2.

Nasjonale kostnader øker med tre prosent

Fra 2004 til 2005 øker totale driftskostnader i somatisk spesialisthelsetjeneste fra 47,7 mrd kr til 49,1 mrd kr. Dette innebærer en realvekst på tre prosent. Korrigert for befolkningsvekst er realveksten 2,3 prosent.

Inkludering av kapitalkostnader i tabell 6.4 øker totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste med 4,5 mrd kr. Tabell 6.4 viser også at kostnader i privat sektor som ikke er finansiert av helseforetak utgjør om lag 700 mill kr. Når kapitalkostnader, og kostnader i privat sektor som ikke finansieres av helseforetak inkluderes, utgjør nasjonale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste 54,4 mrd kr i 2005.

Kostnadsveksten finansieres i stor grad av økt ISF

Den aktivitetsbaserte finansieringen gjennom ISF øker med 7,3 mrd kr fra 2004 til 2005. Refusjonssatsen i ISF øker samtidig fra 40 prosent i 2004 til 60 prosent i 2005. Gitt samme refusjonssats (og lik prisvekst i enhetsprisen for ISF) ville utbetalinger via ISF økt med 908 mill kr i samme periode. Dette betyr at det har vært en vekst i registrert aktivitet finansiert gjennom ISF.

Tabell 6.2 viser hvordan den totale kostnadsveksten på 1,45 mrd kr har blitt finansiert, forutsatt at refusjonssatsen for ISF er 60 prosent også i 2004. Det framgår at kostnadsveksten i hovedsak finansieres gjennom økte utbetalinger via ISF, men også økt bruk av basisramme. Økningen i basisrammen må også delvis sees i sammenheng med reduksjon av posten andre refusjoner, salgsinntekter med videre. Årsaken til dette er at en del av øremerkede tilskudd som har vært inkludert her i 2004 i SAMDATA for 2005 regnskapsteknisk har blitt inkludert i basisrammen.

Takstene for polikliniske refusjoner ble satt med 5,7 prosent 1. juli 2005. På nasjonalt nivå beregnes en reduksjon på hele 4,4 prosent i polikliniske refusjoner, selv om takstreduksjonen først inntraff etter et halvt år. Dette kan ha sammenheng med redusert poliklinisk aktivitet, eller vridning av poliklinisk aktivitet mot virksomhet som relativt sett har lavere takster.

Egenandelstakstene for polikliniske konsultasjoner økte samtidig per 1. juli 2005 med åtte prosent. En tilsvarende vekst i pasientbetaling fra 2004 til 2005 observeres ikke da finansieringsposten pasientbetaling kun øker med 0,7 prosent.

6.3.1 Nasjonal utvikling kostnader og finansiering 2004 og 2005

Tabell 6.1 Totale driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. 2004 og 2005. Finansiering fordelt på ulike finansieringskomponenter. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Prosentandeler og prosentvis endring av finansieringskomponenter.

	2004		2005		Prosentvis endring 2004-2005
	Mill. Kr.	Prosent-andel	Mill. Kr.	Prosent-andel	
Totale driftskostnader	47 695[2]	100,0	49 140	100,0	3,0
A. Øremerkede aktivitetstilskudd					
Innsatsstyrt finansiering	12 848	26,8	20 180	41,1	57,1
Polikliniske refusjoner	3 532	7,4	3 378	6,9	-4,4
B. Øremerkede rammetilskudd					
Tilskudd til forskning, undervisning og nasjonale kompetansesentra	885	1,8	1 051	2,1	18,7
C. Pasientbetaling	831	1,7	837	1,7	0,7
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	1 890	3,9	1 640	3,3	-13,2
E. Kostnader finansiert av RHF[1]	28 015	57,9	22 054	44,2	-21,3

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C og D. Det vil si at E = Totale driftskostnader – (A + B + C + D). Det er verdt å merke seg at øremerkede tilskudd som i 2004 var inkludert under posten andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv for 2005 regnskapsteknisk i SAMDATA er lagt under kostnader finansiert av RHF.

2 Det gjøres oppmerksom at på at totale driftskostnader for 2004 er korrigert i forhold til hva som ble publisert i SAMDATA somatikk for 2004. Dette skyldes i hovedsak at driftskostnader finansiert av kurpenger fra Rikstrygdeverket ved rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner er ekskludert fra kostnadsgrunnlaget. Dette utgjorde ca 300 mill kr i 2004.

Tabell 6.2 Finansiering av kostnadsvekst fra 2004 til 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Prosentandeler. Refusjonssats ISF forutsettes lik 60 prosent i 2004.

Kostnadsvekst 2004 til 2005:	Mill kr	Prosentandel
SUM	1 445	100,0
Finansiert av:		
A: Innsatsstyrt finansiering, forutsatt 60 prosent I 2004 og 2005	908	62,8
A: Polikliniske refusjoner	-154	-10,7
B: Tilskudd til forskning, undervisning og nasjonale kompetansesentra	166	11,5
C: Pasientbetaling	6	0,4
D: Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	-250	-17,3
E: Driftskostnader finansiert av RHF, forutsatt 60 prosent ISF i 2004 og 2005[1]	771	53,3

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C og D. Det vil si at E = Totale driftskostnader – (A + B + C + D). Det er verdt å merke seg at øremerkede tilskudd som i 2004 var inkludert under posten andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv for 2005 (D) regnskapsteknisk i SAMDATA er lagt under kostnader finansiert av RHF.

6.3.2 Nasjonale kostnader inkludert kapitalkostnader og privat sektor som ikke finansieres av helseforetak

Tabell 6.3 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste. SAMDATA definisjon, samt kapitalkostnader og kostnader ikke finansiert av helseforetak i privat sektor. Millioner kr målt i faste 2005 kr.

	Totale driftskostnader somatisk spesialisthelse-tjeneste
Somatisk spesialisthelsetjeneste	49 140
Tillegg:	
Kapitalkostnader	4 565
Privat sektor ikke finansiert av helseforetak	917
Sum	54 623

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

6.4 Regionale tall

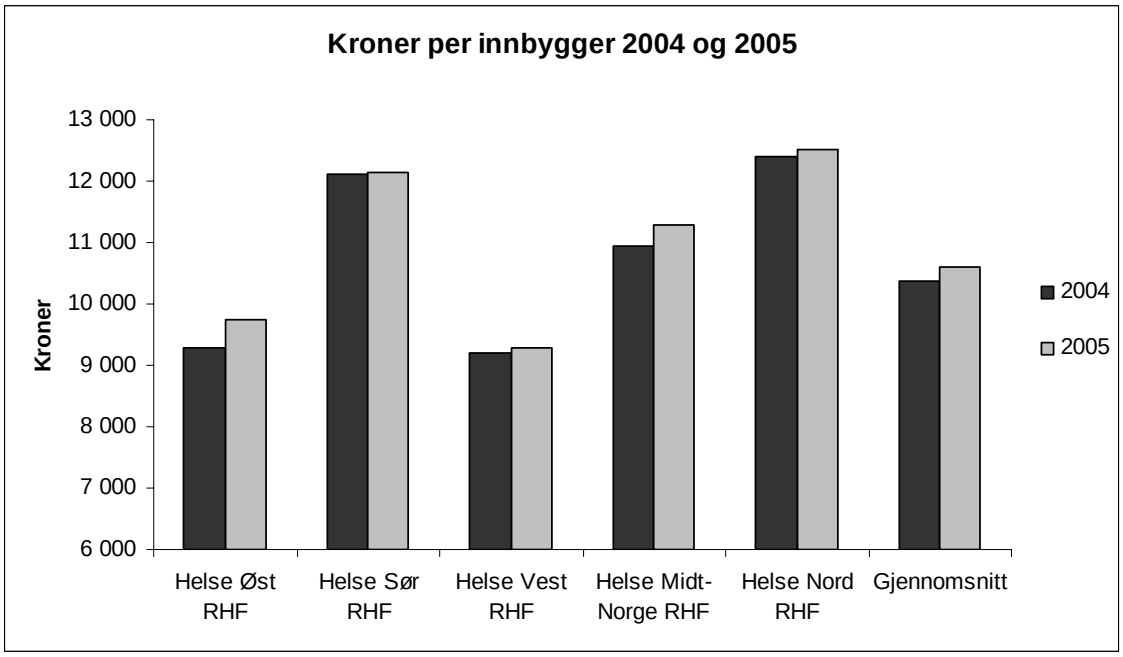
Avsnitt 6.4.1 presenterer tabeller som viser regional utvikling i totale driftskostnader, og avsnitt 6.4.2 inkluderer kapitalkostnader. Tabeller som viser oversikt over utvikling i finansieringskomponenter, samt finansiering av regional kostnadsvekst mellom 2004 og 2005 presenteres i avsnitt 6.4.3.

Fortsatt store regionale variasjoner i nivå på kostnader per innbygger

Det har skjedd en marginal utjevning fra 2004 til 2005 mellom helseregionene av nivå på kostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. Sammenlignet med 2004 har Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord i 2005 et nivå på kostnader per innbygger som er nærmere landsgjennomsnittet. Det motsatte er tilfelle for Helse Vest og Helse Midt-Norge.

Fortsatt ser det slik at Helse Sør, Helse Nord og Helse Midt-Norge har relativt mye høyere kostnader per innbygger til somatisk spesialisthelse sammenlignet med Helse Øst og Helse Vest. Hvis Helse Nord og Helse Vest sammenlignes, er det over 30 prosent forskjell i nivå på kostnader per innbygger. Figur 6.1 nedenfor illustrerer dette.

Figur 6.1 Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2004 og 2005. Kroner målt i faste 2005 kr.



I kostnadsgrunnlaget er kapitalkostnader ekskludert. Det kan stilles spørsmål om inkludering av kapitalkostnader er utjevnende for nivå på kostnader per innbygger når helseregionene sammenlignes. Et argument for dette er at høye driftskostnader kan relateres til gamle, tungdrevne bygg – og motsatt. Tabell 6.9 viser at Helse Sør ved inkludering av kapitalkostnader i 2005 får et kostnadsnivå som er enda lenger over landsgjennomsnittet, mens Helse Øst får et kostnadsnivå som ligger enda lenger under landsgjennomsnittet. Det vil si at for disse to regionene så virker inkludering av kapitalkostnader forsterkende på nivå for kostnader per innbygger. Helse Midt-Norge får et nivå på kostnader som nærmer seg landsgjennomsnittet når kapitalkostnader inkluderes, og er dermed den eneste helseregionen som følger en teori om et inverst forhold mellom kapitalkostnader og øvrige driftskostnader.

Sterk kostnadsvekst i Helse Øst

Helse Øst har en vekst i totale driftskostnader på seks prosent fra 2004 til 2005, mot et landsgjennomsnitt på tre prosent. Dermed vil Helse Øst i stor grad drive den nasjonale kostnadsveksten. Helse Midt-Norge har også en kostnadsvekst som ligger over landsgjennomsnittet, mens Helse Sør, Helse Nord og Helse Vest har en kostnadsvekst under landsgjennomsnittet. Se tabell 6.6 for oversikt over regional kostnadsvekst. Korrigert for befolkningsvekst viser tabell 6.7 at Helse Sør har omtrent uendret nivå på kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste.

Nye kriterier for fordeling av basisramme til de regionale helseforetakene (Hagen-modellen) skal tilsi en gradvis omfordeling av midler til Helse Vest og Helse Midt-Norge. Den sterke kostnadsveksten som finner sted i Helse Øst, og den svake kostnadsveksten i Helse Vest, kan ikke direkte forklares med nye modell for inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene – se stortingsmelding nr 5 2003-2004 fra Helse- og omsorgdepartementet. Imidlertid kan det påpekes at Helse Vest har en relativt sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling fra 2004 til 2005, noe som innebærer at Helse Vest for spesialisthelsetjenesten samlet har en kostnadsvekst som ligger over landsgjennomsnittet.

Kostnadsvekst finansiert av økt bruk av basisramme i Helse Øst og Helse Midt-Norge

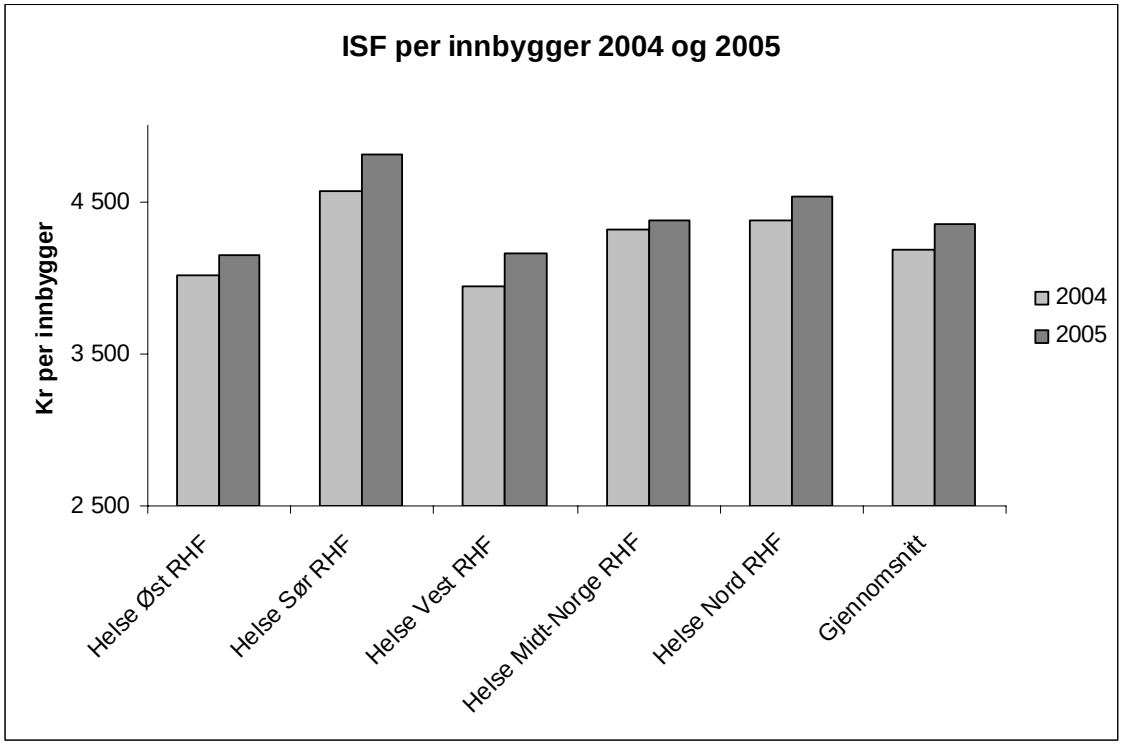
Helse Øst og Helse Midt-Norge er de to regionene som har sterkest kostnadsvekst fra 2004 til 2005. For begge disse to regionene viser tabell 6.16 at kostnadsveksten i sterk grad finansieres av økt bruk av basisramme. Det er nærliggende å stille spørsmål om hvordan Helse Øst i så stor grad kan øke bruken av basisramme til driftskostnader for somatisk virksomhet. Nye kriterier for fordeling av basisramme (Hagen-modellen) skal ikke tilsi store økninger i tildeling av basisramme til Helse Øst. Lave kapitalkostnader i Helse Øst kan tyde på at regionen i større grad prioriterer økning i bruk av driftsmidler utenom kapital.

Reduksjon i bruk av basisramme kompenseres av økt ISF i Helse Sør og Helse Vest

Helse Sør og Helse Vest reduserer bruk av basisramme, men har allikevel kostnadsvekst innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette skyldes at finansieringen via ISF overstiger beregnet kostnadsvekst fra 2004 til 2005, se tabell 6.16. Tabell 6.13 viser også at den relative veksten i utbetalinger via ISF er sterkest i Helse Sør og Helse Vest.

Helse Vest har den sterkeste relative veksten fra 2004 til 2005 i utbetalinger via ISF, mens Helse Sør har den sterkeste veksten absolutte veksten. Helse Sør ligger i utgangspunktet høyest i nivå på utbetalinger via ISF. Figur 6.2 nedenfor illustrerer dette ved å presentere ISF – utbetalinger per innbygger i 2004 og 2005.

Figur 6.2 Utbetalinger per innbygger via finansieringsordningen ISF 2004 og 2005. Kr per innbygger målt i faste 2005 kr. Refusjonssats ISF omregnet til 60 prosent i 2004.

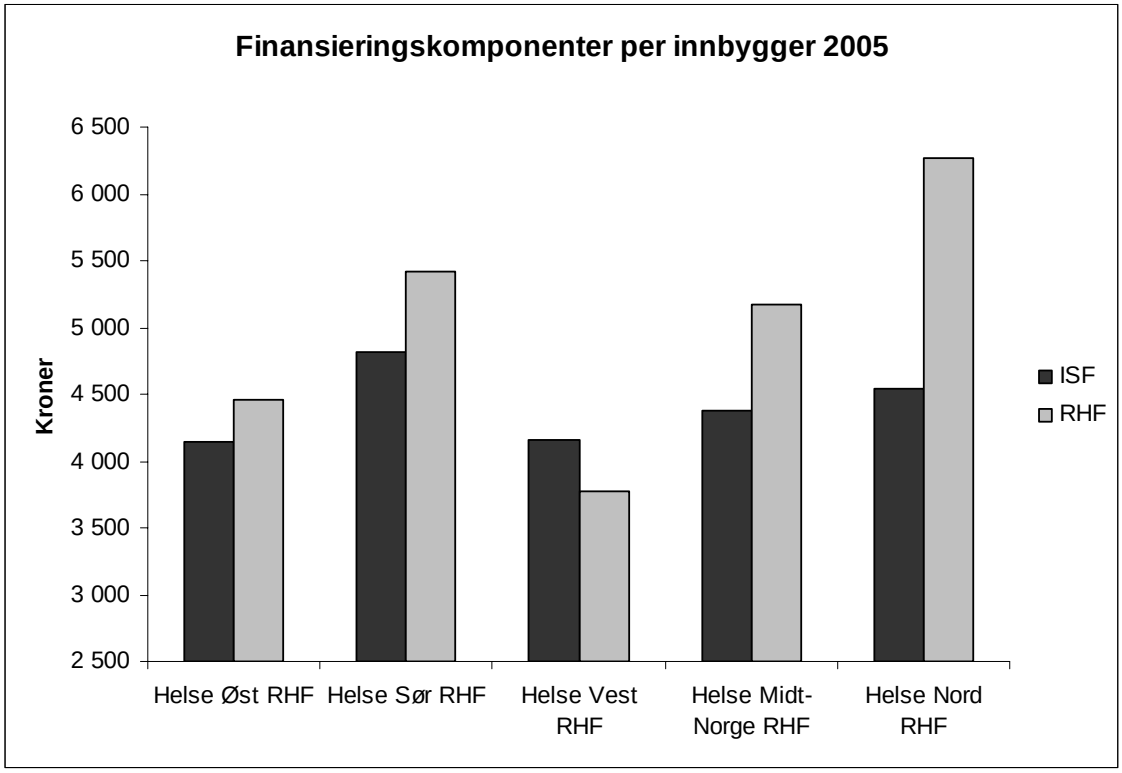


Store regionale variasjoner i bruk av basisramme til somatisk virksomhet

De regioner som har et høyt nivå på kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, har også et høyt nivå på bruk av basisramme til dette tjenesteområdet. Variasjonen i bruk av basisramme er relativt sett sterkere enn variasjonen i nivå på kostnader per innbygger. I særlig grad gjelder dette for Helse Nord. Forskjellen mellom Helse Nord og Helse Vest i bruk

av basisramme til somatisk virksomhet er over 60 prosent. Figur 6.1 nedenfor illustrerer regionale variasjoner i finansieringskomponentene ISF og basisramme.

Figur 6.3 Driftskostnader per innbygger finansiert av Innsatsstyrt finansiering og basisramme fra RHF. Kr per innbygger. 2005. Regionale helseforetak.



Helse Nord har fra 2004 til 2005 hatt en særlig stor reduksjon på tolv prosent i polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket. Tabell 6.24 viser dette. Beregninger i kapittel sju viser at Helse Nord har hatt en svakere vekst i rater for polikliniske konsultasjoner, sammenlignet med Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest. Imidlertid er det nærliggende å tenke at svak aktivitetsvekst må kombineres med vridning av aktivitet mot takster som i gjennomsnitt gir lavere inntekt for at inntektsreduksjonen relativt sett skal bli såpass sterk.

6.4.1 Regional utvikling kostnader 2004-2005

Tabell 6.4 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne foretak og avtaleinstitusjoner (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2004. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Regionale helseforetak.

Region	Egne foretak og avtale-institusjoner (A + B)	Herav tilskudd til avtalespesialister (B)	Netto gjestepasient-oppgjør (C)	Sum somatisk spesialisthelse-tjeneste (A + B + C)
Helse Øst RHF	14 147	202	1 220	15 367
Helse Sør RHF	11 867	59	-1 031	10 836
Helse Vest RHF	8 466	83	251	8 717
Helse Midt-Norge RHF	6 828	40	239	7 067
Helse Nord RHF	5 526	29	208	5 733
Sum	46 834	412	887	47 721[1]

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarhet rundt gjestepasientoppgjøret. Se vedlegg 3.

Tabell 6.5 Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på driftskostnader ved egne foretak og avtaleinstitusjoner (herav tilskudd til avtalespesialister) og netto gjestepasientkostnader. 2005. Millioner kr. Regionale helseforetak.

Region	Egne foretak og avtaleinstitusjoner (A + B)	Herav tilskudd til avtalespesialister (B)	Netto gjestepasient-oppgjør (C)	Sum somatikk (A + B + C)
Helse Øst RHF	14 600	218	1 685	16 284
Helse Sør RHF	11 997	84	-1 080	10 917
Helse Vest RHF	8 652	92	245	8 897
Helse Midt-Norge RHF	7 115	43	208	7 323
Helse Nord RHF	5 511	30	276	5 787
Sum	47 875	466	1 333	49 208[1]

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarhet rundt gjestepasientoppgjøret. Se vedlegg 3.

Tabell 6.6 Totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2004 og 2005. Mill kr målt i faste 2005 kr. Prosentvis endring fra 2004 til 2005. Regionale helseforetak.

Region	Sum somatisk Spesialisthelsetjeneste 2004	Sum somatisk Spesialisthelsetjeneste 2005	Prosentvis endring 2004-2005
Helse Øst RHF	15 367	16 284	6,0
Helse Sør RHF	10 836	10 917	0,8
Helse Vest RHF	8 717	8 897	2,1
Helse Midt-Norge RHF	7 067	7 323	3,6
Helse Nord RHF	5 733	5 787	0,9
Sum	47 721[1]	49 208[1]	3,1

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarhet rundt gjestepasientoppgjøret. Se vedlegg 3.

Tabell 6.7 Totale driftskostnader per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. 2004 og 2005. Kr målt i faste 2005 kr. Prosentavvik fra landsgjennomsnitt. Regionale helseforetak.

Region	2004	Prosentavvik fra gjennom-snittet	2005	Prosentavvik fra gjennom-snittet	Prosentvis endring 2004-2005
Helse Øst RHF	9 366	-10,2	9 741	-8,1	4,9
Helse Sør RHF	12 174	16,8	12 132	14,4	0,2
Helse Vest RHF	9 218	-11,6	9 298	-12,3	1,2
Helse Midt-Norge RHF	11 020	5,7	11 282	6,4	3,1
Helse Nord RHF	12 481	19,7	12 505	17,9	0,9
Sum	10 426	0,0	10 605	0,0	2,4

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

6.4.2 Regionale kostnader inkludert kapitalkostnader 2005

Tabell 6.8 Totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, korrigert for gjestepasientoppgjør. Mill kr. Helseregioner. 2005.

Region	Totale driftskostnader somatisk spesialist - helsetjeneste	Kapitalkostnader	Totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader
Helse Øst RHF	16 284	1 237	17 521
Helse Sør RHF	10 917	1 296	12 213
Helse Vest RHF	8 897	784	9 680
Helse Midt-Norge RHF	7 323	507	7 830
Helse Nord RHF	5 787	499	6 286
Sum	49 208	4 323	53 530

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarhet rundt gjestepasientoppgjøret. Se vedlegg 3.

Tabell 6.9 Totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader per innbygger, korrigert for gjestepasientoppgjør. Kr. Helseregioner 2005.

Region	Totale driftskostnader per innbygger	Prosent-avvik fra gjennom-snittet	Kapital-kostnader per innbygger	Totale driftskostnader per innbygger, inkludert kapital	Prosent-avvik fra gjennom-snittet, inkl kapital
Helse Øst RHF	9 741	-8,1	740	10 482	-9,1
Helse Sør RHF	12 132	14,4	1 440	13 572	17,6
Helse Vest RHF	9 298	-12,3	819	10 117	-12,3
Helse Midt-Norge RHF	11 282	6,4	781	12 063	4,6
Helse Nord RHF	12 505	17,9	1 078	13 583	17,7
Sum	10 605	0	932	11 536	0

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

6.4.3 Regional utvikling finansiering 2004-2005

Tabell 6.10 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. 2005. Millioner kr. Regionale helseforetak.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør	16 284	10 917	8 897	7 323	5 787	49 208[2]
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	6 937	4 329	3 978	2 838	2 099	20 180
Polikliniske refusjoner	974	885	610	539	369	3 377
B. Øremerkede rammetilskudd	243	265	232	167	144	1 051
Tilskudd til forskning, undervisning og nasjonale kompetansesentra	231	200	183	127	96	836
C. Pasientbetaling	443	358	280	295	177	1 553
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	7 457	4 880	3 614	3 356	2 902	22 210
E. Driftskostnader finansiert av RHF[1]	6 937	4 329	3 978	2 838	2 099	20 180

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C og D. Det vil si at E = Totale driftskostnader – (A + B + C + D). Det er verdt å merke seg at øremerkede tilskudd som i 2004 var inkludert under posten andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv for 2005 (D) regnskapsteknisk i SAMDATA er lagt under kostnader finansiert av RHF.

2 Totale driftskostnader summert over regionale helseforetak samsvarer ikke nøyaktig med totale driftskostnader presentert i tabeller for nasjonale tall. Dette skyldes i hovedsak uklarhet rundt gjestepasientoppgjøret. Se vedlegg 3.

Tabell 6.11 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Mill kr. Finansiering prosentvis fordelt på ulike finansieringsposter. 2005. Regionale helseforetak.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør	16 284	10 917	8 897	7 323	5 787	49 208
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	42,6	39,6	44,7	38,8	36,3	41,0
Polikliniske refusjoner	6,0	8,1	6,9	7,4	6,4	6,9
B. Øremerkede rammetilskudd						
Tilskudd til forskning, undervisning og nasjonale kompetansesentra	1,5	2,4	2,6	2,3	2,5	2,1
C. Pasientbetaling	1,4	1,8	2,1	1,7	1,7	1,7
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	2,7	3,3	3,2	4,0	3,1	3,2
E. Driftskostnader finansiert av RHF[1]	45,8	44,7	40,6	45,8	50,2	45,1

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C og D. Det vil si at E = Totale driftskostnader – (A + B + C + D). Det er verdt å merke seg at øremerkede tilskudd som i 2004 var inkludert under posten andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv for 2005 (D) regnskapsteknisk i SAMDATA er lagt under kostnader finansiert av RHF.

Tabell 6.12 Driftskostnader til og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Finansiering fordelt på ulike finansieringsposter. Kr per innbygger. 2005. Regionale helseforetak.

Millioner kroner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør	9 741	12 132	9 298	11 282	12 505	10 605
Finansiert av:						
A. Øremerkede aktivitetstilskudd						
Innsatsstyrt finansiering	4 150	4 810	4 157	4 372	4 536	4 349
Polikliniske refusjoner	582	984	638	830	797	728
B. Øremerkede rammetilskudd						
Tilskudd til forskning, undervisning og nasjonale kompetansesentra	145	295	242	258	310	226
C. Pasientbetaling	138	222	191	196	207	180
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	265	397	293	455	382	335
E. Driftskostnader finansiert av RHF[1]	4 461	5 423	3 777	5 171	6 272	4 786

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C og D. Det vil si at E = Totale driftskostnader – (A + B + C + D). Det er verdt å merke seg at øremerkede tilskudd som i 2004 var inkludert under posten andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv for 2005 (D) regnskapsteknisk i SAMDATA er lagt under kostnader finansiert av RHF.

Tabell 6.13 Totale utbetalinger til helseregionene via finansieringsordningen ISF. 2004 og 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Regionale helseforetak

Region	2004	2005	Prosentvis endring 2004-2005	Prosentvis endring 2004-2005, Korrigert[1)]
Helse Øst RHF	4 427	6 937	56,7	4,5
Helse Sør RHF	2 728	4 329	58,7	5,8
Helse Vest RHF	2 489	3 978	59,8	6,5
Helse Midt-Norge RHF	1 855	2 838	53,0	2,0
Helse Nord RHF	1 349	2 099	55,6	3,7
Sum	12 848	20 180	57,1	4,7

Datakilde: SINTEF Helse PaFi

1) Refusjonssats ISF satt lik 60 prosent i 2004.

Tabell 6.14 Driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste finansiert av regionale helseforetak. 2004 og 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Regionale helseforetak.

Region	2004	2005	Endring
Helse Øst RHF	8 894	7 442	-16,3
Helse Sør RHF	6 294	4 880	-22,5
Helse Vest RHF	4 906	3 614	-26,3
Helse Midt-Norge RHF	4 062	3 356	-17,4
Helse Nord RHF	3 441	2 902	-15,6
Sum	27 597	22 195	-19,6

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

Tabell 6.15 Totale utbetalinger av polikliniske refusjoner fra Rikstrygdeverket til somatisk spesialisthelsetjeneste. 2004 og 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Prosentvis endring. Regionale helseforetak.

Region	2004	2005	Endring
Helse Øst RHF	1 041	974	-6,4
Helse Sør RHF	893	885	-0,8
Helse Vest RHF	614	610	-0,6
Helse Midt-Norge RHF	561	539	-4,0
Helse Nord RHF	422	369	-12,7
Sum	3 531	3 377	-4,4

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

Tabell 6.16 Finansiering av kostnadsvekst fra 2004 til 2005. Millioner kr målt i faste 2005 kr. Refusjonssats ISF forutsettes lik 60 prosent i 2004. Regionale helseforetak.

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum
Kostnadsvekst 2004 til 2005:	917	81	180	256	53	1 487
Finansiert av:						
Innsatsstyrt finansiering, forutsatt 60 prosent . I 2004 og 2005	296	237	244	55	76	908
Tilskudd til forskning, undervisning og nasjonale kompetansesentra	56	19	63	25	3	166
Polikliniske refusjoner	-67	-7	-4	-22	-53	-154
Pasientbetaling	8	-1	10	2	-8	11
Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	-117	12	-50	-18	-94	-268
Driftskostnader finansiert av RHF, forutsatt 60 prosent ISF i 2004 og 2005[1]	741	-178	-83	215	130	824

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Definisjoner: Se vedlegg 3

1 Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C og D. Det vil si at E = Totale driftskostnader – (A + B + C + D). Det er verdt å merke seg at øremerkede tilskudd som i 2004 var inkludert under posten andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv for 2005 (D) regnskapsteknisk i SAMDATA er lagt under kostnader finansiert av RHF.

7 Bruk av sykehustjenester

Pål E. Martinussen

7.1 Formål og datagrunnlag

I dette kapitlet gjennomgås bruken av befolkningens sykehustjenester med utgangspunkt i ”sørge-for”-ansvaret. De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen innenfor sitt område nødvendige spesialisthelsetjenester. I kapitlet presenteres derfor aktivitetstallene for befolkningen i de regionale helseforetakenes og helseforetakenes opptaksområder for 2004 og 2005.

Datagrunnlaget som benyttes er innrapporterte pasientdata til Norsk pasientregister om innleggelser, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner ved somatiske (inkl. private) sykehus. Datagrunnlaget er presentert i nærmere detalj i tabell 7.1. I vedlegg 4 fremgår det hvordan aktivitetstall i SAMDATA avviker fra tall presentert av Statistisk Sentralbyrå og NPR. SAMDATA og NPR opererte i 2004 med samme datagrunnlag i sine fremstillinger av aktivitetsutviklingen, noe som ikke er tilfelle i 2005. Dette skyldes at i SAMDATA inkluderes regionenes kjøp av dagkirurgiske operasjoner til avtalespesialister i 2005 (og tidligere år). En oversikt over institusjoner som inngår i grunnlaget for den enkelte region fremgår i vedlegg 1. Da det ikke foreligger komplette data for hele spesialisthelsetjenesten som kan anvendes, er ikke aktiviteten hos private avtalespesialister inkludert i fremstillingene. Data fra opptreningsinstitusjonene er heller ikke inkludert i dette kapitlet. Det vises til kapittel 3 hvor aktiviteten ved opptreningsinstitusjoner og til avtalespesialister sammenholdes med aktiviteten på sykehusene.

I de tabellene der det er naturlig presenteres forbruksrater per 1 000 innbyggere sammen med antall opphold. Kjønns- og aldersstandardiserte rater for samme tabeller er presentert i appendiks.

7.2 Fortsatt økt aktivitet fra 2004 til 2005

7.2.1 Økning i opphold ved offentlige og private sykehus

Aktivitetsveksten i den somatiske spesialisthelsetjenesten fortsetter i perioden 2004-2005. Som tabell 7.1 og 7.2 viser, økte totalt antall sykehusopphold fra 1 308 852 til 1 368 720, noe som gir en økning på nesten 60 000 opphold og en prosentvis endring på 4,6. Av denne veksten sto døgnopphold for 13 991 opphold og dagbehandlinger for 45 877 opphold; dvs. henholdsvis 1,7 og 9,8 prosent. Veksten i perioden 2004-2005 ligger på omtrent samme nivå som for 2003-2004, da økningen var på 4,3 prosent totalt, med 1,6 prosents økning i døgnopphold og 9,8 prosents økning i dagbehandlinger (Jørgenvåg, 2005). Det er dermed en utflating i aktivitetsveksten i forhold til det første året etter reformen, da veksten var større enn noensinne, med en økning i samlet antall opphold på i alt 9,1 prosent, fordelt på døgnopphold og dagbehandlinger med henholdsvis 5,3 og 17,3 prosent (Huseby, 2004). Likevel er aktivitetsveksten betydelig sett i forhold til at det i bestillerdokumentene til de

regionale helseforetakene er lagt opp til at aktiviteten i 2005 skulle være på samme nivå som i 2004. Polikliniske konsultasjoner økte fra 2004 til 2005 med 2,5 prosent; fra 3 374 388 til 3 458 478 konsultasjoner.

Aktivitetsøkningen fra 2004 til 2005 har funnet sted både ved helseforetakene i regionene og ved private sykehus. I helseforetakene økte døgnoppholdene med 1,6 prosent og dagbehandlingene med 9,2 prosent. Aktivitetsveksten i døgnoppholdene var dermed nøyaktig den samme som for 2003-2004, og noe høyere for dagbehandling (7,2 prosent i 2003-2004). Aktivitetsveksten i RHF'ene var derfor totalt sett større i 2004-2005 enn i 2003-2004: 4,3 prosent mot 3,4 prosent. I private sykehus økte antall opphold fra 43 309 i 2004 til 49 172 i 2005; dvs. med 5 863 opphold. Denne økningen tilsvarer en vekst på 13,5 prosent, og er omtrent en tredjedel av den totale private aktivitetsveksten i 2003-2004, da den var på 35,5 prosent (Jørgenvåg, 2005). Private sykehus sto for 9,8 prosent av den totale aktivitetsveksten i perioden 2004-2005, mot 23 prosent i perioden før. Imidlertid skyldes den sterke private veksten fra 2003 til 2004 hovedsakelig økningen i antall private sykehus som ble offentlig godkjente sykehus. Økningen i døgn- og dagbehandling i private sykehus i 2004-2005 var på henholdsvis 5,3 og 23,3 prosent. Den private aktivitetsveksten i dagbehandlinger er dermed mer moderat enn den som fant sted fra 2003 til 2004: mens dagbehandlinger ved private sykehus økte med hele 85,2 prosent fra 2003 til 2004 (Jørgenvåg, 2005), var tilsvarende økning altså under en tredjedel av dette fra 2004 til 2005.

Et annet aktivitets og ressursmål på bruk av sykehustjenester er korrigerte DRG-poeng (benevnes heretter som DRG-poeng), og disse er presentert i tabell 7.4. Fra 2004 til 2005 økte DRG-produksjonen i sykehusene med 40 995 poeng; dvs. med nesten 4 prosent. Korrigert for befolkningsutvikling er økningen på 3,1 prosent. Den faktiske DRG-produksjonen øker mest innenfor dagbehandling, der den prosentvise veksten er på 8.1, mens tilsvarende økning for døgnopphold er på 3.2 prosent. Endringen i forbruksrater er noe lavere; 6,1 prosent for dagbehandling og 2,1 prosent for døgnopphold.

I tabell 7.5 er produksjonen av DRG-poeng også brutt ned per opphold og per liggedag. Produserte DRG-poeng per opphold tilsvarer den såkalte DRG-indeksen, og har som vi ser gått ned med knapt 1 prosent; fra 0,80 til 0,79.

7.2.2 Store forskjeller i aktivitetsvekst mellom helseregionene…

Det er fortsatt store forskjeller i bruk av sykehustjenester mellom helseregionene (tabell 7.2). I absolutte tall er det helseregion Vest som har hatt den største økningen med totalt 16 254 opphold og 6,4 prosent. Mye av denne økningen skyldes at regionen har den sterkeste veksten i dagbehandlinger av alle regionene, på hele 14,5 prosent. Den faktiske totalveksten er lavest i helseregion Midt-Norge og helseregion Nord, der antall opphold økte med 2 032 og 2 461; henholdsvis 1,1 og 1,7 prosent.

Tabell 7.3 viser aktiviteten i sykehusene som forbruksrater per 1 000 innbyggere, og det er i 2005 fortsatt helseregion Sør og helseregion Nord som har flest opphold i forhold til folketallet; henholdsvis 331 og 311 opphold per 1 000 innbyggere. Førstnevnte region ligger på topp når det gjelder raten for døgnopphold, men helseregion Sør har den høyeste raten for dagbehandlinger. Målt som samlet antall opphold per 1 000 innbyggere er det helseregion Øst som har de laveste forbruksratene, både for døgnopphold og dagbehandling. Når det gjelder endring i forbruksrater fra 2004 til 2005 hadde både helseregion Sør og helseregion Vest en økning i totalt antall opphold per 1 000 innbyggere på over 5 prosent, mens helseregion Øst hadde en vekst på 4,2 prosent. I helseregion Nord økte samlet forbruksrate med 1,7 prosent, mens veksten var minst i helseregion Midt-Norge, med en økning på 0,6 prosent i antall opphold per 1 000 innbyggere.

For polikliniske konsultasjoner er det helseregion Midt-Norge og helseregion Nord som utmerker seg med det høyeste forbruket: mens raten for befolkningene i de andre regionene ligger på mellom 699 og 726 konsultasjoner per 1 000 innbyggere, er den på 830 konsultasjoner i helseregion Midt-Norge og 879 konsultasjoner i helseregion Nord. Det er

imidlertid de tre andre regionene som har størst økning fra 2004 til 2005: antall konsultasjoner per 1 000 innbyggere økte med 3,1 prosent i helseregion Øst, 2,5 prosent i helseregion Vest og 1,9 prosent i helseregion Sør. Tilsvarende endringer i helseregion Nord og helseregion Midt-Norge var på henholdsvis 1 og -1,4 prosent. Det er imidlertid verdt å merke seg at omfanget av polikliniske konsultasjoner nødvendigvis vil avspeile tilgangen på private avtalespesialister, noe som til dels vil bidra til å forklare de regionale variasjonene (se kapittel 3).

Et annet viktig moment når man sammenligner regionale forskjeller i forbruk av sykehustjenester er omfanget av dialyse, kjemoterapi og rehabilitering. Bruken av dagbehandling er spesielt følsomt i forhold til denne typen behandlinger, siden disse gruppene kjennetegnes ved at det er mange behandlinger per pasient. Betydningen av disse diagnosegruppene kommer tydelig fram i tabell 7.6, der bruk av sykehustjenester i regionene er presentert eksklusive opphold for dialyse, kjemoterapi og rehabilitering. Mens det er store regionale forskjeller i dagbehandlinger når disse gruppene er inkludert – med forbruksrater som varierer mellom 102 og 137 (tabell 7.3) – blir disse forskjellene nå langt mindre framtredende: med dialyse, kjemoterapi og rehabilitering unntatt fra tallmaterialet varierer forbruksratene bare mellom 54 og 65. I tillegg avdekker tabell 7.6 den forholdsvis store andelen av opphold innenfor de nevnte diagnosegruppene i helseregion Sør: denne regionen skiller seg nemlig ut med en langt høyere forbruksrate enn de andre regionene når dialyse, kjemoterapi og rehabilitering er inkludert, mens det er helseregion Vest som ligger høyest i tabell 7.6.

De regionale forskjellene avspeiles også i DRG-poeng (tabell 7.4). Helseregion Sør har flest DRG-poeng per 1 000 innbyggere (255), mens helseregion Øst og helseregion Vest har færrest (223), noe som selvsagt reflekterer at dette er regionene med henholdsvis flest og færrest opphold i forhold til folketallet. Når det gjelder endringer fra 2004 til 2005, er veksten i rater størst i helseregion Vest (5,2 prosent) og minst i helseregion Midt-Norge (1,3 prosent). Størst forskjeller er det innenfor dagbehandling, der endringen i produserte DRG-poeng i forhold til befolkning varierte fra 15,2 prosent i helseregion Vest og -5,6 prosent i helseregion Midt-Norge. Helseregion Øst har også hatt en relativt stor økning innenfor dagbehandling, med over 10 prosent flere produserte DRG-poeng per 1 000 innbyggere i 2005. Forskjellene er mindre framtredende når det gjelder døgnopphold, der det har vært en vekst i alle regioner på mellom 1,6 (helseregion Øst) og 3,4 prosent (helseregion Vest).

7.2.3 …og store forskjeller innad i de enkelte regionene

Det er ikke bare *mellom* helseregionene at det er store forskjeller i aktivitet, men også *innad* i de enkelte regionene (tabell 7.11). I helseregion Øst, som med en forbruksrate på 278 hadde færrest opphold i forhold til folketallet av regionene i 2005, hadde f.eks. Innlandet en forbruksrate på 300, mot 259 i Asker og Bærum; dvs. en forskjell på nesten 16 prosent i opphold per 1 000 innbyggere. Enda større er forskjellene i helseregion Sør, som har flest opphold etter befolkning: med en forbruksrate på 443 hadde Telemark nesten 60 prosent flere opphold per 1 000 innbyggere enn både Ringerike og Buskerud. Telemark er for øvrig det helseforetak som hadde høyest forbruksrate både i 2004 og 2005, og som også opplevde den sterkeste økningen fra 2004 til 2005. I helseregion Vest er forskjellen mellom helseforetakene med lavest (Stavanger) og høyest (Førde) forbruksrate nesten 20 prosent, mens forskjellene er minst i helseregion Midt-Norge og helseregion Nord, med henholdsvis 10 prosent i førstnevnte og 15 prosent i sistnevnte.

Det er også forskjeller innad i regionene når det gjelder *endring* i forbruksrater fra 2004 til 2005. I helseregion Øst hadde Østfold en økning i antall opphold per 1 000 innbyggere på 1,5 prosent, mens den var på 5,6 prosent i Innlandet. I helseregion Sør er Telemark allerede nevnt, med en økning i opphold per 1 000 innbyggere på hele 13,6 prosent, mens tilsvarende tall for Buskerud var på 1,6 prosent. Forskjellene er noe mindre både i helseregion Vest og helseregion Nord, der endringene i forbruksrater varierer henholdsvis fra 3,4 til 7,4 prosent og -1,4 til 3,5 prosent. I helseregion Midt-Norge skiller Nord-Trøndelag seg ut med en vekst på 4,8 prosent i antall opphold per 1 000 innbyggere, mens de tre

øvrige helseforetakene i regionen i praksis har nullvekst eller nedgang i antall opphold i forhold til folketall.

7.3 Utvikling i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp

Hvordan fordeler så aktivitetsøkningen i sykehusene i perioden 2004-2005 seg etter innleggelsesmåte? Som tabell 7.7 viser, har det vært en økning både i elektive opphold og opphold innenfor øyeblikkelig hjelp. I 2005 var det totalt 49 500 flere elektive opphold enn i 2004, noe som innebærer en økning på 6,7 prosent. Opphold innenfor øyeblikkelig hjelp økte med 13 046 fra 2004 til 2005; dvs. med 2,5 prosent. Tilsvarende økning i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp for perioden 2003-2004 var på henholdsvis 4,7 prosent og 3 prosent.

Med unntak av i helseregion Midt-Norge har det vært en økning i elektive opphold i alle regioner. Målt som forbruksrater per 1 000 innbyggere har økningen vært størst i helseregion Vest, med en endring på 13,9 prosent, etterfulgt av helseregion Øst og helseregion Sør med henholdsvis 7,4 og 4,7 prosent flere opphold per 1 000 innbyggere. I Helseregion Nord var antall elektive opphold i forhold til folketallet så godt som uendret (0,6 prosent), mens helseregion Midt-Norge altså opplevde en nedgang på 2,5 prosent.

