



SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07



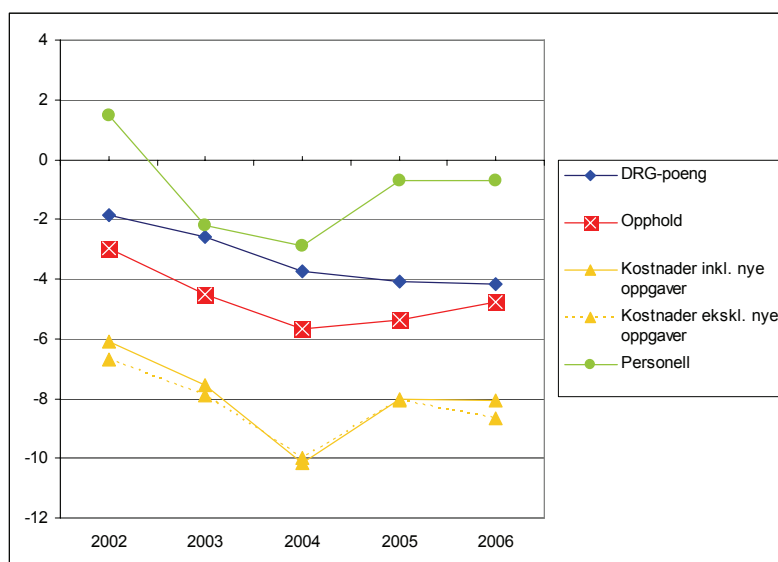
Vedlegg til kapittel 2: Regional utvikling 2002-2006

Aktivitet og ressursinnsats

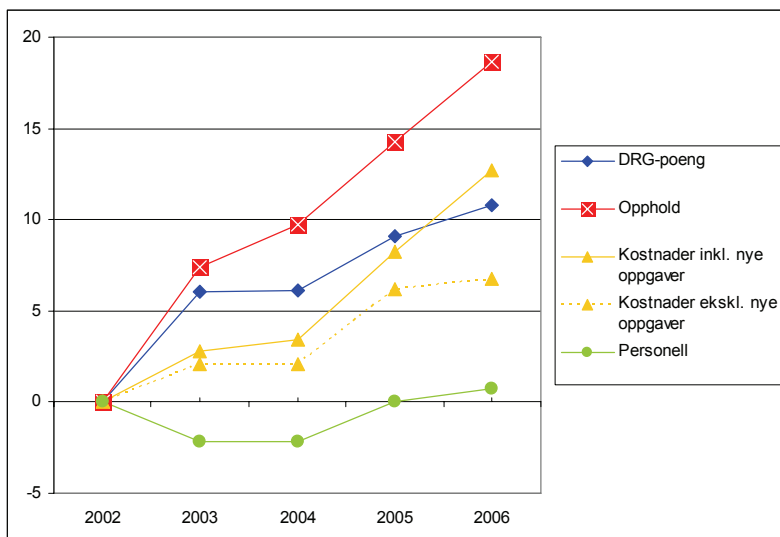
Helse Øst

Med unntak for personellinnsats i 2002 har Helse Øst hele perioden ligget under landsgjennomsnittet på alle fire indikatorer (figur v2.1 og v2.2). Fra å ha startet perioden med et 6 prosents lavere kostnadsnivå i 2002, er differansen økt til 8 prosent i 2006. Avviket i 2006 er mindre når det gjelder aktiviteten; regionen ligger bare 4 og 5 prosent under når det gjelder henholdsvis opphold og DRG-poeng. I personellinnsats lå regionen på det meste 3 prosent under resten av landet, men ved utgangen av perioden ligger nivået for årsverk omtrent på landsgjennomsnittet. Sammen med Helse Sør hadde Helse Øst med 13 prosent den laveste kostnadsveksten i perioden (korrigert for nye oppgaver var kostnadsveksten i underkant av 7 prosent). Personellinnsatsen økte med knapt 1 prosent fra 2002 til 2006, noe som også er minst av alle regionene. Aktiviteten økte med 19 prosent målt i antall opphold og 11 prosent målt i DRG-poeng.

Det er imidlertid viktig å minne om at tallene for Helse Øst og Helse Sør er påvirket av utviklingen i Rikshospitalet HF. Utgiftene for Rikshospitalet fordeles etter gjestepasientoppgjør, mens årsverk fordeles etter liggedøgn. Helse Øst får dermed forholdsvis større andeler av årsverk (sammenlignet med kostnader) fra Rikshospitalet.



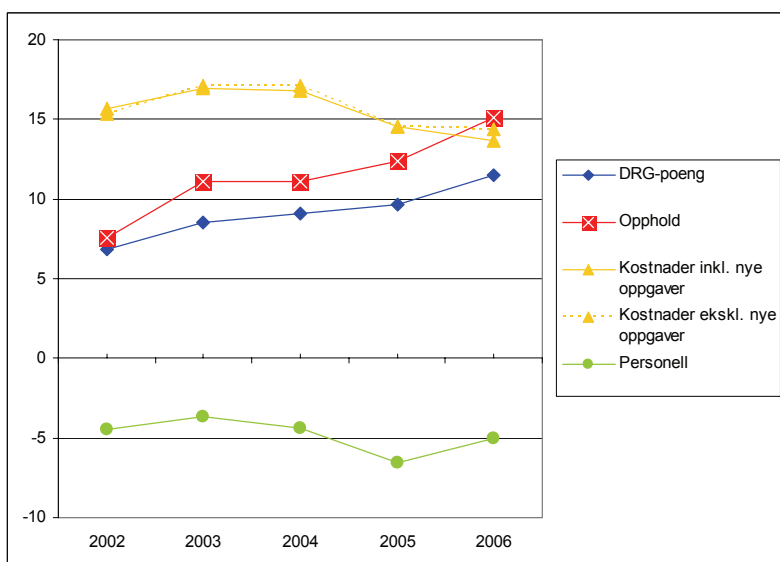
Figur v2.1 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Øst, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.



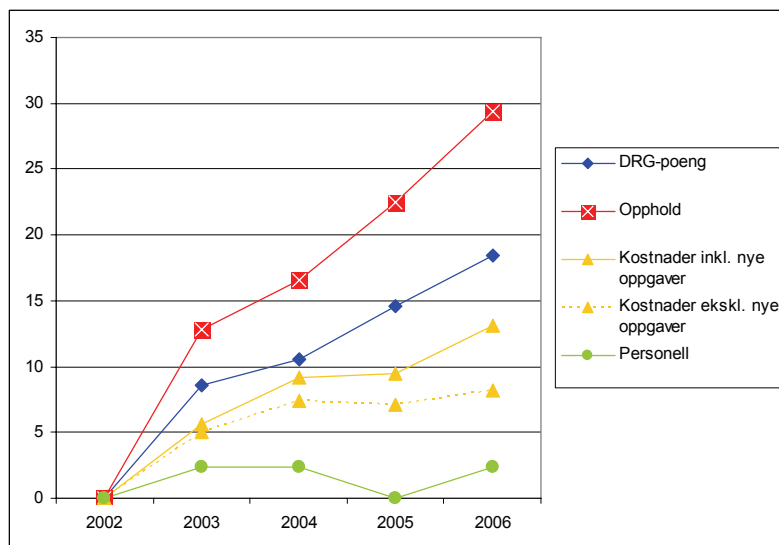
Figur v2.2 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Øst, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

Helse Sør

Helse Sør er den regionen som i løpet av perioden har hatt størst aktivitet, målt både som opphold og DRG-poeng per 1 000 innbygger (figur v2.3 og v2.4). Ved starten av perioden var avviket fra landsgjennomsnittet på rundt 7 prosent for begge indikatorer, mens regionen i 2006 hadde 15 prosent flere opphold og forbrukte 11 prosent flere DRG-poeng per 1 000 innbygger enn landet generelt. Regionen hadde en økning i opphold per 1 000 innbygger på 29 prosent, mens antall DRG-poeng økte med 18 prosent. Ser vi på innsattssiden har regionen hele tiden hatt større kostnader enn landsgjennomsnittet, men det har vært en gradvis reduksjon i avviket; fra 16 prosent i 2002 til 14 prosent i 2006. Kostnadsveksten for hele perioden var på 13 prosent (8 prosent eksklusive nye oppgaver). Personellinnsatsen har fra 2003 av ligget stabilt rundt 5 prosent under landsgjennomsnittet (se for øvrig kommentar om Rikshospitalet i avsnitt 2.2.2)



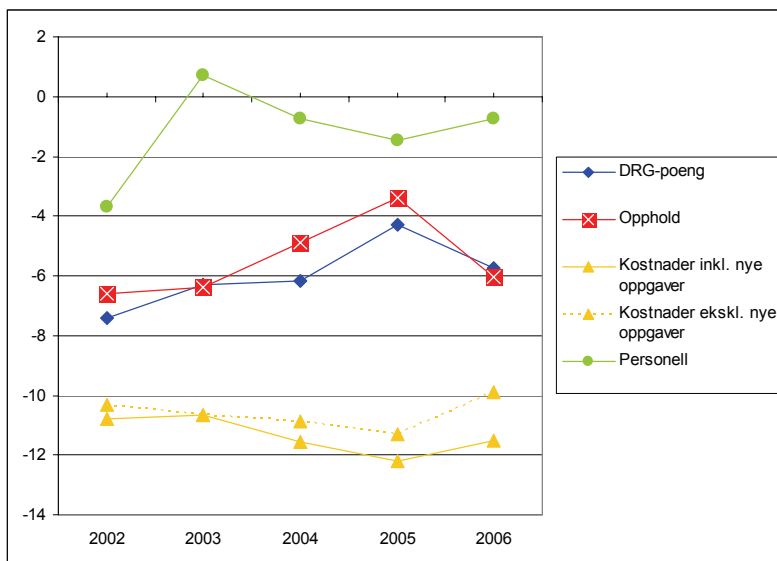
Figur v2.3 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Sør, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.



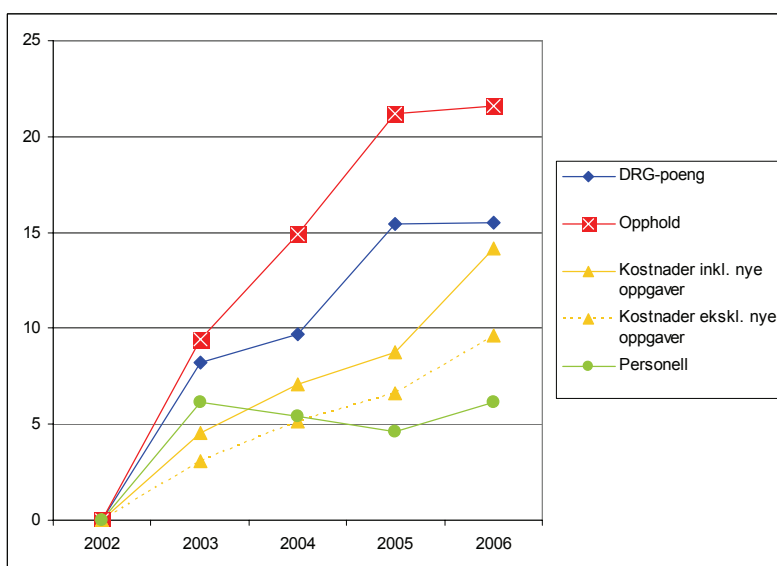
Figur v2.4 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Sør, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

Helse Vest

I likhet med Helse Øst ligger Helse Vest under landsgjennomsnittet både når det gjelder innsatsfaktorbruk og aktivitet (figur v2.5 og v2.6). Utslaget er mest markant på kostnadssiden, der regionen til tross for en samlet vekst på 14 prosent (10 prosent ekskl. nye oppgaver) hele perioden har ligget mellom 11 og 12 prosent under nivået for landet som helhet. Kostnadsnivået har dermed vært betydelig lavere enn det man skulle forvente ut fra Hagenutvalgets beregninger (NOU 2003), som med utgangspunkt i befolkningssammensetning og reisetider i regionen i 2002 estimerte et kostnadsnivå per innbygger tilsvarende ca. 3 prosent under landsgjennomsnittet. Regionen hadde en samlet vekst i antall årsverk per 1 000 innbygger på 6 prosent, slik at personellinnsatsen fra 2003 og utover har vært omtrent på nivå med landsgjennomsnittet. Avviket i aktiviteten har ligget på mellom 3 og 7 prosent, og i 2006 er nivået både for opphold og DRG-poeng 6 prosent lavere enn nivået for landet. Veksten i aktivitet var på 22 prosent målt i opphold og 16 prosent målt i DRG-poeng.



Figur v2.5 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Vest, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

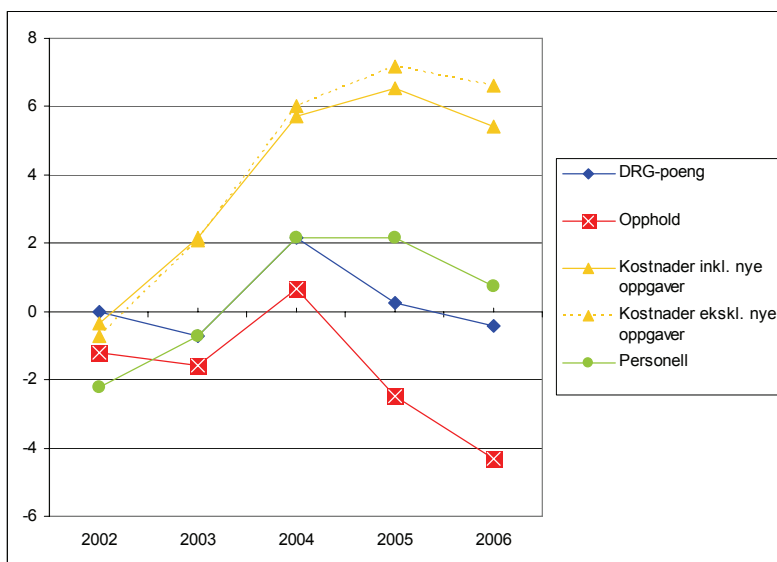


Figur v2.6 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Vest, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

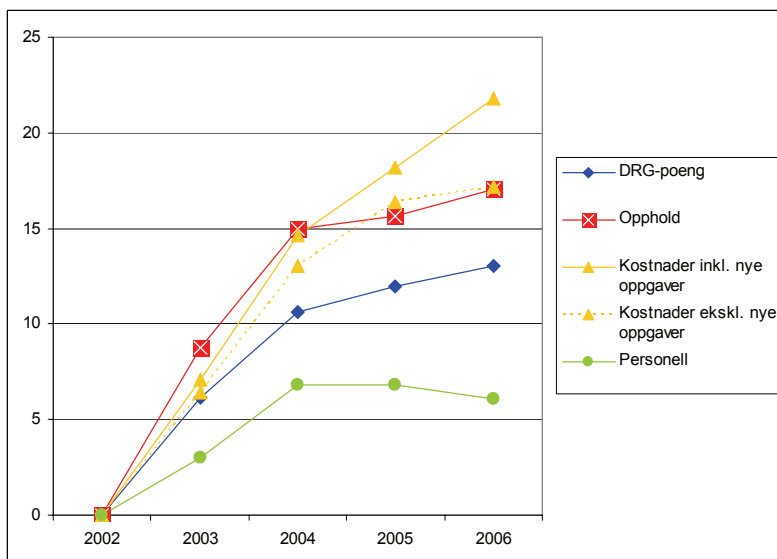
Helse Midt-Norge

De to første årene etter sykehusreformen hadde Helse Midt-Norge aktivitet og ressursinnsats omtrent på linje med gjennomsnittet for landet (figur v2.7 og v2.8). I 2004 og 2005 hadde regionen rundt 6 prosent høyere kostnader per 1 000 innbygger, og i 2006 var avviket på 5 prosent, noe som er i tråd med Hagenutvalgets beregninger ut fra regionens befolkningssammensetning og reisetid (NOU 2003). Regionen hadde sammen med Helse Nord den sterkeste kostnadsveksten i perioden, med 22 prosent, noe som skyldes særlig stor økning fra 2003 til 2004 (kostnadsveksten tilsvarte 17 prosent korrigert for nye oppgaver). Videre hadde Helse Midt-Norge sammen med Helse Vest 6 prosent flere årsverk per 1 000

innbygger i 2006 enn i 2002, noe som er den største økningen i løpet av perioden. Personellinnsatsen har likevel ikke ligget mer enn 2 prosent over eller under gjennomsnittet i femårsperioden. Aktiviteten målt i opphold lå ved starten av perioden omtrent på nivå med landet, men har fra 2004 utviklet seg i negativ retning, slik at differansen i 2006 er på litt over 4 prosent. Målt i DRG-poeng har derimot aktiviteten vært i tråd med den gjennomsnittlige aktiviteten i perioden. Totalt var veksten i antall opphold og DRG-poeng per 1 000 innbygger på henholdsvis 17 og 13 poeng.



