



 Helsedirektoratet

SAMDATA

Spesialisthelsetjenesten 2013

Heftets tittel: Samdata spesialisthelsetjenesten 2013
Utgitt: September 2014
Bestillingsnummer: IS-2194
ISBN-nr. 978-82-8081-321-3
Utgitt av: Helsedirektoratet
Redaktør: Avdelingsdirektør Beate M. Huseby,
Avdeling økonomi og analyse

Forfattere: Beate M. Huseby (red., pasientdata somatikk)
Birgitte Kalseth (pasientdata somatikk)
Inger Johanne Gjøn-Øyen (kostnader og finansiering)
Kari Hårstad Mehus (senger og personell somatikk)
Lars Rønningen (økonomisk resultat, pasientdata somatikk)
Marit Pedersen (kostnader og finansiering)
Marit Sitter (psykisk helsevern for barn og unge)
Sara Marie Nilsen (pasientdata somatikk)
Per Bernhard Pedersen (psykisk helsevern for voksne)
Ragnild Bremnes (kostnader og finansiering)
Solfrid Lilleeng (TSB)
Turi Saltnes (pasientdata somatikk)

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, 7037 Trondheim
Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos:
Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2194

Grafisk design: 07 Media AS
Forside: 07 Media AS
Trykkeri: Andvord Grafisk AS



Forord

Spesialisthelsetjenesten er en stor og betydningsfull del av den offentlige helsetjenesten i Norge. Det bevilges og brukes rundt 120 milliarder årlig for å tilby befolkningen en best mulig spesialisthelsetjeneste. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013 gir informasjon om hva disse pengene brukes til, og hvordan de blir fordelt mellom ulike sektorer og regioner. Rapporten inneholder informasjon om ressursinnsatsen, bruken av tjenestene og utnyttningen av ressursene.

Vår ambisjon er at rapporten skal være til nytte for de som planlegger, vurderer og treffer beslutninger i helse- og omsorgssektoren. For at rapporten til enhver tid skal kunne bidra med relevante styringsindikatorer ønsker Helsedirektoratet en løpende dialog med sektoren om innhold og utforming av rapporten.

For å gi bakgrunnsinformasjon til planarbeidet i spesialisthelsetjenesten inneholder rapporten denne gangen mer langsiktige analyser enn tidligere. Mange av kapitlene i rapporten viser utviklingen i et tiårs-perspektiv og inneholder informasjon om utviklingen i pasientsammensetning, bruk og tilgjengelighet til tjenester, sykehusstruktur og funksjonsfordeling. De nye analysene innebærer at noen tabeller som tidligere har inngått i Samdata er midlertidig tatt ut av rapporten.

Rapporten inneholder tall og analyser på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå for hele spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil grunnlagsdata bli publisert på våre nettsider <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata>.

De pasientdata som brukes i rapporten er innsamlet og kvalitetskontrollert av Norsk Pasientregister (NPR) i Helsedirektoratet. Analyser av data for perioden 2003-2007 er utført i nært samarbeid med Norsk pasientregister. Data for senger, døgn- og dagplasser, kostnader og finansiering er samlet inn av Statistisk sentralbyrå (SSB) og kvalitetssikret og tilrettelagt for SAMDATA sitt formål av Helsedirektoratet. Personelltall og befolkningstall er levert av SSB. Personelltall for poliklinikkene i det psykiske helsevernet og rusbehandling er innsamlet av Helsedirektoratet.

Innledning

Formålet med denne rapporten er å gi svar på mange sentrale og grunnleggende helsepolitiske spørsmål om spesialisthelsetjenesten i Norge. Hvor mye av landets ressurser brukes på spesialisthelsetjenester? Er det noen deler av landet som bruker mer penger på spesialisthelsetjenester enn andre? Hvor mange har vært behandlet på sykehus de siste årene? Er det forskjeller i bruk av sykehus mellom regionene? I hovedsak kan vi si at rapporten fokuserer på to spørsmål;

- Hvilke endringer finner vi i spesialisthelsetjenesten siste år og i siste femårsperiode?
- Hvilke forskjeller er det mellom regioner, foretak og bostedsområder?

Disse spørsmålene er stilt for hvert av de områdene og sektorene som analyseres. Størst forståelse for omfanget og kompleksiteten i spesialisthelsetjenesten får vi imidlertid om vi setter sammen kunnskapen som kommer frem i de ulike kapitlene og ser forskjeller og endringer i kostnader og personell i sammenheng med forskjeller og endringer i aktiviteten.

Årets rapport har en noe annen form enn tidligere og inneholder kapitler som beskriver utviklingen i et tiårsperspektiv for pasientsammensetning, pasientbehandling og bruk av sykehustjenester i relasjon til sykehusstruktur. Vi har også utvidet tidsperspektivet for produktivitetsanalysene (femårsperspektiv) og beskrevet noen forhold som samvarierer med forskjellene mellom helseforetakenes kostnadsnivå. Disse analysene er utarbeidet i.h.t. oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporten har fire deler. I første del av rapporten (kapittel 1-6) gis det en oppsummering av de viktigste resultatene på nasjonalt og regionalt nivå.

I andre del av rapporten settes fokus på somatiske sykehus, og mange av kapitlene inneholder en beskrivelse av utviklingen fra 2003 til 2013.

Del tre i rapporten handler om det spesialiserte psykiske helsevernet, og her viser vi også flere utviklingstall tilbake til 1998, som var utgangspunktet for opptrappingsplanen i psykisk helsevern.

I fjerde del av rapporten beskrives TSB-sektoren i forhold til kapasitet og bruk av tjenestene.

Flere tall er tilgjengelig på <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata>.

Innhold

DEL I: Nasjonale og regionale utviklingstrekk 7

1	NØKKELTALL OG OPPSUMMERING	8
1.1	Oppsummering	8
2	BRUK AV SPESIALISTHELSETJENESTER FRA 2009-2013	22
2.1	Innledning	23
2.2	Hovedtrekk i bruk av spesialisthelsetjenester 2009-2013	23
2.3	Regionale utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten 2009-2013	25
2.4	Bruk av spesialisthelsetjeneste i ulike aldersgrupper	29
2.5	Datagrunnlag	33
3	KOSTNADER I SPESIALISTHELSETJENESTEN	44
3.1	Oppsummering	44
3.2	Datagrunnlag og definisjoner	45
3.3	Nasjonale utviklingstrekk i perioden 2009-2013	47
3.4	Finansiering av spesialisthelsetjenesten	49
3.5	Regionale utviklingstrekk i perioden 2009-2013	50
3.6	Nasjonal utvikling i perioden 2004-2013	58
4	PRODUKTIVITET I SPESIALISTHELSETJENESTEN 2009-2013	61
4.1	Innledning	61
4.2	Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste	62
4.3	Produktivitetsutvikling i psykisk helsevern for barn og unge	65
4.4	Produktivitetsutvikling i psykisk helsevern for voksne	67
4.5	Produktivitetsutvikling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	71
4.6	Datagrunnlag og definisjoner	72
5	KOSTNADER OG FINANSIERING TIL PRIVATE AKTØRER I SPESIALISTHELSETJENESTEN	75
5.1	Innledning	75
5.2	Kostnader til private aktører og avtaleinstitusjoner	76
5.3	Kostnader hos private aktører	77
5.4	Helseforetakenes kjøp hos private aktører	78
5.5	Finansiering av private aktører	79
5.6	Finansiering av kommersielle sykehus	80
5.7	Datagrunnlag og definisjoner	81
6	HELSEFORETAKENES ØKONOMISKE SITUASJON	83
6.1	Regnskapsmessig resultat	83
6.2	Investeringer i varige driftsmidler	85
6.3	Eiendeler og gjeld	87
6.4	Datagrunnlag og definisjoner	90

7	HOVEDTREKK I PASIENTSAMMENSETNING VED SOMATISKE SYKEHUS 2003-2013	94
7.1	Innledning	95
7.2	Datagrunnlag og metode	95
7.3	Befolkningsutviklingen i perioden	96
7.4	Utviklingen i antall pasienter	97
7.5	Utvikling i døgn-, dagopphold og polikliniske konsultasjoner	99
7.6	Utvikling i type behandling og hastegrad	102
7.7	Utvikling i liggetid	104
8	UTVIKLINGSTREKK FOR PASIENTGRUPPER 2003-2013	106
8.1	Bakgrunn og problemstillinger	107
8.2	Datagrunnlag og metode	108
8.3	Pasientgrupper samlet - utviklingstrekk siste 10 år	109
8.4	Kreftpasienter	111
8.5	Hjerte- og hjernekar-sykdommer	114
8.6	KOLS-pasienter	116
8.7	Pasienter med diabetes	118
9	STRUKTURENDRINGER I PASIENTBEHANDLINGEN 2003-2013	123
9.1	Bakgrunn	124
9.2	Datagrunnlag og definisjoner	124
9.3	Resultater på nasjonalt nivå	127
9.4	Resultater på regionalt nivå	130
10	SYKEHUSSTRUKTUR OG UTVIKLINGEN I BRUK AV SYKEHUSTJENESTER 2003-2013	146
10.1	Bakgrunn	147
10.2	Om befolkningsutviklingen og sykehusstruktur	148
10.3	Datagrunnlag og definisjoner	149
10.4	Utviklingen i døgn- og dagbehandling etter sykehusstruktur.	150
10.5	Utviklingen i akuttbehandling etter sykehusstruktur.	152
10.6	Vanlige lokalsykehusfunksjoner innen akutt indremedisin	155
10.7	Utviklingen i kirurgisk behandling etter sykehusstruktur	155
10.8	Utviklingen i behandling for ikke-smittsomme sykdommer etter sykehusstruktur	157
10.9	Befolkningsutvikling og sykehusbruk etter sykehusstruktur fram mot 2030	159
11	PERSONELL OG SENGER 2003-2013	176
11.1	Nasjonale utviklingstrekk	176
11.2	Regionale utviklingstrekk	177
11.3	Datagrunnlag og definisjoner	178
12	AKTIVITET OG KOSTNADER I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE 2012 - 2013	186
12.1	Nasjonale og regionale utviklingstrekk	186
12.2	Regionale og lokale utviklingstrekk	187
12.3	Datagrunnlag og definisjoner	188

13	FAKTORER ASSOSIERT MED KOSTNADSNIVÅET I SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE	202
13.1	Innledning	202
13.2	Datagrunnlag, definisjoner og metode	203
13.3	Kostnadsnivå og akuttberedskap	204
13.4	Kostnadsnivå og geografi	206
13.5	Kostnadsnivå og behandlingsprofil	207

DEL III: Psykisk helsevern **211**

14	PERSONELLINNSATS - PSYKISK HELSEVERN	212
14.1	Regionale utviklingstrekk	214
14.2	Datagrunnlag og definisjoner	214
14.3	Personellinnsats i det psykiske helsevernet 2012-2013	215

15	DØGNPLASSER I DET PSYKISKE HELSEVERNET	220
15.1	Nasjonale utviklingstrekk	220
15.2	Regionale utviklingstrekk	221
15.3	Datagrunnlag og definisjoner	221

16	BRUK AV TJENESTER I DET PSYKISKE HELSEVERNET	224
16.1	Nasjonale utviklingstrekk	224
16.2	Regionale utviklingstrekk	226
16.3	Datagrunnlag og definisjoner	226

17	PRODUKTIVITET I PSYKISK HELSEVERN	237
17.1	Nasjonale og regionale utviklingstrekk 2012 - 2013	237
17.2	Datagrunnlag og definisjoner	240
17.3	Kostnadsnivå og produktivitetsutvikling i det psykiske helsevernet for barn og unge	242
17.4	Kostnadsnivå og produktivitetsutvikling i det psykiske helsevernet for voksne	245

DEL IV: TSB **251**

18	KAPASITETEN I TSB	252
18.1	Nasjonale utviklingstrekk	252
18.2	Regionale utviklingstrekk	255
18.3	Datagrunnlag og definisjoner	258
18.4	Kapasiteten i TSB-oversiktstabeller	260

19	BEFOLKNINGENS BRUK AV TSB	263
19.1	Nasjonale utviklingstrekk	263
19.2	Regionale utviklingstrekk	264
19.3	Datagrunnlag og definisjoner	265
19.4	Befolkningens bruk av TSB 2012-2013	267



DEL I

Nasjonale og regionale utviklingstrekk



1

Nøkkeltall og oppsummering

Fra 2003 til 2013 har befolkningen i Norge økt med ca 530 000 innbyggere. For at tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester skulle opprettholdes gjennom perioden, må omfanget av tjenester og ressurser ha økt omtrent tilsvarende det tilbudet av spesialisthelsetjenester som Oslo hadde i 2003. Analysene i denne rapporten indikerer at aktivitetsøkningen og ressursveksten totalt sett har vært på omtrent samme nivå som befolkningsveksten, men det har vært en dreining fra døgnbehandling til poliklinisk behandling. I psykisk helsevern ser vi også at ressursbruken per opphold går ned for døgnvirksomheten, men øker for poliklinikkene. Innen somatisk behandling påvises det økt produktivitet de siste fem årene og noe lavere kostnadsvekst enn befolkningsvekst. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det vært en uttalt opptrapping i første del av perioden som gav økte ressurser og økt aktivitet, men veksten for psykisk helsevern avtok etter opptrappingsplanens slutt og opphører i slutten av perioden.

De neste ti årene fortsetter veksten i befolkningen med tilsvarende omfang (ca 550 000¹) og vil gi en annen og eldre alderssammensetning i befolkningen. Veksten vil imidlertid variere mellom regioner og bostedsområder. Å sørge for at hele befolkningen i Norge skal ha god tilgang til spesialisthelsetjenester av god kvalitet vil derfor gi både ressursmessige og organisatoriske utfordringer. De siste ti årene har strukturen i pasientbehandlingen totalt sett vært overveiende stabil, men kirurgisk akuttbehandling har blitt mer sentralisert, særlig for høyt spesialiserte behandlinger. Tilgjengeligheten til tjenester innen både kirurgisk og medisinsk behandling ser likevel ut til å være opprettholdt i lokalsykehusområdene. Stram styring av spesialisthelsetjenesten har gitt stadig bedre økonomisk resultat, har bidratt til økt produktivitet i somatiske sykehus og nedgang i kostnader per utskrivning i psykisk helsevern i siste femårsperiode.

1.1 Oppsummering

Hovedtrekk i aktivitetsutviklingen siste fem år

Siste femårsperiode kjennetegnes av stor grad av stabilitet i bruken av helsetjenester på nasjonalt nivå, men nedgang i innleggelser og økt bruk av polikliniske tilbud.

I årene 2009 til 2013 har veksten i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten i hovedsak fulgt veksten i befolkningen. Det har vært en økning i faktisk antall pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten i 2013 sammenlignet med 2009, men antall tjenestebrukere per innbygger har vært stabil i hele perioden, både i somatikk², psykisk helsevern³ for voksne og for

-
- 1) SSBs midlere alternativ for befolkningsvekst (MMMM – middels fruktbarhet, middels levealder, middels innenlands flytting og middels nivå av innvandring).
 - 2) For somatisk sektor er ikke antall pasienter behandlet hos private avtalespesialister inkludert. På nasjonalt nivå utgjør konsultasjoner hos private avtalespesialister 25 prosent av den polikliniske aktiviteten.
 - 3) Pasientratene for psykisk helsevern inkluderer pasienter i både offentlige institusjoner og hos private avtalespesialister.

barn og unge. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er antall pasienter totalt kun beregnet for 2013.

I 2013 hadde cirka 36 prosent av befolkningen minst én kontakt med den somatiske spesialisthelsetjenesten. 4,3 prosent av den voksne befolkningen og 5,1 prosent av alle barn og unge hadde kontakt med psykiske helsevernet, mens godt under 1 prosent av den voksne befolkning fikk oppfølging av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) for sin avhengighet av rusmidler eller spill.

Totalt sett kan vi anta at minst to millioner mennesker⁴, eller cirka 40 prosent av befolkningen, var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2013. Det ble gjennomført nesten en million innleggelser hvor pasientene til sammen hadde over 5 millioner oppholdsdøgn. I tillegg ble det utført over 8 millioner dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner, samt at nesten 1,8 millioner offentlig finansierte spesialistkontakter innen somatisk sektor ble utført av private avtalespesialister.

I absolutte tall har det vært en vekst på omtrent 100 000 pasienter fra 2009 til 2013. Aktiviteten har økt med unntak av antall oppholdsdøgn i institusjon (-9 prosent).

Aldersprofilen innen psykisk helsevern, rusbehandling og somatiske sykehus er ulik. Innen psykisk helsevern og TSB er 50-60 prosent av ressursene knyttet til personer i alderen 20-39 år, mens tilsvarende andel for somatiske sykehus er 14 prosent. Kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste er aller mest vanlig for jenter i alderen 15-19 år (ca 10 prosent) og for gutter mellom 10 og 14 år (ca 8 prosent). Blant voksne synker andelen personer med alder. I somatiske sykehus kan nærmere 50 prosent av ressursene knyttes til pasienter over 60 år.

Aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten er nærmere beskrevet i:

- Kapittel 2: Aktivitet i spesialisthelsetjenesten på regionalt nivå 2009-2013

- Kapittel 7-8: Utviklingen i pasientsammensetning fra 2003 til 2013
- Kapittel 9-10: Endringer i sykehusstruktur ved pasientbehandling og bruk av sykehus 2003-13
- Kapittel 12: Aktivitet og kostnader i helseforetakene 2012-13
- Kapittel 16: Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet
- Kapittel 19: Befolkningens bruk av TSB

Utviklingen i pasientsammensetningen fra 2003 til 2013 (somatiske sykehus)

Målt per innbygger, viser det generelle bildet av utviklingen i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester de siste ti år en reduksjon i døgnvirksomheten og en økning i poliklinisk virksomhet. Det har vært en betydelig nedgang i liggetid ved døgnbehandlingen, og andelen døgnopphold for øyeblikkelig hjelp har økt fra 68 til 71 prosent.

På hovedgruppenivå er endringene i pasientsammensetningen i sykehus små og pasientgrupper som hadde et stort volum i 2003 hadde også det i 2013. Utviklingstrenden varierer likevel noe mellom ulike pasientgrupper og for enkelte grupper finner vi større grad av stabilitet i døgnaktiviteten enn for andre.

For kreftpasienter har utviklingen gått i samme retning som hovedtrenden. Antall kreftpasienter per innbygger er ganske stabilt de siste fem år, men det er en tydelig nedgang i døgnopphold og liggedager per innbygger, samt en vekst i poliklinisk virksomhet og kjemoterapi. Kirurgiens andel av døgnaktiviteten har økt og det har vært en vedvarende nedgang i gjennomsnittlig liggetid for alle de krefttypene som er analysert.

Stabilt nivå av pasienter per innbygger finner vi også for hjerte- og hjernekarsykdommer de siste fem år. For denne pasientgruppen har også omfanget av døgnopphold per innbygger vært relativt stabilt, og for pasienter med atrieflimmer/-flutter har det vært en økning i raten for døgnopphold og liggedager. Døgnoppholdenes varighet reduseres imidlertid gjennom hele perioden for hjerte- og

4) Antall pasienter er sum pasienter innen hver sektor. Samme pasient inkluderes to ganger hvis hun/han har vært i kontakt med både somatiske sykehus og psykisk helsevern. I tillegg er 893 983 pasienter som har konsultert private avtalespesialister ikke inkludert. Mange av disse vil også ha kontakt med sykehusene og vi kan derfor ikke beregne eksakt hvor mange unike pasienter som kommer i tillegg til antall pasienter inkludert i figuren. Innen TSB er 2013 det første året hvor komplettheten er god nok til at vi kan få pålitelige tall for antall pasienter.

hjernekar sykdommer samlet, mens for hjerneslag-pasienter kommer det en reduksjon i liggetid først mot slutten av perioden.

For KOLS-pasienter er både pasienter og døgnopphold per innbygger ganske stabilt i de årene vi har sammenlignbare tall for. Men også KOLS-pasienter har hatt en reduksjon i liggedager og i gjennomsnittlig liggetid. Polikliniske konsultasjoner for denne pasientgruppe øker mindre enn det vi ser for andre grupper.

Antall diabetes-pasienter (type 1 og 2) i sykehus per innbygger er også stabilt de siste fem år. Denne gruppen har i tillegg et tilnærmet uendret nivå i døgnopphold per innbygger, hvilket også gjelder type 2-pasienter. Den markerte nedgangen i liggedager per innbygger og gjennomsnittlig liggetid som vi ser for en del andre pasientgrupper, er ikke like tydelig for pasienter med type 2-diabetes. Men veksten i polikliniske konsultasjoner er også gjeldende for denne gruppen.

I tiårsperioden har det vært en betydelig vekst i dagopphold for dialyse (55 prosent økning per innbygger) og en dobling av konsultasjoner for kjemoterapi per 1000 innbyggere.

Den langvarige trenden med kortere liggetid gjenfinner man for alle pasientgrupper som er analysert og det er i hovedsak en økning i andelen opphold med kort liggetid (ofte opp til 4 liggedager) og nedgang i andel opphold med lang liggetid (10 liggedager eller mer). Gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene har blitt redusert i hele perioden 2003–2013, men styrken på reduksjonene varierer mellom pasientgruppene.

Pasienter i aldersgruppen 50–66 år i de utvalgte pasientgruppene har i hovedsak stabil bruk av sykehustjenester de siste 10 årene. For aldersgruppene 67–79 år og 80 år og eldre varierer utviklingstrekkene noe mellom pasientgruppene, med bl.a. redusert døgnoppholdsrate for hjerte/hjernekar for begge aldersgrupper og økt rate for de eldste KOLS-pasientene.

Utviklingen i pasientsammensetning de siste ti år er nærmere beskrevet i kapittel 7 og kapittel 8. Kapittel 7 viser hovedtallene for utviklingen, mens kapittel 8 analyserer spesifikke pasientgrupper.

Strukturendringer i pasientbehandlingen 2003–2013 (somatiske sykehus)

For dag- og døgnopphold totalt, har sykehusstrukturen vært overveiende stabil i perioden fra 2003 til 2013. Lokalsykehusenes andel av oppholdene var 24–25 prosent gjennom hele perioden og de høyt spesialiserte sykehusenes andel var mellom 34 og 36 prosent. Vi finner noe økning i de middels spesialiserte sykehusenes andel av pasientbehandlingen de senere årene, fra 34 prosent i 2005 til 37 prosent i 2013. Økningen kan bl.a. knyttes til økt omfang av pasientbehandling ved Universitetssykehuset i Akershus på bekostning av OUS. De private kommersielle sykehusenes andel av behandlingene var 3 prosent i både 2003 og 2013.

Fra 2003 til 2013 har lokalsykehusenes andel av medisinsk akuttbehandling også vært omtrent uendret, men for spesifikke pasientgrupper (fødsler, diabetes type II), samt kirurgisk akuttbehandling finner vi større endringer.

Fødselsomsorgen har blitt mer konsentrert til de høyt spesialiserte og middels spesialiserte sykehusene. Endringene kommer særlig tydelig frem i Helse Midt-Norge hvor St. Olavs hospital har økt sin andel av fødslene gjennom hele perioden og i Helse Sør-Øst fra 2011 til 2013. Fra 2011 har Oslo Universitetssykehus økt sin andel av fødslene i Helse Sør-Øst.

Det var like mange behandlingssenheter for kirurgisk akuttbehandling i 2013 som i 2003, men de høyt spesialiserte sykehusene økte sin andel av behandlingene på bekostning av lokalsykehusene.

Vi finner også en tydelig sentralisering av høyt spesialiserte operasjoner for endetarmskreft, operasjoner for pankreaskreft og kreft i spiserøret. Noen mindre eller middels spesialiserte prosedyrer har også økt sentralisering; operasjoner av åreknuter, grå stær og lumbalt skiveprolaps. For disse øker de høyt spesialiserte sykehusenes andel av behandlingene.

Ved operasjoner av tykktarmskreft og brystkreft øker de middels store sykehusenes andel av behandlingene gjennom perioden, mens lokalsykehusene øker sin andel av primære hofte- og kneproteseoperasjoner, kolecysektomier og opphold for diabetes-behandling. De høyt

spesialiserte sykehusenes andel av diabetes-behandling faller fra 33 til 22 prosent gjennom perioden. Private kommersielle sykehus øker sin andel av andre operasjoner på kne og legg, samt åreknuteoperasjoner.

Når det gjelder *bruk av sykehustjenester* for pasienter som bor i lokalsykehusområder finner vi imidlertid ingen vesentlige skift fra 2003 til 2013. I både 2003 og 2013 er nivået av dag- og døgnopphold per 1000 innbyggere noe høyere i lokalsykehusområder enn i bostedsområder med middels eller høyt spesialiserte sykehus⁵. Bruken av polikliniske konsultasjoner er omtrent like høy i lokalsykehusområdene som i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus.

Fra 2003 til 2013 har bruk av sykehustjenester for befolkningen i lokalsykehusområdene fulgt den samme utviklingen som bostedsområder med middels spesialiserte sykehus. Dette gjelder døgn- og dagopphold, polikliniske konsultasjoner, akutt medisinsk og kirurgisk behandling, fødsler og en rekke mer spesifikke behandlinger som her er analysert.

For bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus⁶ avviker utviklingen noe. I disse bostedsområdene er nivået av døgnopphold på samme nivå i 2013 som i 2003, mens ratene for dagbehandling⁷ har gått noe ned. I lokalsykehusområdene varierer nivået mellom regionene i dag- og døgnopphold, mens de regionale forskjellene mellom høyt spesialiserte områder er mindre.

I motsetning til lokalsykehusområder og bostedsområder med middels spesialiserte sykehus, har befolkningen i høyt spesialiserte sykehus også hatt noe økning i opphold for akutt medisinsk behandling. Akutt kirurgisk behandling går ned i alle områder, men flere av de kirurgiske behandlingene som er analysert indikerer et lavere nivå for befolkningen som tilhører de høyspesialiserte sykehusene enn for befolkningen i lokalsykehusområder og bostedsområder med middels spesialiserte sykehus. Dette gjelder også for kirurgisk behandling totalt.

Det er regionale forskjeller både i bruk av sykehustjenester, i befolkningens alderssammensetning og i forventet vekst i befolkningen. Selv om dagens nivå i bruk av sykehustjenester per innbygger holdes stabilt, vil disse forskjellene føre til at behovet for sykehustjenester i årene framover vil variere mellom ulike deler av landet. Ettersom befolkningsveksten forventes å bli sterkere i de store byene enn i områder med lavere befolkningstetthet, er disse forskjellene også knyttet til sykehusstruktur. Totalt sett vil den forventede befolkningsutviklingen medføre at behovet for vekst i sykehustjenester vil bli noe lavere i lokalsykehusområdene enn i bostedsområder med middels eller høyt spesialiserte sykehus.

Strukturendringer i pasientbehandlingen og utviklingen i bruk av sykehustjenester etter sykehusstruktur er nærmere beskrevet i kapittel 9 og 10.

Utviklingen i aktivitet siste år

I statsbudsjettet for 2013 var det lagt opp til en total aktivitetsvekst knyttet til Innsatsstyrt finansiering (ISF) på om lag 1,7 prosent og vekst i poliklinisk aktivitet (herunder psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi) på 6,5 prosent. Det ble trukket ut midler knyttet til økt pasientbehandling i kommunene (kommunalt akutt døgntilbud) tilsvarende 0,8 prosent, og den forventede veksten i den innsatsstyrte finansieringen var dermed 0,9 prosent. Den faktiske veksten i ISF ble beregnet til å være 0,8 prosent, dvs. 0,1 prosent lavere enn styringsmålet. Veksten i aktivitet gjaldt i hovedsak behandling som ikke inngikk i grunnlaget for kommunal medfinansiering (KMF), men dette skyldes også relative endringer i kostnadsvektene for 2013.

Datagrunnlaget for Samdata (Norgesfila) er noe mer omfattende enn for ISF, men den ukorrigerte veksten i DRG-poeng var også her 0,8 prosent fra 2012 til 2013. På grunn av systemendringer og økte kostnadsvekter i sykehusbehandlingen, korrigeres imidlertid DRG-poengene ned til 0,5 prosent vekst i 2013.

For første gang siden 1998 (eller tidligere) var det en faktisk nedgang i antall utskrivinger innen det psykiske

5) Data er standardisert for kjønn og alder.

6) Oslo, Haukeland-området, St. Olavs-området og UNN-området.

7) Dette gjelder dagbehandling inklusive dagkirurgi, men eksklusive dialyse, kjemoterapi, strålebehandling og rehabilitering.

helsevernet for voksne siste år. Nedgangen var på omtrent 1200 utskrivinger og 2,3 prosent. Det var også en faktisk nedgang i antall pasienter som mottok behandling (-0,4 prosent), inklusive tall fra private spesialister. Polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne økte imidlertid med 5,9 prosent.

I det psykiske helsevernet for barn og unge var det også en svak, men faktisk nedgang i antall pasienter i 2013 (-0,6 prosent). Nedgangen gjelder både offentlige institusjoner⁸ og hos avtalespesialister. I løpet av siste femårsperiode har det likevel vært en økning i dekningsgraden (pasienter per 100 innbygger 0-17 år). Antallet polikliniske konsultasjoner med refusjon økte med 4,4 prosent.

I løpet av 2013 har 8 552 pasienter mottatt døgntil behandling i TSB. Dette er en nedgang på 2 prosent fra 2012. Antall oppholdsdøgn er redusert tilsvarende, mens antall innleggelser er uendret. De regionale forskjellene i døgntil behandling er blitt mindre i løpet av det siste året.

Antall polikliniske konsultasjoner har økt med 4 prosent i løpet av siste år. Den refusjonsberettigede virksomheten, som utgjør 88 prosent av all poliklinisk virksomhet i TSB i 2013, har økt med 8 prosent.

Kostnadsutviklingen

- Fra 2004 til 2013 var kostnadene per innbygger til spesialisthelsetjenester stabile (0,7 prosent).
- Fra 2009 til 2013 falt kostnadene per innbygger til spesialisthelsetjenesten med 1,1 prosent.
- Fra 2012 til 2013 ble kostnadene per innbygger til spesialisthelsetjenesten redusert med 0,7 prosent. I tre av fire regioner var veksten i befolkning sterkere enn veksten i kostnader til spesialisthelsetjenesten.

I 2013 var de totale driftskostnadene til spesialisthelsetjenesten⁹ knappe 120 mrd kroner. Dette tilsvarer 23 406 kroner per innbygger, og representerer en realvekst på 4,0 prosent fra 2009 til 2013. Korrigeret for veksten i befolkningen i samme periode, falt kostnadene med 1,1 prosent i femårsperioden. Nedgangen kan knyttes til

utviklingen i Helse Sør-Øst og gjelder særlig somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern for voksne.

Siste år, hadde tre av fire regioner høyere vekst i befolkningen enn i kostnadene til spesialisthelsetjenesten. I femårsperioden hadde Helse Vest og Helse Midt-Norge noe økning i kostnader per innbygger, mens Helse Nord hadde uendret nivå og Helse Sør-Øst hadde nedgang.

Fra 2004 til 2013 har kostnader til spesialisthelsetjenesten hatt en realvekst på 11,7 prosent. Befolkningsveksten i samme perioden var på knappe 11 prosent, og de totale kostnadene per innbygger økte dermed med 0,7 prosent for perioden samlet. Dette endringstallet er korrigeret for kostnadsvekst som skyldes nye oppgaver i perioden. Veksten knyttes til økte kostnader til ambulanse, pasienttransport, psykisk helsevern og rusbehandling. For somatiske spesialisthelsetjenester er kostnad per innbygger reelt 3,5 prosent lavere i 2013 enn i 2004 når det korrigeres for nye oppgaver og finansieringsansvar.

Kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten beskrives nærmere i kapittel 3.

Økt produktivitet i femårsperioden

Produktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste har økt med nær fem prosent fra 2009 til 2013. Utviklingen drives av en vekst i aktiviteten på drøyt fem prosent fulgt av stabile kostnader. I samme periode har sengetallet gått ned med 9 prosent, og gjennomsnittlig liggetid i helseforetakene har blitt redusert med 11 prosent.

Veksten i produktivitet gjelder alle de fire regionene og har omtrent samme nivå (fra 4,4 prosent i Helse Vest til 4,8 prosent i Helse Sør-Øst). Både aktiviteten og kostnadene økte mer i Helse Vest enn i de andre regionene. Helse Sør-Øst var den eneste regionen med realnedgang i kostnader til pasientbehandling. Regionen hadde imidlertid også den sterkeste nedgangen i sengetall og liggetid.

Også i psykisk helsevern var det økt produktivitet i perioden fra 2009 til 2013. I femårsperioden reduseres

8) Denne utviklingen kan delvis være knyttet til at sektoren er i ferd med å skifte pasientdatasystem, se nærmere omtale under Datagrunnlag og definisjoner i kapittel 16.

9) Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2013 eksklusive kapital var på 110 034 millioner kr, og 114 353 kr inklusive kapitalkostnader.

omfanget av langtids døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne, mens aktivitet og årsverksandel i poliklinikkene øker. Med dette reduseres gjennomsnittlig kostnad per opphold i det psykiske helsevernet for voksne med nærmere 10 prosent. Gjennomsnittlig døgnkostnad og kostnad per pasient i poliklinikkene øker tilsvarende. Økt ressursinnsats per pasient gjelder også for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge.

I kapittel 4 beskrives produktivitsutviklingen for både somatisk behandling og psykisk helsevern fra 2009 til 2013. Videre er konsultasjoner per årsverk og personellfaktoren i den offentlige delen av TSB presentert for perioden 2010-2013.

Produktivitsutviklingen fra 2012 til 2013

- Driftskostnadene per DRG-poeng gikk ned med 0,7 prosent siste år.
- Driftskostnadene per liggedag ved somatiske sykehus gikk også ned med 0,7 prosent i 2013.
- Driftskostnadene per utskrivning i psykisk helsevern for voksne falt med 3,7 prosent.
- Driftskostnadene per oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne økte med 0,3 prosent.
- Noe økning i antall konsultasjoner per fagårsverk i psykisk helsevernet for barn og unge.
- Indikasjoner på flere konsultasjoner per fagårsverk i psykisk helsevern for voksne, men færre pasienter per fagårsverk.

Det reduserte kostnadsnivået i somatisk pasientbehandling kom av en vekst i aktiviteten på 0,5 prosent sammen med en marginal reduksjon i kostnadene. Endringen i kostnadsnivået varierte fra en nedgang på 1 prosent i Helse Sør-Øst til stabilt nivå i Helse Vest. Med unntak av Helse Vest hadde alle regioner marginale endringer i kostnader og aktivitet siste år. I Helse Vest økte både kostnadene og aktiviteten med 1,5 prosent.

Ved poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge var gjennomsnittlig kostnad per pasient på om lag 44 000 kroner i 2013. Per refusjonsberettigede konsultasjon utgjør dette nærmere 3 300 kroner. Målt ved konsultasjoner per fagårsverk øker produktiviteten med 2,8 prosent. Veksten har imidlertid gått til flere konsultasjoner per pasient, og ikke til behandling av flere pasienter.

Ved poliklinikkene i det psykiske helsevernet for voksne i 2013 var gjennomsnittlig kostnad på 29 950 kroner per pasient og 2 770 kroner per refusjonsberettigede konsultasjon. Det er betydelige forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetakene og kostnadsforskjellene gjenspeiler hovedsakelig forskjeller i antall konsultasjoner per fagårsverk.

Ved døgnavdelinger for voksne var gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn på om lag 11 000 kroner i 2013, dvs. på samme nivå som året før. Kostnad per utskrivning var på landsbasis 233 000 kroner. Ettersom varigheten av utskrivningene fortsatt går ned, ga dette nedgang i kostnadsnivået på fire prosent fra 2012.

Faktorer assosiert med kostnadsnivået i spesialisthelsetjenesten

Somatiske sykehus

I kapittel 13 ser vi nærmere på om kostnadsindikatorerne for helseforetakene samvarierer med omfanget av døgnkontinuerlig akuttberedskap, geografiske forhold som befolkningstetthet og reiseavstand og helseforetakenes behandlingsprofil i form av gjennomsnittlig liggetid, andel dagbehandling og nivå av reinnleggelser.

Det er nærliggende å anta at mange enheter med akuttberedskap kan være ressurskrevende – og videre at kostnadsnivået for helseforetak med mange akuttberedskapsenheter vil kunne være høyere enn for helseforetak med færre enheter med akuttberedskap. Sammenstillingen av tall på kostnadsnivå og enheter med akuttberedskap viser at et høyt antall behandlingssteder med akuttfunksjoner er assosiert med et høyere kostnadsnivå, men sammenhengen er ikke entydig for kirurgisk akuttberedskap. Det presiseres at vurderinger av om helseforetakenes nivå på akuttberedskapen er for høy eller lav, ligger utenfor rammen av disse analysene.

I områder hvor befolkningstettheten er lav, kan det antas å være mer ressurskrevende å drive helseforetak med akuttberedskap. Tilgjengelig akuttberedskap representerer en fast kostnad, og med lavere befolkningstetthet, blir det mindre aktivitet å fordele de faste kostnadene ut på. I tillegg kan lengre avstand til nærmeste lokalsykehus innebære en høyere andel innleggelser på bekostning av dagbehandling. Innleggelser og lengre liggetid gir lavere pasientgjennomstrømning og igjen lavere aktivitet

å fordele kostnadene på. Analysene viser at helseforetak i spredtbygde områder med lang reiseavstand og lavere befolkningstetthet, har generelt sett et høyere kostnadsnivå enn helseforetak i tettbygde områder.

Det kan også tenkes at behandlingsmetoder, eller behandlingsprofiler, kan påvirke ressurskrav og pasientgjennomstrømning i et helseforetak. I kapittel 13 ser vi på om helseforetak som har en høyere andel dagbehandling og kortere liggetid har en mer kostnadseffektiv drift enn helseforetak med en lavere andel dagbehandling. Begrunnelsen for antagelsen knyttes til dagbehandling kan gi større pasientgjennomstrømning og mer aktivitet i foretaket. Videre ser vi på om helseforetakets nivå av reinnleggelser assosieres med kostnadsnivået. Analysene viser at lang liggetid samvarierer med et høyere kostnadsnivå. Andre indikatorer på helseforetakenes behandlingsprofil som andelen dagbehandling, og nivået av reinnleggelser, samvarierer imidlertid ikke med kostnadsnivået i helseforetakene.

Psykisk helsevern

Mellom helseforetakene, er det betydelige forskjeller i kostnadsnivå. Forskjeller i kostnad per oppholdsdøgn gjenspeiler forskjeller i personellfaktoren og kostnad per utskrivninger er nært forbundet med antall årsverk per utskrivning.

I helseforetak med større andel av aktiviteten knyttet til sykehus var kostnadsnivået ved døgnavdelingene noe høyere enn ved foretak med mye DPS-virksomhet. Pasientsammensetningen har også betydning for kostnadsnivået. Kostnadsnivået i døgnavdelingene er høyere i foretak der en større andel av døgnaktiviteten gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Kostnadsnivået er også høyere i foretak med en høyere andel innleggelser basert på tvang.

Positivt økonomisk resultat i alle fire regioner

De regionale helseforetakene hadde et samlet positivt økonomisk resultat på 1,9 mrd kroner i 2013. Dette er tredje år i perioden 2009–2013 hvor alle de fire regionale helseforetakene har positivt økonomisk resultat.

Samlede eiendeler økte med 4,4 mrd til 105,6 mrd kroner i 2013. Det meste av dette er bygg og anlegg med 58 mrd

kroner. Medisinsk-teknisk utstyr økte med 0,4 mrd siste år til 9,1 mrd kroner.

Investeringer i immaterielle eiendeler og varige driftsmidler var i 2013 på 9,6 mrd kroner. Det har vært et økende investeringsnivå siste tre år, fra om lag 5,2 mrd til 9,6 mrd kroner. Det høye investeringsnivået medfører at endringen i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler økte med drøyt 3 mrd kroner i 2013. Helse Sør-Øst og Helse Nord bidro mest til denne veksten gjennom sine byggeprosjekter.

Gjeldsgraden i de regionale helseforetakene har de siste tre årene vært tilnærmet uendret, med en svak tendens til litt høyere nivå i Helse Sør-Øst og Helse Nord, og en tendens til noe lavere nivå i Helse Vest.

De regionale helseforetakenes økonomiske situasjon beskrives i mer detalj i kapittel 6.

Private aktører i spesialisthelsetjenesten

Kostnader til private aktører i spesialisthelsetjenesten var i 2013 på 9,3 mrd kroner, en realvekst fra 2009 på 4,9 prosent eller ca. 500 mill kroner. Veksten gjaldt hovedsakelig avtalespesialister og kommersielle sykehus. For avtalespesialister ble veksten finansiert av økte refusjoner fra Helfo, ved kommersielle sykehus finansierte økte salgsinntekter og selvbetalende pasienter veksten. Veksten i refusjoner fra Helfo økte med 575 mill kroner i perioden, og egenbetalinger økte med 199 mill kroner.

Helseforetakenes kjøp fra private aktører var i 2013 på 5,2 mrd kroner, dette var en nedgang fra 2009 på 5,4 prosent eller 300 mill kroner. Reduksjonen gjelder i hovedsak helseforetakenes kjøp fra private tilbydere av rusbehandling, samt helseforetakenes tilskudd til private laboratorie- og røntgeninstitutter

Kommersielle sykehus er en del av de private aktørene i spesialisthelsetjenesten, og kostnadene utgjorde tilnærmet 1,2 mrd kroner i 2013. Til tross for nedgang i kjøp fra helseforetak var det vekst i kostnader fra 2009 til 2013 på 9,3 prosent. Veksten ble finansiert ved økte salgsinntekter og selvbetalende pasienter. I 2013 ble 838 mill kroner, eller 67 prosent av kostnadene hos kommer-

sielle sykehus finansiert av salgsinntekter, andre inntekter og egenandeler, mot 56 prosent i 2009.

Utviklingstall for kjøp fra private aktører i spesialisthelsetjenesten er nærmere beskrevet i kapittel 5.

Utviklingen i personell

Fra 2012 til 2013 har antall årsverk i den somatiske spesialisthelsetjenesten økt med 1,7 prosent. Justert for befolkningsveksten på 1,1 prosent var veksten i personellratene 0,5 prosent. Det er utdanningskategoriene leger og sykepleiere som øker mest med henholdsvis fire og 1,4 prosent. Annet helsepersonell¹⁰ hadde en vekst på én prosent, mens annet personell¹¹ økte med 1,3 prosent.

Fra 2003 til 2013 har det vært en vekst på 6 809 årsverk i somatiske spesialisthelsetjenester, men korrigert for befolkningsveksten har nivået vært stabilt. I 2003 var det 13,8 årsverk per 1 000 innbyggere, mens det var 13,7 årsverk i 2013. Personellsammensetningen har imidlertid endret seg. I 2003 utgjorde leger 12 prosent av alle årsverk, mens de i 2013 utgjør 15,3 prosent. Også andel sykepleiere øker noe. Andel annet helsepersonell og annet personell synker.

Under opptrappingsplanen for psykisk helse var det en betydelig vekst i personellinnsatsen i både tjenestene for voksne, barn og unge. De siste årene har denne utviklingen stoppet opp. I tjenestene for barn og unge har personellratene vært stabile, mens det innen tjenestene for voksne har vært en markert nedgang i den samlede personellraten siden 2008. Personellraten ligger nå på samme nivå som ved starten av opptrappingsplanen.

Innen tjenestene for barn og unge har det siden 1998 vært en betydelig vekst i den polikliniske og ambulante virksomheten. Siden 2011 har imidlertid veksten avtatt. Registrert årsverksinnsats ved døgn- og dagavdelingene har vært stabil siden 2009.

Personellraten for poliklinisk og ambulant virksomhet for voksne økte fram til 2010, for deretter å stabilisere seg fram til 2012. Fra 2012 til 2013 øker raten igjen. Perso-

nellratene for døgnavdelingene har sunket markant de siste årene. Over tid har vi fått en markert dreining fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant virksomhet.

I 2013 utgjør den samlede personellressursen i TSB i overkant av 3800 årsverk. Årsverkene er redusert med 3 prosent i løpet av det siste året. Polikliniske årsverk øker noe fra 2012 til 2013, og utgjør nå en fjerdedel av personellressursene i TSB. Innslaget av ambulant virksomhet utgjør omlag 10 prosent av den polikliniske virksomheten.

Personellressursene er styrket gjennom økt kompetanse gjennom de siste 5 år. Andel årsverk med høyskole/ universitetsutdannig er på 70 prosent i 2013, mot 62 prosent i 2009. Videre utgjør årsverk med spesialisering eller videreutdanning innen psykisk helsearbeid/ rusproblematikker en tredjedel av årsverkene, mens i 2009 hadde en fjerdedel slik kompetanse. Fokuset på helsefaglig kompetanse har medført at halvparten av årsverkene ved det offentlige tilbudet innen TSB har helsefaglig utdanning, mot 44 prosent i 2009. Ved det private tilbudet har andelen helsefaglige årsverk økt fra 34 til 41 prosent.

Utviklingen i personell i somatisk spesialisthelsetjeneste beskrives i kapittel 11, og personellinnsatsen i psykisk helsevern i kapittel 14. For TSB beskrives utviklingen i personell i kapittel 18.

Senger og døgnplasser

Fra 2012 til 2013 ble antall effektive disponible senger ved somatiske sykehus redusert med 2,2 prosent. Denne reduksjonen følger en langvarig trend. Siden 2003 har det vært en nedgang i antall effektive senger i somatisk spesialisthelsetjeneste på 2 413 senger eller 18,6 prosent.

I det psykiske helsevernet ble antall døgnplasser redusert med 2,5 prosent for barn og unge og 3,7 prosent for voksne. Både for barn og unge og for voksne var nedgangen størst i Helse Sør-Øst. Også Helse Midt-Norge har en

10) Annet helsepersonell omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapi-personell, sosionomer, psykologer, annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.

11) Annet personell består av personell som ikke jobber helsefaglig, så som teknisk, drift og administrativt personell.

betydelig nedgang i plassallet for voksne. Det er fortsatt store regionale forskjeller i tjenestene for barn og unge.

Gjennom de siste 15 år har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne blitt redusert med 36 prosent. Korrigert for veksten i befolkningen var nedgangen på 45 prosent. For barn og unge var det rundt 300 døgnplasser gjennom hele perioden.

Av de totalt 3857 døgnplassene i det psykiske helsevernet for voksne var 1 092 plasser (28 prosent) definert som akutt plasser, 247 plasser (6 prosent) var i sikker-

hetsposter og 297 plasser (8 prosent) ved alders-psykiatriske poster. 51 institusjoner hadde etablert et tilbud med brukerstyrte plasser.

Innen døgntilbudet i TSB er det 1715 døgnplasser ved utgangen av 2013 og det har vært en økning på 23 døgnplasser i løpet av siste år. Økningen finner sted innen det offentlige tilbudet. De regionale forskjellene med hensyn på dekningsrate; antall døgnplasser per innbygger, er blitt mindre i løpet av perioden 2008–2013. Utviklingen av døgnplasser innen TSB er presentert i kapittel 18.

Tabell 1.1 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2005–2013.

Nøkkeltall (nominelle tall):	2005	2009	2010	2011	2012	2013	Pst endr. 2012- 13	Pst endr. 2009- 13	Pst endr. 2005- 13
Aktivitet somatisk behandling									
Pasienter totalt ¹	-	1 729 638	1 738 588	1 776 430	1 796 006	1 814 476	1,0	4,9	-
Pasienter – innlagte ²	-	587 030	585 716	596 704	601 456	600 771	-0,1	2,3	-
Pasienter – poliklinikk ²	-	1 558 543	1 576 355	1 605 144	1 636 185	1 648 599	0,8	5,8	-
Døgnopphold ³	842 531	863 669	865 699	878 368	889 167	890 121	0,1	3,1	5,6
Dagbehandling- innlagte ³	165 534	216 996	222 933	212 302	220 173	221 969	0,8	2,3	-
Dagbehandling- kir. (innlagt og poliklinikk) ³	197 517	203 189	205 035	202 692	203 570	201 012	-1,3	-1,1	-
Polikliniske konsultasjoner ekskl stråleterapi ^{3,4}	3 616 183	4 501 516	4 644 120	4 773 091	4 922 202	5 013 849	1,9	11,4	-
Stråleterapi	-	175 095	184 406	188 679	192 437	193 064	0,3	10,3	-
ISF avtalespesialister	-	2 493	1 813	1 961	1 543	1 454	-5,8	-41,7	-
Konsultasj. priv. avtalespes. ⁵	2 032 896	2 014 134	-	1 889 489	1 905 436	2 018 649	5,9	0,2	-0,7
Sum DRG-poeng ⁶	-	1 296 692	1 302 342	1 328 684	1 358 283	1 365 725	0,5	5,3	-
Liggedager døgnopphold (sum) ⁷	4 322 273	3 919 572	3 846 143	3 806 900	3 667 016	3 598 518	-1,9	-8,2	-
Gj.sn. liggetid døgnopphold ⁷	5,13	4,54	4,44	4,33	4,13	4,04	-	-	-
Aktivitet psykisk helsevern									
PHV Polikliniske konsultasjoner ⁸	867 390	1 139 706	1 191 836	1 239 625	1 281 826	1 357 317	5,9	19,1	56,5
PHV Utskrivninger ⁸	43 515	50 727	52 201	52 835	53 517	52 290	-2,3	3,1	20,2
PHV Oppholdsdøgn ⁸	1 571 281	1 350 348	1 328 042	1 288 550	1 221 998	1 143 279	-6,4	-15,3	-27,2
PHV Pasienter off. inst.	-	117 314	120 296	123 118	125 184	128 001	2,3	-	-
PHV Pas. priv. avtalespes. ⁹	-	52 677	52 099	51 697	51 595	50 453	-2,2	-4,2	-
PHBU Pasienter off. inst. ¹⁰	40 481	52 091	54 012	54 838	55 582	55 304	-0,5	6,2	36,6
PHBU Pas. priv. avtalespes. ⁹	-	3 070	3 066	2 831	3 093	2 942	-4,9	-4,2	-
PHBU Polikliniske tiltak ¹¹	561 304	842 111	906 640	915 965	927 202	936 815	1,0	11,2	66,9
PHBU Polikliniske kons. m/ refusjon ¹¹	-	-	-	720 456	729 217	761 435	4,4	-	-
PHBU Dekningsgrad ¹²	-	5,0	5,0	5,1	5,1	5,1	-	-	-
Aktivitet rusbehandling (TSB)									
Antall pasienter TSB	-	-	-	-	-	29558	-	-	-
Antall innleggelser TSB	-	12 316	12 718	13 063	12 934	12 989	0,4	5,5	-
Antall oppholdsdøgn TSB	-	575 525	574 167	590 252	580 098	570 138	-1,7	-0,9	-
Antall polikliniske konsultasjoner	-	233 833	262 223	307 850	347 295	360 661	3,8	54,2	-

Tabell 1.1 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2005–2013.

Nøkkeltall (nominelle tall):	2005	2009	2010	2011	2012	2013	Pst endr. 2012- 13	Pst endr. 2009- 13	Pst endr. 2005- 13
Avtalte årsverk ekskl lange fravær¹³									
Årsverk spesialisthelsetjenesten totalt	-	97 037	97 777	99 899	100 930	102 079	1,1	5,2	-
Årsverk somatikk (kapittel 11)	64 186	66 960	66 906	68 093	68 808	69 964	1,7	4,5	9,0
Årsverk PHV (kap. 14)	15 907	16 084	16 283	16 749	16 577	16 075	-3,0	-0,1	1,1
Årsverk PHBU (kap. 14)	3 203	3 415	3 520	3 686	3 593	3 729	3,8	9,2	16,4
Årsverk TSB (kap. 18)		3 313	3 469	3 771	3 954	3 826	-3,2	15,5	-
Årsverk priv. avtalespes. PHV	585	608	600	602	609	614	0,8	1,0	5,0
Årsverk priv. avtalespes. som.	558	572	575	577	581	587	1,0	2,6	5,2
Senger/døgnplasser									
Effektive senger somatikk	12 900	11 694	11 233	11 246	10 814	10 574	-2,2	-9,6	-18,0
Døgnplasser PHV	5 005	4 433	4 334	4 194	4 004	3 857	-3,7	-13,0	-22,9
Døgnplasser PHBU	331	329	326	313	313	305	-2,6	-7,3	-7,9
Døgnplasser TSB	-	1 701	1 724	1 752	1 692	1 715	1,4	0,8	-
Økonomisk resultat									
Regnskapsmessig resultat korr for eiers styringskrav (mill kr)	-1 375	312	1 267	766	1 737	1 906	-	-	-
Verdiendr varige og immatr eiendeler (mill kr)	1 511	415	-1 174	-599	1 181	3 069	-	-	-
Gjeldsgrad (gjeld/egenkapital)	52 %	98 %	102 %	93 %	89 %	92 %	-	-	-
Langsiktig gjeld hos HOD (mill kr)	8 541	14 438	13 847	13 951	15 174	16 381	-	-	-
Kostnader (millioner kr, løpende priser)									
Somatikk	53 433	70 103	72 740	76 809	80 747	84 531	-	-	-
PHV	11 211	14 808	15 501	16 199	17 103	17 463	-	-	-
PHBU	2 189	3 132	3 347	3 610	3 802	3 970	-	-	-
TSB	1 975	3 096	3 354	3 678	3 995	4 203	-	-	-
Ambulanse	2 461	3 686	3 994	4 377	4 743	5 035	-	-	-
Pasienttransport	1 365	2 326	2 521	2 718	2 832	2 957	-	-	-
Personalpolitiske tiltak	635	385	319	278	252	272	-	-	-
RHF-administrasjon	567	915	932	1 010	975	1 151	-	-	-
Spesialisthelsetjenesten totalt	73 834	98 451	102 707	108 679	114 449	119 584	-	-	-
-herav kapitalkostnader	4 116	4 299	4 439	4 326	4 309	4 214	-	-	-
-herav pensjonskostnader	3 812	9 338	10 200	11 066	13 107	13 038			
Kostnader (millioner kr, faste priser¹⁴)									
Somatikk	76 371	81 875	82 635	82 941	84 023	84 531	0,6	3,2	10,7
PHV	16 024	17 295	17 610	17 492	17 797	17 463	-1,9	1,0	9,0
PHBU	3 129	3 658	3 802	3 898	3 956	3 970	0,4	8,5	26,9
TSB	2 822	3 616	3 810	3 972	4 157	4 203	1,1	16,2	48,9
Ambulanse	3 517	4 305	4 538	4 726	4 935	5 035	2,0	17,0	43,2
Pasienttransport	1 951	2 471	2 473	2 717	2 864	2 935	2,5	18,7	50,4
Personalpolitiske tiltak	907	841	678	450	362	301	-17,0	-64,3	-66,9
RHF-administrasjon	810	1 068	1 059	1 091	1 014	1 151	13,5	7,7	42,2
Spesialisthelsetjenesten totalt	105 530	114 985	116 679	117 356	119 092	119 584	0,4	4,0	13,3
-herav kapitalkostnader	5 883	5 021	5 043	4 672	4 484	4 214	-6,0	-16,1	-28,4
-herav pensjonskostnade	5 449	10 906	11 587	11 950	13 638	13 038			
Produktivitet somatikk (DRG-virksomhet)¹⁵									
Driftskostnad per DRG-poeng		51 816	51 865	49 834	49 733	49 394	-0,7	-4,7	-
Driftskostnad per liggedag		-	-	-	14 737	14 638	-0,7	-	-

Tabell 1.1 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2005–2013.

Nøkkeltall (nominelle tall):	2005	2009	2010	2011	2012	2013	Pst endr. 2012- 13	Pst endr. 2009- 13	Pst endr. 2005- 13
Produktivitet psykisk helsevern voksne¹⁵									
Driftskostnad per oppholdsdøgn totalt		10 058	10 267	10 455	11 013	11 049	0,3	9,9	-
Driftskostnad per oppholdsdøgn sykehus					13 481	13 436	-0,3	-	-
Driftskostnad per oppholdsdøgn DPS o.a					7 734	7 871	1,8	-	-
Driftskostnad per utskrivning totalt		257 955	250 519	245 316	242 190	233 227	-3,7	-9,6	-

- 1) NPR ble et personidentifiserbart register fra 1. april 2007. Før 2008 kunne man derfor ikke telle unike pasienter. Tall på pasienter i somatiske sykehus er eksklusive pasienter som er behandlet hos private spesialister, også eksklusive private spesialister som inngår i ISF. Pasienter som har mottatt stråleterapi, og ingen annen behandling på sykehus i det aktuelle året er heller ikke inkludert, men dette gjelder svært få pasienter (17 pasienter i 2012).
- 2) Fordelingen mellom innleggelser og polikliniske konsultasjoner har noe avvik fra aktivitetstall publisert av NPR. I SAMDATA 2013 inngår all dagkirurgi, rehabilitering og kjemoterapi uten overnatting i polikliniske konsultasjoner.
- 3) Dagbehandling - innlagt inkluderer ikke kirurgisk dagbehandling - dette inngår i kirurgisk dagbehandling (poliklinikk og innlagte). Summen av dagbehandling - innlagt og dagbehandling - kirurgi representerer dagbehandling totalt. Det er gjort visse endringer i definisjonen av behandlingsnivå sammenlignet med den definisjonen som er benyttet av NPR. Kategorien dagbehandling - kirurgi inkluderer også opphold for pasienter som innlagt for dagkirurgisk behandling (avviket fra NPR), samt dagkirurgi på poliklinikk (som i NPR). All dagbehandling i rehabiliterings-DRG-er eller med hovedtilstand Z50x inngår i polikliniske konsultasjoner. Det er benyttet samme definisjon på data fra 2005, og 2009–2013, men det er tidseriebrudd i de polikliniske konsultasjonene i 2008. Tall for polikliniske konsultasjoner er basert på data levert på NPR-meldingsformat f.o.m. 2009.
- 4) Tallene er eksklusive stråleterapi.
- 5) Tallene er eksklusive private spesialister som inngår i ISF. På grunn av mangler ved innrapportering av data fra 2010, publiserte ikke NPR data i 2010. Data for andre år er heller ikke komplette og er estimert. Tallene inkluderer estimert antall konsultasjoner.
- 6) Inklusive DRG-poeng for poliklinikk alle år. De polikliniske refusjonspoengene i 2009 er konvertert til DRG-poeng gjennom beregning av forholdet mellom refusjonssatsen og enhetsrefusjonen i ISF. DRG-poengene er korrigert for systemendring i ISF beregnet gjennom årlig regrupping av data. Se datagrunnlag i kapittel 2 for en nærmere beskrivelse av omfanget av slik registreringsendring de ulike årene.
- 7) Opphold med 0 liggedager har 0 liggedager. Det er benyttet ny definisjon av behandlingsnivå for å definere dag- og døgnaktivitet.
- 8) Fra 2009 er aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern for voksne basert på pasientdata fra NPR, mens det også ble benyttet opplysninger fra samleoppgavene i SSB før dette. For poliklinisk aktivitet innebærer registreringsendringen en nedgang i antall registrerte konsultasjoner på 40–50 000 i 2009.
- 9) Data er ikke komplette og antallet pasienter er estimert.
- 10) Fra 2008 er antallet pasienter beregnet ut fra personentydig NPR. For å få sammenlignbare tall for 2005 har vi estimert antall pasienter basert på forskjellen mellom personeentydige data og ikke personentydige data i 2009.
- 11) I data for 2011 og 2012 er det knyttet usikkerhet til omfanget av polikliniske tiltak på grunn av overgang til DIPS. Enheter/helseforetak som har endret pasientadministrativt system fra BUP-data til DIPS rapporterer en markant lavere aktivitet (konsultasjoner/tiltak) etter konvertering til nytt system.
- 12) Tallene fra 2009 sammenfatter pasienter ved både offentlige institusjoner og hos private spesialister. Tall i tidligere utgaver av Samdata inkluderte ikke pasienter hos private spesialister.
- 13) Tallene gjelder avtalte årsverk etter utdanningskategorier eksklusive lange fravær. Se tabell 1.2–1.3 for flere årsverkstall. Det er tidseriebrudd i personelltallene i 2009. Tall for antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har inntil 2008 vært innsamlet av SSB gjennom skjema. F.o.m. 2009 er skjemainnsamling av personelldata avløst av registeruttak.
- 14) Kostnadene er deflatert med prisindeks for arbeids- og produktinnsats for statlige helsetjenester (SSB) som var 2,8 prosent i 2009, 5,2 prosent i 2010, 3,8 prosent i 2011 og 4,1 prosent i 2012. Akkumulert prisvekst er beregnet til 42,9 prosent fra 2005 til 2013 og 16,8 prosent fra 2009 til 2013. Kostnadene er ikke korrigert for nye oppgaver.
- 15) Kostnadstallene er oppgitt i faste priser 2013.

Tabell 1.2 Årsverk i spesialisthelsetjenesten etter utdanning og sektor 2009-2013.¹

	Totaltall (N=)					Prosent endring		Årsverk per 1 000 innbyggere ²				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009-13	2012-13	2009	2010	2011	2012	2013
Spesialisthelsetjenesten totalt³												
Leger	12 101	12 323	12 816	13 158	13 618	12,5	3,5	2,49	2,50	2,57	2,60	2,67
Psykologer	3 114	3 287	3 383	3 489	3 677	18,1	5,4	0,64	0,67	0,68	0,69	0,72
Sykepleiere	33 142	33 751	34 786	35 136	35 518	7,2	1,1	6,82	6,86	6,98	6,96	6,95
Annet helsepersonell med høyskole/univ.	13 223	13 495	14 050	14 361	14 559	10,1	1,4	2,72	2,74	2,82	2,84	2,85
Annet helsepersonell med utd. vdg. nivå	12 187	11 978	12 009	11 875	11 856	-2,7	-0,2	2,51	2,43	2,41	2,35	2,32
Annet personell uten helsefaglig utd.	23 270	22 943	22 856	22 911	22 851	-1,8	-0,3	4,79	4,66	4,58	4,54	4,47
Totalt	97 037	97 777	99 899	100 930	102 079	5,2	1,1	19,97	19,87	20,04	19,98	19,98
Herav somatisk ekskl. rehabiliteringsinstitusjoner (kapittel 11)												
Leger	9 491	9 654	9 979	10 281	10 685	12,6	3,9	1,95	1,96	2,00	2,04	2,09
Sykepleiere	25 758	26 071	26 775	27 082	27 468	6,6	1,4	5,30	5,30	5,37	5,36	5,38
Annet helsepersonell	13 778	13 593	13 576	13 598	13 740	-0,3	1,0	2,84	2,76	2,72	2,69	2,69
Annet personell uten helsefaglig utd.	17 933	17 588	17 763	17 847	18 072	0,8	1,3	3,69	3,57	3,56	3,53	3,54
Totalt	66 960	66 906	68 093	68 808	69 964	4,5	1,7	13,78	13,60	13,66	13,62	13,69
Herav psykisk helsevern (kapittel 14)												
Leger	1 643	1 653	1 771	1 790	1 821	10,8	1,7	0,34	0,34	0,36	0,35	0,36
Psykologer	2 084	2 198	2 296	2 325	2 470	18,5	6,2	0,43	0,45	0,46	0,46	0,48
Sykepleiere	5 814	5 977	6 191	6 118	5 934	2,1	-3,0	1,20	1,21	1,24	1,21	1,16
Annet helsepersonell med høyskole/univ.	3 089	3 295	3 390	3 279	3 273	6,0	-0,2	0,64	0,67	0,68	0,65	0,64
Annet helsepersonell med utd. vdg. nivå	2 482	2 326	2 315	2 225	2 120	-14,6	-4,7	0,51	0,47	0,46	0,44	0,41
Annet personell uten helsefaglig utd.	4 407	4 340	4 465	4 426	4 162	-5,6	-5,9	0,91	0,88	0,90	0,88	0,81
Totalt	19 516	19 790	20 435	20 170	19 804	1,5	-1,8	4,02	4,02	4,10	3,99	3,88
Herav tverrfaglig spesialisert rusbehandling (kapittel 18)												
Leger	85	112	142	170	170	99,6	-0,4	0,02	0,03	0,04	0,04	0,04
Psykologer	299	336	373	406	438	46,6	7,9	0,06	0,09	0,10	0,10	0,11
Sykepleiere	682	748	850	938	935	37,1	-0,3	0,14	0,20	0,22	0,24	0,23
Annet helsepersonell med høyskole/univ.	984	1 044	1 132	1 177	1 122	14,0	-4,7	0,20	0,27	0,29	0,30	0,28
Annet helsepersonell med utd. vdg. nivå	222	211	223	242	235	5,6	-3,2	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06
Annet personell uten helsefaglig utd.	1 042	1 017	1 051	1 022	927	-11,1	-9,3	0,21	0,27	0,27	0,26	0,23
Totalt	3 313	3 469	3 771	3 954	3 826	15,5	-3,2	0,68	0,91	0,97	1,00	0,96
Herav private avtalespesialister												
Leger	755	750	760	764	767	1,6	0,4	0,16	0,15	0,15	0,15	0,15
Psykologer	424	425	419	426	433	2,1	1,6	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08
Totalt	1 179	1 176	1 179	1 190	1 200	1,8	0,8	0,24	0,24	0,24	0,24	0,23

1) Grunnlagsdata for avtalte årsverk eksklusive lange fravær etter utdanning er levert av SSB. Det kan imidlertid være avvik mellom årsverkstall etter sektor i SAMDATA og årsverkstall etter sektor fra SSB. Dette skyldes at SAMDATA fordeler fellespersonell mellom sektorene, mens dette presenteres samlet i SSB. I tall fra SSB for somatisk sektor er årsverk knyttet til rehabilitering inkludert, mens dette ikke inngår i årsverk for somatisk i SAMDATA. I SAMDATA er det også gjort korreksjoner i årsverkstallene ut fra tilbakemeldinger fra foretakene.

2) For TSB beregnes personell per 1 000 innbyggere 18 år og over.

3) Spesialisthelsetjenesten totalt inklusive private avtalespesialister, rehabilitering, ambulanse, somatisk, psykisk helsevern og TSB. Data fra SSB.

Tabell 1.3 Avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten totalt ekskl. lange fravær etter yrkesgrupper 2009-13.

	Totaltall (N=)					Prosent endring		Årsverk per 1 000 innbyggere				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009-13	2012-13	2009	2010	2011	2012	2013
Leger	10 999	11 283	11 680	12 101	12 481	10,6	3,1	2,26	2,29	2,34	2,40	2,44
Psykologer	2 411	2 595	2 705	2 796	2 946	13,5	5,4	0,50	0,53	0,54	0,55	0,58
Sykepleiere og vernepleiere	31 208	31 800	32 300	32 788	32 940	3,6	0,5	6,42	6,46	6,48	6,49	6,45
Sosialfaglig personell	2 489	2 602	2 769	2 680	2 574	-1,1	-4,0	0,51	0,53	0,56	0,53	0,50
Fysioterapeuter, ergoterap-o.l.	2 246	2 280	2 245	2 306	2 285	0,2	-0,9	0,46	0,46	0,45	0,46	0,45
Omsorgsarb., hjelpepleiere og helsefagsarb.	7 299	6 831	6 562	6 407	6 050	-11,4	-5,6	1,50	1,39	1,32	1,27	1,18
Annet pleie- og omsorg, andre med. yrker	6 766	6 706	6 910	7 037	6 947	3,6	-1,3	1,39	1,36	1,39	1,39	1,36
Radiografer, audiografer, bioing. og teknikere	5 132	5 112	5 180	5 477	5 464	6,9	-0,2	1,06	1,04	1,04	1,08	1,07
Adm, ledelse og kontorpersonell	17 774	18 304	18 539	18 911	19 753	7,9	4,5	3,66	3,72	3,72	3,74	3,87
Service-, tekn. driftsfunksjoner	6 299	6 734	6 842	6 795	6 887	2,3	1,4	1,30	1,37	1,37	1,35	1,35
Andre yrker	4 413	3 531	4 168	3 632	3 752	6,3	3,3	0,91	0,72	0,84	0,72	0,73
Totalt	97 037	97 777	99 899	100 930	102 079	4,4	1,1	19,97	19,87	20,04	19,98	19,98

Kilde: SSB

Tabell 1.4 Totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten i 2013 etter formål i 1000 kroner. Sum totale driftskostnader med og uten kapitalkostnader.

Helseforetak	Somatisk spesialisthelsetj.	Psykisk helsevern	TSB	Ambulanse	Pers-nal-politiske tiltak	Pasient-transport	RHF felles	Totale driftskostnader inkl kapital	Totale driftskostnader ekskl kapital
Helse Sør-Øst RHF									
Sykehuset Østfold HF	3 013 935	963 340	177 857	178 477	4 371	102 484	0	4 440 464	4 276 945
Akershus universitetssykehus HF	4 843 870	1 572 612	225 101	0	45 692	0	0	6 687 275	6 351 040
Oslo universitetssykehus HF	15 822 750	2 034 730	429 792	681 679	12 653	295 196	0	19 276 800	18 498 930
Sunnås sykehus HF	483 508	0	0	0	0	0	0	483 508	461 342
Sykehuset Innlandet HF	4 734 755	1 507 622	217 293	396 703	45 677	314 791	0	7 216 841	6 980 074
Vestre Viken HF	4 538 522	1 529 837	231 354	291 969	8 505	99 955	0	6 700 142	6 519 065
Sykehuset i Vestfold HF	2 605 380	891 488	199 386	23	156	0	0	3 696 433	3 560 881
Sykehuset i Telemark HF	2 272 926	658 757	48 233	185 877	19 149	177 837	0	3 362 779	3 263 514
Sørlandet sykehus HF	3 612 804	1 026 367	223 567	187 481	8 536	169 657	0	5 228 412	5 078 696
Direkte under Helse Sør-Øst RHF	3 827 610	1 796 581	45 406	217 261	48	55 122	657 861	6 599 889	6 408 936
Sum Helse Sør-Øst RHF	45 756 060	11 981 334	1 797 989	2 139 470	144 787	1 215 042	657 861	63 692 543	61 399 423
Helse Vest RHF									
Helse Stavanger HF	3 808 892	1 165 193	119 754	151 356	112	106 586	0	5 351 893	5 159 815
Helse Fonna	1 798 507	627 543	91 883	154 949	8 857	99 347	0	2 781 086	2 694 599
Helse Bergen HF	6 911 823	1 652 867	237 066	236 495	47 725	170 349	0	9 256 325	8 841 057

Tabell 1.4 Totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten i 2013 etter formål i 1000 kroner. Sum totale driftskostnader med og uten kapitalkostnader.

Helseforetak	Somatisk spesialist-helsetj.	Psykisk helsevern	TSB	Ambulanse	Personepolitiske tiltak	Pasienttransport	RHF felles	Totale driftskostnader inkl kapital	Totale driftskostnader ekskl kapital
Helse Førde HF	1 553 532	379 663	56 654	195 276	15 292	149 832	0	2 350 249	2 273 441
Direkte under Helse Vest RHF	1 476 555	592 876	325 554	87 197	7	19 134	147 470	2 648 793	2 533 437
Sum Helse Vest RHF	15 549 309	4 418 142	830 911	825 273	71 993	545 248	147 470	22 388 346	21 502 349
Helse Midt-Norge RHF									
Helse Møre og Romsdal	3 568 832	950 297	0	36 502	4 379	185 254	0	4 745 264	4 590 557
St Olavs Hospital HF	6 342 245	1 291 137	11 312	19 225	29	122 111	0	7 786 059	7 494 382
Helse Nord-Trøndelag HF	1 748 955	488 040	42 091	0	3 461	103 835	0	2 386 382	2 313 207
Rusbehandling Midt-Norge HF	0	0	274 343	0	0	0	0	274 343	251 382
Amulanse Midt-Norge HF	0	0	0	698 708	0	0	0	698 708	667 504
Direkte under Helse Midt-Norge	386 155	66 448	173 736	110 578	0	18 641	229 564	985 122	946 903
Sum Helse Midt-Norge RHF	12 046 187	2 795 922	501 482	865 013	7 869	429 841	229 564	16 875 878	16 263 935
Helse Nord RHF									
Helgelandssykehuset HF	947 432	197 030	22 873	150 818	3 899	134 735	0	1 456 787	1 400 958
Nordlandssykehuset HF	2 236 220	733 298	37 826	204 673	12 063	207 709	0	3 431 789	3 320 449
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4 543 984	867 544	194 662	351 215	16 371	208 529	0	6 182 305	5 999 783
Helse Finnmark HF	972 471	293 181	22 083	190 427	14 794	197 248	0	1 690 204	1 626 469
Direkte under Helse Nord RHF	288 793	129 634	4 286	308 563	0	18 967	116 305	866 548	856 687
Sum Helse Nord RHF	8 988 900	2 220 687	281 730	1 205 696	47 127	767 188	116 305	13 627 633	13 204 346
Private institusjoner									
Institusjoner uten driftsavtale med RHF	1 256 720	17 706	791 100	0	0	0	0	2 065 526	2 065 526
Private ideelle utenfor RHF	514 979	0	0	0	0	0	0	514 979	514 979
Private kommersielle sykehus	418 722	0	0	0	0	0	0	418 722	418 722
Sum private*	2 190 421	17 706	791 100	0	0	0	0	2 999 227	2 999 227
Sum spesialisthelsetjenesten	84 530 877	21 433 791	4 203 212	5 035 452	271 776	2 957 319	1 151 200	119 583 627	115 369 280

* Kostnader til private institusjoner uten avtale er kun beregnet inklusive kapitalkostnader. Virksomhet som ikke er finansiert av helseforetakene er ekskludert fra grunnlaget

2

Bruk av spesialisthelsetjenester fra 2009–2013

Siste femårsperiode kjennetegnes av stor grad av stabilitet i bruken av helsetjenester på nasjonalt nivå, men nedgang i innleggelser og økt bruk av polikliniske tilbud.

I årene 2009 til 2013 har veksten i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten i hovedsak fulgt veksten i befolkningen. Det har vært en økning i faktisk antall pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten i 2013 sammenlignet med 2009, men antall tjenestebrukere per innbygger har vært stabil i hele perioden, både i somatikk¹, psykisk helsevern² for voksne og for barn og unge. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan antall pasienter totalt kun beregnes for 2013.

I 2013 hadde cirka 36 prosent av befolkningen minst én kontakt med den somatiske spesialisthelsetjenesten. 4,4 prosent av den voksne befolkningen og 5,1 prosent av alle barn og unge hadde kontakt med psykiske helsevernet, mens godt under 1 prosent av den voksne befolkning fikk oppfølging av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) for sin avhengighet av rusmidler eller spill.

Totalt sett kan vi anta at minst to millioner mennesker³, eller cirka 40 prosent av befolkningen, var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2013. Det ble gjennomført nesten en million innleggelser hvor pasientene tilsammen hadde over 5 millioner oppholdsdøgn. I tillegg ble det utført over 8 millioner dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner, samt at nesten 1,8 millioner offentlig finansierte spesialistkontakter innen somatisk sektor ble utført av private avtalespesialister.

I absolutte tall har det vært en vekst på omtrent 100 000 pasienter fra 2009 til 2013. Aktiviteten har økt med unntak av antall oppholdsdøgn i institusjon (–9 prosent).

Aldersprofilen innen psykisk helsevern, rusbehandling og somatiske sykehus er ulik. Kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste er aller mest vanlig for jenter i alderen 15–19 år (ca 10 prosent) og for gutter mellom 10 og 14 år (ca 8 prosent). Blant voksne synker andelen personer med alder. Bruk av somatisk spesialisthelsetjeneste øker tydelig fra 50-årsalderen og utover.

1) For somatisk sektor er ikke antall pasienter behandlet hos private avtalespesialister inkludert. På nasjonalt nivå utgjør konsultasjoner hos private avtalespesialister 25 prosent av den polikliniske aktiviteten.

2) Pasientratene for psykisk helsevern inkluderer pasienter i både offentlige institusjoner og hos private avtalespesialister.

3) Antall pasienter er sum pasienter innen hver sektor. Samme pasient inkluderes to ganger hvis hun/han har vært i kontakt med både somatiske sykehus og psykisk helsevern. I tillegg er 893 983 pasienter som har konsultert private avtalespesialister ikke inkludert. Mange av disse vil også ha kontakt med sykehusene og vi kan derfor ikke beregne eksakt hvor mange unike pasienter som kommer i tillegg til antall pasienter inkludert i figuren. Innen TSB er 2013 første året det er mulig å telle absolutt antall pasienter.

2.1 Innledning

I dette kapitlet gir vi en oversikt over bruken av spesialisthelsetjenester i somatisk sektor (SOM), det psykiske helsevernet for voksne (PHV), det psykiske helsevernet for barn- og unge (PHBU) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden fra 2009 til 2013. Formålet med kapitlet er:

- Beskrive hovedtrender i befolkningens tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester de siste fem år, nasjonalt og regionalt.
- Vurdere om utviklingen de siste fem årene har gått i retning av større eller mindre forskjeller mellom helseregionene.
- Beskrive bruken av spesialisthelsetjenester med utgangspunkt i pasientenes alder og kjønn

Analysene i dette kapitlet tar utgangspunkt i bostedsregionene og gir en beskrivelse av befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester, uavhengig av hvilket helseforetak eller region som har utført tjenestene. Tallene er korrigert for befolkningens størrelse og årlige endringer i dette. Ettersom befolkningen har økt med 5,2 prosent siste fem år, vil konklusjonene om forbruksvekst kunne bli forskjellig fra en beskrivelse av aktivitetsutviklingen i sykehusene. Stabil bruk og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester i femårsperioden indikerer i realiteten at foretakene har hatt en aktivitets vekst på 5,2 prosent.

Bakerst i dette kapitlet er det gjengitt hovedtall for aktivitetsutviklingen nasjonalt og per region (tabell 2.1–2.7). Tallene er gjengitt som både absolutte tall og som tall korrigert for befolkningsutviklingen (realvekst). I kapitlet er det også gjengitt en tabell som viser ratene for bruk av spesialisthelsetjenester dersom de korrigeres for behov (tabell 2.6). Behovet for spesialisthelsetjenester er definert i henhold til NOU 2008:2 (Magnussen-utvalget) og de regionale behovsindeksene som benyttes i kapitlet tilsvarer de indeksene som er benyttet i statsbudsjettene for 2009–2013 for fordeling av rammetilskuddet. I tillegg har vi også estimert effekten av system-

og logikkendringer i ISF på DRG-poengene. Denne er vist i tabell 2.7 bakerst i kapitlet.

For flere tall på aktivitetsutviklingen henviser vi til kapittel 7 (Hovedtrekk i pasientsammensetningen 2003–13), kapittel 8 (Utviklingstrekk pasientgrupper somatisk siste 10 år), kapittel 10 (sykehusstruktur og utvikling i bruk av sykehustjenester), kapittel 16 (bruk av tjenester i det psykiske helsevernet) og kapittel 19 (befolkningens bruk av TSB). Se også flere tall i datagrunnlaget på www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag.

2.2 Hovedtrekk i bruk av spesialisthelsetjenester 2009–2013

Siste femårsperiode kjennetegnes av følgende sentrale utviklingstrekk når det gjelder bruk av spesialisthelsetjenester:

- Stor grad av stabilitet i bruken spesialisthelsetjenester på nasjonalt nivå
- Nedgang i innleggelsesrater og fortsatt økning i bruk av polikliniske tilbud

Stor grad av stabilitet i bruk av spesialisthelsetjenester

I årene 2009 til 2013 har veksten i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten i hovedsak fulgt veksten i befolkningen. Det har vært en økning i faktisk antall pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten i 2013 sammenlignet med 2009, men antall tjenestebrukere per innbygger på nasjonalt nivå har vært relativt stabil hele perioden både i somatikken⁴, psykisk helsevern⁵ for voksne og for barn og unge. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan antall pasienter totalt kun beregnes for 2013.

Brukes DRG-poeng som mål på samlet bruk av somatiske spesialisthelsetjenester vektet det for ulikheter i antatt ressursbehov knyttet til den enkelte innleggelse eller konsulta-

4) For somatisk sektor er ikke antall pasienter behandlet hos private avtalespesialister inkludert hvis de ikke er en del av ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF). På nasjonalt nivå utgjør konsultasjoner hos private avtalespesialister 25 prosent av aktiviteten når det sammenholdes med den polikliniske aktiviteten ved sykehusene.

5) Pasientratene for psykisk helsevern inkluderer pasienter i både offentlige institusjoner og hos private avtalespesialister.

sjon. I perioden 2009 til 2013 har det vært en jevn vekst i antall DRG-poeng⁶ (6,3 prosent), men målt per innbygger er veksten svak (1,3 prosent).

Nedgang i innleggelsesrater og fortsatt økning bruk av polikliniske tilbud

Antall døgnopphold i somatisk spesialisthelsetjeneste er redusert gjennom siste femårsperiode målt per innbygger, selv om faktisk antall døgnopphold vokser litt. Også innen psykisk helsevern for voksne har antall døgnopphold økt noe i perioden, men i forhold til innbyggertallet kom en liten reduksjon i 2013 etter at raten hadde vært stabil i årene før. Innen TSB har innleggelsesraten vært svært stabil nasjonalt, men det er noe ulik utvikling i regionene.

Nedgangen i døgnopphold følges av en økning i polikliniske konsultasjoner gjennom siste femårsperiode. I somatisk sektor er økningen på 11 prosent, innen psykisk helsevern for voksne (PHV) 19 prosent, og det var en vekst på over 50 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge har også økt de siste årene. Fra og med årets rapportering inkluderes kun refusjonsberettigede konsultasjoner som mål på utviklingen også innen PHBU, noe som gir mer sammenlignbarhet i tallene på tvers av regioner og helseforetak. Veksten fra 2011 til 2013 var på 6 prosent.

Raten for dagkirurgisk behandling er noe redusert i femårsperioden (- 5,9 prosent). Utviklingen av registrert ikke-kirurgisk dagbehandling, slik dette måles her, reduseres noe, men det er noe usikkerhet rundt avgrensing av aktiviteten og endringer i registreringspraksis for denne gruppen.

Totalt antall personer i kontakt med spesialisthelsetjenesten og aktivitet knyttet til behandling av disse i 2013

I 2013 hadde cirka 36 prosent av befolkningen minst én kontakt med den somatiske spesialisthelsetjenesten⁷. 4,3 prosent av den voksne befolkningen og 5,1 prosent av alle barn og unge hadde kontakt med psykiske helsevernet, mens godt under 1 prosent av den voksne befolkning fikk oppfølging av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) for sin avhengighet av rusmidler eller spill. Det er viktig å merke seg at forekomsten av kontakt med tjenestene sier lite om omfanget av oppfølging og ressursbruk knyttet til dette.

Totalt sett kan vi anta at minst to millioner mennesker⁸, eller cirka 40 prosent av befolkningen, var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2013. Det ble gjennomført nesten en million innleggelser hvor pasientene til sammen hadde over 5 millioner oppholdsdøgn. I tillegg ble det utført over 8 millioner dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner, samt at nesten 1,8 millioner offentlig finansierte spesialistkontakter innen somatisk sektor ble utført av private avtalespesialister.

I absolutte tall har det vært en vekst på omtrent 100 000 unike pasienter fra 2009 til 2013 og aktiviteten har økt med unntak av antall oppholdsdøgn i institusjon som reduseres med 9 prosent.

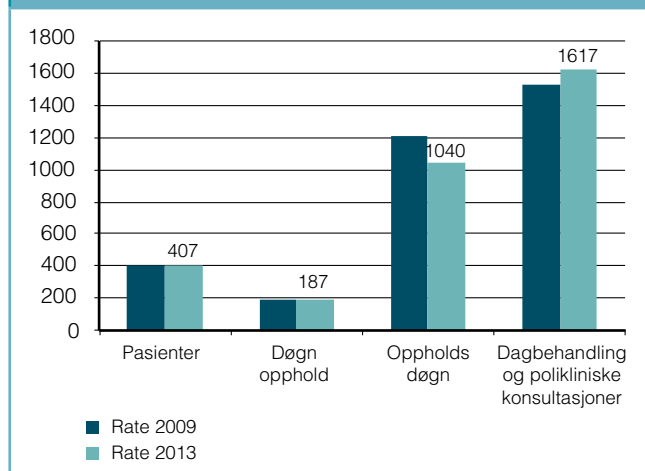
Tar vi hensyn til befolkningsveksten er pasientraten den samme i 2013 som i 2009. En lavere andel i befolkningen hadde døgnopphold i spesialisthelsetjenesten, men flere fikk dagbehandling eller hadde minst en poliklinisk konsultasjon i 2013 sammenlignet med 2009 (se figur 2.1).

6) DRG-poengene er også korrigert for systemendringer i perioden fra 2009 til 2013. Dette er beregnet ved hjelp av en årlig regrupping av data

7) Se fotnote 4, 5, 8.

8) Antall pasienter er sum pasienter innen hver sektor. Samme pasient inkluderes to ganger hvis hun/han har vært i kontakt med mer enn en sektor. I tillegg er cirka 893 983 pasienter som har konsultert private avtalespesialister ikke inkludert (heller ikke i aktiviteten). Mange av disse vil også ha kontakt med sykehusene og vi kan derfor ikke beregne eksakt hvor mange unike pasienter som kommer i tillegg til antall pasienter inkludert i figur 2.1. Innen TSB er 2013 første året det er mulig å telle absolutt antall pasienter. I figur 2.1 er samme antall pasienter lagt inn for begge år for TSB og for PHBU er polikliniske konsultasjoner med refusjon satt lik 2011-nivå pga mangelfulle data i 2009.

Figur 2.1 Pasienter og aktivitet i spesialisthelsetjenesten¹ per 1000 innbygger. Inkludert alle sektorer, men eksklusive aktivitet hos private avtalespesialister i somatisk spesialisthelsetjeneste.



1 Se fotnote B

2.3 Regionale utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten 2009–2013

Beskrivelsen av utviklingen i hver av regionene tar utgangspunkt i både de faktiske ratene for bruk av spesialisthelsetjenesten (tabell 2.1–2.5), og i forbruksrater korrigert for behov for spesialisthelsetjenester (tabell 2.6). Endring beskrives med utgangspunkt i de faktiske utviklingstallene, mens det relative nivået av tjenester (høyt eller lavt) vurderes med utgangspunkt i de behovskorrigerede ratene. Indeksen for behov er hentet fra Magnussen-utvalgets analyser (NOU 2008:2) og er basert på informasjon på kommunenivå om alderssammensetningen i befolkningen, sykkelighet, utdanningsnivået i befolkningen samt andre levekårsfaktorer og en klimaindeks. Siden 2008 har rammetilskuddet til de regionale helseforetakene vært fordelt basert på behovsindekser fra dette utvalget. I dette kapitlet har vi benyttet disse indeksene for å vurdere hvordan forskjellene mellom regionene i forbruksnivå påvirkes av forskjeller i behov.

Helse Sør-Øst

Godt over halvparten av den norske befolkning er bosatt i det geografiske ansvarsområdet til Helse Sør-Øst. Regionen vil derfor i stor grad påvirke det nasjonale

gjennomsnittet for målene på bruk av spesialisthelsetjenester.

Somatisk spesialisthelsetjeneste

I absolutte tall øker antall personer bosatt i Sør-Øst som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i perioden 2009 til 2013. Befolkningstallet øker imidlertid mer og bidrar til en svak nedgang i pasientraten de siste to år (per 1000 innbygger). Raten har gjennom hele femårsperioden vært på samme nivå som Helse Vest, og noe under Midt-Norge og Nord. Antall innleggelser (døgnoophold) per innbygger i regionen går gradvis nedover i femårsperioden (–3,2 prosent) og antall liggedager totalt for befolkningen reduseres enda mer, med en nedgang på 14 prosent per innbygger i 2013 sammenlignet med nivået i 2009. Faktisk antall polikliniske konsultasjoner øker noe over tid, men holder så vidt tritt med befolkningsveksten i 2012 og 2013.

I en sammenligning av tjenestebruken mellom regioner tas det hensyn til ulikheter i behov som beskrevet innledningsvis. Den behovsjusterte raten per innbygger for døgnoophold er for befolkningen i Helse Sør-Øst omtrent på nivå med Midt-Norge og Nord og noe under Helse Vest. For polikliniske konsultasjoner er regionen på nivå med Vest og Nord, som alle har et lavere nivå enn befolkningen tilhørende i Helse Midt-Norge⁹. Sum DRG-poeng per innbygger justert for behovsforskjeller ligger omtrent på nivå med Helse Vest og Helse Midt-Norge og litt høyere enn Helse Nord i 2013.

Psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern for voksne er det en svak tendens til reduksjon i raten for antall personer i kontakt med tjenestene (pasientraten) de siste par år, selv om det faktiske antall pasienter behandlet har økt litt. Det er liten forskjell i pasientraten mellom Helse Sør-Øst og de andre regionene. Ser vi på aktiviteten knyttet til behandling av Sør-Øst-pasientene finner vi en tydelig reduksjon i utskrivinger av innlagte pasienter og oppholdsdøgn siste år. Fra 2012 til 2013 gikk antall oppholdsdøgn per innbygger ned med 11 prosent og reduksjonen var på hele 25 prosent sammenholdt med nivået i 2009. For innleggelser var nedgangen størst fra 2012 til 2013 på –5 prosent.

9) Her er imidlertid de private avtalespesialistene ikke inkludert i aktiviteten. En inklusjon av disse øker raten for Sør-Øst og Vest mer enn for Midt-Norge og Nord (se Helsedirektoratet 2014: Aktivitetsdata for avtalespesialister 2013 IS-2189. Norsk pasientregister).

Antall polikliniske konsultasjoner øker klart både siste år og siste fem år, også sett i forhold til befolkningsveksten.

Behovsjusteres ratene for PHV er utskrivinger per innbygger i 2013 langt lavere i Sør-Øst enn i de andre regionene (14 prosent under landsgjennomsnittet) og forskjellene har vært stabile i hele femårsperioden. Når det gjelder polikliniske konsultasjoner er regionen på nivå med Helse Nord, cirka 8 prosent høyere enn Vest og 18 prosent lavere enn Midt-Norge.

Antall unike pasienter behandlet i psykisk helsevern for barn og unge holder seg svært stabil de siste fem år. Samtidig fortsetter økningen i polikliniske konsultasjoner. I femårsperioden har den faktiske veksten i konsultasjoner vært på 15 prosent, mens raten per innbygger øker med 13 prosent. Pasientraten i Sør-Øst er på samme nivå som Midt-Norge, noe over Helse Vest og noe under Helse Nord. Den behovsjusterte konsultasjonsraten er på nivå med Midt-Norge og Nord, som alle ligger godt over Helse Vest.

Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB)

Innleggelser og oppholdsdøgn innen TSB har gått gradvis ned de siste fem år, med reduksjoner på henholdsvis 14,7 og 9,5 prosent fra 2009 til 2013. Det er derimot en klar vekst i polikliniske konsultasjoner over tid (22,4 prosent), men liten endring fra 2012 til 2013. Regionen har totalt sett den høyeste ukorrigerede konsultasjonsraten av regionene i 2013, men ved behovskorrigerering blir raten for Helse Vest høyere enn for Sør-Øst. Innleggelsesraten ligger i midtsjiktet av regionene, men forskjellene er ikke veldig store.

Helse Vest

Somatisk spesialisthelsetjeneste

Det har vært en moderat økning i antall pasienter per innbygger behandlet innen somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Vest de siste fem år, men nivået har vært var stabilt siste to år. Regionen har i hele perioden hatt en pasientrate omtrent på nivå med befolkningen i Sør-Øst, litt under Midt-Norge og noe mer under Nord-Norge.

Antall døgnopphold for pasientene i regionen har gradvis økt i femårsperioden når en ser på absolutte tall (8,3 prosent). Raten per innbygger har, etter en klar vekst fra 2009 til 2011, blitt noe redusert i 2012 og 2013. Den er likevel høyere i 2013 sammenlignet med 2009. Den dagkirurgiske virksomheten og polikliniske konsultasjoner for befolkningen i Vest øker også. Antall konsultasjoner er 16 prosent høyere i 2013 enn i 2009 og 10,1 prosent høyere målt per innbygger. Sammenlignet med andre regioner er den ukorrigerede raten for døgnopphold litt over landsgjennomsnittet i 2013, men avstanden til de andre regionene blir større når den behovskorrigeres. For polikliniske konsultasjoner er den behovskorrigerede raten omtrent på linje med Sør-Øst og Nord og under Helse Midt-Norge. Måles den samlede aktiviteten for befolkningen som DRG-poeng er raten per innbygger i Helse Vest klart under gjennomsnittet uten behovskorrigerering, men har den høyeste raten etter korrigerering.

Psykisk helsevern

Det er stor stabilitet i andel voksne innbyggere bosatt i Helse Vest sitt område og som har vært i kontakt med psykisk helsevern i årene 2009 til 2013, men raten gikk svakt ned fra 2009 til 2010. Selv om andelen er lik over tid er det i absolutte tall flere personer som utredes og behandles¹⁰. Forskjellen til de andre regionene er liten og stabil.

Antall faktiske døgnopphold (utskrivinger) innen psykisk helsevern for voksne har økt med 10,8 prosent siden 2009 og 2,8 prosent fra 2012 til 2013. Veksten er noe lavere når aktiviteten måles som antall per innbygger. Som i andre regioner har antall oppholdsdøgn gått jevnt nedover i takt med reduksjon i innleggelser og gjennomsnittlig liggetid. Antall polikliniske konsultasjoner har derimot økt hvert år siden 2009, både i faktisk aktivitet og per innbygger.

For barn og unge er det en økning i antall per innbygger som har vært i kontakt med psykisk helsevern siden 2009, men fra 2011 er den nesten uforandret. Konsultasjonsraten (refusjonsberettigede konsultasjoner) øker imidlertid de siste årene. Regionen har likevel en klart lavere rate enn de andre regionene, også etter behovsjustering

10) For å opprettholde en stabil rate må aktiviteten i tjenestene øke i takt med befolkningsveksten

Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB)

Helse Vest har hatt en årvis økning i antall innleggelser for pasienter innen TSB fra 2009 til 2013, mens antall oppholdsdøgn totalt sett øker i mindre grad, og går ned målt per innbygger. Dette gjenspeiler at oppholdstid per pasient går ned. Den registrerte polikliniske aktiviteten har økt betydelig i perioden, både i faktisk antall og målt per innbygger. Sammenlignet med andre regioner har Helse Vest den laveste innleggelsesraten innen TSB, men den nest høyeste raten for polikliniske konsultasjoner (etter Sør-Øst). Dette gjelder også etter behovsjustering av ratene.

Helse Midt-Norge

Somatisk spesialisthelsetjeneste

Antall pasienter i kontakt med den somatiske spesialisthelsetjenesten er omtrent på samme nivå i 2013 som i 2009, men det var en reduksjon i raten per innbygger siste to år sammenlignet med 2011. Det er ikke veldig store forskjeller mellom Midt-Norge og de andre regionene i pasientrate, men Helse Nord har et noe høyere nivå enn de andre.

Det har vært en gradvis reduksjon i antall døgnopphold og totalt antall liggedøgn per innbygger for befolkningen tilhørende Helse Midt-Norge i femårsperioden. Døgnoppholdsraten er ikke avvikende høy eller lav sammenlignet med andre regioner (med eller uten behovsjustering). Som i andre regioner er det en vekst i polikliniske konsultasjoner. I absolutte tall økte antall polikliniske konsultasjoner med 2,6 prosent fra 2012 til 2013, og med 15 prosent fra 2009 til 2013. Målt som rate per innbygger var veksten på 10,9 prosent i femårsperioden. Befolkningen i Midt-Norge har en høyere konsultasjonsrate enn i de andre regionene (med eller uten behovsjustering).

Psykisk helsevern

Antall pasienter per innbygger i kontakt med psykisk helsevern for voksne¹¹ var stabil i årene 2011 til 2013, men raten var 7 prosent høyere i 2013 sammenlignet med 2009. Det faktiske antall pasienter økte med 13 prosent, men halvparten av veksten dekket altså befolkningsøkningen i perioden. Veksten i antall utskrivinger

har stanset opp og målt per innbygger gikk raten ned med 2,7 prosent fra 2012 til 2013. Det har vært en betydelig vekst i gjennomførte polikliniske konsultasjoner totalt sett i femårsperioden. Veksten var på 28,6 prosent i faktisk antall konsultasjoner og på 21,8 prosent målt per innbygger. Fra 2012 til 2013 økte raten med 3,1 prosent. Den behovsjusterte utskrivingsraten for Midt-Norge er høyere enn i Sør-Øst, men ligger noe under Vest og Nord. Konsultasjonsraten er imidlertid høyere enn for andre regioner, også etter behovsjustering.

Innen psykisk helsevern for barn og unge¹² hadde Helse Midt-Norge en vekst i antall pasienter i kontakt med tjenesten, også kontrollert for befolkningsvekst. Raten økte med 3,6 prosent i perioden fra 2012 til 2013 og med 18 prosent fra 2009 til 2013. Pasientraten for Midt-Norge er på nivå med Helse Sør-Øst, høyere enn for befolkningen tilhørende Helse Vest og klart lavere enn Nord-Norge. Antall polikliniske konsultasjoner (refusjonsberettede) har også hatt en klar årlig vekst de siste tre år og er på nivå med Sør-Øst og Nord, og lavere enn befolkningen i Helse Vest sitt område.

Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB)

Det har vært en vekst i innleggelser innen TSB for befolkningen i bosatt i Helse Midt-Norge sitt opptaksområde, både siste år og sett i et femårsperspektiv. Per 1000 innbygger var økningen på 27,6 prosent fra 2009 til 2013. Antall oppholdsdøgn økte i begynnelsen av perioden, men både faktisk antall og rate per innbygger ble redusert etter 2011. At innleggelsene øker langt mer enn oppholdsdøgn kan tilskrives kortere gjennomsnittlig oppholdstid for pasientene som legges inn. Veksten i polikliniske konsultasjoner i perioden er enda sterkere enn for innleggelser, med en økning på 136 prosent fra 2009 til 2012 og 40 prosent fra 2012 til 2013. Sammenlignet med Sør-Øst og Vest har Midt-Norge fortsatt en lav rate for polikliniske konsultasjoner. Innleggelsesraten er noe høyere enn i de andre regionene etter behovsjustering, men forskjellene mellom regionen er blitt mindre i femårsperioden.

11) Antallet pasienter i det psykiske helsevernet er inklusive pasienter hos private avtalespesialister.

12) Se forrige fotnote.

Helse Nord

Somatikk

Antall personer bosatt i Nord-Norge som har hatt kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste har økt svakt hvert år i perioden 2009 til 2013, men ikke nok til å overstige befolkningsveksten. Raten per innbygger har dermed vært stabil. Den samme utviklingen gjelder for polikliniske konsultasjoner. Antall døgnopphold holder seg også svært stabilt, men med en svak nedgang i rate per innbygger i årene 2011 til 2013. Antall pasienter, døgnopphold og polikliniske konsultasjoner ligger noe over landsgjennomsnittet når det ikke tas hensyn til demografiske og sosiale kjennetegn ved befolkningen. Befolkningssammensetning medfører imidlertid at behovet for somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord er beregnet til å være betydelig høyere enn i andre regioner. Etter justering for dette er ratene både for innleggelser og polikliniske konsultasjoner på nivå med Helse Midt-Norge og Sør-Øst.

Helse Nord har i utgangspunktet høyest nivå av DRG-poeng per 1 000 innbyggere, men etter korreksjon for behov er nivået av DRG-poeng per innbygger lavere enn i andre regioner. DRG-poeng korrigert for befolkningsvekst og ISF-endringer gikk ned med 1,2 prosent i 2013, og økte med 1,1 prosent i femårsperioden. Uten korreksjon for befolkningsvekst og systemendringer var økningen i DRG-poengene i Helse Nord 4,5 prosent fra 2009 til 2013.

Psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern for voksne er raten for antall personer i kontakt med tjenesten stabil siste fem år. Antall pasienter gikk noe ned fra 2011 til 2012, men gikk opp igjen i 2013. Utskrivingsraten for døgnopphold ble redusert med 7,1 prosent fra 2012 til 2013 og ligger under nivået i 2009 i rate per innbygger. Antall oppholds-døgn ble på grunn av dette også redusert. Helse Nord ligger likevel godt over det nasjonale gjennomsnittet i antall utskrevne pasienter, også etter en behovsjustering av ratene. Den nasjonale trenden med vekst i polikliniske konsultasjoner finner man også i Nord-Norge, hvor det har vært en årlig vekst hele siste femårsperiode. Konsultasjonsraten er omtrent på nivå med befolkningen tilhørende Helse Sør-Øst og Helse Vest, og lavere enn i Midt-Norge når det tas hensyn til ulikheter i alderssammensetning og andre behovsvariable.

Færre barn og unge i Nord-Norge hadde kontakt med psykisk helsevern i 2013 sammenlignet med 2009. Det har vært en reduksjon i pasientraten siste femårsperiode, men spesielt fra 2012 til 2013, hvor raten per innbygger 0-17 år ble redusert med 9,2 prosent. Pasientraten i Nord-Norge ligger godt over landsgjennomsnittet, men forskjellen til de andre regionene er klart redusert de siste fem år. Noe av dette skyldes registreringstekniske endringer. Raten for antall polikliniske konsultasjoner er stabil fra 2012 til 2013, men er redusert sammenlignet med 2011. Når det gjelder konsultasjoner avviker ikke pasientene tilhørende Helse Nord vesentlig fra Sør-Øst og Midt-Norge, men er godt over Vest, også etter behovsjustering av ratene.

Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB)

Det var en årlig økning i antall innleggelser per innbygger innen TSB fra 2009 til 2012, deretter kom en nedgang på 7,4 prosent i 2013. Hele femårsperioden sett under ett økte raten med 11,4 prosent, men regionen ligger likevel godt under landsgjennomsnittet. Samtidig har det vært en sterk reduksjon i samlet antall oppholdsdøgn for innlagte pasienter i regionen, noe som gjenspeiler en klar nedgang i gjennomsnittlig oppholdstid på døgninstitusjonene. Nedgangen i innleggelser og oppholdstid motsvares av en sterk økning i polikliniske konsultasjoner. Per innbygger økte raten med 40 prosent fra 2009 til 2013, og med 10 prosent siste år. Til tross for dette er konsultasjonsraten for pasienter i Helse Nord langt lavere enn i de andre regionene.

Har forskjellene mellom regionene økt eller blitt redusert?

I figur 2.2 framstilles variasjonsbredden mellom regionene for ulike aktivitetsmål i 2009 og 2013 med utgangspunkt i de behovskorrigerede forbruksratene. Figuren viser prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet for den regionen som har det høyeste nivået (plussverdier) og den regionen som har det laveste nivået (negative verdier). Samlet sett uttrykker dermed lengden på søylene variasjonen mellom regionene i 2009 og 2013.

Figuren viser tydelig at de regionale forskjellene i bruk av spesialisthelsetjenester er langt større innen psykisk helsevern og TSB enn i somatisk sektor. Forskjellene er særlig store for polikliniske konsultasjoner innen TSB

både i 2009 og 2013, mens forskjellen i innleggelsesrate mellom regionen med høyeste og laveste rate er klart redusert i perioden. For polikliniske konsultasjoner innen TSB kan forskjellene tilskrives at én region har et betydelig lavere nivå enn de andre regionene (Helse Nord), mens to andre regioner har et betydelig høyere nivå (Helse Sør-Øst og Helse Vest). Når vi finner betydelige forskjeller mellom regionene i aktivitet innen TSB må vi ta i betraktning at relativt små endringer i tallene kan gi store prosentvise endringer.

Forskjellen mellom regionen er også relativt stor når vi ser på utskrivingsraten for innlagte pasienter i PHV, og forskjellen har holdt seg i femårsperioden. I hele perioden har pasienter tilhørende Helse Nord hatt en relativt sett høy rate, mens Sør-Øst har hatt lavere rate enn de andre.

Figur 2.2 Prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet for regioner med høyeste og laveste rater i 2009 og 2013¹.



1) For PHVBU sammenlignes 2011 med 2013 for polikliniske konsultasjoner med refusjon. Dette grunnet manglende informasjon om refusjonsberettigelse i årene før

2.4 Bruk av spesialisthelsetjeneste i ulike aldersgrupper

Behovet for hjelp fra helsetjenesten varierer med i forekomst av ulike tilstander og skader i befolkningen, i ulike livsfaser og mellom kvinner og menn. Primærhelsetjenesten håndterer store deler av behovet for konsultasjon og hjelp, men svært mange av oss får også hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsevern

Kontakt med psykisk spesialisthelsetjeneste (se figur 2.3) er aller mest vanlig for jenter i alderen 15–19 år (ca 10 prosent) og for gutter mellom 10 og 14 år (ca 8 prosent). Blant voksne synker gradvis andelen personer som følges opp av psykisk spesialisthelsetjenesten med alderen. Etter pensjonsalder er andelen nede på cirka 2 prosent av befolkningen. Det er en klar kjønnsforskjell i andel (raten) i befolkningen som har kontakt med psykisk helsevern, men den blir langt mindre med alderen. Guttene er overrepresentert blant barn under 15 år, mens jentene dominerer blant ungdom og videre inn i voksen alder.

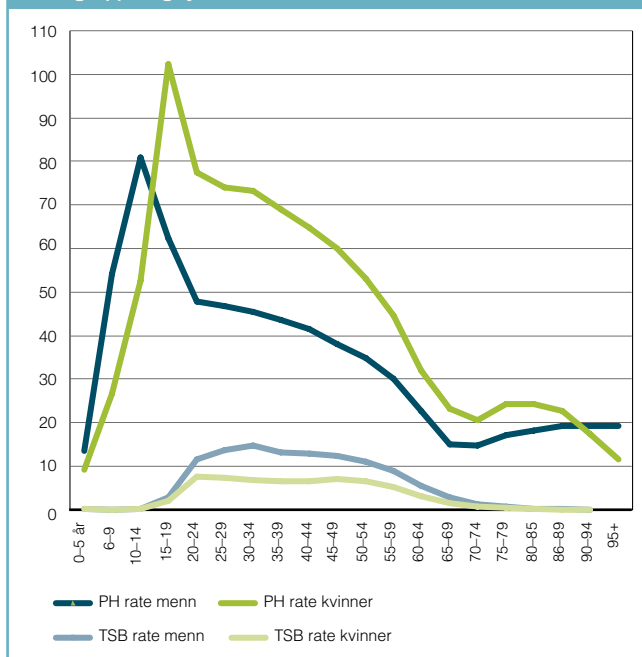
Årsaken til kontakt med psykisk helsevern varierer også med alder og vi vet at barn og ungdom i svært liten grad legges inn i institusjon. Når det gjelder diagnoser var 25 prosent av barn og ungdom ved siste kontakt i 2013 registrert med en Z-kode «Andre faktorer og kontakter» eller at diagnoseinformasjon mangler (22 prosent). For voksne gjaldt dette cirka 18 prosent av pasientene. En viktig forklaring er at pasienter fortsatt er til undersøkelse eller utredning ved utgangen av 2013. Inkluderes kun avsluttede konsultasjonsserier blir andelen mindre¹³. I diagnoseoversikten i figur 2.4 nedenfor er pasienter uten registrert diagnose holdt utenfor. For barn og unge (0–17 år) i kontakt med psykisk helsevern i 2013 dominerer hovedkategorien diagnoser¹⁴ kalt «Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder», med en andel på over 50 prosent av de med registrert diagnose¹⁵. Herunder er «forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet» (F900) den største gruppen. En noe større andel gutter

13) Se Helsedirektoratet 2014 IS-2173 Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge barn og unge. Norsk pasientregister.

14) I henhold til ICD10: Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10 revisjon. Norsk utgave.

15) Basert på pasientens siste kontakt med psykisk helsevern i 2013.

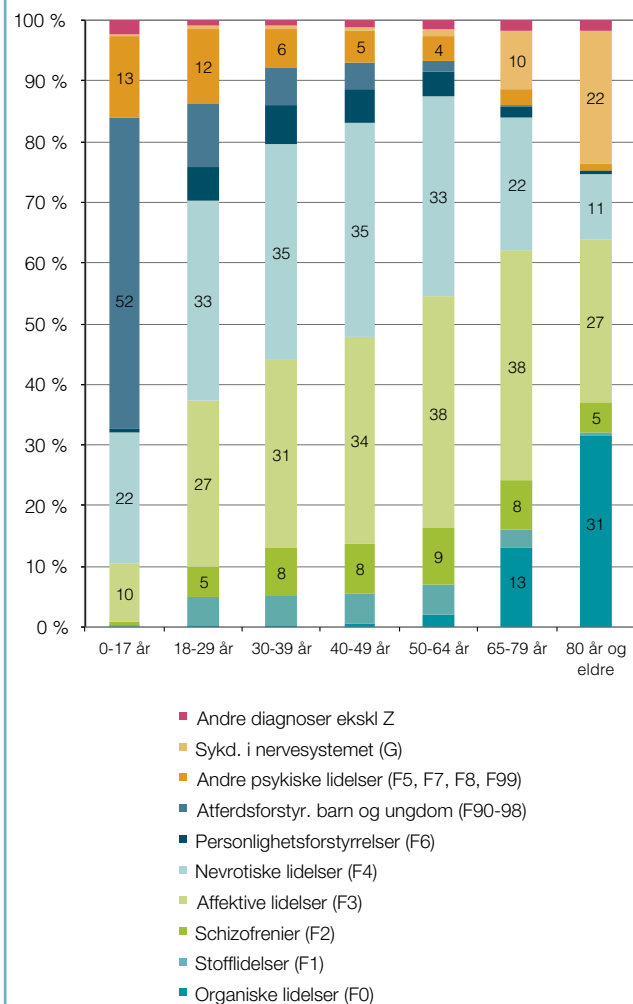
Figur 2.3 Antall personer per 1000 innbyggere i kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) etter 5 års aldersgrupper og kjønn i 2013.



enn jenter kommer i denne kategorien og spesielt i aldersgruppen 6–12 år. Affektive lidelser (stemningslidelser, inkl. depresjon) eller nevrotiske lidelser (bla angstlidelser og tilpasningsforstyrrelser) var registrert som hovedtilstand¹⁶ hos cirka 32 prosent av barn og unge ved siste kontakt med tjenesten i 2013. Andelen blant jenter er høyere enn for gutter og andelen er økende fra pubertetsalder¹⁷.

Blant voksne er affektive og nevrotiske lidelser de dominerende diagnosegruppene med en andel på mellom 60 og 70 prosent, men andelen er betydelig lavere blant de eldste. For denne pasientgruppen er organiske lidelser og sykdommer i nervesystemet langt mer framtrædende, noe som er naturlig i og med at dette er lidelser som i høy grad er aldersbetingede. Voksne kvinner og menn i kontakt med psykisk helsevern har grovt sett en lik diagnoseprofil, men blant menn er det en større andel pasienter med schizofreni og rusrelaterte lidelser og blant kvinner en noe høyere andel affektive og nevrotiske lidelser.

Figur 2.4 Diagnosesammensetning for ulike aldersgrupper innen psykisk helsevern i 2013 framstilt som andeler¹.



1) Pasienter uten diagnoser eller som er registrert med en Z-kode for undersøkelse/utredning er holdt utenfor.

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk (TSB)

Andel av befolkningen som får hjelp på grunn av avhengighetsproblemer med rus eller spill er langt lavere enn for psykisk helsevern. Også for TBS er det klare kjønnsforskjeller. For voksne i yrkesaktiv alder er andelen blant menn som har kontakt med tjenestene klart høyere enn blant kvinner. Andelen blant menn er nesten dobbel så høy som for kvinner fra 20 til cirka 50 år. Det er svært få personer over 70 år som får oppfølging fra TSB sammenlignet med i yngre aldersgrupper.

16) Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom.

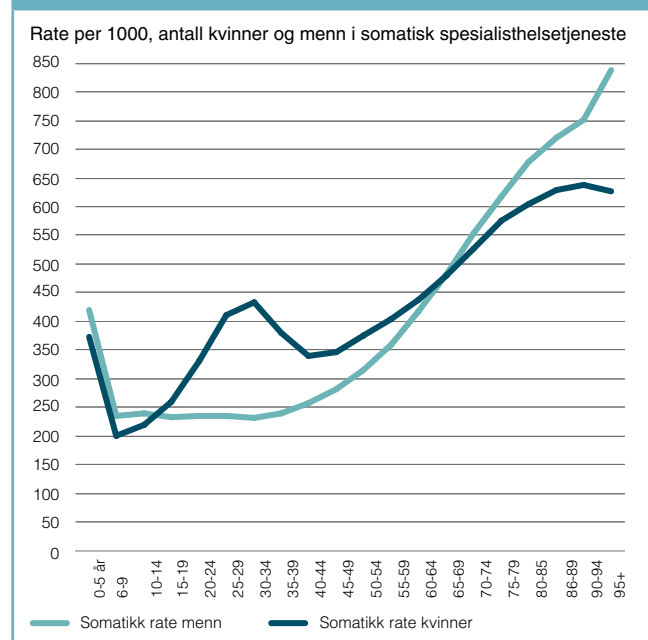
17) Ikke vist i figur 2.4. Se også Helsedirektoratet 2014 IS-2173 Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge. Norsk pasientregister.

Somatisk spesialisthelsetjeneste¹⁸

Innen somatikken har raten for antall innbyggere som var pasienter i spesialisthelsetjenesten i 2013 en helt annen aldersprofil enn for psykisk helsevern. Her øker raten tydelig fra 40–50-årsalderen og oppover, mens den avtok blant de eldste for psykisk helsevern og TSB. Pasient-raten per innbygger er forskjellig for menn og kvinner. Dette skyldes i hovedsak at en langt høyere andel kvinner er i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste i 20 og 30-årsalderen på grunn av barnefødsler og fødselsrelaterte tilstander. Etter fylte 70 år er det derimot en høyere andel blant menn enn kvinner som er i kontakt med tjenestene. Siden levealderen blant kvinner er høyere enn for menn er det i absolutte tall likevel flere eldre kvinner enn menn som har kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Ut fra registrering i henhold til hovedkapitlene i ICD-10¹⁹ i 2013 var flest barn, unge, og unge voksne i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste på grunn av en skade, forgiftning eller en tilstand forårsaket av andre ytre årsaker (24 prosent). Andelen i denne gruppen er langt mindre blant pasientene fra 30-årsalderen og oppover, men andelen øker igjen blant de eldste. Lårhalsbrudd blant eldre bidrar blant annet til dette. Kontakt med sykehusene på grunn av åndedrettssykdom er også en relativt stor gruppe blant barn og unge. Blant middelaldrende (40–60 år) er muskel-skjelettlidelser den vanligste årsaken til kontakt med spesialisthelsetjenesten og fra 50-årsalderen kommer i tillegg sirkulasjonssykdommer og svulster (ondartet eller godartet) inn som viktige diagnosegrupper. Ellers er det stor spredning i diagnosegrupper i alle aldersgrupper. For alle alderskategorier utgjør pasienter med symptomdiagnoser og unormale kliniske funn mellom 8 og 12 prosent.

Figur 2.5 Antall personer per 1000 innbyggere i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste etter 5 års aldersgrupper og kjønn i 2013¹.

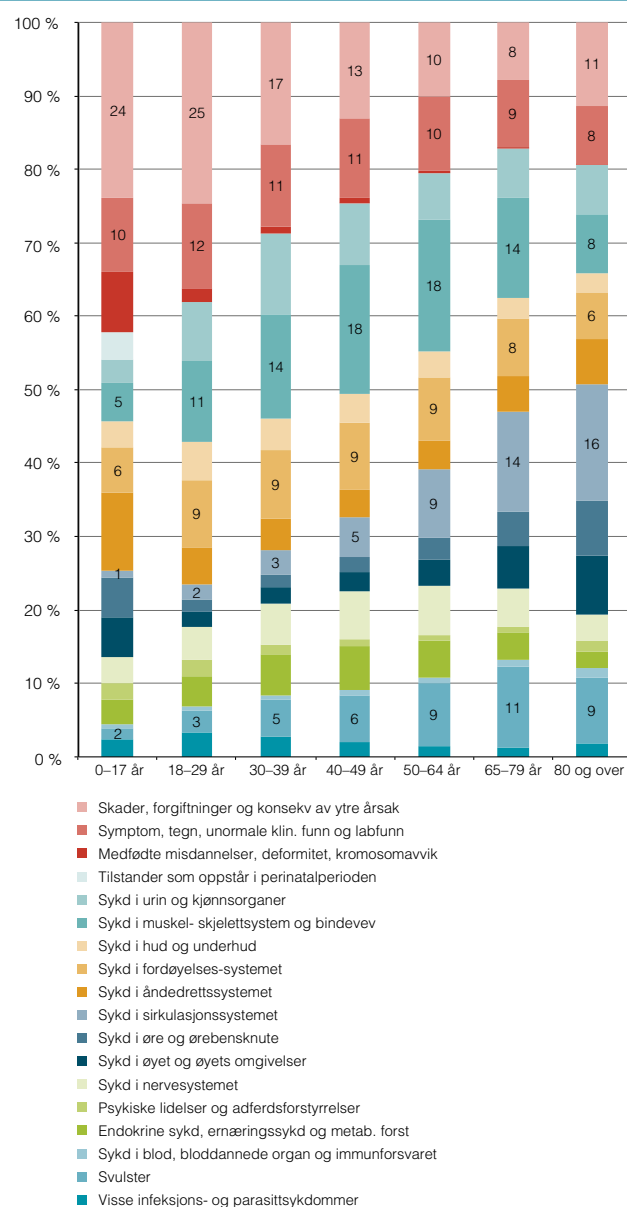


1) Inklusive barn født i sykehus og eksklusive pasienter som kun har hatt kontakt med privat spesialist med avtale.

18) For somatisk sektor er ikke antall pasienter behandlet hos private avtalespesialister inkludert hvis de ikke er en del av ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF). På nasjonalt nivå utgjør konsultasjoner hos private avtalespesialister 25 prosent av aktiviteten når den sammenholdes med den polikliniske aktiviteten ved sykehusene.