Mens økningen i elektive opphold var større enn øyeblikkelig hjelp både i helseregion Øst, helseregion Sør og helseregion Vest, er bildet motsatt for helseregion Midt-Norge og helseregion Nord. I helseregion Øst var det ingen endring i antall opphold per 1 000 innbyggere til øyeblikkelig hjelp, i helseregion Vest var det en nedgang på 1,7 prosent, og i helseregion Sør en økning på 5,4 prosent. I helseregion Midt-Norge økte forbruksraten for øyeblikkelig hjelp med 6,5 prosent og i helseregion Nord med 3,2 prosent.

Om man videre splitter opp elektive opphold og øyeblikkelig hjelp i kirurgiske og medisinske DRG'er, er økningen i elektive opphold større innenfor medisinske enn kirurgiske DRG'er (tabell 7.8). Dette samsvarer med endringen fra 2002-2004. I faktiske tall økte opphold innen elektive medisinske DRG'er med 35 594, noe som tilsvarer 8,5 prosent. Tilsvarende tall for elektive kirurgiske DRG'er er 14 196 opphold og 4,5 prosent.

Også innenfor opphold relatert til øyeblikkelig hjelp finner vi et tilsvarende bilde: mens opphold innenfor kirurgiske DRG'er sank med 0,5 prosent (402 opphold), økte oppholdene innenfor medisinske DRG'er med 3,4 prosent (14 499 opphold).

Økningen i elektive opphold innenfor medisinske DRG'er er større enn kirurgiske DRG'er i alle helseregioner. Veksten er størst i helseregion Vest med 10,7 prosent flere opphold per 1 000 innbyggere, og minst i helseregion Midt-Norge med 1,9 prosent flere opphold. Det er også store regionale forskjeller innenfor kirurgiske DRG'er av elektive opphold: mens helseregion Midt-Norge hadde en nedgang i forhold til folketallet på 4,1 prosent, økte forbruksraten i helseregion Vest med 9 prosent.

For øyeblikkelig hjelp er det en økning innenfor medisinske DRG'er i alle regioner, varierende fra 1,4 prosent i helseregion Øst til 4,5 prosent i helseregion Midt-Norge. For kirurgiske DRG'er relatert til øyeblikkelig hjelp er bildet motsatt: med unntak for helseregion Midt-Norge, som hadde en økning på 4,4 prosent, har antallet slike opphold per 1 000 innbyggere gått ned med mellom 0,9 og 3,4 prosent.

7.4 Utviklingen i liggedøgn

Utviklingen i liggetid avspeiler aktivitetsøkningen ved de somatiske sykehusene i perioden 2004-2005: totalt antall liggetid økte nemlig med 52 830 døgn, noe som tilsvarer en vekst på 1,1 prosent (tabell 7.9). Et bedre inntrykk av utviklingen får man imidlertid ved å se på liggetidsraten, som tar hensyn til befolkningstallet, og denne økte samlet sett fra 1 051 til 1 054, dvs. med bare 0,3 prosent. Utviklingen i liggetid er dermed motsatt av for 2003-2004, da den samlede liggetidsraten gikk ned med 1,3 prosent.

Det har vært en økning i liggetidsraten i alle regioner med unntak av helseregion Midt-Norge, der den gikk ned med 1,7 prosent. At vi finner en nedgang her henger nok dels sammen med at helseregion Midt-Norge, som vi har sett, også skiller seg ut med en lavere aktivitetsvekst enn de andre regionene. I helseregion Nord økte liggetidsraten med 1,9 prosent, mens veksten var under 1 prosent i de tre resterende regionene. At det er helseregion Øst som i 2005 har den laveste samlede liggetidsraten er i samsvar med tidligere år, og må tilsvarende ses i sammenheng med at regionen er den med lavest aktivitet i forhold til folketallet. Gjør vi en lignende sammenligning av aktivitet og liggetidsrater også for de andre regionene avdekkes et annet interessant poeng: Helseregion Sør har i 2005 2 prosent lavere liggetidsrate enn helseregion Midt-Norge og 2,9 prosent lavere liggetidsrate enn helseregion Nord, til tross for at regionen har størst aktivitet av alle, og henholdsvis 13,3 og 6 prosent større aktivitet enn i de to nevnte regioner. Årsaken til dette er omfanget av dagbehandling som er høyest i helseregion Sør, sammenlignet med de andre regionene.

Tabell 7.9 viser også liggetidsrater i regionene fordelt på elektive opphold og øyeblikkelig hjelp. Som det fremgår, skyldes reduksjonen i samlet liggetidsrate i helseregion Midt-Norge at regionen hadde 7,5 prosent lavere liggetid for elektive opphold. Tilsvarende tall for helseregion Nord er -3,1 prosent, mens både helseregion Øst og helseregion Sør hadde en nedgang på rundt 2 prosent. Helseregion Vest skiller seg dermed fra de øvrige regionene med en *økning* i liggetidsrate per 1 000 innbyggere på over 2 prosent.

Helseregion Vest skiller seg også fra de øvrige regionene når det gjelder opphold innenfor øyeblikkelig hjelp, men da med motsatt fortegn: mens liggetidsraten gikk ned med 2,6 prosent i helseregion Vest fra 2004 til 2005, opplevde de andre regionene en økning i størrelsesorden 0,4-5,2 prosent. Det samme mønsteret finner vi også for liggetidsrater for døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen medisinske DRG'er.

7.5 Aktivitetsutvikling etter hovedkapitlene i ICD-10

Et vesentlig spørsmål når det gjelder aktivitetsendringer og forskjeller i bruk av helsetjenester er selvsagt innenfor hvilke pasientgrupper de største endringene har skjedd. I tabell 7.10 er derfor opphold i 2005 rapportert etter hovedkapitler i IDC-10, samt endringer fra 2004 til 2005. De kapitler med flest opphold (døgnopphold og dagbehandling) i 2005 er:

- 'Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten' (344 548 opphold)
- 'Sykdommer i sirkulasjonssystemet' (135 646 opphold)
- 'Svulster' (104 282 opphold)
- 'Sykdommer i muskel, skjelett og bindevev' (102 682 opphold)

Når det gjelder endringer fra 2004 til 2005, finner vi størst faktisk vekst i følgende kapitler:

- 'Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten' (25 961 opphold – 8 prosent)
- 'Sykdommer i åndedrettssystemet' (7 428 opphold – 10 prosent)
- 'Sykdommer i øyet og øyets omgivelser' (5 192 opphold – 10 prosent)
- 'Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn' (4 232 opphold – 7 prosent)

I tillegg har det vært en vekst fra 2004 til 2005 i størrelsesorden 6-7 prosent innefor kapitlene 'Visse infeksjons- og parasittsykdommer', 'Sykdommer i blod, bloddannede organ og immunforsvaret', 'Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser'.

I det følgende gis en nærmere beskrivelse av de fire ovennevnte hovedkapitlene med størst vekst fra 2004 til 2005 i forhold til diagnosekoder, behandling ved offentlige eller private

sykehus, og døgn- og dagbehandling. Tallene som refereres til er ikke presentert i egne tabeller.

7.5.1 Fortsatt vekst i rehabilitering, kjemoterapi og dialyse

Innenfor hovedkapittel 'Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten' er det pasientgruppene registrert med kjemoterapi, rehabilitering og dialyse som har økt mest. Det er diagnosekoden 'Vanlig rehabilitering' (Z50.89) som har hatt størst faktisk vekst: denne pasientgruppen hadde en økning på 16 286 opphold (30.5 prosent) fra 2004 til 2005. Videre bidro diagnosekode 'Fremmøte til kjemoterapi for svulst, uspesifisert' (Z51.10) med en økning på 7 408 opphold (21.4 prosent), mens diagnosekode 'Fremmøte til kjemoterapi for svulst, kjemoterapeutika Gruppe I' (Z51.11) sto for en økning på 5 003 opphold (49,2 prosent). Innenfor diagnosekode 'Ekstrakorporeal dialyse' (Z49.1) var det en økning på 6 909 opphold (7,4 prosent). Til sammen sto rehabilitering, kjemoterapi og dialyse dermed for en vekst på 35 606 opphold fra 2004 til 2005. Dette er de samme pasientgruppene som utmerket seg med størst vekst i 2003-2004 (Jørgenvåg, 2005).

Veksten i hovedkapitlet 'Sykdommer i åndedrettssystemet' skyldes hovedsaklig en økning av registreringer innen pneumoni. For diagnosekode 'Uspesifisert bakteriell pneumoni' (J15.9) var det 2 536 (19,5 prosent) flere opphold i 2005 enn i 2004, mens 'Uspesifisert pneumoni' (J18.9) økte med 1 282 (31,3 prosent) opphold.

Hovedkapittel 'Sykdommer i øyet og øyets omgivelser' domineres av opphold relatert til grå stær, og det har også vært en sterk vekst her: diagnosekode 'Uspesifisert aldersbetinget grå stær' (H25.9) økte fra 2004 til 2005 med 1 242 opphold (10,9 prosent); fra 11 383 til 12 625 opphold. En omtrent like stor økning var det innenfor diagnosekode 'Løs hud (*cutis laxa*) på øyelokk (H02.3), med 1 119 flere opphold, men en langt høyere prosentvis vekst (30,6 prosent). Størst prosentvis endring finner vi innenfor diagnosekode 'Diabetisk retinopati' (H36.0), som med en økning fra 659 til 1 360 dermed hadde mer enn 100 prosents vekst. Størst faktisk vekst var det innenfor diagnosekode 'Degenerasjon av makula og bakre pol' (H35.3), med 1 915 flere opphold (63,7 prosent).

De to største pasientgruppene innenfor hovedkapittel 'Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn' er registreringer knyttet til hals- og brystsmerter og buk- og bekkensmerter, og i likhet med 2003-2004 er det også her vi finner den største økningen i opphold fra 2004 til 2005: diagnosekode 'Uspesifisert brystsmerte' (R07.4) økte fra 10 337 til 11 774 opphold (13,9 prosent), mens diagnosekode 'Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken' (R10.4) økte fra 7 799 til 8 173 opphold (4,8 prosent).

7.5.2 Økt behandling av øyesykdommer i private sykehus

Hvordan fordeler så veksten i hovedkapitlene i ICD-10 seg på offentlig og privat aktivitet? Har det vært en vridning fra offentlige til private sykehus? Så godt som alle opphold kodet innenfor hovedkapitlene 'Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn' og 'Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten' foregår i offentlige sykehus.

Antallet behandlinger i privat sektor relatert til åndedrettssystemet er relativt stabilt: 4 906 opphold i 2004 og 5 042 opphold i 2005. Private kommersielle sykehus sto for 3 prosent og avtalespesialistene (som inngår i ISF) for i underkant av 2 prosent av alle opphold innenfor dette hovedkapitlet begge år. Både kommersielle sykehus og avtalespesialister har sin hovedaktivitet knyttet til forstyrrelser i nese og nesebihuler (J34). I tillegg er det en stor andel opphold for mandeloperasjoner (J35.0) i de kommersielle sykehusene. Dette bildet holder seg uforandret fra 2004 til 2005.

Den største endringen i forholdet privat og offentlig aktivitet finner vi innenfor hovedkapitlet for øyebehandling, hvor det har skjedd en vridning fra offentlig til privat behandling fra 2004 til 2005. Mens private kommersielle sykehus i 2004 hadde 4 257 opphold og en andel på 8,2 prosent av alle behandlinger innen hovedkapitlet, var denne andelen 7 081 opphold og 12,4

prosent i 2005. Det var med andre ord en 66,3 prosents økning i opphold i private kommersielle sykehus i perioden 2004-2005. Veksten er hovedsakelig å finne innenfor behandling av sykdommer i netthinne, der antall opphold økte med 96,6 prosent – fra 1 646 til 3 181 opphold – innen diagnosekode 'Degenerasjon av makula og bakre pol' (H35.3). Det har også vært en økning på 43,5 prosent i behandlinger for øyelokktilstander (H02.3), i tillegg til at private kommersielle sykehus hadde 441 opphold for diagnosekode 'Diabetisk retinopati' (H36.0) mot 0 opphold året før.

7.5.3 Vekst i dagbehandling

Et annet spørsmål er hvordan aktivitetsøkningen fordeler seg på døgnopphold og dagbehandling. Innenfor ICD-10 hovedkapittel 'Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten' har det vært en forskyvning i favør dagbehandling på 12,2 prosent (28 544 opphold); fra en andel dagbehandling på 73,2 prosent (233 311 opphold) i 2004 til 76 prosent (261 855 opphold) i 2005. Dette skyldes først og fremst at flere opphold for dialyse, rehabilitering og kjemoterapi foregikk som dagbehandling i 2005. Trenden fra 2003-2004 med økt bruk av dagbehandling for disse pasientgruppene fortsetter dermed. Den største faktiske økningen fant sted innenfor vanlig rehabilitering (Z50.89): mens det var 44 909 tilfeller av dagbehandling i 2004 var denne andelen økt til hele 60 118 i året etter, dvs. mer enn 1/3 økning. Innen kjemoterapi (Z51.10) og dialyse (Z49.1) var tilsvarende vekst på henholdsvis 7 216 (21,7 prosent) og 6 901 (7,4 prosent) opphold. Bruken av dagbehandling har også økt i andre diagnosekoder for kjemoterapi: både innenfor Z51.11, Z51.12 og Z51.2 har det vært en vekst på mellom 47 og 48 prosent.

For de tre øvrige hovedkapitlene innenfor ICD-10 med størst vekst har endringene i forholdet mellom andel dagbehandling og døgnopphold vært mindre. For sykdommer i åndedrettssystemet (ICD-10 hovedkapittel 10) er forholdet mellom døgnopphold og dagbehandling omtrent det samme i 2004 og 2005: 83 prosent døgnopphold og 17 prosent dagbehandling. Det har imidlertid vært en økning i dagbehandling på 10,6 prosent, uten at noen pasientgrupper skiller seg ut med spesielt sterk vekst. Innenfor hovedkapittel 18 ('Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn') har det også kun vært en marginal forskyvning fra døgnopphold til dagbehandling, tross en økning i dagbehandling på 5,7 prosent. For øyerelaterte sykdommer (ICD-10 hovedkapittel 7) har antall dagbehandlinger steget fra 42 327 til 46 780, som innebærer en økning på 10,5 prosent. Veksten har hovedsakelig kommet innen behandlinger for tilstander i øyelokk (H02.3), grå stær (H25.9) og sykdommer i netthinne (H35.3). Veksten innefor disse pasientgruppene var på henholdsvis 31, 14,7 og 123,6 prosent. Andelen dagbehandling innenfor hovedkapitlet økte likevel bare fra 81,6 til 82 prosent i samme periode.

7.6 Eldres bruk av sykehustjenester

Bruken av sykehustjenester er høyere blant eldre enn yngre pasienter, og de eldste pasientene har i tillegg gjerne mer kompliserte lidelser og sykdommer, behov for andre typer behandling, lengre liggetid, og andre innleggelsesmønstre (Huseby, 2004). I SAMDATA følger vi derfor utviklingen i bruk av sykehustjenester i denne gruppen. I tillegg er bruken av sykehustjenester blant eldre i Norge i forhold til andre skandinaviske land presentert i egen rapport (Huseby, 2005).

I 2005 var det 16 056 flere opphold i aldersgruppen over 80 år enn i 2004, noe som tilsvarer en økning på 9 prosent (tabell 7.16). Eldres bruk av sykehustjenester økte dermed enda mer enn i 2003-2004, da veksten var på 6,1 prosent (Jørgenvåg, 2005). Forbruksveksten i denne aldersgruppen ligger betydelig høyere enn for befolkningen som helhet, som hadde en økning på 4,6 prosent. Korrigert for befolkningsutvikling var veksten i opphold blant eldre over 80 år på 7,6 prosent i 2004-2005, mot 4,2 prosent i 2003-2004. Veksten fordeler seg på elektive døgnopphold og døgnopphold for øyeblikkelig hjelp med henholdsvis 4,3 og 4,7 prosent.

Det er betydelige forskjeller i forbruksrater for denne aldersgruppen, og det er fortsatt helseregion Sør som har flest opphold per 1 000 innbyggere. Selv om alle regioner opplevde vekst i eldres bruk av sykehustjenester, er det forskjeller også her: mens helseregion Sør hadde 12,6 prosent flere opphold per 1 000 innbyggere i 2005, var økningen på bare 2,3 prosent i helseregion Nord. For helseregion Øst var tilsvarende tall 6,4 prosent, for helseregion Vest 8 prosent, og for helseregion Midt-Norge 5,7 prosent.

Økningen i liggetidsraten for eldre over 80 år er på 3,8 prosent fra 2004 til 2005, og på 2,5 prosent korrigert for befolkningsutvikling (tabell 7.17). Her skiller helseregion Midt-Norge seg ut som den eneste regionen med en nedgang i liggetidsrate per 1 000 innbyggere. Mens det for elektive døgnopphold har vært en marginal nedgang i liggetidsrate for eldre over 80 år korrigert for befolkningsutvikling, er det en økning på 2,2 prosent for døgnopphold innenfor øyeblikkelig hjelp.

I tabell 7.18 presenteres en indikator for relativt sykehusbruk blant eldre, som viser ratioen mellom eldres bruk av sykehustjenester (definert som liggedøgn) og eldres andel av befolkningen. Mens denne ratioen var uforandret fra 2003 til 2004 (Jørgenvåg, 2005), er det en økning på 2,2 prosent fra 2004 til 2005. For Helseregion Vest er de eldres andel av liggedøgnene mer enn fem ganger så høyt som deres andel av befolkningen, mens de for alle de resterende regionene er over fire ganger så høyt. Med unntak av Helseregion Midt-Norge, som har hadde en marginal nedgang i relativt sykehusbruk blant eldre, har det vært en økning i alle regioner. Økningen er størst i Helseregion Nord (4,0 prosent) og minst i Helseregion Øst (1,5 prosent).

Tabell 7.21 avdekker at det også er store forskjeller mellom helseforetaksområdene når det gjelder relativt sykehusbruk blant eldre. Høyest andel finner vi i 2005 i Stavanger, der de eldres andel av liggedøgnene på sykehuset er nesten seks ganger så høyt som de eldres andel av befolkningen, men også Asker og Bærum, Hovedstadsområdet, Bergen, St. Olavs Hospital og UNN har ratioer på over 5. I motsatt ende finner vi Innlandet, Vestfold, Sørlandet, Nordmøre og Romsdal og Finnmark med ratioer på under 4.

Tabell 7.1 Prosentvis endring i antall opphold 2004-2005 etter oppholdstype og regionalt helseforetak.

Regionalt helseforetak	Type opphold	2004	2005	% endring
Helse Øst RHF	Døgnopphold	250 111	256 084	2,4
	Dagbehandling	128 655	145 048	12,7
	Totalt	378 766	401 132	5,9
Helse Sør RHF	Døgnopphold	200 264	203 015	1,3
	Dagbehandling	129 288	139 442	7,9
	Totalt	329 552	342 457	3,9
Helse Vest RHF	Døgnopphold	163 587	166 820	2,0
	Dagbehandling	85 869	95 571	11,3
	Totalt	249 456	262 391	5,2
Helse Midt-Norge RHF	Døgnopphold	114 941	115 686	0,6
	Dagbehandling	57 666	61 506	6,7
	Totalt	172 607	177 192	2,7
Helse Nord RHF	Døgnopphold	88 283	88 343	0,1
	Dagbehandling	46 879	48 033	2,5
	Totalt	135 162	136 376	0,9
RHF'ene totalt	Døgnopphold	817 186	829 948	1,6
	Dagbehandling	448 357	489 600	9,2
	Totalt	1 265 543	1 319 548	4,3
Private inst	Døgnopphold, LOS > 0	11 936	12 232	2,5
	Døgnopphold, LOS = 0	11 468	12 401	8,1
	Dagbehandling	19 905	24 539	23,3
	Totalt	43 309	49 172	13,5
RHF'ene og private inst	Døgnopphold	840 590	854 581	1,7
	Dagbehandling	468 262	514 139	9,8
	Totalt	1 308 852	1 368 720	4,6

Tabell 7.2 Prosentvis endring i antall opphold 2004-2005 etter oppholdstype og pasientregion.

Helseregion Pasientenes bosted	Type opphold	2004	2005	% endring
Helseregion Øst	Døgnopphold	289 894	294 396	1,6
	Dagbehandling	152 114	170 855	12,3
	Totalt	442 008	465 251	5,3
Helseregion Sør	Døgnopphold	170 011	174 520	2,7
	Dagbehandling	111 725	122 921	10,0
	Totalt	281 736	297 441	5,6
Helseregion Vest	Døgnopphold	166 060	169 330	2,0
	Dagbehandling	89 552	102 536	14,5
	Totalt	255 612	271 866	6,4
Helseregion Midt-Norge	Døgnopphold	118 646	119 717	0,9
	Dagbehandling	65 475	66 436	1,5
	Totalt	184 121	186 153	1,1
Helseregion Nord	Døgnopphold	92 636	93 045	0,4
	Dagbehandling	48 904	50 956	4,2
	Totalt	141 540	144 001	1,7
Annet	Døgnopphold	3 343	3 573	6,9
	Dagbehandling	492	435	-11,6
	Totalt	3 835	4 008	4,5
Alle regioner	Døgnopphold	840 590	854 581	1,7
	Dagbehandling	468 262	514 139	9,8
	Totalt	1 308 852	1 368 720	4,6

Tabell 7.3 Bruk av sykehus i regionene i 2004 og 2005 etter type opphold. Forbruksrater per 1 000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold		Polikliniske konsultasjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	175	176	92	102	267	278	687	709
Helseregion Sør	190	194	125	137	315	331	712	726
Helseregion Vest	175	177	94	107	269	284	682	699
Helseregion Midt-Norge	184	184	101	102	285	287	842	830
Helseregion Nord	200	201	106	110	306	311	871	879
Ureg./ utlendinger	(3 343)	(3 573)	(492)	(435)	(3 835)	(4 008)	(6 558)	(6 382)
Totalt	182	183	102	111	283	294	731	744
	840 590	854 581	468 262	514 139	1 308 852	1 368 720	3 374 388	3 458 478

Tabell 7.4 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005 etter type opphold. Forbruksrater (sum DRG-poeng per 1 000 innbyggere) og sum DRG-poeng.

Helseregion Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	188	191	29	32	217	223
	310 557	318 639	48 525	54 298	359 082	372 937
Helseregion Sør	209	216	37	39	246	255
	187 420	194 349	32 910	35 286	220 330	229 635
Helseregion Vest	179	185	33	38	212	223
	169 341	177 066	31 381	36 029	200 723	213 095
Helseregion Midt-Norge	194	199	36	34	230	233
	125 553	129 008	23 208	22 348	148 761	151 356
Helseregion Nord	205	209	33	34	238	243
	94 810	96 928	15 178	15 561	109 988	112 489
Ureg./utlendinger	(2 986)	(3 369)	(123)	(109)	(3 109)	(3 477)
Totalt	193	197	33	35	226	233
	890 668	919 358	151 326	163 631	1 041 994	1 082 989

Tabell 7.5 Bruk av sykehustjenester i regionene 2004 og 2005 etter DRG-poeng per opphold.

Helseregion Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	1,07	1,08	0,32	0,32	0,81	0,80
Helseregion Sør	1,10	1,11	0,29	0,29	0,78	0,77
Helseregion Vest	1,02	1,05	0,35	0,35	0,79	0,78
Helseregion Midt-N	1,06	1,08	0,35	0,34	0,81	0,81
Helseregion Nord	1,02	1,04	0,31	0,31	0,78	0,78
Totalt	1,06	1,08	0,32	0,32	0,80	0,79

Tabell 7.6 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005. Døgnopphold og dagbehandling eksklusive dialyse (DRG 317), kjemoterapi (DRG 410A-C) og rehabilitering (DRG 462A-C). Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold.

Helseregion Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	171	172	52	58	222	229
	282 036	286 956	85 777	96 564	367 813	383 520
Helseregion Sør	183	187	55	55	238	242
	163 528	168 159	49 223	49 846	212 751	218 005
Helseregion Vest	170	172	57	65	227	237
	161 431	164 457	53 902	62 568	215 333	227 025
Helseregion Midt-Norge	180	181	57	54	237	235
	116 347	117 350	36 507	35 286	152 854	152 636
Helseregion Nord	193	195	56	57	249	252
	89 275	90 109	25 847	26 326	115 122	116 435
Ureg./utlendinger	(3 326)	(3 562)	(231)	(202)	(3 557)	(3 764)
Totalt	176	178	55	58	231	237
	815 943	830 593	251 487	270 792	1 067 430	1 101 385

Tabell 7.7 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold.

Helseregion Pasientenes bosted	Elektive opphold Døgn og dag		Øyeblikkelig hjelp Døgn og dag		Fødsler per 1 000 kvinne 16-49 år[1] Døgn og dag		Friske nyfødte per 1 000 innb. 0 år[2] Døgn og dag	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	147	158	110	110	55	54	709	716
	243 403	264 438	181 099	183 740	21 430	21 397	15 069	15 211
Helseregion Sør	191	200	112	118	50	50	697	686
	170 917	183 789	102 171	105 864	10 049	9 906	6 980	6 863
Helseregion Vest	144	164	119	117	59	58	733	705
	136 825	151 676	110 165	111 672	12 686	12 694	9 283	8 934
Helseregion Midt-Norge	161	157	110	116	55	55	773	768
	103 690	103 066	72 284	75 494	7 820	7 781	5 988	5 953
Helseregion Nord	172	173	126	130	54	53	813	792
	79 512	80 948	58 198	59 951	5 446	5 384	4 312	4 201
Ureg./ utlendinger	(554)	(484)	(3 218)	(3 460)	(90)	(95)	(50)	(61)
Totalt	159	169	114	116	55	54	732	724
	734 901	784 401	527 135	540 181	57 521	57 257	41 682	41 223

[1] Fødsler er definert som DRG 370-375, 382.

[2] Friske nyfødte er definert som DRG 391.

Tabell 7.8 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte og type behandling. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold.

Helseregion Pasientenes bosted	Elektive opphold				Øyeblikkelig hjelp			
	Kirurgisk DRG		Medisinsk DRG		Kirurgisk DRG		Medisinsk DRG	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	62	66	84	91	17	17	89	90
	103 308	110 843	138 969	152 531	28 622	27 932	147 574	151 224
Helseregion Sør	73	75	117	129	18	17	94	97
	65 239	67 682	105 134	115 783	15 753	15 624	84 142	87 656
Helseregion Vest	65	71	79	87	17	17	93	95
	62 011	68 163	74 543	83 222	16 215	16 203	88 594	90 888
Helseregion Midt-Norge	78	75	82	84	18	19	92	96
	50 230	48 401	53 152	54 436	11 909	12 497	59 407	62 412
Helseregion Nord	70	70	101	104	21	21	99	103
	32 524	32 414	46 831	48 326	9 861	9 701	45 859	47 651
Ureg./utlendinger	(169)	(174)	(384)	(309)	(792)	(793)	(2 400)	(2 644)
Totalt	68	71	91	98	18	18	92	95
	313 481	327 677	419 013	454 607	83 152	82 750	427 976	442 475

Tabell 7.9 Sum liggedøgn i regionene i 2004 og 2005 etter type opphold og innleggelsesmåte. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og sum faktisk antall liggedøgn.

Helseregion Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag		Liggetidsrate Elektive døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	987	991	282	277	567	570	426	430
	1 632 796	1 656 154	466 966	462 439	938 685	952 277	703 975	719 147
Helseregion Sør	1 093	1 104	367	360	558	570	423	430
	978 436	993 155	328 949	324 270	500 008	512 960	378 672	386 841
Helseregion Vest	1 024	1 029	300	306	593	578	430	421
	971 336	984 812	284 080	292 506	562 852	553 053	407 455	402 624
Helseregion Midt-Norge	1 147	1 127	316	292	673	681	498	510
	740 817	731 789	203 938	189 683	434 443	442 192	321 348	331 106
Helseregion Nord	1 117	1 137	322	312	651	684	479	505
	516 614	526 384	148 910	144 284	300 985	316 623	221 386	233 574
Ureg./ utlendinger	(12 494)	(13 029)	(959)	(847)	(10 765)	(11 576)	(13 029)	(7 191)
Totalt	1 051	1 054	311	305	594	598	441	447
	4 852 493	4 905 323	1 433 802	1 414 029	2 747 738	2 788 681	2 045 865	2 080 483

Tabell 7.10 Antall opphold etter hovedkategorier i ICD-10 i 2005 og prosentvis endring 2004-2005. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold.

Hovedkategorier ICD-10	Helse-region Øst	Helse-region Sør	Helse-region Vest	Helse-region Midt-Norge	Helse-region Nord	Totalt	Endr. i antall opph. 2004-2005	Pst endr. 2004-2005
Visse infeksjons- og parasittsykd.	4	5	6	4	5	5		
	7 451	4 774	5 295	2 849	2 085	22 579	1 438	7
Svulster	21	24	22	23	24	22		
	35 052	22 041	21 450	14 618	11 033	104 282	1 635	2
Sykd i blod, blod-dannede organ og immunforsvaret	2	2	1	1	2	2		
	2 772	1 406	1 426	955	948	7 516	406	6
Endokrine sykd, ernæringssykd og metab. forstyrr.	3	5	4	4	5	4		
	5 296	4 492	4 065	2 773	2 404	19 067	1 322	7
Psykiske lidelser	3	2	3	2	3	3		
	5 337	2 015	2 640	1 342	1 400	12 765	730	6
Sykd i nervesystemet	11	11	13	10	10	11		
	19 190	9 577	12 324	6 587	4 698	52 468	2 382	5
Sykd i øyet og omgivelser	12	13	12	13	10	12		
	20 186	12 099	11 756	8 557	4 411	57 032	5 192	10
Sykd i øre og ørebensknute	2	3	3	3	3	2		
	2 609	2 384	2 747	2 264	1 320	11 336	371	3
Sykd i sirkulasjonssystemet	29	31	26	27	34	29		
	48 832	27 743	25 355	17 565	15 649	135 646	964	1
Sykd i åndedrettssystemet	17	22	19	16	19	18		
	28 013	19 513	18 580	10 578	8 728	85 609	7 428	10
Sykd i fordøyelsessystemet	14	15	14	15	18	15		
	22 840	13 118	13 704	9 894	8 203	68 069	1 074	2
Sykd i hud og underhud	3	3	4	3	3	3		
	4 823	2 822	3 608	2 176	1 331	14 788	602	4
Sykd i muskel, skjelett og bindevev	20	22	23	26	22	22		
	32 692	20 200	22 292	16 987	10 387	102 682	2 855	3
Sykd i urin og kjønnsorganer	12	15	12	14	16	13		
	20 635	13 247	11 664	8 829	7 203	61 722	2 728	5
Svangerskap, fødsel og barselstid[1]	84	75	81	82	86	82		
	33 123	14 970	17 769	11 723	8 676	86 431	214	0
Tilstander i perinatalperioden[2]	154	104	126	116	87	128		
	6 588	2 138	3 224	1 826	928	14 728	-131	-1

Hovedkategorier ICD-10	Helse-region Øst	Helse-region Sør	Helse-region Vest	Helse-region Midt-Norge	Helse-region Nord	Totalt	Endr. i antall opph. 2004-2005	Pst endr. 2004-2005
Medfødte misdannelser, deform., kromosomavvik[3]	9	9	9	10	8	9		
	4 201	2 278	2 650	1 770	1 077	11 991	79	1
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	12	12	15	13	15	13		
	20 370	10 433	14 100	8 758	7 167	61 207	4 232	7
Skader, forgiftninger og konsekv av ytre årsaker	20	21	19	21	20	20		
	33 047	19 005	17 953	13 432	9 470	94 215	711	1
Kontakt med helsetj. m.m.	67	104	62	66	80	74		
	112 186	93 186	59 255	42 657	36 874	344 548	25 961	8
Totalt	278	331	284	287	311	294		
(N)	465 246	297 441	271 858	186 140	143 996	1 368 689	60 191	5

[1] Ratene gjelder kvinner i alderen 16-49 år.

[2] Ratene gjelder gutter og jenter 0-1 år (per 1 000 innbyggere).

[3] Ratene gjelder gutter og jenter 0-15 år.

Tabell 7.11 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter type opphold. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold.

HF-område Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold		Polikliniske konsultasjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	194	189	79	88	273	277	598	636
	49 912	49 018	20 380	22 855	70 292	71 873	154 285	165 256
Asker og Bærum	152	152	101	106	253	259	645	665
	23 656	23 969	15 659	16 729	39 315	40 698	100 314	104 648
Hovedstadsområdet	166	168	94	105	261	273	691	703
	141 513	144 969	80 231	90 847	221 744	235 816	587 907	607 820
Innlandet	192	196	92	104	284	300	756	787
	74 813	76 440	35 844	40 424	110 657	116 864	294 680	306 806
Helseregion Øst	175	176	92	102	267	278	687	709
	289 894	294 396	152 114	170 855	442 008	465 251	1 137 186	1 184 530
Ringerike	190	199	79	81	269	280	662	675
	12 926	13 584	5 395	5 546	18 321	19 130	45 052	46 078
Buskerud	181	182	95	98	276	280	679	722
	22 855	23 281	12 010	12 494	34 865	35 775	85 905	92 274
Blefjell	205	212	99	99	304	311	660	684
	19 202	19 815	9 219	9 197	28 421	29 012	61 677	63 850
Vestfold	182	185	142	151	324	336	779	757
	40 159	41 075	31 357	33 444	71 516	74 519	172 007	168 231
Telemark	207	220	183	223	390	443	812	860
	25 186	26 855	22 314	27 164	47 500	54 019	98 935	104 881
Sørlandet	188	187	119	132	306	319	657	668
	49 683	49 910	31 430	35 076	81 113	84 986	174 038	177 982
Helseregion Sør	190	194	125	137	315	331	712	726
	170 011	174 520	111 725	122 921	281 736	297 441	637 614	653 296
Stavanger	162	164	91	98	253	262	600	629
	48 194	49 350	26 993	29 428	75 187	78 778	178 028	189 302
Fonna	189	196	93	103	283	298	713	712
	31 030	32 154	15 326	16 866	46 356	49 020	116 887	117 028
Bergen	165	166	102	121	267	287	649	669
	62 923	64 047	38 863	46 488	101 786	110 535	246 923	257 416

HF-område Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold		Polikliniske konsultasjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Førde	223	223	78	91	302	314	978	982
	23 913	23 779	8 370	9 754	32 283	33 533	104 659	104 710
Helseregion Vest	175	177	94	107	269	284	682	699
	166 060	169 330	89 552	102 536	255 612	271 866	646 497	668 456
Sunnmøre	193	192	111	113	304	305	878	894
	24 710	24 743	14 257	14 516	38 967	39 259	112 716	114 950
Nordmøre/Romsdal	196	193	99	105	295	298	942	933
	22 365	22 011	11 334	12 004	33 699	34 015	107 599	106 575
St. Olavs Hospital	175	177	105	99	280	276	833	794
	47 882	49 029	28 732	27 266	76 614	76 295	227 848	219 496
Nord-Trøndelag	183	184	86	97	269	282	738	754
	23 689	23 934	11 152	12 650	34 841	36 584	95 573	97 854
Helseregion M-Norge	184	184	101	102	285	287	842	830
	118 646	119 717	65 475	66 436	184 121	186 153	543 736	538 875
Helgeland	229	227	98	112	328	339	848	906
	17 960	17 657	7 712	8 740	25 672	26 397	66 416	70 533
Nordland	196	203	99	98	295	301	791	788
	19 166	19 856	9 682	9 620	28 848	29 476	77 242	77 192
Hålogaland	213	218	98	103	311	321	978	1 003
	20 605	21 016	9 455	9 896	30 060	30 912	94 626	96 685
UNN	165	162	126	132	290	294	816	812
	19 275	19 053	14 670	15 510	33 945	34 563	95 348	95 542
Finnmark	214	212	101	99	315	311	947	916
	15 630	15 463	7 385	7 190	23 015	22 653	69 165	66 820
Helseregion Nord	200	201	106	110	306	311	871	879
	92 636	93 045	48 904	50 956	141 540	144 001	402 797	406 772
Ureg./utlendinger	(3 343)	(3 573)	(492)	(435)	(3 835)	(4 008)	(6 558)	(6 382)
Totalt	182	183	102	111	283	294	731	744
	840 590	854 581	468 262	514 139	1 308 852	1 368 720	3 374 388	3 458 478

Tabell 7.12 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter type opphold. Forbruksrater (sum DRG-poeng per 1 000 innbyggere) og sum DRG-poeng.

HF-område Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	200	195	26	28	226	223
	51 626	50 650	6 679	7 177	58 305	57 827
Asker og Bærum	162	164	32	35	194	199
	25 166	25 793	5 039	5 586	30 205	31 379
Hovedstadsområdet	176	179	29	32	205	211
	150 228	154 690	24 664	27 974	174 891	182 664
Innlandet	214	225	31	35	246	259
	83 538	87 506	12 143	13 560	95 681	101 067
Helseregion Øst	188	191	29	32	217	223
	310 557	318 639	48 525	54 298	359 082	372 937
Ringerike	210	213	30	30	240	242
	14 277	14 512	2 021	2 029	16 298	16 541
Buskerud	200	206	39	41	239	247
	25 354	26 344	4 920	5 210	30 274	31 554
Blefjell	223	233	34	35	256	268
	20 794	21 739	3 149	3 256	23 943	24 996
Vestfold	209	214	40	42	249	256
	46 182	47 542	8 749	9 290	54 932	56 832
Telemark	231	248	43	49	274	297
	28 142	30 257	5 267	5 965	33 409	36 222
Sørlandet	199	203	33	36	232	238
	52 671	53 955	8 804	9 535	61 475	63 491
Helseregion Sør	209	216	37	39	246	255
	187 420	194 349	32 910	35 286	220 330	229 635
Stavanger	166	170	34	38	199	208
	49 140	51 031	10 024	11 497	59 164	62 528
Fonna	191	203	35	38	226	241
	31 319	33 310	5 726	6 279	37 044	39 589
Bergen	171	177	33	39	204	215
	64 913	68 092	12 610	14 846	77 523	82 938
Førde	224	231	28	32	252	263
	23 969	24 633	3 022	3 407	26 991	28 040
Helseregion Vest	179	185	33	38	212	223
	169 341	177 066	31 381	36 029	200 723	213 095

HF-område Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Sunnmøre	203	205	37	37	240	242
	26 049	26 406	4 764	4 768	30 813	31 174
Nordmøre/Romsdal	214	218	36	38	250	255
	24 464	24 903	4 097	4 288	28561	29 191
St. Olavs Hospital	183	189	37	32	221	221
	50 202	52 212	10 145	8 903	60 348	61 115
Nord-Trøndelag	192	196	32	34	224	230
	24 838	25 487	4 202	4 389	29 040	29 876
Helseregion M-Norge	194	199	36	34	230	233
	125 553	129 008	23 208	22 348	148 761	151 356
Helgeland	233	237	33	37	266	274
	18 249	18 445	2 610	2 864	20 859	21 309
Nordland	200	206	32	32	231	238
	19 495	20 192	3 107	3 148	22 602	23 339
Hålogaland	221	228	30	31	250	259
	21 346	21 987	2 868	3 028	24 214	25 015
UNN	174	179	35	36	209	215
	20 331	21 029	4 048	4 275	24 379	25 304
Finnmark	211	209	35	31	245	240
	15 389	15 276	2 545	2 246	17 934	17 522
Helseregion Nord	205	209	33	34	238	243
	94 810	96 928	15 178	15 561	109 988	112 489
Ureg./utlendinger	(2 986)	(3 369)	(123)	(109)	(3 109)	(3 477)
Totalt	193	197	33	35	226	233
	890 668	919 358	151 326	163 631	104 1994	1 082 989

Tabell 7.13 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold.

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold Døgn og dag		Øyeblikkelig hjelp Døgn og dag		Fødsler per 1 000 kvinne 16-49 år[1] Døgn og dag		Friske nyfødte per 1 000 innb. 0 år[2] Døgn og dag	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	146	149	116	119	50	48	704	737
	37 647	38 811	29 863	30 838	2 830	2 773	1 997	2 033
Asker og Bærum	156	157	85	89	55	53	628	644
	24 256	24 738	13 189	14 002	1 976	1 925	1 290	1 311
Hovedstadsområdet	141	155	106	105	59	59	721	717
	120 261	133 624	90 453	91 111	12 685	12 807	8 975	9 066
Innlandet	157	173	122	123	48	48	723	736
	61 239	67 265	47 594	47 789	3 939	3 892	2 807	2 801
Helseregion Øst	147	158	110	110	55	54	709	716
	243 403	264 438	181 099	183 740	21 430	21 397	15 069	15 211
Ringerike	155	161	105	110	50	49	688	695
	10 512	10 976	7 140	7 510	751	725	521	504
Buskerud	152	165	112	104	53	52	609	560
	19 239	21 041	14 112	13 248	1 551	1 518	970	861
Blefjell	181	185	114	117	49	46	686	696
	16 897	17 279	10 625	10 922	983	919	670	644
Vestfold	207	213	107	114	47	49	775	784
	45 787	47 324	23 703	25 288	2 341	2 407	1 842	1 903
Telemark	267	314	113	119	47	47	785	762
	32 521	38 306	13 811	14 567	1 275	1 259	997	975
Sørlandet	174	183	124	129	53	52	626	635
	45 961	48 863	32 780	34 329	3 148	3 078	1 980	1 976
Helseregion Sør	191	200	112	118	50	50	697	686
	170 917	183 789	102 171	105 864	10 049	9 906	6 980	6 863
Stavanger	143	152	107	106	59	59	597	563
	42 543	45 771	31 851	31 967	4 211	4 250	2 547	2 390
Fonna	151	165	121	123	57	56	815	796
	24 709	27 156	19 860	20 189	2 024	1 992	1 607	1 591
Bergen	139	157	116	117	58	58	797	766
	52 769	60 473	43 971	45 156	5 134	5 164	4 092	3 949
Førde	157	171	135	135	58	58	802	794
	16 804	18 276	14 483	14 360	1 317	1 288	1 037	1 004

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold Døgn og dag		Øyeblikkelig hjelp Døgn og dag		Fødsler per 1 000 kvinne 16-49 år[1] Døgn og dag		Friske nyfødte per 1 000 innb. 0 år[2] Døgn og dag	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Vest	144	164	119	117	59	58	733	705
	136 825	151 676	110 165	111 672	12 686	12 694	9 283	8 934
Sunnmøre	177	176	111	118	59	57	722	700
	22 669	22 615	14 277	15 175	1 646	1 577	1 189	1 093
Nordmøre/Romsdal	168	169	116	119	53	52	696	761
	19 169	19 280	13 268	13 562	1 281	1 252	897	949
St. Olavs hospital	160	152	107	112	55	55	772	766
	43 801	41 915	29 391	30 906	3 458	3 479	2 652	2 642
Nord-Trøndelag	139	148	119	122	52	54	866	852
	18 051	19 256	15 348	15 851	1 435	1 473	1 250	1 269
Helseregion M-Norge	161	157	110	116	55	55	773	768
	103 690	103 066	72 284	75 494	7 820	7 781	5 988	5 953
Helgeland	181	188	140	148	55	47	845	813
	14 155	14 596	10 998	11 553	922	781	726	622
Nordland	170	167	117	129	53	56	839	790
	16 557	16 384	11 440	12 594	1 148	1 200	934	954
Hålogaland	153	165	149	148	49	49	818	800
	14 759	15 888	14 463	14 248	987	974	785	762
UNN	180	183	100	100	57	58	824	778
	20 996	21 484	11 737	11 807	1 517	1 556	1 188	1 175
Finnmark	179	173	131	134	53	54	780	789
	13 045	12 596	9 560	9 749	872	873	679	688
Helseregion Nord	172	173	126	130	54	53	813	792
	79 512	80 948	58 198	59 951	5 446	5 384	4 312	4 201
Ureg./utlendinger	(554)	(484)	(3 218)	(3 460)	(90)	(95)	(50)	(61)
Totalt	159	169	114	116	55	54	732	724
	734 901	784 401	527 135	540 181	57 521	57 257	41 682	41 223

[1] Fødsler er definert som DRG 370-375, 382.

[2] Friske nyfødte er definert som DRG 391.

Tabell 7.14 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte og type behandling. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og antall opphold.

