

www.sintef.no





SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Analyse av pasienter med kroniske sykdommer ved somatiske sykehus i perioden 2001-2005

FORFATTER(E)

Heidi Jensberg, Beate M. Huseby, Birgitte Kalseth og Jorid Kalseth

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. A588	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Jan Oddum	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-04184-8 978-82-14-04184-2	PROSJEKTNR. 78H07730	ANTALL SIDER OG BILAG 101
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\78H07730 Pasienter med kroniske sykdommer\endelig rapport		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Heidi Jensberg	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Stein Petersen
ARKIVKODE E	DATO 2006-12-01	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne Eide, forskningsdirektør	

SAMMENDRAG

I denne rapporten har vi analysert pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser i forhold til: endring og utvikling i prioritering sammenlignet med andre pasientgrupper, vi har sett på forskjeller i utviklingen av behandlingsrater og ventetid, og samt forskjeller mellom regioner og helseforetak i organisering av pasientbehandlingen.

Vi fant at antall opphold og pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser ikke har hatt en like sterk vekst som andre diagnosegrupper. Dette tyder ikke på en tydelig prioritering, generelt sett. Gjennomgangen for de enkelte hoveddiagnosegruppene viser imidlertid at vi ikke har noe grunnlag for å konkludere med at tilbudet av spesialisthelsetjenester har forverret seg de siste fem år. Ventetidene har i hovedsak blitt kortere og den registrerte aktiviteten har økt.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Sykehus	Hospital
GRUPPE 2	Kroniske sykdommer	Chronic disease
EGENVALGTE		

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	5
1 Blir pasienter med kroniske sykdommer prioritert i den somatiske spesialisthelse- tjenesten?.....	9
1.1 Innledning.....	9
1.2 Formål:.....	10
2 Definisjoner og datagrunnlag.....	11
2.1 Definisjoner og operasjonalisering av "kronisk sykdom"	11
2.2 Datagrunnlaget	13
3 Utvikling og endring i oppholdsrater og polikliniske konsultasjoner for kroniske pasienter vs andre pasienter i perioden 2001-2005?	15
3.1 Aktivitetsutvikling som indikator for prioritering	15
3.2 Har pasienter med kronisk sykdom hatt en like sterk aktivitetsutvikling ved somatiske sykehus som andre pasienter?.....	16
3.3 Utviklingen etter type kontakt med spesialisthelsetjenesten.....	17
3.4 Oppsummering	20
4 Sammenligning av aktivitetsutvikling knyttet til ulike aldersgrupper, kjønn og helseregioner for pasienter med kronisk hoveddiagnose.....	21
4.1 Endring i aktivitetsøkningen i ulike aldersgrupper med utvalgte kroniske hoveddiagnoser.....	21
4.2 Forskjeller i aktivitetsendring blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper	23
4.3 Pasientenes bostedsregion.....	24
4.4 Oppsummering	26
5 Utvikling i bruk av sykehustjenester og ventetid til behandling for ulike pasient- grupper med kronisk hoveddiagnose	27

5.1	Utviklingen i tilgjengelig for hver av pasientgruppene med kroniske hoveddiagnoser	28
5.1.1	Diagnosegrupper tilhørende kapittel IV ICD10: Endokrine sykdommer ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser	33
5.1.2	Diagnosegrupper tilhørende kapittel VI i ICD10: Sykdommer i nervesystemet.....	34
5.1.3	Diagnosegrupper tilhørende kapittel VII i ICD10: Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	36
5.1.4	Diagnosegrupper tilhørende kapittel IX i ICD10: Sykdommer i sirkulasjonssystemet	37
5.1.5	Diagnosegrupper tilhørende kapittel X i ICD10: Sykdommer i åndedrettssystemet.....	40
5.1.6	Diagnosegrupper tilhørende kapittel XII i ICD10: Sykdommer i hud og underhud	40
5.1.7	Diagnosegrupper tilhørende kapittel XIII i ICD10: Sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev	41
5.1.8	Diagnosegrupper tilhørende kapittel XIV i ICD10: Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	42
5.2	Sammenligning av diagnosegruppene og deres utvikling	42
5.2.1	Hvilke diagnosegrupper er størst på ulike omsorgsnivå?.....	42
5.2.2	Endringer i tjenestebruk 2001 til 2005	43
5.3	Oppsummering	45
6	Forskjeller mellom regioner og helseforetak i behandlingsrater og organisering av behandlingen	47
6.1	Tilgjengelighet og organisering av tjenestetilbudet	47
6.2	Presentasjon av pasientdata for 2004	48
6.3	Forskjeller i pasientrater mellom bosteds regioner og helseforetaksområder for de utvalgte kroniske hoveddiagnosene	51
6.4	Forskjeller i organisering av sykehusopphold mellom bosteds regioner og helseforetaksområder.....	54
6.5	Sammenhengen mellom rater på ulike omsorgsnivå for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser	57
6.6	Er det en sammenheng mellom høye behandlingsrater og antall opphold pr pasient?	61
6.7	Oppsummering	63

7	Oppsummering og avslutning	65
	Litteraturliste.....	67
	Vedlegg 1 – Tabeller	69
	Vedlegg 2 - Pasientenydige data for 2004.....	95

Tabelloversikt

Tabell 2-1:	Oversikt over de utvalgte kroniske hoveddiagnoser som inngår i rapporten.	12
Tabell 3-1:	Utvikling og endring i prosent i antall opphold for utvalgte kroniske hoved- og bidiagnoser, samt opphold totalt 2001 og 2005. Døgn- og dagopphold.	16
Tabell 3-2:	Utviklingen og prosentvis endring i antall opphold og antall pasienter per 1000 innbygger for utvalgte kroniske hoveddiagnoser etter type kontakt (døgnopphold, dagopphold, polikliniske konsultasjoner), 2001-2005.	19
Tabell 4-1:	Antall pasienter per 1000 innbygger for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser og pasienter totalt, etter kjønn og alder. 2005.	22
Tabell 4-2:	Antall pasienter per 1000 innbygger for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser og pasienter totalt, etter boregion 2005.	25
Tabell 5-1:	Antall pasienter pr 10 000 innbygger med dagbehandling, døgnopphold eller poliklinisk konsultasjon. Fordelt etter utvalgte kroniske hoveddiagnoser i 2001 og 2005. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.	29
Tabell 5-2:	Median ventetid i antall dager for elektive døgnbehandlinger totalt 2001-2005. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten	31
Tabell 5-3:	Median ventetid i antall dager for dagopphold totalt, 2001 – 2005. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten	31
Tabell 5-4:	Median ventetid i antall dager for kirurgisk døgnbehandling 2001-2005. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten	32

Tabell 5-5: Median ventetid i antall dager for kirurgiske dagopphold, 2001 – 2005. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten	33
Tabell 6-1: Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Antall pasienter og opphold samt opphold pr pasient fra fil med pasienttydige data. Antall pasienter og opphold fra ordinær pasientdatafil. 2004.....	49
Tabell 6-2: Korrelasjon mellom pasientrater for dagbehandling og døgnpasienter, og mellom dag- og døgnbehandling totalt og poliklinisk behandling i helseforetakene (n=23). Pearsons r. 2004.	60
Tabell 6-3: Korrelasjon mellom tjenestetilbudet (i form av oppholdsrunder og pasientrater), og organisering av tjenestetilbudet (i form av antall opphold/konsultasjoner pr pasient) i helseforetakene (n=23). Pearsons r. 2004.	62

Figuroversikt

Figur 3-1: Prosentvis endring 2001-2005, i befolkningsrater for dag- og døgnopphold samt polikliniske konsultasjoner.	20
Figur 3-2: Prosentvis endring 2001-2005, i pasientrater for dag- og døgnopphold samt polikliniske konsultasjoner.	20
Figur 4-1: Prosentvis endring i rater for dag og døgnopphold for utvalgte kroniske hoveddiagnoser, og pasient per 1000 innbygger 2001-2005, i ulike aldersgrupper.	23
Figur 4-2: Prosentvis endring i rater for opphold og pasient per 1000 innbygger 2001-2005 for utvalgte kroniske hoveddiagnoser, menn og kvinner i ulike aldersgrupper med kronisk diagnose.	24
Figur 4-3: Prosentvis endring pasientrater per 1000 innbygger 2001-2005 for utvalgte kroniske hoveddiagnoser, menn og kvinner i ulike aldersgrupper.....	24
Figur 4-4: Prosentvis endring rater per 1000 innbygger 2001-2005, etter bostedsregion for utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Opphold og pasient.....	25
Figur 5-1: Endring i antall opphold per 10 000 innbyggere fordelt etter innleggelsesmåte. Dag- og døgnopphold. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.	30
Figur 6-1: Antall pasienter per 1 000 innbyggere. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser etter bostedsregion. Somatiske institusjoner. 2004.....	51
Figur 6-2: Antall pasienter per 10 000 innbyggere for utvalgte kroniske hoveddiagnosegrupper. Etter bostedsregion. Somatiske institusjoner. 2004.	52

Figur 6-3:	Antall pasienter per 10 000 innbyggere for gruppene "Angina Pectoris" og "Kronisk Iscemisk hjertesykdom", og summen av de to gruppene. Etter boregion. Somatiske institusjoner. 2004.	54
Figur 6-4:	Rater i prosent for pasienter med kun døgnopphold, kun dagopphold samt både dag og døgnopphold, etter boregion Rater i prosent.	55
Figur 6-5:	Rater i prosent for pasienter med kun døgnopphold, kun dagopphold samt både dag og døgnopphold, etter helseforetaksområde.....	56
Figur 6-6:	Andel dagpasienter for utvalgte kronikerdiagnoser. Somatiske institusjoner 2004.	58
Figur 6-7:	Andel døgnpasienter, dagpasienter og polikliniske pasienter for utvalgte kronikerdiagnoser. Somatiske institusjoner 2004.....	59

1 Blir pasienter med kroniske sykdommer prioritert i den somatiske spesialisthelsetjenesten?

1.1 Innledning

Prioritering har gjennom de siste 15-20 år fått et økt fokus. Spesielt etter innføringen av aktivitetsbasert finansiering av sykehus på slutten av 90-tallet har det vært uttrykt bekymring for om enkelte pasientgrupper blir prioritert i henhold til helsepolitiske mål.