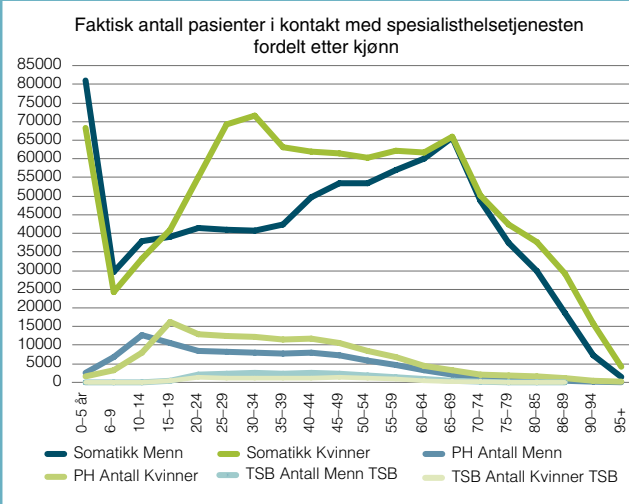
19) ICD 10: Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10 revisjon. Norsk utgave.

Figur 2.6 Diagnosesammensetning i ulike aldersgrupper innen somatisk spesialisthelsetjeneste framstilt som andeler i 2013¹.



1) Hver pasient telles kun en gang innen hvert hovedkapittel i tilfeller hvor pasienten er registrert med flere kontakter med ulike hoveddiagnoser. Hovedkapittel om svangerskap, fødsel og barseltid er holdt utenfor. Det samme gjelder kontakter registrert med Z-koder som hoveddiagnose da disse pasientene er inne for undersøkelse, etterbehandling, rehabilitering el og de fleste har hatt annen kontakt med behandling hvor de har fått en diagnose og derfor er med i en annen gruppe (gjelder ca 70%).

Figur 2.7 Personer i kontakt med spesialisthelsetjeneste etter 5 års aldersgrupper og kjønn i 2013, absolutte tall.

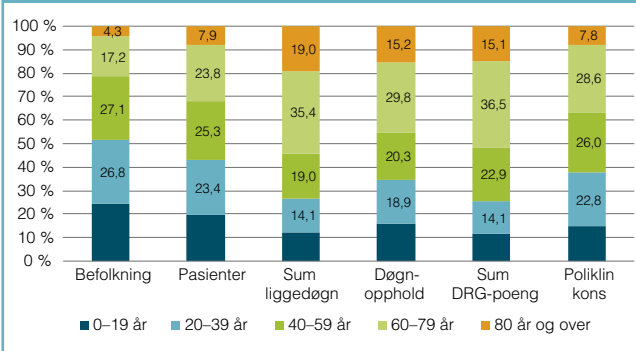


Pasienter i absolutte tall og tjenestebruk i ulike aldersgrupper

Når vi ser på rater eller andeler innen ulike grupper får vi ikke et bilde av det faktiske volumet av pasienter og tjenestebruk. Figur 2.7 framstiller antall personer (absolutte tall) som var pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusomsorg i 2013. Det er da lett å se at antallet personer i kontakt med tjenestene er svært mye høyere innen somatikken enn for de andre to sektorene i alle aldersgrupper. For somatikken ser vi at fra 20 års alder og i nesten alle aldersgrupper oppover er det flere kvinnelige enn mannlige pasienter i absolutte tall (unntatt 60-70 år hvor det er omtrent likt). Etter 70 års alder går antall pasienter bratt nedover, men kvinnene er fortsatt i flertall. Selv om en større *andel* eldre er i kontakt med sykehusene betyr altså ikke det at de utgjør den største gruppen pasienter i absolutte tall. Innen psykisk helsevern og TSB er det i langt større grad samsvar mellom faktisk antall pasienter og raten etter aldersgruppe slik det framkom av figur 2.3. I psykisk helsevern er både raten og faktisk antall pasienter (absolutte tall) høyest blant ungdom og reduseres gradvis med alder.

Så langt har vi kun sett på hvor mange innbyggere som er i kontakt med tjenestene og hva som er hovedårsaken til at de får hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Et annet spørsmål er hvor mye av aktiviteten ved sykehus og poliklinikker som genereres av pasientene i de ulike aldersgruppene. Vi avslutter med en enkel figur (2.8) som

Figur 2.8 Aldersgruppenes andel av befolkning og aktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste 2013.



viser andelen som ulike aldersgrupper utgjør av henholdsvis befolkning, pasienter og ulike mål på sykehusbruk (døgnopphold, liggedager, DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner). Vi har delt befolkningen inn i 20-års aldersintervaller og kun somatisk spesialisthelsetjeneste er inkludert.

Som ventet er det en klar sammenheng mellom høy alder og bruk av sykehus. I forhold til sin andel av pasientene har gruppen over 80 år 2,4 ganger så høy andel av liggedøgnene og 1,9 ganger så stor andel av døgnopphold og DRG-poeng. Aldersgruppen 60-79 år har til sammenligning et forholdstall på mellom 1,3 og 1,5 for de samme målene, mens aldersgruppene under 40 år ligger alle på en 0,6-0,7 for liggedøgn og 0,8 for døgnopphold. Gruppen fra 40 til 59 år har imidlertid i forhold til sin andel av pasientene en noe høyere andel av DRG-poengene enn de yngre, med en faktor på 0,9. For polikliniske konsultasjoner er forholdstallene relativt like (nær 1 for tre av gruppene), men en noe høyere andel for gruppen 60-79 år, og noe lavere for den yngste aldersgruppen.

Ser vi på den faktiske andelen gruppene utgjør av liggedøgn osv, blir bildet noe annerledes. Da ser vi at gruppen 60-79 år står for omtrent en tredjedel av både døgnopphold, liggedøgn, polikliniske konsultasjoner og det beregnede ressursbehovet (DRG-poeng). De eldste over 80 år genererer kun 15 prosent av DRG-poengene, mens og aldersgruppen 40-59 år står for 23 prosent.

2.5 Datagrunnlag

Tallmaterialet i dette kapitlet bygger i hovedsak på pasientdata innrapportert til NPR og på data innsamlet av SSB. Datamaterialet fra SSB er gjennomgått og tilrettelagt av Helsedirektoratet.

Fra 2008 er det benyttet personentydige data for å telle antall unike pasienter. Tidligere år var det bare mulig å telle antall pasienter per helseforetak.

Psykisk helsevern for voksne

Fra 2009 er aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern for voksne i all hovedsak basert på pasientdata fra NPR, i motsetning til tidligere år hvor vi i tillegg har benyttet opplysninger fra samleoppgavene i SSB.

Innen psykisk helsevern for voksne mangler pasientdata fra 2011 for Manifestsenteret, Bergfløtt behandlingssenter, Viken senter for psykiatri og sjelesorg samt Grefsenlia og Bymisjonens døgnrehabilitering. For de tre første av disse institusjonene er det innhentet samleopplysninger om aktiviteten for 2011 manuelt. For de to siste institusjonene er det benyttet tall for 2010. To institusjoner som har inngått avtale med Helse Sør-Øst under ordningen "Raskere tilbake" har ikke levert data til NPR, og er ikke inkludert. I 2012 og 2013 mangler kun data fra Betanien Malvik.

Det er noen avvik mellom tall i denne rapporten og tall publisert av NPR for psykisk helsevern for voksne. I SAMDATA brukes kun *refusjonsberettigede* konsultasjoner, dvs. konsultasjoner som utløser en eller flere takster fra HELFO. Differansen her utgjør ca 250 000 konsultasjoner i 2013 som ikke inkluderes i SAMDATA ettersom de ikke har utløst noen takstrefusjon fra HELFO. Det er også ulik avgrensning av psykisk helsevern kontra TSB. I SAMDATA gjennomgås datagrunnlaget sammenholdt med regnskapsoppgavene. Virksomhet regnskapsført under TSB fører vi under TSB. Følgende enheter er inkludert i psykisk helsevern i NPRs publisasjon: Rusposten ved Nordfjord DPS (1941 oppholdsøgn) og ruspoliklinikkene ved Kongsberg DPS, Ringeriket DPS, Vinderen (Diakonhjemmet sykehus), Tøyen ruspoliklinikk (Lovisenberg sykehus), Telemark TSB og ruspoliklinikkene Ryen og Ullevål ved Oslo universitetssykehus. Ruspoliklinikkene står for 30 472 refusjonsberettigede konsultasjoner som

i Samdata inngår som TSB både i 2012 og 2013. Noen få pasienter som inngikk i datagrunnlaget for PHV har vist seg å være pasienter under psykisk helsevern for barn og unge. Dette er korrigert i SAMDATA-tallene.

Psykisk helsevern barn og unge (PHBU)

Pasientdata for barn og unge mangler data fra en institusjon, Capio Anoreksi Senter. Institusjonen har en ytelsesavtale med Helse Sør-Øst siden 2010, men inngår ikke i datagrunnlaget.

Tall for pasienter og aktivitet for 2013 vil avvike noe fra tall publisert av Norsk pasientregister. Et mindre antall pasienter som NPR har kategorisert under psykisk helsevern for voksne har vist seg å være pasienter under psykisk helsevern for barn og unge. Dette er det korrigert for i denne rapporten.

Enheter/helseforetak som har endret pasientadministrativt system fra BUP-data til DIPS rapporterer en markant lavere aktivitet (konsultasjoner/tiltak) etter konvertering til nytt system. Nedgangen gjelder spesielt aktivitets-typen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. For 2013-data gjelder dette Sykehuset Østfold HF og Telemark HF. Tidligere har andre enheter tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt system, Helse Stavanger i 2010 og Vestre Viken HF, Helse Fonna og Helse Førde og to private institusjoner i Helse Sør-Øst i 2011. Helse Nord, samt Helse Bergen gikk over til DIPS i 2012. Norsk pasientregister rapporterer at tallene for Helse Nord ikke er sammenliknbare med tidligere år pga av endring i registreringspraksis etter overgang til DIPS.

På bakgrunn av skifte i pasientadministrativt system presenteres polikliniske konsultasjoner med takstrefusjon i stedet for polikliniske tiltak, da dette i mindre grad er påvirket av overgangen til nytt datasystem enn polikliniske tiltak. Vi kan imidlertid ikke utelukke at også disse tallene er noe underrepresentert, da vurderings-samtaler, ettervern og telefonsamtaler i noen grad ikke fanges opp i nytt pasientdatasystem.

Somatiske spesialisthelsetjeneste

Avvik i tall publisert i denne rapporten fra tall publisert av Norsk pasientregister²⁰ er i 2013 knyttet til 1454 behandlinger hos private avtalespesialister og som inngår i ISF. Det er ellers noen kontakter (1806) for kjemoterapi som i NPR-tallene inngår i dagopphold, mens de er klassifisert som polikliniske konsultasjoner i årets SAMDATA.

Tall for aktiviteten hos private avtalespesialister²¹ inngår foreløpig ikke i de samlede aktivitetsdataene på grunn av manglende kompletthet. Unntaket er aktivitet som inngår i Innsatsstyrt finansiering (ISF). For 2013 er dekningsgraden på antall avtalespesialister som leverer data 85,7 prosent. NPR har estimert antall polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister til å være i overkant av to millioner kontakter i 2013. Bruken av private avtalespesialister er større for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst og Helse Vest sine opptaksområder enn for Midt-Norge og Nord.

Innen somatisk sektor har det vært store endringer i definisjonene av datamaterialet i perioden fra 2009–2013. De viktigste av disse endringene er:

- Overgang til enhetlig ISF (Innsatsstyrt finansiering) med felles vektsett for innleggelser og polikliniske kontakter i 2010. Endringen medfører en relativ forskyvning mellom vektene for døgnopphold, dagkirurgi og poliklinisk aktivitet. DRG-vekter for polikliniske konsultasjoner ble tilgjengelig fra 2008.
- Innføring av nye legemiddel-DRG-er fra 2010.
- Ny definisjon av innleggelser (døgn og dag) og polikliniske kontakter (dagkirurgi og andre konsultasjoner) fra 2010. Definisjonen kan også brukes på data fra tidligere år.
- Stråleterapi inngår i data fra 2010. Data fra stråleterapi ble tilgjengelig fra 2008 og er inkludert i tallene for polikliniske konsultasjoner i denne rapporten.
- Innrapporteringsformatet av aktivitetsdata fra somatiske institusjoner til NPR har blitt endret i perioden 2008–2010 (fra NPR-record til NPR-melding). Dette førte til en økning av rapporterte polikliniske konsultasjoner og tallene var i en overgangsfase

20) Se Helsedirektoratet 2014: Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste IS-2177. Norsk pasientregister

21) Se Helsedirektoratet 2014: Aktivitetsdata for private avtalespesialister IS-2189. Norsk pasientregister

usikre. Dette skapte mest endring i data for perioden 2007–2008 som ikke inngår i dette kapitlet.

I SAMDATA legges det stor vekt på å tilby sammenlignbar og standardisert informasjon, og det er derfor også justert for systemendringer som påvirker sammenligninger av DRG-poengene fra 2013 med tidligere år. Ved hjelp av en årlig regruppering av data i ISF er det beregnet en prosentvis effekt av systemendring på DRG-poengene. For 2009–2013 er denne beregnet på nasjonalt og regionalt nivå, og for 2012 og 2013 er det også beregnet effekter for helseforetak (gjelder kapittel 12).

I 2009–2010 påvirkes DRG-poengene både av overgangen til enhetlig ISF og innføringen av nye legemiddel-DRG-er. På nasjonalt nivå er den isolerte effekten av enhetlig ISF og kostnadsberegnete vektorer for dagkirurgi og poliklinikk beregnet til å være –0,03 prosent, men effekten varierer betydelig mellom regioner og bostedsområder. I tillegg kom effekten av legemiddel-DRG-ene (801H, 801J, 801W, 802U, 806H, 808H, 809H) som ble estimert til å være 0,79 prosent. Den samlede effekten av ny grupperingslogikk og legemiddel-DRG-er beregnes til 0,757 prosent på nasjonalt nivå, 0,5 prosent for Helse Sør-Øst, 1,19 prosent for Helse Vest, 0,69 prosent i Helse Midt-Norge og 1,49 prosent for Helse Nord (bostedsregion).

Fra 2010 til 2011 var effekten av systemendring beregnet til å være 0,077 prosent på nasjonalt nivå. Den totale effekten på nasjonalt nivå var lav, men effekten av systemendringer i 2011 varierte betydelig for ulike typer behandlingsaktivitet. Den relative vekten ved kirurgisk behandling ble betydelig redusert (–4,84 prosent) mens opphold i medisinske DRG fikk økt vekt. Nedgangen i DRG-poeng for kirurgisk behandling skyldes både at færre opphold ble gruppert i kirurgiske DRG i 2011 og at vektene ble endret. Aktivitet som inngår i kommunal medfinansiering fikk en betydelig systemendringseffekt på 5,6 prosent, mens annen aktivitet fikk reduserte DRG-poeng med 5,0 prosent. Effekten for de regionale helseforetakene (bostedsregioner) ble beregnet til å være 0,1 prosent for Helse Sør-Øst, 0,7 prosent for Helse Vest, –0,8 prosent for Helse Midt-Norge og –0,1 prosent for Helse Nord.

Fra 2011 til 2012 medførte effektene av logikkendringene i DRG-systemet en omfordeling fra medisinske DRG til kirurgiske DRG, og en omfordeling fra opphold uten overnatting til opphold med overnatting. Den relative vekten for kirurgiske opphold økte, mens vekten for opphold i medisinske DRG ble redusert. Endringene kan ha påvirket ikke bare vektene, men også antallet opphold som går i medisinske og kirurgiske DRG-er, og dermed også omfanget av dagkirurgi. 2012-reglene medfører at antallet DRG-poeng i ISF 2011 reduseres med –0,1 prosent. Fordi det er flere opphold for polikliniske konsultasjoner i Samdata enn i ISF (Samdata benytter komplett Norges-fil fra Norsk pasientregister), ble den prosentvise korreksjonen for Norge totalt lik –0,086 prosent. For Helse Sør-Øst medførte regruppering av 2011-data en endring i vektene på –0,118 prosent, i Helse Vest var effekten 0,074 prosent, mens Helse Midt-Norge hadde en effekt på –0,08 og Helse Nord en effekt på –0,234 prosent.

Fra 2012 til 2013 medførte korreksjonen knyttet til systemendringer en økning av antall DRG-poeng i 2012 på 0,22 prosent totalt i det nasjonale datasettet. Endringen er i hovedsak forårsaket av endret relativ kostnadsfordeling i ISF (Innsatsstyrt finansiering) mellom aktivitet som foregår i sykehusene og hjemmehandling (betalt av sykehusene) på grunn av prisendringer. Dette medførte totalt sett en økning av vektene for aktiviteten på sykehusene. Regruppering av datamaterialet i henhold til 2013-logikk medførte en prosentvis korreksjon av 2012 data på 0,10 for Helse Sør-Øst, 0,42 for Helse Vest, 0,27 for Helse Midt-Norge og 0,47 for Helse Nord.

I alle analyser i denne rapporten og i beskrivelser av utviklingen i DRG-poeng er det tatt høyde for disse registreringsendringene, men det er også klart at estimeringen tilbake til 2009 medfører betydelig usikkerhet. Tallene bør derfor tolkes med forsiktighet.

I dette kapitlet presenteres DRG-aktiviteten samlet for perioden fra 2009 til 2013. Her inngår vektorer for all poliklinisk aktivitet (korrigerte vektorer fra polikliniske konsultasjoner i 2009) inklusive stråleterapi og ISF-godkjente spesialister.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Fra 2004–2009 var aktivitetsstatistikken for sektoren TSB basert på samleoppgaver fra SSB (skjema 38). Fra og med 2009 ble pasientdata innrapportert til NPR og for 2010–2013 har vi benyttet begge datakilder for å anslå det totale aktivitetsnivået innen TSB. En betydelig andel av behandlingstilbudet finner sted ved private rustiltak med driftsavtale eller rammeavtale med ett eller flere RHF. Noen av rustiltakene har også andre oppdragsgivere enn spesialisthelsetjenesten. Det er grunn til å tro at rapportering av samleoppgaver om virksomheten er noe de har god erfaring med. I overgangsfaser, slik som når avtaleperioder med private rustiltak ikke fornyes, er samleoppgaver nødvendig for å komplettere aktivitetsstatistikken med tall fra behandlingstilbudet som er under avvikling. Private rustiltak uten avtale rapporterer ikke pasientdata til NPR. I SAMDATA er begge datakilder vurdert og den datakilden som best mulig dekker enhetens virksomhet er valgt som datakilde. Pasientdata fra NPR i 2011 dekker over 80 prosent av oppholdsdøgnene og innleggelsene og om lag tre fjerdedeler av den polikliniske aktiviteten. I 2012 dekker pasientdata over 90 prosent av oppholdsdøgnene og innleggelsene og 78 prosent av den polikliniske aktiviteten. I 2013 er pasientdata lagt til grunn for 92 prosent av den poli-

kliniske virksomheten. For poliklinikkene som representerer den øvrige virksomheten er pasientdata kun delvis mangelfull og vil kunne mangle noen pasienter. For døgnbehandlingen dekker pasientdata 98 prosent av alle oppholdsdøgn.

Avviket mellom pasientdatagrunnlaget for Samdata og NPRs aktivitetsstatistikk som ble publisert medio april, utgjør for TSB sin del 1 941 oppholdsdøgn og 31 484 polikliniske konsultasjoner. Avviket beror på at flere TSB-enheter er identifisert i pasientdata og legges til grunn i Samdata 2013. Enhetene som ikke er i overensstemmelse med NPRs publisering er ruspoliklinikkene ved Kongsberg DPS og Ringeriket DPS, ruspoliklinikken ved Vinderen (Diakonhjemmet sykehus), Tøyen ruspoliklinikk (Lovisenberg sykehus), Telemark TSB, Ruspoliklinikkene Ryen og Ullevål ved Oslo universitetssykehus og TSB i Helse Førde. For mer detaljert gjennomgang av datagrunnlaget for TSB i Samdata henvises til definisjonsvedlegget for aktivitetsstatistikken i TSB som ligger på Helsedirektoratets nettsider²².

Informasjon om volumet av aktiviteten på institusjonsnivå for 2013 er presentert på Helsedirektoratets nettsider²².

22) www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag

Tabell 2.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i Norge 2009–2013 (nasjonale tall)²³.

Norge totalt	2009	2010	2011	2012	2013	Pst endr. 2012-13	Pst endr. 2009-13
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.							
Innlagt døgn	178	176	176	176	174	-1,0 %	-2,0 %
Innlagt dagbehandling	45	45	43	44	43	-0,3 %	-2,7 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	42	42	41	40	39	-2,4 %	-5,9 %
Polikliniske kons. ²	963	981	995	1 013	1 019	0,7 %	5,9 %
Sum liggedager ³	807	782	764	726	704	-3,0 %	-12,7 %
Pasienter ⁴	356	353	356	356	355	-0,1 %	-0,2 %
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	135	137	137	136	131	-3,7 %	-3,0 %
PHV Oppholdsdøgn	360	349	333	311	287	-7,7 %	-20,3 %
PHV Polikliniske kons.	304	313	321	326	341	4,4 %	12,1 %
PHV Pasienter totalt ⁵	44	44	44	43	43	-0,5 %	0,5 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	50	50	51	51	51	-0,8 %	2,6 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶	0	0	644	649	677	4,2 %	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	33	33	34	33	33	-1,0 %	-0,8 %
Oppholdsdøgn	154	151	153	148	143	-3,1 %	-6,8 %
Polikliniske kons.	62	69	80	88	91	2,4 %	45,1 %
Somatisk spesialisthelsetjeneste (N=)							
Innlagt døgn	863 668	865 698	878 368	889 167	890 121	0,1 %	3,1 %
Innlagt dagbehandling	216 996	222 933	212 302	220 173	221 969	0,8 %	2,3 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	203 189	205 035	202 692	203 570	201 012	-1,3 %	-1,1 %
Polikliniske kons. ²	4 676 611	4 828 525	4 961 770	5 114 639	5 206 913	1,8 %	11,3 %
Sum liggedager ³	3 919 572	3 846 143	3 806 900	3 667 016	3 598 518	-1,9 %	-8,2 %
Pasienter ⁴	1 729 638	1 738 588	1 776 430	1 796 006	1 814 476	1,0 %	4,9 %
Psykisk helsevern (N=)							
PHV Utskrivninger	50 727	52 201	52 835	53 517	52 290	-2,3 %	3,1 %
PHV Oppholdsdøgn	1 350 348	1 328 042	1 288 550	1 221 998	1 143 279	-6,4 %	-15,3 %
PHV Polikliniske kons.	1 139 706	1 191 836	1 239 625	1 281 826	1 357 317	5,9 %	19,1 %
PHV Pasienter totalt ⁵	164 871	166 383	168 593	170 334	171 890	0,9 %	4,3 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	55 161	56 240	57 416	57 745	57 380	-0,6 %	4,0 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶	0	0	720 456	729 217	761 435	4,4 %	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (N=)							
Innleggelser	12 316	12 718	13 063	12 934	12 989	0,4 %	5,5 %
Oppholdsdøgn	575 525	574 167	590 252	580 098	570 138	-1,7 %	-0,9 %
Polikliniske kons.	233 833	262 223	307 850	347 295	360 661	3,8 %	54,2 %

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

23) Se forklaring på avvik fra aktivitetsdata publisert av Norsk pasientregister i avsnittet om datagrunnlag

Tabell 2.2 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Sør-Øst 2009-2013²⁴

Helse Sør-Øst	2009	2010	2011	2012	2013	Pst endr. 2012-13	Pst endr. 2009-13
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.							
Innlagt døgn	177	175	173	173	171	-1,3 %	-3,2 %
Innlagt dagbehandling	48	49	45	46	45	-1,2 %	-6,3 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	41	39	39	38	37	-2,4 %	-10,0 %
Polikliniske kons. ²	959	968	976	987	989	0,2 %	3,1 %
Sum liggedager ³	782	757	733	692	671	-3,0 %	-14,3 %
Pasienter ⁴	347	342	346	344	343	-0,2 %	-1,0 %
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	124	126	124	123	117	-5,1 %	-6,3 %
PHV Oppholdsdøgn	354	347	331	300	267	-11,2 %	-24,7 %
PHV Polikliniske kons.	316	316	324	327	347	5,8 %	9,8 %
PHV Pasienter totalt ⁵	45	45	45	44	44	-0,9 %	-3,2 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	51	52	52	52	52	-0,5 %	1,1 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶	0	0	685	694	721	3,9 %	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	40,39	40,76	37,92	35,38	34,43	-2,7 %	-14,7 %
Oppholdsdøgn	161	160	156	151	146	-3,2 %	-9,5 %
Polikliniske kons.	85	91	95	106	105	-1,6 %	22,4 %
Somatisk spesialisthelsetjeneste (N=)							
Innlagt døgn	478 845	479 362	482 173	489 235	488 493	-0,2 %	2,0 %
Innlagt dagbehandling	130 479	135 034	126 635	129 031	128 950	-0,1 %	-1,2 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	110 891	108 217	107 984	106 554	105 235	-1,2 %	-5,1 %
Polikliniske kons. ²	2 597 068	2 655 796	2 718 626	2 785 361	2 824 132	1,4 %	8,7 %
Sum liggedager ³	2 118 169	2 078 065	2 040 600	1 952 074	1 914 802	-1,9 %	-9,6 %
Pasienter ⁴	938 171	937 942	963 351	970 356	979 462	0,9 %	4,4 %
Psykisk helsevern (N=)							
PHV Utskrivninger	26 160	26 962	27 012	27 090	26 071	-3,8 %	-0,3 %
PHV Oppholdsdøgn	745 155	741 762	719 377	662 282	596 475	-9,9 %	-20,0 %
PHV Polikliniske kons.	664 194	675 846	703 953	722 702	775 706	7,3 %	16,8 %
PHV Pasienter totalt ⁵	95 090	96 770	96 922	97 392	97 859	0,5 %	2,9 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	30 786	31 244	31 976	31 883	31 832	-0,1 %	3,4 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶	0	0	418 294	426 170	444 403	4,3 %	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (N=)							
Innleggelser	8 499	8 713	8 247	7 808	7 706	-1,3 %	-9,3 %
Oppholdsdøgn	339 416	342 564	338 848	332 803	326 547	-1,9 %	-3,8 %
Polikliniske kons.	179 768	195 573	207 362	234 634	233 871	-0,3 %	30,2 %

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

24) Se forklaring på avvik fra aktivitetsdata publisert av Norsk pasientregister i avsnittet om datagrunnlag

Tabell 2.3 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Vest 2009–2013²⁵.

Helse Vest	2009	2010	2011	2012	2013	Pst endr. 2012-13	Pst endr. 2009-13
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.							
Innlagt døgn	173	174	180	178	176	-1,0 %	2,0 %
Innlagt dagbehandling	34	34	33	37	37	-0,4 %	7,4 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	40	40	38	39	38	-0,4 %	-4,5 %
Polikliniske kons. ²	868	902	906	938	956	1,9 %	10,1 %
Sum liggedager ³	806	797	793	766	742	-3,1 %	-7,9 %
Pasienter ⁴	341	342	344	347	347	0,2 %	1,7 %
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	142	145	145	145	147	1,1 %	3,3 %
PHV Oppholdsdøgn	391	374	356	346	340	-1,6 %	-13,1 %
PHV Polikliniske kons.	262	273	282	291	295	1,3 %	12,4 %
PHV Pasienter totalt ⁵	43	41	41	41	41	-0,8 %	-4,4 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	42	44	45	45	45	0,9 %	7,0 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶	0	0	505	492	530	7,8 %	-
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	21	22	26	27	28	4,3 %	36,4 %
Oppholdsdøgn	132	133	143	142	142	-0,2 %	7,2 %
Polikliniske kons.	42	48	80	95	97	1,9 %	132,1 %
Somatisk spesialisthelsetjeneste (N=)							
Innlagt døgn	174 998	178 412	187 191	188 689	189 449	0,4 %	8,3 %
Innlagt dagbehandling	34 733	35 108	34 837	39 204	39 582	1,0 %	14,0 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	40 645	41 417	39 727	40 810	41 201	1,0 %	1,4 %
Polikliniske kons. ²	878 131	927 083	943 587	992 900	1 026 111	3,3 %	16,9 %
Sum liggedager ³	816 134	819 072	826 099	811 196	797 191	-1,7 %	-2,3 %
Pasienter ⁴	345 516	351 165	358 777	367 137	372 916	1,6 %	7,9 %
Psykisk helsevern (N=)							
PHV Utskrivninger	10 914	11 339	11 476	11 763	12 095	2,8 %	10,8 %
PHV Oppholdsdøgn	299 800	291 781	282 428	279 419	279 556	0,0 %	-6,8 %
PHV Polikliniske kons.	200 752	213 119	223 794	235 061	242 224	3,0 %	20,7 %
PHV Pasienter totalt ⁵	32 790	31 986	32 148	33 324	33 633	0,9 %	2,6 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	10 386	10 800	11 105	11 220	11 368	1,4 %	9,5 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶	0	0	125 881	123 127	133 390	8,3 %	-
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (N=)							
Innleggelser	1 598	1 685	2 034	2 206	2 340	6,1 %	46,4 %
Oppholdsdøgn	101 442	103 420	113 619	114 964	116 675	1,5 %	15,0 %
Polikliniske kons.	32 080	37 684	63 436	77 066	79 891	3,7 %	149,0 %

Tabellnoter for tabellene 2.1–2.5 er plassert etter tabell 2.5

25) Se forklaring på avvik fra aktivitetsdata publisert av Norsk pasientregister i avsnittet om datagrunnlag.

Tabell 2.4 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Midt-Norge 2009-2013²⁶.

Helse Midt-Norge	2009	2010	2011	2012	2013	Pst endr. 2012-13	Pst endr. 2009-13
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.							
Innlagt døgn	175	172	171	170	170	-0,2 %	-3,1 %
Innlagt dagbehandling	44	44	41	44	49	10,4 %	9,3 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	47	50	49	51	49	-2,9 %	4,2 %
Polikliniske kons. ²	1 050	1 084	1 126	1 145	1 164	1,7 %	10,9 %
Sum liggedager ³	828	775	761	728	708	-2,7 %	-14,4 %
Pasienter ⁴	370	368	369	368	370	0,3 %	0,0 %
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	135	137	138	142	138	-2,7 %	2,4 %
PHV Oppholdsdøgn	318	307	291	276	265	-3,8 %	-16,5 %
PHV Polikliniske kons.	313	349	364	369	381	3,1 %	21,8 %
PHV Pasienter totalt ⁵	40	41	43	43	43	0,7 %	7,0 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	43	44	47	49	51	3,6 %	18,7 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶	0	0	637	695	718	3,3 %	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	24	26	34	32	33	4,5 %	37,4 %
Oppholdsdøgn	134	143	147	136	136	0,0 %	1,3 %
Polikliniske kons.	27	35	44	47	64	37,9 %	136,3 %
Somatisk spesialisthelsetjeneste (N=)							
Innlagt døgn	117 936	116 682	117 306	118 431	119 300	0,7 %	1,2 %
Innlagt dagbehandling	29 915	30 008	28 443	30 639	34 139	11,4 %	14,1 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	31 834	34 251	33 921	35 319	34 608	-2,0 %	8,7 %
Polikliniske kons. ²	706 803	737 340	774 435	797 726	818 318	2,6 %	15,8 %
Sum liggedager ³	557 390	527 186	523 400	507 258	497 919	-1,8 %	-10,7 %
Pasienter ⁴	248 853	250 225	253 707	256 668	259 832	1,2 %	4,4 %
Psykisk helsevern (N=)							
PHV Utskrivninger	7 017	7 174	7 374	7 712	7 586	-1,6 %	8,1 %
PHV Oppholdsdøgn	164 813	161 166	155 368	149 434	145 315	-2,8 %	-11,8 %
PHV Polikliniske kons.	162 297	183 334	193 969	200 164	208 716	4,3 %	28,6 %
PHV Pasienter totalt ⁵	20 754	21 752	22 734	23 027	23 450	1,8 %	13,0 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	6 642	6 876	7 250	7 623	7 905	3,7 %	19,0 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶	0	0	98 639	107 592	111 192	3,3 %	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (N=)							
Innleggelser	1 257	1 370	1 818	1 725	1 824	5,7 %	45,1 %
Oppholdsdøgn	69 527	75 207	78 437	73 584	74 398	1,1 %	7,0 %
Polikliniske kons.	14 098	18 430	23 454	25 222	35 323	40,0 %	149,6 %

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

26) Se forklaring på avvik fra aktivitetsdata publisert av Norsk pasientregister i avsnittet om datagrunnlag.

Tabell 2.5 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Nord 2009–2013²⁷.

Helse Nord	2009	2010	2011	2012	2013	Pst endr. 2012-13	Pst endr. 2009-13
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.							
Innlagt døgn	188	186	186	185	184	-0,8 %	-2,2 %
Innlagt dagbehandling	46	48	47	44	40	-10,3 %	-14,4 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	42	45	44	44	41	-5,2 %	-2,1 %
Polikliniske kons. ²	1 039	1 064	1 097	1 115	1 106	-0,9 %	6,4 %
Sum liggedager ³	888	873	856	802	778	-2,9 %	-12,3 %
Pasienter ⁴	401	402	405	402	400	-0,6 %	-0,1 %
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	180	185	190	187	174	-7,1 %	-3,3 %
PHV Oppholdsdøgn	383	367	358	353	324	-8,0 %	-15,3 %
PHV Polikliniske kons.	311	329	322	334	348	4,2 %	11,9 %
PHV Pasienter totalt ⁵	40	42	44	43	44	2,0 %	9,1 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	68	69	68	67	61	-9,2 %	-10,6 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶	0	0	743	696	701	0,8 %	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	27	26	26	32	30	-7,4 %	11,4 %
Oppholdsdøgn	181	146	162	158	140	-11,7 %	-22,9 %
Polikliniske kons.	22	29	37	28	31	10,2 %	40,4 %
Somatisk spesialisthelsetjeneste (N=)							
Innlagt døgn	87 550	86 948	87 331	87 957	87 901	-0,1 %	0,4 %
Innlagt dagbehandling	21 579	22 568	22 120	20 984	18 968	-9,6 %	-12,1 %
Polikl. dagbehandl. (kir.) ¹	19 708	20 944	20 882	20 739	19 809	-4,5 %	0,5 %
Polikliniske kons. ²	483 929	498 149	516 553	529 345	528 743	-0,1 %	9,3 %
Sum liggedager ³	413 280	408 772	403 049	380 451	372 180	-2,2 %	-9,9 %
Pasienter ⁴	186 501	188 419	190 515	190 986	191 281	0,2 %	2,6 %
Psykisk helsevern (N=)							
PHV Utskrivninger	6 469	6 726	6 973	6 953	6 538	-6,0 %	1,1 %
PHV Oppholdsdøgn	137 780	133 333	131 377	130 863	121 933	-6,8 %	-11,5 %
PHV Polikliniske kons.	111 739	119 537	117 909	123 899	130 670	5,5 %	16,9 %
PHV Pasienter totalt ⁵	14 472	15 147	16 049	15 981	16 506	3,3 %	14,1 %
PHBU Pasienter totalt ⁵	7 196	7 271	7 034	6 903	6 208	-10,1 %	-13,8 %
PHBU Polikl. kons. m/ref. ⁶			77 387	71 954	71 781	-0,2 %	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (N=)							
Innleggelser	962	949	964	1 195	1 120	-6,3 %	16,5 %
Oppholdsdøgn	65 140	52 976	59 348	58 747	52 518	-10,6 %	-19,4 %
Polikliniske kons.	7 887	10 536	13 598	10 373	11 576	11,6 %	46,8 %

Tabellnoter tabell 2.1–2.5:

- 1) Poliklinisk kirurgi inkluderer all dagkirurgi, også pasienter som er innlagt for dagkirurgi.
- 2) Polikliniske konsultasjoner inklusive stråleterapi. Nytt i årets rapport er at all kjemoterapi og rehabilitering uten overnatting er inkludert i polikliniske konsultasjoner.
- 3) Liggedagsratene er beregnet med utgangspunkt i døgnoppholdene og inkluderer ikke dagbehandling. Pasienter med 0 liggedager inngår med 0 liggedager.
- 4) Inkluderer ikke pasienter behandlet hos avtalespesialister eller avtalespesialister som inngår i ISF.
- 5) Inkluderer pasienter behandlet hos avtalespesialister og offentlige institusjoner. Totalt antall pasienter hos avtalespesialister er estimert. I tidligere SAMDATA-rapporter har antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge ikke inkludert pasienter hos avtalespesialister
- 6) Inkluderer kun refusjonsberettigede konsultasjoner. Tallene avviker derfor fra tidligere publiserte tall for polikliniske konsultasjoner (tiltak) i psykisk helsevern for barn og unge.

27) Se forklaring på avvik fra aktivitetsdata publisert av Norsk pasientregister i avsnittet om datagrunnlag.

Tabell 2.6 Rater for bruk av spesialisthelsetjenester i 2009 og 2013 korrigert for behov (NOU 2008:2).

		Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Totalt
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.						
Innlagt døgn	2009	176	185	172	173	178
	2013	171	189	166	166	174
Innlagt dagbehandl.	2009	48	37	44	43	45
	2013	45	39	48	36	43
Polikl. kirurgi (dagbeh.)	2009	41	43	46	39	42
	2013	37	41	48	37	39
Polikliniske kons.	2009	955	929	1 031	956	963
	2013	988	1 023	1 142	1 000	1 019
DRG-poeng korr. systemendr.	2009	268	268	267	252	267
	2013	264	275	273	253	267
Pasienter totalt	2009	345	366	363	368	356
	2013	343	372	363	362	355
Psykisk helsevern per 1000 innb.						
Utskrivinger per 10 000 innb. 18 år+ (PHV)	2009	121	149	142	181	135
	2013	114	154	144	173	131
Oppholdsdøgn pr 1000 innb. 18 år+ (PHV)	2009	344	410	334	386	360
	2013	260	356	276	323	287
Polikliniske kons. per 1000 innb. 18 år + (PHV)	2009	306	274	329	313	304
	2013	338	309	397	346	341
Pasienter per 1000 innb. 18 år + (PHV)	2009	44	45	42	41	44
	2013	43	43	45	44	43
Pasienter (off+priv) per 100 innb. 0-17 år (PHBU)	2009	50	44	45	68	50
	2013	50	47	53	60	51
Polikliniske kons m/ref per 1000 innb. 0-17 år (PHBU)	2011*	667	529	620	744	644
	2013	703	556	699	698	677
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innb.						
Antall oppholdsdøgn TSB	2009	153	144	146	181	154
	2013	138	155	148	140	143
Antall innleggelser TSB	2009	38	23	26	27	33
	2013	33	31	36	30	33
Antall polikliniske konsultasjoner	2009	81	46	30	22	62
	2013	99	106	70	31	91

* 2011 er første år med innrapportering av refusjonsberettigede konsultasjoner PHBU

Tabell 2.7 Estimerte rater per 1000 innbygger for DRG-poeng 2009-2013 korrigert for systemendringer i ISF fra 2009-2013 etter pasientregion.

		2009	2010	2011	2012	2013	Pst endr. 2012-13	Pst endr. 2009-13
Norge totalt	DRG-poeng ukorrigert	264	264	266	268	270	0,8	2,3
	DRG-poeng korr systemendr	267	265	266	269	270	0,5	1,3
	DRG-poeng korr systemendr og behov	267	265	266	269	270	0,5	1,3
Helse Sør-Øst	DRG-poeng ukorrigert	267	265	265	267	266	-0,6	-0,5
	DRG-poeng korr systemendr	269	265	265	266	267	0,5	-0,6
	DRG-poeng korr systemendr og behov	268	264	263	265	267	0,7	-0,3
Helse Vest	DRG-poeng ukorrigert	244	247	251	256	260	1,8	6,6
	DRG-poeng korr systemendr	250	249	252	257	260	1,4	4,2
	DRG-poeng korr systemendr og behov	268	268	270	275	279	1,2	4,1
Helse Midt-Norge	DRG-poeng ukorrigert	272	273	278	279	281	0,5	3,4
	DRG-poeng korr systemendr	272	271	278	280	281	0,2	3,3
	DRG-poeng korr systemendr og behov	267	267	273	275	275	0,3	3,2
Helse Nord	DRG-poeng ukorrigert	270	276	282	282	282	-0,2	4,5
	DRG-poeng korr systemendr	274	276	283	284	282	-0,6	2,8
	DRG-poeng korr systemendr og behov	252	253	258	258	255	-1,2	1,1



3

Kostnader i spesialisthelsetjenesten

I 2013 var totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten 119,6 mrd kroner. Dette gir realvekst på 0,4 prosent fra 2012 til 2013 for spesialisthelsetjenesten samlet. For psykisk helsevern var det realnedgang i kostnader siste år, og kostnadsandelen til somatiske spesialisthelsetjenester øker med det relativt til psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling.

Totale driftskostnader for 2013 tilsvarer en kostnad på 23 400 kroner per innbygger. Utviklingen i perioden 2009–2013 viser gjennomgående stram økonomisk styring med total realvekst på 4 prosent. Dette er mindre enn befolkningsveksten i samme periode og kostnad per innbygger reduseres med 1,1 prosent fra 2009 til 2013. Nedgangen er drevet av utviklingen i Helse Sør-Øst og gjelder særlig somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern for voksne.

For spesialisthelsetjenesten samlet, var kostnad per innbygger omtrent på samme nivå i 2013 som i 2004, mens befolkningskorrigerte kostnader til somatisk spesialistbehandling var lavere i 2013 enn i 2004. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det vært en uttalt opptrapping i store deler av denne perioden. Veksten for psykisk helsevern har imidlertid avtatt og opphørt etter Opptrappingsplanens slutt, og siste års utvikling viser realnedgang i kostnader til psykisk helsevern for voksne og også avtagende kostnadsvekst innen rusbehandling.

3.1 Oppsummering

Vedvarende stram økonomisk styring

Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten utgjorde 119,6 mrd kroner i 2013, og korrigert for prisvekst gir dette 0,4 prosent økning fra 2012. Fra 2009 er realveksten på 4 prosent, men med befolkningsvekst på mer enn fem prosent siste femårsperiode reduseres gjennomsnittlig kostnad per innbygger med 1,1 prosent i perioden 2009 til 2013. Nedgangen er først og fremst knyttet til utviklingen i kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern for voksne i Helse Sør-Øst. Målt ved gjennomsnittlig kostnad per innbygger er kostnadsveksten liten eller negativ i alle regioner. Samtidig viser kostnadsgrunnlaget sterk vekst i pensjonskostnader, og pensjon utgjør dermed en økende andel av driftskostnadene i spesialisthelsetjenestene. I 2013 var nærmere 11 prosent av de totale driftskostnadene avsetning til pensjon. Tilsvarende andel for 2009

var 9,5 prosent og tilsvarende andel for 2004 var 5 prosent av totale kostnader.

Fra 2004 til 2013 har kostnader til spesialisthelsetjenesten hatt en realvekst på 11,7 prosent. Befolkningsveksten i samme perioden var på knappe 11 prosent, og de totale kostnadene per innbygger økte dermed med 0,7 prosent for perioden samlet. Dette endringstallet er korrigert for kostnadsvekst som skyldes nye oppgaver i perioden. Veksten knyttet til økte kostnader til ambulanse, pasienttransport, psykisk helsevern og rusbehandling. For somatiske spesialisthelsetjenester er kostnad per innbygger reelt 3,5 prosent lavere i 2013 enn i 2004 når nye oppgaver og finansieringsansvar holdes utenfor.

Reduserte kostnader til psykisk helsevern men omfordeling av ressurser til DPS-ene

I 2013 utgjorde kostnader til psykisk helsevern totalt 21,4 mrd kroner, og kostnadene har med det hatt en

realvekst på 2,3 prosent fra 2009. Dette er mindre enn befolkningsveksten i samme periode, og også mindre enn veksten i kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester. Kostnadsandelen til psykisk helsevern reduseres dermed i forhold til somatiske spesialisthelsetjenester, og målt ved kroner per innbygger reduseres også kostnader til psykisk helsevern med 2,7 prosent fra 2009 til 2013. Reduksjonen skjer først og fremst fra 2012 til 2013 og gjelder psykisk helsevern for voksne. Kostnadsveksten for psykisk helsevern for barn og unge har imidlertid også avtatt, og siste år er økningen i kroner per innbygger bare 0,1 prosent for dette tjenestekområdet.

Reduksjonen i det psykiske helsevernet for voksne er først og fremst knyttet til de psykiatriske sykehusavdelingene. I 2013 var 43 prosent av kostnadene til psykisk helsevern for voksne lagt til DPS-ene. Tilsvarende andel for 2009 var 36 prosent. DPS-andelen har i hele perioden vært høyest i Helse Nord og lavest i Helse Sør-Øst. I Helse Nord var 54 prosent av driftskostnadene knyttet til DPS-ene i 2013, mens tilsvarende andel i Helse Sør-Øst var 40 prosent.

Fortsatt økning i kostnader til ambulansetjenester

Fra 2009 til 2013 økte kostnader til ambulansetjenester fra 4,3 til 5 mrd kroner målt i faste priser. Dette tilsvarer realvekst på 17 prosent. Kostnadsveksten fra 2012 til 2013 var på 2 prosent, og det er særlig Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge som har bidratt til denne veksten.

Kostnader til pasienttransport utgjorde nesten 3 mrd kroner i 2013, og økte 8,9 prosent fra 2009 til 2013. Kostnadsveksten har imidlertid avtatt fra 2011, og fra 2012 til 2013 var ikke realveksten større enn 0,3 prosent.

Fra 2004 har ambulanssekostnader og pasienttransport hatt en samlet realvekst på 70 prosent¹. I denne veksten inngår effekten av omlegging fra netto- til bruttoføring av kostnader til pasienttransport.

3.2 Datagrunnlag og definisjoner

Utgangspunktet for kostnadsutviklingen som presenteres i dette kapitlet er driftsregnskapene som helseforetakene og avtaleinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten har rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB) for perioden 2004 til 2013. Alle kostnader som inngår i resultatregnskapet er inkludert i grunnlaget, og kostnadene er fordelt mellom de ulike tjenestekområdene i henhold til gjeldende funksjonskontoplan. Også felleskostnader er fordelt før innrapportering til SSB². «Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2013»³ gir en nærmere beskrivelse av retningslinjer for rapportering til SSB. Helsedirektoratet har stått for tilrettelegging av datagrunnlaget og har samarbeidet med SSB om kvalitetssikring av rapporterte regnskapstall for perioden 2009 til 2013. Data for perioden 2004 til 2008 er kvalitetssikret i samarbeid mellom SSB og Sintef og er utlevert til Helsedirektoratet fra Sintef.

SSB publiserer årlig kostnadstall for spesialisthelsetjenesten i statistikkbanken. Her legges imidlertid en annen definisjon av totale driftskostnader til grunn enn den som har vært brukt og brukes i Samdatas analyser. Dette gir avvik mellom Samdata og SSB i beregnede kostnader til spesialisthelsetjenesten selv om grunnlaget for beregningene er det samme. Avviket i totale kostnader er knyttet til følgende forhold:

- SSB inkluderer totale driftskostnader for private som rapporterer egne regnskap til SSB, mens Samdata bare inkluderer den delen av aktiviteten som er finansiert gjennom de offentlige helseforetakene. Dette genererer en differanse på 1,25 mrd kroner for 2013 med høyere tall for SSB. Avviket gjelder aktivitet som finansieres av kommuner, fylkeskommuner, helseforsikringer eller privat betaling (se også kapittel 5 om bruken av private for en nærmere beskrivelse).
- SSB ekskluderer lønnsrefusjoner på kontogruppe 5 fra sine driftskostnader mens dette vil inngå som et fradrag i driftskostnadene hos Samdata. Fradraget

1) Økt finansieringsansvar for pasienttransport fra 2006 inngår ikke i grunnlaget for beregning av kostnadsvekst, se også tabell 3.22

2) Fordelingsnøklerne vil variere noe mellom de ulike foretakene og har også endret seg i perioden uten at det har vært mulig å korrigere for dette fullt ut. Dette vil påvirke det relative kostnadsnivået mellom ulike tjenestekområder.

3) http://www.ssb.no/innrapportering/naeringsliv/_attachment/122425?_ts=13f3340fee8

utgjør totalt om lag 70 millioner kroner for 2013 og vil gi høyere tall hos SSB.

Eventuelt avvik mellom SSB og Samdata utover dette skyldes periodiseringsproblematikk og ubalanse i interne og eksterne gjestepasientoppgjør. Dette vil påvirke de nasjonale beregningene for SSB og Samdata ulikt fordi Samdata konsoliderer til nasjonale og regionale tall ved bruk av spesifiserte kostnader mens SSB konsoliderer ved bruk av inntekter.

Kapitalkostnader

Tap, avskrivninger på henholdsvis bygninger, fast eiendom og immaterielle eiendeler og kostnader som gjelder leie av lokaler omtales i fremstillingen som kapitalkostnader. Disse kostnadene inngår i driftskostnaden med mindre annet er spesifisert spesielt og utgjorde til sammen 4,2 mrd kroner i 2013⁴.

Pensjonskostnader

Selv om avsetning til pensjon er en kostnad som vil være påvirket av forhold foretakene i liten grad kan styre, er denne kostnadskomponenten en del av foretakenes lønnskostnader og pensjon inngår i kostnadstall presentert i Samdata⁵. Totale pensjonskostnader for 2013 var på 13 mrd kroner. Kostnader til pensjon kan variere betydelige fra år til år, og endringen er langt på vei uavhengig av aktivitet, prioriteringer eller økonomisk styring. Foretakenes kostnader til pensjon har også økt mer enn andre kostnadskomponenter siste tiårsperiode. I noen grad vil derfor rapporten presentere kostnader eksklusive pensjon. Dette er spesifisert spesielt der det er aktuelt.

Regionale kostnader

Regionale kostnader til spesialisthelsetjenester inkluderer kjøp hos og driftstilskudd til private aktører og er

korrigert for gjestepasientoppgjør. De vil dermed omfatte alle kostnader knyttet til behandling av innbyggere i regionens eget opptaksområdet, uavhengig av behandlingssted. De kostnadene foretakene spesifiserer for kjøp av helsetjenester balanserer ikke nøyaktig på nasjonalt nivå med spesifiserte inntekter knyttet til salg av helsetjenester hos helseforetak og private tilbydere. Summen av gjestepasientkorrigerte driftskostnader i regionene (jf. tabell 3.19) vil derfor avvike noe i forhold til summen av driftskostnader nasjonalt. Vi ser at deler av denne ubalansen skyldes at gjestepasientkostnader og gjestepasientinntekter har ulik funksjonsfordeling hos betaler og mottaker. Dette gjelder spesielt innenfor psykisk helsevern og mellom psykisk helsevern og TSB. Grunnlagsdata på <http://helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag> gir en oversikt over ubalanse i gjestepasientoppgjøret for hvert av tjenesteområdene.

I analyser av regionale forskjeller beregnes kostnad per innbygger. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnad per innbygger 0–18 år. For øvrige tjenesteområder og for psykisk helsevern samlet beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten i perioden 2009 til 2013 var på 5,2 prosent (6,3 prosent for innbyggere 18 år og eldre og 1,4 prosent for innbyggere 0–18 år).

Priskorrigerings og valg av deflator

Alle endringstall som presenteres og diskuteres i kapitlet er korrigert for prisvekst. Korreksjonen er gjort i henhold til vektet prisindeks for arbeid- og produktinnsats i statlige helsetjenester som er en sammenvekting av vekst i lønnskostnad per timeverk og beregnet vekst i varekostnader. Pensjonskostnadene er inkludert i kostnader til lønn i beregnet lønnsvekst, og faste priser

-
- 4) Øvrige av- og nedskrivningskostnader på kontogruppe 60 omfattes ikke av kapitaldefinisjonen som legges til grunn. Dette gjelder for eksempel avskrivning på transportmidler, IKT-utstyr og medisinskteknisk utstyr, totalt 1,76 mrd i 2013. I perioden 2009 til 2013 er kostnadsveksten for disse kostnadene omtrent som for øvrige driftskostnader i spesialisthelsetjenesten mens de bygningsrelaterte kapitalkostnadene har betydelig realnedgang.
- 5) Pensjonsreformen som ble vedtatt i 2010 reduserte helseforetakenes pensjonsforpliktelser. Av årsmeldingene fra de regionale helseforetakene fremgår det at besparelsen som følge av planendringen ble regnskapsført i samme regnskapsperiode som planendringen ble vedtatt. Dette innebærer at regnskapsførte pensjonskostnader ble redusert fra ca. 9 mrd i 2009 til 0 i 2010. Regnskapstall for spesialisthelsetjenesten viser derfor betydelig nedgang i driftskostnader fra 2009 til 2010. Av hensyn til sammenlignbart nivå på kostnader over tid har Samdata valgt å estimere pensjonskostnader for 2010 og legge dette til kostnadsgrunnlaget for dette året. Pensjonskostnadene er estimert ved gjennomsnittet av rapporterte pensjonskostnader for 2009 og 2011. Dette representerer en endring i grunnlaget for 2010 sammenlignet med tidligere års Samdata-publikasjoner der pensjonsnivået for 2010 ble estimert ved neddiskontert pensjonskostnad for 2011, noe som overvurderte pensjonsnivået for 2010.

Tabell 3.1 Vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester for perioden 2004–2013.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Årlig prisvekst	1,029	1,042	1,076	1,061	1,029	1,028	1,052	1,038	1,041	1,000
Akkumulert prisvekst	1,471	1,429	1,372	1,275	1,202	1,168	1,136	1,080	1,041	1,000

presentert i rapporten vil dermed korrigerer for mervest i pensjon de siste årene.

Prisindeksen er gjengitt i tabell 3.1 og viser årlig og akkumulert prisvekst for perioden 2004 til 2013. Akkumulert prisvekst fra 2009 til 2013 er beregnet til 16,8 prosent, mens beregnet prisvekst fra 2012 til 2013 er på 4,1 prosent.

3.3 Nasjonale utviklingstrekk i perioden 2009–2013

I 2013 utgjorde totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten 119,6 mrd kroner. Kapitalkostnader på 4,2 mrd kroner og kostnader til pensjon på 13 mrd inngår i dette beløpet. 70,7 prosent av kostnadene var knyttet til somatiske spesialisthelsetjenester, 21,4 prosent var knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og 7,9 prosent var knyttet til ambulanse, pasienttransport, personalpolitiske tiltak og administrative oppgaver i RHF-ene. Korrigeret for prisvekst økte kostnader til spesialisthelsetjenesten med 0,4 prosent fra 2012 til 2013, mens veksten fra 2009 til 2013 var på 4,0 prosent for spesialisthelsetjenesten samlet. Kostnader til pensjon reduseres siste år men har økt mer enn øvrige kostnadskomponenter i perioden 2009–2013 samlet. Kapitalkostnader reduseres alle år i femårsperioden.

Tabellene 3.2–3.4 gir oversikt over kostnadsfordelingen i spesialisthelsetjenesten og realvekst for det enkelte tjenesteområdet i perioden 2009 til 2013. Kostnadsveksten i perioden har vært størst for ambulansetjenester, pasienttransport⁶ og for TSB. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en betydelig oppgave innen TSB, og i 2013 oppgir helseforetakene medikament- og

utdelingskostnader til LAR tilsvarende 300 millioner kroner. Dette tilsvarer om lag 7 prosent av de totale kostnadene til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten dette året. Kostnader knyttet til administrasjon av ordningen og oppfølging av pasientene tilkommer.

For psykisk helsevern reduseres driftskostnadene fra 2012 til 2013, og reduksjonen skjer i psykiatriske sykehusavdelinger. Det kan også se ut til at det skjer en omfordeling av ressurser med økte kostnadsandeler til DPS-ene. Dette skyldes delvis at felleskostnader i økende grad fordeles mellom sykehus og DPS-funksjoner, men det er også foretak som melder om oppbygging av DPS-aktivitet fra 2012 til 2013. For 2013 var 43 prosent av ressursene innen det psykiske helsevernet for voksne knyttet til DPS-ene mot en kostnadsandel på 36 prosent i 2009.

En prosent av de totale spesialisthelsetjenestekostnadene gjelder administrative kostnader i RHF-ene, og disse kostnadene ser ut til å øke betydelig, både siste år og i perioden 2009 til 2013 samlet. Utviklingen forklares ved kostnader i forbindelse med regionale og nasjonale IKT-prosjekt og manglende viderefakturering av kostnader til helseforetakene.

Tabell 3.5 viser utviklingen i kostnad per innbygger for de ulike tjenesteområdene i spesialisthelsetjenesten fra 2009 til 2013. Endringstallene korrigerer både for antatt prisvekst på 16,8 prosent og for 5,2 prosent befolkningsvekst i perioden. Effekten av korreksjonene er illustrert i figur 3.1. Figuren illustrerer også at nominell kostnadsvekst eksklusive bygningsrelaterte kapitalkostnader og pensjon er lavere enn total kostnadsvekst. Dette skyldes at kostnader til pensjon har økt mer enn øvrige kostnadskomponenter i perioden 2009 til 2013. Bygningsrelaterte kapitalkostnader reduseres både nominelt og reelt.

6) For pasienttransport skyldes kostnadsveksten delvis at det har vært en omlegging av regnskapspraksis fra netto- til bruttoføring av kostnader i perioden.

Tabell 3.2 Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	84 531	3,2	0,6
Psykisk helsevern	21 434	2,3	-1,5
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	4 203	16,2	1,1
Ambulansetjenester	5 035	17,0	2,0
Pasienttransport	2 957	8,9	0,3
Personalpolitiske tiltak	272	-39,6	3,6
RHF-administrasjon	1 151	7,7	13,5
Totale driftskostnader²	119 584	4,0	0,4
- Herav kapitalkostnader	4 214	-16,1	-6,0
- Herav pensjonskostnader	13 038	19,5	-4,4

- 1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.
- 2) SSB publiserer totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i statistikkbanken. For 2013 er denne kostnaden beregnet til 120 889. Forskjellen skyldes i hovedsak at SSB i dette beløpet inkluderer alle kostnader fra private tilbydere, mens Samdata bare inkluderer kostnader finansiert av HF og RHF. Dette er nærmere redegjort for under datagrunnlag og metode.

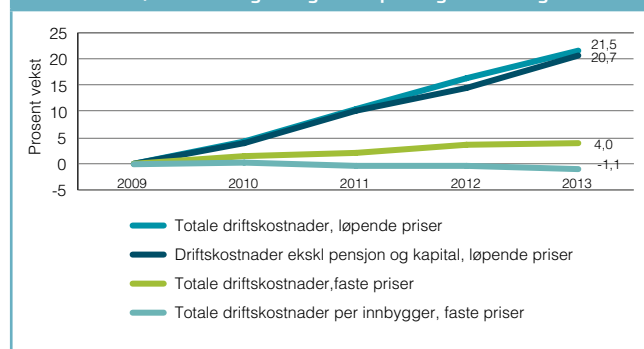
Tabell 3.3 Totale driftskostnader til psykisk helsevern i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Psykisk helsevern for voksne	17 463	1,0	-1,9
- Herav psykiatriske sykehus	10 019	-9,0	-4,2
- Herav DPS	7 444	18,3	1,5
Psykisk helsevern for barn og unge	3 970	8,5	0,4
Totalt psykisk helsevern	21 434	2,3	-1,5

- 1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.4 Kostnader til ulike tjenesteområder i 2009 og 2013.

Formål	Kostnadsandel 2009	Kostnadsandel 2013	Prosentpoeng endr. 2009-2013
Somatiske spesialisthelsetjenester	71,2	70,7	-0,5
Psykisk helsevern og TSB	21,4	21,4	0,1
Ambulans og pasienttransport	6,1	6,7	0,6
Personalpolitiske tiltak	0,4	0,2	-0,2
RHF-administrasjon	0,9	1,0	0,0
Totalt	100	100	

Figur 3.1 Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2009 til 2013, nominelt og korrigert for pris- og befolkningsvekst

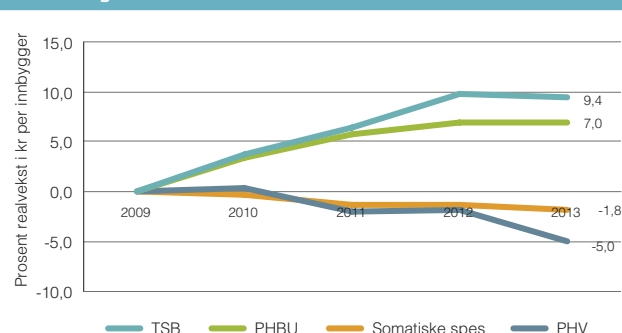
Som beskrevet over, vil prisindeksen som legges til grunn ta høyde for mervekst i pensjon i perioden.

For spesialisthelsetjenesten samlet reduseres kostnad per innbygger reelt med 1,1 prosent fra 2009 til 2013 og med 0,7 prosent siste år. For de ulike tjenesteområdene er realendring i kostnad per innbygger i perioden illustrert ved figur 3.2.

Tabell 3.5 Driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2013, angitt ved kroner per innbygger og fordelt etter formål.

Formål	Kroner per innbygger 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	16 545	-1,8	-0,5
Psykisk helsevern ²	4 195	-2,7	-2,6
- Herav psykisk helsevern for voksne	4 384	-5,0	-3,2
- Herav psykisk helsevern for barn og unge	3 529	7,0	0,1
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ²	1 055	9,4	-0,3
Ambulansetjenester	986	11,2	0,9
Pasienttransport	579	3,5	-0,8
Personalpolitiske tiltak	53	-42,6	2,5
RHF-administrasjon	225	2,5	12,2
Totale driftskostnader per innbygger	23 406	-1,1	-0,7
- Herav kapitalkostnader	825	-20,2	-7,1
- Herav pensjonskostnader	2 552	13,7	-5,5

- 1) Befolkningsveksten fra 2009-2013 var på 5,2 prosent (6,3 prosent for innbyggere 18 år og eldre, 1,4 prosent for innbyggere 0-18 år). Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1.
- 2) For psykisk helsevern totalt beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0-18 år.

Figur 3.2 Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2009 til 2013, målt i faste kroner per innbygger og fordelt etter behandlingsformål.

- 1) For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0-18 år. For somatiske spesialisthelsetjenester beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten i perioden var på 5,2 prosent (6,3 prosent for innbyggere 18 år og eldre, 1,4 prosent for innbyggere 0-18 år).

Figur 3.2 viser at kostnadsveksten for TSB og psykisk helsevern for barn og unge har opphørt og at kostnader til behandlingsfunksjonene øker mindre enn befolkningsveksten siste år. Dette gjelder alle tjenesteområder, men spesielt psykisk helsevern for voksne.

Fordeling av felleskostnader mellom de ulike tjenesteområdene knytter noe usikkerhet til kostnadsutviklingen for det enkelte tjenesteområdet. Foretakene fordeler felleskostnader etter egne nøkler før innrapportering av regnskapstall til SSB, og det kan være betydelige beløp som fordeles. I perioden 2011 til 2013 har det vært en endring i fordeling av felleskostnader hos flere foretak, og den typiske utviklingen er omfordeling fra somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern for voksne til øvrige tjenesteområder. Det har ikke vært mulig å tilbakeføre fordelingsnøkler for 2013 for hele femårsperioden eller tallfeste effekten av omfordelinger på det enkelte tjenesteområdet. Endringer i fordelingsnøkler i femårsperioden vil derfor påvirke de årlige nasjonale vekstratene for de ulike tjenesteområdene og innebærer at nedgangen for somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern for voksne er noe overvurdert til fordel for de øvrige tjenesteområdene.

3.4 Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Tabell 3.6 gir en oversikt over finansiering av spesialisthelsetjenesten i 2013. Finansieringskildene grupperes i innsatsstyrt finansiering (ISF-inntekter, inkl. inntekter fra kommunal medfinansiering), betaling for utskrivningsklare pasienter, polikliniske refusjoner fra HELFO, tilskudd til forskning og nasjonale kompetansesentra, pasientbetaling, andre inntekter og egenfinansiering. Andre inntekter inkluderer salgsinntekter, gaver og ulike refusjoner og tilskudd utover de som er nevnt i punkt A-E i oppstillingen (eksempelvis «Raskere tilbake»). Egenfinansieringen er residualbestemt.

Inntekter knyttet til poliklinisk aktivitet og utskrivningsklare pasienter øker mer enn totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten siste år. Økningen i polikliniske refusjoner gjelder også psykisk helsevern for voksne som har hatt en nedgang i totale kostnader. Dette skyldes trolig en vridning av behandlingsprofilen fra døgn-

Tabell 3.6 Finansieringskomponenter i finansiering av spesialisthelsetjenesten i 2013.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009 -2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹	Finansieringsandel 2013
Totale driftskostnader	119 584	4,0	0,4	100
Finansiert av:				
A. Innsatsstyrt finansiering (ISF)	21 886	1,3	-0,1	18
- Herav kommunal medfinansiering	5 312		-0,4	
B. Utskrivningsklare pasienter	167	436,7	6,8	0
C. Polikliniske refusjoner utenfor ISF	4 189	30,8	7,0	4
- Herav somatikk	2 598	28,1	6,3	
- Herav PHV	655	9,2	6,8	
- Herav PHBU	485	9,7	3,4	
- Herav TSB	128	38,7	3,8	
D. Tilskudd til forskning og nasjonale kompetansesenter	946	-2,6	-2,5	1
E. Pasientbetaling	1 471	6,0	3,4	1
F. Andre refusjoner/ tilskudd, salgsinntekter mv.	2 833	-24,5	3,3	2
G. Egenfinansiering (residualberegnet)	88 091	4,8	0,1	74

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1.

behandling til mer poliklinisk behandling, en utvikling vi har sett over flere år innenfor dette tjenesteområdet.

3.5 Regionale utviklingstrekk i perioden 2009-2013

Helse Sør-Øst

Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenester utgjorde 65,2 mrd kroner for Helse Sør-Øst i 2013. Dette tilsvarer en kostnad per innbygger på 22 842 kroner, som er 98 prosent av landsgjennomsnittet for dette året. Kostnadsutviklingen for psykisk helsevern viser omfordeling fra psykiatriske sykehusavdelinger til DPS-ene i regionen, men realnedgang siste år og bare marginal kostnadsvekst i femårsperioden 2009 til 2013. Siste år er også kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester og TSB tilnærmet uendret⁷.

Tabell 3.7 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009 -2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	46 597	1,6	0,1
Psykisk helsevern	11 949	0,6	-2,1
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	2 492	12,9	0,6
Ambulansetjenester	2 139	26,3	4,2
Pasienttransport	1 215	14,0	1,0
Personalpolitiske tiltak	145	-40,9	2,8
RHF-administrasjon	658	11,2	11,7
Totale driftskostnader, Helse Sør-Øst	65 195	2,6	-0,0
- Herav kapitalkostnader	2 293	-21,4	-8,6
- Herav pensjonskostnader	7 404	19,4	-5,1

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

7) Regnskapstall for Manifestsenteret rapporteres ikke særskilt for psykisk helsevern og TSB, og inngår derfor i helhet i grunnlaget for psykisk helsevern for voksne. Dette gjelder hele perioden.

Målt per innbygger reduseres totale kostnader til spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst med 2,7 prosent fra 2009 til 2013, og Helse Sør-Øst var også den regionen som hadde størst reduksjon i totale kostnad per innbygger fra 2012 til 2013. I femårsperioden reduseres både kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester og til psykisk helsevern for voksne i forhold til antall innbyggere i regionen, og nedgangen er større enn gjennomsnittlig reduksjon for landet. Fra 2012 til 2013 gjelder nedgangen alle behandlingsfunksjoner.

Tabell 3.8 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til psykisk helsevern i Helse Sør-Øst i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Psykisk helsevern for voksne	9 727	-0,8	-2,6
- Herav psykiatriske sykehus	5 844	-11,5	-3,3
- Herav DPS	3 883	21,2	-1,5
Psykisk helsevern for barn og unge	2 222	7,1	0,1
Psykisk helsevern totalt, Helse Sør-Øst	11 949	0,6	-2,1

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.9 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst i 2013, angitt ved kroner per innbygger i helseregionen og fordelt etter formål.

Formål	Kr per innbygger 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet
Somatiske spesialisthelsetjenester	16 326	-3,6	-1,1	99
Psykisk helsevern ²	4 186	-4,6	-3,2	100
- Herav psykisk helsevern for voksne	4 347	-6,7	-3,9	99
- Herav psykisk helsevern for barn og unge	3 605	4,7	-0,2	102
Tverrfaglig spesialistert rusbehandling ²	1 114	6,2	-0,8	106
Annet	1 456	9,6	3,1	79
Totalt per innbygger, Helse Sør-Øst	22 842	-2,7	-1,2	98

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

2) For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0-18 år. For somatiske spesialisthelsetjenester beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten i perioden var på 5,4 prosent (6,3 prosent for innbyggere 18 år og eldre og 2,3 prosent for innbyggere 0-18 år).

Helse Vest

Totalt driftskostnader til spesialisthelsetjenester utgjorde 22,8 mrd kroner for Helse Vest i 2013. Dette tilsvarer en kostnad per innbygger på 21 196 kroner, som er 91 prosent av landsgjennomsnittet for dette året. Realveksten i kostnader til spesialisthelsetjenester har vært større i Helse Vest enn gjennomsnittet for landet med kostnadsvekst på 7,1 prosent i perioden 2009 til 2013 og 1,3 prosent siste år, men befolkningsveksten i regionen har også vært større enn i øvrige regioner. Målt per innbygger øker likevel totale kostnader til spesialisthelsetjenestene i Helse Vest med 1,0 prosent fra 2009 til

2013, mot en reduksjon på 1,1 nasjonalt. Økningen i kostnad per innbygger gjelder ikke siste år i perioden.

Fra 2009 til 2012 viser kostnadsutviklingen noe omfordeling av ressurser fra psykiatriske sykehusavdelinger til DPS-ene, og kostnadsveksten var også større for psykisk helsevern og TSB enn for somatiske spesialisthelsetjenester. Siste år viser imidlertid motsatt utvikling med mer vekst for somatiske funksjoner.

Tabell 3.10 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Vest i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	15 845	6,3	1,6
Psykisk helsevern	4 464	7,0	-0,2
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	862	19,6	-0,0
Ambulansetjenester	825	17,4	0,6
Pasienttransport	545	13,7	1,9
Personalpolitiske tiltak	72	-16,7	5,1
RHF-administrasjon	147	-17,0	20,7
Totale driftskostnader, Helse Vest	22 761	7,1	1,3
- Herav kapitalkostnader	886	-1,4	-5,0
- Herav pensjonskostnader	2 498	19,1	-3,1

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.11 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til psykisk helsevern i Helse Vest i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Psykisk helsevern for voksne	3 650	4,7	-0,6
- Herav psykiatriske sykehus	2 057	2,3	-1,1
- Herav DPS	1 592	8,0	-0,0
Psykisk helsevern for barn og unge	814	18,3	1,9
Psykisk helsevern totalt, Helse Vest	4 464	7,0	-0,2

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.12 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Vest i 2013, angitt ved kroner per innbygger i helseregionen og fordelt etter formål.

Formål	Kr per innbygger 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet
Somatiske spesialisthelsetjenester	14 755	0,2	0,2	89
Psykisk helsevern ²	4 157	0,8	-1,6	99
- Herav psykisk helsevern for voksne	4 438	-2,4	-2,3	101
- Herav psykisk helsevern for barn og unge	3 238	15,6	1,4	92
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ²	1 048	11,4	-1,7	99
Annet	1 481	3,6	1,5	80
Totalt per innbygger, Helse Vest	21 196	1,0	-0,1	91

- 1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.
- 2) For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0-18 år. For somatiske spesialisthelsetjenester beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten i perioden var på 6,1 prosent (7,3 prosent for innbyggere 18 år og eldre og 2,3 prosent for innbyggere 0-18 år).

Helse Midt-Norge

Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenester utgjorde 17,3 mrd kroner for Helse Midt-Norge i 2013. Dette tilsvarer en kostnad per innbygger på 24 556 kroner, som er 105 prosent av landsgjennomsnittet for dette året. Målt per innbygger økte totale kostnader til spesialisthelsetjenestene i Helse Midt-Norge med 2,0 prosent fra 2009 til 2013, mot en nedgang på 1,1 prosent nasjonalt. Utviklingen fra 2012 til 2013 viser relativt sterkere kostnadsvekst for somatiske spesialisthelsetjenester enn for psykisk helsevern og TSB, og videre betydelig kostnadsvekst for ambulansetjenester sammenlignet med utviklingen i de andre regionene. Helse Midt-Norge var også den eneste regionen med økning i bygningsrelaterte kapitalkostnader fra 2009 til 2013.

Kostnader til tverrfaglig spesialisert rusbehandling økte relativt mer i Helse Midt-Norge enn i øvrige regioner for perioden 2009 til 2013, men kostnadsveksten gjelder spesielt perioden frem til 2011. Veksten siste år skyldes i stor grad omklassifisering av virksomhet som tidligere var lagt under psykisk helsevern for voksne. Tilsvarende skyldes betydelig vekst i kostnader til DPS-ene delvis at det i 2013 har vært mulig å identifisere all aktivitet og alle kostnader knyttet til DPS-ene i Helse Nord-Trøndelag. Dette var tidligere delvis rapportert under sykehusfunksjonen i regnskapsrapporteringen til SSB.

Tabell 3.13 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	12 471	5,5	1,5
Psykisk helsevern	2 757	4,0	-0,6
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	500	36,9	6,2
Ambulansetjenester	865	21,4	9,9
Pasienttransport	430	3,6	-0,9
Personalpolitiske tiltak	8	-83,7	-7,4
RHF-administrasjon	230	18,4	10,4
Totale driftskostnader, Helse Midt-Norge	17 260	6,5	1,7
- Herav kapitalkostnader	612	5,8	7,2
- Herav pensjonskostnader	1 862	22,1	-1,7

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.14 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til psykisk helsevern i Helse Midt-Norge i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Psykisk helsevern for voksne	2 274	3,9	-0,5
- Herav psykiatriske sykehus	1 282	-9,0	-11,5
- Herav DPS	992	27,0	18,5
Psykisk helsevern for barn og unge	483	4,4	-1,1
Psykisk helsevern totalt, Helse Midt-Norge	2 757	4,0	-0,6

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.15 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge i 2013, angitt ved kroner per innbygger i helseregionen og fordelt etter formål.

Formål	Kr per innbygger 2013 ¹	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet
Somatiske spesialisthelsetjenester	17 743	1,1	0,6	107
Psykisk helsevern ²	3 922	-0,4	-1,5	93
- Herav psykisk helsevern for voksne	4 150	-1,7	-1,6	95
- Herav psykisk helsevern for barn og unge	3 114	4,2	-1,2	88
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ²	913	29,6	5,0	87
Annet	2 180	7,2	5,7	118
Totalt per innbygger, Helse Midt-Norge	24 556	2,0	0,8	105

- 1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.
- 2) For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0-18 år. For somatiske spesialisthelsetjenester beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten i perioden var på 4,4 prosent (5,6 prosent for innbyggere 18 år og eldre og 0,2 prosent for innbyggere 0-18 år).

Helse Nord

Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenester utgjorde 14,4 mrd kroner for Helse Nord i 2013. Dette tilsvarer en kostnad per innbygger på 30 044 kroner, som er 128 prosent av landsgjennomsnittet for dette året. Reelt økte kostnadene med 2,7 prosent fra 2009 til 2013. Dette tilsvarer befolkningsveksten i samme periode. Fra 2012 til 2013 reduseres kostnad per innbygger med 1 prosent, og denne nedgangen gjelder alle behandlingsfunksjoner med unntak av psykisk helsevern for barn og unge.

Det er spesielt kostnader til ambulanse og pasienttransport som er høye i Helse Nord sammenlignet med i de andre regionene, men også kostnader til behandlingsfunksjoner ligger 19 prosent høyere enn gjennomsnittet for landet. Forskjellen gjelder likevel ikke kostnader til rusbehandling med gjennomsnittlig ressursbruk per voksne innbygger tilsvarende 87 prosent av gjennomsnittet for landet. Helse Nord var likevel den eneste regionen som har reelt redusert sine kostnader til TSB siste fem år. Reduksjonen gjelder imidlertid først og fremst perioden 2009 til 2010, og det er uklart om dette viser reell utvikling eller om det kan skyldes manglende eliminering av videreførte kostnader i de rapporterte regnskapene. Nedgangen i kostnader til ambulanse-tjenester fra 2012 til 2013 skyldes at nasjonalt ansvar for finansiering av luftambulanser er avviklet og fordelt mellom regionene fra 2013.

Tabell 3.16 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Nord i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	9 633	3,8	0,5
Psykisk helsevern	2 251	2,0	-1,4
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	344	-7,2	-0,9
Ambulansetjenester	1 206	0,8	-5,5
Pasienttransport	767	1,5	-1,2
Personalpolitiske tiltak	47	-33,1	6,0
RHF-administrasjon	116	10,4	22,0
Totalt driftskostnader, Helse Nord	14 365	2,7	-0,3
- Herav kapitalkostnader	423	-32,3	-10,1
- Herav pensjonskostnader	1 274	17,4	-6,8

- 1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.17 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til psykisk helsevern i Helse Nord i 2013, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹
Psykisk helsevern for voksne	1 798	1,6	-1,8
- Herav psykiatriske sykehus	828	-11,9	-4,1
- Herav DPS	970	16,8	0,3
Psykisk helsevern for barn og unge	454	3,8	-0,2
Psykisk helsevern totalt, Helse Nord	2 251	2,0	-1,4

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

Tabell 3.18 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i Helse Nord i 2013, angitt ved kroner per innbygger i helseregionen og fordelt etter formål.

Formål	Kr per innbygger 2013	Prosent realendring 2009-2013 ¹	Prosent realendring 2012-2013 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet
Somatiske spesialisthelsetjenester	20 147	1,0	-0,2	122
Psykisk helsevern ²	4 709	-0,7	-2,2	112
- Herav psykisk helsevern for voksne	4 784	-2,8	-3,0	109
- Herav psykisk helsevern for barn og unge	4 431	7,6	0,9	126
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ²	916	-11,2	-2,1	87
Annet	4 468	-2,2	-3,3	242
Totalt per innbygger, Helse Nord	30 044	-0,0	-1,0	128

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

2) For TSB og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnader per innbygger 0-18 år. For somatiske spesialisthelsetjenester beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. Befolkningsveksten i perioden var på 2,7 prosent (4,5 prosent for innbyggere 18 år og eldre og -3,6 prosent for innbyggere 0-18 år).

Også denne regionen ser ut til å ha hatt sterkere kostnadsvekst for somatiske spesialisthelsetjenester enn for psykisk helsevern og TSB både siste år og i siste femårsperiode, og omfordeling av ressurser fra psykiatriske sykehus til DPS-funksjoner. I 2013 var 54 prosent av driftskostnadene i det psykiske helsevernet for voksne knyttet mot DPS-ene i Helse Nord, og denne andelen er den høyere enn i de øvrige regionene.

Regionale forskjeller og utvikling i behandlingskostnader

Kostnader til ambulanse, pasienttransport og administrative kostnader i RHF-ene øker på bekostning av behand-

lingsfunksjonene i perioden 2009-2013. Nasjonale kostnadstall for 2013 viser også at kostnadsandel til somatiske spesialisthelsetjenester igjen øker i forhold til psykisk helsevern og TSB etter realnedgang i kostnader til psykisk helsevern fra siste år. Kostnadsandelen til somatiske spesialisthelsetjenester er likevel fortsatt redusert sammenlignet med 2009. Figur 3.3 viser kostnadsfordeling mellom ulike tjenesteområder for hver av regionene og illustrerer stabile forskjeller mellom regionene med bare små endringene i kostnadsfordeling mellom de ulike tjenesteområdene.

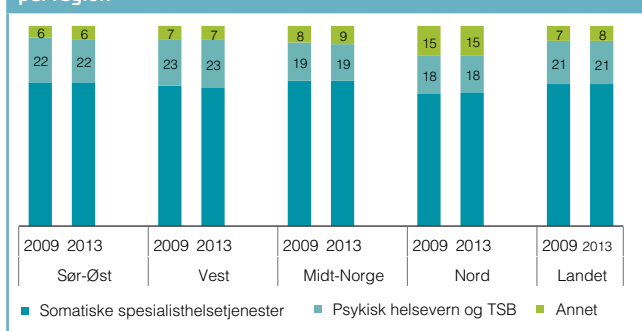
Tabell 3.19 Gjestepasientkorrigerte driftskostnader til spesialisthelsetjenesten 2009–2013, angitt per region.

Bosted	Nivå		Per innbygger		
	Mill kroner 2013	Prosent realendring 2009–2013 ¹	Kroner per innbygger 2013	Prosent realendring 2009–2013 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet 2013
Sør-Øst	65 195	2,6	22 842	-2,7	98
Vest	22 761	7,1	21 196	1,0	91
Midt-Norge	17 260	6,5	24 556	2,0	105
Nord	14 365	2,7	30 044	-0,0	128
Totalt ²	119 584	4,0	23 406	-1,1	100

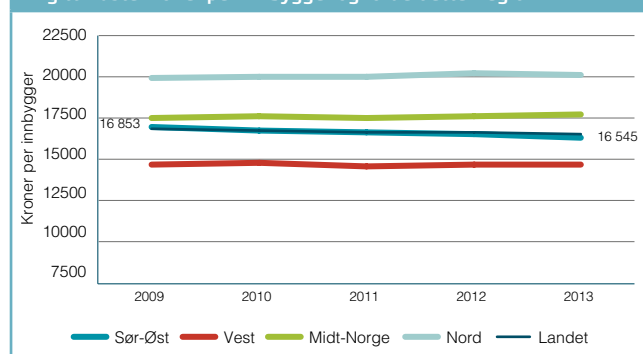
1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1.

2) Summen av regionale kostnader er 3 millioner høyere enn totale driftskostnader totalt. Dette skyldes at de kostnadene foretakene spesifiserer for kjøp av helsetjenester ikke balanserer nøyaktig med inntekter knyttet til salg av helsetjenester hos helseforetak og private tilbydere.

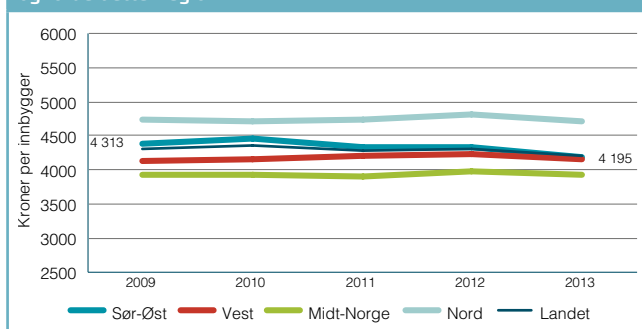
Figur 3.3 Relativ kostnadsfordeling mellom somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern og TSB og andre spesialisthelsetjenesteoppgaver i 2009 og 2013, gjestepasientkorrigert og angitt per region



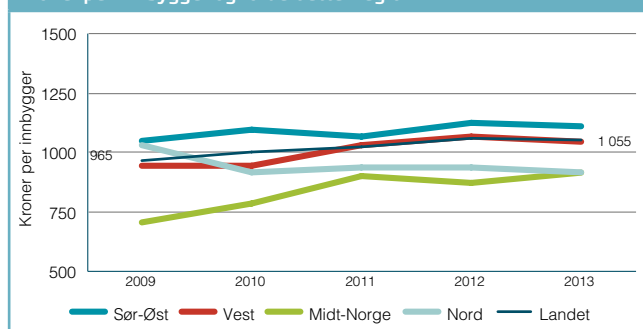
Figur 3.4 Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2009–2013. Angitt i faste kroner per innbygger og fordelt etter region.



Figur 3.5 Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til psykisk helsevern i perioden 2009–2013. Angitt i faste kroner per innbygger og fordelt etter region.



Figur 3.6 Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden 2009–2013. Angitt i faste kroner per innbygger og fordelt etter region.



Målt per innbygger varierte kostnader til spesialisthelsetjenester i 2013 fra 91 prosent av landsgjennomsnittet i Helse Vest til 128 prosent av landsgjennomsnittet i Helse Nord. Forskjellen mellom regionene utgjør ca. 8 850 kroner per innbygger. Mye av forskjellen kan knyttes til ulikt nivå på kostnader til ambulanse og pasienttransport, men forskjellen gjelder også kostnader til pasientbehandling. Det relativt lavere og høyere kostnadsnivået i

disse to regionene gjelder for hele femårsperioden. Helse Nord hadde imidlertid ingen vekst i spesialisthelsetjenestekostnad per innbygger i perioden 2009 til 2013, mens helse Vest økte sine kostnader med én prosent i samme periode. De regionale forskjellene reduseres dermed marginalt i perioden. Tallene er gjengitt i tabell 3.19.

Figurene 3.4–3.6 illustrerer regionvis utvikling i kostnad per innbygger for somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hele perioden 2009 til 2013. Alle kostnader i figurene er korrigert for prisvekst.

I gjennomsnitt ble det i 2013 brukt 16 545 kroner per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester, men kostnaden er redusert med 1,8 prosent fra 2009 til 2013. Reduksjonen er særlig knyttet til betydelig nedgang i Helse Sør-Øst, mens de andre regionene har hatt en liten kostnadsvekst målt ved kroner per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester. Helse Nord, som også har de høyeste kostnadene per innbygger, har hatt noe større vekst i perioden enn Helse Vest som har de laveste kostnadene per innbygger. Forskjellen mellom regionene øker dermed marginalt og utgjør om lag 5 400 kroner per innbygger i 2013.

Målt i faste priser, er kostnad per innbygger til psykisk helsevern redusert fra 4 313 kroner i 2009 til 4 195 kroner i 2013. Reduksjonen gjelder alle regioner med unntak for Helse Vest som har hatt en liten kostnadsvekst, men reduksjonen gjelder spesielt Helse Sør-Øst. Helse Vest og Helse Sør-Øst har med det nærmet seg hverandre i perioden og ligger omtrent på landsgjennomsnittet i 2013. Helse Midt-Norge, som har hatt det laveste nivået i hele perioden, og Helse Nord, som har hatt det høyeste kostnadsnivået gjennom hele perioden har tilnærmet den samme utviklingen. Målt ved kroner per innbygger utgjør forskjellen mellom Helse Nord og Helse Midt-Norge i underkant av 800 kroner for 2013.

Til tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble det i 2013 brukt 1 055 kroner per innbygger 18 år eller eldre, og i perioden 2009 til 2013 har kostnadene økt mer enn antall innbyggere i denne aldersgruppen. Kostnads-

veksten varierer mellom regionene, og de regionale forskjellene reduseres både siste år og for perioden samlet. Helse Sør-Øst og Helse Vest, som har det høyeste kostnadsnivået, hadde nedgang i kostnad per innbygger fra 2012 til 2013. Helse Midt-Norge, som har hatt et lavere kostnadsnivå enn øvrige regioner gjennom hele femårsperioden, har fortsatt vekst i kostnader til rusbehandling og beveger seg med det mot landsgjennomsnittet. I underkant av halvparten av veksten i Midt-Norge fra 2012 til 2013 gjelder imidlertid omklassifisering av aktivitet fra psykisk helsevern. Forskjellen mellom Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge utgjør i underkant av 200 kroner for 2013, målt ved kroner per voksne innbygger.

Finansiering

Tabell 3.20 gir en oversikt over nivå og utvikling for utvalgte finansieringskomponenter for perioden 2009 til 2013. For å kunne sammenligne inntektsnivået i regionene er inntektene omregnet til kroner per innbygger. Oversikten viser at en høyere andel av somatiske spesialisthelsetjenester finansieres ved ISF og polikliniske refusjoner i Helse Midt-Norge og i Helse Nord enn i de andre to regionene.

Inntekter som gjelder utskrivningsklare pasienter økte med 5,2 prosent fra 2012 til 2013, og økningen gjelder Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge har også et betydelig høyere inntektsnivå for denne finansieringskomponenten enn de øvrige regionene. Lab/røntgen-inntektene øker mye i alle regioner i perioden 2009 til 2013, men for siste år er det særlig Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge som har hatt en økning.

Poliklinikkrefusjoner innen psykisk helsevern og TSB øker også i alle regioner siste år, men for Helse Nord er disse inntektene redusert fra 2009. Nivået er noe lavere i Helse Vest enn i de andre regionene.



Tabell 3.20 Finansieringskomponenter i finansiering av spesialisthelsetjenesten 2009–2013, angitt i kroner per innbygger og per region.

		Kroner per innbygger 2013	Prosent av landsgjennomsnittet 2013	Prosent realendring 2009–2013 ¹	Prosent realendring 2012–2013 ¹	Finansieringsandel 2013
Somatisk spesialisthelsetjeneste	Innsatsstyrt finansiering inkl. KMF totalt	4 284	100	-3,7	-1,3	25,9
	-Helse Sør-Øst	4 247	99	-5,6	-1,4	25,7
	-Helse Vest	4 142	97	0,2	-0,5	25,0
	-Helse Midt-Norge	4 467	104	-2,2	-1,4	27,0
	-Helse Nord	4 550	106	-2,1	-1,8	27,5
	Herav KMF totalt	1 040	100		-1,6	6,3
	-Helse Sør-Øst	1 040	100		-2,3	6,3
	-Helse Vest	996	96		0,5	6,0
	-Helse Midt-Norge	1 065	102		-1,2	6,4
	-Helse Nord	1 100	106		-1,9	6,6
	Utskrivningsklare pasienter totalt	33	100	410,7	5,2	0,2
	-Helse Sør-Øst	24	72	585,0	10,9	0,1
	-Helse Vest	25	75	341,7	-18,9	0,1
	-Helse Midt-Norge	75	228	781,0	22,1	0,5
	-Helse Nord	43	132	93,1	-7,2	0,3
	Polikliniske refusjoner utenfor ISF totalt	508	100	21,8	5,1	3,1
	-Helse Sør-Øst	503	99	15,3	7,4	3,0
	-Helse Vest	488	96	36,7	-0,4	2,9
	-Helse Midt-Norge	515	101	18,9	7,8	3,1
	-Helse Nord	576	113	39,0	0,9	3,5
PHV og TSB	Polikliniske refusjoner utenfor ISF totalt	248	100	6,3	4,0	4,9
	-Helse Sør-Øst	263	106	3,5	5,6	5,2
	-Helse Vest	206	83	15,0	2,5	4,1
	-Helse Midt-Norge	254	102	18,2	0,4	5,1
	-Helse Nord	246	99	-4,9	2,2	4,9

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1.

3.6 Nasjonal utvikling i perioden 2004–2013

I første del av dette kapitlet presenteres nasjonal og regional kostnadsutvikling for spesialisthelsetjenesten i perioden 2009 til 2013. Tabell 3.21 gir en oversikt over nasjonale kostnader til de ulike tjenesteområdene i spesialisthelsetjenesten for alle år fra 2004 til 2013. Alle tall er angitt i løpende priser og inkluderer kostnader til nye oppgaver og finansieringsansvar tillagt spesialisthelsetjenesten i denne perioden. Kostnader som kan knyttes til oppgaver og finansieringsansvar som er tilført i perioden 2005 til 2013, og som er nevnt i budsjettproposisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet, er vist i tabell 3.22 og utgjør anslagsvis 4,4 mrd kroner av de

totale kostnadene til spesialisthelsetjenester i 2013. Dette dreier dette seg i all hovedsak om kostnader som vil være knyttet til somatiske spesialisthelsetjenester i regnskap rapportert til SSB og som isolert vil bidra til kostnadsvekst for dette tjenesteområdet. Dette vil være vekst som ikke skyldes økt prioritering av dette tjenesteområdet, men som er et resultat av overføring av oppgaver og ansvar som tidligere har vært ivaretatt av instanser utenfor spesialisthelsetjenesten. Veksten vil dermed heller ikke være et uttrykk for økt tilbud til befolkningen. For å beregne realvekst i perioden holdes disse kostnadene utenfor grunnlaget.

Tabell 3.21 Totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten i perioden 2004–2013. Angitt i millioner kroner (løpende priser) og fordelt etter formål.

Formål	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Somatiske spesialisthelsetj.	51 458	53 433	57 907	62 980	67 199	70 103	72 740	76 809	80 747	84 531
Psykisk helsevern og TSB	14 223	15 375	16 587	18 329	19 870	21 036	22 201	23 487	24 900	25 637
Ambulansetj. og pasienttransport	2 844	3 825	4 652	4 960	5 388	6 012	6 515	7 094	7 575	7 993
Personalpolitiske tiltak	634	635	668	660	564	385	319	278	252	272
RHF-adm.	977	567	668	658	766	915	932	1 010	975	1 151
Totale driftskostnader	70 136	73 834	80 482	87 587	93 788	98 451	102 707	108 679	114 449	119 584
- Herav kapitalkostnader	4 350	4 116	4 469	4 284	4 295	4 299	4 439	4 326	4 309	4 214
- Herav pensjonskostnader	3 791	3 812	4 610	7 920	9 350	9 338	10 200	11 066	13 107	13 038

Tabell 3.22 Nye oppgaver og finansieringsansvar i spesialisthelsetjenesten etter 2004, angitt i millioner kroner og ved løpende priser.

Formål	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ansvar for rehabilitering og opptrening	0	0	590	699	744	765	787	828	859	894
Pasientskade-erstatning	0	0	415	447	474	488	501	527	547	569
Ansvar for finansiering av private laboratorie- og røntgeninstitutt	0	93	375	400	584	601	618	650	674	702
TNF-hemmere	0	0	434	817	852	877	901	948	984	1 024
Biologiske legemidler, MS-behandling	0	0	0	0	258	265	273	287	298	310
Økt finansieringsansvar pasienttransport	0	0	514	553	587	604	775	815	846	880
Totalt	0	93	2 328	2 916	3 499	3 600	3 855	4 056	4 209	4 379

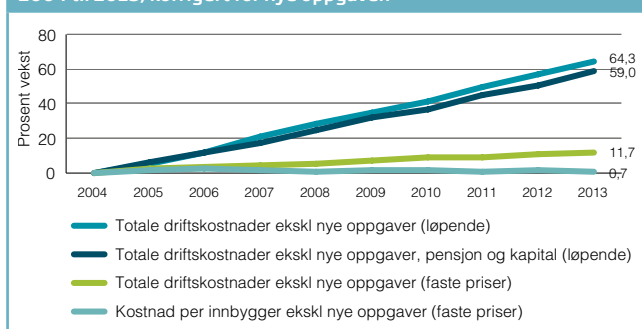


Figur 3.7 og tabell 3.23 viser kostnadsutviklingen for spesialisthelsetjenesten i perioden 2004 til 2013. I henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester er endringstall korrigert for prisvekst på 47,1 prosent i perioden. Dette gir en realvekst i kostnader til spesialisthelsetjenesten på 11,7 prosent fra 2004 til 2013. Befolkningsveksten i samme periode har vært på 10,9 prosent og kostnad per innbygger øker dermed med 0,7 prosent. Veksten varierer betydelig mellom de ulike tjenesteområdene og gjelder i særlig grad ambulanse, pasienttransport og kostnader til psykisk helsevern og TSB. For psykisk helsevern og

tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det vært en uttalt opptrapping i store deler av perioden. Korrigert for prisvekst reduseres byggrelaterte kapitalkostnader med 36,5 prosent i perioden, mens kostnader til pensjon øker 125 prosent. Dette innebærer at kostnadsandel til pensjon har økt fra fem prosent av de totale driftskostnadene i 2004 til 11 prosent i 2013.

Kostnader per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester er redusert med 3,5 prosent fra 2004 til 2013 når nye oppgaver og finansieringsansvar holdes utenfor.

Figur 3.7 Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2004 til 2013, korrigert for nye oppgaver.



Tabell 3.23 Endring i totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten 2004–2013, fordelt etter formål og korrigert for nye oppgaver og finansieringsansvar i perioden.

Bosted	Nivå		Per innbygger	
	Mill kroner 2013	Prosent realendring 2004–2013 ¹	Kroner per innbygger 2013	Prosent realendring 2004–2013 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester	81 032	7,1	15 860	-3,5
Psykisk helsevern og TSB	25 637	22,5	5 018	10,5
Ambulansetjenester og pasienttransport	7 112	70,0	1 392	53,3
Personalpolitiske tiltak	272	-70,9	53	-73,7
RHF-administrasjon	1 151	-19,9	225	-27,8
Totalt driftskostnader ekskl. nye oppgaver	115 204	11,7	22 549	0,7
- Herav kapitalkostnader ²	4 060	-36,5	795	-42,8
- Herav pensjonskostnader ²	12 560	125,2	2 458	103,1

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, se tabell 3.1.

Befolkningsveksten i perioden utgjør 10,9 prosent. Endringer i nøkler for fordeling av felleskostnader vil kunne påvirke vekst for det enkelte tjenesteområdet.

2) Kapital- og pensjonskostnader er forholdsmessig korrigert for nye oppgaver.

4

Produktivitet i spesialisthelsetjenesten 2009–2013

Produktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste har økt med nær fem prosent fra 2009 til 2013. Utviklingen drives av en vekst i aktiviteten på drøyt fem prosent sammen med stabile kostnader. I samme periode har sengetallet gått ned med ni prosent, og gjennomsnittlig liggetid i helseforetak har blitt redusert med 11 prosent. Alle de fire regionene økte produktiviteten i samme takt, fra en vekst på 4,4 prosent i Helse Vest til 4,8 prosent i Helse Sør-Øst. Aktivitetsvekst var den viktigste faktoren bak produktivitetsvekst i alle de fire helseregionene. Både aktiviteten og kostnadene økte mer i Helse Vest enn i de andre regionene. Helse Sør-Øst var den eneste regionen med realnedgang i kostnader til pasientbehandling. Kostnadsreduksjonen i Sør-Øst kom samtidig som at regionen hadde den sterkeste nedgangen i både sengetallet og liggetiden.

I psykisk helsevern for voksne reduseres omfanget av langtids døgntillegning i perioden, mens aktivitet og årsverksandel i poliklinikkene øker. Med dette reduseres gjennomsnittlig kostnad per opphold i det psykiske helsevernet for voksne med nærmere 10 prosent. Gjennomsnittlig døgntillegning og kostnad per pasient i poliklinikkene øker tilsvarende. Økt ressursinnsats per pasient gjelder også for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge. En relativt større vekst i årsverk, kostnader og konsultasjoner enn i antall pasienter, ligger til grunn for flere konsultasjoner per pasient og per fagårsverk, samt noe nedgang i pasienter per fagårsverk i perioden. Styrking av den ambulante virksomheten og økt kompetanse i tjenestene til barn og unge, bidrar også til denne utviklingen. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling øker ressursinnsatsen i den polikliniske virksomheten mens den øvrige delen av tjenesten ikke følger samme utvikling.

4.1 Innledning

Dette kapitlet gir en beskrivelse av produktivitsutviklingen for spesialisthelsetjenesten i perioden 2009–2013. Med produktivitet forstås her indikatorer som viser forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet. Utviklingen presenteres separat for tjenesteområdene somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). For somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern for voksne er kostnader tilrettelagt for å kunne brukes som ressursmål i produktivitsanalysene. For psykisk helsevern for barn og unge og TSB har ikke en tilsvarende tilrettelegging vært mulig for historiske kostnadstall, og personellinnsats benyttes derfor som ressursmål for disse tjenesteområdene.

Somatisk spesialisthelsetjeneste

For den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten vil utviklingen i kostnad per DRG-poeng på nasjonalt og regionalt nivå presenteres. Formålet er å studere hvordan kostnaden per DRG-poeng, eller produktiviteten, har utviklet seg, og om det er regionale variasjoner i utviklingen. Herunder vil det også sees nærmere på om endringer i produktiviteten drives av endringer i kostnader eller i DRG-poeng.

Videre vil utviklingen i behandlingsprofil presenteres og kommenteres sammen med utviklingen i produktivitet. Som indikatorer på behandlingsprofil benyttes tallet på senger i helseforetak, samt utvikling i gjennomsnittlig liggetid for heldøgnsopphold.

Regional utvikling i produktivitet og behandlingsprofil, samt variasjoner i utviklingen, presenteres og diskuteres. Diskusjonen fokuserer også på om produktivitsutviklingen er assosiert med utvikling i faktorene i) kostnader, ii) DRG-poeng, iii) senger og iv) liggetid i helseforetak.

Psykisk helsevern for barn og unge

Kostnader til psykisk helsevern for barn og unge har hatt betydelig vekst siste tiårsperiode, og det har også vært økning i aktiviteten. Datagrunnlaget er ikke tilrettelagt for å kunne skille ut kostnader til pasientbehandling for hele perioden 2009–2013. Kapitlet presenterer derfor ikke kostnadsindikatorer for dette tjenestområdet, men sammenholder isteden vekst i aktivitet og totale driftskostnader. I tillegg presenteres følgende personellindikatorer for poliklinikkene; polikliniske pasienter per fagårsverk, konsultasjoner per fagårsverk og konsultasjoner per pasient. Variasjoner i indikatorene vil kunne være relatert til ulike behandlingstilbud, ulik pasientsammensetning samt ulik grad av poliklinisk, ambulant og arenafleksibel virksomhet i tjenestene.

Psykisk helsevern for voksne

For psykisk helsevern for voksne presenteres både kostnads- og personellindikatorer på nasjonalt og regionalt nivå for perioden. Tilgjengelige aktivitetsmål er 1) oppholdsdøgn, 2) utskrivninger (avsluttede døgnopphold) 3) polikliniske pasienter og 4) refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner.

For poliklinikkene benyttes følgende indikatorer: Kostnad per refusjonsberettiget konsultasjon og per pasient, samt konsultasjoner og behandlede pasienter per fagårsverk.

For døgnavdelingene benyttes kostnad per oppholdsdøgn og per utskrivning, personellfaktor (årsverk delt på gjennomsnittlig pasientbelegg), samt gjennomsnittlig varighet av oppholdene (oppholdsdøgn delt på utskrivninger).

Felles for alle aktivitetsmål er at de ikke korrigerer for pasientsammensetning eller forventet ressursinnsats. Endringer i kostnadsnivå vil derfor kunne skyldes flere forhold enn endringer i ressursutnyttelsen, herunder endringer i pasientsammensetningen, behandlingsprofil eller innhold i behandlingen.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling drives behandlingstjenestene av både offentlige helseforetak og private ideelle organisasjoner. I dette kapitlet ses det kun på helseforetakenes behandlingstilbud innen denne sektoren (inkludert Lovisenberg diakonale sykehus). Grunnet manglende komplettethet i grunnlaget er gjennomgangen avgrenset til å gjelde perioden 2010–2013.

Det tilbys både døgnbehandling og poliklinisk behandling ved helseforetakene. Den polikliniske virksomheten beskrives ved antall årsverk og konsultasjoner. Døgntilbudet beskrives ved oppholdsdøgn og personellfaktor. Konsultasjoner per polikliniske årsverk er en indikator på bruken av personellressursene innen poliklinisk virksomhet. Personellfaktoren synliggjør årsverksinnsatsen ved døgnenhetene og kompetansen synliggjøres ved andel helsefaglige årsverk og andel årsverk med høyskole/universitetsutdanning ved helseforetakene. Kostnader er ikke tilrettelagt for å kunne kobles mot aktivitet i perioden 2009–2013. Utvikling i kostnadsindikatorer presenteres derfor ikke, men kapitlet sammenholder vekst i aktivitet og totale driftskostnader.

4.2 Produktivitsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste

Nasjonal utvikling

Kostnad per DRG-poeng har gått jevnt ned i perioden fra 2009 til 2013, med en reduksjon på til sammen 4,7 prosent. Det reduserte kostnadsnivået, eller produktivitsveksten, kommer som en følge av en vekst i DRG-poengene på 5,4 prosent, sammen med et tilnærmet uendret nivå på kostnadene i femårsperioden.

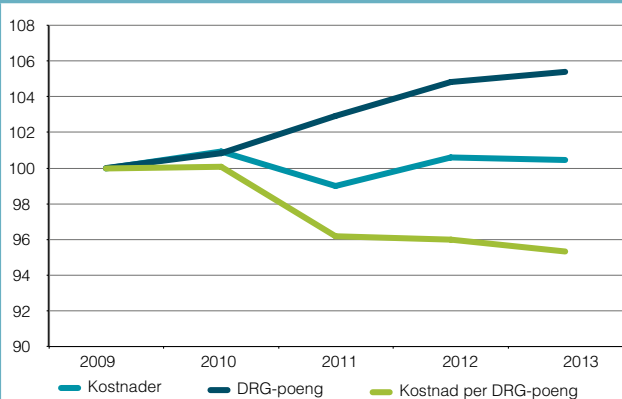
Kapitalkostnadene har gått ned i femårsperioden. Korrigert for kapitalkostnader økte kostnadene med 1,6 prosent fra 2009 til 2013, mot 0,5 prosent når kapitalkostnadene er med. Siste år fra 2012 til 2013 økte derimot kapitalkostnadene noe mer enn de øvrige kostnadene i helseforetak.

Pensjonskostnadene i helseforetakene har økt mer enn de øvrige driftskostnadene i perioden fra 2009 til 2013. Korrigert for pensjonskostnader har produktiviteten økt

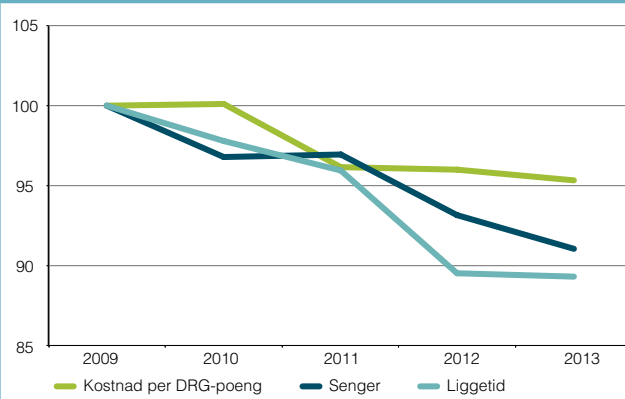
Tabell 4.1. Utvikling og prosentvis endring i kostnader, DRG-poeng, senger og gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold.

	2009	2012	2013	Endring 2009-2013	Endring 2012-2013
Kostnader (mill kr)	65 648	66 039	65 946	0,5	-0,1
Kostnader uten kapital (mill kr)	62 749	63 617	63 734	1,6	0,2
Kostnader uten pensjon (mill kr)	59 338	58 422	58 743	-1,0	0,5
DRG-poeng	1 266 954	1 327 854	1 335 113	5,4	0,5
Kostnad per DRG-poeng (kr)	51 816	49 733	49 394	-4,7	-0,7
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kr)	46 835	43 998	43 998	-6,1	0,0
Senger	11 441	10 655	10 416	-9,0	-2,2
Gjennomsnittlig liggetid døgnopphold	4,6	4,1	4,1	-10,7	-0,3

Figur 4.1 Relativ utvikling i kostnader, DRG-poeng og i kostnad per DRG-poeng.



Figur 4.2 Relativ utvikling i kostnad per DRG-poeng, effektive senger i helseforetak og gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold.



med 6,1 prosent i femårsperioden. Siste år gikk derimot pensjonskostnaden noe ned.

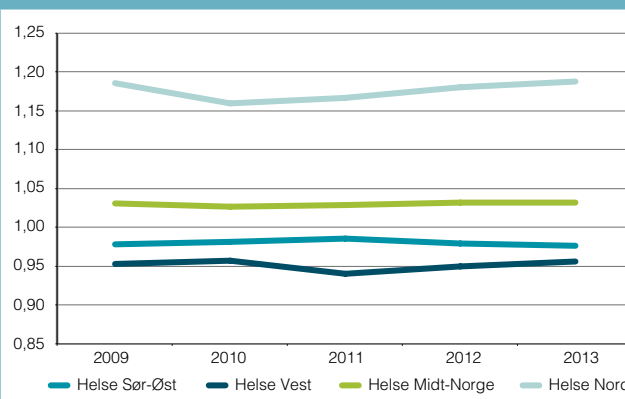
Helseforetakene har gått med overskudd de siste årene, se kapittel 6 i denne rapporten. Midler satt av til overskudd inngår ikke i kostnadsbegrepet som benyttes her. Overskuddene i perioden har blant annet frigjort midler til investeringer, noe som har vært en ønsket utvikling for helseforetakene.

Produktivitetsøkningen i femårsperioden kom sammen med en reduksjon i tallet på senger i helseforetak på ni prosent, samt en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold på nær 11 prosent eller 0,5 døgn. Nedgangen i liggetid for døgnopphold har flatet ut siste år.

Regional utvikling

På nasjonalt nivå var det i perioden fra 2009 til 2013 en reduksjon kostnaden per DRG-poeng på 4,7 prosent. Produktivitetsforbedringen gjelder alle regioner. Figur 4.3

Figur 4.3 Utvikling i relativt nivå på kostnad per DRG-poeng i helseforetak.



viser at de regionale forskjellene i nivået på kostnad per DRG-poeng er stabile i femårsperioden. Det vil si at produktivitetsforbedringen har vært lik i alle de fire helseregionene. Alle regionene forbedrer produktiviteten med fire til fem prosent i perioden, fra 4,4 prosent for Helse Vest til 4,8 prosent for Helse Sør-Øst.

Tabell 4.2. Regional utvikling i kostnad per DRG-poeng, effektive senger i helseforetak og gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold.

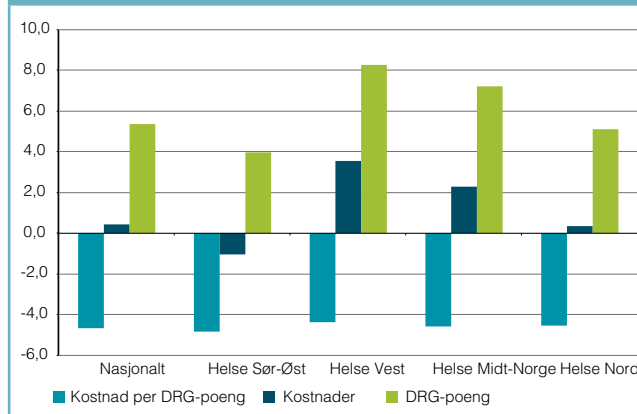
Kostnad per DRG-poeng (kr)	2009	2012	2013	Prosent endring 2009-2013	Prosent endring 2012-2013
- Helse Sør-Øst	50 669	48 711	48 226	-4,8	-1,0
- Helse Vest	49 404	47 252	47 244	-4,4	0,0
- Helse Midt-Norge	53 422	51 297	50 968	-4,6	-0,6
- Helse Nord	61 453	58 713	58 677	-4,5	-0,1
Effektive senger					
- Helse Sør-Øst	6 363	5 826	5 667	-10,9	-2,7
- Helse Vest	2 296	2 250	2 215	-3,5	-1,6
- Helse Midt-Norge	1 578	1 429	1 446	-8,4	1,2
- Helse Nord	1 204	1 149	1 088	-9,6	-5,3
Gjennomsnittlig liggetid					
- Helse Sør-Øst	4,5	4,0	4,0	-11,4	-0,2
- Helse Vest	4,7	4,3	4,3	-8,5	-0,4
- Helse Midt-Norge	4,8	4,2	4,2	-11,5	-0,3
- Helse Nord	4,7	4,2	4,2	-10,6	-0,5

For regionene samlet kom produktivitsveksten på 4,7 prosent i perioden på bakgrunn av en aktivitetsvekst på 5,4 prosent sammen med tilnærmet stabile kostnader. Helse Nord er den regionen som ligger tettest opptil aktivitets- og kostnadsutviklingen for landsgjennomsnittet i perioden, med en aktivitetsvekst på 5,1 prosent sammen med en kostnadsvekst på 0,4 prosent.

Både kostnads- og aktivitetsveksten var sterkere i Helse Vest sammenlignet med de andre regionene. Aktivitetsveksten var på 8,3 prosent og kostnadene økte med 3,5 prosent i perioden. Produktivitsveksten på 4,4 prosent var i tråd med utviklingen for de andre tre regionene.

Helse Midt-Norge hadde også en relativt sett sterkere kostnadsvekst i perioden sammenlignet med Helse Nord og Helse Sør-Øst. Kostnadsveksten for Helse Midt-Norge var 2,3 prosent. Aktiviteten økte med 7,2 prosent, noe som førte til en reduksjon i kostnadsnivået på rundt fire prosent.

Helse Sør-Øst hadde den minste veksten i aktivitet i perioden fra 2009 til 2013, med en vekst i DRG-poengene på fire prosent. De var også den eneste regionen med en nedgang i kostnadene til pasientbehandling, og reduksjonen var på en prosent. Dette førte til en produk-

Figur 4.4 Prosentvis endring i kostnad per DRG-poeng fra 2009 til 2013 for helseregioner, herav kostnadsendring og aktivitetsendring.

tivitsvekst på 4,8 prosent, som var i tråd med landsgjennomsnittet.

For regionene samlet ble tallet på effektive senger redusert med ni prosent i femårsperioden. Med unntak av Helse Vest, så hadde alle regionene en nedgang i sengetallet i størrelsesorden 8–11 prosent. Den sterkeste reduksjonen i sengetallet kom i Helse Sør-Øst. Helse Vest har en mer moderat reduksjon i sengetallet, med en nedgang på 3,5 prosent fra 2009 til 2013. Dette resultatet for Helse Vest kom sammen med en relativt sett sterkere vekst i både kostnader og aktivitet.

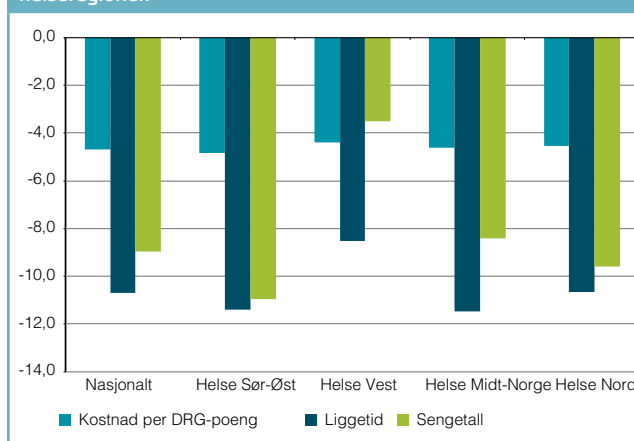
På landsnivå gikk gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold ned med nær 11 prosent, eller 0,5 døgn, fra 2009 til 2013. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge hadde relativt sett den sterkeste reduksjon i liggetid for døgnopphold, med en nedgang på 11,5 prosent. Helse Nord fulgte med en nedgang på 10,6 prosent, og Helse Vest hadde den svakeste reduksjon i liggetid med en nedgang på 8,5 prosent.

Denne regionale sammenligningen av regionene viser at Helse Vest hadde sterkest vekst i både kostnader og aktivitet. Samtidig har Helse Vest hatt minst reduksjon i liggetid og effektive senger. Sammenlignet med de andre regionene, så kommer produktivitetsforbedringen i Helse Vest i perioden sammen med en relativt sterkere aktivitetsvekst, og en relativt sett mindre endring i behandlingsprofilen.

Helse Sør-Øst har en produktivitetsforbedring omtrent på landsgjennomsnittet. Regionen har den største endringen i behandlingsprofil, ved å ha den sterkeste reduksjonen i effektive senger. I tillegg har Helse Sør-Øst, sammen med Helse Midt-Norge den sterkeste relative reduksjonen i liggetid for døgnopphold. Dette kommer sammen med at Helse Sør-Øst er den eneste regionen som har en nedgang i kostnader til pasientbehandling i perioden. Samtidig har Sør-Øst den relativt sett svakeste veksten i DRG-poeng. Sammenlignet med Helse Vest, så kan dette indikere at produktivitetsforbedringen i Helse Sør-Øst i sterkere grad kommer sammen med endringer i behandlingsprofil, og også at produktivitetsforbedringen i større grad assosieres med kostnadsbesparelser.

For Helse Midt-Norge så har både kostnadene og aktiviteten økt mer enn gjennomsnittet. Dette mønsteret er likt som for Helse Vest, men ikke like sterkt. I likhet med Helse Sør-Øst har Helse Midt-Norge den relativt sett sterkeste reduksjonen i liggetid i løpet av femårsperioden med en nedgang på 11,5 prosent. Men sammenlignet med Helse Sør-Øst så kan det se ut til endringen i behandlingsprofil, og produktivitetsforbedringen, i større grad kommer sammen med sterkere aktivitetsvekst.

Figur 4.5 Prosentvis endring fra 2009 til 2013 i kostnad per DRG-poeng, liggetid for døgnopphold og effektive senger for helseregioner.



Utviklingen for kostnader og aktivitet i Helse Nord i femårsperioden ligner mest på utviklingen for Helse Sør-Øst. Kostnadene økte marginalt med 0,4 prosent i Nord, og aktivitetsveksten var på fem prosent. Nedgangen i liggetid og tallet på effektive senger har også vært i tråd med utviklingen for landsgjennomsnittet. Det kan legges til at befolkningsveksten i Nord har vært svakere enn for landsgjennomsnittet i perioden som betraktes.

4.3 Produktivitetsutvikling i psykisk helsevern for barn og unge

I det psykiske helsevernet for barn og unge (PHBU), har det vært en økning i driftskostnader på 8,5 prosent og en vekst i antall årsverk på 9,5 prosent i perioden 2009 til 2013. Aktiviteten, målt i antall behandlete pasienter, økte også, men i noe svakere takt (6,2 prosent). Antall polikliniske konsultasjoner¹, hadde derimot en kraftigere vekst (11,2 prosent) i perioden. Dette indikerer økt ressursinnsats per pasient i denne femårsperioden.

Det psykiske helsevernet for barn og unge har en sterk poliklinisk profil, der majoriteten av pasientene mottar polikliniske konsultasjoner og en begrenset andel er i døgn- eller dagbehandling (3,7 prosent). Ressursmessig

1) Konsultasjonstillene som benyttes her omfatter både konsultasjoner med og uten refusjon. Disse tallene er beheftet med usikkerhet etter sektorens konvertering til pasientdatasystemet DIPS. Indirekte kontakter er noe underregistrert, men benyttes her for å gi et anslag på utvikling i perioden.

utgjør imidlertid denne type tjeneste en større andel, da omlag 36 prosent av bemanningen i PHBU er knyttet til døgn- eller dagvirksomhet. Det kan se ut som den polikliniske behandlingsprofilen i tjenestene til barn og unge er blitt ytterligere styrket i siste femårsperiode. Døgnplassdekningen har i denne periode gått ned med 10 prosent, fra 3 til 2,7 døgnplasser per 10 000 innbyggere 0–17 år. Samtidig har det skjedd en gradvis utbygging av det ambulante tjenestetilbudet til barn og unge, hvor pasientene enten mottar behandling hjemme eller andre steder utenfor institusjon. Siden 2009 har årsverk knyttet til denne typen virksomhet økt betydelig (63 prosent). I poliklinikkene har andelen som arbeider ambulant økt fra ca 9 til 14 prosent i perioden. Parallelt har kompetansen i tjenestene blitt ytterligere styrket med en vekst i andelen med universitets- eller høyskoleutdanning fra 86 til 88 prosent i femårsperioden.