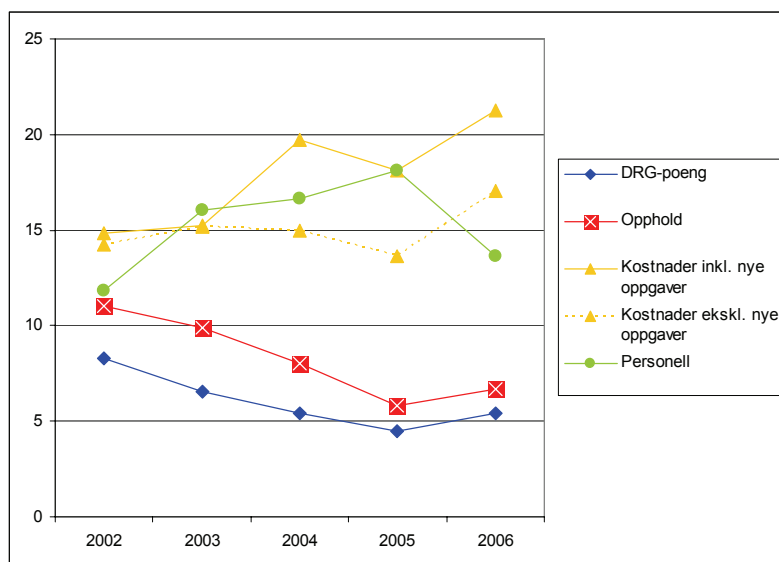
Figur v2.7 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.



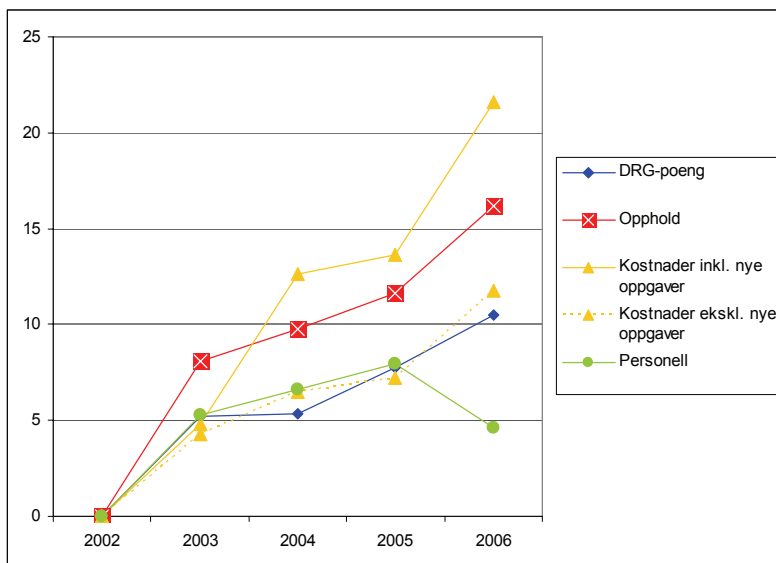
Figur v2.8 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

Helse Nord

Helse Nord har hatt høyere ressursinnsats og aktivitet enn gjennomsnittet for landet i hele femårsperioden (figur v2.9 og v2.10). Både personellinnsatsen og kostnadsnivået har vært mer enn 12 prosent høyere enn landsnivået hvert eneste år. Med en kostnadsvekst på 22 prosent er det kun Helse Midt-Norge som har hatt like stor økning i perioden, og avviket fra landsgjennomsnittet er blitt stadig større i løpet av perioden, fra 15 prosent i 2002 til 21 prosent i 2006. Regionen ligger dermed betydelig over kostnadsnivået på 8 prosent som vi utfra befolknings sammensetning og reisetid skulle forvente (NOU 2003). Kostnadsutviklingen kan dels tilskrives omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift fra 2004, som slår ut i særlig grad for Helse Nord. I tillegg slår de nye oppgavene særlig ut for Helse Nord: korrigert for nye oppgaver er avviket fra landsgjennomsnittet bare 17 prosent i 2006, mens kostnadsveksten er bare på 12 prosent. I årene 2003 til 2005 lå personellinnsatsen mellom 16 og 18 prosent høyere enn gjennomsnittet, mens avviket i 2006 er omtrent på samme nivå som ved starten av perioden; i underkant av 14 prosent. Veksten i årsverk per 1 000 innbygger var på 5 prosent. Når det gjelder aktiviteten er avviket fra landsgjennomsnittet redusert fra 11 prosent for opphold og 8 prosent for DRG-poeng i 2002 til differanser på henholdsvis 7 og 5 prosent i 2006. Antall opphold per 1 000 innbygger økte med 16 prosent i løpet av perioden, og DRG-poeng med 10 prosent.



Figur v2.9 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Nord, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.



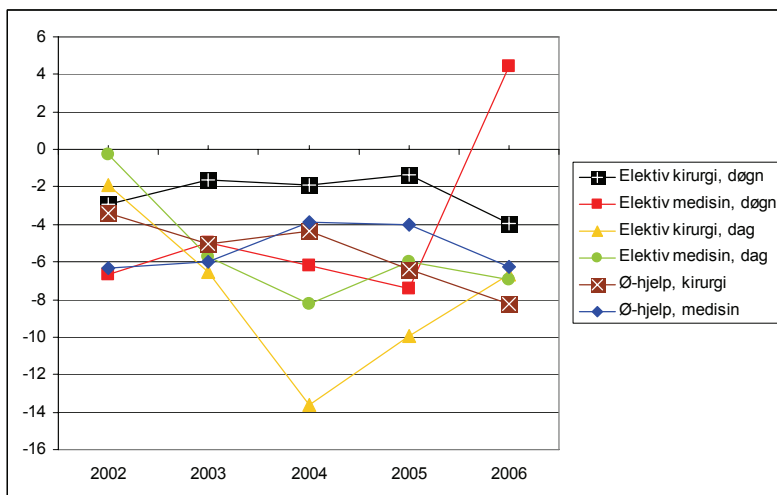
Figur v2.10 Prosentvis endring i opphold, DRG-poeng, kostnader og personell i Helse Nord, 2002-2006. Rater per 1 000 innbygger, korrigert for gjestepasienter. Totale driftskostnader i 2006-kroner, regionale tall.

Forbruk av sykehustjenester: opphold

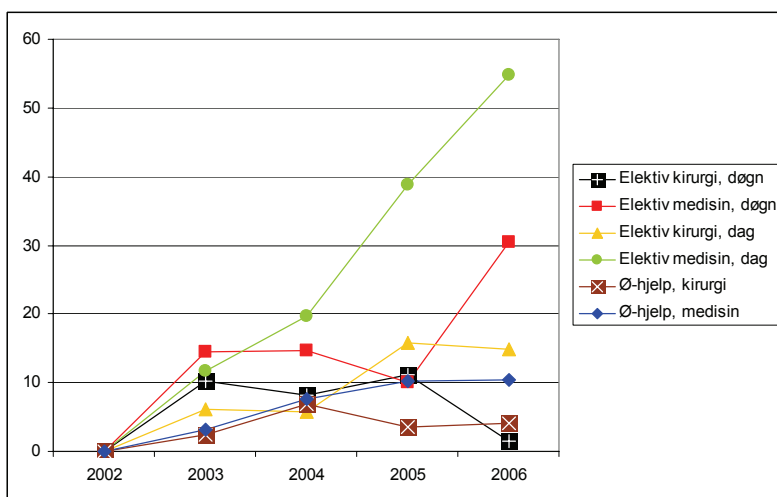
Helse Øst

Befolkningen i Helse Øst har så godt som hele perioden 2002-2006 benyttet seg av sykehustjenester i mindre grad enn landsgjennomsnittet (figur v2.11). Det eneste unntaket er for elektive medisinske døgnopphold, der regionen i 2006 hadde over 4 prosent høyere forbruksrate enn landsgjennomsnittet. Dette skyldes hovedsakelig innlemmelsen av Oslo kommunale legevakt i datamaterialet fra og med 2006: med nesten 6 500 elektive medisinske døgnopphold i 2006 sto denne institusjonen for 67 prosent av økningen fra 2005 til 2006. En tredjedel av disse var for bryst smerter, magerelaterte lidelser (øsofagitt, gastroentritt, etc.) eller hjernerystelse. I 2004 hadde befolkningen i Helse Øst den laveste forbruksraten av alle regioner for kirurgisk dagbehandling, og lå nesten 14 prosent under landsgjennomsnittet. Skal man dømme utfra utviklingen de siste to årene kan det imidlertid se ut som om trenden er i ferd med å snu, og i 2006 er avvirket fra landsgjennomsnittet halvert. Befolkningen i Helse Øst skiller seg også ut ved et lavere forbruk av medisinsk dagbehandling enn befolkningen generelt. I 2005 har Helse Øst også de laveste ratene for øyeblikkelig hjelp, både innenfor medisinske og kirurgiske DRG-typer, med avvik fra landsgjennomsnittet på henholdsvis 6 og 8 prosent.

Som det fremgår av figur v2.12 er det innenfor medisinske dagbehandlinger regionen hadde den største veksten i perioden. Forbruksraten for slik behandling ligger 55 prosent høyere i 2006 enn i 2002, mens forbruket av kirurgisk dagbehandling også har økt med nesten 15 prosent i perioden. Veksten i medisinsk dagbehandling er likevel lavere enn i både Helse Sør og Helse Vest, og ligger på omtrent samme nivå som Helse Midt-Norge. Pga. innlemmelsen av Oslo kommunale legevakt skiller Helse Øst seg klart ut med den sterkeste veksten i forbruk av døgnbehandling innenfor medisinske DRG-typer: her ligger nivået over 30 prosent høyere i 2006 enn i 2002. Innenfor øyeblikkelig hjelp har det vært en parallell utvikling for medisinske og kirurgiske opphold de tre første årene av perioden, mens det fra 2004 har vært en sterkere vekst i sistnevnte type opphold. Det var en nedgang i elektiv kirurgi fra 2005 til 2006.



Figur v2.11 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Øst, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



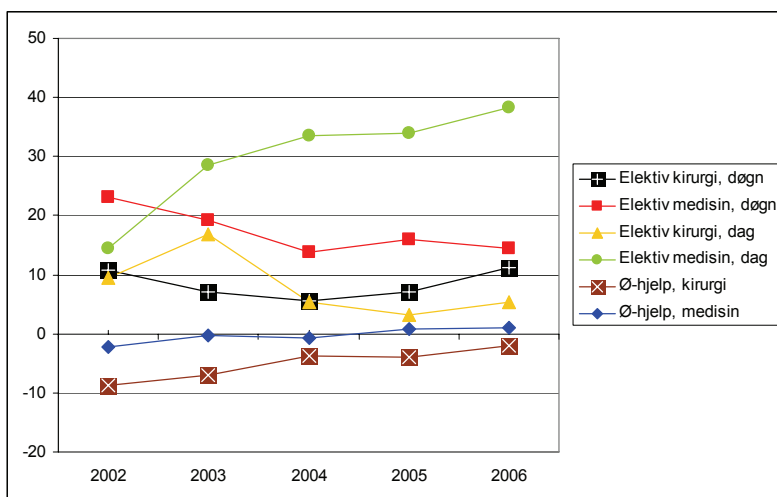
Figur v2.12 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Øst, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

Helse Sør

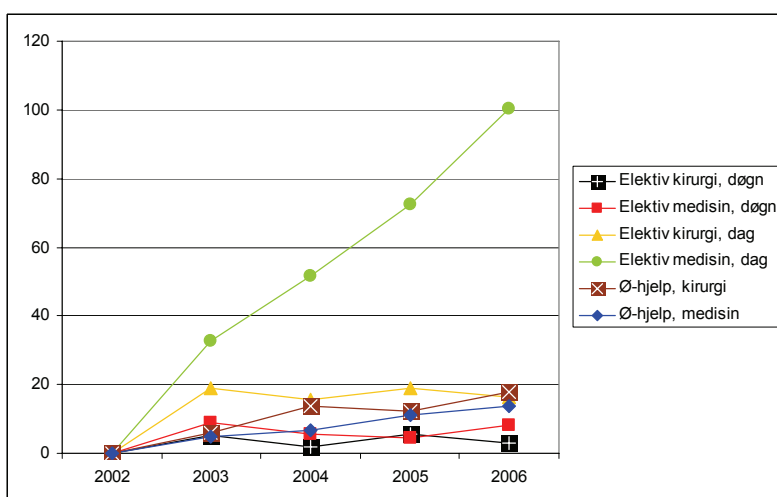
Befolkningen i Helse Sør har i hele perioden hatt en høyere forbruksrate av elektiv behandling enn landsgjennomsnittet (figur v2.13). Dette gjelder innenfor begge DRG-typer for både døgn- og dagopphold, selv om avviket er størst for de medisinske DRG-typerne. Regionen har den høyeste raten for medisinsk dagbehandling i hele perioden, og ved utgangen av perioden ligger forbruket i regionen nesten 40 prosent høyere enn for befolkningen generelt. Det relativt høye forbruket av dagbehandling gjelder i all hovedsak rehabilitering (se f.eks. Jørgenvåg & Jensberg 2006). For medisinske døgnopphold er forskjellen fra landsgjennomsnittet redusert fra 23 prosent i starten av perioden til 14 prosent ved utgangen av perioden. Forbruket av medisinsk øyeblikkelig hjelp har vært på linje med landsgjennomsnittet hele perioden, og etter et mindreforbruk av kirurgisk øyeblikkelig hjelp på nesten 9 prosent i forhold til landet generelt i 2002 er også denne raten i ferd med å nærme seg landsgjennomsnittet.

Helse Sør hadde fra 2002 til 2006 en dobling i raten for medisinske dagbehandlinger, noe som er den klart sterkeste veksten av alle regionene (figur v2.14). Som nevnt over, henger dette sammen med at befolkningen skiller seg ut i forhold til de andre regionene med et høyere forbruk av sykehustjenester knyttet til rehabilitering. Regionen har også hatt en forholdsvis stor vekst i kirurgisk dagbehandling; tilsvarende 16 prosent. Innenfor døgnbehandling har veksten vært mer moderat, og for elektive kirurgiske opphold er det bare Helse Øst som hadde en svakere økning.

Ser vi bort fra elektiv dagbehandling, har det vært en større økning i øyeblikkelig-hjelp opphold enn elektive opphold i perioden. I likhet med Helse Øst ser vi en nedgang i elektiv kirurgi i 2006.



Figur v2.13 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Sør, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

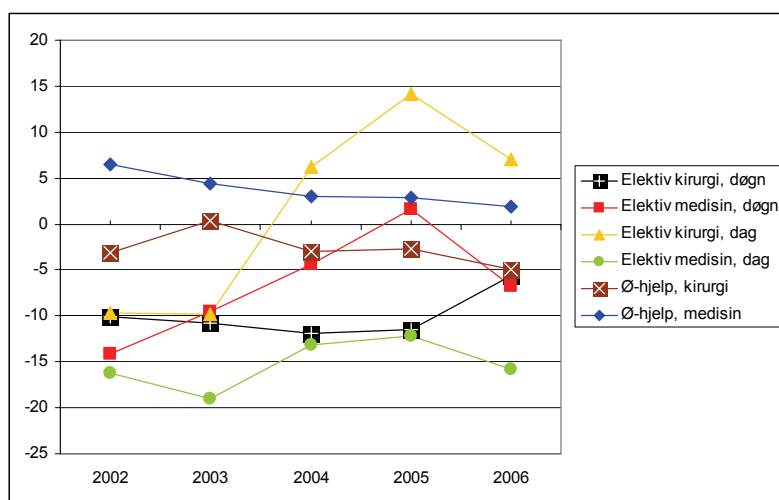


Figur v2.14 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Sør, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

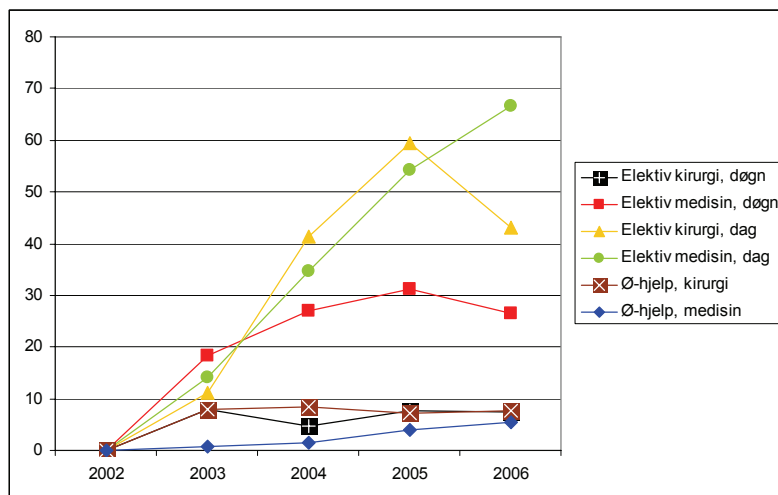
Helse Vest

I hele perioden har befolkningen i Helse Vest hatt et negativt avvik fra landet totalt når det gjelder bruk av medisinsk dagbehandling, som har variert fra 12 til 19 prosent (figur v2.15). For kirurgisk dagbehandling hadde derimot regionen fra 2004 og utover en forbruksrate over landsgjennomsnittet. Videre hadde regionens befolkning også stort sett færre døgnopphold enn landet generelt. Fra 2003 til 2006 lå avviket i forbruksrate for begge typer øyeblikkelig hjelp innenfor 5 prosent av landsgjennomsnittet.