Pasienter med kroniske sykdommer ble fremhevet som en prioritert pasientgruppe av det andre Lønningsutvalget (NOU 1997:18)¹, i sykehusreformens formelle dokumenter (Ot prp 66 (2000-2001))² og i de årlige styringsdokumentene fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene³.

“Utvalget finner det riktig å påpeke at den offentlige helsetjenesten har et særlig ansvar for de kronisk syke.” (NOU 1997:18, pkt 11.5.1).

“Det er et behov for klarere prioritering av behandling av kreftsykdommer, lindrende behandling, rusrelaterte lidelser, psykiske lidelser, pasienter med kroniske sykdommer, og innenfor habilitering og rehabilitering”.

(Helsedepartementet 6. januar 2004).

Prioriteringsspørsmålet er imidlertid komplekst, særlig når det gjelder gjennomføring. Allerede i 1987 påpekte det første Lønningsutvalget (NOU 1987:23) at de utfordringene som helsetjenesten stod overfor, bare kunne møtes gjennom en helsepolitikk som maktet å gjennomføre reelle prioritetsbeslutninger. Utvalget ønsket å prioritere de aller svakeste pasientgruppene, men påpekte også den gang at prioriteringer er vanskelige å gjennomføre i praksis. Utvalget la vekt på betydningen av politisk konsensus i prioritetsbeslutningene, men påpekte at det også i fremtiden er realistisk å regne med sprik mellom idealer og realiteter på prioriteringsfronten. I analyser av utviklingen for pasienter med kroniske sykdommer er det derfor nærliggende å stille spørsmål om vi finner grunnlag for å hevde at disse pasientene er blitt prioritert.

I perioden etter årtusenskiftet har det generelt sett vært en betydelig vekst i den delen av pasientbehandlingen som omfattes av innsatsstyrt finansiering. Tilgjengeligheten er økt og ventetiden er redusert for de fleste pasientgrupper. Spørsmålet om prioritering av pasienter med kroniske sykdommer må derfor sees på bakgrunn av den generelle aktivitetsutviklingen. I første del av denne rapporten (kapittel 3) stiller vi derfor spørsmål om aktivitetsutviklingen for pasienter med kroniske sykdommer har vært høyere eller lavere enn aktivitetsutviklingen for alle andre pasienter.

¹ Se punkt 11.5 om De svakeste gruppene – hva kan gjøres og underpunkt 11.5.1 om Særskilte tiltak for pasienter med kroniske sammensatte lidelser: “Utvalget finner det riktig å påpeke at den offentlige helsetjenesten har et særlig ansvar for de kronisk syke.”

² Se punkt 2.2.4 om utfordringer i sykdomspanorama og 2.7.2 om utvalgte områder for satsing framover.

³ Se for eksempel punkt 2.2 under bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2006.

Spørsmålet om hvilke pasienter som prioriteres gjelder også forskjeller mellom kroniske pasienter. Mange kroniske lidelser er knyttet til det å eldes, og mens lidelser som i tidligere tider var knyttet til en rask død, som for eksempel diabetes, finnes det nå midler som gjør at pasienter nå kan leve lenge med riktig behandling. I en verden hvor andelen eldre stiger, vil stadig flere motta behandling for en kombinasjon av kroniske lidelser. Pasienter med kroniske sykdommer finnes imidlertid i alle aldre, og i kapittel 4 har vi derfor sett på utviklingen i oppholdsrunder og pasientrunder for pasienter med kroniske sykdommer etter alder, kjønn og region for å vurdere om det har vært systematiske forskjeller mellom aldersgrupper, menn og kvinner, og regionene.

Pasienter med kroniske sykdommer er en heterogen pasientgruppe, med ulike sykdommer og behandlingsbehov. I Prioritering på ny (NOU 1997:18), sies det at den offentlige helsetjenesten har et særlig ansvar for de kronisk syke, men det påpekes også at "kronisk lidelse" betegner alle grader av sykdom, fra lette plager til fullstendig invalidiserende eller dødelige tilstander. Utvalget understreker derfor at det ikke er slik at alle pasienter med kroniske tilstander alltid skal ha høy prioritet, men at pasientenes medisinske tilbud må avgjøres etter en samlet vurdering av tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets forventede nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. Kalseth (2005) viser også at oppholdsratene varierer sterkt mellom ulike pasientgrupper med kronisk sykdom. Analysene viste også store variasjoner i ventetid og ventetidsutvikling for de ulike pasientgruppene med kronisk sykdom. Mens ventetiden for behandling for pasienter med aldersbetinget grå stær ble betydelig redusert fra 2000 til 2004, økte ventetiden for pasienter med kronisk sykdom i nedre luftveier og epilepsi i denne perioden. Det er derfor grunn til å tro at både aktivitetsutviklingen og ventetiden for ulike grupper med kronisk sykdom varierer betydelig. I kapittel 5 analyserer vi derfor forskjellene i både aktivitet og ventetidsutvikling for ulike pasientgrupper med kronisk sykdom.

Analysene i kapittel 3,4 og 5 beskriver utviklingen i opphold og antall pasienter i henhold til døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner ved hjelp av ordinære pasientdata. Disse dataene gir imidlertid ikke mulighet til følge pasienter med kronisk sykdom på tvers av institusjoner. Noen av pasientgruppene med kroniske lidelser kjennetegnes imidlertid av et høyt antall sykehusopphold per år, ofte på ulike sykehus. Spørsmålet om hvordan pasientbehandlingen er organisert, kan derfor ha stor betydning for forbruksratene. I den siste delen av denne rapporten (kapittel 6) ser vi derfor nærmere på variasjoner mellom helseforetakene og regionene i organiseringen av pasientbehandlingen for pasienter med kroniske sykdommer, og analyserer dette ved hjelp av pasientdata for 2004 som gir mulighet til å følge hver pasient på tvers av alle sykehus i Norge.

1.2 Formål:

Formålet med denne rapporten er å sette fokus på pasienter med kroniske sykdommer og analysere:

- (i) *Utviklingen* i prioritering av pasienter med ulike kroniske sykdommer gjennom sammenligning av aktivitetsutviklingen for disse pasientene og andre pasientgrupper i perioden fra 2001 til 2005.
- (ii) *Forskjeller* i utviklingen av behandlingsrunder og ventetid mellom ulike grupper med kronisk sykdom i perioden fra 2001 til 2005
- (iii) *Forskjeller* mellom helseforetak og regioner i organiseringen av pasientbehandling når det gjelder kroniske sykdommer

2 Definisjoner og datagrunnlag

2.1 Definisjoner og operasjonalisering av "kronisk sykdom"

Kronisk sykdom innebærer at en person har en lidelse som i mange tilfeller ikke lar seg helbrede. En del av disse pasientene må regne med større eller mindre grad av symptomer og plager resten av livet. Dette varierer fra at pasienten har lette plager eller funksjonshemminger, til store funksjonshemminger og konstante smerter. For mange tilstander kan helsevesenet imidlertid bidra til at symptomene/plagene lindres og at livskvaliteten bedres. Graden av bedring varierer med type lidelse og individuelle forhold. Tiltakene for å hjelpe disse pasientene rommer en lang rekke virkemidler, blant annet bruk av medikamenter, kirurgi, fysikalsk behandling, trening, lærings- og mestringskurs, varmebehandling o.s.v.

Å avgrense hvilke diagnoser som er relevante å studere når vi skal se på utvikling i aktivitet og tjenestebruk er vanskelig. Det mest ønskelige hadde vært å ha tilgang til pasienttydige data som følger pasienter mellom institusjon, omsorgsnivå i alle deler av helsetjenesten, over tid. Det hadde gitt oss anledning til for eksempel å differensiere mellom kronikerpasienter som har et stort forbruk av helsetjenester over tid og kronikerpasienter som har storforbruk av tjenester over ett kort tidsrom. Dette lar seg dessverre ikke gjøre med det datagrunnlaget vi har til rådighet.

Pasientdata fra NPR som utgjør vårt datamateriale, gir oss tilgang til pasientenes diagnose og hvilken type kirurgisk behandling vedkommende eventuelt har gjennomgått. Det er lite informasjon om innholdet i behandlingen ellers. Utenom det diagnosen i seg selv kan si, har vi heller ikke opplysninger om alvorlighetsgrad eller andre relevante forhold knyttet til pasientenes tilstand.