Produktivitetsindikatorene viser at antall konsultasjoner per fagårsverk har økt de siste årene², mens antall pasienter per fagårsverk har gått noe ned. Dette kan indikere at økt ressursinnsats tas ut i form av økt innsats per pasient. Dette bekreftes av tall for de to siste år (kap 17) hvor det har vært en vekst i konsultasjoner per pasient (4,7 prosent). På grunn av mangelfulle data grunnet konvertering til nytt pasientdatasystem, har vi ikke sammenliknbare tall for hele femårsperioden. Denne utviklingen kan være drevet av endring i pasientsammensetningen, men også vridning av behandlingsprofil i retning av mer ambulant virksomhet som er mer ressurskrevende enn ordinær polikliniske virksomhet. Økt andel med høyere utdanning i tjenesten bidrar også i retning av økt ressursinnsats per pasient.

Tabell 4.3 og figur 4.6–4.8 viser utvikling for aktivitet, kostnader og personell i perioden 2009–2013.

Tabell 4.3. Totale driftskostnader, aktivitet og personell i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2009–2013

	2009	2012	2013 ¹	Prosent endring 2009–2013 ¹	Prosent endring 2012–2013
Totalt driftskostnader (MNOK, faste priser)	3 658	3 956	3 970	8,5	0,4
– Uten pensjon	3 189	3 379	3 418	7,2	1,2
Årsverk totalt	3 415	3 593	3 729	9,2	3,8
Polikliniske årsverk	2 133	2 299	2 399	12,5	4,3
Pasienter totalt	52 091	55 582	55 304	6,2	-0,5
Polikliniske pasienter	51 335	55 480	55 169	7,5	-0,6
Polikliniske konsultasjoner ²	842 111	927 202	936 815	11,2	1,0
Konsultasjoner per fagårsverk ³		355	365	-	2,8
Konsultasjoner per pasient ³		13	14	-	4,7
Polikliniske pasienter per fagårsverk ⁴	31	28	27	-11,6	-2,6

1) Capiro anoreksisenter inngår i totaltallene for personell (15 årsverk) og kostnader (17 mill kroner) i 2013 men inngår ikke i aktivitetstallene. Denne enheten inngår ikke i grunnlaget for perioden før 2013.

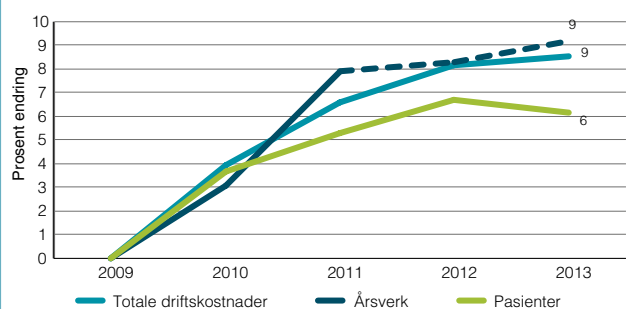
2) Konsultasjoner med og uten refusjon. Se fotnote 1 på forrige side.

3) Beregningene er basert på data fra utvalgte enheter og omfatter konsultasjoner med refusjon. Tallene er hentet fra kapittel 17.

4) Beregningene er basert på data fra utvalgte enheter. Tallene avviker fra tall i kapittel 17, hvor det er korrigert for om pasientene er behandlet ved flere enheter.

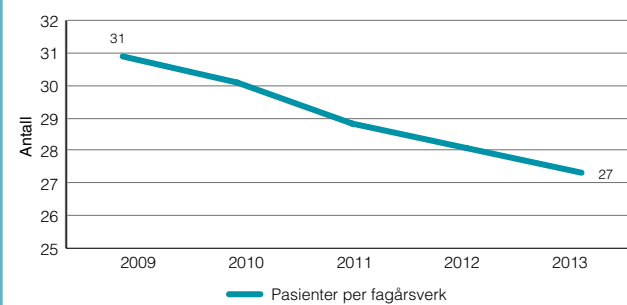
2) Dette gjelder perioden 2011 til 2013 og er produktivetsindikatorer hentet fra kapittel 17. Tallene er basert på et utvalg enheter og omfatter konsultasjoner med refusjon.

Figur 4.6 Endringer i driftskostnader, personell og behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge¹.



1) Det er knyttet usikkerhet til personelltall or 2012. I figuren benyttes derfor et gjennomsnitt for 2011 og 2013.

Figur 4.7 Pasienter per fagårsverk i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.



Figur 4.8 Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

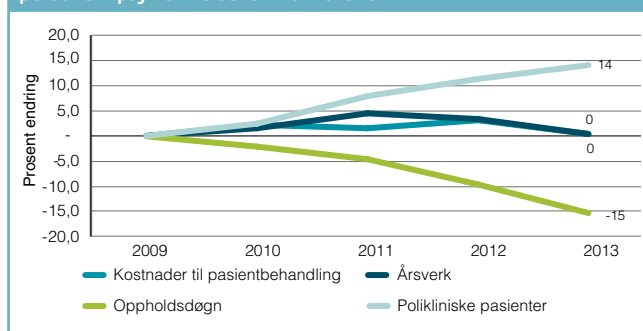
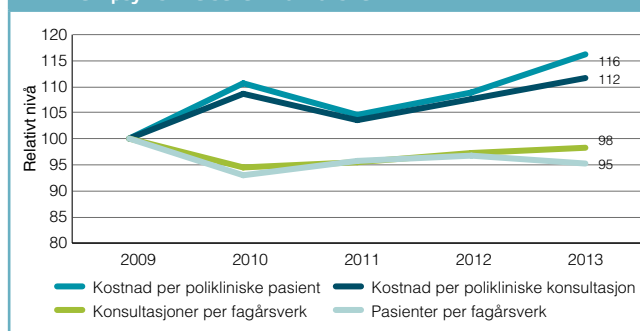
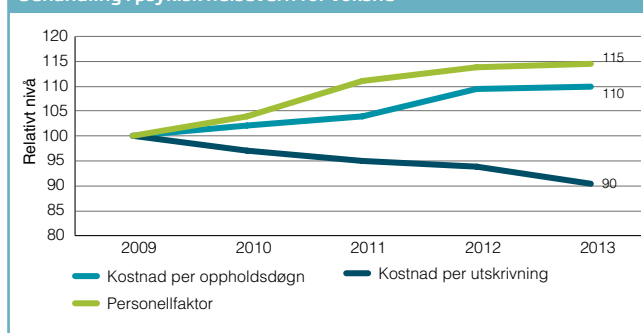


Tabell 4.4 Kostnader til pasientbehandling, aktivitet og personell i psykisk helsevern for voksne i perioden 2009–2013, avgrenset til offentlige foretak og private med områdeansvar.

	2009	2012	2013	Prosent endring 2009-2013	Prosent endring 2012-2013
Kostnader til pasientbehandling (MNOK, faste priser)	15 212	15 676	15 259	0,3	-2,7
- Uten pensjon	13 383	13 477	13 230	-1,1	-1,8
- Kostnadsandel døgnavdelinger	0,82	0,78	0,76		
Årsverk totalt	15 383	15 885	15 442	0,4	-2,8
Polikliniske årsverk	3 138	3 502	3 751	19,5	7,1
Oppholdsdøgn	1 235 343	1 116 505	1 046 031	-15,3	-6,3
Utskrivninger	48 167	50 771	49 556	2,9	-2,4
Polikliniske konsultasjoner	1 127 967	1 267 192	1 339 226	18,7	5,7
Polikliniske pasienter	106 266	117 617	120 581	13,5	2,5
Kostnader per oppholdsdøgn	10 058	11 013	11 049	9,9	0,3
Kostnad per utskrivning	257 955	242 190	233 227	-9,6	-3,7
Personellfaktor ²	3,6	4,0	4,1	14,5	0,6
- Uten Helse Vest	3,7	4,2	4,3	13,8	
Kostnad per polikliniske konsultasjon ¹	2 483	2 675	2 770	11,6	3,6
Kostnad per polikliniske pasient	25 748	28 040	29 950	16,3	6,8
Konsultasjoner per fagårsverk ²	418	407	411	-1,6	1,1
Polikliniske pasienter per fagårsverk ²	40	39	38	-4,8	-1,7
Gjennomsnittlig varighet av døgnopphold	26	22	21	-17,7	-4,0

1) Kostnader til ikke-refusjonsberettiget poliklinisk aktivitet inngår i grunnlaget

2) Beregningene er basert på data fra utvalgte enheter

Figur 4.9 Endring i kostnader til pasientbehandling, aktivitet og personell i psykisk helsevern for voksne**Figur 4.10 Endringer i kostnads- og personellindikatorer for poliklinikk i psykisk helsevern for voksne****Figur 4.11 Endringer i kostnads- og personellindikatorer for døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne**

4.4 Produktivitetsutvikling i psykisk helsevern for voksne

Nasjonal utvikling

Den samlede årsverksinnsatsen og kostnadene til pasientbehandling har holdt seg omtrent uendret i perioden 2009 til 2013. Det har imidlertid vært en vridning av ressurser fra døgnaktivitet til poliklinisk og ambulant virksomhet. Antall polikliniske årsverk har økt med 19,5 prosent, mens antall årsverk ved døgnavdelingene er redusert med 4,5 prosent. Antall oppholdsdøgn er redusert med 15, men grunnet redusert varighet av oppholdene, har antall utskrivinger likevel økt med tre prosent. Fra 2012 til 2013 er det imidlertid en reduksjon i antall utskrivinger på ca. to prosent.

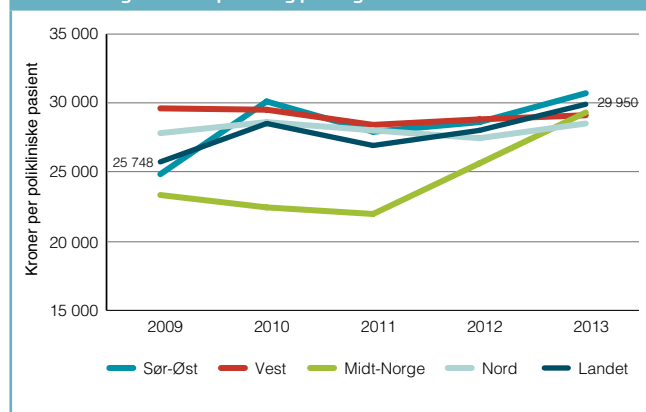
Det har i perioden vært en økning i kostnad per konsultasjon på 12 prosent, og en økning i kostnad per polikliniske pasient på 16 prosent. Dette gjenspeiler en nedgang i antall konsultasjoner per fagårsverk på to prosent, og en nedgang i antall pasienter per årsverk på fem prosent. Det har vært en økning i antall konsultasjoner per pasient på ca. tre prosent, fra 10,3 til 10,7 konsultasjoner. Nedgangen i antall konsultasjoner per fagårsverk skjedde fra 2009 til 2010. De senere år har konsultasjonstallet igjen økt.

Ved døgnavdelingene har kostnad per oppholdsdøgn økt med 10 prosent. Dette gjenspeiler en økning i personellfaktoren på 15 prosent. Kostnad per avsluttede opphold har likevel blitt redusert med 10 prosent, ettersom gjennomsnittlig varighet av et døgnopphold er redusert med 18 prosent, fra 26 til 21 døgn.

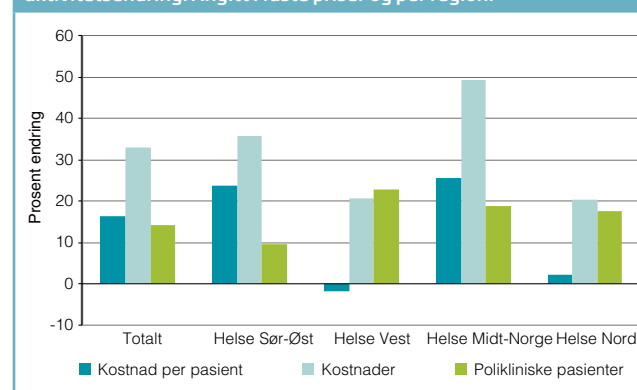
Tabell 4.5 Kostnadsnivå i psykisk helsevern for voksne i perioden 2009–2013, angitt per region

Region	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per utskriving		Kostnad per polikliniske pasient		Kostnad per pol m ref	
	Kroner 2013	Prosent realendring 2009-2013	Kroner 2013	Prosent realendring 2009-2013	Kroner 2013	Prosent realendring 2009-2013	Kroner 2013	Prosent realendring 2009-2013
Helse Sør-Øst	11 942	13	260 780	-8	30 728	24	2 716	17
Helse Vest	9 859	8	224 834	-8	29 085	-2	2 760	-1
Helse Midt-Norge	9 798	3	184 279	-16	29 315	26	2 854	16
Helse Nord	11 240	8	199 167	-8	28 488	2	2 978	3
Totalt	11 049	10	233 227	-10	29 950	16	2 770	12
Totalt ekskl. pensjon	9 596	8	202 549	-11	25 830	14	2 389	9

Figur 4.12 Kostnad per polikliniske pasient i psykisk helsevern for voksne. Angitt i faste priser og per region

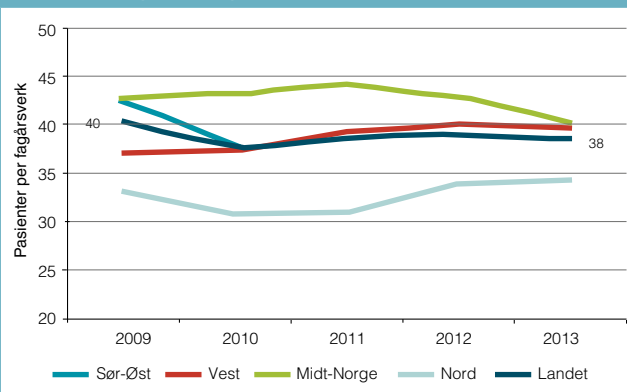


Figur 4.13 Kostnad per polikliniske pasient i psykisk helsevern for voksne i perioden 2009–2013, dekomponert i kostnadsendring og aktivitetsendring. Angitt i faste priser og per region.

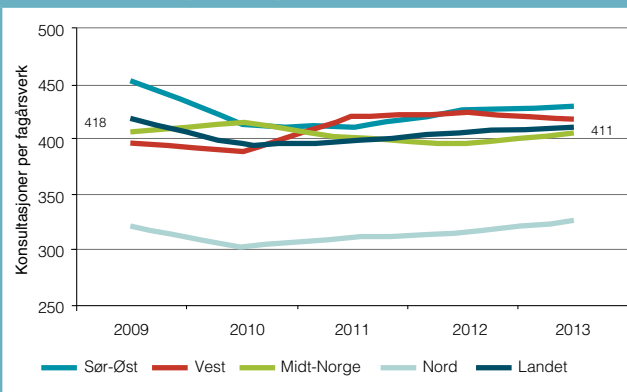


- 3) For 2009 og 2010 var det en betydelig underrapportering av årsverk ved Haukeland sykehus. Dette gjenspeiler seg i den kraftige økningen i personellfaktor, og en tilsvarende nedgang i antall utskrivinger for Helse Vest fra 2010 til 2011. Vi har derfor beregnet utviklingen også eksklusive Helse Vest.

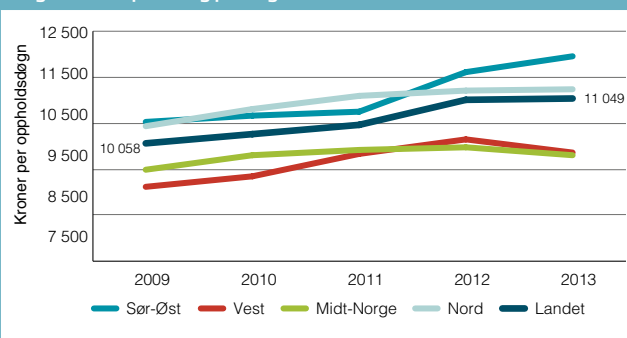
Figur 4.14 Polikliniske pasienter per fagårsverk i psykisk helsevern for voksne, angitt per region.



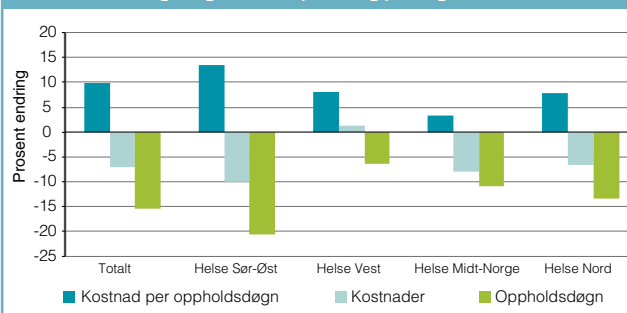
Figur 4.15 Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk i psykisk helsevern for voksne, angitt per region.



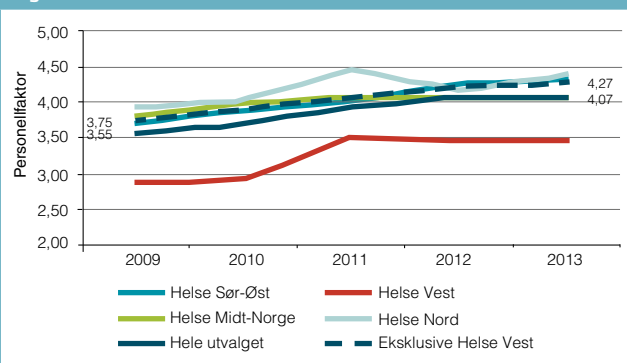
Figur 4.16 Kostnad per oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne. Angitt i faste priser og per region.



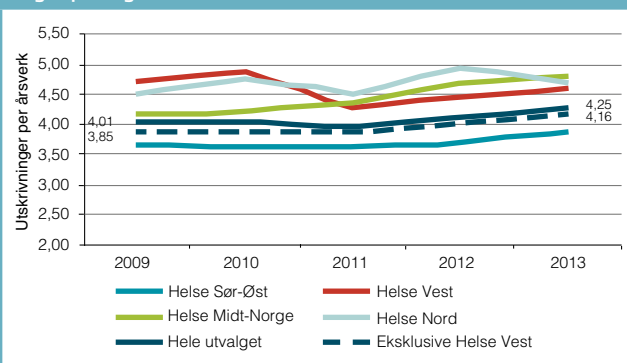
Figur 4.17 Kostnad per oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne i perioden 2009–2013, dekomponert i kostnadsendring og aktivitetendring. Angitt i faste priser og per region.



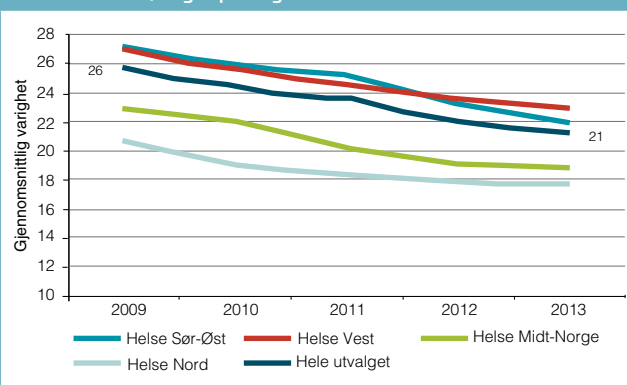
Figur 4.18 Personellfaktor i psykisk helsevern for voksne, angitt per region.



Figur 4.19 Utskrivninger per årsverk i psykisk helsevern for voksne, angitt per region.



Figur 4.20 Gjennomsnittlig varighet av døgnopphold i psykisk helsevern for voksne, angitt per region.



Regional utvikling

Alle regioner har hatt en økning i kostnad per oppholdsdøgn og en nedgang i kostnad per utskrivning. Dette gjenspeiler en økning i personellfaktoren sammen med nedgang i varigheten av oppholdene i alle regionene³. Minst økning i døgnkostnadene og størst nedgang i kostnadene per utskrivning finner vi i Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst har betydelig høyere kostnader per oppholdsdøgn enn Helse Vest og Helse Midt-Norge. Forskjellen mellom regionene øker i perioden hva angår gjennomsnittlig døgnkostnad.

Kostnad per polikliniske pasient og per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon øker i tre av fire regioner i perioden 2009 til 2013. Helse Vest har en liten nedgang. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har begge en økning i kostnad per poliklinisk pasient på mer enn 20 prosent. Disse regionene har også en økning i kostnad per konsultasjon på 16–17 prosent. Dette er de regionene som ved starten av perioden hadde langt lavere kostnad per konsultasjon og per pasient enn de øvrige regionene. I 2013 er det små forskjeller mellom regionene i kostnad per konsultasjon og per polikliniske pasient. Helse Nord har langt færre konsultasjoner per fagårsverk enn de øvrige regionene, men likevel er kostnad per konsultasjon og per pasient nær landsgjennomsnittet. Dette gjenspeiler dels lavere arbeidsgiveravgift, og dels en lavere andel psykiatere og psykologer ved poliklinikkene i denne regionen.

Økte døgnkostnader med kortere oppholdstid og økt ressursinnsats i poliklinikkene gjelder alle regionene med unntak for Helse Vest. Denne regionen har en liten reduksjon i kostnadsindikatorer for poliklinikkene, og også en økning i kostnader til pasientbehandling for både poliklinikkene og i døgnavdelingene. For øvrige regioner følger økte døgnkostnader av større nedgang i oppholdsdøgn enn i kostnader til pasientbehandling.

4.5 Produktivitetsutvikling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I løpet av perioden 2010–2013 er tverrfaglig spesialisert rusbehandling etablert med både døgntilbud og poliklinisk tilbud i de fleste helseforetak. Kostnadsveksten i samme periode har for helseforetakene vært på om lag 20 prosent.

Styrking av helsefaglig kompetanse har vært ett av flere styringssignaler for TSB i oppdragsdokumentene for de siste årene. Blant årsverkene innen det offentlige behandlingstilbudet⁴ utgjør helsefaglig personell halvparten av årsverkene. Økt kompetanse oppnås også gjennom nyansettelser med ønsket kompetanse eller videreutdanning av eget personell. Begge tiltakene krever ekstra ressurser og en kostnadsøkning er å forvente i forbindelse med slike tiltak. Andel årsverk med

Tabell 4.6 Driftskostnader, aktivitet og personell i den offentlige delen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

	2010	2012	2013	Prosent endring 2010-2013	Prosent endring 2012-2013
Driftskostnader (MNOK, faste priser)	2 893	3 351	3 459	19,6	3,2
– Uten pensjon	2 598	2 944	3 054	17,6	3,7
Årsverk totalt	1 932	2 374	2 369	22,6	-0,2
– Andel med helsefaglig utdanning	0,46	0,50	0,51		
– Andel med høyskole/universitetsutdanning	0,70	0,74	0,74		
Polikliniske årsverk totalt	598	782	799	33,7	2,2
Oppholdsdøgn	223 473	226 640	221 893	-0,7	-2,1
Polikliniske konsultasjoner	199 089	270 527	285 237	43,3	5,4
Personellfaktor døgn ¹	2,5	2,7	2,6	5,8	-1,7
Konsultasjoner per årsverk ¹	339	365	368	8,6	0,9

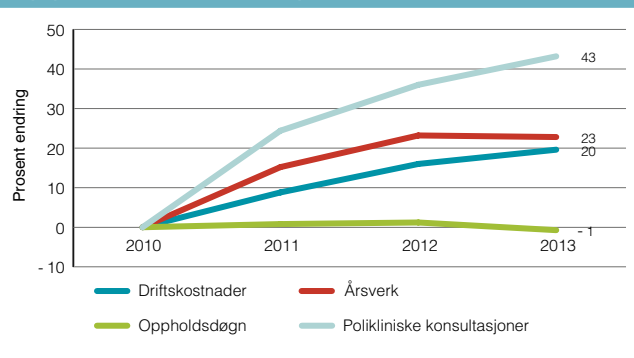
1) Beregningene er basert på data fra utvalgte enheter

4) Inkluderer ruspoliklinikken ved Tøyen DPS, Lovisenberg diakonale sykehus.

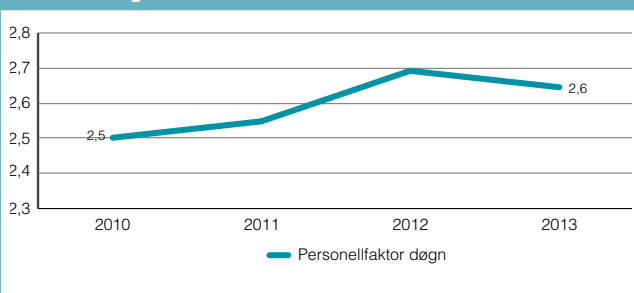
5) Helsedirektoratet (2013): Kapittel 17.1 (tabell 17.3) i Samdata spesialisthelsetjenesten 2012. IS-2070

6) Helsedirektoratet (2014): Ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012. IS-2130.

Figur 4.21 Endringer i driftskostnader, aktivitet og personell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling



Figur 4.23 Personellfaktor i døgnavdelinger i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

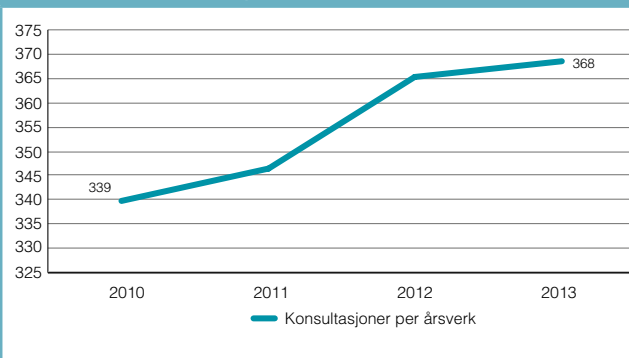


spesialisering eller videreutdanning har økt fra 34 til 38 prosent i perioden.

Tall fra 2012⁵ tyder på at poliklinikkene i større grad har personell med helsefaglig utdanning og personell med spesialisering eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk. I og med at andelen polikliniske årsverk har økt fra 31 til 34 prosent i perioden tyder det på en satsning på poliklinisk behandling i helseforetakene. I tillegg til økningen i antall konsultasjoner (figur 4.21) øker også antall konsultasjoner per årsverk i perioden (figur 4.22).

Når det gjelder den døgnbaserte virksomheten er det ingen klar trend på personellfaktoren (figur 4.23). Personellressursene til døgnvirksomheten har gått noe ned siste år og bidrar til reduksjonen i personellfaktor fra 2012 til 2013, mens andel høyskole eller universitetsutdannet personell holder seg på samme nivå. Helseforetakene har økt egen døgnkapasitet med 79 døgnplasser i perioden 2010-2013. Døgnvolumet målt ved antall oppholdsdøgn viser en nedgang, men bakgrunnen for dette kan bero på satsningen på kortere døgnbehandlin-

Figur 4.22 Konsultasjoner per årsverk i poliklinikker i tverrfaglig spesialisert rusbehandling



ger som gjør at døgnplassene ikke vil oppnå fullt belegg. Fra analyser av pasientdata fra 2012⁶ fant vi at halvparten av utskrivningene fra helseforetakenes døgntilbud var knyttet til gjeninnleggelser i TSB eller psykisk helsevern for voksne i løpet av det påfølgende året og det viser at tilbudet betjener en pasientgruppe som vil trenge flere døgnopphold. Slik personellfaktoren fremkommer i perioden 2010 til 2013 er den heller et uttrykk for at bemanningen innen døgnvirksomheten ved helseforetakene ligger stabilt enn ett uttrykk for endring. Nøkkeltall og utvikling for perioden 2010-2013 er gjengitt og illustrert ved tabell 4.6 og figur 4.21-4.23.

4.6 Datagrunnlag og definisjoner

Utvalg

Somatisk spesialisthelsetjeneste:

Kostnader til pasientbehandling, DRG-poeng, senger og gjennomsnittlig liggetid gjelder utvalget av helseforetak og institusjoner presentert i kapittel 12.

Psykisk helsevern og TSB:

For psykisk helsevern og TSB avgrenses analysene til å gjelde offentlige helseforetak, inkludert Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmets sykehus. For psykisk helsevern inkluderes også private DPS i Helse Vest.

Indikatorene for TSB er beregnet på ett utvalg som er presentert i grunnlagsdata for kapittel 4 på Helsedirektoratets nettsider. På nettsidene finnes også definisjonsgrunnlaget hvor datagrunnlag og beregninger er omtalt.

Kostnader

Informasjon om kostnader er hentet fra driftsregnskapene som offentlige helseforetak og private institusjoner

har rapportert til Statistisk Sentralbyrå for perioden 2009–2013. Se kapittel 3 for en nærmere beskrivelse.

Kostnader til pasientbehandling i somatisk spesialisthelsetjeneste

Kostnadene er avgrenset til å gjelde kostnader relatert til pasientbehandling ved foretaket, hvor det rapporteres pasientdata som DRG-grupperes. Det vil si at kostnader til eksempelvis poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet, forskning, H-resept, regninger for pasienter behandlet ved andre foretak og institusjoner, behandlingshjelpemidler, kommunale tilskudd, er korrigert ut. Se kapittel 12 for en nærmere beskrivelse.

Kostnader til pasientbehandling i psykiske helsevernet for voksne

Kostnadene er avgrenset til å gjelde kostnader relatert til pasientbehandling ved foretaket og hvor det rapporteres pasientdata i form av opphold eller polikliniske konsultasjoner. Kostnader til pasientbehandling i poliklinikkene estimeres med utgangspunkt i informasjon om polikliniske årsverk.

Kostnader som gjelder aktivitet utover pasientbehandling (ekstern virksomhet) er tatt ut av grunnlaget for indikatorberegningene basert på spesifikasjoner fra foretakene. Se også kapittel 17 for en nærmere beskrivelse. Vi mangler en fullstendig oversikt over ekstern virksomhet for 2009 og 2010. Informasjon fra 2011 er derfor lagt til grunn også for disse to årene.

Totale driftskostnader til psykisk helsevern for barn og unge og TSB

For disse tjenestemålingene avgrenses ikke kostnadene til pasientbehandling, da det ikke beregnes indikatorer som sier noe om forholdet mellom kostnader og aktivitet. Presenterte kostnadene er totale driftskostnader ved egne foretak og institusjoner, eksklusive kostnader knyttet til gjestepasientoppgjør og kjøp fra private. Se kapittel 3 for definisjon av totale driftskostnader.

Pensjonskostnader:

Dette er kostnader som er ført på konto 541 i helseforetakenes kontoplan. Når pensjonskostnadene holdes sammen med kostnader til pasientbehandling, så korrigeres pensjonskostnaden for det som ikke gjelder

kostnader til pasientbehandling. Se også kapittel 12 og kapittel 17.

Deflator:

I henhold til indeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, er kostnader for 2009 korrigert for prisvekst på 16,8 prosent fra 2009 til 2013. Alle presenterte endringer i kostnader og kostnadsnivå er realendringer, altså korrigert for prisvekst. Indeksen er også beskrevet i kapittel 3.

Aktivitet

Alle aktivitetstall i kapitlet er basert på pasientdata fra NPR for perioden 2009–2013. For TSB er aktivitetsstatistikken i noen grad supplert med institusjonsstatistikk fra SSB.

Somatiske spesialisthelsetjenester DRG-poeng

Her benyttes korrigerte DRG-poeng for døgn- dag og poliklinisk virksomhet. Med korrigerte DRG-poeng forstås at det er justert for avregninger i etterkant av aktivitetsåret. Summen av de korrigerte DRG-poengene avviker noe fra DRG-poengene som gir ISF-refusjon. Dette har sammenheng med at: i) DRG-poeng for ordningen «Raskere tilbake» er inkludert her og ekskludert i ISF, ii) DRG-poeng for behandling av utenlandske pasienter på norske sykehus er inkludert her men inngår ikke i ISF, iii) DRG-poeng for norske pasienter behandlet i utlandet er utelatt her, men inngår i ISF, iv) Noen polikliniske konsultasjoner som ikke gir grunnlag for ISF-refusjoner inngår i her i dette materialet. Bakgrunnen for dette avviket mot ISF-utvalget er at søkes å sammenholde kostnader i helseforetaket med aktivitet som faktisk skjer i helseforetaket. Nettoeffekten av det ulike utvalget er SAMDATA inkluderer mer aktivitet enn hva som gir grunnlag for ISF. Se også kapittel 2.

Aktiviteten i form av DRG-poeng er korrigert for årlige systemendringer. Se kapittel 2 for nærmere beskrivelse.

Liggetid

Det beregnes liggetid kun for døgnoppholdene. I tilfeller med inn- og utskrivning samme dag, så er liggetiden satt lik 0,5 døgn. Se kapittel 12 for nærmere beskrivelse.

Psykisk helsevern og TSB

Utskrivninger i psykisk helsevern for voksne er definert ved avsluttede institusjonsopphold.

Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern er definert ved refusjonsberettigede konsultasjoner. Polikliniske pasienter inkluderer alle pasienter, også pasienter der refusjonsberettiget aktivitet ikke er registrert. Polikliniske konsultasjoner i TSB inkluderer også konsultasjoner uten registrert P-takst.

For øvrig er aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern og TSB beskrevet i kapittel 16 og 19.

Personell og personellindikatorer

Informasjon om antall årsverk er hentet fra registerbasert personellstatistikk levert av SSB og personelloppgaver for poliklinisk og ambulant virksomhet innhentet og tilrettelagt av Helsedirektoratet. Antall årsverk er definert ved antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte etter stillingsbrøk i midten av november. Langtidsfravær er trukket ut. Polikliniske årsverk omfatter personell i poliklinikker og ambulant virksomhet.

Behandlerårsverk i døgnavdelingene og fagårsverk i poliklinikkene er definert ved universitets- og høyskoleutdannet personell.

Personellfaktor:

Årsverk i avdeling delt på gjennomsnittlig belegg i avdelingene i løpet av året. Årsverk i avdeling settes lik årsverk totalt fratrukket årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet. Ved *personellfaktor*-beregningen sammenholdes disse årsverkene med det totale oppholdsdøgn ved institusjonen og dette gir en indikasjon på personellressursinnsatsen knyttet til den daglige pasientbehandlingen innen døgnvirksomheten. *Personellfaktoren* avhenger av belegget ved døgnvirksomheten.

Konsultasjoner og pasienter per årsverk/ fagårsverk : For psykisk helsevern inkluderes alle polikliniske pasienter, men bare refusjonsberettigede konsultasjoner i indikatoren. For TSB inkluderes alle polikliniske årsverk og alle polikliniske konsultasjoner ved beregning av konsultasjoner per årsverk.

Senger

Informasjon om senger og døgnplasser er innhentet av SSB.

For somatisk spesialisthelsetjeneste benyttes er effektive senger. Det betyr at sengetallet er korrigert for eksempelvis feriestengte dager og femdagersposter. Se kapittel 10 for nærmere beskrivelse.

5

Kostnader og finansiering til private aktører i spesialisthelsetjenesten

Kostnader til private aktører i spesialisthelsetjenesten var i 2013 på 9,3 mrd kroner, en realvekst fra 2009 på 4,9 prosent eller ca. 500 mill kroner. Veksten gjaldt hovedsakelig avtalespesialister og kommersielle sykehus. For avtalespesialister ble veksten finansiert av økte refusjoner fra Helfo. Refusjoner fra Helfo økte med 575 mill kroner i femårsperioden. Ved kommersielle sykehus finansierte økte salgsinntekter og egenbetalinger veksten.

Helseforetakenes kjøp fra private aktører var i 2013 på 5,2 mrd kroner, dette var en nedgang fra 2009 på 5,4 prosent eller 300 mill kroner. Reduksjonen gjaldt i hovedsak helseforetakenes kjøp fra private tilbydere av rusbehandling, samt helseforetakenes tilskudd til private laboratorie- og røntgeninstitutter

Kommersielle sykehus er en del av de private aktørene i spesialisthelsetjenesten, og kostnadene utgjorde tilnærmet 1,2 mrd kroner i 2013. Til tross for nedgang i kjøp fra helseforetak var det vekst i kostnader fra 2009 til 2013 på 9,3 prosent. Veksten ble finansiert ved økte salgsinntekter og egenbetalinger. I 2013 ble 838 mill kroner, eller 67 prosent av kostnadene hos kommersielle sykehus finansiert av salgsinntekter og egenbetalinger, mot 56 prosent i 2009.

5.1 Innledning

I dette kapitlet ser vi på kostnader til private tilbydere av spesialisthelsetjenester. Først i avsnitt 5.2 presenteres utviklingen i kostnader til alle private tilbydere av pasientbehandling innen spesialisthelsetjenesten fra 2009 til 2013. Private tilbydere er delt inn i fire grupper; institusjoner med langsiktige avtaler (avtaleinstitusjoner) (A), institusjoner med mer kortsiktige kjøpsavtaler (B), private laboratorie- og røntgeninstitutter (C) og avtalespesialister (D).

Deretter presenteres kostnadsutviklingen, og helseforetakenes kjøp, hos private tilbydere eksklusive avtaleinstitusjoner (gruppe A). Dette utvalget (gruppe B+C+D) omtales videre fra avsnitt 5.3 i dette kapitlet som private aktører. Årsaken til at avtaleinstitusjoner ikke er med i de videre analysene er at de vurderes som tilbydere av

helsetjenester på lik linje som Helseforetak, og omfatter institusjoner som Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus.

Skillet mellom institusjoner med langsiktige avtaler (avtaleinstitusjoner) og øvrige private tilbydere er ikke absolutt. Grupperingene baserer seg på historisk utvikling i avtaler mellom institusjoner og foretak.

De private aktørene (B+C+D) som følges nærmere i dette kapitlet er plassert i syv grupper:

- 1) *Kommersielle sykehus i somatisk sektor (B)*. Med dette begrepet forstår vi sykehus som ikke er eid av LHL (landsforeningen for hjerte- og lungesyke). Eksempler på disse er Aleris Helse og Colosseum-klinikkene.

- 2) *Ideelle sykehus i somatisk sektor (B)*. Dette er kun to enheter, Feiringklinikken og Glittreklinikken, eid av LHL.
- 3) *Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner (B)*. Dette er en gruppe institusjoner som inngår avtaler med RHF-ene. Landaasen rehabiliteringssenter og Meråker Sanitetsforenings kurbad er eksempler på slike institusjoner.
- 4) *Psykisk helsevern, institusjoner med kjøpsavtale (B)*. Dette omfatter kun en institusjon, Capio Anoreksi Senter, som i 2013 rapporterte regnskap til SSB for første gang etter å ha inngått kjøpsavtale med Helse Sør-Øst. Helseforetak har også tidligere kjøpt tjenester fra denne institusjonen, og kostnadene har da fremgått i foretakenes regnskaper.
- 5) *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), institusjoner med driftsavtale eller kjøpsavtale (B)*. Denne gruppen institusjoner omfatter både institusjoner med kjøps- eller driftsavtale. Vi ser på disse TSB-institusjonene samlet fordi vi antar at de i sin virksomhet, og opplevde tilknytning til helseforetakene, ikke avviker betydelig fra hverandre. For eksempel mistet Blå Kors (avtaleinstitusjon) i region Vest sin avtale med RHF-et i 2011. Seksjon ruspoliklinikk ved Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS) er ikke inkludert i denne gruppen, da øvrige avdelinger ved LDS defineres som private med langsiktige driftsavtaler. I tabell 5.1 inngår denne institusjonens kostnader innunder A: Institusjoner med langsiktige avtaler – herav TSB.
- 6) *Laboratorie- og røntgeninstitutter utenom helseforetak og avtaleinstitusjoner (C)*. Alle regionale helseforetak har avtaler med og kjøper tjenester hos disse institusjonene. Eksempler på slike institusjoner er Curato Røntgen AS og Furst medisinske laboratorium. Refusjoner via Helfo til denne gruppen inngår i analysen.
- 7) *Avtalespesialister (D)*. Alle regionale helseforetak har avtaler med private avtalespesialister og gir driftstilskudd til disse. Refusjoner via Helfo til denne gruppen inngår også i denne analysen.

Institusjonene innenfor gruppe 1–5 rapporterer driftsregnskap til SSB. Det vil si at vi kan fange opp inntekter og kostnader ved disse institusjonene ut over hva som finansieres gjennom helseforetakene og Helfo.

De private laboratorie- og røntgeninstituttene og avtalespesialistene, det vil si gruppe 6 og 7, rapporterer ikke regnskap til SSB. Tallene som presenteres er helseforetakenes kjøp, hvor informasjon er hentet fra de regionale helseforetakenes regnskaper, samt refusjoner fra Helfo. Informasjon om refusjoner er hentet fra Helsedirektoratets KUHR-database. Det er nytt av året at refusjoner fra Helfo til private laboratorie- og røntgeninstitutter og avtalespesialister er inkludert. Inntekter i form av egenandeler betalt av pasienter er ikke med i vårt tallgrunnlag.

For private aktører ser vi nærmere på utviklingen i inntektskilder i femårsperioden. Hensikten er å se på omfanget av, og utvikling i, privat finansiering av aktørene i perioden. Privat finansiering omfatter blant annet inntekter fra selvbetalende pasienter og forsikringselskaper. Når det gjelder privat finansiering av private aktører er det særlig interessant å se nærmere på de kommersielle sykehusene hvor det kan antas at forsikringsinntekter og selvbetalende pasienter i størst grad forekommer. Finansiering av private aktører presenteres til slutt i dette kapitlet.

5.2 Kostnader til private aktører og avtaleinstitusjoner

Tabell 5.1 viser kostnader til alle private institusjoner, og inkluderer avtaleinstitusjoner (A). Avtaleinstitusjonene hadde i 2013 kostnader på 5,5 mrd kroner, en vekst på 7,3 prosent fra 2009 til 2013. Veksten omfattet alle sektorer, og var størst for somatiske spesialisthelsetjenester og rusbehandling med henholdsvis 11,2 og 31,6 prosent. Siste toårsperiode var det for sektorene samlet en marginal økning i kostnader til disse institusjonene. Veksten var drevet av kostnader til somatikk, mens det var en nedgang i kostnader til psykisk helsevern.

Kostnadene til institusjoner som har mer kortsiktige kjøpsavtaler med helseforetakene (B) utgjorde nesten 5 mrd kroner i 2013. Justert for prisvekst var dette omtrent på samme nivå som i 2009. Kostnadsveksten på 3,7 prosent for alle private institusjoner (A+B) i løpet av femårsperioden var dermed drevet av vekst ved avtaleinstitusjonene. Bak nullveksten fra 2009 til 2013 for institusjoner med kjøpsavtaler var det stor variasjon

mellem sektorene. Kostnader til somatikk økte med 6,1 prosent, mens kostnader til rusbehandling gikk ned med 13,7 prosent. I faste priser var dette en økning på 202 mill kroner til somatikk og en nedgang på 224 mill kroner til rusbehandling.

Kostnader til private laboratorie- og røntgeninstitutter (C) økte med 6,1 prosent siste femårsperiode, og var på 1,2 mrd kroner i 2013. Veksten ble finansiert av en økning i polikliniske refusjoner fra Helfo på 46,3 prosent fra 2009, samtidig som helseforetakenes kjøp ble redusert med 20 prosent. Kostnader til private avtalespesialister (D) var i 2013 på 3,1 mrd kroner, som representerer en vekst på 13,5 prosent fra 2009. Helseforetakenes kjøp fra avtalespesialister var omtrent uendret i femårsperioden, mens refusjoner fra Helfo økte med 21,5 prosent.

5.3 Kostnader hos private aktører

Driftskostnader til private aktører, eksklusive avtaleinstitusjoner, var på 9,3 mrd kroner i 2013. Dette var en vekst fra 2009 på 4,9 prosent, mens kostnadene var tilnærmet uendret siste toårsperiode. Veksten i femårsperioden gjaldt alle private institusjoner, med unntak av rusinstitusjoner som hadde en nedgang på 13,7 prosent, eller 224 mill faste kroner. Se tabell 5.2.

Kostnader til private avtalespesialister økte relativt sett mest i femårsperioden, med en vekst på 13,5 prosent eller 370 mill kroner. Siste år var kostnadene til avtalespesialistene på 3,1 mrd kroner. Tilskuddene fra helseforetakene var stabile på til sammen ca 1 mrd kroner i perioden. Det vil si at veksten ble finansiert av økte refusjoner fra Helfo.

Tabell 5.1. Driftskostnader til private tilbydere inkludert avtaleinstitusjoner målt i 1000 kr. Justert for prisvekst, 2013 = 100.

	2009	2012	2013	Pst. realendr. 2009-2013	Pst. realendr. 2012-2013
A: Institusjoner med langsiktige avtaler	5 150 471	5 522 626	5 526 493	7,3	0,1
- herav somatikk	3 054 398	3 368 676	3 401 075	11,4	1,0
- herav psykisk helsevern for voksne	1 895 624	1 927 983	1 905 111	0,5	-1,2
- herav psykisk helsevern for barn og unge	184 902	205 673	199 851	8,1	-2,8
- herav TSB	15 546	20 293	20 456	31,6	0,8
B: Institusjoner med kjøpsavtaler	4 959 338	4 954 059	4 953 003	-0,1	0,0
- herav somatikk	3 324 465	3 397 996	3 526 212	6,1	3,8
- herav psykisk helsevern for voksne	0	0	0	-	-
- herav psykisk helsevern for barn og unge	0	0	16 275	-	100,0
- herav TSB	1 634 873	1 556 063	1 410 516	-13,7	-9,4
Alle private institusjoner (A+B)	10 109 809	10 476 684	10 479 496	3,7	0,0
- herav somatikk	6 378 863	6 766 672	6 927 287	8,6	2,4
- herav psykisk helsevern for voksne	1 895 624	1 927 983	1 905 111	0,5	-1,2
- herav psykisk helsevern for barn og unge	184 902	205 673	216 126	16,9	5,1
- herav TSB	1 650 419	1 576 356	1 430 972	-13,3	-9,2
C: Private laboratorie og røntgeninstitutter	1 136 665	1 218 301	1 205 518	6,1	-1,0
- herav kjøp fra helseforetak	690 255	606 619	552 406	-20,0	-8,9
- herav refusjoner fra Helfo	446 410	611 681	653 112	46,3	6,8
D: Private avtalespesialister	2 751 210	3 086 822	3 121 317	13,5	1,1
- herav kjøp fra helseforetak	1 010 993	1 009 363	1 007 011	-0,4	-0,2
- herav refusjoner fra Helfo	1 740 217	2 077 460	2 114 306	21,5	1,8
Alle private tilbydere (A+B+C+D)	13 997 684	14 781 808	14 806 330	5,8	0,2
Private tilbydere, eksklusive avtaleinstitusjoner (B+C+D)	8 847 213	9 259 182	9 279 837	4,9	0,2

Tabell 5.2 Driftskostnader til private aktører målt i 1000 kr. Justert for prisvekst, 2013 = 100.

	2009	2010	2011	2012	2013	Pst. realendr. 2009-2013	Pst. realendr. 2012-2013
1. Kommersielle sykehus	1 055 845	938 283	1 138 653	1 187 988	1 153 776	9,3	-2,9
2. Ideelle sykehus	510 931	459 844	488 232	491 850	525 099	2,8	6,8
3. Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	1 757 689	1 671 993	1 661 506	1 718 158	1 847 337	5,1	7,5
4. Psykisk helsevern	0	0	0	0	16 275	-	-
5. Rusbehandling	1 634 873	1 544 630	1 503 174	1 556 063	1 410 516	-13,7	-9,4
6. Røntgen- og laboratorieinstitutter	1 136 665	1 187 906	1 147 721	1 218 301	1 205 518	6,1	-1,0
7. Avtalespesialister	2 751 210	2 956 981	3 029 992	3 086 822	3 121 317	13,5	1,1
Sum	8 847 213	8 759 638	8 969 279	9 259 182	9 279 837	4,9	0,2

Det var også en sterkere vekst ved kommersielle sykehus med en økning i kostnadene på 9,3 prosent, eller 98 mill målt i faste kroner. Kjøp fra helseforetakene ble i samme periode redusert med 300 mill kroner (tabell 5.3). Kostnadsveksten ved de kommersielle sykehusene ble dermed finansiert av andre aktører enn helseforetakene. Utviklingen i inntektskilder presenteres i avsnittene 5.5 og 5.6.

Det var også realvekst i kostnader til ideelle sykehus, rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner og røntgen- og laboratorieinstitutter som utgjorde henholdsvis 14, 90 og 69 mill kroner fra 2009 til 2013. Veksten ved både røntgen- og laboratorieinstitutter og avtalespesialister ble finansiert av refusjoner fra Helfo. Ideelle sykehus hadde økte kjøp fra helseforetak.

5.4 Helseforetakenes kjøp hos private aktører

Helseforetakenes kjøp fra, eller finansiering av, private aktører var i 2013 på drøyt 5,2 mrd kroner. Dette var en nedgang i helseforetakenes kjøp fra private institusjoner på 5,4 prosent siden 2009, en reduksjon på 300 mill kroner målt i faste priser.

Nedgangen i helseforetakenes kjøp gjaldt i hovedsak kommersielle sykehus, rusinstitusjoner og røntgen- og laboratorieinstitutter. Ideelle sykehus opplevde derimot vekst i inntekter fra helseforetakene. Kjøp fra rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, samt avtalespesialister, var stabile i femårsperioden.

Ved rusinstitusjonene utgjorde nedgangen i helseforetakenes kjøp 155 mill kroner fra 2009 til 2013, og var på 1,2 mrd kroner siste år. Ved kommersielle sykehus var det variasjon i foretakenes kjøp, men dette stabiliserte seg siste to år, og var i 2013 på 419 mill kroner. Nedgangen i femårsperioden var på 14 prosent (67 mill kroner). Røntgen- og laboratorieinstitutter mottok 138 mill kroner mindre i 2013 sammenlignet med 2009, og foretakenes kjøp var siste år på 552 mill kroner.

Tabell 5.3. Helseforetakenes kjøp hos private aktører målt i 1000 kr. Justert for prisvekst, 2013 = 100.

	2009	2010	2011	2012	2013	Pst. realendr. 2009-2013	Pst. realendr. 2012-2013
1. Kommersielle sykehus	486 425	358 802	387 387	417 058	418 722	-13,9	0,4
2. Ideelle sykehus	474 941	444 256	487 952	515 513	514 979	8,4	-0,1
3. Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	1 478 852	1 469 625	1 416 295	1 436 667	1 487 502	0,6	3,5
4. Psykisk helsevern	0	0	0	0	17 706	-	-
5. Rusbehandling	1 387 338	1 365 740	1 331 839	1 304 962	1 232 246	-11,2	-5,6
6. Røntgen- og laboratorieinstitutter	690 255	714 020	621 177	606 619	552 406	-20,0	-8,9
7. Avtalespesialister	1 010 993	1 016 562	1 008 262	1 009 363	1 007 011	-0,4	-0,2
Sum	5 528 804	5 369 006	5 252 911	5 290 183	5 230 572	-5,4	-1,1

Kjøp fra helseforetak ved avtalespesialister og rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner har vært stabile fra 2009 til 2013, og utgjorde henholdsvis 1 og 1,5 mrd kroner i 2013.

Ideelle sykehus var en gruppe med vekst i kjøp fra helseforetak. I 2013 kjøpte helseforetak tjenester for 515 mill kroner, 8,4 prosent mer enn i 2009.

5.5 Finansiering av private aktører

Inntektene til de private aktørene deles opp i fem grupper: (1) kjøp fra helseforetak, (2) refusjoner fra Helfo, (3) salgsinntekter, (4) selvbetalende pasienter samt (5) andre inntekter. Sistnevnte kategori (5) andre inntekter er residualbestemt ved å trekke fra gruppe 1, 2, 3 og 4 fra driftsinntektene. I hovedsak består disse inntektene (5) av det som er regnskapsført på konto «andre pasient- og behandlingsrelaterte inntekter». Inntekter på gruppe 4 er fra selvbetalende pasienter. De private aktørene rapporterer regnskap etter en kontoplan som ikke inneholder egen konto for inntekter fra forsikringsselskaper. Finansiering via forsikringsselskaper kan derfor ikke

identifiseres direkte, men vil være en del av inntektene på gruppe 3, 4 og 5.

I 2013 var driftsinntektene til private aktører på 9,5 mrd kroner, en vekst på 7,2 prosent fra 2009 til 2013. Veksten ble finansiert av økte refusjoner fra Helfo, egenbetalinger og andre inntekter, samtidig som det var nedgang i salgsinntekter og kjøp fra helseforetak.

Kjøp fra helseforetakene gikk ned med 5,4 prosent i femårsperioden, dette tilsvarte en reduksjon på 300 mill kroner. Helseforetakenes finansieringsandel gikk dermed ned fra 63 til 55 prosent.

En vekst på 26 prosent i refusjoner fra Helfo, som tilsvarer en økning på 575 mill kroner, finansierte den største delen av veksten for de private tilbydere. I 2013 finansierte refusjoner fra Helfo 30 prosent av driften, sammenlignet med 25 prosent i 2009. Det var også en økning i inntekter fra egenbetalinger, salgsinntekter og andre inntekter på om lag 360 mill kr. Disse inntektsgruppene finansierte 15 prosent av driften i 2013 mot 12 prosent i 2009.

Tabell 5.4 Finansieringskilder for private tilbydere av spesialisthelsetjenester fra 2009–2013. Målt i 1000 kr, prisjusterte tall, 2013 = 100.

	2009	2010	2011	2012	2013	Pst. realendr. 2009-2013	Pst. realendr. 2012-2013
Driftskostnader	8 847 213	8 759 638	8 969 279	9 259 182	9 279 837	4,9	0,2
Driftsinntekter, fordelt på:	8 841 826	9 159 547	9 188 130	9 490 845	9 480 206	7,2	-0,1
1. Kjøp fra helseforetak	5 528 804	5 369 006	5 252 911	5 290 183	5 230 572	-5,4	-1,1
2. Refusjoner fra Helfo	2 223 912	2 450 572	2 582 748	2 722 361	2 799 341	25,9	2,8
3. Salgsinntekter	460 636	416 356	373 998	404 295	403 263	-12,5	-0,3
4. Selvbetalende pasienter	332 724	420 430	536 382	503 837	531 418	59,7	5,5
5. Andre inntekter	295 750	503 184	442 091	570 170	515 612	74,3	-9,6

Tabell 5.5 Finansieringskilder for private tilbydere av spesialisthelsetjenester fra 2009–2013. Relative andeler og prosentpoeng endring.

	2009	2010	2011	2012	2013	Pst. realendr. 2009-2013
Driftsinntekter fordelt på:	100	100	100	100	100	
1. Kjøp fra helseforetak	63	59	57	56	55	-7
2. Refusjoner fra Helfo	25	27	28	29	30	4
3. Salgsinntekter	5	5	4	4	4	-1
4. Selvbetalende pasienter	4	5	6	5	6	2
5. Andre inntekter	3	5	5	6	5	2

5.6 Finansiering av kommersielle sykehus

Innslag av privat finansiering er mest aktuelt for gruppen kommersielle sykehus, og det er derfor interessant å se nærmere på hvordan finansieringen av denne gruppen utvikler seg. Kommersielle sykehus omfatter blant annet Aleris Helse, Volvat, Colosseumklinikkene og Teres.

Driftskostnadene ved de kommersielle sykehusene økte med 9,3 prosent fra 2009 til 2013, og var siste år på nærmere 1,2 mrd kroner. Inntektene økte i samme periode med 13,8 prosent, hvor veksten ble finansiert av vekst i salgsinntekter og selvbetalende pasienter.

Salgsinntekter, selvbetalende pasienter og andre inntekter finansierte om lag 887 mill kroner av driften ved de kommersielle sykehusene i 2013. Det var en vekst på om lag 36 prosent i denne type inntekter hos kommersielle sykehus i femårsperioden. Disse inntektskildene finansierte dermed 67 prosent av kostnadene i 2013, mot 56 prosent i 2009.

Helseforetakene reduserte sine kjøp fra kommersielle sykehus med 68 mill kroner i femårsperioden. Dermed finansierte helseforetakene i 2013 33 prosent av kostnadene, mot 44 prosent i 2009.

Tabell 5.6 Finansieringskilder for kommersielle sykehus fra 2009–2013. Målt i 1000 kr, prisjusterte tall, 2013 = 100.

	2009	2010	2011	2012	2013	Pst. realendr. 2009–2013	Pst. realendr. 2012–2013
Driftskostnader	1 055 845	938 283	1 138 653	1 187 988	1 153 776	9,3	-2,9
Driftsinntekter, fordelt på:	1 104 848	1 118 384	1 226 076	1 319 351	1 257 196	13,8	-4,7
1. Kjøp fra helseforetak	486 425	358 802	387 387	417 058	418 722	-13,9	0,4
2. Refusjoner fra Helfo	0	125	95	14 705	0	-	-100,0
3. Salgsinntekter	263 618	275 347	269 872	288 270	331 010	25,6	14,8
4. Selvbetalende pasienter	239 796	331 908	461 686	435 775	433 002	80,6	-0,6
5. Andre inntekter	115 009	152 202	107 036	163 543	74 462	-35,3	-54,5

Tabell 5.7. Finansieringskilder for kommersielle sykehus fra 2009–2013. Relative andeler og prosentpoeng endring.

	2009	2010	2011	2012	2013	Pst. realendr. 2009–2013
Driftsinntekter fordelt på:	100	100	100	100	100	
1. Kjøp fra helseforetak	44	32	32	32	33	-11
2. Refusjoner fra Helfo	0	0	0	1	0	0
3. Salgsinntekter	24	25	22	22	26	2
4. Selvbetalende pasienter	22	30	38	33	34	13
5. Andre inntekter	10	14	9	12	6	-4

5.7 Datagrunnlag og definisjoner

Dataene er hentet fra driftsregnskapene som helseforetak, avtaleinstitusjoner og private institusjoner rapporterer til SSB. Dette er skjema OX for helseforetak og skjema 39 for avtaleinstitusjoner og private institusjoner. Begrepene som benyttes i kapitlet defineres nedenfor.

Helseforetakenes kjøp og tilskudd til private aktører. For kommersielle sykehus, ideelle sykehus, rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, private psykisk helsevern-institusjoner og private TSB-institusjoner identifiseres helseforetakenes kjøp og tilskudd som en oppgitt størrelse i institusjonenes driftsregnskaper. I den grad institusjonene får inntekter fra flere helseforetak, eksempelvis både driftstilskudd og gjestepasientinntekter, så inngår alle inntekter i den identifiserte størrelsen. Kjøp og tilskudd til private røntgen- og laboratorieinstitutter og avtalespesialister identifiseres i regnskapene til de regionale helseforetakene.

Refusjoner fra Helfo. For kommersielle og ideelle sykehus, rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner og private TSB-institusjoner uten driftsavtale identifiseres disse i institusjonenes driftsregnskaper. For de private TSB-institusjonene med driftsavtaler inngår refusjoner fra Helfo i overføringene fra helseforetakene. Helfo-refusjoner til avtalespesialister og private røntgen- og laboratorieinstitutter inngår også. Disse dataene kommer fra Helsedirektoratets KUHR-database, og er periodisert ut fra behandlingsdato.

Salgsinntekter. Dette identifiseres som konto 30 og 31 i driftsregnskapene til de private institusjonene.

Selvbetalende pasienter. Dette identifiseres som underposter til konto 32 i driftsregnskapene for de private institusjonene.

Andre inntekter. Dette består i hovedsak av andre pasient- og behandlingsrelaterte inntekter ført som underpost av konto 32 i driftsregnskapene for de private.

I tillegg vil det inngå litt gaveinntekter og leieinntekter i denne posten, men disse to finansieringskildene er relativt marginale.

Alle monetære størrelser er deflaterte i henhold til SSB sin vektete prisindeks for arbeids- og produktinnsats i

statlige helsetjenester. Akkumulert prisvekst fra 2009 til 2013 er beregnet til 16,8 prosent, mens siste års prisvekst er på 4,1 prosent. Se kapittel 3 tabell 3.1 for nærmere beskrivelse av deflator. Endringstall mellom år er derfor korrigert for prisvekst, dette gjelder både tall oppgitt i kroner og prosent.

6

Helseforetakenes økonomiske situasjon

De regionale helseforetakene hadde et samlet positivt økonomisk resultat på 1,9 mrd kroner i 2013. Dette er tredje år i perioden 2009–2013 hvor alle de fire regionale helseforetakene har positivt økonomisk resultat.

Samlede eiendeler økte med 4,4 mrd til 105,6 mrd kroner i 2013. Det meste av dette er bygg og anlegg med 58 mrd kroner. Medisinsk-teknisk utstyr hadde sist år en økning 0,4 mrd til 9,1 mrd kroner.

Investeringer i immaterielle eiendeler og varige driftsmidler var i 2013 på 9,6 mrd kroner. Det har vært et økende investeringsnivå siste tre år, fra om lag 5,2 mrd til 9,6 mrd kroner. Det høye investeringsnivået medfører at endringen i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler økte med drøyt 3 mrd kroner i 2013. Helse Sør-Øst og Helse Nord bidro mest til denne veksten gjennom sine byggeprosjekter.

Gjeldsgraden i de regionale helseforetakene har de siste tre årene vært tilnærmet uendret, med en svak tendens til økning i Helse Sør-Øst og Helse Nord, og en reduksjon i Helse Vest. Helse Midt-Norge hadde en markert reduksjon i gjeldsgraden i perioden 2009–2011, men lå fortsatt i 2013 en god del over de andre regionene.

6.1 Regnskapsmessig resultat

Foretaksgruppen¹ i de regionale helseforetakene hadde også i 2013 et positivt økonomisk resultat. Resultatet i 2013 var på 1 906 mill kroner som vist i tabell 6.1. Dette er femte år på rad at de samlet går med et positivt økono-

misk resultat, og akkumulert for perioden 2009–2013 utgjorde dette 5 988 mill kroner når det korrigeres for eiers styringskrav. Dersom man ser hele perioden etter foretaksreformen i 2002 samlet, hadde de regionale helseforetakene et akkumulert underskudd korrigeret for eiers styringskrav på drøyt 4 mrd kroner.

Tabell 6.1. Regnskapsmessig resultat og eiers styringskrav for foretaksgruppen samlet i perioden 2009–2013, samt samlet for 2002–2013. Millioner kroner.

	2009	2010	2011	2012	2013	Samlet 2009–2013	Samlet 2002–2013
Eiers styringskrav	0	4 800	0	0	0	4 800	-10 398
Regnskapsført resultat	312	6 067	766	1 737	1 906	10 788	-14 528
Avvik ift eiers styringskrav	312	1 267	766	1 737	1 906	5 988	-4 130
Avvik i pst av inntekt	0,3 %	1,2 %	0,7 %	1,5 %	1,5 %		

1) Foretaksgruppen omfatter alle helseforetak i de regionale helseforetakene, inkludert morselskapet (RHF-et).

Det akkumulerte regnskapsførte resultatet (underskudd) var i samme periode (2002–2013) på -14,5 mrd kroner, og har medført en tilsvarende reduksjon i egenkapitalen. De regionale helseforetakene har imidlertid de siste årene økt sin egenkapital gjennom positive regnskapsførte resultat.

I 2013 gikk alle de fire regionale helseforetakene med positivt økonomisk resultat, som vist i tabell 6.2. Med unntak av Helse Midt-Norge var resultatet bedre i 2013 enn i 2012. Tabellene viser også at dette er tredje året i siste femårsperiode at alle har positivt økonomisk resultat. I tillegg har tre av fire regionale helseforetak positivt resultat hvert år i perioden 2009–2013. Helse Vest er først ute med å ha et positivt økonomisk resultat korrigert for eiers styringskrav for hele perioden etter reformen i 2002, med 74 mill kroner.

Figur 6.7 viser utviklingen i regnskapsmessig resultat siste to år for alle helseforetakene. Det er forskjell mellom regionene hvorvidt deler av det positive resultatet føres i morselskapet (RHF-et) eller i større grad fremkommer på HF-ene. I Helse Nord er det meste av deres positive resultat regnskapsført på RHF-et.

I Helse Sør-Øst var det størst positiv endring for Oslo universitetssykehus og Vestre Viken, mens Akershus universitetssykehus og Sykehuset Telemark hadde den mest markerte nedgangen. I tillegg viser tallene at Sykehuset Innlandet, Sørlandet Sykehus og Sykehuset Vestfold bidro til et samlet positivt resultat for Helse Sør-Øst.

Helseforetakene i Helse Vest hadde alle et bedre økonomisk resultat i 2013 enn i 2012. Helse Bergen har i begge år relativt sett et høyt positivt resultat. Men også for Helse Vest fremkommer en del av det samlede resultatet på RHF-nivå.

I Helse Midt-Norge hadde Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag et uendret eller litt svakere økonomisk resultat, mens St Olavs Hospital bedret sitt med om lag 80 mill kroner siste år.

Alle helseforetakene i Helse Nord hadde siste år et økonomisk resultat omtrent i balanse. Helse Nord har som nevnt i all hovedsak regnskapsført det positive resultatet på RHF-nivå.

Tabell 6.2. Regnskapsmessig resultat korrigert for eiers styringskrav for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene i perioden 2009–2013, samt samlet for 2002–2013. Millioner kroner.

	2009	2010	2011	2012	2013	Samlet 2009–2013	Samlet 2002–2013
Helse Sør-Øst	-157	172	-478	211	483	231	-3 923
Helse Vest	156	436	455	565	648	2 260	74
Helse Midt-Norge	214	548	417	524	286	1 988	-153
Helse Nord	100	112	373	437	488	1 510	-129
Totalt	312	1 267	766	1 737	1 906	5 988	-4 130

6.2 Investeringer i varige driftsmidler

Investeringsnivået i helseforetak og for RHF samlet vil kunne variere en del fra år til år, og særlig i forbindelse med større byggeprosjekter. Det er derfor hensiktsmessig å se på samlet investeringsnivå over en lengre tidsperiode. I dette avsnittet presenteres tall for investeringer siste fem år. Det benyttes to mål på investeringer; et «brutto» mål med basis i utbetalinger til investeringer og et «netto» mål hvor det er korrigert for slitasje på eksisterende bygg og anlegg, samt for salg av eiendeler.

Tabell 6.3 viser tall for investeringer for landet samlet i siste femårs-periode. Investeringsnivået har økt særlig siste to år fra 5,3 mrd kroner i 2011 til 9,6 mrd kroner i 2013, og samlet for perioden 2009–2013 var investeringene på nær 34 mrd kroner. I siste femårs-periode har verdien av eksisterende bygg og anlegg blitt redusert på grunn av slitasje og andre forhold med om lag 28,5 mrd kroner. Samlet endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler var på nær 2,9 mrd kroner i perioden 2009–2013. Det fremgår også av tabellen et økende nivå på endring i balanseførte verdier fra 2010 til 2013. En god del av dette skyldes større

byggeprosjekter i Helse Sør-Øst og Helse Nord, noe som fremkommer i tabell 6.4.

Tabell 6.4 viser årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler for foretaksgruppen i hvert RHF, dvs at det er korrigert for slitasje og andre forhold. Det er særlig Helse Sør-Øst og Helse Nord som bidrar til et økende investeringsnivå de siste årene. I Helse Sør-Øst er dette hovedsakelig knyttet til bygging av nytt sykehus i Østfold og nytt akuttbygg ved Oslo universitetssykehus. For Helse Nord har det vært større byggeprosjekter ved Nordlandssykehuset, både i Bodø og Vesterålen.

Helse Vest har i fire av de siste fem årene hatt en positiv endring i balanseførte verdier (immaterielle og varige driftsmidler) på 2–300 mill kroner, og som akkumulert er 1,0 mrd kroner for femårsperioden. Helse Midt-Norge har de siste årene hatt et noe lavere nivå på byggevirksheten og har i siste femårsperiode et svakt negativt nivå på endring i balanseførte verdier. En tilleggsforklaring for Helse Midt-Norge er regnskapsmessig overføring av NTNU sin del av St Olavs Hospital, som bl a medførte overføring av 531 mill kroner i 2013. Korrigert for dette

Tabell 6.3. Investeringer og årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler nasjonalt 2009–2013. Millioner kroner.

	2009	2010	2011	2012	2013	Akk. 2009–2013
Investeringer (tilgang)	6 759	5 241	5 272	7 115	9 598	33 985
Av- og nedskrivninger	5 475	5 754	5 803	5 717	5 747	28 496
Korr for salg av anleggsmidler	65	514	139	169	172	1 060
Andre korr ³	803	147	-72	48	609	1 536
Årlig endring i balanseførte verdier	415	-1 174	-599	1 181	3 069	2 892

3) Gjelder bl a overføring av bygg fra St Olavs Hospital til NTNU.

Tabell 6.4. Årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler for foretaksgruppen i regionene i perioden 2009–2013. Millioner kroner.

	2009	2010	2011	2012	2013	Akk. 2009–2013
Helse Sør-Øst	-245	-548	-1 002	166	2 322	694
Helse Vest	196	-103	382	238	290	1 002
Helse Midt-Norge	629	-337	-159	224	-523	-166
Helse Nord	-165	-186	180	552	980	1 362
Totalt	415	-1 174	-599	1 181	3 069	2 892

Tabell 6.5. Årlig endring i balanseførte verdier for medisinsk-teknisk utstyr (MTU) for foretaksgruppen i regionene i perioden 2009–2013. Millioner kroner.

	2009	2010	2011	2012	2013	Akk. 2009–2013
Helse Sør-Øst	-107	-183	49	-43	149	-134
Helse Vest	91	-8	102	26	64	275
Helse Midt-Norge	68	230	-61	-99	-40	98
Helse Nord	-80	-43	15	91	87	69
Totalt	-28	-4	105	-25	261	309

hadde Helse Midt-Norge omtrent uendret nivå på balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler.

I fjorårets Samdata-rapport ble det presentert tall for investeringer i medisinsk-teknisk utstyr (MTU). Det ble da påpekt at selv om drift av sykehusvirksomhet krever godt samspill mellom mange innsatsfaktorer (leger, sykepleiere, annet personell, bygg, MTU, mv) er det et inntrykk av økende behov for og bruk av MTU. McKinsey (2010, 2013)² har på oppdrag fra Legeforeningen undersøkt nærmere investeringer i spesialisthelsetjenesten. I sin andre rapport påpeker de at det foregår en akkumulering av eldre medisinsk-teknisk utstyr i sykehusene (1/3 av utstyret er eldre enn 10 år) og at det er et etterslep i MTU-porteføljen. Når det korrigeres for generell prisvekst viser de at det i perioden 2007–2012 i snitt var en årlig reduksjon på 1 prosent i bokført verdi for MTU. Det fremkommer også i de regionale helseforetakenes langtidspaner at det skal investeres ytterligere i medisinsk-teknisk utstyr.³ Det er derfor av interesse å følge utviklingen i foretakenes investeringer i medisinsk teknisk utstyr.⁴

Tabell 6.5 viser årlig endring i balanseførte verdier for medisinsk-teknisk utstyr for de fire regionene i siste femårsperiode. Akkumulert for perioden har Helse Sør-Øst en reduksjon i balanseførte verdier på -134 mill kroner, mens Helse Vest øker mest med 275 mill kroner. Årlig prosentvis endring i balanseførte verdier varierer mye, fra -0,5 prosent til om lag 5 prosent, når man ser de

fire regionene samlet. Vi ser også at for hver region er det enda større årlige forskjeller, både når det gjelder økning og reduksjon i balanseførte verdier.

I tabell 6.8 sist i kapitlet vises tall for årlig endring i balanseførte verdier for varige driftsmidler og medisinsk-teknisk utstyr for hvert helseforetak.

Finansiering av investeringer

Investeringer stiller krav til at foretaket har tilgang på likviditet (dvs økonomiske midler). Dette kan hentes fra primært to kilder:

1. Basisbevilgning

Foretakenes basisbevilgning skal blant annet dekke årlige avskrivningskostnader. Dette er såkalte «ikke betalbare kostnader» og midler tilsvarende dette beløpet kan brukes til investeringer eller drift, eventuelt holdes tilbake for å bli benyttet senere. Avskrivningskostnader for foretaksgruppen i regionene utgjorde i 2013 om lag 5,6 mrd kroner.

2. Investeringslån fra staten

Helseforetakene kan få investeringslån fra staten, en ordning som administreres av HOD. Lånebehov i oppstartsår og samlet lånebehov for prosjektet prioriteres opp mot andre formål ved utarbeidelse av statsbudsjettet. Investeringslån i 2013 utgjorde drøyt 2 mrd kroner.

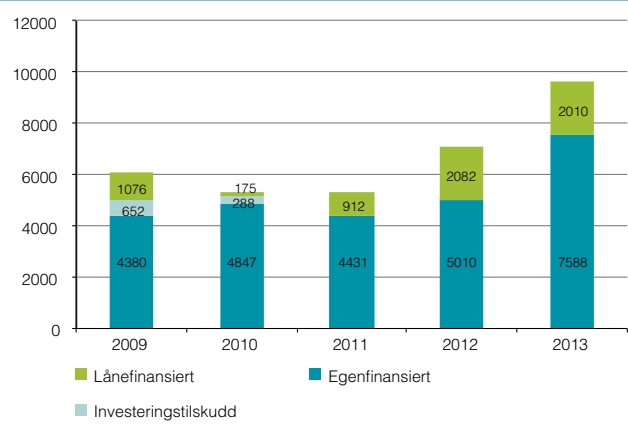
Det har frem til 2010 blitt gitt investeringstilskudd til noen utvalgte byggeprosjekter, hvor Akershus

2) Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge (desember 2010) og Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge – Bygg, Medisinsk-teknisk utstyr, Kompetanse (juni 2013).

3) Jf oppsummering av langtidspaner i Prop 1 S (2013–2014).

4) Rapporten «Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader – en gjennomgang av aktuell kunnskap» (IS-2142, 2014) fra Helsedirektoratet gir en god oppsummering av kunnskapen om bl a betydningen av medisinsk-teknisk utstyr for utvikling i kostnader og effektivitet.

Figur 6.1 Finansiering av investeringer (kontantstrøm) 2009–2013. Millioner kroner.



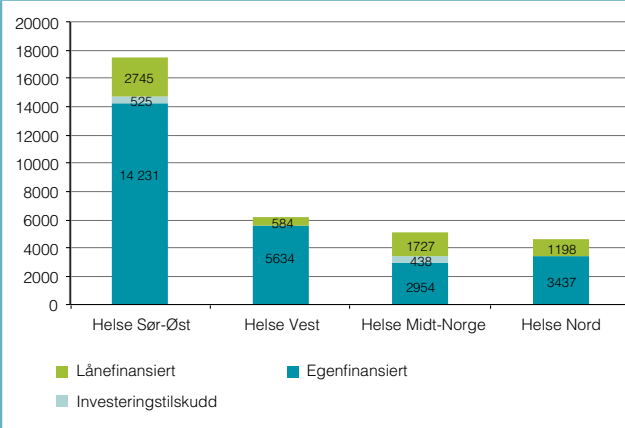
universitetssykehus og St Olavs Hospital var de største. Dette er imidlertid en ordning som ikke er tenkt videreført. De to kildene som utgjør det likviditetsmessige grunnlaget per i dag er derfor basisbevilgning og investeringslån.

Figur 6.1 viser kildene for (utbetalinger til) investeringer i immaterielle eiendeler og varige driftsmidler i siste femårsperiode. Siste utbetalinger av investeringstilskudd vises i 2009 og 2010, deretter er det kun investeringslån og basisramme (egenfinansiert) som er det finansielle grunnlaget for investeringer i regionene. Økningen i investeringsnivå fra 2011 til 2013 er i hovedsak egenfinansiert, men det har også vært en økning i investeringslån i denne perioden. De regionale helseforetakene har gjennom positive økonomiske resultat siste årene, jf tabell 6.1, lagt grunnlaget for muligheten til økt investeringsnivå.

Det er noen forskjeller mellom regionene for hva som har vært finansieringskilden for investeringer de siste fem årene, som vist i figur 6.2.

Helse Midt-Norge har hatt en større andel investeringslån enn de andre regionene, samt at de tidligere har fått investeringstilskudd til St Olavs Hospital. Helse Vest har en relativt lav andel investeringslån, men så har de heller ikke hatt tilsvarende store byggeprosjekter som de andre regionene. For både Helse Sør-Øst og Helse Nord, i tillegg

Figur 6.2 Kilder for finansiering av investeringer per region for akkumulerte tall 2009–2013. Millioner kroner



til Helse Midt-Norge, har hatt og har en del store byggeprosjekter, hvor investeringslån har vært en av finansieringskildene for prosjektene.

6.3 Eiendeler og gjeld

Balansen i årsregnskapet synliggjør hvilke økonomiske ressurser foretakene eier (eiendeler) og hvordan de er finansiert gjennom egenkapital og gjeld. I dette avsnittet vises det noen sentrale nøkkeltall for eiendeler, gjeld og egenkapital for foretaksgruppen i regionene. Målet med dette er å gi et overordnet bilde på helseforetakenes finansielle stilling. Balanseførte verdier mellom ulike år er ikke korrigert for endringer i prisnivå.

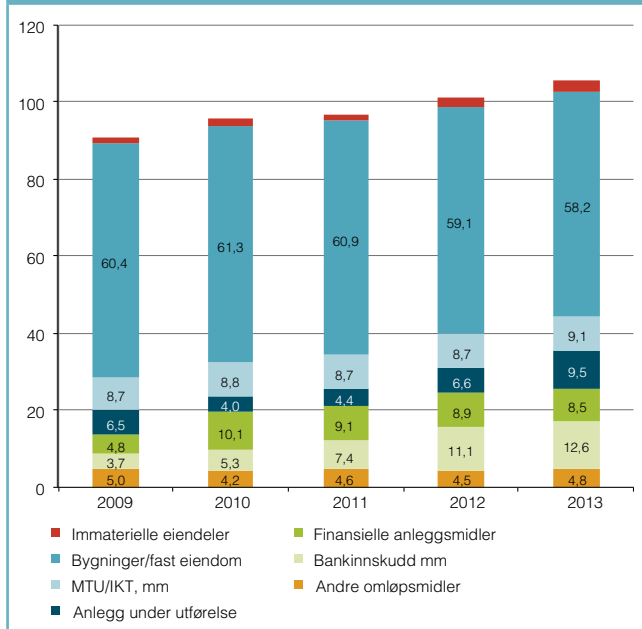
I 2013 hadde foretaksgruppen i de regionale helseforetakene eiendeler på til sammen 105,6 mrd kroner. Det meste av dette er knyttet til bygninger og fast eiendom, som vist i figur 6.3, hvor det også fremkommer at verdien av bygninger og fast eiendom ble redusert i perioden.

Medisinsk teknisk utstyr (MTU), IKT og lignende har økt siste år, fra 8,7 til 9,1 mrd kroner. Det er nærliggende å tro at korreksjon for prisstigning vil tilsi en reduksjon i verdien for denne type utstyr.⁵

Finansielle anleggsmidler, som f.eks. pensjonsmidler og investeringer i aksjer/andeler, har blitt noe redusert siden 2010, og var i 2013 på 8,5 mrd kroner. Sterkest vekst på

5) Ved bruk av byggekostnadsindeks for blokker var det en realnedgang på 1,1 prosent for MTU/IKT o.l. i perioden 2009–2013.

Figur 6.3 Hovedtall for foretakenes balanseførte eiendeler i 2009–2013. Milliarder kroner.



eiendelssiden finner man for bankinnskudd m v som øker fra 3,7 mrd til 12,6 mrd kroner i 2013. Denne veksten er både en konsekvens av bedret økonomisk resultat, men også økt bruk av driftskreditt. Det økte nivået av bankinnskudd gir en likviditetsmessig trygghet for de regionale helseforetakene, og det er heller ingen av disse foretakene som oppgir likviditet som en utfordring i 2013.

Tabell 6.6 viser balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler fra starten av foretaksreformen og de siste to årene.⁶ For de regionale helseforetakene samlet har verdiene økt med nær 20 prosent siden 2003, mens økningen siste år var på 4 prosent.

Tabell 6.6 viser også at veksten i balanseførte verdier er ulik mellom Helse Midt-Norge og de andre regionene. Helse Midt-Norge har siden 2003 hatt en vekst på nær 58 prosent, mens de andre regionene ligger på 12–15 prosent. Det er imidlertid slik at investeringsnivået siste år er noe høyere i Helse Nord og Helse Sør-Øst, og lavere i Helse Midt-Norge.

Figur 6.4 viser utviklingen siste fem år for egenkapital og gjeld. Det er størst endring for egenkapital, som øker fra 37,3 mrd kroner i 2009 til 47,7 mrd i 2013. Endringen fra 2009 til 2010 på hele 6,1 mrd kroner er imidlertid i stor grad knyttet til endringer i pensjonskostnader, som medførte store regnskapsmessige overskudd, med påfølgende positiv effekt på egenkapitalen. I tillegg har selvsagt vedvarende positive økonomiske resultat bidratt til økt egenkapital, jf tabell 6.1–6.2.

Langsiktig gjeld og annen kortsiktig gjeld (dvs eksklusiv driftskreditt) øker svakt i perioden. For langsiktig gjeld vil utviklingen være styrt fra sentralt hold, siden de regionale helseforetakene kun kan ta opp slike lån i HOD. Det er også klare regler for hvor mye driftskreditt de kan benytte, og gjennom gode økonomiske resultat har det vært mindre behov for å øke bruken av driftskreditt. Annen kortsiktig gjeld (som leverandørgjeld, skyldig offentlige avgifter m v) vil normalt øke noe i nivå, både ved økt omfang av virksomheten og ved at prisen på varer og tjenester øker. Utviklingstallene for gjeld og egenkapital i de regionale helseforetakene indikerer dermed en trygg og solid utvikling for den økonomiske situasjonen.

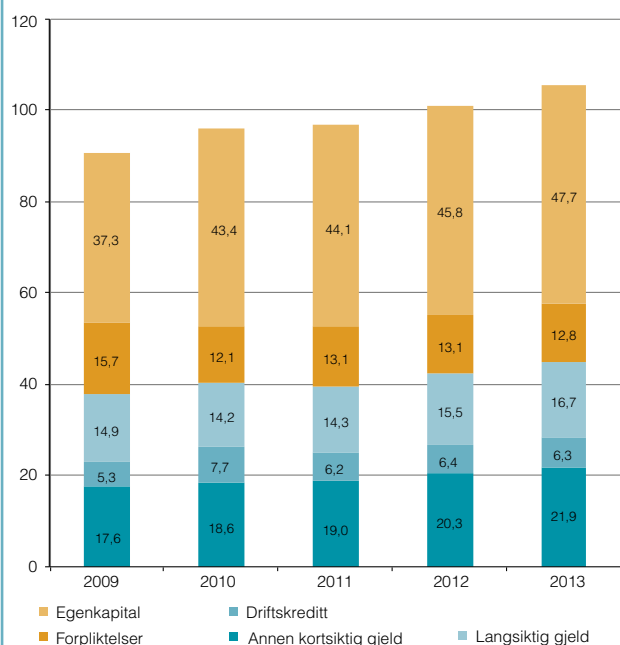
Figur 6.5 viser hovedtall for regionenes gjeld og egenkapital i 2009 og 2013, som prosentandel av samlede

Tabell 6.6. Balanseførte verdier for immaterielle og varige driftsmidler 2003, 2012 og 2013. Foretaksgruppen. Millioner kroner.

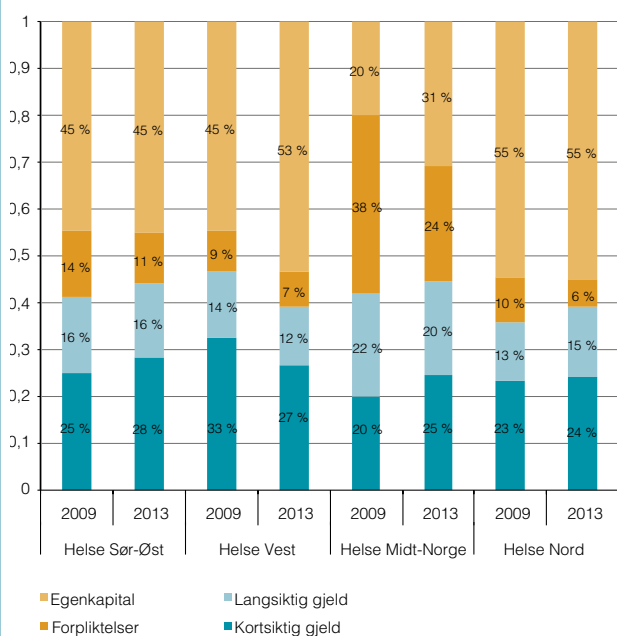
	2003	2012	2013	Endr. 2012-13	Pst endr. 2012-13	Endr. 2003-13	Pst endr. 2003-13
Helse Sør-Øst	36 913	40 074	42 393	2 322	5,8 %	5 483	14,9 %
Helse Vest	12 095	13 325	13 615	290	2,2 %	1 519	12,6 %
Helse Midt-Norge	9 001	14 713	14 190	-523	-3,6 %	5 189	57,6 %
Helse Nord	8 578	8 602	9 583	980	11,4 %	1 005	11,7 %
Totalt	66 587	76 714	79 780	3 069	4,0 %	13 196	19,8 %

6) Foretaksreformen ble innført i 2002, men 2003 benyttes her som startår pga utfordringer med å fastsette åpningsbalansen i 2002.

Figur 6.4 Hovedtall for foretakenes balanseført egenkapital og gjeld i 2009–2013. Milliarder kroner.



Figur 6.5 Hovedtall for foretakenes balanseført egenkapital og gjeld i 2009 og 2013. Prosentandel.



eiendeler. Helse Vest og Helse Midt-Norge har begge økt sin egenkapital-andel i denne perioden, mens for de to andre regionene har denne andelen vært uendret. Dette siste betyr imidlertid ikke et uendret nivå på egenkapitalen; for begge regioner har det både vært en vekst i egenkapitalen og en vekst i gjeldsnivå. Det som ellers fremkommer av figuren er den relativt sett lave egenkapitalen til Helse Midt-Norge. Samtidig har denne regionen mottatt investeringstilskudd for bygging av nytt regionssykehus, som i balansen er ført under Avsetninger for forpliktelser (Forpliktelser) og som gradvis reduseres. Gjennom positive økonomiske resultat i driftsregnskapet klarer Helse Midt-Norge å øke sin egenkapital samtidig som Forpliktelser reduseres.

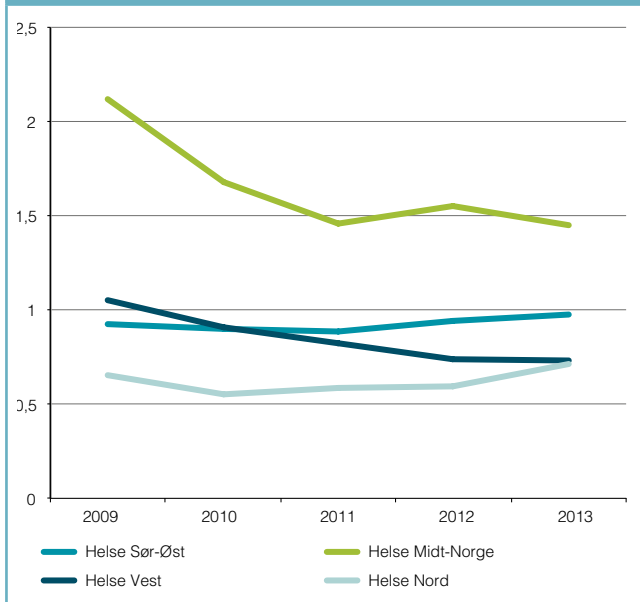
Tabell 6.7 viser utviklingen i regionenes langsiktige gjeld til HOD siste fem år. For perioden sett under ett har det vært et økt nivå for Helse Sør-Øst og Helse Nord, noe som skyldes større byggevirkosomhet (f eks knyttet til Sykehuset Østfold og Nordlandssykehuset). For Helse Vest og Helse Midt-Norge er nivået på langsiktig gjeld tilnærmet uendret perioden sett under ett. Endringen siste år (2012–2013) følger samme mønster.

Gjeldsgrad er definert som forholdstallet mellom gjeld og egenkapital, og skal gi et bilde på gjeldsbelastningen i de regionale helseforetakene. Utviklingen i gjeldsgrad siste fem år for de fire regionale helseforetakene er vist i figur 6.6. Helse Vest har en jevn bedring av gjeldsgraden i denne perioden, noe som i stor grad skyldes positive økonomiske resultat i disse årene. For Helse Midt-Norge

Tabell 6.7. Foretaksgruppens langsiktige gjeld til HOD 2009–2013. Millioner kroner.

	2009	2010	2011	2012	2013	Endring 2012–2013
Helse Sør-Øst	7 303	6 876	6 688	7 576	8 328	751
Helse Vest	2 209	2 096	2 196	2 227	2 288	60
Helse Midt-Norge	3 695	3 706	3 695	3 714	3 763	49
Helse Nord	1 231	1 168	1 372	1 656	2 003	346
Totalt	14 438	13 847	13 951	15 174	16 381	1 207

Figur 6.6 Utvikling i gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) regionalt 2009–2013. Prosent.



har nivået stabilisert seg på om lag 150 prosent siste tre år, etter en periode med markert reduksjon i gjeldsgraden. Både Helse Sør-Øst og Helse Nord har et tilnærmet uendret nivå perioden sett under ett, med en svak tendens til økt nivå siste år.

6.4 Datagrunnlag og definisjoner

Datagrunnlaget for kapitlet er årsregnskap for helseforetakene og for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene i perioden 2009–2013. I noen beregninger brukes det data tilbake til starten av foretaksreformen i 2002.

Regnskapsmessig resultat viser de totale inntekter fratrasket de kostnader som er påløpt i perioden. I siste femårsperiode har eier i ett av årene (2010) stilt et annet styringskrav enn økonomisk balanse. Det vises derfor både tall for regnskapsmessig resultat og resultat korrigert for styringskrav.

Investeringer vises gjennom to størrelser; investeringer og årlig endring i balanseførte verdier. Investeringer defineres som tilgang i immaterielle eiendeler og varige driftsmidler. Kilden til dette er relevante noter i årsregnskapet. Årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler defineres som en form for «netto investeringer», ved at denne størrelsen tar hensyn til av- og nedskrivninger av nevnte eiendeler, samt korreksjoner ved salg av eiendeler og andre relevante forhold. Investeringer i finansielle anleggsmidler er ikke inkludert.

Eiendelene kategoriseres grovt sett i anleggsmidler og omløpsmidler. Anleggsmidlene inndeles videre i immaterielle driftsmidler, varige driftsmidler (bygninger, medisinsk-teknisk utstyr (MTU) mm, anlegg under utførelse) og finansielle anleggsmidler. Omløpsmidlene inndeles i varer, fordringer og bankinnskudd o.l. Pågående byggeprosjekter føres som anlegg under utførelse, og denne størrelsen vil inkludere både bygninger, MTU, IKT og annet. Det er først ved ferdigstilling av (deler av) bygg at en verdimessig dekomponering i nevnte kategorier blir synlig i årsregnskapet.

Gjeldsgrad er en indikator for gjeldsbelastningen til de regionale helseforetakene. Gjeldsgrad er definert som summen av kortsiktig og langsiktig gjeld sett i forhold til samlet egenkapital. Avsetning for forpliktelser er ikke inkludert i sum gjeld i denne indikatoren.

Det benyttes nominelle og ikke priskorrigererte størrelser i dette kapitlet.

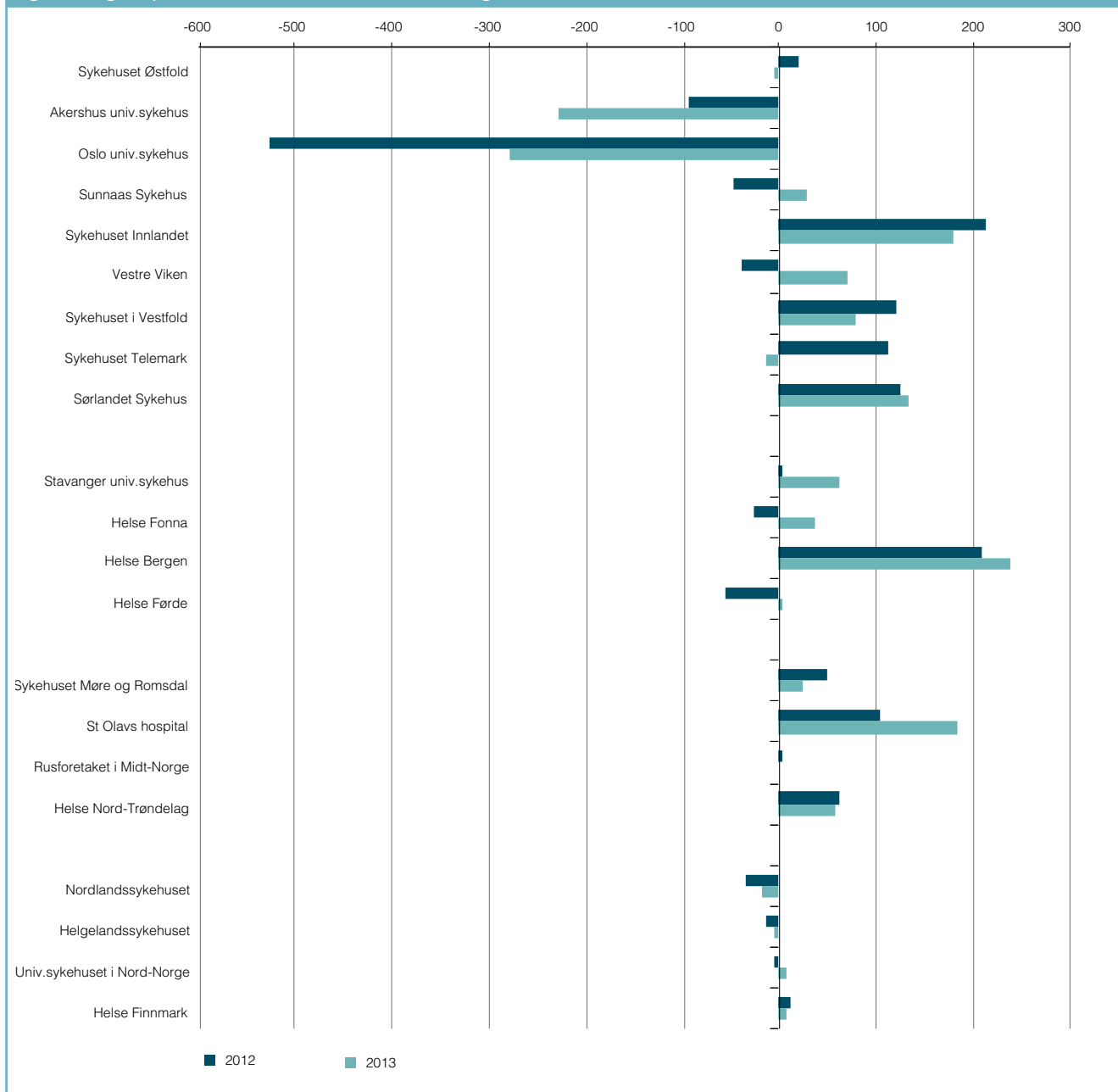
Grunnlagstall for figurer og noen ytterligere data finnes på nettsiden <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Sider/default.aspx>

Tabell 6.8. Endring i balanseførte verdier for varige driftsmidler og medisinsk-teknisk utstyr 2012-2013, samt akkumulert for perioden 2009-2013, for helseforetakene. Millioner kroner.

	Varige driftsmidler			Medisinsk-teknisk utstyr		
	2012	2013	Samlet 2009-2013	2012	2013	Samlet 2009-2013
Sykehuset Østfold	-57	36	-309	11	-16	-3
Akershus univ.sykehus	-326	-311	-517	-33	-27	-199
Oslo univ.sykehus	-299	70	-1,966	-39	62	25
Sunnaas Sykehus	-91	-42	-178	0	-1	-1
Sykehuset Innlandet	-127	-110	-584	-5	15	-26
Vestre Viken	-73	32	-294	7	28	4
Sykehuset i Vestfold	285	101	222	-3	22	-5
Sykehuset Telemark	-80	-7	-108	6	8	67
Sørlandet Sykehus	-30	7	-173	10	57	50
Stavanger univ.sykehus	79	26	246	22	3	80
Helse Fonna	-75	-27	-155	6	-14	14
Helse Bergen	216	232	735	-21	78	173
Helse Førde	-40	13	-246	20	-4	5
Sykehuset Møre og Romsdal	-95	-67	-220	-23	-13	-23
St Olavs hospital	-388	480	3,675	-79	-28	126
Rusforetaket i Midt-Norge ¹	-10		-7	0		0
Helse Nord-Trøndelag	-8	-43	-118	12	10	11
Nordlandssykehuset	463	705	1,728	-7	1	-34
Helgelandssykehuset	-3	-48	-170	27	-3	-12
Univ.sykehuset i Nord-Norge	61	239	-198	77	92	131
Helse Finnmark	-32	-12	-190	-5	-3	-16

1) Rusforetaket i Midt-Norge ble avviklet i 2013 og virksomheten ble lagt inn under de tre andre helseforetakene i regionen. Tallene for dette foretaket er eksklusiv 2013-data.

Figur 6.7 Regnskapsført resultat for helseforetakene i 2012 og 2013. Millioner kroner.





DEL II

Somatiske sykehus



7

Hovedtrekk i pasientsammensetning ved somatiske sykehus 2003-2013

Målt per innbygger, viser det generelle bildet av utviklingen i aktivitet ved somatiske sykehus de siste ti årene en reduksjon i døgnvirksomheten og en økning i poliklinisk virksomhet. Det har også vært en betydelig nedgang i liggetid ved døgbehandlingen.

Antall *pasienter* per 1000 innbyggere som er behandlet i spesialisthelsetjenesten har vært stabilt fra 2009 til 2013. De siste 5 årene var det en jevn nedgang i antall pasienter med døgn- og dagopphold per innbygger, mens det i samme periode var en økning i raten for polikliniske pasienter på 1,2 prosent.

Fra 2003 til 2013 er det noe nedgang i ratene for døgnopphold. Nedgangen var mest markert fra 2007 til 2009, og har flatet ut fra 2011 til 2013. Gjennom hele perioden har det vært en økning i polikliniske konsultasjoner og denne trenden er lik i alle regioner.

Helse-Vest har en avvikende utvikling for døgnvirksomheten sammenlignet med de andre regionene. I denne regionen var det en økning i både pasientrater for døgnopphold og en vekst i antall døgnopphold per innbygger.

Andel døgnopphold for øyeblikkelig hjelp økte gjennom perioden fra 67,6 prosent i 2003 til 72,6 prosent i 2009. I 2011-13 var andelen øyeblikkelig hjelp 71 prosent.

Omfanget av planlagte døgnopphold for kirurgisk behandling holdt seg stabil gjennom perioden.

Antall liggedager per innbygger går ned i perioden, og gjennomsnittlig liggetid ble redusert med 1,3 dager. Nedgangen i liggetid er tilsvarende sterk for eldre pasienter. Eldre over 80 år hadde gjennomsnittlig liggetid på 7,6 dager i 2003 og 5,1 dager i 2013. Nedgangen utgjør i underkant av 250 000 liggedøgn totalt for denne aldersgruppen.

Nedgangen i liggetid medfører en økning i andelen korte døgnopphold med 0-1 liggedager. Andel opphold med mer enn 5 liggedager faller betydelig gjennom tiårsperioden.

7.1 Innledning

Målet med kapitlet er å gi en beskrivelse av aktivitetsutviklingen ved de somatiske sykehusene de siste 10 årene. Vi vil se på utviklingen i både antall pasienter, døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Døgnvirksomheten er normalt den mest ressurskrevende delen av sykehusaktiviteten og det er derfor av særlig interesse å se nærmere på utviklingen for disse oppholdene når det gjelder liggetid, behandlingstype (kirurgisk versus medisinsk) og hastegrad (akutte versus planlagt behandling). Det presenteres også tall for pasientenes alderssammensetning. Helsetjenesten (både i spesialist- og primærhelsetjenesten) står overfor et økende antall og andel eldre i tiden som kommer, og det vil derfor være viktig å følge aktivitetsutviklingen for eldre gjennom de siste 10 årene.

I dette kapitlet blir det presentert data på nasjonalt og regionalt nivå. I tillegg vil det bli tilrettelagt data for helseforetakenes «sørge-for-ansvar»-området (bostedsområder) basert på 2013 inndelingen. Denne informasjonen vil bli gjort tilgjengelig i vedlegg til rapporten, og publisert på <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag>.

I kapittel 8 beskrives utviklingen nærmere for noen utvalgte pasientgrupper, som kreft, hjerte-/hjernekar og KOLS.

7.2 Datagrunnlag og metode

Datagrunnlaget for dette kapitlet er pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR) og inneholder informasjon om alle typer opphold og konsultasjoner ved samtlige somatiske sykehus og helseforetak i de aktuelle årene. Offentlig finansierte opphold og konsultasjoner ved private sykehus er også inkludert, mens ISF-aktivitet utført av private avtalespesialister er ekskludert. Datamaterialet er eksklusiv all behandling som er privat finansiert. Private avtalespesialister inngår ikke i grunnlaget for analysene, noe som vil påvirke spesielt tolknin-

gen av ulikheter i bruk av poliklinikker. Dette gjelder spesielt i Helse Sør-Øst der tilbudet hos private avtalespesialister er utbredt, samt til dels i Helse Vest. Data for Oslo legevakt og Bergen legevakt er tatt ut av datagrunnlaget, da innrapportering av data til NPR startet i løpet av 10-årsperioden.

Befolkningstall brukt i beregning av rater (per innbygger) er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år. Grunnet mangelfull registrering av bydel på data før 2008 har det ikke vært mulig å skille mellom bostedsområdene i hovedstadsområdet for årene forut for dette.

Beregningene for antall pasienter er eksklusive pasienter som fikk strålebehandling og pasienter som har mottatt behandling ved Oslo og Bergen legevakt. Stråleterapi var ikke en del av datamaterialet fra NPR for årene 2003–2007. Analyser av hvor mange som mottok kun strålebehandling og ingen annen behandling på sykehus samme år viser at omfanget av slike pasienter er få (færre enn 20 i 2012 og 2013). Antall pasienter vil derfor avvike noe fra totaltall presentert i kapittel 2.

Ved estimering av antall pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten er det i tillegg visse problemer knyttet til datamaterialet før 2008. NPR ble personentydig register fra 2008. Forut for dette var det kun mulig å identifisere antall pasienter per institusjon. Det betyr at dersom en pasient var i kontakt med to ulike sykehus i samme år ville denne pasienten telles som to pasienter i datamaterialet før 2008. Beregningene av antall pasienter påvirkes også av endringen i rapporteringsenheter, når flere sykehus ble slått sammen og rapporterte som en enhet. Det er likevel forsøkt å estimere antall pasienter i 2003 og 2005 gjennom å se på forholdet mellom pasienter totalt og pasient pr institusjon i 2009, og deretter nedjustere antall pasienter i 2003 og 2005 med denne faktoren¹. Vi klarer imidlertid ikke å korrigere fullt ut for endringer i rapporteringsenheter og vi kan derfor heller ikke sammenligne tall for antall pasienter før og etter 2008.

I løpet av en tiårsperiode vil det naturlig nok skje endringer i kodeverk, registreringskrav og regelverk mm. Noe av dette

1) Antall pasienter totalt blir nedjustert med faktoren 0,85, pasienter med døgnopphold blir nedjustert med faktoren 0,90, pasienter med dag- og dagkirurgiske opphold nedjusteres med faktoren 0,88, mens pasienter med døgn- og dagopphold reduseres med 0,90.

vil være av teknisk art og dette er det derfor viktig å korrigere for. Det er gjort endringer i definisjonen på behandlingsnivå for årene 2003–2013 for å kunne sammenligne over tid (se tabell 7.1 for nærmere informasjon).

Vi vil i dette kapitlet særskilt fokusere på behandlingsnivåene døgn, dag (eks dialyse) og polikliniske konsultasjoner (eks rehabilitering, stråle- og kjemoterapi). Tallene i dette kapitlet vil kunne variere noe fra tall som er presentert i tidligere utgaver av Samdata. All rehabilitering kategorisert som dagopphold er flyttet til aktivitetskategorien rehabilitering. All rehabilitering med døgnopphold er inkludert i datamaterialet, men vi viser også nasjonale tall for døgnopphold eksklusiv rehabilitering.

I tillegg er det gjort korrigeringer i type behandling (kirurgisk eller medisinsk) for opphold der prosedyrekodene CKD05 (injeksjon av medikament – øye) og CJB10 (laserbehandling) er registrert. Tidligere var disse kodene definert som kirurgi i DRG-systemet, men er nå definert som ikke-kirurgisk, jmf endring i regelverket for ISF².

I våre analyser er alle fødsler og friske nyfødte (DRG 370–75, DRG 382, DRG 390–91) definert som øyeblikkelig hjelp. Det er noe ulik praksis i sykehusene med hensyn til koding av hastegrad ved fødsler, men

2/3 av alle slike opphold er opprinnelig definert som øyeblikkelig hjelp.

Gjennomsnittlig liggetid beregnes for døgnopphold og defineres som utskrivningsdato minus innleggelsesdato. Opphold med 0 liggedager telles som 0 liggedager. Eventuelle permisjonsdøgn vil inngå i liggetiden.

7.3 Befolkningsutviklingen i perioden

Fra 2003 til 2013 økte befolkningen med 11,6 prosent og antall eldre over 80 år økte med kun 5,5 prosent. Det var en betydelig vekst i aldersgruppen 67–79 år i tidsperioden på hele 21 prosent. Veksten var sterkere i siste del av perioden enn i første del (tabell 7.2).

Fra 2003 til 2013 gikk andelen eldre 80 år og over ned fra 4,6 til 4,3 prosent. Nedgangen i andel eldre kom i den siste delen av perioden og skyldes ikke en nedgang i antall eldre over 80 år, men sterkere vekst i andre aldersgrupper. For yngre eldre (67–79 år) har det vært en økning i andelen fra 8,3 til 9,4 prosent i perioden 2009–2013. I gruppen 80 år og eldre var det en dobling av antall eldre over 90 år.

Tabell 7.1 Behandlingsnivå - endringer og tilpasninger.

Døgnopphold	
Døgnopphold	Alle døgnopphold - som tidligere
Dagopphold (ekskl. kirurgi, rehabilitering og dialyse)	All kirurgi er flyttet til «dagkirurgi». Dagkirurgi (både poliklinisk og for innlagt dag) inngår i «dagopphold totalt» og «dag- og døgnopphold»- analyser. Dagopphold for dialyse, rehabilitering, kjemoterapi og stråleterapi er ekskludert i disse kategoriene.
Dagopphold-dialyse	Som tidligere / som NPR. Dagopphold-dialyse er ekskludert fra analyser av dagopphold totalt og dag-/døgnopphold
Poliklinisk dagkirurgi og Dagopphold-kirurgi = «dagkirurgi»	Poliklinisk dagkirurgi samt alle dagopphold med kirurgisk DRG. Inngår i dagopphold totalt
Poliklinisk konsultasjoner	Som tidligere/ som NPR. Polikliniske konsultasjoner for rehabilitering, stråleterapi og kjemoterapi inngår ikke.
Dagopphold og konsultasjoner knyttet til rehabilitering (DRG 462X eller Z50.X)	All dag-/poliklinisk rehabilitering er flyttet hit
Polikliniske konsultasjoner - kjemoterapi	Kjemoterapi inkluderer DRG 410A-D, 492 og 4920
Polikliniske konsultasjoner - stråleterapi	Stråleterapi inkluderer DRG 409x

2) Helsedirektoratet; Regelverk IS-1869 Innsatsstyrt finansiering 2011.

Tabell 7.2 Befolkningsutviklingen fra 2003–2013.

	2003	2007	2009	2011	2013	Endring i pst/andel		
						2003-07	2009-13	2003-13
Befolkning	4 577 457	4 737 171	4 858 199	4 985 870	5 109 056	3,5	5,2	11,6
Antall 67–79 år	394 144	395 134	405 121	433 018	477 962	0,3	18,0	21,3
Antall 80 år og eldre	209 186	218 594	220 022	221 583	220 760	4,5	0,3	5,5
Andel 67–79 år	8,6	8,3	8,3	8,7	9,4	-0,3	1,0	0,7
Andel 80 år og eldre	4,6	4,6	4,5	4,4	4,3	0,0	-0,2	-0,2

7.4 Utviklingen i antall pasienter

I dette avsnittet gis det en oversikt over utviklingen i antall pasienter per innbygger. Tabell 7.3 viser antall pasienter per 1000 innbyggere for utvalgte behandlingsnivå for perioden 2003–2013. NPR ble personentydig i april 2007 og det estimerte³ antallet pasienter i årene før dette er ikke sammenlignbart med antall pasienter etter 2007. Det er likevel av interesse å ha kunnskap om utviklingen i antall pasienter i første del av tiårsperioden.

Fra 2003 til 2005 var det en vekst i pasientratene totalt. Pasientraten økte med 3,2 prosent i perioden, og økningen kom hovedsakelig for poliklinikk og dagopphold (eksklusive dialyse). Pasientraten for dagopphold økte med mer enn 11 prosent i disse to-årene. Dette kan ha sammenheng med endringen i omfanget av dagkirurgi i

denne perioden. Tidligere analyser i Samdata viser en økning i antall og andel dagkirurgi.

Fra 2009 til 2013 var nivået av pasienter totalt stabilt, men raten for polikliniske pasienter økte noe (fra 306 til 309 per 1000 innbyggere), og pasientraten i døgnbehandling gikk noe ned (nedgang på 2,4 prosent fra 2009 til 2013).

Helse Vest var den eneste regionen som hadde en økning i pasientratene totalt de siste 5 årene. Til tross for den sterke veksten er nivået for pasientratene i Helse Vest lavere enn landet forøvrig. Dette henger imidlertid sammen med alderssammensetningen i befolkningen og behovet for sykehustjenester⁴. Når det korrigeres for behov er pasientraten i Helse Vest høyere enn i de andre regionene (se kapittel 2). Økningen i pasientraten i Helse

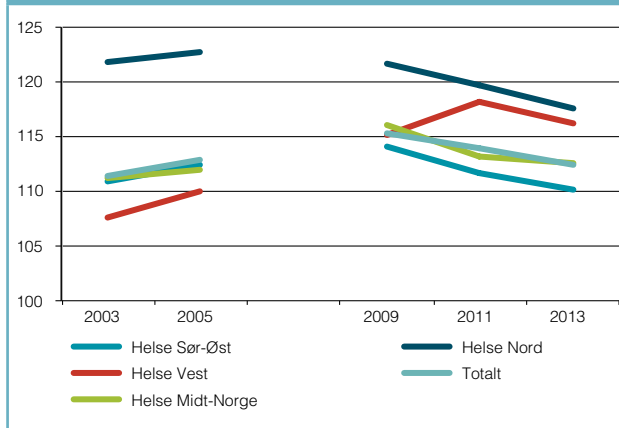
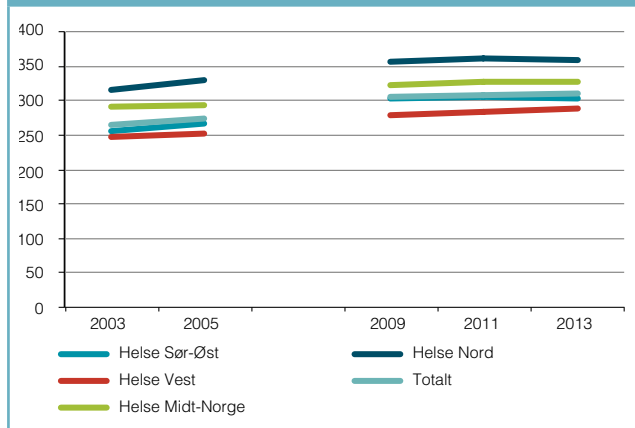
3) Se avsnitt om datagrunnlag og metode for mer informasjon om estimerte data.

4) Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. NOU 2008:2.

Tabell 7.3 Antall pasienter per 1 000 innbygger etter behandlingsnivå 2003-2013.

	2003*	2005*	2007	2009	2011	2013	Prosent endring	
							2003-07	2009-13
Alle pasienter	323	333	-	348	349	349	3,2	0,2
Pasienter med døgnopphold	111	113	-	115	114	112	1,3	-2,4
Pasienter med dagopphold (eks dialyse)	33	37	-	42	41	40	11,4	-3,4
Pasienter med døgn- og dagopphold (eks dialyse)	139	144	-	147	146	144	3,3	-2,4
Polikliniske pasienter (eks rehabilitering, stråle- og kjemoterapi)	265	274	-	306	309	309	3,3	1,2

* Estimerte tall for 2003 og 2005. Se avsnitt om datagrunnlag og metode for mer informasjon.

Figur 7.1 Antall pasienter med døgnopphold per 1 000 innbygger etter region 2003-2013.**Figur 7.2 Antall polikliniske pasienter per 1 000 innbygger etter region 2003-2013.**

Vest er særlig knyttet til døgnopphold. Raten økte frem mot 2011, men falt igjen i 2013 (se figur 7.1).

Figur 7.2 viser at antall polikliniske pasienter per 1000 innbyggere har økt jevnt i alle regionene og nivåforskjellene mellom regionene er i hovedsak stabile gjennom perioden⁵.

Med økende antall og andel eldre i befolkningen i kommende tiår, er det viktig å ha kunnskap om utviklingen i eldres bruk av sykehustjenester. I figur 7.3 presenterer vi en oversikt over andelen eldre pasienter gjennom tiårsperioden. For aldersgruppen 67-79 år økte andelen pasienter med 1,7 prosentpoeng fra 2009 til 2013, mens andel pasienter over 80 år var stabilt.

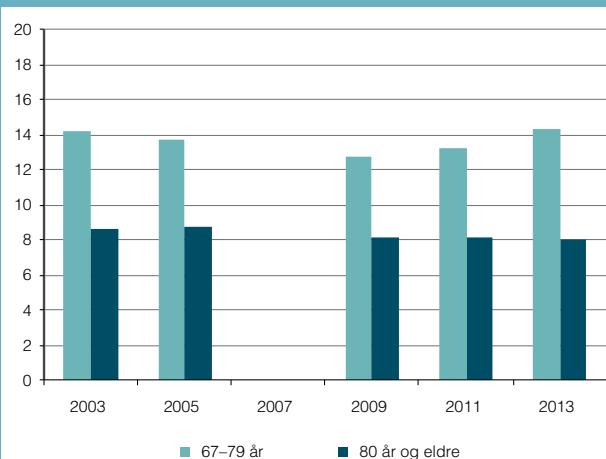
Figur 7.4 viser eldres andel av pasienter med døgnopphold. For aldersgruppen 67-79 år økte andelen pasienter

med døgnopphold fra 14,6 prosent i 2009 til 16,3 prosent i 2013. Tilsvarende ble andelen eldre over 80 år noe redusert i siste periode. Dette kan sees i sammenheng med at befolkningsveksten var større i aldersgruppen 67-79 år enn for de over 80 år (se avsnitt om befolkningsutviklingen).

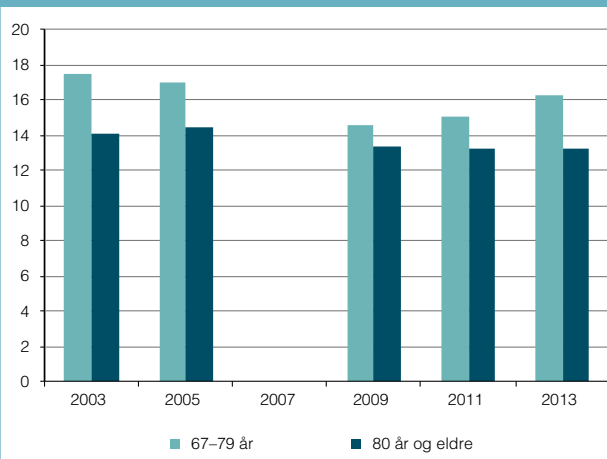
Analysen viser at pasienter per innbyggere for aldersgruppen 67-79 år økte med 1,2 prosent fra 2009 til 2013, og økningen kom hovedsakelig for polikliniske pasienter (2,7 pst). Helse Vest hadde som eneste region en moderat økning i døgnpasienter per innbygger. Nivåforskjellene var tilnærmet stabile gjennom siste del av perioden. For den eldste aldersgruppen økte pasientraten med 2,9 prosent i perioden 2009-13, også der kom økningen hovedsakelig for polikliniske pasienter. For de eldste var det i samme periode en liten økning i antall pasienter med døgnopphold. Økte pasientrater for de eldre kan tyde på

5) Det har vært et relativt skifte i nivået for polikliniske pasienter før og etter 2008. Dette har sammenheng med endret rapporteringssystem i NPR.

Figur 7.3 Andel pasienter 67-79 år og 80 år og eldre av alle pasienter 2003-2013.



Figur 7.4 Andel døgnpasienter 67-79 år og 80 år og eldre av alle døgnpasienter 2003-2013



at tilgjengeligheten til sykehustjenester har økt for disse aldersgruppene.

7.5 Utvikling i døggn-, dagopphold og polikliniske konsultasjoner

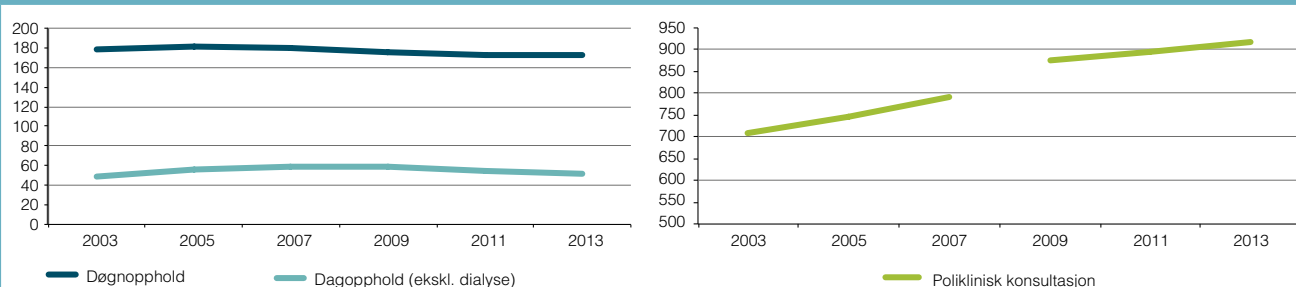
I dette avsnittet beskrives utviklingen i døggn-, dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Tabell 7.4 viser antall opphold og konsultasjoner per 1000 innbyggere i perioden 2003-2009. Vi har valgt å fokusere på aktivitet det er mulig å følge over hele perioden, men vi vil også presentere nasjonale tall for utviklingen i annen aktivitet (vist i kursiv i tabell 7.4). Tallene i dette kapitlet vil derfor kunne variere noe fra tall som er presentert i tidligere utgaver av Samdata.