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold				Øyeblikkelig hjelp			
	Kirurgisk DRG		Medisinsk DRG		Kirurgisk DRG		Medisinsk DRG	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	69	69	77	80	19	18	96	98
	17 835	17 982	19 743	20 775	4 879	4 665	24 734	25 559
Asker og Bærum	62	67	93	90	16	15	67	73
	9 714	10 599	14 456	14 090	2 470	2 323	10 364	11 499
Hovedstadsområdet	57	60	84	94	17	16	87	87
	48 737	52 248	71 337	81 185	14 202	13 870	73 759	74 962
Innlandet	69	77	86	94	18	18	99	101
	27 022	30 014	33 433	36 481	7 071	7 074	38 717	39 204
Helseregion Øst	62	66	84	91	17	17	89	90
	103 308	110 843	138 969	152 531	28 622	27 932	147 574	151 224
Ringerike	69	67	84	92	17	16	87	93
	4 674	4 598	5 724	6 289	1 123	1 083	5 895	6 357
Buskerud	80	87	72	78	18	17	93	86
	10 114	11 062	9 043	9 938	2 218	2 173	11 706	10 963
Blefjell	80	81	100	103	17	16	95	100
	7 502	7 600	9 308	9 606	1 567	1 484	8 880	9 306
Vestfold	72	73	135	140	17	17	88	94
	15 816	16 216	29 901	31 067	3 818	3 827	19 368	20 868
Telemark	79	82	188	232	19	19	93	99
	9 608	9 966	22 888	28 305	2 330	2 351	11 297	12 051
Sørlandet	66	68	107	115	18	18	102	106
	17 525	18 240	28 270	30 578	4 697	4 706	26 996	28 111
Helseregion Sør	73	75	117	129	18	17	94	97
	65 239	67 682	105 134	115 783	15 753	15 624	84 142	87 656
Stavanger	67	74	76	78	16	15	79	80
	19 780	22 350	22 656	23 365	4 626	4 565	23 461	24 108
Fonna	68	74	82	90	16	16	103	105
	11 169	12 175	13 456	14 852	2 647	2 609	16 838	17 247
Bergen	59	65	79	92	18	18	96	98
	22 622	24 882	30 098	35 516	6 877	7 069	36 402	37 612
Førde	79	82	78	89	19	18	111	112
	8 440	8 756	8 333	9 489	2 065	1 960	11 893	11 921

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold				Øyeblikkelig hjelp			
	Kirurgisk DRG		Medisinsk DRG		Kirurgisk DRG		Medisinsk DRG	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Vest	65	71	79	87	17	17	93	95
	62 011	68 163	74 543	83 222	16 215	16 203	88 594	90 888
Sunnmøre	81	78	95	97	16	18	93	99
	10 439	10 073	12 180	12 500	2 112	2 294	11 884	12 699
Nordmøre/Romsdal	80	82	87	86	18	19	96	98
	9 193	9 363	9 899	9 861	2 032	2 165	10 975	11 254
St. Olavs hospital	78	71	81	80	18	19	88	92
	21 397	19 655	22 277	22 183	5 027	5 322	24 121	25 397
Nord-Trøndelag	71	72	68	76	21	21	96	101
	9 201	9 310	8 796	9 892	2 738	2 716	12 427	13 062
Helseregion M-Norge	78	75	82	84	18	19	92	96
	50 230	48 401	53 152	54 436	11 909	12 497	59 407	62 412
Helgeland	78	82	102	105	19	20	113	120
	6 138	6 403	7 985	8 180	1 508	1 579	8 884	9 314
Nordland	72	70	98	97	18	19	94	101
	7 007	6 870	9 523	9 481	1 803	1 870	9 129	9 925
Hålogaland	65	69	87	96	24	23	122	122
	6 321	6 629	8 421	9 235	2 327	2 202	11 799	11 771
UNN	62	62	117	120	22	21	75	77
	7 283	7 346	13 678	14 062	2 560	2 518	8 760	9 032
Finnmark	79	71	99	101	23	21	100	104
	5 775	5 166	7 224	7 368	1 663	1 532	7 287	7 609
Helseregion Nord	70	70	101	104	21	21	99	103
	32 524	32 414	46 831	48 326	9 861	9 701	45 859	47 651
Ureg./utlendinger	(169)	(174)	(384)	(309)	(792)	(793)	(2 400)	(2 644)
Totalt	68	71	91	98	18	18	92	95
	313 481	327 677	419 013	454 607	83 152	82 750	427 976	442 475

Tabell 7.15 Sum liggedøgn i HF-områdene i 2004 og 2005 etter type opphold og innleggelsesmåte. Forbruksrater per 1 000 innbyggere og sum faktisk antall liggedøgn.

HF-område Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag		Liggetidsrate Elektive døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	988	986	299	278	565	590	422	443
	254 817	256 118	77 178	72 204	145 700	153 166	108 851	115 061
Asker og Bærum	852	829	270	230	430	442	324	334
	132 510	130 524	41 930	36 253	66 892	69 511	50 373	52 634
Hovedstadsområdet	983	987	251	250	581	577	436	438
	836 498	853 756	213 881	216 549	494 659	499 053	370 892	378 598
Innlandet	1 050	1 067	344	353	594	592	446	444
	408 971	415 756	133 977	137 433	231 434	230 547	173 859	172 854
Helseregion Øst	987	991	282	277	567	570	426	430
	1 632 796	1 656 154	466 966	462 439	938 685	952 277	703 975	719 147
Ringerike	1 031	1 011	427	393	479	499	359	398
	70 121	69 034	29 038	26 813	32 562	34 083	24 422	27 149
Buskerud	1 012	1 001	315	328	550	527	417	393
	127 986	127 937	39 836	41 866	69 577	67 320	52 750	50 213
Blefjell	1 144	1 174	422	437	584	600	457	468
	106 870	109 530	39 390	40 827	54 558	55 987	42 670	43 716
Vestfold	1 105	1 098	370	344	553	566	418	432
	243 966	243 877	81 739	76 500	121 957	125 750	92 310	96 003
Telemark	1 364	1 465	510	544	630	661	466	484
	166 217	178 772	62 107	66 307	76 740	80 609	56 752	59 032
Sørlandet	994	991	290	270	546	560	414	416
	263 276	264 005	76 839	71 957	144 614	149 211	109 768	110 728
Helseregion Sør	1 093	1 104	367	360	558	570	423	430
	978 436	993 155	328 949	324 270	500 008	512 960	378 672	386 841
Stavanger	950	941	311	318	535	510	354	338
	281 846	282 961	92 383	95 530	158 859	153 312	105 138	101 757
Fonna	1 054	1 075	339	360	577	567	461	444
	172 713	176 681	55 513	59 223	94 630	93 133	75 595	73 006
Bergen	1 023	1 035	253	255	616	606	447	448
	389 395	398 552	96 211	98 219	234 645	233 390	169 999	172 615

HF-område Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag		Liggetidsrate Elektive døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Førde	1 190	1 187	373	371	698	687	530	518
	127 382	126 618	39 973	39 534	74 718	73 218	56 723	55 246
Helseregion Vest	1 024	1 029	300	306	593	578	430	421
	971 336	984 812	284 080	292 506	562 852	553 053	407 455	402 624
Sunnmøre	1 213	1 191	367	347	664	689	505	523
	155 730	153 123	47 140	44 677	85 157	88 561	64 810	67 294
Nordmøre/Romsdal	1 173	1 155	379	350	644	656	483	501
	133 988	132 055	43 328	40 013	73 608	74 976	55 155	57 283
St. Olavs Hospital	1 168	1 147	283	260	724	727	523	530
	319 658	316 988	77 559	72 006	198 186	201 007	143 066	146 463
Nord-Trøndelag	1 015	999	277	254	598	598	450	463
	131 441	129 623	35 911	32 987	77 492	77 648	58 317	60 066
Helseregion M-Norge	1 147	1 127	316	292	673	681	498	510
	740 817	731 789	203 938	189 683	434 443	442 192	321 348	331 106
Helgeland	1 237	1 264	390	368	718	768	545	574
	96 864	98 349	30 560	28 617	56 244	59 746	42 649	44 691
Nordland	1 101	1 106	317	291	646	697	478	521
	107 484	108 353	30 904	28 490	63 109	68 230	46 708	51 020
Hålogaland	1 217	1 224	337	334	743	754	565	570
	117 756	117 966	32 567	32 181	71 901	72 696	54 622	54 908
UNN	994	1 034	256	257	560	593	386	409
	116 170	121 610	29 922	30 185	65 433	69 748	45 153	48 180
Finnmark	1 072	1 098	342	340	606	633	441	477
	78 340	80 106	24 957	24 811	44 298	46 203	32 254	34 775
Helseregion Nord	1 117	1 137	322	312	651	684	479	505
	516 614	526 384	148 910	144 284	300 985	316 623	221 386	233 574
Ureg./utlendinger	(12 494)	(13 029)	(959)	(847)	(10 765)	(11 576)	(13 029)	(7 191)
Totalt	1 051	1 054	311	305	594	598	441	447
	4 852 493	4 905 323	1 433 802	1 414 029	2 747 738	2 788 681	2 045 865	2 080 483

Tabell 7.16 Rater for antall opphold i regionene i 2004 og 2005 etter alder, type opphold og innleggelsesmåte. Rater per 1 000 innbyggere 80 år og eldre.

Helseregion Pasientenes bosted	Opphold totalt Døgn og dag 80 år +		Elektive døgn-opphold 80 år +		Ø-hjelp døgn-opphold 80 år +		Ø-hjelp døgnopphold med. DRG 80 år +	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	793	844	109	113	456	468	388	402
	59 672	64 320	8 187	8 601	34 331	35 642	29 223	30 606
Helseregion Sør	932	1 049	136	146	456	478	389	415
	40 708	46 407	5 920	6 456	19 924	21 128	17 012	18 350
Helseregion Vest	834	901	127	133	485	498	419	434
	35 167	38 362	5 337	5 659	20 442	21 214	17 654	18 456
Helseregion Midt-Norge	835	883	109	98	472	489	409	424
	26 480	28 382	3 447	3 163	14 961	15 731	12 962	13 613
Helseregion Nord	793	811	118	121	481	504	407	431
	16 174	16 790	2 397	2 497	9 813	10 434	8 306	8 924
Ureg./ utlendinger	(160)	(156)	(8)	(7)	(128)	(136)	(106)	(124)
Totalt	837	901	119	122	467	483	400	417
	178 361	194 417	25 296	26 383	99 599	104 285	85 263	90 073

Tabell 7.17 Sum liggedøgn i regionene i 2004 og 2005 etter alder, type opphold og innleggelsesmåte. Rater per 1 000 innbyggere 80 år og eldre.

Helseregion Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag 80 år +		Liggetidsrate Elektive opphold 80 år +		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgn-opphold 80 år +		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG 80 år +	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	4 337	4 403	687	682	3422	3 458	2 710	2 770
	326 213	335 609	51 680	51 961	257 379	263 562	203 858	211 136
Helseregion Sør	4 301	4 516	1 024	1 050	2 936	3 041	2 301	2 410
	187 881	199 758	44 744	46 432	128 273	134 503	100 547	106 620
Helseregion Vest	4 781	4 956	1 092	1139	3 466	3 546	2 715	2 809
	201 554	210 996	46 019	48 478	146 091	150 969	114 445	119 577
Helseregion Midt-Norge	5 257	5 185	865	792	4 110	4 098	3 203	3 243
	166 607	166 635	27 426	25 452	130 276	131 695	101 506	104 240
Helseregion Nord	4 761	5 016	779	755	3 788	4 074	2 990	3 229
	97 120	103 858	15 891	15 639	77 265	84 360	61 000	66 866
Ureg./ utlendinger	(746)	(749)	(18)	(27)	(704)	(709)	(526)	(620)
Totalt	4 598	4 714	872	871	3 472	3 547	2 730	2 821
	980 121	1 017 605	185 778	187 989	739 988	765 798	581 882	609 059

Tabell 7.18 Relativt sykehusbruk blant eldre. Regionnivå 2004 og 2005.

Helseregion Pasientenes bosted	Andel i befolkningen 80 år +		Eldres andel av sum lgd ved døgnopphold		Relativt sykehusbruk blant eldre 80 år + (døgnopphold)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	4,55	4,56	20,87	21,24	4,59	4,66
Helseregion Sør	4,88	4,92	19,96	20,79	4,09	4,23
Helseregion Vest	4,44	4,45	21,79	22,62	4,90	5,08
Helseregion Midt-Norge	4,91	4,95	23,49	23,62	4,79	4,77
Helseregion Nord	4,41	4,47	19,92	21,03	4,52	4,70
Totalt	4,63	4,65	21,14	21,72	4,57	4,67

Tabell 7.19 Rater for antall opphold i HF-områdene i 2004 og 2005 etter alder, type opphold og innleggelsesmåte. Rater per 1 000 innbyggere 80 år og eldre.

HF-område Pasientenes bosted	Opphold totalt Døgn og dag 80 år +		Elektive døgn-opphold 80 år +		Øyeblikkelig hjelp døgnopphold 80 år +		Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG 80 år +	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	674	707	94	88	449	439	377	376
	8 310	8 820	1 159	1 095	5 528	5 476	4 640	4 685
Asker og Bærum	840	854	147	134	392	423	334	361
	5 563	5 911	976	926	2 598	2 927	2 213	2 502
Hovedstadsområdet	867	933	109	119	484	502	414	433
	29 895	32 409	3 759	4 141	16 696	17 425	14 257	15 039
Innlandet	729	777	105	110	436	444	372	379
	15 904	17 180	2 293	2 439	9 509	9 814	8 113	8 380
Helseregion Øst	793	844	109	113	456	468	388	402
	59 672	64 320	8 187	8 601	34 331	35 642	29 223	30 606
Ringerike	598	710	130	147	375	454	318	393
	2 288	2 763	499	573	1 434	1 768	1 218	1 528
Buskerud	772	834	106	107	489	499	415	428
	4 117	4 536	565	583	2 609	2 713	2 214	2 330
Blefjell	803	839	165	176	450	488	388	429
	4 375	4 590	897	961	2 454	2 671	2 116	2 347
Vestfold	744	820	97	110	467	479	400	420
	7 973	8 930	1 041	1 198	5 008	5 215	4 284	4 578
Telemark	1 890	2388	248	288	447	463	382	399
	11 869	15 255	1 557	1 840	2 810	2 955	2 401	2 546
Sørlandet	836	851	113	107	465	478	396	413
	10 086	10 333	1 361	1 301	5 609	5 806	4 779	5 021
Helseregion Sør	932	1049	136	146	456	478	389	415
	40 708	46 407	5 920	6 456	19 924	21 128	17 012	18 350
Stavanger	835	925	162	171	427	441	362	376
	9 125	10 214	1 770	1 890	4 669	4 869	3 953	4 148
Fonna	771	882	121	143	485	515	423	455
	6 210	7 109	975	1 157	3 904	4 156	3 402	3 668
Bergen	840	891	89	94	506	515	439	449
	14 432	15 511	1 535	1 641	8 694	8 960	7 541	7 815

HF-område Pasientenes bosted	Opphold totalt Døgn og dag 80 år +		Elektive døgn-opphold 80 år +		Øyeblikkelig hjelp døgnopphold 80 år +		Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG 80 år +	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Førde	900	913	176	160	529	533	460	467
	5 400	5 528	1 057	971	3 175	3 229	2 758	2 825
Helseregion Vest	834	901	127	133	485	498	419	434
	35 167	38 362	5 337	5 659	20 442	21 214	17 654	18 456
Sunnmøre	877	877	118	118	435	464	379	402
	5 732	5 855	772	790	2 844	3 094	2 474	2 686
Nordmøre/Romsdal	726	815	109	97	435	463	375	403
	4 584	5 197	689	622	2 746	2 952	2 370	2 568
St. Olavs Hospital	920	940	110	92	507	511	439	441
	11 287	11 653	1 353	1 139	6 217	6 338	5 389	5 464
Nord-Trøndelag	741	848	96	91	479	500	415	433
	4 877	5 677	633	612	3 154	3 347	2 729	2 895
Helseregion M-Nor.	835	883	109	98	472	489	409	424
	26 480	28 382	3 447	3 163	14 961	15 731	12 962	13 613
Helgeland	786	879	134	146	496	532	424	459
	3 125	3 500	533	581	1 972	2 119	1 688	1 826
Nordland	716	763	106	117	465	505	396	437
	3 160	3 393	468	521	2 053	2 247	1 745	1 945
Hålogaland	800	803	117	121	554	563	476	489
	4 226	4 322	616	650	2 927	3 032	2 515	2 631
UNN	846	860	103	104	398	424	323	341
	3 615	3 727	438	449	1 701	1 838	1 381	1 480
Finnmark	835	722	139	116	473	468	398	407
	2 048	1 848	342	296	1 160	1 198	977	1 042
Helseregion Nord	793	811	118	121	481	504	407	431
	16 174	16 790	2 397	2 497	9 813	10 434	8 306	8 924
Ureg./utlendinger	(160)	(156)	(8)	(7)	(128)	(136)	(106)	(124)
Totalt	837	901	119	122	467	483	400	417
	178 361	194 417	25 296	26 383	99 599	104 285	85 263	90 073

Tabell 7.20 Sum liggedøgn i HF-områdene i 2004 og 2005 etter alder, type opphold og innleggelsesmåte. Rater per 1 000 innbyggere 80 år og eldre.

HF-område Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag 80 år +		Liggetidsrate Elektive døgnopphold 80 år +		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold 80 år +		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG 80 år +	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	4 006	4 081	616	563	3 258	3 337	2 428	2 571
	49 359	50 909	7 589	7 026	40 147	41 633	29 922	32 077
Asker og Bærum	4 142	3 942	873	736	2 968	2 909	2 418	2 365
	27 437	27 298	5 785	5 095	19 663	20 145	16 018	16 381
Hovedstadsområdet	4937	5 114	683	716	3 981	4 086	3 199	3 331
	170 149	177 591	23 523	24 857	137 186	141 891	110 243	115 684
Innlandet	3 634	3 612	678	678	2 768	2 710	2 186	2 127
	79 268	79 811	14 783	14 983	60 383	59 893	47 675	46 994
Helseregion Øst	4 337	4 403	687	682	3 422	3 458	2 710	2 770
	326 213	335 609	51 680	51 961	257 379	263 562	203 858	211 136
Ringerike	3 254	3 906	1 077	1 078	2 084	2 720	1 619	2 167
	12 459	15 198	4 124	4 194	7 980	10 582	6 201	8 433
Buskerud	4 270	4 294	697	680	3 397	3 387	2 622	2 622
	22 786	23 357	3 719	3 697	18 124	18 420	13 989	14 262
Blefjell	4 187	4 520	1 004	986	2 995	3 360	2 437	2 688
	22 814	24 736	5 470	5 393	16 320	18 385	13 279	14 710
Vestfold	4 000	3 997	693	746	3 127	3 019	2 434	2 449
	42 884	43 546	7 431	8 129	33 529	32 900	26 096	26 689
Telemark	6 657	7 561	2 353	2 622	3 110	3 300	2 422	2 526
	41 810	48 289	14 777	16 749	19 531	21 080	15 214	16 132
Sørlandet	3 739	3 674	764	681	2 716	2 727	2 135	2 173
	45 128	44 632	9 223	8 270	32 789	33 136	25 768	26 394
Helseregion Sør	4 301	4 516	1 024	1 050	2 936	3 041	2 301	2 410
	187 881	199 758	44 744	46 432	128 273	134 503	100 547	106 620
Stavanger	4 947	5 228	1 843	1 904	2 858	3 010	2 252	2 307
	54 066	57 714	20 143	21 025	31 237	33 234	24 617	25 473
Fonna	4 155	4 460	843	1 011	3 140	3 218	2 583	2 675
	33 450	35 962	6 790	8 156	25 277	25 950	20 797	21 573
Bergen	4 976	5 017	780	762	3 952	3 972	3 009	3 134
	85 467	87 351	13 389	13 276	67 875	69 165	51 686	54 569

HF-område Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag 80 år +		Liggetidsrate Elektive døgnopphold 80 år +		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold 80 år +		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG 80 år +	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Førde	4 763	4 949	950	994	3 618	3 736	2 891	2 966
	28 571	29 969	5 697	6 021	21 702	22 620	17 345	17 962
Helseregion Vest	4 781	4 956	1 092	1 139	3 466	3 546	2 715	2 809
	201 554	210 996	46 019	48 478	146 091	150 969	114 445	119 577
Sunnmøre	5 089	5 066	867	929	3 771	3 842	2 977	3 068
	33 260	33 812	5 664	6 198	24 647	25 643	19 459	20 478
Nordmøre/Romsdal	4 225	4 339	878	730	3 165	3 355	2 428	2 730
	26 688	27 682	5 546	4 656	19 993	21 403	15 339	17 420
St. Olavs Hospital	6 546	6 289	989	847	5 255	5 105	4 077	3 956
	80 270	77 946	12 121	10 501	64 432	63 269	49 989	49 030
Nord-Trøndelag	4 010	4 064	622	612	3 222	3 195	2 541	2 587
	26 389	27 195	4 095	4 097	21 204	21 380	16 719	17 312
Helseregion M-Norge	5 257	5 185	865	792	4 110	4 098	3 203	3 243
	166 607	166 635	27 426	25 452	130 276	131 695	101 506	104 240
Helgeland	5 098	5 459	991	886	3 951	4 372	3 126	3 480
	20 280	21 725	3 941	3 525	15 719	17 400	12 435	13 852
Nordland	4 637	5 043	752	680	3 740	4 223	2 907	3 378
	20 453	22 438	3 318	3 026	16 496	18 787	12 822	15 027
Hålogaland	5 074	5 122	795	845	4 150	4 158	3 288	3 306
	26 804	27 565	4 198	4 546	21 923	22 379	17 369	17 791
UNN	4 561	5 128	630	662	3 586	4 133	2 816	3 132
	19 491	22 229	2 690	2 871	15 325	17 918	12 031	13 576
Finnmark	4 114	3 868	711	653	3 181	3 077	2 586	2 586
	10 092	9 901	1 744	1 671	7 802	7 876	6 343	6 620
Helseregion Nord	4 761	5 016	779	755	3 788	4 074	2 990	3 229
	97 120	103 858	15 891	15 639	77 265	84 360	61 000	66 866
Ureg./utlendinger	(746)	(749)	(18)	(27)	(704)	(709)	(526)	(620)
Totalt	4 598	4 714	872	871	3 472	3 547	2 730	2 821
	980 121	1 017 605	185 778	187 989	739 988	765 798	581 882	609 059

Tabell 7.21 Relativt sykehusbruk blant eldre. HF-nivå 2004 og 2005.

HF-område Pasientenes bosted	Andel i befolkningen 80 år +		Eldres andel av sum liggedager ved døgnopphold		Relativt sykehusbruk blant eldre 80 år + (døgnopphold)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	4,78	4,80	20,36	20,86	4,26	4,34
Asker og Bærum	4,26	4,40	21,78	22,18	5,12	5,04
Hovedstadsområdet	4,05	4,02	21,25	21,86	5,25	5,44
Innlandet	5,60	5,67	20,15	19,95	3,60	3,52
Helseregion Øst	4,55	4,56	20,87	21,24	4,59	4,66
Ringerike	5,63	5,70	18,70	23,27	3,32	4,08
Buskerud	4,22	4,26	18,84	19,16	4,46	4,50
Blefjell	5,83	5,86	22,31	23,70	3,83	4,04
Vestfold	4,86	4,91	19,27	19,50	3,97	3,97
Telemark	5,15	5,24	23,84	24,95	4,63	4,77
Sørlandet	4,56	4,56	18,12	18,09	3,98	3,97
Helseregion Sør	4,88	4,92	19,96	20,79	4,09	4,23
Stavanger	3,68	3,67	20,16	21,40	5,48	5,83
Fonna	4,91	4,91	20,40	21,40	4,15	4,36
Bergen	4,51	4,52	23,18	23,42	5,14	5,18
Førde	5,60	5,68	23,03	24,51	4,11	4,32
Helseregion Vest	4,44	4,45	21,79	22,62	4,90	5,08
Sunnmøre	5,09	5,19	22,09	22,98	4,34	4,43
Nordmøre/Romsdal	5,53	5,58	20,82	21,71	3,77	3,89
St. Olavs Hospital	4,48	4,48	26,31	25,46	5,87	5,68
Nord-Trøndelag	5,08	5,16	21,03	21,78	4,14	4,22
Helseregion M-Norge	4,91	4,95	23,49	23,62	4,79	4,77
Helgeland	5,08	5,11	22,05	23,35	4,34	4,57
Nordland	4,52	4,54	20,26	22,09	4,48	4,86
Hålogaland	5,46	5,58	24,12	24,91	4,42	4,46
UNN	3,66	3,68	17,75	19,59	4,86	5,32
Finnmark	3,36	3,51	13,45	13,09	4,01	3,73
Helseregion Nord	4,41	4,47	19,92	21,03	4,52	4,70
Totalt	4,63	4,65	21,14	21,72	4,57	4,67

8 Pasientstrømmer

Stein Ø. Petersen

I 2005 ble 139 039 pasientopphold (døgnopphold og dagbehandling) utført utenfor pasientenes bostedsregion. Dette var en økning på 5,2 prosent i forhold til antallet i 2004. Opphold utenfor pasientenes bostedsregion utgjorde 10,1 prosent av alle opphold i 2004 og 10,2 prosent i 2005. Andel elektive opphold utenfor egen region utgjorde 14,4 prosent av alle elektive opphold både i 2004 og 2005.

Økningen i opphold utenfor egen bostedsregion fra 2004 til 2005 var størst for dagopphold (9,3 prosent), og særlig for dagopphold ved private sykehus. Antall dagopphold ved private sykehus økte fra 19 865 i 2004 til 24 539 i 2005, som tilsvarte en prosentvis økning på 23,5. Dette var likevel en noe mindre økning enn fra 2003 til 2004. Fra 2004 til 2005 ble det også registrert en viss økning i andel elektive opphold ved sykehus i eget HF-område, fra 66,2 til 66,7 prosent. Ved private institusjoner økte andelen elektive opphold fra 5,9 prosent i 2004 til 6,3 prosent i 2005. Antall elektive opphold ved andre sykehus utenfor eget HF-område ble redusert fra 27,9 prosent i 2004 til 27,0 prosent i 2005.

Helse Øst hadde størst andel dag- og døgnopphold utenfor egen region. Tallene var 74 424 dag- og døgnopphold utenfor egen region i 2004, og 77 347 opphold i 2005. Dette var 16,8 prosent av alle dag- og døgnopphold i 2004 og 16,6 prosent i 2005. Helse Sør hadde størst andel pasienter fra andre regioner, 19,1 prosent i 2004 og 18,0 prosent i 2005. Begge disse forholdene skyldes først og fremst avtale om bruk av Rikshospitalet (som tilhører Helse Sør RHF) for pasienter bosatt i Helse Øst.

8.1 Innledning

I dette kapitlet er det lagt vekt på å vise omfanget av pasientbehandling ved helseforetak innenfor og utenfor den enkeltes bostedsregion. Behandling på private sykehus regnes som behandling utenfor regionen, uavhengig av geografisk beliggenhet. I teksten innledningsvis vises det hvordan utviklingen har vært i den enkelte helseregion i perioden 2001-2005, mens det i tabellene i andre del av kapitlet er fokusert spesielt på utviklingen fra 2004 til 2005. I tabellene for 2004-2005 skilles det mellom alle opphold (døgnopphold og dagbehandling) og alle elektive opphold. For å gi et bilde av økonomi knyttet til behandling utenfor egen region, er det også gitt en oversikt over antall korrigerte DRG-poeng (benevnes DRG-poeng) for oppholdene.

I forhold til tidligere rapporter er det gjort noen endringer i helseforetaksområder. Endringene er gjort for alle årene 2001-2005. Se vedlegg 4 for en beskrivelse av hvilke kommuner som inngår i det enkelte helseforetaksområde.

Inndeling i helseforetak og helseforetaksområder (HF-områder) inneholder de samme institusjoner og kommuner i alle årene (2001-2005). Tallene omfatter også private avtalespesialister som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF).

8.2 Nasjonal utvikling fra 2001 til 2005

I 2005 ble 139 039 pasientopphold utført utenfor pasientenes bostedsregion. Dette var 6 912 flere opphold enn året før. Antall opphold ved private institusjoner i 2005 var 49 172, en økning på 5 903 opphold fra 2004. Mens totalt antall opphold økte med 4,6 prosent fra 2004 til 2005, økte antall opphold i private sykehus med 13,6 prosent. I 2001 var det 9 633 opphold i private sykehus. Fem år senere var tallet mer enn 5 ganger så stort. Det har altså vært en formidabel vekst i aktiviteten ved private sykehus, men antall opphold utgjorde likevel ikke mer enn 3,6 prosent av totalt antall opphold i 2005.

I 2005 var 10,2 prosent av alle opphold, og 14,4 prosent av alle elektive opphold, behandlinger utenfor pasientenes bostedsregion. Andelene var tilnærmet uendret fra året før. I 2005 ble det registrert 123 295 DRG-poeng ved sykehus utenfor pasientenes bostedsregion. Dette utgjorde 11,4 prosent av alle DRG-poeng i 2005. Andelen i 2004 var 11,2 prosent. Det at andel DRG-poeng knyttet til behandling utenfor bostedsregionen var større enn andel opphold viser at pasienter behandlet utenfor bostedsregionen i gjennomsnitt var mer ressurskrevende enn øvrige pasienter.

I tabellen nedenfor fremgår antallet DRG-poeng for pasienter fra annet RHF og egne pasienter behandlet i et annet RHF for 2005.

Tabell 8.1 Antall DRG-poeng for pasienter fra annet RHF behandlet i egen region, og egne pasienter behandlet i et annet RHF for 2005.

Helseregion	DRG-poeng	
	Behandling av pasienter fra annet RHF	Behandling av egne pasienter i annet RHF
Helse Øst	13 024	47 406
Helse Sør	56 845	10 466
Helse Vest	5 404	8 818
Helse Midt-Norge	4 894	6 679
Helse Nord	1 159	7 958

Tabellen viser det store volumet av DRG-poeng som pasienter fra helseregion Øst utløser ved helseforetak i Sør i 2005 (først og fremst Rikshospitalet HF). Dette utgjorde i alt 56 845 DRG-poeng i 2005.

I 2001 ble 7,9 prosent av alle opphold gjennomført ved institusjoner utenfor bostedsregionen mot 10,2 prosent i 2005. Det har altså vært en betydelig økning av slike opphold i løpet av disse 5 årene. I absolutte tall har økningen vært vel 52 000, eller omlag 60 prosent.

Pasientrettighetsloven trådte i kraft 1 januar 2001. Et viktig element i denne loven er retten til fritt sykehusvalg. Det er vanskelig å tallfeste hvor stor del av økningen som skyldes denne rettigheten, hva som kommer av at det er etablert flere private institusjoner, hva ordningen med kjøp av helsetjenester for personer som går sykemeldt i påvente av behandling har hatt å si (denne ordningen opphørte 1. januar 2006) og hva som er mer tilfeldige variasjoner.

Den betydeligste endringen i behandlingssted i 2005 sammenlignet med 2004, er knyttet til økningen i opphold ved private sykehus. Økningen var særlig stor for pasienter hjemmehørende i helseregion Øst og i helseregion Vest med henholdsvis 4 417 og 3 085 opphold. Som eneste region var det nedgang i antall opphold ved private institusjoner i helseregion Midt-Norge. Dette var i sterk kontrast til situasjonen året før, hvor helseregion Midt-Norge var den regionen med størst økning. På landsbasis var andel opphold ved sykehus i eget HF-område så godt som uendret fra 2004 til 2005, henholdsvis 75,2 og 75,1 prosent. Ser vi bort fra opphold ved private sykehus, økte antall opphold utenfor egen bostedsregion fra 88 858 i 2004 til 89 867 i 2005. Relativt sett innebar imidlertid dette en

svak nedgang, fra 6,8 prosent av totalt antall opphold i 2004 til 6,6 prosent i 2005. Med unntak av de private sykehusene, var det altså svært liten endring i omfanget av behandling utenfor egen bostedsregion fra 2004 til 2005.

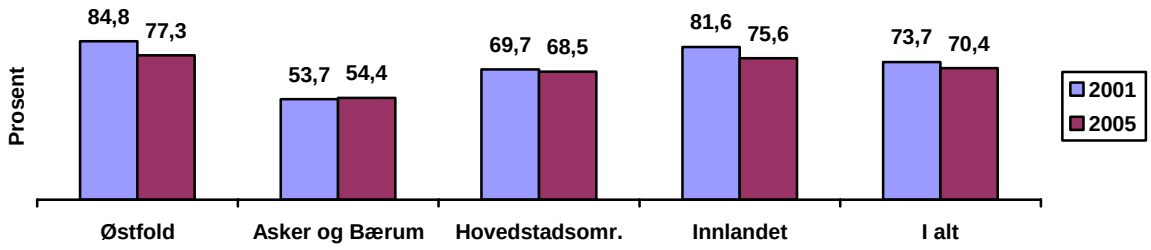
8.3 Forholdet mellom bosted og behandlingssted fra 2001 til 2005

Dette kapitlet viser hvor stor andel av oppholdene som kom fra egne helseforetak, andre helseforetak i regionen, helseforetak utenfor regionen eller private sykehus i 2001 og 2005 for hver enkelt helseregion. Dette gir indikasjoner på omfanget av samordning av tjenester innen regionen og eventuell effekt av fritt sykehusvalg.

8.3.1 Helseregion Øst

I 2005 ble det registrert 23,9 prosent flere dag- og døgnopphold for pasienter hjemmehørende i Helseregion Øst enn i 2001. I absolutte tall utgjorde dette vel 89 000 opphold. Relativt sett har økningen vært størst for opphold utenfor regionen, med 34,2 prosent. For opphold innenfor regionen var økningen 22,0 prosent. I absolutte tall var endringene 20 000 (utenfor regionen) og 69 000 (innen regionen).

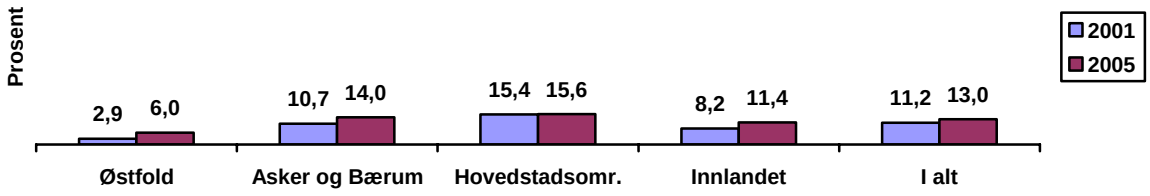
Figur 8.1 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Øst. 2001 og 2005.



Figurene 8.1 - 8.4 viser prosentvis andel av dag- og døgnopphold i 2001 og 2005 ved helseforetak i regionen og utenfor regionen (henholdsvis Radium-/Rikshospitalet, andre helseforetak utenfor regionen og private sykehus).

En mindre andel av pasientene hjemmehørende i Helse Øst ble behandlet ved eget helseforetak i 2005 sammenlignet med 2001. Prosentene var henholdsvis 73,7 og 70,4. Denne nedgangen i bruk av eget sykehus var særlig konsentrert til Østfold og Innlandet HF-områder. Situasjonen i Asker og Bærum HF-område og Hovedstadsområdet var tilnærmet uendret fra 2001 til 2005.

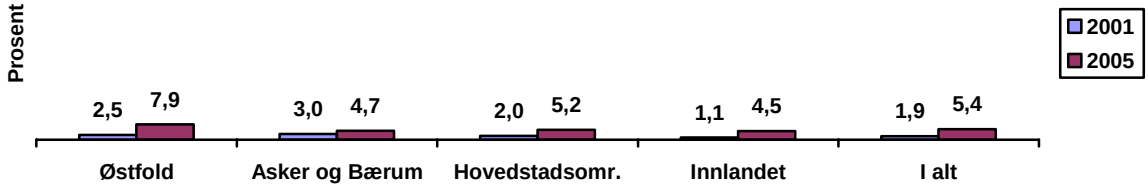
Figur 8.2 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Øst. 2001 og 2005.



Bruken av andre institusjoner i Helse Øst hadde imidlertid økt noe, fra 11,2 prosent av alle dag- og døgnopphold i 2001 til 13,0 prosent i 2005. En liknende utvikling ble registrert i alle HF-områdene.

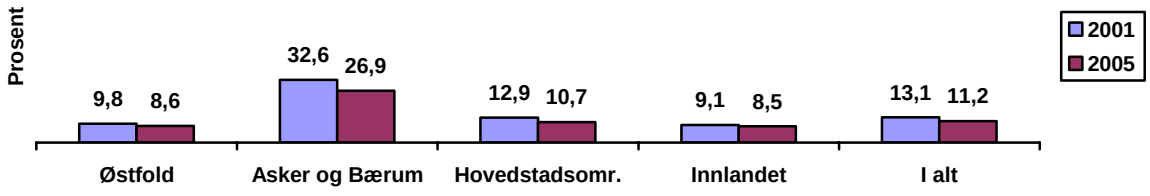
Både i 2001 og i 2005 var 25 prosent av alle opphold for pasienter fra helseregion Øst lokalisert til Ullevål og Aker HF. Andel opphold ved Sykehuset Østfold HF ble redusert fra 13,8 prosent i 2001 til 12,4 prosent i 2005. En tilsvarende andel ble også behandlet ved Akershus universitetssykehus HF, i alt 12,6 prosent i 2005. Ellers ble 24,8 prosent av pasientene fra Asker og Bærum behandlet Rikshospitalet/Radiumhospitalet HF i 2005, mot 30,3 prosent i 2001.

Figur 8.3 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Øst. 2001 og 2005.



Antall opphold ved private sykehus hadde økt fra 1,9 prosent i 2001 til 5,4 prosent i 2005. Dette representerte en økning fra 7 200 opphold i 2001 til 25 000 opphold i 2005. Personer bosatt i Østfold HF-område hadde størst bruk av private sykehus (7,9 prosent av alle opphold i 2005). Alle HF-områdene hadde større bruk av private sykehus i 2005 enn de hadde i 2001. Asker og Bærum HF-område hadde forholdsvis liten endring, fra 3,0 prosent i 2001 til 4,7 prosent i 2005. I 2001 hadde Asker og Bærum størst bruk av private sykehus av alle HF-områdene i Helse Øst, mens både Østfold og Hovedstadsområdet lå foran i 2005.

Figur 8.4 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Øst. 2001 og 2005.



Bruk av sykehus utenfor egen helseregion (private sykehus unntatt) ble noe redusert fra 2001 til 2005. Dette kom først og fremst av at befolkningen i Asker og Bærum brukte Radium- og Rikshospitalet noe mindre i 2005 enn i 2001. Det gjaldt også for befolkningen hjemmehørende i Hovedstadsområdet. For Innlandet og Østfold HF-områder var endringene ubetydelige.

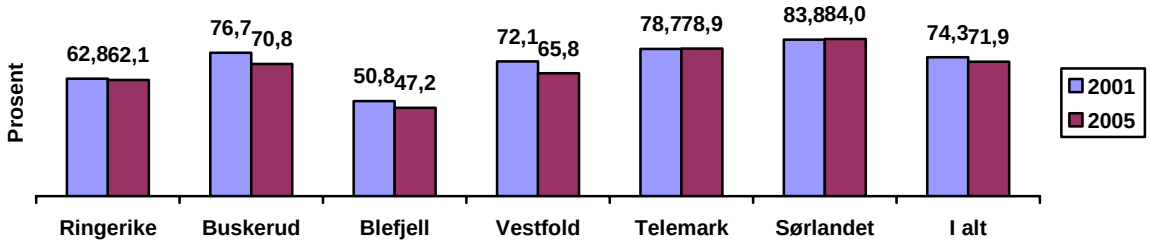
Befolkningen hjemmehørende i Hovedstadsområdet hadde nesten 40 000 flere dag- og døgnopphold i 2005 enn i 2001. Av dette var det en økning på mer enn 30 000 opphold ved helseforetak i området.

8.3.2 Helseregion Sør

Personer hjemmehørende i helseregion Sør hadde 31,6 prosent flere dag- og døgnopphold i 2005 sammenlignet med 2001. I absolutte tall utgjorde dette i overkant av 70 000 opphold. Det som kjennetegner denne endringen er både en økning i aktivitet ved egne helseforetak, andre helseforetak utenfor regionen og bruk av private sykehus.

Som det fremgår av figur 8.5, var det stor forskjell mellom HF-områdene i helseregion Sør i forhold til andel opphold ved eget helseforetak. Mens gjennomsnittet for regionen var 71,9 prosent i 2005 (en liten nedgang fra 2001) varierte dette fra 47,2 prosent i Blefjell HF-område til 84,0 prosent for Sørlandet HF-område. Med unntak av Telemark og Sørlandet HF-områder, ble en lavere andel av pasientene behandlet ved eget helseforetak i 2005 enn i 2001. Økningen for Telemark og Sørlandet er imidlertid ubetydelig. Til sammen 32,0 prosent av dag- og døgnopphold for personer hjemmehørende i Blefjell HF-område fant sted ved Ringerike sykehus HF og Sykehuset Buskerud HF. For personer hjemmehørende i Ringerike HF-område var det også vanlig å få behandling ved Sykehuset Buskerud HF, 13,7 prosent av alle opphold var lokalisert hit i 2005.

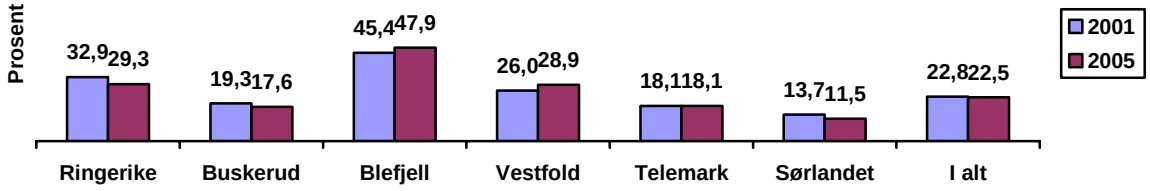
Figur 8.5 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Sør. 2001 og 2005.



Behandling ved andre helseforetak i regionen enn eget var særlig utbredt i Blefjell, Ringerike og Vestfold HF-områder (figur 8.6). For Vestfold HF-område gjaldt dette først og fremst

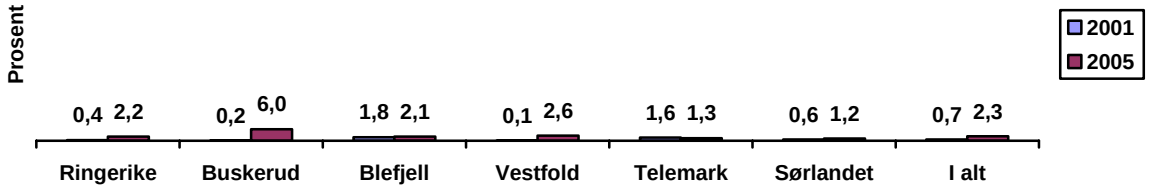
behandling ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet. I 2005 ble 21,2 prosent av alle dag- og døgnopphold fra Vestfold HF-område registrert her.

Figur 8.6 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Sør. 2001 og 2005.



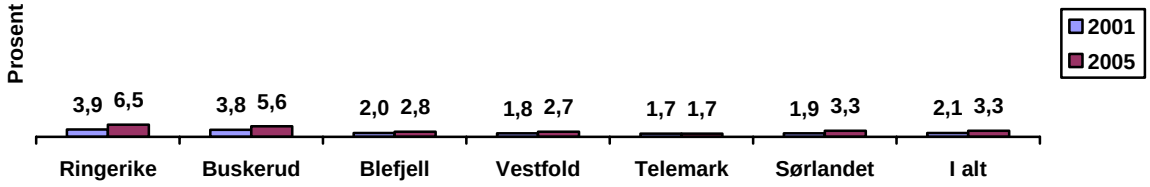
Av figur 8.7 ser vi at bruk av private sykehus var lite utbredt i helseregion Sør. Buskerud HF-område skilte seg ut i 2005, med en prosentandel på 6,0. Ellers varierte prosentandelen fra 1,2 (Sørlandet HF-område) til 2,6 (Vestfold HF-område). Alle områdene hadde likevel en viss vekst fra 2001 til 2005. Av totalt nesten 300 000 dag- og døgnopphold i 2005, sto de private sykehusene for knapt 7 000.

Figur 8.7 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Sør. 2001 og 2005.



Behandling ved institusjoner ved andre RHF-er enn i Helse Sør RHF økte noe fra 2001 til 2005, fra 2,1 til 3,3 prosent (figur 8.8). Det var økning i alle HF-områdene med unntak av Telemark HF-område.

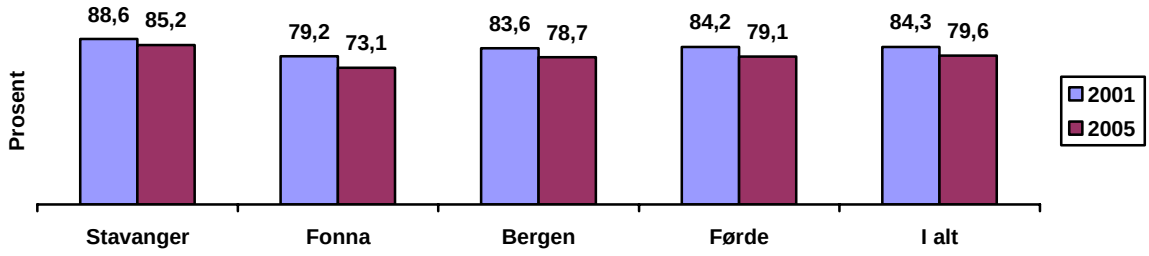
Figur 8.8 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i Helseregion Sør. 2001 og 2005.



8.3.3 Helseregion Vest

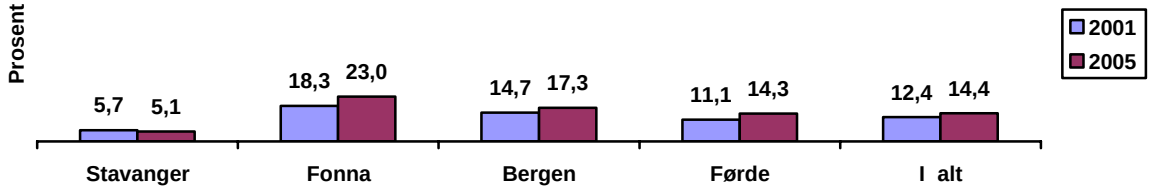
Personer hjemmehørende i helseregion Vest hadde 29,8 prosent flere dag- og døgnopphold i 2005 sammenlignet med 2001. I absolutte tall utgjorde dette en økning på om lag 62 000 opphold. Av denne økningen gjaldt om lag 40 000 opphold ved institusjoner i eget helseforetak, 9 000 ved andre helseforetak i egen region, 6 000 ved institusjoner i andre regioner og 7 000 ved private sykehus.