Det er med andre ord en utfordrende oppgave å bruke registerdata fra spesialisthelsetjenesten til å kunne si noe om tilbudet til en slik sammensatt pasientgruppe. Registerdata kan beskrive endringer i kontakter med helsetjenesten. Hvordan endringer i antall kontakter (døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner) for ulike grupper av pasienter skal tolkes med hensyn til om det indikerer at til budet er bedret er imidlertid ikke gitt. En økning i forbruk kan i noen tilfeller like gjerne indikere endringer i behov, manglende tilbud i kommunehelsetjenesten m.m.

Mange kronikergrupper kjennetegnes av at omfang og kvalitet på tjenestetilbudet nettopp avhenger av innsatsen både i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og eventuelt private organisasjoner. Samhandlingen mellom alle disse tjenesteyterne er også viktig. Mange tilbud til pasienter med kronisk sykdom gis derfor utenfor spesialisthelsetjenesten. Spesielt kan dette antas å omfatte en del læring og mestringsstilbud, opptrening og rehabiliteringstilbud. I tillegg gjøres en større andel av oppfølging og kontroll som tidligere ble gjort på sykehusenes poliklinikker nå av fastlegen. Basert på intervjuer med fastleger gjelder dette blant annet pasienter med diabetes og kronisk obstruktiv lungesykdom (Kalseth mfl 2004).

Både Karstensen (2001) og Kalseth (2005) har brukt data fra Norsk pasientregister for å beskrive utviklingen og endring i kontakt med sykehusene. I dette arbeidet ble kronisk sykdom definert med utgangspunkt i diagnosekodeverket ICD-10. Disse diagnosegruppene vil også danne grunnlaget for avgrensing av kroniske diagnoser i denne rapporten. Denne avgrensningen representerer et utvalg av kroniske sykdommer og det kan diskuteres i hvilken grad denne avgrensingen er god eller ikke. Vi inkluderer for eksempel diagnoser

som kan betraktes som kroniske inntil den er behandlet, som f. eks "Grå stær" og "Angina pectoris". Samtidig ekskluderer vi andre diagnoser som kan betraktes som kroniske, som f. eks kreftdiagnoser.

Tabell 2-1: Oversikt over de utvalgte kroniske hoveddiagnoser som inngår i rapporten.

Beskrivelse	Gruppe	ICD-10 kode	2005 ⁴	2005
			Pasienter Opphold	Pasienter Polikliniske konsultasjoner
Forstyrrelser i skjoldbrusk-kjertelfunksjon	Metaboli	E00-E07	1365	9468
Diabetes mellitus	Metaboli	E10-E14	5922	34898
Parkinsons sykdom	Nervesystemet	G20	1004	4130
Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	Nervesystemet	G30-G32	505	1804
Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	Nervesystemet	G35-G37	1484	4725
Epilepsi	Nervesystemet	G40	4381	15075
CP	Nervesystemet	G80	912	1871
Hemiplegi	Nervesystemet	G81	68	145
Andre paralytiske sykdommer	Nervesystemet	G82	227	335
Grå stær	Øye	H25	15030	14827
Grønn stær	Øye	H40	2627	10541
Hypertensjon	Hjerte/kar	I10-I15	3740	14393
Angina Pectoris	Hjerte/kar	I20	14305	13228
Kronisk Iscemisk hjertesykdom	Hjerte/kar	I25	10773	16527
Hjertesvikt	Hjerte/kar	I50	7570	6057
Aterosklerose	Hjerte/kar	I70	4200	10452
Kroniske sykdommer i nedre luftveier	Lunge	J40-J47	10555	36169
Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	Lunge	J60-J70	556	408
Dermatitt og eksem	Hud	L20-L30	936	15971
Papuloskvamøse lidelser - psoriasis ol	Hud	L40-L45	1048	12418
Inflammatoriske leddlidelser	Muskel/skjellet	M05-M14	6010	23355
Arthroser	Muskel/skjellet	M15-M19	15721	36494
Systemiske bindevevssykdommer	Muskel/skjellet	M30-M36	2484	9374
Prostata hyperplasi	Urinveier	N40	4291	12777
Sum			115714	305442

⁴ Vi har kommet frem til antall pasienter ved å aggregere til pasient fra opphold og institusjon. Pasienter som har hatt opphold på flere institusjoner kan ha blitt telt med flere ganger, jf diskusjon i kapittel 2.2 skyldes dette at datagrunnlaget ikke har unike pasientnummer for hver eneste pasient.

En oversikt over volumet i disse pasientgruppene i 2005 er gitt i tabell 2-1. Gruppen er svært heterogen ved at både lidelsens karakter, pasientenes funksjonsnivå og behovet for spesialisthelsetjenester sannsynligvis varierer betydelig. Noen av sykdommen er i stor grad alders- og kjønnsrelaterte, mens andre ikke er det.

2.2 Datagrunnlaget

Datagrunnlaget består hovedsakelig av pasientdata fra NPR for årene 2001 til 2005. Disse data er tilpasset og gjort sammenlignbare med utgangspunkt i situasjonen for 2005. Ved å bruke denne perioden får vi et inntrykk av endringer før og etter sykehusreformen ble iverksatt.

Pasientdata består av en fil med opplysninger om dag og døgnopphold, og en fil med opplysninger om polikliniske konsultasjoner. Både døgn og dagopphold innebærer behandling ved somatiske sykehus, og finansieres gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). Polikliniske konsultasjoner er ikke DRG finansiert og kan dreie seg om forskjellige typer av kontakter, for eksempel utredning, oppfølging, pasientopplæring m. m. Den polikliniske aktiviteten er imidlertid viktig å inkludere for å få et størst mulig overblikk over endringer knyttet til de aktuelle kroniske diagnosene innenfor hele den somatiske helsetjenesten. En del av analysene av endring i perioden blir imidlertid gjort for døgn- og dagopphold, mens polikliniske konsultasjoner holdes utenfor. Dette gjelder for eksempel ventetid før behandling, som er mest relevant å analysere i forhold til hvor lang tid det faktisk tok fra henvisningen ble sendt til pasienten mottok behandling.

Problemstillingene vi belyser i denne rapporten har utgangspunkt i prioriteringsproblemer knyttet til en bestemt gruppe av pasienter - kronikerne. Det kan diskuteres i hvilken grad de tilgjengelige data er egnet til å belyse denne typen problemstillinger. For å kunne si om en pasientgruppe prioriteres hadde det vært ønskelig med data som omfattet hele helsetjenesten, også primærhelsetjenesten og de private spesialistene, da vi vet at også disse deltar i behandlingen av kroniske pasienter. Videre vil mange av pasientene ha behandlingsforløp som strekker seg over år. Med dagens datagrunnlag har vi tilgang til kun en avgrenset del av pasientforløpet, ved at man kun kan følge pasientene innenfor hvert driftsår.

Pasientdata kan egne seg til å gi en beskrivelse av utbredelsen av en spesiell type helsetjenester, i form av rater per innbygger av henholdsvis opphold og polikliniske konsultasjoner ved sykehus. Dette beskriver en type tilgjengelighet, og vi kan undersøke om denne tilgjengeligheten varierer for ulike diagnoser, ulike aldersgrupper, kjønn og geografiske regioner. Samtidig vet vi at hva som oppleves som viktig for tilgjengeligheten, for de aktuelle pasientene vil variere etter forhold som er knyttet til den spesifikke kroniske sykdommen og egenskaper knyttet til den enkelte pasient. For noen er det viktig med behandling på sykehus, mens for andre kan det være viktigere med god tilgjengelighet og godt samspill med fastlegen eller andre behandlingstilbydere. Dette er forhold vi ikke har data til å gå inn på i denne rapporten.

Det vil med andre ord være vanskelig å trekke noen konklusjoner om prioritering med dette datagrunnlaget. Det vi kan si noe om er tilgjengelighet i til sykehustjenestene i form av opphold og polikliniske konsultasjoner. I presentasjonen har vi valgt å bruke to mål på tilgjengelighet til sykehustjenestene. Det ene er rater beregnet ut fra *opphold*. Dette er en mye brukt metode på denne type data, men innebærer at vi ikke vet hvor mange pasienter som genererer oppholdene. Vi har derfor også valgt å presentere *pasientrater* parallelt med rater for opphold. Selv om det er opphold som utgjør enheten i materialet registreres det også et pasientnummer for hvert opphold. Disse er ikke unike for hver pasient (f. eks i form av fødsels og personnummer), men er unike innenfor hver institusjon. Vi kan med andre ord beregne pasientrater, men antallet pasienter beregnet på denne måten vil ikke ta høyde for at samme pasient kan ha opphold på flere institusjoner – og dermed bli regnet som mer enn en pasient. Vi vet at i 2004 gjaldt dette ca 10,8 prosent av pasientene (Jørgenvåg & Jensberg 2006). Med andre ord står vi i fare for å overestimere pasientratene noe. Den viktigste grunnen til at vi likevel velger å presentere også pasientrater er at det gir det beste bilde vi kan få per i dag, av hvorvidt en økning i oppholdsrate indikerer at flere pasienter behandles, eller om det er slik at en

økning i oppholdsrate indikerer at færre pasienter behandles, men at hver pasient får flere behandlinger.

I kapitlet om variasjoner mellom helseforetakene i tjenestetilbudet (kapittel 6) bruker vi pasientidentifiserbare data fra 2004 som ble innhentet i forbindelse med prosjektet "Bruk av pasient som enhet for analyse" (Jørgenvåg og Jensberg 2006). Disse data skiller seg fra ordinære pasientdata ved at vi kan følge den enkelte pasient mellom institusjoner. En slik fil gjør det mulig å gjøre analyser på pasientnivå, og vi kan beregne langt mer korrekte behandlingsrater for pasienter.