Figur 7.5 oppsummerer hovedbildet for utviklingen i aktiviteten for døggn-, dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Gjennom hele perioden har det vært en betydelig økning i polikliniske konsultasjoner, men det nøyaktige omfanget av økningen er vanskelig å fastslå på grunn av tidsseriebrudd i data i 2008 (se avsnitt om datagrunnlag og metode). Fra 2009 til 2013 var det en vekst i raten på polikliniske konsultasjoner nær 5 prosent fra 875 til 917 konsultasjoner per 1000 innbyggere. Økningen tilsvarer mer enn 430 000 konsultasjoner.

I perioden fra 2003 til 2007 var det en økning i antall dagopphold per 1000 innbyggere, men ratene falt igjen fra 2009 til 2013. Poliklinisk dagkirurgi (inklusive kirurgiske dagopphold) per innbygger ble noe redusert i perioden, samt at det også var nedgang i medisinske dagopphold per innbygger.

Figur 7.5 Antall opphold og konsultasjoner per 1000 innbyggere i perioden 2003-2013.



Tabell 7.4 Antall opphold og konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 2003-2013.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	Pst. endring		
							2003-07	2009-13	2003-13
Døgnopphold	178	181	179	176	173	172	0,6	-2,0	-3,4
<i>Døgnopphold (eks rehabilitering)</i>	174	177	175	172	171	170	0,6	-1,5	-2,6
Dagopphold totalt (eks dialyse)	49	57	59	59	54	52	20,1	-10,8	7,1
Polikliniske konsultasjoner	709	746	791	875	895	917	11,6	4,8	-
Poliklinisk dagkirurgi og dagopphold kirurgi	39	43	41	41	40	39	5,0	-5,4	0,1
<i>Dagopphold dialyse</i>	19	22	24	27	29	30	25,7	10,2	55,6
<i>Polikliniske konsultasjoner kjemoterapi</i>	13	17	21	23	21	25	62,9	6,9	93,7
<i>Polikliniske konsultasjoner stråleterapi</i>	0	0	0	36	38	38	-	4,8	-
<i>Rehabilitering (DRG462 & Z50)</i>	11	14	14	17	30	28	22,0	71,5	152,5

Tabell 7.5 Antall opphold og konsultasjoner per 1 000 innbyggere for delt på alder 2003-2013.

		2003	2005	2007	2009	2011	2013	Pst. endring		
								2003-07	2009-13	2003-13
Døgnopphold	Totalt	178	181	179	176	173	172	0,6	-2,0	-3,4
	67-79 år	386	391	388	374	365	360	0,5	-3,8	-6,7
	80 år og over	582	601	607	601	603	609	4,2	1,4	4,6
Dagopphold totalt ¹	Totalt	49	57	59	59	54	52	20,1	-10,8	7,1
	67-79 år	89	107	115	120	96	92	29,1	-23,3	3,3
	80 år og over	102	119	147	150	96	94	43,7	-37,5	-8,7
Polikliniske konsultasjoner ²	Totalt	709	746	791	875	895	917	11,6	4,8	-
	67-79 år	1279	1367	1437	1584	1678	1719	12,3	8,5	-
	80 år og over	1180	1244	1313	1417	1667	1582	11,3	11,7	-

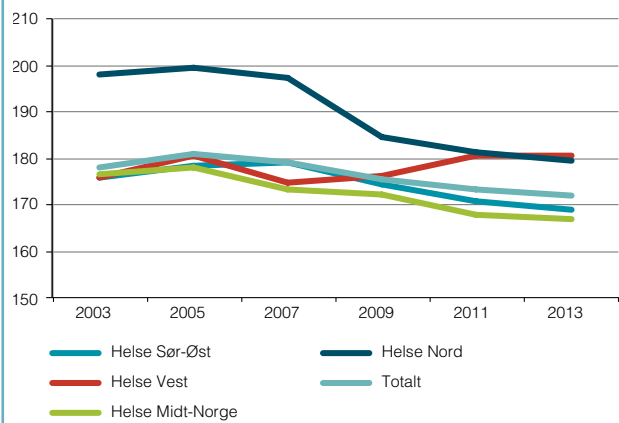
1) Eksklusive dialyse og dagopphold for rehabilitering.

2) Eksklusive kjemo- og stråleterapi, dag-/poliklinisk rehabilitering.

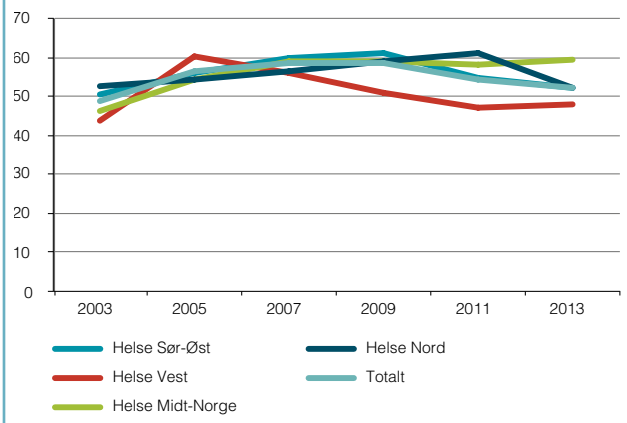
Fra 2003 til 2005 er det noe vekst i raten for døgnopphold, mens fra 2005 til 2011 er veksten i døgnopphold noe lavere enn befolkningsveksten. Behandlingsratene for døgnopphold har stabilisert seg i slutten av perioden (172 per 1000 innbyggere i 2013). Ved å ta ut døgnopphold som omfatter rehabilitering ser vi en tilsvarende trend, der aktivitet pr innbygger øker frem mot 2005, for deretter reduseres og stabiliseres fra 2011.

Dagopphold med dialyse hadde en betydelig vekst i hele perioden. Nivået økte med mer enn 50 prosent fra 2003 og 2013. Den samme trenden ser man for polikliniske konsultasjoner for kjemoterapi. Der ble omfanget av konsultasjoner per innbygger nær doblet i perioden.

Figur 7.6 Antall døgnopphold per 1 000 innbygger i 2003-2013. Kjønn- og aldersstandardiserte rater.



Figur 7.7 Antall dagopphold (eksklusive dialyse) per 1 000 innbygger i 2003-2013. Kjønn- og aldersstandardiserte rater.



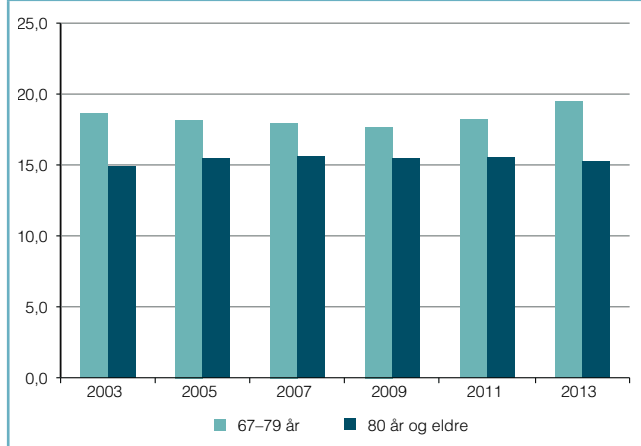
Figur 7.6 og figur 7.7 viser utviklingen for antall døgnopphold og dagopphold per 1000 innbyggere for de ulike regionene. Helse Vest er den eneste regionen som har hatt en økning i raten for døgnopphold de siste 5 årene. Helse Vest har også indikasjoner på vekst i raten for døgnopphold i perioden sett under ett (1 prosent), mens de andre regionene har en nedgang i bruken av døgnopphold per 1000 innbyggere. Nivåforskjellen mellom regionene reduseres i perioden. Helse Nord har en nedgang i raten på 9 prosent fra 2003 til 2013, men har sammen med Helse Vest fremdeles det høyeste nivået i 2013.

Figur 7.7 viser videre at det var en vekst i ratene for dagopphold frem mot 2009, og at de ble redusert mot slutten av perioden. Igjen ser vi at Helse Vest har en litt avvikende utvikling fra de andre regionene. Nedgangen i dagopphold i Helse Vest startet fra 2005 og var noe sterkere enn for de andre regionene. Nivåforskjellene mellom regionene økte mot slutten av perioden 2003-2013.

Ratene for polikliniske konsultasjoner i regionene fulgte samme trend som nasjonalt, dvs vekst i hele perioden. Forskjellen mellom regionene er relativt store, og vedvarte gjennom hele perioden. Helse Midt-Norge hadde sterk økning i konsultasjoner per innbygger og nærmet seg Helse Nord sitt nivå (høyeste av regionene) mot slutten av perioden.

I figur 7.8 vises utviklingen i andel døgnopphold for eldre. For de eldste pasientene (80 år og over) var andelen

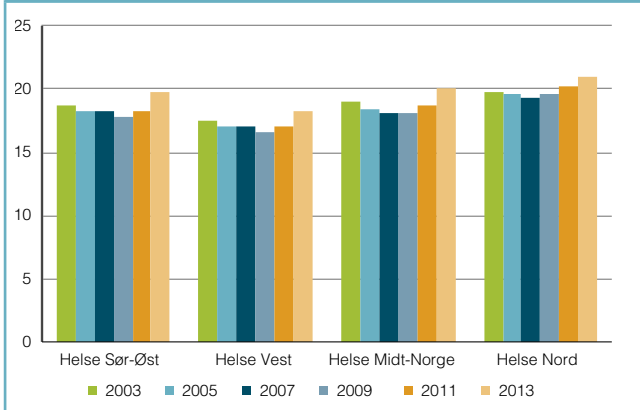
Figur 7.8 Andel døgnopphold for pasienter 67-79 år og 80 år og over av alle døgnopphold i 2003-2013.



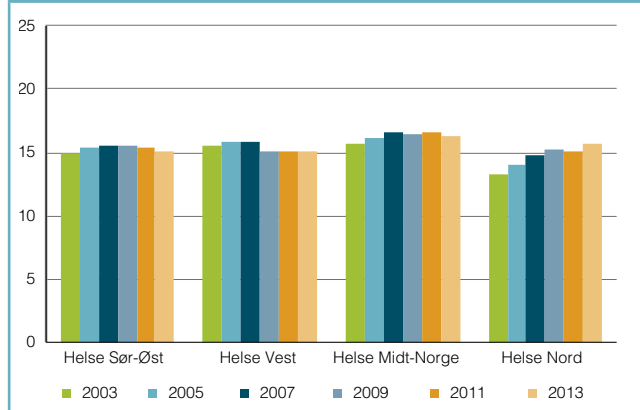
døgnopphold stabil i hele perioden, med rundt 15 prosent av alle opphold. Selv om de eldste andel av døgnopphold har vært stabil i perioden, har det vært en økning i døgnopphold per innbygger. Økte rater tyder på at tilgjengeligheten har økt for denne aldersgruppen.

For aldersgruppen 67-79 år økte andelen døgnopphold perioden sett under ett. I siste del av perioden økte den fra 17,8 til 19,6 prosent. Samtidig så en at behandlingsratene for både døgn- og dagbehandling ble redusert i siste del av perioden. For innbyggere 80 år og over økte ratene for polikliniske konsultasjoner med 11 prosent. For aldersgruppen 67-79 år var økningen på 8,5 prosent i samme periode.

Figur 7.9 Andel døgnopphold for yngre eldre 67–79 år etter region 2003–2013.



Figur 7.10 Andel døgnopphold for eldre 80 år og over etter region 2003–2013.



Tall for regionene viser en ganske lik utvikling for aldersgruppen 67–79 år (figur 7.9). Andelen var litt høyere i Helse Nord og til dels i Helse Midt-Norge. For aldersgruppen 80 år og eldre var det noe avvikende utvikling for Helse Nord, hvor det var en vekst i andel eldre over 80 år i perioden (figur 7.10). Helse Midt-Norge hadde også noe økning i andel døgnopphold for denne aldersgruppen i starten av perioden.

7.6 Utvikling i type behandling og hastegrad

Døgnvirksomheten er normalt den mest ressurskrevende delen av sykehusaktiviteten og det er derfor av særlig interesse å se nærmere på utviklingen for disse oppholdene når det gjelder liggetid, behandlingstype (kirurgisk

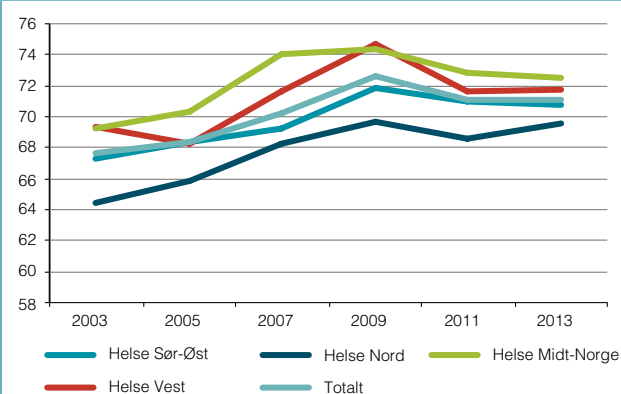
versus medisinsk) og hastegrad (akutt versus planlagt behandling).

Tabell 7.6 gir en overordnet oversikt over utviklingen for hastegrad og type behandling for hele tidsperioden. Andel opphold for øyeblikkelig hjelp (akutt) økte fra 2003 til 2011, men falt igjen noe mot 2013. Økningen knyttes til opphold for akutt medisinsk behandling (ikke kirurgi) som stod for 62 prosent av døgnoppholdene i 2011. Ratene for akutte medisinsk døgnopphold fulgte samme trend som ratene for døgnopphold, de økte først i perioden, men ble noe redusert fra 2009. Nivået i 2013 var om lag 3 prosent lavere enn i 2009, men høyere enn i starten av perioden. Planlagte kirurgiske døgnopphold per innbygger har holdt seg noenlunde stabilt i hele perioden og særlig etter 2007.

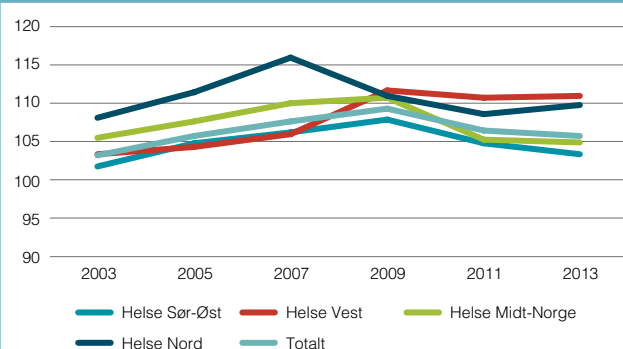
Tabell 7.6 Døgnopphold etter hastegrad og type behandling per 1 000 innbyggere 2003–2013.

		2003	2005	2007	2009	2011	2013
Per 1 000 innbyggere	Planlagt med. behandling	31	30	28	24	25	25
	Planlagt kir. behandling	27	27	25	24	25	25
	Akutt med. behandling	103	106	108	109	106	106
	Akutt kir. behandling	17	18	18	18	17	16
	Akutt behandling totalt	120	124	126	127	123	122
	Kirurgisk behandling totalt	44	45	43	42	42	42
Prosent av døgnopph.	Planlagt med. behandling	17,4	16,8	15,8	13,8	14,5	14,2
	Planlagt kir. behandling	14,9	14,8	13,9	13,6	14,4	14,7
	Akutt med. behandling	58	58,5	60,1	62,3	61,4	61,5
	Akutt kir. behandling	9,7	9,8	10,1	10,3	9,7	9,5
	Akutt behandling totalt	67,6	68,3	70,2	72,6	71,1	71,1
	Kirurgisk behandling totalt	24,6	24,7	24,1	23,9	24,1	24,2

Figur 7.11 Andel døgnopphold for øyeblikkelig hjelp 2003-13.



Figur 7.12 Døgnopphold for akutt medisinsk behandling per 1 000 innbygger 2003-2013.



Helse Vest har det laveste nivået for planlagte kirurgiske behandlinger ved starten av perioden, men fra 2009 øker antall opphold per 1000 innbyggere. I 2013 er Helse Vest på nivå med Helse Nord, som har en nedgang i perioden på 6 prosent. Nivåforskjellene mellom regionene reduseres jevnt i hele perioden på grunn av endringene i Helse Nord og Helse Vest. Figur 7.12 viser utviklingen i antall døgnopphold for akutt medisinsk behandling per region. Mens de fleste regionene har en viss nedgang i nivået etter 2007, ser man at Helse Vest øker antall opphold per innbygger og stabiliserer seg på et høyere nivå enn de andre regionene.

Det fremgikk av tabell 7.5 at raten for døgnopphold har blitt noe redusert for pasienter mellom 67-79 år, mens den økte gjennom hele perioden for befolkningen 80 år og over. Døgnopphold for eldre er ofte i kategorien akutt medisinsk behandling. Slike opphold utgjør mer enn halvparten av alle døgnopphold for aldersgruppen 67-79 og rundt 70 prosent av alle døgnopphold for de over 80 år.

Antall døgnopphold per innbygger for akutt medisinsk behandling har gått ned med 6 prosent i aldersgruppen 67-79 år, mens for planlagt kirurgisk behandling har raten økt noe i hele perioden; og spesielt de siste årene i perioden (3 prosent). De regionale forskjellene var små og vedvarte i hele perioden. Eneste unntak var for akutte medisinske behandlinger, der det tidlig i perioden var store variasjoner mellom regionene. Den reduserte raten i Helse Nord medførte imidlertid at nivåforskjellene ble betydelig redusert mot slutten av perioden.

For de eldste pasientene over 80 år var det først en nedgang i raten for planlagte kirurgiske behandlinger (døgn) før den økte igjen i perioden fra 2009 til 2013. Samtidig var det en sterk økning i omfanget av døgnopphold for akutt medisinsk behandling gjennom hele perioden og særlig fra 2003-2005. Omfanget var 8 prosent høyere i 2013 enn i 2003. Planlagte medisinske opphold per innbygger økte fra 2009, etter en nedgang først i perioden, men nivået i 2013 var en del lavere enn den var ved starten av analyseperioden. Det var små

Tabell 7.7 Døgnopphold etter hastegrad og type behandling per 1 000 innbyggere 67-79 år 2003-2013.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	Prosent endr.	
							2009-13	2003-13
Planlagt medisinsk behandling	71	72	68	61	61	60	-1,5	-16,4
Planlagt kirurgisk behandling	72	74	72	71	72	73	2,9	0,6
Akutt medisinsk behandling	209	211	213	208	199	196	-5,8	-6,0
Akutt kirurgisk behandling	34	34	35	35	33	32	-9,3	-5,8

Tabell 7.8 Døgnopphold etter hastegrad og type behandling per 1 000 innbyggere 80 år og eldre 2003-2013.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	Prosent endr.	
							2009-13	2003-13
Planlagt medisinsk behandling	59	59	56	49	51	53	8,5	-10,0
Planlagt kirurgisk behandling	57	58	54	53	56	58	10,4	1,7
Akutt medisinsk behandling	400	417	428	431	429	433	0,3	8,2
Akutt kirurgisk behandling	66	66	68	68	68	65	-4,3	-2,1

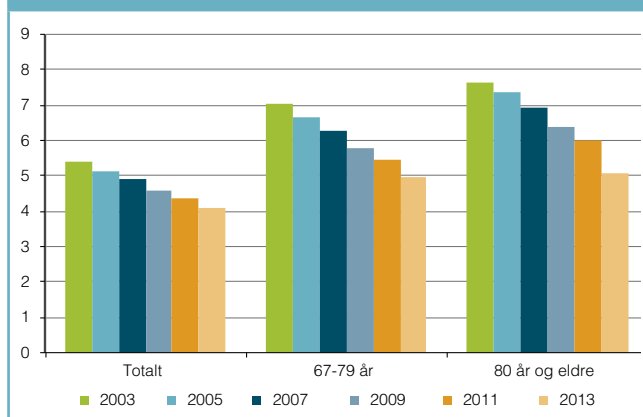
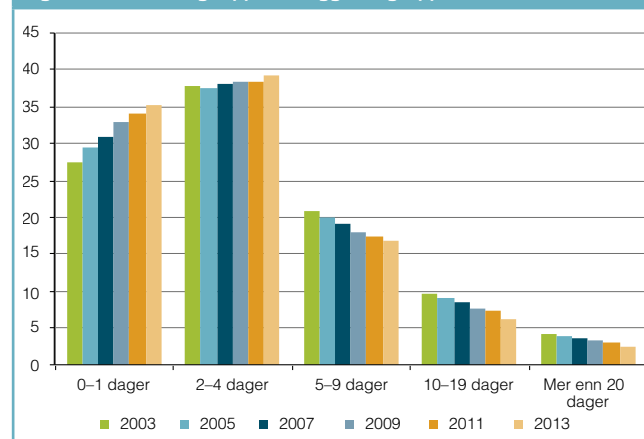
regionale nivåforskjeller, og regionene fulgte samme utvikling gjennom hele perioden.⁶

7.7 Utvikling i liggetid

De siste ti årene har det vært store endringer i liggetidene ved somatiske sykehus. Antall liggedøgn har blitt redusert med om lag 812 000 døgn fra 2003 til 2013, en nedgang på nær 20 prosent. Det tilsvarer en nedgang på nær 30 prosent når det kontrolleres for befolkningsvekst. Det var også en betydelig nedgang i antall liggedager for eldre over 80 år og for yngre eldre (67-79 år). For de over 80 år ble antall liggedager redusert med om lag 246 000, en nedgang på 26 prosent, mens nedgangen for de mellom 67-79 år var på nær 20 prosent (ca 212 000 liggedøgn). Nedgangen i liggedager for disse to aldersgruppene tilsvarer en reduksjon på henholdsvis 34 og 30 prosent per innbygger.

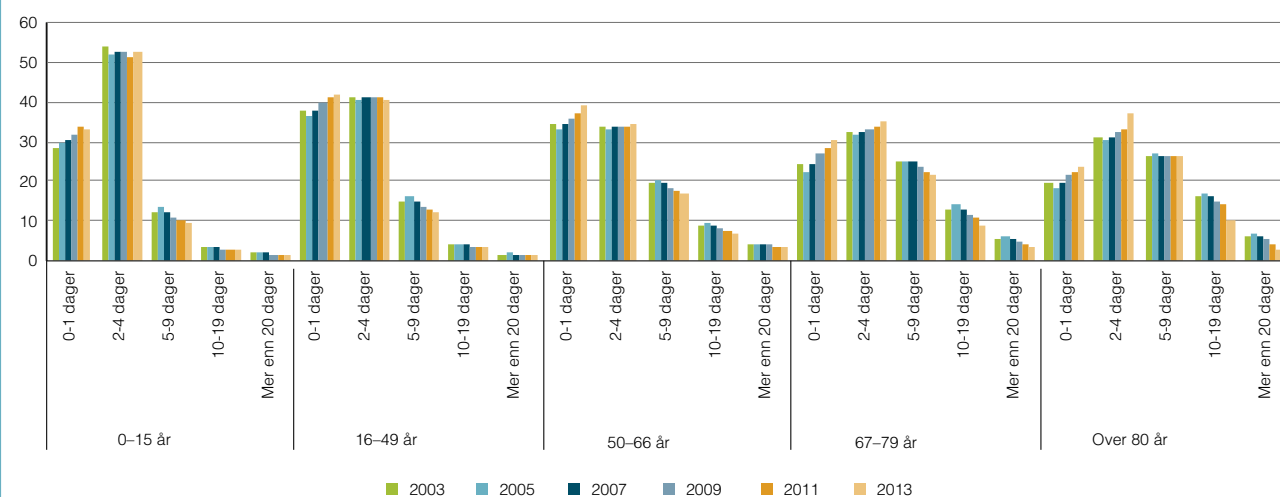
Figur 7.13 viser utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold siste 10 år. Det har vært en jevn nedgang i liggetiden gjennom hele perioden og gjennomsnittlig liggetid ble redusert med 1,3 dager fra 2003-2013. Den største nedgangen var det for de over 80 år, der gikk gjennomsnittlig liggetid ned med hele 2,6 dager, til 5,1 dager i 2013. For de mellom 67 og 79 år var nedgangen på 2,1 dager til 5 dager i 2013.

Figur 7.14 viser oversikt over hvor stor andel av døgnopphold som inngår i ulike liggetidskategorier. Andelen opphold med 0-1 liggedag har økt gjennom hele perioden, fra 28 prosent i 2003 til en andel på 35 prosent i 2013. Figuren viser også at andelen opphold med 2-4 liggedager har vært stabilt gjennom perioden, men andelen opphold med mer enn 5 liggedager har falt.

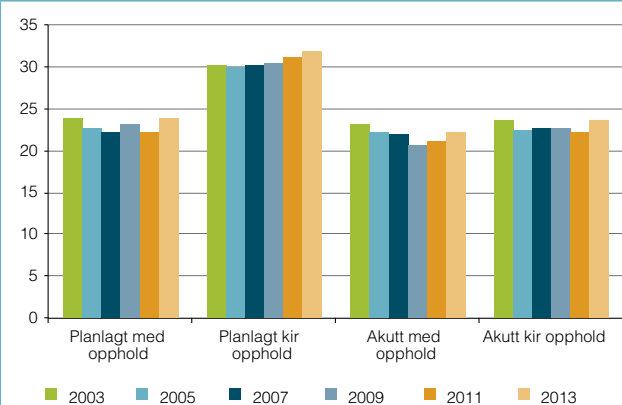
Figur 7.13 Gjennomsnittlig liggetid totalt, 67-79 år og 80 år og eldre 2003-2013.**Figur 7.14 Andel døgnopphold i liggetidsgrupper 2003-2013.**

6) Se Datagrunnlag og metode for informasjon om nettside for vedleggstabeller.

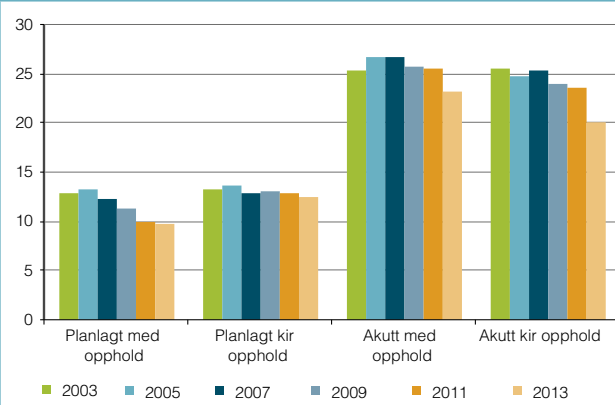
Figur 7.15 Andel døgnopphold i liggetidsgrupper fordelt på alder 2003-2013.



Figur 7.16 Eldres andel av liggedager etter hastegrad og type behandling 2003-2013.



Figur 7.17 Eldres andel av liggedager etter hastegrad og type behandling 2003-2013.



I figur 7.15 er oppholdene fordelt på alders- og liggetidsgrupper. For de yngre aldersgruppene under 49 år var nær 80 prosent av alle døgnoppholdene 4 dager eller kortere. Det var tilnærmet ingen endring i andelen lengre opphold over 10 dager. Aldersgruppene 67-79 år og de over 80 år følger i stor grad trenden for alle aldersgrupper samlet. Andelen opphold med lang liggetid var også størst i disse to aldersgruppene.

Vi har tidligere sett at omfanget av planlagte kirurgiske opphold for eldre 67-79 år har økt i hele perioden. I figur 7.16 ser man at denne økningen medførte en økning i andel av liggedager for planlagt kirurgisk behandling for denne aldersgruppen. Andelen økte særlig fra 2007.

Opphold med akutt medisinsk behandling for 67-79 år hadde en liten økning i andel liggedager i siste del av perioden. Veksten i andelen liggedager kommer på tross av en nedgang i antall opphold per innbygger for 67-79 år.

For de eldre over 80 år er det en markant nedgang i andel liggedager i slutten av perioden for opphold med akutt behandling (både kirurgisk og medisinsk). Dette sammenfaller til dels med en nedgang i slike opphold per innbygger fra 2009 til 2013. Gjennomsnittlig liggetid for de eldste gikk også betydelig ned i de ulike oppholdskategoriene.

8

Utviklingstrekk for pasientgrupper 2003–2013

Hensikten med analysen er å beskrive noen utviklingstrekk i sykehusbehandling for utvalgte pasientgrupper. Analysen baserer seg kun på aktivitetsdata fra sykehusene. Pasienter som kun mottar behandling i andre deler av helsetjenesten (fastleger, private spesialister og annet) inngår ikke i grunnlaget for analysen, og beskrivelsene gir derfor ikke informasjon om prevalensen av ulike sykdommer.

Målt per innbygger, viser det generelle bildet av utviklingen i bruk av somatiske sykehustjenester de siste ti år en reduksjon i døgnvirksomheten og en økning i poliklinisk virksomhet. Det har også vært en betydelig nedgang i liggetid for døgnbehandlingen.

På hovedgruppenivå har endringene i pasientsammensetningen i sykehus vært små og pasientgrupper som hadde et stort volum i 2003 hadde det også i 2013. Utviklingstrenden varierer likevel noe mellom ulike pasientgrupper og for enkelte grupper finner vi større grad av stabilitet i døgnaktiviteten enn for andre.

For kreftpasienter har utviklingen gått i samme retning som hovedtrenden. Antall kreftpasienter per innbygger var ganske stabilt de siste fem år, samtidig med en tydelig nedgang i døgnopphold og liggedager per innbygger. Poliklinisk virksomhet og kjemoterapi økte i samme periode. Kirurgiens andel av døgnaktiviteten har økt og det har vært en vedvarende nedgang i gjennomsnittlig liggetid for alle de krefttypene som det er utarbeidet data for.

Stabilt nivå av pasienter per innbygger finner vi også for hjerte- og hjerne-karsykdommer de siste fem år. For denne pasientgruppen har også omfanget av døgnopphold per innbygger vært relativt stabilt. Pasienter med atrieflimmer/-flutter har imidlertid en økning i raten for døgnopphold og liggedager. Døgnoppholdenes varighet reduseres gjennom hele perioden for hjerte- og hjerne-karsykdommer samlet, mens for hjerneslag-pasienter kommer reduksjonen i liggetid først mot slutten av 10-års perioden.

For KOLS-pasienter er både pasienter og døgnopphold per innbygger ganske stabilt i de årene vi har sammenlignbare tall for. Men også KOLS-pasienter har hatt en reduksjon i liggedager og i gjennomsnittlig liggetid. Polikliniske konsultasjoner for denne pasientgruppen øker mindre enn det vi ser for andre grupper.

Antall diabetes-pasienter (type 1 og 2) per innbygger er stabilt de siste fem år. Denne gruppen har i tillegg et tilnærmet uendret nivå i døgnopphold per innbygger, hvilket også gjelder når vi bare ser på type 2-pasienter. Den markerte nedgangen i liggedager per innbygger og gjennomsnittlig liggetid som vises for en del andre pasientgrupper, er ikke like tydelig for pasienter med type 2-diabetes. Men veksten i polikliniske konsultasjoner er også gjeldende for denne gruppen.

Den langvarige trenden med kortere liggetid gjenfinner man for alle pasientgrupper inkludert i analysen. Det er i hovedsak en økning i andelen opphold med kort liggetid (ofte opp til 4 liggedager) og reduksjon i andel opphold med lang liggetid (10 liggedager eller mer). Gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene har blitt redusert i hele perioden 2003–2013, men styrken på reduksjonene varierer mellom pasientgruppene.

Pasienter i aldersgruppen 50–66 år i de utvalgte pasientgruppene har i hovedsak stabil bruk av sykehustjenester de siste 10 årene. For aldersgruppene 67–79 år og 80 år og eldre varierer utviklingstrekkene noe mellom pasientgruppene, med bl a redusert døgnoppholdsrate for hjerte/hjernekar for begge aldersgrupper og økt døgnoppholdsrate for de eldste KOLS-pasientene.

8.1 Bakgrunn og problemstillinger

Aktiviteten ved sykehusene påvirkes av en rekke faktorer og vil over tid kunne endres i ulike retninger. Man kan grovt sett kategorisere faktorene i to; faktorer som helsetjenesten selv kan påvirke og faktorer som ligger utenfor deres kontroll (f eks epidemiologi). Det kan eksempelvis være utvikling av nye medisinske metoder som gir tilbud til nye pasientgrupper eller at behandlingen kan gis med kortere oppholdstid. Det kan være politiske signaler om prioritering av konkrete pasientgrupper, gjerne understøttet av målbare styringsparametre, som kan påvirke aktivitets-volumet for disse gruppene. Det kan også være underliggende trender i sykdomsbildet i befolkningen som medfører økende omfang av visse pasientgrupper, f eks effekter av endret livsstil. Og det vil være andre faktorer som ligger til grunn for de endringer i aktivitet som skjer ved sykehusene.

Hensikten med dette kapitlet er å gi en beskrivelse av utviklingen i aktivitet ved de somatiske sykehusene siste 10 år for noen utvalgte pasientgrupper. Det er særlig to spørsmål som blir viktig å kunne si noe om; hvilke pasientgrupper øker i omfang (evt reduseres) og i hvilken grad skjer det endringer i behandlingsform. Det er ikke et mål

med analysen å gi en forklaring eller tolkning på de utviklingstrekk som observeres, men å danne et faktagrunnlag for eventuelt videre arbeid med relevante problemstillinger.

I vår beskrivelse av utviklingen siste 10 år vil framstillingen varierer noe mellom pasientgruppene. Vi ser på blant annet utvikling i volum og rater (per innbygger), forholdet mellom kirurgi og ikke-kirurgi, akutt versus planlagte innleggelser, aldersgrupper og oppholdslengde. Aktivitetsdata fra sykehusene inneholder en god del informasjon om hvert enkelt opphold eller konsultasjon, men for en del områder mangler vi informasjon om tiltak eller behandling. Dette gjelder f eks bruk av dyre legemidler eller ressurskrevende medisinske prosedyrer, som i ulik grad inngår i rapporterte data. Kirurgiske prosedyrer er imidlertid rimelig godt registrert og rapportert.

Første del av kapitlet viser et oversiktsbilde ved å kategorisere all aktivitet i noen hovedgrupper, som er basert på hovedkapitler i ICD-10, men hvor fødsler, nyfødte, rehabilitering og dialyse er skilt ut i egne grupper. Hensikten med dette er å gi et bilde på hvilke sykdoms- eller diagnosegrupper som utgjør et stort eller lite volum av sykehusaktiviteten, samt å se hvilke som øker eller reduseres i volum.

Etter denne generelle beskrivelsen rettes fokus mot noen utvalgte spesifikke pasientgrupper.

Det hadde vært ønskelig å presentere utviklingstall for mange pasientgrupper, men vi har av ressursmessige hensyn prioritert å rette fokus mot noen få. De gruppene vi ser på i dette kapitlet omfatter pasienter med ikke-smittsomme kroniske sykdommer (NCD¹):

- Kreftpasienter
- Pasienter med utvalgte hjerte/hjernekar lidelser
- Pasienter med diabetes (særsilt fokus på type 2)
- KOLS-pasienter

De ikke-smittsomme kroniske sykdommene (NCD-sykdommene) har blitt betegnet som vår tids folkesykdommer og det har derfor i mange år vært et økende fokus på nettopp disse sykdommene. WHO har erklært at man globalt ønsker å redusere antall for tidlige dødsfall på grunn av NCD-sykdommene kreft, hjerte-/karsykdom, KOLS og diabetes med 25 prosent innen 2025 med utgangspunkt i dødeligheten i 2010. Norge har sluttet seg til dette målet. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har utarbeidet et eget strategidokument for de fire store NCD-sykdommene for perioden 2013–2017. Der fremkommer det at de ikke-smittsomme sykdommene medfører mye lidelse for mange mennesker og at dette er pasientgrupper som krever en betydelig andel av helse-tjenestenes samlede ressurser i dag. Helsedirektoratet har i oppdrag å følge opp denne strategien. Ved vurdering av dagens sykehusstilbud og fremtidige behov, vil det være nyttig å se hvordan utviklingen siste 10 år har vært for disse folkesykdommene.

Tabell 8.8 sist i kapitlet viser hvordan pasientgrupper brukt i dette kapitlet er avgrenset og definert. Det kan diskuteres om definisjonene som benyttes klarer å fange opp all aktivitet for de pasientgruppene vi ser på, men de er gode nok til å få et godt bilde på utviklingen siste 10 år.

I kapitlet er det utarbeidet data på nasjonalt og til dels regionalt nivå. For en del av pasientgruppene kan det være nyttig å utarbeide data på et lavere nivå, f eks på kommunenivå som en del av datagrunnlaget for arbeidet med samhandlingsreformen. Data for mindre enheter (som kommune) er utfordrende på flere måter, blant

annet med hensyn til personvern (for noen grupper er det få pasienter per kommune), og må derfor være gjenstand for en egen vurdering.

8.2 Datagrunnlag og metode

Datagrunnlaget for analysen er innrapporterte pasient-data til Norsk pasientregister (NPR) for aktivitet ved de somatiske sykehusene i årene 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 og 2013. Analyser av data for perioden 2003–2007 er utført i nært samarbeid med Norsk pasientregister. Data omfatter både døgn-, dag- og poliklinisk aktivitet, men omfatter ikke data fra private avtalespesialister og private rehabiliteringsinstitusjoner. Tilbudet hos private avtalespesialister er særlig utbredt i Helse Sør-Øst og til dels i Helse Vest. Oslo Legevakt og Bergen Legevakt startet innrapportering av data til NPR i løpet av 10-års perioden og er derfor ekskludert i datagrunnlag. Dette gjelder også aktivitetsdata for strålebehandling, som også er ekskludert i analysen.

I løpet av en ti-års periode vil det skje endringer i kodeverk, registreringskrav, regelverk og lignende som kan/vil ha betydning for registrering og/eller rapportering av aktivitetsdata. En del observerte endringer vil derfor være av mer teknisk art, og som det er viktig å forsøke å korrigere for. Vi har forsøkt å fange opp de viktigste endringene. En del andre endringer er det mer krevende å foreta korreksjoner for og dette gjelder særlig følgende forhold:

- Norsk pasientregister ble et personentydig register fra 2008. En pasient er en person som har hatt ett eller flere opphold eller konsultasjoner ved ett eller flere sykehus i landet. Tidligere var det kun mulig å beregne antall pasienter per institusjon (les sykehus). En person som hadde opphold eller konsultasjon ved to sykehus i løpet av et år ville før 2008 telles som to pasienter. Etter 2008 vil denne personen telles som en pasient. Det er derfor ikke mulig å beregne sammenlignbare tall for antall pasienter før og etter 2008.
- Det har vært endringer i rapporteringsenhetene, f eks at flere sykehus i samme helseforetak har begynt å rapportere som en enhet og ikke to eller flere. Antall

1) NCD står for Noncommunicable Chronic Diseases.

pasienter og døgnopphold per institusjon vil påvirkes av dette.

- I 2008 ble all poliklinisk aktivitet innen somatikken en del av ISF-ordningen. De første årene ble det gjort endringer i regelverket knyttet til utførende helsepersonell ved at utvalgte konsultasjoner utført av andre grupper enn leger ble godkjent for ISF-refusjon. Endring i volum fra 2007–2010 vil til dels være påvirket av dette. I denne perioden ble det også gjennomført andre endringer i det tekniske opplegget rundt ISF-ordning som påvirket kategoriseringen av aktiviteten, blant annet felles DRG-grupperer i 2010. Dette er kort beskrevet i regelverket for ISF for 2010. Det er som nevnt ikke korrigert for ovennevnte forhold i analysen, men det er forsøkt kommentert der det vurderes å ha betydning.

Bruk av data for antall pasienter kan i noen tilfeller gi grunnlag for feilvurderinger blant annet ved summering av totaltall. Det er slik at en person kan ha flere opphold med ulike diagnoser. Når vi i noen sammenhenger ser på antall pasienter i ulike sykdomsgrupper vil noen pasienter telles to eller flere ganger. Man kan derfor ikke beregne antall pasienter (= personer) f.eks. nasjonalt ved å summere antall pasienter med ulike hoveddiagnoser. Ved summering av antall opphold eller poliklinisk konsultasjoner er dette ikke et problem. Ved tolkning av data er det derfor viktig å vite hvilke aktivitetssenheter vi ser på (pasient, døgnopphold, konsultasjon, osv) og på hvilket nivå tallene er summert.

Antall konsultasjoner for pasientgruppene i kapitlet er konsultasjoner med de aktuelle tilstandskoder som angir hovedtilstand. Pasientene i de ulike gruppene kan ha ytterligere konsultasjoner hvor det er registrert andre koder som hovedtilstand, og som dermed ikke inngår i datagrunnlaget for kapitlet.

Det er utarbeidet mer data for utvikling i aktivitet for pasientgruppene enn det som presenteres i kapitlet. Se <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag>.

8.3 Pasientgrupper samlet – utviklingstrekk siste 10 år

I dette avsnittet gis det en overordnet presentasjon av hvilke diagnose- eller sykdomsgrupper som har økt eller redusert sin bruk av sykehus siste 10 år, korrigert for befolkningsutviklingen. I tabell 8.1 vises antall pasienter per hovedkategori per 1000 innbyggere i perioden 2003–2013. Samme person kan i samme år ha flere opphold eller konsultasjoner med ulike diagnoser og dermed telles med i flere kategorier. Antall pasienter i 2003 og 2005² er estimert³, og ikke sammenlignbart med årene etter 2007. Når vi ser på endringen i perioden 2003–2013 sammenholder vi endringen fra 2003–2005 og fra 2009–2013.

I tabell 8.1 presenteres tall for antall pasienter per 1000 innbyggere hvor pasienten har hatt minst et opphold eller en konsultasjon med aktuell diagnose som hovedtilstand det aktuelle året. I tabell 8.6 vises tall for antall pasienter per innbyggere som har hatt minst et døgnopphold, dvs vi ekskluderer pasienter som kun har hatt dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon.

Tabellen gir raskt et bilde på hva som er de store pasientgruppene og hvilke som relativt sett har et lite volum.⁴ Raten per innbygger er høyest for kategoriene «Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak» og «Sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev». Dette er de største gruppene både i perioden 2003–2005 og i 2009–2013. Sykdommer i sirkulasjonssystemet og i fordøyelsessystemet er også relativt store pasientgrupper i begge perioder. Kategorien «Svulster» er også en relativt stor gruppe og omfatter pasienter med både godartede, usikre og ondartede svulster.

2) Det var ønskelig å bruke 2007 isteden for 2005 i denne tabellen, men variabel for pasientløpnummer innehar noen feil i 2007.

3) Forholdet mellom antall pasienter og antall pasienter per institusjon i 2009–2013 er benyttet ved estimering av antall pasienter for årene 2003–2007.

4) Vi presenterer ikke tall for pasienter kategorisert i gruppen «Forhold m/betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten» og som ikke er fødsler, nyfødte, rehabilitering eller dialyse. Dette er pasienter som i stor grad (ca 70 prosent) gjenfinnes i minst en av de andre kategoriene, og vil derfor forstyrre bildet av hvilke grupper som reelt sett er store. Det at pasienter finnes i flere kategorier vil også gjelde for andre kategorier, men i mye mindre skala.

Tabell 8.1. Antall pasienter (alle behandlingsnivå) per 1000 innbyggere for hovedkategorier basert på hovedtilstandskode i ICD-10 i perioden 2003-2013.

	Estimerte pasienter per 1000 innb		Pasienter per 1000 innb		Endring	
	2003	2005	2009	2013	2003-2005	2009-2013
Visse infeksjons- og parasittsykdommer	7,9	8,3	8,5	8,7	0,4	0,2
Svulster	30,1	31,4	30,8	31,5	1,2	0,6
Sykd i blod, bloddannede organ og immunforsvaret	2,5	2,6	3,1	3,5	0,2	0,4
Endokrine sykd, ernæringsykdk og metabolske forstyrrelser	13,4	15,3	17,8	19,3	1,9	1,6
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	4,6	4,7	5,5	5,6	0,1	0,1
Sykd i nervesystemet	19,0	20,7	21,4	23,4	1,7	2,0
Sykd i øyet og øyets omgivelser	19,6	19,9	19,5	19,9	0,3	0,4
Sykd i øre og ørebensknute	13,6	14,1	16,2	17,0	0,6	0,9
Sykd i sirkulasjonssystemet	36,7	37,4	37,4	35,6	0,7	-1,9
Sykd i åndedrettssystemet	25,3	26,9	25,7	24,3	1,6	-1,5
Sykd i fordøyelses-systemet	30,7	31,8	31,9	36,2	1,1	4,3
Sykd i hud og underhud	13,9	14,5	14,8	16,0	0,5	1,2
Sykd i muskel- skjelettsystem og bindevev	47,9	50,6	54,7	58,3	2,6	3,6
Sykd i urin og kjønnsorganer	28,8	30,5	30,0	30,9	1,7	0,9
Svangerskap, fødsel og barselstid	11,8	11,9	13,1	12,0	0,1	-1,1
Tilstander som oppstår i perinatalperioden	2,3	2,4	2,5	1,8	0,1	-0,7
Medfødte misdannelser, deformitet, kromosomavvik	6,9	7,0	7,3	7,6	0,0	0,3
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	29,7	33,5	37,6	44,6	3,7	7,0
Skader, forgiftninger og konsek v av ytre årsak	53,0	51,9	60,9	60,1	-1,0	-0,8
Fødsler	12,3	12,1	12,5	11,3	-0,2	-1,2
Friske nyfødte	11,4	11,2	11,8	10,6	-0,1	-1,2
Rehabilitering (hdiag)	4,8	5,2	5,6	6,6	0,4	1,0
Dialyse	0,3	0,3	0,4	0,4	0,0	0,0

Pasienter med fremmøte for dialyse er derimot en gruppe med relativt sett få pasienter, men med mange opphold. Ved å se på antall døgnopphold, dagopphold eller konsultasjoner vil man derfor kunne få et annet bilde på hvilke grupper som har stort eller lite volum.

For de fleste kategoriene i tabell 8.1 vil en vesentlig del av pasientene kun ha mottatt poliklinisk behandling/oppfølging (eller dagbehandling). Dette fremkommer ved å sammenligne tabell 8.1 med tabell 8.6 i slutten av kapitlet. Kategorier som i større grad er rettet mot dag- og poliklinisk behandling og oppfølging er sykdom-

mer i øyet og øyets omgivelser, sykdommer i øre og ørebensknute og sykdommer i hud og underhud.⁵ Dette er grupper som i deler av landet også har et tilbud hos private avtalespesialister.⁶

De største gruppene innen døgnbehandling er pasienter med skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak, pasienter med sykdommer i sirkulasjonssystemet og i siste del av perioden også pasienter utskrevet med tilstandskode innen «Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn». For døgnvirksomheten er også fødsler og nyfødte relativt store grupper.

5) Konsultasjoner med tilstandskode fra ICD-10 kapittel Forhold m/betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten utgjør et stort volum, men vises ikke da pasientene i stor grad inngår i andre kategorier.

6) Se «Aktivitetsdata for avtalespesialister 2013 Norsk pasientregister, rapport IS-2189 Helsedirektoratet 2014. De fire største gruppene hos avtalespesialistene er øye, ØNH, hud/veneriske og fødselshjelp/kvinnesykdommer.

Det er interessant å legge merke til den økte raten for pasienter som utskrives med en hovedtilstandskode innen kategorien «Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn». Raten øker i begge perioder, men noe mer fra 2009–2013. Dette er primært polikliniske pasienter, samt innlagte pasienter med hovedsakelig korte opphold (90 prosent av oppholdene har maks 4 liggedager, 65 prosent 0–1 liggedag), hvor pasienten skrives ut med en symptom-diagnose.⁷ Aktiviteten finnes for pasienter i alle aldersgrupper og det har også vært vekst i alle gruppene.

Pasienter med sykdommer i fordøyelsessystemet øker en del fra 2009–2013, men mindre fra 2003–2005. Det fremgår av tabell 8.6 at det i mindre grad er en økning i pasienter med døgnopphold, slik at veksten fra 2009–2013 i større grad er knyttet til dagbehandling eller polikliniske konsultasjon. Pasienter med muskel-skjelett lidelser er også en gruppe hvor det er økning i pasienter per innbygger i begge perioder, samt at veksten i pasienter i større grad er knyttet til dag- og poliklinisk aktivitet.

8.4 Kreftpasienter

Kreft er en av de fire folkesykdommene som inngår som en del av strategi for ikke-smittsomme sykdommer 2013–2017. Det anslås at mer enn 200 000 personer i 2013 levde med kreft og at antallet nye tilfeller er økende hvert år. Samtidig som det er stadig flere personer som overlever kreft enn tidligere, er også kreft årsaken til at mange mennesker dør tidligere enn de ellers ville gjort.⁸

Vi skal her beskrive noen aspekter ved aktivitetsutviklingen siste 10 år for kreftpasienter behandlet ved somatiske sykehus. Tabell 8.2 viser en rekke nøkkeltall for aktivitet i sykehus knyttet til kreftpasienter. Det er som tidligere nevnt ikke mulig å beregne sammenlignbare tall for antall pasienter før og etter 2008. Endringen i antall pasienter mellom 2003 og 2013 er derfor ikke vist, men estimert antall pasienter i 2003 vises likevel som et beste

estimat. I siste del av perioden (2009–2013) økte antall kreftpasienter ved de somatiske sykehusene med drøyt 6 000 til en rate per 1000 innbyggere på 18,8 i 2013.

Det har vært en reduksjon i døgnvirksomheten, både i antall og per innbygger, samtidig som det har vært vekst i både dagbehandling, kjemoterapi og andre polikliniske konsultasjoner. For sistnevnte har det vært vekst både i volum og målt per innbygger. Dette er et utviklingstrekk man ser for mange pasientgrupper, med en nedgang i døgnbehandling og en økning i poliklinisk behandling.

Døgnvirksomhet er normalt den mest ressurskrevende delen av sykehusaktiviteten og derfor av særlig interesse å se noe nærmere på. Tabell 8.2 viser en kraftig nedgang i liggedager for kreftpasienter. Reduksjonen kommer for opphold med middels og lang liggetid, mens andel døgnopphold med 0 og 1 liggedag har stabilisert seg på 24 prosent. Opphold med 5–9 liggedager har hatt en stabil andel i perioden 2003–2013, mens opphold med 10 liggedager eller mer har redusert sin andel fra 25 til 18 prosent. En konsekvens av dette er at gjennomsnittlig liggetid reduseres fra 7,5 dager til 6,1 dager.

Figur 8.1 viser at reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid for utvalgte krefttyper har samme mønster.

Det er en økende andel av døgnoppholdene hvor pasienten er registrert med kirurgiske prosedyrer.⁹ Tabell 8.2 viser at andelen kirurgiske døgnopphold økte fra 26 prosent i 2003 til 33 prosent i 2013. Andelen kirurgiske døgnopphold varierer noe mellom de ulike krefttypene vi har beregnet tall for, men utviklingstrekket er rimelig likt ved at andelen øker i perioden. Økning i andel vil til dels skyldes en reduksjon, eventuelt svakere vekst, i ikke-kirurgiske opphold for noen av krefttypene. Vi kan bruke brystkreft og prostatakreft som eksempel på ulik forklaring til økt andel. For brystkreft var andelen kirurgiske døgnopphold stabil fra 2003–2009, med en økning frem mot 2013. Økningen i siste del forklares med en vekst i

7) Om lag 50 prosent av døgnoppholdene er kodet med R07.x (Smerte i hals og bryst) eller R10.x (Smerte i buk og bekken). Veksten i opphold per innbygger har særlig kommet for hals og bryst. For en del av oppholdene er det registrert mer spesifikke tilleggstilstands-koder, men det har ikke vært tid i denne analysen til å undersøke hvorfor R-koden er hovedtilstandskode for døgnoppholdet.

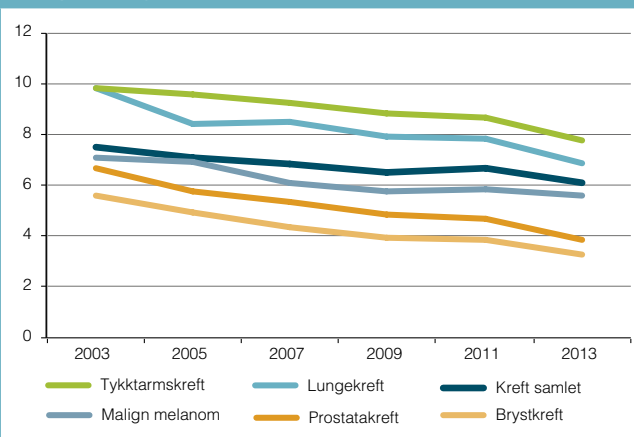
8) NCD-strategi 2013–2017, Helse- og omsorgsdepartementet 2013

9) Det er kategorisering i DRG-systemet som er grunnlaget for skillet kirurgi versus ikke-kirurgi. Endringer i DRG-systemet kan utfordre sammenlignbarhet over tid, men det er ikke kjent at dette er tilfellet for DRG-er for kreftpasienter.

Tabell 8.2. Hovedtall for sykehusaktivitet knyttet til kreftpasienter i perioden 2003–2013.

Indikator	2003	2007	2009	2013	Endring 2003–2013	Endring 2009–2013
Pr 1000 innbyggere						
Pasienter	20,6		18,4	18,8	-	0,3
Døgnopphold	16,0	15,7	14,4	12,8	-3,2	-1,5
Liggedager	120,3	108,2	94,2	78,5	-41,8	-15,8
Dagopphold	1,7	2,0	1,8	2,0	0,3	0,2
Kjemoterapi	13,8	22,1	23,8	24,7	10,9	0,9
Polikliniske konsultasjoner	40,2	46,1	52,0	63,5	23,3	11,5
Andre indikatorer						
Andel døgnopph med 0-1 liggedager	20 %	24 %	24 %	24 %	3	-1
Andel døgnopph med 10+ liggedager	25 %	22 %	21 %	18 %	-7	-2
Gj liggetid døgnopph	7,5	6,9	6,6	6,1	-1,4	-0,4
Median liggetid døgnopph	4	4	4	4	0	0
Andel kirurgiske døgnopph	26 %	27 %	29 %	33 %	7	4
Konsultasjoner per pasient	2,3		3,0	3,5	1,2	0,5
Volumtall (N)						
Pasienter	94 491		89 492	95 804	-	6 312
Døgnopphold	73 357	74 540	69 830	65 600	-7 757	-4 230
Liggedager	550 451	512 422	457 794	400 862	-149 589	-56 932
Dagopphold	7 800	9 593	8 799	10 193	2 393	1 394
Kjemoterapi	63 319	104 877	115 541	126 118	62 799	10 577
Polikliniske konsultasjoner	184 065	218 431	252 445	324 250	140 185	71 805

Figur 8.1 Gjennomsnittlig liggetid for kreftpasienter samlet og utvalgte krefttyper i perioden 2003–2013.

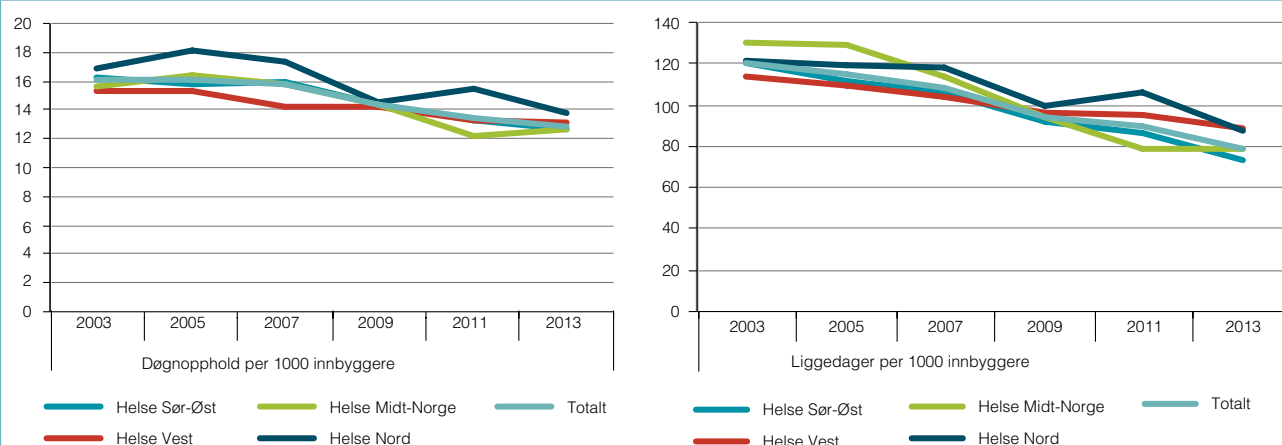


kirurgiske opphold. Prostatakreft har en jevn vekst i andelen kirurgi i hele perioden. Økningen i første del av perioden forklares av vekst i kirurgiske opphold, mens økt andel i siste del av perioden skyldtes færre ikke-kirurgiske opphold.

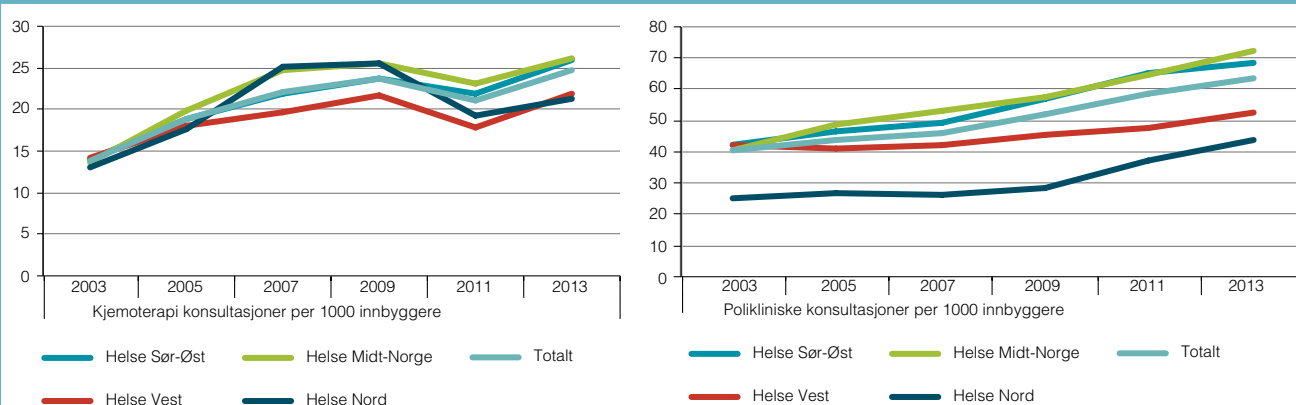
For poliklinisk virksomhet var det en markert vekst i antall konsultasjoner i perioden. Et spørsmål er i hvor stor grad dette skyldes flere konsultasjoner per pasient. I og med at vi ikke kan lage sammenlignbare tall for antall pasienter, kan vi ikke sammenligne 2003 med 2013, men ved å se på utviklingen før og etter 2008, kan vi få et inntrykk av en eventuell trend.

Antall konsultasjoner per (estimert) pasient var stabilt i 2003 og 2005. I perioden 2009–2013 var det en økning i konsultasjoner (eksklusiv kjemoterapi) per pasient fra 3,0 til 3,5. Det meste av veksten kom allerede i 2011. Det var i den perioden endringer i regler for inkludering av aktivitet utført av andre helsepersonell-grupper enn leger.

Figur 8.2 Døgnopphold og liggedager per 1000 innbyggere regionalt for kreftpasienter i perioden 2003–2013.



Figur 8.3 Kjemoterapi-konsultasjoner og andre polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere regionalt for kreftpasienter i perioden 2003–2013.



Deler av veksten i kontakter per pasient kan forklares av dette, slik at den reelle veksten antas å være lavere enn vist her.

Figur 8.2 viser utviklingen regionalt for døgnopphold og liggedager for kreftpasienter. Det fremgår av figuren at trendene er omtrent like i alle regioner. I forhold til nivået i 2003 har befolkningen i alle regioner noe færre døgnopphold per 1000 innbyggere i 2013. Når det gjelder utviklingen i liggedager per 1000 innbyggere har Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst hatt en noe sterkere reduksjon enn Helse Vest og Helse Nord, men trenden er rimelig lik i alle regioner.

Figur 8.3 viser samme utviklingstall for kjemoterapi-konsultasjoner og andre polikliniske konsultasjoner for pasienter med kreft. Kjemoterapi per innbygger har en veldig lik utvikling i alle regioner. Det har vært en noe sterkere økning i raten for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, og noe svakere i de to andre regionene. Figuren viser også at det er større forskjell i nivå per innbygger i 2013 enn i 2003. Nedgangen i 2011 kan i stor grad tilskrives endring i registreringsregler for kjemoterapi-kurer som gis over flere dager.¹⁰ Det er ikke forsøkt korrigert for dette, men trenden før og etter 2011 viser en jevn vekst i kjemoterapi-konsultasjoner per innbygger.

10) I 2011 blir det gitt krav om at kun første kurdag (når samme kur skal gjennomføres over flere dager) skal registreres med kode for fremmøte til kjemoterapi. Dette reverseres delvis i 2012, hvor påfølgende kurdager skal registreres med Z51.10 uavhengig av hvilken type kur som gis.

Andre polikliniske konsultasjoner for kreftpasienter har også hatt en markert vekst i raten i alle regioner. Det generelle bildet er derfor at utviklingstrekkene er rimelig like. Helse Vest hadde imidlertid en noe lavere vekst enn de tre andre regionene, og det fremgår også at Helse Nord hadde en noe sterkere vekst fra 2009 til 2013, etter et relativt stabilt nivå i 2003–2009.

8.5 Hjerte- og hjernekar-sykdommer

Hjerte- og karsykdommer er den sykdomsgruppen som forårsaker flest dødsfall i Norge, selv om dødeligheten ved hjerteinfarkt har falt betydelig de siste 40–50 årene. Fra sentralt hold mener man en ytterligere nedgang er mulig. Hjerneslag er den tredje vanligste dødsårsaken her i landet, og de fleste tilfellene oppstår etter fylte 70 år. Det er flere årsaker til nedgang i dødsfall for hjerte- og karsykdommer, og det fremheves særlig en bedret akuttbehandling, oppfølging og rehabilitering av hjerteinfarkt og hjerneslag.¹¹

I dette avsnittet fokuseres det på sykehusaktivitet for noen hjerte- og karsykdommer. Vi har valgt å inkludere pasientgrupper med hjertesykdommer og hjerneslag (hjernekar-sykdommer). Tabell 8.8 viser definisjonen av gruppen(e). I beskrivelsen av sykehusaktivitet vil det være noen forskjeller, men også noen likheter, mellom pasienter med hjertesykdommer og pasienter med hjerneslag. Det er derfor argumenter for å presentere tall for gruppene hver for seg og ikke samlet som her. Tabell 8.3 viser hovedtall for utvikling i sykehusaktivitet for pasienter med hjerte- og hjernekar-sykdommer siste 10 år, mens tabell 8.7 viser tilsvarende tall for kun pasienter med hjerneslag. I tillegg er det presentert data for flere undergrupper av hjerte-/hjernekar i vedlegg til rapporten, se avsnitt om Datagrunnlag og metode.

Tall for antall pasienter i 2003 er estimert, men er likevel ikke sammenlignbart med tall etter 2008. Endringstall i forhold til 2003 er derfor ikke presentert. I perioden 2009–2013 har det vært en økning på om lag 8 400 pasienter med hjerte-/hjernekar-sykdommer som har

vært i kontakt med sykehus, enten poliklinisk og/eller gjennom innleggelse. Sett i forhold til befolkningsgrunnlaget er dette en svak økning på 0,3 per 1000 innbyggere. For hjerneslag var det i samme periode en svak nedgang.

Antall døgnopphold for hjerte-/hjernekar-pasienter økte med nær 6 400 opphold fra 2003 til 2013, hvorav om lag halvparten kom etter 2009. Antall døgnopphold per innbygger har som vist i tabell 8.3 vært rimelig stabilt i perioden på nær 20,0 per 1000 innbyggere. Derimot har antall liggedager knyttet til døgnoppholdene blitt redusert, fra om lag 560 000 dager i 2003 til om lag 430 000 dager i 2013. Nedgangen er på hele 38,6 per 1000 innbyggere, men er på linje med utviklingen for mange pasientgrupper. Det er en bevegelse mot kortere liggetid og overgang til dag- og poliklinisk behandling. Andelen døgnopphold med 0–1 liggedager øker jevnt i perioden fra 27 prosent i 2003 til 38 prosent i 2013, samtidig som opphold med 10 liggedager eller mer har blitt redusert fra 16 prosent til 9 prosent. Denne endringen vises også gjennom reduksjon i median og gjennomsnittlig liggetid.

Hjerte-/hjernekar-pasienter har ofte behov for akutt behandling og tabellen viser at andelen akutte innleggelser er på rundt 78 prosent i hele perioden. For hjerneslag er andel akutte innleggelser tilnærmet 100 prosent (tabell 8.7). Derimot viser tabell 8.3 at det i perioden 2003 til 2013 har vært en svak økning i andel døgnopphold hvor det er gjennomført kirurgiske prosedyrer. Samme trend finner vi også når vi ser på antall kirurgiske døgnopphold per innbygger. Dersom vi ser på døgn- og dagopphold samlet er økningen i andel noe sterkere, hvilket indikerer en relativt sett sterkere vekst i dagkirurgiske opphold.

Antall dagopphold varierer en del mellom enkelte år, hvilket til en viss grad kan forklares av mer datateknisk og registreringsmessig karakter.¹²

I perioden 2003–2013 har det også vært en vekst i polikliniske konsultasjoner for hjerte-/hjernekar-pasientene, både absolutt og per innbygger. Det er ingen

11) NCD-strategi 2013–2017, Helse- og omsorgsdepartementet 2013

12) Det observeres en markert reduksjon i opphold i mer uspesifikke DRG-er (DD-DRG-er) fra 2009–2013 og det er derfor usikkert om den aktiviteten i kommende år registreres som døgnopphold med liggetid 0 eller poliklinisk konsultasjon.

Tabell 8.3. Hovedtall for sykehusaktivitet knyttet til hjerte/hjernekar-pasienter i perioden 2003–2013.

Indikator	2003	2007	2009	2013	Endring 2003-2013	Endring 2009-2013
Pr 1000 innbyggere						
Pasienter	30,9	0,0	27,6	27,9		0,3
Døgnopphold	21,0	20,8	20,4	20,0	-0,9	-0,4
Liggedager	122,1	106,3	95,5	83,5	-38,6	-12,0
Dagopphold	1,6	2,9	2,4	1,4	-0,2	-1,0
Polikliniske konsultasjoner	33,1	34,2	36,1	37,0	3,9	0,9
Andre indikatorer						
Andel døgnopph med 0-1 liggedager	27 %	33 %	35 %	38 %	12	3
Andel døgnopph med 10+ liggedager	16 %	13 %	12 %	9 %	-6	-2
Gj liggetid døgnopph	5,8	5,1	4,7	4,2	-1,7	-0,5
Median liggetid døgnopph	3	3	2	2	-1	0
Andel akutte døgnopph	78 %	79 %	80 %	78 %	0	-1
Andel kirurgiske døgnopph	17 %	20 %	20 %	22 %	5	3
Konsultasjoner per pasient	1,6		1,7	1,7		0,0
Volumtall (N)						
Pasienter	141 428	-	134 191	142 580	-	8 389
Døgnopphold	95 986	98 410	99 222	102 376	6 390	3 154
Liggedager	559 017	503 575	463 834	426 573	-132 444	-37 261
Dagopphold	7 466	13 861	11 557	7 273	-193	-4 284
Polikliniske konsultasjoner	151 352	162 112	175 298	188 810	37 458	13 512

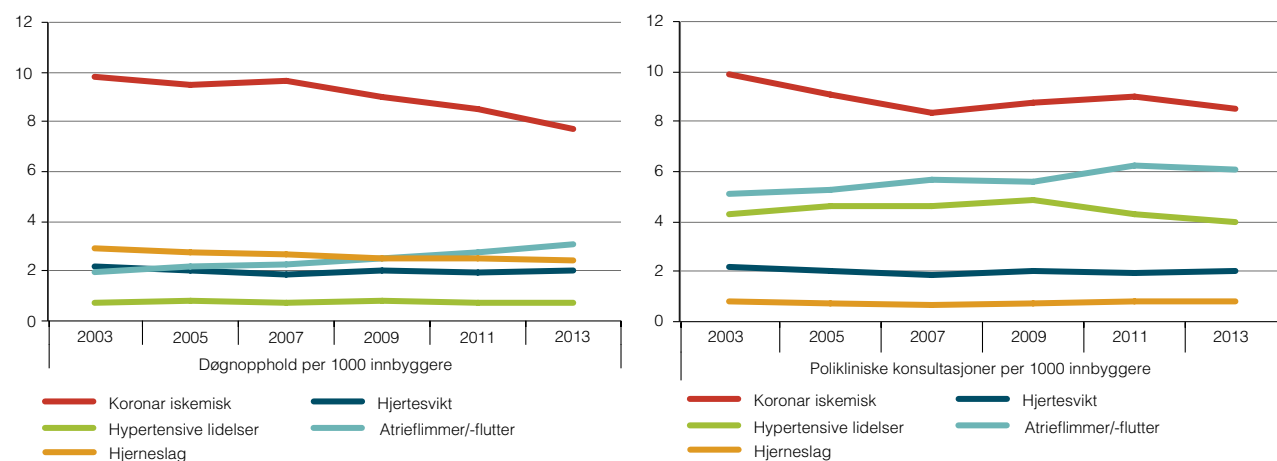
indikasjoner på at den veksten som kommer etter 2009 kan knyttes til økning i konsultasjoner per pasient, nivået er på nær 1,7 i begge ender av perioden.

For noen undergrupper av hjerte-/hjernekar-pasienter finner vi til dels samme utviklingstrekk som for gruppen samlet. Det er utarbeidet tall for gruppene koronar iskemiske hjertesykdommer, hypertensive lidelser, hjertesvikt, atrieflimmer/-flutter og hjerneslag. I figur 8.4 vises utviklingen i døgnopphold og polikliniske konsultasjoner for disse gruppene. Døgnaktiviteten per innbygger

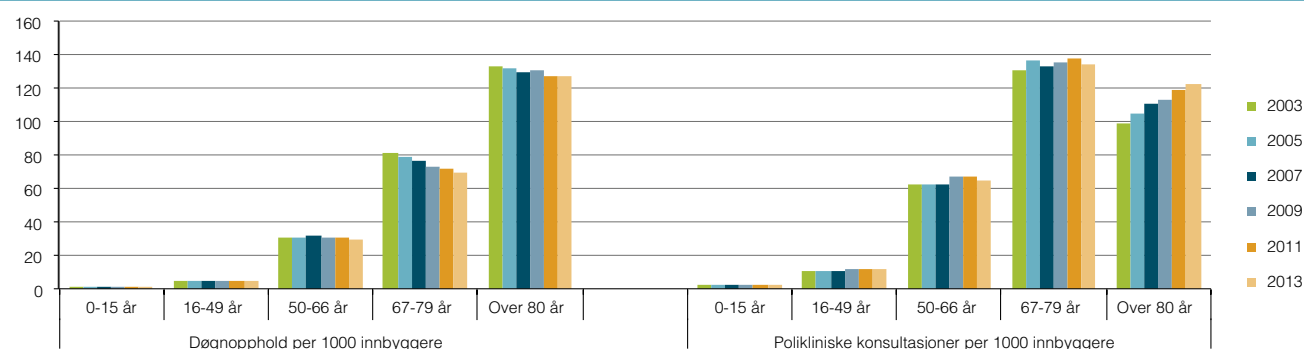
reduseres for koronar iskemisk og hjerneslag, er relativt stabilt for hjertesvikt og hypertensive lidelser og øker for pasienter med atrieflimmer/-flutter. Sistnevnte pasientgruppe har derfor en annen utvikling enn det man ser mange andre grupper.

For poliklinisk virksomhet har nivået per innbygger variert noe for tre av gruppene. Atrieflimmer/-flutter har også en økning i rate for poliklinikk, mens for pasienter med koronar iskemisk hjertesykdom er nivået i 2013 noe lavere enn i 2003, men på linje med 2009-nivået.

Figur 8.4 Døgnoophold og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere for utvalgte undergrupper av hjerte-/hjernekar sykdommer i perioden 2003-2013.



Figur 8.5 Døgnoophold og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere for hjerte-/hjernekar-sykdommer samlet i perioden 2003-2013.



Alderssammensetningen er en annen dimensjon det kan være interessant å se utviklingstall for. Vi er i startfasen av den kommende eldrebølgen og det er et spørsmål om dette vises i utviklingstallene. Figur 8.5 viser sammensetningen for døgnoophold og polikliniske konsultasjoner. Raten per 1000 innbyggere for gruppen 50-66 år er tilnærmet uendret alle årene. Derimot ser vi at døgnoopholds-raten reduseres for gruppen 67-79 år, og til dels også for den eldste gruppen (80 år og over). For poliklinisk virksomhet er det et rimelig stabilt nivå i hele perioden for alle grupper unntatt de eldste, hvor raten øker i alle årene.

8.6 KOLS-pasienter

KOLS (Kronisk Obstruktiv LungeSykdom) er en av de fire ikke-smittsomme kroniske sykdommene som er omfattet av NCD-strategien utarbeidet av HOD. Helsedirektoratet har gjort beregninger som tilsier at nærmere 250 000 til 300 000 personer i Norge har besvær på grunn av KOLS, men om lag halvparten av disse har ikke fått diagnosen KOLS. Dette er derfor en av vår tids folkesykdommer. Årsaker til KOLS i Norge er primært sigaretttrøyk, samt eksponering av gasser eller svevestøv. KOLS er en samlebetegnelse for kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem. Det karakteriseres ved en utbredt betennelse i lungene som gir obstruksjon av luftveiene og økt slimproduksjon. Betennelsen skader også lungeblærene slik at overflaten blir mindre og at lungevevet blir mindre

Tabell 8.4. Hovedtall for sykehusaktivitet knyttet til KOLS-pasienter i perioden 2003-2013.

Indikator	2003	2007	2009	2013	Endring 2003-2013	Endring 2009-2013
Pr 1000 innbyggere						
Pasienter med KOLS (hdiag)	3,7		3,4	3,4		0,0
Døgnopphold KOLS (hdiag)	1,9	2,1	2,0	2,1	0,2	0,1
Døgnopphold relevante KOLS diag	3,3	3,7	3,4	3,4	0,1	0,0
Liggedager relevante KOLS diag	27,4	29,1	26,1	22,7	-4,8	-3,4
Konsultasjoner relevante KOLS diag	3,7	4,0	4,7	4,6	1,0	0,0
Andre indikatorer						
Andel døgnopph m 0-1 liggedager relevante KOLS diag	10 %	11 %	12 %	12 %	2	0
Andel døgnopph m 10+ liggedager relevante KOLS diag	27 %	24 %	24 %	19 %	-8	-5
Gj liggetid relevante KOLS diag	8,4	7,9	7,7	6,6	-1,8	-1,1
Median liggetid relevante KOLS diag	6	5	5	5	-1	0
Andel akutte døgnopph relevante KOLS diag	89 %	89 %	90 %	90 %	1	0
Volumtall (N)						
Pasienter med KOLS (hdiag)	16 948		16 719	17 565		846
Døgnopphold KOLS (hdiag)	8 776	9 949	9 656	10 802	2 026	1 146
Døgnopphold relevante KOLS diag	14 932	17 560	16 487	17 429	2 497	942
Liggedager relevante KOLS diag	125 626	137 888	126 732	115 792	-9 834	-10 940
Konsultasjoner relevante KOLS diag	16 794	18 899	22 595	23 633	6 839	1 038

elastisk. Dette reduserer lungefunksjonen og evnen til å ta opp oksygen.

I dette avsnittet ser vi både på pasienter med KOLS som hovedtilstand, samt pasienter som har andre relevante diagnoser (herunder lungebetennelse, andre akutte infeksjoner i nedre luftveier og emfysem) i forbindelse med KOLS. Bakgrunnen for dette er at KOLS-pasienter i en del tilfeller gis behandling for andre luftveissykdommer, men at det ofte er KOLS-sykdommen som er den bakenforliggende årsaken til de andre sykdommene. Vår definisjon av andre relevante sykdommer har til hensikt å fange opp de viktigste gruppene, ikke nødvendigvis få med alle mulige relevante sykdommer.

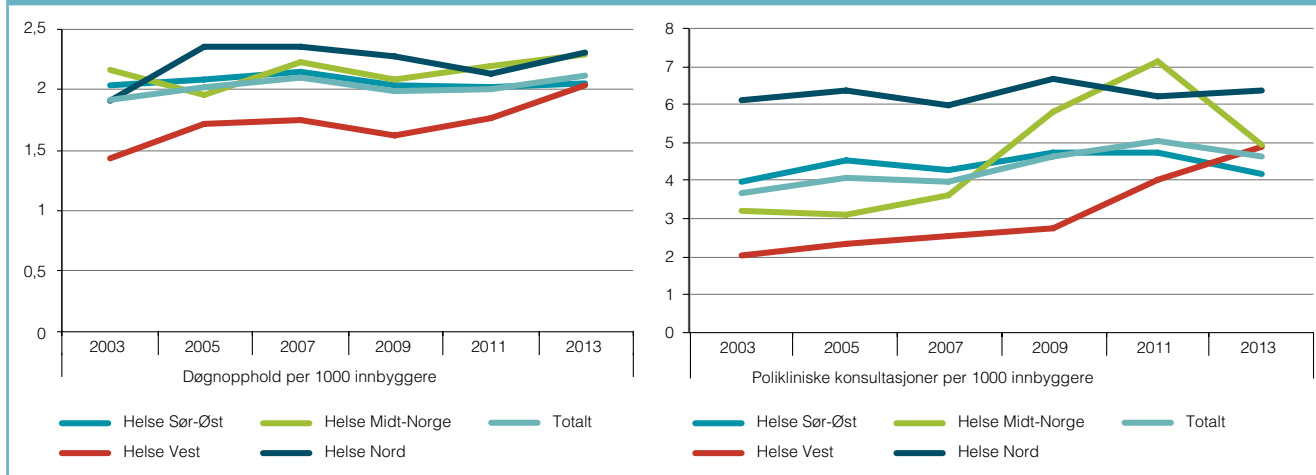
Tabell 8.4 viser noen hovedtall for sykehusaktivitet for pasienter med registrert KOLS-diagnose, samt pasienter med andre nærliggende og relevante diagnoser for KOLS-pasienter. Antall pasienter med KOLS som hovedtilstand ved somatiske sykehus var drøyt 17 500 i 2013, og målt per innbygger var nivået i 2013 det samme som i 2009. Dersom man ser på pasienter som har KOLS som

hoved- eller tilleggstilstand var antallet pasienter i 2013 nær 134 000, og målt per 1000 innbyggere var dette 26,2 pasienter.

I perioden 2003 til 2013 har det vært en økning i antall døgnopphold, både for pasienter med KOLS som hovedtilstand og for pasienter med andre relevante tilstander i forbindelse med KOLS. Økningen er noe høyere enn befolkningsveksten, slik at målt per innbygger er nivået litt høyere i 2013 enn i 2003. Samtidig viser tabell 8.4 at det også for KOLS-pasienter har vært en reduksjon i antall liggedager perioden sett under ett, et utviklingstrekk man som nevnt finner for mange pasientgrupper.

Pasienter med KOLS som legges inn i sykehus har normalt en akutt forverring og er til dels svært dårlig. Andelen akutte innleggelser ligger på om lag 90 prosent i hele perioden. Innlagte KOLS-pasienter har ofte behov for lengre opphold. Gjennomsnittlig liggetid har blitt redusert noe i perioden, men er fortsatt på nær 7 dager i 2013. Om lag 10 prosent av døgnoppholdene for KOLS-pasientene har 0 eller 1 liggedag, en andel som har vært stabil i hele

Figur 8.6 Døgnoophold og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere regionalt for KOLS-pasienter i perioden 2003–2013.



perioden. Det er de lengste oppholdene som har blitt noe redusert (inkludert opphold med 5–9 liggedager), mens opphold med 2–4 liggedager har økt sin andel. Selv om det er bevegelse mot kortere liggetid for en del KOLS-pasienter, er det fortsatt slik at dette er pasienter som normalt trenger behandling og oppfølging over flere dager i sykehus.

Antall polikliniske konsultasjoner for KOLS-pasienter målt per innbygger økte fra 3,7 per 1000 i 2003 til 4,6 per 1000 i 2013, men var stabilt fra 2009–2013. Økende bruk av poliklinisk behandling og oppfølging er et utviklings-trekk man ser for mange pasientgrupper. Samtidig vil det nok være slik at deler av denne veksten i polikliniske konsultasjoner kan skyldes utvidelse av datagrunnlaget på grunn av endringer i regler i ISF-ordningen.¹³

Figur 8.6 viser regional utvikling i døgnoophold og polikliniske konsultasjoner per innbygger for pasienter med KOLS som hovedtilstand. Helse Vest har en sterkere vekst både i døgnoophold og konsultasjoner per innbygger enn de andre regionene, men startet også med et lavere nivå i 2003.¹⁴ Aktivitetsveksten i Helse Vest har derfor bidratt til å redusere forskjeller i rate mellom regionene. Helse Midt-Norge har også en sterk vekst i

konsultasjoner per innbygger, særlig fra 2007–2011. Nivået faller imidlertid markert fra 2011 til 2013.¹⁵

KOLS er en sykdom som i stor grad rammer godt voksne mennesker. I sykehusene er det først for aldersgruppen 50–66 år man finner et visst volum av døgnoophold og polikliniske konsultasjoner, med en rate for døgnoophold per 1000 innbyggere på drøyt 4. Dette øker betydelig for de neste aldersgruppene, pasienter 67–79 år har mellom 15–20 døgnoophold per 1000 innbyggere, mens tilsvarende tall for de eldste (80 år og over) er om lag 22 per 1000 innbyggere i perioden 2003–2013. Døgnoophold per innbygger har vært stabil for gruppen 50–66 år, har blitt svakt redusert for de mellom 67 og 79 år (etter først å ha økt fra 2003–2007, mens de eldste har hatt en svak økning i raten fra 2003 til 2013.

8.7 Pasienter med diabetes

Det antas at om lag 375 000 personer har diabetes her i landet, hvorav ca 25 000 med diabetes type 1 og resten med diabetes type 2. Man regner med at halvparten av de med type 2 ikke er klar over at de har sykdommen. Diabetes type 1 kalles også for insulinavhengig diabetes

13) Dette er knyttet til endrede regler for utførende helsepersonell ved at flere enn leger kunne utløse refusjon for definerte konsultasjoner. Data for 2011 og 2013 viser at om lag 1/3 av konsultasjonene er registrert utført av sykepleiere og annet helsepersonell. Dette er relativt stabilt i de to årene.

14) For polikliniske konsultasjoner er det særlig vekst i aktivitet ved Helse Stavanger som bidrar mye for Helse Vest sine utviklingstall.

15) For Helse Midt-Norge er det endringer i registrert aktivitet ved St Olavs Hospital som i stor grad ligger bak endringstallene.

Tabell 8.5. Hovedtall for sykehusaktivitet knyttet til pasienter med diabetes som hovedtilstand i perioden 2003–2013.

Indikator	2003	2007	2009	2013	Endring 2003-2013	Endring 2009-2013
Pr 1000 innbyggere						
Pasienter med diabetes hdiag	7,4		8,8	9,0		0,2
Døgnopphold diabetes hdiag	1,3	1,1	1,1	1,0	-0,2	-0,1
Døgnopphold type 2 hdiag	0,3	0,4	0,4	0,4	0,0	0,0
Liggedager type 2 hdiag	1,6	1,9	1,9	1,5	-0,1	-0,4
Konsultasjoner type 2 hdiag	5,5	7,4	8,8	9,3	3,8	0,5
Andre indikatorer						
Andel døgnopph med 0-1 liggedager	22 %	26 %	26 %	28 %	6	3
Andel døgnopph med 10+ liggedager	11 %	10 %	10 %	6 %	-4	-3
Gj liggetid døgnopph	4,9	4,7	4,5	4,1	-0,8	-0,4
Median liggetid døgnopph	4	3	3	3	-1	0
Andel akutte døgnopph	77 %	80 %	85 %	80 %	4	-4
Volumtall (N)						
Pasienter med diabetes hdiag	33 700		42 824	45 872		3 048
Døgnopphold diabetes hdiag	5 738	5 274	5 171	5 139	-599	-32
Døgnopphold type 2 hdiag	1 526	1 958	2 039	1 905	379	-134
Liggedager type 2 hdiag	7 394	9 171	9 131	7 713	319	-1 418
Dagopphold type 2 hdiag	489	1 332	359	193	-296	-166
Konsultasjoner type 2 hdiag	25 003	35 268	42 680	47 549	22 546	4 869

og er mest vanlig for barn, ungdom og unge voksne. Type 2 diabetes kommer normalt ved 40 års alderen og øker kraftig med høyere alder. Type 2 kommer i mange tilfeller gradvis med diffuse symptomer og er derfor vanskeligere å diagnostisere tidlig. Diabetes som ikke behandles riktig kan på sikt gi alvorlige komplikasjoner som eksempelvis hjerte-kar lidelser, øyesykdommer, samt nerveskader og dårlig blodomløp i beina.

I tabell 8.5 presenteres noen hovedtall for sykehusaktivitet knyttet til pasienter med diabetes som hovedtilstandskode. I 2013 var det nær 46 000 pasienter med diabetes som hadde et opphold eller konsultasjon ved sykehus her i landet. Sammenlignet med 2009 var det en økning på om lag 3000 pasienter, en økning omtrent på linje med befolkningsutviklingen.

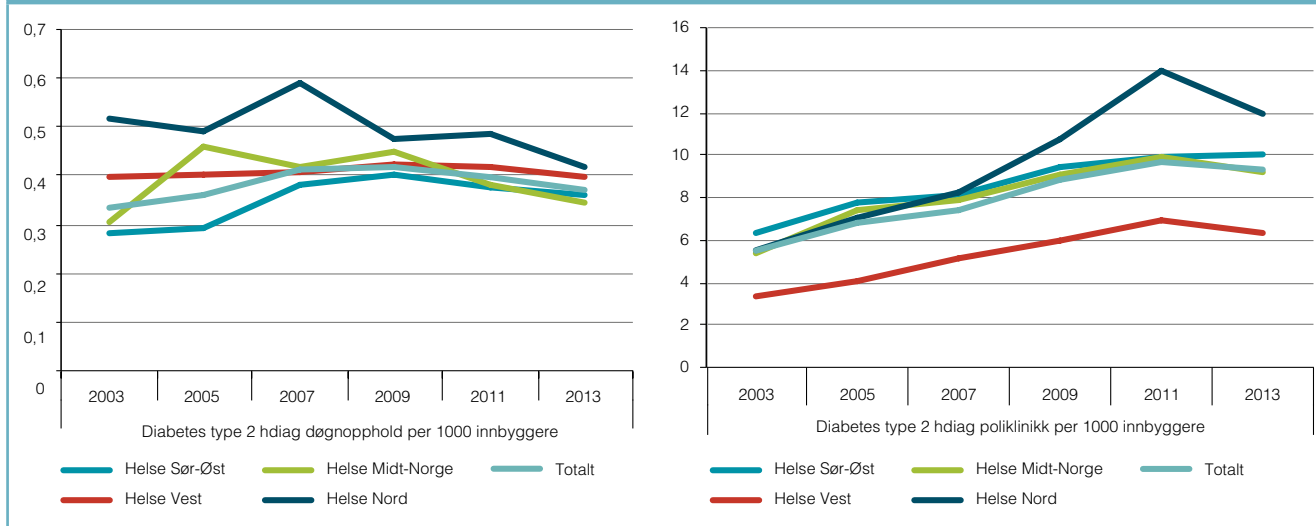
Antall døgnopphold for pasienter med diabetes som hovedtilstand har vært rimelig stabilt siden 2007 med 1,1 per 1000 innbyggere.

Det er diabetes type 2 som utgjør det store volumet av pasienter med diabetes og det er også denne formen for diabetes det er mulig å forebygge noe gjennom f eks kosthold, fysisk aktivitet og liknende. Dette gjelder i mindre grad for diabetes type 1. I det videre ser vi derfor på aktivitet for pasienter med diabetes type 2.

Liggedagene for pasienter med type 2 økte noe først i perioden 2003–2013, men har deretter blitt redusert til et nivå på linje med 2003. Gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene reduseres fra 4,9 til 4,1 dager i 2013, og man ser også at andelen døgnopphold med middels eller lang liggetid går noe ned, fra 11 prosent i 2003 til 6 prosent i 2013.

Antall dagopphold har variert en del i perioden 2003–2013, med et noe avvikende høyt nivå i 2007, mens det for de andre årene er et relativt lavt nivå sammenlignet med døgnoppholdene.

Figur 8.7 Antall døgnoophold og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere for pasienter med diabetes type 2 som hovedtilstand i perioden 2003–2013.



Poliklinisk virksomhet øker i hele perioden, på linje med det vi har sett for mange andre pasientgrupper. Vekst-takten avtar imidlertid noe utover i perioden.

Det er svært få døgnoophold knyttet til pasienter med diabetes type 2 som hovedtilstand, som vist i tabell 8.5 og figur 8.7. Dette har holdt seg stabilt i hele perioden for alle regioner. Pasienter med diabetes type 2 følges i større grad opp poliklinisk, og aktiviteten har vært økende målt per innbygger i perioden 2003–2011, med en utflating eller liten nedgang fra 2011 til 2013. Utviklingen er til dels lik i regionene, med unntak av en noe sterkere vekst i Helse Nord (2007–2011) og et lavere nivå per innbygger i Helse Vest, som til dels kan skyldes en relativt sett yngre befolkning.

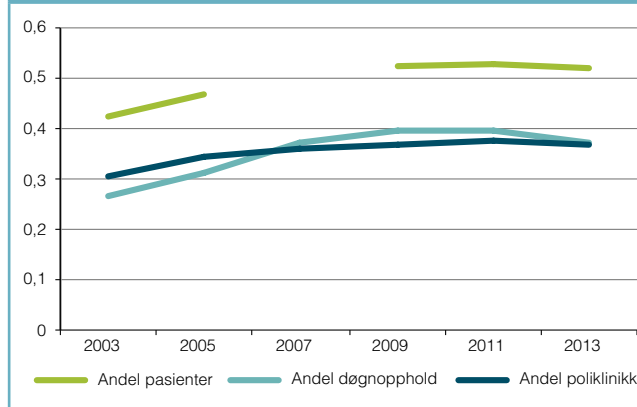
Det er som kjent flere årsaker til økningen i omfanget av personer med diabetes. Endringer i kostholdsvaner og fysisk aktivitet er en del av dette, som igjen har vært en av flere faktorer bak økningen av overvekt her i landet. Vi finner imidlertid ikke noen tydelig trend i aktivitetsdata fra sykehusene om pasienter behandlet for overvekt i økende grad er registrert med diabetes. Men det er en økning per innbygger for aktivitet knyttet til pasienter med fedme/overvekt som hovedtilstand.

Figur 8.8 viser hvor stor andel av samlet aktivitet for diabetes-pasienter i sykehus som genereres av diabetes type 2, gitt at dette er registrert som hovedtilstand. Det fremgår av figuren at aktivitet knyttet til type 2 har utgjort en økende andel i første del av perioden

(frem mot 2009/2011). Veksten i denne andelen har imidlertid vært avtakende og viste også tegn til reduksjon i 2013. Datagrunnlaget viser at raten for diabetes samlet reduseres frem mot 2011, hvor den stabiliserer seg. Raten for type 2 diabetes er på den annen side stabil mye av perioden, men reduseres litt i siste del av perioden.

Pasienter med diabetes type 2 har som vist få døgnoophold per innbygger, men raten er økende med alder. Pasienter i aldersgruppen 50–66 år har i 2013 et nivå på 0,5 per 1000 innbyggere, dette øker til 1 per 1000 innbyggere for de mellom 67–79 år og til om lag 2 per 1000 innbyggere for de eldste. Antall polikliniske konsultasjoner er tilsvarende ca 20 per 1000 for aldersgruppen 50–66 år, ca 25 per 1000 for 67–79 år og ca 15 per 1000 for pasienter 80 år og eldre.

Figur 8.8 Andel diabetes type 2 av diabetes samlet (diabetes som hovedtilstand) i perioden 2003–2013.



Tabell 8.6. Antall pasienter med minst et døgnopphold per 1000 innbyggere for hovedkategorier basert på hovedtilstandskode i ICD-10 for utvalgte år i 2003-2013.

	Estimerte døgnpasienter per 1000 innb		Døgnpasienter per 1000 innb		Endring	
	2003	2005	2009	2013	2003-2005	2009-2013
Visse infeksjons- og parasittsykdommer	3,7	4,1	4,3	3,9	0,4	-0,4
Svulster	9,2	9,4	8,5	8,3	0,2	-0,2
Sykd i blod, bloddannede organ og immunforsvaret	0,9	1,0	1,1	1,2	0,1	0,1
Endokrine sykd, ernæringsyk og metabolske forstyrrelser	2,2	2,3	2,6	2,8	0,1	0,2
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	1,7	1,7	2,0	2,1	0,0	0,1
Sykd i nervesystemet	5,6	6,3	5,4	5,1	0,7	-0,3
Sykd i øyet og øyets omgivelser	1,4	1,2	0,9	1,0	-0,2	0,1
Sykd i øre og ørebensknute	0,7	0,8	0,8	0,8	0,1	0,0
Sykd i sirkulasjonssystemet	16,3	16,1	15,6	15,0	-0,2	-0,6
Sykd i åndedrettssystemet	11,3	11,9	10,8	10,1	0,5	-0,7
Sykd i fordøyelses-systemet	9,7	9,9	9,6	10,0	0,2	0,4
Sykd i hud og underhud	1,6	1,6	1,3	1,3	0,0	0,0
Sykd i muskel- skjelettsystem og bindevev	9,8	9,5	9,1	9,6	-0,2	0,4
Sykd i urin og kjønnsorganer	7,5	7,9	7,4	7,4	0,5	0,0
Svangerskap, fødsel og barselstid	2,3	2,3	2,3	2,1	0,0	-0,2
Tilstander som oppstår i perinatalperioden	1,1	1,2	1,1	0,9	0,1	-0,2
Medfødte misdannelser, deformitet, kromosomavvik	1,1	1,1	1,0	0,9	0,0	0,0
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	9,5	10,5	11,2	12,4	1,0	1,2
Skader, forgiftninger og konsek av ytre årsak	15,3	15,7	15,5	15,5	0,3	0,0
Fødsler	12,3	12,1	12,5	11,3	-0,2	-1,2
Friske nyfødte	11,4	11,2	11,8	10,6	-0,1	-1,1
Rehabilitering (hdiag)	3,2	3,2	2,6	1,7	0,1	-0,9

Tabell 8.7. Hovedtall for sykehusaktivitet knyttet til pasienter med hjerneslag i perioden 2003-2013.

Indikator	2003	2007	2009	2013	Endring 2003-2013	Endring 2009-2013
Pr 1000 innbyggere						
Pasienter	3,2		2,5	2,3		-0,1
Døgnopphold	2,9	2,7	2,5	2,4	-0,5	-0,1
Liggedager	34,1	29,5	25,5	20,3	-13,8	-5,2
Polikliniske konsultasjoner	0,8	0,7	0,8	0,8	0,0	0,1
Andre indikatorer						
Andel døgnopph med 0-1 liggedager	13 %	13 %	14 %	14 %	1	-1
Andel døgnopph med 10+ liggedager	37 %	36 %	33 %	25 %	-12	-8
Gj liggetid døgnopph	11,6	11,0	10,2	8,5	-3,1	-1,7
Median liggetid døgnopph	7	6	6	5	-2	-1
Andel akutte døgnopph	93 %	97 %	97 %	97 %	3	-1
Volumtall (N)						
Pasienter	14 614		12 123	11 983		-140
Døgnopphold	13 484	12 670	12 161	12 240	-1 244	79
Liggedager	156 295	139 915	123 959	103 859	-52 436	-20 100
Dagopphold	202	1 158	1 710	895	693	-815
Polikliniske konsultasjoner	3 690	3 160	3 680	4 293	603	613

Tabell 8.8. Definisjon av pasientgrupper inkludert i analysen/datagrunnlaget.

Pasientgruppe	Definisjon koder	Kommentar
Kreftsykdommer	Hovedtilstandskode C0x.x-C9x.x, samt kjemoterapi (DRG 410x og 492x)	Strålebehandling inngår ikke i data før 2009 og er derfor ekskludert. Etterundersøkelser (Z08.x) og etterbehandling (Z42.x-Z48.x) inngår ikke. Ovennevnte gjelder også for de spesifikke undergruppene.
Kjemoterapi	Episode gruppert i DRG 410A-D eller DRG 492, 4920	
Brystkreft	Hovedtilstandskode C50.x, samt kjemoterapi hvor C50.x er tilleggskode	
Prostatatkreft	Hovedtilstandskode C61.x, samt kjemoterapi hvor C61.x er tilleggskode	
Lungekreft	Hovedtilstandskode C34.x, samt kjemoterapi hvor C34.x er tilleggskode	
Tyktarmskreft	Hovedtilstandskode C18.x, samt kjemoterapi hvor C18.x er tilleggskode	
Malign melanom	Hovedtilstandskode C43.x, samt kjemoterapi hvor C43.x er tilleggskode	
Hjerte/hjernekar sykdommer	Hovedtilstandskode I0x.x-I5x.x, I60.x-I64.x	Sykdommer hos gravide, fødende og kvinner i barseltid, samt medfødte lidelser og hjerte-karforstyrrelser som oppstår i perinatalperioden er ikke inkludert i datagrunnlaget.
Koronar iskemisk hjertesykdom	Hovedtilstandskode I20.x-I22.x, I24.x-I25.x	
Hypertensive lidelser	Hovedtilstandskode I10.x-I13.x, I15.x	Svangerskapshypertensjon er ikke inkludert i datagrunnlaget.
Hjertesvikt	Hovedtilstandskode I50.x, I42.0	
Atrieflimmer/-flutter	Hovedtilstandskode I48.x	
Hjerneslag	Hovedtilstandskode I60.x-I64.x	Det kan diskuteres om subaraknoidalblødning (I60.x), subduralblødning (I62.0) og epiduralblødning (I62.1) skal klassifiseres som hjerneslag, men er inkludert i datagrunnlaget.
KOLS		
KOLS som hovedtilstand	Hovedtilstandskode J44.x	
KOLS relevante tilstander	Hovedtilstandskode J00.x-J22.x, J43.x og J44.x	
Diabetes pasienter		
Diabetes samlet	Hovedtilstandskode E10.x-E14.x og O24.x	
Diabetes type 2	Hovedtilstandskode E11.x og O24.1	

9

Strukturendringer i pasientbehandlingen 2003–2013

For dag- og døgnopphold totalt, har sykehusstrukturen vært overveiende stabil i perioden fra 2003 til 2013. Lokalsykehusenes andel av oppholdene var 24–25 prosent gjennom hele perioden og de høyt spesialiserte sykehusenes andel var mellom 34 og 36 prosent. Vi finner noe økning i de midt- og høyt spesialiserte sykehusenes andel av pasientbehandlingen de senere årene, fra 34 prosent i 2005 til 37 prosent i 2013. Økningen kan bl.a. knyttes til økt omfang av pasientbehandling ved Universitetssykehuset i Akershus på bekostning av Oslo Universitetssykehus¹. De private kommersielle sykehusenes andel av behandlingene var tre prosent i både 2003 og 2013.

Fra 2003 til 2013 har lokalsykehusenes andel av medisinsk akuttbehandling vært omtrent uendret, men for spesifikke pasientgrupper (fødsler, diabetes type II), samt kirurgisk akuttbehandling finner vi større endringer.

Fødselsomsorgen har blitt mer konsentrert til de høyt spesialiserte og middels spesialiserte sykehusene. Endringene kommer tydelig fram i Helse Midt-Norge, hvor St. Olavs Hospital har økt sin andel av fødslene gjennom hele perioden, samt i Helse Sør-Øst fra 2011 til 2013. I disse årene har Oslo Universitetssykehus økt sin andel av fødslene i Helse Sør-Øst.

Det var like mange behandlingssenheter for kirurgisk akuttbehandling i 2013 som i 2003, men de høyt spesialiserte sykehusene økte sin andel av behandlingene på bekostning av lokalsykehusene.

Vi finner også en tydelig sentralisering av høyt spesialiserte operasjoner for endetarmskreft, operasjoner for pankreaskreft og kreft i spiserøret. Noen mindre eller middels spesialiserte prosedyrer har også økt sentralisering; operasjoner av åreknuter, grå stær og lumbalt skiveprolaps. For disse øker de høyt spesialiserte sykehusenes andel av behandlingene.

Ved operasjoner av tykktarmskreft og brystkreft øker de middels store sykehusenes andel av behandlingene gjennom perioden, mens lokalsykehusene øker sin andel av primære hofte- og kneproteseoperasjoner, kolecystektomier og opphold for diabetesbehandling. De høyt spesialiserte sykehusenes andel av diabetesbehandling faller fra 33 til 22 prosent gjennom perioden. Private kommersielle sykehus øker sin andel av andre operasjoner på kne og legg, samt åreknuteoperasjoner.

1) Universitetssykehuset i Akershus er klassifisert som et middels spesialisert sykehus, mens Oslo universitetssykehus er klassifisert som høyt spesialisert.

9.1 Bakgrunn

Det finnes ingen fasit som forteller oss hvilket behandlingsvolum som gir best kvalitet og resultat for pasientene. For noen kirurgiske prosedyrer finnes det forskning som viser at et visst behandlingsvolum gir bedre resultater enn et lavere volum², men behandlingsresultatet vil også avhenge av andre forhold.

Analysen i evalueringen av sykehusreformen (Norges Forskningsråd 2007³) viste at lokalsykehusenes andel av opphold totalt ble redusert med i underkant av to prosentpoeng i perioden fra 1999 til 2005 til fordel for høyt spesialiserte institusjoner og private kommersielle sykehus.

I forbindelse med Resultatevalueringen av sykehusreformen ble det stilt spørsmål ved om oppgavefordelingen mellom sykehusene hadde blitt endret gjennom reformen for både høyt spesialiserte og mindre spesialiserte prosedyrer. Utviklingen i sentraliseringsgraden av pasientbehandling, både for pasientbehandling generelt, og for mer og mindre spesialiserte prosedyrer ble derfor analysert for perioden fra 1999 til 2005 (Huseby & Jensberg, 2007). Analysene viste at den kirurgiske akuttbehandlingen og fødselsomsorgen, og tre av ni spesialiserte prosedyrer⁴, ble mer sentralisert etter eierskapsreformen. For to av åtte mindre spesialiserte prosedyrer ble det funnet en desentraliserende utvikling etter eierskapsreformen.

Ytterligere analyser av sentralisering og desentralisering av ulike pasientbehandlinger i Norge i perioden fra 2002 til 2007 (Huseby 2007)⁵ viste økt sentralisering av kirurgisk akuttbehandling, fødsler, noen høyt spesialiserte prosedyrer (kreft i endetarm, behandling av abdominale aorta-aneurismer, avansert ryggkirurgi,

brystkreft og kreft i bukspyttkjertelen). For primære kne- og hofteproteseoperasjoner, andre operasjoner på kne og legg, operasjoner av lumbalt skiveprolaps ble det funnet økt desentralisering. Dette kapitlet er en videreføring av disse analysene, hvor vi tar inn noen flere pasientbehandlinger. Det foregår fortsatt en diskusjon om oppgavefordelingen i sykehusene og spørsmålet om sentralisering av pasientbehandling. Vi setter nå fokus på strukturendringene i pasientbehandlingen generelt og for en rekke kirurgiske og medisinske behandlinger i perioden fra 2003 til 2013. Strukturendringene beskrives i forhold til konsentrasjonsnivået og spredningen av behandlingene (Herfindahl-Hirschman-indekser) og i forhold til utviklingen i den hierarkiske rangordningen mellom behandlingsenhetene (andel behandling ved høyt spesialiserte sykehus, middels spesialiserte sykehus og lavt spesialiserte sykehus/lokalsykehus).

9.2 Datagrunnlag og definisjoner

Data i dette kapitlet er fra Norsk pasientregister (NPR). Data fra 2003 til 2007 er utarbeidet i Nært samarbeid med NPR.

Datagrunnlaget inkluderer informasjon om alle typer opphold og konsultasjoner som ble avsluttet i kalenderåret ved samtlige somatiske sykehus og helseforetak i perioden fra 2003 til 2013. Offentlig finansierte opphold og konsultasjoner ved private sykehus er også inkludert.

I dette kapitlet er det lagt stor vekt på å gjøre data sammenlignbare fra 2003 til 2013. Dette gjør det nødvendig å ta ut noen typer opphold og behandling som ikke inngår i data for hele perioden. Tallene i dette kapitlet vil derfor kunne avvike fra tall som er presentert

2) SMM (2001/2). Pasientvolum og behandlingskvalitet. Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgranskning. Senter for medisinsk metodevurdering. SINTEF rapport STF78 A014002.

Kunnskapssenteret (2007). Pasientvolum og behandlingskvalitet ved hjerte- og karsykdommer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 10-2007. Medisinsk metodevurdering.

3) Beate M. Huseby og Heidi Jensberg 2007: «Sentralisering og desentralisering av kirurgisk pasientbehandling etter sykehusreformen» I Resultatevaluering av sykehusreformen, Norges Forskningsråd 2007.

4) Konsentrasjonsnivået av operasjoner av brystkreft, kreft i spiserøret og abdominale aortaaneurismer var signifikant høyere etter sykehusreformen enn før reformen.

5) «Strukturendringer i pasientbehandlingen fra 2002 til 2007». I SAMDATA sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007. SINTEF Helse.

i tidligere utgaver av Samdata. Analysene i dette kapitlet er eksklusive:

- Polikliniske kontakter
- Dagbehandling for dialyse (DRG 317x)
- Dagrehabilitering med hovedtilstand Z50 eller DRG 462x
- Opphold ved Oslo legevakt eller Bergen legevakt⁶

Dagbehandling for dialyse er ekskludert fordi dette er behandling av stort omfang med mange behandlinger per pasient og påvirker ratene for dagbehandling sterkt. Utviklingen i dialysebehandling er presentert i kapittel 7. Endringer i finansiering og manglende tilgjengelighet på data gjennom hele perioden gjør at data på rehabilitering ikke er sammenlignbar fra 2003 til 2013. Alle dagbehandlinger med hovedtilstand rehabilitering er derfor tatt ut.

I løpet av en tiårsperiode har det vært endringer i kodeverk, registreringskrav og regelverk. For å gjøre data sammenlignbar over tid er alle opphold med prosedyrekode CKD05 (injeksjon av medikament – øye) og CJB10 (Laserbehandling) definert som ikke-kirurgisk behandling. Alle fødsler og friske nyfødte (DRG370–75, DRG382, DRG390–91) er definert som øyeblikkelig hjelp.

Analysene er basert på behandlingsenheter som representerer institusjoner eller deler av en institusjon. For Sykehuset Innlandet HF har vi for eksempel skilt mellom 6 behandlingssteder: Elverum/Hamar, Kongsvinger, Tynset, Gjøvik, Lillehammer og Granheim lungesenter. For å kunne analysere endringer i konsentrasjonsnivået av ulike operasjoner og behandlinger, må vi ta utgangspunkt i behandlingsenheter som er sammenlignbare gjennom hele perioden fra 2003 til 2013. Det har imidlertid skjedd større endringer som påvirker sammenlignbarheten gjennom denne tidsperioden.

Mange av institusjonene har blitt omorganisert og fusjonert. Når en behandlingsenhet legges ned eller rapporterer sammen med en av de andre enhetene ved helseforetaket, påvirker dette antallet behandlingsenheter og kan også påvirke resultatene. Vi har derfor gjort en del tilpasninger i data for å lage sammenlignbare behandlingsenheter, i den grad det er mulig.

Endringer i innrapporteringssystemene på sykehusene gjør at det ikke alltid er mulig å skille mellom behandlingsenheter som tidligere var autonome institusjoner, men som inngår i samme helseforetak. For å gjøre data sammenlignbare har vi i disse tilfellene slått sammen data for institusjonene gjennom hele perioden. Oslo Universitetssykehus (OUS) er for eksempel slått sammen til en behandlingsenhet, da det ikke er mulig å identifisere behandlingssted etter overgangen til klinikkstruktur. Dette gjør at vi ikke kan analysere om det er en eller flere enheter ved OUS som utfører samme operasjon eller behandling.

For Sørlandet sykehus, Helse Førde og Universitetssykehuset i Nord-Norge har vi imidlertid gjort tilpasninger i stedet for å slå sammen institusjonene, da vi bare mangler informasjon fra de enkelte institusjonene i noen få år. I 2007 og 2009 rapporterte Sørlandet sykehus HF samlet for sine tre sykehus (Arendal, Flekkefjord og Kristiansand), og tilsvarende for Helse Førde HF. Dette innebærer at alle oppholdene er rapportert på henholdsvis Kristiansand og Førde. Vi har fordelt oppholdene i 2007 etter fordelingen til de operative enhetene i 2005-data og etter fordelingen i 2011 for 2009-data. Dette gjelder også Universitetssykehuset i Nord-Norge i 2009.

En del fødestuer er avviklet i perioden (for eksempel Lom fødestue fra og med 2005), samtidig er det noen fødestuer som ikke lenger kan identifiseres i pasientdata (for eksempel Alta helsesenter, Valdres fødestue og fødestua i Midt-Troms). Disse enhetene er rapportert på et høyere nivå, det vil si det sykehuset de er organisert under. Utviklingen i konsentrasjonsnivået for fødsler fremstår derfor som noe mer stabilt enn hva det ville vært dersom vi kunne identifisert disse enhetene. Ikke alle behandlingsenheter er like relevante for alle analysene, dette gjelder spesielt de kirurgiske operasjonene.

Private kommersielle sykehus er kodet som en felles behandlingsenhet for hver helseregion. For Helse Sør-Øst har vi i tillegg kodet en egen behandlingsenhet for private ideelle sykehus.

6) Rusakutten som i 2011 inngikk under Bergen legevakt, er også ekskludert i 2013. I 2013 var aktiviteten ved rusakutten rapportert under Haukeland.

Totalt sett inngår 64 offentlige behandlingsenheter i data både i 2003 og 2013. Nivået var høyest i 2005, med 66 behandlingsenheter. På Helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata finnes en oversikt over hvilke behandlingssteder som inngår i definisjonen av lokalsykehus, middels spesialiserte sykehus og høyt spesialiserte sykehus. Det har også vært endringer i HF-tilhørighet for noen sykehus i perioden. Blefjell Sykehus HF var for eksempel fram til 2009 en sammenslåing av Kongsberg, Notodden og Rjukan i Telemark og Buskerud. Da helseforetaket ble lagt ned i 2009 ble Kongsberg en del av Vestre Viken, mens Notodden og Rjukan ble overtatt av Sykehuset Telemark. Hålogalandssykehuset HF er også avviklet. Narvik og Harstad tilhører nå UNN, mens Stokmarknes heter Nordlandssykehuset Vesterålen og ligger under Nordlandssykehuset HF.

I dette kapitlet har vi analysert utviklingen i andel bruk av høyt spesialiserte sykehus, middels spesialiserte sykehus og lavt spesialiserte sykehus (lokalsykehus) for perioden fra 2003 til 2013, for ulike behandlinger og kirurgiske operasjoner. De pasientgruppene vi har valgt å analysere gjelder ulike aldersgrupper (barn, middelaldrende og eldre) og har ulikt omfang, alvorlighetsgrad og spesialiseringsnivå. Vi analyserer også utviklingen i konsentrasjonsgraden av disse behandlingene og operasjonene i perioden, og antall enheter som utfører behandlingene.

Analysene er gjennomført for følgende pasientgrupper:

- Pasienter som har mottatt akuttbehandling (akutt medisinsk behandling, akutt kirurgi, fødsler, lårhalsbrudd og appendektomi)
- Pasienter som har fått kirurgisk behandling⁷ (høyt spesialiserte kirurgiske behandlinger, mindre og middels spesialiserte kirurgiske behandlinger)
- Pasienter med hovedtilstand i ikke-smittsomme sykdommer (NCD); hjerte og hjerne-karsykdommer, sykdommer i luftveiene og diabetes II
- Døgn- og dagbehandling totalt

Definisjoner av pasientgruppene er tilgjengelig på Helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata.

Metode

Sentraliseringsbegrepet assosieres vanligvis med et geografisk perspektiv og den politiske skillelinje mellom sentrum og periferi eller by og land. De sterke assosiasjonene til konflikten mellom by og land som ligger i sentraliseringsbegrepet illustrerer den store politiske slagkraften denne konflikten har hatt. Mer grunnleggende er imidlertid sentraliseringsbegrepet en utvidet form av sentrum og betyr å samle virksomhet. Denne «samlingen» kan i hovedsak foregå lang tre dimensjoner:

- Bredde – hvor mange enheter som tilbyr en bestemt type behandling
- Dybde – fordeling/konsentrasjon av behandling mellom de ulike enhetene
- Høyde – den hierarkiske rangordningen mellom enhetene

I analysene har vi tatt utgangspunkt i disse tre grunnleggende dimensjonene for å beskrive utviklingen i sentraliseringsnivå for flere operasjoner og behandlinger. De to første dimensjonene beskrives av *konsentrasjonsnivået* for behandlingene, mens analysene av *sykehusstruktur* beskriver utviklingen i den hierarkiske rangordningen (grad av spesialisering) mellom behandlingsenhetene. Vurderinger av sentraliseringsnivå baseres på bakgrunn av både konsentrasjonsnivå og sykehusstruktur.

For å analysere konsentrasjonsnivået (spredningsgraden) av pasientbehandlingen har vi beregnet Herfindahl-Hirschman indekser (HHI) som tar høyde for både antallet behandlingsenheter og den interne fordelingen av behandlinger mellom disse enhetene. HHI estimeres ved å beregne summen av de kvadrerte prosentandelene til hver utførende behandlingsenhet. Indeksen kan teoretisk variere mellom 1 og 10 000, og vil være tilnærmet lik 1 dersom det eksisterer et antall behandlingsenheter som har fordelt pasientbehandlingen likt mellom seg. Dersom det bare er én behandlingsenhet som utfører all pasientbehandling for en bestemt gruppe pasienter vil indeksen for denne typen pasientbehandling være 10 000.

HHI-indekser brukes vanligvis som et uttrykk for markeds-konsentrasjon. Herfindahl-Hirschman-indeksene

7) Alle operasjonene er planlagte, med unntak av PCI totalt som omfatter både planlagte og akutte operasjoner. Dette fordi det har vært en registreringsendring de siste årene, hvor flere opphold kodes som akutte. Dette gjelder særlig ved OUS.

ivaretar både bredde- og dybde dimensjonene i sentraliseringsbegrepet, men har lite informasjon om utviklingen i oppgavefordelingen i forhold til den hierarkiske dimensjonen. Ettersom sykehusstrukturen i Norge i stor grad reflekterer den geografiske sentraliseringsdimensjonen, inkluderer vi analyser av utviklingen i sykehusstruktur for å beskrive utviklingen i sentraliseringsgraden. Vi har skilt mellom:

- Høyt spesialiserte sykehus
- Middels spesialiserte sykehus
- Lokalsykehus (lavt spesialiserte sykehus)
- Private kommersielle sykehus
- Annet (private ideelle sykehus, fødestuer, spesialinstitusjoner og avtaleinstitusjoner ol.)

Et lokalsykehus er definert som et sykehus med få eller ingen tilleggfunksjoner eller spesialiteter. Ved Sykehuset Innlandet HF er for eksempel Kongsvinger og Tynset definert som lokalsykehus, mens Elverum/Hamar, Gjøvik og Lillehammer er definert som middels spesialiserte sykehus.

9.3 Resultater på nasjonalt nivå

Figur 9.1 til 9.4 viser noen hovedlinjer i sentralisering og desentralisering av fødsler og akuttbehandling, høyt spesialiserte operasjoner, mindre og middels spesialiserte operasjoner og opphold i sykehus for sykdommer i luftveiene, diabetes type II og hjerte og hjernekar sykdommer på nasjonalt nivå. Utdypende tallgrunnlag finnes i Tabell 9.1–9.6.

Utviklingen i akuttbehandling

Andelen fødsler ved lokalsykehus har gått ned med fem prosentpoeng fra 2003 til 2013, hovedsakelig i siste del av perioden. Fødsleene har blitt mer konsentrert, og antallet behandlingssteder har gått noe ned (-4). Samtidig kan utviklingen være preget av at en del behandlingsenheter er slått sammen og at flere fødestuer kan ikke lenger identifiseres i pasientdata. Dette gjør at utviklingen i konsentrasjonsnivået for fødsler antagelig fremstår noe mer stabilt enn hva det ville vært dersom vi kunne identifisert disse enhetene.

Den kirurgiske akuttbehandlingen har også blitt mer konsentrert i perioden fra 2003 til 2013. Økningen i

konsentrasjonsnivået er på 20 prosent, men antallet behandlingssenheter er det samme i 2013 som det var i 2003. De høyt spesialiserte sykehusene økte sin andel av den kirurgiske akuttbehandlingen fra 41 prosent i 2003 til 44 prosent i 2013, mens det var en nedgang i andelen slik behandling ved lokalsykehusene.

Vi har også analysert utvikling i konsentrasjonsnivået for appendektomi og lårhalsbrudd, som er en del av den kirurgiske akuttbehandlingen. For appendektomi har det, som i den kirurgiske akuttbehandlingen totalt, vært noe økning i konsentrasjonsnivået i perioden (+ 10 prosent), og en nedgang på tre behandlingssenheter. Her har de middels spesialiserte sykehusenes andel av operasjonene økt på bekostning av både lokalsykehusene og de høyt spesialiserte sykehusene. For lårhalsbrudd finner vi imidlertid 8 prosent nedgang i konsentrasjonsnivået fra 2003 til 2013. Her har lokalsykehusene og de middels spesialiserte sykehusenes andel av operasjonene økt på bekostning av aktiviteten ved de høyt spesialiserte sykehusene.