I likhet med de øvrige regionene har også Helse Vest hatt en sterk vekst i medisinske dagopphold, og forbruket ligger i 2006 67 prosent høyere enn i 2002 (figur v2.16). Regionen skiller seg imidlertid ut ved at befolkningen i de fire første årene av perioden også hadde en sterk vekst i forbruket av kirurgisk dagbehandling: forbruksraten for denne type opphold økte med 59 prosent fram til 2005. Fra 2005 til 2006 ser imidlertid trenden ut til å snu, da det fant sted en faktisk nedgang i forbruksraten på 27 prosent. Et lignende mønster finner vi også for medisinsk døgnbehandling, selv om veksten på langt nær har vært like utpreget som for kirurgisk dagbehandling. Utviklingen innenfor øyeblikkelig hjelp har vært relativt stabil, og innenfor begge DRG-typer økte ratene med mindre enn 10 prosent totalt i løpet av perioden.



Figur v2.15 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Vest, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



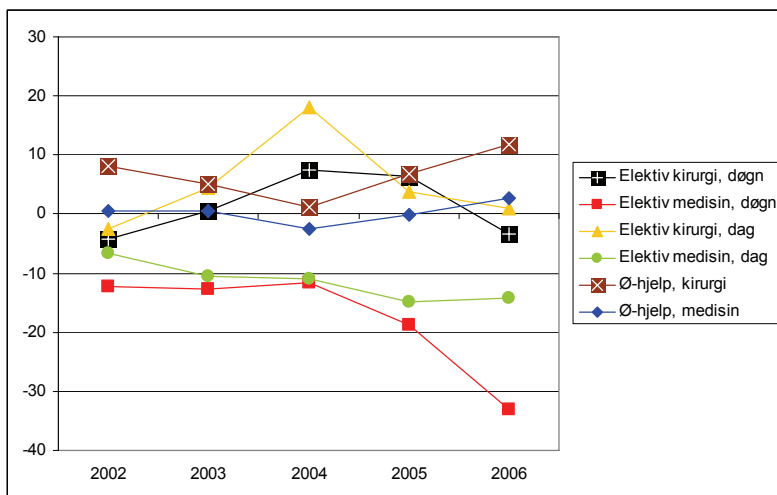
Figur v2.16 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Vest, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

Helse Midt-Norge

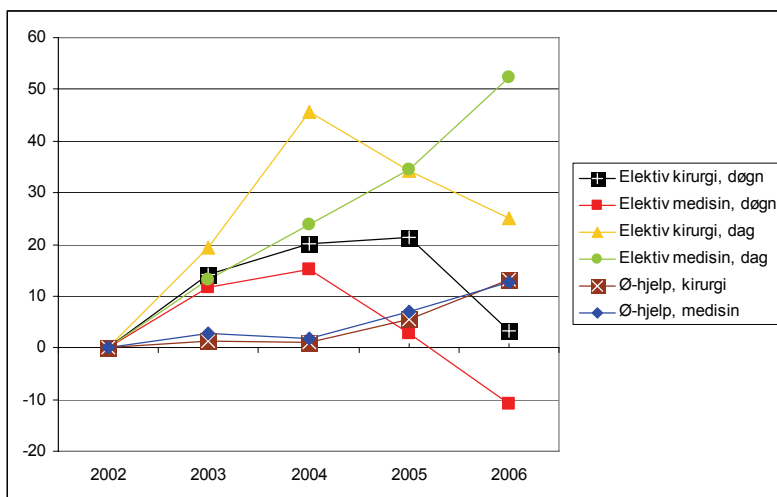
Befolkningen i Helse Midt-Norge har fra 2002 til 2006 hele tiden hatt en lavere rate for medisinske opphold enn landsgjennomsnittet (figur v2.17). Dette gjelder både for dag- og døgnbehandling, og fra til 2003 til 2005 er avviket forholdsvis parallelt for begge oppholdstyper, og ligger i størrelsesorden 10-12 prosent. Fra 2005 til 2006 var det imidlertid en faktisk nedgang i forbruksraten for medisinske døgnopphold på 13 prosent, slik at i 2006 ligger denne raten nesten 33 prosent under landsgjennomsnittet, mens avviket for medisinsk dagbehandling fortsatt er på under halvparten. Den dagkirurgiske aktiviteten i regionen ligger omtrent på landsgjennomsnittet ved starten og slutten av perioden. Aktiviteten for øyeblikkelig hjelp innenfor medisinske DRG-typer er på linje med gjennomsnittet, mens den kirurgiske aktiviteten innenfor øyeblikkelig hjelp nærmet seg landsnivået fram til 2004, for deretter å avvike stadig mer fram til 2006, da aktiviteten ligger 12 prosent over gjennomsnittet.

Helse Midt-Norge hadde i femårsperioden i likhet med Helse Vest en økning i både medisinsk og kirurgisk dagbehandling først i perioden, og deretter en nedgang i kirurgiske opphold utover i perioden (figur v2.18). Veksten i dagbehandling er først og fremst relatert til en sterk økning i bruken av private kommersielle sykehus i regionen, og særlig fra 2003 til 2004 da andelen private kommersielle opphold av totale opphold økte fra 2,8 til 6 prosent. Veksten i medisinsk dagbehandling på 52 prosent var imidlertid mindre enn i Helse Vest, og nedgangen i kirurgisk dagbehandling inntraff også ett år tidligere, slik at den relative økningen også her er mindre enn i Helse Vest. Med en 25 prosent høyere forbruksrate i 2006 enn i 2002 har befolkningen i Helse Midt-Norge, etter Helse Vest, likevel hatt den høyeste vekstraten av regionene i bruk av dagkirurgi. Nedgangen i raten for dagkirurgi fra 2005 skyldes en nedtrapping i bruken av private sykehus. Som eneste region har Helse Midt-Norge hatt en relativ nedgang i bruken av medisinske døgnopphold, på 10 prosent. Det er også verdt å merke seg at regionen totalt hadde en sterkere vekst i øyeblikkelig hjelp enn elektive døgnopphold i løpet av perioden, noe som først og fremst skyldes utviklingen fra 2005 til 2006.

For Helse Midt-Norge ser det altså ut til å være et vendepunkt i 2004/2005, med reduksjon i elektive opphold (unntatt medisinske dagopphold) og tiltakende vekst i øyeblikkelig-hjelp opphold. Dette inntreffer etter en periode der spesielt elektiv kirurgi vokste og øyeblikkelig-hjelp opphold falt i forhold til landsgjennomsnittet.



Figur v2.17 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

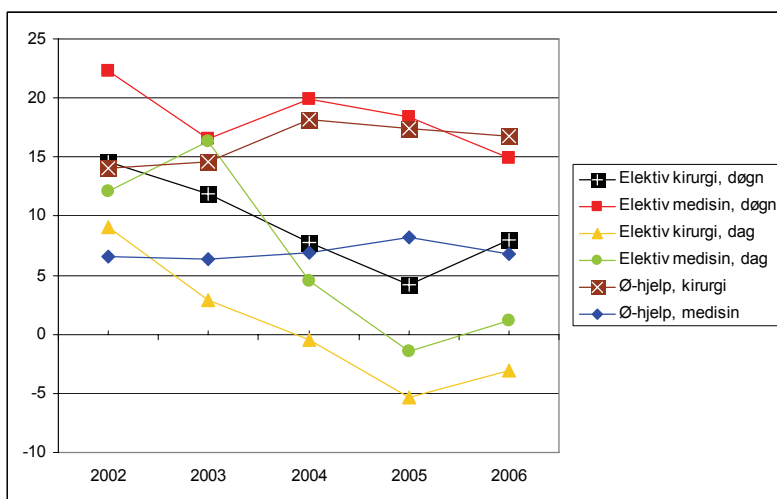


Figur v2.18 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

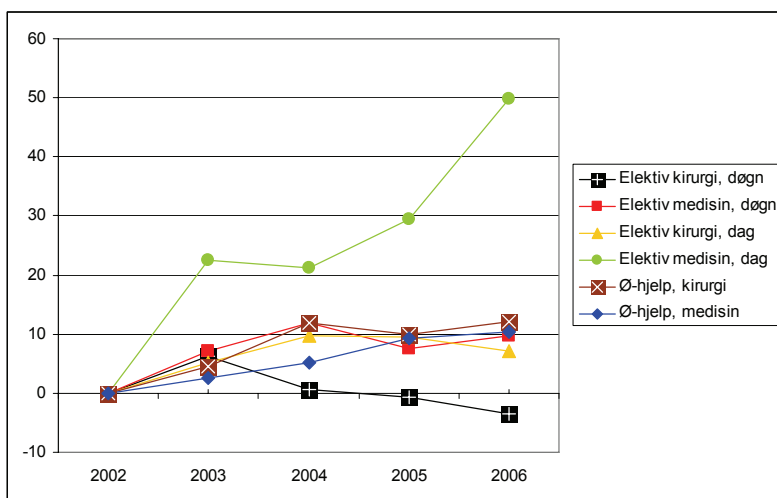
Helse Nord

Helse Nord har tradisjonelt hatt høyt forbruk av somatiske sykehustjenester, og med unntak for dagbehandlinger har befolkningen i hele perioden 2002-2006 benyttet seg av sykehustjenester i større grad enn landsgjennomsnittet (figur v2.19). Fram til 2004 lå befolkningens bruk av dagbehandlinger også over nivået for landet. Utslaget er størst for medisinske døgnopphold, der forbruksraten ved inngangen til perioden lå hele 22 prosent over landsgjennomsnittet. I løpet av perioden har imidlertid bruken av denne type behandling nærmet seg den generelle befolkningens forbruk, slik at avviket i 2006 tilsvarende 15 prosent. Raten for kirurgisk døgnbehandling har også gradvis nærmet seg landsnivået, fra en differanse på 15 prosent i 2002 til 4 prosent i 2005. I 2006 ser imidlertid trenden ut til å ha snudd. For kirurgisk øyeblikkelig hjelp har regionens befolkning et forbruk på mellom 14 og 18 prosent over gjennomsnittet, mens avviket for medisinsk øyeblikkelig hjelp har ligget i intervallet 6-8 prosent.

I likhet med de andre regionene er det innenfor medisinsk dagbehandling Helse Nord har hatt sterkest relativ vektst i perioden, og forbruksraten ligger 50 prosent høyere i 2006 enn i 2002 (figur v2.20). Som eneste region har derimot regionen hatt en prosentvis nedgang i kirurgisk døgnbehandling. Forbruket av øyeblikkelig hjelp har økt med henholdsvis 10 prosent for medisinske DRG-typer og 12 prosent for kirurgiske DRG-typer.



Figur v2.19 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Nord, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



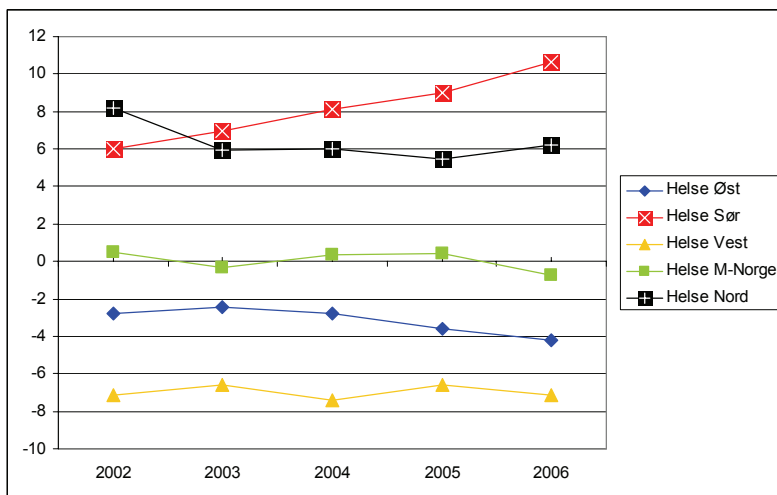
Figur v2.20 Prosentvis endring i elektive opphold og øyeblikkelig hjelp etter oppholdstype og DRG-type i Helse Nord, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

Forbruk av sykehustjenester: DRG-poeng

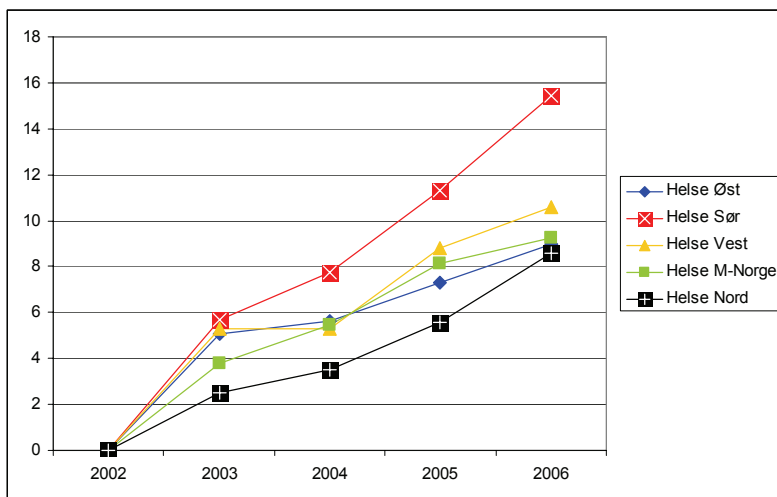
Figur v2.21 illustrerer hvordan helseregionenes forbruk av DRG-poeng for døgnopphold ligger i forhold til landsgjennomsnittet. Som vi ser, avspeiles de høye forbruksratene i Helse Sør i forbruket av DRG-poeng: regionen har hele perioden hatt en jevnt økende differanse fra landsgjennomsnittet, fra 6 prosent i 2002 til 11 prosent i 2006. Befolkningen i Helse Nord har også forbrukt mellom 5 og 8 prosent flere DRG-poeng enn landsgjennomsnittet. Helse

Midt-Norge har hatt en aktivitet omtrent på landsgjennomsnittet, mens Helse Øst og Helse Vest skiller seg ut i negativ retning, med avvik på henholdsvis 2-4 og 7 prosent gjennom hele perioden.

Når det gjelder utviklingen i de enkelte regionene, har Helse Sør hatt en økning på 15 prosent i forhold til 2002, mens de fire andre regionene ligger mellom 9 og 11 prosent (figur v2.22).



Figur v2.21 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i forbruk av DRG-poeng for døgnopphold per helseregion, 2002-2006. DRG-poeng per 1 000 innbygger.



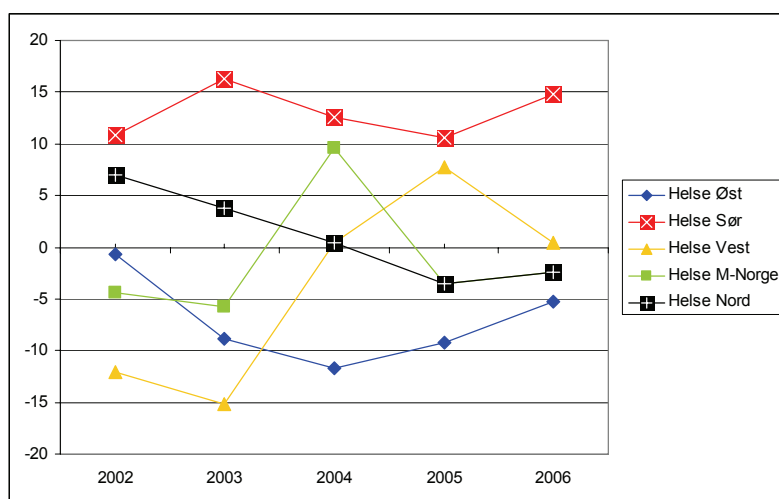
Figur v2.22 Prosentvis endring i forbruk av DRG-poeng for døgnopphold per helseregion, 2002-2006. DRG-poeng per 1 000 innbygger.