Figur 8.9 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Vest. 2001 og 2005.



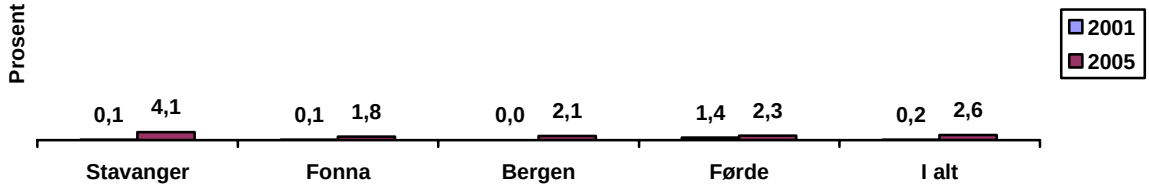
Figur 8.9 viser at det relativt sett ble registrert færre dag- og døgnopphold ved eget helseforetak i 2005 sammenlignet med 2001. Dette var tilfelle for alle HF-områdene. Andel opphold i eget helseforetak var størst i Stavanger og minst i Fonna HF-område. I gjennomsnitt ble i underkant av 80 prosent av oppholdene registrert ved eget helseforetak i 2005.

Figur 8.10 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Vest. 2001 og 2005.



I 2005 var 2,7 prosent av alle opphold for personer hjemmehørende i Stavanger HF-område registrert i Helse Bergen HF, mot 13,4 prosent både for Fonna og Førde HF-områder.

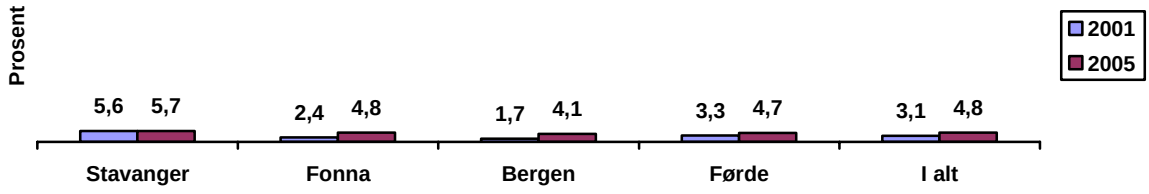
Figur 8.11 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Vest. 2001 og 2005.



I 2001 ble det bare registrert vel 500 opphold ved private sykehus for personer hjemmehørende i helseregion Vest. I 2005 hadde antallet økt til vel 7 000, men utgjorde likevel ikke

mer enn 2,6 prosent av alle opphold. Størst bruk av private sykehus hadde befolkningen hjemmehørende i Stavanger HF-område.

Figur 8.12 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Vest. 2001 og 2005.

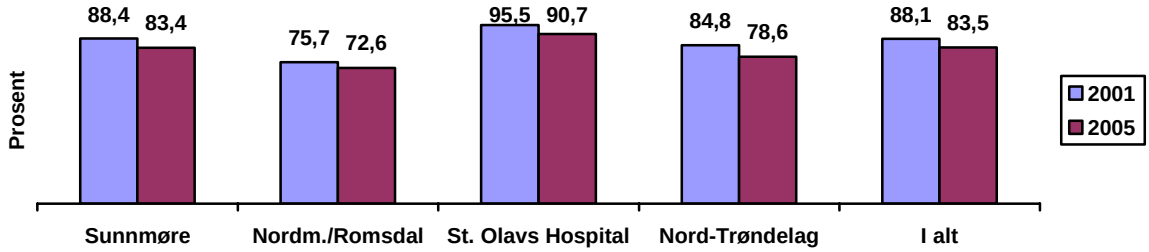


Befolkningen i Stavanger HF-område brukte også andre sykehus utenfor egen helseregion i større utstrekning enn befolkningen ellers i helseregion Vest. I sum for helseregion Vest utgjorde opphold ved sykehus i andre regioner om lag 9 000 opphold av totalt vel 290 000 i 2005. Det var altså ingen stor lekkasje ut av regionen.

8.3.4 Helseregion Midt-Norge

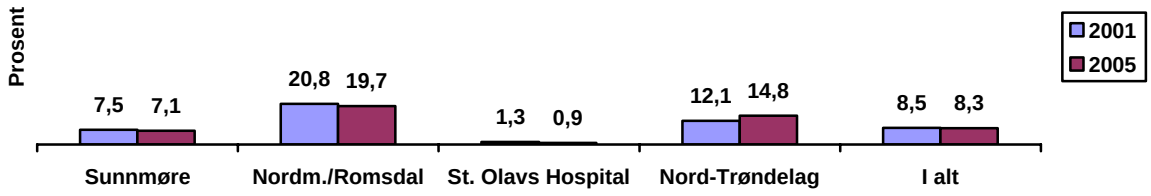
For befolkningen i helseregion Midt-Norge ble det registrert 19,5 prosent flere dag- og døgn-opphold i 2005 sammenlignet med 2001. Dette var resultatet av økning på vel 30 000 opphold, fra 156 000 til 186 000 opphold. Av denne økningen kom 18 000 fra flere opphold ved foretak i eget HF-område, det var 2 000 flere opphold ved andre sykehus i helseregion Midt-Norge, 2 000 ved sykehus i andre regioner og i alt var det en økning på 8 000 opphold i private sykehus.

Figur 8.13 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Midt-Norge. 2001 og 2005.



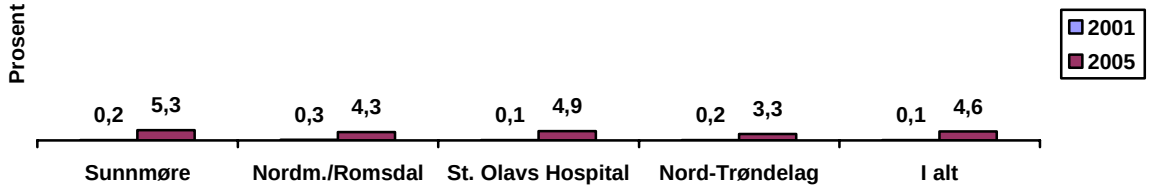
Som figur 8.13 viser, ble andelen opphold ved helseforetak i eget HF-område betydelig redusert fra 2001 til 2005, fra 88,1 prosent i 2001 til 83,5 prosent i 2005. Utviklingen var den samme i alle HF-områdene. Lavest andel opphold i eget helseforetak hadde befolkningen i Nordmøre/Romsdal HF-område. Befolkningen har brukte både St. Olavs Hospital HF og Helse Sunnmøre HF i stor utstrekning. Andelen i 2005 var henholdsvis 12,9 prosent (St. Olavs Hospital HF) og 6,7 prosent (Helse Sunnmøre HF). For øvrig var 5,7 prosent av oppholdene fra Sunnmøre HF-område og 14,7 prosent fra Nord-Trøndelag HF-område lokalisert til St. Olavs Hospital HF i 2005. Disse andelene var noe høyere enn i 2001. For befolkningen bosatt i St. Olavs Hospital ble imidlertid andelen opphold ved eget foretak redusert fra 95,5 prosent i 2001 til 90,7 prosent i 2001.

Figur 8.14 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Midt-Norge. 2001 og 2005.



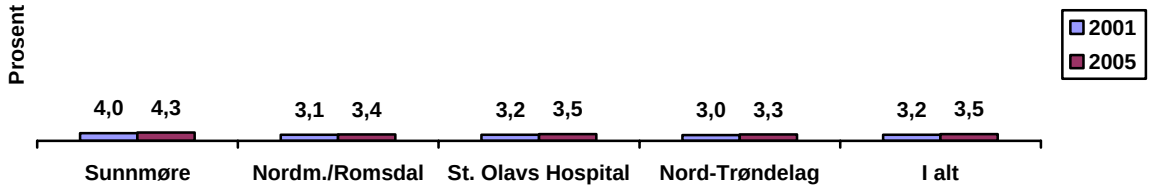
Opphold ved private sykehus økte betydelig fra 2001 til 2005 (figur 8.15). I 2001 ble det bare registrert 126 opphold i private sykehus for befolkningen i helseregion Midt-Norge. Fem år senere hadde tallet økt til mer enn 8 000. I 2005 var det bare helseregion Øst som hadde høyere andel opphold ved private sykehus enn helseregion Midt-Norge.

Figur 8.15 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Midt-Norge. 2001 og 2005.



Andel opphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion har endret seg lite fra 2001 til 2005. Det var også liten forskjell mellom HF-områdene (figur 8.16).

Figur 8.16 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Midt-Norge. 2001 og 2005.

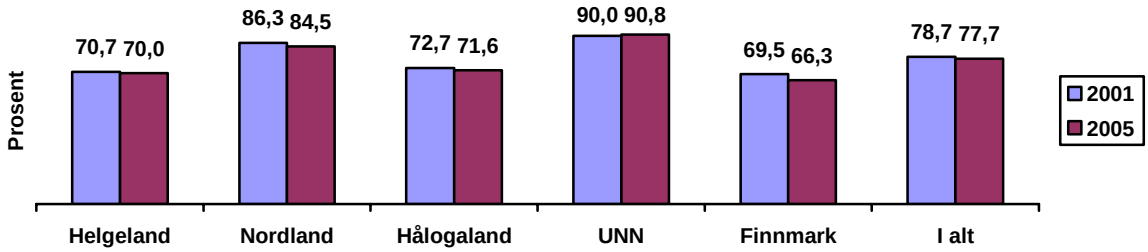


8.3.5 Helseregion Nord

Befolkningen i helseregion Nord hadde 17,6 prosent flere dag- og døgnopphold i 2005 enn i 2001. I alt var økningen på nærmere 22 000 opphold. Av denne økningen kom nærmere 16 000 opphold fra sykehus i eget HF-område, om sykehus i omlag 2 000 opphold fra andre sykehus i egen region, 3 000 opphold fra sykehus i andre regioner og 1 000 fra private sykehus.

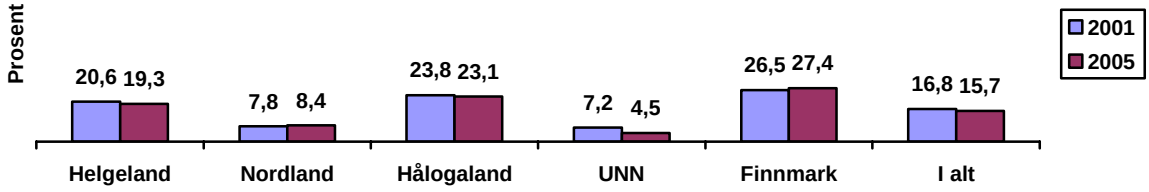
Av figur 8.18 ser vi at det særlig var UNN og Nordland HF-områder som hadde en stor andel opphold ved sykehus i eget område. Andelen var betydelig lavere i de andre HF-områdene og lavest i Finnmark HF-område. For Finnmark HF-område var det også større nedgang i opphold ved helseforetak i eget HF-område enn i de andre områdene i Helse Nord.

Figur 8.17 Antall dag- og døgnopphold ved institusjoner i eget helseforetak i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Nord. 2001 og 2005.



Størst andel opphold ved helseforetak i regionen utenfor eget HF-område ble registrert i Finnmark, Hålogaland og Helgeland HF-områder (figur 8.18). Andel opphold ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF for befolkningen i Finnmark HF-område var 26,5 prosent i 2005 og 15,1 prosent for befolkningen i Hålogaland HF-område (også i 2005). I tillegg til befolkningen i eget HF-område ble Nordlandssykehuset HF særlig brukt av befolkningen i Helgeland HF-område (12,4 prosent i 2005) og Hålogaland HF-område (7,8 prosent i 2005).

Figur 8.18 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner i egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Nord. 2001 og 2005.

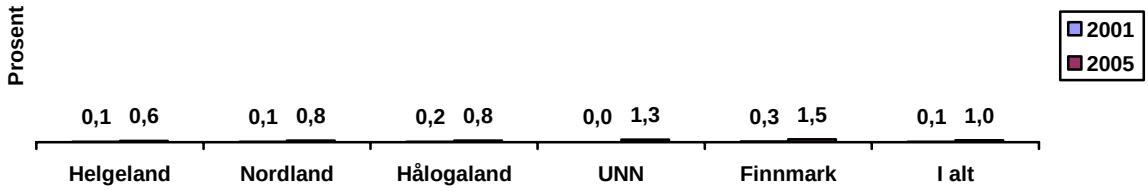


Som det fremgår av figur 8.19, så brukes private sykehus svært lite av befolkningen i helseregion Nord. Antall opphold ved private sykehus for befolkningen i Helse Nord var 1 441 i 2005, noe som tilsvarte 1,0 prosent. Dette var likevel en viss økning fra 2001, da antallet ikke var større enn 183. Bruk av private sykehus hadde et veldig beskjedent omfang i alle HF-områdene i Helse Nord, og varierte i 2005 mellom 0,6 prosent (Helgeland HF-område) og 1,5 prosent (F innmark HF-område).

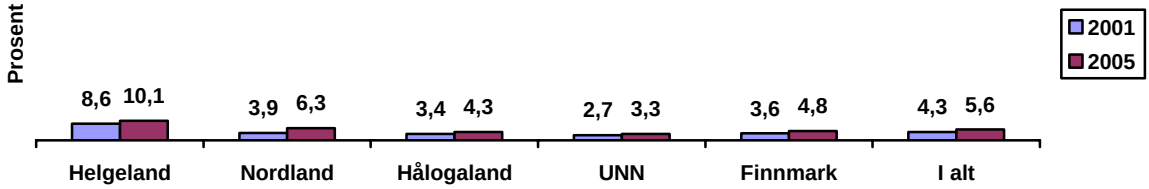
I 2005 var 10,1 prosent av oppholdene fra Helgeland HF-område lokalisert til helseforetak utenfor Helse Nord. Denne andelen var lavest for befolkningen i UNN HF-område, med 3,3 prosent i 2005.

For alle HF-områdene var det større bruk av sykehus utenfor Helse Nord i 2005 enn hva som var tilfelle i 2001. Med unntak av Helse Øst RHF, som har avtale med Helse Sør RHF om bruk av Rikshospitalet, var det ingen av de andre regionene som hadde større andel dag- og døgnopphold ved helseforetak utenfor egen region i 2005.

Figur 8.19 Antall dag- og døgnopphold ved private sykehus i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Nord. 2001 og 2005.



Figur 8.20 Antall dag- og døgnopphold ved andre institusjoner utenfor egen helseregion i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. Pasienter hjemmehørende i helseregion Nord. 2001 og 2005.



Tabell 8.2 Antall dag- og døgnopphold i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	70,7	70,4	12,5	13,0	12,2	11,2	4,7	5,4
Helseregion Sør	71,6	71,9	23,0	22,5	3,1	3,3	2,3	2,3
Helseregion Vest	80,5	79,6	14,5	14,4	3,4	3,3	1,6	2,6
Helseregion Midt-Norge	82,2	83,5	8,1	8,4	3,5	3,6	6,1	4,6
Helseregion Nord	78,0	77,7	16,1	15,6	5,3	5,6	0,6	1,0
Hele landet	75,2	75,1	14,9	15,0	6,5	6,3	3,3	3,6

Tabell 8.3 Antall dagopphold i prosent av antall dagopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	70,4	70,1	12,7	13,1	14,4	12,2	2,5	4,5
Helseregion Sør	66,0	68,3	27,6	25,5	1,9	2,1	4,5	4,1
Helseregion Vest	77,1	75,6	16,9	15,8	2,6	2,6	3,4	5,9
Helseregion Midt-Norge	80,1	84,1	5,4	5,7	2,8	2,7	11,8	7,5
Helseregion Nord	80,0	79,8	15,1	13,8	4,4	5,0	0,6	1,4
Hele landet	73,0	73,5	16,3	15,7	6,5	5,9	4,2	4,8

Tabell 8.4 Antall døgnopphold i prosent av antall døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	70,8	70,6	12,4	12,9	11,0	10,7	5,8	5,9
Helseregion Sør	75,4	74,4	20,0	20,4	3,8	4,1	0,8	1,1
Helseregion Vest	82,3	82,0	13,3	13,6	3,8	3,7	0,6	0,7
Helseregion Midt-Norge	83,4	83,2	9,7	9,9	3,9	4,1	3,0	2,9
Helseregion Nord	76,9	76,6	16,7	16,6	5,8	6,0	0,6	0,8
Hele landet	76,5	76,1	14,2	14,5	6,6	6,5	2,8	2,9

Tabell 8.5 Antall elektive dag- og døgnopphold i prosent av antall elektive dag- og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	60,8	61,0	14,4	14,7	16,5	14,7	8,4	9,6
Helseregion Sør	60,4	62,1	32,4	30,4	3,5	3,7	3,8	3,8
Helseregion Vest	74,2	73,3	18,4	17,8	4,5	4,2	2,9	4,8
Helseregion Midt-Norge	74,8	77,2	9,8	9,9	4,4	4,6	10,9	8,3
Helseregion Nord	70,6	69,9	21,3	20,7	7,1	7,7	1,0	1,8
Hele landet	66,3	66,7	19,4	18,9	8,5	8,0	5,8	6,3

Tabell 8.6 Antall DRG-poeng for dag- og døgnopphold i prosent av antall DRG-poeng for dag og døgnopphold i alt etter behandlingssted. Helseregioner. 2004 og 2005.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted							
	Pasientens eget HF		Andre HF i egen region		Andre RHF		Private institusjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	67,7	67,1	14,3	15,1	13,3	12,7	4,6	5,2
Helseregion Sør	69,2	68,3	24,5	24,6	4,0	4,6	2,3	2,5
Helseregion Vest	77,7	76,7	16,0	16,3	4,3	4,1	2,0	2,9
Helseregion Midt-Norge	78,7	79,7	11,7	11,9	4,4	4,4	5,1	4,0
Helseregion Nord	72,1	71,2	20,5	20,5	6,6	7,1	0,8	1,2
Hele landet	72,0	71,4	17,1	17,5	7,6	7,5	3,3	3,6

Tabell 8.7 Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2004.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	367 584	49 897	1 310	2 015	542	3 899	16 761	74 424	442 008
Helseregion Sør	5 816	266 679	2 003	533	258	1 137	5 310	15 057	281 736
Helseregion Vest	1 160	6 586	242 857	657	245	847	3 260	12 755	255 612
Helseregion Midt-Norge	1 931	2 732	1 366	166 376	463	255	10 998	17 745	184 121
Helseregion Nord	1 208	2 593	1 166	2 548	133 229	317	479	8 3 11	141 540
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 107	1 065	754	478	425	6	0	3 835	3 835
Bosatt utenfor behandlingssted	11 222	62 873	6 599	6 231	1 933	6 461	36 808	132 127	
I alt	378 806	329 552	249 456	172 607	135 162	6 461	36 808		1 308 852

Tabell 8.8 Antall dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	387 904	48 596	1 301	1 798	575	4 144	20 933	77 347	465 251
Helseregion Sør	6 993	280 694	2 118	424	259	1 031	5 922	16 747	297 441
Helseregion Vest	1 341	6 708	255 676	726	223	957	6 235	16 190	271 866
Helseregion Midt-Norge	2 263	2 498	1 498	170 958	428	203	8 305	15 195	186 153
Helseregion Nord	1 472	2 775	1 107	2 757	134 449	361	1 080	9 552	144 001
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 159	1 186	691	529	442	1	0	4 008	4 008
Bosatt utenfor behandlingssted	13 228	61 763	6 715	6 234	1 927	6 697	42 475	139 039	
I alt	401 132	342 457	262 391	177 192	136 376	6 697	42 475		1 368 720

Tabell 8.9 Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2004.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	179 355	37 452	659	1 125	188	3 330	16 761	59 515	238 870
Helseregion Sør	4 118	154 750	1 266	304	97	1 014	5 310	12 109	166 859
Helseregion Vest	740	4 891	126 173	347	92	709	3 260	10 039	136 212
Helseregion Midt-Norge	1 106	2 269	961	87 004	238	247	10 998	15 819	102 823
Helseregion Nord	865	2 182	932	1 629	72 713	295	479	6 382	79 095
Ugyldig bosted/ utlendinger	138	187	62	127	30	5	0	549	549
Bosatt utenfor behandlingssted	6 967	46 981	3 880	3 532	645	5 600	36 808	104 413	
I alt	186 322	201 731	130 053	90 536	73 358	5 600	36 808		724 408

Tabell 8.10 Antall elektive dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	196 667	36 498	676	977	214	4 125	20 932	63 422	260 089
Helseregion Sør	5 012	167 003	1 376	217	82	1 025	5 922	13 634	180 637
Helseregion Vest	744	5 072	137 528	378	77	952	6 235	13 458	150 986
Helseregion Midt-Norge	1 217	2 139	1 133	89 355	189	201	8 304	13 183	102 538
Helseregion Nord	1 034	2 386	938	1 865	72 956	358	1 080	7 661	80 617
Ugyldig bosted/ utlendinger	138	202	46	76	12	1	0	475	475
Bosatt utenfor behandlingssted	8 145	46 297	4 169	3 513	574	6 662	42 473	111 833	
I alt	204 812	213 300	141 697	92 868	73 530	6 662	42 473		775 342

Tabell 8.11 Antall DRG-poeng for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2004.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	294 690	44 597	1 199	1 577	393	5 838	10 788	64 392	359 082
Helseregion Sør	6 715	206 446	1 645	351	171	1 712	3 289	13 884	220 330
Helseregion Vest	1 312	6 465	188 126	665	214	1 645	2 295	12 596	200 723
Helseregion Midt-Norge	1 992	3 101	1 128	134 525	363	349	7 303	14 237	148 761
Helseregion Nord	1 218	3 008	841	2 221	101 827	505	367	8 161	109 988
Ugyldig bosted/ utlendinger	876	787	621	409	404	12	0	3 109	3 109
Bosatt utenfor behandlingssted	12 113	57 958	5 435	5 223	1 546	10 061	24 043	116 379	
I alt	306 803	264 404	193 561	139 748	103 373	10 061	24 043		1 041 994

Tabell 8.12 Antall DRG-poeng for dag- og døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	306 285	44 254	1 269	1 462	423	6 238	13 007	66 651	372 937
Helseregion Sør	7 982	213 471	1 994	294	195	1 652	4 046	16 164	229 635
Helseregion Vest	1 305	6 564	198 185	776	173	1 847	4 245	14 910	213 095
Helseregion Midt-Norge	2 149	2 896	1 264	138 568	369	260	5 849	12 788	151 356
Helseregion Nord	1 588	3 130	878	2 362	103 184	510	837	9 305	112 489
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 023	899	653	498	404	0	0	3 477	3 477
Bosatt utenfor behandlingssted	14 047	57 744	6 057	5 392	1 563	10 507	27 984	123 295	
I alt	320 332	271 215	204 243	143 960	104 748	10 507	27 984		1 082 989

Tabell 8.13 Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted. 2004.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	126 417	20 807	325	675	120	0	3 770	25 697	152 114
Helseregion Sør	1 349	104 515	630	127	62	0	5 042	7 210	111 725
Helseregion Vest	181	1 996	84 157	119	48	0	3 051	5 395	89 552
Helseregion Midt-Norge	368	972	326	55 919	160	0	7 730	9 556	65 475
Helseregion Nord	267	827	343	728	46 467	0	272	2 437	48 904
Ugyldig bosted/ utlendinger	113	171	88	98	22	0	0	492	492
Bosatt utenfor behandlingssted	2 278	24 773	1 712	1 747	412	0	19 865	50 787	
I alt	128 695	129 288	85 869	57 666	46 879	0	19 865		468 262

Tabell 8.14 Antall dagopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	142 215	19 901	276	590	134	0	7 739	28 640	170 855
Helseregion Sør	1 734	115 343	689	113	50	0	4 992	7 578	122 921
Helseregion Vest	236	2 292	93 761	137	47	0	6 063	8 775	102 536
Helseregion Midt-Norge	440	856	429	59 605	99	0	5 007	6 831	66 436
Helseregion Nord	315	857	350	1 012	47 684	0	738	3 272	50 956
Ugyldig bosted/ utlendinger	108	193	66	49	19	0	0	435	435
Bosatt utenfor behandlingssted	2 833	24 099	1 810	1 901	349	0	24 539	55 531	
I alt	145 048	139 442	95 571	61 506	48 033	0	24 539		514 139

Tabell 8.15 Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2004.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	241 167	29 090	985	1 340	422	3 899	12 991	48 727	289 894
Helseregion Sør	4 467	162 164	1 373	406	196	1 137	268	7 847	170 011
Helseregion Vest	979	4 590	158 700	538	197	847	209	7 360	166 060
Helseregion Midt-Norge	1 563	1 760	1 040	110 457	303	255	3 268	8 189	118 646
Helseregion Nord	941	1 766	823	1 820	86 762	317	207	5 874	92 636
Ugyldig bosted/ utlendinger	994	894	666	380	403	6	0	3 343	3 343
Bosatt utenfor behandlingssted	8 944	38 100	4 887	4 484	1 521	6 461	16 943	81 340	
I alt	250 111	200 264	163 587	114 941	88 283	6 461	16 943		840 590

Tabell 8.16 Antall døgnopphold etter bosted og behandlingssted. 2005.

Pasientenes bostedsområde (Helseregion)	Behandlingssted								
	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private ideelle	Private komm.	Utenfor bosted	I alt
Helseregion Øst	245 689	28 695	1 025	1 208	441	4 144	13 194	48 707	294 396
Helseregion Sør	5 259	165 351	1 429	311	209	1 031	930	9 169	174 520
Helseregion Vest	1 105	4 416	161 915	589	176	957	172	7 415	169 330
Helseregion Midt-Norge	1 823	1 642	1 069	111 353	329	203	3 298	8 364	119 717
Helseregion Nord	1 157	1 918	757	1 745	86 765	361	342	6 280	93 045
Ugyldig bosted/ utlendinger	1 051	993	625	480	423	1	0	3 573	3 573
Bosatt utenfor behandlingssted	10 395	37 664	4 905	4 333	1 578	6 697	17 936	83 508	
I alt	256 084	203 015	166 820	115 686	88 343	6 697	17 936		854 581

Tabell 8.17 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Øst. 2004

Bosted	Behandlingssted												
	Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Asker og Bærum HF	Akershus univ.sh. HF	Ullevål og Aker sykehus HF	Sykehuset Innlandet HF	Inst. i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Rikshosp./ Radiumhosp. HF	Private sykehus	Utenfor egen reg. i alt	I alt
Østfold	77,7	0,5	0,7	2,6	0,2	77,7	5,8	83,5	0,9	7,9	7,7	16,5	100,0
Asker og Bærum	0,1	52,7	1,5	4,2	0,5	52,7	13,3	66,0	2,3	27,6	4,1	34,0	100,0
Hovedstadsområdet	0,8	1,0	23,1	45,1	0,6	68,1	15,6	83,7	1,5	10,3	4,5	16,3	100,0
Innlandet	0,1	0,1	2,7	4,6	77,7	77,7	10,2	87,9	3,3	5,6	3,2	12,1	100,0

Tabell 8.18 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Sør. 2004.

Bosted	Behandlingssted													
	Ringerike sykehus HF	Sykehuset Buskerud HF	Blefjell sykehus HF	Sykehuset i Vestfold HF	Sykehuset Telemark HF	Sørlandet sykehus HF	Rikshosp/ Radiumhosp HF	Inst i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Private sykehus	Utenfor egen region i alt	I alt
Ringerike	58,1	20,8	1,0	0,2	0,1	0,1	12,6	58,1	34,7	92,8	5,2	2,0	7,2	100,0
Buskerud	0,8	72,5	1,9	0,3	0,1	0,1	12,1	72,5	15,3	87,8	5,3	6,9	12,2	100,0
Blefjell	0,5	12,8	50,0	0,5	15,6	1,2	10,1	50,0	40,7	95,4	2,7	1,9	4,6	100,0
Vestfold	0,1	3,3	0,6	65,7	1,7	0,2	22,1	65,7	27,9	95,2	2,6	2,2	4,8	100,0
Telemark	0,0	0,1	1,0	0,8	78,4	0,4	8,4	78,4	10,6	97,1	1,7	1,2	2,9	100,0
Sørlandet	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	83,2	12,0	83,2	12,7	95,8	3,0	1,2	4,2	100,0

Tabell 8.19 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Vest. 2004.

Bosted	Behandlingssted											
	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Inst. i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Rikshosp./ Radiumhosp. HF	Private sykehus	Utenfor egen reg. i alt	I alt
Stavanger	86,0	1,7	2,8	0,1	86,0	5,5	91,8	4,1	2,0	2,1	8,2	100,0
Fonna	3,5	73,3	13,5	0,1	73,3	20,0	96,2	1,0	1,3	1,5	3,8	100,0
Bergen	0,2	1,1	79,3	0,4	79,3	15,8	97,0	0,9	1,0	1,1	3,0	100,0
Førde	0,1	0,0	12,2	81,4	81,4	12,7	94,6	1,7	1,7	2,0	5,4	100,0

Tabell 8.20 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Midt-Norge. 2004.

Bosted	Behandlingssted											
	Helse Sunnmøre HF	Helse Nordmøre og Romsdal HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Nord-Trøndelag HF	Inst. i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Rikshosp./ Radiumhosp. HF	Private sykehus	Utenfor egen region i alt	I alt
Sunnmøre	81,9	1,4	5,7	0,1	81,9	7,1	89,0	2,4	2,0	6,6	11,0	100,0
Nordmøre/Romsdal	6,6	72,4	12,5	0,1	72,4	19,2	91,6	2,0	1,5	4,9	8,4	100,0
St. Olavs Hospital	0,1	0,2	88,8	0,8	88,8	1,0	89,8	2,2	1,1	6,9	10,2	100,0
Nord-Trøndelag	0,0	0,1	14,1	77,6	77,6	14,2	91,9	2,2	1,1	4,9	8,1	100,0

Tabell 8.21 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Nord. 2004.

Bosted	Behandlingssted												
	Helgelands-sykehuset HF	Nordlands-sykehuset HF	Hålogalands-sykehuset HF	Univ.sh. i Nord-Norge HF	Helse Finnmark HF	Inst i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Rikshosp./ Radiumhosp. HF	Private sykehus	Utenfor egen region i alt	I alt
Helgeland	68,9	12,7	0,1	7,2	0,1	68,9	20,3	89,2	8,6	1,6	0,6	10,8	100,0
Nordland	0,3	85,0	0,7	7,2	0,1	85,0	8,8	93,8	3,6	2,0	0,6	6,2	100,0
Hålogaland	0,2	8,0	71,6	15,6	0,1	71,6	24,0	95,6	2,4	1,5	0,5	4,4	100,0
UNN	0,3	0,4	4,1	90,9	0,4	90,9	5,3	96,2	1,6	1,7	0,5	3,8	100,0
Finnmark	0,2	0,3	0,4	25,5	68,5	68,5	26,5	95,0	2,8	1,5	0,7	5,0	100,0

Tabell 8.22 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Øst. 2005.

Bosted	Behandlingssted												
	Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Asker og Bærum HF	Akershus univ.sh. HF	Ullevål og Aker sykehus HF	Sykehuset Innlandet HF	Inst. i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Rikshosp./ Radiumhosp. HF	Private sykehus	Utenfor egen reg. i alt	I alt
Østfold	77,3	0,4	0,7	3,0	0,3	77,3	6,2	83,5	0,8	7,8	7,9	16,5	100,0
Asker og Bærum	0,1	54,4	1,8	5,1	0,4	54,4	14,0	68,4	2,1	24,8	4,7	31,6	100,0
Hovedstadsområdet	0,7	1,3	23,0	45,5	0,7	68,5	15,6	84,1	1,4	9,3	5,2	15,9	100,0
Innlandet	0,1	0,1	2,8	4,5	75,6	75,6	11,4	87,0	3,1	5,4	4,5	13,0	100,0

Tabell 8.23 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Sør. 2005.

Bosted	Behandlingssted													
	Ringerike sykehus HF	Sykehuset Buskerud HF	Blefjell sykehus HF	Sykehuset i Vestfold HF	Sykehuset Telemark HF	Sørlandet sykehus HF	Rikshosp/ Radiumhosp HF	Inst i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Private sykehus	Utenfor egen region i alt	I alt
Ringerike	62,1	13,7	0,5	0,2	0,1	0,1	14,6	62,1	29,3	91,3	6,5	2,2	8,7	100,0
Buskerud	4,8	70,8	1,6	0,3	0,2	0,1	10,5	70,8	17,6	88,4	5,6	6,0	11,6	100,0
Blefjell	0,7	12,6	47,2	0,6	19,4	0,3	9,4	47,2	47,9	95,1	2,8	2,1	4,9	100,0
Vestfold	0,1	3,7	0,6	65,8	1,8	0,1	21,2	65,8	28,9	94,7	2,7	2,6	5,3	100,0
Telemark	0,0	0,1	0,6	0,8	78,9	0,9	8,9	78,9	18,1	97,0	1,7	1,3	3,0	100,0
Sørlandet	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	84,0	10,8	84,0	11,5	95,5	3,3	1,2	4,5	100,0

Tabell 8.24 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Vest. 2005.

Bosted	Behandlingssted											
	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Inst. i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Rikshosp./ Radiumhosp. HF	Private sykehus	Utenfor egen reg. i alt	I alt
Stavanger	85,2	1,3	2,7	0,1	85,2	5,1	90,3	3,7	1,9	4,1	9,7	100,0
Fonna	3,7	73,1	13,4	0,1	73,1	23,0	96,1	0,8	1,3	1,8	3,9	100,0
Bergen	0,3	0,9	78,7	0,5	78,7	17,3	96,0	0,9	1,0	2,1	4,0	100,0
Førde	0,1	0,1	13,4	79,1	79,1	14,3	93,4	2,3	2,0	2,3	6,6	100,0

Tabell 8.25 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Midt-Norge. 2005.

Bosted	Behandlingssted											
	Helse Sunnmøre HF	Helse Nordmøre og Romsdal HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Nord-Trøndelag HF	Inst. i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Rikshosp./ Radiumhosp. HF	Private sykehus	Utenfor egen region i alt	I alt
Sunnmøre	83,4	1,4	5,7	0,1	83,4	7,1	90,4	2,7	1,6	5,3	9,6	100,0
Nordmøre/Romsdal	6,7	72,6	12,9	0,1	72,6	19,7	92,3	2,0	1,4	4,3	7,7	100,0
St. Olavs Hospital	0,1	0,2	90,7	0,7	90,7	0,9	91,6	2,5	1,0	4,9	8,4	100,0
Nord-Trøndelag	0,0	0,1	14,7	78,6	78,6	14,8	93,4	2,2	1,1	3,3	6,6	100,0

Tabell 8.26 Antall dag- og døgnopphold etter behandlingssted i prosent av antall dag- og døgnopphold i alt. HF-områder i Helse Nord. 2005.

Bosted	Behandlingssted											
	Helgelands-sykehuset HF	Nordlands-sykehuset HF	Hålogalands-sykehuset HF	Univ.sh. i Nord-Norge HF	Helse Finnmark HF	Inst i eget HF	Andre HF i egen region	Egen region i alt	HF i andre regioner	Rikshosp./ Radiumhosp. HF	Private sykehus	Utenfor egen region i alt	I alt
Helgeland	70,0	12,4	0,1	6,5	0,0	70,0	19,3	89,3	8,5	1,6	0,6	10,7	100,0
Nordland	0,4	84,5	0,7	7,0	0,1	84,5	8,4	92,9	4,0	2,3	0,8	7,1	100,0
Hålogaland	0,2	7,8	71,6	15,1	0,1	71,6	23,1	94,8	2,9	1,5	0,8	5,2	100,0
UNN	0,2	0,4	3,5	90,8	0,4	90,8	4,5	95,4	1,8	1,5	1,3	4,6	100,0
Finnmark	0,1	0,4	0,3	26,5	66,3	66,3	27,4	93,7	3,0	1,8	1,5	6,3	100,0

9 Tilgjengelighet

Maggi Brigham

Det har ikke vært vesentlig endringer i antall pasienter som venter på behandling ved somatiske sykehus ved utgangen av 1. tertial 2006 sammenlignet med samme periode i 2004 og 2005. Det er færrest ventende blant befolkningen i helseregion Øst og flest ventende i helseregion Nord per 1. tertial 2006, henholdsvis 32 og 58 ventende per 1 000 innbyggere.

For landet som helhet har ventetiden for ventende pasienter vært stabil i perioden fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2006. Andelen langtidsventende (pasienter som har ventet mer enn 6 mnd) var relativt lik i alle helseregionene per 1. tertial 2006, fra ti til 13 prosent. Ventetiden for avviklede pasienter har gått ned i alle helseregioner fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2006 unntatt i Helse Nord, hvor den har vært stabil. Sammenlignet med 1. tertial 2005 har derfor median ventetid for avviklede pasienter på landsbasis gått ned med 7 prosent.

Det er per utgangen av 1. tertial 2006 flest pasienter som venter på behandling innen fagområdene ortopedisk kirurgi, øre-nese-halssykdommer og kvinnesykdommer. Ventetiden for de som ventet per 1. tertial 2006 var lengst for fagområdene kjevekirurgi, plastikkirurgi, anestesiologi og øre-nese-halssykdommer. Ventetiden for behandling for avviklede pasienter var lengst for fagområdene anestesiologi, plastikkirurgi og kjevekirurgi.

Ventetiden på landsbasis for mindre til middels spesialiserte operasjoner for avviklede pasienter har økt i perioden fra 2003 til 2005 for fjerning av mandler. For de resterende operasjonene, innsetting og utskifting av hofte protese, innsetting av kneprotese, andre kneoperasjoner, galleblære operasjoner (eksklusive kreftdiagnose), åreknuter, skiveprolaps, lyskebrokk, grå stær og andre operasjoner på linsen, har ventetiden gått ned. For de mer spesialiserte operasjonene (hvorav de fleste har høy hastegrad) har ventetiden økt for operasjoner for abdominale aortaaneurismer, bypass, og brystkreft, vært stabil for operasjoner for tarm- og prostatakreft, og gått ned for PCI-operasjoner. Det er imidlertid betydelig variasjon i ventetid mellom helseregionene og mellom helseforetakene, hvilket indikerer at det er variasjoner i kapasiteten.

9.1 Formål og datagrunnlag

Det vektlegges fremdeles sterkt i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene at ressursbruken og innsatsen skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. En av disse målsetningene er god tilgjengelighet til tjenestene som tilbys. Tilgjengeligheten måles i dette kapitlet i from av analyser av antall ventende og ventetider

for både ventende og avviklede pasienter, for ulike fagområder og pasientgrupper, på landsbasis og for befolkningen i helseregionene.

Norsk pasientregister (NPR) mottar ventelistedata og pasientdata fra sykehusene. Begge datatypene kan anvendes for å beregne ventetider. I ventelisterapporteringen skilles det mellom øyeblikkstall og periodetall. Med øyeblikkstall menes antall pasienter som venter på et gitt opptellingstidspunkt og hvor lenge pasientene har ventet på utredning/behandling. Med periodetall menes antall nyhenviste og antall henvisninger avviklet (med ventetid) i en periode. Med ventelistedata er det mulig er å beregne antall ventende og ventetid på ulike fagområder. I ventelisterapporteringen er det ikke "pasient" som er enheten, men "henvisning/søknad". Pasientdata gir muligheten for å bergene ventetid på et lavere nivå enn ventelistedata, og ventetiden kan beregnes for det enkelte inngrep.

I SAMDATA anvender vi både ventelistedataene (øyeblikks- og periodetall) og pasientdataene for å beregne antall ventende og ventetider. I dette kapitlet fremstilles det oversikter som beskriver status og utvikling i antall ventende og ventetid (for ventende og avviklede pasienter) nasjonalt og for helseregionene og foretaksområdene. Antall ventende og ventetid er også fordelt etter fagområde og pasientgrupper. Fagområde er anvendt for å kunne identifisere hvilke pasientgrupper hvor antall ventende og ventetid varierer mellom helseregionene. Fagområde er en betegnelse på kliniske hoved- og subspesialiteter. Pasientdataene gjør det mulig, i motsetning til ventelistedataene, å beregne faktisk ventetid for særskilte pasientgrupper (ikke bare på fagområder). Indikatorene presentert i SAMDATA er utvalgt i forhold til antall pasienter og spesialiseringsgrad/hastegrad. Det vil si at vi presenterer ventetider for pasientgrupper som har en alvorlig sykdom og hvor lang ventetid bør unngås (for eksempel kreftpasienter) og/eller krever høyt spesialiserte operasjoner, samt for pasientgrupper som har lavere hastegrad i forhold til behandling og/eller krever mindre spesialiserte operasjoner. De sistnevnte er også interessante i et prioriterings-perspektiv. Slike pasientgrupper har også ofte muligheter for å kjøpe seg behandling i det private marked, fordi det gjelder relativt enkel behandling eller kirurgi som kan gjøres som dagbehandling. De regionale helseforetakene inngår avtaler om kjøp av denne typen be-handling hos private avtalespesialister fordi det er for liten kapasitet (lengre ventetid) ved de offentlige sykehusene. Behandling hos private avtalespesialister og ved private sykehus er ikke inkludert i dette kapitlet. Årsaken er at private sykehus og avtalespesialister ikke rapporterer ventelistedata til NPR. Dette må tas i betraktning ved sammenligninger av behandlingsrater for befolkningen i ulike deler av landet.

I årets SAMDATA-rapport har vi beregnet ventetid for en rekke nye pasientgrupper i forhold til tidligere år, og kan presentere utviklingen i ventetid fra 2003 til 2005 for følgende grupper:

Mindre til middels spesialiserte operasjonstyper:

Innsetting og utskifting av hofteprotese, innsetting av kneprotese, andre kneoperasjoner, galleblære operasjoner (eksklusive kreftdiagnose), åreknuter, fjerning av mandler, grå stær, lyskebrokk, skiveprolaps og operasjoner på linsen.

Høyt spesialiserte operasjonstyper:

Avansert ryggkirurgi, abdominale aortaaneurismeoperasjoner, bypass- og PCI-operasjoner, samt operasjoner for kreft i bukspyttkjertel og tarm-, bryst- og prostatakreft. Dette er pasientgrupper som har en alvorlig sykdom og hvor lang ventetid bør unngås.

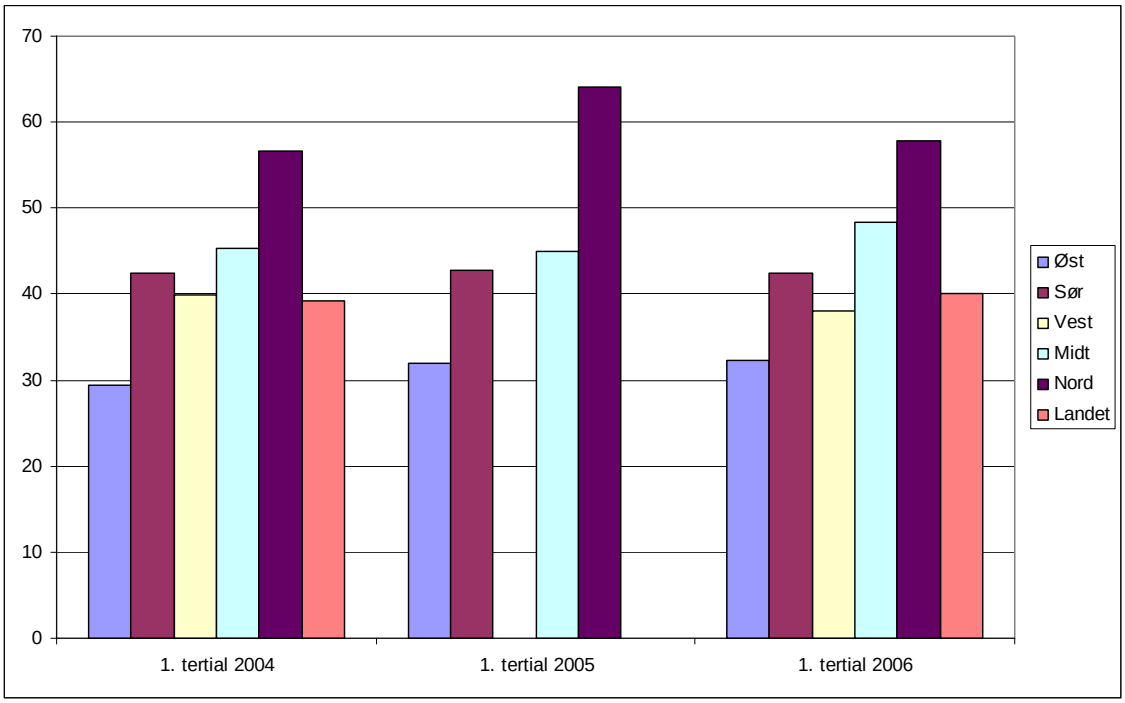
Det vil framgå ventetid for nevnte pasientgrupper i 2003 og 2005. Årsaken til at det ikke presenteres tall for 2004 er at det ikke var tilfredsstillende kvalitet på ventelistefeltene i pasientdata fra NPR dette året.

9.2 Resultater

I denne delen presenteres resultatene av utviklingen i antall ventende og ventetid nasjonalt og for det enkelte regionale helseforetak. For alle figurer og tabeller som presenteres er det tatt utgangspunkt i pasientenes bostedsregion eller bostedsområde.

Av figur 9.1 fremgår antall ventende per 1 000 innbyggere for befolkningen i den enkelte helseregion og landet totalt per 1. tertial 2004-2006.