Akutt medisinsk behandling har et mer stabilt konsentrasjonsnivå, men også her er det noe nedgang i antall behandlingssenheter (-2). Lokalsykehusenes andel av akutt medisinsk behandling var omtrent uendret i perioden fra 2003 til 2013.

Figur 9.1 Utviklingen i konsentrasjonsnivå (HHI) for fødsler og akuttbehandling 2003–2013.



Utviklingen for høyt spesialiserte kirurgiske operasjoner

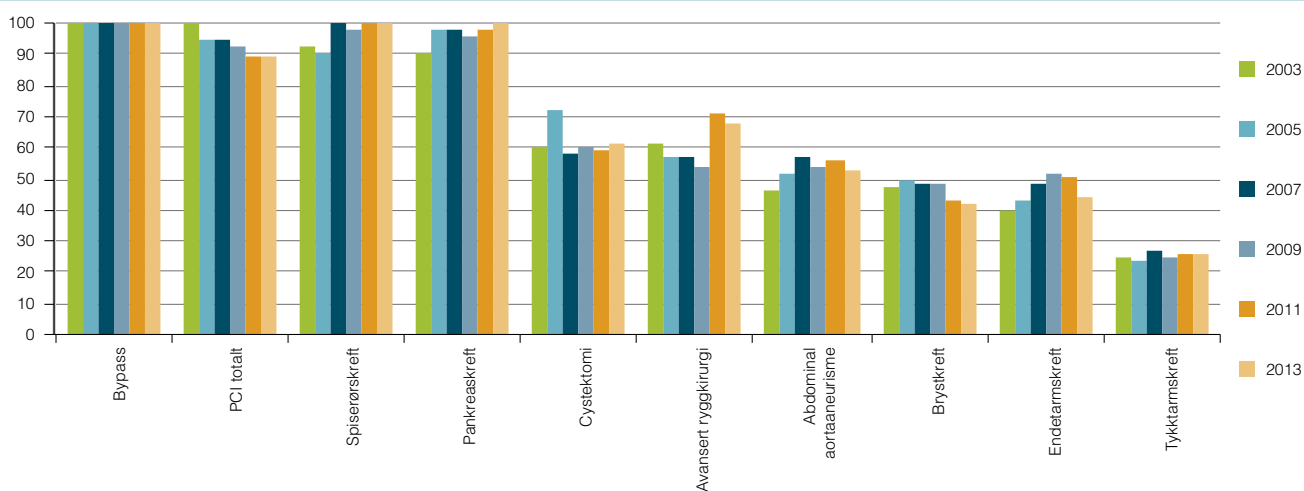
Figur 9.2 viser andel høyt spesialiserte og planlagte operasjoner ved høyt spesialiserte sykehus eller spesialinstitusjoner fra 2003 til 2013. Alle bypassoperasjonene ble utført ved høyt spesialiserte sykehus eller spesialinstitusjoner gjennom hele perioden fra 2003 til 2013. Høyt spesialiserte sykehus sin andel av PCI-operasjoner totalt (både akutt og planlagt Percutan Coronar Intervensjon) gikk imidlertid ned fra 100 prosent i 2003 til 89 prosent i 2013, til fordel for middels spesialiserte sykehus. Dette skyldes primært opprettelsen av PCI-satellitt i Arendal.

I 2013 ble alle operasjoner av pankreaskreft (kreft i bukspyttkjertelen) og spiserørskreft utført ved høyt spesialiserte sykehus. For disse operasjonene har det vært en økning i andelen som blir utført ved høyt spesialiserte sykehus på henholdsvis 10 og 7 prosentpoeng fra 2003 til 2013. De høyt spesialiserte sykehusenes andel av cystektomier, avansert ryggkirurgi, abdominale aortaaneurismer, brystkreftoperasjoner og operasjoner av endetarmskreft var lavere – mellom 39 og 68 prosent. For avansert ryggkirurgi, abdominale aortaaneurismer og endetarmskreft har det vært en økning i andelen operasjoner som er utført ved høyt spesialiserte sykehus eller

spesialinstitusjoner i perioden fra 2003–2013. Andelen brystkreftoperasjoner ved høyt spesialiserte sykehus har imidlertid gått ned med fem prosentpoeng fra 2003 til 2013, til fordel for middels spesialiserte sykehus. Det har også vært en nedgang i andelen operasjoner av brystkreft ved lokalsykehus (–4 prosentpoeng) i perioden. Tykktarmskreft har den laveste andelen av operasjoner som utføres ved høyt spesialiserte sykehus (26 prosent i 2013).

En del av de høyt spesialiserte kirurgiske operasjonene har et høyt konsentrasjonsnivå. I 2013 ble det utført operasjoner av kreft i spiserøret ved fire behandlingsenheter og bypassoperasjoner og operasjoner av pankreaskreft ble utført ved fem enheter. Cystektomier og PCI-operasjoner ble utført ved henholdsvis 10 og 12 behandlingssteder, mens operasjoner av endetarmskreft, brystkreft og avansert ryggkirurgi ble utført ved mellom 21 og 26 behandlingssteder. Operasjoner av tykktarmskreft ble utført ved 37 behandlingssteder i 2013, mot 47 i 2003. Det har vært en nedgang i antall behandlingssteder for alle de høyt spesialiserte operasjonene unntatt avansert ryggkirurgi, PCI-operasjoner og bypassoperasjoner, som har hatt et omtrent uendret antall enheter. Operasjoner for brystkreft har hatt størst nedgang i antall behandlingssteder (–21).

Figur 9.2 Andel høyt spesialiserte, planlagte¹ operasjoner ved høyt spesialiserte sykehus eller spesialinstitusjoner 2003–2013.



1) Alle operasjonene er planlagte, med unntak av PCI totalt som omfatter både planlagte og akutte operasjoner. Dette fordi det har vært en registreringsendring de siste årene, hvor flere opphold kodes som akutte. Dette gjelder særlig ved OUS.

Utviklingen for middels spesialiserte kirurgiske operasjoner

Figur 9.3 viser andel mindre og middels spesialiserte, planlagte operasjoner ved lokalsykehus i perioden fra 2003 til 2013. Andelen åreknuteoperasjoner ved lokalsykehus har gått ned fra 47 prosent i 2003 til 35 prosent i 2013. Dette til fordel for private kommersielle sykehus, og gjelder i hovedsak fra 2011. Konsentrasjonsnivået av åreknuteoperasjoner har økt med 22 prosent fra 2003 til 2013.

Andelen kolecystektomier ved lokalsykehus har økt fra 39 prosent i 2003 til 45 prosent i 2013. Dette på bekostning av høyt spesialiserte sykehus. Det er fire færre behandlingsenheter for denne typen operasjoner i perioden. Vi finner imidlertid ingen betydelige endringer i konsentrasjonsnivået for årene fra 2003 til 2013.

For primære hofteoperasjoner har bruken av lokalsykehus økt fra 37 prosent i 2003 til 42 prosent i 2013. Andelen slike operasjoner ved høyt spesialiserte sykehus og middels spesialiserte sykehus har gått ned. Samtidig har konsentrasjonsnivået økt med 21 prosent i perioden, men indikerer altså at operasjonene foregår oftere i lokalsykehus.

Primære kneproteseoperasjoner har den høyeste andelen behandling ved lokalsykehus av de middels spesialiserte operasjonene i 2013. Vi finner også en økt

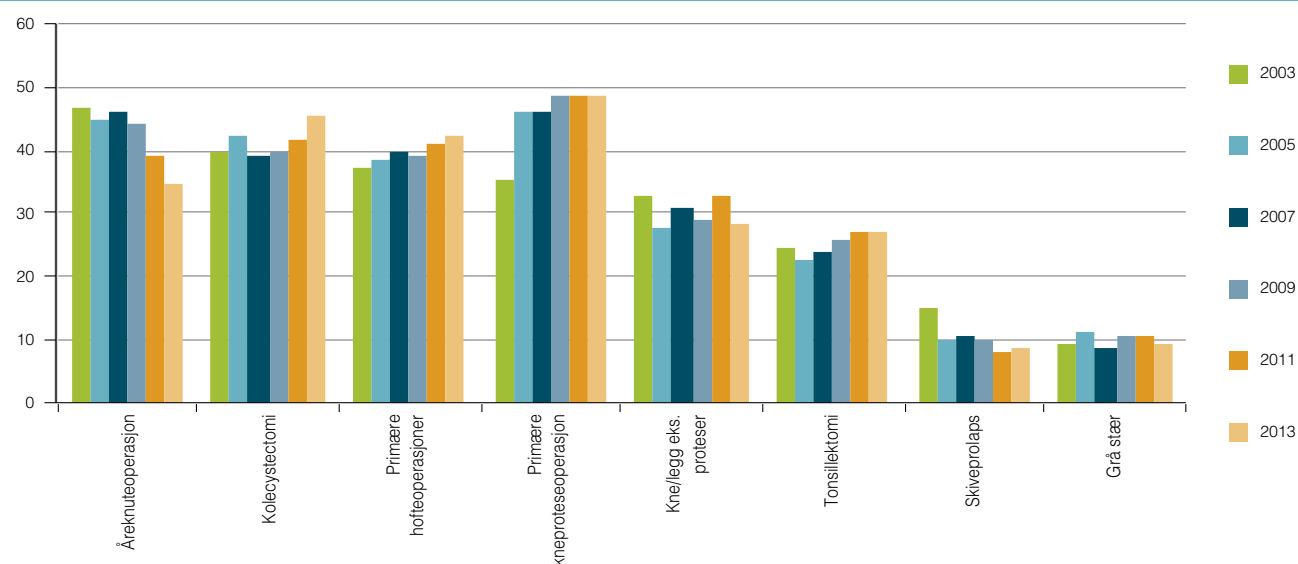
bruk av lokalsykehus i perioden fra 2003 til 2013, som ved primære hofteoperasjoner. Konsentrasjonsnivået har gått ned med 8 prosent i perioden.

For andre operasjoner av kne og legg enn proteseoperasjoner har det vært en økning i andelen behandling ved private kommersielle sykehus, fra 18 prosent i 2003 til 29 prosent i 2013. Også for operasjoner av lumbalt skiveprolaps og operasjoner av åreknuter har private kommersielle sykehus en relativt høy andel av behandlingen.

For tonsillektomi har det vært noe økning i andelen behandling ved lokalsykehus og ved høyt spesialiserte sykehus, på bekostning av private kommersielle sykehus. Det er ingen betydelige endringer i antall behandlingsenheter. Konsentrasjonsnivået har økt med seks prosent fra 2003 til 2013.

Operasjoner for skiveprolaps og grå stær har mellom 9 og 15 prosent andel behandling ved lokalsykehusene i perioden. For lumbalt skiveprolaps har det vært en høy andel behandling ved private kommersielle sykehus, spesielt i perioden fra 2005 til 2009. I 2013 ble 9 prosent av operasjonene for lumbalt skiveprolaps utført ved spesialsykehus, en nedgang på tre prosentpoeng fra 2003. Fra 2003 til 2013 har det vært en økning konsentrasjonen av operasjoner for lumbalt skiveprolaps på 39 prosent. Fra 2009 var det imidlertid en nedgang i konsentrasjonsnivået på 8 prosent.

Figur 9.3 Andel mindre og middels spesialiserte, planlagte operasjoner ved lokalsykehus 2003–2013.



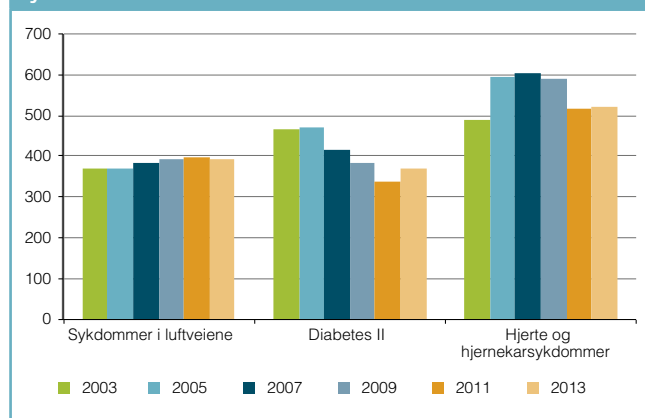
Utviklingen i sykehusopphold for sykdommer i luftveiene, diabetes II og hjerte og hjernekar sykdommer

For sykdommer i luftveiene er det ingen betydelige endringer konsentrasjonsnivået for årene fra 2003 til 2013. I 2013 var det 37 prosent opphold med hoveddiagnose diabetes II ved lokalsykehus, en økning på fire prosentpoeng sammenlignet med 2003. Ved middels spesialiserte sykehus var det en økning i andelen slike opphold på seks prosentpoeng i samme periode. Dette på bekostning av aktiviteten ved de høyt spesialiserte sykehusene. For diabetes II har det vært en økning med 2 behandlingssenheter fra 2003 til 2013. Samtidig har konsentrasjonsnivået gått ned med 21 prosent i perioden. Samme tendens til desentralisering finner vi for opphold for hjerte og hjernekar sykdommer, i siste del av perioden. Fra 2009 til 2013 var det en nedgang på 11 prosent i konsentrasjonsnivået for hjerte og hjernekar sykdommer. Andelen slike behandlinger i de ulike sykehusgruppene var imidlertid omtrent uendret, og det var ingen endringer i antall behandlingssenheter fra 2003 til 2013 for denne pasientgruppen.

9.4 Resultater på regionalt nivå

Vi har analysert behandlingene i de regionale helseforetakene, og beskriver i det følgende de vesentligste endringene per region. I 2013 hadde Helse Sør-Øst

Figur 9.4 Utviklingen i konsentrasjonsnivå (HHI) for behandlinger for sykdommer i luftveiene, diabetes II og hjerte og hjernekar sykdommer 2003-2013.



28 behandlingssenheter, mot 13 i Helse Vest, 9 i Helse Midt-Norge og 13 i Helse Nord⁸. Ettersom antallet behandlingssenheter har betydning for beregningen av HHI er det generelle konsentrasjonsnivået av pasientbehandling i Helse Sør-Øst lavere enn for de andre regionene. HHI for pasientbehandling totalt var 957 for Helse Sør-Øst i 2013, mens det var mellom 1600 og 2100 for de andre regionene. Vi finner tilsvarende forskjeller i konsentrasjonsnivået mellom de kirurgiske operasjonene og de andre pasientgruppene vi har analysert.

Helse Sør-Øst

For dag- og døgnopphold totalt, har sykehusstrukturen vært relativt stabil i perioden fra 2003 til 2013. Lokalsykehusenes andel av oppholdene var 15-16 prosent gjennom hele perioden i Helse Sør-Øst. De høyt spesialiserte sykehusenes andel av dag- og døgnopphold totalt gikk noe ned de siste årene, fra 27 prosent i 2009 til 23 prosent i 2013. Dette kan blant annet knyttes til økt pasientbehandling ved Universitetssykehuset i Akershus på bekostning av OUS. Det var noe nedgang i private sykehus sin andel av det totale antall opphold (-2 prosentpoeng) fra 2003 til 2013.

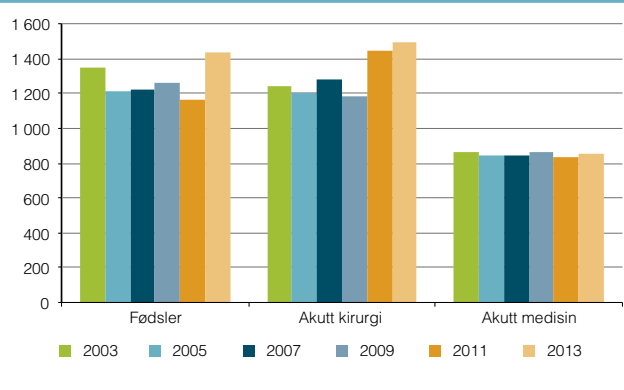
Ved lokalsykehus var andelen akutt medisinsk behandling stabil fra 2003 til 2013. Også for akutt medisinsk behandling har det vært en forskyvning fra høyt spesialiserte sykehus til middels spesialiserte sykehus fra 2009 til 2013, som antagelig kan knyttes til hovedstadsprosessen. Andelen akutt kirurgisk behandling og andelen fødsler ved lokalsykehus gikk noe ned fra 2009 til 2013 (3 prosentpoeng), til fordel for høyt spesialiserte sykehus.

For fødsler har det i siste del av perioden fra 2003-2013 vært en økning i konsentrasjonsnivået (+ 14 prosent fra 2009 til 2013). Den prosentvise økningen var enda større fra 2011 til 2013 og kan knyttes til at OUS, som har den største andelen fødsler i utgangspunktet, økte andelen fødsler i regionen med 7 prosentpoeng.

Det var en økning på 26 prosent i konsentrasjonsnivået for akutt kirurgisk behandling fra 2009 til 2013. Også denne økningen kan knyttes til OUS, som har økt sin andel av denne behandlingen med 5 prosentpoeng fra

8) Private kommersielle sykehus er kodet som en felles behandlingssenhet for hver helseregion. I Helse Sør-Øst har vi i tillegg laget en egen behandlingssenhet for private ideelle sykehus.

Figur 9.5 Utviklingen i konsentrasjonsnivå (HHI) for fødsler og akutt-behandling i Helse Sør-Øst 2003–2013.



2009 til 2013. Også Akershus universitetssykehus har økt sin andel av akutt kirurgisk behandling i perioden (+ 3 prosentpoeng). Når det gjelder akutt medisinsk behandling finner vi imidlertid ingen tegn til økt sentralisering. Konsentrasjonsnivået for appendektomi økte med 13 prosent i perioden fra 2003 til 2013, og det var to færre behandlingsenheter i 2003 sammenlignet med 2013. Økningen kan antagelig knyttes til at Akershus universitetssykehus og OUS samlet har økt sin andel for denne typen behandling, selv om det har skjedd en forskyvning fra OUS til Akershus i 2011 og 2013.

I likhet med resultatene på nasjonalt nivå finner vi sterkest sentralisering av operasjoner for pankreaskreft (1 behandlingsenhet, OUS), kreft i spiserøret (1 behandlingsenhet, OUS), PCI totalt (7 behandlingsenheter) og bypassoperasjoner (2 behandlingsenheter).

Helse Vest

Også i Helse Vest var sykehusstrukturen for dag- og døgnopphold totalt relativt stabil i perioden fra 2003 til 2013. Lokalsykehusenes andel av oppholdene gikk ned med 4 prosentpoeng fra 2003 til 2013. Dette til fordel for private kommersielle sykehus fra 2003 til 2005, og til fordel for høyt spesialiserte sykehus i siste del av perioden. De private kommersielle sykehusenes andel av dag- og døgnopphold totalt gikk fra null prosent i 2003 til tre prosent i 2005, og har siden vært stabil.

For akutt medisinsk behandling er sykehusstrukturen stabil, og lokalsykehusene har 32 prosent av denne typen

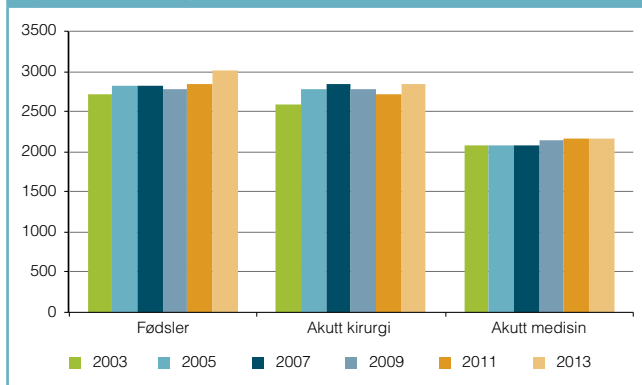
behandling. Både akutt kirurgisk behandling og fødsler ved lokalsykehusene har gått ned med fem prosentpoeng fra 2003 til 2013, hovedsakelig til fordel for høyt spesialiserte sykehus.

Sammenlignet med Helse Sør-Øst er konsentrasjonsnivået høyere i Helse Vest. Dette skyldes at det totale antallet behandlingsenheter er lavere i Helse Vest. I 2013 ble alle cystektomier, operasjoner for kreft i spiserøret og bypassoperasjoner utført ved ett behandlingssted, mens operasjoner av pankreaskreft og PCI operasjoner totalt ble utført ved to ulike behandlingssteder (Haukeland og Stavanger universitetssykehus). For operasjoner av endetarmskreft og brystkreftoperasjoner har det vært en halvering i antall behandlingsenheter (fra åtte til fire). For brystkreftoperasjonene skjedde endringen fra 2003 til 2005, mens endringen skjedde gjennom hele perioden fra 2003 til 2013 for operasjoner for endetarmskreft. Konsentrasjonsnivået for endetarmskreftoperasjoner økte med 72 prosent fra 2003 til 2013.

I Helse Vest har det vært 11 prosent økning i konsentrasjonsnivået for fødsler fra 2003 til 2013. Konsentrasjonsnivået økte gjennom hele perioden, selv om det var noe nedgang fra 2007 til 2009. Den største økningen i kom imidlertid, som i Helse Sør-Øst, fra 2011 til 2013. Dette skyldes at fødeavdelingen ved Nordfjord sykehus ble lagt ned i 2012. Andelen fødsler ved Haukeland økte samtidig med to prosentpoeng fra 2011 til 2013.

Konsentrasjonsnivået for akutt kirurgisk behandling økte med ni prosent fra 2003 til 2013. Fra figur 9.6 ser vi at økningen hovedsakelig kom fra 2003 til 2007. Nivået gikk videre noe ned i 2009–2011, mens det i 2013 gikk noe opp igjen. Endringen fra 2003 til 2007 kan knyttes til en økning i andelen akutt kirurgisk behandling ved Stavanger universitetssykehus og Haukeland sykehus. Akutt medisinsk behandling har en mer stabil utvikling, med 5 prosent økning i konsentrasjonsnivået fra 2003 til 2013. Antallet behandlingsenheter for slik behandling var stabilt gjennom hele perioden for Helse Vest. Konsentrasjonsnivået for appendektomi økte med fire prosent fra 2003 til 2013, mens konsentrasjonsnivået for lårhalsbrudd var omtrent det samme i 2003 som i 2013.

Figur 9.6 Utviklingen i konsentrasjonsnivå (HHI) for fødsler og akuttbehandling i Helse Vest 2003-2013.



Helse Midt-Norge

For dag- og døgnopphold totalt har høyt spesialiserte sykehus en stabil andel av sykehusoppholdene, mens det har vært en nedgang andelen opphold ved lokalsykehusene og til dels de middels spesialiserte sykehusene. Dette til fordel for private kommersielle sykehus.

Mens andelen akutt medisinsk og kirurgisk behandling ved middels spesialiserte sykehus var stabil i perioden, så har det vært litt nedgang i andelen ved lokalsykehus. Dette til fordel for høyt spesialiserte sykehus (St. Olavs Hospital). Nedgangen i andelen akutt medisinsk behandling ved lokalsykehus gikk ned med to prosentpoeng i perioden, mens andelen akutt kirurgisk behandling gikk ned med fire prosentpoeng.

Andelen fødsler ved lokalsykehus gikk ned med elleve prosentpoeng fra 2003 til 2013, hovedsakelig til fordel for St. Olavs Hospital, men også noe til fordel for middels spesialiserte sykehus.

I Helse Midt-Norge ble alle planlagte pankreaskreftoperasjoner, cystektomier, operasjoner for kreft i spiserøret, PCI-operasjoner totalt (både planlagt og akutt) og bypassoperasjoner utført ved ett behandlingssted (St. Olavs Hospital). For operasjoner av endetarmskreft

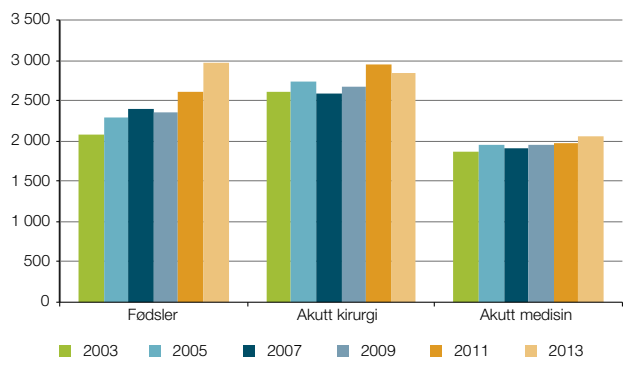
har det vært en reduksjon fra syv til tre behandlingsenheter, og konsentrasjonsnivået har økt med nesten 60 prosent fra 2003 til 2013. Det er generelt en tendens til sentralisering for alle operasjoner og behandlinger i Helse Midt-Norge, med unntak for lårhalsbrudd, primære hofteproteseoperasjoner, operasjoner for grå stær og sykehusopphold for diabetes II, som har blitt mindre konsentrert fra 2003 til 2013. Konsentrasjonsnivået for dag- og døgnopphold totalt har imidlertid vært stabilt i perioden.

For fødsler har konsentrasjonsnivået økt med 43 prosent fra 2003 til 2013, en gradvis økning gjennom hele perioden. Nedleggelsen av Ørland fødestue bidro til en økning i konsentrasjonsnivået fra 2005 til 2007. Økningen var størst fra 2011 til 2013, og dette skyldes at fødeavdelingen ved Orkdal sykehus ble lagt ned og samlet ved St. Olavs Hospital. St. Olavs har økt sin andel av fødsler i Helse Midt-Norge med 11 prosentpoeng fra 2003 til 2013. Antall behandlingssteder for fødsler i Helse Midt-Norge har altså gått ned med to enheter, og det har vært en betydelig sentralisering av fødetilbudet i regionen.

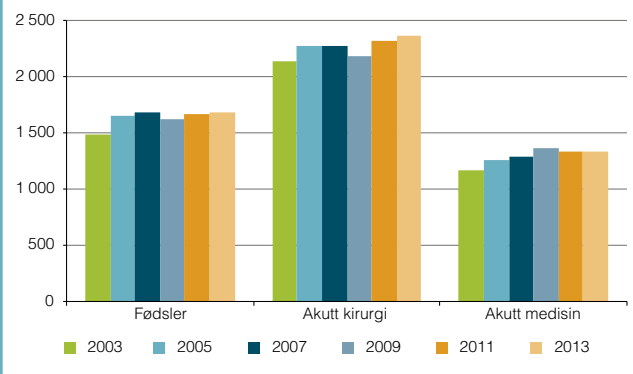
For akutt kirurgisk behandling var konsentrasjonsnivået høyest i 2011. Dette kan skyldes at St. Olavs Hospital sin andel av akutt kirurgisk behandling økte gjennom hele perioden, for så å gå noe ned fra 2011 til 2013. Fra 2003 til 2013 utgjorde økningen i nivået ni prosent, men antallet behandlingssenheter for kirurgisk akuttbehandling var likt i 2003 og 2013. For medisinsk akuttbehandling gikk antall behandlingssenheter ned med en enhet (Ørland fødestue). For øvrig var det en økning i konsentrasjonsnivået (+ 10 prosent) for medisinsk akuttbehandling for hele perioden.

Konsentrasjonsnivået for appendektomi hadde en økning på 16 prosent fra 2003 til 2013, selv om antallet behandlingssenheter er uendret. Det har vært en nedgang i konsentrasjonsnivået på 12 prosent for lårhalsbrudd.

Figur 9.7 Utviklingen i konsentrasjonsnivå (HHI) for fødsler og akuttbehandling i Helse Midt-Norge 2003–2013.



Figur 9.8 Utviklingen i konsentrasjonsnivå (HHI) for fødsler og akuttbehandling i Helse Nord 2003–2013.



Helse Nord

Også i Helse Nord var sykehusstrukturen for dag- og døgnopphold totalt relativt stabil i perioden fra 2003 til 2013. Det har vært en økning i andelen private kommersielle sykehus, fra null prosent i 2003 til 2 prosent i 2013. Det har også vært noe nedgang i andelen opphold ved lokalsykehus (-2 prosentpoeng) i perioden.

Andelen akutt medisinsk behandling ved lokalsykehus gikk ned med fem prosentpoeng fra 2003 til 2013, hovedsakelig til fordel for høyt spesialiserte sykehus (UNN Tromsø). Også for akutt kirurgisk behandling var det en nedgang på fem prosent ved lokalsykehus, men her til fordel for middels spesialiserte sykehus. Andelen fødsler ved lokalsykehusene gikk også litt ned fra 2003 til 2005 (-3 prosentpoeng), men sykehusstrukturen for fødsler fremstår relativt stabil i regionen.

I Helse Nord ble alle planlagte pankreaskreftoperasjoner, operasjoner for kreft i spiserøret og bypassoperasjoner utført ved ett behandlingssted (UNN Tromsø), mens cystektomier, avansert ryggkirurgi, operasjoner av abdominale aortaaneurismer og PCI-operasjoner totalt (både planlagte og akutte) ble utført ved to behandlingssteder (UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø). For operasjoner av endetarmskreft har det vært en reduksjon fra fem til tre behandlingssenheter, og konsentrasjonsnivået har økt med nesten 100 prosent fra 2003 til 2013. Økningen i perioden fra 2003 til 2011 skyldes antagelig

at UNN Tromsø økte sin andel av operasjoner for endetarmskreft med 39 prosentpoeng, hovedsakelig på bekostning av Bodø sykehus, UNN Harstad, Vesterålen og Sandnessjøen. Vesterålen og Sandnessjøen har ikke lenger noen slike operasjoner etter henholdsvis 2005 og 2009. Fra 2011 til 2013 har imidlertid Bodø økt sin andel av operasjoner for endetarmskreft.

I Helse Nord er det en svak økning i konsentrasjonsnivået for fødsler (+13 prosent) i perioden fra 2003 til 2013. Økningen kom primært fra 2003 til 2005, hvor UNN Tromsø økte sin andel av fødslene med 2 prosentpoeng. Det var også noe økning i andelen fødsler ved Bodø sykehus og UNN Harstad.

For akutt kirurgisk behandling var konsentrasjonsnivået 11 prosent høyere i 2013 sammenlignet med 2003. For medisinsk akuttbehandling gikk antall behandlingssenheter ned med en enhet (Steigen fødestue). For øvrig var det en økning i konsentrasjonsnivået (+14 prosent) for medisinsk akuttbehandling for hele perioden.

Det er omtrent uendret konsentrasjonsnivå for appendektomier i perioden fra 2003 til 2013, mens det er 23 prosent økning i konsentrasjonsnivået for operasjoner av lårhalsbrudd. Mosjøen har ingen slike operasjoner etter 2005, og det er en økning i andelen operasjoner av lårhalsbrudd ved Bodø sykehus i perioden.

Tabell 9.1 Andel akuttbehandling etter sykehusstruktur i 2003, 2005, 2009 og 2013.

	År	Høyt spesialiserte sykehus	Middels spesialiserte sykehus	Lokalsykehus	Private kommersielle sykehus	Annet ¹	Totalt (N=)
Akutt kirurgi	2003	41	35	24	0	1	82 495
	2005	41	36	23	0	0	85 741
	2009	41	35	23	1 ²	0	92 864
	2013	44	36	20	0	0	90 636
Akutt medisin	2003	30	40	30	0	0	480 155
	2005	30	40	30	0	0	498 950
	2009	31	40	29	0	0	537 904
	2013	29	42	29	0	0	543 997
Appendektomi	2003	32	38	30	0	0	4 525
	2005	31	40	30	0	0	4 536
	2009	32	40	28	0	0	4 905
	2013	28	47	25	0	0	5 629
Operasjoner for lårhalsbrudd	2003	27	40	33	0	0	8 570
	2005	25	40	36	0	0	8 190
	2009	25	40	35	0	0	6 854
	2013	19	43	37	0	0	6 585
Fødsler	2003	40	36	24	0	0	57 285
	2005	39	37	24	0	0	57 260
	2009	39	38	23	0	0	61 397
	2013	43	38	19	0	0	58 331
Opphold totalt	2003	35	35	25	3	2	1 039 864
	2005	35	34	25	4	2	1 102 703
	2009	36	35	24	3	2	1 138 269
	2013	34	37	24	3	2	1 145 242

1) Private ideelle sykehus, fødestuer, spesialinstitusjoner, avtaleinstitusjoner ol.

2) I 2009 var nesten 1 200 opphold ved private kommersielle sykehus kodet som akutt kirurgi. Dette er sannsynligvis feilkodinger, da private sykehus har *planlagt* aktivitet.

Tabell 9.2. Andel høyt spesialiserte, planlagte prosedyrer etter sykehusstruktur i 2003, 2005, 2009 og 2013.

	År	Høyt spesialiserte sykehus	Middels spesialiserte sykehus	Lokalsykehus	Private kommersielle sykehus	Annet ¹	Totalt (N=)
Operasjoner av tykktarmskreft	2003	24	41	34	0	0	1 113
	2005	24	43	33	0	0	1 217
	2009	24	46	30	0	0	1 476
	2013	26	48	26	0	0	1 730
Operasjoner av endetarmskreft	2003	39	38	23	0	0	704
	2005	43	38	19	0	0	716
	2009	51	40	9	0	0	732
	2013	44	48	8	0	0	823
Operasjoner av brystkreft	2003	47	43	10	0	0	3 039
	2005	50	43	8	0	0	3 080
	2009	48	46	6	0	0	2 596
	2013	42	53	6	0	0	3 210
Operasjoner av pankreaskreft	2003	90	10	0	0	0	42
	2005	98	0	2	0	0	54
	2009	96	4	0	0	0	71
	2013	100	0	0	0	0	114
Cystektomier	2003	61	36	4	0	0	140
	2005	72	26	2	0	0	173
	2009	60	39	1	0	0	209
	2013	61	39	0	0	0	217
Operasjoner av spiserørskreft	2003	93	7	0	0	0	28
	2005	90	10	0	0	0	31
	2009	97	3	0	0	0	39
	2013	100	0	0	0	0	69
Avansert ryggkirurgi	2003	42	28	10	1	19	542
	2005	44	27	16	0	13	738
	2009	40	28	7	12	14	635
	2013	40	25	7	1	28	876
Operasjoner av abdominal aortaaneurisme	2003	47	50	3	0	0	394
	2005	52	43	5	0	0	537
	2009	54	41	5	0	0	591
	2013	53	45	2	0	0	663
PCI totalt (planlagt og akutt)	2003	80	0	0	0	20	9 818
	2005	77	6	0	0	17	11 120
	2009	77	7	0	0	16	11 210
	2013	76	11	0	0	13	11 692
Bypass	2003	71	0	0	0	29	3 140
	2005	67	0	0	0	33	3 202
	2009	71	0	0	0	29	2 325
	2013	65	0	0	0	35	1 757

1) Private ideelle sykehus, fødestuer, spesialinstitusjoner, avtaleinstitusjoner ol.

Tabell 9.3. Andel mindre og middels spesialiserte planlagte prosedyrer etter sykehusstruktur i 2003, 2005, 2009 og 2013.

	År	Høyt spesialiserte sykehus	Middels spesialiserte sykehus	Lokalsykehus	Private kommersielle sykehus	Annet ¹	Totalt (N=)
Primære hofteprotese-operasjoner	2003	17	33	37	4	9	7 171
	2005	15	31	38	6	10	6 634
	2009	15	33	39	1	11	6 933
	2013	13	30	42	2	13	7 656
Primære kneprotese-operasjoner	2003	15	34	35	8	8	3 099
	2005	12	26	46	6	10	3 309
	2009	11	27	48	3	11	4 529
	2013	12	24	49	2	13	5 072
Andre operasjoner kne/legg eks. proteser	2003	14	29	33	18	5	24 203
	2005	13	22	28	32	4	26 762
	2009	13	25	29	28	5	25 318
	2013	12	25	29	29	5	24 385
Åreknuteoperasjoner	2003	7	33	47	11	3	7 885
	2005	7	29	45	16	3	7 007
	2009	12	33	44	8	3	5 671
	2013	11	33	35	18	4	6 401
Tonsillektomi	2003	18	51	25	6	0	4 613
	2005	19	48	22	11	0	4 833
	2009	16	55	26	3	0	4 657
	2013	22	48	27	3	0	4 775
Kolecystektomi	2003	18	38	39	4	0	3 599
	2005	15	40	42	2	0	3 647
	2009	17	41	40	2	0	3 367
	2013	13	38	45	3	0	3 986
Operasjoner av grå stær	2003	33	47	9	4	7	23 820
	2005	38	39	11	5	8	21 844
	2009	36	41	10	5	8	21 691
	2013	39	39	9	6	7	20 584
Operasjoner av lumbalt skiveprolaps	2003	21	43	15	9	12	1 954
	2005	21	30	10	27	12	2 175
	2009	28	28	10	24	9	1 956
	2013	33	32	9	17	9	1 763

1) Private ideelle sykehus, fødestuer, spesialinstitusjoner, avtaleinstitusjoner ol.

Tabell 9.4. Andel sykehusopphold for sykdommer i luftveiene, hjerte- og hjernekar sykdommer og diabetes II etter sykehusstruktur i 2003, 2005, 2009 og 2013.

	År	Høyt spesialiserte sykehus	Middels spesialiserte sykehus	Lokalsykehus	Private kommersielle sykehus	Annet ¹	Totalt (N=)
Sykdommer i luftveiene	2003	26	43	25	3	3	54 057
	2005	25	43	24	4	3	58 793
	2009	27	43	25	2	3	56 326
	2013	28	42	25	2	3	55 663
Diabetes II	2003	33	34	33	0	0	1 988
	2005	33	35	32	0	0	2 414
	2009	24	38	38	0	0	2 383
	2013	22	40	37	0	0	2 083
Hjerte- og hjernekar sykdommer	2003	37	31	26	0	5	100 588
	2005	40	30	25	0	5	104 616
	2009	40	30	25	0	4	106 665
	2013	37	33	25	0	5	106 707

1) Private ideelle sykehus, fødestuer, spesialinstitusjoner, avtaleinstitusjoner ol.

Tabell 9.5 Konsentrasjonsnivå målt som Herfindahl-Hirschman-indeks (HHI) for ulike pasientgrupper og prosedyrer 2003–2013.

Nasjonalt nivå		2003	2005	2007	2009	2011	2013	Pst. endring	
								2009-13	2003-13
Akutt-behandling	Akutt kirurgi	549	548	573	550	636	657	20	20
	Akutt medisin	398	396	396	409	402	412	1	3
	Appendektomi	404	414	435	432	448	446	3	10
	Lårhalsbrudd	365	354	338	353	338	337	-5	-8
	Fødsler	588	563	568	581	559	664	14	13
Høyt spesialiserte planlagte prosedyrer	Tykktarmskreft	390	388	425	420	422	426	1	9
	Endetarmskreft	572	677	804	921	783	713	-23	25
	Brystkreft	778	935	872	818	737	723	-12	-7
	Pankreaskreft	3 968	5 905	3 430	3 402	3 325	4 708	38	19
	Cystektomi	1 119	1 372	1 326	1 191	1 117	1 480	24	32
	Kreft i spiserøret	2 704	3 028	3 164	2 886	2 909	3 048	6	13
	Avans. ryggkirurgi	1 177	1 233	1 364	1 257	1 340	1 064	-15	-10
	AAA ¹	793	859	983	1 039	1 036	996	-4	25
	PCI totalt (planlagt og akutt)	2 316	2 081	2 102	1 885	1 859	1 914	2	-17
	Bypass	2 686	2 803	2 793	2 682	2 307	2 408	-10	-10
Mindre og middels spesialiserte planlagte prosedyrer	Prim. hofteproteser	274	280	303	317	326	332	5	21
	Prim. kneproteser	324	320	329	332	336	351	6	8
	Kne/legg eks protese	421	545	424	407	338	400	-2	-5
	Åreknuteoperasjoner	331	371	310	345	349	404	17	22
	Tonsillektomi	470	460	474	478	486	499	4	6
	Kolecystektomi	332	336	339	342	352	333	-3	0
	Grå stær	607	629	663	609	664	642	5	6
	Skiveprolaps	494	555	637	745	665	688	-8	39
Utvalgte pasient-grupper	Luftvei	371	369	382	392	397	392	0	6
	Diabetes II	465	472	416	382	339	369	-3	-21
	Hjerte- og hjernekar sykdommer	490	597	606	588	516	522	-11	7
Alle opphold totalt		464	457	481	487	455	447	-8	-4

1) Abdominale aortaaneurismer.

Tabell 9.6. Antall behandlingssenheter for ulike pasientgrupper og prosedyrer 2003-2013.

Nasjonalt nivå		2003	2005	2007	2009	2011	2013	Endring 2009-13
Akuttbehandling	Akutt kirurgi	57	57	56	60	57	57	0
	Akutt medisin	60	60	60	60	59	58	-2
	Appendektomi	49	48	47	47	47	46	-3
	Lårhalsbrudd	52	49	48	48	50	49	-3
	Fødsler	49	49	48	48	46	45	-4
Høyt spesialiserte planlagte prosedyrer	Tyktarmskreft	47	45	42	41	39	37	-10
	Endetarmskreft	34	29	25	25	27	21	-13
	Brystkreft	44	31	27	26	24	23	-21
	Pankreaskreft	7	6	6	7	6	5	-2
	Cystektomi	18	17	15	14	14	10	-8
	Kreft i spiserøret	6	5	4	5	4	4	-2
	Avans. ryggkirurgi	26	27	24	24	27	26	0
	AAA ¹	20	19	19	17	16	15	-5
	PCI totalt (planlagt og akutt)	10	8	7	8	10	12	2
	Bypass	5	5	5	6	6	5	0
Mindre og middels spesialiserte planlagte prosedyrer	Prim. hofteproteser	55	56	53	52	52	51	-4
	Prim. kneproteser	47	51	50	49	50	50	3
	Kne/legg eks protese	57	59	58	58	58	58	1
	Åreknuteoperasjoner	54	53	52	51	50	50	-4
	Tonsillektomi	33	32	31	32	31	31	-2
	Kolecystektomi	50	50	48	48	47	46	-4
	Grå stær	22	22	20	22	22	21	-1
	Skiveprolaps	37	36	36	33	32	31	-6
Utvalgte pasientgrupper	Luftvei	58	59	62	60	61	59	1
	Diabetes II	52	54	52	52	53	54	2
	Hjerte- og hjerne-karsyk.	56	57	56	58	56	56	0
Alle opphold totalt		64	66	65	65	64	64	0

1) Abdominale aortaaneurismer.

Tabell 9.7 Konsentrasjonsnivå målt som Herfindahl-Hirschman-indekser (HHI) for ulike pasientgrupper og prosedyrer i Helse Sør-Øst 2003, 2005, 2009 og 2013.

Helse Sør-Øst		2003	2005	2009	2013	Pst. endring		Behandl. enheter 2013	Endr. 2003-13
						2009-13	2003-13		
Akutt-behandling	Akutt kirurgi	1 238	1 199	1 181	1 493	26	21	25	0
	Akutt medisin	864	845	861	856	-1	-1	26	0
	Appendektomi	796	825	890	896	1	13	18	-2
	Lårhalsbrudd	773	732	733	707	-4	-9	22	0
	Fødsler	1 351	1 216	1 259	1 438	14	6	17	-1
Høyt spesialiserte planlagte prosedyrer	Tyktarmskreft	867	841	881	917	4	6	16	-3
	Endetarmskreft	1 398	1 612	1 996	1 369	-31	-2	11	-3
	Brystkreft	1 686	1 991	1 735	1 482	-15	-12	8	-10
	Pankreaskreft	9 260	10 000	9 050	10 000	10	8	1	-1
	Cystektomi	1 963	2 742	2 148	2 727	27	39	6	-6
	Kreft i spiserøret	7 449	7 222	8 673	10 000	15	34	1	-2
	Avans. ryggkirurgi	2 506	2 297	2 709	2 132	-21	-15	15	3
	AAA ¹	1 371	1 544	2 210	2 002	-9	46	7	-4
	PCI totalt (planlagt og akutt)	5 437	4 714	4 425	4 335	-2	-20	7	2
	Bypass	5 097	5 017	5 119	5 129	0	1	2	0
Mindre og middels spesialiserte planlagte prosedyrer	Prim. hofteproteser	555	582	616	656	7	18	24	1
	Prim. kneproteser	650	691	658	720	9	11	24	2
	Kne/legg eks protese	911	1 275	878	834	-5	-8	25	0
	Åreknuteoperasjoner	734	866	799	809	1	10	21	-2
	Tonsillektomi	991	1 009	1 066	1 100	3	11	13	-1
	Kolecystektomi	676	669	699	643	-8	-5	20	-1
	Grå stær	1 125	1 330	1 381	1 599	16	42	8	-2
	Skiveprolaps	943	1 091	1 677	1 322	-21	40	16	-2
Utvalgte pasientgrupper	Luftvei	710	730	757	751	-1	6	27	-1
	Diabetes II	1 069	808	889	802	-10	-25	24	1
	Hjerte- og hjerne-karsyk.	1 078	1 333	1 297	1 076	-17	0	26	0
Alle opphold totalt		1 025	1 008	1 077	957	-11	-7	28	0

1) Abdominale aortaaneurismer.

Tabell 9.8 Andel akutt kirurgi, akutt medisin, fødsler og opphold totalt etter sykehusstruktur i Helse Sør-Øst i 2003, 2005, 2009 og 2013.

Helse Sør-Øst	År	Høyt spesialiserte sykehus	Middels spesialiserte sykehus	Lokalsykehus	Private kommersielle sykehus	Annet ¹	Totalt (N=)
Akutt kirurgi	2003	29	55	15	0	1	44 667
	2005	28	56	15	0	0	46 517
	2009	29	54	16	2 ²	0	51 250
	2013	33	54	13	0	0	50 589
Akutt medisin	2003	19	64	17	0	0	261 189
	2005	18	63	18	0	0	273 846
	2009	19	62	19	0	0	297 166
	2013	15	66	18	0	0	299 015
Fødsler	2003	31	55	14	0	0	31 400
	2005	27	57	16	0	0	31 521
	2009	27	58	14	0	0	34 131
	2013	31	59	11	0	0	32 455
Opphold totalt	2003	26	52	15	4	3	587 819
	2005	26	51	16	4	3	616 881
	2009	27	52	16	2	3	649 697
	2013	23	56	16	2	3	641 765

1) Private ideelle sykehus, fødestuer, spesialinstitusjoner, avtaleinstitusjoner ol.

2) I 2009 var i overkant av 800 opphold ved private kommersielle sykehus kodet som akutt kirurgi. Dette er sannsynligvis feilkodinger, da private sykehus har planlagt aktivitet.

Tabell 9.9. Konsentrasjonsnivå målt som Herfindahl-Hirschman-indeks (HHI) for ulike pasientgrupper og prosedyrer i Helse Vest 2003, 2005, 2009 og 2013.

Helse Vest		2003	2005	2009	2013	Pst. endring		Behandl. enheter 2013	Endr. 2003-13
						2009-13	2003-13		
Akutt-behandling	Akutt kirurgi	2 593	2 779	2 775	2 834	2	9	13	1
	Akutt medisin	2 076	2 081	2 137	2 172	2	5	12	0
	Appendektomi	2 367	2 421	2 348	2 457	5	4	9	-1
	Lårhalsbrudd	1 782	1 886	1 863	1 795	-4	1	9	-2
	Fødsler	2 709	2 822	2 786	3 012	8	11	9	0
Høyt spesialiserte planlagte prosedyrer	Tykkarmskreft	1 829	1 709	1 925	1 993	4	9	6	-3
	Endetarmskreft	1 985	2 064	3 543	3 408	-4	72	4	-4
	Brystkreft	3 733	3 667	3 575	3 520	-2	-6	4	-4
	Pankreaskreft	10 000	4 286	5 800	7 689	33	-23	2	1
	Cystektomi	7 294	5 886	7 283	10 000	37	37	1	-1
	Kreft i spiserøret	10 000	10 000	10 000	10 000	0	0	1	0
	Avans. ryggkirurgi	3 667	3 233	3 353	3 482	4	-5	4	-1
	AAA ¹	5 493	4 991	5 067	5 020	-1	-9	3	-1
	PCI totalt (planlagt og akutt)	5 417	5 312	5 111	5 313	4	-2	2	0
	Bypass	10 000	10 000	10 000	10 000	0	0	1	0
Mindre og middels spesialiserte planlagte prosedyrer	Prim. hofteproteser	1 395	1 148	1 393	1 695	22	21	10	-2
	Prim. kneproteser	1 549	1 337	1 457	1 628	12	5	10	1
	Kne/legg eks protese	1 114	1 867	1 643	1 528	-7	37	12	0
	Åreknuteoperasjoner	1 196	1 395	1 262	1 518	20	27	9	-2
	Tonsillektomi	2 660	2 237	2 518	2 821	12	6	4	-2
	Kolecystektomi	1 667	1 488	1 689	1 634	-3	-2	8	-2
	Grå stær	3 123	3 233	2 447	2 421	-1	-23	5	1
	Skiveprolaps	2 974	2 873	1 900	2 891	52	-3	6	1
Utvalgte pasientgrupper	Luftvei	2 433	2 001	2 412	2 498	4	3	11	1
	Diabetes II	2 349	2 903	1 539	1 662	8	-29	11	1
	Hjerte- og hjernekar-sykdom	2 002	2 198	2 237	2 428	9	21	11	0
Alle opphold totalt		2 110	2 022	2 106	2 163	3	3	14	1

1) Abdominale aortaaneurismer.

Tabell 9.10. Andel akutt kirurgi, akutt medisin, fødsler og opphold totalt etter sykehusstruktur i Helse Vest i 2003, 2005, 2009 og 2013.

Helse Vest	År	Høyt spesialiserte sykehus	Middels spesialiserte sykehus	Lokalsykehus	Private kommersielle sykehus	Annet ¹	Totalt (N=)
Akutt kirurgi	2003	69	7	24	0	1	16 180
	2005	71	7	22	0	0	16 454
	2009	72	6	20	1 ²	0	18 290
	2013	72	9	19	0	0	17 441
Akutt medisin	2003	60	7	32	0	0	100 776
	2005	60	8	32	0	0	103 252
	2009	61	7	32	0	0	113 710
	2013	61	7	32	0	0	117 587
Fødsler	2003	71	6	24	0	0	12 510
	2005	72	6	21	0	0	12 607
	2009	72	6	22	0	0	13 578
	2013	75	6	19	0	0	13 050
Opphold totalt	2003	61	8	30	0	2	198 456
	2005	59	7	28	3	2	223 329
	2009	61	7	27	3	2	222 546
	2013	61	8	26	3	2	234 161

1) Private ideelle sykehus, fødestuer, spesialinstitusjoner, avtaleinstitusjoner ol.

2) I 2009 var nesten 250 opphold ved private kommersielle sykehus kodet som akutt kirurgi. Dette er sannsynligvis feilkodinger, da private sykehus har planlagt aktivitet.



Tabell 9.11 Konsentrasjonsnivå målt som Herfindahl-Hirschman-indekser (HHI) for ulike pasientgrupper og prosedyrer i Helse Midt-Norge 2003, 2005, 2009 og 2013.

Helse Midt-Norge		2003	2005	2009	2013	Pst. endring		Behandl. enheter 2013	Endr. 2003-13
						2009-13	2003-13		
Akutt-behandling	Akutt kirurgi	2 606	2 743	2 668	2 834	6	9	8	0
	Akutt medisin	1 872	1 953	1 951	2 055	5	10	8	-1
	Appendektomi	2 016	2 084	1 975	2 342	19	16	8	0
	Lårhalsbrudd	1 814	1 795	1 806	1 591	-12	-12	8	0
	Fødsler	2 077	2 299	2 365	2 968	26	43	7	-2
Høyt spesialiserte planlagte prosedyrer	Tyktarmskreft	1 650	1 495	1 870	2 241	20	36	7	-1
	Endetarmskreft	2 640	3 606	3 532	4 205	19	59	3	-4
	Brystkreft	2 710	3 174	3 773	3 194	-15	18	6	-2
	Pankreaskreft	6 800	10 000	10 000	10 000	0	47	1	-1
	Cystektomi	7 222	10 000	10 000	10 000	0	38	1	-1
	Kreft i spiserøret	10 000	10 000	10 000	10 000	0	0	1	0
	Avans. ryggkirurgi	2 672	3 012	2 956	3 078	4	15	5	0
	AAA ¹	5 754	7 035	6 411	6 636	4	15	3	0
	PCI totalt (planlagt og akutt)	10 000	10 000	10 000	10 000	0	0	1	0
	Bypass	10 000	10 000	10 000	10 000	0	0	1	0
Mindre og middels spesialiserte planlagte prosedyrer	Prim. hofteproteser	1 683	1 538	1 815	1 563	-14	-7	8	-1
	Prim. kneproteser	1 647	1 582	1 768	1 806	2	10	7	0
	Kne/legg eks protese	1 666	2 426	2 477	2 715	10	63	9	0
	Åreknuteoperasjoner	1 229	1 479	1 771	2 616	48	113	9	0
	Tonsillektomi	2 422	2 114	2 594	3 108	20	28	5	0
	Kolecystektomi	1 565	2 421	1 930	2 354	22	50	7	-1
	Grå stær	2 809	2 429	2 741	2 551	-7	-9	5	1
	Skiveprolaps	2 415	2 640	3 699	3 883	5	61	6	-2
Utvalgte pasientgrupper	Luftvei	1 816	1 701	1 812	2 102	16	16	9	0
	Diabetes II	1 960	2 125	1 805	1 607	-11	-18	8	0
	Hjerte- og hjernekar-sykd.	2 437	2 431	2 395	2 571	7	5	8	0
Alle opphold totalt		2 133	2 154	2 117	2 107	0	-1	9	-1

1) Abdominale aortaaneurismer.

Tabell 9.12. Andel akutt kirurgi, akutt medisin, fødsler og opphold totalt etter sykehusstruktur i Helse Midt-Norge i 2003, 2005, 2009 og 2013.

Helse Midt-Norge	År	Høyt spesialiserte sykehus	Middels spesialiserte sykehus	Lokalsykehus	Private kommersielle sykehus	Annet ¹	Totalt (N=)
Akutt kirurgi	2003	46	12	42	0	0	12 458
	2005	48	12	40	0	0	13 078
	2009	47	13	40	1 ²	0	13 867
	2013	49	13	38	0	0	13 664
Akutt medisin	2003	35	15	50	0	0	68 532
	2005	36	15	49	0	0	70 414
	2009	36	15	49	0	0	75 331
	2013	38	15	48	0	0	74 832
Fødsler	2003	38	16	45	0	1	7 916
	2005	41	17	42	0	0	7 852
	2009	42	17	41	0	0	8 375
	2013	49	18	34	0	0	8 037
Opphold totalt	2003	40	15	43	3	0	143 008
	2005	40	14	40	5	0	150 823
	2009	40	15	40	5	0	156 186
	2013	40	13	39	8	0	161 761

1) Private ideelle sykehus, fødestuer, spesialinstitusjoner, avtaleinstitusjoner ol.

2) I 2009 var nesten 100 opphold ved private kommersielle sykehus kodet som akutt kirurgi. Dette er sannsynligvis feilkodinger, da private sykehus har planlagt aktivitet.

Tabell 9.13. Konsentrasjonsnivå målt som Herfindahl-Hirschman-indekser (HHI) for ulike pasientgrupper og prosedyrer i Helse Nord 2003, 2005, 2009 og 2013.

Helse Nord		2003	2005	2009	2013	Pst. endring		Behandl. enheter 2013	Endr. 2003-13
						2009-13	2003-13		
Akutt-behandling	Akutt kirurgi	2 137	2 279	2 182	2 362	8	11	11	-1
	Akutt medisin	1 170	1 251	1 367	1 333	-2	14	12	-1
	Appendektomi	1 544	1 487	1 602	1 505	-6	-2	11	0
	Lårhalsbrudd	1 234	1 222	1 294	1 520	17	23	10	-1
	Fødsler	1 489	1 647	1 628	1 681	3	13	12	-1
Høyt spesialiserte planlagte prosedyrer	Tyktarmskreft	1 160	1 767	2 206	2 304	4	99	8	-3
	Endetarmskreft	3 254	4 882	6 548	6 473	-1	99	3	-2
	Brystkreft	3 758	4 407	4 906	5 109	4	36	5	-5
	Pankreaskreft	5 000	10 000	8 025	10 000	25	100	1	-1
	Cystektomi	5 556	5 391	5 236	6 144	17	11	2	0
	Kreft i spiserøret	10 000	10 000	10 000	10 000	0	0	1	0
	Avans. ryggkirurgi	4 259	5 733	7 222	5 022	-30	18	2	-2
	AAA ¹	5 439	5 190	5 034	5 149	2	-5	2	0
	PCI totalt (planlagt og akutt)	9 986	10 000	10 000	9 985	0	0	2	0
	Bypass	10 000	10 000	9 909	10 000	1	0	1	0
Mindre og middels spesialiserte planlagte prosedyrer	Prim. hofteproteser	1 285	1 342	1 823	1 795	-2	40	9	-2
	Prim. kneproteser	1 565	1 575	1 836	1 637	-11	5	9	0
	Kne/legg eks protese	1 297	1 268	1 301	1 596	23	23	12	1
	Åreknuteoperasjoner	1 447	1 461	1 176	1 526	30	5	11	0
	Tonsillektomi	2 572	2 276	1 657	1 705	3	-34	9	1
	Kolecystektomi	1 464	1 163	1 305	1 084	-17	-26	11	0
	Grå stær	3 485	2 989	3 784	4 642	23	33	3	-1
	Skiveprolaps	3 607	4 305	6 599	6 665	1	85	3	-3
Utvalgte pasientgrupper	Luftvei	1 602	1 615	1 467	1 370	-7	-15	12	1
	Diabetes II	1 194	1 282	1 275	998	-22	-16	11	0
	Hjerte og hjernekarsyk.	2 491	2 348	2 631	2 379	-10	-5	11	0
Alle opphold totalt		1 680	1 728	1 729	1 633	-6	-3	13	0

1) Abdominale aortaaneurismer.

Tabell 9.14. Andel akutt kirurgi, akutt medisin, fødsler og opphold totalt etter sykehusstruktur i Helse Nord i 2003, 2005, 2009 og 2013.

Helse Nord	År	Høyt spesialiserte sykehus	Middels spesialiserte sykehus	Lokalsykehus	Private kommersielle sykehus	Annet ¹	Totalt (N=)
Akutt kirurgi	2003	41	16	44	0	0	9 190
	2005	42	16	41	0	0	9 692
	2009	41	17	42	0	0	9 457
	2013	42	19	39	0	0	8 942
Akutt medisin	2003	21	17	62	0	1	49 658
	2005	23	18	59	0	0	51 438
	2009	26	18	55	0	0	51 697
	2013	25	18	57	0	0	52 563
Fødsler	2003	28	19	51	0	2	5 459
	2005	30	21	48	0	1	5 280
	2009	30	20	49	0	1	5 313
	2013	30	21	48	0	1	4 789
Opphold totalt	2003	32	20	48	0	0	110 581
	2005	32	21	46	0	0	111 670
	2009	32	21	45	1	0	109 840
	2013	31	20	46	2	0	107 555

1) Private ideelle sykehus, fødestuer, spesialinstitusjoner, avtaleinstitusjoner ol.

10

Sykehusstruktur og utviklingen i bruk av sykehus-tjenester 2003-2013

I dette kapitlet stilles det spørsmål om hvordan bruken av ulike typer somatiske spesialisthelsetjenester har utviklet seg for befolkningen i lokalsykehusområdene, sammenlignet med områder som tilhører middels spesialiserte sykehus (tidligere sentralsykehus) og høyt spesialiserte sykehus (tidligere regionsykehus). Avslutningsvis i kapitlet analyseres også hvordan behovet for sykehus-tjenester kan utvikle seg fram mot 2030 i relasjon til sykehusstrukturen.

Data fra Norsk pasientregister fra 2003 til 2013 viser ingen vesentlige skift i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester knyttet til sykehusstruktur. I både 2003 og 2013 er nivået av dag- og døgnopphold per 1000 innbyggere noe høyere i lokalsykehusområder enn i bostedsområder med middels eller høyt spesialiserte sykehus. Bruken av polikliniske konsultasjoner er omtrent like høy i lokalsykehusområdene som i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus.

Fra 2003 til 2013 har bruk av sykehustjenester for befolkningen i lokalsykehusområdene fulgt den samme utviklingen som bostedsområder med middels spesialiserte sykehus. Dette gjelder døgn- og dagopphold, polikliniske konsultasjoner, akutt medisinsk og kirurgisk behandling, en rekke behandlinger innen akutt indremedisin som kan knyttes til lokalsykehusfunksjonen, fødsler, lårhalsbrudd og kirurgisk behandling totalt. Det gjelder også medisinsk behandling av hjerte- og hjernekar-sykdom, diabetes type II og sykdommer i luftveiene.

Som påpekt i tidligere kapitler som omhandler bruk av sykehustjenester, viser utviklingen noe nedgang i døgnoppholdene og noe økning i dagbehandlingen, samt tydelig vekst i polikliniske konsultasjoner. Dette gjelder både lokalsykehus-områder og bostedsområder med middels spesialiserte sykehus. For bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus¹ avviker utviklingen noe. For disse bostedsområdene er nivået av døgnopphold på samme nivå i 2013 som i 2003, mens ratene for dagbehandling² har gått noe ned. Det er også betydelige regionale forskjeller i utviklingen av dag og døgnopphold fra 2003 til 2013.

I motsetning til lokalsykehusområder og bostedsområder med middels spesialiserte sykehus, har befolkningen i høyt spesialiserte sykehus hatt noe økning i opphold for akutt medisinsk behandling. Akutt kirurgisk behandling går ned i alle områder, men flere av de kirurgiske behandlingene som er

1) Oslo, Haukeland-området, St. Olavs-området og UNN-området.

2) Dette gjelder dagbehandling inklusive dagkirurgi, men eksklusive dialyse, kjemoterapi, strålebehandling og rehabilitering.

analysert indikerer et lavere nivå for befolkningen som tilhører de høyspesialiserte sykehusene enn i lokalsykehusområder og bostedsområder med middels spesialiserte sykehus. Dette gjelder også for kirurgisk behandling totalt.

Det er regionale forskjeller både i bruk av sykehustjenester, i befolkningens alderssammensetning og i forventet vekst i befolkningen. Selv om dagens nivå i bruk av sykehustjenester per innbygger holdes stabilt, vil disse forskjellene føre til at behovet for sykehustjenester i årene framover vil variere mellom ulike deler av landet. Den forventede befolkningsutviklingen innebærer at behovet for vekst i sykehustjenester vil bli noe lavere i lokalsykehusområdene enn i bostedsområder med middels eller høyt spesialiserte sykehus.

10.1 Bakgrunn

Sykehusreformen og opprettelsen av helseforetakene i 2002 har formelt sett opphevet den hierarkiske sykehusstrukturen. Med unntak av særskilte prosedyrer og funksjoner spesifisert som landsfunksjoner eller regionfunksjoner, kan helseforetakene og regionene fordele funksjoner og kapasitet mellom de underliggende enhetene i helseforetakene. De regionale helseforetakene har ansvar for både å organisere tjenestene på en måte som utnytter tilgjengelige ressurser på mest mulig effektivt vis, og sørge for god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester for hele befolkningen i regionen. Den tydelige politiske skillelinjen i Norge mellom by og land og det sterke engasjementet i befolkningen rundt spørsmålet om tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester i distrikts-Norge, har likevel medført politisk debatt og sterke politiske føringer for helseforetakenes og regionenes handlerom.

Debatten om lokalsykehusenes rolle har pågått siden etableringen av Sykehusloven i 1970 og innføringen av den hierarkiske sykehusstrukturen på 1970-tallet (St. meld. nr. 9 (1974–75)). Etter gjennomføringen av eierskapsreformen i 2002 fikk spørsmålet om lokalsykehusenes fremtid ny aktualitet. Noen av de strukturendringene som kom i kjølvannet av eierskapsreformen, medførte store politiske protester og folkebevegelser. Avisoverskriftene var mange, og protestene var særlig høylytte høsten 2003 da det ble opprettet en organisasjon som kalte seg «Folkebevegelsen for lokalsykehusene». Protestene hadde noe ulik suksessrate og gjennomslagskraft, men resulterte blant annet i at regjeringen Bondevik II overstyrte et vedtak fra et regionalt helse-

foretak om sammenslåing av fødeavdelingene i Gjøvik og Lillehammer. Ved regjeringsskiftet høsten 2005, ble diskusjonen rundt lokalsykehusenes rolle stilt i bero gjennom den nye regjeringens samarbeidserklæring som slo fast at ingen lokalsykehus skulle legges ned i regjeringsperioden. Regjeringssamarbeidet fortsatte i en ytterligere fireårsperiode og åpnet for oppgaveendringer ved enkelte sykehus, men fastslo igjen at ingen lokalsykehus skulle nedlegges.

Med ny regjering i 2013 fortsetter debatten. Sykehuset Telemark vedtar nedlegging av akuttfunksjonene ved Rjukan sykehus og Kragerø for å tilfredsstille framtidige krav til kompetanse og kvalitet. Vedtaket støttes av styret i Helse Sør-Øst og stadfestes av helseministeren, men vekker store protester i de aktuelle sykehusenes nærområder. Den 1. mai 2014 møtte omtrent halvparten av Rjukans innbyggere opp til en tverrpolitisk markering og samlet seg bak en parole mot nedlegging av akuttfunksjonene på lokalsykehuset.

I perioden fra 2003 til 2014 har det vært betydelige endringer i struktur og organisering av helseforetakene. I denne perioden har Helse Øst og Helse Sør blitt en region, og vi har fått Oslo Universitetssykehus. Mange sykehus/enheter har hatt betydelige funksjonsendringer og endret tjenestetilbud (se kapittel 9).

I perioder med store strukturelle endringer er det særlig viktig å ha kunnskap om hvilke effekter disse endringene har på befolkningens bruk og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenestene. I hvilken grad har de strukturelle endringene i siste tiår medført endringer i befolkningens

tilgjengelighet til tjenestene? I dette kapitlet analyseres utviklingen i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester for befolkningen i tidligere lokalsykehusområder, sentralsykehusområder og regionsykehusområder for å se om det er indikasjoner på at tilgjengeligheten til tjenester har utviklet seg i ulik retning. Analysene er gjennomført for følgende type aktivitet og pasientgrupper:

- Døgn- og dagbehandling, polikliniske konsultasjoner
- Akuttbehandling (akutt medisinsk behandling totalt, typiske lokalsykehusfunksjoner innen akutt indremedisin, akutt kirurgi, fødsler, lårhalsbrudd, appendektomi)
- Kirurgisk behandling (planlagt kirurgi, høyt spesialiserte kirurgiske behandlinger, mindre og middels spesialiserte kirurgiske behandlinger)
- Pasienter med hjerte- og hjernekar-sykdom, sykdommer i luftveiene, diabetes type II og sykdommer i muskel og skjelett

For å gjøre tallene tilbake i tid mest mulig sammenlignbar og relevant, er det gjort visse tilpasninger i data. Se nærmere beskrivelse av disse under «Datagrunnlag og definisjoner».

For noen av de store pasientgruppene (dag og døgn totalt, akuttbehandling totalt, akutt indremedisin, akutt kirurgisk behandling) er utviklingen også analysert med utgangspunkt i tidligere sykehusområder, for eksempel Vestfold sentralsykehus Sandefjord/Larvik, Østfold sentralsykehus Askim, Indre Sogn og Fylkessjukehuset i Lærdal m.m. Hovedtall for utviklingen i sykehusbruk for hvert av sykehusområdene er tilgjengelig på <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag>.

10.2 Om befolkningsutviklingen og sykehusstruktur

Når vi snakker om vekst eller nedgang i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i dette kapitlet, er dette relatert til, og kontrollert for endringer i befolkningen i perioden. Antallet opphold på sykehus kan øke, men likevel framstå som en nedgang, dersom befolkningsveksten har vært sterkere enn veksten på sykehus i samme periode. Fra 2003 til 2013 har befolkningen i Norge vokst med mer enn 500 000 innbyggere og 11,6 prosent. Veksten tilsvarer omtrent Oslos størrelse ved inngangen til

perioden, og for at tilbudet av spesialisthelsetjenester skal være like godt i 2013 som i 2003, må antallet opphold og tjenester ha økt tilsvarende det tilbudet som Oslos befolkning hadde i 2003.

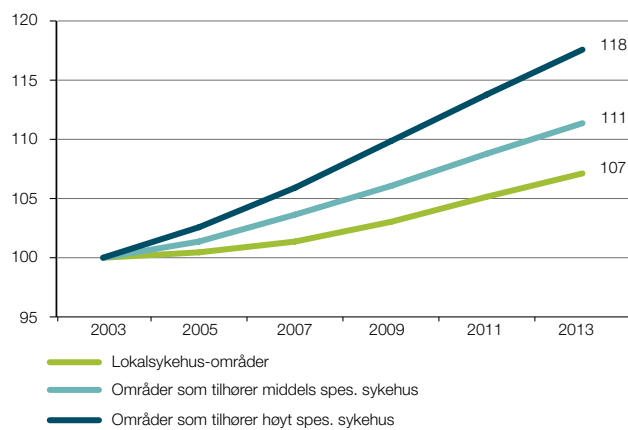
For spørsmålet om utviklingen i tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, er endringer i befolkningstall og sammensetning, både bakover og framover i tid, derfor svært viktig. I perioden fra 2003 til 2013 har befolkningstallet variert for ulike aldersgrupper, ulike deler av landet, og for ulike typer bostedsområder. I relasjon til spørsmålet om sykehusstruktur preges befolkningsutviklingen i perioden fra 2003 til 2013 i særlig grad av:

- Tydelig befolkningsvekst (21 prosent) i aldersgruppen mellom 67 og 79 år.
- Dobling av antallet eldre over 90 år (49 prosent).
- Fra 2003 til 2013 har befolkningsveksten vært sterkere i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus enn i de tidligere lokalsykehusområdene (figur 10.1).
- Det er tydelige regionale forskjeller i befolkningsveksten; antallet innbyggere har økt sterkere i Helse Vest (14,1 prosent) enn i Helse Nord (3,3 prosent) (figur 10.2).
- Lokalsykehusområdene har hatt sterkere vekst i antallet eldre over 80 år enn bostedsområder med middels eller høyt spesialiserte sykehus. Det er store regionale variasjoner i dette mønsteret (figur 10.3).

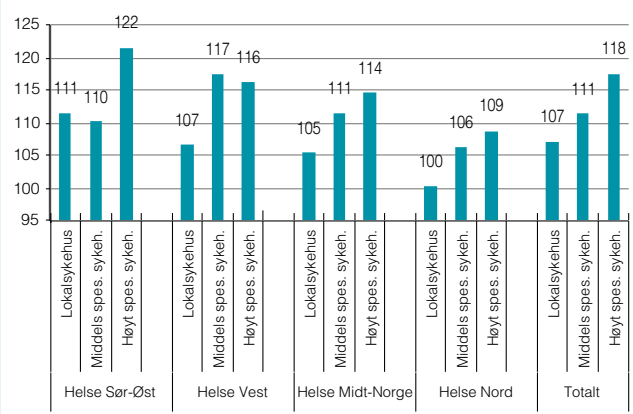
Også i årene framover, kan vi forvente noe ulik befolkningsvekst mellom de tidligere lokalsykehusområdene og bostedsområder som tilhørte middels eller høyt spesialiserte sykehus. Avslutningsvis i kapitlet beskriver vi forventet vekst i både befolkning og sykehusbruk for lokalsykehusområder, bostedsområder med middels spesialiserte sykehus og områder som tilhører høyt spesialiserte sykehus.

Endringene i befolkningsutviklingen er viktig å ta hensyn til når vi studerer utviklingen i bruk av sykestjenester. I dette kapitlet tar vi derfor utgangspunkt i rater (opphold og konsultasjoner per 1000 innbyggere). På grunn av betydelige forskjeller i andelen eldre i lokalsykehusområdene og i de store byene, har vi også standardisert ratene ut fra kjønn og alder. Dette gir et bedre grunnlag for å sammenligne nivået av tilgjengelighet og forbruk.

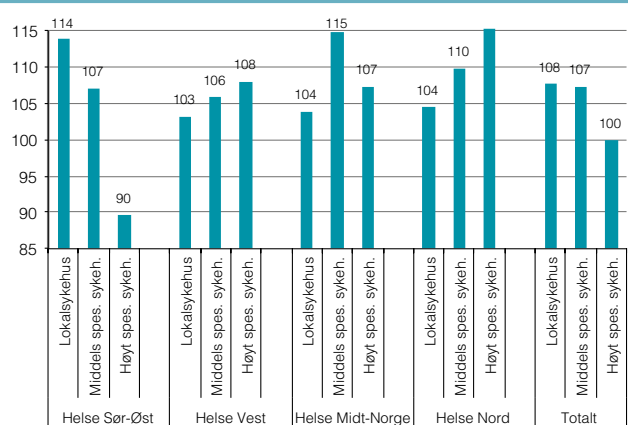
Figur 10.1. Befolkningsvekst totalt 2003-13 etter bostedsområdets sykehustilhørighet (2003=100).



Figur 10.2. Prosent befolkningsvekst 2003-13 etter region og bostedsområdets sykehustilhørighet (2003=100).



Figur 10.3. Prosent befolkningsvekst for eldre 80 år og over fra 2003 til 2013 etter region og bostedsområdets sykehustilhørighet (2003=100).



10.3 Datagrunnlag og definisjoner

Data i dette kapittelet om bruk av sykehus er fra Norsk pasientregister (NPR). Analyser av data for perioden 2003-2007 er utført i nært samarbeid med Norsk pasientregister.

Befolkningstallene i kapitlet er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år – dvs at befolkningstall for 2013 er fra 1. januar 2014.

Data fra sykehus inkluderer i utgangspunktet informasjon om alle typer opphold og konsultasjoner som ble avsluttet i kalenderåret ved samtlige somatiske sykehus og helseforetak. Offentlig finansierte opphold og konsulta-

sjoner ved private sykehus er også inkludert, men ISF-aktivitet utført av private spesialister eller annen aktivitet hos private spesialister er ikke inkludert. Dette påvirker omfanget i bruk av polikliniske konsultasjoner, særlig i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

I dette kapitlet er det lagt stor vekt på å gjøre data sammenlignbar fra 2003 til 2013. Dette gjør det nødvendig å ta ut noen typer opphold og behandling som ikke inngår i data for hele perioden. Tallene i dette kapitlet vil derfor kunne variere fra tall som er presentert i tidligere utgaver av Samdata. Analysene i dette kapitlet er eksklusive:

- Dagbehandling for dialyse
- Kjemoterapi og strålebehandling
- Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner innen rehabilitering (hovedtilstand Z50 eller DRG 462x). Døgnsbehandling for rehabilitering er inkludert.
- Opphold ved Oslo legevakt eller Bergen legevakt (50 000 opphold/konsultasjoner i 2013).

Dagbehandling for dialyse er ekskludert fordi dette er behandling av stort omfang med mange behandlinger per pasient og påvirker ratene for dagbehandling sterkt. Utviklingen i dialysebehandling er presentert i kapittel 7. Dette gjelder også kjemoterapi. Data på strålebehandling er ikke tilgjengelig før 2008, og er derfor utelatt fra analysene. Dette gjelder også data fra Oslo Legevakt (tilgjengelig fra 2007) og Bergen legevakt (tilgjengelig fra 2009). Endringer i finansiering og manglende tilgjengelighet på data gjennom hele perioden gjør at data på dagrehabilitering og rehabilitering på poliklinikk ikke er

sammenlignbar fra 2003 til 2013. Data inkluderer derfor bare døgnopphold med rehabilitering. Rehabilitering analyseres forøvrig i egen rapport fra Helsedirektoratet som kommer på nyåret 2015.

I løpet av en tiårsperiode vil det naturlig nok være endringer i kodeverk, registreringskrav og regelverk. For å gjøre data sammenlignbar over tid er alle opphold med prosedyrekode CKD05 (injeksjon av medikament – øye) og CJB10 (Laserbehandling) definert som ikke-kirurgisk behandling. Alle fødsler og friske nyfødte (DRG370–75, DRG382, DRG390–91) er definert som øyeblikkelig hjelp.

Det er usikkert om data fra poliklinikkene var komplett registrert før 2009. Det var også et tidsseriebrudd i poliklinikkdata i 2009 knyttet til overgang fra NPR record til NPR melding. Det anbefales derfor ikke å sammenligne NPR-data fra poliklinikkene for perioden 2009–2013 med data for årene 2003–2008.

I dette kapitlet brukes begrepene akuttbehandling og øyeblikkelig hjelp som synonymer og innebærer at behandling er gitt/skal gis innen 24 timer. Definisjonen av pasientgruppene som analyseres i kapitlet er gjengitt på helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag.

Lokalsykehusområder og bostedsområder for middels og høyt spesialiserte sykehus

Utgangspunktet for analysene er det området hvor pasienten bor. Pasienter som tilhører et bestemt bostedsområde kan være behandlet ved et sykehus i et annet område.

Oversikten over hvilke bostedsområder som inngår i definisjonen av lokalsykehus-områder, bostedsområder med middels og høyt spesialiserte sykehus er gjengitt i tabell 10.15 bakerst i kapitlet og er også tilgjengelig på helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag. For noen bostedsområder kan kategoriseringen diskuteres, men det er tatt utgangspunkt i klassifiseringen slik denne var presentert i Samdata før sykehusreformen i 2001. På dette tidspunktet var både Østfold og

Vestfold blitt sentralsykehus, og Oppland sentralsykehus var delt mellom Gjøvik og Lillehammer. Innherred/Levanger sykehus og Namsos hadde også noen sentralsykehusfunksjoner, men hadde likevel ikke sentralsykehusstatus. De er derfor behandlet som lokalsykehusområder i disse analysene.

For Oslo-området har vi ikke gode nok opplysninger om bydel før 2009, og alle i Oslo er derfor kodet som tilhørende høyt spesialiserte sykehus selv om de tilhører Lovisenberg eller Diakonhjemmets sykehus. Alle i Akershus er kodet som tilhørende et middels spesialisert sykehus ettersom Ahus ble definert slik i 2003.

På grunn av forskjeller i kjønn- og alderssammensetningen i befolkningen mellom lokalsykehusområder og andre bostedsområder, er de fleste tall i dette kapitlet standardisert for kjønn og alder. Standardiseringen tar utgangspunkt i sykehusstruktur, region og aldersgruppene 0–15 år, 16–19 år, 20–29 år, 30–39 år, 40–49 år, 50–59 år, 60–69 år, 70–79 år, 80–89 år og 90 år og eldre.

10.4 Utviklingen i døgn- og dagbehandling etter sykehusstruktur.

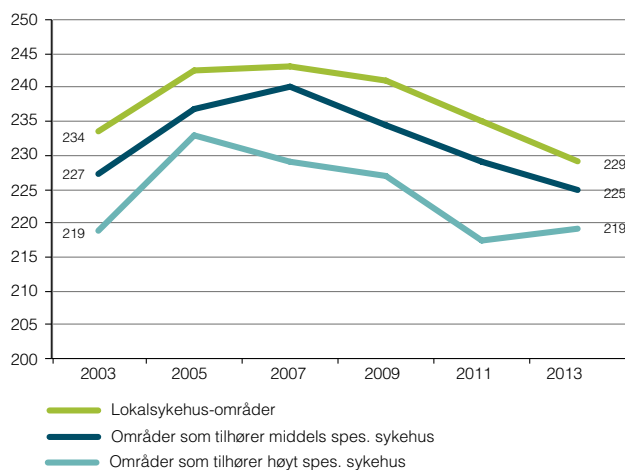
Tidligere kapitler (kapittel 2, 7 og 8) har vist at ratene for døgnbehandling har blitt noe redusert i perioden, mens dagoppholdene økte fra 2003 til 2007 og falt igjen i årene fra 2009 til 2013³. Dette mønsteret finner vi for både lokalsykehusområder, og bostedsområder med middels spesialiserte sykehus. For bostedsområder som tilhører høyt spesialiserte sykehus (Oslo, Helse Bergen-området, St. Olavs-området og UNN-området) avviker imidlertid utviklingen noe. Disse områdene fikk ny økning i døgnbehandling fra 2011 til 2013 og har et like høyt nivå av døgnopphold i 2013 som i 2003. I motsetning til lokalsykehusområder har ratene for dagbehandling⁴ gått noe ned i disse områdene, og nedgangen gjelder særlig dagkirurgi. I 2013 er også ratene for dagkirurgi noe lavere enn for andre bostedsområder.

3) Dette gjelder rater per 1000 innbyggere og ikke faktisk antall opphold.

4) Dette gjelder dagbehandling inklusive dagkirurgi, men eksklusive dialyse, kjemoterapi, strålebehandling og rehabilitering.

5) Dette gjelder også etter kontroll for alderssammensetningen i befolkningen (kjønn- og aldersstandardiserte rater).

Figur 10.4. Sum dag- og døgnopphold per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehustilhørighet. Eksklusive dagbehandling for dialyse og dag-/poliklinisk rehabilitering. Data standardisert for kjønn og alder.

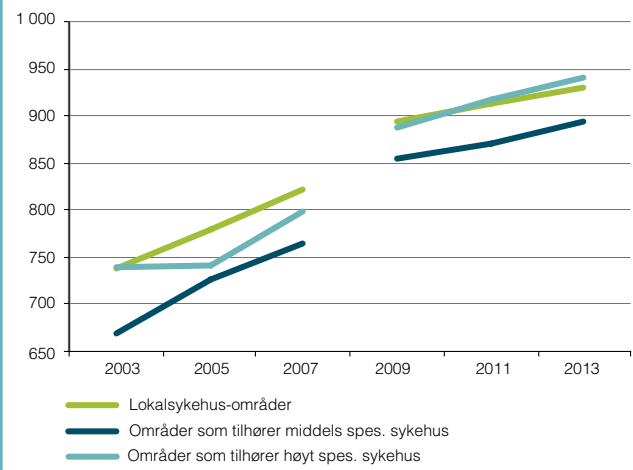


Gjennom hele perioden har lokalsykehusområdene et noe høyere nivå av dag- og døgnopphold enn andre bostedsområder⁵, men forskjellene mellom lokalsykehusområder og andre bostedsområder er noe mindre i 2013 enn i 2003. Dette skyldes økningen i døgnopphold for de tidligere regionsykehusområdene fra 2011 til 2013. Bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus har det laveste nivået av dag- og døgnopphold gjennom hele perioden.

For polikliniske konsultasjoner er det tidsbrudd i 2008 (se datagrunnlag og definisjoner), men det er tydelig vekst i alle typer bostedsområder både fra 2003 til 2007 og fra 2009 til 2013. Fra 2010 til 2013 har bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus flest polikliniske konsultasjoner per innbygger. I hele perioden finner vi det laveste nivået i bostedsområder med middels spesialiserte sykehus.

Det er betydelige regionale forskjeller i utviklingen av dag og døgnopphold fra 2003 til 2013. Dette er illustrert i figurene 10.6 og 10.7. I Helse Nord og Helse Sør-Øst har det vært en betydelig nedgang i døgn og dagbehandling for både lokalsykehusområdene og bostedsområder tilhørende høyt spesialiserte sykehus, mens lokalsykehusområdene i Helse Vest og Helse Midt-Norge har hatt et stabilt eller økt nivå av dag- og døgnopphold i sin befolkning. Figurene viser også at forskjellene mellom

Figur 10.5. Polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehustilhørighet. Eksklusive kjemoterapi, stråleterapi, og dag-/poliklinisk rehabilitering. Data standardisert for kjønn og alder.

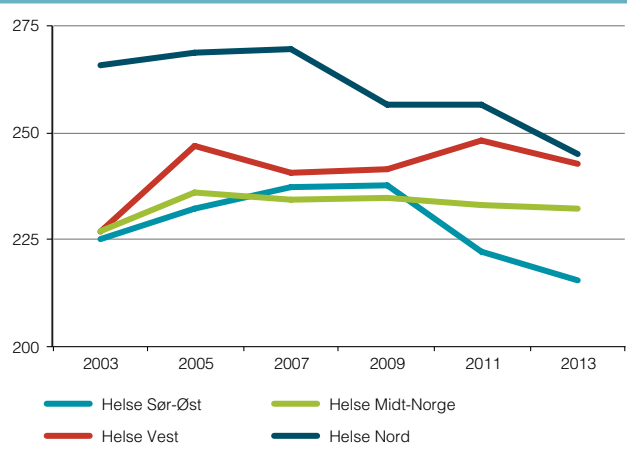


regionene i sykehusbruk for lokalsykehusområder er langt større enn forskjellene i sykehusbruk mellom bostedsområdene som tilhører høyt spesialiserte sykehus. Figur 10.7 viser også at de kjønn- og aldersstandardiserte ratene for UNN-området var lavere enn for andre regioner og var 10 prosent under landsgjennomsnittet.

Fra 2009 til 2013, har nivået av polikliniske konsultasjoner økt i de fleste sykehusområder. I Helse Sør-Øst og i Helse Nord har veksten vært noe sterkere i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus enn i bostedsområder med lokalsykehus. I Helse Sør-Øst er nivået av konsultasjoner 24 prosent høyere i Oslo enn i lokalsykehusområdene, mens Tromsø har noe lavere nivå av konsultasjoner enn lokalsykehusområdene. I Helse Vest og i Helse Midt-Norge har veksten i ratene for polikliniske konsultasjoner vært høyere i bostedsområder med middels spesialiserte sykehus enn i bostedsområder som tilhører lokalsykehus eller høyt spesialiserte sykehus.

Vedrørende regionale forskjeller for de tidligere regionsykehusbostedsområdene bør det også nevnes at oppholdene fra Oslo og Bergen legevakt som inngår i spesialisthelsetjenesten ikke er inkludert i disse analysene ettersom det ikke er tilgjengelige data fra disse institusjonene for alle år. Det faktiske nivået av sykehusbruk i Oslo er dermed noe høyere enn vist her.

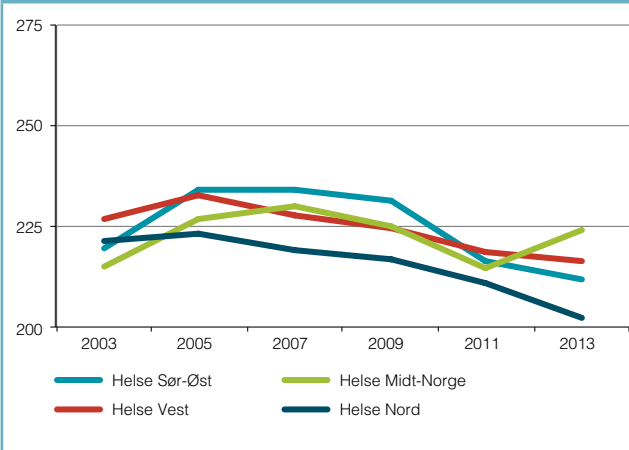
Figur 10.6. Dag og døgnopphold per 1000 innbyggere 2003-13 i lokalsykehus-områder etter region (eksklusive dagrehabilitering). Data er standardisert for kjønn og alder.



For noen av sykehusområdene har ratene for dag- og døgnopphold endret seg betydelig fra 2003 til 2013. I lokalsykehusområdene for Ski sykehus, Flekkefjord sykehus, Lærdal sjukehus, Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Mo i Rana, samt Narvik sykehus og Kirkenes sykehus har nedgangen i samlede dag- og døgnopphold vært større enn 10 prosent. Dette gjelder også for Sørlandet sykehus Kristiansand. For noen av disse sykehusområdene (Flekkefjord, Lærdal, Sandnessjøen, Kirkenes) er nivået av dag- og døgnopphold fremdeles over eller rundt landsgjennomsnittet, mens andre (Ski, Kristiansand, Mo i Rana og Narvik) har nå lavere rater for bruk av sykehus enn landsgjennomsnittet.

For andre sykehusområder (Sykehuset i Vestfold – Tønsberg, Helse Fonna – Haugesund, Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos) har det vært en vekst i dag- og døgnopphold per 1000 innbyggere på 10 prosent eller mer i denne perioden. Med unntak av Sykehuset Levanger – hvor forbruksnivået er rundt landsgjennomsnittet – har disse bostedsområdene et høyere nivå av dag og døgnopphold per innbygger enn landsgjennomsnittet.

Figur 10.7. Dag og døgnopphold per 1000 innbyggere 2003-13 i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus etter region (eksklusive dagrehabilitering). Data er standardisert for kjønn og alder.



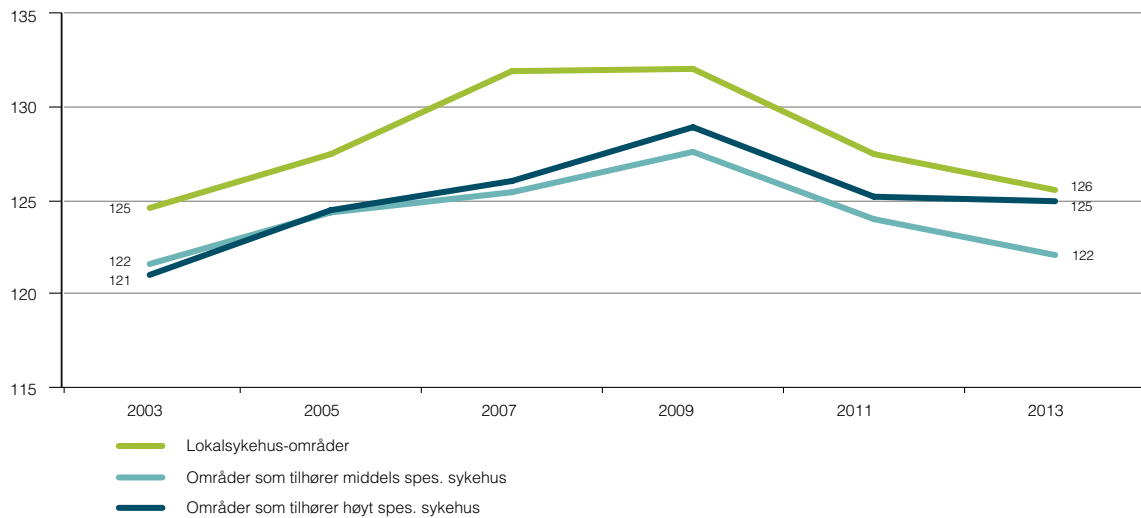
10.5 Utviklingen i akuttbehandling etter sykehusstruktur.

Tidligere kapitler har vist at ratene for akuttbehandling har samme hovedtrend fra 2003 til 2013 som ratene for dag- og døgnopphold totalt; de økte først i perioden, men falt fra 2009 til 2013. Både akutt medisinsk behandling og akutt kirurgisk behandling var på omtrent samme nivå i 2003 og 2013, men det er variasjoner i utviklingen mellom både regioner og sykehusområder. På nasjonalt nivå er ikke bevegelsene særlig store, og varierer fra 122 til 129 dag og døgnopphold per 1000 innbyggere.

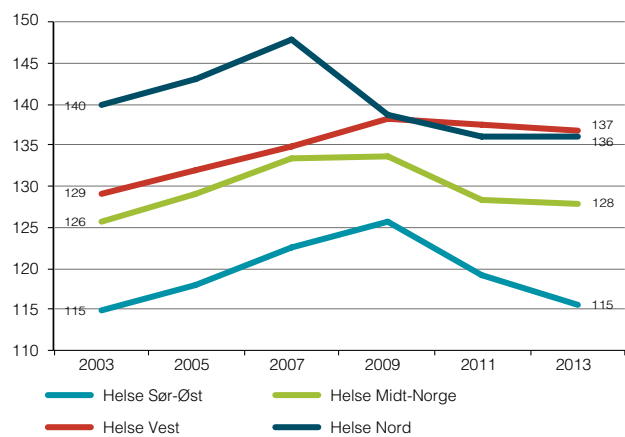
Utviklingen i akuttbehandling totalt har vært lik for lokalsykehusområder og bostedsområder med middels spesialiserte sykehus og viser samme nivå i 2013 som i 2003. For bostedsområder som tilhører høyt spesialiserte sykehus økte ratene for akuttbehandling noe sterkere fra 2007 til 2009 enn for andre sykehusområder, og viser en økning i perioden som helhet.

På regionalt nivå ser vi en tydelig nedgang i opphold for akuttbehandling i lokalsykehusområder i Helse Nord, samt en økning i denne typen opphold i lokalsykehusområder i Helse Vest. I 2013 er nivået av opphold for akuttbehandling like høyt i lokalsykehusområdene i Helse Vest og Helse Nord.

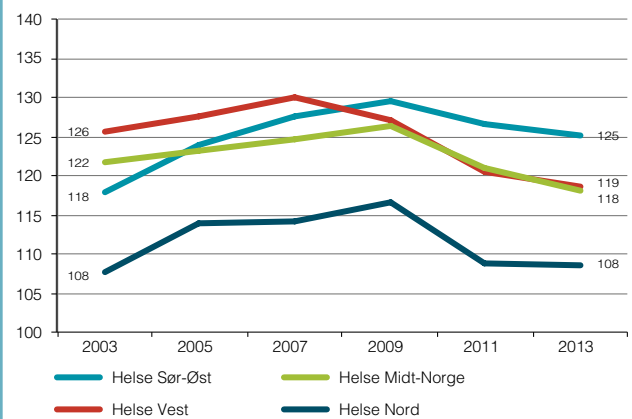
Figur 10.8. Dag- og døgnopphold for akuttbehandling per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehistilhørighet. Data standardisert for kjønn og alder.



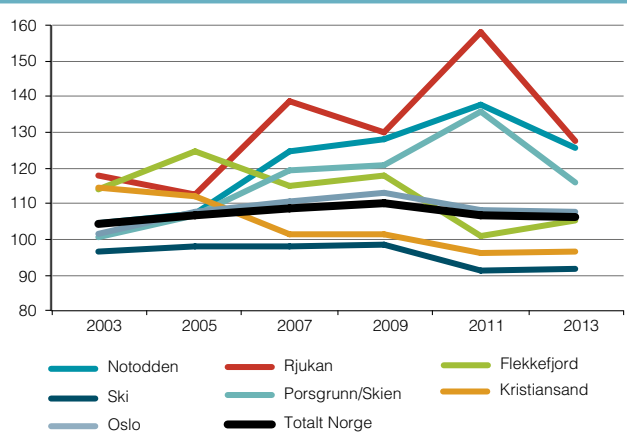
Figur 10.9. Dag- og døgnopphold for akuttbehandling per 1000 innbyggere 2003-13 i lokalsykehus-områder. Data standardisert for kjønn og alder.



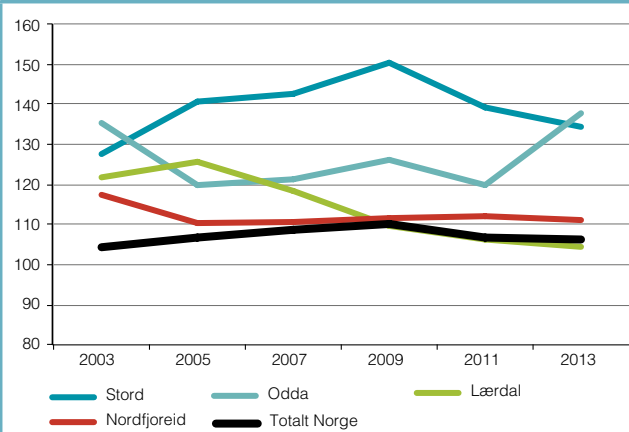
Figur 10.10. Dag- og døgnopphold for akuttbehandling per 1000 innbyggere 2003-13 i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus. Data standardisert for kjønn og alder.



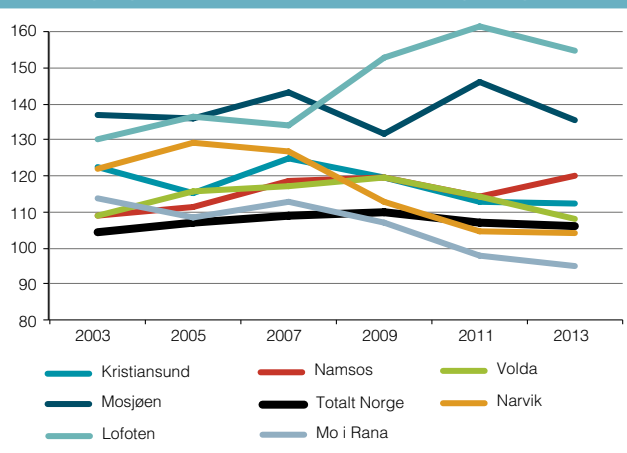
Figur 10.11. Dag- og døgnopphold for akutt medisinsk behandling per 1000 innbyggere 2003-13 for utvalgte sykehusområder i Helse Sør-Øst. Data standardisert for kjønn og alder.



Figur 10.12. Dag- og døgnopphold for akutt medisinsk behandling per 1000 innbyggere 2003-13 for utvalgte sykehusområder i Helse Vest. Data standardisert for kjønn og alder.



Figur 10.13. Dag- og døgnopphold for akutt medisinsk behandling per 1000 innbyggere 2003-13 for utvalgte sykehusområder i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Data standardisert for kjønn og alder.



Ettersom det er knyttet betydelig interesse til utviklingen i bruk av sykehustjenester og akuttbehandling for noen lokalsykehusområder, gjengir vi også de viktigste endringene på bostedsområde-nivå. Figur 10.11-10.13 viser utviklingen i dag- og døgnopphold for akuttbehandling for utvalgte bostedsområder etter region.

For befolkningen i Oslo har det vært noe vekst i akuttbehandling innen både medisin og kirurgi. Vi vil i denne sammenhengen også minne om at ratene for akuttbehandling i Oslo ville vært høyere om data fra Legevakten i Oslo var inkludert.

I Helse Vest finner vi økte rater for akuttbehandling i lokalsykehusområdene og i bostedsområder med middels spesialiserte sykehus, men bostedsområdene som tilhører Haukeland har hatt noe nedgang i opphold for akuttbehandling. I Helse Midt-Norge finner vi noe nedgang i slik behandling i bostedsområder som tilhører middels spesialiserte sykehus, og tydelig nedgang i kirurgisk akuttbehandling i bostedsområder som tilhører St. Olavs hospital. I Helse Nord finner vi også tydelig nedgang i kirurgisk akuttbehandling i UNN-området, men noe økning i akutt medisinsk hjelp.

For andre sykehusområder, kan det være verdt å merke seg at det har vært en nedgang fra 2003 til 2013 i akutt medisinsk behandling på 14 prosent i bostedsområder som tilhører Lærdal sjukehus, og 15-17 prosent nedgang for Sørlandet sykehus Kristiansand, UNN-Narvik og Helgelandssykehuset Mo i Rana. I 2013 var nivået av dag- og døgnopphold for akutt medisinsk behandling rundt eller noe lavere enn landsgjennomsnittet i alle disse sykehusområdene. Det var samtidig en økning på 10 prosent eller mer i akutt medisinsk behandling for bostedsområder som tilhører Sykehuset Telemark - Notodden, Sykehuset Østfold - Halden og Fredrikstad, Telemark sykehus - Porsgrunn/Skien, Helse Fonna Haugesund og Nordlandssykehuset Lofoten.

10.6 Vanlige lokalsykehusfunksjoner innen akutt indremedisin

For å få best mulig kunnskap om utviklingen i akutt medisinsk behandling i lokalsykehusområdene, har vi valgt ut en rekke hovedtilstander innen akutt indremedisin som behandles i lokalsykehus. Dette inkluderer allergiske reaksjoner, astma, bevisstløshet, akutt diabetes, drukning, brystmerter, hjertestans, lungeemboli, kardiogent sjokk, hjerneblødning m.m. (se komplett oversikt under datagrunnlag og definisjoner). For slike behandlinger finner vi noe økning i lokalsykehusbostedsområdene (8 prosent) og i bostedsområder som tilhører middels spesialiserte sykehus (5 prosent), mens bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus har samme nivå i 2013 som i 2003 (se tabell 10.2). Vi finner størst vekst i slik behandling for hele perioden i lokalsykehusområdene i Helse Sør-Øst og i Helse Vest (12-13 prosent), men fra 2003 til 2009 var det 19 prosent vekst i slik behandling for bostedsområder med middels spesialiserte sykehus i Midt-Norge. Nivået av vanlige lokalsykehusfunksjoner innen akutt indremedisin varierer i liten grad med sykehusstruktur i både 2003 og 2013.

10.7 Utviklingen i kirurgisk behandling etter sykehusstruktur

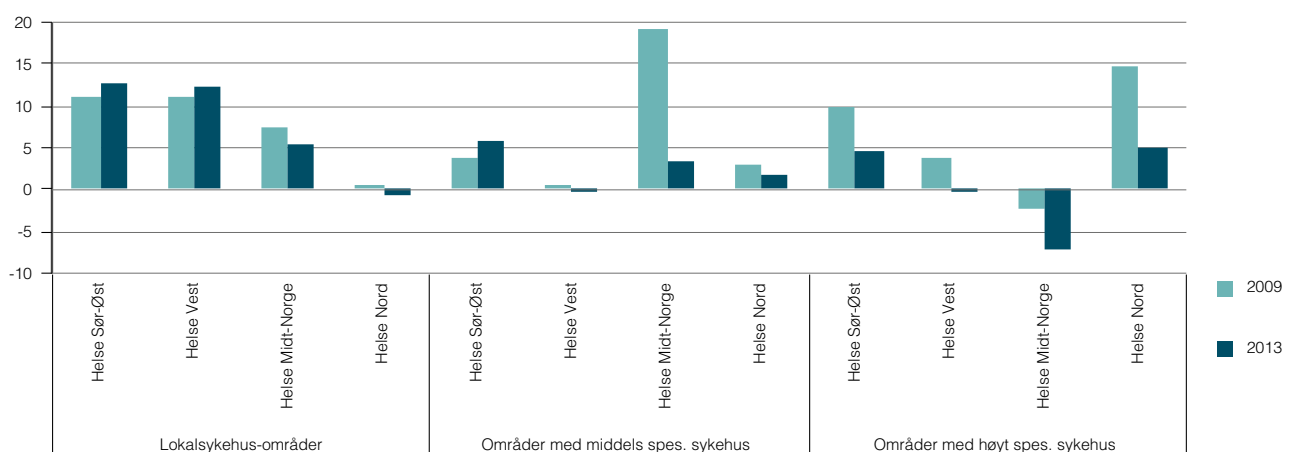
I tidligere kapitler har vi påpekt at det totale nivået av kirurgisk behandling per innbygger er lite endret fra 2003 til 2013 (-1,5 prosent). For lokalsykehusområdene er

nivået det samme i 2003 som i 2013, mens det var noe nedgang for bostedsområder som tilhører høyt spesialiserte sykehus. Utviklingen for kirurgisk behandling totalt, og planlagt kirurgisk behandling viser samme utviklingsmønster.

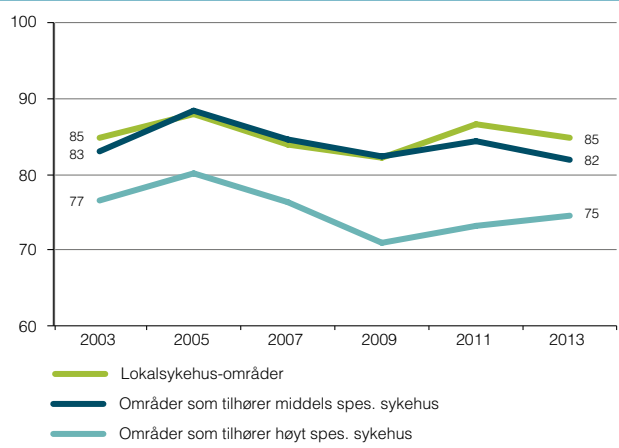
Utviklingen for kirurgisk behandling varierer imidlertid mellom regionene. For befolkningen tilhørende Helse Sør-Øst og i Helse Nord reduseres nivået noe, mens det øker i Helse Vest og i Helse Midt-Norge. I Helse Sør-Øst og Helse Nord har nedgangen vært særlig tydelig i bostedsområder som tilhører høyt spesialiserte sykehus, mens den sterkeste økningen i kirurgisk behandling i Helse Vest og Helse Midt-Norge er knyttet til befolkningen i lokalsykehusområder. Utviklingen i kirurgisk behandling i Helse Nord følger i stor grad Helse Vest og Helse Midt-Norge frem til 2011, men får en nedgang fra 2011 til 2013. Nedgangen gjelder befolkningen i både lokalsykehusområder og i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus.

Fra 2003 til 2013 har ratene for kirurgisk behandling blitt redusert med mer enn 10 prosent i bostedsområder tilknyttet lokalsykehusene Lærdal, Orkdal, Helgelands-sykehuset Mo i Rana og Narvik sykehus. En tilsvarende nedgang finner vi for bostedsområder som tilhører Sørlandet sykehus - Kristiansand. Sistnevnte sykehusområde, samt Orkdal sykehus og Helgelands-sykehuset Mo i Rana har et noe lavere nivå av kirurgisk behandling enn landsgjennomsnittet i 2013.

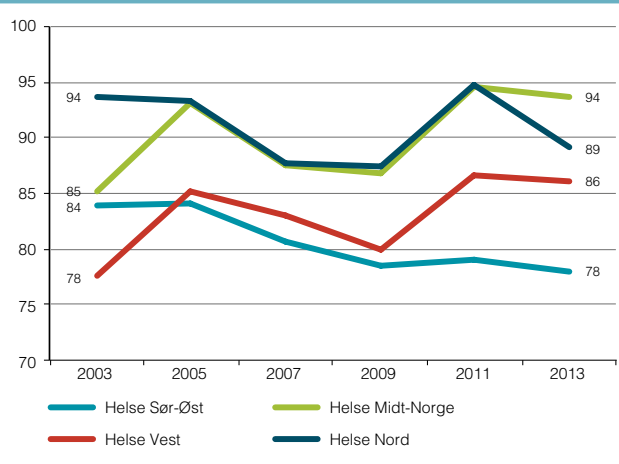
Figur 10.14 Prosent endring fra 2003 i rater for dag og døgnopphold for vanlige lokalsykehusfunksjoner innen akutt indremedisin etter region og bostedsområdets sykehustilhørighet.



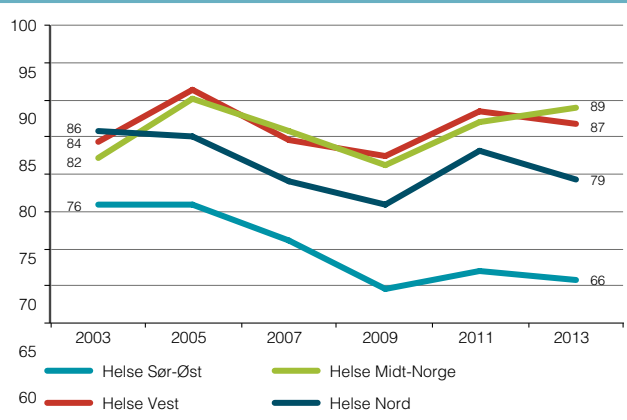
Figur 10.15. Dag- og døgnopphold for kirurgisk behandling totalt per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehus-tilhørighet. Data er standardisert for kjønn og alder.



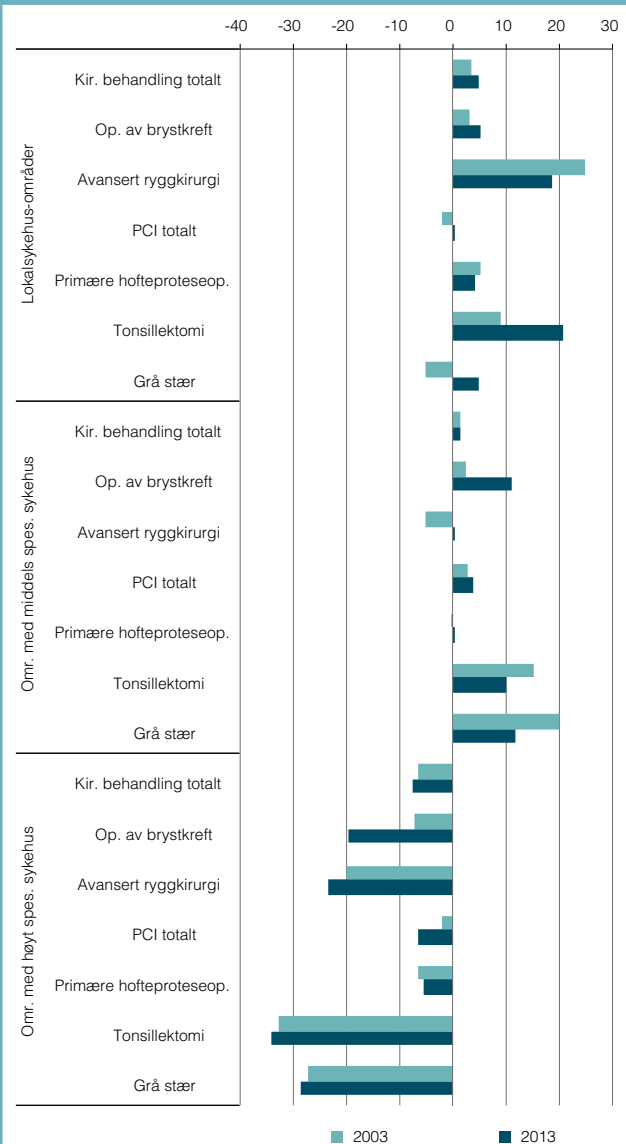
Figur 10.16. Dag- og døgnopphold for kirurgisk behandling per 1000 innbyggere 2003-13 i lokalsykehusområder. Data standardisert for kjønn og alder.



Figur 10.17. Dag- og døgnopphold for kirurgisk behandling per 1000 innbyggere 2003-13 i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus. Data standardisert for kjønn og alder.



Figur 10.18 Nivå av dag- og døgnopphold for kirurgisk behandling i forhold til landsgjennomsnittet (landsgjennomsnitt=0) etter bostedsområdenes sykehus-tilhørighet i 2003 og 2013. Data er standardisert for kjønn og alder.



Andre sykehusområder, som Østfold-Fredrikstad, Notodden, Haugesund, Namdal og Lofoten har hatt en økning i ratene for kirurgisk behandling fra 2003 til 2013 på mer enn 10 prosent. Disse områdene har et noe høyere nivå av kirurgi per 1000 innbyggere enn landsgjennomsnittet.

Vi har også analysert kirurgisk behandling for en rekke ulike kirurgiske prosedyrer, noen høyt spesialiserte (operasjoner av tykktarm- og endetarmskreft, brystkreft, avansert ryggkirurgi, PCI og Bypass), samt mindre og

middels spesialiserte operasjoner (primære kne- og hofteproteseoperasjoner, andre operasjoner på kne og legg, operasjoner av åreknuter, tonsillektomi, grå stær og skiveprolaps). Tallene er fremstilt i tabell 10.3–10.4 på slutten av kapitlet. Utviklingen for behandlingene varierer, men for mange av pasientgruppene er behandlingsratene noe lavere for bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus enn i lokalsykehusområder. For noen av pasientgruppene er dette illustrert i figur 10.18 som viser nivået av kirurgisk behandling i 2003 og 2013 etter bostedsområdenes sykehistilhørighet. Figuren indikerer at nivået for kirurgisk behandling i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus ligger under landsgjennomsnittet for kirurgisk behandling totalt, og enkelte kirurgiske prosedyrer. Dette gjelder særlig for mindre spesialiserte behandlinger som gis på lokalsykehus (tonsillektomi, grå stær). Prioriteringer av ressurser kan gi dårligere kapasitet til lokalsykehusfunksjoner i de høyt spesialiserte sykehusene og kan gi dårligere tilgjengelighet til slik kirurgisk behandling for befolkningen i storbyene.

Det kan også være interessant å merke seg at figur 10.18 viser at lokalsykehusområdene har høyere nivå enn landsgjennomsnittet for både høyt spesialiserte behandlinger (avansert ryggkirurgi) og for noen mindre spesialiserte behandlinger (tonsillektomi).

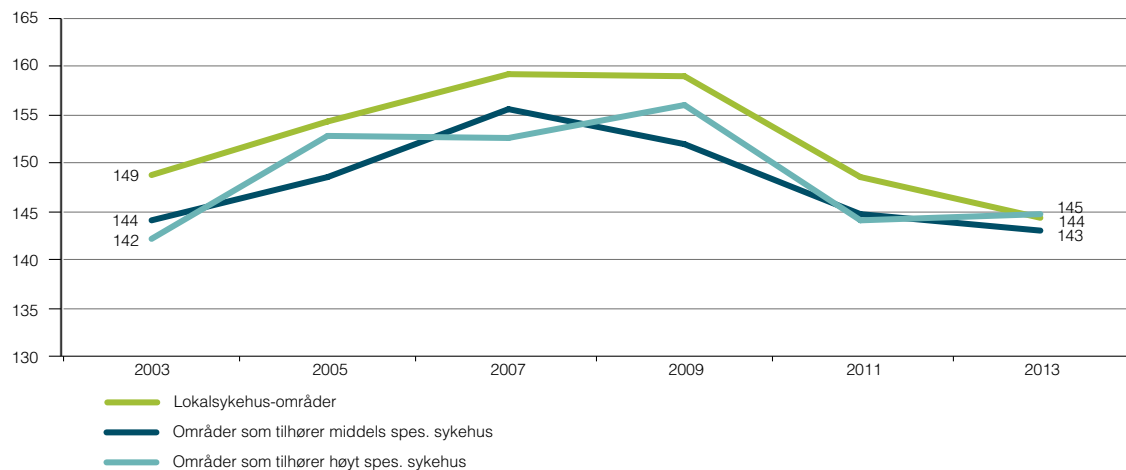
10.8 Utviklingen i behandling for ikke-smittsomme sykdommer etter sykehusstruktur

I likhet med døgn- og dagopphold totalt, øker oppholdene for medisinsk behandling fra 2003 til 2007, og faller noe igjen fra 2009 til 2013 (se tabell 10.5 bakerst i kapitlet). Nivået av slike opphold i 2013 er totalt sett 1 prosent lavere enn i 2003. For perioden som helhet finner vi noe nedgang i oppholdsratene for hjerte- og hjerne-karsykdom. Dette framkommer for pasientgruppen totalt, og for koronar iskemisk sykdom, hjertesvikt og hjerneslag. Vi finner også noe nedgang i dag- og døgnopphold med hoveddiagnose diabetes II, og for sykdommer i luftveiene. Dag- og døgnopphold for pasienter med hoveddiagnose knyttet til sykdommer i muskel og skjelett øker imidlertid noe i perioden.

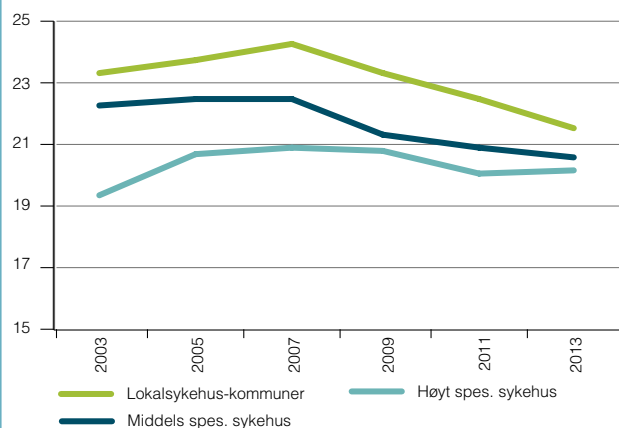
Vi finner ingen vesentlige skift i bruk av sykehistjenester knyttet til sykehusstruktur for noen av disse sykdommene. Ved opphold med hoveddiagnose KOLS er det imidlertid en sterk økning i de tidligere regionsykehusområdene, særlig i Helse Midt-Norge. Det er imidlertid ingen tilsvarende økning i dag og døgnopphold for pasienter med sykdommer i luftveiene totalt sett. Økningen kan derfor henge sammen med registreringsforskjeller i om pasientene kodes med KOLS eller annen luftveissykdom som hoveddiagnose.

For både hjerte- og hjerne-karsykdommer og sykdommer i luftveiene finner vi at nivået av sykehusbruk varierer mindre med hensyn til sykehusstruktur enn i 2003.

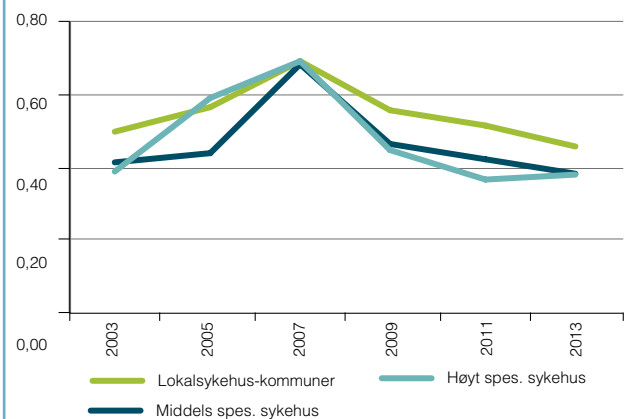
Figur 10.19. Dag- og døgnopphold for medisinsk behandling totalt (ikke-kirurgiske DRG) per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehustilhørighet. Data er standardisert for kjønn og alder.



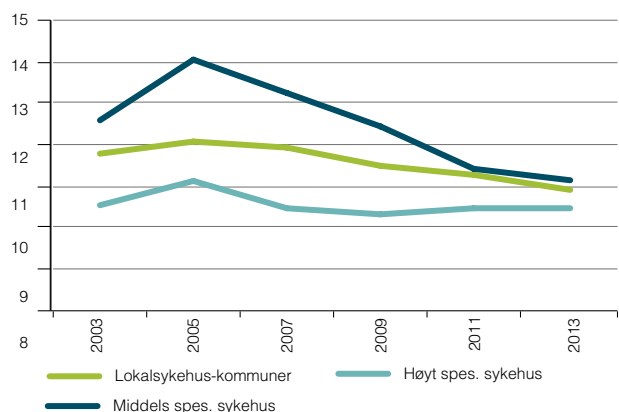
Figur 10.20. Dag- og døgnopphold for hjerte- og karsykdom inklusive hjerneslag per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehustilhørighet (tabell 10.5).