De høye forbruksratene for medisinsk dagbehandling i Helse Sør gjør at regionen også skiller seg fra landet som helhet når det gjelder forbruk av DRG-poeng for dagopphold (figur v2.23). Avviket fra landsgjennomsnittet har i løpet av perioden ligget i intervallet 11-16 prosent. Helse Nord hadde ved starten av perioden forbrukt 7 prosent flere DRG-poeng enn landsgjennomsnittet, men pga. en utflating i den faktiske veksten fra 2003 hadde regionen i 2005 og 2006 en aktivitet under landsgjennomsnittet. Aktiviteten i Helse Vest og Helse Midt-

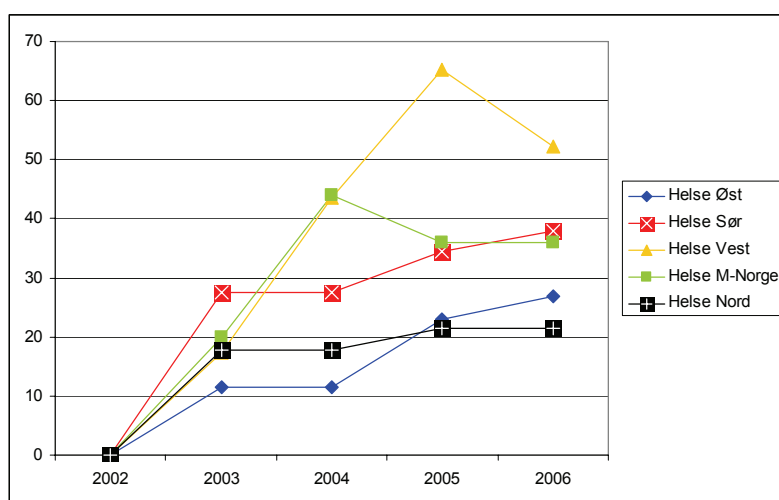
Norge karakteriseres av sterke fluktuasjoner i forhold til landsgjennomsnittet i perioden. Både Helse Vest og Helse Midt-Norge lå i 2002 og 2003 under snittnivået for landet som helhet, før trenden snudde i 2004 pga. en sterk vekst i dagkirurgi i begge regioner. For sistnevnte region bidro imidlertid en nedgang i dagkirurgiraten fra 2004 til at regionen ved utgangen av perioden fortsatt ligger noe under landsgjennomsnittet, mens veksten i dagkirurgi i Helse Vest fortsatte fram til 2005, og plasserte regionen på landsgjennomsnittet i 2006. Helse Øst hadde en utflatning i forbruket av DRG-poeng for dagopphold i 2003-2004, og er følgelig den regionen med lavest rate den siste delen av perioden. Helse Øst har likevel fra 2004 gradvis nærmet seg landsgjennomsnittet, og ligger i 2006 bare 5 prosent under.

Generelt er det verdt å merke seg at mens det i 2006 var forholdsvis store regionale variasjoner i døgnpoeng, var forskjellene små for dagbehandling, med unntak for Helse Sør som skiller seg markant ut.

Helse Vest hadde den største økningen i forbruk av DRG-poeng for dagopphold i perioden, med en økning på totalt 52 prosent (figur v2.24). Helse Sør og Helse Midt-Norge hadde omtrent lik økning i rater, på henholdsvis 38 og 36 prosent, mens Helse Øst hadde et 27 prosent høyere nivå i 2006 og Helse Nord 21 prosent.



Figur v2.23 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i forbruk av DRG-poeng for dagopphold per helseregion, 2002-2006. DRG-poeng per 1 000 innbygger.

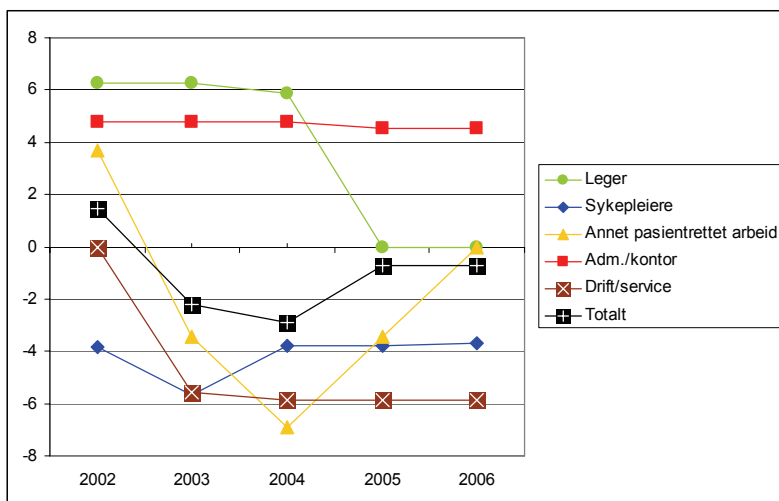


Figur v2.24 Prosentvis endring i forbruk av DRG-poeng for dagopphold per helseregion, 2002-2006. DRG-poeng per 1 000 innbygger.

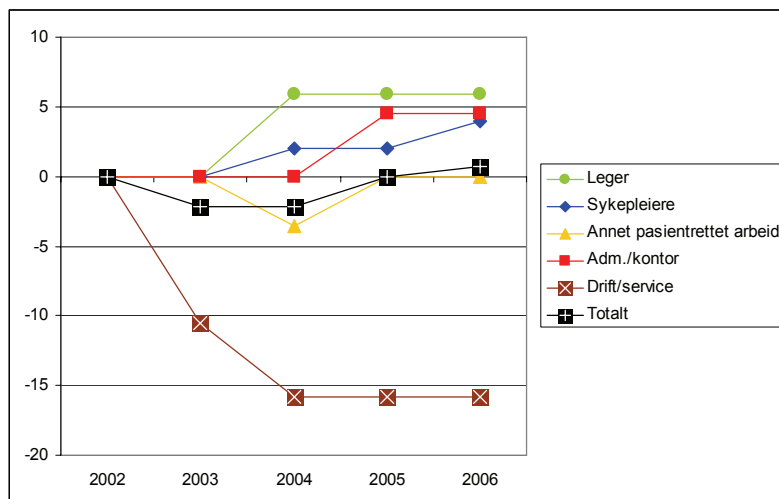
Personellinnsats

Helse Øst

Med unntak av et noe lavere nivå i årene 2003 og 2004 har Helse Øst ligget omtrent på landsgjennomsnittet når det gjelder total personellinnsats (figur v2.25 og v2.26). Med en relativ vekst i samlet personellinnsats på 1 prosent hadde regionen den laveste økningen av alle regionene. Som vi har sett, reflekteres dette i aktivitetsutviklingen i samme periode: regionens befolkning har benyttet seg av sykehustjenester i mindre grad enn landsgjennomsnittet, og forbruket av DRG-poeng både innenfor døgn- og dagopphold ligger også lavere enn for landet som helhet. Fram til 2005 hadde regionen et forbruk av legeårsverk som lå ca. 6 prosent over nivået for landet generelt, men i 2005 og 2006 lå regionen helt på landsgjennomsnittet. Veksten i antall legeårsverk per 1 000 innbygger i regionen var på 6 prosent. Innsatsen i form av sykepleierårsverk har ligget rundt 4 prosent under landsgjennomsnittet, med en relativ vekst på 4 prosent for hele perioden. Bruken av administrasjon og kontorpersonale har hele perioden ligget stabilt på 5 prosent over landsgjennomsnittet, mens personellinnsats knyttet til drift og service fra 2003 har ligget på rundt 6 prosent under. Nivået for annet pasientrettet arbeid har variert fra et positivt avvik på 4 prosent i 2002 til et negativt avvik på 7 prosent i 2004, men ved utgangen av perioden er nivået på linje med landet generelt.



Figur v2.25 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Øst, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

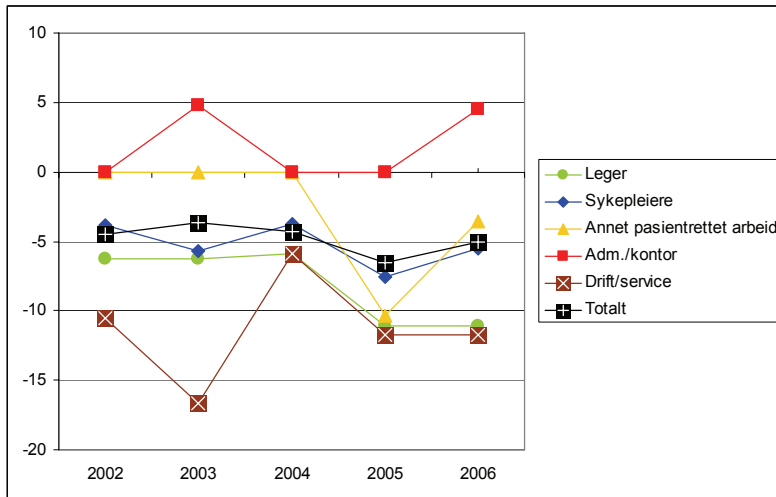


Figur v2.26 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Øst, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

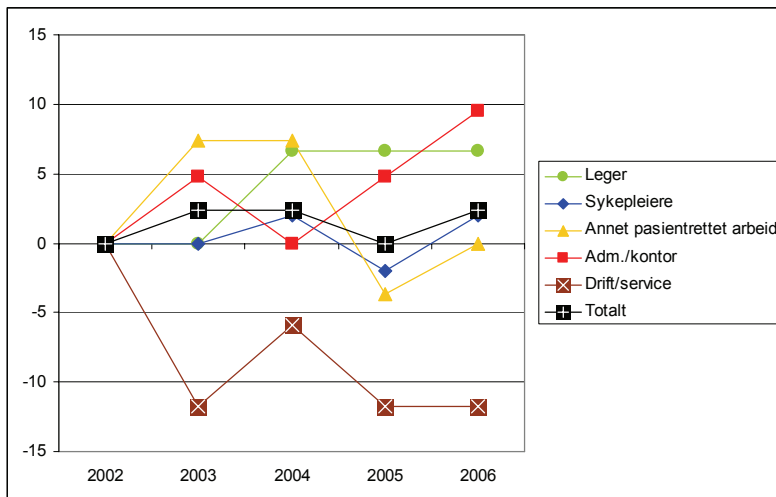
Helse Sør

Veksten i samlet personellinnsats i Helse Sør var på 2 prosent, og regionen har hele perioden 2002-2006 hatt mellom 4 og 7 prosent færre årsverk per 1 000 innbygger enn landsgjennomsnittet (figur v2.27 og v2.28). Til tross for dette hadde regionen altså høyere forbruksrater enn landsgjennomsnittet for all elektiv behandling – både for døgn- og dagopphold. Og ikke minst hadde regionens befolkning i hele perioden et høyere forbruk av DRG-poeng per 1 000 innbygger enn noen annen region både innenfor døgn- og dagopphold, og lå i 2006 henholdsvis 12 og 15 prosent over landsgjennomsnittet. Men som nevnt, vil fordelingen av utgifter og årsverk for Rikshospitalet bidra til at Helse Sør kommer fordelaktig ut når det gjelder årsverk, siden regionen får en forholdsvis mindre andel av årsverk (sammenlignet med kostnader) fra virksomheten her.

Den relativt sett lavere samlede personellinnsatsen i regionen kan knyttes til at bruken av årsverk innenfor alle de tre personellkategoriene relatert til pasientpleie har vært lavere enn resten av landet hele perioden: i 2006 var avviket for leger på 11 prosent, for sykepleiere på 6 prosent, og for annet pasientrettet arbeid på 4 prosent. Antall legeårsverk og sykepleierårsverk per 1 000 innbygger økte med henholdsvis 7 og 2 prosent i løpet av perioden, mens det var nullvekst innenfor annet pasientrettet arbeid. Regionens befolkning har også benyttet færre årsverk knyttet til drift og service, og differansen i 2006 var på hele 12 prosent. Derimot lå nivået for kontorphonale og administrasjon i 2006 5 prosent over landsgjennomsnittet, mens den relative økningen tilsvarte 10 prosent.



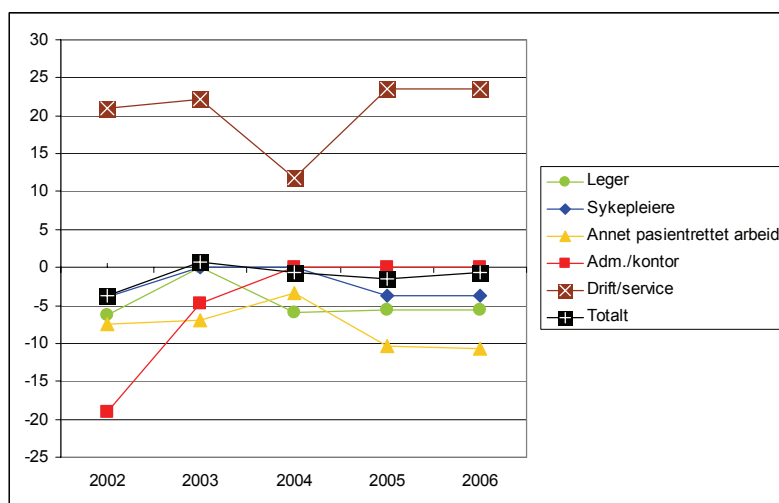
Figur v2.27 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1000 innbygger etter personellkategori i Helse Sør, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



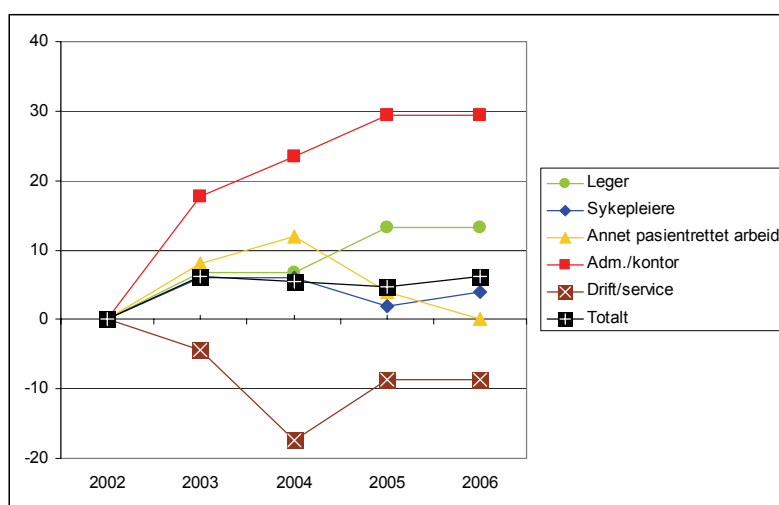
Figur v2.28 Prosentvis endring i årsverk per 1000 innbygger etter personellkategori i Helse Sør, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

Helse Vest

Helse Vest har fra 2002 til 2006 hatt en samlet personellinnsats omtrent på linje med landsgjennomsnittet, og en vekst i hele femårsperioden tilsvarende 6 prosent (figur v2.29 og v2.30). Sammen med Helse Midt-Norge hadde regionen dermed den største økningen i samlet antall årsverk per 1 000 innbygger. Nivået for legeårsverk har store deler av perioden ligget 6 prosent under nivået for landet, mens det har vært et negativt avvik i sykepleierårsverk på ca. 4 prosent. Veksten innenfor de to personellkategoriene var på henholdsvis 13 og 4 prosent. Det er ingen endring i innsatsen av annet pleie- og behandlingspersonell om vi ser hele perioden under ett, og i forhold til landsgjennomsnittet ligger innsatsnivået derfor 11 prosent lavere i 2006. Den sterkeste veksten i bruk av administrasjon og kontorpersonale i løpet av perioden fant sted i Helse Vest, med en økning på 29 prosent. Siden regionen ved inngangen av perioden lå på et relativt sett mye lavere innsatsnivå for denne personellkategorien enn de andre regionene er nivået likevel helt på linje med landsgjennomsnittet fra 2004 og ut perioden. Det motsatte er tilfelle for drift- og servicepersonell: grunnet en forholdsvis høyere innsats i starten av perioden hadde regionen i 2006 24 prosent flere årsverk per 1 000 innbygger sammenlignet med landet generelt, til tross for en relativ nedgang i denne personellkategorien på 9 prosent i løpet av perioden.