Dette datagrunnlaget er dessverre ikke 100 prosent komplett ved at 10 917 opphold mangler pasientnummer i tillegg til at noen få institusjoner ikke leverte komplette oppholdsoversikter. Hvilke institusjoner dette gjelder og i hvilken utstrekning det er andre mangler ved dataene er opplyst om i Jørgenvåg og Jensberg (2006). I hvilken grad dette berører pasienter med kroniske hoveddiagnoser blir gjort rede for i kapittel 6.

3 Utvikling og endring i oppholdsrate og polikliniske konsultasjoner for kroniske pasienter vs andre pasienter i perioden 2001-2005?

3.1 Aktivitetsutvikling som indikator for prioritering

Pasienter med kroniske sykdommer skal være en prioritert pasientgruppe i Norge. I styringsdokumentene fra Helse- og Omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene har betydningen av et godt behandlingstilbud til pasienter med kroniske sykdommer vært påpekt i alle årene etter eierskapsreformen. Innledningsvis påpekte vi derfor at spørsmålet om aktivitetsutviklingen for pasienter med kroniske sykdommer også involverer spørsmål om prioritering i norsk helsevesen.

Spørsmål om prioritering kan også diskuteres med bakgrunn i den generelle aktivitetsutviklingen ved norske sykehus. I perioden etter årtusenskiftet har det vært en betydelig vekst i den delen av pasientbehandlingen som omfattes av innsatsstyrt finansiering. Tilgjengeligheten har økt og ventetiden er redusert for de fleste pasientgrupper. En tilnærming til spørsmålet om prioritering av pasienter med kroniske sykdommer kan være å sammenligne utviklingen i aktivitet for dem med aktivitetsutviklingen for andre pasientgrupper. Dette kan gi en indikasjon på om pasienter med kroniske sykdommer har sakkert akterut eller fått bedre tilgang til sykehustjenester i perioden etter eierskapsreformen. Men vi vil understreke at en del av behandlingen for gruppen "alle andre pasienter" også inkluderer andre prioriterte aktiviteter ved sykehusene (som kreftbehandling og rehabilitering).

Spørsmål om prioritering kan også gjelde forskjeller mellom ulike subgrupper av pasienter med kronisk sykdom. I analysene av utviklingen fra 2001 til 2005 har vi stilt spørsmål om utviklingen har vært ulik i ulike geografiske områder (helseregioner), mellom menn og kvinner og/eller mellom ulike aldersgrupper. Tallene gir informasjon om behandlingsratene for menn med kronisk sykdom har økt mer enn for kvinner med kronisk sykdom, og om forbruksutviklingen for yngre pasienter med kronisk sykdom har vært bedre enn for eldre pasienter med kronisk sykdom. Vi ser også på om utviklingen er annerledes for pasienter med kroniske sykdommer enn for andre pasientgrupper.

Et sentralt kjennetegn for mange pasienter med kroniske sykdom er et høyt antall kontakter med spesialisthelsetjenesten per år, både når det gjelder opphold på dag- eller døgnavdelinger på sykehus, og polikliniske konsultasjoner. Årsaken til oppholdet eller kontakten kan være direkte relatert til den kroniske sykdommen, den kan ha indirekte betydning, eller kan skyldes helt andre sykdommer. I analyser av behandlingsrate for pasienter med kroniske sykdommer er det derfor viktig å analysere utviklingen i både antall kontakter og antall pasienter, samt skille mellom opphold og konsultasjoner hvor den kroniske sykdommen er angitt som hoveddiagnose versus bidiagnose.

I dagens finansieringssystem er koding av bidiagnoser i en del tilfeller utslagsgivende for hvilken DRG pasientene grupperes til og påvirker dermed inntekten til helseforetaket. Det er derfor et sterkt intensiv til å kode mest mulig av relevante bidiagnoser (Jørgenvåg og Hope, 2005). Dette kan bety at en sterk økning i kroniske bidiagnoser først og fremst

skyldes endret registreringspraksis. På grunn av dette vil kroniske bidiagnoser som egen gruppe kun belyses i den første delen.

Først skal vi se på utvikling i befolkningsrater for henholdsvis kroniske hoveddiagnoser, bidiagnoser og andre diagnoser for opphold og pasienter. Deretter fokuserer vi nærmere på gruppen med de utvalgte kroniske hoveddiagnosene og ser på endring i befolkningsrater i perioden 2001-2005 for henholdsvis døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

3.2 Har pasienter med kronisk sykdom hatt en like sterk aktivitetsutvikling ved somatiske sykehus som andre pasienter?

I England finner en at 60 prosent av den voksne befolkningen rapporterer en eller annen form for kronisk helseproblem. De 15 prosent av disse som har 3 eller flere kronisk problemer står for omtrent 80 prosent av konsultasjonene hos primærlege (GPs) og ca 30 prosent av liggedagene på sykehus. (Nolte and McKee 2005).

I denne rapporten har vi ikke mulighet til å analysere kronikeres andel av konsultasjoner hos primærlegene. Vi har imidlertid analysert kronikeres andel av alle sykehusopphold når det gjelder a) opphold med kronisk hoveddiagnose, b) opphold med kronisk bidiagnose c) opphold med kronisk hoved- og/eller bidiagnose, samt d) alle opphold (uavhengig av diagnose) for pasienter som har en kronisk hoved- eller bidiagnose ved minst ett av sine opphold. Tabell 3-1 gir en oversikt over dette.

Økningen i antall opphold totalt (alle pasienter uansett diagnose) var ca 25 prosent fra 2001 til 2005. For pasienter med kroniske hoveddiagnoser har oppholdene økt med 8,4 prosent, mens opphold med kronisk hoved- og/eller bidiagnose har økt med 32,6 prosent. Vi minner imidlertid om at utviklingstallene (prosent økning) i tabell 3-1 ikke tar hensyn til økningen i befolkningen i denne perioden. Befolkningsutviklingen gjelder imidlertid alle pasientgrupper, og gjør at tallene likevel kan sammenlignes.

Tabell 3-1: Utvikling og endring i prosent i antall opphold for utvalgte kroniske hoved- og bidiagnoser, samt opphold totalt 2001 og 2005. Døgn- og dagopphold.

Type diagnose	(N=)		Pst endring	I pst av alle opphold	
	2001	2005		2001	2005
a) Kronisk hoveddiagnose	140 535	152 376	8,4	12,9	11,1
b) Kronisk bidiagnose	191 690	284 198	48,3	17,5	20,8
<i>c) Sum Kronisk hoved- og/eller bidiagnose</i>	<i>287 386</i>	<i>381 019</i>	<i>32,6</i>	<i>26,3</i>	<i>27,8</i>
Andre opphold uten kronisk diagnose for pasienter med kronisk hoved- eller bidiagnose	90 869	136 192	49,9	8,3	10,0
<i>d) Sum opphold for pas med kronisk hoved-diagnose og/eller bidiagnose</i>	<i>378 255</i>	<i>517 211</i>	<i>36,7</i>	<i>34,6</i>	<i>37,8</i>
Opphold knyttet til pasienter uten utvalgt kronisk hoved- eller bidiagnose	714 553	851 509	19,2	65,4	62,2
<i>Sum alle opphold totalt</i>	<i>1 092 808</i>	<i>1 368 720</i>	<i>25,2</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Tabellen viser også at pasienter med utvalgte kroniske diagnoser sto for 34,6 prosent av alle sykehusopphold i 2001, og 37,8 prosent av alle opphold i 2005. Med andre ord legger pasienter med de definerte kroniske diagnoser beslag på en relativt stor del, og trolig økende del, av aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten (målt i opphold).

3.3 Utviklingen etter type kontakt med spesialisthelsetjenesten

Tabell 3-2 viser utviklingen og endringene i oppholdsrate og pasientrate⁵ i perioden fra 2001 til 2005 for henholdsvis døgn, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. I figur 3-1 og 3-2 vises den samlede prosentvise endringen for oppholdsrate og pasientrate for denne perioden.

Generelt sett har vært en økning i alle typer opphold i perioden fra 2001 til 2005. Det er imidlertid stor variasjon i utviklingen mellom oppholdsrate og pasientrate, samt mellom opphold med hoveddiagnose kronisk sykdom og opphold med bidiagnose kronisk sykdom, og mellom ulike typer opphold (dag, døgn og poliklinikk).

Av totale rater for døgnbehandling utgjør opphold med kronisk hoveddiagnose knapt 13 prosent i 2005 (23 opphold per 1000 innbygger). Opphold med utvalgte kroniske bidiagnoser utgjør i overkant av 22 prosent av alle oppholdene (41 opphold per 1000 innbygger). Det samme forholdet mellom kroniske hoveddiagnoser og bidiagnoser finner vi også for pasientratene.

Ratene for dagoppholdene er høyere for kroniske bidiagnoser enn for hoveddiagnosene. I 2005 utgjorde de kroniske hoveddiagnosene i underkant av 9 prosent av ratene for dagopphold (ca 10 opphold per 1000 innbygger), mens det tilsvarende tallet for dagopphold med kroniske bidiagnoser var vel 7 prosent (ca 8 opphold per 1000 innbygger). De tilsvarende tallene for pasientratene er vel 13 prosent for kroniske hoveddiagnoser (ca 6 pasienter per 1000 innbygger), og ca 4 prosent for pasientraten for bidiagnoser (ca 2 pasienter per 1000 innbygger).