Figur 9.1 Antall ventende[1)] per 1 000 innbyggere, per 1. tertial 2004-2006[2)] etter pasientens bostedsregion.



1) Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

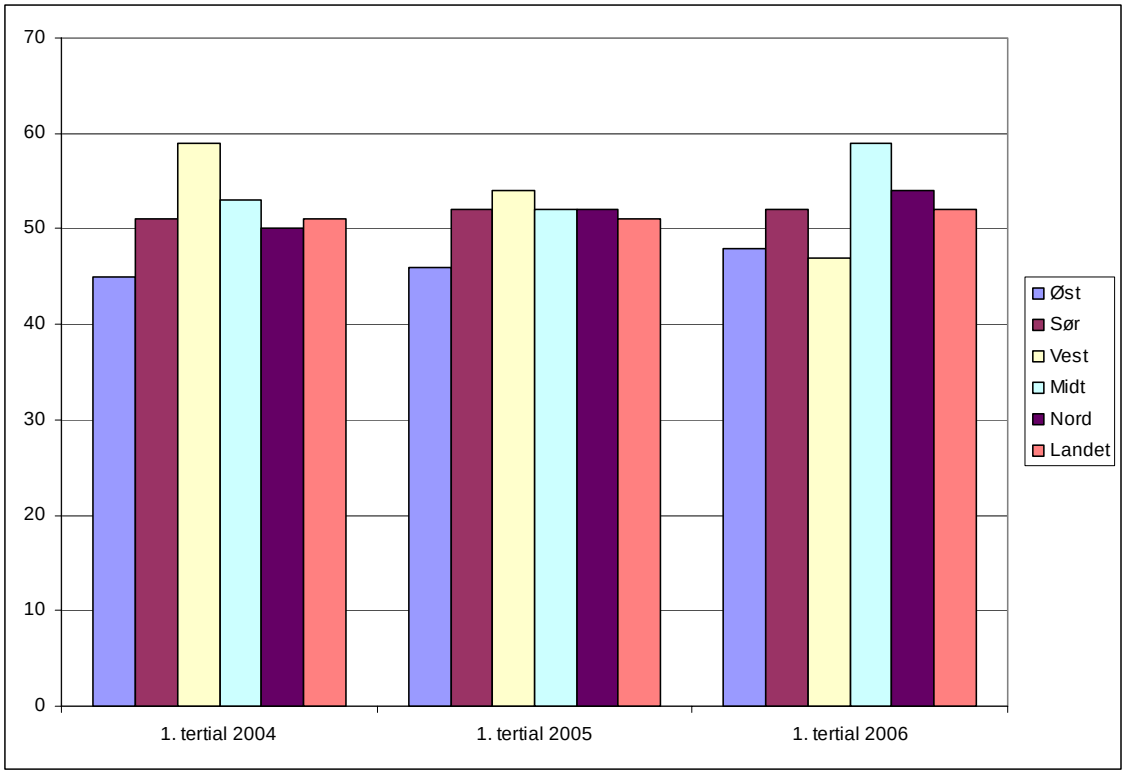
2) Det foreligger ikke tall for antall ventende per 1. tertial 2006 for Helse Førde. Antall ventende per 1 000 innbygger i Helse Vest og landet totalt i denne perioden inkluderer et estimat for antall ventende i Helse Førde på 5800 pasienter, basert på tallene for mars 2006. Det var en feil med datagrunnlaget for Helse Bergen i 2005. Det presenteres derfor ikke tall for 2005 i Helse Vest.

Datakilde: NPR

Figuren viser at det er færrest ventende blant befolkningen i helseregion Øst og flest ventende i helseregion Nord per 1. tertial 2006, henholdsvis 32 og 58 ventende per 1 000 innbyggere. Dette bildet tilsvarer situasjonen i 2004 og 2005. Antall ventende har likevel gått ned fra 2005 til 2006 i helseregion Nord, fra hhv 64 til 58 per 1 000 innbyggere.

Ventetiden til behandling (for pasienter som står og venter) er så godt som uendret fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2006 på nasjonalt nivå, og ligger nå på 52 dager (se figur 9.2). Nedenfor fremgår median ventetid for pasienter som står og venter på utredning/behandling ved utgangen av 1. tertial 2004 til 2006.

Figur 9.2 Median ventetid til utredning / behandling for pasienter som står og venter ved utgangen av 1. tertial 2004-2006[1] etter pasientens bostedsregion.



1) Det foreligger ikke ventelistetall per 1. tertial 2006 for Helse Førde og det var en feil med datagrunnlaget for Helse Bergen i 2005. Det presenteres derfor ikke tall for Helse Vest i 2005 og 2006.

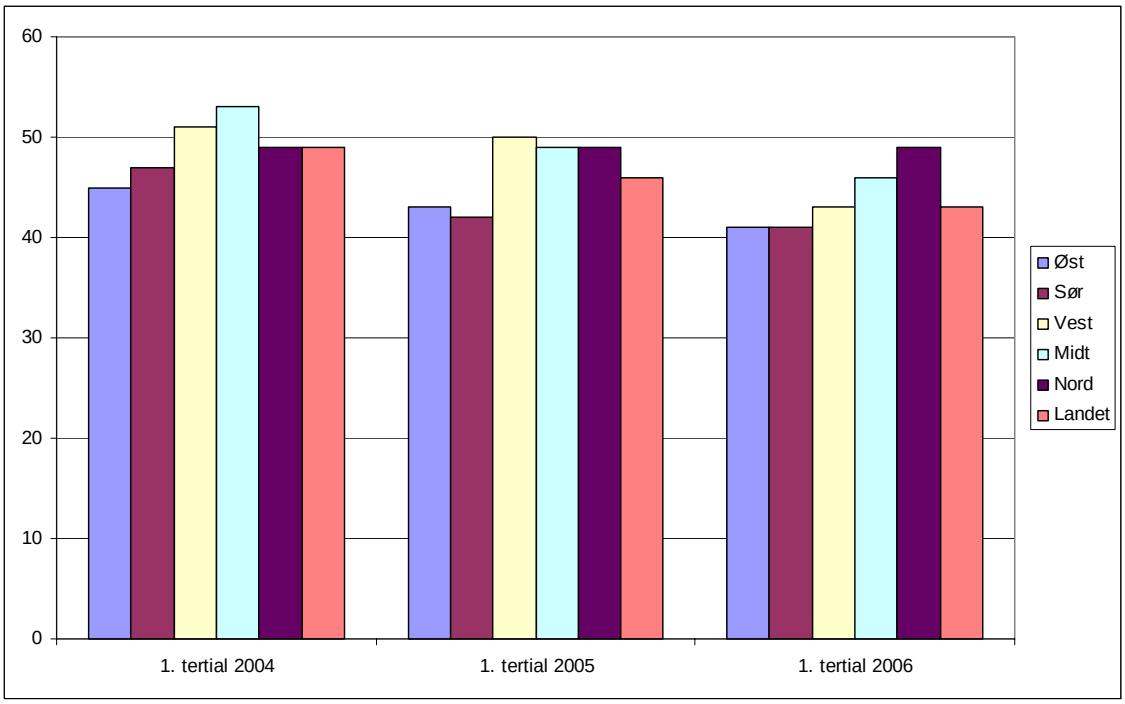
2) Tall for landet totalt er eksklusive Helse Bergen i 2005 og Helse Førde i 2006.

Datakilde: NPR

For landet som helhet har median ventetid for ventende pasienter vært relativt stabil i perioden fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2006. Ventetiden har likevel økt for befolkningen i helseregion Øst, helseregion Nord helseregion Helse Midt-Norge. Økningen i median ventetid har vært mest markant i helseregion Midt-Norge, fra 52 dager i 1. tertial 2005 til 59 dager i 1. tertial 2006. I motsetning til i 1.tertial 2005, hvor ventetiden var relativt lik i de ulike helseregionene, har forskjellene mellom regionene blitt større i 1. tertial 2006, og den varierer nå fra 48 dager i helseregion Øst til 59 dager i helseregion Midt-Norge.

Ovenfor har vi sett på ventetiden til pasienter som ennå ikke har fått behandling. I figur 9.3 ser en ventetiden til pasienter som har fått behandling (avviklede pasienter).

Figur 9.3 Median ventetid til utredning / behandling for avviklede pasienter ved utgangen av 1. tertial 2004-2006 etter pasientens bostedsregion.



Datakilde: NPR

Av figuren ser vi at det har vært en nedgang i ventetid for avviklede pasienter fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2006 i alle helseregioner unntatt i helseregion Nord, hvor ventetiden har vært stabil. Dette gjenspeiles i en nedgang i ventetid for landet totalt. Ventetiden var i 1. tertial 2006 kortest i helseregion Øst og Sør hvor median ventetid var 41 dager. I Helseregion Nord, som var på den motsatte enden av skalaen, var median vetetid 49 dager.

Andelen langtidsventende (pasienter som har ventet mer enn 6 mnd) er også relativt lik i alle helseregionene, og ligger på mellom ti og 13 prosent i 1. tertial 2006 (se tabell 9.2 og 9.3 for variasjoner i antall ventende, ventetid og andel langtidsventende per helseregion og bostedsområde).

De fagområdene hvor det ved utgangen av 1. tertial 2006 er flest ventende er innen ortopedisk kirurgi, øre-nese-halssykdommer og kvinnesykdommer (se tabell 9.4). Dette tilsvarer situasjonen ved utgangen av 1. tertial 2005. Av tabell 9.5 kan vi se at ventetiden for de som ventet per 1. tertial 2006 var lengst for fagområdene kjevekirurgi, plastikkirurgi, anestesiologi og øre-nese-halssykdommer, hvor median ventetid på landsbasis var henholdsvis 144 dager, 94 dager, 87 dager og 72 dager. Når det gjelder median ventetid til behandling for avviklede pasienter innen de ulike fagområdene, ser vi av tabell 9.6 at den på landsbasis var lengst for anestesiologi (66 dager), plastikkirurgi (63 dager) og kjevekirurgi (61 dager). Fagområdene ortopedisk kirurgi, nevrokirurgi og øre-nese-halssykdommer hadde også lang ventetid (57 dager).

For mange fagområder er det store variasjoner i ventetid mellom helseregionene. Som eksempel er variasjonen innen ortopedisk kirurgi (som er den største gruppen) fra 53 til 76 dager mellom befolkningen i helseregion Øst/Sør/Vest og Midt-Norge.

Utviklingen i median ventetid fra 2003 til 2005 for ulike pasientgrupper (operasjonstyper) presentert i tabell 9.7 for helseregionene og i tabell 9.8 for befolkningen i helseforetaksområdene. Det er store variasjoner i ventetid avhengig av hvilken indikator som legges til

grunn og utvikling fra 2003 til 2005. I tabellen nedenfor presenteres det hvor befolkningen i 2005 hadde kortest/lengst ventetid per indikator.

Tabell 9.1 Ventetid for utvalgte pasientgrupper fordelt etter hvilken helseregion som hadde kortest/lengst median ventetid i 2005.

	Hoveddiagnosegruppe	Kortest/lengst ventetid	Lengst ventetid
Mindre til middels spesialiserte operasjonstyper	Innsetting hofteprotese	Helseregion Sør - 104 dager	Helseregion Midt-Norge - 145 dager
	Utskifting hofteprotese	Helseregion Nord – 106 dager	Helseregion Midt-Norge - 143 dager
	Innsetting kneprotese	Helseregion Nord – 126 dager	Helseregion Vest – 175 dager
	Andre kneoperasjoner	Helseregion Øst – 69 dager	Helseregion Midt-Norge - 111 dager
	Galleblæreopr	Helseregion Øst – 48 dager	Helseregion Vest – 85 dager
	Åreknuter	Helseregion Øst – 139 dager	Helseregion Midt-Norge - 192 dager
	Mandler	Helseregion Sør – 94 dager	Helseregion Vest – 133 dager
	Grå stær	Helseregion Øst – 40 dager	Helseregion Midt-Norge – 82 dager
	Operasjoner på linsen	Helseregion Øst – 42 dager	Helseregion Midt-Norge - 83 dager
	Lyskebrokk	Helseregion Øst – 57 dager	Helseregion Midt-Norge – 94 dager
	Skiveprolaps	Helseregion Vest – 43 dager	Helseregion Midt-Norge – 62 dager
Høyt spesialiserte operasjonstyper	Avansert ryggkirurgi	Helseregion Midt-Norge - 167 dager	Helseregion Sør- 206 dager
	Abdominale aortaaneurismer	Helseregion Sør – 20 dager	Helseregion Midt-Norge - 53 dager
	Bypass	Helseregion Øst – 36 dager	Helseregion Vest – 84 dager
	PCI	Helseregion Midt-Norge - 31 dager	Helseregion Vest – 90 dager
	Prostatakreft	Helseregion Nord – 43 dager	Helseregion Sør – 100 dager
	Tarmkreft	Helseregion Midt-Norge - 14 dager	Helseregion Vest – 25 dager
	Brystkreft	Helseregion Nord – 17 dager	Helseregion Øst – 29 dager

9.3 Generell venteliste- og ventetidsutvikling

Tabell 9.2 Antall ventende[1)] per 1 000 innbyggere, median ventetid for ventende og avviklede pasienter og prosent av ventende som har ventet mer enn 6 mnd, etter pasientens bostedsområde per 1. tertial 2004-2006.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1 000 innbyggere	Median ventetid (ventende pasienter)	Median ventetid (avviklede pasienter)	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Helseregion Øst	1. tertial 2004	51 620	29	45	45	8
	1. tertial 2005	53 270	32	46	43	9
	1. tertial 2006	53 869	32	48	41	10
	Endring 2005-06	1 %	0%	4%	-5%	6%
Helseregion Sør	1. tertial 2004	38 856	42	51	47	13
	1. tertial 2005	38 798	43	52	42	12
	1. tertial 2006	38 244	42	52	41	13
	Endring 2005-06	-1 %	-1%	0%	-2%	7%
Helseregion Vest [2)]	1. tertial 2004	38 218	40	59	51	16
	1. tertial 2005	.	.	.	50	.
	1. tertial 2006	25 776	38	47	43	.
	Endring 2005-06		.	.	6%	.
Helseregion Midt-Norge	1. tertial 2004	29 488	45	53	53	12
	1. tertial 2005	29 305	45	52	49	8
	1. tertial 2006	31 374	48	59	46	12
	Endring 2005-06	7 %	7%	13%	-6%	44%
Helseregion Nord	1. tertial 2004	29 137	57	50	49	13
	1. tertial 2005	27 287	64	52	49	12
	1. tertial 2006	26 781	58	54	49	11
	Endring 2005-06	-2 %	-10%	4%	0%	-11%
Alle helseregioner[3)]	1. tertial 2004	179 212	39	51	49	12
	1. tertial 2005	174 036	38	51	46	11
	1. tertial 2006	177 560	38	52	43	11
	Endring 2005-06	2 %	0%	2%	-7%	0%

1) Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

2) Det foreligger ikke tall for antall ventende per 1. tertial 2006 for Helse Førde. Antall ventende per 1 000 innbygger i Helse Vest i denne perioden inkluderer et estimat for antall ventende i Helse Førde på 5800 pasienter, basert på tallene for mars 2006. Disse er imidlertid ikke med i beregningen av antall pasienter som har ventet med enn 6 måneder, og dette gjør at vi ikke kan presentere indikator for andel av ventende som har ventet med enn 6 mnd for Helse Førde og Helse Vest i 2006. Median ventetid for ventende pasienter i Helse Vest for samme tertial er eksklusive Helse Førde. Det var en feil med datagrunnlaget for Helse Bergen i 2005. Det presenteres derfor ikke tall for 2005 i Helse Vest.

3) Alle tall for landet totalt eksklusive Helse Bergen i 2005 og Helse Førde i 2006.

Datakilde: NPR

Tabell 9.3 Antall ventende[1)] i absolutte tall og per 1 000 innbyggere, median ventetid for ventende pasienter og prosent av ventende som har ventet mer enn 6 mnd, etter pasientens bostedsområde per 1. tertial 2004-2006.

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1 000 innbyggere	Median ventetid (ventende pasienter)	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Østfold	1. tertial 2004	8 928	35	51	9
	1. tertial 2005	8 606	33	44	6
	1. tertial 2006	8 003	31	47	8
	Endr. 2005-06	-7%	-6%	7%	33%
Asker og Bærum	1. tertial 2004	4 142	27	39	6
	1. tertial 2005	7 081	46	45	8
	1. tertial 2006	4 228	27	46	10
	Endr. 2005-06	-40%	-41%	2%	25%
Hovedstadsområdet	1. tertial 2004	21 355	25	46	8
	1. tertial 2005	24 181	28	47	9
	1. tertial 2006	26 518	31	52	11
	Endr. 2005-06	10%	11%	11%	22%
Innlandet	1. tertial 2004	13 681	37	42	8
	1. tertial 2005	15 033	40	47	11
	1. tertial 2006	15 120	39	46	8
	Endr. 2005-06	1%	-3%	-2%	-27%
Sum helseregion Øst	1. tertial 2004	51 620	29	45	8
	1. tertial 2005	53 270	32	46	9
	1. tertial 2006	53 869	32	48	10
	Endr. 2005-06	1%	0%	4%	11%
Ringerike	1. tertial 2004	2 018	36	42	8
	1. tertial 2005	2 307	42	50	9
	1. tertial 2006	2 780	41	48	10
	Endr. 2005-06	21%	-2%	-4%	11%
Buskerud	1. tertial 2004	5 678	41	49	10
	1. tertial 2005	5 485	39	47	8
	1. tertial 2006	4 726	37	46	9
	Endr. 2005-06	-14%	-5%	-2%	13%

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1 000 innbyggere	Median ventetid (ventende pasienter)	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Blefjell	1. tertial 2004	4 548	47	51	14
	1. tertial 2005	4 059	42	47	11
	1. tertial 2006	3 937	42	51	11
	Endr. 2005-06	-3%	0%	9%	0%
Vestfold	1. tertial 2004	7 994	36	46	9
	1. tertial 2005	8 814	40	50	9
	1. tertial 2006	8 955	40	53	11
	Endr. 2005-06	2%	0%	6%	22%
Telemark	1. tertial 2004	7 906	66	64	17
	1. tertial 2005	5 678	48	52	15
	1. tertial 2006	6 518	53	51	12
	Endr. 2005-06	15%	10%	-2%	-20%
Sørlandet	1. tertial 2004	10 650	40	52	16
	1. tertial 2005	12 446	47	59	18
	1. tertial 2006	11 328	43	60	18
	Endr. 2005-06	-9%	-9%	2%	0%
Sum helseregion Sør	1. tertial 2004	38 856	42	51	13
	1. tertial 2005	38 798	43	52	12
	1. tertial 2006	38 244	42	52	13
	Endr. 2005-06	-1%	-2%	0%	8%
Stavanger	1. tertial 2004	13 339	45	64	18
	1. tertial 2005	13 495	45	61	15
	1. tertial 2006	10 707	36	47	9
	Endr. 2005-06	-21%	-20%	-23%	-40%
Fonna	1. tertial 2004	6 618	40	58	16
	1. tertial 2005	5 157	31	47	10
	1. tertial 2006	5 849	36	48	7
	Endr. 2005-06	13%	16%	2%	-30%
Bergen [2)]	1. tertial 2004	12 996	34	58	16
	1. tertial 2005	.	.	.	.
	1. tertial 2006	9 126	24	47	8
	Endr. 2005-06	.	.	.	.

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1 000 innbyggere	Median ventetid (ventende pasienter)	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Førde [2)]	1. tertial 2004	5 265	49	50	11
	1. tertial 2005	6 142	57	51	7
	1. tertial 2006	.	.	.	.
	Endr. 2005-06	.	.	.	.
Sum helseregion Vest [2)]	1. tertial 2004	38 218	37	58	16
	1. tertial 2005	.	.	.	.
	1. tertial 2006	25 776	38	47	.
	Endr. 2005-06				
Sunnmøre	1. tertial 2004	5 528	53	45	8
	1. tertial 2005	6087	47	51	7
	1. tertial 2006	6 499	51	55	13
	Endr. 2005-06	7%	9%	8%	86%
Nordmøre/Romsdal	1. tertial 2004	6 042	53	52	9
	1. tertial 2005	5 768	50	47	8
	1. tertial 2006	6 438	56	55	9
	Endr. 2005-06	12%	12%	17%	13%
St. Olavs Hospital	1. tertial 2004	12 880	47	65	16
	1. tertial 2005	12 009	44	57	10
	1. tertial 2006	12 850	46	67	14
	Endr. 2005-06	7%	5%	18%	40%
Nord-Trøndelag	1. tertial 2004	5 038	39	51	9
	1. tertial 2005	5 441	42	50	7
	1. tertial 2006	5 587	43	51	9
	Endr. 2005-06	3%	2%	2%	29%
Sum helseregion Midt-Norge	1. tertial 2004	29 488	45	53	12
	1. tertial 2005	29 305	45	52	8
	1. tertial 2006	31 374	48	59	12
	Endr. 2005-06	7%	7%	13%	33%
Helgeland	1. tertial 2004	4 434	57	44	13
	1. tertial 2005	5 255	67	50	13
	1. tertial 2006	5 037	65	52	12
	Endr. 2005-06	-4%	-3%	4%	-8%

HF-område Pasientenes bosted	Periode	Antall ventende	Antall ventende per 1 000 innbyggere	Median ventetid (ventende pasienter)	Prosent av ventende som har ventet over 6 mnd
Nordland	1. tertial 2004	4 346	45	42	12
	1. tertial 2005	5 288	54	52	14
	1. tertial 2006	5 334	54	58	13
	Endr. 2005-06	1%	0%	12%	-7%
Hålogaland	1. tertial 2004	5 871	57	45	8
	1. tertial 2005	6 020	59	45	10
	1. tertial 2006	4 997	52	46	9
	Endr. 2005-06	-17%	-12%	2%	-10%
UNN	1. tertial 2004	6 075	54	57	12
	1. tertial 2005	7 903	71	58	11
	1. tertial 2006	6 099	52	54	9
	Endr. 2005-06	-23%	-27%	-7%	-18%
Finnmark	1. tertial 2004	6 561	90	60	20
	1. tertial 2005	6 496	89	65	19
	1. tertial 2006	5 314	73	58	12
	Endr. 2005-06	-18%	-18%	-11%	-37%
Sum helseregion Nord	1. tertial 2004	29 137	59	50	13
	1. tertial 2005	27 287	67	52	9
	1. tertial 2006	26 781	58	54	11
	Endr. 2005-06	-2%	-13%	4%	22%
Alle helseregioner [3)]	1. tertial 2004	179 212	39	51	12
	1. tertial 2005	174 036	38	51	11
	1. tertial 2006	177 560	38	52	11
	Endr. 2005-06	2%	0%	2%	0%

1) Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

2) Det foreligger ikke tall for antall ventende per 1. tertial 2006 for Helse Førde. Antall ventende per 1 000 innbygger i Helse Vest i denne perioden inkluderer et estimat for antall ventende i Helse Førde på 5800 pasienter, basert på tallene for mars 2006. Disse er imidlertid ikke med i beregningen av antall pasienter som har ventet med enn 6 måneder, og dette gjør at vi ikke kan presentere indikator for andel av ventende som har ventet med enn 6 mnd for Helse Førde og Helse Vest i 2006. Median ventetid i Helse Vest for samme tertial er eksklusive Helse Førde. Det var en feil med datagrunnlaget for Helse Bergen i 2005. Det presenteres derfor ikke tall for 2005 i Helse Vest.

3) Alle tall for landet totalt eksklusive Helse Bergen i 2005 og Helse Førde i 2006.

Datakilde: NPR

9.4 Antall ventende og ventetidsutvikling fordelt på fagområde

Tabell 9.4 Antall ventende[1)] per 10 000 innbyggere innenfor ulike fagområder for pasienter som fortsatt venter ved utgangen av 1. tertial 2006 per helseregion (bostedsregion).

Fagområde	Antall henvisninger (N)	Rate per 10000 innb. Helseregion Øst	Rate per 10000 innb. Helseregion Sør	Rate per 10000 innb. Helseregion Vest [2)]	Rate per 10000 innb. Helseregion MN	Rate per 10000 innb. Helseregion Nord	Rate per 10000 innb. Totalt
Generell kirurgi	7 698	12	20	19	17	24	17
Barnekirurgi	702	2	1	0,5	2	1	2
Gastroenterologisk kirurgi	5 576	14	7	8	20	12	12
Karkirurgi	2 980	7	7	3	10	4	6
Ortopedisk kirurgi	26 017	54	63	30	82	65	56
Thoraxkirurgi	316	1	1	0,4	1	0,5	1
Urologi	8 457	19	19	11	22	24	18
Kjevekirurgi	4 495	5	14	4	18	17	10
Plastikk-kirurgi	4 405	6	12	11	12	12	9
Nevrokirurgi	1 153	2	2	2	2	6	2
Generell indremedisin	1 869	3	4	5	2	11	4
Blodsykdommer	714	1	2	1	2	2	2
Endokrinologi	3 436	7	9	3	6	14	7
Fordøyelsessykdommer	9 391	16	31	9	22	33	20
Hjertesykdommer	10 387	23	27	15	17	34	22
Infeksjonssykdommer	444	1	1	1	1	0,5	1
Lungesykdommer	3 533	5	9	5	11	12	8
Nyresykdommer	610	1	2	1	2	2	1
Revmatiske sykdommer	5 551	10	14	10	10	22	12
Kvinnesykdommer	15 045	31	31	24	42	42	32
Anestesiologi	1 061	2	3	2	0,3	3	2
Barnesykdommer	7 458	11	16	18	19	24	16
Fysikalsk medisin	3 542	5	12	3	8	15	8
Hudsykdommer	4 607	5	2	18	11	24	10
Nevrologi	10 790	21	24	21	28	28	23
Klinisk nevrofysiologi	3 937	6	3	11	16	13	8
Ikke-kirurgisk kreftbehandling	360	0,5	0,3	1	3	0,2	1
Øre-nese-halssykdommer	21 062	34	62	15	61	94	45
Øyesykdommer	10 249	1	2	2	3	4	2
Yrkes- og arbeidsmedisin	416	0	2	2	0	0	1
Transplantasjon, utredning og kirurgi	20	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Totalt	177 560	322	425	276	483	579	383

1) Når det refereres til antall ventende gjelder dette tallet både ventende til utredning og ventende til eventuell behandling dvs. både poliklinikk, dag-behandling og innleggelse.
2) Det var feil i datagrunnelaget for Helse Bergen i 2005, og de er derfor ikke inkludert i tallene for Helse Vest
Datakilde: NPR.

Tabell 9.5 Median ventetid innenfor ulike fagområder for ventende pasienter ved utgangen av 1. tertial 2006 per helseregion (bostedsregion).

Fagområde	Median ventetid Helseregion Øst	Median ventetid Helseregion Sør	Median ventetid Helseregion Vest [1)]	Median ventetid Helseregion MN	Median ventetid Helseregion Nord	Median ventetid totalt
Generell kirurgi	45	37	46	41	39	41
Barnekirurgi	45	65	45	51	78	51
Gastroenterologisk kirurgi	46	37	39	58	45	46
Karkirurgi	52	33	39	69	41	48
Ortopedisk kirurgi	51	59	51	73	52	55
Thoraxkirurgi	58	63	23	45	58	52
Urologi	51	48	41	46	48	48
Kjevekirurgi	53	520	170	121	156	144
Plastikkirurgi	110	104	75	90	89	94
Nevrokirurgi	66	80	46	62	61	60
Generell indremedisin	47	39	48	44	45	46
Blodsykdommer	39	32	58	31	45	38
Endokrinologi	46	59	41	38	88	52
Fordøyelsessykdommer	39	45	38	33	40	39
Hjertesykdommer	39	37	48	41	40	40
Infeksjonssykdommer	44	46	45	59	46	46
Lungesykdommer	37	45	47	72	58	47
Nyresykdommer	32	59	37	40	33	40
Revmatiske sykdommer	51	62	69	48	73	59
Kvinnesykdommer	52	39	34	46	34	40
Anestesiologi	86	76	167	47	76	87
Barnesykdommer	51	48	59	58	48	52
Fysikalsk medisin	37	33	51	40	66	40
Hudsykdommer	33	48	47	34	44	41
Nevrologi	65	53	53	61	53	58
Klinisk nevrofysiologi	33	41	59	71	47	53
Ikke-kirurgisk kreftbehandling	18	22	29	39	41	31
Øre-nese-halssykdommer	69	74	41	83	73	72
Øyesykdommer	46	47	52	57	62	52
Yrkes- og arbeidsmedisin	75	67	58	30	53	61
Transplantasjon, utredning og kirurgi	25	215	46		97	50
Total	48	52	47	59	54	52

1) Det var feil i datagrunnelaget for Helse Bergen i 2005, og de er derfor ikke inkludert i tallene for Helse Vest

Datakilde: NPR.

Tabell 9.6 Median ventetid innenfor ulike fagområder for avviklede pasienter i 1. tertial 2006 per helseregion (bostedsregion).

Fagområde	Median ventetid Helseregion Øst	Median ventetid Helseregion Sør	Median ventetid Helseregion Vest [1)]	Median ventetid Helseregion MN	Median ventetid Helseregion Nord	Median ventetid totalt
Generell kirurgi	40	29	32	32	35	33
Barnekirurgi	49	67	28	67	67	55
Gastroenterologisk kirurgi	34	31	33	48	42	35
Karkirurgi	51	37	34	72	49	49
Ortopedisk kirurgi	53	53	53	76	58	57
Thoraxkirurgi	31	35	27	15	36	30
Urologi	54	56	43	48	53	51
Kjevekirurgi	39	73	54	80	124	61
Plastikkirurgi	81	85	29	103	96	63
Nevrokirurgi	44	72	58	52	74	57
Generell indremedisin	30	27	39	33	33	33
Blodsykdommer	41	28	43	33	36	36
Endokrinologi	46	56	42	34	33	43
Fordøyelsessykdommer	43	36	36	34	46	39
Hjertesykdommer	41	33	48	34	59	40
Infeksjonssykdommer	17	32	23	55	34	22
Lungesykdommer	25	42	33	38	47	33
Nyresykdommer	36	39	48	69	29	42
Revmatiske sykdommer	67	54	31	55	79	60
Kvinnesykdommer	28	29	36	33	30	31
Anestesiologi	58	70	86	13	79	66
Barnesykdommer	55	58	58	41	55	54
Fysikalsk medisin	38	24	57	34	70	33
Hudsykdommer	38	51	49	21	48	40
Nevrologi	53	48	56	58	71	55
Klinisk nevrofysiologi	22	41	69	67	48	37
Ikke-kirurgisk kreftbehandling	18	20	12	23	32	18
Øre-nese-halssykdommer	47	63	45	73	69	57
Øyesykdommer	36	45	43	48	49	43
Yrkes- og arbeidsmedisin	42	82	74	29	40	49
Transplantasjon, utredning og kirurgi	19	28	18	35	20	25
Total	41	41	43	46	49	42

1) Det var feil i datagrunnelaget for Helse Bergen i 2005, og de er derfor ikke inkludert i tallene for Helse Vest

Datakilde: NPR.

9.5 Ventetidsutvikling fordelt på pasientgrupper

Tabell 9.7 Median ventetid[1)] utvalgte pasientgrupper per helseregion, 2003 og 2005.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Innsetting hofteprotese[2)]		Utskifting hofteprotese[3)]		Innsetting kneprotese[4)]		Andre kneoperasjoner[5)]		Galleblæreopr. ekskl. kreftdiagnose[6)]		Åreknuter[7)]	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Helseregion Øst	100	105	119	133	137	144	68	69	58	48	166	139
Helseregion Sør	110	104	154	114	146	140	89	84	66	69	135	145
Helseregion Vest	146	121	175	114	212	175	124	93	92	85	199	173
Helseregion Midt-Norge	160	145	174	143	176	168	112	111	72	83	203	192
Helseregion Nord	142	109	119	106	166	126	106	88	76	64	157	143
Totalt	124	114	147	125	161	151	91	85	69	67	168	159
(N=)	6 607	5 016	792	710	2 702	2 322	19 409	14 978	3 299	2 912	6 550	4 527

Forts. Tabell 9.7. Median ventetid utvalgte pasientgrupper per helseregion, 2003 og 2005.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Fjerning av mandler[8)]		Grå stær[9)]		Operasjoner på linsen[10)]		Lyskebrokk[11)]		Skiveprolaps[12)]	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Helseregion Øst	71	120	93	40	88	42	67	57	56	48
Helseregion Sør	125	94	117	77	107	72	93	84	65	51
Helseregion Vest	117	133	110	80	102	75	84	65	43	43
Helseregion Midt-Norge	117	108	149	82	140	83	105	94	77	62
Helseregion Nord	187	103	102	61	104	66	91	77	99	49
Totalt	108	111	110	73	103	70	84	73	58	50
(N=)	4 703	3 200	22 051	16 103	26 312	19 988	6 649	4 808	1 704	1 251

Forts. Tabell 9.7 Median ventetid utvalgte pasientgrupper per helseregion, 2003 og 2005.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Avansert ryggkirurgi[13)]		Abdominale aortaaneurismer[14)]		Bypass[15)]		PCI[16)]		Prostatakreft[17)]		Tarmkreft[18)]		Brystkreft[19)]	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Helseregion Øst	194	192	84	112	49	36	51	32	58	73	18	20	20	29
Helseregion Sør	242	206	74	78	20	41	42	38	77	100	18	15	20	23
Helseregion Vest	154	175	93	74	39	84	85	90	95	79	27	25	27	28
egion lorge	148	167	66	77	53	56	48	31	79	86	13	14	28	20
Helseregion Nord	166	201	62	84	34	50	53	52	71	43	19	20	19	17
Totalt	183	182	75	83	39	48	51	41	75	77	19	19	21	25
(N=)	488	497	373	456	2 517	1 692	3 810	2 812	950	1 081	1 846	1 567	3 062	2 358

1) Median ventetid er for avviklede pasienter.
2) Innsetting hofteprotese: Sykehusopphold med hoveddiagnose S72 og operasjonskode NFB.
3) Utskifting hofteprotese: Sykehusopphold med hoveddiagnose S72 og operasjonskode NFC.
4) Innsetting kneprotese: sykehusopphold med operasjonskoder NGB.
5) Andre kneoperasjoner: sykehusopphold med operasjonskoder NG, NGB eller NGC.
6) Galleblæreopr. eksklusive kreftdiagnose: sykehusopphold med operasjonskoder JKA20 eller JKA21 unntatt de som også har kreftdiagnose.
7) Åreknuter: sykehusopphold med hoveddiagnose I83 og operasjonskoder PHB1, PHD, PHS13 eller PHS14.
8) Fjerning av mandler: sykehusopphold med hoveddiagnose J350, J351, J353 eller J359 og operasjonskode EMB10.
9) Grå stær: sykehusopphold med operasjonskode CJC, CJD eller CJE.
10) Operasjoner på linsen: sykehusopphold med operasjonskode CJ.
11) Lyskebrokk: Sykehusopphold med operasjonskode JAB eller JAC.
12) Skiveprolaps: sykehusopphold med hoveddiagnoser M510, G992, M511 eller G551 og operasjonskoder ABC07, ABC16 eller ABC26.
13) Avansert ryggkirurgi: sykehusopphold med hoveddiagnose M40, M410, M411, M412, M414, M431, M478, M480, M495, M511, M543, M960, M961eller M963 og operasjonskode NAG4, NAG6, NAG7, NAJ, NAK, NAN, NAR, NAS2, NAT1, NAT2, eller NAU49.
14) Abdominal aortaaneurismer: sykehusopphold med hoveddiagnose I713 eller I714 og operasjonskode PDG10, PDG20, PDG21, PDG22, PDG23, PDG99, eller PDQ10.
15) PCI: sykehusopphold med operasjonskode FNG02 eller FNG05.
16) Bypass: sykehusopphold med operasjonskode FNA eller FNE.
17) Prostatakreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C61 og operasjonskode KEC, KED.
18) Tarmkreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C18, C19 eller C20 og operasjonskode JGB, JGW, JFB2, JFB3, JFB4, JFB5, JFB6, JFB7, JFB8, JFB9 eller JFA15.
19) Brystkreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C50 eller D05 og operasjonskode HAC10, HAC15, HAC20, HAC25, HAC99, HAB00, HAB40 eller HAB99.

Tabell 9.8 Median ventetid[1)] utvalgte pasientgrupper, per helseforetaksområde, 2003 og 2005.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Innsetting hofteprotese[2)]		Utskifting hofteprotese[3)]		Innsetting kneprotese[4)]		Andre kneoperasjoner[5)]		Galleblære ekskl. kreftdiagnose[6)]		Åreknuter[7)]	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Østfold	106	133	97	196	184	97	52	47	48	47	190	109
Asker og Bærum	78	99	98	104	104	163	44	47	51	55	161	207
Hovedstadsområde	93	108	119	148	118	179	81	83	65	61	187	133
Innlandet	114	102	145	128	160	125	71	76	58	42	130	134
Sum helseregion Øst	100	105	119	133	137	144	68	69	58	48	166	139
Ringerike	94	109	87	136	115	136	63	68	60	88	90	121
Buskerud	109	97	139	101	143	153	97	62	68	79	133	141
Blefjell	126	93	117	77	110	100	77	71	60	48	111	94
Vestfold	137	110	216	118	193	162	113	116	64	82	213	225
Telemark	87	85	82	132	92	128	91	84	84	93	104	138
Sørlandet	105	119	156	142	170	166	85	78	61	54	113	145
Sum helseregion Sør	110	104	154	114	146	140	89	84	66	69	135	145
Stavanger	154	119	184	73	230	161	123	143	79	89	139	126
Fonna	182	106	195	90	266	156	118	53	84	72	176	93
Bergen	105	136	131	136	195	200	120	105	108	93	274	242
Førde	152	118	195	140	185	158	138	96	99	102	239	86
Sum helseregion Vest	146	121	175	114	212	175	124	93	92	85	199	173
Sunnmøre	154	101	117	106	152	129	54	58	81	67	153	182
Nordmøre/Romsdal	163	137	123	125	181	148	132	99	72	54	374	196

Helseregion (Pasientenes bosted)	Innsetting hofteprotese[2)]		Utskifting hofteprotese[3)]		Innsetting kneprotese[4)]		Andre kneoperasjoner[5)]		Galleblære ekskl. kreftdiagnose[6)]		Åreknuter[7)]	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
St. Olavs Hospital	164	165	216	207	190	182	119	131	63	90	166	214
Nord-Trøndelag	152	138	202	122	170	167	148	132	90	94	244	187
Sum helsereg. Midt-N	160	145	174	143	176	168	112	111	72	83	201	192
Helgeland	146	106	133	150	166	128	104	70	67	51	150	85
Nordland	151	70	159	92	194	112	93	60	106	61	185	111
Hålogaland	119	143	102	139	132	167	96	112	69	80	156	187
UNN	172	169	86	98	119	112	114	101	75	67	87	134
Finnmark	139	145	108	92	279	202	142	136	86	65	188	213
Sum helsereg. Nord	142	109	119	106	166	126	106	88	76	64	157	143
Totalt	124	114	147	125	161	151	91	85	69	67	168	159
(N=)	6 605	5 016	792	710	2 702	2 322	19 409	14 978	3 298	2 912	6 550	4 527

Forts. Tabell 9.8 Median ventetid utvalgte pasientgrupper, per helseforetaksområde, 2003 og 2005.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Fjerning av mandler[8)]		Grå stær[9)]		Lyskebrokk[11)]		Skiveprolaps[12)]		Operasjoner på linsen[10)]	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Østfold	71	39	109	88	82	84	57	51	105	88
Asker og Bærum	89	138	176	75	60	135	45	39	155	64
Hovedstadsområde	81	107	90	282	76	64	59	45	81	265
Innlandet	46	125	77	37	49	52	57	48	76	39
Sum helseregion Øst	71	120	93	40	67	57	56	48	88	42
Ringerike	127	56	218	71	68	64	91	60	210	76
Buskerud	115	55	181	74	101	94	69	42	175	77
Blefjell	111	82	103	72	65	56	68	73	94	65
Vestfold	200	181	126	71	91	107	84	62	122	68
Telemark	107	88	91	71	117	96	55	84	83	61
Sørlandet	123	103	141	90	101	79	44	29	132	84
Sum helseregion Sør	125	94	117	77	93	84	65	51	107	72
Stavanger	99	105	84	69	83	75	72	54	78	63
Fonna	157	153	105	65	74	49	71	35	100	62
Bergen	97	143	179	110	92	70	29	42	169	111
Førde	147	148	92	77	82	35	117	56	84	56
Sum helseregion Vest	117	133	110	80	84	65	43	43	102	75
Sunnmøre	63	77	139	59	69	73	58	61	133	59
Nordmøre/Romsdal	180	135	158	61	84	77	62	80	153	61

Helseregion (Pasientenes bosted)	Fjerning av mandler[8)]		Grå stær[9)]		Lyskebrokk[11)]		Skiveprolaps[12)]		Operasjoner på linsen[10)]	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
St. Olavs Hospital	108	91	157	129	134	98	90	56	145	122
Nord-Trøndelag	278	182	115	88	104	120	98	75	112	91
Sum helsereg. Midt-N	117	108	149	82	105	94	77	62	140	83
Helgeland	212	106	101	113	60	56	108	53	135	129
Nordland	209	96	83	32	87	65	39	65	84	35
Hålogaland	153	74	97	42	76	67	94	55	93	43
UNN	192	157	117	54	152	105	108	42	105	54
Finnmark	228	205	106	100	89	112	92	50	93	89
Sum helsereg. Nord	187	103	102	61	91	77	99	49	104	66
Totalt	108	111	110	73	84	73	58	50	103	70
(N=)	4 071	3 200	22 051	16 103	6 649	4 808	1 704	1 251	26 312	19 888

1. Median ventetid er for avviklede pasienter.
2. Innsetting hofteprotese: Sykehusopphold med hoveddiagnose S72 og operasjonskode NFB.
3. Utskifting hofteprotese: Sykehusopphold med hoveddiagnose S72 og operasjonskode NFC.
4. Innsetting kneprotese: sykehusopphold med operasjonskoder NGB.
5. Andre kneoperasjoner: sykehusopphold med operasjonskoder NG, NGB eller NGC.
6. Galleblæreopr. eksklusive kreftdiagnose: sykehusopphold med operasjonskoder JKA20 eller JKA21 unntatt de som også har kreftdiagnose.
7. Åreknuter: sykehusopphold med hoveddiagnose I83 og operasjonskoder PHB1, PHD, PHS13 eller PHS14.
8. Fjerning av mandler: sykehusopphold med hoveddiagnose J350, J351, J353 eller J359 og operasjonskode EMB10.
9. Grå stær: sykehusopphold med operasjonskode CJC, CJD eller CJE.
10. Operasjoner på linsen: sykehusopphold med operasjonskode CJ.
11. Lyskebrokk: Sykehusopphold med operasjonskode JAB eller JAC.
12. Skiveprolaps: sykehusopphold med hoveddiagnoser M510, G992, M511 eller G551 og operasjonskoder ABC07, ABC16 eller ABC26.
13. Avansert ryggkirurgi: sykehusopphold med hoveddiagnose M40, M410, M411, M412, M414, M431, M478, M480, M495, M511, M543, M960, M961eller M963 og operasjonskode NAG4, NAG6, NAG7, NAJ, NAK, NAN, NAR, NAS2, NAT1, NAT2, eller NAU49.
14. Abdominal aortaaneurismer: sykehusopphold med hoveddiagnose I713 eller I714 og operasjonskode PDG10, PDG20, PDG21, PDG22, PDG23, PDG99, eller PDQ10.
15. PCI: sykehusopphold med operasjonskode FNG02 eller FNG05.
16. Bypass: sykehusopphold med operasjonskode FNA eller FNE.
17. Prostatakreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C61 og operasjonskode KEC, KED.
18. Tarmkreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C18, C19 eller C20 og operasjonskode JGB, JGW, JFB2, JFB3, JFB4, JFB5, JFB6, JFB7, JFB8, JFB9 eller JFA15.
19. Brystkreft: Sykehusopphold med hoveddiagnose C50 eller D05 og operasjonskode HAC10, HAC15, HAC20, HAC25, HAC99, HAB00, HAB40 eller HAB99.

Forts. tabell 9.8 Median ventetid utvalgte pasientgrupper, per helseforetaksområde, 2003 og 2005.