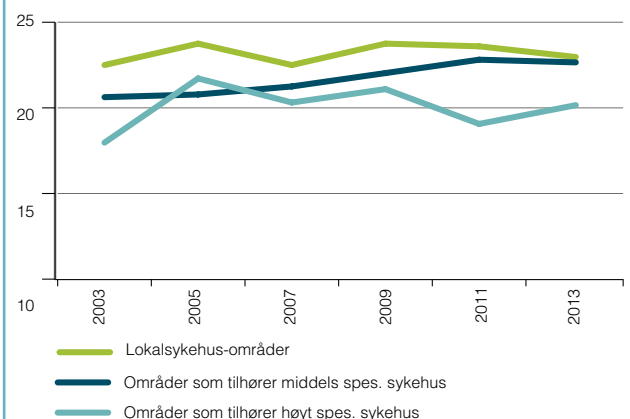
Figur 10.21. Dag- og døgnopphold for diabetes II per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehustilhørighet (tabell 10.5).



Figur 10.22. Dag- og døgnopphold for sykdommer i luftveiene per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehustilhørighet (tabell 10.5).



Figur 10.23. Dag- og døgnopphold for sykdommer i muskel- og skjelett per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehustilhørighet (tabell 10.5).



10.9 Befolkningsutvikling og sykehusbruk etter sykehusstruktur fram mot 2030

Det er regionale forskjeller både i bruk av sykehustjenester, i befolkningens alderssammensetning og i forventet vekst i befolkningen. Selv om dagens nivå i bruk av sykehustjenester per innbygger holdes stabilt, vil disse forskjellene føre til at behovet for sykehustjenester i årene framover vil variere mellom ulike deler av landet. Ettersom befolkningsveksten forventes å bli sterkere i de store byene enn i områder med lavere befolkningstetthet, er disse forskjellene også knyttet til sykehusstruktur. Totalt sett vil den forventede befolkningsutviklingen medføre at behovet for vekst i sykehustjenester vil bli noe lavere i lokalsykehusområdene enn i bostedsområder med middels eller høyt spesialiserte sykehus. Det er også regionale forskjeller i forventet befolkningsvekst og behov for vekst i sykehustjenester som følge av dette.

I våre analyser har vi beregnet forventet vekst i dag- og døgnopphold i 2020, 2025 og 2030 etter region og sykehusstruktur, gitt at dagens nivå av opphold per 1000 innbygger for menn og kvinner i ulike aldersgrupper holdes konstant. Det bør i denne sammenheng bemerkes at polikliniske konsultasjoner, dagrehabilitering, dialyse, kjemoterapi og strålebehandling ikke er inkludert i beregningene. For noen av disse behandlingene har det vært en betydelig økning de siste ti år (dialyse, polikliniske konsultasjoner), og det kan være grunn til å tro at dette vil fortsette. For andre typer behandling, for eksempel rehabilitering, kan det være ønskelig at tilgjengeligheten øker. Dette vil komme i tillegg til den estimerte veksten.

SSBs framskrivninger av befolkningen tar utgangspunkt i ulike forutsetninger for fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring. For hver av disse forutsetningene beregnes det en lav vekst (L), middels vekst (M) og høy vekst (H). De tre alternativene for befolkningsvekst som er benyttet i våre beregninger tar utgangspunkt i følgende forutsetninger:

- *Midlere befolkningsvekst MMMM* (middels alternativ for både fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring)
- *Sterk aldring LHML* (lav fruktbarhet, høy levealder, middels innenlands flytting og lav innvandring)

- *Svak aldring HLMH* (høy fruktbarhet, lav levealder, middels flytting og høy innvandring)

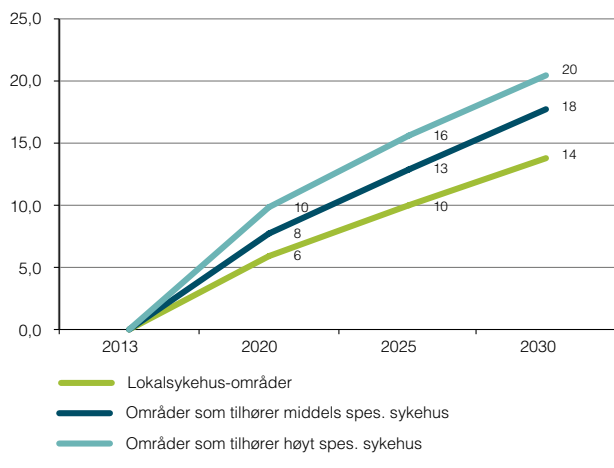
Figurene nedenfor viser beregninger med utgangspunkt i SSBs midlere alternativ for befolkningsvekst (MMMM). Bakerst i kapitlet er det også vedlagt tabeller som viser forventet vekst i befolkning og sykehusopphold for de to andre alternativene for vekst i befolkningen; sterk aldring og svak aldring.

Figur 10.24–10.25 viser for det første at befolkningsveksten og behovet for vekst i sykehusopphold kan bli noe lavere i lokalsykehusområdene enn i andre bostedsområder, og høyest i bostedsområder med høyt spesialiserte sykehus. De viser også at behovet for sykehustjenester vil være 5–6 prosent høyere enn veksten i befolkningen før 2025 og 10 prosent høyere enn veksten i befolkningen fram mot 2030. Dette skyldes at eldre har høyere rater for sykehusopphold enn yngre og at veksten i den eldre befolkningen øker i denne perioden.

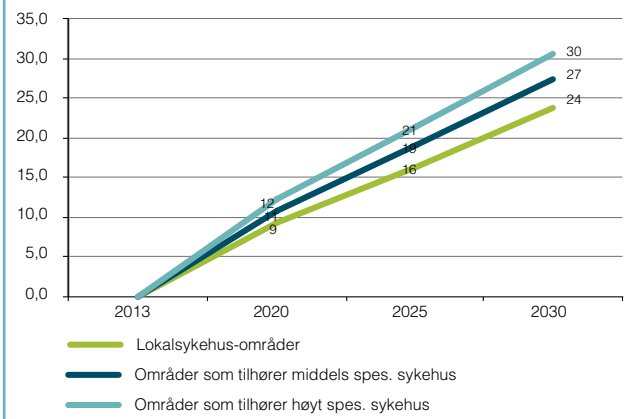
Befolkningsveksten fram mot 2030 er forventet å bli sterkest i Oslo og i Stavanger-området, men tilveksten i disse områdene gjelder også yngre og vil derfor påvirke behovet for sykehustjenester på en annen måte enn vekst i den eldre befolkningen. I Oslo er estimert vekst i sykehusbruk i 2020 1,1 gang høyere enn veksten i befolkningen. I lokalsykehusområdene i Helse Nord vil ikke veksten i antall personer være like høy som i andre deler av landet, men andelen eldre i befolkningen vil øke sterkere. I 2020 vil behovet for vekst i sykehusopphold være rundt 2 ganger høyere enn veksten i befolkningen i disse områdene. Gitt alternativet «sterk aldring», vil behovet for sykehusopphold være 2,9 ganger høyere enn veksten i befolkningen.

På tross av at det er forventet en betydelig vekst i den yngre befolkningen i bostedsområder som tilhører de høyt spesialiserte sykehusene, er det likevel disse områdene som vil få det største behovet for vekst i sykehusbehandling i kommende år. Det økte behovet for dag- og døgnopphold mot 2030 for de tidligere region-sykehus-områdene tilsvarer omtrent det antallet sykehusopphold som befolkningen i Haukeland-området har i dag (omtrent 90 000 dag- og døgnopphold).

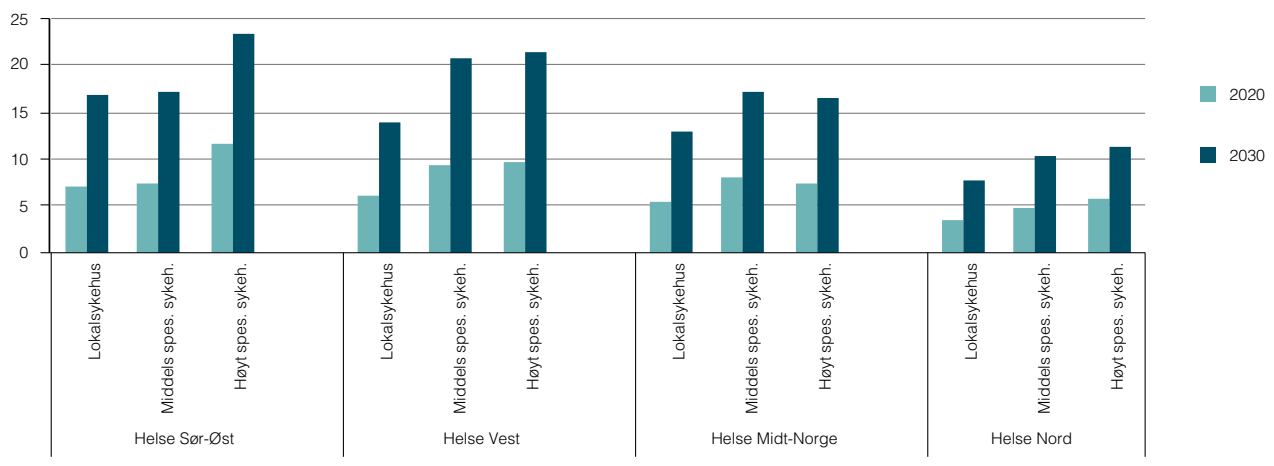
Figur 10.24. Forventet befolkningsvekst (MMMM) fra 2013 til 2030 etter bostedsområdets sykehustilhørighet. Data fra SSB.



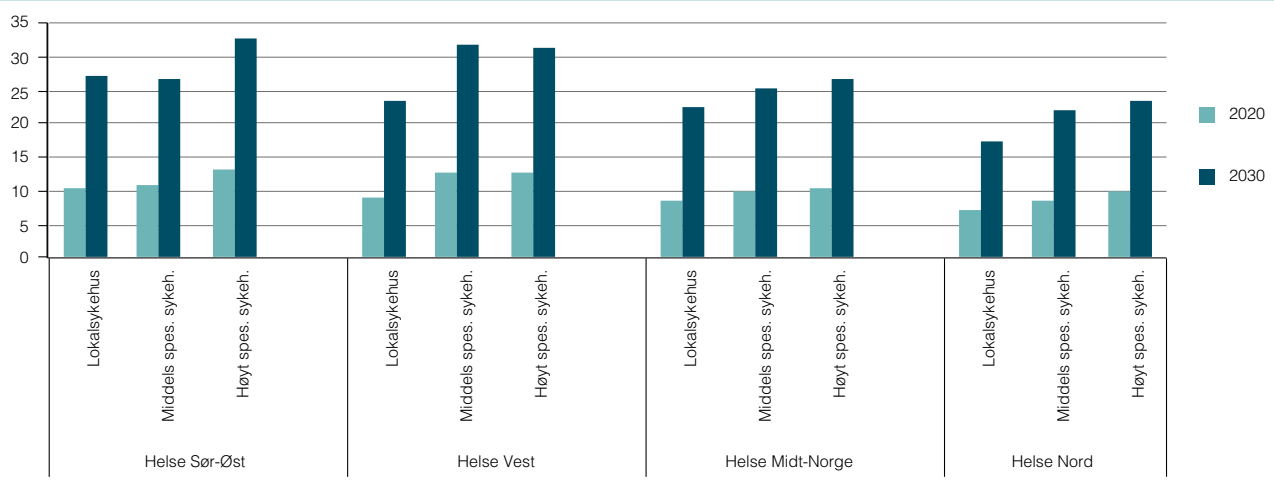
Figur 10.25. Estimert vekst i dag- og døgnopphold gitt SSBs midlere alternativ for befolkningsvekst (MMMM) fra 2013 til 2030 etter bostedsområdets sykehustilhørighet. Data estimert med utgangspunkt i kjønn og 10-årige aldersgrupper.



Figur 10.26. Forventet befolkningsvekst (MMMM) i 2020 og 2030 etter region og bostedsområdets sykehustilhørighet. Data fra SSB.



Figur 10.27. Estimert vekst i dag- og døgnopphold gitt SSBs midlere alternativ for befolkningsvekst (MMMM) fra 2013 til 2030 etter region og bostedsområdets sykehustilhørighet. Data estimert med utgangspunkt i kjønn og 10-årige aldersgrupper.



Det er ikke vist framskrivninger av sykehusbruk på poliklinikkene i dette kapitlet, men det kan bemerkes at våre analyser viser at forventet vekst i polikliniske konsultasjoner vil være 1 prosentpoeng lavere enn for

dag- og døgnopphold i 2020 og 3 prosentpoeng lavere i 2030. Dette skyldes at alderssammensetningen i bruk av polikliniske konsultasjoner er noe annerledes enn for dag- og døgnbehandling.

Tabell 10.1. Sum opphold og konsultasjoner per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehistilhørighet. Kjønn- og aldersstandiserte tall.

		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2003-07	2009-13	2003-13
Døgn og dag totalt ¹	Lokalsykehus-områder	234	242	243	241	235	229	4,0	-5,0	-1,9
	Middels spes. sykehus	227	237	240	234	229	225	5,7	-4,1	-1,0
	Høyt spes. sykehus	219	233	229	227	217	219	4,7	-3,4	0,3
	Totalt	227	237	238	234	227	224	4,8	-4,2	-1,2
Døgn totalt ¹	Lokalsykehus-områder	186	189	189	183	180	178	1,3	-3,2	-4,7
	Middels spes. sykehus	181	183	182	177	174	172	0,8	-2,6	-4,7
	Høyt spes. sykehus	164	167	163	165	166	166	-0,3	0,7	1,3
	Totalt	178	181	179	176	173	172	0,6	-2,0	-3,4
Dag totalt ¹	Lokalsykehus-områder	47	54	54	58	55	52	14,7	-10,7	8,8
	Middels spes. sykehus	46	54	58	58	55	53	24,6	-8,6	13,2
	Høyt spes. sykehus	55	66	66	62	52	53	19,8	-14,3	-2,8
	Totalt	49	57	59	59	54	52	20,1	-10,8	7,1
Dagkir .totalt ¹	Lokalsykehus-områder	40	43	41	43	43	41	3,6	-2,8	3,7
	Middels spes. sykehus	40	44	42	43	42	40	6,2	-7,7	-0,2
	Høyt spes. sykehus	37	39	39	37	34	36	4,8	-4,8	-3,4
	Totalt	39	43	41	41	40	39	5,0	-5,4	0,1
Polikl. kons. ¹	Lokalsykehus-områder	738	780	821	894	912	930	11,2	4,0	*
	Middels spes. sykehus	668	726	764	855	870	894	14,3	4,6	*
	Høyt spes. sykehus	739	741	798	887	917	940	8,0	6,0	*
	Totalt	709	746	791	875	895	917	11,6	4,8	*

1) Eksklusive dagbehandling for dialyse, kjemoterapi, stråleterapi, dagrehabilitering og poliklinisk rehabilitering i DRG 462x eller hoveddiagnose Z50x.
Tidsseriebrudd i data for polikliniske konsultasjoner i 2008 på grunn av overgang fra NPR record til NPR-melding. Dette bidro til økt antall konsultasjoner.

Tabell 10.2. Akuttbehandling per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehistilhørighet. Kjønn- og aldersstandiserte tall.

								Prosent endring	
		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Akuttbehandling totalt	Lokalsykehus-områder	125	128	132	132	127	126	-4,9	0,8
	Middels spes. sykehus	122	124	125	128	124	122	-4,3	0,5
	Høyt spes. sykehus	121	124	126	129	125	125	-3,1	3,2
	Totalt	122	125	127	129	125	124	-4,1	1,2
Akutt medisinsk behandling totalt ¹	Lokalsykehus-områder	106	109	113	112	109	108	-3,9	1,3
	Middels spes. sykehus	104	106	107	109	106	105	-3,5	0,6
	Høyt spes. sykehus	102	106	107	111	106	107	-3,2	4,5
	Totalt	104	107	109	110	107	106	-3,6	1,7
Akutt kirurgisk behandling totalt ²	Lokalsykehus-områder	18	18	19	20	19	18	-10,3	-2,2
	Middels spes. sykehus	17	17	18	19	18	17	-8,4	-0,1
	Høyt spes. sykehus	19	18	19	18	19	18	-2,9	-3,9
	Totalt	18	18	19	19	18	18	-7,4	-1,8
Vanlige lokalsykehus-funksjoner innen akutt indremed. ^{3,4}	Lokalsykehus-områder	19	19	21	20	21	20	0,2	8,0
	Middels spes. sykehus	19	19	20	20	20	20	0,7	5,0
	Høyt spes. sykehus	18	19	19	19	19	19	-3,8	0,9
	Totalt	19	19	20	20	20	20	-0,6	4,9
Fødsler ⁵	Lokalsykehus-områder	54	52	52	54	50	48	-11,1	-11,0
	Middels spes. sykehus	52	52	52	54	51	49	-10,1	-6,5
	Høyt spes. sykehus	59	60	60	59	52	54	-7,7	-7,2
	Totalt	55	54	55	56	51	50	-9,5	-7,8
Appendektomi ⁴	Lokalsykehus-områder	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	3,0	4,0
	Middels spes. sykehus	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,2	15,4	24,3
	Høyt spes. sykehus	1,0	0,9	1,0	0,9	1,0	1,0	6,5	2,2
	Totalt	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	9,2	11,4
Lårhalsbrudd ⁴	Lokalsykehus-områder	1,8	1,6	1,6	1,4	1,4	1,3	-6,5	-26,3
	Middels spes. sykehus	1,9	1,8	1,6	1,4	1,4	1,3	-8,0	-30,8
	Høyt spes. sykehus	1,9	1,9	1,6	1,4	1,3	1,2	-13,9	-38,8
	Totalt	1,9	1,8	1,6	1,4	1,4	1,3	-8,9	-31,5

1) Inklusive fødsler og friske nyfødte, som alle er kodet som øyeblikkelig hjelp.

2) Medisinsk behandling totalt er definert som behandling i ikke-kirurgiske DRG.

3) Behandling for øyeblikkelig hjelp i utvalgte hoveddiagnoser

4) Se www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag for definisjon av pasientgruppene).

5) Normale fødsler per 1000 kvinner i alderen 16-49 år.

Tabell 10.3 Dag- og døgnopphold for kirurgisk behandling totalt og for utvalgte spesialiserte kirurgiske prosedyrer per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehustilhørighet. Kjønn- og aldersstandardiserte tall.

			2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Totalt	Kir. behandling totalt	Lokalsykehus-områder	85	88	84	82	87	85	3,1	-0,2
		Middels spes. sykehus	83	88	84	82	84	82	-0,6	-1,4
		Høyt spes. sykehus	77	80	76	71	73	75	5,2	-2,7
		Totalt	82	86	82	79	82	81	2,0	-1,5
	Planlagt kir. behandling	Lokalsykehus-områder	67	67	65	62	68	67	7,4	0,4
		Middels spes. sykehus	66	67	66	64	66	65	1,7	-1,7
		Høyt spes. sykehus	58	59	58	53	54	57	8,1	-2,3
		Totalt	64	65	63	60	64	63	5,0	-1,4
Høyt spesialiserte prosedyrer	Op. av tykktarmkreft ¹	Lokalsykehus-områder	0,23	0,23	0,25	0,29	0,30	0,34	16,8	48,4
		Middels spes. sykehus	0,26	0,28	0,29	0,32	0,34	0,34	5,6	31,2
		Høyt spes. sykehus	0,24	0,27	0,27	0,30	0,34	0,34	14,3	41,9
		Totalt	0,24	0,26	0,27	0,30	0,33	0,34	11,3	39,2
	Op. av endetarmskreft ¹	Lokalsykehus-områder	0,15	0,15	0,14	0,15	0,15	0,15	-1,3	-2,2
		Middels spes. sykehus	0,15	0,16	0,15	0,15	0,15	0,17	10,5	8,0
		Høyt spes. sykehus	0,15	0,16	0,16	0,15	0,15	0,16	11,6	8,9
		Totalt	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,16	6,9	4,7
	Op. av brystkreft ^{1,2}	Lokalsykehus-områder	3,00	3,07	3,02	2,67	2,82	2,93	9,4	-2,4
		Middels spes. sykehus	2,98	2,94	2,81	2,37	2,67	3,09	30,2	3,7
		Høyt spes. sykehus	2,69	2,72	2,12	2,04	2,24	2,24	9,7	-16,8
		Totalt	2,90	2,92	2,67	2,36	2,58	2,78	17,8	-4,2
	Avansert ryggkirurgi ¹	Lokalsykehus-områder	0,15	0,19	0,14	0,13	0,15	0,20	56,6	37,4
		Middels spes. sykehus	0,11	0,14	0,13	0,13	0,15	0,17	32,2	53,2
		Høyt spes. sykehus	0,09	0,14	0,11	0,14	0,13	0,13	-3,1	38,6
		Totalt	0,12	0,16	0,13	0,13	0,14	0,17	31,0	44,6
	PCI totalt ¹	Lokalsykehus-områder	2,09	2,31	2,32	2,28	2,18	2,28	-0,1	8,9
		Middels spes. sykehus	2,20	2,55	2,43	2,39	2,41	2,36	-1,2	7,1
		Høyt spes. sykehus	2,09	2,21	2,21	2,16	2,07	2,12	-1,6	1,5
		Totalt	2,14	2,39	2,34	2,29	2,25	2,27	-1,0	6,3
	Bypass ¹	Lokalsykehus-områder	0,75	0,98	0,63	0,47	0,40	0,35	-26,8	-53,7
		Middels spes. sykehus	0,75	0,23	0,71	0,56	0,40	0,35	-36,4	-52,6
		Høyt spes. sykehus	0,49	0,96	0,45	0,34	0,34	0,32	-6,3	-35,1
		Totalt	0,69	0,65	0,62	0,48	0,39	0,34	-28,1	-50,0

1) Se www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag for definisjon av pasientgruppene.

2) Per 1000 kvinne 16-49 år

Tabell 10.4 Dag- og døgnopphold for mindre eller middels spesialiserte kirurgiske prosedyrer per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehistilørighet. Kjønn- og aldersstandardiserte tall.

			2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Mindre og middels spesialiserte kirurgiske prosedyrer	Primære hofteprotese-operasjoner	Lokalsykehus-områder	1,65	1,53	1,43	1,43	1,49	1,56	9,4	-5,5
		Middels spes. sykehus	1,56	1,45	1,40	1,46	1,36	1,50	3,1	-3,8
		Høyt spes. sykehus	1,47	1,26	1,32	1,38	1,39	1,42	2,4	-3,4
		Totalt	1,57	1,43	1,39	1,43	1,41	1,50	5,0	-4,3
	Primære kneprotese-operasjoner	Lokalsykehus-områder	0,69	0,83	0,80	1,00	1,01	1,07	7,4	56,0
		Middels spes. sykehus	0,70	0,64	0,76	0,91	0,88	0,95	4,6	36,3
		Høyt spes. sykehus	0,63	0,68	0,77	0,88	0,89	0,96	9,0	53,6
		Totalt	0,68	0,71	0,77	0,93	0,92	0,99	6,6	46,7
	Andre operasjoner Kne/legg	Lokalsykehus-områder	6,16	6,41	5,92	5,86	5,49	5,44	-7,1	-11,6
		Middels spes. sykehus	5,32	5,57	4,99	5,02	4,45	4,47	-11,0	-15,9
		Høyt spes. sykehus	4,23	5,34	4,88	4,79	3,70	4,52	-5,5	7,0
		Totalt	5,28	5,76	5,24	5,21	4,56	4,77	-8,4	-9,7
	Operasjon av åreknuter	Lokalsykehus-områder	1,75	1,50	1,31	1,14	1,17	1,15	1,0	-34,2
		Middels spes. sykehus	1,80	1,45	1,30	1,15	1,29	1,27	10,6	-29,4
		Høyt spes. sykehus	1,58	1,64	1,37	1,24	1,33	1,35	8,6	-14,6
		Totalt	1,72	1,51	1,32	1,17	1,26	1,25	7,3	-27,3
	Tonsillektomi	Lokalsykehus-områder	1,10	1,08	1,14	1,12	1,17	1,13	0,8	2,5
		Middels spes. sykehus	1,16	1,23	1,24	1,12	1,09	1,03	-8,1	-11,6
		Høyt spes. sykehus	0,68	0,72	0,55	0,57	0,47	0,62	8,3	-9,4
		Totalt	1,01	1,04	1,01	0,96	0,93	0,93	-2,5	-7,3
	Grå stær	Lokalsykehus-områder	4,93	4,24	3,98	4,33	4,37	4,22	-2,5	-14,4
		Middels spes. sykehus	6,24	5,73	5,04	4,94	4,58	4,51	-8,7	-27,8
		Høyt spes. sykehus	3,80	3,59	3,77	3,81	2,65	2,88	-24,5	-24,2
		Totalt	5,20	4,71	4,38	4,46	4,05	4,03	-9,8	-22,6
	Operasjon av skriveprolaps	Lokalsykehus-områder	0,45	0,50	0,41	0,42	0,37	0,35	-15,3	-21,8
		Middels spes. sykehus	0,43	0,41	0,38	0,40	0,34	0,37	-7,7	-13,5
		Høyt spes. sykehus	0,40	0,52	0,44	0,39	0,35	0,31	-22,3	-22,4
		Totalt	0,43	0,47	0,40	0,40	0,35	0,34	-14,3	-19,1

Se www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag for definisjon av pasientgruppene.

Tabell 10.5 Dag- og døgnopphold for pasienter med medisinsk behandling og ikke-smittsomme sykdommer per 1000 innbyggere 2003-13 etter bostedsområdets sykehistilørighet. Kjønn- og aldersstandardiserte tall.

		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Medisinsk behandling totalt (ikke-kirurgiske DRG)	Lokalsykehus-områder	149	154	159	159	149	144	-9,2	-3,0
	Middels spes. sykehus	144	148	156	152	145	143	-6,0	-0,8
	Høyt spes. sykehus	142	153	153	156	144	145	-7,3	1,9
	Totalt	145	151	156	155	145	143	-7,4	-1,0
Hjerte/kar totalt, inkl. herneslag	Lokalsykehus-områder	23,3	23,7	24,3	23,3	22,5	21,5	-7,7	-7,6
	Middels spes. sykehus	22,3	22,5	22,5	21,4	20,9	20,6	-3,7	-7,5
	Høyt spes. sykehus	19,4	20,7	20,9	20,8	20,1	20,2	-2,8	4,3
	Totalt	21,9	22,4	22,7	21,9	21,2	20,8	-4,9	-5,1
Koronar iskemisk hjertesykdom	Lokalsykehus-områder	11,7	11,8	12,2	10,8	10,2	8,9	-17,8	-23,9
	Middels spes. sykehus	11,3	11,0	11,2	10,1	9,3	8,3	-17,3	-26,2
	Høyt spes. sykehus	8,8	9,1	9,0	8,3	7,8	7,0	-15,5	-20,5
	Totalt	10,8	10,8	11,0	9,9	9,2	8,2	-17,2	-24,3
Hjertesvikt	Lokalsykehus-områder	2,3	2,3	2,0	2,1	1,9	2,0	-4,5	-12,3
	Middels spes. sykehus	2,2	2,2	2,3	2,2	2,0	2,2	-2,5	-0,9
	Høyt spes. sykehus	2,1	2,1	1,8	2,0	2,0	2,1	3,9	3,0
	Totalt	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,1	-1,6	-4,0
Hjerneslag	Lokalsykehus-områder	3,0	2,8	2,9	2,9	2,6	2,4	-16,4	-19,9
	Middels spes. sykehus	3,0	2,9	2,6	2,5	2,5	2,3	-6,8	-22,2
	Høyt spes. sykehus	2,9	3,0	3,3	3,4	3,1	3,2	-6,5	8,9
	Totalt	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,5	-10,1	-14,2
Diabetes II	Lokalsykehus-områder	0,5	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5	-17,9	-7,8
	Middels spes. sykehus	0,4	0,4	0,7	0,5	0,4	0,4	-18,0	-6,8
	Høyt spes. sykehus	0,4	0,6	0,7	0,4	0,4	0,4	-13,7	-1,6
	Totalt	0,4	0,5	0,7	0,5	0,4	0,4	-17,0	-6,4
Sykdommer i luftveiene	Lokalsykehus-områder	11,8	12,1	12,0	11,5	11,2	10,9	-4,8	-7,1
	Middels spes. sykehus	12,6	14,0	13,2	12,5	11,4	11,1	-10,6	-11,6
	Høyt spes. sykehus	10,6	11,2	10,4	10,3	10,4	10,5	1,6	-0,8
	Totalt	11,8	12,6	12,1	11,6	11,1	10,9	-6,0	-7,8
Hoveddiagnose KOLS	Lokalsykehus-områder	1,9	2,1	2,2	2,0	2,0	2,1	6,2	10,7
	Middels spes. sykehus	2,0	2,3	2,5	2,1	2,0	2,0	-1,0	0,0
	Høyt spes. sykehus	2,0	2,5	2,4	2,3	2,2	2,4	6,9	18,9
	Totalt	2,0	2,3	2,4	2,1	2,0	2,1	3,3	7,9
Sykdommer i muskel-skjelett totalt	Lokalsykehus-områder	22,5	23,8	22,4	23,7	23,6	23,0	-2,9	2,2
	Middels spes. sykehus	20,6	20,8	21,3	22,0	22,8	22,6	2,8	9,8
	Høyt spes. sykehus	17,9	21,7	20,4	21,1	19,1	20,1	-4,6	12,1
	Totalt	20,5	21,9	21,4	22,2	22,0	22,0	-1,0	7,3
Rygglidelser	Lokalsykehus-områder	2,6	2,7	2,7	3,4	3,0	3,0	-9,7	15,3
	Middels spes. sykehus	2,3	2,3	2,5	3,2	3,6	3,5	9,1	51,3
	Høyt spes. sykehus	2,2	2,5	2,4	2,1	2,0	2,0	-5,9	-8,7
	Totalt	2,4	2,5	2,5	2,9	3,0	2,9	-0,5	23,4

Se www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag for definisjon av pasientgruppene)

Tabell 10.6 Sum behandlingsopphold (døgntilrettelagt og dagbehandling) per 1000 innbyggere etter region og sykehusstruktur 2003-13. Kjønn- og aldersstandiserte tall.

								Prosent endring	
		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Døgn- og dagbehandling totalt (eksklusive dag-/poliklinisk rehabilitering og dagbehandling for dialyse)									
Helse Sør-Øst	Lokalsykehus-områder	225	232	237	238	222	215	-9,4	-4,4
	Områder med middels spes. sh.	229	236	242	238	231	228	-3,9	-0,4
	Områder med høyt spes. sh.	220	234	234	231	216	212	-8,5	-3,6
	Totalt	226	234	239	235	225	221	-6,2	-2,3
Helse Vest	Lokalsykehus-områder	227	247	241	242	248	243	0,5	7,0
	Områder med middels spes. sh.	227	247	231	233	229	240	3,1	5,8
	Områder med høyt spes. sh.	227	233	228	225	219	216	-3,7	-4,7
	Totalt	220	241	231	228	228	229	0,5	4,1
Helse Midt-Norge	Lokalsykehus-områder	227	236	235	235	233	232	-1,0	2,4
	Områder med middels spes. sh.	232	237	234	241	233	216	-10,6	-7,1
	Områder med høyt spes. sh.	215	227	230	225	215	224	-0,4	4,3
	Totalt	223	233	232	232	226	227	-2,2	1,5
Helse Nord	Lokalsykehus-områder	266	269	269	257	257	245	-4,5	-7,8
	Områder med middels spes. sh.	236	246	248	238	241	229	-3,7	-3,0
	Områder med høyt spes. sh.	221	223	219	217	211	202	-6,8	-8,8
	Totalt	251	254	254	244	243	232	-5,1	-7,6
Totalt	Lokalsykehus-områder	234	242	243	241	235	229	-5,0	-1,9
	Områder med middels spes. sh.	227	237	240	234	229	225	-4,1	-1,0
	Områder med høyt spes. sh.	219	233	229	227	217	219	-3,4	0,3
	Totalt	227	237	238	234	227	224	-4,2	-1,2

Tabell 10.7 Sum døgnopphold per 1000 innbyggere etter region og sykehusstruktur 2003-13.
Kjønn- og aldersstandiserte tall.

								Prosent endring	
		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Døgnbehandling									
Helse Sør-Øst	Lokalsykehus-områder	175	177	180	173	168	165	-5,0	-5,9
	Områder med middels spes. sh.	182	183	183	179	175	175	-2,3	-3,9
	Områder med høyt spes. sh.	160	166	168	166	164	161	-2,6	0,9
	Totalt	176	178	179	174	170	169	-3,1	-3,8
Helse Vest	Lokalsykehus-områder	188	198	194	196	201	195	-0,6	4,0
	Områder med middels spes. sh.	174	174	166	175	183	189	7,7	8,5
	Områder med høyt spes. sh.	183	181	176	173	166	165	-4,8	-10,1
	Totalt	176	181	175	176	181	180	2,2	2,6
Helse Midt-Norge	Lokalsykehus-områder	182	182	180	180	175	176	-2,6	-3,8
	Områder med middels spes. sh.	179	183	181	176	171	162	-8,1	-9,5
	Områder med høyt spes. sh.	168	170	162	161	157	157	-2,4	-6,7
	Totalt	177	178	173	173	168	167	-3,3	-5,6
Helse Nord	Lokalsykehus-områder	214	215	215	199	195	194	-2,4	-9,3
	Områder med middels spes. sh.	189	191	192	178	178	169	-5,2	-10,4
	Områder med høyt spes. sh.	163	165	158	155	152	153	-1,9	-6,6
	Totalt	198	200	198	185	182	180	-3,0	-9,4
Totalt	Lokalsykehus-områder	186	189	189	183	180	178	-3,2	-4,7
	Områder med middels spes. sh.	181	183	182	177	174	172	-2,6	-4,7
	Områder med høyt spes. sh.	164	167	163	165	166	166	0,7	1,3
	Totalt	178	181	179	176	173	172	-2,0	-3,4

Tabell 10.8 Sum dagopphold per 1000 innbyggere etter region og sykehusstruktur 2003-13. Kjønn- og aldersstandiserte tall.

								Prosent endring	
		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Dagbehandling inkl dagkirurgi (ekskl. dialyse, kjemoterapi, dag-/poliklinisk rehabilitering)									
Helse Sør-Øst	Lokalsykehus-områder	50	55	57	64	54	51	-21,3	1,1
	Områder med middels spes. sh.	48	52	59	59	56	54	-8,6	13,2
	Områder med høyt spes. sh.	60	68	66	66	52	50	-23,5	-15,8
	Totalt	50	56	60	61	54	52	-14,9	3,1
Helse Vest	Lokalsykehus-områder	39	49	47	45	48	48	5,3	21,7
	Områder med middels spes. sh.	53	73	66	58	47	52	-11,0	-3,0
	Områder med høyt spes. sh.	44	52	52	52	53	52	0,2	18,2
	Totalt	44	61	56	51	47	48	-5,6	10,0
Helse Midt-Norge	Lokalsykehus-områder	45	53	55	55	58	57	4,1	27,5
	Områder med middels spes. sh.	53	54	53	65	61	54	-17,4	1,1
	Områder med høyt spes. sh.	46	57	68	64	58	67	4,7	44,0
	Totalt	46	55	59	59	58	60	1,0	28,9
Helse Nord	Lokalsykehus-områder	52	53	55	58	62	51	-11,7	-1,8
	Områder med middels spes. sh.	48	55	57	60	64	60	0,6	26,1
	Områder med høyt spes. sh.	58	58	61	61	59	49	-19,4	-14,8
	Totalt	53	55	56	59	61	52	-11,6	-1,0
Totalt	Lokalsykehus-områder	47	54	54	58	55	52	-10,7	8,8
	Områder med middels spes. sh.	46	54	58	58	55	53	-8,6	13,2
	Områder med høyt spes. sh.	55	66	66	62	52	53	-14,3	-2,8
	Totalt	49	57	59	59	54	52	-10,8	7,1

Tabell 10.9 Sum polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere etter region og sykehusstruktur 2003-13.
Kjønn- og aldersstandiserte tall.

								Prosent endring	
		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2003-07	2009-13
Polikliniske konsultasjoner ekskl dagkir., dag-/polikl.rehab., kjemoterapi, stråleterapi.									
Helse Sør-Øst	Lokalsykehus-områder	649	699	745	818	813	821	14,9	0,3
	Områder med middels spes. sh.	665	714	751	859	863	883	13,0	2,8
	Områder med høyt spes. sh.	732	733	892	983	1 018	1 023	22,0	4,0
	Totalt	673	713	778	874	882	895	15,5	2,4
Helse Vest	Lokalsykehus-områder	705	754	783	885	885	938	11,0	5,9
	Områder med middels spes. sh.	682	693	674	693	726	770	-1,2	11,2
	Områder med høyt spes. sh.	771	792	802	878	925	940	4,0	7,1
	Totalt	660	712	728	775	806	850	10,4	9,7
Helse Midt-Norge	Lokalsykehus-områder	790	823	849	946	1 002	1 029	7,4	8,8
	Områder med middels spes. sh.	825	895	933	1 012	1 045	1 107	13,1	9,5
	Områder med høyt spes. sh.	827	815	792	979	971	1 015	-4,3	3,7
	Totalt	808	830	840	966	996	1 035	4,0	7,2
Helse Nord	Lokalsykehus-områder	899	934	996	1 013	1 062	1 063	10,8	4,9
	Områder med middels spes. sh.	760	768	814	860	907	913	7,1	6,2
	Områder med høyt spes. sh.	830	821	804	900	986	993	-3,1	10,4
	Totalt	860	879	919	960	1 018	1 020	6,9	6,3
Totalt	Lokalsykehus-områder	738	780	821	894	912	930	11,2	4,0
	Områder med middels spes. sh.	668	726	764	855	870	894	14,3	4,6
	Områder med høyt spes. sh.	739	741	798	887	917	940	8,0	6,0
	Totalt	709	746	791	875	895	917	11,6	4,8

Tabell 10.10 Sum døgn- og dagopphold for akutt medisinsk behandling per 1000 innbyggere etter region og sykehusstruktur 2003-13. Kjønn- og aldersstandiserte tall.

								Prosent endring	
		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Akutt medisinsk behandling (ikke-kirurgiske DRG)									
Helse Sør-Øst	Lokalsykehus-områder	98	101	105	107	102	99	-7,1	0,9
	Områder med middels spes. sh.	105	107	107	109	107	106	-3,4	0,7
	Områder med høyt spes. sh.	100	106	109	112	107	106	-4,7	6,1
	Totalt	102	105	107	109	105	104	-4,6	1,6
Helse Vest	Lokalsykehus-områder	111	115	118	119	120	120	0,4	8,0
	Områder med middels spes. sh.	116	115	114	120	117	121	0,7	4,6
	Områder med høyt spes. sh.	107	108	110	107	101	100	-6,6	-6,0
	Totalt	108	109	111	114	112	113	-0,5	4,4
Helse Midt-Norge	Lokalsykehus-områder	107	109	112	113	108	108	-4,1	1,4
	Områder med middels spes. sh.	102	105	109	108	102	97	-10,2	-4,8
	Områder med høyt spes. sh.	102	103	105	107	101	100	-5,9	-1,7
	Totalt	104	106	109	110	104	104	-5,6	-0,6
Helse Nord	Lokalsykehus-områder	120	121	126	118	116	117	-0,7	-2,2
	Områder med middels spes. sh.	100	106	111	105	104	104	-1,3	3,7
	Områder med høyt spes. sh.	85	92	93	97	90	91	-6,0	6,2
	Totalt	109	112	116	111	108	108	-2,1	-0,3
Totalt	Lokalsykehus-områder	106	109	113	112	109	108	-3,9	1,3
	Områder med middels spes. sh.	104	106	107	109	106	105	-3,5	0,6
	Områder med høyt spes. sh.	102	106	107	111	106	107	-3,2	4,5
	Totalt	104	107	109	110	107	106	-3,6	1,7

Tabell 10.11 Sum døgn- og dagopphold for kirurgisk behandling totalt per 1000 innbyggere etter region og sykehusstruktur 2003-13. Kjønn- og aldersstandiserte tall.

								Prosent endring	
		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Kirurgisk behandling totalt (kirurgiske DRG)									
Helse Sør-Øst	Lokalsykehus-områder	84	84	81	79	79	78	-0,8	-7,0
	Områder med middels spes. sh.	84	87	84	82	83	81	-1,5	-3,1
	Områder med høyt spes. sh.	76	76	71	65	67	66	1,9	-13,2
	Totalt	82	84	80	78	79	77	-0,8	-6,2
Helse Vest	Lokalsykehus-områder	78	85	83	80	87	86	7,7	10,9
	Områder med middels spes. sh.	74	81	80	74	72	79	6,6	6,4
	Områder med høyt spes. sh.	84	91	84	82	88	87	5,3	2,9
	Totalt	75	85	83	77	81	82	6,5	8,7
Helse Midt-Norge	Lokalsykehus-områder	85	93	88	87	95	94	8,0	10,1
	Områder med middels spes. sh.	93	94	89	95	94	89	-6,1	-4,6
	Områder med høyt spes. sh.	82	90	86	81	87	89	9,6	8,3
	Totalt	85	92	87	86	92	91	6,5	7,3
Helse Nord	Lokalsykehus-områder	94	93	88	87	95	89	1,9	-4,8
	Områder med middels spes. sh.	79	83	78	78	83	78	-0,1	-1,5
	Områder med høyt spes. sh.	86	85	79	76	83	79	4,4	-7,8
	Totalt	89	90	84	83	90	85	2,0	-5,3
Totalt	Lokalsykehus-områder	85	88	84	82	87	85	3,1	-0,2
	Områder med middels spes. sh.	83	88	84	82	84	82	-0,6	-1,4
	Områder med høyt spes. sh.	77	80	76	71	73	75	5,2	-2,7
	Totalt	82	86	82	79	82	81	2,0	-1,5

Tabell 10.12 Sum døgn- og dagopphold for planlagt kirurgisk behandling per 1000 innbyggere etter region og sykehusstruktur 2003-13. Kjønn- og aldersstandiserte tall.

								Prosent endring	
		2003	2005	2007	2009	2011	2013	2009-13	2003-13
Planlagt kirurgisk behandling (kirurgiske DRG)									
Helse Sør-Øst	Lokalsykehus-områder	67	65	63	59	62	61	3,5	-8,4
	Områder med middels spes. sh.	66	66	65	64	65	64	0,4	-4,0
	Områder med høyt spes. sh.	58	57	53	47	48	47	0,6	-19,1
	Totalt	65	64	62	59	61	60	1,0	-8,1
Helse Vest	Lokalsykehus-områder	60	65	66	61	70	69	13,2	16,2
	Områder med middels spes. sh.	55	59	60	55	55	62	11,7	11,5
	Områder med høyt spes. sh.	66	69	64	63	69	69	9,1	4,6
	Totalt	58	65	65	58	63	65	11,6	13,2
Helse Midt-Norge	Lokalsykehus-områder	66	70	66	66	74	74	12,2	12,0
	Områder med middels spes. sh.	76	72	70	76	75	72	-5,5	-6,2
	Områder med høyt spes. sh.	62	68	66	62	67	71	15,8	14,2
	Totalt	66	70	67	66	71	73	10,6	9,8
Helse Nord	Lokalsykehus-områder	73	68	66	67	74	70	5,3	-4,5
	Områder med middels spes. sh.	61	60	59	59	64	59	0,9	-2,8
	Områder med høyt spes. sh.	64	60	58	56	65	62	10,2	-3,4
	Totalt	69	65	63	63	70	66	5,5	-4,3
Totalt	Lokalsykehus-områder	67	67	65	62	68	67	7,4	0,4
	Områder med middels spes. sh.	66	67	66	64	66	65	1,7	-1,7
	Områder med høyt spes. sh.	58	59	58	53	54	57	8,1	-2,3
	Totalt	64	65	63	60	64	63	5,0	-1,4

Tabell 10.13 Prosent forventet befolkningsvekst fra 2013 til 2030 etter sykehusstruktur og tre alternativ for befolkningsendring. Sum innbyggere.

		Forventet befolkningsvekst							
		2013	MMMM Midlere alternativ for befolkningsvekst			LHML Sterk aldring		HLMH Svak aldring	
			2020	2025	2030	2020	2030	2020	2030
Helse Sør-Øst	Lokalsykehus-områder	672 785	7	12	17	6	14	8	22
	Områder med middels spes. sh.	1 546 969	7	13	17	7	15	8	22
	Områder med høyt spes. sh.	634 463	12	18	23	10	19	14	31
	Totalt	2 854 217	8	14	18	7	16	10	24
Helse Vest	Lokalsykehus-områder	261 404	6	10	14	5	11	7	19
	Områder med middels spes. sh.	407 554	9	15	21	8	17	11	28
	Områder med høyt spes. sh.	404 878	10	16	21	8	18	11	27
	Totalt	1 073 836	9	14	19	7	16	10	25
Helse Midt-Norge	Lokalsykehus-områder	348 042	5	9	13	4	11	7	17
	Områder med middels spes. sh.	97 996	8	13	17	7	14	10	23
	Områder med høyt spes. sh.	256 831	7	12	16	6	14	9	21
	Totalt	702 869	6	11	15	5	12	8	20
Helse Nord	Lokalsykehus-områder	277 380	4	6	8	3	5	5	12
	Områder med middels spes. sh.	79 488	5	8	10	4	8	6	14
	Områder med høyt spes. sh.	121 266	6	9	11	5	9	7	16
	Totalt	478 134	4	7	9	3	7	5	13
Totalt	Lokalsykehus-områder	1 559 611	6	10	14	5	11	7	19
	Områder med middels spes. sh.	2 132 007	8	13	18	7	15	9	23
	Områder med høyt spes. sh.	1 417 438	10	16	20	8	17	12	27
	Totalt	5 109 056	8	13	17	7	14	9	22

Tabell 10.14 Estimert vekst i dag- og døgnopphold fra 2013 til 3030 etter region, sykehusstruktur og tre alternativ for befolkningsendring. Sum døgn- og dagopphold¹

		Dag og døgnopphold							
		2013	MMMM Midlere alternativ for befolkningsvekst			LHML Sterk aldring		HLMH Svak aldring	
			2020	2025	2030	2020	2030	2020	2030
Helse Sør-Øst	Lokalsykehus-områder	147 323	11	19	27	11	29	10	27
	Områder med middels spes. sh.	360 264	11	19	27	11	29	10	26
	Områder med høyt spes. sh.	123 650	13	23	33	13	33	14	34
	Totalt	631 237	11	20	28	12	30	11	28
Helse Vest	Lokalsykehus-områder	64 892	9	16	24	10	25	9	23
	Områder med middels spes. sh.	82 350	13	22	32	12	32	13	33
	Områder med høyt spes. sh.	92 353	13	22	31	13	32	13	31
	Totalt	239 595	12	20	29	12	30	12	30
Helse Midt-Norge	Lokalsykehus-områder	84 227	9	16	23	9	24	8	22
	Områder med middels spes. sh.	21 313	10	17	25	10	26	10	26
	Områder med høyt spes. sh.	55 900	10	19	27	11	28	10	26
	Totalt	161 440	9	17	24	10	26	9	24
Helse Nord	Lokalsykehus-områder	70 565	7	12	17	8	19	7	16
	Områder med middels spes. sh.	18 419	9	15	22	9	24	8	21
	Områder med høyt spes. sh.	24 045	10	17	24	10	25	10	23
	Totalt	113 029	8	14	20	8	21	8	19
Totalt	Lokalsykehus-områder	367 007	9	16	24	10	26	9	23
	Områder med middels spes. sh.	482 346	11	19	27	11	29	11	27
	Områder med høyt spes. sh.	295 948	12	21	30	12	32	12	31
	Totalt	1 145 301	11	19	27	11	29	11	27

1) Data er eksklusive dagbehandling for dialyse, dag-/poliklinisk rehabilitering, kjemoterapi, strålebehandling og andre polikliniske konsultasjoner. Estimatenes er beregnet på regionnivå med utgangspunkt i menn og kvinner og aldersgruppene 0-15 år, 16-19 år, 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år, 70-79 år, 80-89 år, 90 år og eldre.

Tabell 10.15 Oversikt over definisjon av lokalsykehusområder og områder med middels og høyt spesialiserte sykehus.

Sykehusstruktur:	Helse Sør-Øst:	Helse Vest:	Helse Midt-Norge:	Helse Nord:
Lokalsykehus-områder	Akershus Univ.sykehus - Ski	Helse Fonna - Haugesund	Helse Møre- og Romsdal - Volda	Helgelandssykehuset Sandnessjøen
	Vestre Viken - Bærum sykehus	Helse Fonna - Stord	Helse Møre- og Romsdal - Molde	Helgelandssykehuset Mosjøen
	Akershus Univ.sykehus - Stensby	Helse Fonna - Odda	Helse Møre- og Romsdal - Kristiansund	Helgelandssykehuset Mo i Rana
	Sykehuset Innlandet Kongsvinger	Helse Bergen - Voss	St. Olavs hospital - Orkdal	Universitetssykehuset i Nord-Norge - Narvik
	Sykehuset Innlandet - Tynset	Helse Førde - Lærdal	Helse Nord-Trøndelag - Sykehuset Levanger	Nordlandssykehuset Vesterålen, Stokmarknes
	Vestre Viken - Ringerike	Helse Førde - Nordfjoreid	Helse Nord-Trøndelag - Sykehuset Namsos	Nordlandssykehuset Lofoten
	Vestre Viken - Kongsberg			Universitetssykehuset i Nord-Norge - Harstad
	Sykehuset Telemark - Notodden			Finnmarkssykehuset Hammerfest
	Sykehuset Telemark - Rjukan			Finnmarkssykehuset Kirkenes
	Sørlandet sykehus - Flekkefjord			
Områder med middels spes. sykehus	Sykehuset Østfold - Halden	Helse Stavanger	Helse Møre- og Romsdal - Ålesund sjukehus	Nordlandssykehuset Bodø
	Sykehuset Østfold - Sarpsborg	Helse Førde - Førde/Florø		
	Sykehuset Østfold - Fredrikstad			
	Sykehuset Østfold - Moss			
	Sykehuset Østfold - Askim			
	Akershus Universitetssykehus			
	Sykehuset Innlandet - Elverum/Hamar			
	Sykehuset Innlandet - Lillehammer			
	Sykehuset Innlandet - Gjøvik			
	Vestre Viken - Drammen			
	Sykehuset i Vestfold - Horten			
	Sykehuset i Vestfold - Tønsberg			
	Sykehuset i Vestfold - Sandefjord			
	Sykehuset i Vestfold - Larvik			
	Telemark sykehus Porsgrunn/Skien			
	Sørlandet sykehus - Arendal			
	Sørlandet sykehus - Kristiansand			
Områder med høyt spesialiserte sykehus	Oslo Universitetssykehus	Helse Bergen - Haukeland	St. Olavs hospital	Universitetssykehuset i Nord-Norge - Tromsø

11

Personell og senger 2003–2013

Fra 2012 til 2013 har antall årsverk i den somatiske spesialisthelsetjenesten økt med 1,7 prosent. Justert for befolkningsveksten på 1,1 prosent var veksten i personellratene 0,5 prosent. Det er utdanningskategoriene leger og sykepleiere som øker mest med henholdsvis fire og 1,4 prosent. Annet helsepersonell¹ hadde en vekst på én prosent, mens annet personell² økte med 1,3 prosent.

Fra 2003 til 2013 har det vært en vekst på 6 809 årsverk, men korrigert for befolkningsvekst har nivået vært stabilt. I 2003 var det 13,8 årsverk per 1 000 innbyggere, mens det var 13,7 årsverk i 2013. Personellsammensetningen har imidlertid endret seg fra 2003 til 2013. I 2003 utgjorde legene 12 prosent av alle årsverk, mens de i 2013 utgjør 15,3 prosent. Også andelen sykepleiere går noe opp. Andel annet helsepersonell og annet personell synker.

Fra 2012 til 2013 ble antall effektive disponible senger redusert med 2,2 prosent. Denne reduksjonen følger en langvarig trend. Siden 2003 har det vært en nedgang i antall effektive senger i somatisk spesialisthelsetjeneste på 2 413 senger eller 18,6 prosent.

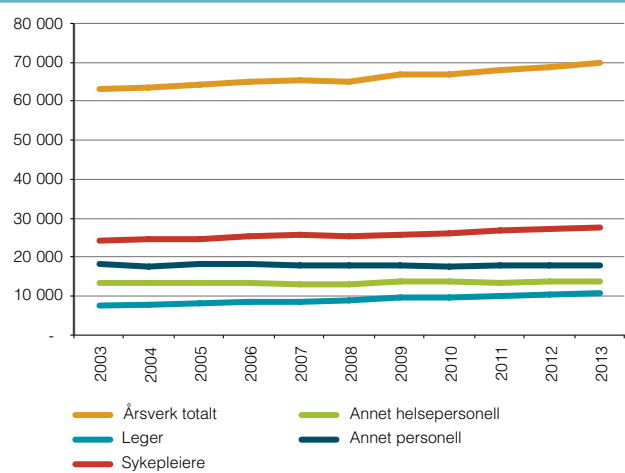
11.1 Nasjonale utviklingstrekk

Somatisk spesialisthelsetjeneste omfattet i 2013 totalt 69 964 årsverk. Dette er en økning på 1 156 årsverk eller 1,7 prosent fra 2012. Den relative veksten var størst for leger³ som økte med 3,9 prosent eller 404 årsverk. Antall sykepleiere hadde en økning på 1,4 prosent fra 2012 til 2013, mens veksten for annet helsepersonell var 1,0 prosent. Annet personell økte med 1,3 prosent fra 2012 til 2013. Trenden fra tidligere år med størst vekst for gruppene med høyest utdanningsnivå ser altså ut til å fortsette.

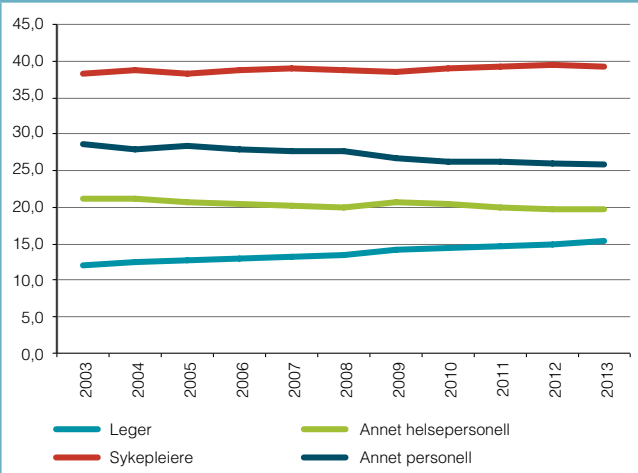
Figur 11.1 viser utviklingen i antall årsverk etter utdanningskategorier fra 2003 til 2013. I denne perioden var det en vekst fra 63 155 til 69 964 årsverk. Dette tilsvarer 6 809 årsverk eller 10,8 prosent. Korrigert for befolkningsutviklingen har nivået imidlertid vært relativt stabilt. I 2003 var det 13,8 årsverk per 1 000 innbyggere, mens det var 13,7 i 2013. Det var imidlertid en reduksjon for utdanningsgruppene annet helsepersonell og annet personell, mens det har vært en vekst i antall leger og sykepleiere.

-
- 1) Annet helsepersonell omfatter hjelpepleiere, barnepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter og annet arbeidsterapipersonell, sosionomer, psykologer, annet fagutdannet helsepersonell som ikke er spesifisert annet sted i tillegg til ufaglært pleiepersonell.
 - 2) Annet personell består av personell som ikke jobber helsefaglig, så som teknisk, drift og administrativt personell.
 - 3) Utgangspunktet for denne statistikken er utdanningskategorier – ikke yrkesgrupper. Det fremgår ikke av tallene hvilke stillinger legene eller sykepleierne har.

Figur 11.1 Antall årsverk etter utdanningskategori ved somatiske sykehus 2003-2013.



Figur 11.2 Andel årsverk (prosent) etter utdanningskategori ved somatiske sykehus 2003-2013.

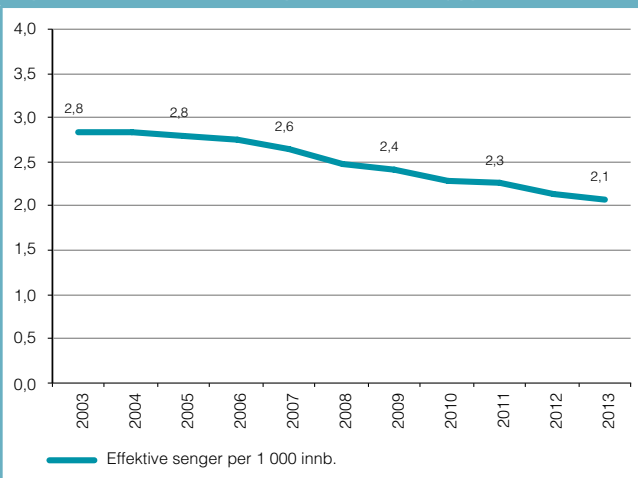


Figur 11.2 viser de ulike utdanningskategorienes andel av de totale årsverkene ved somatiske sykehus og trenden med vekst i antall leger og sykepleiere er synlig også her. Andel leger har gått opp fra 12,0 prosent i 2003 til 15,3 i 2013. Andel sykepleiere har økt fra 38,3 prosent i 2003 til 39,3 i 2013. Annet helsepersonell er redusert fra en andel på 21,1 prosent i 2003 til 19,6 i 2013, mens andel personell uten helsefaglige arbeidsoppgaver er redusert fra 28,7 til 25,8 prosent i 2013. Trenden er altså at andel personell med høyere helsefaglig utdanning øker på bekostning av annet helsepersonell eller personell som ikke jobber helsefaglig.

Ved utgangen av 2013 var det 10 573 disponible effektive senger i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Dette er en nedgang på 2,2 prosent fra året før. Denne reduksjonen i effektive senger følger en langvarig trend. Siden 2003 har det på landsbasis vært en reduksjon på 2 413 senger eller 18,6 prosent. Også når det justeres for befolkningsutvikling (figur 11.3), er det en tydelig reduksjon i antall effektive senger. I 2003 var sengefactoren 2,8, mens den var sunket til 2,1 i 2013, en reduksjon på 0,7 seng per 1 000 innbyggere. Også det siste året ser vi en liten nedgang.

Effektive senger fordeles mellom kirurgiske, medisinske og blandede fagavdelinger. Siden 2012 har andelen effektive senger på medisinske og kirurgiske fagavdelinger vært uendret. Senger på kirurgiske avdelinger

Figur 11.3 Antall effektive senger per 1 000 innbyggere 2003-2013.



utgjorde 43 prosent, mens medisinske eller blandede fagavdelinger hadde 57 prosent av sengene.

11.2 Regionale utviklingstrekk

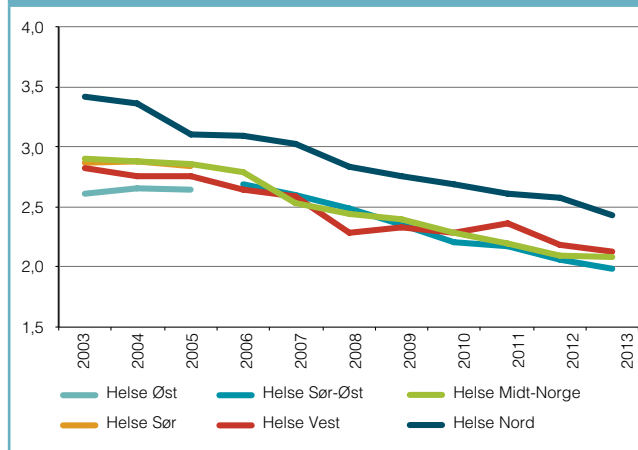
På nasjonalt nivå er det 13,7 årsverk per 1 000 innbyggere i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Helse Nord er regionen som ligger høyest med en årsverksrate på 17,2 i 2013, mens Helse Sør-Øst ligger lavest med 13,2 årsverk per 1 000 innbyggere. I Helse Sør-Øst er det særlig Ahus-området som har en lav årsverksrate med 11,8 årsverk per 1 000 innbyggere. OUS-området ligger derimot svært høyt med en tilsvarende rate på 18,1, noe

som er det høyeste i hele landet. Denne forskjellen kan trolig sees i sammenheng med hovedstadsprosessen der en del av opptaksområdet og pasientgrunnlaget til OUS ble flyttet til Ahus, uten at like mange av årsverkene fulgte etter. I Helse Vest og Helse Midt-Norge er ratene henholdsvis 13,3 og 14,0. Det er ikke store endringer i årsverksratene fra 2012 til 2013; alle regionene har en svak økning og det er i Helse Vest at veksten er størst med 1,5 prosent. For alle regioner er det legeårsverkene som øker mest.

I absolutte tall er det Helse Sør-Øst som har hatt den største reduksjonen i disponible senger fra 2003 til 2013. I 2003 hadde regionen 6 929 effektive senger, mens det var redusert til 5 667 i 2013, en reduksjon på 1 262 senger eller 18,2 prosent. Helse Vest har hatt en reduksjon på 284 effektive senger fra 2003 til 2013. Dette tilsvarer 11,4 prosent. Helse Midt-Norge har hatt en reduksjon i antall effektive senger på 22,8 prosent fra 2003 til 2013. I 2003 var antall effektive senger 1 874, mens det tilsvarende tallet var 1 446 i 2013. Helse Nord er regionen med størst prosentvis nedgang fra 2003 til 2013. I perioden ble antall effektive senger redusert fra 1 502 til 1 088. Dette er en reduksjon på 414 senger eller 27,6 prosent. Også fra 2012 til 2013 er det Helse Nord som har hatt den største reduksjonen i antall effektive senger med en reduksjon på 5,3 prosent. For de private institusjonene er det også en reduksjon i perioden. I 2003 var det 180 effektive senger ved de private sykehusene, mens antallet var sunket til 157 i 2013.

Figur 11.4 viser antall effektive senger korrigert for befolkningsvekst fra 2003 til 2013. Sengefactoren har i denne perioden gått ned for alle regioner. Helse Nord er regionen som hele tiden har ligget høyest. I 2003 hadde regionen 3,4 effektive senger per 1 000 innbyggere, mens tallet var redusert til 2,4 i 2013. Helse Midt-Norge gikk ned fra 2,9 effektive senger per 1 000 innbyggere i 2003, mens antallet var sunket til 2,1 i 2013. Dette er på nivå med landsgjennomsnittet. Også Helse Vest har en sengefaktor på landsnivået i 2013. Helse Sør-Øst er regionen som har færrest antall effektive senger korrigert for befolkning. I 2013 var sengefaktoren 2,0. Dette er en nedgang fra henholdsvis 2,6 og 2,9 for Helse Øst og Helse Sør i 2003. Det siste året har sengefaktoren holdt seg stabil eller gått noe ned for alle regioner.

Figur 11.4 Antall effektive senger per 1 000 innbyggere etter bostedsregion 2003-2013.



11.3 Datagrunnlag og definisjoner

Personelltallene for 2013 er levert av Statistisk sentralbyrå, og de er basert på registrerte data i Arbeidsgiver- og Arbeidstakerregisteret i NAV. SSB får levert årsverksinformasjon fra NAV, som senere blir kontrollert mot andre relevante registre. Denne metoden har blitt benyttet siden 2009. Fra 2008 og tidligere var tallene basert på skjema innhentet fra institusjonene. Det medfører at endring i årsverk må tolkes med varsomhet.

Tall presenteres først i form av faktiske årsverk brutt ned på utdanningskategorier og endring i perioden. Personelltall blir justert for befolkningsvekst og bostedsområder. Først presenteres absolutte tall på nasjonalt nivå, deretter brytes disse ned i form av rater på helseregion-områder og helseforetaksområder.

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.

Sengetall presenteres i form av effektive senger både som antall og i form av befolkningsrater. Sengetallene justeres også for pasientstrømmer mellom de regionale helseforetakene. Ratetallene per 1 000 innbyggere er korrigert for pasientstrømmer på foretaksnivå.

Seng: En seng defineres av SSB som en behandlingsplass utrustet og bemannet for behandling av innlagte pasienter. Senger oppgis per 31.12. Det er faktiske senger som

skal rapporteres. Senger ved pasienthotell skal oppgis dersom de er benyttet til innlagte pasienter.

Sengedøgn (kapasitet) i løpet av året: Med sengedøgn menes det maksimale antall overnattinger som er mulig innenfor avdelingens drift. Utgangspunktet er antall faktiske senger på avdelingen. 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.

Sengedøgn for tekniske senger (for eksempel kuvøser) inngår i sengedøgn når pasienten ikke disponerer annen seng samtidig.

Effektive senger: Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året. Dette er en beregnet størrelse som tar utgangspunkt i antall tilgjengelige sengedøgn i løpet av året. Dette innebærer en korrigering for antall døgn en seng ikke er tilgjengelig. For å beregne effektive senger divideres totalt antall sengedøgn med antall dager i året.

Sengefaktoren: Sengefaktoren defineres som antall effektive senger per 1 000 innbyggere korrigert for

pasientflyt mellom regioner og foretak og befolknings-sammensetning. Dette målet brukes for å fremstille geografiske variasjoner i sengekapasitet.

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.

Medisinske og kirurgiske senger: Senger i somatisk spesialisthelsetjeneste er rapportert med hvilke fagavdelinger de tilhører. Avdelingskodene fremgår i avdelingskodeverket fra Statens helsetilsyn, rundskriv IK 44/89. I Dataene for 2013 mangler vi informasjon om fagtilhørigheten til 161 senger. Dette medfører et avvik mellom totalt antall effektive senger og antall effektive senger fordelt etter kirurgisk og medisinsk fagtilhørighet.

Tabell 11.1 Antall årsverk etter utdanningskategori ved somatiske sykehus 2003–2013.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Leger	7 592	8 199	8 640	9 491	9 979	10 685
Sykepleiere	24 157	24 515	25 560	25 758	26 775	27 468
Annet helsepersonell	13 309	13 250	13 154	13 778	13 576	13 740
Annet personell	18 097	18 222	18 028	17 933	17 763	18 072
Totalt	63 155	64 186	65 382	66 960	68 093	69 964

Tabell 11.2 Årsverk per 1 000 innbyggere i somatisk spesialisthelsetjeneste etter utdanningskategori i 2003–2013.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Leger	1,7	1,8	1,8	2	2	2,1
Sykepleiere	5,3	5,3	5,4	5,3	5,4	5,4
Annet helsepersonell	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7
Annet personell	4	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5
Totalt	13,8	13,8	13,8	13,8	13,7	13,7

Tabell 11.3 Andel årsverk etter utdanningskategori ved somatiske sykehus 2003-2013.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Leger	12,0	12,8	13,2	14,2	14,7	15,3
Sykepleiere	38,3	38,2	39,1	38,5	39,3	39,3
Annet helsepersonell	21,1	20,6	20,1	20,6	19,9	19,6
Annet personell	28,7	28,4	27,6	26,8	26,1	25,8
Totalt	100	100	100	100	100	100

Tabell 11.4 Antall effektive senger etter helseregion 2003-2013.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Helse Sør-Øst	6 929	7 058	6 920	6 363	6 068	5 667
Helse Vest	2 499	2 481	2 391	2 296	2 395	2 215
Helse Midt-Norge	1 875	1 859	1 685	1 578	1 479	1 446
Helse Nord	1 502	1 351	1 337	1 204	1 150	1 088
Private	180	199	186	174	155	157
Totalt	12 986	12 948	12 518	11 694	11 246	10 573



Tabell 11.5 Årsverk ved somatiske sykehus per 1 000 innbyggere etter utdanningskategori og bostedsområder 2012-2013. Korrigert for pasientstrømmer.

Bostedsområde	Leger		Sykepleiere		Annet helsepersonell		Annet personell		Totalt	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Helse Sør-Øst	2,0	2,0	5,1	5,1	2,6	2,6	3,4	3,4	13,2	13,2
Helse Vest	2,0	2,0	5,0	5,1	2,6	2,6	3,6	3,6	13,1	13,3
Helse Midt-Norge	2,0	2,1	6,1	6,1	2,5	2,5	3,3	3,3	13,9	14,0
Helse Nord	2,6	2,7	6,6	6,6	3,5	3,5	4,4	4,4	17,2	17,2
Totalt	2,0	2,1	5,4	5,4	2,7	2,7	3,5	3,5	13,6	13,7
Østfold	1,8	1,9	4,9	4,9	2,5	2,7	3,6	3,7	12,8	13,1
Ahus-området	1,8	1,9	4,4	4,5	2,3	2,3	3,1	3,1	11,6	11,8
OUS-området	2,9	2,9	6,8	6,5	3,8	3,6	5,3	5,2	18,8	18,1
Lovisenberg-området	2,1	2,2	5,3	5,3	2,7	2,8	3,7	4,0	13,8	14,3
Diakonhjemmets område	2,1	2,1	5,1	5,3	2,6	2,7	3,5	3,7	13,2	13,8
Hovedstadsområdet	2,6	2,7	6,5	6,6	3,4	3,5	4,7	4,8	17,3	17,6
Innlandets område	2,0	2,0	5,3	5,2	2,6	2,5	3,6	3,4	13,5	13,0
Vestre Viken-området	1,8	1,9	4,7	4,8	2,4	2,3	2,7	2,8	11,6	11,7
Vestfold	1,8	1,9	5,2	5,2	2,8	2,8	3,7	3,8	13,5	13,7
Telemark	2,1	2,2	5,9	5,9	3,0	3,0	3,4	3,5	14,4	14,6
Sørlandet	1,8	1,8	5,1	4,9	2,6	2,6	3,0	2,9	12,5	12,2
Stavanger-området	1,7	1,8	4,3	4,5	2,3	2,4	2,8	2,9	11,1	11,6
Fonna-området	1,9	2,3	5,4	6,1	2,5	2,9	3,6	3,8	13,6	15,1
Bergen-området	2,1	2,0	5,1	4,8	2,7	2,5	3,9	3,7	13,9	13,1
Sogn og Fjordane	2,4	2,5	6,0	6,5	3,1	3,2	4,3	4,5	15,7	16,6
Møre og Romsdal	2,2	2,2	6,2	6,1	2,8	2,7	3,7	3,6	14,9	14,6
St. Olavs-området	2,0	2,1	5,9	6,0	2,5	2,5	3,1	3,2	13,6	13,8
Nord-Trøndelag	1,8	1,9	6,1	6,2	2,0	2,1	3,0	3,1	12,8	13,3
Helgeland	2,6	2,8	6,7	6,9	3,5	3,5	4,6	4,5	17,4	17,6
Nordland-området	2,5	2,6	6,6	6,4	3,5	3,3	4,1	4,0	16,6	16,2
UNN-området	2,8	2,8	6,4	6,6	3,6	3,6	4,3	4,5	17,1	17,4
Finnmark	2,7	2,6	6,9	6,9	3,4	3,5	5,0	4,7	18,0	17,7

Tabell 11.6 Personell i somatiske sykehus etter utdanningskategori i 2013.

Helseforetak	Leger		Sykepleiere		Annet helsepersonell		Annet personell		Totalt	
	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13
Helse Sør-Øst	5 884	3,8	14 610	0,5	7 602	0,6	9 900	1,7	37 993	1,3
Helse Vest	2 084	3,7	5 272	3,2	2 724	3,3	3 683	1,4	13 764	2,8
Helse Midt-Norge	1 438	5,0	4 257	2,0	1 736	1,7	2 261	1,5	9 692	2,3
Helse Nord	1 215	3,3	2 953	1,1	1 550	-0,7	1 946	0,2	7 664	0,9
Private	64	12,3	376	12,1	128	-6,3	282	-9,5	850	1,1
Totalt	10 685	3,9	27 468	1,4	13 740	1,0	18 072	1,3	69 964	1,7
Sykehuset Østfold HF	398	5,7	1 023	-2,1	538	7,6	757	2,6	2 716	2,2
Akershus universitetssykehus HF	675	8,5	1 566	6,1	788	1,0	1 025	2,8	4 053	4,6
Oslo Universitetssykehus HF	2 085	2,3	4 658	1,3	2 539	-0,1	3 774	2,2	13 055	1,4
Sunnaas Sykehus HF	36	-0,8	133	-0,3	219	5,4	111	3,1	499	2,9
Sykehuset Innlandet HF	610	-0,8	1 620	-4,7	735	-4,5	1 005	-6,8	3 970	-4,6
Vestre Viken HF	653	4,7	1 678	3,4	777	-4,8	849	0,0	3 956	1,1
Sykehuset i Vestfold HF	347	6,8	959	-2,7	522	-0,7	706	2,8	2 534	0,5
Sykehuset i Telemark HF	291	2,9	779	-2,3	392	-2,5	417	0,3	1 879	-1,0
Sørlandet sykehus HF	456	3,7	1 256	-3,4	662	0,7	712	-0,9	3 086	-1,0
Avtaleinstitusjoner Helse Sør-Øst	332	7,8	939	5,7	431	19,8	544	21,1	2 245	12,0
Helse Stavanger HF	527	4,6	1 350	1,9	718	3,1	862	2,0	3 456	2,6
Helse Fonna	250	7,9	694	-1,0	317	5,1	399	-8,2	1 660	-0,6
Helse Bergen HF	977	1,9	2 372	5,1	1 257	3,0	1 857	3,1	6 464	3,6
Helse Førde HF	218	4,3	568	9,8	274	4,3	382	6,8	1 441	7,1
Avtaleinstitusjoner Helse Vest	112	6,3	288	-6,9	158	2,0	184	-5,8	743	-3,0
Helse Møre og Romsdal HF	477	4,2	1 329	0,7	589	0,3	770	-2,3	3 165	0,4
St. Olavs Hospital HF	765	4,6	2 253	3,2	943	2,7	1 174	4,2	5 135	3,5
Helse Nord-Trøndelag HF	195	8,1	675	1,1	205	1,8	316	1,6	1 392	2,3
Helgelandssykehuset HF	145	8,6	349	2,5	177	0,2	233	-5,4	904	0,8
Nordlandssykehuset HF	300	3,7	755	-4,0	386	-6,0	451	-3,9	1 893	-3,3
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	654	3,7	1 507	3,6	822	0,4	1 030	5,2	4 013	3,3
Helse Finnmark HF	116	-5,5	341	1,1	165	6,6	232	-5,9	854	-0,8
Private sykehus	64	12,3	376	12,1	128	-6,3	282	-9,5	850	1,1

Tabell 11.7 Antall effektive senger per helseforetak 2009-2013.

Helseforetak	Effektive senger						
	2009	2010	2011	2012	2013	Endring 2009-2013	Endring 2012-2013
Helse Sør-Øst	6 363	6 064	6 068	5 826	5 667	-10,9	-2,7
Helse Vest	2 296	2 301	2 395	2 250	2 215	-3,5	-1,6
Helse Midt-Norge	1 578	1 526	1 479	1 429	1 446	-8,4	1,2
Helse Nord	1 204	1 183	1 150	1 149	1 088	-9,6	-5,3
Private sykehus	174	159	155	160	157	-9,9	-1,6
Totalt	11 615	11 233	11 246	10 815	10 573	-9,0	-2,2
Sykehuset Østfold HF	440	438	430	421	405	-7,9	-3,8
Akershus universitetssykehus HF	459	476	649	650	572	24,5	-12,0
Oslo universitetssykehus HF	1 787	1 481	1 376	1 277	1 305	-27,0	2,2
Sunnaas sykehus HF	150	145	144	140	138	-8,1	-1,5
Sykehuset Innlandet HF	791	818	799	785	771	-2,5	-1,8
Vestre Viken HF	747	774	770	748	721	-3,5	-3,6
Sykehuset i Vestfold HF	473	452	451	412	407	-14,0	-1,2
Sykehuset Telemark HF	489	467	441	440	403	-17,4	-8,2
Sørlandet sykehus HF	555	556	578	562	551	-0,7	-1,9
Diakonhjemmet	171	157	151	141	136	-20,1	-3,1
Lovisenberg	156	155	145	133	135	-13,4	1,8
Martina Hansens hospital	66	67	63	63	63	-4,7	-
Revmatismesykehuset Lillehammer	42	42	34	29	31	-26,5	7,6
Betanien hospital	37	37	37	25	26	-27,8	4,3
Helse Stavanger HF	587	587	606	572	560	-4,6	-2,1
Helse Fonna HF	322	309	375	349	343	6,6	-1,7
Helse Bergen HF	938	956	968	899	883	-5,9	-1,8
Helse Førde HF	256	260	258	247	246	-4,0	-0,6
Haraldsplass Diagonale sykehus	165	161	161	156	157	-4,8	0,8
Haugesund sanfor. revma.sykehus	28	28	28	28	27	-4,9	-3,5
Møre og Romsdal HF	567	528	530	491	517	-8,8	5,4
St. Olavs Hospital HF	743	725	702	691	684	-7,9	-1,1
Helse Nord Trøndelag HF	268	272	247	247	245	-8,8	-1,1
Helgelandssykehuset HF	173	174	163	165	163	-5,6	-1,1
Nordlandssykehuset HF	330	314	307	306	289	-12,5	-5,6
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	544	540	542	536	496	-8,9	-7,5
Helse Finnmark HF	156	155	139	142	140	-10,3	-1,4
Private sykehus	174	159	155	160	157	-9,9	-1,6

Tabell 11.8 Sengefactoren målt som antall effektive senger per 1 000 innbyggere korrigert for pasientstrømmer i 2009-2013.

Bostedsområde	Effektive senger per innb justert for pasientflyt				
	2009	2010	2011	2012	2013
Helse Sør-Øst	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0
Helse Vest	2,3	2,3	2,4	2,2	2,1
Helse Midt-Norge	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1
Helse Nord	2,8	2,7	2,6	2,6	2,4
Totalt	2,4	2,3	2,3	2,1	2,1
Østfold	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9
Ahus-området	2,1	1,9	1,9	1,8	1,6
OUS-området	2,5	2,1	2,2	2,0	1,9
Lovisenberg-området	2,3	2,0	2,0	1,7	1,7
Diakonhjemmet-området	2,2	2,0	1,9	1,7	1,7
Hovedstadsområdet samlet	2,2	2,0	2,0	1,8	1,7
Innlandets område	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3
Vestre Viken-området	2,2	2,2	2,1	2,0	1,9
Vestfold	2,5	2,3	2,3	2,1	2,1
Telemark	3,4	3,2	3,1	3,0	2,8
Sørlandet	2,2	2,1	2,2	2,1	2,1
Helse Stavanger-området	2,0	2,0	2,0	1,8	1,8
Helse Fonna-området	2,6	2,5	2,8	2,6	2,6
Helse Bergen-området	2,4	2,3	2,3	2,1	2,1
Sogn og Fjordane	2,9	2,9	2,9	2,7	2,7
Møre og Romsdal	2,7	2,5	2,4	2,3	2,3
St.Olavs-området	2,1	2,1	2,0	1,9	1,8
Nord-Trøndelag	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2
Helgeland	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9
Nordland-området	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4
UNN-området	2,5	2,4	2,4	2,4	2,2
Finnmark	3,1	3,0	2,8	2,8	2,7

Tabell 11.9 Antall effektive senger fordelt på medisinske og kirurgiske fagavdelinger¹ i 2013 etter helseforetak.

Helseforetak	Effektive senger				
	Kirurgiske	Andel kirurgiske	Medisinske	Andel medisinske	Totalt
Helse Sør-Øst	2 401	43	3 241	57	5 642
Helse Vest	966	44	1 227	56	2 193
Helse Midt-Norge	611	42	830	58	1 441
Helse Nord	420	42	578	58	998
Private sykehus	53	39	85	61	139
Totalt	4 452	43	5 960	57	10 412
Sykehuset Østfold HF	170	45	210	55	380
Akershus universitetssykehus HF	225	39	347	61	572
Oslo universitetssykehus HF	593	45	712	55	1 305
Sunnaas sykehus HF		-	138	100	138
Sykehuset Innlandet HF	340	44	431	56	771
Vestre Viken HF	346	48	376	52	721
Sykehuset i Vestfold HF	153	38	253	62	407
Sykehuset Telemark HF	133	33	270	67	403
Sørlandet sykehus HF	281	51	270	49	551
Diakonhjemmet	56	41	80	59	136
Lovisenberg	42	31	93	69	135
Martina Hansens hospital	42	66	22	34	63
Revmatismesykehuset Lillehammer		-	31	100	31
Betanien hospital	19	72	7	28	26
Helse Stavanger HF	237	42	323	58	560
Helse Fonna HF	141	44	180	56	321
Helse Bergen HF	410	46	473	54	883
Helse Førde HF	116	47	130	53	246
Haraldsplass Diagonale sykehus	62	39	95	61	157
Haugesund sanfor. revma.sykehus		-	27	100	27
Møre og Romsdal HF	223	44	289	56	512
St. Olavs Hospital HF	279	41	405	59	684
Helse Nord Trøndelag HF	109	45	136	55	245
Helgelandssykehuset HF	68	42	95	58	163
Nordlandssykehuset HF	116	40	173	60	289
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	173	43	233	57	406
Helse Finnmark HF	63	45	77	55	140
Private sykehus	53	39	85	61	139

1)enger på blandede kirurgiske og medisinske avdelinger er lag under medisinske avdelinger.

2) Avvik fra sengeantallet i tabell 11.6 skyldes at 161 senger ikke er påført fagavdeling

12

Aktivitet og kostnader i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012 – 2013

Kostnaden per DRG-poeng gikk ned med 0,7 prosent og var på 49 392 kr i 2013. Det reduserte kostnadsnivået kom av en vekst i aktiviteten på 0,5 prosent sammen med en marginal reduksjon i kostnadene. Endringen i kostnadsnivået varierte fra en nedgang på 1 prosent i Helse Sør-Øst til stabilt nivå i Helse Vest. Med unntak av Helse Vest hadde alle regioner marginale endringer i kostnader og aktivitet siste år. I Helse Vest økte både kostnadene og aktiviteten med 1,5 prosent.

Pensjonskostnadene i helseforetak gikk ned siste år. Korrigert for utviklingen i pensjonskostnadene var kostnad per DRG-poeng stabilt.

I 2013 hadde Helse Vest fortsatt det laveste kostnadsnivået av regionene med en indeks på 0,96, etterfulgt av Helse Sør-Øst med en indeks på 0,98. Helse Midt-Norge hadde en indeks på 1,03, og Nord lå høyest på 1,19. De regionale variasjonene i kostnadsnivået har vært stabile over tid.

Kostnaden per liggedøgn gikk også ned med 0,7 prosent i 2013 og utgjorde 14 638 kroner. Antall liggedøgn gikk marginalt ned med 0,1 prosent siste år, og kostnadene til døgn- og dagbehandling gikk ned med 0,8 prosent. Utviklingen i tallet på liggedøgn i helseforetak varierte fra en vekst på 0,7 prosent i Helse Midt-Norge til en reduksjon på 0,8 prosent i Helse Nord. For alle regioner, med unntak av Helse Midt-Norge, var utviklingen i DRG-poeng sterkere enn utviklingen i liggedøgn. Helse Midt-Norge hadde en vekst i både liggedøgn og DRG-poeng på 0,7 prosent.

12.1 Nasjonale og regionale utviklingstrekk

Kostnaden per DRG-poeng var 49 392 kroner i 2013, og tilsvarte en reduksjon på 0,7 prosent fra 2012. Bak nedgangen i kostnadsnivået var det en vekst i DRG-poengene på 0,5 prosent kombinert med en marginal reduksjon i kostnadene på 0,1 prosent. I 2013 varierte nivået på kostnad per DRG-poeng fra en indeks på 0,96 for Helse Vest til en indeks på 1,19 for Helse Nord. De regionale variasjonene i kostnadsnivå har vært stabile over tid. Mellom regionene varierte siste års utvikling i kostnad per DRG-poeng fra en reduksjon på 1 prosent i Helse Sør-Øst til nullvekst i Helse Vest.

For Helse Sør-Øst samsvarte både kostnads- og aktivitetsutviklingen med den nasjonale utviklingen. Fra 2012 til 2013 økte aktiviteten målt som DRG-poeng med 0,4 prosent samtidig som at kostnadene ble redusert med 0,6 prosent. Helse Vest hadde en noe avvikende utvikling bak det stabile kostnadsnivået, da både kostnader og aktivitet økte med 1,5 prosent. I Helse Midt-Norge ble kostnadsnivået redusert med 0,6 prosent, og bak dette lå en vekst i aktiviteten på 0,7 prosent kombinert med omtrent uendrede kostnader. Fra 2012 til 2013 ble både kostnadene og aktiviteten redusert i Helse Nord, med henholdsvis 0,7 og 0,6 prosent. Dette resulterte i at kostnadene per DRG-poeng gikk ned med 0,1 prosent.

Etter flere år med relativt sett sterkere vekst i pensjonskostnadene, gikk pensjonskostnadene ned fra 2012 til 2013. Korrigert for utviklingen i pensjonskostnader var kostnadsnivået stabilt siste år for landet samlet, mot en reduksjon på 0,7 prosent når disse kostnadene er inkludert.

Fra 2012 til 2013 gikk driftskostnaden per liggedøgn ned med 0,7 prosent og utgjorde 14 638 kroner i 2013. I 2013 varierte nivået på kostnad per liggedøgn mellom regionene fra en indeks på 0,89 i Helse Vest til 1,13 i Helse Nord. Kostnadene til pasientbehandling, korrigert for kostnader til poliklinisk DRG-aktivitet, gikk ned med 0,8 prosent. Samtidig gikk tallet på liggedøgn ned med 0,1 prosent.

Den nasjonale reduksjonen på 0,7 prosent i nivået på kostnad per liggedøgn varierte fra en reduksjon på 1,3 prosent for Helse Midt-Norge til en økning på 0,5 prosent for Helse Vest. Helse Midt-Norge hadde en økning i antall liggedøgn på 0,7 prosent kombinert med en reduksjon i kostnadene til døgn- og dagbehandling på 0,6 prosent. I Helse Vest var det en vekst på 0,4 prosent i tallet på liggedøgn, samtidig som at kostnadene økte med 0,9 prosent.

Kostnader til pasientbehandling, inkludert poliklinisk DRG-aktivitet, gikk ned med 0,1 prosent fra 2012 til 2013. Når det korrigeres for kostnader til poliklinisk DRG-aktivitet, så reduseres kostnadene med 0,8 prosent i samme periode. Dette innebærer at kostnadene til poliklinisk DRG-aktivitet økte fra 2012 til 2013.

12.2 Regionale og lokale utviklingstrekk

Helse Sør-Øst

For Helse Sør-Øst samlet gikk kostnad per DRG-poeng ned med 1 prosent siste år, med bakgrunn i en aktivitetsvekst på 0,4 prosent og en kostnadsreduksjon på 0,6 prosent. Det er tre foretak som bidrar sterkere til reduksjonen i kostnadsnivået. Det er Oslo Universitetssykehus med en reduksjon i på 2,9 prosent, Vestre Viken med 4,3 prosent nedgang, og Lovisenberg Diakonale Sykehus med reduksjon i kostnadsnivået på 2,5 prosent. Bak nedgangen i kostnadsnivået for Oslo Universitetssykehus var det en reduksjon i behandlingskostnader på

1,7 prosent sammen med en aktivitetsvekst på 1,2 prosent. For Vestre Viken var det en økning i aktiviteten på 3,5 prosent kombinert med kostnadsreduksjon på 0,9 prosent. Ved Lovisenberg var utviklingen siste år en aktivitetsvekst på 1,8 prosent sammen med nedgang i kostnader på 0,8 prosent.

Det var noen foretak i Helse Sør-Øst som utviklet seg i retning av høyere nivå på kostnad per DRG-poeng. Akershus Universitetssykehus fikk en vekst i kostnadsnivået på 3,3 prosent, ved Sykehuset i Telemark økte kostnadsnivået med 7,8 prosent og ved Sørlandet Sykehus gikk kostnad per DRG-poeng opp med 3,2 prosent. Utviklingen ved Akershus Universitetssykehus skyldes en vekst i kostnadene på 3,7 prosent sammen med en aktivitetsvekst på 0,3 prosent. For Sykehuset i Telemark var det en sterk reduksjon i antall DRG-poeng på 8,4 prosent siste år, kombinert med en nedgang i kostnadene på 1,2 prosent. Ved Sørlandet Sykehus gikk aktiviteten ned med 2,3 prosent samtidig som at kostnadene økte med 0,9 prosent.

Sykehusene Innlandet, Østfold og Vestfold hadde en reduksjon i nivået på kostnad per DRG-poeng på henholdsvis 1,3, 0,7 og 1,3 prosent – omtrent i tråd med gjennomsnittet for regionen samlet.

I 2013 hadde Oslo Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus et kostnadsnivå over gjennomsnittet for landet samlet, med indekser på henholdsvis 1,11 og 1,05. Sunnaas Sykehus hadde også et kostnadsnivå over landsgjennomsnittet. De øvrige foretakene i regionen, Østfold, Innlandet og Telemark hadde et nivå på kostnad per DRG-poeng som var under gjennomsnittet for landet. Sykehuset i Vestfold og i Vestre Viken hadde lavest kostnadsnivå i 2013, med indekser på henholdsvis 0,82 og 0,86.

Helse Vest

Nivået på kostnad per DRG-poeng var uendret i Helse Vest fra 2012 til 2013, med en vekst i både kostnader og aktivitet på 1,5 prosent. Utviklingen var imidlertid ulik for foretakene. Ved Helse Fonna og ved Haraldsplass Diakonale Sykehus var det en reduksjon i kostnad per DRG-poeng på henholdsvis 4,4 og 4,5 prosent. Nedgangen i kostnadsnivået ved Helse Fonna skyldtes en reduksjon i kostnadene på 2,8 prosent sammen med en

aktivitetsvekst på 1,7 prosent. For Haraldsplass Diakonale Sykehus var det en aktivitetsvekst på 6 prosent sammen med en kostnadsvekst på 1,2 prosent.

Helse Stavanger, Helse Bergen og Helse Førde hadde alle en vekst i nivået på kostnad per DRG-poeng i størrelsesorden 0,6 – 1 prosent siste år. Utviklingen ved Helse Stavanger skyldtes kostnadsvekst på 1,5 prosent sammen med aktivitetsvekst på 0,9 prosent. Kostnadene for Helse Bergen økte med 2,2 prosent samtidig som at aktiviteten økte med 1,2 prosent. Helse Førde hadde sterkere vekst i både kostnader og aktivitet, med en vekst i kostnadene på 4 prosent sammen med en aktivitetsvekst på 3,4 prosent.

Alle foretakene i Helse Vest, med unntak av Helse Førde, hadde i 2013 et kostnadsnivå som var under gjennomsnittet. Foretakene i Stavanger, Bergen, Fonna samt Haraldsplass hadde alle en kostnadsindeks på 0,93–0,94. Helse Førde hadde en indeks på 1,13.

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge hadde en reduksjon i nivået på kostnad per DRG-poeng på 0,6 prosent siste år. Bak reduksjonen var det en aktivitetsvekst på 0,7 prosent sammen med marginal endring i kostnadene. St. Olavs Hospital hadde en reduksjon på 1,2 prosent i kostnad per DRG-poeng, mens Helse Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag hadde henholdsvis nullvekst og en reduksjon på 0,3 prosent.

Bak nullveksten i kostnadsnivået ved Helse Møre og Romsdal var det en reduksjon i både kostnader og aktivitet på 0,4 prosent. Ved St. Olavs Hospital økte aktiviteten med 1,1 prosent samtidig som kostnadene var uendrede. For Helse Nord-Trøndelag var det en vekst i kostnader på 1,2 prosent sammen med en aktivitetsvekst på 1,5 prosent.

I 2013 hadde St. Olavs Hospital en kostnad per DRG-poeng som var over gjennomsnittet med en indeks på 1,07. Foretakene i Møre og Romsdal samt Nord-Trøndelag hadde en kostnad per DRG-poeng tett under landsgjennomsnittet med en indeks på 0,99 for begge.

Helse Nord

Fra 2012 til 2013 var det en marginal reduksjon på 0,1 prosent i nivået på kostnad per DRG-poeng i Helse

Nord. Bak dette resultatet lå en reduksjon i kostnadene på 0,7 prosent sammen med en aktivitetsvekst på 0,6 prosent. Endringen i nivået på kostnad per DRG-poeng varierte mellom foretakene fra en reduksjon på 1,3 prosent for Helse Finnmark til en vekst på 0,6 prosent ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Ved Helgelands-sykehuset var det en reduksjon i kostnadsnivået på 1,1 prosent, og det var også en liten nedgang på 0,3 prosent ved Nordlandssykehuset.

Bak reduksjonen i kostnadsnivået på 1,1 prosent ved Helgelands-sykehuset var det en kostnadsreduksjon på 4,1 prosent sammen med en aktivitetsnedgang på 3 prosent. For Nordlandssykehuset skyldtes nedgangen i kostnad per DRG-poeng på 0,3 prosent en tilsvarende aktivitetsvekst samtidig som kostnadene var uendret. Veksten i kostnadsnivået ved Universitetssykehuset skyldtes en reduksjon i aktiviteten på 0,6 prosent sammen med stabile kostnader. Reduksjonen i kostnadsnivået ved Helse Finnmark skyldtes en nedgang i kostnadene på 2 prosent kombinert med 0,7 prosent aktivitetsnedgang.

Alle foretakene i Helse Nord hadde i 2013 et nivå på kostnad på DRG-poeng over landsgjennomsnittet. Nivået varierte fra en indeks på 1,10 for Helgelands-sykehuset til 1,34 for Helse Finnmark. Nordlandssykehuset hadde en kostnadsindeks på 1,13, og for Universitetssykehuset i Nord-Norge lå den på 1,21.

12.3 Datagrunnlag og definisjoner

Alle data for aktivitet i dette kapitlet er hentet fra Norsk Pasientregister. Data for kostnader er levert av Statistisk sentralbyrå (SSB) og tilrettelagt av Helsedirektoratet. Se www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata for en fullstendig beskrivelse av begreper, definisjoner og tallgrunnlag som ligger til grunn for dette kapitlet. På nettstedet presenteres også alle kostnads- og aktivitetsdata som ligger til grunn for beregning av indikatorer i dette kapitlet.

Følgende indikatorer presenteres i dette kapitlet:

Kostnader per DRG-poeng. Dette beregnes som absolutte og relative størrelser. Kostnadene beregnes på fire

måter: i) Alle behandlingskostnader ii) Ekskludert kapital-kostnader, iii) Ekskludert pensjonskostnader, iv) Ekskludert pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift. Fokuset er både nivå og endring.

Endring i kostnader per DRG-poeng dekomponert i kostnads- og aktivitetseffekt. Kostnadseffekten beregnes for alle kostnader og for kostnader ekskludert pensjonskostnader.

Lønnskostnader, varekostnader og andre driftskostnader per DRG-poeng. Dette beregnes kun inkludert alle behandlingskostnader, og kun for 2013.

Kostnader per liggedøgn. Dette beregnes som absolutte og relative størrelser. Kostnadsbegrepene som benyttes er alle behandlingskostnader, samt eksklusiv pensjonskostnader. Fokuset er både nivå på, og endring i, kostnader per liggedøgn. Tabellen som viser endring kostnad per liggedøgn vil også eksplisitt vise endring i liggedøgn per helseforetak.

Indeks for pasientsammensetning. Denne indeksen beregnes som antall DRG-poeng dividert på antall opphold (episoder), og sier noe om hvor ressurskrevende det gjennomsnittlige oppholdet ved foretaket er. Indeksen beregnes separat for døgnaktivitet, dagaktivitet og for polikliniske konsultasjoner. Indeksen beregnes kun for 2013.

Gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold. Dette beregnes om antall liggedøgn for døgnopphold dividert på antall døgnopphold. Døgnopphold med liggetid lik 0 gis liggetid lik 0,5.

Reinnleggelser i helseforetak. Tallene for reinnleggelser beregnes for døgnopphold. En reinnleggelse er definert som innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 7 eller 30 dager etter utskriving. Pasienter med inn- og utskrivningsdato samme dag er ikke med i beregningene. Pasienter som skrives ut fredag-søndag og inn igjen mandag er inkludert.

Private sykehus. Det presenteres en tabell som viser aktivitet i form av døgnopphold, opphold for dagbehandling, polikliniske konsultasjoner samt sum DRG-poeng for private sykehus. Fokuset er nivå i 2013 samt endring fra

2012. Disse inngår ikke i beregninger av kostnad per DRG-poeng, og heller ikke i reinnleggellesindikatoren.

Aktivitet

DRG-poeng benyttes som et aktivitetsmål justert for forventet ressurskrav i pasientbehandlingen. Ved beregning av kostnad per DRG-poeng benyttes sum av DRG-poeng fra pasientdata fra både døgn- dag og polikliniske episoder. DRG-poeng fra døgn- og dag- virksomheten tar utgangspunkt i korrigerte DRG-vekter for alle opphold, inkludert opphold knyttet til ordningen «Raskere tilbake» og opphold for utenlandske pasienter.

Aktiviteten og DRG-poengene fra 2012 er gruppert på nytt med grupperingslogikk for 2013. Effekten er 0,25 prosent vekst i DRG-poeng på nasjonalt nivå, med en variasjon fra 0,06 prosent for Helse Nord til 0,6 prosent for Helse Vest. Korrigeringene er imidlertid gjort på foretaksnivå hvor effekten varierer fra -2,4 til +2,9 prosent per helseforetak. Enkelte avtaleinstitusjoner med liten produksjon har større utslag, med opptil 8-10 prosent endring.

Liggedøgn beregnes som et aktivitetsmål knyttet til dag- og døgnepisoder. Episoder hvor pasienten er skrevet ut og inn samme dag er gitt liggetid lik 0,5 døgn.

Kostnader

Kostnadsgrunnlaget beregnes med utgangspunkt i resultatregnskap som helseforetak, avtaleinstitusjoner (med driftsavtale med RHF-ene) og private institusjoner rapporterer til SSB.

Driftskostnadene avgrenses til pasientbehandling som DRG-grupperes og rapporteres til Norsk Pasientregister. Dette gjøres i hovedsak ved å korrigere for kostnader knyttet til følgende punkter:

- Polikliniske episoder som ikke genererer ISF-refusjoner (radiologi- laboratorievirksomhet). Kostnadene estimeres på grunnlag av regnskapsførte refusjoner fra Helfo og egenandeler.
- Forskning, utvikling og øvrige prosjekter. Kostnader til forskning estimeres i utgangspunktet ved hjelp av forskningskostnader rapportert til NIFU, men andre metoder kan også benyttes i samråd med helseforetakene.

- Kostnader knyttet til hjemmeadministrerte kostnads-krevende medikamenter, som ikke registreres som aktivitet i pasientdata.
- Kostnader for administrasjon av behandlings-hjelpemidler.
- Kostnadsførte fakturaer for pasienter i opptaksområ-det behandlet ved andre helseforetak, avtaleinstitu-sjoner eller private institusjoner.
- Driftstilskudd til enheter/virksomheter som ikke inngår i institusjonenes eller helseforetakets pasientdata som rapporteres til NPR. Herunder inngår tilskudd til kommunalt samarbeid.
- Salgsinntekter og andre inntekter, som ikke knyttes til pasientbehandling, benyttes som estimat på kost-nader for slik virksomhet og ekskluderes i kostnads-grunnlaget for beregning av kostnadsindikatorer. For eksempel kan dette gjelde leieinntekter for utleie av deler av bygningsmassen.

Ved beregning av kostnad per liggedøgn korrigeres kostnadsgrunnlaget ytterligere for kostnader knyttet til polikliniske episoder. Kostnader for poliklinisk aktivitet estimeres ved å benytte andel av samlede DRG-poeng som er fra poliklinikk og trekke denne andelen ut av samlede driftskostnader for DRG-aktiviteten.

Kostnadene det korrigeres for forutsettes å være inklusive alle kostnader, det vil si inklusive kapital, pensjon og arbeidsgiveravgift. Når det beregnes kostna-der til pasientbehandling eksklusive kapital, pensjon og arbeidsgiveravgiften så justeres dermed også korrek-sjonsstørrelsene for disse faktorene.

Ved beregning av lønnskostnader, varekostnader og andre driftskostnader per DRG-poeng korrigeres nivået på disse kostnadskomponentene. Beregningene er basert på faktiske regnskapsføringer, men så justert i forhold til hvor mye av driftskostnadene som gjelder pasientbehandling som DRG-grupperes.

Varekostnader ved helseforetakene består eksempelvis av medikamentkostnader, innkjøp av mat og innleie av helsepersonell. Andre driftskostnader består eksempel-vis av vedlikeholdskostnader, strøm, innleie av konsulent-tjenester og også fordelte felleskostnader.

Nivået på kostnader per DRG-poeng for de ulike kost-nadskomponentene lønn, varer og andre driftskostnader må tolkes med varsomhet. Det kan for eksempel være slik at fordelte felleskostnader kan kostnadsføres som kjøp av tjenester (andre driftskostnader) i ett foretak, mens det kan framkomme som lønnskostnader i et annet foretak. Et foretak som har et høyere nivå på innleid helseperso-nell vil ha en høyere andel varekostnader enn et foretak som har en høyere andel personell som lønnes fra egne systemer.

Alle kostnadsdata som benyttes i dette kapitlet er deflaterte med SSB sin vektete prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Se kapittel 3 for nærmere beskrivelse av deflatoren. Det betyr at alle endringer i kostnader og kostnadsnivå som presenteres er realendringer, altså korrigert for prisvekst.

Tabell 12.1 Driftskostnader per DRG-poeng. Døgn, dag og poliklinisk virksomhet samlet.

Helseforetak og avtaleinstitusjoner	Driftskostnad per DRG-poeng			Driftskostnad per DRG-poeng uten kapitalkostnader		
	Nivå 2013	Pst end 12-13	Relativt kostnadsnivå	Nivå 2013	Pst end 12-13	Relativt kostnadsnivå
Helse Sør-Øst	48 226	-1,0	0,98	46 557	-0,5	0,98
Helse Vest	47 244	0,0	0,96	45 581	0,0	0,96
Helse Midt-Norge	50 968	-0,6	1,03	49 259	-0,6	1,03
Helse Nord	58 677	-0,1	1,19	57 015	0,4	1,19
TOTALT	49 392	-0,7	1,00	47 720	-0,4	1,00
Sykehuset Østfold	46 369	-0,7	0,94	44 447	-1,6	0,93
Akershus Universitetssykehus	51 902	3,3	1,05	49 716	5,2	1,04
Oslo Universitetssykehus	54 968	-2,9	1,11	52 872	-2,8	1,11
Sunnaas sykehus	69 407	-19,9	1,41	66 265	-6,4	1,39
Sykehuset Innlandet	44 220	-1,3	0,90	42 886	-0,8	0,90
Vestre Viken	42 519	-4,3	0,86	41 575	-4,0	0,87
Sykehuset i Vestfold	40 677	-1,3	0,82	39 280	-1,0	0,82
Sykehuset i Telemark	47 865	7,8	0,97	46 642	8,2	0,98
Sørlandet sykehus	45 290	3,2	0,92	43 894	3,2	0,92
Diakonhjemmet sykehus	49 632	1,4	1,00	47 796	2,2	1,00
Lovisenberg diakonale sykehus	43 374	-2,5	0,88	41 790	-2,7	0,88
Martina Hansens hospital	32 868	-0,6	0,67	32 415	-0,6	0,68
Revmatismesykehuset as	35 863	1,6	0,73	35 070	2,5	0,73
Betanien hospital	32 105	-10,3	0,65	30 498	-12,9	0,64
Helse Stavanger	46 102	0,6	0,93	44 542	0,0	0,93
Helse Fonna	46 327	-4,4	0,94	44 901	-4,2	0,94
Helse Bergen	46 766	1,0	0,95	44 970	1,2	0,94
Helse Førde	56 025	0,6	1,13	54 665	1,7	1,15
Haraldsplass Diakonale sykehus	46 210	-4,5	0,94	43 868	-5,3	0,92
Haugesund san.for.revm	37 172	5,5	0,75	36 498	5,5	0,76
Helse Møre og Romsdal	48 873	0,0	0,99	47 429	-0,1	0,99
St Olavs Hospital	52 864	-1,2	1,07	50 901	-1,0	1,07
Helse Nord-Trøndelag	48 960	-0,3	0,99	47 553	-0,6	1,00
Helgelandssykehuset	54 333	-1,1	1,10	52 717	-0,2	1,10
Nordlandssykehuset	55 985	-0,3	1,13	54 477	0,1	1,14
Universitetssykehuset i Nord-Norge	59 672	0,6	1,21	58 077	1,1	1,22
Helse Finnmark	66 280	-1,3	1,34	63 831	-1,3	1,34

**12.2 Driftskostnader per DRG-poeng uten pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift.
Døgn, dag og poliklinisk virksomhet samlet.**

Helseforetak og avtaleinstitusjoner	Driftskostnad per DRG-poeng, uten pensjon			Driftskostnad per DRG-poeng, uten pensjon og arbeidsgiveravgift		
	Nivå 2013	Pst end 12-13	Relativt kostnadsnivå	Nivå 2013	Pst end 12-13	Relativt kostnadsnivå
Helse Sør-Øst	42 843	-0,3	0,97	39 651	-0,3	0,97
Helse Vest	42 023	0,7	0,96	38 771	0,5	0,95
Helse Midt-Norge	45 318	-0,1	1,03	42 142	-0,1	1,03
Helse Nord	53 085	0,6	1,21	50 710	0,4	1,24
TOTALT	43 984	0,0	1,00	40 858	-0,1	1,00
Sykehuset Østfold	41 416	0,1	0,94	38 542	0,5	0,94
Akershus Universitetssykehus	46 707	3,7	1,06	43 648	3,7	1,07
Oslo Universitetssykehus	48 169	-2,1	1,10	44 394	-2,2	1,09
Sunnaas sykehus	58 556	-21,0	1,33	53 294	-22,4	1,30
Sykehuset Innlandet	39 536	-0,7	0,90	36 668	-0,7	0,90
Vestre Viken	38 187	-3,6	0,87	35 427	-3,6	0,87
Sykehuset i Vestfold	36 010	-0,2	0,82	33 414	-0,1	0,82
Sykehuset i Telemark	42 846	8,4	0,97	39 846	8,3	0,98
Sørlandet sykehus	40 255	3,6	0,92	37 287	3,7	0,91
Diakonhjemmet sykehus	45 075	1,8	1,02	40 960	1,9	1,00
Lovisenberg diakonale sykehus	39 782	-1,5	0,90	36 293	-1,2	0,89
Martina Hansens hospital	28 773	-0,2	0,65	26 463	0,0	0,65
Revmatismesykehuset as	31 349	2,1	0,71	28 066	2,9	0,69
Betanien hospital	28 912	-9,8	0,66	26 403	-8,6	0,65
Helse Stavanger	41 128	1,3	0,94	38 109	1,4	0,93
Helse Fonna	41 078	-4,0	0,93	37 973	-4,2	0,93
Helse Bergen	41 491	1,7	0,94	38 237	1,5	0,94
Helse Førde	50 124	1,5	1,14	46 471	1,6	1,14
Haraldsplass Diakonale sykehus	41 164	-3,3	0,94	37 018	-4,3	0,91
Haugesund san.for.revm	33 427	5,5	0,76	30 527	5,4	0,75
Helse Møre og Romsdal	43 236	0,6	0,98	40 037	0,7	0,98
St Olavs Hospital	47 156	-0,7	1,07	43 805	-0,7	1,07
Helse Nord-Trøndelag	43 475	0,4	0,99	40 923	0,4	1,00
Helgelandssykehuset	49 356	-0,3	1,12	47 724	-0,3	1,17
Nordlandssykehuset	50 602	-0,4	1,15	48 072	-0,7	1,18
Universitetssykehuset i Nord-Norge	53 908	1,7	1,23	51 021	1,3	1,25
Helse Finnmark	60 226	-0,5	1,37	59 825	-0,5	1,46

Tabell 12.3 Prosentvis endring i driftskostnader per DRG-poeng dekomponert i kostnadseffekt og aktivitetseffekt. Kostnader med og uten pensjon.

Helseforetak og avtaleinstitusjoner	Alle kostnader		Aktivitets- endring	Kostnader uten pensjon	
	Endring i kost- nad per DRG	Kostnads- endring		Endring i kost- nad per DRG	Kostnads- endring
Helse Sør-Øst	-1,0	-0,6	0,4	-0,3	0,1
Helse Vest	0,0	1,5	1,5	0,7	2,2
Helse Midt-Norge	-0,6	0,0	0,7	-0,1	0,6
Helse Nord	-0,1	-0,7	-0,6	0,6	0,0
TOTALT	-0,7	-0,1	0,5	0,0	0,5
Sykehuset Østfold	-0,7	0,6	1,4	0,1	1,4
Akershus Universitetssykehus	3,3	3,7	0,3	3,7	4,1
Oslo Universitetssykehus	-2,9	-1,7	1,2	-2,1	-0,9
Sunnaas sykehus	-19,9	-16,6	4,2	-21,0	-17,7
Sykehuset Innlandet	-1,3	-1,7	-0,4	-0,7	-1,1
Vestre Viken	-4,3	-0,9	3,5	-3,6	-0,2
Sykehuset i Vestfold	-1,3	-1,3	0,0	-0,2	-0,1
Sykehuset i Telemark	7,8	-1,2	-8,4	8,4	-0,7
Sørlandet sykehus	3,2	0,9	-2,3	3,6	1,3
Diakonhjemmet sykehus	1,4	4,2	2,8	1,8	4,6
Lovisenberg diakonale sykehus	-2,5	-0,8	1,8	-1,5	0,4
Martina Hansens hospital	-0,6	0,7	1,3	-0,2	1,1
Revmatismesykehuset as	1,6	2,0	0,4	2,1	2,5
Betanien hospital	-10,3	3,1	15,0	-9,8	3,7
Helse Stavanger	0,6	1,5	0,9	1,3	2,2
Helse Fonna	-4,4	-2,8	1,7	-4,0	-2,4
Helse Bergen	1,0	2,2	1,2	1,7	2,9
Helse Førde	0,6	4,0	3,4	1,5	4,9
Haraldsplass Diakonale sykehus	-4,5	1,2	6,0	-3,3	2,5
Haugesund san.for.revm	5,5	-4,9	-9,9	5,5	-5,0
Helse Møre og Romsdal	0,0	-0,4	-0,4	0,6	0,1
St Olavs Hospital	-1,2	0,0	1,1	-0,7	0,4
Helse Nord-Trøndelag	-0,3	1,2	1,5	0,4	1,9
Helgelandssykehuset	-1,1	-4,1	-3,0	-0,3	-3,3
Nordlandssykehuset	-0,3	0,0	0,3	-0,4	-0,1
Universitetssykehuset i Nord-Norge	0,6	0,0	-0,6	1,7	1,1
Helse Finnmark	-1,3	-2,0	-0,7	-0,5	-1,2

Tabell 12.4 Lønnskostnad, varekostnad og andre driftskostnader per DRG-poeng i 2013.¹

Helseforetak og avtaleinstitusjoner	Driftskostnad per DRG poeng (kr)			Relativt nivå		
	Lønn	Varer	Andre drifts-kostnader	Lønn	Varer	Andre drifts-kostnader
Helse Sør-Øst	33 159	7 664	7 402	0,98	0,96	0,97
Helse Vest	32 802	7 622	6 819	0,97	0,95	0,89
Helse Midt-Norge	33 615	8 696	8 656	1,00	1,09	1,13
Helse Nord	39 505	9 864	9 307	1,17	1,23	1,22
TOTALT	33 743	8 006	7 643	1,00	1,00	1,00
Sykehuset Østfold	31 530	8 431	6 408	0,93	1,05	0,84
Akershus Universitetssykehus	33 990	8 597	9 316	1,01	1,07	1,22
Oslo Universitetssykehus	37 447	8 660	8 861	1,11	1,08	1,16
Sunnaas sykehus	53 977	3 090	12 340	1,60	0,39	1,61
Sykehuset Innlandet	31 143	6 848	6 229	0,92	0,86	0,82
Vestre Viken	29 999	7 212	5 308	0,89	0,90	0,69
Sykehuset i Vestfold	28 004	6 599	6 074	0,83	0,82	0,79
Sykehuset i Telemark	33 664	6 843	7 358	1,00	0,85	0,96
Sørlandet sykehus	31 260	7 484	6 547	0,93	0,93	0,86
Diakonhjemmet sykehus	34 624	7 198	7 810	1,03	0,90	1,02
Lovisenberg diakonale sykehus	30 217	6 187	6 970	0,90	0,77	0,91
Martina Hansens hospital	22 681	5 061	5 125	0,67	0,63	0,67
Revmatismesykehuset as	28 796	1 565	5 501	0,85	0,20	0,72
Betanien hospital	22 240	3 351	6 514	0,66	0,42	0,85
Helse Stavanger	31 278	8 134	6 691	0,93	1,02	0,88
Helse Fonna	32 755	7 286	6 286	0,97	0,91	0,82
Helse Bergen	32 279	7 563	6 924	0,96	0,94	0,91
Helse Førde	39 703	8 749	7 572	1,18	1,09	0,99
Haraldsplass Diakonale sykehus	34 961	4 389	6 860	1,04	0,55	0,90
Haugesund san.for.revm	25 930	6 363	4 880	0,77	0,79	0,64
Helse Møre og Romsdal	33 387	7 911	7 575	0,99	0,99	0,99
St Olavs Hospital	33 910	9 191	9 763	1,00	1,15	1,28
Helse Nord-Trøndelag	33 142	8 655	7 163	0,98	1,08	0,94
Helgelandssykehuset	36 562	8 795	8 976	1,08	1,10	1,17
Nordlandssykehuset	37 016	10 410	8 558	1,10	1,30	1,12
Universitetssykehuset i Nord-Norge	40 752	9 422	9 497	1,21	1,18	1,24
Helse Finnmark	43 496	11 987	10 797	1,29	1,50	1,41

1) Kostnadsbegrepet er inkludert kapital, pensjon, og arbeidsgiveravgift.

Tabell 12.5 Driftskostnader per liggedøgn med og uten pensjonskostnader. Døgn- og dagepisoder.

Helseforetak og avtaleinstitusjoner	Driftskostnad per liggedag		Relativt nivå 2013	Driftskostnad per liggedag, uten pensjon			Pst endring i liggedøgn
	Nivå 2013	Pst endring 12-13		Nivå 2013	Pst endring 12-13	Relativt nivå 2013	
Helse Sør-Øst	14 837	-0,9	1,01	13 181	-0,2	1,01	-0,3
Helse Vest	12 999	0,5	0,89	11 562	1,2	0,89	0,4
Helse Midt-Norge	15 119	-1,3	1,03	13 444	-0,8	1,03	0,7
Helse Nord	16 488	-0,4	1,13	14 916	0,4	1,14	-0,8
TOTALT	14 638	-0,7	1,00	13 035	0,0	1,00	-0,1
Sykehuset Østfold	13 288	-0,2	0,91	11 869	0,5	0,91	1,1
Akershus Universitetssykehus	14 043	4,0	0,96	12 637	4,4	0,97	-0,4
Oslo Universitetssykehus	19 753	-3,5	1,35	17 310	-2,7	1,33	0,8
Sunnaas sykehus	9 404	-21,7	0,64	7 934	-22,8	0,61	5,4
Sykehuset Innlandet	13 185	-0,6	0,90	11 788	0,0	0,90	-1,6
Vestre Viken	12 417	-1,5	0,85	11 152	-0,8	0,86	-0,3
Sykehuset i Vestfold	12 658	-0,6	0,86	11 206	0,5	0,86	-0,7
Sykehuset i Telemark	12 193	4,0	0,83	10 914	4,6	0,84	-5,6
Sørlandet sykehus	14 447	1,1	0,99	12 840	1,5	0,99	-0,9
Diakonhjemmet sykehus	17 267	2,8	1,18	15 682	3,2	1,20	1,8
Lovisenberg diakonale sykehus	14 531	-1,6	0,99	13 328	-0,5	1,02	0,6
Martina Hansens hospital	15 971	6,4	1,09	13 981	6,8	1,07	-4,7
Revmatismesykehuset as	5 445	2,8	0,37	4 760	3,3	0,37	-1,6
Betanien hospital	9 563	-14,2	0,65	8 612	-13,7	0,66	27,8
Helse Stavanger	11 988	4,6	0,82	10 694	5,3	0,82	-3,9
Helse Fonna	11 756	-2,7	0,80	10 423	-2,3	0,80	0,0
Helse Bergen	14 276	-1,4	0,98	12 666	-0,7	0,97	3,1
Helse Førde	14 741	3,0	1,01	13 189	3,9	1,01	0,0
Haraldsplass Diakonale sykehus	11 099	-3,4	0,76	9 887	-2,2	0,76	5,2
Haugesund san.for.revm	5 997	-3,0	0,41	5 392	-3,1	0,41	-5,9
Helse Møre og Romsdal	13 310	0,5	0,91	11 774	1,1	0,90	-1,8
St Olavs Hospital	16 513	-3,6	1,13	14 730	-3,1	1,13	2,9
Helse Nord-Trøndelag	14 626	1,7	1,00	12 987	2,4	1,00	-0,6
Helgelandssykehuset	13 913	2,4	0,95	12 638	3,2	0,97	-7,4
Nordlandssykehuset	15 326	2,4	1,05	13 852	2,4	1,06	-2,4
Universitetssykehuset i Nord-Norge	17 982	-0,9	1,23	16 245	0,1	1,25	0,3
Helse Finnmark	16 255	-8,6	1,11	14 770	-7,9	1,13	6,7

Tabell 12.6 Antall opphold og konsultasjoner i 2013 og prosent endring fra 2012.¹

Helseforetak	Døgnoophold		Dagbehandling		Poliklinisk konsultasjon	
	2013	Pst endr 2012-13	2013	Pst endr 2012-13	2013	Pst endr 2012-13
Helse Sør-Øst	484 591	-0,1	227 933	-0,9	2 819 516	1,3
Helse Vest	184 008	0,7	72 265	1,2	974 726	3,3
Helse Midt-Norge	118 161	1,1	58 152	0,2	804 753	2,5
Helse Nord	84 132	0,1	34 672	-9,6	514 316	-0,1
TOTALT	870 892	0,3	393 022	-1,2	5 113 311	1,7
Sykehuset Østfold HF	42 341	-0,8	19 341	7,4	212 247	3,3
Akershus univ.sykehus HF	62 648	-0,9	25 831	2,8	249 029	-2,0
Oslo univ.sykehus HF	105 884	0,3	60 798	1,5	832 613	2,1
Sunnaas sykehus HF	3 151	13,1	11	10,0	4 388	33,6
Sykehuset Innlandet HF	65 078	1,6	27 664	-5,8	341 459	1,9
Vestre Viken HF	63 481	-0,5	27 999	-6,4	326 293	6,5
Sykehuset i Vestfold HF	36 147	0,4	19 352	-5,9	213 254	-1,2
Sykehuset Telemark HF	30 571	-6,1	13 059	-0,9	154 889	-10,6
Sørlandet sykehus HF	46 163	-0,4	20 914	-3,3	298 291	2,0
Diakonhjemmet sykehus	11 103	2,3	1 670	-4,4	66 825	2,4
Lovisenberg Diakonale sh.	11 051	2,5	6 209	7,9	57 058	6,7
Martina Hansens hospital	3 057	3,6	2 519	-3,0	29 568	0,1
Revmatismesykehuset	1 646	16,7	0	-	13 960	0,3
Betanien hospital	2 270	19,5	2 566	9,7	19 642	-0,9
Helse Stavanger HF	49 568	-1,9	20 455	-2,5	289 860	3,6
Helse Fonna HF	28 963	0,3	11 822	10,2	122 381	0,8
Helse Bergen HF	73 650	2,5	27 149	-1,0	398 052	3,9
Helse Førde HF	17 308	-0,3	9 629	11,0	119 052	3,9
Haraldsplass Diakonale sh.	12 902	4,8	2 512	-4,3	21 466	6,9
Haugesund sanfor. revm.	1 617	-6,0	698	-27,2	23 915	-1,7
Møre og Romsdal HF	41 034	-0,2	20 762	-4,2	298 600	1,9
St. Olavs Hospital HF	55 760	2,1	26 581	0,6	393 556	2,8
Helse Nord Trøndelag HF	21 367	0,8	10 809	8,4	112 597	3,2
Helgelandssykehuset HF	11 973	-2,6	4 419	-11,3	80 210	-5,2
Nordlandssykehuset HF	24 334	-1,8	12 460	-4,4	133 766	0,9
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	36 477	1,8	13 752	-13,9	241 248	1,3
Helse Finnmark HF	11 348	2,2	4 041	-7,2	59 092	-0,9

1) Eksklusive Oslo legevakt, Bergen legevakt, Stiftelsen Betanien Bergen, avtalespesialister og private sykehus. Stråleterapi er inkludert. I 2013 rapporterte rusakutten under Haukeland, mens denne aktiviteten var rapportert under Bergen legevakt i 2012. Aktiviteten ved rusakutten er ekskludert i både 2012 og 2013.