Vi ser videre at raten for polikliniske konsultasjoner blant kroniske hoveddiagnoser utgjør en langt større andel av de totale ratene enn kroniske bidiagnoser. I 2005 var andelen ca 18 prosent for kroniske hoveddiagnoser (134 opphold per 1000 innbygger), og i underkant av 1 prosent for kroniske bidiagnoser (6,5 opphold per 1000 innbygger). Dette mønsteret finner vi igjen når vi ser på pasientraten. 19 prosent av pasientraten er knyttet til pasienter med kroniske hoveddiagnoser (61 pasienter per 1000 innbygger), og 1,5 prosent til pasientraten for kroniske bidiagnoser (5 pasienter per 1000 innbygger).

Vi ser at det har vært en generell økning i døgnopphold (8,4 prosent), dagopphold (54,3 prosent) og polikliniske konsultasjoner (12,1 prosent). Pasientratene er generelt noe lavere, men følger ellers samme mønster som ratene for opphold.

For opphold med utvalgte kroniske hoveddiagnoser ser vi at det har vært en nedgang i raten for døgnopphold (-1 prosent), og en økning i både dagopphold (26 prosent) og polikliniske konsultasjoner (5,7 prosent). Endringer i den estimerte pasientraten viser tilsvarende endringer, bortsett fra at den estimerte endringen i pasientraten for polikliniske konsultasjoner er noe større (ca 7 prosent) enn det vi fant for oppholdsrate. Dette indikerer at flere pasienter får denne typen tilbud i 2005 enn i 2001.

Den største endringen finner vi for opphold med utvalgte kroniske bidiagnoser. Den prosentvise økningen for døgnopphold har vært på 46 prosent, raten for dagopphold har økt med 90 prosent, og raten for polikliniske konsultasjoner har økt med 55 prosent i perioden. Dette mønsteret finner vi igjen for endringer i den estimerte pasientraten, men også her ser vi at pasientraten for polikliniske konsultasjoner har endret seg noe mer enn raten for opphold. Dette indikerer at flere pasienter får denne typen tilbud i 2005 enn i 2001.

⁵ Antallet pasienter er trolig høyere i denne rapporten enn i virkelighet og må betraktes som et estimat. Ordinære pasientdata gir oss ikke anledning til å følge pasienten mellom sykehusene. Det gir likevel mening å se på endring i pasientratene, da de aller fleste blir behandlet ved samme sykehus og vi vet at relativt få (ca 10 prosent av alle pasienter totalt) får behandling også ved andre sykehus (Jørgenvåg og Jensberg 2006). Ved å sammenligne ordinær pasientfil fra 2004 med pasientdata med unike pasientnummer, og til tross for at mangler i de pasientidentifiserbare data, har vi grunn til å tro at det for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser er mindre vanlig med behandling på flere sykehus enn for pasienter generelt.

I kategorien "opphold uten kronisk hoved- eller bidiagnose" finner vi alle de resterende oppholdene, samt de pasientene som ikke er registrert med noen opphold med de utvalgte hoved- eller bidiagnoser. Denne gruppen har hatt en økning i ratene både for opphold og pasient som ligger mellom de utvalgte kroniske hoveddiagnosene og bidiagnoser. Endringen i rater for døgnopphold er nesten den samme som for de utvalgte kroniske hoveddiagnosene (1 prosent endring i raten for opphold, og -0,4 prosent endring i den estimerte pasientraten). Forskjellene er noe større når vi ser på dagopphold (55 prosent) og polikliniske konsultasjoner (13 prosent). Dette ser vi også i den estimerte pasientraten (henholdsvis 44 og 9 prosent).

Nedgangen i ratene for døgnopphold med utvalgte kroniske hoveddiagnoser kan skyldes en reell nedgang i tilbudet til de utvalgte kronikergruppene, men det kan også skyldes at behandlingen er lagt om, til for eksempel til dagbehandling, evt. behandling utenfor spesialisthelsetjenesten (kommunehelsetjenesten, private aktører). Dette har vi ikke tilstrekkelig informasjon om til å trekke noen konklusjoner.

Opphold med kroniske bidiagnoser har den sterkeste prosentvise økningen både for dag og døgnopphold samt polikliniske konsultasjoner. Det er mer sannsynlig at dette skyldes endringer i registreringspraksis i løpet av perioden, enn en reell økning i antall opphold med kronisk bidiagnose. Dette gjør det vanskelig å tolke denne økningen som et uttrykk for økt tilbud eller en økning i registreringen av bidiagnoser generelt.

På grunn av usikkerheten knyttet til endringer i registreringspraksis for bidiagnoser, vil vi i den videre presentasjonen fokusere på pasientgruppen med utvalgte kroniske hoveddiagnoser.

Tabell 3-2: Utviklingen og prosentvis endring i antall opphold og antall pasienter per 1000 innbygger for utvalgte kroniske hoveddiagnoser etter type kontakt (døgnopphold, dagopphold, polikliniske konsultasjoner), 2001-2005.

DØGN	OPPHOLD						PASIENTER ¹			
	2001	2002	2003	2004	2005	Endring	DØGN	2001	2005	Endring
Kronisk hoveddiagnose	23,4	23,3	24,5	23,5	23,2	-0,9	Kronisk hoveddiagnose ²	18,4	18,4	-0,3
Kronisk bidiagnose	28,3	33,7	37,9	39,9	41,3	45,8	Kronisk bidiagnose ³	21,6	30,4	40,4
Uten kronisk diagnose	118,0	115,6	118,7	119,1	119,6	1,3	Uten kronisk diagnose ⁴	86,9	86,6	-0,4
Sum	169,8	172,6	181,1	182,5	184,1	8,4	Pasienter totalfil ⁵	127,0	135,3	6,6
(N)	768 026	785 663	828 876	468 262	854 080		Antall pasienter totalfil	523 816	592 991	13,2
DAGOPPHOLD	2001	2002	2003	2004	2005	Endring	DAGOPPHOLD	2001	2005	Endring
Kronisk hoveddiagnose	7,6	7,8	8,5	9,3	9,6	26,1	Kronisk hoveddiagnose	5,63	6,43	14,04
Kronisk bidiagnose	4,1	4,9	6,6	7,4	7,9	90,3	Kronisk bidiagnose	0,98	2,06	110,43
Uten kronisk diagnose	60,0	66,7	77,0	84,9	93,3	55,4	Uten kronisk diagnose	27,86	40,21	44,30
Sum	71,8	79,4	92,1	101,7	110,8	54,3	Pasienter totalfil	34,48	48,70	41,24
(N)	324 782	361 548	421 595	468 262	514 138		Antall pasienter totalfil	136 750	197 641	44,53
POLIKLINIKK	2001	2002	2003	2004	2005	Endring	POLIKLINIKK	2001	2005	Endring
Kronisk hoveddiagnose	126,4	121,5	127,8	132,2	133,7	5,7	Kronisk hoveddiagnose	57,2	61,3	7,3
Kronisk bidiagnose	4,5	5,1	5,7	6,1	6,5	44,0	Kronisk bidiagnose	3,3	5,0	49,4
Uten kronisk diagnose	533,9	545,6	574,4	594,2	605,1	13,4	Uten kronisk diagnose	233,8	255,8	9,4
Sum	664,8	672,2	708,0	732,5	745,3	12,1	Pasienter totalfil	294,3	322,1	9,4
(N)	3 007 680	3 060 055	3 240 745	3 374 388	3 458 478		Antall pasienter totalfil	1 331 500	1 494 549	12,2

Pasientgrunnet er beregnet ut ifra om de er registrert med minst ett opphold med enn eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene.

¹ For å komme frem til antall pasienter i de ulike kategoriene har vi aggregert fra oppholdsfil etter institusjon og pasientnummer.

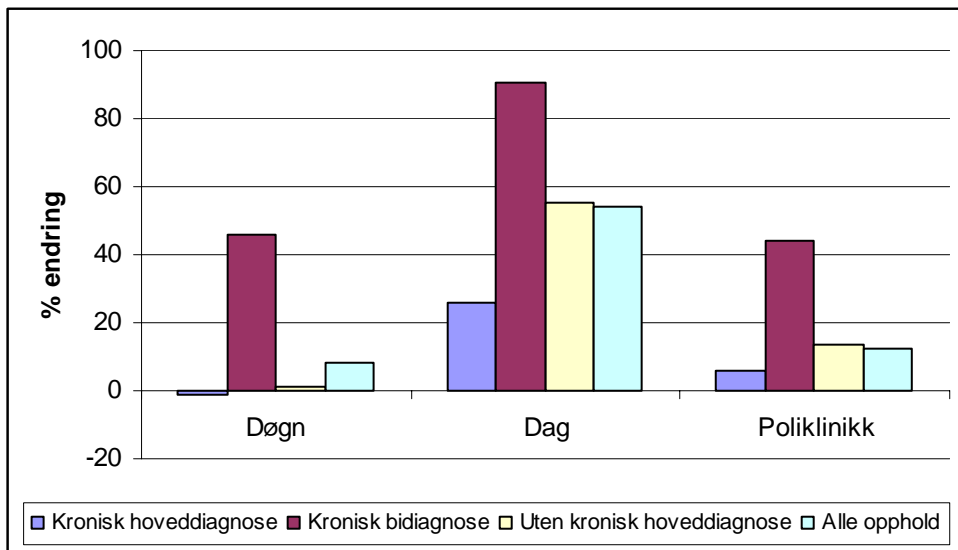
² Antall pasienter er aggregert etter institusjon og pasient fra de oppholdene som har en kronisk hoveddiagnose. Gjelder også dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