Helseregion (Pasientenes bosted)	Abdominale aorta-aneurismer[14)]		Bypass[15)]		PCI[16)]		Prostatakreft[17)]		Tarmkreft[18)]		Brystkreft[19)]	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Østfold	55	73	61	36	59	28	122	76	18	31	22	34
Asker og Bærum	61	139	17	38	38	33	70	100	10	48	19	28
Hovedstadsområde	149	157	45	36	47	33	67	84	21	24	19	33
Innlandet	72	105	60	43	55	30	42	61	13	14	22	26
Sum helseregion Øst	84	112	49	36	51	32	58	73	18	20	20	29
Ringerike	84	165	13	49	42	40	64	64	18	20	19	14
Buskerud	63	81	11	38	55	34	82	81	25	16	16	14
Blefjell	32	53	54	37	60	28	56	116	17	20	18	20
Vestfold	128	90	13	48	39	36	120	137	18	18	22	19
Telemark	62	14	55	31	44	28	64	78	21	14	18	26
Sørlandet	74	85	29	34	35	53	81	99	14	11	30	34
Sum helseregion Sør	74	78	20	41	42	38	77	100	18	15	20	23
Stavanger	45	34	10	40	39	29	82	71	24	25	14	13
Fonna	87	94	48	85	77	83	87	77	21	20	29	19
Bergen	118	99	90	115	114	113	142	98	35	28	41	43
Førde	35	83	89	98	63	76	104	160	17	52	28	18
Sum Helse Vest	93	74	39	84	85	90	95	79	27	25	27	28
Sunnmøre	57	43	45	67	51	38	58	108	9	10	7	7
Nordmøre/Romsdal	47	81	54	53	42	27	75	60	12	12	12	14

Helseregion (Pasientenes bosted)	Abdominale aorta-aneurismer[14)]		Bypass[15)]		PCI[16)]		Prostatakreft[17)]		Tarmkreft[18)]		Brystkreft[19)]	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
St. Olavs Hospital	95	87	67	59	35	37	105	116	14	18	37	30
Nord-Trøndelag	67	90	42	46	56	27	121	88	17	19	27	16
Sum helsereg. Midt-N	66	77	53	56	48	31	79	86	13	14	28	20
Helgeland	46	63	40	53	66	43	79	43	25	14	14	7
Nordland	38	42	31	38	41	42	42	37	18	14	15	7
Hålogaland	56	84	36	49	53	57	37	50	14	19	16	19
UNN	75	101	30	45	53	58	121	43	20	23	33	30
Finnmark	81	56	35	61	56	59	110	48	17	21	28	32
Sum helseregion Nord	62	84	34	50	53	52	71	43	19	20	19	17
Totalt	75	83	39	48	51	41	75	77	19	19	21	25
(N=)	372	456	2 517	1 692	3 802	2 812	950	1 081	1 845	1 567	3 059	2 358

Del III Foretaksperspektivet

I del III av rapporten er fokuset foretaksperspektivet. Perspektivet i denne delen av rapporten er knyttet til produksjonen av helsetjenester og helseforetakene / sykehusene som produksjonsbedrifter.

Utviklingen innenfor sykehustjenesten har de senere årene vært preget av krav om effektivisering. En av strategiene sykehusene har benyttet, er å øke gjennomstrømningen av pasienter og redusere liggetidene. Et nærliggende spørsmål er om dette påvirker kvaliteten av behandlingen i en uheldig retning. I så fall kan en forvente en mulig konsekvens i form av flere *ø-hjelps reinnleggelser*. I kapittel 10 analyseres omfanget av øyeblikkelig hjelp reinnleggelser nærmere på regionalt og helseforetaksnivå.

I endelig rapport vil følgende kapitler også inkluderes:

I kapittel 11 settes søkelyset på aktivitets- og produktivitetsindikatorer ved helseforetakene i 2005. Produktivitetsindikatorer vil f.eks. være antall korrigerte opphold per behandlerårsverk og beleggsprosent. Produktivitet sier derfor noe om aktivitet i forhold til en eller flere innsatsfaktorer. Indikatorer for kostnadsnivå vil også delvis kunne oppfattes som også indikatorer for produktivitet. Forskjellen ligger grovt sett i at kostnadsnivået både har en priskomponent og en volumkomponent. Det kan tenkes at både kostnadsnivået og produktiviteten ved et sykehus er meget høyt fordi lønnsnivået ved dette sykehuset avviker i forhold til andre sykehus. Eksempler på kostnadsnivåindikatorer er netto driftskostnader per korrigerte opphold og relativt kostnadsnivå. Aktivitetsindikatorene gir informasjon om gjennomsnittlig liggetid, den korrigerte aktiviteten og omfanget av pasienter med liggetid utenfor trimpunkt.

Videre vil denne delen også inkludere et kapittel 12 som analyserer utviklingen i teknisk- og kostnadseffektivitet i perioden 1999-2006, og beskriver utviklingen for hver av regionene.

10 Reinnleggelser

Heidi Jensberg

10.1 Innledning

Utviklingen innenfor sykehustjenesten har de senere årene vært preget av krav om effektivisering. En av strategiene sykehusene har benyttet, er å øke gjennomstrømningen av pasienter og redusere liggetidene. Et nærliggende spørsmål er om dette påvirker kvaliteten av behandlingen i en uheldig retning. I så fall kan en forvente en mulig konsekvens i form av flere *ø-hjelps reinnleggelser*. Tidligere analyser ved SINTEF Unimed (Heggestad og Lilleeng 1995, Heggestad 1996 og 1997) har påpekt at omfanget av reinnleggelser økte i perioden fra 1991 til 1996. Huseby (2002) har også vist at omfanget av reinnleggelser (kategorisert som ø-hjelps opphold innen 30 dager etter utskrivning) økte fra 1996 til 2001.

Det har vært gjennomført en rekke studier som analyserer sammenhengen mellom reinnleggelse og kvalitet i pasientbehandlingen, de fleste i USA. Bare noen få studier viser en sammenheng mellom reinnleggelse og andre kvalitetsmål. Disse studiene konkluderer med at kvalitet i pasientbehandlingen samvarierer med reinnleggelse (Kopjar, Guldvog og Hay 1999). Det er viss uenighet i kliniske miljøer om at en økning i reinnleggelser karakterisert som ø-hjelp kan tolkes som et uttrykk for at kvaliteten ved pasientbehandlingen er redusert. Denne skepsisen er basert på at reinnleggelser som kunne vært unngått ikke bare er påvirket av forhold ved sykehuset.[10]

I denne delen skal vi ikke foreta noen analyse av sammenhengen mellom reinnleggelser og kvalitet i pasientbehandlingen, men se nærmere på endringer i løpet av perioden fra 2001 og frem til 2005, og kjennetegn ved reinnleggelsene.

I rapporten ”Befolkningens bruk av sykehustjenester – opphold eller pasient som enhet?” (Jørgenvåg og Jensberg 2006) har en hatt muligheten til å følge pasienten ikke bare innenfor samme sykehus, men også mellom sykehusene via pasientdata som har vært personidentifiserbare. Et viktig formål med dette prosjektet har vært å sammenligne ulike aktivitetsmål som opphold og pasient i analyser av variasjoner i bruk av tjenester, og hvilken metode som gir et mest ”korrekt” bilde av den observerte aktivitetsveksten i den somatiske spesialisthelsetjenesten.

En av konklusjonene som trekkes i dette prosjektet er at i motsetning til beregning av engangsopphold og planlagte reinnleggelser er beregningsmåten for ø-hjelps reinnleggelser et relativt robust mål for data hvor vi kun kan følge pasienten innenfor ett enkelt sykehus. Det skyldes trolig at denne typen reinnleggelser oftest skjer på eget sykehus.

I dette kapittelet ønsker vi å se nærmere på nettopp denne typen reinnleggelser: døgnoppholdene som er reinnleggelser kategorisert som øyeblikkelig hjelp. Selv om vi ikke har muligheten til å bruke personidentifiserbare data anser vi at de tilgjengelige data gir et riktig bilde.

---

[10] Et eksempel på dette er fenomenet ”svingdørspasienter” (http://www.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/030005-020022/hov007-bn.html) NOU 1998:9

10.2 Definisjoner og datagrunnlag

I kapittelet bruker vi pasientdata fra Norsk pasientregister for tidsrommet 2001 til 2005. Datagrunnlaget vi har tilgjengelig gir oss ikke muligheten til å følge den enkelte pasient gjennom et helt kalenderår, ei heller mellom institusjoner. Med andre ord fanger våre tall ikke opp pasienter som har opphold ved flere sykehus. Jørgenvåg og Jensberg (2006) viser at dette i 2004 dreide seg om ca 75 400 personer som er på flere sykehus, eller ca i underkant av 10,8 prosent av alle pasientene. Vi har heller ikke mulighet til å fange opp i hvor stor grad reinnleggelser er deler av et lengre behandlingsforløp. Med tanke på at denne muligheten øker i forbindelse med blant annet fritt sykehusvalg og økende mobilitet blant befolkningen representerer dette en mulig feilkilde.

Vi har valgt å ta ut opphold som fødsler, friske nyfødte og rehabilitering, definert som DRG 370 til 375, 382, 391 samt 462A-C. Årsaken er at disse pasientgruppene som har særlig liten sannsynlighet for reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp. Denne måten å avgrense antallet ø-hjelps reinnleggelser medfører at andelen blir høyere enn om vi inkluderte disse pasientene i grunnlaget.

Ø-hjelps reinnleggelser kan i prinsippet skje fra dag en etter forrige opphold og ut kalenderåret. Antall dager siden forrige opphold kan med andre ord variere teoretisk mellom 1 og 364 dager, begrenset av kalenderåret. Som nevnt tidligere gir ikke pasientdata opplysninger om hva slags sammenheng det er mellom pasientenes fleropphold, for eksempel om reinnleggelser har sammenheng med tidligere innleggelser. Det er imidlertid grunn til å anta at jo kortere tid det går fra et døgnopphold til pasienten reinnlegges som øyeblikkelig hjelp, jo større sannsynlighet for at innleggelsen har sammenheng med forrige opphold. I kapittelet vil vi derfor fokusere på følgende størrelser som mål på øyeblikkelig hjelp reinnleggelser.

- Andelen øyeblikkelig hjelp reinnleggelser av totalt antall døgnopphold.
- Andelen øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 30 dager av totalt antall døgnopphold.
- Andelen øyeblikkelig hjelp reinnleggelser mellom 31 og 60 dager av totalt antall døgnopphold.

Av disse vil det fokuseres mest på andelen ø-hjelps reinnleggelser innen 30 dager, fordi vi antar dette målet gir størst mulighet for å favne de reinnleggelser som høyst sannsynlig har sammenheng med forrige opphold. Totalt vil denne andelen utgjøre om lag halvparten av det totale antall ø-hjelps reinnleggelser.

Fremstillingen videre starter med en generell oversikt på nasjonalt nivå i perioden 2001-2005, for deretter å se nærmere på reinnleggelser fordelt på aldersgrupper, om oppholdet er av medisinsk eller kirurgisk art, samt sykdomsklassifisering (ICD-10). Vi avslutter med en oversikt over variasjoner på region og helseforetaksnivå.

10.3 Ø-hjelps reinnleggelser - nasjonalt nivå

I perioden 2001-2005 har det totale antallet døgnopphold økt med 80 800, eller 12,3 prosent. Antallet ø-hjelps reinnleggelser har økt med 22 709, noe som tilsvarer 18,1 prosent. Antallet ø-hjelps reinnleggelser innen 30 dager har økt med 15 623 opphold, noe som utgjør en prosentvis økning på 23,8. Ø-hjelps reinnleggelser har økt mer enn opphold generelt, og ø-hjelps reinnleggelser innen 30 dager øker mest. Med andre ord utgjør ø-hjelps reinnleggelser en større andel av døgnoppholdene ved somatiske sykehus i 2005 enn i 2001.

Ø-hjelps reinnleggelser er langt mer utbredt i de eldste aldersgruppene enn blant de yngste. Andelen reinnleggelser er aller høyest for pasientgruppen i alderen 67-79 år og pasientgruppen 80+. I 2005 er andelen ø-hjelps reinnleggelser henholdsvis 13,9 og 14,9

prosent. I aldersgruppa 0-15 år er tilsvarende andel på 7,3 prosent. Sammenlignet med de aller yngste er andelen med andre ord omtrent dobbelt så høy blant de eldste.

Siden 2001 har det foregått en økning i alle aldersgrupper, men økningen er størst i den eldste aldersgruppen. Her har den økt med 1,6 prosentpoeng, mot 0,3 prosentpoeng i aldersgruppen 16-49 år.

Det er langt flere døgnopphold som er kategorisert som medisinsk DRG enn kirurgisk DRG. Dette gjenspeiles også i andelene ø-hjelps reinnleggelser. I 2005 var andelen ø-hjelps reinnleggelser innen 30 dager for medisinsk og kirurgisk DRG, henholdsvis 14,1 og 3,9 prosent. Siden 2001 har andelen økt noe for begge typer, men økningen har vært størst i medisinsk DRG. Her har den økt med 1,4 prosentpoeng mens for kirurgisk DRG er økningen på 0,2 prosentpoeng i perioden.

Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer er en sykdomsklassifikasjon i 21 hovedkategorier. Når vi tar utgangspunkt i tallene for reinnleggelser mellom 1-30 dager for 2005 finner vi den laveste andelen reinnleggelser, mellom 3,2 og 3,8 prosent, klassifisert som *sykdom i øyet og øyets omgivelser,* samt *sykdom i øre og ørebensknute* og *sykdom i muskel- skjellettsystem og bindevev*. Den høyeste andel reinnleggelser er på 21,3 prosent i sykdomskategorien *Sykd i blod, bloddannede organ og immunforsvaret.* Det samme mønsteret finner vi også for 2001 og 2003.

Endringer i ø-hjelp reinnleggelser varierer fra en nedgang på 1,2 prosentpoeng (medfødte misdannelser, deformitet, kromosomavvik), til en økning på 4,3 prosentpoeng (*Visse infeksjons- og parasittsykdommer)*. Det har også vært en relativt stor økning reinnleggelser kategorisert som *Tilstander som oppstår i perinatalperioden* og *Sykd i blod, bloddannede organ og immunforsvaret.*

10.4 Ø-hjelp i reinnleggelser - RHF-nivå

Omfanget av ø-hjelps reinnleggelser varierer mellom de ulike helseregionene. Generelt sett er bildet preget av en økning, bortsett fra i Helse Vest hvor det har vært større stabilitet, spesielt når vi ser på den totale andelen ø-hjelps reinnleggelser.

Det samme mønsteret viser seg også i forhold til ø-hjelps reinnleggelser innen 30 dager. Denne andelen er høyest i Helse Øst med 12,3 prosent, mens den laveste andelen finner vi i Helse Sør med 10,6. Økningen har imidlertid vært høyest målt i prosentpoeng i Helse Sør. Til tross for dette er Helse Sør den regionen som har lavest andel av ø-hjelps reinnleggelser innen 30 dager i hele perioden. Denne andelen var på 9 prosent i 2001 og 10,6 i 2005. Økningen er med andre ord på 1,6 prosentpoeng og utgjør 4 226 opphold. Sammenlignet med Helse Øst, som har den høyeste andelen ø-hjelps reinnleggelser hvor økningen er på 1,4 prosent, eller 5 664 opphold.

Dersom vi holder Rikshospitalet HF utenfor i analyser av variasjonen mellom helseregionene, vil andelene for ø-hjelps reinnleggelser i Helse Sør bli høyere enn for Helse Øst i hele perioden. Med andre ord er det den lave andelen ø-hjelps reinnleggelser ved Rikshospitalet HF som er den direkte årsaken til at Helse Sør fremstår som den regionen med lavest andel ø-hjelps reinnleggelser.

10.5 Ø-hjelp i reinnleggelser - helseforetak

Variasjonen i ø-hjelps reinnleggelser er større mellom helseforetakene enn for regionene. For ø-hjelps reinnleggelser mellom 1-30 dager finner vi at Helgelandssykehuset HF ligger relativt høyt både i 2001 og 2005 med hhv 13,4 og 14,3 prosent. Den høyeste økningen i denne typen reinnleggelser finner vi imidlertid ved Sykehuset i Østfold HF og Helse Nord-Trøndelag. Mens den gjennomsnittlige økningen har vært på mellom 1,4 og 1,3 prosentpoeng, har disse

to helseforetakene hatt en økning på hhv 2,8 og 2,4 prosentpoeng for ø-hjelps reinnleggelser mellom 1-30 dager.

Den lavest andelen ø-hjelps reinnleggelser i 2005 finner vi for Rikshospitalet HF med 3,4 prosent. For resten av HF'ene ligger andelen mellom 9,5 og 14,5 prosent, bortsett fra Avtale inst. Helse Sør RHF som har en andel på under 1 prosent. Institusjonen som her inngår er Betanien hospital som hovedsakelig gir elektiv behandling og i svært liten grad har pasienter som blir akutt innlagt.

10.6 Oppsummering

- Andelen reinnleggelser karakterisert som ø-hjelp har økt relativt mer i perioden enn døgnopphold totalt.
- Denne typen reinnleggelser skjer hyppigere blant eldre enn blant yngre. Økningen har også vært noe større blant eldre enn blant yngre.
- Reinnleggelser karakterisert som ø-hjelps reinnleggelser varierer relativt mye etter sykdomskategori (ICD10). Den største andelen finner vi i *Sykdommer i blod, bloddannede organ og immunforsvaret,* mens den største økningen finner sted i *Visse infeksjons og parasittsykdommer*.
- Ø-hjelps reinnleggelser er mer vanlig i Helse Øst, men andelen har økt mest i Helse Sør i perioden 2001-2005.
- I 2005 finner vi den største andelen av denne typen reinnleggelser ved Sykehuset Østfold HF og Helgelandssykehuset HF, men mens Helgelandssykehuset HF har hatt en liten økning i perioden, har Sykehuset Østfold HF hatt den største økningen i perioden.
- Den laveste andelen ø-hjelps reinnleggelser finner vi ved Rikshospitalet HF. Dette helseforetaket forklarer Helse Sør sin lave andel ø-hjelps reinnleggelser, noe som innebærer at om vi holder dette helseforetaket utenom vil Helse Sør komme ut med høyest andeler ø-hjelps reinnleggelser.

10.7 Nasjonalt nivå

Tabell 10.1 Oversikt over utvikling i ø-hjelps reinnleggelser i perioden 2001-2005[1]. Antall og andeler.

	Ø-hjelps reinnleggelser						Døgnopphold totalt
	Alle ø-hjelps reinnleggelser		1-30 dager		31-60 dager		
	Antall	Prosent av alle døgnopphold	Antall	Prosent av alle døgnopphold	Antall	Prosent av alle døgnopphold	
2001	125 537	19,1	65 643	10,0	20 381	3,1	658 496
2002	130 121	19,1	68 547	10,2	21 159	3,1	673 403
2003	138 486	19,4	73 597	10,3	21 865	3,1	713 941
2004	140 711	19,4	75 855	10,5	21931	3,0	725 368
2005	148 246	20,1	81266	11,0	22783	3,1	739 296

[1]Tallene er eksklusive DRG gruppene fødsler (DRG=370-375 + 382), friske nyfødte (DRG=391) og rehabilitering. (DRG=462A-C).

Tabell 10.2 Andelen ø-hjelps reinnleggelser (ØHR) innen 30 dager og totalt etter aldersgruppe, i 2001, 2003 og 2005, samt endring i prosentpoeng i perioden[1].

Aldersgruppe	Andel ØHR innen 30 dager av tot andel døgnopphold				Andel ØHR av totale døgnopphold			
	2001	2003	2005	Endring 2001-2005	2001	2003	2005	Endring 2001-2005
0-15 år	6,3	6,7	7,3	1,0	11,4	12,5	13,5	2,1
16-49 år	7,8	7,9	8,2	0,3	14,4	14,2	14,4	0,0
50-66 år	9,6	9,7	10,7	1,1	17,1	17,0	18,1	1,0
67-79 år	12,6	13,2	13,9	1,2	24,1	24,5	24,7	0,6
80+	13,3	14,0	14,9	1,6	28,5	29,7	30,5	2,0
Totalt	10,0	10,3	11,0	1,0	19,1	19,4	20,1	1,0
(N)	65 600	73 579	81 266		125 494	138 468	148 246	

[1]Tallene er eksklusive DRG gruppene fødsler (DRG=370-375 + 382), friske nyfødte (DRG=391) og rehabilitering.

Tabell 10.3 Andelen ø-hjelps reinnleggelser (ØHR) innen 30 dager og totalt etter kirurgisk og medisinsk DRG, i 2001, 2003 og 2005, samt endring i prosentpoeng i perioden[1)].

	Andel ØHR innen 30 dager av tot andel døgnopphold				Andel ØHR av totale døgnopphold			
DRG	2001	2003	2005	Endring 2001-2005	2001	2003	2005	Endring 2001-2005
Medisinsk	12,7	12,7	14,1	1,4	8,3	9,7	5,2	-3,1
Kirurgisk	3,6	3,6	3,9	0,2	7,2	7,1	7,4	0,2
Andre DRGer	4,9	5,9	4,7	-0,2	24,2	23,8	25,7	1,5
Totalt	10,0	10,0	11,0	1,0	19,1	18,7	20,1	1,0
(N)	65 600	73 579	81 266		128 493	138 462	148 240	

[1)]Tallene er eksklusive DRG gruppene fødsler (DRG=370-375 + 382), friske nyfødte (DRG=391) og rehabilitering. (DRG=462A-C).

Tabell 10.4 Andelen ø-hjelps reinnleggelser innen (ØHR) 30 dager og totalt, etter ICD-10 sykdomsklassifisering, i 2001, 2003 og 2005 samt endring i perioden[1)].

ICD10	Andel ØHR innen 30 dager av tot andel døgnopphold				Andel ØHR av totale døgnopphold			
	2001	2003	2005	Endring 2001-2005	2001	2003	2005	Endring 2001-2005
Visse infeksjons- og parasittsykdommer	12,0	14,2	16,4	4,3	22,7	26,8	28,6	5,9
Svulster	14,0	14,9	16,2	2,2	21,1	21,5	23,1	2,0
Sykd i blod, bloddannede organ og immunforsvaret	17,6	19,0	21,3	3,7	33,5	35,2	37,0	3,4
Endokrine sykd, ernæringssykd og metabolske forstyrrelser	10,7	10,8	11,2	0,5	22,0	22,3	22,9	0,9
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	13,1	14,0	12,8	-0,3	28,9	30,3	28,8	-0,1
Sykd i nervesystemet	6,9	5,2	5,7	-1,2	16,0	11,9	12,5	-3,5
Sykd i øyet og øyets omgivelser	3,7	3,8	3,2	-0,5	7,2	7,3	5,9	-1,3
Sykd i øre og ørebensknute	4,1	3,2	3,7	-0,4	10,7	9,8	9,7	-1,0
Sykd i sirkulasjonssystemet	11,8	12,4	12,7	1,0	23,8	24,0	24,1	0,3
Sykd i åndedrettssystemet	12,6	13,7	14,8	2,1	25,9	28,8	29,3	3,4
Sykd i fordøyelses-systemet	10,0	10,7	11,4	1,4	20,4	20,8	22,0	1,6
Sykd i hud og underhud	8,1	8,5	8,2	0,0	16,1	16,6	16,6	0,5
Sykd i muskel- skjelettsystem og bindevev	3,6	3,2	3,8	0,2	7,7	6,9	7,8	0,1
Sykd i urin og kjønnsorganer	8,3	8,2	9,2	0,8	15,3	15,7	17,0	1,7
Svangerskap, fødsel og barselstid	14,8	15,3	15,5	0,7	21,8	22,2	22,1	0,3
Tilstander som oppstår i perinatalperioden	3,0	5,1	6,7	3,7	3,2	5,8	7,5	4,2
Medfødte misdannelser, deformitet, kromosomavvik	5,7	5,0	4,4	-1,2	9,4	8,0	7,6	-1,8
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	10,0	10,0	10,0	0,1	21,5	21,6	21,1	-0,5
Skader, forgiftninger og konsekv av ytre årsak	8,2	9,1	9,8	1,6	16,2	17,6	18,2	1,9
Ytre årsaker til sykd, skader og dødsfall[11]	18,2	0,0	25,0	6,8	27,3	14,3	25,0	-2,3
Forhold m/betydn for helsetilstand og kontakt med helsetj	7,3	7,5	7,9	0,6	12,4	12,7	12,1	-0,3
Totalt	10,0	10,3	11,0	1,0	19,1	19,4	20,1	1,0
(N)	65 600	73 576	81 263		125 493	138 462	148 240	

[1)]Tallene er eksklusive DRG gruppene fødsler (DRG=370-375 + 382), friske nyfødte (DRG=391) og rehabilitering. (DRG=462A-C).

[11] Antall opphold er mindre enn 10, derav den store prosentvise variasjonen.

10.8 Regionale helseforetak

Tabell 10.5 Andelen ø-hjelps reinnleggelser (ØHR) innen 30 dager og totalt etter regionale helseforetak i 2001, 2003 og 2005 samt endring i prosentpoeng i perioden[1)].

Regionalt helseforetak	Andel ØHR innen 30 dager av tot andel døgnopphold				Andel ØHR av totale døgnopphold			
	2001	2003	2005	Endring 2001-2005	2001	2003	2005	Endring 2001-2005
Helse Øst	10,9	11,6	12,3	1,4	20,5	21,4	22,1	1,6
Helse Sør	9,0	9,8	10,6	1,6	16,8	17,9	18,9	2,1
(Helse Sør ekskl Rikshospitalet HF)	*(11,1)*	*(12,1)*	*(12,9)*	*(1,8)*				
Helse Vest	10,4	10,7	10,9	0,5	20,3	20,7	20,4	0,1
Helse Midt-Norge	9,9	10,5	11,2	1,3	19,7	20,6	21,3	1,6
Helse Nord	10,1	10,3	11,5	1,4	19,3	19,6	21,0	1,7
Annet	0,5	0,2	0,1	-0,4	0,9	0,4	0,1	-0,8
Totalt	10,3	10,3	11,0	0,7	19,1	19,4	20,1	1,0
(N)	65 600	73 579	81 266		125 494	138 468	148 246	

[1)]Tallene er eksklusive DRG gruppene fødsler (DRG=370-375 + 382), friske nyfødte (DRG=391) og rehabilitering. (DRG=462A-C).

10.9 Helseforetak

Tabell 10.6 Andelen ø-hjelps reinnleggelser (ØHR) innen 30 dager og totalt etter helseforetak i 2001, 2003 og 2005 samt endring i prosentpoeng perioden[1)].

Helseforetak	Andel ØHR innen 30 dager av tot andel døgnopphold				Andel ØHR av totale døgnopphold			
	2001	2003	2005	Endring 2001-2005	2001	2003	2005	Endring 2001-2005
Sh. Østfold HF	11,6	12,2	14,4	2,8	22,8	22,7	26,6	3,7
Sh. Asker og Bærum HF	11,6	12,5	13,6	2,0	22,4	23,1	24,2	1,8
Akershus univ. sh HF	12,2	9,4	13,5	1,3	21,9	17,1	23,2	1,3
Aker univ. sh HF	11,3	12,8	13,3	2,0	22,0	22,8	23,1	1,1
Ullevål univ. sh HF	9,3	9,9	9,7	0,4	17,0	18,3	17,2	0,2
Sykehuset Innlandet HF	11,1	11,2	12,7	1,5	21,0	20,9	22,7	1,7
Avtaleinst. Helse Øst RHF[12]	8,5	10,2	9,6	1,1	16,4	20,8	18,0	1,7
Totalt Helse Øst	10,9	11,6	12,3	1,4	20,5	21,4	22,1	1,6
Rikshospitalet HF	3,1	2,9	3,4	0,4	4,6	4,4	5,0	0,5
Ringerike sykehus HF	10,7	12,1	12,8	2,1	20,8	22,9	23,1	2,3
Sykehuset Buskerud HF	11,2	12,8	12,4	1,2	21,3	23,1	23,1	1,8
Blefjell sykehus HF	9,7	11,0	11,3	1,6	19,6	21,4	21,6	2,0
Sykehuset Telemark HF	11,7	12,7	13,5	1,8	21,9	23,0	23,6	1,7
Sykehuset i Vestfold HF	11,4	12,5	13,3	1,8	21,1	22,7	23,3	2,2
Sørlandet sykehus HF	11,6	12,0	13,9	2,3	22,4	23,2	25,1	2,7
Avtale inst. Helse Sør RHF[13]	0,8	0,7	0,7	-0,1	1,8	1,3	1,2	-0,6
Totalt Helse Sør	9,0	9,8	10,6	1,6	16,8	17,9	18,9	2,1
Helse Stavanger HF	10,9	11,8	11,6	0,7	21,9	22,9	21,7	-0,2
Helse Fonna HF	11,9	12,2	11,9	0,0	23,2	23,3	23,3	0,0
Helse Bergen HF	9,7	9,7	9,8	0,1	18,2	18,2	18,1	-0,1
Helse Førde HF	9,5	10,3	11,2	1,7	19,4	20,6	21,1	1,7
Avtale inst. Helse Vest RHF[14]	10,9	12,2	11,2	0,3	21,7	22,8	21,2	-0,5
Totalt Helse Vest	10,4	10,7	10,9	0,5	20,3	20,7	20,4	0,1
Helse Sunnmøre HF	9,8	10,8	11,5	1,7	19,7	20,9	21,8	2,1
Helse Nordmøre og Romsdal HF	9,8	11,0	11,6	1,8	19,7	21,2	22,2	2,5
St. Olavs Hospital HF	9,6	9,8	10,1	0,5	18,7	19,3	19,4	0,7
Helse Nord Trøndelag HF	11,2	11,7	13,6	2,4	22,2	23,4	25,7	3,5

[12] "Avtale inst. Helse Øst RHF er Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diak. Sykehus, Lillehammer sanitetssykehus og Martina Hansens hospital.

[13] Avtale inst. Helse Sør RHF er Betanien hospital.

[14] Avtale inst. Helse Vest RHF er Haraldsplass diak. Sykehus, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus og Hospitalet Betanien.

Helseforetak	Andel ØHR innen 30 dager av tot andel døgnopphold				Andel ØHR av totale døgnopphold			
	2001	2003	2005	Endring 2001-2005	2001	2003	2005	Endring 2001-2005
Totalt Helse Midt-Norge	9,9	10,5	11,2	1,3	19,7	20,6	21,3	1,6
Helgelandssykehuset HF	13,4	13,0	14,3	0,8	25,2	24,8	25,9	0,7
Nordlandssykehuset HF	9,2	9,0	10,0	0,9	17,3	17,3	18,9	1,6
Hålogalandssykehuset HF	12,2	12,9	14,5	2,2	24,0	25,3	26,6	2,5
Univ. sh i Nord-Norge HF	7,4	7,9	9,5	2,1	14,0	14,6	16,5	2,4
Helse Finnmark HF	10,6	11,3	12,0	1,4	20,7	20,9	22,7	2,0
Totalt Helse Nord	10,1	10,3	11,5	1,4	19,3	19,6	21,0	1,7
Privat/ideelle utenfor RHF	0,7	0,8	0,3	-0,3	1,3	1,5	0,3	-1,0
Annet	0,5	0,2	0,1	-0,4	0,9	0,4	0,1	-0,8
Total	10,0	10,6	11,3	1,3	19,1	19,9	20,6	1,4
(N)	65 600	73 579	81 266		125 494	138 468	148 246	

[1)]Tallene er eksklusive DRG gruppene fødsler (DRG=370-375 + 382), friske nyfødte (DRG=391) og rehabilitering. (DRG=462A-C).

Del IV Grunnlagsdata

Grunnlagsdata personell og senger

Tabell T1.1 Beregnede årsverk etter personellkategori, regionale helseforetak, helseforetak, sykehus og andre institusjoner under foretaksstrukturen. 2004[1A] og 2005. Punkttall per 31. desember i driftsåret.

	Leger		Syke-pleiere[1]		Hjelpe-pleiere[2]		Annet beh. pers.[3]		Personell i annet pas. rettet arb.[4]		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Sykehuset Østfold HF																
Sykehuset Østfold	285	318	980	1036	216	210	233	270	47	51	521	482	299	292	2580	2658
Sykehuset Asker og Bærum HF																
Bærum sykehus	127	129	424	414	88	86	99	104	5	3	206	258	144	155	1094	1150
Akershus universitetssykehus HF																
Akershus universitetssykehus	348	354	962	954	264	256	249	280	53	43	411	328	257	377	2543	2592
Stensby sykehus	25	25	81	89	28	26	23	21	4	5	40	15	33	63	233	245
Gartnerveien barnehage og rehabilitering	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	0	0	5	5
Ullevål universitetssykehus HF																
Ullevål universitetssykehus	794	818	1613	1720	302	291	591	624	92	100	729	749	640	633	4762	4935
Nordre Aasen Habiliteringssenter	0	1	1	1	5	5	48	47	4	5	7	6	5	6	70	70
Bleiker behandlingssenter	0	0	0	0	1	1	14	11	5	3	2	1	3	2	24	17
Aker universitetssykehus HF																
Aker universitetssykehus	221	229	791	765	103	100	165	170	11	20	256	275	246	211	1792	1770
Sykehuset Innlandet HF																
Oppland sentralsykehus, avd. Lillehammer	147	146	410	420	88	92	119	120	6	7	210	181	134	161	1115	1127
Sentralsjukehuset i Hedmark	219	190	601	593	102	100	138	140	20	18	283	249	115	169	1477	1460
Kongsvinger sjukehus	56	46	196	205	67	68	49	47	13	7	78	86	54	53	513	511
Oppland sentralsykehus, avd. Gjøvik	118	114	385	365	86	82	83	81	16	40	128	138	111	115	928	934

	Leger		Syke-pleiere[1]		Hjelpe-pleiere[2]		Annet beh. pers.[3]		Personell i annet pas. rettet arb.[4]		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Granheim lungesenter	4	4	11	12	8	8	4	4	4	4	9	9	10	10	50	50
Sykehuset Innlandet Tynset	27	24	83	82	22	21	12	11	0	0	30	35	21	21	194	194
Habiliteringstjenesten for barn, Hedmark	0	0	2	2	1	1	7	6	2	2	4	4	1	1	17	16
Habiliteringstjenesten for voksne, Hedmark	1	2	0	0	0	0	11	8	5	8	4	3	2	1	23	22
Habiliteringstjenesten for voksne, Oppland	.	1	.	0	.	0	.	8	.	1	.	3	.	0	.	13
Sunnaas sykehus HF																
Sunnaas sykehus	31	33	134	139	65	65	116	122	20	44	61	65	44	41	471	509
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Sør RHF																
Revmatismesykehuset as	9	11	15	17	9	9	15	16	4	4	16	20	14	13	82	90
Martina Hansens hospital	30	30	94	95	17	18	26	27	0	0	34	39	31	29	233	238
Diakonhjemmet sykehus	101	95	328	341	44	36	90	91	19	19	102	98	68	73	751	751
Lovisenberg diakonale sykehus	57	65	272	275	28	25	50	61	0	2	67	74	69	64	543	566
Sum Helse Øst RHF	2600	2635	7383	7525	1544	1500	2144	2271	332	388	3199	3119	2301	2490	19500	19923
Rikshospitalet Radiumhospitalet HF[5]																
Rikshospitalet - Radiumhospitalet	688	742	2013	1904	242	209	776	536	168	644	997	1276	719	478	5604	5790
Spesialsykehuset for rehabilitering Stavern	19	22	52	58	28	34	66	70	22	15	49	30	30	37	266	266
Kure epilepsisenter	0	0	2	3	6	6	4	4	3	3	3	2	4	4	21	21
Telemark rehabiliteringssenter	0	0	4	5	5	5	4	4	1	2	3	3	7	8	24	26

	Leger		Syke-pleiere[1]		Hjelpe-pleiere[2]		Annet beh. pers.[3]		Personell i annet pas. rettet arb.[4]		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Ringerike sykehus HF																
Ringerike sykehus	60	61	214	224	50	33	41	42	1	1	67	68	53	57	487	485
Hallingdal sjukestugu	2	2	19	19	7	4	5	2	0	0	3	8	6	4	40	38
Sykehuset Buskerud HF																
Sykehuset Buskerud[6]	202	211	605	572	160	162	171	176	8	6	315	244	186	229	1647	1600
Blefjell sykehus HF																
Kongsberg sykehus	43	48	183	193	49	52	28	28	8	8	49	51	42	43	402	424
Notodden sykehus	27	29	83	83	22	22	20	20	4	4	33	35	20	21	209	214
Rjukan sykehus	19	15	46	45	26	26	12	12	3	3	22	23	19	19	147	142
Sykehuset i Vestfold HF																
Sykehuset i Vestfold	259	261	824	805	172	160	229	219	85	9	366	402	303	254	2238	2110
Sykehuset Telemark HF																
Sykehuset Telemark	171	175	550	587	151	148	136	127	94	15	124	214	132	145	1358	1411
Kragerø sykehus	6	6	42	35	23	23	11	10	2	1	9	13	0	1	92	89
Habiliteringstenesta i Telemark	2	2	2	2	3	0	21	23	4	7	6	5	2	2	39	40
Sørlandet sykehus HF																
Sørlandet sykehus Flekkefjord	23	31	120	108	22	20	19	18	0	0	47	40	35	36	267	252
Sørlandet sykehus Arendal	117	116	396	411	67	63	89	90	27	10	199	154	137	138	1031	982
Sørlandet sykehus Kristiansand	169	180	617	535	89	78	170	147	7	11	239	248	181	191	1473	1391

	Leger		Syke-pleiere[1]		Hjelpe-pleiere[2]		Annet beh. pers.[3]		Personell i annet pas. rettet arb.[4]		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Sør RHF																
Betanien hospital	16	15	49	50	14	15	10	10	1	1	18	18	16	18	122	126
Sum Helse Sør RHF	1823	1916	5821	5639	1136	1060	1812	1538	438	740	2549	2834	1892	1685	15467	15407
Helse Stavanger HF																
Stavanger universitetssjukehus	391	385	1243	1174	265	256	330	319	248	38	461	468	238	376	3176	3016
Helse Fonna HF																
Haugesund sjukehus	115	115	421	421	63	63	90	90	13	13	155	155	131	131	988	988
Stord sjukehus	37	37	160	160	34	34	26	26	0	0	40	40	39	39	335	335
Odda sjukehus	19	19	71	71	17	17	14	14	0	0	16	16	25	25	162	162
Rehabiliteringstj., seksjon barn/voksen Nord	0	0	1	1	0	0	12	11	3	4	3	3	0	0	19	19
Helse Bergen HF																
Haukeland Universitetssjukehus	632	659	1831	1886	326	315	498	530	5	83	859	924	892	1003	5044	5400
Voss sjukehus	30	29	113	116	34	35	21	21	0	1	42	44	62	67	301	312
Habiliteringstj. for vaksne funksjonshemm.	2	2	0	0	6	6	20	21	2	2	4	4	0	0	34	34
Bergen legevakt	10	10	15	16	0	0	5	6	7	7	3	2	3	3	43	43
Helse Førde HF																
Førde sentralsjukehus[7]	155	155	529	507	124	124	137	138	8	11	208	225	187	157	1347	1317

	Leger		Syke-pleiere[1]		Hjelpe-pleiere[2]		Annet beh. pers.[3]		Personell i annet pas. rettet arb.[4]		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse VEST RHF																
Haugesund Sanitetsfor. Revmatismesykehus	16	17	29	28	14	13	11	11	16	18	7	11	13	9	105	106
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	66	67	237	238	50	49	59	60	0	0	65	77	83	76	559	567
Betanien Spesialistpoliklinikk. røntgensenter og laboratorium	2	3	5	5	0	0	12	13	0	0	11	11	1	1	30	32
Sum Helse Vest RHF	1475	1498	4655	4623	933	912	1235	1260	302	177	1874	1980	1674	1887	12143	12331
Helse Sunnmøre HF																
Ålesund sjukehus	153	171	480	496	89	89	128	137	32	32	184	189	108	100	1174	1214
Volda sjukehus	35	35	128	124	25	24	20	21	0	0	32	31	21	22	261	256
Nevrohjemmet rehabiliteringssenter	0	0	8	9	8	8	4	4	1	1	1	1	2	2	23	24
Mork rehabiliteringssenter	0	1	13	12	10	9	8	8	1	1	2	3	4	4	38	39
Helse Nordmøre og Romsdal HF																
Helse Nordmøre og Romsdal Somatikk[8]	156	149	527	538	64	65	130	130	60	41	190	196	125	129	1253	1248
Aure opptreningssenter	0	0	9	8	1	1	5	7	2	6	2	1	7	3	24	25
St Olavs Hospital HF																
St Olavs Hospital[9]	590	605	1966	1977	327	298	541	557	57	39	778	802	624	569	4883	4846
Betania Malvik, somatisk rehabiliteringssenter	3	3	18	18	19	17	10	9	1	1	3	3	9	9	61	60
Ørland helsesenter, sjuke- og fødehjem	0	1	3	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5

	Leger		Syke-pleiere[1]		Hjelpe-pleiere[2]		Annet beh. pers.[3]		Personell i annet pas. rettet arb.[4]		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helse Nord Trøndelag HF																
Sykehuset Namsos	54	58	242	243	42	37	45	51	29	11	66	76	52	61	530	536
Sykehuset Levanger	106	107	418	403	60	56	106	93	33	18	104	104	94	107	920	887
Sum Helse Midt-Norge HF	1097	1130	3812	3832	649	604	997	1017	216	150	1362	1406	1046	1006	9174	9140
Helgelandssykehuset HF																
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	30	33	98	101	27	28	21	23	9	6	11	17	34	40	231	248
Helgelandssykehuset Mosjøen	20	22	75	75	15	16	19	20	3	1	28	33	17	19	176	184
Helgelandssykehuset Mo i Rana	32	36	125	123	37	37	34	34	11	7	47	50	26	44	312	330
Brønnøysund fødestue	0	0	0	0	5	4	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordlandssykehuset HF																
Nordlandssykehuset	193	193	570	574	131	128	151	154	35	27	171	170	141	115	1390	1360
Hålogalandssykehuset HF																
Narvik sykehus	29	27	111	122	34	32	29	30	8	8	47	47	26	34	284	300
Stokmarknes sykehus	21	21	99	105	42	39	30	23	9	8	38	46	32	32	270	274
Harstad sykehus	60	65	255	241	49	39	49	52	14	15	78	70	39	34	543	516
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF																
Universitetssykehuset Nord-Norge	383	429	1010	991	217	213	357	378	371	365	314	276	331	377	2982	3028
Longyearbyen sykehus	3	3	8	9	0	0	1	1	4	3	2	2	2	2	19	19
Fødestua Midt-Troms	0	0	6	6	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	7	8
Sykestua og fødeavdeling i Nordreisa	1	1	10	10	4	4	2	2	1	1	0	0	3	3	21	21

	Leger		Syke-pleiere[1]		Hjelpe-pleiere[2]		Annet beh. pers.[3]		Personell i annet pas. rettet arb.[4]		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Områdegeriatrisk tjeneste for Midt-Troms	1	1	7	7	4	4	4	4	2	1	1	1	0	0	17	17
Helse Finnmark HF																
Hammerfest sykehus	50	59	207	203	35	35	30	31	18	4	59	74	79	67	477	472
Kirkenes sykehus	30	35	132	123	31	34	40	36	5	3	47	54	68	57	352	343
Mehamn helsesenter	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Berlevåg sykestue	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Porsanger helsetun	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Tana helsesenter	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Nesseby helsesenter	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Båtsfjord helsesenter	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
Kautokeino alders- og sykehjem	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Karasjok helsesenter	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Hasvik helsesenter	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Vardø helsesenter	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Nordkapp helsesenter	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Havøysund helsesenter	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Vadsø helsesenter	0	0	2	2	3	3	0	0	0	0	0	0	1	1	6	6
Øksfjord helsesenter	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

	Leger		Syke-pleiere[1]		Hjelpe-pleiere[2]		Annet beh. pers.[3]		Personell i annet pas. rettet arb.[4]		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Kjøllefjord helsesenter	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Alta helsesenter, avdeling Sykestue	0	0	3	3	5	5	0	0	0	0	1	1	0	0	9	9
Sum Helse Nord RHF	853	925	2725	2702	657	640	771	793	490	449	844	841	800	826	7121	7160
Private ideelle institusjoner																
Glittreklinikken as	13	12	29	29	14	13	24	27	1	2	11	11	25	25	116	118
Feiringklinikken as	13	12	108	109	0	0	7	7	2	3	31	30	53	50	213	211
Private kommersielle institusjoner																
Medi 3 Molde AS	3	3	10	10	0	0	4	4	13	13	5	5	1	1	36	36
Volvat medisinske senter as, Oslo	20	22	28	26	2	2	7	8	0	0	37	34	19	17	113	109
Axess Sykehus og Spesialistklinikk AS	6	6	8	12	0	1	0	0	0	0	8	8	0	0	22	27
Omnia sykehuset AS	10	15	30	45	0	0	5	8	22	0	4	24	4	0	75	91
Drammen private sykehus AS	7	7	8	8	3	3	0	0	4	4	3	0	0	3	25	25
Ringvoll Klinikken AS	2	5	27	30	6	0	0	2	5	5	4	7	0	2	44	51
Colosseumklinikken Legeavdeling AS	5	6	5	7	0	0	0	0	1	0	2	3	0	0	13	16
Mjøs Kirurgene lege- og spesialistsenter	0	1	1	2	0	0	1	2	5	0	2	7	3	3	12	15
Colosseumklinikken Stavanger AS	5	6	7	8	0	0	0	0	0	0	3	3	1	2	16	19
NIDAROS KLINIKKEN AS, Moxnes klinikken	.	5	.	12	.	0	.	0	.	3	.	6	.	0	.	26
BERGEN KIRURGISKE SYKEHUS AS	.	4	.	7	.	0	.	1	.	0	.	7	.	0	.	18
Idrettsklinikken AS	5	6	1	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	11	11
Norsk Idrettsmedisinsk Institutt (NIMI)	.	2	.	2	.	0	.	0	.	0	.	2	.	0	.	6

	Leger		Syke-pleiere[1]		Hjelpe-pleiere[2]		Annet beh. pers.[3]		Personell i annet pas. rettet arb.[4]		Administr/ kontor		Service/drift		Sum beregnede årsverk	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Trondheim spesialistlegesenter AS	1	6	4	7	0	0	0	0	0	0	1	2	9	0	15	15
Medi 3 AS	9	6	18	9	1	1	3	4	7	8	4	3	2	1	44	31
Ishavsklinikken AS	3	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
FANA MEDISINSKE SENTER AS	3	2	3	3	0	0	0	0	2	2	3	3	1	0	10	9
Tromsø private sykehus as	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	4	4
ROSENBORG SPORTSKLINIKK A/S	1	1	1	1	0	0	0	3	0	0	2	2	0	0	3	6
Klinikk Stokkan AS	1	0	6	6	0	1	0	0	0	0	4	4	0	0	11	11
VESTFJORDKLINIKKEN AS	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	0
KLINIKK BERGEN AS	3	.	3	.	0	.	1	.	0	.	4	.	0	.	11	.
Sum private sykehus	112	130	303	337	26	21	52	66	63	40	137	169	118	104	803	860
Sum Norge	7960	8234	24699	24658	4945	4737	7011	6945	1841	1944	9965	10349	7831	7998	64208	64821

1a Tallene for 2004 avviker noe fra SSBs tall. Dette skyldes at Rehabiliteringstjenesten i Stavanger ble registrert dobbelt i fjor, og derfor er 201 årsverk knyttet til dette fjernet.