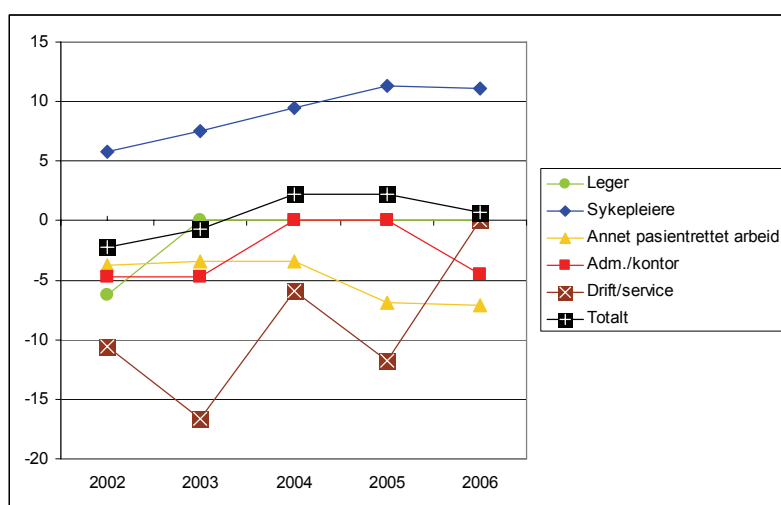
Figur v2.29 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Vest, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



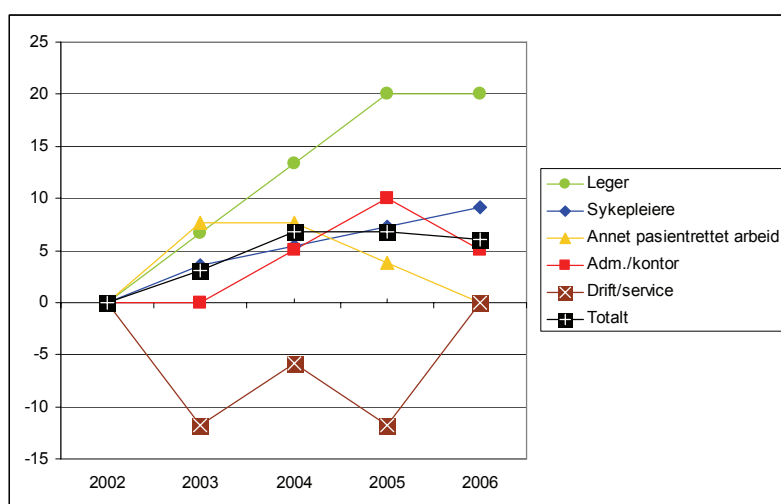
Figur v2.30 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Vest, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

Helse Midt-Norge

Med en 6 prosents økning i samlet antall årsverk per 1 000 innbygger står Helse Midt-Norge sammen med Helse Vest for den største innsatsøkningen på personellsiden (figur v2.31 og v2.32). Samlet sett avviker regionen imidlertid på det meste bare med 2 prosent fra landsnivået i løpet av perioden, noe som vitner om et relativt lavere innsatsnivå i utgangspunktet. Dette kan nok også forklare hvorfor den økte personellinnsatsen ikke har bidratt til at aktiviteten i større grad har vært høyere enn landsgjennomsnittet. Innsatsøkningen har først og fremst kommet i form av flere legeårsverk, men selv om økningen var på hele 20 prosent ligger regionen likevel på samme nivå som resten av landet alle de siste fire årene av perioden. Regionen skiller seg derimot ut med et høyere nivå på sykepleierinnsatsen; en forskjell som økte fra 6 til 11 prosent i løpet av perioden. I likhet med helseregionene Øst, Sør og Vest hadde også Helse Midt-Norge nullvekst i årsverk for annet pleie- og behandlingspersonell, og i forhold til resten av landet ligger nivået 7 prosent lavere. Det har heller ikke vært noen endring i innsatsen når det gjelder drifts- og servicepersonell hele perioden sett under ett, mens det har vært en 5 prosents økning innenfor administrasjon og kontorpersonele.



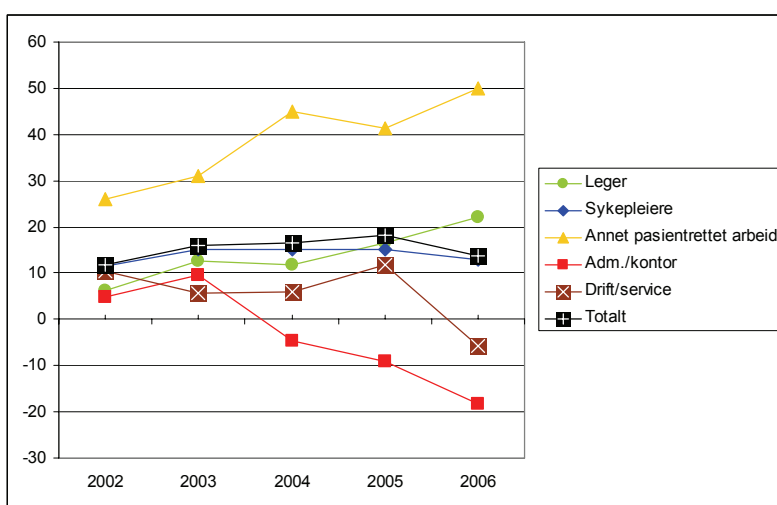
Figur v2.31 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.



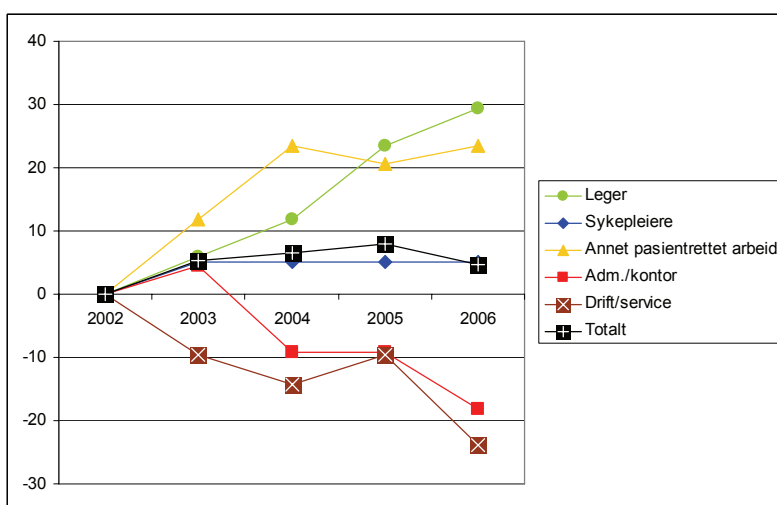
Figur v2.32 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Midt-Norge, 2002-2006. Korrigeret for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

Helse Nord

Helse Nord er den regionen som har de høyeste ratene for årsverk knyttet til pleie og behandling i løpet av perioden. Tilsvarende hadde regionen som vi har sett også et høyere aktivitetsnivå enn landsgjennomsnittet, målt både i oppholdsreter og DRG-poeng. Totalt sett hadde regionen en innsatsøkning på 5 prosent, hvorav raten for legeårsverk økte med 29 prosent, årsverk til annet pasientrettet arbeid økte med 24 prosent, og sykepleierårsverk økte med 5 prosent (figur v2.33 og v2.34). Innenfor de to førstnevnte personellkategoriene var det ingen regioner som hadde større økning enn Helse Nord. I forhold til landsgjennomsnittet ligger derfor Helse Nord på et høyere innsatsnivå hele perioden gjennom hva gjelder pleie- og behandlingspersonell: fra 2002 til 2006 økte avviket for leger fra 6 til 22 prosent, for sykepleiere fra 12 til 13 prosent, og for annet pasientrettet arbeid fra 26 til 50 prosent. Samtidig hadde Helse Nord den sterkeste reduksjonen av alle regioner i årsverk per 1 000 innbygger til administrasjon og kontorpersonele og til drift og service; på henholdsvis 18 og 24 prosent. Følgelig ligger innsatsnivået for disse personellkategoriene under landsgjennomsnittet ved utgangen av perioden.



Figur v2.33 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Nord, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

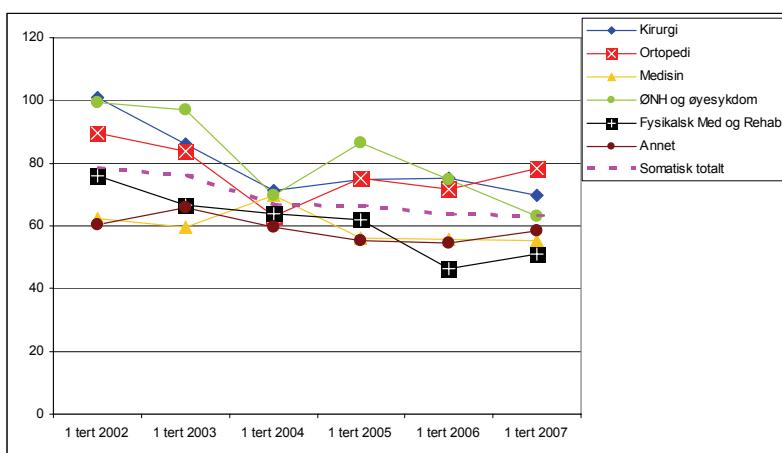


Figur v2.34 Prosentvis endring i årsverk per 1 000 innbygger etter personellkategori i Helse Nord, 2002-2006. Korrigert for pasientflyt, kjønns- og aldersstandardisert.

Tilgjengelighet

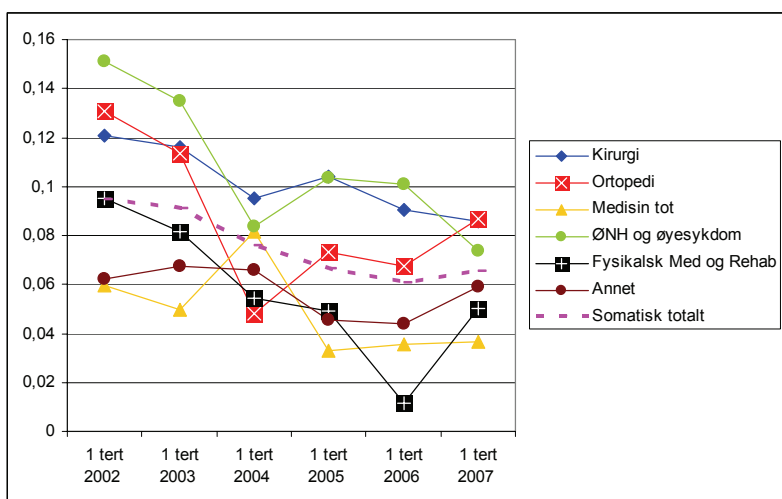
Helse Øst

I Helse Øst gikk den samlede ventetiden for somatiske helsetjenester ned fra 78 til 63 dager i løpet av perioden 2002-2006, dvs. med 19 prosent (figur v2.35). Helse Øst er den eneste av regionene med en nedgang i ventetid innenfor alle fagområder. Regionen utmerker seg dermed også som den eneste regionen med en reduksjon i ventetiden for fysikalsk medisin og rehabilitering; fra 76 til 51 dager, dvs. med 33 prosent. Innenfor både kirurgi og ØNH og øyesykdommer har det vært en nedgang i omtrent samme størrelsesorden, på henholdsvis 31 prosent (31 dager) og 36 prosent (36 dager). Nedgangen i ventetid for medisin og ortopedi var tilnærmet den samme; 12 og 13 prosent.



Figur v2.35 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Øst, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

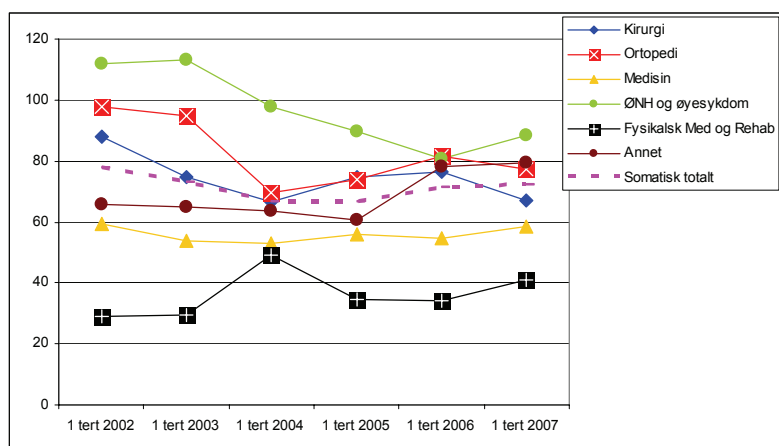
Figur v2.36 viser utviklingen i Helse Øst for andelen ordinært avviklede opphold der pasienten ventet mer enn 6 måneder. Totalt sett var det en nedgang i andelen langtidsventende fra 9 til 7 prosent i regionen. Nedgangen var størst innenfor ØNH og øyesykdommer og fysikalsk medisin og rehabilitering. Mot slutten av perioden har andelen langtidsventende igjen økt noe.



Figur v2.36 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Øst, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

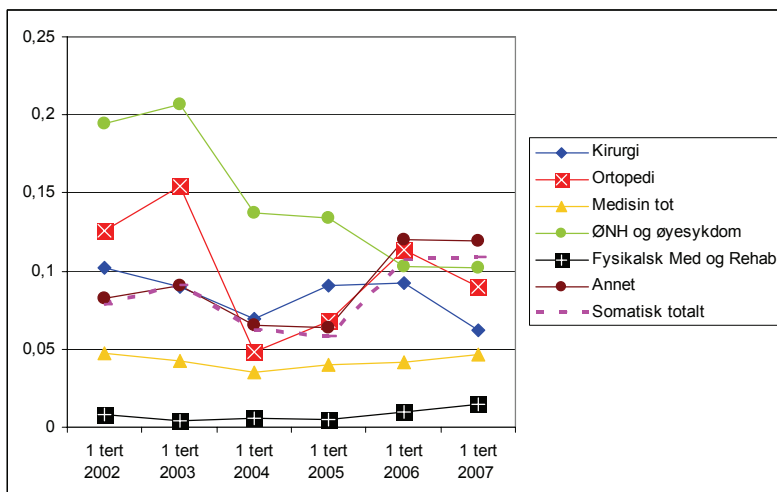
Helse Sør

Til tross for at Helse Sør er den regionen i løpet av perioden som har hatt størst aktivitet, målt både i opphold og DRG-poeng, er det likevel her vi finner den minste nedgangen i samlet ventetid for somatiske spesialisthelsetjenester. Fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 gikk ventetiden kun ned med 6 dager og 7 prosent (figur v2.37). Noe av årsaken er å finne i utviklingen i ventetid for fysikalsk medisin og rehabilitering, som økte med 41 prosent, fra 29 til 41 dager. Med unntak for Helse Nord er nedgangen i ventetiden for kirurgi og ØNH og øyesykdommer også mindre enn i de andre regionene; henholdsvis 24 prosent (21 dager) og 21 prosent (24 dager). Nedgangen for ortopedi er av omtrent samme omfang, med 21 prosent (24 dager), mens ventetiden er uendret for medisinske fagområder. Det var en økning i gjennomsnittlig ventetid fra 1. tertial 2005 til 1. tertial 2007 for fagområdene sett under ett. Det er kun for kirurgi og ortopedi vi ser en nedgang siste år.



Figur v2.37 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Sør, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 (ekskl. Sykehuset i Vestfold HF i 2003).

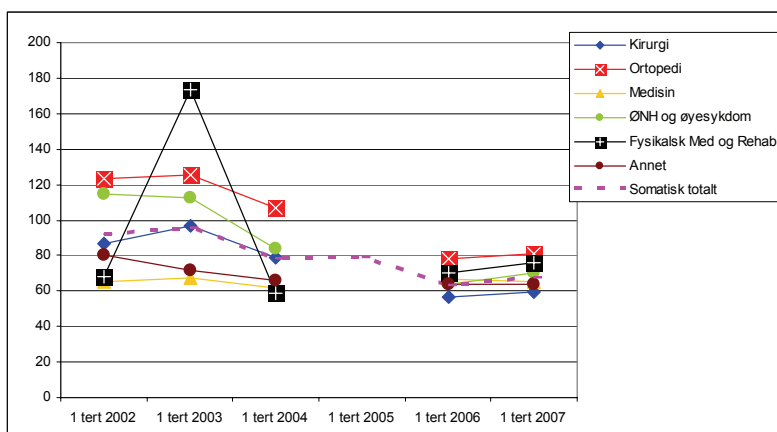
Helse Sør er den eneste regionen som i løpet av perioden opplevde en økning i den totale andelen av avviklede opphold der pasienten ventet lenger enn 6 måneder (figur v2.38). Andelen langtidsventende var nede på 6 prosent både i 2004 og 2005, men mot slutten av perioden økte den til 11 prosent. Dette kan nok dels tilskrives utviklingen innenfor ortopedi: andelen langtidsventende for ortopedisk behandling ble mer enn halvert fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2004, før det igjen var en betydelig økning mot slutten av perioden. Det har også vært en relativt sterk vekst innenfor kategorien "annet". Forøvrig har den sterke utbyggingen av rehabiliteringstilbudet i regionen bidratt til at den naturlig nok utmerker seg med en svært liten andel langtidsventende for fysikalsk medisin og rehabilitering. Det har også vært en betydelig nedgang i andel langtidsventende for ØNH og øyesykdommer.