³ Antall pasienter er aggregert etter institusjon og pasient fra de oppholdene som har en kronisk bidiagnose. Gjelder også dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

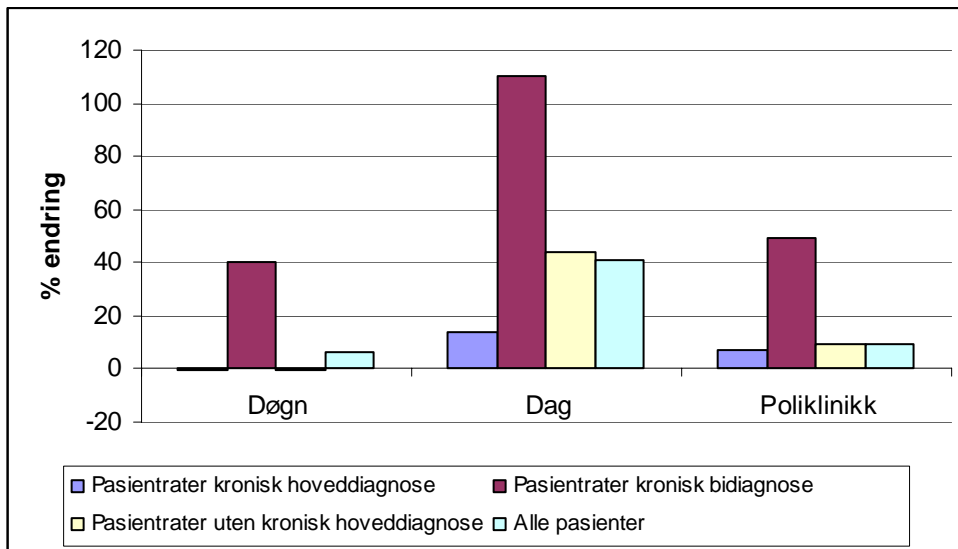
⁴ Antall pasienter er aggregert etter institusjon og pasient fra de oppholdene som er registrert med andre diagnoser enn kronisk hoved- eller bidiagnose. Gjelder også dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

⁵ Antall pasienter er aggregert etter institusjon og pasient fra alle oppholdene. Gjelder også dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Figur 3-1: Prosentvis endring 2001-2005, i befolkningsrater for dag- og døgnopphold samt polikliniske konsultasjoner.



Figur 3-2: Prosentvis endring 2001-2005, i pasientrater for dag- og døgnopphold samt polikliniske konsultasjoner.



3.4 Oppsummering

Framstillingen ovenfor viser at det har vært en aktivitetsøkning i somatiske sykehus fra 2001 til 2005. Denne økningen har vært noe lavere for opphold og pasienter med utvalgte kroniske diagnoser enn for opphold og pasienter med andre diagnoser. Dette gjelder både for døgn- og dagopphold, samt polikliniske konsultasjoner. Det er vanskelig, bare på bakgrunn av dette, å trekke konklusjoner om hvorvidt tilgjengeligheten til sykehustjenester har økt eller ikke for pasienter med kronisk sykdom. I kapittel fem skal vi se nærmere på utviklingen for hver enkelt av de utvalgte diagnosegruppene som inngår i vårt definerte utvalg.

4 Sammenligning av aktivitetsutvikling knyttet til ulike aldersgrupper, kjønn og helseregioner for pasienter med kronisk hoveddiagnose

Når spesialisthelsetjenesten er i rask endring, blir det særlig viktig å analysere utviklingen og endringene i behandlingstilbudet for ulike pasientgrupper. Har den sterke aktivitetsutviklingen de senere årene gitt en like stor økning i tilgjengelighet til alle pasienter, uavhengig av diagnose, alder og bosted eller finner vi systematiske forskjeller i tilgjengelighetsutviklingen?

Analysene i kapittel 3 viste at både oppholdsratene og pasientratene for pasienter med hoveddiagnose kroniske sykdommer ikke har hatt den samme aktivitetsøkningen i form av døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus som "alle andre" pasienter. I dette kapitlet fokuserer vi imidlertid på generelle forskjeller innen kronikergruppen. Er det for eksempel slik at behandlingsratene for eldre pasienter med kroniske sykdommer har økt mindre enn behandlingsratene for yngre pasienter med kroniske sykdommer? Har aktivitetsutviklingen vært like sterk – uavhengig av hvilken region pasienten bor i? I dette kapitlet ser vi nærmere på utviklingen for pasienter med hoveddiagnose kronisk sykdom etter alder, kjønn og geografisk bosted, mens vi analyserer utviklingen i tilgjengelighet etter diagnose i neste kapittel.

4.1 Endring i aktivitetsøkningen i ulike aldersgrupper med utvalgte kroniske hoveddiagnoser

Vi har innledningsvis sammenlignet pasientratene i aldersgruppene for utvalgte kroniske hoveddiagnosene med pasienter totalt, se tabell 4-1. Formålet er å undersøke om de kroniske pasientene skiller seg fra pasienter generelt med hensyn til pasientrater.

Generelt er forholdet mellom kjønn og aldersgrupper likt. Samtidig ser vi at det er ulikheter også. Blant de yngste pasientene er raten høyere for pasienter med kroniske hoveddiagnoser, enn for pasienter uten en slik hoveddiagnose. Vi ser også at pasientraten er høyere for kvinner enn for menn når vi ser alle pasienter under ett, sammenlignet med pasienter med en slik hoveddiagnose. Mens kvinner har en høyere pasientrate generelt i aldersgruppene mellom 16 og 66 år, har menn høyere pasientrate i den eldste og yngste aldersgruppen. Blant kronikerpatientene er det generelt slik at menn har høyere pasientrate.

Tabell 4-1: Antall pasienter per 1000 innbygger for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser og pasienter totalt, etter kjønn⁶ og alder. 2005.

	Pasienter med kroniske hoveddiagnoser			Pasienter uten kronisk hoveddiagnose			Alle pasienter totalt		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle
0-15 år	6,66	4,84	5,77	130,59	114,65	122,82	137,25	119,48	128,59
16-49 år	6,66	6,73	6,69	87,93	122,83	105,10	94,59	129,56	111,79
50-66 år	39,02	29,95	34,53	151,89	158,63	155,23	190,91	188,58	189,76
67-79 år	98,29	81,24	89,00	243,94	216,20	228,83	342,23	297,44	317,83
80+ år	132,70	103,45	113,45	374,25	319,39	338,14	506,95	422,84	451,59
Totalt	24,29	23,52	23,90	131,24	148,58	139,98	155,53	172,10	163,88
(N)	55909	54992	110901	302120	347412	649532	358029	402404	760433

Pasientgrunnlaget er beregnet ut ifra om de er registrert med minst ett opphold med enn eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene.

Vi fortsetter med å se på utviklingen for opphold og pasienter med kroniske hoveddiagnoser i tidsrommet 2001-2005. Er det slik at enkelte aldersgrupper blant kronikerne har hatt en sterkere aktivitetsøkning enn andre? Antall opphold med kronisk hoveddiagnose per 1000 innbygger varierer med ulike aldersgrupper. Generelt finner vi høyere rate for kroniske hoveddiagnoser, jo eldre befolkningen er. Dette gjelder både for opphold og pasient per 1000 innbygger, og er slett ikke uventet da mange av disse sykdommene er knyttet til alderdom (se tabell 1 i vedlegg 1). Det som er interessant i denne sammenhengen er om utviklingen i behandlingsratene varierer mellom aldersgruppene.

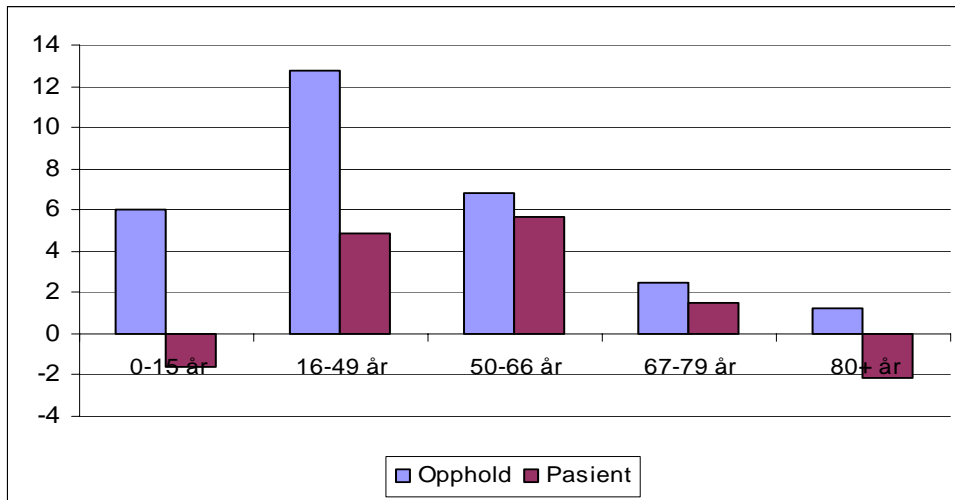
Figur 4-1 viser prosentvis endring i behandlings- og pasientrate for ulike aldersgrupper i perioden fra 2001 til 2005. Det har vært aktivitetsøkning generelt, men det er en viss variasjon mellom aldersgruppene. De to eldste aldersgruppene (dvs. 67-79 og 80+ år) har hatt en relativt liten økning i raten for opphold på 2,5 og 1,2 prosent, mens aldersgruppen 16-49 år har hatt en økning på 12,8 prosent.