1 Inkluderer jordmødre.

2 Inkluderer barnepleiere

3 Inkluderer vernepleiere, fysioterapauter, bioingeniøerer, radiografer, ergoterapauter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer og psykologer.

4 Inkluderer annet fagutdannet helsepersonell ikke spesifisert annet sted, samt ufaglært pleiepersonell.

5 Tall for Hjertesenteret, Spesialsykehuset for epilepsi og Radiumhospitalet er inkludert i Rikshospitalet – Radiumhospitalet.

6 Tall for Habiliteringsteamet er inkludert i sykehuset Buskerud.

7 Tallene for Nordfjord og Lærdal sykehus er inkludert i Førde sentralsjukehus.

8 Tallene for Kristiansund sykehus og Molde sjukehus er inkludert i Helse Nordmøre og Romsdal Somatikk. Molde sjukehus, voksenrehabilitering var underenhet i 2004, men er underenhet under psykisk helsevern i 2005.

9 Tallene for Trondsletten habiliteringssenter og Orkdal Sjukehus er inkludert i St. Olavs Hospital.

10 Tallene for Nordlandssykehuset Lofoten er inkludert i Nordlandssykehuset Sentrum.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 2

Tabell T1.2 Effektive senger etter avdelingstype[1], helseregion, helseforetak og sykehus. 2005.

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Sykehuset Østfold HF																		
Sykehuset Østfold			94	56	.	9	3	50	.	203	.	.	21	39	11	.	506	487
Sykehuset Asker og Bærum HF																		
Bærum sykehus			63	29	.	.	.	53	.	70	.	22	.	.	.	.	222	236
Akershus universitetssykehus HF																		
Akershus universitetssykehus			94	49	.	2	.	88	.	139	.	.	38	39	.	16	429	466
Stensby sykehus			.	15	.	6	.	.	.	24	.	.	.	.	.	.	49	45
Gartnerveien barnehage og rehabilitering	.	.															0	
Ullevål universitetssykehus HF																		
Ullevål universitetssykehus			19	53	162	.	43	183	.	16	22	196	24	39	.	11	760	767
Nordre Aasen Habiliteringssenter	7	18															0	
Bleiker behandlingssenter	2	3															0	
Aker universitetssykehus HF																		
Aker universitetssykehus			20	23	109	.	.	.	.	25	.	160	16	.	.	.	375	354
Sykehuset Innlandet HF																		
Oppland sentralsykehus, avd. Lillehammer			10	48	.	.	.	42	.	.	.	86	21	27	.	.	256	234
Sentralsjukehuset i Hedmark			.	42	81	2	4	40	.	.	.	118	.	23	.	27	330	337

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Kongsvinger sjukehus			28	19	.	.	.	10	.	37	.	.	.	.	11	12	105	116
Oppland sentralsykehus, avd. Gjøvik			.	11	42	12	.	30	.	.	13	81	.	.	.	13	218	202
Granheim lungesenter			.	.	.	.	.	.	.	.	.	39	.	.	.	.	39	39
Sykehuset Innlandet Tynset			22	.	.	.	.	5	.	25	.	.	.	.	.	.	43	52
Habiliteringstjenesten for barn, Hedmark	0	.															0	
Habiliteringstjenesten for voksne, Hedmark	.	.															0	
Habiliteringstjenesten for voksne, Oppland	.	.															0	
Sunnaas sykehus HF																		
Sunnaas sykehus			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	151	141	151
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Øst RHF																		
Revmatismesykehuset as			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	35	.	36	35
Martina Hansens hospital			.	35	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	25	.	61	60
Diakonhjemmet sykehus			63	.	.	.	.	.	.	81	.	.	.	.	33	.	168	177
Lovisenberg diakonale sykehus			47	.	.	.	.	.	.	81	.	.	.	.	.	25	145	153
Sum Helse Øst RHF	9	21	460	380	394	31	50	501	0	701	35	702	120	167	115	255	3883	3911
Rikshospitalet Radiumhospitalet HF																		
Rikshospitalet - Radiumhospitalet			.	34	171	30	.	41	.	.	222	137	102	89	29	.	860	857

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Spesialsykehuset for rehabilitering Stavern			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	110	110	110
Kure epilepsisenter	20	44															0	
Telemark rehabiliteringssenter	39	587															0	
Ringerike sykehus HF																		
Ringerike sykehus			26	24	.	.	.	20	.	59	.	.	.	.	.	.	122	130
Hallingdal sjukestugu	19	670															0	
Sykehuset Buskerud HF																		
Sykehuset Buskerud			82	46	.	7	2	53	.	10	.	98	30	47	6	5	367	388
Blefjell sykehus HF																		
Kongsberg sykehus			16	22	.	2	.	16	.	43	.	.	.	.	.	.	102	99
Notodden sykehus			8	8	.	.	.	3	.	28	.	.	.	.	.	.	49	48
Rjukan sykehus			6	6	.	.	.	3	.	22	.	.	.	.	.	.	42	38
Sykehuset i Vestfold HF																		
Sykehuset i Vestfold			24	57	59	12	.	46	.	22	10	113	29	23	.	.	418	395
Sykehuset Telemark HF																		
Sykehuset Telemark			80	24	16	7	.	52	.	124	.	.	16	40	.	23	377	383
Kragerø sykehus			.	.	.	.	.	.	26	.	.	.	.	.	.	19	50	45
Habiliteringstenesta i Telemark	4	138															0	

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Sørlandet sykehus HF																		
Sørlandet sykehus Flekkefjord			21	.	.	.	.	14	.	32	.	.	.	.	.	.	76	67
Sørlandet sykehus Arendal			57	29	.	1	1	27	.	74	.	6	13	18	.	.	219	226
Sørlandet sykehus Kristiansand			61	25	.	9	.	48	.	95	.	.	25	37	14	.	326	314
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Sør RHF																		
Betanien hospital			.	22	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.	22	.	49	49
Sum Helse Sør RHF	82	1439	381	297	246	68	8	323	26	509	232	354	215	254	71	157	3167	3149
Helse Stavanger HF																		
Stavanger universitetssjukehus			11	59	102	11	3	83	.	.	41	141	27	46	.	102	540	626
Helse Fonna HF																		
Haugesund sjukehus			.	.	67	.	.	28	.	.	.	84	.	26	.	.	210	205
Stord sjukehus			26	.	.	.	.	15	.	39	.	.	.	.	.	.	83	80
Odda sjukehus			16	.	.	.	.	4	.	17	.	.	.	.	.	.	38	37
Rehabiliteringstjenesten, seksjon barn/voksen Nord	.	.															0	
Helse Bergen HF																		
Haukeland Universitetssjukehus			109	108	52	29	11	118	.	108	54	155	60	69	24	48	967	945
Voss sjukehus			32	.	.	.	.	13	.	27	.	.	.	.	.	.	73	72

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Habiliteringstjenesten for vaksne funksjonshemmede	2	27															0	
Bergen legevakt	0	.															0	
Helse Førde HF																		
Førde sentralsjukehus			36	53	5	2	1	44	.	115	.	.	14	18	13	22	364	323
Andre institusjoner m/driftsavtale Helse Vest RHF																		
Haugesund San.for Revmatismesykehus			.	20	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	17	.	36	37
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS			34	25	.	.	.	.	.	32	.	54	12	.	.	.	154	158
Betanien Spesialist-poliklinikk. Polikl., røntgensenter og laboratorium	3	259															0	
Sum Helse Vest RHF	5	286	264	265	226	42	15	305	0	338	95	434	113	159	54	172	2465	2483
Helse Sunnmøre HF																		
Ålesund sjukehus			49	37	1	10	3	39	.	108	5	.	.	26	7	11	313	297
Volda sjukehus			21	.	.	.	.	13	.	33	.	.	.	.	.	.	76	67
Nevrohjemmet rehabiliteringssenter	14	161															0	
Mork rehabiliteringssenter	21	264															0	
Helse Nordmøre og Romsdal HF																		
Helse Nordmøre og Romsdal Somatikk			71	20	1	7	2	35	.	99	.	.	21	14	.	.	275	270

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Aure opptreningssenter	34	564															0	
St Olavs Hospital HF																		
St Olavs Hospital			125	100	65	15	8	108	.	169	60	131	21	66	14	63	915	945
Betania Malvik, somatisk rehabiliteringssenter	36	428															0	
Ørland helsesenter, sjuke- og fødehjem	6	6															0	
Helse Nord Trøndelag HF																		
Sykehuset Namsos			28	.	.	2	3	14	.	43	.	.	9	.	.	.	105	99
Sykehuset Levanger			57	.	.	.	.	21	.	72	.	.	.	17	.	13	181	180
Sum Helse Midt-Norge RHF	111	1423	351	157	67	34	16	230	0	524	65	131	51	123	21	87	1865	1858
Helgelandssykehuset HF																		
Helgelandssykehuset Sandnessjøen			17	.	.	.	.	8	6	26	.	.	.	.	.	13	70	70
Helgelandssykehuset Mosjøen			14	.	.	.	.	5	8	17	.	.	.	.	.	.	44	44
Helgelandssykehuset Mo i Rana			35	.	.	.	.	11	.	38	.	.	.	.	.	.	84	84
Brønnøysund fødestue	2	136															0	
Nordlandssykehuset HF																		
Nordlandssykehuset Sentrum			57	25	.	8	2	32	.	20	.	72	21	20	8	24	358	291

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Hålogalandssykehuset HF																		
Narvik sykehus			21	.	.	1	.	12	.	32	.	.	.	.	.	.	82	66
Stokmarknes sykehus			22	.	.	.	.	10	.	34	.	.	.	.	.	11	94	77
Harstad sykehus			33	.	.	4	.	12	.	44	.	0	.	.	.	7	109	100
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF																		
Universitetssykehuset Nord-Norge			.	29	112	15	6	48	.	26	29	109	23	34	11	20	468	462
Longyearbyen sykehus			.	.	.	.	.	.	6	.	.	.	.	.	.	.	8	6
Fødestua Midt-Troms	5	188															0	
Sykestua og fødeavdeling i Nordreisa	15	445															0	
Områdegeriatrisk tjeneste for Midt-Troms	9	60															0	
Helse Finnmark HF																		
Hammerfest sykehus			14	12	.	.	.	16	.	41	.	.	.	13	.	.	96	102
Kirkenes sykehus			9	9	.	.	.	12	.	24	.	.	.	.	.	.	58	54
Mehamn helsesenter	1	25															0	
Berlevåg sykestue	1	130															0	
Porsanger helsetun	2	77															0	
Tana helsesenter	2	146															0	
Nesseby helsesenter	1	110															0	
Båtsfjord helsesenter	2	517															0	

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Kautokeino alders- og sykehjem	3	125																
Karasjok helsesenter	4	599																
Hasvik helsesenter	1	54																
Vardø helsesenter	2	343																
Nordkapp helsesenter	3	475																
Havøysund helsesenter	1	51																
Vadsø helsesenter	6	.																
Øksfjord helsesenter	1	84																
Kjøllefjord helsesenter	1	142																
Alta helsesenter, avdeling Sykestue	9	439																
Sum Helse Nord RHF	71	4146	222	75	112	28	8	166	20	302	29	181	44	67	19	75	1471	1356

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Private Ideelle sykehus																		
Glittreklinikken as			.	.	.	.	.	.	.	.	.	89	.	.	.	.	89	89
Feiringklinikken as			.	.	28	.	.	.	.	.	.	6	.	.	.	.	33	33
Private kommersielle sykehus																		
Medi 3 Molde AS			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.		1
Volvat medisinske senter as, Oslo			3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	3
Axess Sykehus og Spesialistklinikk AS			1	2	2	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	6	6
Omnia sykehuset AS			27	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	28	27
Drammen private sykehus AS			0	0	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2
Ringvoll Klinikken AS			.	8	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	11	11
Colosseumklinikken Legeavdeling AS			2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.		2
Mjøs Kirurgene lege- og spesialistsenter			.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2
Colosseumklinikken Stavanger AS			0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0
NIDAROS KLINIKKEN AS, Moxnes klinikken			.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.		5
BERGEN KIRURGISKE SYKEHUS AS			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.		0
Idrettsklinikken AS			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.

	Døgn-plasser	Utskr. Døgn-pas	Gen Kir	Orto-pedi	Ann kir	ØNH	Øye	Fød/ Gyn	Bl-Kir/ Med	Gen Med	Onko	Ann Med	Nevro	Ped	Revm	Sos/ Reh	Sum 2004	Sum 2005
Norsk Idrettsmedisinsk Institutt (NIMI)			.	8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.		8
Trondheim spesialistlegesenter AS			6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6	6
Medi 3 AS			1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
Ishavsklinikken AS			.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2
FANA MEDISINSKE SENTER AS			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0
Tromsø private sykehus as			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0
ROSENBORG SPORTSKLINIKK A/S			.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
Klinikk Stokkan AS			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.		.
VESTFJORDKLINIKKEN AS																	0	
Sum private institusjoner																	183	199
Sum Norge																	13039	12948

1 Inndeling etter avdelingstype er basert på registrering av avdelingskoder i henhold til det offisielle avdelingskodeverk for somatiske sykehus. Det kan være variasjon mellom sykehus i koding av enkelte typer avdelinger.

Datakilde: SSB

Definisjoner: Se vedlegg 3

Grunnlagsdata kostnader og finansiering

Grunnlagsdata forbruk av sykehustjenester

Tabell T3. 1 Bruk av sykehus i regionene i 2004 og 2005 etter type opphold. Kjønns- og aldersstandardiserte rater pr. 1 000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold		Polikliniske konsultasjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	175	176	92	102	267	278	687	709
Helseregion Sør	190	194	125	137	315	331	712	726
Helseregion Vest	175	177	94	107	269	284	682	699
Helseregion Midt-Norge	184	184	101	102	285	287	842	830
Helseregion Nord	200	201	106	110	306	311	871	879
Ureg/ ut-lendinger	(3 343)	(3 573)	(492)	(435)	(3 835)	(4 008)	(6 558)	(6 382)
Totalt	182	183	102	111	283	294	731	744
	(840 590)	(854 581)	(468 262)	(514 139)	(1 308 852)	(1 368 720)	(3 374 388)	(3 458 478)

Tabell T3.2 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte. Kjønns- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Elektive opphold Døgn og dag		Øyeblikkelig hjelp Døgn og dag		Fødsler per 1 000 kvinne 16-49 år[1] Døgn og dag		Friske nyfødte per 1 000 innb. 0 år[2] Døgn og dag	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	147	158	109	110	55	54	709	716
Helseregion Sør	188	204	114	116	50	50	697	686
Helseregion Vest	149	159	116	119	59	58	733	705
Helseregion Midt-Norge	159	159	112	115	55	55	773	768
Helseregion Nord	170	175	126	129	54	53	813	792
Ureg./ utlendinger	(554)	(484)	(3 218)	(3 460)	(90)	(95)	(50)	(61)
Totalt	159	169	114	116	55	54	732	724
	(734 901)	(784 401)	(527 135)	(540 181)	(57 521)	(57 257)	(4 1682)	(41 223)

[1] Fødsler er definert som DRG 370-375, 382.

[2] Friske nyfødte er definert som DRG 391.

Tabell T3.3 Bruk av sykehustjenester i regionene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte og type behandling. Kjønns- og aldersstandardiserte rater og antall opphold.

Helseregion Pasientenes bosted	Elektive opphold				Øyeblikkelig hjelp			
	Kirurgisk DRG		Medisinsk DRG		Kirurgisk DRG		Medisinsk DRG	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	62	66	84	92	17	17	89	91
Helseregion Sør	72	74	115	126	17	17	92	96
Helseregion Vest	67	73	82	90	18	17	96	97
Helseregion Midt-Norge	77	74	81	82	18	19	91	95
Helseregion Nord	70	70	100	103	21	21	99	103
Ureg./utlendinger	(169)	(174)	(384)	(309)	(792)	(793)	(2 400)	(2 644)
Totalt	68	71	91	98	18	18	92	95
N	(313 481)	(327 677)	(419 013)	(454 607)	(831 52)	(82 750)	(427 976)	(442 475)

Tabell T3.4 Sum liggedøgn i regionene i 2004 og 2005 etter type opphold og innleggelsesmåte. Kjønns- og alderstandardiserte rater per 1 000 innbyggere.

Helseregion Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag		Liggetidsrate Elektive døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Helseregion Øst	987	991	282	277	567	570	426	430
Helseregion Sør	1 093	1 104	367	360	558	570	423	430
Helseregion Vest	1 024	1 029	300	306	593	578	430	421
Helseregion Midt-Norge	1 147	1 127	316	292	673	681	498	510
Helseregion Nord	1 117	1 137	322	312	651	684	479	505
Ureg./ut-lendinger	(12 494)	(13 029)	(959)	(847)	(10 765)	(11 576)	(13 029)	(7 191)
Totalt	1 051	1 054	311	305	594	598	441	447
	(4 852 493)	(4 905 323)	(1 433 802)	(1 414 029)	(2 747 738)	(2 788 681)	(2 045 865)	(2 080 483)

Tabell T3.5 Antall opphold etter hovedkategorier i ICD-10 i 2005 og prosentvis endring 2004-2005. Kjønns- og aldersstandardiserte rater pr. 1 000 innbyggere.

Hovedkategorier ICD-10	Helse-region Øst	Helse-region Sør	Helse-region Vest	Helse-region Midt-Norge	Helse-region Nord	Totalt
Visse infeksjons- og parasittsykd.	4	5	6	4	4	5
Svulster	21	24	24	22	23	22
Sykd i blod, bloddannede organ og immunforsvaret	2	2	2	1	2	2
Endokrine sykd, ernæringssykd og metab. forstyrr.	3	5	4	4	5	4
Psykiske lidelser	3	2	3	2	3	3
Sykd i nervesystemet	11	11	13	10	10	11
Sykd i øyet og omgivelser	12	13	13	13	9	12
Sykd i øre og ørebensknute	2	3	3	3	3	2
Sykd i sirkulasjonssystemet	30	30	28	26	33	29
Sykd i åndedrettssystemet	17	21	20	16	19	18
Sykd i fordøyelsessystemet	14	14	15	15	18	15
Sykd i hud og underhud	3	3	4	3	3	3
Sykd i muskel, skjelett og bindevev	20	22	24	26	22	22
Sykd i urin og kjønnsorganer	12	14	13	13	16	13
Svangerskap, fødsel og barselstid	84	75	81	82	86	82
Tilstander i perinatalperioden	154	104	126	116	87	128
Medfødte misdannelser, deform., kromosomavvik	9	9	9	10	8	9
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	12	11	15	13	15	13
Skader, forgiftninger og konsekv av ytre årsaker	20	21	19	20	20	20
Kontakt med helsetj. m.m.	68	101	64	64	79	74
Totalt	(465 246)	(297 441)	(271 858)	(186 140)	(143 996)	(1 368 689)
(N)	278	331	284	287	311	294

Tabell T3.6 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter type opphold. Kjønns- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere.

HF-område Pasientenes bosted	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold		Polikliniske konsultasjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	189	185	77	85	266	270	587	624
Asker og Bærum	154	154	103	109	256	262	651	671
Ullevål og Aker	174	176	99	111	273	287	705	719
Innlandet	182	185	86	96	268	281	733	761
Helseregion Øst	176	177	92	102	268	279	686	708
Ringerike	182	189	76	77	257	267	646	660
Buskerud	183	184	95	98	278	282	681	724
Blefjell	196	201	93	93	289	295	644	666
Vestfold	178	181	139	147	318	328	766	743
Telemark	200	213	172	208	373	421	793	840
Sørlandet	188	188	120	133	308	321	660	672
Helseregion Sør	187	191	122	134	310	324	705	718
Stavanger	172	174	99	106	271	281	627	657
Fonna	189	195	95	103	283	298	718	717
Bergen	167	169	105	124	272	292	655	675
Førde	216	215	77	89	292	303	973	975
Helseregion Vest	178	180	98	111	276	291	692	709
Sunnmøre	189	189	109	111	299	300	874	889
Nordmøre/Romsdal	189	185	95	101	285	286	922	911
St. Olavs Hospital	176	179	106	100	283	279	835	797
Nord-Trøndelag	178	179	84	95	262	274	732	747
Helseregion Midt-Norge	181	182	100	101	281	283	839	827
Helgeland	222	219	95	108	318	327	835	890
Nordland	196	202	99	98	294	299	790	786
Hålogaland	203	207	94	97	297	304	961	984
UNN	171	168	130	136	301	304	827	822
Finnmark	220	216	104	99	324	316	960	926
Helseregion Nord	200	200	105	109	305	309	869	876
Ureg./utlendinger	(3 343)	(3 573)	(492)	(435)	(3 835)	(4 008)	(6 558)	(6 382)
Totalt	182	183	102	111	283	294	731	744
(N)	(840 590)	(854 581)	(468 262)	(514 139)	(1 308 852)	(1 368 720)	(3 374 388)	(3 458 478)

Tabell T3.7 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte. Kjønns- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere.

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold Døgn og dag		Øyeblikkelig hjelp Døgn og dag	
	2004	2005	2004	2005
Østfold	142	145	113	116
Asker og Bærum	159	161	86	90
Ullevål og Aker	148	163	111	111
Innlandet	148	161	115	115
Helseregion Øst	148	154	99	103
Ringerike	152	165	114	106
Buskerud	172	176	107	109
Blefjell	203	208	105	111
Vestfold	253	295	110	115
Telemark	175	185	125	130
Sørlandet	156	165	113	112
Helseregion Sør	152	166	121	123
Stavanger	142	161	117	119
Fonna	153	166	130	129
Bergen	174	173	109	116
Førde	162	162	112	113
Helseregion Vest	162	153	109	113
Sunnmøre	136	144	115	119
Nordmøre/Romsdal	175	181	136	143
St. Olavs Hospital	168	166	117	128
Nord-Trøndelag	146	156	141	139
Helseregion Midt-N	186	188	105	105
Helgeland	182	174	136	138
Nordland	142	145	113	116
Hålogaland	159	161	86	90
UNN	148	163	111	111
Finnmark	148	161	115	115
Helseregion Nord	148	154	99	103
Ureg./utlendinger	(554)	(484)	(3218)	(3460)
Totalt	159	169	114	116
(N)	(734 901)	(784 401)	(527 135)	(540 181)

[1] Fødsler er definert som DRG 370-375, 382.
[2] Friske nyfødte er definert som DRG 391.

Tabell T3.8 Bruk av sykehustjenester i HF-områdene i 2004 og 2005 etter innleggelsesmåte og type behandling. Kjønns- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere.

HF-område Pasientenes bosted	Elektive opphold				Øyeblikkelig hjelp			
	Døgnopphold		Dagbehandling		Samlet antall opphold		Polikliniske konsultasjoner	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	68	68	74	77	19	18	94	96
Asker og Bærum	64	69	95	92	16	15	68	74
Ullevål og Aker	58	62	89	101	17	17	91	91
Innlandet	66	73	80	86	17	17	93	94
Helseregion Øst	62	66	84	91	17	17	89	90
Ringerike	66	65	81	88	16	15	81	86
Buskerud	80	87	71	78	18	17	94	88
Blefjell	76	78	94	97	16	15	89	93
Vestfold	70	71	133	136	17	17	86	92
Telemark	76	79	177	216	19	19	90	95
Sørlandet	67	69	108	116	18	18	103	106
Helseregion Sør	71	80	84	85	17	16	85	86
Stavanger	73	75	117	129	18	17	94	97
Fonna	69	75	83	91	16	16	103	105
Bergen	60	66	81	95	18	19	97	99
Førde	78	80	76	86	19	18	106	107
Helseregion Vest	65	71	79	87	17	17	93	95
Sunnmøre	81	78	93	95	16	18	91	97
Nordmøre/Romsdal	78	79	83	82	17	18	92	94
St. Olavs Hospital	79	72	82	81	19	19	89	93
Nord-Trøndelag	70	71	65	73	21	21	93	97
Helseregion Midt-Norge	78	75	82	84	18	19	92	96
Helgeland	77	80	98	101	19	20	110	115
Nordland	72	70	97	96	18	19	93	101
Hålogaland	64	67	82	89	23	22	115	114
UNN	64	64	122	124	23	22	79	81
Finnmark	81	72	101	101	24	22	104	108
Helseregion Nord	70	70	101	104	21	21	99	103
Ureg./utlendinger	(169)	(174)	(384)	(309)	(792)	(793)	(2 400)	(2 644)
Totalt	68	71	91	98	18	18	92	95
(N)	(313 481)	(327 677)	(419 013)	(454 607)	(83 152)	(82 750)	(427 976)	(442 475)

Tabell T3.9 Sum liggedøgn i regionene i 2004 og 2005 etter type opphold og innleggelsesmåte. Kjønns- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere.

HF-område Pasientenes bosted	Liggetidsrate Alle opphold døgn/dag		Liggetidsrate Elektive døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold		Liggetidsrate Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med. DRG	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Østfold	954	952	287	267	544	568	406	425
Asker og Bærum	866	841	275	235	442	451	333	342
Ullevål og Aker	1 052	1 062	266	266	627	627	472	478
Innlandet	968	981	318	326	542	538	404	400
Helseregion Øst	992	998	283	278	570	574	428	433
Ringerike	968	940	401	368	441	453	328	359
Buskerud	1 028	1 018	317	330	565	542	429	404
Blefjell	1 064	1 089	397	412	532	542	414	421
Vestfold	1 075	1 065	360	332	535	548	404	417
Telemark	1 300	1 392	483	513	602	630	444	459
Sørlandet	1 000	997	292	272	550	564	418	419
Helseregion Sør	1 069	1 078	359	352	545	556	412	418
Stavanger	1 046	1 039	352	359	583	560	395	380
Fonna	1 052	1 070	341	361	575	563	459	442
Bergen	1 045	1 059	259	262	632	622	458	460
Førde	1 133	1 120	362	355	656	640	497	482
Helseregion Vest	1 056	1 061	311	318	613	597	445	436
Sunnmøre	1 181	1 155	361	340	642	664	488	504
Nordmøre/Romsdal	1 112	1 091	361	332	605	613	452	466
St. Olavs Hospital	1 185	1 166	287	264	736	741	532	540
Nord-Trøndelag	973	955	267	244	571	569	428	438
Helseregion Midt-Norge	1 123	1 103	310	287	656	664	485	497
Helgeland	1 178	1 196	372	349	680	723	515	539
Nordland	1 095	1 098	313	287	644	693	477	519
Hålogaland	1 131	1 128	315	310	682	687	516	515
UNN	1 049	1 093	265	266	603	640	420	445
Finnmark	1 119	1 130	350	344	644	662	473	503
Helseregion Nord	1 112	1 128	318	307	651	681	479	503
Ureg./utlendinger	(12 494)	(13 029)	(959)	(847)	(10 765)	(11 576)	(13 029)	(7 191)
Totalt	1 051	1 054	311	305	594	598	441	447
(N)	(4 852 493)	(4 905 323)	(1 433 802)	(1 414 029)	(2 747 738)	(2 788 681)	(2 045 865)	(2 080 483)

Del V Vedlegg

Vedlegg 2 Datagrunnlag og definisjoner personell og senger

Datagrunnlag

Datagrunnlaget er institusjonsdata fra alle institusjoner og foretak som ligger under de regionale helseforetakene. I tillegg er data for private sykehus utenfor RHF-ene med. Datamaterialet er innsamlet av Statistisk sentralbyrå (SSB). SINTEF Helse har gjennomgått datamaterialet med tanke på tilrettelegging av tall til SAMDATA Somatikk. Dette er gjort i samarbeid med SSB, slik at nasjonale utviklingstall er mest mulig like i våre publikasjoner.

Senge- og personelltall for institusjoner utenfor sykehus ble inkludert første gang i SAMDATA Somatikk i 2003. Etter omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten er det enda viktigere å ha oversikt over omfang og innhold i tjenester som utføres ved disse. I årets SAMDATA presenteres opplysninger om antall døgnplasser og personell ved institusjoner som har driftsavtale med de regionale helseforetakene. Private opptreningsinstitusjoner utenfor RHF-ene er ikke inkludert i denne.

Personelldata

I årets SAMDATA Somatikk presenteres tall for antall beregnede årsverk ved utgangen av hvert driftsår (punkttall). Opplysningene er hentet fra KOSTRA Skjema 46 og 47 innrapportert til Statistisk sentralbyrå. Bruk av gjennomsnittstall er imidlertid hensiktsmessig når en ønsker å koble antall årsverk med utførte aktiviteter som har foregått gjennom hele året. Ved beregning av antall opphold per årsverk legges det derfor fortsatt til grunn en gjennomsnittsberegning (se kapittel 12).

Datamaterialet for personell er basert på tellinger av ansatte i heltidsstillinger og stillingsandeler for deltidsansatte ved utgangen av året. Dataene fanger ikke opp endringer i personellsituasjonen i løpet av året, og omfatter heller ikke utførte timeverk knyttet til overtid. Stillingsandeler for deltidsansatte omregnes til heltidsstillinger. Antall årsverk er summen av heltidsstillinger og omregnede deltidsstillinger til heltidsstillinger ved de somatiske sykehus.

Noen sykehus har relativt store endringer i sine personelltall, noe som skaper usikkerhet omkring endringstallene. Dette kan gjelde antall årsverk totalt, men også i forhold til fordeling i personellgrupper. Omorganiseringer internt i sykehusene, har i noen tilfelle medført innføring av nye stillingskoder, som kan gi endringer avgrensingen av administrativt personell i forhold til behandlingspersonell. I tillegg er det noe usikkerhet omkring hvorvidt innleid personell fordeles riktig i forhold til personellgruppene.

For helseregioner og foretaksområder benyttes antall årsverk per 1 000 innbyggere som et mål på geografiske forskjeller i personellinnsats. Korrigeringer for pasientflyt, kjønns- og alderssammensetning foretas på samme måte som beskrevet for sengedata.

Sengedata

I henhold til KOSTRA-rapporteringen registreres antall ordinære senger og antall tekniske[15] senger ved sykehusene. Videre gjøres en tilhørende beregning av antall døgn sengene er tilgjengelige i løpet av året (sengedøgn). Tekniske senger regnes ofte ikke som en del av sengekapasiteten fordi dette kan være senger som benyttes samtidig som pasienten har en seng på ordinær sengepost[16]. Dette gjelder blant annet senger hvor pasienten overvåkes noen timer etter operasjon og lignende. En del pasienter er imidlertid så syke at de må ha intensiv overvåkning i lengre tid. I slike tilfelle vil det ikke alltid være reservert en plass for pasienten på ordinær sengeavdeling. Intensivsenger på neonatalavdeling kommer inn under definisjonen teknisk seng. Denne typen senger skal inngå i sengekapasiteten på vanlig måte, da disse i regelen brukes som senger for syke barn som ikke har en ordinær seng i tillegg. Det vesentlige er altså ikke hvorvidt en seng er definert som ordinær eller teknisk, men i hvilken grad sengene er i bruk for pasienter som ikke har annen seng samtidig. Et annet forhold er en økende bruk av pasienthotell og sykehotell som er viktig å følge opp i forhold til sengeregistrering og liggedagsberegninger.

Definisjoner

Årsverk:

Sum antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte etter stillingsbrøk. Stillinger som utgjør mer enn 100 prosent stilling fast regnes som en heltidsstilling. Det benyttes punkttall per 31. desember gjeldende driftsår. I SAMDATA Somatikk–publikasjonene fra 1998 til 2001 ble det brukt gjennomsnittstall for to siste driftsår ved beregning av årsverk. I seinere år har det på nytt blitt brukt punkttall. Dette gjelder også for årets rapport. Det beregnes fortsatt gjennomsnittstall ved beregninger av indikatorer i kapittel 12(Aktivitet og ressurs-bruk).

Sengedøgn:

Med sengedøgn menes det maksimale antall overnattinger som er mulig innenfor sykehusavdelingens planlagte drift. Ved beregning av antall sengedøgn skal det tas hensyn til redusert kapasitet i ferier, midlertidige stengninger av avdelinger/poster og redusert drift forårsaket av andre forhold i løpet av året.

Effektive senger:

Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året. Dette er en beregnet stør-relse som tar utgangspunkt antall tilgjengelige sengedøgn i løpet av året. Det inne-bærer en korrigering for antall døgn en seng ikke er tilgjengelig. For å beregne effektive senger divideres totalt antall sengedøgn med antall dager i året. Sengedøgn for tekniske senger (for eksempel kuvøser) inngår i sengedøgn når pasienten ikke disponerer annen seng samtidig.

Sengefaktoren:

Sengefaktoren defineres som antall effektive senger per 1 000 innbyggere korrigert for pasientflyt mellom regioner og foretak og befolkningssammensetning. Dette målet brukes for å fremstille geografiske variasjoner i sengekapasitet.

---

[15] Teknisk seng er i KOSTRA-rapporteringen definert som seng med særskilt bemanning og med utstyr til intensiv overvåkning/behandling for innlagte pasienter.

[16)] Hvorvidt en teknisk seng (f.eks. fødeseng, intensivseng, oppvåkningsseng) representerer en kapasitet ved sykehuset er i mange tilfeller en vurderingssak. Dette er fortsatt en potensiell feilkilde i tallmaterialet.

Når sengefaktoren beregnes tas det hensyn til gjestepasientflyt inn og ut av foretaket/helseregionen. Antall liggedager for døgnopphold fra pasientdataene benyttes som grunnlag for korrigeringer for pasientflyt, og følgende antakelse ligger til grunn: Dersom ti prosent av liggedagene ved et gitt sykehus er generert av pasienter fra en bestemt region, forutsettes det at ti prosent av sykehusets effektive senger disponeres av dette fylket.

På foretaksområde- og helseregionnivå korrigeres det også for ulik kjønns- og alderssammensetning i befolkningen når sengefaktoren beregnes. Metoden for dette er beskrevet i vedlegg 4.

Vedlegg 3 Kostnader og finansiering

Datagrunnlag

Regnskapsdata for institusjoner og helseforetak (HF) som er underlagt regionale helseforetak (RHF), samt private institusjoner i spesialisthelsetjenesten, er innsamlet av Statistisk Sentralbyrå (SSB). Private institusjoner rapporterer regnskap på skjema 39 til SSB. SSB og SINTEF Helse har i samarbeid kvalitetskontrollert innsamlede regnskapstall i dialog med RHF-ene, HF-ene og de private institusjonene.

I datagrunnlaget inkluderes den andelen av kostnader ved kommersielle sykehus/klinikker som er offentlig finansiert. Dette beregnes ved å anta at kostnader for den offentlig finansierte delen av virksomheten er lik inntekten som institusjonen mottar fra helseforetakene.

Kontoplan for driftsregnskap fra private institusjoner har ved beregning av kostnader og finansiering blitt konvertert til kontoplan for offentlige helseforetak. Konverteringen har blitt utført av SINTEF Helse.

Som det framgår av definisjonene nedenfor har det ved beregning av de enkelte kostnads- og inntektsbegreper blitt forutsatt at kontoplanen har blitt brukt likt av regnskapsfører ved institusjonene/helseforetakene. Hvis det ved kvalitetskontroll har blitt avdekket avvikende praksis ved føring av regnskap, har de aktuelle størrelser blitt overført til det kontonummer som våre definisjoner forutsetter. Imidlertid kan det være enkelte mindre beløp som ikke står på de kontonummer som våre definisjoner forutsetter. Årsaken til dette kan være at avvikende praksis ikke har blitt avdekket i kontrollen, eller at beløpets størrelse har gjort at korreksjonen ikke har blitt prioritert.

I sammenligning med 2004 benyttes deflator for prisvekst i konsumet av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Deflatoren er på 2,6 prosent. Dette er samme deflator som benyttes av SSB.

Definisjoner

Totale driftskostnader somatisk spesialisthelsetjeneste:

> Totale driftskostnader omfatter kostnader ført under konto 4 – 7 i helseforetakenes kontoplan og de private institusjonenes konverterte kontoplan, med fradrag for av- og nedskrivinger ført under konto 60, kostnader til leie av lokaler ført under konto 630, samt tap ol ført under konto 78.
>
> På nasjonalt nivå beregnes totale driftskostnader som en sum av totale kostnader ved alle helseforetak, avtaleinstitusjoner og private institusjoner. For private institusjoner inkluderes kun kostnader knyttet til kjøp fra helseforetak. Ved beregning av totale driftskostnader på nasjonalt nivå konsolideres helseforetakenes regnskaper ved å ekskludere følgende:
>
> a) Kostnader for kjøp av pasientbehandling i andre helseregioner
>
> b) Kostnader for kjøp av pasientbehandling hos private institusjoner som rapporter regnskap på skjema 39.

Ved beregning av totale driftskostnader på nasjonalt nivå ekskluderes punkt a) og b) ved å ta ut konto 456 og konto 451 i helseforetakenes og avtaleinstitusjonenes kontoplan. Disse to kontoene rendyrkes til kun å inneholde kostnader for kjøp av pasientbehandling i andre regioner (konto 456), og kjøp av pasientbehandling hos private institusjoner som rapporterer på regnskap på skjema 39. Hvilke private institusjoner som regnes som henholdsvis avtaleinstitusjoner for RHF-ene og private uten fast avtale, vil framgå av grunnlagstabell T2a i del IV om grunnlagsdata.

Ved beregning av regionenes kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, summeres totale kostnader for helseforetak og avtaleinstitusjoner per region. Deretter korrigeres det for netto gjestepasientoppgjør mellom regioner (kostnader minus inntekter), samt at regionenes kjøp fra private institusjoner som rapporterer på skjema 39 legges til. Dette medfører at totale gjestepasientkostnader, slik dette defineres i SAMDATA, vil overstige totale gjestepasientinntekter med regionenes kjøp hos private institusjoner som rapporter regnskap på skjema 39.

For 2005 beregnes også totale driftskostnader inkludert kapitalkostnader. Dette gjøres ved å inkludere konto 60, 630 og 78 – se definisjon over. På nasjonalt nivå beregnes også totale driftskostnader (inkludert kapitalkostnader) for private institusjoner som ikke er finansiert av helseforetak.

Finansregnskap, ekstraordinære inntekter og kostnader, årsresultat, samt overføringer og disponeringer ført under kontogruppe 8, er ikke inkludert i begrepet totale driftskostnader.

For somatisk spesialisthelsetjeneste er kostnader som angitt over ført under følgende KOSTRA funksjoner inkludert ved beregning av totale driftskostnader:

- Funksjon 608, transport av helsepersonell
- Funksjon 610, somatiske tjenester - fellesfunksjoner
- Funksjon 615, somatiske tjenester – røntgen/lab
- Funksjon 620, somatiske tjenester - behandling
- Funksjon 625, somatiske tjenester – privatpraktiserende legespesialister med driftsavtale
- Funksjon 630, somatiske tjenester – (re-) habilitering
- Funksjon 670, utadrettede støttefunksjoner
- Funksjon 673, særskilte funksjoner

Lønnskostnader:

Lønnskostnader defineres som sum av alle kostnader, inkludert alle lønnsrefusjoner, ført på underkontoer av konto 5 Lønnskostnad.

Kostnader til varer og tjenester:

Kostnader til varer og tjenester defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer av konto 4 Varekostnad, minus konto 451 og konto 456.

Andre driftskostnader:

Andre driftkostnader defineres som sum av alle kostnader ført på underkontoer under konto 6 og 7, med unntak av konto 60 Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, konto 630 Leie lokaler, og konto 78 Tap ol. Ved inkludering av kapitalkostnader inngår disse i kostnadene.

Innsatsstyrt finansiering (ISF):

Utbetalinger fra staten til RHF-ene med grunnlag i innrapportert behandlingsaktivitet for pasienter hjemmehørende i egen helseregion. Opplysninger om utbetaling til ISF er hentet fra SINTEF Helse PaFi.

Polikliniske refusjoner:

Sum av refusjoner fra Rikstrygdeverket (RTV) ført under konto 322 – poliklinikkinntekter fra RTV og konto 323 –laboratorieinntekter fra RTV, i helseforetakenes kontoplan.

Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra:

Tilskuddet gis til alle helseregionene for å ivareta sitt ansvar for forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra. Tilskuddet er inntektsført på konto 332, 333 og 334 i helseforetakenes kontoplan.

Andre øremerkede driftstilskudd:

For somatisk spesialisthelsetjeneste består dette i hovedsak av nasjonal kreftplan. Øremerkede driftstilskudd er ført under konto 335, 336 og 337 i helseforetakenes kontoplan. For 2005 er det lite omfang av dette, og vi har valgt å la det inngå som RHF'enes basisfinansiering. Øremerkede tilskudd til kreftregisteret og administrasjon av ordningen "behandlingsreiser i utlandet" i Helse Sør vil inngå her.

Pasientbetaling:

Består av konto 324 – egenandelsinntekter innbetalt fra pasienter, samt konto 325 – selvbetalende pasienter.

Salgsinntekter mv.:

Dette består av konto 30 og 31 – salgsinntekter, konto 326 – utskrivingsklare pasienter, konto 329 – andre pasient- og behandlingsrelaterte inntekter, konto 338 – andre pasient-/behandlingsrelaterte offentlige tilskudd, konto 339 – andre pasient-/behandlingsrelaterte tilskudd, konto 34 – offentlig avgift vedrørende omsetning, konto 35 – andre tilskudd/refusjoner, konto 36 – leieinntekter, konto 38 – gevinst ved avgang av anleggsmidler, konto 39 – andre inntekter" Statens direkte finansiering av Glittreklinikken vil inngå her.

Driftskostnader finansiert av RHF – nasjonalt nivå:

Dette vil framkomme som totale driftskostnader som ikke er finansiert av ISF, polikliniske refusjoner, tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra, pasientbetaling og salgsinntekter mv. Det vil si at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftskostnader minus de finansieringpostene som er angitt.

Gjestepasientkostnader:

Dette består av kostnader til kjøp av helsetjenester i andre helseregioner inkludert avtaleinstitusjoner i andre regioner, eller hos private kommersielle og ideelle institusjoner uten fast avtale. Disse kostnadene er ført på konto 456 og 451 i driftsregnskapene ved de regionale helseforetak samt helseforetak/institusjoner. SAMDATA søker å tilrettelegge regnskapsdataene slik at kontoen 456 og 451 kun innholder kjøp av pasientbehandling hos andre helseregioner, samt private

institusjoner (uten fast avtale) som rapporterer regnskap på skjema 39. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger fra helseforetak, samt kontroll av gjestepasientflyt mellom regioner og til private sykehus basert på pasientdata fra Norsk Pasientregister. Kjøp av lab- og røntgentjenester fra private institutter inngår ikke i begrepet gjestepasientkostnader.

Gjestepasientinntekter:

Består av inntekter generert av behandlede pasienter bosatt i andre regioner. Inntektene er ført på konto 321 ved regionale helseforetak og helseforetak/institusjoner. ISF-refusjoner generert av regionens egne pasienter som har blitt behandlet i andre regioner inngår ikke under begrepet gjestepasientinntekter. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger fra helseforetak, og samt kontroll av gjestepasientflyt mellom regioner og til private sykehus basert på pasientdata fra Norsk Pasientregister.

I den grad det har blitt avdekket at helseforetakene/institusjonene har ført internt oppgjør ved kjøp av helsetjenester ved andre helseforetak innen regionen har kostnader/inntekter for dette blitt korrigert ved kvalitetskontroll av datagrunnlag.

Netto gjestepasientoppgjør:

Gjestepasientkostnader minus gjestepasientinntekter. Totale gjestepasientkostnader på nasjonalt nivå, slik dette defineres i SAMDATA, vil overstige totale gjestepasientinntekter med regionenes kjøp hos private institusjoner som rapporter regnskap på skjema 39.

Driftskostnader finansiert av RHF:

Dette vil framkomme som helseregionens totale driftskostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste korrigert for gjestepasientoppgjør, som ikke er finansiert av ISF, polikliniske refusjoner, tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra, pasientbetaling eller andre salgsinntekter mv. Dvs at denne størrelsen residualbestemmes som totale driftskostnader korrigert for gjestepasientoppgjør minus de finansieringspostene som er angitt overfor

Merk at totale driftskostnader på nasjonalt nivå avviker fra totale driftskostnader når utgiftene ved RHF-ene summeres. Dette skyldes i hovedsak problemer knyttet til avgrensing av gjestepasientoppgjør. Problemet er i hovedsak todelt:

a) Avgrensing av kostnader knyttet til kjøp hos private institusjoner som rapporterer regnskap på skjema 39 kontra kostnader knyttet til kjøp hos private institusjoner som ikke rapporterer egne regnskap.

b) Avgrensing av hvilket tjenesteområde (somatisk virksomhet, psykisk helsevern eller rusbehandling) gjestepasientoppgjøret skal tilordnes.