Figur v2.38 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Sør, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

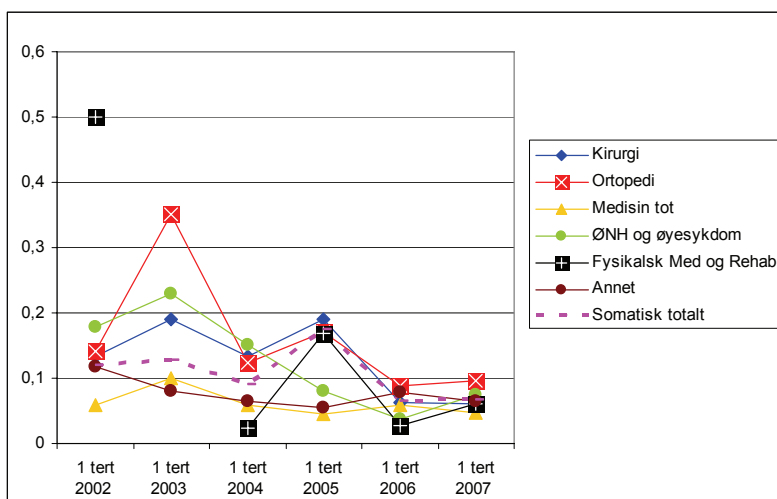
Helse Vest

Nest etter Helse Midt-Norge hadde Helse Vest den største reduksjonen i samlet ventetid (figur v2.39). Befolkningen i Helse Vest har altså fått økt tilgjengelighet til sykehusbehandling selv om regionen hele perioden har ligget under landsgjennomsnittet både når det gjelder ressursinnsats og aktivitet. Nedgangen fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 er på 27 prosent; i faktiske tall er det en endring fra 92 til 67 dager. Den relative nedgangen i ventetid er størst for ØNH og øyesykdommer; mens man gjennomsnittlig ventet på slik behandling i 115 dager i 1. tertial 2002 ventet man kun 70 dager i 1. tertial 2007, noe som tilsvarer en nedgang på 39 prosent. Reduksjonen i ventetid var også betydelig for både kirurgi og ortopedi; henholdsvis 31 prosent (27 dager) og 34 prosent (42 dager). Videre er ventetiden for medisin den samme som i starten av perioden, mens den for fysikalsk medisin og rehabilitering økte med 12 prosent, fra 68 til 76 dager. Den drastiske økningen i ventetid for fysikalsk medisin og rehabilitering fra 68 dager i 1. tertial 2002 til 174 dager i 1. tertial 2003 kan imidlertid tyde på at det er visse problemer med de tilgjengelige data. Det er også generelt grunn til å ta et forbehold ved alle ventetids- og ventelistetall for Helse Vest, i og med at Helse Bergen HF og Helse Førde HF er utelatt hele eller deler av perioden pga. dårlige eller manglende data.



Figur v2.39 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Vest, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 (ekskl. Helse Bergen HF i 2005 og ekskl. Helse Førde HF alle år).

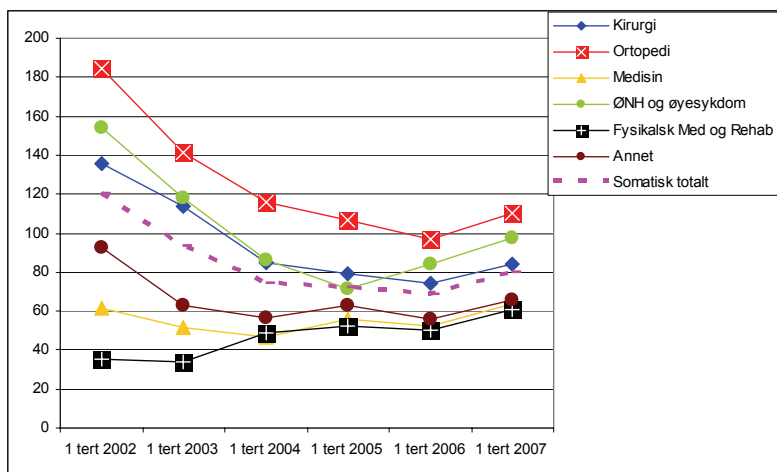
I Helse Vest var det en nær halvering av den totale andelen langtidsventende i perioden; fra 12 prosent ved 1. tertial 2002 til 7 prosent ved 1. tertial 2007 (figur v2.40). Igjen er det imidlertid verdt å minne om at tallene må tolkes med en viss varsomhet pga. datakvaliteten. Ved utgangen av perioden ser det imidlertid ut til at det ikke for noen av fagområdene var flere enn 10 prosent som ventet mer enn 6 måneder for behandling.



Figur v2.40 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Vest, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 (ekskl. Helse Bergen HF i 2005 og ekskl. Helse Førde HF alle år).

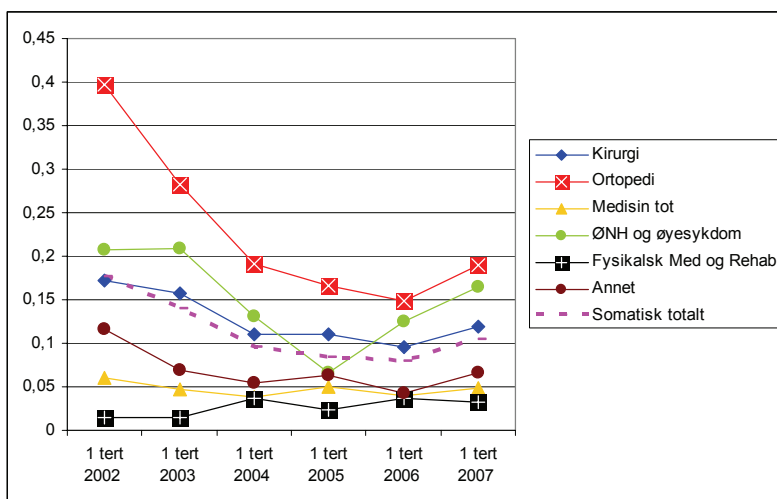
Helse Midt-Norge

Med en nedgang på 33 prosent hadde Helse Midt-Norge den sterkeste reduksjonen av alle regioner i gjennomsnittlig ventetid i løpet av perioden (figur v2.41). Regionen hadde likevel en aktivitet som målt i DRG-poeng var på linje med landsgjennomsnittet, mens den målt i opphold har ligget under landsgjennomsnittet den siste delen av femårsperioden. Det er derfor etter alt å dømme den omfattende "ventelisteryddingen" i regionen som har hatt en såpass klar effekt. I faktiske tall var nedgangen på hele 40 dager; fra 120 til 80 dager. Denne nedgangen har kommet på tross av at regionen hadde den desidert største økningen i fysikalsk medisin og rehabilitering av alle regioner, på hele 70 prosent (25 dager). Årsaken er den vesentlige nedgangen i ventetid både for kirurgi, ortopedi og ØNH og øyesykdommer, på henholdsvis 38 prosent (52 dager), 40 prosent (75 dager) og 37 prosent (57 dager). Spørsmålet er om økningen i samlet ventetid på 11 dager fra 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007 er en pekepinn om at trenden er i ferd med å snu. Fra 2006 til 2007 var det en økning innenfor alle fagområder.



Figur v2.41 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Midt-Norge, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

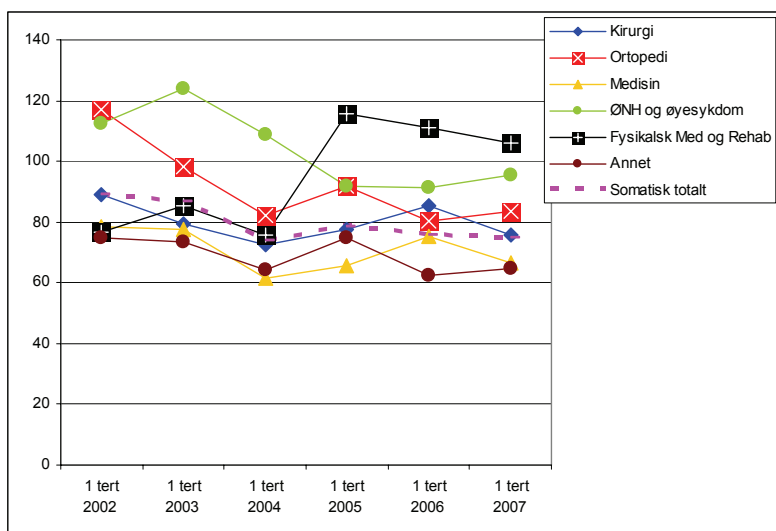
Helse Midt-Norge hadde ved inngangen av perioden klart flest langtidsventende av regionene: andelen av ordinært avviklede opphold der pasienten ventet mer enn 6 måneder var i 1. tertial 2002 på 18 prosent; dvs. dobbelt så mange som neste region (figur v2.42). I løpet av perioden gikk imidlertid andelen ned til 11 prosent, hvilket betyr at det er her vi finner den største nedgangen i antall langtidsventende (når vi ser bort fra Helse Vest). Det er likevel verdt å merke seg at den totale andelen langtidsventende gikk opp i slutten av perioden; fra 8 prosent i 1. tertial 2006 til 11 prosent i 1. tertial 2007. Dette skyldes at det var en økning i andel langtidsventende for alle fagområder unntatt fysikalsk medisin og rehabilitering. Det er også verdt å merke seg at Helse Midt-Norge i 1. tertial 2007 hadde en andel langtidsventende for ortopedisk behandling på 19 prosent, noe som er det dobbelte av de øvrige regionene.



Figur v2.42 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Midt-Norge, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

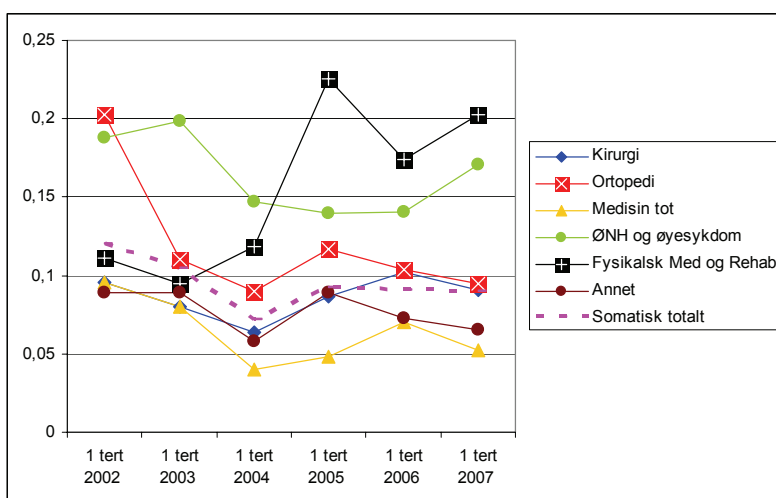
Helse Nord

Helse Nord hadde i hele perioden høyere ressursinnsats og aktivitet enn landsgjennomsnittet, og dette avspeiles i at den samlede gjennomsnittlige ventetiden gikk ned fra 89 til 75 dager, dvs. en nedgang på 16 prosent (figur v2.43). Nedgangen var størst innen ortopedi, der man i 1. tertial 2007 i gjennomsnitt ventet 33 dager færre (29 prosent) enn i 1. tertial 2002. Reduksjonen i ventetid var tilnærmet lik for kirurgi, medisin og ØNH og øyesykdommer, og lå på omtrent 15 prosent. For fysikalsk medisin og rehabilitering ventet man i Helse Nord 38 prosent og 29 dager lengre i 1. tertial 2007 enn i 1. tertial 2002.



Figur v2.43 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede opphold etter fagområde i Helse Nord, alle omsorgsnivåer, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

Andelen langtidsventende gikk i perioden 2002-2004 ned fra 12 til 7 prosent i Helse Nord, og har deretter ligget stabilt på rundt 9 prosent resten av perioden (figur v2.44). Foruten den relativt høye andelen langtidsventende for ØNH og øyesykdommer, er forklaringen å finne innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering: fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007 var det for slik behandling en nær doubling i andelen langtidsventende; fra 11 til 20 prosent.

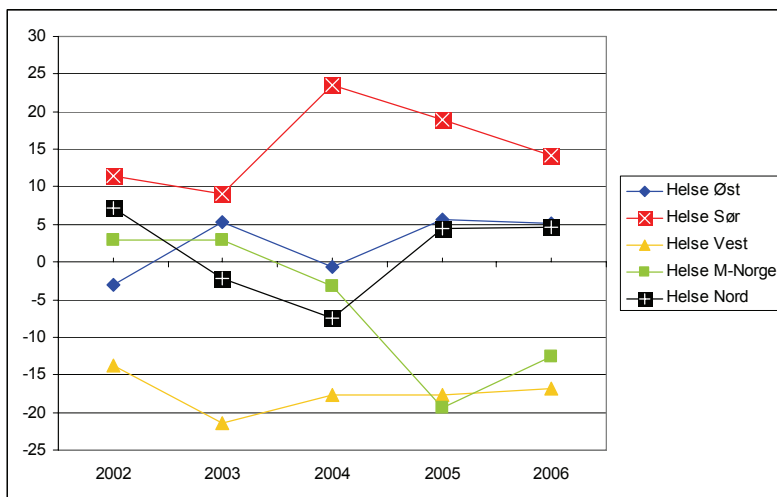


Figur v2.44 Andel av ordinært avviklede opphold med ventetid lenger enn 6 måneder etter fagområde, alle omsorgsnivåer, Helse Nord, 1. tertial 2002 til 1. tertial 2007.

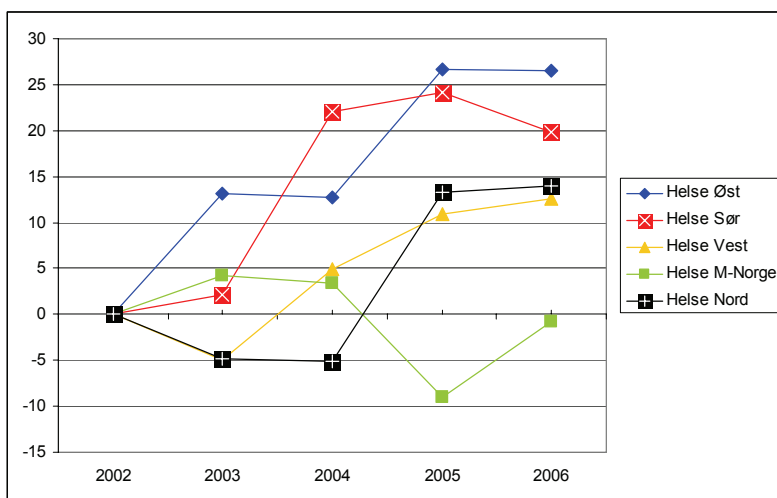
Prioriterte pasientgrupper: KOLS, diabetes og kreft

KOLS

Det var store regionale forskjeller i forbruksratenivå for KOLS ved starten av perioden, og disse er blitt større i løpet av de siste fem årene. Det er først og fremst befolkningen i Helse Sør som utmerker seg med et høyere forbruk enn resten av landet (figur v2.45 og v2.46). Regionen hadde i perioden 2002-2006 en 20 prosents økning i KOLS-behandling, med en særlig markant vekst fra 2003 til 2004. I 2004 lå Helse Sør derfor hele 24 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, mens forskjellen var redusert til 14 prosent ved utgangen av perioden. I motsatt ende finner vi Helse Midt-Norge, som både har hatt et svært lavt nivå i forhold til landsgjennomsnittet fra 2005, og også er eneste region med prosentvis nedgang i forbruket. Helse Vest er den region som har hatt det laveste nivået hele perioden, og har fra 2004 hatt forbruksrater på mellom 16 og 17 prosent under landsgjennomsnittet. Befolkningen både i Helse Øst og Helse Nord hadde ved utgangen av perioden et forbruk av sykehustjenester knyttet til KOLS som lå 5 prosent over landsgjennomsnittet. Dette til tross for at det faktisk var Helse Øst som med en vekst på 26 prosent totalt hadde den største økningen av regionene.