Tabell 12.7 DRG-poeng¹ etter behandlingsnivå i 2013 og prosent endring fra 2012.²

Helseforetak	Døgnoophold		Dagbehandling		Poliklinisk konsultasjon	
	DRG-poeng 2013	Pst endr 2012-13	DRG-poeng 2013	Pst endr 2012-13	DRG-poeng 2013	Pst endr 2012-13
Helse Sør-Øst	584 641	-0,1	48 519	-0,9	121 743	3,1
Helse Vest	210 605	0,8	15 581	3,1	39 841	4,7
Helse Midt-Norge	143 419	0,1	13 271	-0,6	33 380	3,9
Helse Nord	96 066	-0,3	7 619	-11,0	20 429	2,0
TOTALT	1 034 731	0,1	84 989	-1,1	215 393	3,4
Sykehuset Østfold HF	40 624	0,9	4 274	9,3	9 149	0,2
Akershus univ.sykehus HF	64 003	0,0	4 906	2,0	11 777	1,3
Oslo univ.sykehus HF	170 473	0,1	12 499	2,2	35 724	6,6
Sunnaas sykehus HF	5 920	3,0	4	-11,7	219	51,7
Sykehuset Innlandet HF	71 721	-0,1	6 299	-9,5	14 301	2,3
Vestre Viken HF	70 008	3,1	5 996	-3,1	13 771	9,1
Sykehuset i Vestfold HF	41 928	0,2	3 302	-3,1	9 286	0,3
Sykehuset Telemark HF	29 629	-9,0	2 631	-7,3	6 671	-5,9
Sørlandet sykehus HF	51 632	-2,8	4 387	-4,1	12 609	0,8
Diakonhjemmet sykehus	15 043	3,4	653	-0,1	2 881	0,4
Lovisenberg Diakonale sh.	13 717	0,6	1 477	10,8	1 830	4,6
Martina Hansens hospital	6 138	2,8	1 111	-2,1	1 464	-1,9
Revmatismesykehuset	1 501	-0,5	0	-	873	1,9
Betanien hospital	2 304	29,4	979	8,4	1 189	-1,4
Helse Stavanger HF	54 095	-0,3	4 774	2,2	11 243	6,5
Helse Fonna HF	26 844	1,5	2 502	6,3	4 660	0,9
Helse Bergen HF	97 672	0,6	5 482	1,3	17 720	4,6
Helse Førde HF	17 858	1,8	1 953	8,6	4 469	7,8
Haraldsplass Diakonale sh.	12 331	6,4	660	7,1	782	-1,6
Haugesund sanfor. revm.	1 805	-12,5	211	-21,9	968	-1,2
Møre og Romsdal HF	44 622	-1,1	4 335	-4,0	11 839	3,4
St. Olavs Hospital HF	75 569	0,3	6 748	2,1	16 777	4,7
Helse Nord Trøndelag HF	23 228	1,6	2 188	-1,4	4 765	2,1
Helgelandssykehuset HF	11 360	-3,4	939	-12,1	2 976	1,9
Nordlandssykehuset HF	26 550	0,4	2 386	-0,6	5 523	0,1
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	48 268	0,2	3 477	-17,6	9 757	3,1
Helse Finnmark HF	9 888	-0,8	817	-6,2	2 173	2,2

1) DRG poengene i 2012 er korrigert for systemendringer i ISF for å være sammenlignbare med DRG-poengene i 2013. Korreksjonen er beregnet per helseforetak og separat for døgn, dag og poliklinikk.

2) Eksklusive Oslo legevakt, Bergen legevakt, Stiftelsen Betanien Bergen, avtalespesialister og private sykehus. Stråleterapi er inkludert. I 2013 rapporterte rusakutten under Haukeland, mens denne aktiviteten var rapportert under Bergen legevakt i 2012. Aktiviteten ved rusakutten er ekskludert i både 2012 og 2013.

Tabell 12.8 Indeks for pasientsammensetning¹ etter behandlingsnivå 2012²-2013.³

Helseforetak	Døgnopphold		Dagbehandling		Poliklinisk konsultasjon	
	Nivå 2012	Nivå 2013	Nivå 2012	Nivå 2013	Nivå 2012	Nivå 2013
Helse Sør-Øst	1,21	1,21	0,21	0,21	0,04	0,04
Helse Vest	1,14	1,14	0,21	0,22	0,04	0,04
Helse Midt-Norge	1,23	1,21	0,23	0,23	0,04	0,04
Helse Nord	1,15	1,14	0,22	0,22	0,04	0,04
TOTALT	1,19	1,19	0,22	0,22	0,04	0,04
Sykehuset Østfold HF	0,94	0,96	0,22	0,22	0,04	0,04
Akershus univ.sykehus HF	1,01	1,02	0,19	0,19	0,05	0,05
Oslo univ.sykehus HF	1,61	1,61	0,20	0,21	0,04	0,04
Sunnaas sykehus HF	2,06	1,88	0,46	0,37	0,04	0,05
Sykehuset Innlandet HF	1,12	1,10	0,24	0,23	0,04	0,04
Vestre Viken HF	1,06	1,10	0,21	0,21	0,04	0,04
Sykehuset i Vestfold HF	1,16	1,16	0,17	0,17	0,04	0,04
Sykehuset Telemark HF	1,00	0,97	0,22	0,20	0,04	0,04
Sørlandet sykehus HF	1,15	1,12	0,21	0,21	0,04	0,04
Diakonhjemmet sykehus	1,34	1,35	0,37	0,39	0,04	0,04
Lovisenberg Diakonale sh.	1,26	1,24	0,23	0,24	0,03	0,03
Martina Hansens hospital	2,02	2,01	0,44	0,44	0,05	0,05
Revmatismesykehuset	1,07	0,91	-	-	0,06	0,06
Betanien hospital	0,94	1,02	0,39	0,38	0,06	0,06
Helse Stavanger HF	1,07	1,09	0,22	0,23	0,04	0,04
Helse Fonna HF	0,92	0,93	0,22	0,21	0,04	0,04
Helse Bergen HF	1,35	1,33	0,20	0,20	0,04	0,04
Helse Førde HF	1,01	1,03	0,21	0,20	0,04	0,04
Haraldsplass Diakonale sh.	0,94	0,96	0,23	0,26	0,04	0,04
Haugesund sanfor. revm.	1,20	1,12	0,28	0,30	0,04	0,04
Møre og Romsdal HF	1,10	1,09	0,21	0,21	0,04	0,04
St. Olavs Hospital HF	1,38	1,36	0,25	0,25	0,04	0,04
Helse Nord Trøndelag HF	1,08	1,09	0,22	0,20	0,04	0,04
Helgelandssykehuset HF	0,96	0,95	0,21	0,21	0,03	0,04
Nordlandssykehuset HF	1,07	1,09	0,18	0,19	0,04	0,04
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	1,34	1,32	0,26	0,25	0,04	0,04
Helse Finnmark HF	0,90	0,87	0,20	0,20	0,04	0,04

1) Gjennomsnittlig antall DRG-poeng per opphold eller konsultasjon.

2) DRG poengene i 2012 er korrigert for systemendringer i ISF for å være sammenlignbare med DRG-poengene i 2013. Korreksjonen er beregnet per helseforetak og separat for døgn, dag og poliklinikk.

3) Eksklusive Oslo legevakt, Bergen legevakt, Stiftelsen Betanien Bergen, avtalespesialister og private sykehus. Stråleterapi er inkludert. I 2013 rapporterte rusakutten under Haukeland, mens denne aktiviteten var rapportert under Bergen legevakt i 2012. Aktiviteten ved rusakutten er ekskludert i både 2012 og 2013.

Tabell 12.9 Gjennomsnittlig liggetid¹ for døgnopphold i 2013 og endring fra 2012.²

Helseforetak	Døgnopphold totalt		Ikke-kirurgiske døgnopphold		Kirurgiske døgnopphold	
	Snitt 2013	Endring 2012-13	Snitt 2013	Endring 2012-13	Snitt 2013	Endring 2012-13
Helse Sør-Øst	4,0	-0,1	3,8	-0,1	4,9	-0,1
Helse Vest	4,3	-0,1	3,9	-0,1	5,6	-0,2
Helse Midt-Norge	4,2	-0,1	4,0	0,0	4,9	-0,2
Helse Nord	4,2	-0,1	3,8	-0,1	5,3	-0,2
TOTALT	4,1	-0,1	3,8	-0,1	5,1	-0,2
Sykehuset Østfold HF	3,5	0,0	3,3	0,0	4,5	0,2
Akershus univ.sykehus HF	3,9	-0,1	3,5	-0,1	5,5	0,0
Oslo univ.sykehus HF	4,5	-0,1	4,0	-0,1	5,5	0,0
Sunnaas sykehus HF	13,9	-1,6	13,9	-1,6	-	-
Sykehuset Innlandet HF	3,8	-0,2	3,7	-0,1	4,3	-0,3
Vestre Viken HF	3,9	0,0	3,7	0,0	4,5	-0,2
Sykehuset i Vestfold HF	3,8	-0,1	3,6	-0,1	4,2	-0,1
Sykehuset Telemark HF	3,9	0,0	3,7	0,0	5,0	-0,3
Sørlandet sykehus HF	3,6	-0,1	3,3	0,0	4,3	-0,2
Diakonhjemmet sykehus	4,0	-0,1	3,8	0,1	4,6	-0,5
Lovisenberg Diakonale sh.	3,8	-0,2	3,9	-0,2	3,6	-0,1
Martina Hansens hospital	4,5	-0,4	2,8	-0,6	5,2	-0,3
Revmatismesykehuset	6,0	-1,1	6,0	-1,1	-	-
Betanien hospital	4,3	0,3	4,1	0,3	5,4	0,6
Helse Stavanger HF	4,4	-0,2	4,1	-0,1	5,2	-0,4
Helse Fonna HF	3,8	-0,1	3,6	-0,1	5,1	-0,1
Helse Bergen HF	4,4	-0,1	3,8	0,0	6,2	-0,2
Helse Førde HF	4,1	-0,1	3,7	-0,1	5,5	0,0
Haraldsplass Diakonale sh.	4,1	0,0	4,0	0,0	4,4	-0,3
Haugesund sanfor. revm.	7,5	0,0	7,6	0,1	6,8	-0,5
Møre og Romsdal HF	4,1	-0,1	4,0	-0,1	4,5	-0,1
St. Olavs Hospital HF	4,5	0,0	4,2	0,1	5,3	-0,3
Helse Nord Trøndelag HF	3,7	-0,1	3,6	-0,1	4,3	-0,2
Helgelandssykehuset HF	3,8	-0,2	3,8	-0,1	3,9	-0,8
Nordlandssykehuset HF	4,1	-0,1	3,9	0,0	4,9	-0,3
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	4,5	-0,1	3,9	-0,2	6,0	0,0
Helse Finnmark HF	3,7	0,1	3,6	0,2	3,9	-0,1

1) Sum liggedager dividert med sum opphold

2) Eksklusive Oslo legevakt, Bergen legevakt, Stiftelsen Betanien Bergen, avtalespesialister og private sykehus. I 2013 rapporterte rusakutten under Haukeland, mens denne aktiviteten var rapportert under Bergen legevakt i 2012. Aktiviteten ved rusakutten er ekskludert i både 2012 og 2013.

Tabell 12.10 Reinnleggelser i helseforetak 2012 og 2013^{1,2}

Helseforetak	Andel reinnleggelser innen 7 dager		Andel reinnleggelser innen 30 dager	
	2012	2013	2012	2013
Helse Sør-Øst	4,6	4,7	10,3	10,4
Helse Vest	4,7	4,8	10,4	10,6
Helse Midt-Norge	4,4	4,5	10,1	10,4
Helse Nord	4,5	4,8	10,4	10,8
Totalt	4,6	4,7	10,3	10,4
Sykehuset Østfold HF	5,9	6,4	12,8	13,6
Akershus universitetssykehus HF	4,9	5,6	11,1	12,1
Oslo universitetssykehus HF	3,3	3,3	6,9	6,7
Sunnaas sykehus HF	0	0	0	0
Sykehuset Innlandet HF	4,9	5,1	11,3	11,6
Vestre Viken HF	4,8	5,1	11	11,4
Sykehuset i Vestfold HF	4,8	4,6	10,9	10,3
Sykehuset Telemark HF	5,9	5,3	13,6	12,1
Sørlandet sykehus HF	4,3	4,4	9,9	9,9
Diakonhjemmet Sykehus	5,5	5,6	13,1	13,5
Lovisenberg Sykehus	5,5	5,1	12,9	13,5
Martina Hansens hospital	0,5	0,4	0,9	0,7
Revmatismesykehuset Lillehammer	0	0	0	0,1
Betanien hospital	1,2	0,4	2,3	0,8
Helse Stavanger HF	4,4	4,5	10	10,1
Helse Fonna HF	5,9	5,7	13	13
Helse Bergen HF	4,5	4,5	9,6	9,7
Helse Førde HF	4,2	4,7	10,3	10,6
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	5,8	5,8	12,9	13,4
Haugesund sanfor revm	0,1	0,1	0,1	0,2
Stiftelsen Betanien Bergen	0,2	0	0,2	0
Møre og Romsdal HF	4,4	4,5	10,1	10,3
St. Olavs Hospital HF	4,2	4,4	9,4	9,8
Helse Nord Trøndelag HF	4,9	5	11,9	12
Helgelandssykehuset HF	4,8	5	11,8	11,3
Nordlandssykehuset HF	4,9	4,9	10,9	11,4
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4,3	4,8	9,7	10,1
Helse Finnmark HF	3,9	4,5	9,9	10,8

1) Tallene gjelder for døgnopphold og inkluderer pasienter som skrives ut fredag-søndag og inn igjen mandag. Eksklusive pasienter som skrives inn og ut samme dag.

2) Eksklusive Oslo legevakt, Bergen legevakt, Rusakutten, avtalespesialister og private sykehus.

Tabell 12.11 Aktivitet ved private- og private ideelle sykehus i 2013 og prosent endring fra 2012¹.

Institusjon	Døgnoophold		Dagbehandling		Poliklinisk konsultasjon		DRG-poeng	
	Antall 2013	Pst endr 2012-13	Antall 2013	Pst endr 2012-13	Antall 2013	Pst endr 2012-13	Antall 2013	Pst endr 2012-13
Feiringklinikken	6 148	4,0	0	-	0	-	9 381	-3,2
Aleris Helse Oslo	464	-8,8	8 608	17,7	0	-	3 325	13,4
Teres Bergen	0	-	3 870	-1,6	1	-	1 788	5,5
Aleris Helse Trondheim	1 368	7,5	5 065	127	0	-	1 579	35,3
Medi 3, Ålesund	0	-	2 599	0	199	11,2	1 145	9,3
Glittreklinikken	1 219	0,9	3	-	0	-	1 136	-3,6
Teres Drammen	0	-	1 900	2,2	0	-	1 021	10,8
Teres Stokkan	0	-	2 401	4,4	0	-100	935	10,2
Aleris Helse Bergen	473	8,7	355	26,3	0	-	866	31,3
FysMed-klinikken	0	-	0	-	21 644	12,8	769	17,8
Aleris Helse Tromsø	6	200	2 050	76,1	0	-	570	37,2
Privatsykehuset Haugesund	235	-10,3	884	-2,1	180	68,2	535	-6,7
Friskvernklinikken	0	-	0	-	15 370	3,9	495	7,0
Teres Rosenborg	0	-	962	5,4	0	-	393	11,8
Fana medisinske senter	210	-4,5	109	18,5	0	-100	305	3,2
Teres Sørlandsparken	0	-	661	-15,4	0	-	282	-10,3
Ringvollklinikken	0	-	551	-3,7	0	-100	239	2,8
Teres klinikken, Bodø	0	-	219	-9,1	0	-	95	-11,6
Teres Tromsø	0	-	134	-65,2	0	-	76	-57,4
Teres Colosseum, Oslo	0	-	100	69,5	1	-	62	78,5
Scandinavian Venous Centre	0	-	192	-	1	-	61	-
Teres Colosseum Stavanger	0	-	31	-18,4	0	-100,0	19	-13,6
Volvat Medisinske Senter	0	-	61	177	48	71,4	18	177,2
Ibsen Sykehuset AS	0	-	0	-	146	-	3	-
TOTALT	10 123	3,1	30 755	19,8	37 590	9,5	25 097	5,5

1) DRG-poengene i 2012 er korrigert for systemendringer i ISF for å være sammenlignbare med DRG-poengene i 2013.

13

Faktorer assosiert med kostnadsnivået i somatisk spesialisthelsetjeneste

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan kostnadsindikatorene for helseforetak som er presentert i kapittel 12 samvarierer med i) omfanget av døgkontinuerlig akuttberedskap, ii) geografiske forhold som befolkningstetthet og reiseavstand og iii) helseforetakenes behandlingsprofil.

Helseforetak i spredtbygde områder med lang reiseavstand og lavere befolkningstetthet, har generelt sett et høyere kostnadsnivå enn helseforetak i tettbygde områder.

Helseforetak med et høyt antall behandlingssteder med akutfunksjoner er også assosiert med et høyere kostnadsnivå, men tendensen er ikke like sterk som for faktorene knyttet til geografi.

Lang liggetid samvarierer med et høyere kostnadsnivå. Andre indikatorer på helseforetakenes behandlingsprofil som andelen dagbehandling, og nivået av reinnleggelser, samvarierer ikke med kostnadsnivået i helseforetakene.

13.1 Innledning

Når et helseforetak har større omfang av døgkontinuerlig akuttberedskap, så er det nærliggende å anta at dette kan være ressurskrevende – og videre at kostnadsnivået for helseforetak med mange enheter med akuttberedskap vil kunne være høyere enn for helseforetak med færre enheter med akuttberedskap. Her ser vi nærmere på om en slik sammenheng kan observeres. Det presiseres at vurderinger av om helseforetakenes nivå på akuttberedskap er for høy eller lav, ligger utenfor rammen av disse analysene.

I områder hvor befolkningstettheten er lav, kan det antas å være mer ressurskrevende å drive helseforetak med akutfunksjoner. En årsak kan være at det å ha en akuttberedskap tilgjengelig representerer en fast kostnad, og med lavere befolkningstetthet, er det naturlig at det blir mindre aktivitet å fordele de faste kostnadene ut på. I tillegg kan det tenkes at det å ha lengre avstand til nærmeste lokalsykehus innebærer at de som reiser til sykehusbehandling i større grad blir innlagt. Lengre tid

som innlagt på sykehus kan medføre lavere pasientgjennomstrømning og igjen lavere aktivitet å fordele kostnadene på. Vi ser nærmere på om faktorer som antall innbyggere per kvadratmeter, og avstand til nærmeste lokalsykehus, samvarierer med kostnadsnivået for helseforetakene.

Det kan også tenkes at behandlingsmetoder, eller behandlingsprofiler, kan påvirke ressurskrav og pasientgjennomstrømning i et helseforetak. I denne analysen ser vi på om helseforetak som har en høyere andel dagbehandling har en mer kostnadseffektiv drift enn helseforetak med en lavere andel dagbehandling. En slik antakelse kan begrunnes ut fra at dagbehandling kan gi større pasientgjennomstrømning og mer aktivitet i foretaket. Videre ser vi på om helseforetak som har lengre gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold har et høyere kostnadsnivå enn helseforetak med kortere liggetid. Denne antakelsen kan også begrunnes ut fra muligheter for høyere pasientgjennomstrømning.

Under delen om behandlingsprofiler og kostnadsnivå ser vi til slutt på om helseforetak som har høyere rater for reinnleggelser har et lavere kostnadsnivå, og omvendt. Dette kan begrunnes ut fra en hypotese om at høyere reinnleggingsrater henger sammen med kortere liggetid, og dermed også høyere pasientgjennomstrømning i helseforetaket. Høyere reinnleggingsrate kan også tolkes som en indikator på lavere kvalitet i pasientbehandlingen.

Analysene i dette kapitlet er av deskriptiv karakter. Resultatene presenteres i form av grafiske framstillinger. Eventuelle forskjeller i kostnadsnivå mellom grupper av helseforetak blir ikke signifikant testet, og må forstås som tendenser i datamaterialet. Denne analysen har ikke som formål å påvise kausale sammenhenger mellom kostnadsnivået i helseforetak og indikatorer for omfang av akuttberedskap, geografiske forhold og behandlingsprofil. Spørsmålet om samvariasjon kan likevel gi relevant informasjon.

13.2 Datagrunnlag, definisjoner og metode

Datagrunnlag og definisjoner

Sammenlignet med kapittel 12 er fem avtaleinstitusjoner tatt ut av materialet. Dette Sunnaas sykehus, Revmatismesykehuset AS, Martina Hansens Hospital, Betanien hospital og Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Årsaken til dette er at disse institusjonene har et marginalt omfang av akuttberedskap, og en pasient- og behandlingsprofil som avviker fra de større helseforetakene. Se også argumenter for å holde disse institusjonene utenfor analysen under punktet om metode nedenfor.

Følgende data er benyttet i denne analysen:

Kostnad per DRG-poeng: Her benyttes relativt kostnadsnivå i 2013 for helseforetak og avtaleinstitusjoner. Se tabell 12.1 i kapittel 12.

Antall steder per helseforetak med døgnkontinuerlig medisinsk-, kirurgisk- og fødeberedskap: Alle helseforetak og avtaleinstitusjoner presentert i kapittel 12 fikk i april 2014 et kartleggingsskjema. I kartleggingsskjemaet ble de bedt om å angi antall geografiske lokasjoner med

døgnkontinuerlig medisinsk-, kirurgisk- og fødeberedskap, ut fra hvordan situasjonen var ved utgangen av 2013. Med tanke på kvalitetssikring av informasjonen ble foretakene også bedt om å angi navn på stedene med døgnkontinuerlig beredskap. Med unntak av Sunnaas sykehus HF, har alle helseforetak og avtaleinstitusjoner presentert i kapittel 12 svart på denne kartleggingen.

Gjennomsnittlig avstand til nærmeste lokalsykehus i helseforetaket: Dataene som ligger til grunn er avstand målt i kilometer fra kommunesenter til nærmeste lokalsykehus med akuttfunksjoner basert på beregninger i Google kartfunksjon. Det er tatt hensyn til fergestrekninger med en faktor på 5. Beregningsmetoden innebærer at befolkningen i kommuner med lokalsykehus får avstand lik 0. Gjennomsnittlig avstand til lokalsykehuset i et helseforetaksområde er da beregnet som et vektet gjennomsnitt av reiseavstand for hver kommune.

Innbyggere per 1000 kvm: Datagrunnlaget er informasjon om innbyggertall og landareal per kommune hentet fra SSB. Antall innbyggere og landareal for kommunene i helseforetakenes opptaksområder har blitt summert.

Liggetid for døgnopphold i helseforetak: Dette beregnes som antall liggedøgn for døgnopphold dividert på antall døgnopphold. Døgnopphold med liggetid lik 0 gis liggetid lik 0,5. Se også kapittel 12.

Andel dagopphold i helseforetak: Andelen beregnes om antall dagepisoder dividert på summen av antallet døgn- og dagepisoder.

Rate for reinnleggelser: Tallene for reinnleggelser beregnes for døgnopphold. En reinnleggelse er i denne analysen definert som innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning. Pasienter med inn- og utskrivningsdato samme dag er ikke med i beregningene. Pasienter som skrives ut fredag-søndag og inn igjen mandag er inkludert. Se også kapittel 12.

Metode

For hver av indikatorene som kostnadsnivået blir sett i forhold til, har vi delt helseforetakene inn i 2 grupper. Når vi for eksempel ser på omfanget av akuttberedskap, så er gruppe 1 helseforetak med et lavere omfang av akuttberedskap, og gruppe 2 er helseforetak med et høyere

omfang. Når vi for eksempel ser på raten for reinnleggelser, så er gruppe 1 helseforetak med en lavere rate for reinnleggelser og gruppe 2 har en høyere rate for reinnleggelser.

Fastsettelsen av hva som er et «lavt nivå» og hva som er et «høyt nivå» tar utgangspunkt i medianberegninger. Gruppene av helseforetak som sammenlignes blir delt i to på bakgrunn av medianverdien for indikatoren som sees opp mot kostnadsnivået. Det vil si at når omfanget av akuttberedskap, geografisk struktur og behandlingsprofil sammenlignes, så kan sammensetningen av gruppe 1 og 2 være ulik. Tabellene 13.1, 13.2 og 13.3 i dette kapitlet viser hvordan helseforetakene har blitt gruppert ut fra denne metoden.

Videre beregnes et gjennomsnittlig relativt kostnadsnivå for de to gruppene som sammenlignes. Mindre avtale-institusjoner holdes utenom i denne analysen, se datagrunnlag og definisjoner over. De holdes utenfor fordi de har avvikende verdier på kostnadsnivået, omfang av akuttfunksjoner og behandlingsprofil.

I avsnitt 13.4 sees kostnadsnivået ved helseforetak opp mot geografiske trekk i foretakenes opptaksområde. For dette formålet så har vi beregnet en felles kostnadsindikator for Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmets Sykehus. Indikatoren er beregnet som et vektet gjennomsnitt. På samme måte har en felles kostnadsindikator for Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus blitt beregnet.

Helse Finnmark HF inngår i analysene, men har et relativt kostnadsnivå som er mye høyere enn øvrige helseforetak i analysen. I de tilfeller hvor Helse Finnmark påvirker resultatene i analysen, så vil dette kommenteres i forhold til hvordan resultatene endres hvis Helse Finnmark blir ekskludert.

13.3 Kostnadsnivå og akuttberedskap

Medianverdien for antall behandlingssteder med akuttberedskap per helseforetak er 6,25. Helseforetak som har et høyere antall behandlingssteder med døgnkontinuerlig beredskap enn dette, har også et høyere gjennomsnittlig kostnadsnivå enn helseforetak som har færre steder med beredskap (se figur 13.1). Det gjennomsnittlige kostnadsnivået for gruppen av helseforetak med flere steder med akuttberedskap var i 2013 på 1,04 i 2013, mot 0,97 for helseforetak som har færre steder. Hvis Helse Finnmark, som kommer i gruppen av helseforetak med flere steder med akuttberedskap, tas ut blir forskjellen noe mindre. Gruppen av helseforetak med relativt sett flere steder med akuttberedskap får da et gjennomsnittlig kostnadsnivå på 1,01. Tendensen i materialet er likevel at helseforetak med flere steder med akuttfunksjoner har et høyere kostnadsnivå.

Det kan stilles spørsmål om døgnkontinuerlig kirurgisk akuttberedskap kan være relativt sett mer ressurskrevende enn akuttberedskap innen medisin- og fødselsomsorg. Begrunnelsen for dette vil bl.a. være at kirurgisk beredskap i større grad stiller krav om beredskap for anestesi og radiologi. Resultatene presentert i figur 13.2 viser ingen samvariasjon mellom kostnadsnivået og antall steder med kirurgisk akuttberedskap. Helseforetakene med flere enn median behandlingssteder med kirurgisk akuttberedskap har et gjennomsnittlig relativt kostnadsnivå på 1,00, mot 1,01 for helseforetak med færre steder for dette.

Tabell 13.1 Antall geografiske lokasjoner ved helseforetak med døgkontinuerlig (A) medisinsk beredskap, (B) kirurgisk beredskap og (C) fødetilbud.

Helseforetak	Kostnadsnivå (Fra kap 12)	Døgkont. med akutt- beredskap (A)	Døgkont. kir akuttbered- skap (B)	Fødetilbud (C)	Sum enheter med akutt- beredskap (D) = (A+B+C)	Kategori ⁴ kir. beredskap (B)	Kategori ⁴ sum beredskap (C)
Sykehuset i Vestfold	0,82	1	1	1	3	1	1
Vestre Viken ¹	0,86	4	3,5	4	11,5	2	2
Lovisenberg Sykehus	0,88	1	0	0	1	1	1
Sykehuset Innlandet	0,90	6	6	5	17	2	2
Sørlandet sykehus	0,92	3	3	3	9	2	2
Helse Stavanger	0,93	1	1	1	3	1	1
Sykehuset Østfold	0,94	1	1	1	3	1	1
Helse Fonna	0,94	3	3	2	8	2	2
Haraldsplass Diak. shus	0,94	1	1	0	2	1	1
Helse Bergen HF	0,95	2	2	2	6	1	1
Sykehuset Telemark ²	0,97	4	2,5	1	7,5	2	2
Møre og Romsdal	0,99	4	3	4	11	2	2
Helse Nord Trøndelag	0,99	2	2	2	6	1	1
Diakonhjemmet s.hus.	1,00	1	1	0	2	1	1
Akershus univ. sykehus	1,05	1	1	1	3	1	1
St. Olavs Hospital	1,07	2	2	1	5	1	1
Helgelandssykehuset ³	1,10	3	3	3	9	2	2
Oslo univ.sykehus	1,11	2	4	2	8	2	2
Helse Førde	1,13	3	1	1	5	1	1
Nordlandssykehuset	1,13	3	2	3	8	2	2
Univ.shus. Nord-Norge	1,21	3	3	3	9	2	2
Helse Finnmark ³	1,34	2	2	2,5	6,5	1	2
Median verdi			2		6,25		

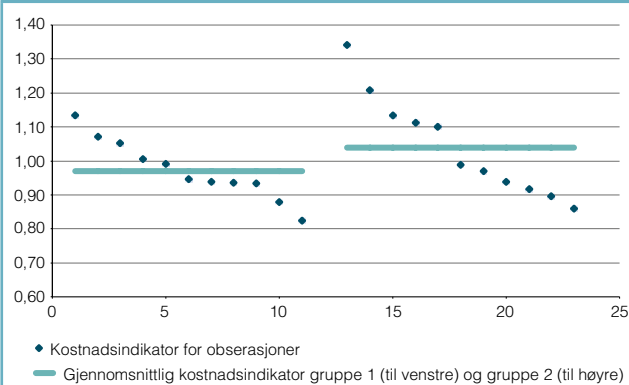
1) Verdi for kirurgisk akuttberedskap ved Kongsberg sykehus satt lik 0,5 fordi beredskapen kun gjelder ortopedi.

2) Verdi for kirurgisk akuttberedskap ved sykehuset på Rjukan satt lik 0,5 fordi beredskapen kun gjelder ortopedi.

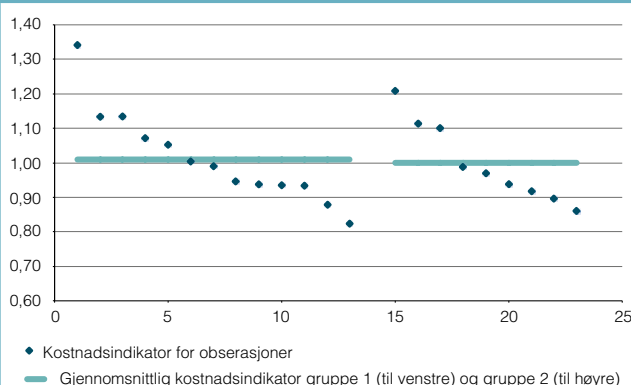
3) Fødestuer er gitt verdi lik 0,5.

4) Kategorier hvor verdi er lik 1 betyr antall geografiske lokasjoner med beredskap under median, Verdi 2 betyr over median.

Figur 13.1 Kostnadsnivå og antall geografiske lokasjoner per helseforetak med døgkontinuerlig akuttberedskap. Gruppe 1: færre steder med akuttberedskap, gruppe 2: flere steder.



Figur 13.2 Kostnadsnivå og antall geografiske lokasjoner per helseforetak med døgkontinuerlig kirurgisk akuttberedskap. Gruppe 1: lavere omfang av kirurgisk beredskap, gruppe 2: høyere.



13.4 Kostnadsnivå og geografi

Median avstand til nærmeste sykehus innenfor et helseforetaksområde er 28 kilometer. Ved helseforetak hvor innbyggerne har lengre reiseavstand enn dette er kostnadsnivået i gjennomsnitt høyere enn hvis innbyggerne har kortere reiseavstand. Hvis avstanden er lengre, så er kostnadsnivået ved helseforetakene i gjennomsnitt på 1,08 mot et gjennomsnitt på 0,95 hvis innbyggerne har kortere reisetid. Den relativt store forskjellen i gjennomsnittlig kostnadsnivå indikerer at geografisk struktur er korrelert med hvor ressurskrevende det er å drive helseforetak.

Innbyggertetthet, målt ved antall innbyggere per 1000 kvm, er også en indikator på geografiske forhold. Median antall innbyggere per 1000 kvm i et foretaksområde er 16. Foretaksområder hvor befolkningstettheten er større enn medianverdien kan kalles tettbygde områder, og spredtbygde hvis befolkningstettheten er under medianen. I spredtbygde områder er det gjennomsnittlige kostnadsnivået høyere enn i tettbygde. Helseforetak i spredtbygde strøk har et gjennomsnittlig kostnadsnivå på 1,08 mot 0,96 i områder som er tettbygde.

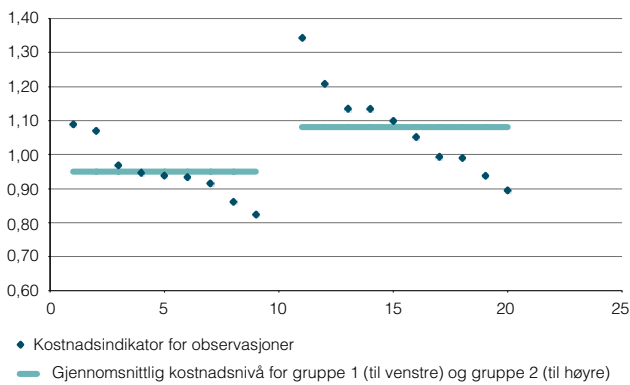
Tabell 13.2 Helseforetak og gjennomsnittlig avstand til sykehus, samt innbyggere per 1000 kvm.

Helseforetak	Kostnadsnivå (Fra kap 12)	Gjennomsnittlig avstand til syke- hus, kilometer	Gruppe avstand ¹	Areal, innbyggere per 1000 kvm	Gruppe areal ²
Vestfold	0,82	21	1	113	1
Vestre Viken-området	0,86	10	1	28	1
Innlandets område	0,90	34	2	8	2
Sørlandet	0,92	22	1	17	1
Helse Stavanger-området	0,93	18	1	71	1
Fonna-området	0,94	31	2	15,8	2
Østfold	0,94	19	1	71	1
Helse Bergen-området	0,95	14	1	55	1
Telemark	0,97	18	1	11	2
Møre og Romsdal	0,99	32	2	18	1
Nord-Trøndelag	0,99	28	2	6	2
Ahus-området	1,05	31	2	101	1
St.Olavs-området	1,07	23	1	16	1
OUS-området	1,09	0	1	1937	1
Helgeland	1,10	54	2	5	2
Nordland-området	1,13	50	2	9	2
Sogn og Fjordane	1,13	96	2	6	2
UNN-området	1,21	55	2	6	2
Finnmark	1,34	134	2	2	2
Median verdi		28		16	

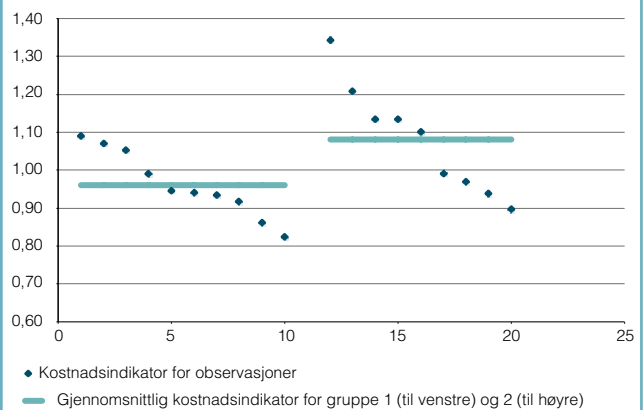
1) Grupper hvor verdi 1 betyr avstand til nærmeste sykehus under median avstand (tettbygd), og gruppe betyr reisetid over median reisetid (spredtbygd).

2) Grupper hvor verdi 1 betyr antall innbyggere per 1000 kvm over median verdi (tettbygd) og gruppe 2 betyr reisetid over median (spredtbygd).

Figur 13.3 Kostnadsnivå og avstand til lokalsykehus. Gruppe 1: avstand til lokalsykehus kortere enn medianen, gruppe 2: lengre enn medianen.



Figur 13.4 Kostnadsnivået og innbyggere per 1000 kvm. Gruppe 1: tettbygde områder, gruppe 2: spredtbygde.



13.5 Kostnadsnivå og behandlingsprofil

Andel dagopphold i prosent av samlet antall døgn- og dagopphold, samt gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene, kan gi indikasjoner på behandlingsprofilen i helseforetakene. Vi finner små forskjeller mellom kostnadsnivået for helseforetak med en høyere andel dagopphold i behandlingen sammenlignet med helseforetak med en lavere andel dagopphold. Gjennomsnittlig kostnadsnivå for helseforetak med en høyere andel dagopphold er 1,02 mot 1,00 i helseforetak med en lavere andel. Datagrunnlaget støtter ikke en antakelse om at helseforetak med en høyere andel dagbehandlinger er assosiert med et lavere kostnadsnivå.

Medianverdien for gjennomsnittlig liggetid er 3,9 dager i dette utvalget. Medianverdien her er noe lavere enn gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold presentert i kapittel 12. Dette henger sammen med at mindre avtaleinstitusjoner er ekskludert i denne analysen. Helseforetak som har liggetid under medianverdien har et gjennomsnittlig kostnadsnivå på 0,98 mot et gjennomsnitt på 1,04 for helseforetak som har lengre liggetid.

En nærmere gjennomgang av datamaterialet viser at de store universitetssykehusene (Oslo Universitetssykehus, Helse Bergen, St. Olavs hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge) alle har gjennomsnittlig liggetid over medianverdien, samt også et høyere kostnadsnivå. Hvis vi tar disse helseforetakene ut av materialet som sammenlignes, så reduseres forskjellen mellom gruppene.

Korrigert for de store universitetssykehusene, så har gruppen av helseforetak med kortere liggetid et gjennomsnittlig kostnadsnivå på 0,98 mot 1,00 for de med lengre liggetid. Forskjellen i kostnadsnivå mellom gruppene er dermed ikke stor.

Det kan påpekes at Helse Finnmark, som har et veldig høyt kostnadsnivå, kommer i gruppen med kortere liggetid. Hvis også Helse Finnmark tas ut av materialet, så får gruppen av helseforetak med kortere liggetid et gjennomsnittlig kostnadsnivå på 0,94 mot 1,0 for gruppen med lengre liggetid. Tallmaterialet indikerer dermed at helseforetak med kortere liggetid har lavere kostnadsnivå enn helseforetakene med lengre liggetider, også når det korrigeres for de store universitetssykehusene.

Rate for reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager kan også tolkes som en indikator på behandlingsprofilen ved helseforetakene. I dette materialet er medianverdi for andel reinnleggelser 11,0 prosent. Dette er noe høyere enn gjennomsnittsverdien på 10,4 presentert i kapittel 12. Dette henger sammen med at noen spesialsykehus som eksempelvis Sunnaas sykehus og Revmatismesykehuset er ekskludert her. Disse sykehusene har så godt som ingen opphold for øyeblikkelig hjelp, og dermed ingen reinnleggelser.

Helseforetak som har høyere reinnleggesrater enn medianverdien, har et gjennomsnittlig kostnadsnivå som er lavere enn foretak med lavere reinnleggesrate. Det

gjennomsnittlige kostnadsnivået for helseforetak med høyere reinnleggsrate er 0,98 mot 1,04 for helseforetak med en lavere reinnleggsrate. De store universitetssykehusene har lavere reinnleggsrater, og et gjennomsnittlig kostnadsnivå som er høyere enn for andre helseforetak. Når vi tar de store universitetssykehusene ut fra materialet, så blir median reinnleggsrate 11,4 for de gjenværende helseforetakene. Kostnadsnivået for helseforetakene som har en høyere reinnleggsrate blir da 0,98, mot 1,00 for helseforetakene som har lavere reinnleggsrater.

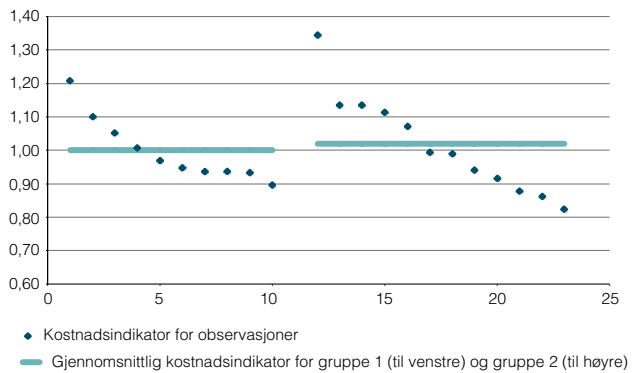
Forskjellen i kostnadsnivå mellom grupper av helseforetak med høyere og lavere reinnleggsrater er liten når det korrigeres for universitetssykehusene. I tillegg kommer Helse Finnmark, med et særlig høyt kostnadsnivå, i gruppen av foretak med lavere reinnleggsrate. Hvis Helse Finnmark fjernes fra materialet, så har gruppen av helseforetak med lavere reinnleggsrater et gjennomsnittlig kostnadsnivå på 0,96, altså lavere enn gruppen med høyere reinnleggsrater. Vi tolker dette til at rate for reinnleggelser ikke varierer systematisk med kostnadsnivået for helseforetak.

Tabell 13.3 Helseforetak og liggetid for døgnopphold, andel dagopphold, og rate for reinnleggelser.

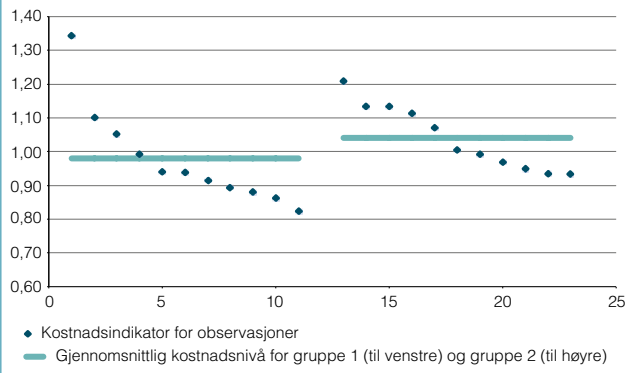
Helseforetak	Kostnads-nivå (Kap 12)	Ligge-tid (døgn)	Gruppe ¹ liggetid	Andel dag- opphold	Gruppe ¹ andel dag-opphold	Rate re- innlegg.	Gruppe ¹ rate re- innlegg.
Sykehuset i Vestfold	0,82	3,75	1	34,9	2	10,3	1
Vestre Viken	0,86	3,88	1	30,6	2	11,4	2
Lovisenberg Sykehus	0,88	3,82	1	36	2	13,5	2
Sykehuset Innlandet	0,9	3,81	1	29,8	1	11,6	2
Sørlandet sykehus	0,92	3,58	1	31,2	2	9,9	1
Helse Stavanger	0,93	4,36	2	29,2	1	10,1	1
Sykehuset Østfold	0,94	3,47	1	31,4	2	10,6	1
Helse Fonna	0,94	3,79	1	29	1	13	2
Haraldsplass Diak. sykehus	0,94	4,09	2	16,3	1	13,4	2
Helse Bergen	0,95	4,4	2	26,9	1	9,7	1
Sykehuset Telemark	0,97	3,93	2	29,9	1	12,1	2
Møre og Romsdal	0,99	4,13	2	33,6	2	10,3	1
Helse Nord Trøndelag	0,99	3,73	1	33,6	2	12	2
Diakonhjemmet Sykehus	1	3,99	2	13,1	1	13,5	2
Akershus universitetssykehus	1,05	3,86	1	29,2	1	12,1	2
St. Olavs Hospital	1,07	4,49	2	32,3	2	9,8	1
Helgelandssykehuset	1,1	3,83	1	27	1	11,3	2
Oslo universitetssykehus	1,11	4,52	2	36,5	2	6,7	1
Helse Førde	1,13	4,07	2	35,7	2	10,6	1
Nordlandssykehuset	1,13	4,09	2	33,9	2	11,4	2
Univ.shuset i Nord-Norge	1,21	4,52	2	27,4	1	10,1	1
Helse Finnmark	1,34	3,67	1	26,3	2	10,8	1
Median verdi		3,9		30,3		11	

1) Gruppe 1 har verdier under median for gjeldende variabel, gruppe 2 har verdi over median.

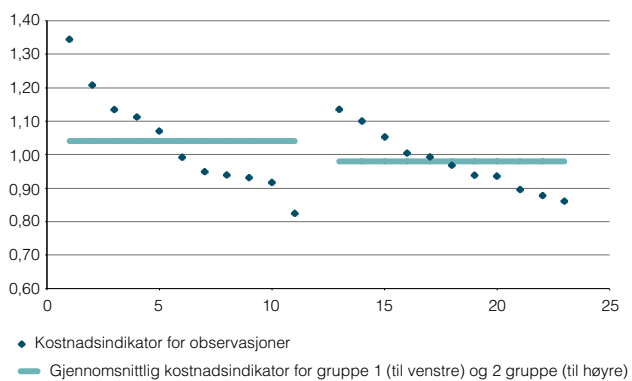
Figur 13.5 Kostnadsnivået og andel dagopphold ved helseforetaket. Gruppe 1: andel dagopphold lavere enn medianen, gruppe 2: høyere enn medianen.



Figur 13.6 Kostnadsnivå og liggetid for døgnopphold ved helseforetaket. Gruppe 1: liggetid kortere enn medianen, gruppe 2: lengre enn medianen.



Figur 13.7 Kostnadsnivået og reinnleggsrate ved helseforetak. Gruppe 1: reinnleggsraten er lavere enn medianen, gruppe 2: høyere reinnleggsrate.





14

Personellinnsats – psykisk helsevern

Under opptrappingsplanen for psykisk helse var det en betydelig vekst i personellinnsatsen både i tjenestene for voksne og for barn og unge. De siste årene har denne utviklingen stoppet opp. I tjenestene for barn og unge har personellratene holdt seg stabile, mens det innen tjenestene for voksne har vært en markert nedgang i den samlede personellrate siden 2008. Personellraten har nå samme nivå som ved starten av opptrappingsplanen.

Innen tjenestene for barn og unge har det siden 1998 vært en betydelig vekst i den polikliniske og ambulante virksomheten. Siden 2011 har imidlertid veksten avtatt. Registrert årsverksinnsats ved døgn- og dagavdelingene har holdt seg stabil siden 2009.

Personellraten for poliklinisk og ambulant virksomhet for voksne økte fram til 2010, for deretter å stabilisere seg fram til 2012. Fra 2012 til 2013 øker igjen raten. Personellratene på døgnavdelingene har sunket markant de siste årene. Over tid har vi fått en markert dreining fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant virksomhet.

I kapitlet presenteres tall for personellinnsats fordelt på regioner og foretaksområder. Det er fortsatt betydelige forskjeller i personelldekning mellom regionene, særlig i tjenestene for barn og unge. Brutt ned på områder internt i helseregionene er forskjellene større.

Nasjonale utviklingstrekk

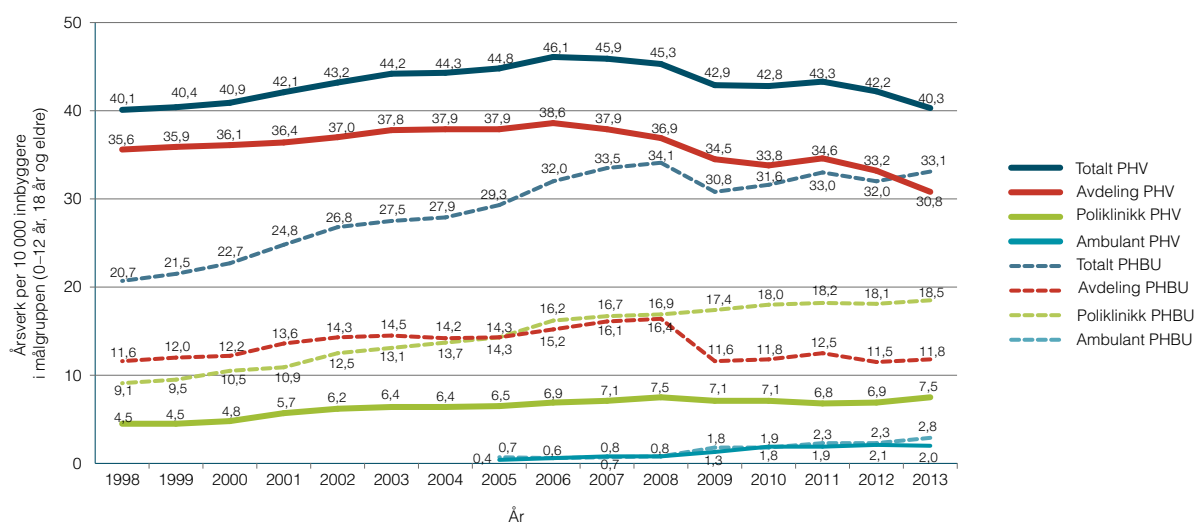
Figur 14.1 viser utviklingen i personellinnsats totalt, og personellinnsats etter driftsform innenfor hhv. psykisk helsevern for voksne (heltrukne linjer) og for barn og unge (stiplede linjer) over femtenårsperioden 1998–2013. Tallene er framstilt som rater i forhold til innbyggere i målgruppen for tjenesten. Absolutt-tallene som ligger til grunn for figuren er gjengitt i tabell 14.1.

Under Opptrappingsplanen for psykisk helse var det en betydelig vekst i personellinnsatsen i det psykiske helsevernet. Veksten var særlig sterk i det psykiske helsevernet for barn og unge. Innen det psykiske helsevernet for voksne stoppet veksten opp fra 2006. Innen det psykiske helsevernet for barn og unge fortsatte veksten fram til 2008.

Fra 2009 ble innsamlingen av opplysninger om personellinnsats lagt om. Mens tallene tidligere var basert på manuelle registreringer innrapportert fra institusjonene, ble data fra da av basert på uttrekk fra registre. For 2009 ble deler av personellet innen psykisk helsevern feilført på somatikk. Som en følge av dette fikk en et fall i den registrerte personellinnsats totalt og for personellinnsats i døgnavdelinger. Dette ble forsøkt rettet opp i data for de påfølgende årene.

Innen tjenestene for barn og unge sank den registrerte raten for samlet personellinnsats fra 2008 til 2009. Raten steg imidlertid opp mot tidligere nivå de to påfølgende år. Veksten kom innen poliklinisk og ambulant virksomhet. Siden 2011 har imidlertid vekstakten avtatt. Registrert årsverksinnsats ved døgn- og dagavdelingene har holdt seg stabil siden 2009.

Figur 14.1 Årsverk i det psykiske helsevernet etter målgruppe og driftsform 1998-2013. Rater per 10 000 innbyggere, 0-17 år og 18 år og eldre.



Tabell 14.1 Antall årsverk i det psykiske helsevernet etter målgruppe og driftsform 1998-2013.

År	PHBU				PHV			
	Avdeling	Poliklinikk	Ambulant	Totalt	Avdeling	Poliklinikk	Ambulant	Totalt
1998	1 204	951		2 155	12 120	1 535		13 654
1999	1 263	1 001		2 264	12 286	1 558		13 844
2000	1 291	1 117		2 408	12 441	1 647		14 092
2001	1 449	1 162		2 649	12 567	1 987		14 558
2002	1 536	1 347		2 882	12 871	2 142		15 013
2003	1 565	1 417		2 982	13 215	2 220		15 435
2004	1 546	1 487		3 033	13 342	2 243		15 585
2005	1 565	1 568	71	3 203	13 451	2 318	138	15 907
2006	1 671	1 773	63	3 507	13 840	2 475	218	16 533
2007	1 768	1 837	78	3 682	13 798	2 598	304	16 700
2008	1 809	1 861	92	3 763	13 653	2 786	287	16 726
2009	1 282	1 935	198	3 415	12 916	2 668	500	16 084
2010	1 310	2 004	205	3 520	12 865	2 697	721	16 283
2011	1 340	2 034	312	3 686	13 385	2 638	727	16 749
2012	1 294	2 036	263	3 593	13 031	2 706	841	16 577
2013	1 328	2 083	318	3 729	12 280	2 984	811	16 075

På tross av opprettingene i registrene finner vi ikke noen markert økning i registrert personellinnsats overfor voksne fra 2009 og fremover, og siden 2011 har det vært en markert nedgang i personellinnsatsen. Personellraten ligger nå på samme nivå som ved starten på Opptappingsplanen. Integreringen av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og klargjøring av grenseoppgangen

mot TSB i helseforetakene bidro inn i nedgangen i årsverk i perioden 2009-2011, men dette gjelder primært polikliniske årsverk.

Personellraten for poliklinisk og ambulant virksomhet for voksne økte fram til 2010, for deretter å stabilisere seg fram til 2012. Fra 2012 til 2013 øker igjen raten. Fra 2008

og utover kom veksten særlig i den ambulante virksomheten. Det vil være en glidende overgang mellom poliklinisk og ambulant behandling, og økt fokus på ambulant virksomhet kan ha ført til at denne virksomheten i stigende grad blir registrert separat. Personellratene for døgnavdeling har sunket markant de siste årene. Over tid har vi fått en markert dreining fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant virksomhet.

14.1 Regionale utviklingstrekk

I det psykiske helsevernet for barn og unge steg personellinnsatsen med 136 årsverk fra 2012 til 2013. Justert for befolkningsvekst gir dette en økning på 3,6 prosent. Økningen var mest markert i Helse Nord. I det psykiske helsevernet for voksne sank personellinnsatsen med 502 årsverk. Dette gir en nedgang i raten på 4,4 prosent. Nedgangen var størst i Helse Sør-Øst.

Innen tjenestene for barn og unge er personellraten 67 prosent høyere i Helse Nord enn i Helse Vest. Innen tjenestene for voksne er de regionale forskjellene mindre. Helse Nord har om lag 25 prosent høyere personellrate enn i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Mellom bostedsområder internt i helseregionene er det fortsatt betydelige forskjeller i personellratene i flere regioner, både i tjenestene for voksne og i tjenestene for barn og unge.

14.2 Datagrunnlag og definisjoner

Fra 2008 gikk Statistisk sentralbyrå over fra å publisere personellstatistikk basert på skjemaopplysninger innhentet fra helseforetak og private institusjoner til data basert på uttrekk fra blant annet helseforetakenes personellregistre og andre offentlige registre. Fra 2009 benytter også SAMDATA registerdata. I forbindelse med overgangen ble det avdekket betydelige avvik mellom de to datakildene. I registrene var det gjennomgående registrert færre årsverk innenfor det psykiske helsevernet enn ved bruk av skjema. Avvikene skyldtes sannsynligvis først og fremst at personell ikke er ført på riktig sektor i personellregistrene. I løpet av de siste årene har dette blitt rettet opp. Det knytter seg dermed usikkerhet til utviklingstallene, særlig for perioden 2009-2011.

For å kunne bruke informasjon fra registeret på sektor-nivå, må personellet være registrert på riktig sektor. Det er ikke alltid tilfelle. Det vil også være usikkerhet knyttet til registrering og fordeling av fellespersonell. Helsedirektoratet har valgt å fordele fellespersonellet. Dette er gjort skjematisk ut fra hvor stor andel av personellet i helseforetaket som befinner seg i den enkelte sektor.

Det har vist seg vanskelig å skille ut tall for personellinnsats knyttet til poliklinisk virksomhet basert på register. Helsedirektoratet har derfor i egen regi foretatt innsamling av dette. Endret registreringsmetode påvirker derfor ikke personelltallene for poliklinisk virksomhet, eller produktivitetstall basert på disse. Personell knyttet til rusrelatert behandling blir imidlertid i stigende grad skilt ut fra det psykiske helsevernet for voksne og i stedet registrert under TSB. Dette dreier seg i hovedsak om arbeid rundt henvisninger til TSB og LAR (Legemiddelassistert rehabilitering).

I registerdata er den enkelte ansattes avtalte arbeidstid omregnet til årsverk. Dette omfatter ikke mertid eller overtid. I SAMDATA benyttes avtalte årsverk eksklusive lange fravær, dvs. fratrullet legemeldt sykefravær og foreldrepermisjoner. Registerdata inkluderer ikke innleid personell i helseforetakene.

Uttrekket av registerdata gjøres en fast uke i november hvert år. Registrering av poliklinisk og ambulant personell skjer i samme periode.

Tabell 14.2 viser årsverk i tjenesten for barn og unge, i tjenestene for voksne og i det psykiske helsevernet for 2012 og 2013, fordelt etter regionalt helseforetak og foretak.

I tabell 14.3 er årsverkene ved den enkelte institusjon fordelt ut på helseregioner og helseforetaksområder ut fra pasientenes bosted. Årsverk ved døgnavdelingene er i tjenesten for barn og unge fordelt etter antall døgn- og dagpasienter, i tjenesten for voksne etter antall oppholds-døgn. Årsverk ved poliklinikkene er fordelt etter hhv. antall polikliniske pasienter og antall polikliniske konsultasjoner. For nærmere omtale av beregningsmetoden viser vi til Helsedirektoratets nettsider <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag>.

Tabell 14.4 til 14.6 viser personelltall for enkeltprofesjoner regionalt og nasjonalt, som absolutt-tall og som befolkningsbaserte rater. Gruppen «annet personell» omfatter foruten teknisk og merkantilt personell også personell i pasientrettet arbeid uten registrert helseutdanning. Tabell 14.7 og 14.8 viser samlet legedekning

og samlet psykologdekning i offentlig praksis og hos avtalespesialistene.

Tall for de enkelte institusjoner finnes på Helsedirektoratets nettsider.

14.3 Personellinnsats i det psykiske helsevernet 2012–2013

Tabell 14.2 Antall årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge, for voksne og totalt etter helseforetak 2012 og 2013.

Helseforetak	Årsverk PHBU		Årsverk PHV		Årsverk totalt	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Helse Sør-Øst	2 017	2 073	9 303	8 787	11 320	10 860
Helse Vest	671	704	3 256	3 271	3 927	3 975
Helse Midt-Norge	484	481	2 248	2 205	2 732	2 686
Helse Nord	420	472	1 770	1 812	2 190	2 284
Landet	3 593	3 729	16 577	16 075	20 170	19 804
Sykehuset Østfold HF	161	155	726	745	887	900
Akershus universitetssykehus HF	306	328	1 200	1 065	1 506	1 393
Oslo universitetssykehus HF	247	249	1 292	1 235	1 539	1 484
Sykehuset Innlandet HF	272	293	1 482	1 326	1 754	1 619
Vestre Viken HF	328	317	1 232	1 184	1 560	1 501
Sykehuset i Vestfold HF	190	189	610	594	800	783
Sykehuset Telemark HF	108	114	580	574	688	688
Sørlandet sykehus HF	214	233	896	892	1 110	1 125
Private med driftsavtale Sør-Øst	191	195	1 285	1 173	1 476	1 368
Helse Stavanger HF	224	239	899	903	1 123	1 142
Helse Fonna HF	102	105	567	502	669	607
Helse Bergen HF	247	259	1 032	1 090	1 279	1 349
Helse Førde HF	75	76	289	299	364	375
Private med driftsavtale Helse Vest	24	25	469	477	493	502
Helse Møre og Romsdal HF	159	160	678	668	837	828
St. Olavs Hospital HF	216	211	1 128	1 120	1 344	1 331
Helse Nord-Trøndelag HF	109	109	423	397	532	506
Private med driftsavtale Helse Midt-Norge	0	0	20	20	20	20
Helgelandssykehuset HF	40	44	120	145	160	189
Nordlandssykehuset HF	151	155	600	618	751	773
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	138	151	763	750	901	901
Helse Finnmark HF	91	122	205	223	296	345
Private med driftsavtale Helse Nord	0	0	81	76	81	76

Tabell 14.3 Årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge, for voksne og totalt. Årsverk per 10 000 innbyggere i målgruppen. Fordelt etter pasientenes bostedsområde 2013.

	PHBU		PHV		Totalt	
	Årsverk per 10 000 innb. 0-17 år	Prosent av landsgj.snittet	Årsverk per 10 000 innb. 18 år og eldre	Prosent av landsgj.snittet	Årsverk per 10 000 innb.	Prosent av landsgj.snittet
Sør-Øst	33,7	102	39,1	97	37,9	98
Vest	27,8	84	40,3	100	37,3	96
Midt-Norge	30,8	93	39,6	98	37,7	97
Nord	46,3	140	49,2	122	48,6	125
Landet	33,1	100	40,3	100	38,8	100
Østfold	27,6	83	34,9	86	33,3	86
Ahus-området	33,1	100	35,1	87	34,6	89
OUS-området	32,9	99	44,8	111	42,2	109
Lovisenberg-området	28,5	86	41,1	102	39,3	101
Diakonhjemmet-området	40,6	123	40,6	101	40,6	105
Innlandet	40,0	121	44,7	111	43,8	113
Vestre Viken-området	31,8	96	37,0	92	35,8	92
Vestfold	36,2	109	33,2	82	33,8	87
Telemark	32,8	99	44,4	110	42,0	108
Sørlandet	34,5	104	40,5	100	39,1	101
Helse Stavanger-området	27,1	82	41,9	104	38,3	99
Helse Fonna-området	27,0	81	37,2	92	34,8	90
Helse Bergen-området	27,9	84	41,3	102	38,3	99
Sogn og Fjordane	31,2	94	35,8	89	34,7	90
Møre og Romsdal	29,1	88	35,8	89	34,3	88
St. Olavs-området	29,9	90	45,9	114	42,4	109
Nord-Trøndelag	36,1	109	32,8	81	33,5	87
Helgeland	34,0	103	44,5	110	42,3	109
Nordland-området	49,4	149	47,5	118	47,9	124
UNN-området	37,7	114	47,0	117	45,1	116
Finnmark	74,3	224	62,5	155	65,1	168

Tabell 14.4 Årsverk etter personellkategori i det psykiske helsevernet for barn og unge 2013.

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
(N=)					
Leger	194	96	63	41	394
Psykologer	500	203	107	106	916
Syke- og vernepleiere	293	120	69	82	563
Barnevernspedagoger	173	46	39	44	302
Sosionomer	182	57	35	47	321
Annet pers. med høyskoleutd.	139	34	45	38	255
Annet helsepersonell	83	32	17	12	143
Annet personell	508	116	107	103	834
Totalt	2 073	704	481	472	3 729
Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år					
Leger	1,7	0,9	0,6	0,4	3,5
Psykologer	4,4	1,8	0,9	0,9	8,1
Syke- og vernepleiere	2,6	1,1	0,6	0,7	5
Barnevernspedagoger	1,5	0,4	0,3	0,4	2,7
Sosionomer	1,6	0,5	0,3	0,4	2,9
Annet pers. med høyskoleutd.	1,2	0,3	0,4	0,3	2,3
Annet helsepersonell	0,7	0,3	0,2	0,1	1,3
Annet personell	4,5	1,0	0,9	0,9	7,4
Totalt	18,4	6,3	4,3	4,2	33,1

Tabell 14.5 Årsverk etter personellkategori i det psykiske helsevernet for voksne. 2013.

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
(N=)					
Leger	810	264	208	145	1 427
Psykologer	823	317	233	180	1 554
Syke- og vernepleiere	3 389	1 438	890	625	6 343
Barnevernspedagoger	48	17	14	39	118
Sosionomer	278	118	72	93	561
Annet pers. med høyskoleutd.	406	121	121	95	743
Annet helsepersonell	1 099	404	269	206	1 977
Annet personell	1 922	591	393	422	3 328
Totalt	8 787	3 271	2 205	1 812	16 075
Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre					
Leger	3,6	3,2	3,8	3,9	3,6
Psykologer	3,7	3,9	4,3	4,8	3,9
Syke- og vernepleiere	15,1	17,5	16,2	16,6	15,9
Barnevernspedagoger	0,2	0,2	0,2	1,0	0,3
Sosionomer	1,2	1,4	1,3	2,5	1,4
Annet pers. med høyskoleutd.	1,8	1,5	2,2	2,5	1,9
Annet helsepersonell	4,9	4,9	4,9	5,5	5,0
Annet personell	8,6	7,2	7,2	11,2	8,4
Totalt	39,3	39,8	40,2	48,2	40,4

Tabell 14.6 Årsverk etter personellkategori i det psykiske helsevernet totalt 2013.

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
(N=)					
Leger	1 004	360	271	186	1 821
Psykologer	1 323	520	340	286	2 470
Syke- og vernepleiere	3 682	1 558	959	707	6 906
Barnevernspedagoger	221	63	53	83	420
Sosionomer	460	175	107	140	882
Annet pers. med høyskoleutd.	545	155	166	133	998
Annet helsepersonell	1 182	436	286	218	2 120
Annet personell	2 430	707	500	525	4 162
Totalt	10 860	3 975	2 686	2 284	19 804
Rater per 10 000 innbyggere					
Leger	3,5	3,4	3,9	3,9	3,6
Psykologer	4,6	4,8	4,8	6,0	4,8
Syke- og vernepleiere	12,9	14,5	13,6	14,8	13,5
Barnevernspedagoger	0,8	0,6	0,7	1,7	0,8
Sosionomer	1,6	1,6	1,5	2,9	1,7
Annet pers. med høyskoleutd.	1,9	1,4	2,4	2,8	2,0
Annet helsepersonell	4,1	4,1	4,1	4,6	4,1
Annet personell	8,5	6,6	7,1	11,0	8,1
Totalt	38,0	37,0	38,2	47,8	38,8

Tabell 14.7 Legedekning i offentlig praksis og hos avtalespesialister i psykiatri 2012-2013.

Helseforetak	Offentlig praksis		Pst av lands- gj. snittet 2013	Avtalespesialister		Pst av lands- gj. snittet 2013	Samlet		Pst av lands- gj. snittet 2013
	2012	2013		2012	2013		2012	2013	
(N=)									
Helse Sør-Øst	996	1 004		140	140		1 136	1 144	
Helse Vest	355	360		29	27		384	388	
Helse Midt-Norge	260	271		7	6		268	278	
Helse Nord	179	186		6	7		185	193	
Totalt	1 790	1 821		183	181		1 972	2 002	
Rate per 10 000 innbyggere									
Helse Sør-Øst	3,5	3,5	99	0,5	0,5	139	4,0	4,0	102
Helse Vest	3,3	3,4	94	0,3	0,3	72	3,6	3,6	92
Helse Midt-Norge	3,7	3,9	108	0,1	0,1	26	3,8	3,9	101
Helse Nord	3,8	3,9	109	0,1	0,1	40	3,9	4,0	103
Totalt	3,5	3,6	100	0,4	0,4	100	3,9	3,9	100

Tabell 14.8 Psykologdekning i offentlig praksis og hos avtalespesialister i psykologi 2012-2013.

Helseforetak	Offentlig praksis		Pst av lands- gj. snittet 2013	Avtalespesialister		Pst av lands- gj. snittet 2013	Samlet		Pst av lands- gj. snittet 2013
	2012	2013		2012	2013		2012	2013	
(N=)									
Helse Sør-Øst	1 267	1 323		289	290		1 556	1 613	
Helse Vest	496	520		92	93		587	613	
Helse Midt-Norge	320	340		30	32		350	372	
Helse Nord	243	286		16	18		258	304	
Totalt	2 325	2 470		426	433		2 751	2 903	
Rate per 10 000 innbyggere									
Helse Sør-Øst	4,5	4,6	96	1,0	1,0	120	5,5	5,7	99
Helse Vest	4,7	4,8	100	0,9	0,9	102	5,5	5,7	100
Helse Midt-Norge	4,6	4,8	100	0,4	0,5	54	5,0	5,3	93
Helse Nord	5,1	6,0	124	0,3	0,4	45	5,4	6,4	112
Totalt	4,6	4,8	100	0,8	0,8	100	5,4	5,7	100



15

Døgnplasser i det psykiske helsevernet

Over 15-årsperioden 1998–2013 har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne blitt redusert med 36 prosent. Korrigert for vekst i befolkningen var nedgangen 45 prosent. For barn og unge var det rundt 300 døgnplasser gjennom hele perioden.

Fra 2012 til 2013 ble plasstallet redusert med 2,5 prosent for barn og unge og 3,7 prosent for voksne. Både for barn og unge og for voksne var nedgangen størst i Helse Sør-Øst. Også Helse Midt-Norge har imidlertid en betydelig nedgang i plasstallet for voksne. Det er fortsatt store regionale forskjeller i tjenestene for barn og unge.

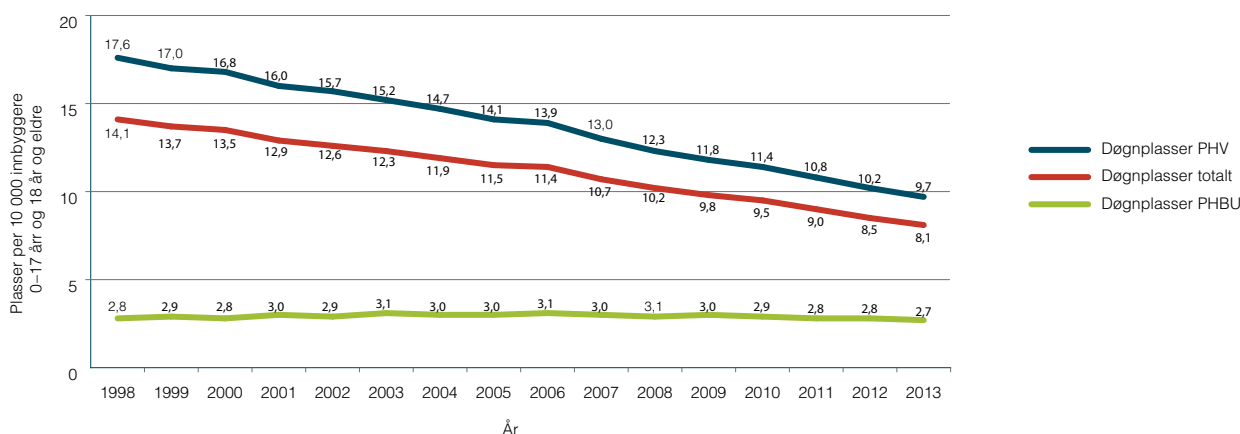
Av de totalt 3 857 døgnplassene i det psykiske helsevernet for voksne var 1 092 plasser (28 prosent) definert som akutt plasser, 247 plasser (6 prosent) var i sikkerhetsposter og 297 plasser (8 prosent) ved alderspsykiatriske poster. 51 institusjoner hadde etablert et tilbud med brukerstyrte plasser.

15.1 Nasjonale utviklingstrekk

Figur 15.1 og tabell 15.1 viser utviklingen i antall døgnplasser i det psykiske helsevernet over perioden 1998–2013. Figur 15.1 viser utviklingen i raten, dvs. døgnplasser per 10 000 innbyggere i målgruppen for tjenesten (0–17 år, 18 år og eldre og totalt). Tabell 15.1 viser antall døgnplasser per år.

Over de siste femten årene har det vært en betydelig nedgang i antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne (–36 prosent). Ettersom voksenbefolkningen i samme periode har økt, har raten blitt redusert med 45 prosent. Plasstallet i tjenestene til barn og unge er betydelig lavere enn for voksne, men har holdt seg

Figur 15.1 Døgnplasser per 10 000 innbyggere (0–17 år, 18 år og eldre og totalt) i det psykiske helsevernet 1998–2013.



Tabell 15.1 Døgnplasser i det psykiske helsevernet 1998-2013

År	Det psykiske helsevernet for barn og unge	Det psykiske helsevernet for voksne	Totalt
1998	296	5 980	6 276
1999	301	5 828	6 129
2000	297	5 769	6 066
2001	315	5 517	5 832
2002	312	5 445	5 757
2003	333	5 296	5 629
2004	326	5 169	5 495
2005	331	5 005	5 336
2006	335	4 980	5 315
2007	334	4 746	5 080
2008	323	4 557	4 880
2009	329	4 433	4 762
2010	326	4 334	4 660
2011	313	4 194	4 507
2012	313	4 004	4 317
2013	305	3 857	4 162

relativt stabilt (tre prosent økning). Korrigert for økning i antall barn og unge har det likevel vært en nedgang på fem prosent.

Av de totalt 3 857 døgnplassene i det psykiske helsevernet for voksne var 1 092 plasser (28 prosent) definert som akutt plasser, 247 plasser (6 prosent) var i sikkerhetsposter og 297 plasser (8 prosent) ved alderspsykiatriske poster. 51 institusjoner hadde etablert et tilbud med brukerstyrte plasser.

15.2 Regionale utviklingstrekk

Fra 2012 til 2013 ble plasstallet redusert med 2,5 prosent for barn og unge og 3,7 prosent for voksne. Både for barn og unge og for voksne var nedgangen størst i Helse Sør-Øst. Også Helse Midt-Norge har imidlertid en betydelig nedgang i plasstallet for voksne.

Innen tjenestene for barn og unge har Helse Nord en betydelig høyere dekningsgrad enn de øvrige regionene, med en plassrate 75 prosent høyere enn Helse Vest. Også internt i regionene er det store forskjeller i dekningsgrad. Innen tjenestene til voksne er forskjellene mindre. Helse Nord disponerer likevel over 20 prosent flere plasser enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

15.3 Datagrunnlag og definisjoner

I dette kapitlet presenteres en oversikt over utvikling i døgnplasser i psykisk helsevern for henholdsvis barn og unge, for voksne og totalt. Beregningene som er gjort tar utgangspunkt i antall døgnplasser ved utgangen av året. Datagrunnlaget er samlet inn av Statistisk sentralbyrå. For definisjoner, omtale av datagrunnlag og grunnlagsdata henvises det til Helsedirektoratets nettsider <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag>.

Tabell 15.2 viser døgnplasstall for 2012 og 2013 fordelt etter regionale og lokale helseforetak. Tabell 15.3 viser dekningsgrad i 2013 for helseregioner og foretaksområder sett i forhold til antall innbyggere i målgruppen (0-17 år, 18 år og eldre og totalt). I tabell 15.3 er døgnplassene fordelt etter pasientenes bosted¹.

1) Ved hver av døgninstitusjonene for voksne ble antall døgnplasser fordelt ut fra hvor stor andel av oppholdsdøgnene som ble benyttet av innbyggere i de ulike helseregionene og helseforetaksområdene. Ved institusjoner for barn og unge ble døgnplassene tilsvarende fordelt ut fra andel døgn- og dagpasienter hjemmehørende i de enkelte helseregionene og helseforetaksområdene. Opplysninger om oppholdsdøgn, antall pasienter og pasientenes bosted ble hentet fra pasientdata fra NPR. For nærmere omtale, se Helsedirektoratets nettsider. Her finnes en oversikt over helseforetaksområder med tilhørende opptaksområder og en grundigere redegjørelse for hvordan indikatorer for ressursinnsats og forbruk er beregnet.

Tabell 15.2 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge, for voksne og totalt etter helseforetak 2012-2013

Helseforetak	Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge			Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne			Døgnplasser totalt		
	2012	2013	Pst endring 2012-13	2012	2013	Pst endring 2012-13	2012	2013	Pst endring 2012-13
Helse Sør-Øst	178	169	-5,1	2 197	2 096	-4,6	2 375	2 265	-4,6
Helse Vest	57	57	0,0	858	846	-1,4	915	903	-1,3
Helse Midt-Norge	39	39	0,0	535	511	-4,5	574	550	-4,2
Helse Nord	39	40	2,6	414	404	-2,4	453	444	-2,0
Totalt	313	305	-2,5	4 004	3 857	-3,7	4 317	4 162	-3,6
Sykehuset Østfold HF	27	15	-44,4	194	194	0,0	221	209	-5,4
Akershus universitetssykehus HF	22	22	0,0	266	246	-7,5	288	268	-6,9
Oslo universitetssykehus HF	17	17	0,0	260	264	1,5	277	281	1,4
Sykehuset Innlandet HF	25	28	12,0	282	269	-4,6	307	297	-3,3
Vestre Viken HF	18	18	0,0	302	292	-3,3	320	310	-3,1
Sykehuset i Vestfold HF	8	8	0,0	138	118	-14,5	146	126	-13,7
Sykehuset Telemark HF	10	10	0,0	145	145	0,0	155	155	0,0
Sørlandet sykehus HF	6	6	0,0	218	211	-3,2	224	217	-3,1
Private med driftsavtale Sør-Øst	45	45	0,0	392	357	-8,9	437	402	-8,0
Helse Stavanger HF	20	20	0,0	258	268	3,9	278	288	3,6
Helse Fonna HF	14	14	0,0	136	128	-5,9	150	142	-5,3
Helse Bergen HF	17	17	0,0	267	265	-0,7	284	282	-0,7
Helse Førde HF	6	6	0,0	71	65	-8,5	77	71	-7,8
Private med driftsavtale Helse Vest	0	0	0,0	126	120	-4,8	126	120	-4,8
Helse Møre og Romsdal HF	12	12	0,0	175	167	-4,6	187	179	-4,3
St. Olavs Hospital HF	18	18	0,0	244	228	-6,6	262	246	-6,1
Helse Nord-Trøndelag HF	9	9	0,0	106	105	-0,9	115	114	-0,9
Private med driftsavtale Helse Midt-Norge	0	0	0,0	10	11	10,0	10	11	10,0
Helgelandssykehuset HF	7	7	0,0	23	23	0,0	30	30	0,0
Nordlandssykehuset HF	14	14	0,0	150	150	0,0	164	164	0,0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10	11	10,0	163	153	-6,1	173	164	-5,2
Helse Finnmark HF	8	8	0,0	37	37	0,0	45	45	0,0
Private med driftsavtale Helse Nord	0	0	0,0	41	41	0,0	41	41	0,0

Tabell 15.3 Døgnplasser i det psykiske helsevernet i 2013 etter pasientenes bosted.

Bostedsområde	Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge		Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne		Døgnplasser totalt	
	Plasser per 10 000 innb. 0-17 år	Prosent av landsgj.snittet	Plasser per 10 000 innb. 18 år og eldre	Prosent av landsgj.snittet	Plasser per 10 000 innb.	Prosent av landsgj.snittet
Sør-Øst	2,8	102	9,2	95	7,8	96
Vest	2,3	83	10,6	109	8,6	106
Midt-Norge	2,5	91	9,2	96	7,8	95
Nord	3,9	145	11,1	115	9,6	117
Landet	2,7	100	9,7	100	8,1	100
Østfold	3,2	120	9,4	97	8,1	99
Ahus-området	3,8	139	8,5	88	7,4	91
OUS-området	2,0	75	10,5	108	8,6	106
Lovisenberg-området	2,7	98	8,6	89	7,8	95
Diakonhjemmet-området	3,3	123	8,1	83	7,2	89
Innlandet	4,3	158	9,2	95	8,2	101
Vestre Viken-området	2,1	77	9,5	98	7,8	96
Vestfold	1,8	66	7,1	73	6,0	73
Telemark	2,7	100	11,7	121	9,8	121
Sørlandet	1,0	37	9,8	102	7,8	95
Helse Stavanger-området	2,2	81	12,0	124	9,6	118
Helse Fonna-området	3,6	132	9,7	100	8,2	101
Helse Bergen-området	1,7	62	10,5	109	8,5	105
Sogn og Fjordane	2,5	92	7,9	81	6,6	81
Møre og Romsdal	2,3	83	9,0	93	7,5	92
St. Olavs-området	2,5	91	9,9	102	8,3	102
Nord-Trøndelag	2,9	108	8,2	85	7,0	86
Helgeland	5,8	214	10,4	107	9,4	115
Nordland-området	4,0	147	11,4	118	9,8	121
UNN-området	2,3	86	10,4	107	8,7	107
Finnmark	5,8	213	13,1	136	11,5	142

16

Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet

I perioden fra 1998 til 2013 har det vært en markert økning i antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. De siste årene har imidlertid veksten stoppet opp. Innen det psykiske helsevernet for voksne har raten for oppholdsdøgn i samme periode blitt halvert. Med nedkorting av oppholdenes varighet var det fram til 2006 likevel en økning i utskrivningsraten. Veksten har senere avtatt, og fra 2012 til 2013 gikk både utskrivningsraten og raten for antall døgnpasienter ned med ca. fire prosent. Raten for polikliniske konsultasjoner øker fortsatt, men saktere enn under opptrappingsperioden.

I kapitlet presenteres tall for antall behandlede pasienter etter behandlingsform, bosted, kjønn, alder og diagnose. I tillegg presenteres tall for forbruksrater i form av utskrivninger, oppholdsdøgn, samt konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister. Det er fortsatt betydelige forskjeller i tilbudet etter bostedsområde.

16.1 Nasjonale utviklingstrekk

Figur 16.1 viser utviklingen for noen sentrale behandlingsindikatorer i perioden 1998–2013.

Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det i perioden vært en betydelig økning i pasientraten (om lag 150 prosent). De siste årene har imidlertid veksten stoppet opp¹.

I perioden har det også vært en betydelig vekst i den polikliniske aktiviteten for voksne. Antall konsultasjoner har økt med 144 prosent. Etter avslutningen av opptrappingsplanen har imidlertid veksten i konsultasjonsraten flatet noe ut. Gjennom hele perioden har det vært en markert nedgang i antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Døgnraten har blitt halvert. Med nedkorting av oppholdenes varighet var det fram til 2006

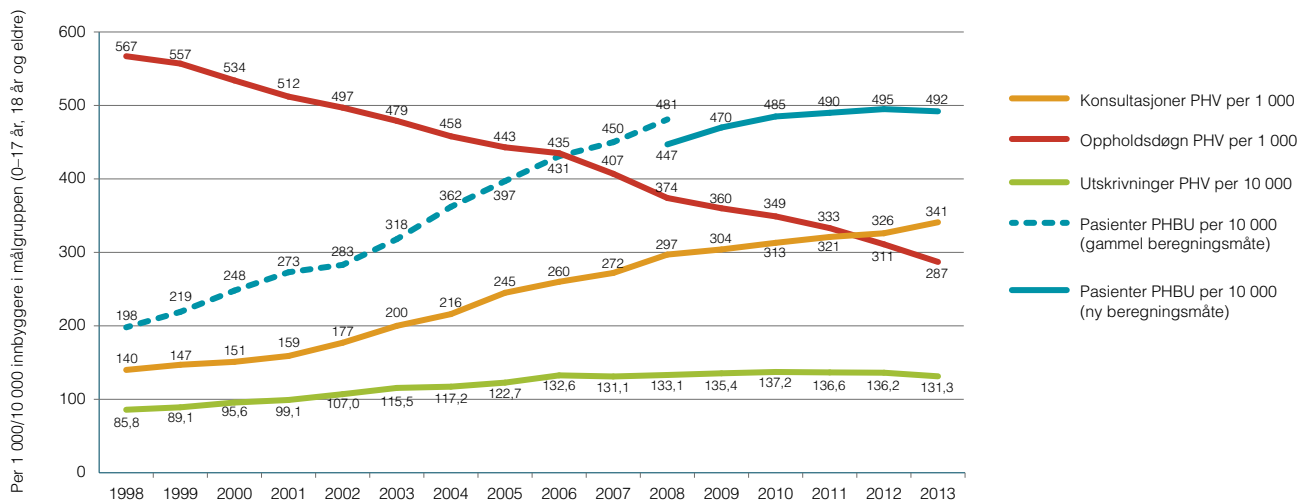
likevel en økning i utskrivningsraten². Veksten har senere avtatt, og fra 2012 til 2013 gikk utskrivningsraten ned.

Pasientsammensetning i det psykiske helsevernet for barn og unge

I det psykiske helsevernet for barn og unge ble det i 2013 behandlet nær 57 400 pasienter samlet i offentlige institusjoner og hos avtalespesialistene. Veksten de siste årene har stoppet opp og fra 2012 til 2013 ser vi en svak nedgang i antall pasienter både i offentlige institusjoner³ og hos avtalespesialister. I løpet av siste femårsperiode har det vært en økning i pasientraten for samtlige behandlingsformer. Ved poliklinikkene var veksten på nær seks prosent og hos avtalespesialistene på nær ni prosent. Både for døgn- og dagpasienter har det også vært en økning i pasientraten siden 2009⁴.

- 1) Frem til 2008 kunne en ikke følge pasientene på tvers av institusjoner. Fra 2008 er dette mulig. Som følge av dette sank den registrerte pasientraten fra 481 til 447 pasienter per 10 000 innbyggere 0–17 år.
- 2) Gjennomsnittlig varighet av oppholdene ble redusert fra 66 døgn i 1998 til 22 døgn i 2013.
- 3) Denne utviklingen kan delvis være knyttet til at sektoren er i ferd med å skifte pasientdatasystem, se nærmere omtale under Data-grunnlag og definisjoner.

Figur 16.1 Oppholdsdøgn, utskrivninger og polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne per 1000/10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år, 1998-2013.



I 2013 utgjorde gutter den største andelen blant pasientene i offentlig virksomhet (54 prosent), mens hos avtalespesialistene var det lik fordeling mellom kjønnene. Blant døgnpasientene var imidlertid jentene i flertall (61 prosent). Aldersgruppen 13-17 år hadde fortsatt den klart høyeste pasientraten, mens barn i alderen 0 til 5 år hadde laveste rate. I det offentlige psykiske helsevernet mottok 1,6 prosent av 18-22 åringene behandling i tjenestene for barn og unge. Dette henger trolig sammen med at pasientene kan beholde sin behandler opp til de er 23 år.

Blant pasientene som hadde en fastsatt diagnose i PHBU, utgjorde pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser (29 prosent), nevrotiske lidelser (23 prosent) og atferdsforstyrrelser (20 prosent) de største gruppene. Mens pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser utgjorde den største pasientgruppen i offentlig virksomhet (30 prosent), var det flest med nevrotiske lidelser (27 prosent) og atferdsforstyrrelser (24 prosent) blant pasientene behandlet hos avtalespesialistene. Blant avtalespesialistene behandlet psykiatere i størst grad hyperkinetiske forstyrrelser (29 prosent) og atferdsforstyrrelser (28 prosent), mens psykologer behandlet i større grad nevrotiske lidelser (30 prosent).

Pasientsammensetning i det psykiske helsevernet for voksne

Innen det psykiske helsevernet for voksne ble det i 2013 behandlet om lag 172 000 pasienter, en økning fra ca. 165 000 i 2009. Dette gir en økning på i overkant av fire prosent. Justert for befolkningsvekst har det likevel vært en nedgang på ca. to prosent. I 2013 ble 27 240 pasienter behandlet i døgnavdelinger, en nedgang på to prosent fra foregående år. Totalt ble 128 000 pasienter behandlet ved offentlige institusjoner og poliklinikker og 50 000 ble behandlet hos avtalespesialister (pasienter 18 år og eldre). I perioden 2009 til 2012 holdt pasientraten ved døgnavdelinger seg tilnærmet stabil. Fra 2012 til 2013 var det imidlertid en nedgang på ca. fire prosent. Det har siden 2009 vært en økning i pasientraten ved poliklinikkene på ca. fem prosent men en nedgang hos avtalespesialistene på ca. fem prosent.

Kvinner utgjør flertallet av pasientene, fra 53 prosent blant døgnpasientene til 67 prosent hos avtalepsykologene. Både i døgnavdelingene og poliklinikkene finner vi de høyeste pasientratene for aldersgruppen 18-29 år. Raten synker deretter med stigende alder. Hos avtalespesialistene er pasientratene høyest for aldersgruppen 30-49 år. Hovedtyngden av pasientene er diagnostisert med en affektiv eller nevrotisk lidelse. Ved døgnavdelin-

4) Dette skyldes delvis mangelfull rapportering hos enkelte helseforetak tidligere år.

gene utgjør også pasienter diagnostisert med schizofreni eller stofflidelser betydelige grupper. Disse pasientgruppene behandles bare i ubetydelig grad hos avtalespesialistene. Selv om pasienter diagnostisert med en schizofreni-lidelse bare utgjør 21 prosent av døgnpasientene, står de for 38 prosent av oppholdsdøgnene. Tilsvarende er andelen av poliklinikkpasientene 10 prosent, mens andelen av konsultasjonene er 17 prosent.

16.2 Regionale utviklingstrekk

Psykisk helsevern for barn og unge

I det psykiske helsevernet for barn og unge var det en svak nedgang i antall behandlede pasienter (-0,5 prosent) i offentlig virksomhet fra 2012 til 2013. Dette var knyttet til nedgang i Helse Nord⁵. De øvrige regionene hadde en økning i pasienter siste år, størst var veksten i Helse Midt-Norge med fire prosent. Det var også en reduksjon på 3,4 prosent hos avtalespesialistene fra 2012 til 2013.

Fra 2012 til 2013 var det en økning i antall utskrivinger og antall oppholdsdøgn i Helse Sør-Øst. Deler av denne veksten skyldes mangelfull rapportering fra flere institusjoner i 2012. For de øvrige regionene er det en reduksjon i oppholdsdøgn, størst var nedgangen i Helse Nord. Polikliniske konsultasjoner (med takstrefusjon) i offentlig virksomhet økte i tre av fire regioner fra 2012 til 2013, størst var veksten i Helse Vest. En svak reduksjon i konsultasjoner i Helse Nord kan henge sammen med overgang til nytt pasientdatasystem.

Det var også i 2013 store forskjeller i behandlingstilbud mellom de ulike områdene. Pasienter bosatt i helseregion Nord hadde fortsatt høyere pasientrater både blant døgn, dag- og polikliniske pasienter enn de øvrige regionene. Antall oppholdsdøgn og utskrivinger fra døgnenheter var også klart høyere blant pasienter fra Helse Nord. Konsultasjonsraten (med takstrefusjon) var imidlertid på samme nivå for regionene, med unntak for Helse Vest som hadde en betydelig lavere rate. Pasienter behandlet hos avtalespesialister utgjorde imidlertid et betydelig større innslag i Helse Sør-Øst og Helse Vest enn i de

øvrige to regionene. For Helse Vest, som hadde de laveste pasientratene av regionene, bidro dette til at avstanden til de andre regionene ble mindre.

Psykisk helsevern for voksne

I tre av fire regioner var det fra 2012 til 2013 en nedgang i antall utskrivinger fra døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Størst var nedgangen i Helse Nord, med seks prosent. I Helse Vest økte utskrivningstallet med ca. tre prosent. Tre av fire regioner hadde også nedgang i antall oppholdsdøgn, størst i Helse Sør-Øst med ti prosent. I Helse Vest var døgnantallet stabilt. Alle regioner hadde en økning i antall polikliniske konsultasjoner, størst i Helse Sør-Øst med ca. syv prosent.

Det er fortsatt store forskjeller i behandlingstilbudet mellom ulike områder, både målt ved rater for utskrivinger, oppholdsdøgn, konsultasjoner ved offentlige poliklinikker, konsultasjoner hos avtalespesialistene, og antall behandlede pasienter innenfor hver av tjenestene. Behandling hos avtalespesialister skjer i hovedsak i Helse Sør-Øst og i Helse Vest.

16.3 Datagrunnlag og definisjoner

Tallene som presenteres i dette kapitlet bygger på pasientdata innsamlet av NPR.

I dette kapitlet presenteres tall for antall pasienter behandlet innenfor ulike behandlingsformer (døgnbehandling, dagbehandling, poliklinisk behandling ved offentlige poliklinikker, samt behandling hos avtalespesialister). I tillegg presenteres aktivitetstall i form av oppholdsdøgn, utskrivinger fra døgnopphold, polikliniske konsultasjoner og konsultasjoner hos avtalespesialistene.

Pasientdata for barn og unge mangler data fra en institusjon, Catio Anoreksi Senter. Institusjonen har en ytelsesavtale med Sør-Øst, men inngår ikke i datagrunnlaget for 2012 og 2013.

Tall for pasienter og aktivitet vil avvike noe fra tall publisert av Norsk pasientregister. Et mindre antall

5) Norsk pasientregister rapporterer at tallene for Helse Nord ikke er sammenliknbare med tidligere år pga. endring i registreringspraksis etter overgang til DIPS.

pasienter som NPR har kategorisert under psykisk helsevern for voksne har vist seg å være pasienter under psykisk helsevern for barn og unge. Dette er det korrigert for i denne rapporten.

Enheter/helseforetak som har endret pasientadministrativt system fra BUP-data til DIPS rapporterer en markant lavere aktivitet (konsultasjoner/tiltak) ved konvertering til nytt system. Nedgangen gjelder spesielt aktivitets-typen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. For 2013-data gjelder dette Sykehuset Østfold HF og Telemark HF. Tidligere har andre enheter tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt system, Helse Stavanger i 2010 og Vestre Viken HF, Helse Fonna og Helse Førde og to private institusjoner i Helse Sør-Øst i 2011 og Helse Nord, samt Helse Bergen i 2012. Dette medfører at antall polikliniske tiltak for disse enhetene er beheftet med usikkerhet.

På bakgrunn av dette presenteres polikliniske konsultasjoner med takstrefusjon i stedet for tiltak, da dette i mindre grad er påvirket av overgangen til nytt data-system enn polikliniske tiltak. Vi kan imidlertid ikke utelukke at også disse tallene er noe underrapportert, da

vurderingssamtaler, ettervern og telefonsamtaler i noen grad ikke fanges opp i nytt pasientdatasystem.

I beregning av døgnopphold, vil døgnopphold ved samme institusjon som starter samme dag som et eksisterende døgnopphold avsluttes, betraktes som ett sammenhengende opphold.

For en mindre institusjon i det psykiske helsevernet for voksne har det ikke lyktes å få data på individnivå⁶. Vi har her benyttet manuelle oppgaver fra institusjonen.

Data for avtalespesialistene er ikke komplette. NPR har estimert at data omfatter omlag 95 prosent av virksomheten. I enkelte tabeller har vi estimert pasienttall, korrigert for underrapportering. I andre tabeller benyttes de rapporterte tallene direkte.

For å beregne antall behandlede pasienter benyttes et felles kryptert personnummer på tvers av tjenester og institusjoner. For de data som foreligger er registreringen av kryptert nummer nær komplett, over 99 prosent for alle datasettene. For en nærmere omtale av datagrunnlaget, se Helsedirektoratets nettsider: <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag>.

Bruk av spesialisttjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge

Tabell 16.1 Registrert antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform 2009–2013.

	Pasienter i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes.			Pasienter totalt
	Døgn	Dag	Poliklinikk	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
(N=)								
2009	1 629	427	51 335	52 091	487	2 068	2 517	54 608
2010	1 776	480	53 840	54 012	621	2 053	2 637	55 928
2011	1 734	447	54 675	54 838	670	1 947	2 576	57 184
2012	1 806	513	55 480	55 582	722	2 227	2 907	57 615
2013 ¹	2 071	707	55 169	55 304	686	2 164	2 809	57 286
Per 10 000 innbygger 0-17 år								
2009	15	4	463	470	4	19	23	492
2010	16	4	483	485	6	18	24	502
2011	16	4	489	490	6	17	23	511
2012	16	5	494	495	6	20	26	513
2013	18	6	490	492	6	19	25	509

1) Antall pasienter for 2013 avviker noe fra tall publisert av NPR, omtales nærmere under Datagrunnlag og definisjoner.

6) Dette gjelder Betania Malvik. Pasientene har blitt tilordnet Helse Midt-Norge og St. Olavs opptaksområde.

Tabell 16.2 Registrerte og estimert antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform 2009–2013.

	Offentlig virksomhet totalt	Pas. 0-17 år hos avtalespes.		Pasienter 0-17 år totalt		Prosent av avtale-pas. som inngår
		Registrert	Estimert	Registrert	Estimert	
(N=)						
2009	52 091	2 517	3 070	54 608	55 161	82
2010	54 012	2 637	3 066	55 928	56 240	86
2011	54 838	2 576	2 831	57 184	57 416	91
2012	55 582	2 907	3 093	57 615	57 745	94
2013	55 304	2 809	2 942	57 286	57 380	95
Per 10 000 innbygger 0-17 år						
2009	470	23	28	492	497	
2010	485	24	28	502	505	
2011	490	23	25	511	513	
2012	495	26	28	513	514	
2013	492	25	26	509	510	

Tabell 16.3 Andel pasienter (prosent) i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform og kjønn 2013.

Kjønn	Pasienter i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Menn	39	59	54	54	53	49	50	54
Kvinner	61	40	46	46	45	51	50	46
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	2 071	707	55 169	55 304	686	2 164	2 809	57 286
Herav mangler (N=)	1	5	99	100	8	11	19	119

1) Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 95 prosent av virksomheten. Totaltall for pasienter er heller ikke korrigert.

Tabell 16.4 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform og alder 2013 per 10 000 innbyggere i aldersgruppen.

Aldersgruppe	Pasienter i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
0-5 år	0	1	112	112	1	2	2	114
6-12 år	8	7	493	493	6	19	25	511
13-17 år	46	9	747	749	12	40	52	785
18-22 år	7	1	159	160	0	0	0	160
23 år +	0	0	2	2	0	0	0	2
Totalt 0-17 år	16	6	438	439	6	19	25	457
Totalt alle ²	18	6	490	492	6	19	25	509
N=	2 071	707	55 169	55 304	686	2 164	2 809	57 286
Herav mangler (N=)	0	1	112	112	1	2	2	114

1) Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 95 prosent av virksomheten. Totaltall for pasienter er heller ikke korrigert.

2) Ratene er basert på alle pasienter behandlet i PHBU i 2013 uavhengig av alder. Denne beregningsmåten har historiske blitt benyttet i Samdata og er derfor presentert.

Tabell 16.5 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform og diagnose i 2013.

Diagnosegruppe	Pasienter i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes. ¹			Pasien-ter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykia-tere	Psykolo-ger	Totalt	
Organiske lidelser (F0)	0,2	0,8	0,1	0,1	0,0	0,6	0,4	0,1
Stofflidelser (F1)	1,1	0,4	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2
Schizofrenier (F2)	4,3	1,6	0,6	0,6	0,2	0,1	0,1	0,6
Affektive lidelser (F3)	26	7	12	12	11	10	10	12
Nevrotiske lidelser (F4)	25	19	23	23	16	30	27	23
Personligh.forstyr. (F6)	0,4	0,4	0,5	0,5	0,7	0,6	0,6	0,5
Utviklingsforstyr. (F8)	6	12	9	9	5	11	9	9
Hyperkinetiske forstyr. (F90)	15	36	30	30	29	13	17	29
Atferdsforstyr. barn og ungd. (F91-98)	13	18	19	19	28	22	24	20
Andre psyk. lidelser (F5, F7, F99)	7	4	3	3	6	8	8	4
Sykd. i nervesystemet (G)	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	3,0	2,9	0,2
Andre diagnoser ekskl. Z	7,5	3,7	3,3	3,3	5,8	8,3	7,7	3,5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	2 071	707	55 169	55 304	686	2 164	2 809	57 286
Hervav:								
ICD10 mangler, ingen påvist tilstand akse 1, mangelfull informasj.	127	59	12 216	12 256	31	100	131	12 375
Andre faktorer og kontakter (Z)	167	156	12 864	12 906	51	303	354	13 200

1) Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 95 prosent av virksomheten. Totaltall for pasienter er heller ikke korrigeret.

Tabell 16.6 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform og bostedsregion 2013. Estimerte tall.

Bostedsregion	Pasienter i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Pas. totalt ¹	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Helse Sør-Øst	852	324	30 532	30 583	510	1 221	1 699	31 832
Helse Vest	507	127	10 704	10 736	204	718	915	11 368
Helse Midt-Norge	404	3	7 743	7 754	5	259	267	7 905
Helse Nord	303	253	6 129	6 167	10	47	56	6 208
Totalt	2 071	707	55 169	55 304	729	2 252	2 942	57 380

1) Estimerte tall.

Tabell 16.7 Pasienter per 10 000 innbyggere i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform og bostedsregion 2013. Estimerte rater.

Bostedsregion	Pasienter i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Helse Sør-Øst	14	5	495	496	8	20	28	516
Helse Vest	20	5	426	427	8	29	36	452
Helse Midt-Norge	26	0	500	500	0	17	17	510
Helse Nord	30	25	599	603	1	5	5	606
Totalt	18	6	490	492	6	20	26	510

1) Estimerte rater.

Tabell 16.8 Pasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform og bostedsområde 2013. Registrerte rater.

Bostedsområde	Pasienter i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Helse Sør-Øst	14	5	495	496	8	19	26	516
Helse Vest	20	5	426	427	8	28	35	451
Helse Midt-Norge	26	0	500	500	0	16	16	510
Helse Nord	30	25	599	603	1	4	5	606
Totalt	18	6	490	492	6	19	25	509
Østfold	26	25	520	523	0	16	16	534
Ahus-området	15	4	437	437	3	18	20	454
OUS-området	8	1	439	439	8	10	17	451
Lovisenberg-området	7	1	364	364	7	10	17	377
Diakonhjemmet-området	10	2	422	422	13	22	35	446
Innlandet	22	1	594	594	4	14	17	605
Vestre Viken-området	8	6	452	453	2	14	15	466
Vestfold	14	2	554	556	11	29	39	589
Telemark	10	6	633	635	45	61	104	703
Sørlandet	11	0	525	525	14	18	30	547
Helse Stavanger-området	19	8	377	378	1	20	20	394
Helse Fonna-området	27	3	422	422	7	31	38	444
Helse Bergen-området	19	5	435	437	16	31	46	469
Sogn og Fjordane	18	0	566	567	0	36	36	592
Møre og Romsdal	24	0	489	489	1	19	19	498
St. Olavs-området	22	0	486	486	0	10	10	493
Nord-Trøndelag	38	0	549	551	0	23	23	567
Helgeland	33	11	596	598	1	4	4	601
Nordland-området	30	64	636	641	2	2	4	644
UNN-området	22	11	530	534	0	6	6	539
Finmark	44	2	705	707	0	4	4	710

1) Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 95 prosent av virksomheten. Totaltall for pasienter er heller ikke korrigert.

Tabell 16.9 Utskrivninger, oppholdsdøgn og konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister i det psykiske helsevernet for barn og unge etter bostedsregion 2013.

Bostedsregion	Utskrivninger		Døgn		Konsultasj. off. polikl.		Konsultasjoner hos avtalespes. ¹ for pasienter 0-17 år	
	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13
Helse Sør-Øst	1 080	37	47 389	26	444 403	4,3	19 344	
Helse Vest	765	-3	13 692	-6	133 390	8,3	7 724	
Helse Midt-Norge	533	-3	7 462	-11	111 192	3,3	1 822	
Helse Nord	409	1	9 860	-14	71 781	-0,2	421	
Totalt	2 792	10	78 469	9	761 435	4,4	29 392	-3,1

1) Estimerte tall.

Tabell 16.10 Utskrivninger, oppholdsdøgn og konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister i psykisk helsevern for barn og unge 2013. Per 10 000 innbyggere 0-17 år og eldre.

Bostedsregion	Utskrivninger		Døgn		Konsultasj. off. polikl.		Registr. konsultasj. avtalespes. ¹ pas. 0-17 år	
	Per 10 000 innb. 0-17 år	Pst av lands- gj.snitt	Per 10 000 innb. 0-17 år	Pst av lands- gj.snitt	Per 10 000 innb. 0-17 år	Pst av lands- gj.snitt	Per 10 000 innb. 0-17 år	Pst av lands- gj.snitt
Helse Sør-Øst	18	71	769	110	7 210	107	300	120
Helse Vest	30	123	544	78	5 303	78	294	118
Helse Midt-Norge	34	139	482	69	7 176	106	112	45
Helse Nord	40	161	963	138	7 013	104	37	15
Totalt	25	100	697	100	6 767	100	249	100
Østfold	36	145	1 263	181	6 032	89	232	93
Ahus-området	16	66	1 250	179	6 996	103	233	93
OUS-området	9	34	455	65	7 333	108	341	137
Lovisenberg-området	8	33	503	72	5 167	76	419	168
Diakonhjemmet- området	9	36	1 018	146	7 077	105	639	256
Innlandet	29	116	984	141	7 241	107	130	52
Vestre Viken-området	12	50	439	63	6 383	94	141	56
Vestfold	17	70	500	72	9 465	140	477	191
Telemark	9	35	637	91	8 214	121	867	347
Sørlandet	16	63	253	36	8 160	121	297	119
Helse Stavanger- området	28	111	585	84	4 677	69	174	70
Helse Fonna-området	51	205	668	96	4 412	65	231	93
Helse Bergen- området	25	101	460	66	5 910	87	423	169
Sogn og Fjordane	27	109	520	75	6 627	98	312	125
Møre og Romsdal	32	131	323	46	7 055	104	126	51
St. Olavs-området	31	124	531	76	7 843	116	62	25
Nord-Trøndelag	46	186	676	97	5 982	88	191	76
Helgeland	41	166	1 361	195	7 319	108	45	18
Nordland-området	36	147	1 000	143	8 055	119	24	10
UNN-området	34	135	590	85	5 684	84	56	22
Finnmark	61	244	1 408	202	8 116	120	7	3

1) Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 95 prosent av virksomheten.

Bruk av spesialisttjenester i det psykiske helsevernet for voksne

Tabell 16.11 Registrert antall pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform 2009–2013.

	Offentlig virksomhet				Avtalespesialister (18 år og eldre)			Pasienter totalt
	Døgn	Dag	Poliklinikk	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
(N=)								
2009	27 068	3 601	108 080	117 314	14 117	29 542	43 195	156 311
2010	26 833	3 359	111 230	120 296	14 850	30 660	44 805	159 931
2011	27 534	3 183	114 216	123 118	15 534	32 264	47 044	164 500
2012	27 807	2 847	116 692	125 184	16 189	33 147	48 499	167 625
2013	27 240	2 380	120 328	128 001	16 154	32 907	48 173	169 907
Per 10 000 innb. 18 år og eldre								
2009	72	10	288	313	38	79	115	417
2010	71	9	292	316	39	81	118	420
2011	71	8	295	318	40	83	122	425
2012	71	7	299	321	41	84	123	428
2013	68	6	302	321	41	83	121	426

Tabell 16.12 Registrert og estimert antall pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform 2009–2013.

	Offentlig virksomhet totalt	Avtalespesialister		Pasienter totalt		Prosent av avtale-pas. som inngår
		Registrert	Estimert	Registrert	Estimert	
(N=)						
2009	117 314	43 195	52 677	156 311	164 871	82
2010	120 296	44 805	52 099	159 931	166 383	86
2011	123 118	47 044	51 697	164 500	168 593	91
2012	125 184	48 499	51 595	168 189	170 334	94
2013	128 001	48 173	50 453	169 907	171 890	95
Per 10 000 innb. 18 år og eldre						
2009	313	115	141	417	440	
2010	316	118	137	420	437	
2011	318	122	134	425	436	
2012	320	123	131	428	435	
2013	321	121	127	426	431	

Tabell 16.13 Pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform og kjønn 2013. Prosent.

	Pasienter i off. virksomhet				Pasienter 18 år og eldre hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Menn	47	39	41	42	37	33	34	40
Kvinner	53	61	59	58	63	67	66	60
N=	27 240	2 380	120 328	128 001	16 154	32 907	48 173	169 907
Herav mangler (N=)	99	86	8	193	48	75	122	308

1) Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 95 prosent av virksomheten. Totaltall for pasienter er heller ikke korrigert.

Tabell 16.14 Pasienter per 10 000 innbyggere i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform og alder 2013.

Aldersgruppe	Pasienter i off. virksomhet				Pasienter 18 år og eldre hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
0-17 år	3	0	7	9	0	0	0	9
18-29 år	84	8	458	476	32	84	114	568
30-39 år	76	8	393	412	55	115	166	554
40-49 år	72	7	321	341	55	115	167	489
50-64 år	62	5	212	232	50	86	134	353
65-79 år	44	2	134	147	17	26	42	186
80 år og eldre	46	1	174	191	4	5	9	199
Totalt per innb. 18 år og eldre	68	6	302	321	41	83	121	426
N=	27 240	2 380	120 328	128 001	16 154	32 907	48 173	169 907
Herav mangler (N=)	99	86	0	185	0	0	0	185

1) Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 95 prosent av virksomheten. Totaltall for pasienter er heller ikke korrigert.

Tabell 16.15 Pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform og hoveddiagnose 2013. Prosent.

Diagnosegruppe	Pasienter i off. virksomhet				Pasienter 18 år og eldre hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Organiske lidelser (F0)	3	1	3	3	0	2	1	2
Stofflidelser (F1)	14	5	5	6	1	1	1	5
Schizofrenier (F2)	21	21	10	10	2	1	1	8
Affektive lidelser (F3)	29	34	32	31	41	33	36	33
Nevrotiske lidelser (F4)	18	23	28	28	39	47	44	33
Personlighetsforstyrrelser (F6)	6	8	6	6	4	4	4	5
Atferdsforstyr. barn og ungdom (F90-98)	1	2	6	6	6	5	5	5
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	5	5	8	7	3	6	5	7
Sykd. i nervesystemet (G)	2	0	2	2	1	1	1	2
Andre diagnoser ekskl. Z	1	0	1	1	1	1	1	1
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	27 240	2 380	120 328	128 001	16 154	32 907	48 173	169 907
Herav uten diagnose	505	92	1 613	2 199	287	902	1 188	3 381
Z-diagnoser	1 182	166	20 747	21 586	575	2 468	3 035	24 475

1) Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 95 prosent av virksomheten. Totaltall for pasienter er heller ikke korrigert.

Tabell 16.16 Behandlingsaktivitet etter pasientenes hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne i 2013. Prosent.

Diagnosegruppe	Pasienter i off. virksomhet			Pasienter hos avtalespes. ¹		
	Oppholds-døgn	Oppholds-dager	Polikl. konsultasjoner	Konsultasjoner psykiatere	Konsultasjoner psykologer	Konsultasjoner totalt
Organiske lidelser (F0)	3	0	1	0	1	0
Stofflidelser (F1)	6	3	4	1	1	1
Schizofrenier (F2)	38	26	17	2	1	1
Affektive lidelser (F3)	27	31	30	42	34	37
Nevrotiske lidelser (F4)	12	20	26	40	50	46
Personlighetsforstyrrelser (F6)	6	13	8	5	6	6
Atferdsforstyr. barn og ungdom (F90-98)	1	2	4	4	2	3
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	5	4	7	3	5	4
Sykd. i nervesystemet (G)	1	0	1	1	1	1
Andre diagnoser ekskl. Z	1	0	0	1	1	1
Totalt	100	100	100	100	100	100
N=	1 143 279	26 714	1 357 317	196 304	415 000	611 304
Herav uten diagnose	36 772	2 555	7 833	1 923	8 175	10 098
Z-diagnoser	21 166	703	98 276	3 396	14 942	18 338

1) Data fra avtalespesialistene omfatter 95 prosent av aktiviteten.

Tabell 16.17 Pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform og bostedsregion 2013. Estimerte tall.

Bostedsregion	Pasienter i off. virksomhet				Pasienter 18 år og eldre hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Helse Sør-Øst	14 422	678	65 784	69 603	11 512	21 776	32 666	97 859
Helse Vest	5 687	957	21 442	23 193	4 039	7 991	11 730	33 633
Helse Midt-Norge	3 907	169	19 672	20 536	786	2 701	3 443	23 450
Helse Nord	3 080	358	13 313	14 214	851	1 782	2 631	16 506
Ukjent	144	218	117	455	6	19	25	480
Totalt	27 240	2 380	120 328	128 001	17 175	34 240	50 453	171 890

1) Estimerte tall.

Tabell 16.18 Pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform og bostedsområde 2013. Estimerte rater.

Bostedsregion	Pasienter i off. virksomhet				Pasienter 18 år og eldre hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Sør-Øst	64	3	294	311	51	97	146	437
Vest	69	12	261	282	49	97	143	409
Midt-Norge	71	3	359	375	14	49	63	428
Nord	82	10	354	378	23	47	70	439
Totalt	68	6	302	321	43	86	127	431

1) Estimert

Tabell 16.19 Pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform og bostedsområde 2013. Registrerte tall.

Bostedsregion	Pasienter i off. virksomhet				Pasienter 18 år og eldre hos avtalespes. ¹			Pasienter totalt ¹
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Sør-Øst	64	3	294	311	49	94	140	432
Vest	69	12	261	282	45	94	136	403
Midt-Norge	71	3	359	375	12	48	60	425
Nord	82	10	354	378	23	42	63	434
Totalt	68	6	302	321	41	83	121	426
Østfold	77	2	252	271	35	79	112	369
Ahus-området	56	0	245	260	34	77	109	355
OUS-området	48	1	265	279	67	122	185	439
Lovisenberg-området	72	5	395	409	88	161	244	615
Diakonhjemmet-området	44	9	269	275	84	118	197	448
Innlandet	69	2	297	321	26	81	107	410
Vestre Viken-området	62	4	268	286	47	102	146	416
Vestfold	58	3	340	355	73	83	153	488
Telemark	87	6	370	399	33	122	151	527
Sørlandet	76	4	357	370	55	63	114	467
Helse Stavanger-området	72	9	272	291	42	64	104	384
Helse Fonna-området	67	5	269	286	74	57	126	399
Helse Bergen-området	69	17	243	267	47	132	175	423
Sogn og Fjordane	62	10	283	306	3	98	100	394
Møre og Romsdal	73	1	350	362	12	57	68	418
St. Olavs-området	72	6	360	381	11	42	52	426
Nord-Trøndelag	66	0	374	385	17	43	60	456
Helgeland	68	22	409	431	1	24	26	452
Nordland-området	83	12	317	346	52	30	80	415
UNN-området	82	5	349	366	17	52	69	427
Finnmark	94	4	379	412	6	54	60	466

1) Virksomheten ved Betania Malvik er tilordnet Helse Midt-Norge.

2) Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 95 prosent av virksomheten. Totaltall for pasienter er heller ikke korrigert.

Tabell 16.20 Utskrivninger, oppholdsdøgn og konsultasjoner ved poliklinikker og hos avtalespesialister i det psykiske helsevernet for voksne 2013 etter bostedsregion. Estimerte tall.

Bostedsregion	Utskrivninger ¹		Døgn ¹		Poliklinikker		Avtalespesialister ²	
	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13	2013	Pst endr. 2012-13
Helse Sør-Øst	26 071	-3,8	596 475	-9,9	775 706	7,3	448 341	
Helse Vest	12 095	2,8	279 556	0,0	242 224	3,0	128 309	
Helse Midt-Norge	7 586	-1,6	145 315	-2,8	208 716	4,3	37 361	
Helse Nord	6 538	-6,0	121 933	-6,8	130 670	5,5	26 336	
Totalt	52 290	-2,3	1 143 279	-6,4	1 357 317	5,9	640 236	-2,6

1) Virksomheten ved Betania Malvik er tilordnet Helse Midt-Norge

2) Estimert

Tabell 16.21 Utskrivninger, oppholdsdøgn og konsultasjoner ved poliklinikker og hos avtalespesialister i det psykiske helsevernet for voksne 2013. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.

Bostedsområde	Utskrivninger ¹		Døgn ¹		Poliklinikker		Avtalespesialister ²	
	Rate	Prosent	Rate	Prosent	Rate	Prosent	Rate	Prosent
Helse Sør-Øst	117	89	2 665	93	3 466	102	1 918	125
Helse Vest	147	112	3 400	118	2 946	86	1 492	97
Helse Midt-Norge	138	105	2 652	92	3 809	112	648	42
Helse Nord	174	133	3 245	113	3 477	102	636	41
Totalt	131	100	2 870	100	3 407	100	1 534	100
Østfold	143	109	3 047	106	2 475	73	1 303	85
Ahus-området	100	76	2 413	84	3 219	94	1 616	105
OUS-området	78	59	2 619	91	3 226	95	3 136	204
Lovisenberg-området	119	90	2 663	93	5 941	174	4 357	284
Diakonhjemmet-området	75	57	2 396	83	3 734	110	3 375	220
Innlandet	117	89	2 822	98	3 148	92	1 361	89
Vestre Viken-området	110	84	2 738	95	3 054	90	2 040	133
Vestfold	103	78	1 823	64	3 901	114	1 714	112
Telemark	166	126	3 550	124	3 773	111	1 459	95
Sørlandet	164	125	2 743	96	4 183	123	999	65
Helse Stavanger-området	157	120	3 803	133	3 379	99	1 186	77
Helse Fonna-området	151	115	3 029	106	2 507	74	949	62
Helse Bergen-området	144	110	3 509	122	2 854	84	2 107	137
Sogn og Fjordane	120	91	2 285	80	2 651	78	877	57
Møre og Romsdal	144	110	2 716	95	3 586	105	702	46
St. Olavs-området	147	112	2 903	101	4 011	118	612	40
Nord-Trøndelag	107	82	1 957	68	3 782	111	624	41
Helgeland	109	83	2 830	99	4 066	119	444	29
Nordland-området	151	115	3 146	110	3 054	90	757	49
UNN-området	205	156	3 246	113	3 650	107	720	47
Finnmark	205	156	3 854	134	3 191	94	402	26

1) Virksomheten ved Betanias Malvik er tilordnet Helse Midt-Norge og St Olavs-området.