Endringene i pasientratene er generelt lavere enn oppholdsratene. Den yngste og eldste aldersgruppen har en nedgang i pasientraten. Den største økningen i pasientraten finner vi i aldersgruppen 50-66 år. Det vi ser er at mens aldersgruppen 16-49 år har hatt sterkest økning i antall opphold per 1000 innbygger, så har aldersgruppen 50-66 år har den sterkeste økningen i antall pasienter per 1000 innbygger.

Det er altså de unge voksne kronikerne som hatt den sterkeste økningen i rater for opphold, og de middelaldrende kronikerne som har hatt sterkest økning i pasientrater.

⁶ Fødsler er utelatt i beregningen av rater for kvinnelige pasienter.

Figur 4-1: Prosentvis endring i rater for dag og døgnopphold for utvalgte kroniske hoveddiagnoser, og pasient per 1000 innbygger 2001-2005, i ulike aldersgrupper.



4.2 Forskjeller i aktivitetsendring blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper

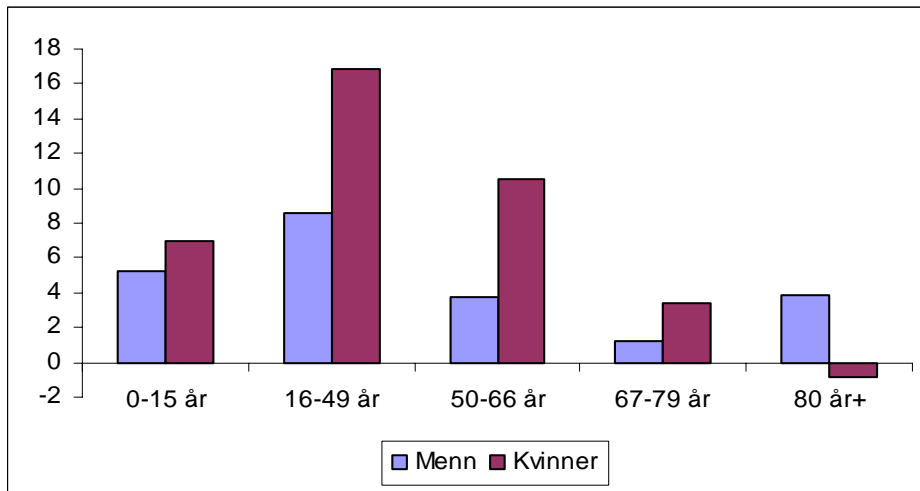
Når vi bryter ned ratene på kvinner og menn ser vi at ratene varierer mellom kjønnene, jf tabell 1 i vedlegg 1. I denne tabellen ser vi at ratene for både opphold og pasienter blir høyere med høyere aldersgruppe. Det fremkommer også at menn har en generelt høyere rate enn kvinner, uavhengig av aldersgruppe (bortsett fra aldersgruppen 16-49 år, hvor kvinner ligger marginalt høyere).

Det har vært omtrent like stor endring i oppholdsraten for begge kjønn (ca 5 prosent for menn og 6 prosent for kvinner), mens endring i pasientraten var størst for menn (4 prosent mot 1 prosent for kvinner), se tabell 1 i vedlegg.

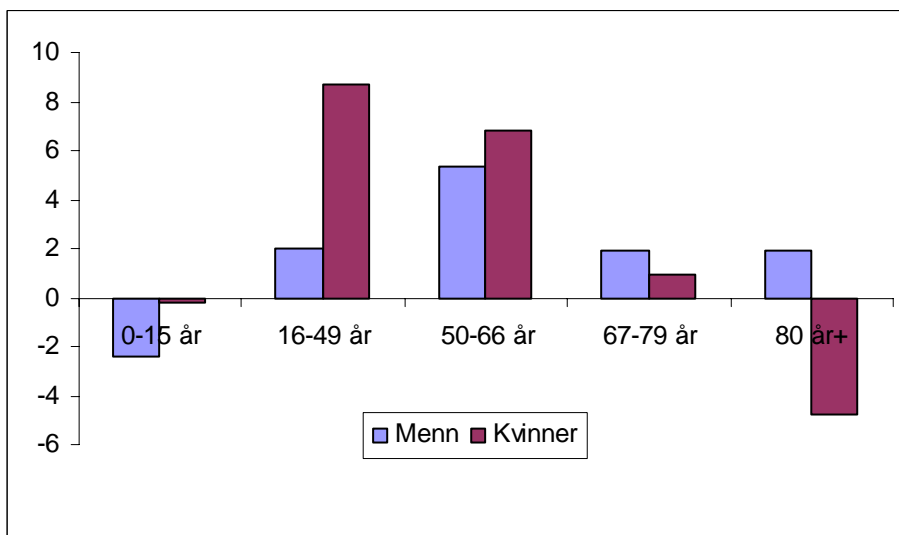
Figurene 4-2 og 4-3 gir en oversikt over endring i henholdsvis rate for opphold og rate for pasient for kvinner og menn i ulike aldersgrupper. Vi ser at det har vært en noe større økning i oppholdsratene blant kvinner enn blant menn i alle aldersgruppene bortsett fra den eldste (80+). Økningen er størst for aldersgruppen 16-49 år (17 prosent) og 50-67 år (11 prosent), mens de er noe mindre i aldersgruppa 0-15 år (7 prosent) og 67-79 år (3 prosent). Endring i pasientratene viser til dels samme mønster, men her er den prosentvise økningen relativt mye større blant kvinner i aldersgruppa 16-49 år (9 prosent), mens den har gått ned i aldersgruppa over 80 år (-5 prosent).

Disse tallene antyder at utviklingen i behandlingsratene for kvinner og menn i ulike aldersgruppene har vært ulik. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn hva gjelder oppholdsrate totalt, men desto større endringer når vi sammenligner menn og kvinner i de forskjellige aldersgruppene. Mens oppholdsratene har økt ganske jevnt for både kvinner og menn, indikerer pasientraten at det har blitt flere pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser i den mannlige delen av befolkningen.

Figur 4-2: Prosentvis endring i rater for opphold og pasient per 1000 innbygger 2001-2005 for utvalgte kroniske hoveddiagnoser, menn og kvinner i ulike aldersgrupper med kronisk diagnose.



Figur 4-3: Prosentvis endring pasientrater per 1000 innbygger 2001-2005 for utvalgte kroniske hoveddiagnoser, menn og kvinner i ulike aldersgrupper



4.3 Pasientenes bostedsregion

Geografisk tilhørighet kan også være av betydning for tilgjengeligheten til spesialisert behandling for kronikere. Enkelte områder kan ha ulik satsninger på forskjellige helsetjenestetilbud. Som for alder og kjønn har vi gjort en sammenligning av pasienter med kroniske hoveddiagnoser og pasienter totalt for å undersøke hvorvidt kronikerpasienter skiller seg ut i forhold til boregion, se tabell 4-2. Her har vi brukt den pasientidentifiserbare fila fra 2004. Vi ser at kronikerpasienter skiller seg noe fra pasienter totalt, pasientraten for kronikerne er høyest i region sør, er pasientraten for pasienter totalt høyest i nord. Vi fortsetter med å se på endringer i perioden 2001-2005 for opphold og pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser.

Tabell 4-2: Antall pasienter per 1000 innbygger for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser og pasienter totalt, etter boregion 2005.

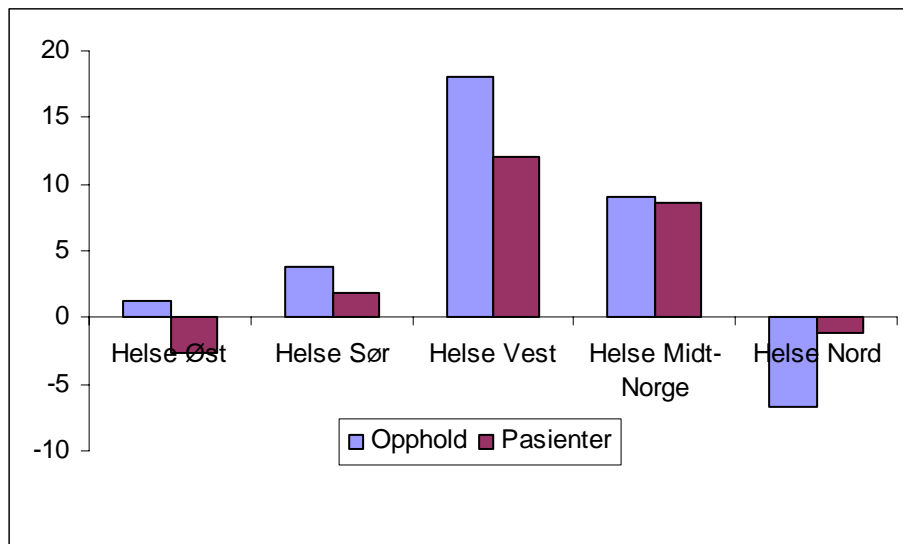
Boregion	Pasienter med kroniske hoveddiagnoser	Pasienter uten kronisk hoveddiagnose	Alle pasienter totalt
Øst	21,41	145,47	166,89
Sør	27,49	155,05	182,54
Vest	23,33	148,23	171,55
Midt-Norge	24,66	149,74	174,39
Nord	25,52	157,85	183,37
Alle regioner	23,85	149,73	173,58
(N)	110 669	694 772	805 441

Pasientgrunnet er beregnet ut ifra om de er registrert med minst ett opphold med enn eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene.