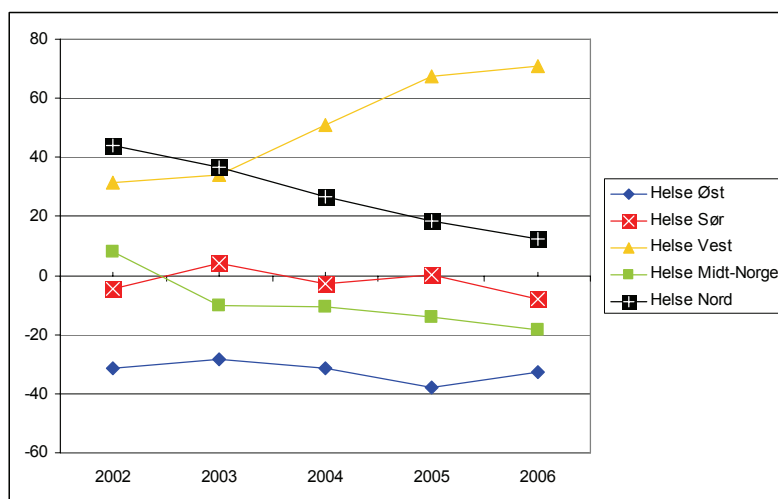
Figur v2.45 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for KOLS per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



Figur v2.46 Prosentvis endring i behandling for KOLS per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

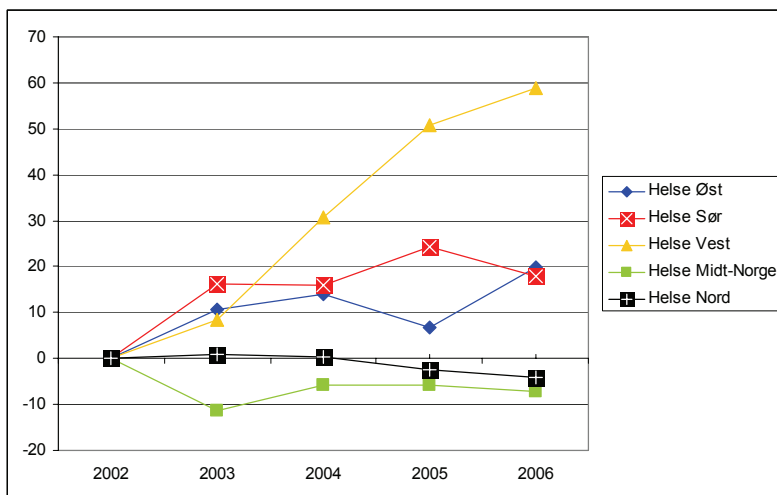
Diabetes

For diabetes er det også store regionale variasjoner å spore. Her er det Helse Vest som skiller seg ut, både når det gjelder diabetes > 35 år og diabetes < 36 år (figur v2.47-2.50). Det må imidlertid tas visse forbehold for tallene fra Helse Vest for diabetes, da de kan skyldes uoverensstemmelser i kodepraksis.⁸³ Det faktum at Helse Vest i 2006 tilsynelatende ligger hele 71 prosent over landsnivået for diabetes > 35 år og 75 prosent over for diabetes < 36 år gir en indikasjon på at tallene ikke umiddelbart er sammenlignbare med de andre regionene. Av de øvrige regionene er det først og fremst Helse Øst som utmerker seg: regionens befolkning har hele perioden hatt en langt lavere rate for begge typer diabetes. For diabetes > 35 år hadde regionen likevel den største økningen av alle regionene (når vi ser bort fra Helse Vest), noe som indikerer et lavt forbruk i utgangspunktet. Helse Midt-Norge og Helse Nord avviker fra landsgjennomsnittet i hver sin retning for diabetes > 35 år; førstnevnte med en differanse på 12 prosent og sistnevnte med en differanse på -18 prosent i 2006. Utviklingen hele perioden sett under ett tyder imidlertid på at Helse Nord gradvis er i ferd med å nærme seg landsgjennomsnittet. For Helse Midt-Norge og Helse Nord er mønsteret i forhold til landsgjennomsnittet det samme også for diabetes < 36 år, med et positivt avvik på 22 prosent for Helse Nord og et negativt avvik på 15 prosent for Helse Midt-Norge ved utgangen av perioden. Helse Sør hadde i 2006 et mindreforbruk på 8 prosent og et merforbruk på 10 prosent i forhold til landsgjennomsnittet for henholdsvis diabetes > 35 år og diabetes < 36 år.

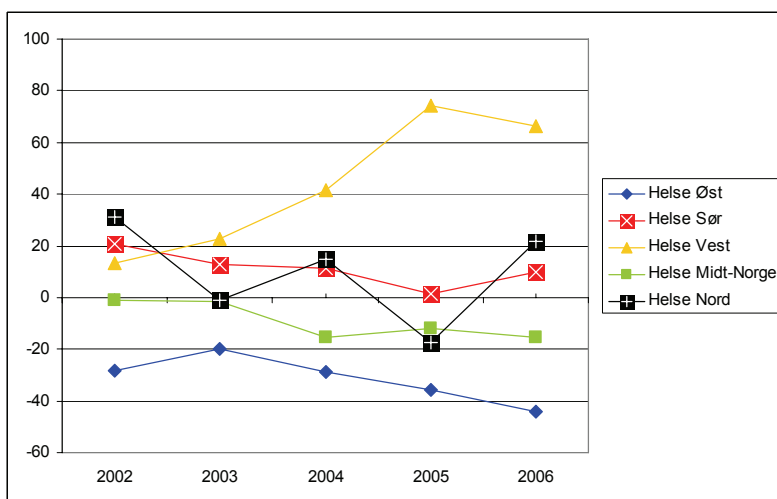


Figur v2.47 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for diabetes > 35 år per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

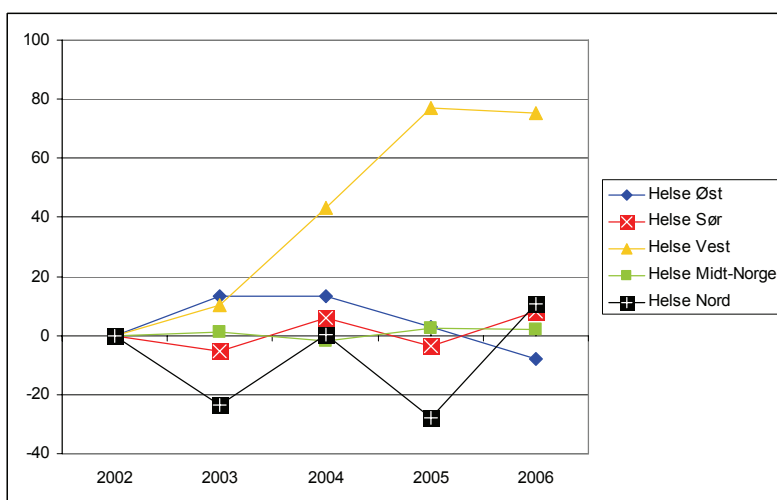
⁸³ I 2006 initierte SINTEF Helses avdeling Pasientklassifisering og finansiering (PaFi) sak overfor Avregningsutvalget pga. ujevn fordeling av opphold i DRG 294: "Diabetes > 35 år" og DRG 295: "Diabetes < 35 år". Det er særlig to sykehus i Helse Vest RHF som skiller seg ut. Helse Vest forklarer at ved det ene sykehuset har det skjedd en organisatorisk endring der en sengepost ved medisinsk avdeling ble lagt ned og pasientene overført til en nyopprettet dagavdeling. Dermed fikk mange av diabetespasientene dagopphold istedenfor døgnopphold. Også ved det andre sykehuset har det skjedd en organisatorisk endring med omlegging fra sengepost til dagpost for pasientgruppen. Det forklarer ifølge Helse Vest økningen i antall dagopphold.



Figur v2.48 Prosentvis endring i behandling for diabetes > 35 år per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



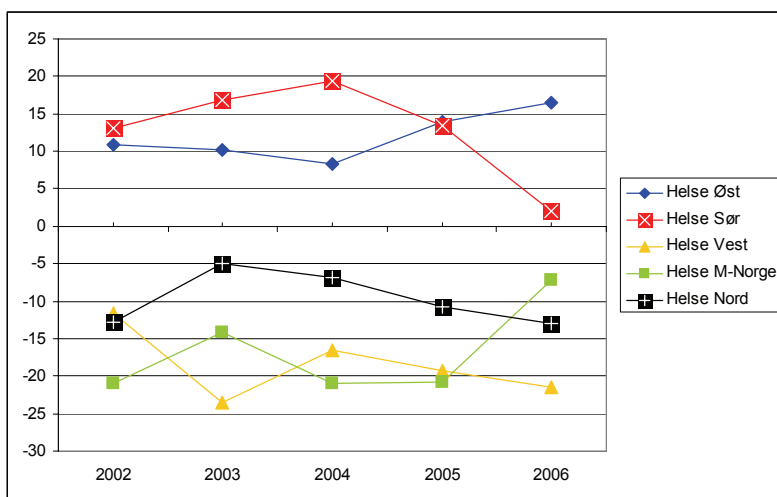
Figur v2.49 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for diabetes < 36 år per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



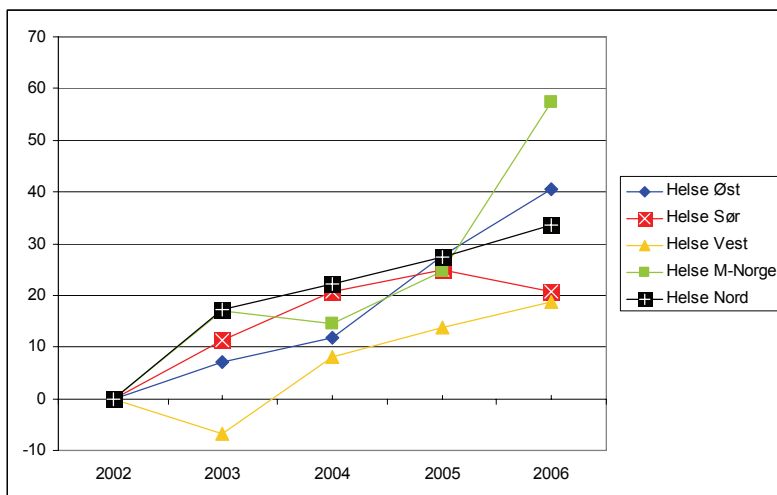
Figur v2.50 Prosentvis endring i behandling for diabetes < 36 år per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

Kreft

Som for de to andre prioriterte pasientgruppene, er det til dels svært store regionale forskjeller også når det gjelder forbruksrater for kreft; både for brystkreft, lungekreft og prostatakreft. Forskjellene er blitt mindre innenfor lungekreft og større innenfor prostatakreft i løpet av perioden. Befolkningen i Helse Midt-Norge hadde i 2006 57 prosent høyere rater for brystkreft enn i 2002, og er dermed den regionen som opplevde den største økningen for denne diagnosen (figur v2.51 og v2.52). Veksten var særlig markant fra 2005 til 2006. At regionen store deler av perioden fram til 2005 likevel har hatt et forbruksnivå nesten 20 prosent lavere enn landet som helhet illustrerer det relativt sett lave nivået i utgangspunktet. I likhet med Helse Midt-Norge har Helse Vest hele perioden hatt et lavere forbruk av behandling for brystkreft; fra 2003 i størrelsesorden 17 til 23 prosent. I motsatt ende finner vi Helse Øst og Helse Sør, som ved starten av perioden hadde et positivt avvik fra landsgjennomsnittet på henholdsvis 11 og 13 prosent. Mens befolkningen i Helse Sør i løpet av perioden har nærmet seg et forbruksnivå på linje med landet generelt, og i 2006 bare ligger 2 prosent over snittet, har utviklingen i Helse Øst gått i motsatt retning, slik at forbruket i 2006 her lå 16 prosent høyere enn landsgjennomsnittet. Befolkningen i Helse Nord har hele perioden hatt et lavere forbruk enn landsgjennomsnittet, og i 2006 tilsvarte avviket 13 prosent. Når det gjelder brystkreft er dermed resultatene presentert her i rimelig overensstemmelse med rapporten fra Kreftregisteret (2004), som konkluderte med at kreftrisikoen generelt er høyere i byer og tettbygde strøk enn i landlige strøk, og at kreftforekomsten er noe høyere i sør enn i nord.

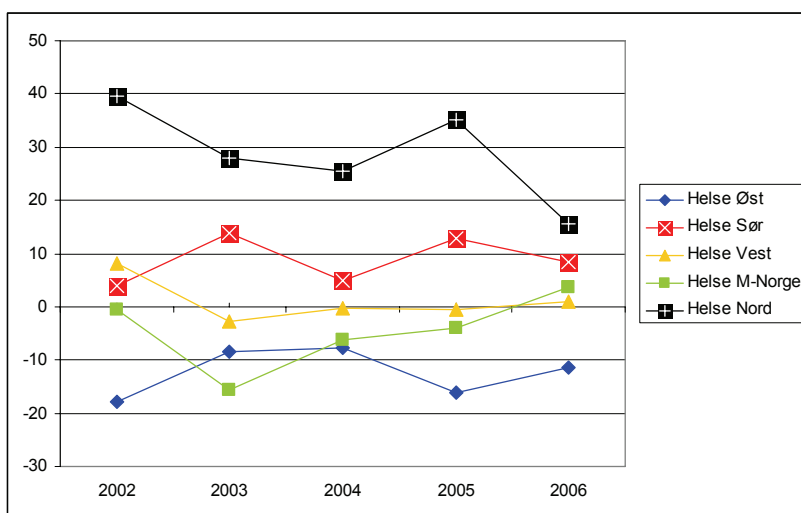


Figur v2.51 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for brystkreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

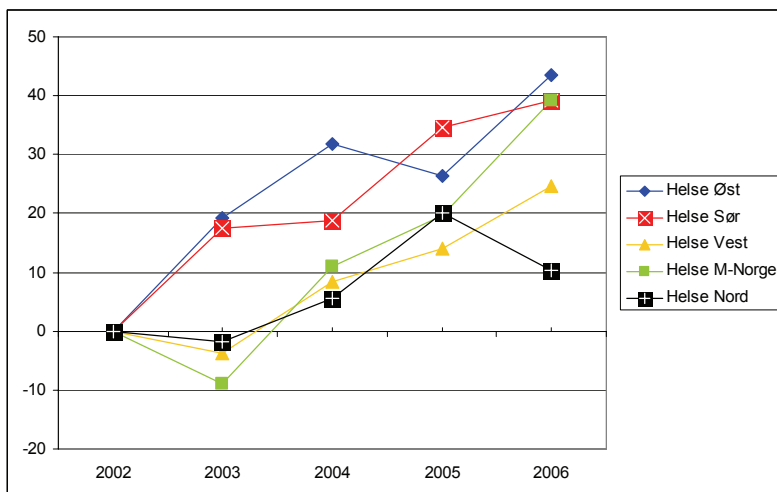


Figur v2.52 Prosentvis endring i behandling for brystkreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

Bildet for lungekreft har til en viss grad vært det motsatte av for brystkreft når det gjelder regional utvikling; her har befolkningen i Helse Nord hatt et langt høyere forbruk enn den øvrige befolkningen, mens innbyggerne i Helse Øst på sin side i mindre grad har benyttet sykehusbehandling for denne diagnosen (figur v2.53 og v2.54). Avviket for Helse Nord var i starten av perioden på hele 40 prosent, men differansen har etter hvert sunket til 15 prosent i 2006. Tilsvarende har forbruket i Helse Øst også gradvis nærmet seg befolkningen generelt, slik at den negative differansen er redusert fra 18 prosent i 2002 til 12 prosent i 2006. Med unntak av det første året i perioden har innbyggerne i Helse Vest hatt et forbruk av behandling for lungekreft på linje med befolkningen generelt, mens det samme gjelder for Helse Midt-Norge fra og med 2005. Helse Sør har hele perioden ligget over landsgjennomsnittet, og hadde i 2006 et avvik på 8 prosent, som innebærer en dobling sammenlignet med starten av perioden. Når det gjelder utviklingen innad i regionene, hadde Helse Sør og Helse Midt-Norge lik økning, på 30 prosent, mens Helse Øst lå noe høyere, med 44 prosent. Helse Vest og Helse Nord hadde i 2006 henholdsvis 25 og 10 prosent høyere rater enn i 2002.

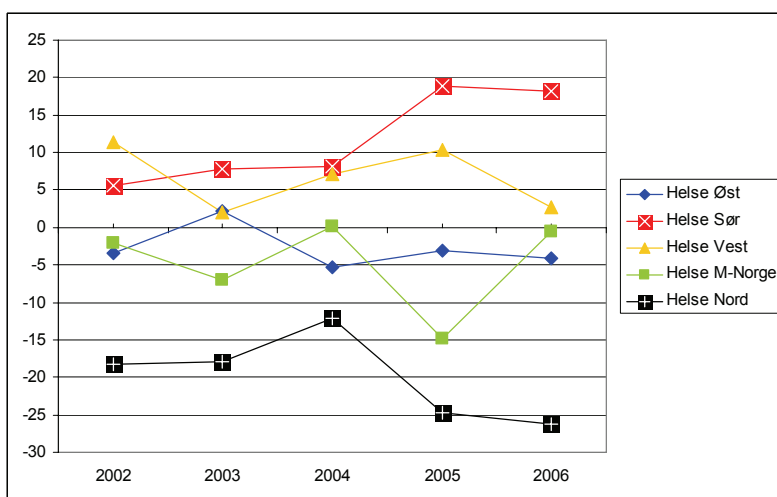


Figur v2.53 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for lungekreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

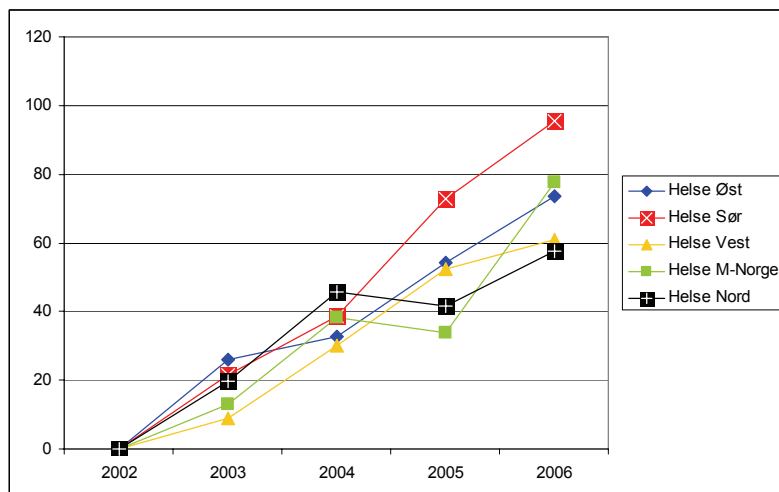


Figur v2.54 Prosentvis endring i behandling for lungekreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

Mønsteret for prostatakraft er det samme som for brystkreft, med et høyere forbruk i sør og et lavere forbruk i nord (figur v2.55 og v2.56). Med en nær dobling i forbruket hadde Helse Sør den største veksten innenfor denne diagnosen, og har hele perioden ligget høyere enn landsgjennomsnittet i rater. Avviket er særlig stort for de to siste årene av perioden, med et avvik som nærmer seg 20 prosent. Helse Nord hadde på sin side med 58 prosent den laveste økningen i rater for prostatakraft, og har hele perioden hatt et lavere nivå enn resten av landet; i 2005 og 2006 et avvik på 25 prosent. Til tross for at Helse Midt-Norge i 2005 hadde en 15 prosent lavere rate og Helse Vest en 10 prosent høyere rate enn landsgjennomsnittet, ligger begge regioner i 2006, sammen med Helse Øst, omtrent på nivå med resten av landet. Helse Øst har hele perioden vært på linje med landsgjennomsnittet for prostatakraft, og avvok på det meste bare med 5 prosent.