2) Pas. 18 år og eldre. Ratene for avtalespesialister omfatter bare registrerte konsultasjoner (95 prosent av virksomheten).

17 Produktivitet i psykisk helsevern

Ved poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge var gjennomsnittlig kostnad per pasient på om lag 44 000 kroner i 2013. Per refusjonsberettigede konsultasjon utgjør dette nærmere 3 300 kroner. Målt ved konsultasjoner per fagårsverk øker produktiviteten med 2,8 prosent. Veksten har imidlertid gått til flere konsultasjoner per pasient, og ikke til behandling av flere pasienter.

Ved poliklinikkene i det psykiske helsevernet for voksne var i 2013 gjennomsnittlig kostnad på 29 950 kroner per pasient og 2 770 kroner per refusjonsberettigede konsultasjon. Det er betydelige forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetakene og kostnadsforskjellene gjenspeiler hovedsakelig forskjeller i antall konsultasjoner per fagårsverk.

Ved døgnavdelinger for voksne var gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn på om lag 11 000 kroner i 2013, dvs. på samme nivå som året før. Kostnad per utskrivning var på landsbasis 233 000 kroner. Gjennomsnittlig varighet av oppholdene går fortsatt ned, og kostnad per utskrivning ble redusert med fire prosent fra 2012 til 2013.

Mellom helseforetakene, er det betydelige forskjeller i kostnadsnivå. Forskjeller i kostnad per oppholdsdøgn gjenspeiler forskjeller i personellfaktoren og kostnad per utskrivinger er nært forbundet med antall årsverk per utskrivning.

I helseforetak med større andel av aktiviteten knyttet til sykehus var kostnadsnivået ved døgnavdelingene noe høyere enn ved foretak med mye DPS-virksomhet. Pasientsammensetningen har også betydning for kostnadsnivået. Kostnadsnivået i døgnavdelingene er høyere i foretak der større andel av døgnaktiviteten gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Kostnadsnivået er også høyere i foretak med en høyere andel innleggelser basert på tvang.

17.1 Nasjonale og regionale utviklingstrekk 2012 - 2013

Produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge

For poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge viser beregninger for 2013 gjennomsnittlig kostnad per pasient på om lag 44 000 kroner. Per refusjonsberet-

tigede konsultasjon utgjør dette nærmere 3 300 kroner. Ressursinnsats per pasient var høyere i Helse Vest og i Helse Sør- Øst enn i Midt-Norge og Nord. Med noen unntak gjelder dette resultatet også på foretaksnivå.

Antall polikliniske pasienter per fagårsverk har holdt seg tilnærmet uendret fra 2012 til 2013 med 27 pasienter per årsverk. Konsultasjoner per fagårsverk og konsultasjoner

per pasient økte med hhv 2,8 og 4,7 prosent på landsbasis siste år. Denne utviklingen var knyttet til vekst i konsultasjoner og fagårsverk og en svak nedgang i polikliniske pasienter. Innad i regionene var det vekst i alle komponenter i tre av fire regioner, men i Helse Nord avtok både pasient- og konsultasjonstallet fra 2012 til 2013. Sektorens overgang til nytt pasientdatasystem i løpet av de siste årene gjør at aktivitetstallene er usikre. Norsk pasientregister rapporterer om at 2013-data for Helse Nord ikke er sammenliknbare med tidligere år på grunn av endring i registreringspraksis ved overgang til DIPS. Dette gjør at tallene må tolkes med forsiktighet, spesielt gjelder dette endringstall.

Dersom man sammenlikner indikatorene for 2013 ser man at Helse Sør-Øst og Midt-Norge har produktivitetsindikatorer over landsgjennomsnittet, mens Helse Vest og Nord har indikatorer under gjennomsnittet for landet, med unntak for pasienter per fagårsverk i Helse Vest som ligger litt over landsgjennomsnittet. Det er store variasjoner innad i helseregionene, med ulike kombinasjoner av nivå på produktivitetsindikatorene. Enkelte helseforetak ser ut til å ha mange pasienter per fagårsverk og færre konsultasjoner per pasient eller omvendt, mens andre har enten høye eller lave verdier på samtlige indikatorer. Ulike behandlingstilbud, ulik pasientsammensetning samt ulik grad av poliklinisk, ambulant og arenafleksibel virksomhet bidro trolig til denne variasjonen.

Analysene viser signifikant positiv samvariasjon mellom kostnad per pasient og kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon (Pearsons Correlation = 0,72)¹. Mellom 70 og 80 prosent av driftskostnadene i psykisk helsevern gjelder lønnskostnader. Det er likevel ingen entydig sammenheng mellom kostnads- og personellindikatorene. Dette kan skyldes at innslaget av annet personell enn fagårsverk varierer mellom foretakene eller at personellsammensetningen, og med det lønnsnivået, er forskjellig. Ulik sats for arbeidsgiveravgift vil også påvirke foretakenes årsverkskostnader.

Kostnadsnivå og produktivitet i psykisk helsevern for voksne

Poliklinikker

Ved poliklinikkene i det psykiske helsevernet for voksne var i 2013 gjennomsnittlig kostnad på 29 950 kroner per pasient og 2 770 kroner per refusjonsberettigede konsultasjon. Det er bare små forskjeller mellom regionene i kostnad per konsultasjon og per polikliniske pasient. Helse Nord har langt færre konsultasjoner per fagårsverk enn de øvrige regionene, men likevel er kostnad per konsultasjon og per pasient nær landsgjennomsnittet. Dette gjenspeiler blant annet lavere arbeidsgiveravgift, og lavere andel psykiatere og psykologer ved poliklinikkene i denne regionen.

Mellom foretakene innad i regionene finner vi imidlertid betydelige forskjeller i kostnadsnivå, både per konsultasjon og per behandlet pasient. Kostnadsforskjellene gjenspeiler hovedsakelig forskjeller i antall konsultasjoner per fagårsverk. Analysene viser signifikant positiv samvariasjon mellom kostnad per pasient og kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon (Pearsons Correlation = 0,85). Forskjeller i kostnad per konsultasjon gjenspeiler langt på vei forskjeller i antall konsultasjoner per fagårsverk med en signifikant negativ korrelasjon på -0,68. Vi finner også en signifikant negativ korrelasjon mellom kostnad per pasient og pasienter per fagårsverk på -0,66. Kostnad per pasient gjenspeiler i noen grad forskjeller i antall konsultasjoner per fagårsverk, med en signifikant negativ korrelasjon på -0,41. Antall konsultasjoner per pasient påvirker bare i begrenset grad kostnadsnivået per pasient (Pearsons Correlation = 0,24, ikke signifikant).

Døgnavdelinger

Gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn var i 2013 11 000 kroner, dvs. på samme nivå som året før. Kostnad per utskrivning var på landsbasis 233 000 kroner. Ettersom varigheten av oppholdene fortsatt går ned ga dette en nedgang i kostnad per utskrivning på fire

1) Persons korrelasjonskoeffisient varierer mellom +1 (perfekt positivt samsvar mellom verdiene på variablene, en høy verdi på en variabel går sammen med en bestemt høy verdi på den andre variabelen) via 0 (ingen sammenheng) til -1 (perfekt negativt samsvar), en høy positiv verdi på den ene variabelen går alltid sammen med en bestemt lav verdi på den andre variabelen. Vi benytter 5 prosents signifikansnivå i omtalen.

prosent fra året før. Kostnadsnivået er, både per oppholdsdøgn og utskrivning, betydelig lavere ved DPS enn ved sykehus.

Det er betydelige forskjeller i kostnadsnivå, både mellom helseregioner og mellom helseforetak innad i helseregionene. Forskjeller i kostnad per oppholdsdøgn gjenspeiler forskjeller i personellfaktoren, med en signifikant positiv korrelasjon på 0,90. Kostnad per utskrivning er også nært forbundet med antall utskrivninger per årsverk, med en signifikant negativ korrelasjon på -0,82. Kostnad per utskrivning gjenspeiler dels personellfaktoren, med en signifikant positiv korrelasjon på 0,45, men i enda større grad gjennomsnittlig varighet av utskrivningene, med en signifikant positiv korrelasjon på 0,77.

Forskjeller i kostnadsnivå

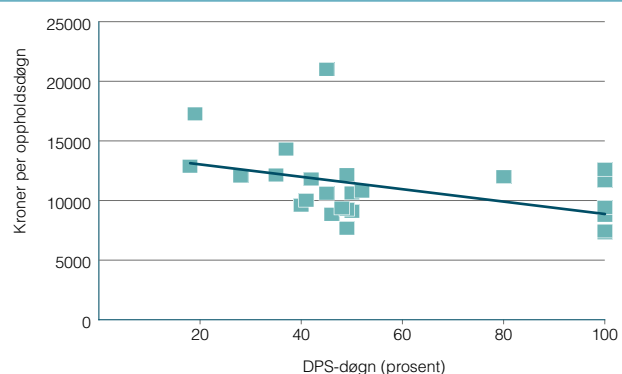
Tabell 17.8 viser at kostnad per oppholdsdøgn og kostnad per utskrivning varierer betydelig på foretaksnivå. Slike forskjeller kan skyldes forskjellig grad av ressursutnyttelse, men fordi aktivitetsmålene ikke korrigerer for forventet ressursinnsats i behandlingen, og fordi kostnadsindikatorer ikke dekker alle deler av tjenesten kan forskjellene også være relatert til forskjeller i pasientsammensetning, behandlingsprofil og innhold i tjenestene.

For psykisk helsevern for voksne er det en viss grad av arbeidsdeling mellom foretakene. Arbeidsdelingen omfatter blant annet sentralisering av sykehusfunksjoner og regionale sikkerhetsavdelinger. Foretak med ansvar for mer spesialisert behandling eller flere alvorlig psykisk syke må forventes å ha et relativt høyere kostnadsnivå. Dette skyldes både at nødvendig personellfaktor er høyere og at det er behov for mer kompetanse, noe som vil reflekteres i et høyere lønnsnivå. Gjennomsnittlig døgnkostnader for sykehusavdelinger er om lag 70 prosent høyere enn døgnkostnaden for DPS ene, og for sikkerhetsavdelinger må denne forskjellen forventes å være enda større. I noen grad kan imidlertid også organiseringen av tjenester, herunder fordeling av virksomhet mellom DPS og sykehus, påvirke kostnadsnivået i det enkelte foretak.

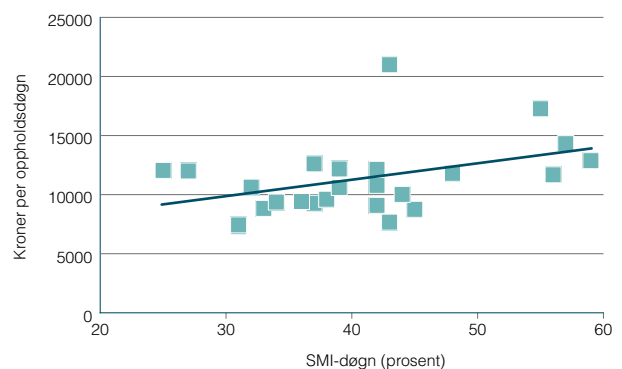
I tabell 17.11 og i figurene 17.1–17.3 synliggjøres sammenhengen mellom gjennomsnittlig døgnkostnad og indikatorer som beskriver pasientsammensetning og innhold i tjenestene. Oversiktene viser høyere kostnadsnivå for

foretak med mer aktivitet på sykehusnivå. Også innslaget av alvorlig psykisk lidelse og bruk av tvang samvarierer positivt med kostnadsnivået. Disse sammenhengene er signifikante. For reinnleggelsesraten, finner vi ingen entydig sammenheng med kostnadsnivå i døgnbehandlingen.

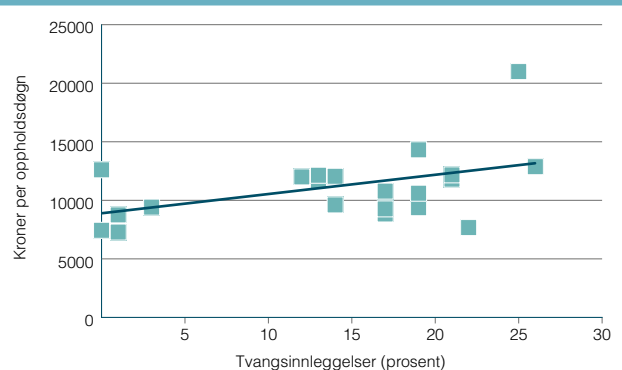
Figur 17.1 Samvariasjon mellom kostnad per oppholdsdøgn og andel oppholdsdøgn i DPS-ene, per helseforetak.



Figur 17.2 Samvariasjon mellom kostnad per oppholdsdøgn og andel oppholdsdøgn knyttet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse (SMI), per helseforetak.



Figur 17.3 Samvariasjon mellom kostnad per oppholdsdøgn og andel tvangsinnleggelser, per helseforetak.



17.2 Datagrunnlag og definisjoner

Tallene som presenteres i dette kapitlet bygger på regnskapsdata innsamlet av SSB, pasientdata fra NPR og personelloppgaver for poliklinisk og ambulant virksomhet innhentet av Helsedirektoratet. Årsverksoppgaver for institusjonene totalt er hentet fra registerbasert personellstatistikk levert av SSB.

Analysen av personellindikatorer og kostnadsindikatorer er i år avgrenset til helseforetak og private tilbydere med områdeansvar. Utvalget er nærmere beskrevet på helsedirektoratets nettsider.

Produktivitetsindikatorer- poliklinikker for barn og unge

For psykisk helsevern for barn og unge presenteres produktivitetsindikatorerne polikliniske pasienter per fagårsverk, polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og polikliniske konsultasjoner per pasient. I fjorårets rapport ble det kun presentert tall for polikliniske pasienter per fagårsverk. Dette var knyttet til sektorens konvertering til nytt pasientdatasystem² og reduksjon av registrerte polikliniske konsultasjoner. Nedgangen gjelder spesielt aktivitetstypen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. I år tar vi i bruk konsultasjoner med takst i produktivitetsberegningene, da denne størrelsen ikke skal være berørt på samme måte av konverteringen. Vi kan imidlertid ikke utelukke at også disse tallene er noe underrepresentert, da vurderingsamtaler, ettervern og telefonsamtaler i noen grad ikke fanges opp i nytt pasientdatasystem. NPR rapporterer spesielt at tall for Helse Nord ikke er sammenliknbare med tidligere år.

Tall på konsultasjoner og pasienter er hentet fra NPR. Beregninger av produktivitet for poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge i 2013 er basert på et komplett datamateriale for poliklinikker. I 2013 er et mindre antall behandlingenheter holdt utenfor analysen på grunn av ikke sammenliknbare data for 2012 og 2013. Utvalget omfatter 98 prosent av konsultasjonene både i 2012 og 2013.

Med fagårsverk menes antall polikliniske/ambulante årsverk utført av universitets- eller høyskoleutdannet personell. For 2012 er antall fagårsverk beregnet ved å ta gjennomsnittet for registrerte årsverk 2011 og 2012, og for 2013 gjennomsnittet for registrerte årsverk 2012 og 2013. Indikatoren pasienter per fagårsverk og konsultasjoner per fagårsverk er sensitiv for relativt små endringer i personellinnsats mellom år. Tolkning og sammenlikning av indikatoren bør derfor gjøres med forsiktighet.

Produktivitetsindikatorer - psykisk helsevern for voksne

Poliklinikker for voksne

Ved poliklinikkene for voksne beregnes produktiviteten i antall refusjonsberettigede konsultasjoner og antall behandlede pasienter per fagårsverk. Vi har i tillegg satt inn antall konsultasjoner per pasient. Antall fagårsverk er beregnet etter samme metode som ved poliklinikkene for barn og unge, som gjennomsnitt av personellinnsatsen ved inngangen og utgangen av året. For noen institusjoner har vi valgt å benytte tall for 2013 som gjennomsnitt for året, pga. store endringer fra 2012 til 2013, uten at dette gjenspeiles i konsultasjonstallene for 2012 og 2013. Tall på konsultasjoner og pasienter er hentet fra NPR. Produktivitetsberegningene for poliklinikkene er basert på utvalget omtalt ovenfor. Enkelte andre enheter er i tillegg utelatt. Dette gjelder et fåtall mindre polikliniske og ambulante enheter med mangelfulle oppgaver, eller som i hovedsak driver ambulant virksomhet. Utvalget omfatter hhv. 98 prosent av konsultasjonene i 2012, og 99 prosent av konsultasjonene i 2013, se tabell 17.2.

Døgnavdelinger

Årsverksoppgaver for institusjonene er hentet fra registerbasert personellstatistikk levert av SSB. Personell ved døgnavdelingene er estimert som årsverk ved institusjonen, minus årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet. For døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne benyttes fem indikatorer; personellfaktor (årsverk totalt delt på gjennomsnittlig pasientbelegg), behandlerfaktor (årsverk utført av universitets- og høyskoleutdannet personell delt på gjennomsnittlig belegg), utskrivninger per årsverk, gjennomsnittlig

2) Enheter/helseforetak som har endret pasientadministrativt system fra BUP-data til DIPS er for 2013-data Sykehuset Østfold HF og Telemark HF. Tidligere har andre enheter tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt system, Helse Stavanger i 2010 og Vestre Viken HF, Helse Fonna og Helse Førde og to private institusjoner i Helse Sør-Øst i 2011 og Helse Nord, samt Helse Bergen i 2012.

varighet av utskrivningene og beleggsprosent. Tall for oppholdsdøgn og utskrivninger (avsluttede institusjonsopphold) er beregnet ut fra data innhentet av NPR. Analysen er i år avgrenset til utvalget omtalt ovenfor. Utvalget omfatter 91 prosent av oppholdsdøgnene og 95 prosent av utskrivningene både for 2012 og 2013.

Kostnader og kostnadsindikatorer

Kostnadsindikatorer kobler informasjon om kostnader og aktivitet og vil kunne gi en indikasjon på forskjeller i kostnadsnivå mellom enheter og for ulike typer tjenester. Kapitlet presenterer fire kostnadsindikatorer for psykisk helsevern:

- Kostnad per oppholdsdøgn (voksne)
- Kostnad per utskrivning (voksne)
- Kostnad per polikliniske pasient (barn og unge og voksne)
- Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon (barn og unge og voksne)

Kostnadsgrunnlaget for indikatorene som presenteres i kapitlet er hentet fra driftsregnskapene som helseforetak og private institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten rapporterer til Statistisk Sentralbyrå (SSB) for 2012 og 2013. De innrapporterte kostnadene er fordelt mellom kostnader til psykiatriske sykehusavdelinger (funksjon 641), kostnader til DPS-ene (funksjon 642) og kostnader til psykisk helsevern for barn og unge (funksjon 651), men rapporteringen skiller ikke mellom poliklinikk og døgnavdelinger. Kostnader til poliklinisk og ambulant virksomhet er derfor estimert med utgangspunkt i andel årsverk knyttet opp mot disse tjenesteområdene³.

Kostnader som gjelder aktivitet utover pasientbehandling er tatt ut av kostnadsgrunnlaget for indikatorberegningene og innrapporterte regnskapstall er tilrettelagt spesielt for å ivareta dette hensynet. Tilretteleggingen er

gjort med bakgrunn i spesifiseringer fra det enkelte foretak og består i å korrigere for kostnader knyttet til følgende:

- Forskning og annen aktivitet utover pasientbehandling
- Kjøp av helsetjenester og driftstilskudd til private aktører
- Tilskudd til kommunalt samarbeid
- Pasientskadeerstatning
- Salg av varer og tjenester⁴
- Utleie av bygningsmasse⁵.

Fordelte felleskostnader, kapitalkostnader og avsetning til pensjon inngår med en forholdsmessig andel i indikatorgrunnlaget dersom ikke annet fremgår.

I henhold til indeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester, er kostnader for 2012 korrigert for prisvekst på 4,1 prosent fra 2012 til 2013 og alle presenterte endringer i kostnader og kostnadsnivå er realendringer. Indeksen er også beskrevet i kapittel 3.

Aktivitet og pasientsammensetning

Aktivitetsmålene i kostnadsindikatorene korrigerer ikke for forventet ressursbehov i pasientbehandlinga. Forskjellig kostnadsnivå kan derfor skyldes forskjeller i pasientsammensetning eller i tjenestenes innhold. For indikatorer som gjelder døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne er slike sammenhenger forsøkt synliggjort ved enkle korrelasjonsanalyser på foretaksnivå. Gjennomgangen ser på sammenhengen mellom kostnadsnivå og 1) Andel DPS-døgn 2) Gjennomsnittlig varighet av oppholdet 3) Andel oppholdsdøgn belagt av pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI)⁶ 4) Andel tvangsinnleggelse i 2012⁷ og 5) Reinnleggesrater i 2012 (Ny innleggelse som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager fra avslutningen av foregående døgnopphold).

3) Kostnadsgrunnlaget viser at lønn og sosiale utgifter utgjør 70–80 prosent av driftskostnadene i psykisk helsevern, og det antas derfor at årsverk kan være en god nøkkel for å fordele kostnader mellom ulike tjenesteområder. Kostnadsandel for poliklinikkene er derfor satt lik andel ambulanse og polikliniske årsverk i virksomheten. Estimeringen er foretatt per rapporteringsenhet og for sykehus og DPS separat.

4) Kostnadene er estimert ved salgsinntekter og andre inntekter som ikke gjelder pasientbehandling

5) Kostnadene estimeres ved leieinntekter

6) Hoveddiagnose F20, F22–F29, samt F30 og F31 i ICD-10

7) Se rapporten «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2012». Oslo/Trondheim: Helsedirektoratet 2013.

17.3 Kostnadsnivå og produktivitetsutvikling i det psykiske helsevernet for barn og unge

Tabell 17.1 Kostnad per pasient og kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i 2013.

Foretak	Kostnad per pasient 2013		Kostnad per konsultasjon 2013	
	Kroner	Relativt nivå	Kroner	Relativt nivå
Helse Sør-Øst	45 204	103	3 183	98
Helse Vest	47 355	107	3 858	118
Helse Midt-Norge	37 673	85	2 663	82
Helse Nord	40 835	93	3 595	110
Totalt	44 080	100	3 263	100
Sykehuset Østfold HF	47 400	108	4 166	128
Akershus universitetssykehus HF	48 339	110	2 991	92
Oslo universitetssykehus HF	52 559	119	3 742	115
Sykehuset Innlandet HF	31 202	71	2 610	80
Vestre Viken HF	47 009	107	3 395	104
Sykehuset i Vestfold HF	51 742	117	3 067	94
Sykehuset i Telemark HF	41 531	94	3 261	100
Sørlandet sykehus HF	41 702	95	2 661	82
Diakonhjemmet sykehus/ BUP Vest	66 572	151	3 643	112
Lovisenberg diakonale sykehus/ Nic Wall	43 709	99	3 114	95
Helse Stavanger HF	46 805	106	3 800	116
Helse Fonna HF	44 304	101	4 345	133
Helse Bergen HF	52 703	120	4 001	123
Helse Førde HF	34 848	79	2 974	91
Betanien Bergen	53 666	122	4 036	124
Helse Møre og Romsdal HF	47 567	108	3 299	101
St Olavs hospital HF	35 640	81	2 274	70
Helse Nord-Trøndelag HF	25 334	57	2 394	73
Helgelandssykehuset HF	62 935	143	5 269	161
Nordlandssykehuset HF	43 260	98	3 552	109
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	34 042	77	3 276	100
Helse Finnmark HF	31 301	71	2 760	85

Tabell 17.2 Konsultasjoner, fagårsverk, og produktivitet i poliklinisk virksomhet for barn og unge i 2012 og 2013

	2012	2013
Polikliniske konsultasjoner - nasjonale tall	729 217	761 435
For institusjoner som inngår i beregningen av produktivitet		
Antall konsultasjoner	716 673	745 565
Andel konsultasjoner i utvalget (prosent)	98	98
Antall polikliniske/ambulante årsverk	2 017	2 040
Konsultasjoner per fagårsverk	355	365
Pasienter per fagårsverk	27	27
Konsultasjoner per pasient	13	14

Tabell 17.3 Produktivitet i poliklinisk virksomhet for barn og unge 2012 - 2013, etter helseforetak.

Foretak	Pasienter per fagårsverk 2013	Prosent endring 2012-13	Konsultasjoner per fagårsverk 2013	Prosent endring 2012-13	Konsultasjoner per pasient 2013	Prosent endring 2012-13
Helse Sør-Øst	27	-0,1	390	3,8	14	3,9
Helse Vest	27	-1,7	334	5,4	12	7,1
Helse Midt-Norge	28	2,4	402	1,5	14	-0,9
Helse Nord	24	-13,6	268	-4	11	11,2
Totalt	27	-1,8	365	2,8	14	4,7
Sykehuset Østfold HF	37	0,2	411	-9,2	11	-9,3
Akershus universitetssykehus HF	26	6,8	414	11,1	16	4,1
Oslo universitetssykehus HF	28	2	439	5,3	16	3,3
Sykehuset Innlandet HF	31	-3,3	370	0,5	12	3,9
Vestre Viken HF ¹	23	-3,1	322	-	14	-
Sykehuset i Vestfold HF	25	-0,9	426	-0,8	17	0,2
Sykehuset i Telemark HF	32	0,7	410	0,2	13	-0,5
Sørlandet sykehus HF	24	-1,6	374	-5	16	-3,4
Diakonhjemmet sykehus/BUP Vest	24	-2,1	431	1,2	18	3,6
Lovisenberg diakonale sykehus/Nic Wall	31	-4,2	430	-3,8	13	1,1
Helse Stavanger HF	26	-5,1	318	0,4	12	5,8
Helse Fonna HF	29	-3,2	298	8,1	10	11,7
Helse Bergen HF	25	-1,2	330	1,9	13	3,2
Helse Førde HF	36	10,9	424	24,7	12	12,4
Betanien Bergen	30	-1,2	392	16,4	13	17,8
Helse Møre og Romsdal HF	24	1,4	341	-2,1	14	-3,4
St Olavs hospital HF	32	-0,7	497	0,2	16	1
Helse Nord-Trøndelag HF	33	12,5	346	13,3	11	0,7
Helgelandssykehuset HF	29	-6,8	345	4,5	12	12,1
Nordlandssykehuset HF	22	-15,6	266	2,5	12	21,5
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	25	-20,3	259	-16,6	10	4,7
Helse Finnmark HF	21	-4,8	237	-0,3	11	4,7

1) Vestre Viken har mangelfulle data for konsultasjoner for 2012. Endringstall blir derfor ikke presentert der konsultasjoner benyttes i indikatorene.

Tabell 17.4 Produktivitet i poliklinisk virksomhet for barn og unge 2013. Relativt nivå og etter helseforetak.

Foretak	Pasienter per fagårsverk 2013	Relativt nivå 2013	Konsultasjoner per fagårsverk 2013	Relativt nivå 2013	Konsultasjoner per pasient 2013	Relativt nivå 2013
Helse Sør-Øst	27	101	390	107	14	106
Helse Vest	27	101	334	91	12	90
Helse Midt-Norge	28	105	402	110	14	104
Helse Nord	24	88	268	73	11	84
Totalt	27	100	365	100	14	100
Sykehuset Østfold HF	37	137	411	113	11	81
Akershus universitetssykehus HF	26	96	414	113	16	117
Oslo universitetssykehus HF	28	103	439	120	16	116
Sykehuset Innlandet HF	31	115	370	101	12	87
Vestre Viken HF	23	86	322	88	14	101
Sykehuset i Vestfold HF	25	94	426	117	17	123
Sykehuset i Telemark HF	32	119	410	112	13	93
Sørlandet sykehus HF	24	89	374	102	16	114
Diakonhjemmet sykehus/BUP Vest	24	89	431	118	18	128
Lovisenberg diakonale sykehus/Nic Wall	31	115	430	118	13	93
Helse Stavanger HF	26	96	318	87	12	90
Helse Fonna HF	29	108	298	82	10	74
Helse Bergen HF	25	93	330	90	13	96
Helse Førde HF	36	134	424	116	12	86
Betanien Bergen	30	109	392	107	13	97
Helse Møre og Romsdal HF	24	88	341	93	14	105
St Olavs hospital HF	32	117	497	136	16	114
Helse Nord-Trøndelag HF	33	121	346	95	11	77
Helgelandssykehuset HF	29	107	345	94	12	87
Nordlandssykehuset HF	22	81	266	73	12	89
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	25	95	259	71	10	74
Helse Finnmark HF	21	78	237	65	11	83

17.4 Kostnadsnivå og produktivitetsutvikling i det psykiske helsevernet for voksne

Tabell 17.5 Kostnad per pasient og kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon i poliklinikker i psykisk helsevern for voksne i 2013.

Foretak	Kostnad per pasient 2013		Kostnad per konsultasjon 2013	
	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
Helse Sør-Øst	30 728	103	2 716	98
Helse Vest	29 085	97	2 760	100
Helse Midt-Norge	29 315	98	2 854	103
Helse Nord	28 488	95	2 978	108
Totalt	29 950	100	2 770	100
Sykehuset Østfold HF	31 785	106	3 356	121
Akershus universitetssykehus HF	35 592	119	2 743	99
Oslo universitetssykehus HF	53 643	179	4 274	154
Sykehuset Innlandet HF	27 987	93	2 832	102
Vestre Viken HF	26 374	88	2 495	90
Sykehuset i Vestfold HF	33 047	110	2 681	97
Sykehuset i Telemark HF	19 775	66	1 973	71
Sørlandet sykehus HF	28 204	94	2 463	89
Diakonhjemmet sykehus	23 211	78	2 105	76
Lovisenberg diakonale sykehus	25 691	86	2 002	72
Helse Stavanger HF	22 963	77	2 383	86
Helse Fonna HF	32 221	108	3 528	127
Helse Bergen HF	33 281	111	2 837	102
Helse Førde HF	28 856	96	2 999	108
Betanien Bergen	25 289	84	2 582	93
Jæren DPS	28 542	95	1 775	64
Solli sykehus	42 526	142	3 907	141
Helse Møre og Romsdal HF	47 691	159	4 303	155
St Olavs hospital HF	20 874	70	2 098	76
Helse Nord-Trøndelag HF	21 081	70	2 151	78
Helgelandssykehuset HF	29 812	100	3 125	113
Nordlandssykehuset HF	28 221	94	2 880	104
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	26 377	88	2 619	95
Helse Finnmark HF	32 332	108	3 998	144

Tabell 17.6 Konsultasjoner, fagårsverk, og produktivitet i poliklinisk virksomhet for voksne.

	2012	2013
Polikliniske konsultasjoner - nasjonale tall	1 281 826	1 357 317
For institusjoner som inngår i beregningen av produktivitet		
Antall konsultasjoner	1 253 279	1 322 893
Andel konsultasjoner i utvalget (prosent)	98	99
Antall polikliniske/ambulante årsverk	3 108	3 217
Konsultasjoner per fagårsver	403	411
Pasienter per fagårsverk	38,8	38,4
Konsultasjoner per pasient	10,4	10,7

Tabell 17.7 Produktivitet i poliklinisk virksomhet for voksne 2012-2013, etter helseforetak.

Helseforetak	Konsultasjoner per fagårsverk		Pasienter per fagårsverk		Konsultasjoner per pasient	
	2013	Pst endr. fra 2012	2013	Pst endr. fra 2012	2013	Pst endr. fra 2012
Helse Sør-Øst	430	3	38,4	-1	11,2	4
Helse Vest	417	-1	39,7	-1	10,5	0
Helse Midt-Norge	404	2	40,2	-2	10,1	4
Helse Nord	326	3	34,1	1	9,6	3
Totalt	411	2	38,4	-1	10,7	3
Sykehuset Østfold HF	357	1	37,7	-5	9,5	6
Akershus universitetssykehus HF	453	11	35,0	10	13,0	0
Oslo universitetssykehus HF	337	-16	26,9	-24	12,5	11
Sykehuset Innlandet HF	344	1	34,8	-5	9,9	7
Vestre Viken HF	424	2	40,1	4	10,6	-2
Sykehuset i Vestfold HF	415	-6	35,8	-16	11,6	12
Sykehuset Telemark HF	503	14	54,1	9	9,3	4
Sørlandet sykehus HF	454	9	39,6	5	11,5	4
Diakonhjemmet sykehus	527	-4	47,8	-3	11,0	-1
Lovisenberg diakonale sykehus	795	19	61,9	21	12,8	-2
Helse Stavanger HF	441	-5	45,8	3	9,6	-8
Helse Fonna HF	392	-7	43,1	-2	9,1	-5
Helse Bergen HF	411	2	35,0	-1	11,7	3
Helse Førde HF	373	-3	40,1	-16	9,3	14
Betanien DPS	505	29	51,6	15	9,8	12
Jæren DPS	574	5	35,7	8	16,1	-3
Solli DPS	269	0	24,7	-1	10,9	1
Helse Møre og Romsdal HF	367	-1	35,3	-10	10,4	10
St. Olavs Hospital HF	434	-2	43,7	-2	9,9	0
Helse Nord-Trøndelag HF	405	18	41,3	14	9,8	3
Helgelandssykehuset HF	343	9	36,0	7	9,5	2
Nordlandssykehuset HF	335	9	34,2	5	9,8	4
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	334	-1	33,2	-2	10,1	1
Helse Finnmark HF	278	1	34,4	-6	8,1	8

Døgnaktivitet

Tabell 17.8 Kostnad per utskrivinger og kostnad per oppholdsdøgn i døgnavdelinger i psykisk helsevern for voksne i 2012 - 2013.

Foretak	Kostnad per opphold			Kostnad per oppholdsdøgn		
	Kroner 2013	Relativt kostnadsnivå 2013	Prosent realendring 2012-2013	Kroner 2013	Relativt kostnadsnivå 2013	Prosent realendring 2012-2013
Helse Sør-Øst	260 780	112	-3	11 942	108	3
Helse Vest	224 834	96	-6	9 859	89	-3
Helse Midt-Norge	184 279	79	-4	9 798	89	-2
Helse Nord	199 167	85	0	11 240	102	0
Totalt	233 227	100	-4	11 049	100	0
- Sykehus	297 044	127	-3	13 436	122	-0
- DPS	156 698	67	-4	7 871	71	2
Sykehuset Østfold HF	185 080	79	-1	8 835	80	2
Akershus universitetssykehus HF	227 344	97	-5	12 173	110	-1
Oslo universitetssykehus HF	725 424	311	-8	17 269	156	9
Sykehuset Innlandet HF	286 727	123	-7	12 140	110	2
Vestre Viken HF	257 279	110	-9	10 606	96	4
Sykehuset i Vestfold HF	240 239	103	6	14 315	130	15
Sykehuset i Telemark HF	198 069	85	6	9 268	84	-0
Sørlandet sykehus HF	157 095	67	-0	9 609	87	-3
Diakonhjemmet sykehus	338 276	145	20	20 995	190	33
Lovisenberg diakonale sykehus	311 969	134	-7	12 875	117	-2
Helse Stavanger HF	202 873	87	-2	7 673	69	-3
Helse Fonna HF	189 203	81	-12	9 373	85	-14
Helse Bergen HF	284 912	122	-4	11 805	107	2
Helse Førde HF	225 978	97	-25	12 002	109	-4
Betanien Bergen	192 373	82	9	8 757	79	-0
Jæren DPS	153 522	66	1	11 679	106	3
Solli sykehus	167 213	72	-15	9 418	85	-1
Voss DPS, NKS Bjørkeli	212 464	91	-4	7 290	66	-1
Helse Møre og Romsdal HF	167 665	72	-10	9 093	82	-3
St Olavs hospital HF	186 886	80	1	10 020	91	2
Helse Nord-Trøndelag HF	213 702	92	-7	10 633	96	-12
Helgelandssykehuset HF	180 279	77	-11	7 440	67	3
Nordlandssykehuset HF	275 377	118	-2	12 051	109	4
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	163 628	70	0	10 785	98	-4
Helse Finnmark HF	176 998	76	14	12 607	114	6

Tabell 17.9 Kapasitetsutnyttning ved døgnavdelinger med befolkningsansvar i det psykiske helsevernet for voksne i 2012 og 2013, etter helseregion og institusjonstype.

Helseforetak	Personellfaktor		Behandlerfaktor		Utskrivninger per årsverk		Gj.snittlig varighet		Beleggsprosent	
	2013	Pst end 2012-2013	2013	Pst end 2012-2013	2013	Pst end 2012-2013	2012	2013	2012	2013
Helse Sør-Øst										
Sykehus	4,98	-2	2,99	1	3,23	6	24	23	87	84
DPS	3,24	4	1,83	5	5,46	5	23	21	81	72
Totalt Helse Sør-Øst	4,30	1	2,54	4	3,88	5	23	22	84	79
Helse Vest										
Sykehus	4,35	3	2,80	6	3,60	0	24	23	91	93
DPS	2,80	-4	1,81	-4	6,11	8	22	21	83	83
Andre inst.	1,42	6	0,88	15	0,47	72	1006	552	96	98
Totalt Helse Vest	3,48	0	2,24	2	4,60	3	24	23	87	88
Helse Midt-Norge										
Sykehus	5,31	3	3,35	4	3,84	-5	17	18	75	79
DPS	2,55	-5	1,52	-6	7,16	16	22	20	80	78
Totalt Helse Midt-Norge	4,05	0	2,52	1	4,79	2	19	19	77	79
Helse Nord										
Sykehus	4,79	6	2,96	5	3,12	-7	24	24	82	80
DPS	3,98	4	2,03	7	6,59	-5	14	14	80	78
Totalt Helse Midt-Norge	4,38	5	2,50	5	4,70	-5	18	18	81	79
Totalt psykisk helsevern for voksne										
Sykehus	4,87	0	3,00	3	3,38	2	23	22	85	85
DPS	3,10	0	1,80	1	5,99	6	21	20	82	76
Andre inst.	1,42	6	0,88	15	0,47	72	1006	552	96	98
Totalt	4,07	1	2,46	3	4,25	4	22	21	84	81

Tabell 17.10 Kapasitetsutnyttning ved døgnavdelinger med befolkningsansvar i det psykiske helsevernet for voksne 2012 og 2013, etter helseforetak.

Helseforetak	Personellfaktor		Behandlerfaktor		Utskrivninger per årsverk		Gj.snittlig varighet		Beleggsprosent	
	2013	Pst end 2012-2013	2013	Pst end 2012-2013	2013	Pst end 2012-2013	2012	2013	2012	2013
Helse Sør-Øst	4,30	1	2,54	4	3,88	5	23	22	84	79
Helse Vest	3,48	0	2,24	2	4,60	3	24	23	87	88
Helse Midt-Norge	4,05	0	2,52	1	4,79	2	19	19	77	79
Helse Nord	4,38	5	2,50	5	4,70	-5	18	18	81	79
Totalt	4,07	1	2,46	3	4,25	4	22	21	84	81
Sykehuset Østfold HF	3,21	3	2,01	8	5,43	0	22	21	95	91
Akershus universitetssykehus HF	3,99	-6	2,62	-7	4,90	11	19	19	77	77
Oslo universitetssykehus HF	5,56	12	3,51	15	1,56	5	50	42	83	66
Sykehuset Innlandet HF	4,72	-4	2,54	-2	3,27	15	26	24	90	84
Vestre Viken HF	4,11	2	2,28	6	3,66	13	28	24	81	78
Sykehuset i Vestfold HF	4,99	15	2,55	9	4,36	-5	18	17	74	68
Sykehuset Telemark HF	3,75	2	1,86	2	4,55	-7	20	21	90	84
Sørlandet sykehus HF	3,89	-1	2,32	6	5,73	-1	16	16	79	76
Diakonhjemmet sykehus	7,15	38	4,45	37	3,17	-20	18	16	91	79
Lovisenberg diakonale sykehus	4,08	-17	2,86	-6	3,69	26	25	24	94	88
Helse Stavanger HF	3,06	-1	1,99	3	4,50	0	26	26	90	89
Helse Fonna HF	3,55	-19	1,83	-18	5,09	20	20	20	80	86
Helse Bergen HF	3,57	9	2,60	8	4,24	-2	26	24	95	94
Helse Førde HF	4,50	12	2,38	13	4,31	14	24	19	80	79
Betanien DPS	2,79	2	2,32	0	5,96	-10	20	22	79	90
Jæren DPS	5,00	11	2,85	12	5,56	-8	14	13	72	72
Solli DPS	3,73	1	2,27	-2	5,50	16	21	18	80	79
Voss DPS, Bjørkeli	2,70	-10	1,70	-13	4,64	14	30	29	65	74
Helse Møre og Romsdal HF	2,99	1	1,92	0	6,63	7	20	18	83	83
St. Olavs Hospital HF	4,73	5	2,97	6	4,14	-4	19	19	82	82
Helse Nord-Trøndelag HF	4,37	-17	2,48	-15	4,16	14	19	20	57	65
Helgelandssykehuset HF	3,23	11	1,92	1	4,67	5	28	24	76	74
Nordlandssykehuset HF	4,42	12	2,75	9	3,62	-5	24	23	80	73
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4,33	-3	2,36	-1	5,56	0	15	15	82	87
Helse Finnmark HF	5,26	16	2,50	27	4,94	-20	13	14	80	71

Forskjeller i kostnadsnivå

Tabell 17.11 Kostnadsnivå 2013 og innhold i tjenestene i døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne

Foretak	Kostnad per oppholdsdøgn (kroner)	DPS-døgn (prosent)	Varighet (gjennomsnitt dager)	SMI-døgn (prosent)	tvangs-innleggelser (prosent) ¹	Reinnleggings-rater
Voss DPS, NKS Bjørkeli	7 290	100	29	31	1	4
Helgelandssykehuset HF	7 440	100	24	31	0	6
Helse Stavanger HF	7 673	49	26	43	22	22
Betanien Bergen	8 757	100	22	45	1	26
Sykehuset Østfold HF	8 835	46	21	33	17	16
Helse Møre og Romsdal HF	9 093	50	18	42		16
Sykehuset i Telemark HF	9 268	49	21	37	17	24
Helse Fonna HF	9 373	48	20	34	19	18
Solli sykehus	9 418	100	18	36	3	11
Sørlandet sykehus HF	9 609	40	16	38	14	24
St Olavs hospital HF	10 020	41	19	44		19
Vestre Viken HF	10 606	45	24	39	19	16
Helse Nord-Trøndelag HF	10 633	50	20	32		9
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	10 785	52	15	42	17	18
Jæren DPS	11 679	100	13	56	13	33
Helse Bergen HF	11 805	42	24	48	21	23
Helse Førde HF	12 002	80	19	27	12	17
Nordlandssykehuset HF	12 051	28	23	25	14	20
Sykehuset Innlandet HF	12 140	35	24	42	13	13
Akershus universitetssykehus HF	12 173	49	19	39	21	17
Helse Finnmark HF	12 607	100	14	37	0	10
Lovisenberg diakonale sykehus	12 875	18	24	59	26	17
Sykehuset i Vestfold HF	14 315	37	17	57	19	18
Oslo universitetssykehus HF	17 269	19	42	55		16
Diakonhjemmet sykehus	20 995	45	16	43	25	16
Pearsons korrelasjonskoeffisient (* signifikant på 0.05-nivå)	1,000	-0,394	0,042	0,411*	0,469*	0,064

1) Informasjon om andel tvangsinnleggelser mangler for Oslo universitetssykehus HF og for foretak i Helse Midt-Norge.



18 Kapasiteten i TSB

Innen døgntilbudet i TSB er det 1715 døgnplasser ved utgangen av 2013 og det har vært en økning på 23 døgnplasser i løpet av siste år. Økningen finner sted innen det offentlige tilbudet. De regionale forskjellene med hensyn på dekningsrate; antall døgnplasser per innbygger, er blitt mindre i løpet av perioden 2008–2013.

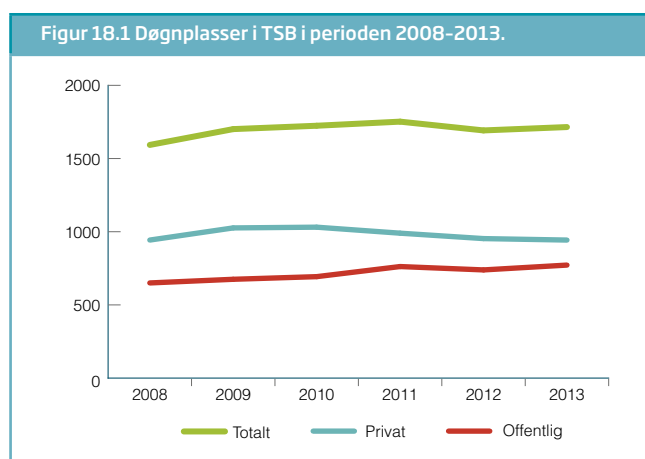
Den samlede personellressursen i TSB utgjør i overkant av 3800 årsverk i 2013. Antall årsverk er redusert med 3 prosent i løpet av siste året. Polikliniske årsverk øker lite fra 2012 til 2013, men utgjør nå en fjerdedel av personellressursene i TSB. Innslaget av ambulant virksomhet utgjør omlag 10 prosent av den polikliniske virksomheten.

Personellressursene er styrket gjennom økt kompetanse de siste 5 år. Andel årsverk med høyskole/ universitetsutdanning er på 70 prosent i 2013, mot 62 prosent i 2009. Videre utgjør årsverk med spesialisering eller videreutdanning innen psykisk helsearbeid/ rusproblematikker en tredjedel av årsverkene, mens en fjerdedel hadde slik kompetanse i 2009. Fokuset på helsefaglig kompetanse har medført at halvparten av årsverkene ved det offentlige tilbudet innen TSB har helsefaglig utdanning, mot 44 prosent i 2009. Ved det private tilbudet har andelen helsefaglige årsverk økt fra 34 til 41 prosent.

18.1 Nasjonale utviklingstrekk

Døgnplasser

Utviklingen av døgnplasser i TSB i perioden 2008 til er presentert i figur 18.1.



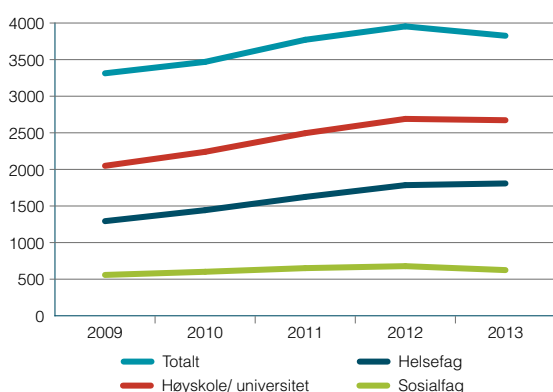
Antall døgnplasser økte fra 2008 til 2011, men i de to siste årene har veksten i antall døgnplasser stoppet opp. Den offentlige tjenesten har vært preget av omorganiseringer og nyetablering av rusposter ved helseforetak som tidligere manglet døgntjeneste innen TSB og samlet sett har antall døgnplasser økt. De avtalte døgnplassene med private behandlingssenheter i 2013 ligger på samme nivå som i 2008, og i alt 55 prosent av døgnplassene er ved private avtaleinstitusjoner. Det er så å si ingen bruk av institusjoner uten avtale.

Personell

Antall årsverk knyttet til behandlingstilbudet i TSB i perioden 2009–2013 er presentert i figur 18.2.

I løpet av perioden fra 2009 til 2013 ble det for hvert år flere årsverk med bakgrunn fra de helsefaglige utdanningene. Blant de sosialfaglige årsverkene, som her består av sosionomer og barnevernspedagoger, ser vi en

Figur 18.2 Årsverk totalt og personell med høyskole/universitetsutdanning innen helse- og sosialfag, personell med helsefaglig utdanning og personell med sosialfaglig utdanning i TSB i perioden 2009-2013.



nedgang i antall årsverk. Personell med høyskole- eller universitetsutdanning øker i perioden 2009-2012, men for det siste året er antall årsverk i denne kategorien redusert med en prosent. For perioden 2009 til 2012 var det en vekst i antall årsverk totalt i TSB, men for siste år var det en nedgang på tre prosent. Dersom vi holder nyetableringer og avviklede avtaleforhold utenfor, er reduksjonen i antall årsverk på to prosent siste år. Nye TSB enheter i 2013 utgjør om lag 60-70 årsverk hvor 2 av 3 er årsverk som tidligere var knyttet til psykisk helsevern for voksne. De enhetene som utgår er private avtaleinsti-

tusjoner som ikke har utført slik behandling på oppdrag for spesialisthelsetjenesten dette året, men som altså hadde slik aktivitet i 2012.

I tabell 18.1 er nøkkeltall for personellsammensetningen presentert. Det har vært et mål å styrke kompetansen i behandlingstilbudet i TSB. Som tabellen viser er 70 prosent av årsverkene knyttet til personell med høyskole eller universitetsutdanning innen helse- og sosialfaglig. I de øvrige 30 prosent av årsverkene inngår administrativt personell og servicepersonell samt personell som arbeider behandlingsrettet uten at de har en helse- og sosialfaglig utdanning. Eksempler på personell i den siste kategorien er personer under utdanning innen helse- og sosialfaglig retning og pedagoger. Blant de helse- og sosialfaglige årsverkene utgjør de helsefaglige årsverkene den største gruppen og i 2013 har nær halvparten av alle årsverkene i TSB en helsefaglig utdanning. Om lag en tredjedel av alle årsverkene har spesialisering i psykiatri, videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk. Det offentlige behandlingstilbudet har en høyere andel årsverk med helsefaglig personell, spesialisert/videreutdannet personell og personell med høyskole/universitetsutdanning sammenlignet med de private enhetene, men kompetansen har økt både ved det offentlige og det private spesialisthelsetjenestetilbudet i løpet av perioden 2009-2013.

Tabell 18.1 Nøkkeltall målt ved andel (prosent) årsverk i TSB i perioden 2009-2013.

Personellkategori	Offentlig/ privat	2009	2010	2011	2012	2013
Helsefaglig ¹	offentlig	44	46	48	50	51
	privat	34	36	36	39	41
	totalt	39	42	43	45	47
Sosialfaglig ²	offentlig	17	17	18	18	16
	privat	17	17	16	16	17
	totalt	17	17	17	17	16
Spesialisering/videreutdanning ³	offentlig	31	34	34	37	38
	privat	20	22	21	24	27
	totalt	26	28	29	32	34
Høyskole/universitetsutdanning	offentlig	67	70	73	74	74
	privat	56	58	57	60	63
	totalt	62	65	66	68	70

1) Helsefaglige årsverk inkluderer leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

2) Sosialfag inkluderer sosionomer og barnevernspedagoger.

3) Spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk.

Personell i poliklinisk virksomhet

Med poliklinisk virksomhet mener vi her både poliklinisk arbeid som utføres i behandlingsenhetens lokaler samt virksomhet som medfører at pasientene i større grad må oppsøkes utenfor institusjonen (ambulant virksomhet). I tillegg til at den polikliniske virksomheten øker; målt ved antall polikliniske konsultasjoner, har også poliklinisk virksomhet som andel av den totale virksomheten i TSB økt. I 2010 utgjorde polikliniske årsverk 22 prosent av alle årsverk i TSB, mens i 2013 er andelen på 26 prosent. I tabell 18.2 presenteres utviklingen av antall polikliniske årsverk i løpet av de siste fire år. Årsverkene presenteres i kategorier basert på den innrapporterte formelle helse- og sosialfaglige utdanningen personellet har gjennomført.

Veksten i antall årsverk knyttet til poliklinisk virksomhet er i all hovedsak knyttet til flere årsverk med helsefaglig kompetanse. En betydelig vekst er knyttet til personell med spesialisering i psykiatri og/eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk. Andelen av årsverkene med høyskole eller universitetsutdanning ligger på i underkant av 90 prosent i den polikliniske delen av tjenesten i 2013.

Omfanget av den ambulante virksomheten i den samlede polikliniske virksomheten, er presentert i tabell 18.3. Videre har vi i 2013 bedt sektoren gi oss anslag på omfanget av den polikliniske virksomheten som ikke er refusjonsberettiget.

Tabell 18.2 Årsverk innen poliklinisk/ambulant virksomhet i TSB etter utdanningskategorier i perioden 2010-2013.

Utdanningskategori	2010	2011	2012	2013	Endring i prosent	
					2010-2013	2012-2013
Helsefaglig	402	525	575	582	45	1
Lege	46	65	74	72	58	-3
Psykolog	193	246	255	272	41	6
Sykepleier/vernepleier	163	215	246	238	46	-3
Sosialfaglig (kun sosionom)	165	179	206	193	17	-6
Spesialisering/videreutdanning ¹	360	471	561	542	50	-3
Høyskole/universitetsutdanning ²	636	799	891	861	35	-3
Helse- og sosialfaglig totalt ³	678	802	895	889	31	-1
Totalt	754	855	963	976	29	1

1) Spesialisering i psykiatri, videreutdanning i psykisk helsearbeid og rusproblematikk.

2) Høyskole og/eller universitetsutdanning innen helse- og sosialfag.

3) Helse- og sosialfaglig utdanning fra vgs, høyskole og universitet.

Tabell 18.3 Ambulant virksomhet og ikke refusjonsgivende poliklinisk virksomhet i 2013

Utdanningskategori	Ambulant virksomhet		Virksomhet u/refusjon	
	(N=)	Andel (pst) av utdanningskategorien	(N=)	Andel av utdanningskategorien
Lege	3	4	8	11
Psykolog	12	4	9	3
Sykepleier/vernepleier	36	15	15	6
Helsefaglig	51	9	32	5
Sosialfaglig	28	12	24	10
Spesialisering/videreutdanning ¹	60	11	32	6
Høyskole/universitetsutdanning ²	92	11	56	6
Helse- og sosialfaglig totalt ³	93	10	63	7
Totalt	94	10	95	10

1) Spesialisering i psykiatri, videreutdanning i psykisk helsearbeid og rusproblematikk.

2) Høyskole og/eller universitetsutdanning innen helse- og sosialfag.

3) Helse- og sosialfaglig utdanning fra vgs, høyskole eller universitet.

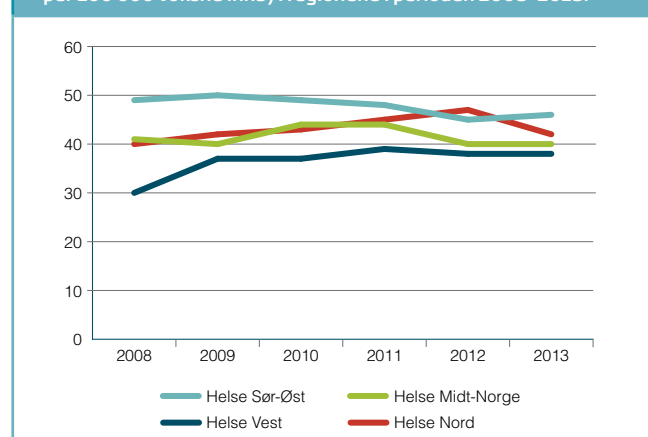
Anslagsvis 10 prosent av de polikliniske årsverkene er knyttet opp mot ambulant arbeid i TSB. Det er sykepleiere og sosialfaglig utdannet personell som i størst grad arbeider ambulant. Når det gjelder arbeid innen poliklinisk virksomhet som ikke er refusjonsberettiget, legger dette beslag på om lag 10 prosent av årsverkene. Dette kan eksempelvis være arbeid ved andre enheter enn de tradisjonelle godkjente poliklinikkene (inklusive dagenheter eller døgnenheter) eller ikke-direkte pasientrettet virksomhet slik som f.eks. administrativt arbeid i driften av den polikliniske virksomheten. Som tabellen viser er dette virksomhet hvor utdanningsgruppene helsepersonell, høyskole/universitetsutdanning, personell med spesialisering og/eller videreutdanning i mindre grad deltar.

18.2 Regionale utviklingstrekk

Døgnplasser

Dekningsratene for døgnplassene; antall døgnplasser per voksne innbyggere i regionene, er presentert i figur 18.3.

Figur 18.3 Dekningsrate for døgnplasskapasiteten (døgnplasser per 100 000 voksne innb) i regionene i perioden 2008–2013.



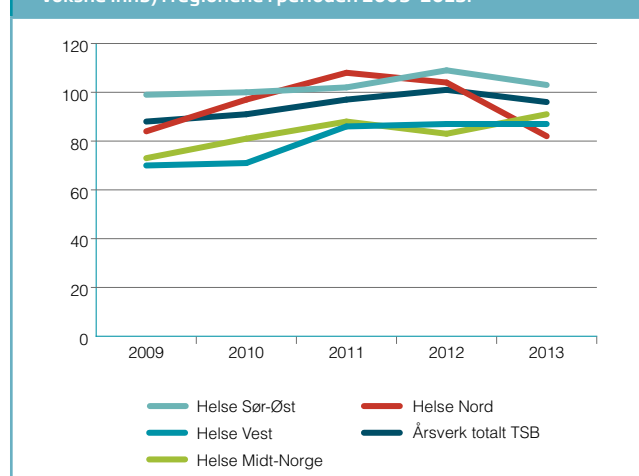
Fra figur 18.3 ser vi at de regionale forskjellene er blitt mindre i løpet av perioden 2008–2013. I tabell 18.5 er antall døgnplasser fordelt på offentlige og private enheter presentert for hele perioden. I løpet av det siste året ser vi en økning i offentlige plasser både i Sør-Øst og i Vest, mens i Nord er det en reduksjon i antall døgnplasser både ved offentlige og private avtaleinstitusjoner.

Oppbyggingen av offentlige enheter består både av omfordeling av ressurser fra psykisk helsevern og nyetableringer innen TSB. De regionale dekningsratene for 2012 og 2013 er presentert i tabell 18.6.

Personell

I årsverkene for TSB inngår både det offentlige behandlingstilbudet i helseforetakene og årsverk ved de private avtaleinstitusjonene regionene har avtale med. Årsverk totalt i TSB er basert på registertall og gir ett samleanslag på personellressursen innen sektoren. De regionale årsverkstallene er basert på årsverk ved de offentlige enhetene samt regionens avtalefestende andel fra den private kapasiteten. Regionale dekningsrater er presentert i tabell 18.10.

Figur 18.4 Dekningsrate for personell i TSB (årsverk per 100 000 voksne innb) i regionene i perioden 2009–2013.

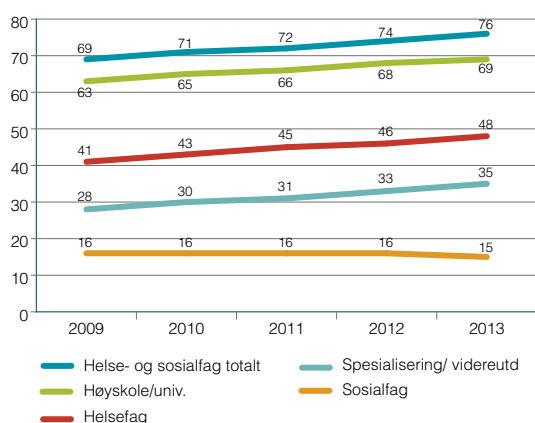


Fra figur 18.4 ser vi at de regionale forskjellene er blitt mindre fra 2009 til 2013. Personelldekningen i Helse Sør-Øst ligger over landsgjennomsnittet, mens de øvrige regionene ligger under. Med unntak av personellraten for Helse Nord har dette vært situasjonen i hele 5-årsperioden. Både Helse Vest og Helse Midt-Norge har imidlertid hatt en økning i personellraten i løpet av perioden. Totalratene inneholder ulik bruk av private tilbud og ulik årsverksprofil i det offentlige og private tilbudet. I figur 18.5–18.8 er nøkkeltall for personellsammensetningen i de fire regionene i perioden 2009–2013. I tabell 18.8 er antall årsverk fordelt på offentlig og privat presentert for hele perioden.

Helse Sør-Øst

Personellsammensetningen ved enhetene i Helse Sør-Øst er presentert samlet i figur 18.5.

Figur 18.5 Andel årsverk (av alle årsverk) innen helsefag/sosialfag/ spesialisering/videreutdanning i Helse Sør-Øst 2009–2013.

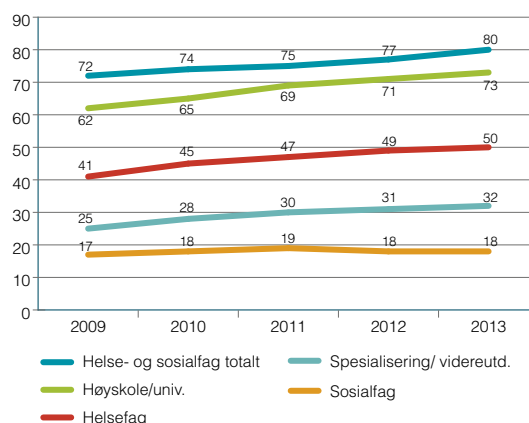


De fleste indikatorene for kompetanseprofilen i Helse Sør-Øst viser en jevn stigning i perioden 2009–2013 (figur 18.5), og dette gjelder også for offentlig og privat tilbud hver for seg. Unntaket er andel sosialfaglig personell hvor nivået er uendret gjennom perioden. Regionen har høy kompetanse i sitt offentlige tilbud; andel helse- og sosialfaglige årsverk er i 2013 på over 80 prosent, 75 prosent har høyskole eller universitetsutdanning, over halvparten av årsverkene har helsefaglig utdanning og i alt to av fem årsverk har spesialisering i psykiatri eller videreutdanning innen psykisk helsearbeid eller rusproblematikk. Økningen i andel helse- og sosialfaglig personell og personell med høyskole- eller universitetsutdanning er på 5 prosentpoeng, mens helsefaglige årsverk og årsverk med spesialisering innen psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk øker med 7 prosentpoeng. Det private tilbudet i regionen hadde 60 prosent helse- og sosialfaglige årsverk i 2009, og har økt andelen til 67 prosent i løpet av perioden. Status per 2013 for det private tilbudet i regionen er at 60 prosent av årsverkene knyttet til personell med høyskole eller universitetsutdanning, 38 prosent har helsefaglig utdanning og om lag en fjerdedel har spesialisering i psykiatri eller videreutdanning innen psykisk helsearbeid eller rusproblematikk.

Helse Vest

Personellsammensetningen ved enhetene i Helse Vest er presentert samlet i figur 18.6.

Figur 18.6 Andel årsverk (av alle årsverk) innen helsefag/sosialfag/ spesialisering/videreutdanning i Helse Vest 2009–2013.

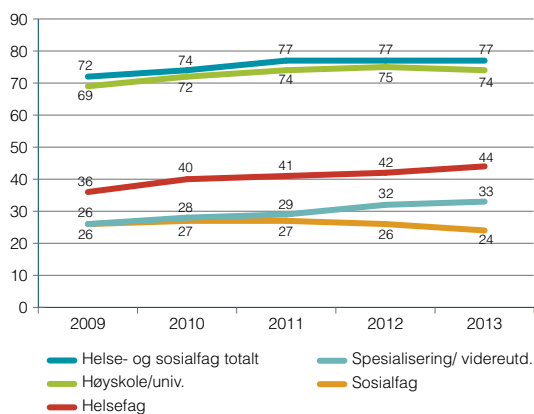


De fleste indikatorene for Helse Vest viser en jevn stigning i perioden (figur 18.6), og dette gjelder også for offentlig og privat tilbud hver for seg. Helse Vest har en høy andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning og i 2013 lå andelen på 84 og 76 prosent ved henholdsvis offentlige og private enheter. Ved de offentlige enhetene var andelen stabil gjennom perioden, mens ved det private tilbudet økte andelen fra 69 prosent som var nivået i 2009. Andel årsverk med høyskole eller universitetsutdanning var på samme nivå i privat og offentlig TSB i 2009, men økte med hhv. 7 og 13 prosentpoeng for den private og offentlige virksomheten i løpet av femårsperioden. Andel helsefaglige årsverk, i likhet med andel årsverk med høyere utdanning, ligger på ett høyere nivå i Helse Vest sammenlignet med de øvrige regionene. Ved det private tilbudet er andelen på 52 prosent i 2013 og den økte med 11 prosentpoeng i løpet av perioden. Andel helsefaglige årsverk ved de offentlige enhetene var på 38 prosent i 2009 og økte til 49 prosent i 2013. Innen det private tilbudet i Helse Vest var andel sosialfaglige årsverk redusert fra 17 til 14 prosent i perioden, mens ved det offentlige tilbudet ligger andel sosialfaglige årsverk på 22 prosent. Andel årsverk med spesialisering eller videreutdanning økte fra 34 prosent i 2009 til 39 prosent i 2012, men er for 2013 gått ned til 35 prosent. Ved det private tilbudet var andelen lite endret fra 2009 til 2012, men økte siste år og ligger på 28 prosent av årsverkene.

Helse Midt-Norge

Personellsammensetningen ved enhetene i Helse Midt-Norge er presentert samlet i figur 18.7.

Figur 18.7 Andel årsverk (av alle årsverk) innen helsefag/sosialfag/ spesialisering/videreutdanning i Helse Midt-Norge 2009–2013.

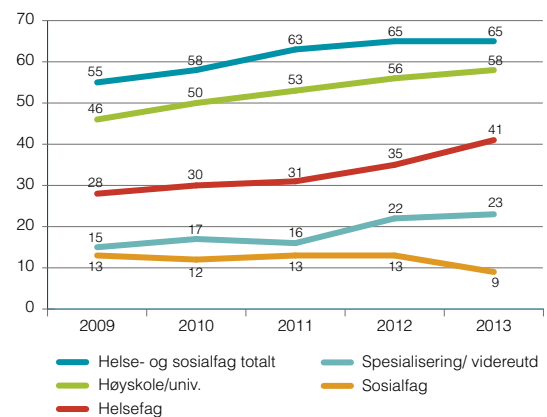


I Helse Midt-Norge var andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning på 81 prosent ved de offentlige og 72 prosent ved det private tilbudet i 2013. Økningen ved begge tilbud utgjør 4 prosentpoeng i løpet av perioden. Andel årsverk med høyskole eller universitetsutdanning var på 77 prosent av årsverkene i det offentlige tilbudet mens 71 prosent av årsverkene i det private tilbudet hadde slik kompetanse. Endringen fra 2009 utgjør en økning på 3 og 7 prosentpoeng ved hhv det offentlige og det private tilbudet. Andel helsefaglige årsverk utgjør 48 prosent av årsverkene ved de offentlige enhetene og 39 prosent ved de private enhetene i 2013. Økningen fra 2009 utgjør ni prosentpoeng ved det offentlige tilbudet og fem prosentpoeng ved det private tilbudet. Regionen ligger høyt med hensyn på andel sosialfaglige årsverk i TSB. I 2009 var 30 prosent av årsverkene i det offentlige tilbudet sosionomer eller barnevernspedagoger. Tilsvarende andel i det private var på 22 prosent. I 2013 er det liten forskjell mellom offentlig og privat tilbud når det gjelder innslaget av sosialfaglig kompetanse. I 2013 var andel årsverk med spesialisering eller videreutdanning på 36 prosent av årsverkene ved det offentlige tilbudet, mens 30 prosent av årsverkene ved det private tilbudet hadde slik tilleggsgutdanning og økningen fra 2009 utgjør sju prosentpoeng for begge tilbudene.

Helse Nord

Personellsammensetningen ved enhetene i Helse Nord er presentert samlet i figur 18.8.

Figur 18.8 Andel årsverk (av alle årsverk) innen helsefag/sosialfag/ spesialisering/videreutdanning i Helse Nord 2009–2013.



Utviklingen i personellsammensetningen i Helse Nord viser en tilsvarende utviklingen som i de øvrige regionene, men nivået ligger lavere på alle indikatorer. Det er også betydelige forskjellen mellom offentlig og privat tilbud med hensyn på personellsammensetning. I Helse Nord var andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning i det offentlige tilbudet på 68 prosent av årsverkene i 2013 og økningen siden 2009 utgjør 8 prosentpoeng. Ved det private tilbudet i Helse Nord var andelen på 50 prosent i 2012 mot 42 prosent i 2009. Årsverk med høyskole eller universitetsutdanning utgjør 61 prosent av det offentlige tilbudet, mens ved de private avtaleinstitusjonene har 42 prosent av årsverkene slik utdanning. Økningen fra 2009 utgjør ni prosentpoeng ved de offentlige enhetene og ti prosentpoeng for det private tilbudet. Andel årsverk med helsefaglig utdanning ved det offentlige tilbudet har økt fra 31 til 43 prosent i løpet av perioden. Innen det private tilbudet lå andelen på 19 prosent i 2009, mens i det private tilbudet i 2013 er andelen helsefaglig personell på 27 prosent. Andel sosialfaglige årsverk ved de offentlige og private enhetene er på henholdsvis ni og 12 prosent i 2013, mens i 2009 var 15 prosent av de offentlige årsverkene sosialfaglige, mens 10 prosent av årsverkene ved de private hadde sosial faglig utdanning. Andel årsverk med spesialisering utgjør 26 prosent av alle årsverkene ved det offentlige tilbudet i regionen, og ved det private tilbudet

har ni prosent slik spesialisering /videreutdanning. Ved det offentlige tilbudet har andelen økt med åtte prosentpoeng, mens ved det private tilbudet har det ikke vært noen endring i andel årsverk med slik kompetanse.

Polikliniske årsverk

Polikliniske årsverk innrapporteres gjennom en egen manuell innsamling i forbindelse med Samdata, og dekningsrater for polikliniske årsverk i regionene foreligger nå for perioden 2010–2013 og er presentert i tabell 18.4.

Tabell 18.4 Dekningsrater for årsverk innen poliklinisk/ambulant virksomhet.

Helseforetak	Rater per 100 000 voksne innbyggere			
	2010	2011	2012	2013
Helse Sør-Øst	25	26	28	29
Helse Vest	16	22	25	24
Helse Midt-Norge	14	15	17	20
Helse Nord	9	8	9	11
Totalt	20	22	24	25

De regionale forskjellene er vedvarende gjennom hele fireårsperioden og følger samme mønster som dekningsratene for polikliniske konsultasjoner. Veksten gjenspeiler en økt ressursbruk innen denne spesialisthelsetjenesten og dette gjenfinnes i nesten alle regionene. Helse Nord ligger imidlertid lavt med hensyn dekningsrate gjennom hele perioden og ligger under 50 prosent av landsgjennomsnittet.

18.3 Datagrunnlag og definisjoner

Døgnplasser

Døgnplasser rapporteres til SSB på skjema 38 og oversendes Helsedirektoratet for bruk i Samdata. I tillegg gjøres det kontroll mot andre opplysninger om institusjonen på nettsider og avklaringer gjøres gjennom fore-spørslar rettet mot enkeltinstitusjonene.

Av de større endringene kan vi nevne opprettelse av nytt tilbud ved Akershus universitetssykehus i form av flere døgnplasser ved ARA Follo (januar 2013) og ny enhet ARA Elvestad (oktober 2013). Ved Helse Førde er det opprettet en ruspost ved Nordfjord DPS (oktober 2012). Stiftelsen Finnmarkskollektivet, Fossen Rusbehandling og Langørjan Gård er ute av drift pt. Nybøle og Karmsund ABR leverer ikke TSB for 2013 og Phoenix Haga har ikke avtale med Helse Sør-Øst for 2013.

Samarbeidsavtaler med de private ideelle institusjonene og Helse Sør-Øst ble inngått 1.7.2012 etter gjennomført anbudsrunde i perioden 2011/2012. Denne gangen ble det inngått løpende avtaler, uten tidsavgrensning. I tillegg inngås ytelsesavtaler som spesifiserer leveransen i form av antall døgnplasser, behandlingsvolum og type behandlingstilbud som institusjonen forplikter seg til å levere. Ytelsesavtalen fornyes etter 1 ½ år. Borgestad-klinikken, avdeling Skien og Bragernes er godkjent som sykehus etter lov om sykehus (15.6.1977), med avdelinger for inneliggende pasienter, poliklinikk og laboratorium. Spørsmålet om løpende avtale for denne institusjonen ble tatt opp i Stortingets spørretime for flere år siden. Gjeldende fra 1.7.2012 har Helse Sør-Øst avtale om 12 døgnplasser innen TSB med Manifestsentrret. Manifestsentrret hadde tidligere avtale om levering av behandlingstjenester innen psykisk helsevern for hele sin virksomhet og av den grunn ble enheten ansett som en institusjon innen psykisk helsevern i Samdata 2012. Selv om institusjonen heller ikke for 2013 rapporterer regnskap på TSB, er avtalen om TSB-plasser tatt hensyn til med påfølgende korrigering av 2012-tall i årets Samdata.

Personell

Årsverk for perioden 2009–2013 er basert på registeruttrekk for hele spesialisthelsetjenesten som administreres av SSB. Årsverksstatistikken for TSB for perioden 2006–2008 var basert på registeruttak av institusjonsopplysninger som ble utlånt (for oppbevaring i 5 år) til Sintef for å lage årsverksstatistikk i Samdata Rusbehandling 2006, 2007 og 2008. Disse opplysningene er kun tilgjengelig som sumtall fra statistikkproduksjonen som

ble gjort den gangen. I dette datauttaket ble det den gangen valgt å ikke ekskludere legemeldte sykefravær. Ved analyser av perioden før 2009 må det gjøres ny bestilling fra SSB. Samdata mottar årlig årsverksdata fra register administrert av SSB. Utleveringen fra SSB kan først gjøres etter SSBs publiseringstidspunkt som i år var 13.juni 2013. Tallene kontrolleres og justeres når vi avdekker uoverensstemmelser mellom registerdata og øvrig informasjon om polikliniske årsverk, døgnkapasitet og aktivitet ved enhetene. Polikliniske årsverk innhentes gjennom en egen manuell innsamling som for tiden utføres i Samdata. Polikliniske årsverk gjennomgår en egen kontroll hvor innrapporteringen sjekkes mot tidligere års rapportering og mot øvrige opplysninger i Samdatakontrollen som pågår i april-juni. For årsverksstatistikken som presenteres i år, er det gjort endringer i de registerbaserte årsverkene for en noen institusjoner:

Sykehuset Østfold har omorganisert sin døgnvirksomhet og i registertallene mangler årsverk for Avdeling for rusbehandling, seksjon utredning og behandling. Tall for seksjonen er innhentet manuelt fra helseforetaket. ARA Follo, Akershus universitetssykehus, mangler registerårsverk for poliklinikken og dette er korrigert inn manuelt. Rusakuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus er kodet med sektor psykisk helsevern for barn og unge, men tilhører TSB. Ruspoliklinikkene ved Kongsberg og Ringeriket inngår i TSB, både for 2012 og 2013, i henhold til opplysninger fra helseforetaket Vestre Viken og utgår dermed fra psykisk helsevern. Drammen DPS, ruspoliklinikken, som tidligere var inkludert i ARP ved Sykehuset i Buskerud opptre ikke som egen enhet i registertallene og korrigeres inn manuelt. Nordre Vestfold DPS og Søndre Vestfold DPS har ruspoliklinisk virksomhet som er inkludert i TSB. Tilsvarende situasjon har vi også Sykehuset i Telemark som gjennom desentraliseringen av LAR og annen virksomhet innen TSB har TSB-årsverk og konsultasjoner knyttet til DPS Notodden/ Seljord, DPS Porsgrunn, DPS Skien og DPS Vestmar. Her blir de registerbaserte årsverkene splittet mellom psykisk

helsevern og TSB i henhold til de opplysningene vi mottar fra helseforetaket vedrørende omfanget av TSB relatert virksomhet. Ved Sørlandet sykehus er ARA døgnpost ved Byglandsfjord delt mellom TSB og psykisk helsevern fra og med 1.9.2012 og i sin helhet konvertert til TSB 1.10.2013 noe som bidro med 7 flere døgnplasser. Byglandsfjorden er imidlertid i sin helhet definert som TSB med hensyn på regnskap og personell. Ved Manifest-sentret er årsverk knyttet til de 12 avtaleplassene innen TSB, innhentet spesielt. Diakonhjemmets ruspolikliniske virksomhet er ikke skilt ut som TSB. Ruspoliklinikken ved Vinderen DPS har imidlertid vært i virksomhet i mange år. Heller ikke Diakonhjemmet leverer regnskap på TSB, men ruspoliklinikken er nå definert som en del av TSB fra og med 2012. Årsverk ved ruspoliklinikken er innhentet manuelt. Frelsesarméen, Fetsund innehar avtale med Helse Sør-Øst fra og med 1.7.2012. Enheten inngår ikke i registertallene og tall på årsverk er mottatt fra SSB etter egen forespørsel. Ved Sykehuset Levanger, rusrelatert psykiatri (ARP) er det rapportert få årsverk og årsverk fra manuell innhenting er benyttet og registertall er korrigert. Karmsund ABR senter stiftelsen inngår i registertallene, men har ikke levert behandlingstjenester innen TSB i 2013 og ekskluderes fra årsverkstallene for TSB i 2013.

Kvaliteten i de registerbaserte årsverkene er avhengig av at alle helseforetakene melder inn nye enheter til Enhetsregisteret, slik at et eget organisasjonsnummer opprettes for enheten samt at endringer i ansattes arbeidsforhold oppdateres i A/A registret (NAV).

Årsverkene ved de offentlige enhetene fordeles deretter ut på tilknytningsregion og de private enhetene fordeles til avtaleregion for å fremskaffe regiontall på årsverkskapasitet som er avsatt til TSB. I tilfeller hvor den private enheten har avtale med flere regioner, fordeles årsverkene i henhold til de regionale avtalenes omfang. Alle årsverk registrert ved enheten inngår og i tillegg er helseforetakets fellesfunksjoner fordelt i henhold til andel årsverk enheten bidrar med i helseforetaket.

18.4 Kapasiteten i TSB-oversiktstabeller

Døgnplasser

Tabell 18.5 Døgnplasskapasiteten ved offentlige enheter og private avtaleplasser i perioden 2008–2013.

Utdanningskategori		2008	2009	2010	2011	2012	2013	Endring 2008-2013	Endring 2012-2013
Helse Sør-Øst	Offentlig	423	442	431	428	408	433	16	25
	Privat	590	619	611	613	590	591	-15	1
	Totalt	1013	1061	1042	1041	998	1024	1	26
Helse Vest	Offentlig	45	56	68	126	132	144	98	12
	Privat	180	224	224	183	172	172	-7	0
	Totalt	225	280	292	309	304	316	91	12
Helse Midt-Norge	Offentlig	111	101	112	117	101	104	6	3
	Privat	101	108	121	120	115	114	20	-1
	Totalt	212	209	233	237	216	218	26	2
Helse Nord	Offentlig	71	76	82	90	98	91	4	-7
	Privat	72	75	75	75	76	66	5	-10
	Totalt	143	151	157	165	174	157	9	-17
Totalt	Offentlig	650	675	693	762	739	772	124	33
	Privat	943	1026	1031	990	953	943	3	-10
	Totalt	1593	1701	1724	1752	1692	1715	127	23

Tabell 18.6 Døgnplasser per 100 000 voksne innbyggere innen de regionale helseforetak.

Helseforetak	Rate per 100 000 voksne innb.		Prosent av landet totalt	
	2012	2013	2012	2013
Helse Sør-Øst	48	45	106	104
Helse Vest	39	38	86	88
Helse Midt-Norge	44	40	98	93
Helse Nord	45	47	99	110
Totalt	45	43	100	100

Personell

Tabell 18.7 Årsverk totalt i TSB etter utdanningsgrupper for perioden 2009-2013.

	2009	2010	2011	2012	2013	Endring i prosent	
						2009-2013	2012-2013
Psykiatere	25	40	49	60	68	169	14
Andre leger	60	72	93	111	101	69	-8
Psykologer	298	336	373	406	438	47	8
Sykepleiere	682	748	850	938	935	37	0
Vernepleiere	226	246	258	271	265	17	-2
Sosionomer	400	441	479	489	457	14	-6
Barnevernspedagoger	158	161	172	189	167	6	-12
Annet helse- og sosialfaglig personell med høysk/univ	199	197	223	228	233	17	2
Helse- og sosialfaglig personell med vgs	222	211	224	242	234	6	-3
Annet personell ¹	1042	1017	1051	1022	927	-11	-9
Totalt	3313	3469	3771	3954	3826	16	-3

1) Her inngår personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, eksempelvis pedagoger, økonomer, personell i utdanning eller ufaglærte.

Tabell 18.8 Årsverk i TSB i perioden 2009-2013.

Helseforetak		2009	2010	2011	2012	2013	Endring 2009-2013	Endring 2012-2013
Helse Sør-Øst	Offentlig	1237	1328	1380	1489	1433	196	-56
	Privat	855	808	844	925	872	16	-54
	Totalt	2093	2136	2224	2414	2305	213	-109
Helse Vest	Offentlig	93	108	287	333	386	294	53
	Privat	444	446	396	370	328	-116	-42
	Totalt	537	555	683	703	714	178	11
Helse Midt-Norge	Offentlig	189	229	252	237	281	92	43
	Privat	192	197	215	214	218	26	3
	Totalt	380	426	467	451	498	118	47
Helse Nord	Offentlig	219	251	286	298	255	37	-42
	Privat	84	101	110	87	53	-31	-34
	Totalt	303	352	396	385	309	5	-77
Totalt	Offentlig	1738	1916	2205	2358	2356	618	-2
	Privat	1575	1552	1566	1597	1471	-104	-126
	Totalt	3313	3469	3771	3954	3826	514	-128

Tabell 18.9 Årsverk totalt i TSB i 2013.

Helseforetak	Leger	Psykologer	Sykepleier/vernepleier	Barnevernsped/sosionom	Helse og sosialfaglig personell ¹	Totalt
Helse Sør Øst	115	281	707	346	1741	2305
Helse Vest	32	93	234	131	573	714
Helse Midt-Norge	18	43	159	119	384	498
Helse Nord	5	22	99	28	201	309
Totalt	170	438	1200	624	2900	3826

1) Helse- og sosialfaglig utdanning fra vgs, høyskole eller universitet.

Tabell 18.10 Dekningsrate for utdanningskategorier i TSB i 2013. Rate per 100 000 voksne innbyggere.

Helseforetak	Leger	Psykologer	Sykepleier/ vernepleier	Barnevernsped/ sosionom	Helse og sosial- faglig personell ¹	Totalt
Helse Sør Øst	5,1	12,5	31,6	15,4	77,8	103
Helse Vest	3,9	11,3	28,5	16	69,7	86,9
Helse Midt-Norge	3,4	7,8	29,1	21,8	70,2	90,9
Helse Nord	1,3	5,8	26,2	7,5	53,5	82,1
Totalt	4,3	11	30,1	15,7	72,8	96

1) Helse- og sosialfaglig utdanning fra vgs, høyskole eller universitet.

Tabell 18.11 Årsverk i TSB per 100 000 voksne innbyggere i prosent av landet totalt.

Helseforetak	Leger	Psykologer	Sykepleier/ vernepleier	Barnevernsped/ sosionom	Helse og sosial- faglig personell ¹	Totalt
Helse Sør Øst	120	114	105	99	107	107
Helse Vest	91	103	95	102	96	90
Helse Midt-Norge	79	71	97	139	96	95
Helse Nord	31	53	87	48	74	85
Totalt	100	100	100	100	100	100

1) Helse- og sosialfaglig utdanning fra vgs, høyskole eller universitet.

Tabell 18.12 Nøkkeltall for personellsammensetningen i TSB i 2013.

Helseforetak	Offentlig/ privat	Totalt antall årsverk	Helse og sosial- faglige årsverk (pst) ¹	Helse/ sosial ratio ²	Spesialisering ³	Høyskole/ universitet (pst) ⁴
Helse Sør-Øst	Offentlig	1433	81	3,8	41	75
	Privat	872	67	2,3	26	60
	Totalt	2305	76	3,2	35	69
Helse Vest	Offentlig	386	84	2,2	35	76
	Privat	328	76	3,8	28	69
	Totalt	714	80	2,7	32	73
Helse Midt-Norge	Offentlig	281	81	2	36	77
	Privat	218	72	1,7	30	71
	Totalt	498	77	1,8	33	74
Helse Nord	Offentlig	255	68	5	26	61
	Privat	53	50	2,3	9	42
	Totalt	309	65	4,4	23	58
Totalt	Offentlig	2356	80	3,2	38	74
	Privat	1471	69	2,5	27	63
	Totalt	3826	76	2,9	34	70

1) Andel årsverk med utdanning fra vgs, høyskole eller universitet.

2) Antall helsefaglige årsverk dividert med antall sosialfaglige årsverk. Helsefaglige årsverk inkluderer leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere. Sosialfaglige årsverk inkluderer sosionomer og barnevernspedagoger.

3) Andel av alle årsverk som har en spesialisering i psykiatri eller videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk.

4) Andel av alle årsverk som har en høyskole eller universitetsutdanning innen helse- og sosialfaglig retning.

19

Befolkningens bruk av TSB

Om lag 29 500 pasienter har mottatt behandling i TSB i 2013. Om lag 30 prosent av pasientene har mottatt døgntilbud, mens de øvrige har kun vært i kontakt med TSB gjennom dag- eller poliklinisk behandlingstilbud. Dekningsraten for døgntilbud i TSB er 21 per 10 000 voksne innbyggere. Det er små regionale forskjeller i fordelingen av dette tilbudet.

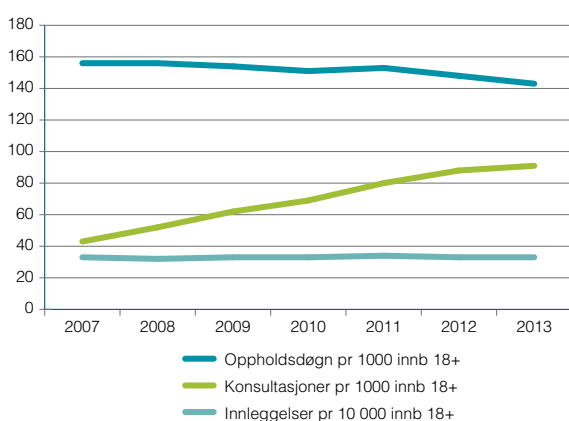
Sett under ett er pasientraten for behandling i TSB på 85 per 10 000 voksne innbyggere i 2013. Det er store forskjeller mellom bostedsområdene som det polikliniske tilbudet bidrar til. Når vi i tillegg inkluderer rusbehandling som utføres i psykisk helsevern, bidrar dette til en viss grad utjevning av de geografiske forskjellene.

I 2013 utgjør volumet av døgntilbud i TSB i overkant av 570 000 oppholdsdøgn og i underkant av 13 000 innleggelser. Det nasjonale volumet i oppholdsdøgn er redusert med to prosent fra 2012 til 2013 mens antall innleggelser er uendret. Antall pasienter i døgntilbud er beregnet ut fra innrapporterte pasientdata og er beregnet til 8 552 personer i 2013 som utgjør en nedgang på to prosent fra året før.

19.1 Nasjonale utviklingstrekk

Nasjonale utviklingstall for TSB i perioden fra 2007 til 2013 er presentert i figur 19.1.

Figur 19.1 Dekningsrater for oppholdsdøgn, innleggelser og konsultasjoner i TSB i perioden 2007-2013.



Døgntilbudet i perioden er beskrevet ved innleggelser og oppholdsdøgn per innbygger. Antall innleggelser per innbygger ligger på samme nivå gjennom hele perioden. Utviklingen innen døgntilbudet er også preget av en svak nedgang i oppholdsdøgn per innbygger. Bakgrunnen for denne utviklingen er at økningen i døgntilbud innen TSB er rettet mot etablering av avrusningsenheter og korttidsbehandling. En slik dreining vil i seg selv generere færre oppholdsdøgn og flere innleggelser fordi behandlingen ved avrusningsenhetene har kortere varighet sammenlignet med annen døgntilbud i TSB.

Antall konsultasjoner per innbygger øker gjennom hele perioden og flater ut siste år. De nye retningslinjene for LAR trådte i kraft 1.1.2010¹. LAR har vært en del av RHF-enes ansvar fra 2004, men virksomheten har vært organisert i egne LAR-sentre. I forskriften tydeliggjøres det at LAR skal integreres i spesialisthelsetjenesten i og med at beslutning om innskrivning i og utskrivning fra

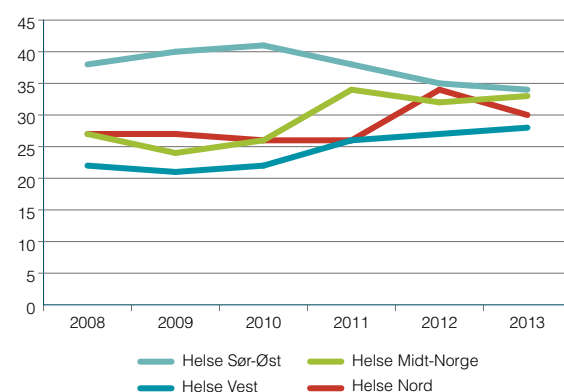
1) <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Sider/default.aspx>

LAR skal gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten. Dette har medført at HF-ene har opprettet egne LAR-enheter. Statistikken for TSB har gjennom hele perioden siden 2004 inkludert virksomheten fra LAR-sentrene i den grad enhetene har rapportert og ved manglende rapportering er tall innhentet særskilt. Det kan imidlertid ikke utelukkes at omleggingen fra LAR-sentre til integrerte LAR-enheter i HF-ene bidrar til økt kompletthet i rapporteringen av denne virksomheten. I perioden 2007–2013 har andel refusjonsberettigede konsultasjoner økt fra 81 til 88 prosent. Bakgrunnen for dette er at økningen i poliklinisk virksomhet i størst grad skjer ved helseforetakene hvor den tradisjonelle polikliniske virksomheten har dominert. Både ved HF-ene og i de pasientadministrative system er det uklarheter vedrørende registrering av virksomhet som ikke er refusjonsberettiget. Oppfølging av døgnpasienter etter utskrivning fra en døgnenhet, ambulant virksomhet (ikke egne takster), gruppebehandling (refusjon per gruppe) og virksomhet ved enhet som ikke er godkjent poliklinikk² er eksempler på dette.

19.2 Regionale utviklingstrekk

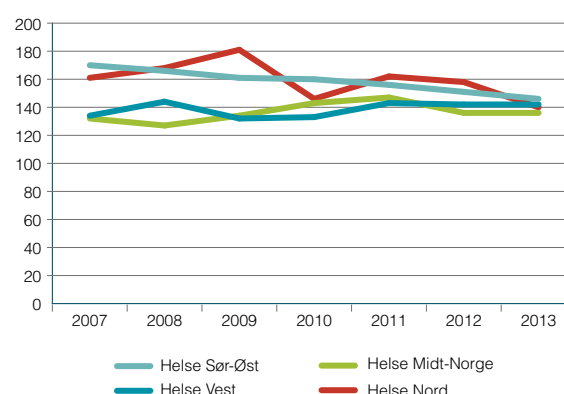
For døgnpasienter bosatt i Helse Sør-Øst har det vært en nedgang i både antall oppholdsdøgn, antall innleggelser og antall pasienter i døgnbehandling i løpet av det siste året. For Helse Vest har antall oppholdsdøgn og antall innleggelser økt siden 2012, mens antall døgnpasienter er redusert. Helse Midt Norge har hatt ett økt behandlingsvolumet for sin befolkning både med hensyn på oppholdsdøgn, innleggelser og døgnbhandlede pasienter. Helse Nord har hatt ett redusert volumet i døgntilbudet siden 2012, både når vi ser på oppholdsdøgn, innleggelser og antall pasienter. I figur 19.2 vises utviklingen i regionenes dekningsrate for innleggelser i perioden fra 2008 til 2013.

Figur 19.2 Antall innleggelser per 10 000 voksne innbyggere i TSB i perioden 2008-2013.



De regionale forskjellene i innleggelsesrater er blitt mindre i løpet av perioden fra 2008 til 2013. Dette har skjedd ved at Helse Sør-Øst, som lå høyt i starten av perioden, har hatt en reduksjon i dekningsrate. Samtidig har de øvrige regionene, og spesielt Helse Vest, økt dekningsraten. Helse Nord har et varierende forløp i perioden. I figur 19.3 er antall oppholdsdøgn per voksne innbyggere i regionene presentert.

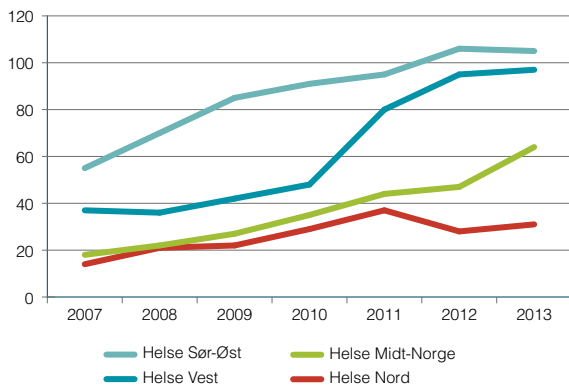
Figur 19.3 Antall oppholdsdøgn per 1 000 voksne innbyggere i TSB i perioden 2007-2013.



Også når det gjelder dekningsraten for oppholdsdøgn, er forskjellen mellom regionene mindre i 2013 sammenlignet med starten av perioden. Det er særlig reduksjonen i Helse Sør-Øst som bidrar til å redusere variasjonen mellom regionene. Helse Nord har også her et variabelt forløp i perioden. I figur 19.4 er antall konsultasjoner per voksne innbyggere i regionene presentert.

2) <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/for/ff-20071219-1761.html>

Figur 19.4 Antall konsultasjoner per 1 000 voksne innbyggere i TSB i perioden 2007-2013.



Når det gjelder det polikliniske tilbudet i TSB er det store regionale forskjeller også i 2013. Når det gjelder veksten i polikliniske konsultasjoner kan organiseringen av LAR i helseforetakene være en faktor som bidrar noe. Selv om den nye LAR-forskriften³ trådte i kraft i 2010, ble f.eks LAR Rogaland overtatt av Helse Stavanger i 2009. Omleggingsprosessen pågikk trolig over noen år når man ser helseforetakene under ett. De spesialiserte LAR-sentrene var godkjent av departementet med hjemmel i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek⁴. Etter rusreformen ble LAR-sentrene en del av spesialisthelsetjenesten, men ikke fullt ut samorganisert med den øvrige spesialisthelsetjenesten. LAR-sentrene mottok henvisningene til LAR, vurderte behovet for behandling og deltok i oppfølgingen av pasientene. Den nye LAR-forskriften medførte blant annet at indikasjonen for LAR skal vurderes av lege i spesialisthelsetjenesten, men ikke spesifikt tillagt LAR-sentrene. Ved å integrere LAR i TSB ønsket man å oppnå en bredere vurdering av behandlingstiltak ved mottak av henvisningen til LAR. Etableringen av LAR i HF-ene har medført etablering av en del nye enheter, ofte ved DPS-ene, for å oppfylle ønsket om et desentralisert tilbud med nærhet til pasienten og kommunene. Kommunale tjenesteytere bidrar i stor grad inn i rehabiliteringsplanen som er etablert for disse pasientene. En del av pasientene blir innlagt den første tiden til undersøkelse og opptrapping av og innstilling til medikamentet. Det er også en del pasienter

som har tilbakevendende kriser med behov for innleggelse. Intensjonen med forskriftsendringen er å styrke tilbudet til denne pasientgruppen og dermed kan man forvente en aktivitetsøkning som følge av denne omleggingen. I alt er 7055 pasienter på LAR per desember 2013. I statusrapporten for LAR for 2013⁵ bemerkes det imidlertid at veksten i *pasienttallet* har stoppet opp etter 2011.

19.3 Datagrunnlag og definisjoner

Pasientdata og institusjonsstatistikk

Aktiviteten er for 2012 basert både på pasientdata som er innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) på NPR-meldingsformat og i form av institusjonsstatistikk som rapporteres inn til SSB på skjema 38. Dette er to ulike innrapporteringsveier som har felles utgangspunkt i institusjonenes pasientadministrative system. I alt 54 av 69 institusjoner med døgntilbud er i sin helhet basert på pasientdata fra NPR. For 15 døgnerenheter var det ikke mulig å basere statistikken bare på pasientdata. For de fleste var årsaken til dette en mangelfull identifisering av enkeltinstitusjoner i pasientdata gjennom de opplysningsene som rapporteres inn til NPR. Volumet av døgnavirksomheten i pasientdata er imidlertid i god overensstemmelse med forventet volum innen døgntilbudet i TSB, anslagsvis 98 prosent dekningsgrad.

For de 77 institusjonene som rapporterer poliklinisk virksomhet, er pasientdata lagt til grunn for 69 enheter. Disse utgjør 92 prosent av aktiviteten målt ved det totale antall polikliniske kontakter. Blant de 8 enhetene hvor rapporteringen i pasientdata er mangelfull, legges institusjonstall til grunn ved beregning av volumet av den polikliniske virksomheten i TSB. Bruk av pasientdata vil trolig underestimere antall døgnpasienter ved Sykehuset i Telemark og Nordlandssykehuset, men dersom pasientene har hatt en poliklinisk kontakt i løpet av året, noe de aller fleste pasientene har (94 prosent av pasientene i TSB har hatt en poliklinisk kontakt i løpet av 2013), vil pasientene inngå via den polikliniske kontakten og dermed bidra til totaltallet for antall pasienter i TSB. I alt 266 pasienter er yngre enn 18 år, 205 av disse pasien-

3) <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641?q=FOR+2009-12-18+nr+1641>

4) <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455>

5) Waal, H. et al (2014): Statusrapport 2013. Helseforetakene – ett godt sted å være? SERAF rapport 1/2014.

tene har hatt poliklinisk kontakt med TSB. Døgnpasientene som er yngre enn 18 år er i all hovedsak knyttet til familieavdelingene og er trolig heller pårørende enn pasienter. Ved beregning av pasient**rater** ekskluderes pasienter yngre enn 18 år.

Informasjon om volumet av aktiviteten på institusjonsnivå for 2013, valg av grunnlag (NPR eller SSB) og identifi-
sering av institusjonen/HF i pasientdata er presentert på Helsedirektoratets nettsider⁶.

Beskrive volumet av virksomheten og bostedsbaserte rater

Hovedmålet med denne statistikken er å presentere volumet av virksomheten ved noen få utvalgte mål: Antall oppholdsdøgn i 2013 synliggjør hvor mange døgn som er benyttet til døgnbasert rusbehandling i løpet av året. Innleggelser i løpet av 2013 forteller hvor mange opphold som er påbegynt ved institusjonene i løpet av året. Nytt fra 2012 er estimering av antall døgnpasienter som er beregnet direkte ut fra pasientdata. Ved enkelte institusjoner er det indikasjoner på mangelfull rapportering i pasientdata, og dette er kun anmerket ved tabellnoter og ikke forsøkt korrigert ved estimering av nytt pasientanslag. I tabell 19.1 og tabell 19.3 samt figur 19.6 er

pasienter i TSB presentert. Aktiviteten er fordelt ut på bostedsområdene for å synliggjøre hvordan bruken av døgnbasert rusbehandling fordeler seg geografisk.

Innen TSB bidrar de private behandlingsstedene i betydelig grad innen døgntilbudet i TSB. Dette er i år illustrert gjennom å splitte de bostedsbaserte ratene med hensyn på hvor døgnbehandlingen fant sted; ved offentlige eller private institusjoner. Se figur 19.5 og 19.6.

For den polikliniske virksomheten presenteres først antall konsultasjoner totalt og antall konsultasjoner med refusjon som utføres ved enhetene som tilhører sektoren TSB; volumet av virksomheten etter tilknytningsregion (tabell 19.4 og tabell 19.5). Her inngår den samlede aktiviteten for alle behandlingsstedene innad i hver region og det er dette målet vi har historiske tall for innen TSB. Med pasientdata ble det mulig å fordele den polikliniske aktiviteten etter pasientens bostedsområde. Her tas det utgangspunkt i poliklinisk virksomhet i TSB, men i tillegg er henvisningene til rusbehandling (fagområde 360, 365 og 370) som vurderes og behandles i psykisk helsevern, inkludert med tilhørende polikliniske kontakter (tabell 19.6). Denne oversikten beskriver dermed den geografiske fordelingen av samlet poliklinisk rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.

6) www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag

19.4 Befolkningens bruk av TSB 2012–2013

Tabell 19.1 Antall oppholdsdøgn og innleggelser i TSB i 2013.

Bostedsområde	Oppholdsdøgn 2013		Innleggelser 2013		Pasienter i døgnbehandling 2013	
	Antall	Prosent endring fra 2012	Antall	Prosent endring fra 2012	Antall	Prosent endring fra 2012
Helse Sør-Øst	326 547	-2	7 706	-1	4 957	-2
Helse Vest	116 675	1	2 340	6	1 615	-2
Helse Midt-Norge	74 398	1	1 824	6	1 172	2
Helse Nord	52 518	-11	1 120	-6	808	-4
Landet	570 138	-2	12 989	0	8 552	-2
Østfold	30 036	-14	469	-22	362	-14
Ahus-området	49 150	1	1 216	1	811	4
OUS-området	26 729	-13	975	-2	528	-5
Lovisenberg-området	28 950	-2	942	-10	519	-2
Diakonhjemmets område	9 688	-6	421	15	210	1
Hovedstadsområdet ¹	114 518	-4	3 554	-1	2 068	0
Innlandets område	35 343	4	653	1	427	1
Vestre-Viken-området	40 463	-6	954	2	614	-10
Vestfold-området	31 781	6	659	7	438	-2
Telemark ²	29 007	16	394	-1	332	0
Sørlandet	45 400	-3	1 022	2	716	4
Stavanger-området	30 554	0	587	5	410	-3
Fonna-området	20 447	6	369	9	262	-1
Bergen-området	57 800	-3	1 219	2	827	-5
Sogn og Fjordane	7 875	50	164	44	116	20
Møre og Romsdal	29 251	-4	784	7	472	0
St.Olavs-området	31 877	-1	779	6	511	2
Nord-Trøndelag	13 270	22	261	3	189	10
Helgeland	7 793	18	153	12	121	15
Nordland-området ³	14 548	-22	272	-10	177	-14
UNN-området	20 370	-8	512	-5	365	-2
Finnmark	9 807	-14	184	-16	144	-8

1) Hovedstadsområdet omfatter opptaksområdene til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg HF og Diakonhjemmet HF.

2) Aktiviteten ved døgnposten ved Sykehuset i Telemark kan ikke gjenfinnes i pasientdata og følgelig kan antall døgnpasienter være underrapportert.

3) Aktiviteten ved Salten DPS rusbehandling gjenfinnes delvis i rapporteringen av pasientdata til NPR slik at antall døgnpasienter er trolig underrepresentert i denne oversikten.

Tabell 19.2 Dekningsrate for oppholdsdøgn og innleggelser i TSB i 2013.

Bostedsområde	Oppholdsdøgn 2013			Innleggelser i 2013		
	Per 1000 innb. 18 år+	Prosent av landet totalt	Prosent endring fra 2012	Per 10 000 innb. 18 år+	Prosent av landet totalt	Prosent endring fra 2012
Helse Sør-Øst	146	102	-3	34	106	-3
Helse Vest	142	99	0	28	87	4
Helse Midt-Norge	136	95	0	33	102	5
Helse Nord	140	98	-12	30	91	-7
Totalt	143	100	-3	33	100	-1
Østfold	135	94	-15	21	65	-23
Ahus-området	127	89	-1	31	96	-1
OUS-området	135	94	-14	49	151	-3
Lovisenberg-området	246	172	-4	80	246	-12
Diakonhjemmets område	88	61	-7	38	117	14
Hovedstadsområdet ¹	141	98	-6	44	134	-3
Innlandets område	116	81	4	21	66	0
Vestre-Viken-området	117	81	-7	28	84	0
Vestfold-området	168	117	5	35	107	5
Telemark	213	149	16	29	89	-2
Sørlandet	203	142	-4	46	140	1
Stavanger-området	115	80	-2	22	68	3
Fonna-området	151	105	5	27	83	8
Bergen-området	172	120	-5	36	111	0
Sogn og Fjordane	94	65	49	19	60	44
Møre og Romsdal	144	101	-5	39	118	5
St.Olavs-området	133	93	-2	33	100	4
Nord-Trøndelag	126	88	21	25	76	2
Helgeland	127	89	17	25	76	11
Nordland-området	137	96	-23	26	78	-11
UNN-området	137	96	-9	34	105	-6
Finnmark	167	116	-15	31	96	-17

1) Hovedstadsområdet omfatter opptaksområdene til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg HF og Diakonhjemmet HF.

Tabell 19.3 Antall pasienter totalt, døgnpasienter eller polikliniske pasienter i TSB i 2013.

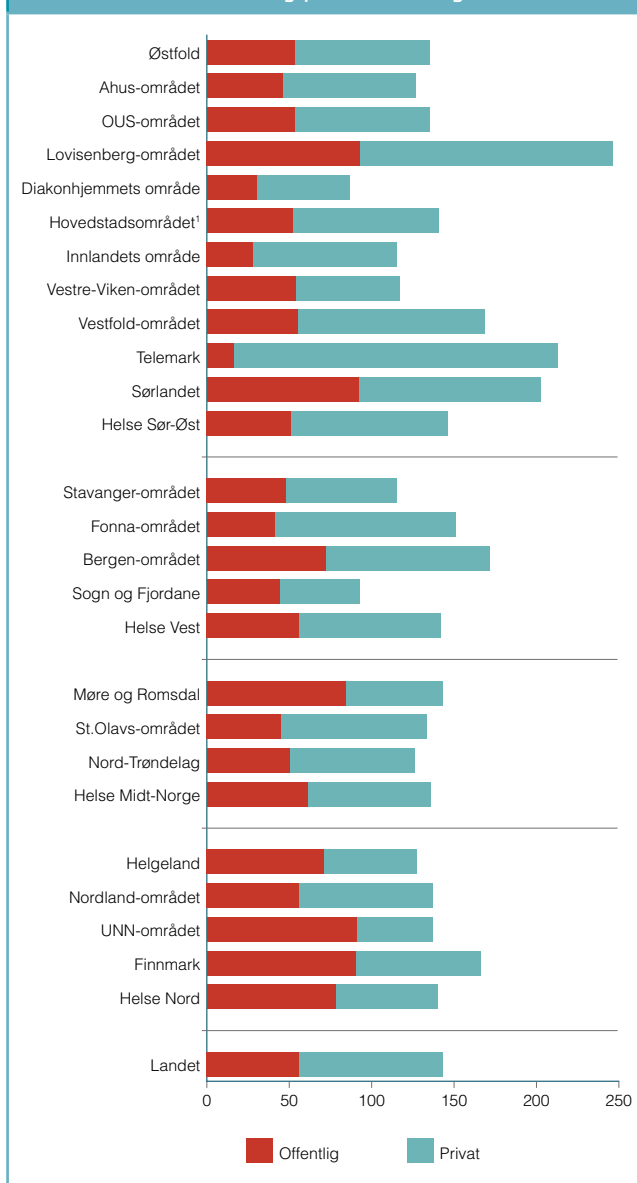
Bostedsområde	Pasienter totalt i TSB		Pasienter i døgnbehandling		Pasienter i poliklinisk behandling	
	Antall	Dekningsrate per 10 000 voksne innbyggere	Antall	Dekningsrate per 10 000 voksne innbyggere	Antall	Dekningsrate per 10 000 voksne innbyggere
Helse Sør-Øst	19 417	86	4 957	22	18 360	81
Helse Vest	5 564	67	1 615	20	5 398	65
Helse Midt-Norge	3 073	55	1 172	21	2 840	51
Helse Nord	1 504	40	808	21	1 096	29
Landet	29 558	74	8 552	21	27 694	69
Østfold	2 129	94	362	16	2 073	92
Ahus-området	2 502	65	811	21	2 294	59
OUS-området	1 655	83	528	27	1 598	80
Lovisenberg-området	1 644	139	519	44	1 598	136
Diakonhjemmets område	834	76	210	19	828	75
Hovedstadsområdet ¹	6 635	82	2 068	25	6 318	78
Innlandets område	1 953	65	427	14	1 905	62
Vestre-Viken-området	2 491	71	614	18	2 318	66
Vestfold-området	2 031	106	438	23	1 991	105
Telemark ²	1 547	112	332	24	1 431	104
Sørlandet	2 631	114	716	31	2 323	101
Stavanger-området	1 950	73	410	15	1 946	73
Fonna-området	1 130	83	262	19	1 108	81
Bergen-området	2 339	69	827	25	2 262	67
Sogn og Fjordane	144	17	116	14	83	10
Møre og Romsdal	776	38	472	23	642	32
St.Olavs-området	1 574	64	511	21	1 492	61
Nord-Trøndelag	723	68	189	18	706	66
Helgeland	186	30	121	20	99	16
Nordland-området ³	338	31	177	17	235	22
UNN-området	762	51	365	25	640	43
Finnmark	218	37	144	24	122	21

1) Hovedstadsområdet omfatter opptaksområdene til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg HF og Diakonhjemmet HF.

2) Aktiviteten ved døgnposten ved Sykehuset i Telemark kan ikke gjenfinnes i pasientdata og følgelig kan antall døgnpasienter være underrepresentert.

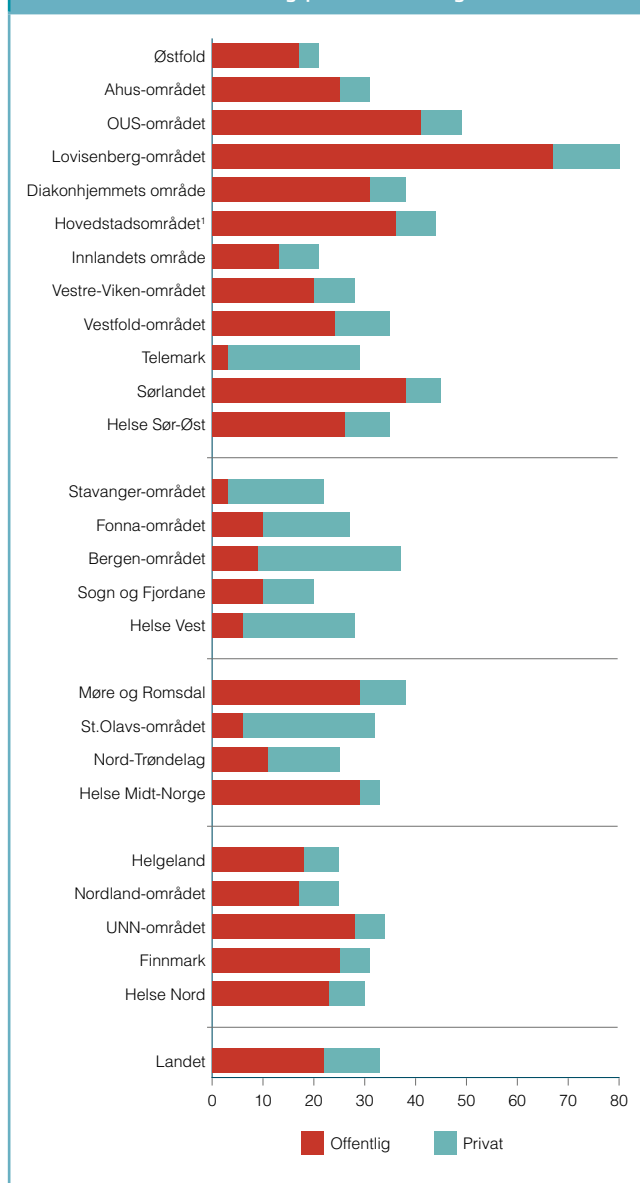
3) Aktiviteten ved Salten DPS rusbehandling gjenfinnes delvis i rapporteringen av pasientdata til NPR slik at antall døgnpasienter er trolig underrepresentert i denne oversikten.

Figur 19.5 Oppholdsøgn per 1 000 voksne innbyggere per bostedsområder etter offentlig/privat behandlingssted i 2013.



1) Hovedstadsområdet omfatter opptaksområdene til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg HF og Diakonhjemmet HF.

Figur 19.6 Innleggelser per 10 000 voksne innbyggere per bostedsområder etter offentlig/privat behandlingssted i 2013.



1) Hovedstadsområdet omfatter opptaksområdene til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg HF og Diakonhjemmet HF.

Tabell 19.4 Antall polikliniske konsultasjoner innen TSB i 2013.

Regionalt helseforetak	Polikliniske konsultasjoner			
	Alle kontakter		Kontakter med refusjon	
	2013	Endring 2012-2013 (prosent)	2013	Endring 2012-2013 (prosent)
Helse Sør-Øst	233 871	-0,3	202 280	2,9
Helse Vest	79 891	3,7	69 385	6,1
Helse Midt-Norge	35 323	40,0	33 052	41,1
Helse Nord	11 576	11,6	11 450	31,0
Totalt	360 661	3,8	316 167	7,5

Tabell 19.5 Polikliniske konsultasjoner innen TSB per 1000 voksne innbyggere TSB i 2013.

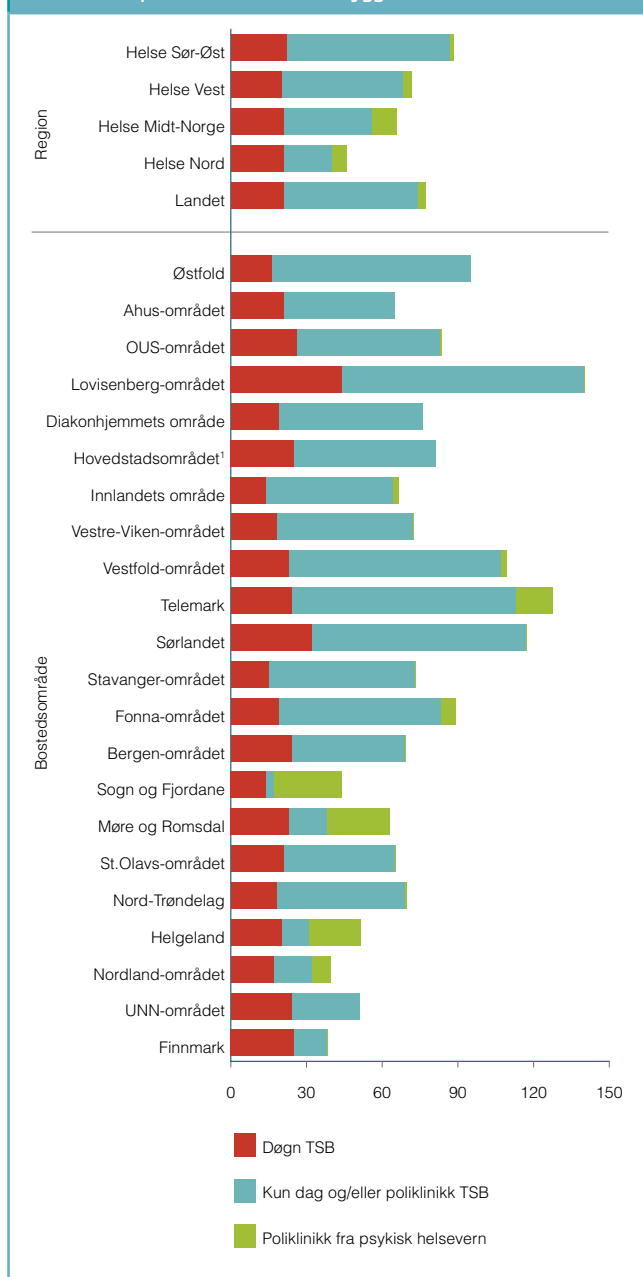
Regionalt helseforetak	Polikliniske konsultasjoner per 1000 voksne innbyggere			
	Alle kontakter		Kontakter med refusjon	
	Rate	Prosent av landet totalt	Rate	Prosent av landet totalt
Helse Sør-Øst	105	116	90	114
Helse Vest	97	107	84	106
Helse Midt-Norge	64	71	60	76
Helse Nord	31	34	30	38
Totalt	91	100	79	100

Tabell 19.6 Polikliniske konsultasjoner innen TSB og konsultasjoner ved henvisning for rusbehandling til psykisk helsevern.

Bostedsområde	Konsultasjoner 2013 (inkl RUS i psykisk helsevern)			Bidrag fra psykisk helsevern for voksne (prosent)	
	Per 1000 voksne innb	Prosent av landet totalt	Prosent endring fra 2012	2013	2012
Helse Sør-Øst	108	112	-1	3	5
Helse Vest	105	109	3	8	7
Helse Midt-Norge	82	85	12	19	34
Helse Nord	32	33	7	11	11
Totalt	97	100	2	6	8
Østfold	97	101	-13	0	0
Ahus-området	78	80	3	1	1
OUS-området	101	105	-16	4	16
Lovisenberg-området	192	199	1	1	3
Diakonhjemmets område	112	116	0	2	4
Hovedstadsområdet ¹	104	108	-3	0	0
Innlandets område	74	77	3	7	7
Vestre-Viken-området	82	85	11	1	12
Vestfold-området	167	173	-1	6	6
Telemark	152	157	-10	15	0
Sørlandet	138	142	11	0	0
Stavanger-området	136	141	-6	4	3
Fonna-området	126	130	5	11	11
Bergen-området	89	92	13	0	1
Sogn og Fjordane	40	42	20	87	91
Møre og Romsdal	73	76	4	44	51
St.Olavs-området	80	83	18	0	26
Nord-Trøndelag	78	81	14	5	6
Helgeland	46	47	10	55	60
Nordland-området	31	32	-2	35	35
UNN-området	26	27	-46	2	0
Finnmark	81	84	635	1	2

1) Hovedstadsområdet omfatter opptaksområdene til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg HF og Diakonhjemmet HF.

Figur 19.6 Dekningsraten for pasienter i rusbehandling i løpet av 2013. Rate per 10 000 voksne innbyggere.



1) Hovedstadsområdet omfatter opptaksområdene til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg HF og Diakonhjemmet HF.



Helsedirektoratet

Postadresse: Postboks 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +47 810 200 50
Faks: +47 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no