Når totale driftskostnader på nasjonalt nivå avviker fra totale driftskostnader summert over regionene, vil også driftskostnader finansiert av RHF i nasjonale tabeller avvike fra driftskostnader finansiert av RHF i presentert i regionale tabeller.

Vedlegg 4 Datagrunnlag og definisjoner pasientdata

Datagrunnlag for pasientdata og analyser av "sørge-for"-ansvaret

Tabell V4.1 Datagrunnlaget for analyser av bruk av somatiske spesialisthelsetjenester for 2005 i antall opphold. Forskjeller mellom datagrunnlag publisert av SAMDATA Somatikk, Norsk pasientregister og SSB.

	2005	Døgnopphold	Dagbehandling innlagte	Dagbehandling poliklinikk	Polikliniske konsultasjoner
	SAMDATAs tall	**854 581**	**255 811**	**258 328**	**3 458 478**
+	Private avtalespesialister som inngår i ISF			5 432	
	NPRs tall	**854 581**	**255 811**	**252 896**	**3 458 478**
	SSB ekskluderer følgende				
-	Rehab.institusjoner mm[1)]	2 925	1 767	959	7 837
-	Fødestueopphold[2)]	914			
-	Friske nyfødte (DRG 391)	40 772	50		
-	Private sykehus[3)]				4
	Pasientstatistikk SSB	**809 970**	**253 994**	**251 937**	**3 450 637**
-	Ugyldige kommunenummer	10	2	1	61
+	Spesialistpoliklinikk	3 494	270	157	6 315
=	**Pasientstatistikk – kun bosatte i Norge**	**806 466**	**253 722**	**251 779**	**3 444 261**

1) Rehabiliteringsinst og spesialistpoliklinikk: Hallingdal sjukestugu, Rehabiliteringstjenesten i Rogaland, Nevrohjemmet rehabiliteringssenter, Mork rehabiliteringssenter, samt Betanien spesialistpoliklinikk og laboratorium i Hordaland.

2) Fødestuer: Ørland fødestue, Brønnøy fødestue, Steigen fødestue, Fødestua i Midt Troms, Alta helsesenter og Helsesenteret Sonjatun.

3) Konsultasjoner ved private sykehus: Idrettsklinikken AS, Medi 3 Ålesund, Medi 3 Molde.

I likhet med tidligere år beskrives den samlede aktiviteten ved somatiske sykehus i Norge. Den samlede aktiviteten omfatter døgnopphold, dagbehandlinger (for innlagte og på poliklinikk) samt andre polikliniske konsultasjoner.

Sykehuset Østfold og Sykehuset Vestfold er i SAMDATA håndtert som et eller fire sykehus i perioden etter 1998. For en beskrivelse av dette vises det til SAMDATA rapport for 2004 eller tidligere. Det kan forøvrig også bemerkes at sykehusene i Østfold og Vestfold i alle år har vært registrert som fire enheter i ISF fordi de beregningene som lå til grunn for avtalen som

ble laget ved innføringen av ISF hadde tatt utgangspunkt i fire enheter for hvert av disse fylkene.

Fra 2005 rapporterer Sykehuset Østfold pasientdata til Norsk pasientregister som et sykehus. P.g.a. ønsket om sammenlignbarhet er data fra tidligere år også endret og definert på tilsvarende måte. I flere kapitler i denne SAMDATA Somatikk-rapporten refereres det tall fra perioden 1999 til 2005. Når sykehusene i Østfold inngår i disse tallene, er det dermed tatt utgangspunkt i antall opphold for Sykehuset Østfold aggregert til en institusjon. Sykehuset Vestfold rapporterer som fire enheter også i 2005.

Oppholdstyper og omsorgsnivå

SAMDATA Somatikk 2005 beskriver tre nivå av gjensidig utelukkende typer opphold:

1. Døgnopphold: Avsluttede opphold hvor overnatting finner sted på sykehuset eller hvor overnatting er planlagt ved innleggelse (opphold ved heldøgnsavdeling).
2. Dagbehandling: Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagbehandling, innlagte. I SAMDATA Somatikk 2005 er begrepet dagbehandling benyttet som summen av:
   a) Dagbehandling, innlagte: Planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager. Avsluttede behandlingsopphold med 0 liggedager.
   b) Dagbehandling, poliklinikk: Polikliniske konsultasjoner for dagbehandling (dagmedisin og dagkirurgi) med refusjon gjennom ISF. De er skilt ut fra det totale antallet polikliniske konsultasjoner.
3. Andre polikliniske konsultasjoner: Betegner antallet polikliniske konsultasjoner som ikke utløser refusjon fra ISF (kontroller, undersøkelser, enklere behandlinger), men er finansiert gjennom Rikstrygdeverket. Som poliklinisk konsultasjon regnes bare konsultasjoner der pasienten ikke overnatter ved sykehuset, og der det er utløst en gyldig takst.

De definisjonene som er benyttet i SAMDATA Somatikk 2005 varierer noe fra de definisjonene som er brukt i den administrative definisjonskatalogen for somatiske sykehus. I denne katalogen benyttes begrepet dagopphold for å benevne det som her er kalt dagbehandling innlagte.

Denne inndelingen kan illustreres på følgende måte:

Omsorgsnivå		**Behandlingsnivå**		**SAMDATA Somatikk 2005**
INNLEGGELSE	→	Heldøgnsopphold	→	Døgnopphold
	→	Dagbehandling innlagte	→	Dagbehandling
POLIKLINIKK	→	Dagbehandling v/polikl.	→	
	→	*Andre* polikliniske konsultasjoner	→	Andre polikliniske konsultasjoner

Figur V4.1 Definisjon av oppholdstyper i SAMDATA Somatikk 2005.

Døgnopphold som analyseenhet

I Norge, så vel som de fleste andre land, er det vanlig å benytte avdelingsopphold som registreringsenhet. Dette har sammenheng med at pasientens medisinske data er knyttet til oppholdet ved avdelingen som et selvstendig, avsluttet behandlingsopplegg. En innlagt pasient kan ha flere avdelingsopphold. Pasienter som blir overflyttet for eksempel fra kirur-

gisk til medisinsk avdeling før utskriving fra sykehuset, vil bli registrert som to avdelingsopphold med hver sine medisinske data (men som ett døgnopphold). Til hvert avdelingsopphold vil det (vanligvis) være knyttet en hoveddiagnosekode, mens operasjonskode(r) bare skal være knyttet til det avdelingsopphold der operasjonsseansen ble utført.

Spesialisering ved sykehusene finner sted gjennom oppdeling og seksjonering av avdelinger. Ved økt vekt på mindre enheter som økonomisk ansvarlige og som resultatenheter kan det ofte være hensiktsmessig å registrere pasientopphold på hver av disse enhetene. Vi kan spore en utvikling der stadig flere pasienter vil få flere avdelingsopphold ut fra en planlagt pasientflyt mellom sykehusenes avdelinger eller seksjoner.

Konsekvensene av en slik utvikling er at sykehusenes enheter får bedre data til å vurdere sin aktivitet, men at avdelingsopphold blir mindre egnet til sammenligninger mellom sykehus og geografiske områder. Fra og med statistikkåret 1992 har vi derfor benyttet avsluttede sykehusopphold (utskrivinger) som analyseenhet. Hvert opphold knyttes til den avdeling hvor pasienten har den tyngste kostnadsvekten ut fra DRG-systemet. I de tilfeller der kostnadsvektene er like, eller det mangler DRG-opplysninger, legges innleggelsen til den avdelingen som har lengst liggetid. Dette kan ved analyser på avdelingsnivå medføre en underestimering av antallet pasienter behandlet hvis man benytter sykehusopphold som datagrunnlag.

Pasient som analyseenhet

Analyseenhet pasient betyr her samme person ved samme sykehus og ved samme behandlingsnivå. Enheten beregnes ut fra pasientnummeret som følger hver utskriving eller konsultasjon. Pasientnummeret følger pasienten ved hver innleggelse eller polikliniske konsultasjon ved sykehuset. Anonymiseringen er imidlertid forskjellig sykehusene imellom. Dermed vil samme person kunne få et annet nummer ved eventuell innleggelse eller poliklinisk konsultasjon ved et annet sykehus. Ved bruk av pasient som analyseenhet vil vi få et bedre estimat for antall pasienter som får behandling ved sykehus og sannsynligheten for sykehusinnleggelse eller poliklinisk behandling avhengig av bosted.

Medisinske og kirurgiske dagbehandling

Inkluderer dagbehandling for innlagte og dagbehandling ved poliklinikk for både medisinske og kirurgiske DRG-er.

Uttak fra tallgrunnlaget

I tabelldelene sammenlignes regioner og foretaksområder. Det er et mål at tallene vi presenterer skal være mest mulig sammenlignbare. Med bakgrunn i dette tas noen registrerte avdelingsopphold ut fra datamaterialet. Dette er:

- opphold ved psykiatriske avdelinger
- ledsagere
- pasienter som er døde ved ankomst

Datakvaliteten vil avhenge av både kompletthet (lav andel med manglende data) og graden av pålitelighet (riktig registrering) for de enkelte variable. For de administrative variablene (kjønn, alder, bosted, liggedøgn) er registreringene for sykehus med elektronisk databehandling svært god og skal være 100 prosent pålitelig for døgnoppholdene og dagbehandlingene. I 2004 var det 92 opphold registrert i DRG 469 (ubrukbar som utskrivningsdiagnose) og det var bare 44 opphold med DRG 470 (ikke grupperbar på grunn av manglende opplysninger). Dette utgjorde 0,003 prosent av datamaterialet.

Polikliniske konsultasjoner

Ved innhenting av data fra sykehusene blir det også innhentet informasjon om forhold ved det enkelte sykehus som kan ha konsekvenser for registreringspraksis og datakvalitet. Datakontrollen ved inntak består av gyldighetskontroll, og kontroll av svingninger i konsultasjonsfrekvenser over året på institusjons- og avdelingsnivå. Denne kontrollen er i 2005 gjennomført av NPR. Der slike kontroller avdekker feil eller mangler blir det tatt ny kontakt med sykehusene. Der data mangler for hele eller deler av året for en eller flere poliklinikker blir data for vedkommende institusjon vraket, med mindre slike variasjoner skyldes nedleggelse av virksomhet eller oppstart av ny aktivitet.

Videre blir serviceavdelinger – røntgen og laboratorier, samt private og psykiatriske poliklinikker tatt ut. Frem til og med 1997 er disse avdelingene tatt ut på bakgrunn av registrert poliklinikkode. Innføringen av NPR-recorden medførte at feltet for poliklinikkode ble fjernet. I 2005 er de ovennevnte avdelingene tatt ut på avdelingskode når sykehuset selv har dokumentert innholdet på avdelingene. Konsultasjoner på nevnte avdelinger (røntgen og laboratorier) inkluderes hvis det er registrert minimum en gyldig takst i henhold til Rikstrygdeverkets takster for offentlige poliklinikker (undersøkelses- eller tilleggstakst). Kontakter via brev, telefon eller interne konsultasjoner regnes ikke som poliklinisk konsultasjon. Det var i den gamle NIS-recorden egne verdier i feltet konsultasjonstype som indikerte brev- og telefonkontakter. Disse verdiene ble fjernet med innføringen av NPR-recorden. Sykehusene har derimot startet registrering av disse pasientene med en egen verdi på samme felt. Etter vurdering av innholdet og volumet av konsultasjoner med denne verdien, sammenligning med 1997 og dokumentasjon fra sykehusene ble det valgt å ta ut kontakter med denne verdien.

Deretter kontrolleres det at den enkelte konsultasjon inneholder minimum en gyldig takst i henhold til Rikstrygdeverkets takster for offentlige poliklinikker. Konsultasjoner som ikke inneholder en gyldig takstkode ekskluderes. Registreringspraksis varierer institusjonene imellom, og ved mange av sykehusene registreres for lokale formål også virksomhet ved poliklinikkene som ikke utløser honorartakster fra Rikstrygdeverket (RTV). Det kan f.eks. dreie seg om sårskift eller andre tjenester som ikke utføres av leger. Dette er ikke inkludert i vårt materiale.

Definisjoner

Avdelingsopphold:

> Dataenhet for innlagte pasienter utskrevet fra avdeling i 2004 (men pasienten kan være innskrevet før 2004). Et *døgnopphold* kan bestå av ett eller flere påfølgende avdelingsopphold.

Dagbehandling:

> Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagbehandling. I SAMDATA Somatikk 2004 er begrepet dagbehandling benyttet som summen av:
>
> a) *Dagbehandling, innlagte*: Planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager.
>
> b) *Dagbehandling, poliklinikk:* Polikliniske konsultasjoner for dagbehandling (dagmedisin og dagkirurgi) med refusjon gjennom Innsatsstyrt finansiering (ISF). Disse behandlingene er skilt ut fra det totale antallet polikliniske konsultasjoner.

Døgnopphold:

Døgnopphold vil i vår sammenheng være definert som *opphold ved heldøgnsavdeling.* Inklusive opphold der utskrivningsdato er lik innskrivningsdato (0 liggedøgn) dersom oppholdet er kodet med oppholdstype 01 ”Heldøgnsopphold”.

Dataenhet fra sykehusene er avdelings- eller postopphold, men dersom pasienten har to eller flere sammenhengende avdelings- eller postopphold før utskriving fra sykehuset slås disse sammen til en heldøgnsinnleggelse. Liggetiden blir definert som utskrivingsdato minus innskrivingsdato. Dersom pasienten er registrert med ulike medisinske data for hvert av avdelings- eller postoppholdene blir pasienten først gruppert i ulike DRG-er. Heldøgnsoppholdet kategoriseres deretter i den DRG-en som hadde den mest kostnadskrevende behandlingen. Dersom det er lik kostnadsvekt eller manglende DRG ved avdelings- eller postoppholdene legges oppholdet til den avdelingen eller posten der pasienten hadde lengst liggetid.

Foretaksområde:

Det geografiske området (kommuner) hvor helseforetaket har ”sørge-for” ansvaret.

Liggedager og liggetider:

Vi har valgt å benytte den liggetidsdefinisjonen som setter antall liggedager for den enkelte pasient lik *utskrivingsdato minus innskrivingsdato, dog minst 1*. Innskrivningsdato settes ikke tidligere enn 1. januar året før utskrivningstidspunktet. Opphold med 0 liggedøgn kodes om til 1 liggedager, og opphold med over 365 liggedager regnes om til 365 liggedøgn.

De sykehusopphold som er med i årets beregninger *er de som er utskrevet fra sykehuset i 2005*. Pasienter som er innskrevet i 2005, men ikke utskrevet ved årets slutt i 2005, inkluderes <u>ikke</u> i våre beregninger. Kun avdelingsopphold avsluttet i 2005 er dermed inkludert.

Gjennomsnittlig liggetid: Sum liggedager totalt for alle sykehusopphold dividert med antall sykehusopphold. Opphold hvor utskrivningsdato er lik innleggelsesdato kodes om til én liggedag og opphold med over 365 liggedager omkodes til 365 liggedager.

Reinnleggelser:

En *reinnleggelse* defineres som en ny innleggelse *for øyeblikkelig hjelp* innen 30 eller 60 dager etter tidligere utskrivning *ved samme sykehus*. Beregnes vanligvis bare for døgnopphold.

Samlet antall opphold:

Summen av døgnopphold og dagbehandling (dagbehandling innlagt) + dagbehandling på poliklinikk (dagbehandling på poliklinikk som utløser ISF-takst).

Bruk av foretaksområder ved analyser av "sørge-for" ansvaret

I årets rapport presenterer vi analyser av regionenes ”sørge for”- ansvar med utgangspunkt i foretakenes opptaksområder. Oversikten i tabell v4.3 viser norske kommuner gruppert sammen i foretaksområder. Tabellen gir også en oversikt over hvilke somatiske sykehus og helseforetak som befinner seg innenfor de enkelte områdene.

Helse Øst RHF gjorde i 2004 endringer i helseforetakenes opptaksområder. For å kunne dele inn befolkningen relatert til sykehusenes opptaksområder i Oslo-regionen er det fra 2004 nødvendig å kjenne til pasientens kommunenummer og bydelskode i Oslo. I pasientdata fra NPR er det ikke tilfredsstillende kvalitet på registreringene av hvilken bydel pasientene kommer fra, noe som medfører at vi ikke kan relatere aktiviteten til de nye opptaksområder. I årets rapport har vi derfor laget et hovedstadsområde som inkluderer befolkningen i disse kommuner og bydeler, men hvor det ikke skilles mellom Akershus universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus og avtaleinstitusjoner i Helse Øst. Inntil registreringen av bydelstilhørighet blir bedre i pasientdata vil denne inndelingen være mest hensiktsmessig.

Befolkningstall er angitt i parentes under hvert helseforetaksområde. Oversikten baseres på institusjoner som inngår i pasientdata fra institusjoner i spesialisthelsetjenesten for 2004. Øvrige institusjoner som inngår i pasientdata – men ikke har egne foretaksområder er vist i tabell v4.2.

Tabell V4.2 Øvrige institusjoner: Foretak uten egne foretaksområder

Region	Foretak	Institusjon/organisasjon
Helse Øst RHF	Sunnaas sykehus HF	Sunnaas sykehus Drøbak rehabiliteringssenter
	Helse Øst RHF	Revmatismesykehuset Martina Hansen hospital Diakonhjemmet sykehus Lovisenberg Diakonale sykehus
Helse Sør RHF	Rikshospitalet / Radiumhospitalet HF	Det norske radiumhospital
		Rikshospitalet Hjertesentret i Oslo Spesialsykehuset for rehabilitering, Kysthospitalet Spesialsykehuset for rehabilitering, Kongsgård sykehus Spesialistsykehuset for epilepsi Rikshospitalets barnenevrologiske seksjon Geilomo barnesykehus Voksentoppen senter for allergi og astma
	Helse Sør RHF	Betanien hospital
Helse Vest RHF	Helse Vest RHF	Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus Haraldsplass Diakonale Sykehus Hospitalet Betanien
Private inst.	Private ideelle utenfor RHF	Glittreklinikken Feiringklinikken
	Private kommersielle utenfor RHF	Medi 3, Molde Medi 3, Ålesund Volvat Medisinske Senter Axcess Sykehus og Spesialistklinikk Omnia Sykehuset Drammen Private Sykehus

Region	Foretak	Institusjon/organisasjon
		Ringvollklinikken Colosseumklinikken Oslo Klinikk Stokkan, Trondheim Klinikk Stokkan, Tromsø Mjøs-Kirugene Colosseumklinikken, Stavanger Moxness Klinikken Vestfjordklinikken Bergen Kirurgiske Sykehus Idrettsklinikken Norsk Idrettsmedisinsk institutt Haugesund private sykehus Trondheim Spesialistlegesenter
Private spes.		
	David Simonsen Kjell Sandvig Willy Pettersen Michael Strand Ole J. Aarsrud Morten Andersen Trond Valle Tor W. Søderstrøm Jan Askvik Tor Arne Stenrud Einar Christiansen Magne Tvinnereim Atle Kristian Søreide Trond Evensen Stein Helge Glad Nordahl Øyvind Jensen Torgeir Sunde Sverre Dølvik Harald Miljeteig Kjell G. Gundersen Øystein Mjanger Arve Gustavsen Olav-Øistein Nerheim	

Tabell V4.3 Oversikt over bostedsområder og foretaksområder etter region og kommune i 2005.

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Øst RHF	0101 Halden	Østfold HF-område (259 719)	Sykehuset Østfold HF ▪ Sykehuset Østfold, Halden ▪ Sykehuset Østfold, Askim ▪ Sykehuset Østfold, Moss ▪ Sykehuset Østfold, Fredrikstad
	0118 Aremark		
	0105 Sarpsborg		
	0128 Rakkestad		
	0106 Fredrikstad		
	0111 Hvaler		
	0104 Moss		
	0135 Råde		
	0136 Rygge		
	0137 Våler		
	0119 Marker		
	0122 Trøgstad		
	0123 Spydeberg		
	0124 Askim		
	0125 Eidsberg		
	0127 Skiptvet		
	0138 Hobøl		
	0219 Bærum	Asker og Bærum HF-område (157 412)	Sykehuset Asker og Bærum HF ▪ Sykehuset Asker og Bærum
	0220 Asker		
	0121 Rømskog	Hovedstads HF-område (864 772)	Akershus universitetssykehus HF ▪ Akershus Universitetssykehus ▪ Lillestrøm sykehus ▪ Stensby sykehus Ullevål universitetssykehus HF ▪ Ullevål universitetssykehus Aker universitetssykehus HF ▪ Aker universitetssykehus ▪ Ski sykehus
	0221 Aurskog-Høland		
	0226 Sørum		
	0227 Fet		
	0228 Rælingen		
	0229 Enebakk		
	0230 Lørenskog		
	0231 Skedsmo		
	0233 Nittedal		
	0234 Gjerdrum		
	0235 Ullensaker		
	0237 Eidsvoll		
	0238 Nannestad		
	0239 Hurdal		
	0211 Vestby		
	0213 Ski		
	0214 Ås		
	0215 Frogn		
	0216 Nesodden		
	0217 Oppegård		
	0301 Oslo		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Øst RHF	0229 Nes	Innlandet HF-område (389 737)	Sykehuset Innlandet HF ▪ Sykehuset Innlandet, Lillehammer ▪ Sykehuset Innlandet, Gjøvik ▪ Sykehuset Innlandet Elverum /Hamar ▪ Sykehuset Innlandet, Kongsvinger ▪ Sykehuset Innlandet, Tynset ▪ Granheim lungesenter ▪ Valdres fødestogo ▪ Lom helseheim fødestuen ▪ Solås rehabiliteringssenter ▪ Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen
	0402 Kongsvinger		
	0418 Nord-Odal		
	0419 Sør-Odal		
	0420 Eidskog		
	0423 Grue		
	0425 Åsnes		
	0403 Hamar		
	0412 Ringsaker		
	0415 Løten		
	0417 Stange		
	0426 Våler		
	0427 Elverum		
	0428 Trysil		
	0429 Åmot		
	0434 Engerdal		
	0430 Stor-Elvdal		
	0432 Rendalen		
	0436 Tolga		
	0437 Tynset		
	0438 Alvdal		
	0439 Tolldal		
	0441 Os		
	0501 Lillehammer		
	0521 Øyer		
	0522 Gausdal		
	0511 Dovre		
	0512 Lesja		
	0513 Skjåk		
	0514 Lom		
	0515 Vågå		
	0516 Nord-Fron		
	0517 Sel		
	0519 Sør-Fron		
	0520 Ringebu		
	0502 Gjøvik		
	0528 Østre Toten		
	0529 Vestre Toten		
	0532 Jevnaker		
	0533 Lunner		
	0534 Gran		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Øst RHF	0536 Søndre Land	Forts. Innlandet HF-område	Forts. Sykehuset Innlandet HF ▪ Sykehuset Innlandet, Lillehammer ▪ Sykehuset Innlandet, Gjøvik ▪ Sykehuset Innlandet Elverum /Hamar ▪ Sykehuset Innlandet, Kongsvinger ▪ Sykehuset Innlandet, Tynset ▪ Granheim lungesenter ▪ Valdres fødestogo ▪ Lom helseheim fødestuen ▪ Solås rehabiliteringssenter ▪ Barnehabiliteringstjenesten Sangenhagen
	0538 Nordre Land		
	0540 Sør-Aurdal		
	0541 Etnedal		
	0542 Nord-Aurdal		
	0543 Vestre Slidre		
	0544 Øystre Slidre		
	0545 Vang		
Helse Sør RHF	0605 Ringerike	Ringerike HF-område (55 666)	Ringerike sykehus HF ▪ Ringerike sykehus ▪ Hallingdal sjukestugu
	0612 Hole		
	0615 Flå		
	0616 Nes		
	0617 Gol		
	0618 Hemsedal		
	0619 Ål		
	0620 Hol		
	0622 Krødsherad		
	0602 Drammen	Buskerud HF-område (140 378)	Sykehuset Buskerud HF ▪ Sykehuset Buskerud
	0623 Modum		
	0625 Nedre Eiker		
	0626 Lier		
	0627 Røyken		
	0628 Hurum		
	0604 Kongsberg	Blefjell HF-område (97 128)	Blefjell sykehus HF ▪ Blefjell sykehus, Kongsberg ▪ Blefjell sykehus, Notodden ▪ Blefjell sykehus, Rjukan ▪ Tinn fødestue
	0621 Sigdal		
	0624 Øvre Eiker		
	0631 Flesberg		
	0632 Rollag		
	0633 Nore og Ulvdal		
	0807 Notodden		
	0819 Nome		
	0821 Bø		
	0822 Sauherad		
	0827 Hjartdal		
	0828 Seljord		
	0829 Kviteseid		
	0826 Tinn		
	0833 Tokke		
	0834 Vinje		
	0701 Borre	Vestfold HF-område (222 104)	Sykehuset i Vestfold HF
	0711 Svelvik		
	0713 Sande		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Sør RHF	0702 Holmestrand	Forts. Vestfold HF-område	Forts. Sykehuset i Vestfold HF ▪ Sykehuset i Vestfold, Horten ▪ Sykehuset i Vestfold, Larvik ▪ Sykehuset i Vestfold, Sandefjord ▪ Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
	0704 Tønsberg		
	0714 Hof		
	0716 Re		
	0719 Andebu		
	0720 Stokke		
	0722 Nøtterøy		
	0723 Tjøme		
	0706 Sandefjord		
	0709 Larvik		
	0728 Lardal		
	0805 Porsgrunn	Telemark HF –område (118 193)	Sykehuset Telemark HF ▪ Sykehuset Telemark ▪ Betanien Hospital ▪ Sykehuset Telemark ▪ Sykehuset Telemark, Kragerø
	0806 Skien		
	0811 Siljan		
	0814 Bamble		
	0815 Kragerø		
	0817 Drangedal		
	0830 Nissedal		
	0831 Fyresdal		
	0901 Risør	Sørlandet HF-område (266 401)	Sørlandet sykehus HF ▪ Sørlandet sykehus, Mandal ▪ Sørlandet sykehus, Lister ▪ Sørlandet sykehus Arendal ▪ Sørlandet sykehus, Kristiansand
	0904 Grimstad		
	0906 Arendal		
	0911 Gjerstad		
	0912 Vegårdhei		
	0914 Tvedestrand		
	0919 Froland		
	0926 Lillesand		
	0928 Birkenes		
	0929 Åmli		
	0935 Iveland		
	0937 Evje og Hornnes		
	0938 Bygland		
	0940 Valle		
	0941 Bykle		
	1001 Kristiansand		
	1002 Mandal		
	1014 Vennesla		
	1017 Sogndalen		
	1018 Søgne		
	1021 Marnardal		
	1026 Åseral		
	1027 Audnedal		
	1029 Lindesnes		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Sør RHF	1003 Farsund	Forts. Sørlandet HF-område	Forts. Sørlandet sh HF ▪ Sørlandet sykehus, Mandal ▪ Sørlandet sykehus, Lister ▪ Sørlandet sykehus Arendal ▪ Sørkandet sykehus, Kristiansand
	1004 Flekkefjord		
	1032 Lyngdal		
	1034 Hægebostad		
	1037 Kvinesdal		
	1046 Sirdal		
Helse Vest RHF	1102 Sandnes	Stavanger HF-område (300 829)	Helse Stavanger HF ▪ Stavanger universitetssjukehus ▪ Rehabiliteringstjenesten Rogaland
	1103 Stavanger		
	1111 Sokndal		
	1112 Lund		
	1122 Gjesdal		
	1124 Sola		
	1127 Randaberg		
	1129 Forsand		
	1130 Strand		
	1133 Hjelmeland		
	1141 Finnøy		
	1142 Rennesøy		
	1144 Kvitsøy		
	1101 Eigersund		
	1114 Bjerkreim		
	1119 Hå		
	1120 Klepp		
	1121 Time		
	1106 Haugesund	Fonna HF-område (164 319)	Helse Fonna HF ▪ Haugesund sjukehus ▪ Stord sjukehus ▪ Odda sjukehus
	1145 Bokn		
	1146 Tysvær		
	1149 Karmøy		
	1151 Utsira		
	1154 Vindafjord		
	1159 Ølen		
	1211 Etne		
	1216 Sveio		
	1134 Suldal		
	1135 Sauda		
	1219 Bømlo		
	1221 Stord		
	1222 Fitjar		
	1223 Tysnes		
	1224 Kvinnherad		
	1227 Jondal		
	1228 Odda		
	1231 Ullensvang		
	1232 Eidfjord		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Vest RHF	1201 Bergen	Haukeland HF-område (385 057)	Helse Bergen HF ▪ Haukeland universitetssykehus ▪ Kysthospitalet i Hagevik ▪ Voss sjukehus ▪ Nordåstunet
	1241 Fusa		
	1242 Samnanger		
	1243 Os		
	1244 Austevoll		
	1245 Sund		
	1246 Fjell		
	1247 Askøy		
	1253 Osterøy		
	1259 Øygarden		
	1256 Meland		
	1260 Radøy		
	1263 Lindås		
	1264 Austrheim		
	1265 Fedje		
	1266 Masfjorden		
	1233 Ulvik		
	1234 Granvin		
	1235 Voss		
	1238 Kvam		
	1251 Vaksdal		
	1252 Modalen		
	1419 Leikanger	Førde HF-område (106 650)	Helse Førde HF ▪ Førde sentralsjukehus ▪ Førde sentralsjukehus, Florø ▪ Lærdal sjukehus ▪ Nordfjord sjukehus
	1420 Sogndal		
	1421 Aurland		
	1422 Lærdal		
	1424 Årdal		
	1426 Luster		
	1401 Flora		
	1411 Gulen		
	1412 Solund		
	1413 Hyllestad		
	1416 Høyanger		
	1417 Vik		
	1418 Balestrand		
	1428 Askvoll		
	1429 Fjaler		
	1430 Gaular		
	1431 Jølster		
	1432 Førde		
	1433 Naustdal		
	1438 Bremanger		
	1445 Gloppen		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Vest RHF	1439 Vågsøy	Forts. Førde HF-område	Forts. Helse Førde HF ▪ Førde sentralsjukehus ▪ Førde sentralsjukehus, Florø ▪ Lærdal sjukehus ▪ Nordfjord sjukehus
	1441 Selje		
	1443 Eid		
	1444 Hornindal		
	1449 Stryn		
Helse Midt-Norge RHF	1511 Vanylven	Sunnmøre HF-område (128 606)	Helse Sunnmøre HF ▪ Ålesund sjukehus ▪ Volda sjukehus ▪ Nevrohjemmet rehabiliteringssenter ▪ Mork rehabiliteringssenter
	1514 Sande		
	1515 Herøy		
	1516 Ulstein		
	1519 Volda		
	1520 Ørsta		
	1504 Ålesund		
	1517 Hareid		
	1523 Ørskog		
	1524 Norddal		
	1525 Stranda		
	1526 Stordal		
	1528 Sykkylven		
	1529 Skodje		
	1531 Sula		
	1532 Giske		
	1534 Haram		
	1502 Molde	Nordmøre HF-område (114 284)	Helse Nordmøre og Romsdal HF ▪ Molde sjukehus ▪ Kristiansund sykehus
	1535 Vestnes		
	1539 Rauma		
	1543 Nesset		
	1545 Midsund		
	1546 Sandøy		
	1547 Aukra		
	1548 Fræna		
	1551 Eide		
	1557 Gjemnes		
	1563 Sunndal		
	1503 Kristiansund		
	1554 Averøy		
	1556 Frei		
	1560 Tingvoll		
	1566 Surnadal		
	1569 Aure		
	1571 Halsa		
	1572 Tustna		
	1573 Smøla		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Midt-Norge RHF	1567 Rindal	St. Olavs hosp. HF-område (276 432)	St Olavs Hospital HF ▪ St. Olavs Hospital ▪ Orkdal sanitetsforenings sjukehus ▪ Ørland helsesenter
	1636 Meldal		
	1638 Orkdal		
	1657 Skaun		
	1612 Hemne		
	1613 Snillfjord		
	1617 Hitra		
	1620 Frøya		
	1622 Agdenes		
	1630 Åfjord		
	1632 Roan		
	1634 Oppdal		
	1635 Rennebu		
	1601 Trondheim		
	1653 Melhus		
	1662 Klæbu		
	1663 Malvik		
	1621 Ørland		
	1624 Rissa		
	1627 Bjugn		
	1640 Røros		
	1644 Holtålen		
	1648 Midtre Gauldal		
	1664 Selbu		
	1665 Tydal		
	1711 Meråker	Nord-Trøndelag HF-område (129 753)	Helse Nord Trøndelag HF ▪ Sykehuset Namsos ▪ Sykehuset Levanger
	1714 Stjørdal		
	1717 Frosta		
	1718 Leksvik		
	1719 Levanger		
	1721 Verdal		
	1723 Mosvik		
	1729 Inderøy		
	1702 Steinkjer		
	1736 Snåsa		
	1633 Osen		
	1703 Namsos		
	1724 Verran		
	1725 Namdalseid		
	1743 Høylandet		
	1744 Overhalla		
	1748 Fosnes		
	1749 Flatanger		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Midt-Norge RHF	1738 Lierne	Nord-Trøndelag HF-område	Helse Nord Trøndelag HF ▪ Sykehuset Namsos ▪ Sykehuset Levanger
	1739 Røyrvik		
	1740 Namsskogan		
	1742 Grong		
	1750 Vikna		
	1751 Nærøy		
	1755 Leka		
Helse Nord RHF	1811 Bindal	Helgeland HF-område (77 824)	Helgelandssykehuset HF ▪ Helgelandssykehuset, Sandnessjøen ▪ Helgelandssykehuset, Mosjøen ▪ Helgelandssykehuset, Rana ▪ Brønnøysund fødestue ▪ Sømna rehabilitering
	1812 Sømna		
	1813 Brønnøy		
	1815 Vega		
	1816 Vevelstad		
	1818 Herøy		
	1820 Alstahaug		
	1822 Leirfjord		
	1827 Dønna		
	1834 Lurøy		
	1835 Træna		
	1824 Vefsn		
	1825 Grane		
	1826 Hattfjelldal		
	1828 Nesna		
	1832 Hemnes		
	1833 Rana		
	1836 Rødøy		
	1804 Bodø	Nordland HF-omr (97 955)	Nordlandssykehuset HF ▪ Nordlandsykehuset, Bodø ▪ Nordlandsykehuset, Lofoten ▪ Steigen fødestue
	1837 Meløy		
	1838 Gildeskål		
	1839 Beiarn		
	1840 Saltdal		
	1841 Fauske		
	1842 Skjerstad		
	1845 Sørfold		
	1848 Steigen		
	1856 Røst		
	1857 Værøy		
	1859 Flakstad		
	1860 Vestvågøy		
	1865 Vågan		
	1874 Moskenes		
	1805 Narvik	Hålogaland HF-område (96 401)	Hålogalandssykehuset HF ▪ Hålogalandssykehuset, Narvik ▪ Hålogalandssykehuset, Harstad ▪ Hålogalandssykehuset, Stokmarknes ▪ Andøy fødestue
	1849 Hamarøy		
	1850 Tysfjord		
	1853 Evenes		
	1854 Ballangen		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Nord RHF	1919 Gratangen	Forts. Hålogaland HF-område	Forts. Hålogalandssykehuset HF ▪ Hålogalandssykehuset, Narvik ▪ Hålogalandssykehuset, Harstad ▪ Hålogalandssykehuset, Stokmarknes ▪ Andøy fødestue
	1920 Lavangen		
	1923 Salangen		
	1866 Hadsel		
	1867 Bø		
	1868 Øksnes		
	1870 Sortland		
	1871 Andøy		
	1851 Lødingen		
	1852 Tjeldsund		
	1901 Harstad		
	1911 Kvæfjord		
	1913 Skånland		
	1915 Bjarkøy		
	1917 Ibestad		
	1926 Dyrøy		
	1927 Tranøy		
	1928 Torsken		
	1929 Berg		
	1902 Tromsø	UNN HF-område (117 662)	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF ▪ Universitetssykehuset i Nord-Norge ▪ Fødestua Midt-Troms ▪ Helsesenteret Sonjatun
	1922 Bardu		
	1924 Målselv		
	1925 Sørreisa		
	1931 Lenvik		
	1933 Balsfjord		
	1936 Karlsøy		
	1938 Lyngen		
	1939 Storfjord		
	1940 Kåfjord		
	1941 Skjervøy		
	1942 Nordreisa		
	1943 Kvænangen		
	2004 Hammerfest	Finnmark HF-område (72 937)	Helse Finnmark HF ▪ Helse Finnmark, Hammerfest ▪ Helse Finnmark, Kirkenes ▪ Nordkapp helsesenter ▪ Alta helsesenter
	2011 Kautokeino		
	2012 Alta		
	2014 Loppa		
	2015 Hasvik		
	2017 Kvalsund		
	2018 Måsøy		
	2019 Nordkapp		
	2020 Porsanger		
	2021 Karasjok		
	2022 Lebesby		

Region	Kommune	Foretaksområde	Helseforetak og institusjoner
Helse Nord RHF	2002 Vardø	Forts. Finnmark HF-område	Forts. Helse Finnmark HF ▪ Helse Finnmark, Hammerfest ▪ Helse Finnmark, Kirkenes ▪ Nordkapp helsesenter ▪ Alta helsesenter
	2003 Vadsø		
	2023 Gamvik		
	2024 Berlevåg		
	2025 Tana		
	2027 Nesseby		
	2028 Båtsfjord		
	2030 Sør-Varanger		

Folketallet i Norge per 01.01.2006

Helseregion	Folketall
Helseregion Øst	1 671 640
Helseregion Sør	899 870
Helseregion Vest	956 855
Helseregion Midt-Norge	649 075
Helseregion Nord	462 779
Totalt	4 640 219

Kjønns- og aldersstandardisering av rater for bruk av sykehustjenester

I beskrivelsene av befolkningens bruk av sykehustjenester relateres innleggelsene til befolkningens størrelse og sammensetning ved å benytte rater (oftest per 1 000 innbyggere). *Raten* er antall innleggelser dividert med det korresponderende antall innbyggere i den populasjon pasientene kommer fra (fylke, kommune eller bostedsområde).

Bruken av sykehustjenestene varierer med kjønn og alder. Når en for eksempel studerer antallet heldøgnsinnleggelser i et område er det vanlig å ta hensyn til befolkningssammensetningen. En slik kjønns- og aldersstandardisering blir her foretatt ved en femdeling av aldersgruppene for begge kjønn. Vi beregner først rater for hver kjønns- og aldersgruppe (i) i hvert område (K). Denne raten blir deretter vektet med den andel av befolkningen denne gruppen utgjør i landet som helhet. Til slutt summeres alle kjønns- og aldersgrupper.

Vi gjør oppmerksom på at den kjønns- og aldersstandardiseringen som er benyttet i årets rapport ikke tilsvarer den forventede raten som tidligere er benyttet i SAMDATA-rapportene før 1999. I motsetning til den tidligere benyttede *indirekte* standardiseringen (forventet antall sykehusopphold og indeks mellom forventet og faktisk antall sykehusopphold) blir kjønns- og aldersstandardiseringen nå foretatt direkte.

Kjønns- og aldersstandardiseringen av ratene beregnes ved:

La S_{iK} = Antall sykehusinnleggelser (evt. dagbehandling eller polikl. konsultasjoner) i kjønns- og aldersgruppe i; i=1,2....10, for område K

N_{iK} = Antall innbyggere i kjønns- og aldersgruppe i; i=1,2....10, for område K

N_i = Antall innbyggere i kjønns- og aldersgruppe i for hele Norge, i; i=1,2...10

N = Antall innbyggere i Norge totalt

SR_K = Kjønns- og aldersstandardisert rate i for område K

$$SR_K = \sum_{i=1}^{10} \left[\left(\frac{S_{iK}}{N_{ik}} \right) \left(\frac{N_i}{N} \right) \right] 1000$$

Da er den standardiserte raten per 1 000 innbyggere for område K lik.

For både menn og kvinner skilles det mellom aldersgruppene 0-15 år, 16-49 år, 50-66 år, 67-79 år og 80 år eller mer.

Tabell V4.4 Døgnopphold, dagbehandlinger, og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere etter kjønn og alder 2005.

Alders-gruppe	Gruppenes prosent-andel av befolkningen		Rate heldøgns-innleggelser[17]		Rate dag-behandling[18]		Rate polikliniske konsultasjoner[19]	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
0-15 år	10,7	10,2	139	122	33	24	488	416
16-49 år	23,5	22,8	87	158	61	88	461	829
50-66 år	10,0	9,8	208	185	168	172	872	963
67-79 år	3,8	4,6	442	351	328	234	1 476	1 268
80 år og over	1,6	3,1	718	547	427	227	1 464	1 122
Totalt	49,6	50,4	171	197	108	113	660	829

17 Antall døgnopphold per 1000 innbyggere i aldersgruppene for hvert kjønn. Eksklusive opphold for utlendinger og personer uten gyldig bostedsregistrering.

18 Antall dagbehandlinger (dagbehandling innlagte pluss dagbehandling på poliklinikk) per 1000 innbyggere i aldersgruppene for hvert kjønn. Eksklusive opphold for utlendinger og personer uten gyldig bostedsregistrering.

19 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere i aldersgruppene for hvert kjønn. Eksklusive dagmedisin og dagkirurgi utført ved poliklinikkene (dette inngår i dagbehandlingene). Opphold for utlendinger og personer uten gyldig bostedsregistrering er også holdt utenfor.

Litteraturliste

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten
2005 Årsrapport

Forskrift 2000-12-01-1208
2000 Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemd. Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskrift 2000-12-01-1555
2000 Forskrift for opptreningsinstitusjoner. Sosialdepartementet.

Heggestad, Torhild og Solfrid E Lilleeng
1995 Reinnleggelser. I SAMDATA Sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994 (Red Kjell Solstad og Stein Ø. Petersen). NIS-rapport 3/95. Kommuneforlaget.

Heggestad, Torhild
1996 Reinnleggelser. I SAMDATA Sykehus. Sammenligningsdata for somatiske fylkeshelsetjeneste 1995 (Red. Ola Kindseth og Kjell Solstad). NIS-rapport 5/96.

Heggestad, Torhild
1997 Reinnleggelser. I SAMDATA Sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1996) (Red. Birgitte Kalseth, Kjell Solstad, Lars Rønningen). NIS-rapport 6/97.

Helsedepartementet
2003: Ot.prp. 63 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.

Helsedepartementet
2002: Innsatsstyrt finansiering 2002 med prisliste ISF.

Helse- og omsorgsdepartementet
2004-2005 St.prp nr 1 for budsjetteriminen 2005.

Helse- og omsorgsdepartementet
2005-2006 St.prp nr 1 for budsjetteriminen 2006.

Helse Nord
2005 Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord. Rapport fra prosjektgruppe.

Helse Øst
2006 Utvikling av rehabiliteringstjenesten i Helse Øst (URT).

http://www.npr.no/ven.asp
Ventelistedata NPR. SINTEF Helse.

Huseby B.
2002 Aktivitetsutviklingen ved somatiske sykehus 1996-2001: økt aktivitet, men flere reinnleggelser. I Helseregionenes utfordringer. (Red. Beate M. Huseby). SAMDATA Rapport 3/02.

Huseby B (red)
2004 SAMDATA Somatikk 1/04. Rapport STF78 A045015. Trondheim: SINTEF Helse.

Huseby B
2005 Sykehusbruk blant eldre i Skandinavia i 2002. Rapport STF78 A055015. Trondheim: SINTEF Helse

Johansen og Krokan
2006 Opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra, attføringsinstitusjoner: Nasjonal rapport 2005. Rapport nr A90. SINTEF Helse.

Jørgenvåg, R. B. Paulsen og J. Magnussen
2000 Privata spesialister og offentlig helsevesen. –pasientsammensetning, virksomhetsinnhold og kostnader i privat praksis og på poliklinikker i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal innen spesialitetene indremedisin, øre, nese og hals og øye. Revidert utgave. Rapport STF78 A00506. SINTEF Unimed.

Jørgenvåg R og L E Kjekshus
2004 Private avtalespesialister i Helse Øst RHF. Kapasitet, virksomhetsinnhold og rolle i behandlingskjeden.

Jørgenvåg, R (red)
2005 SAMDATA somatikk 1/05. Trondheim: SINTEF Helse.

Jørgenvåg, R. og H. Jensberg
2006 Befolkningens bruk av sykehustjenester – opphold eller pasient som enhet? Rapport nr a141. SINTEF Helse.

Kalseth, B
2005 Aktivitetsvekst og prioritering. I SAMDATA somatikk sektorrapport 2004 (red. Jørgenvåg, R). Side 119-144. Rapport 1/05 Sintef Helse.

Kopjar B., B. Guldvog og K. Hay
1999 Reinnleggelser som kvalitetsindikator?: en analyse av reinnleggelser i norske sykehus. HELTEF rapport nr 1 1999. Stiftelse for Helsetjenesteforskning.

Lov 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasientrettigheter
1999 Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999. Helse- og omsorgsdepartementet.

Petersen S. Ø
2004 Endring i DRG-indeks 2001-2003. Rapport STF78 A045803, SINTEF Helse.

Petersen S. Ø.
2005 Hva kan forklare lav DRG-indeks i Helse Vest. Rapport STF78 A055806, SINTEF Helse.

Sosial og helsedepartementet
1998 NOU 1998:9 Hvis det haster… Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.