Figur v2.55 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i behandling for prostatakraft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.



Figur v2.56 Prosentvis endring i behandling for prostatakreft per helseregion, 2002-2006. Dag- og døgnopphold, kjønns- og aldersstandardiserte rater.

Kvinneperspektivet

Lungekreft

I figur v2.57 og v2.58 presenteres de regionale ratene for kvinners forbruk av lungekreftbehandling for perioden 2002-2006. Som vi ser, er det betydelige forskjeller i behandlingsskapasitet mellom regionene, men disse er blitt noe mindre i løpet av femårsperioden. I 2006 har alle regionene, med unntak av Helse Vest, nærmet seg landsgjennomsnittet.

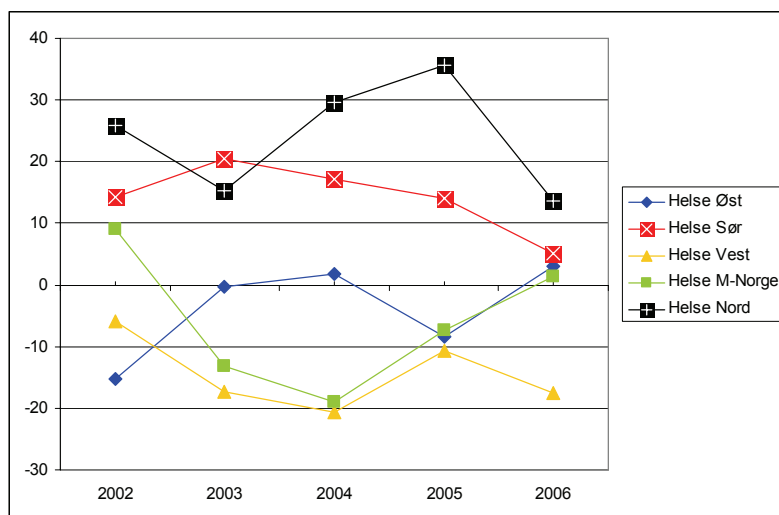
Kvinnene i Helse Nord har mesteparten av perioden hatt et forbruk høyt over landsgjennomsnittet, og hadde på det meste nesten 36 prosent flere opphold per 1 000 innbygger enn landet som helhet. Befolkningen i Helse Nord skiller seg som kjent ut med en langt større andel røykere enn resten av landet, og fra 2002 til 2006 var andelen kvinnelige dagligrøykere i aldersgruppen 16-74 år 23 prosent større enn landsgjennomsnittet i Nordland og 35 prosent større i Finnmark (jf. Folkehelsas fylkesbarometer⁸⁴). Fra 2005 til 2006 var det derimot en betydelig nedgang i forbruksraten, slik at forbruket i 2006 lå kun 14 prosent over gjennomsnittet. Det faktum at forbruksveksten i regionen var den nest laveste av alle regionene tilsier imidlertid at kvinnene i Helse Nord har hatt et forholdsmessig høyt forbruksnivå i utgangspunktet.

Det motsatte mønsteret finner vi i Helse Øst: her har kvinnenes forbruk av lungekreftbehandling store deler av perioden vært i tråd med gjennomsnittet, til tross for at vi her finner en økning i forbruksraten på 84 prosent, noe som er den klart største prosentvise veksten av alle regioner, og mer enn dobbelt så mye som neste region. Her var altså nivået i utgangspunktet forholdsvis lavt.

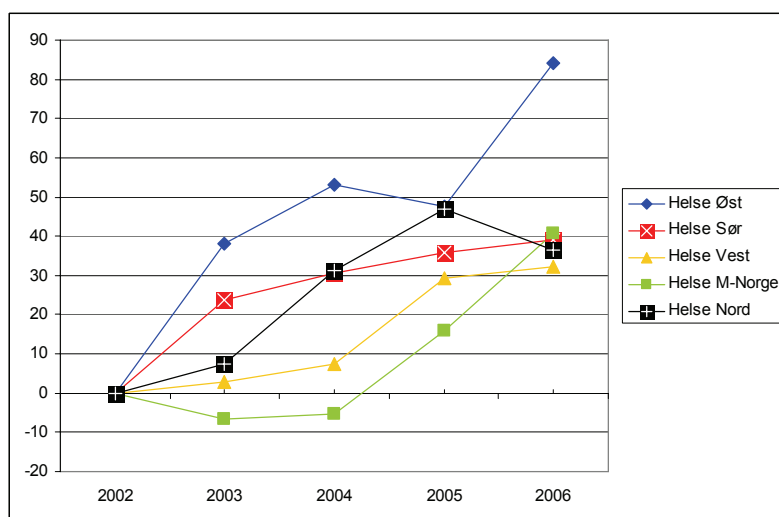
I Helse Midt-Norge lå forbruksraten for kvinner fra 2003 til 2005 på et nivå under landsgjennomsnittet, men i 2006 var kvinners opphold per 1 000 innbygger omtrent på nivå med landet. I Helse Sør har kvinners forbruksrate for lungekreft hele perioden nærmet seg landsgjennomsnittet, fra et 20 prosents positivt avvik i 2003 til bare 5 prosent i 2006. Den relative økningen i opphold for lungekreft per 1 000 innbygger for kvinner var 39 prosent.

⁸⁴ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsaspider/>

Helse Vest skiller seg ut med både lavest nivå og vekst i forbruksrate. Kvinnene i regionen hadde en samlet økning i forbruksrate for lungekreft på 32 prosent, som er den laveste økningen av alle helseregionene. Forbruksraten har dermed også ligget langt under landsgjennomsnittet hele perioden, og i 2006 var avviket på 18 prosent. Dette er i rimelig overensstemmelse med røykemønsteret i regionen i perioden 2002-2006: andelen kvinnelige dagligrøykere i aldersgruppen 16-74 år ligger under landsgjennomsnitt i alle tre fylker (jf. Folkehelsas fylkesbarometer).



Figur v2.57 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i kvinners forbruksrater for lungekreft per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.



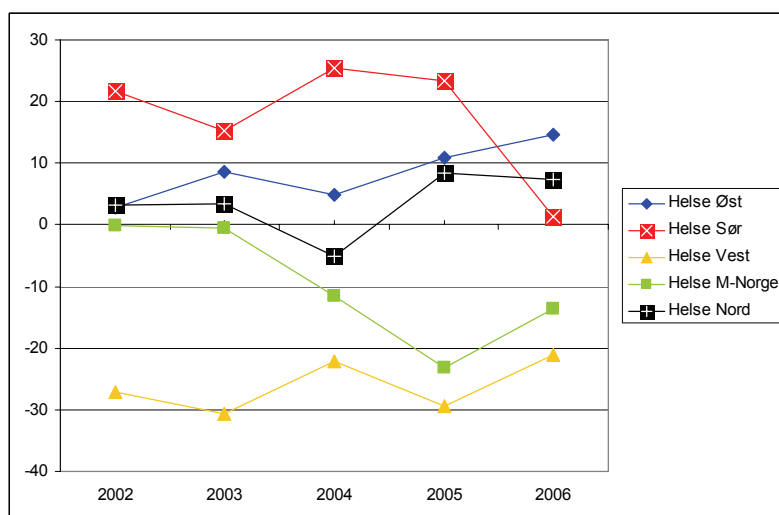
Figur v2.58 Prosentvis endring i kvinners forbruksrater for lungekreft per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.

KOLS

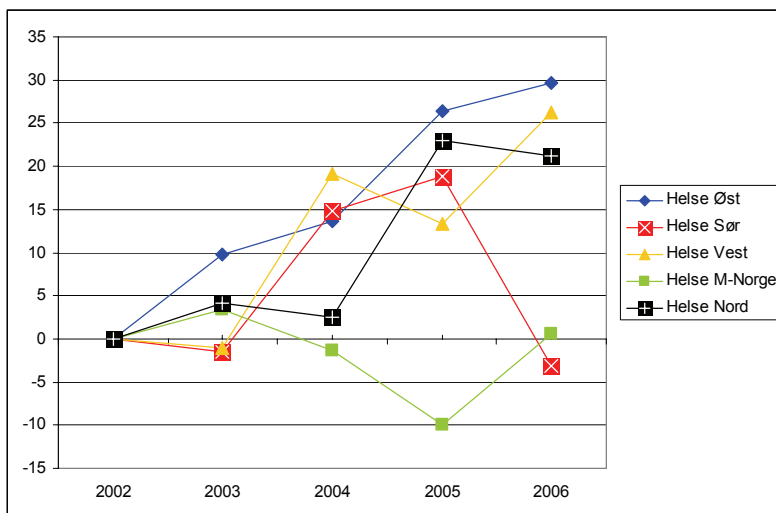
Også når det gjelder KOLS var det store regionale variasjoner i kvinners forbruksrater i 2002, som ble noe redusert i løpet av femårsperioden (figur v2.59 og v2.60). Ved starten av perioden utgjorde Helse Sør og Helse Vest ytterpunktene i forhold til landsnivået; kvinner hadde i førstnevnte region nesten 22 prosent flere opphold per 1 000 innbygger og i sistnevnte region 27 prosent færre opphold. Men der Helse Vest fortsatte hele perioden med å ha det laveste forbruksnivået i forhold til landsgjennomsnittet, lå Helse Sør i 2006 på landsgjennomsnittet. For Helse Sør forklares denne utviklingen av reduksjonen på 3 prosent i forbruksrate fra 2002 til 2006, mens økningen på hele 26 prosent i Helse Vest reflekterer den kvinnelige befolkningens lave forbruksnivå i utgangspunktet.

Kvinnene i Helse Midt-Norge hadde bare marginalt flere opphold per 1 000 innbygger i 2006 enn i 2002, og har dermed fra 2004 ligget godt under snittraten for landet. Tilsvarende var det i Helse Øst en økning på 30 prosent i KOLS-opphold per 1 000 innbygger for kvinner, slik at forbruksraten for kvinner har et gradvis økende avvik fra landsgjennomsnittet, og i 2006 var på 15 prosent.

I de tre første årene av femårsperioden hadde kvinnene i Helse Nord en forbruksrate for KOLS omtrent på nivå med landsgjennomsnittet, men i 2005 og 2006 lå forbruket rundt 8 prosent over. Veksten i forbruksraten for kvinner var 21 prosent.



Figur v2.59 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i kvinners forbruksrater for KOLS per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.



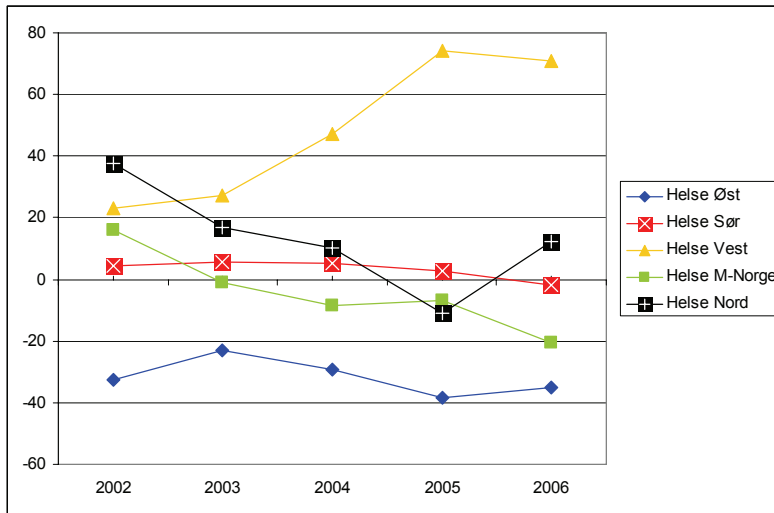
Figur v2.60 Prosentvis endring i kvinners forbruksrater for KOLS per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.

Diabetes

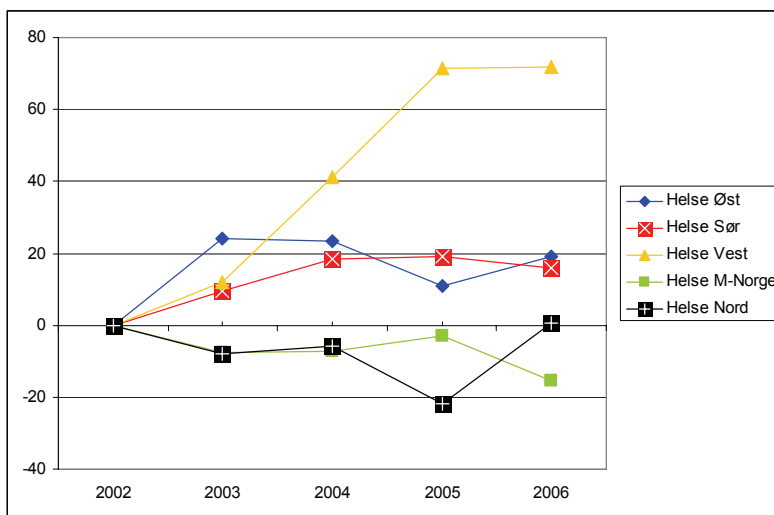
Dersom vi ser bort fra Helse Vest, er de regionale forskjellene i kvinners forbruksrater for diabetes blitt noe mindre fra 2002 til 2005 (figur v2.61 og v2.62). Når det gjelder Helse Vest, er det som nevnt i avsnitt 2.6.2 nødvendig å ta forbehold for tallene for diabetes, da de kan skyldes uoverensstemmelser i kodepraksis (se fotnote 6). Som vi ser, antydes det at kvinner i Helse Vest har hatt et forbruk av diabetes-behandlinger som ligger svært høyt over landsgjennomsnittet. Tilsvarende indikerer tallene en relativ vekst i forbruksrate som avviker svært mye fra utviklingen i de øvrige regionene.

Av de øvrige regionene er det Helse Øst som skiller seg ut, med både det laveste forbruksnivået i forhold til landsnivået i alle de fem årene og den sterkeste veksten i løpet av perioden. Den kvinnelige befolkningen i regionen hadde 19 prosent flere opphold per 1 000 innbygger i 2006 enn i 2002, men hadde likevel et nivå som i forhold til landet lå mellom 23 og 38 prosent lavere. Kvinner i Helse Øst hadde med andre ord et lavt forbruksnivå for diabetes allerede i utgangspunktet. Som kjent henger god forebygging av diabetes sammen bl.a. med godt kosthold og fysisk aktivitet, og muligens kan de lave forbruksratene for diabetes reflektere at befolkningen i regionen stort sett ligger enten på eller under landsgjennomsnittet når det gjelder fysisk inaktivitet i fritiden og gjennomsnittlig kroppsmasseindeks (jf. Folkehelsas fylkesbarometer).

De tre resterende helseregionene – Sør, Midt-Norge og Nord – fulgte fra 2003 til 2005 en noenlunde parallell utvikling, men i 2006 hadde kvinner i Helse Nord et merforbruk i forhold til landet på 20 prosent, mens forbruket i Helse Sør omtrent var på gjennomsnittet og forbruket i Helse Midt-Norge 20 prosent lavere. Totalt økte forbruksraten i Helse Sør med 16 prosent, mens det i Helse Midt-Norge var en nedgang på 15 prosent. I Helse Nord var forbruksraten omtrent uendret hele perioden sett under ett.



Figur v2.61 Utvikling i forhold til landsgjennomsnittet i kvinners forbruksrater for diabetes (DRG 294 og DRG 295 totalt) per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.



Figur v2.62 Prosentvis endring i kvinners forbruksrater for diabetes (DRG 294 og DRG 295 totalt) per helseregion, 2002-2006. Opphold per 1 000 innbygger.