Tabell 2 i vedlegg 1 viser behandlingsratene og utviklingen i disse for opphold og pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser med utgangspunkt i pasientenes bostedsregion. Denne tabellen viser at region Sør og Nord har de høyeste ratene i hele perioden, både når vi ser på opphold og pasient. I 2001 hadde region Vest de laveste ratene, både når det gjaldt opphold og pasienter med kronisk hoveddiagnose. I region Midt-Norge og region Øst var ratene noe høyere enn i region Vest, men likevel betydelig lavere enn i region Sør og Nord.

Endringene i både oppholdsrate og pasientrate for perioden fra 2001 til 2005 er illustrert i figur 4-4.

Figur 4-4: Prosentvis endring ratene per 1000 innbygger 2001-2005, etter bostedsregion for utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Opphold og pasient.



Det har vært en økning i oppholdsratene i alle regioner, bortsett fra i Helse Nord, som har hatt en nedgang på 6,7 prosent. Økningen har vært størst i Helse Vest med 18 prosent, og i Helse Midt-Norge med 9,1 prosent. Endringene i pasientraten viser noe av det samme mønsteret. Økningen har vært høyest i Helse Vest, mens både Helse Nord og Helse Øst har hatt en nedgang i pasientraten.

Utviklingstrenden i behandlingsratene for kroniske biddiagnoser varierer med andre ord etter region, og det er interessant at den største økningen gjelder to av de regionene som i utgangspunktet hadde de laveste behandlingsratene (region Vest og Midt-Norge). Når det gjelder region Øst, har imidlertid utviklingstrenden ikke medført større grad av likhet med de andre regionene. Her er det vært en marginal endring både når vi ser på rater for opphold og rater for pasient.

4.4 Oppsummering

Det var en økning i ratene for sykehusopphold for de utvalgte kroniske hoveddiagnosene fra 2001 til 2005, og økningen varierer med aldersgruppe, kjønn og boregion. Aktiviteten økte for alle aldersgrupper, men var minst for de yngste (under 16 år) og de eldste (over 80 år). Aktivitetsøkningen har videre vært størst blant kvinner i alle aldersgrupper bortsett fra de aller eldste (80 år og eldre). Vi fant videre at region Vest og Midt-Norge har hatt den sterkeste aktivitetsveksten for pasienter med kroniske hoveddiagnoser i perioden 2001 til 2005.

For både aldersgrupper, kjønn og region kommer den største økningen i hovedsak der hvor ratene for opphold var lavest i 2001. Dette ser vi både i forhold til kjønn, aldersgruppe og geografisk bosted.

5 Utvikling i bruk av sykehustjenester og ventetid til behandling for ulike pasientgrupper med kronisk hoveddiagnose

Kapittel 3 viste at pasientgruppene med utvalgte kroniske hoveddiagnose, som er analysert i denne rapporten, hadde en noe svakere aktivitetsutvikling mellom 2001 og 2005 samlet sett, enn pasienter uten kronisk hoveddiagnose. Disse pasientene er imidlertid *heterogen pasientgruppe* med ulik alvorlighetsgrad, behandlingsbehov og behandlingstilbud. Noen av pasientgruppene med kronisk sykdom er store⁷ (pasienter med grå stær og arthroses⁸), andre er små (hemiplegi og lungesykdommer som skyldes ytre stoffer⁹) og noen behandles i hovedsak som innleggelser/døgnbehandling (epilepsi og aterosklerose¹⁰) mens andre har en høyere andel dagbehandling (grønn og grå stær, Cerebral Parese¹¹), eller følges i stor grad opp poliklinisk (diabetes, hudsykdom). Enkelte av pasientgruppene har lang liggetid¹², mens andre kronikergrupper har kort liggetid¹³. Det er grunn til å tro at aktivitetsutviklingen kan ha variert betydelig mellom disse pasientgruppene både når det gjelder oppholdsrate og ventetider. I dette kapitlet analyserer vi derfor både oppholdsrate, pasientrate, ventetider og antall opphold per pasient for hver av de 24 ulike diagnosegrupper med kronisk sykdom. Formålet med analysene, er å vurdere om det har vært betydelige endringer i tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester for disse pasientgruppene i perioden fra 2001 til 2005.

Felles for pasienter med kronisk sykdom, er at helsetjenesten sjelden kan bidra til total helbredelse av sykdommen, men kan bidra til å lette plagene med sykdommen og dermed øke livskvaliteten. Pasientene har ofte kontakt med flere deler av spesialisthelsetjenesten og innen somatisk sektor vil spesialisthelsetjenestens tilbud kunne bestå av både medikamentell behandling, kirurgisk behandling, fysikalsk behandling/rehabilitering, og opplæring i mestring av egen sykdom. Pasienter med kronisk sykdom kjennetegnes derfor delvis av mange opphold per pasient. Når vi skal vurdere utviklingen i tilgjengelighet er det derfor viktig å skille mellom utviklingen i oppholdsrate og det faktiske antall pasienter, samt endringer i behandlingsmønsteret som er knyttet til antallet opphold per pasient.

I dette kapitlet analyserer vi derfor både oppholdsrate, pasientrate, ventetider og antall opphold per pasient for 24 ulike diagnosegrupper med kronisk sykdom. Formålet med analysene, er å vurdere om det har vært betydelige endringer i tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester for disse pasientgruppene i perioden fra 2001 til 2005.

Vi starter kapitlet med en fylldig presentasjon av de enkelte pasientgruppene og oppsummerer de viktigste endringene i antall dag- og døgnbehandling, antall polikliniske konsultasjoner og ventetid for perioden 2001 til 2005. Til slutt oppsummeres resultatene ved å sammenstilles utviklingen for alle diagnosegruppene samlet.

⁷ Se vedleggstabellene 3-6 for detaljert oversikt over antall opphold, antall pasienter og endring fra 2001-2005

⁸ Henholdsvis 20 616 og 16 990 opphold totalt i 2005.

⁹ Henholdsvis 81 og 645 opphold totalt i 2005.

¹⁰ 97 prosent av oppholdene for Epilepsi gjelder døgnbehandling, og 95 prosent av oppholdene for Aterosklerose gjelder døgnbehandling.

¹¹ 94 prosent av oppholdene for grå stær gjelder dagbehandling, 73 prosent av oppholdene for Grønn stær gjelder dagbehandling, og 46 prosent av oppholdene for Cerebral Parese gjelder dagbehandling.

¹² Pasienter med hoveddiagnose Arthroses som var innlagt for døgnbehandling hadde median liggetid på 8 dager i 2005.

¹³ Pasienter med hoveddiagnose Cerebral Parese som var innlagt for døgnbehandling hadde median liggetid på 1 dag i 2005.

5.1 Utviklingen i tilgjengelig for hver av pasientgruppene med kroniske hoveddiagnoser

I denne delen gir vi en presentasjon av karakteristika ved 24 utvalgte kroniske pasientgruppene enkeltvis og en beskrivelse av utvikling i forbruksrater og ventetid for perioden 2001 til 2005. Framstillingen følger inndelingen i hovedkapitler i diagnosekodeverket ICD-10.

Vi gjør oppmerksom på at begrepet *opphold* brukes når vi omtaler opphold ved heldøgnsavdeling eller opphold som dagpasient. Til dagpasienter regnes pasienter med registrert opphold på dagavdeling/-post eller behandling ved poliklinikkene som omfattes av innsatsstyrt finansiering (mest dagkirurgi) og hvor pasienten mottar en behandling som vanligvis fordrer at man ligger i en seng og som regnes som mer omfattende enn annen poliklinisk oppfølging (f.eks. får en del pasienter anestesi). Dette til forskjell fra andre typer *polikliniske konsultasjoner*.

Vi gjør også oppmerksom på at antall faktiske *pasienter* i en del tilfeller i realiteten vil være lavere enn det antall pasienter som er beregnet i dette kapitlet. Dette har, som beskrevet i kapittel 2, sin bakgrunn i at vi ikke har pasientenydige data for årene 2001 og 2005. For pasientgrupper med en høy andel overføringer mellom sykehus vil det derfor skje en overestimering av pasienttallet. I kapittel 6 redegjøres det for konsekvensene av dette i detalj, basert på pasientenydige data for året 2004 (se tabell 6-1 i kapittel 6). Det viser seg da at dette gjelder spesielt for noen få diagnosegrupper. Når vi ser på endringstall er det imidlertid grunn til å anta "feilen" i beregningen av pasienttall vil slå ut omtrent like mye både i 2001 og i 2005.

Tallene som ligger til grunn for den kommende framstillingen er gjengitt i tabellene 5-1 til 5-5 og figur 5-1 nedenfor (pasientrater og ventetider) og i tabell 3-16 i vedlegget (Faktiske grunnlagstall, opphold og pasientrater, beskrivelser av median alder, kjønns sammensetning, andel planlagte opphold, andel kirurgi, andel døgnpasienter).

Tabell 5-1 nedenfor viser ratene for antall pasienter som mottar døgn- eller dagbehandling og polikliniske konsultasjoner i 2001 og 2005. Deretter kommer figur 5-1 som viser endringer i oppholds-rater splittet på elektive innleggelser og øyeblikkelig hjelp-innleggelser og til slutt fire tabeller (tabell 5-2 til 5-5) som viser ventetid til behandling.

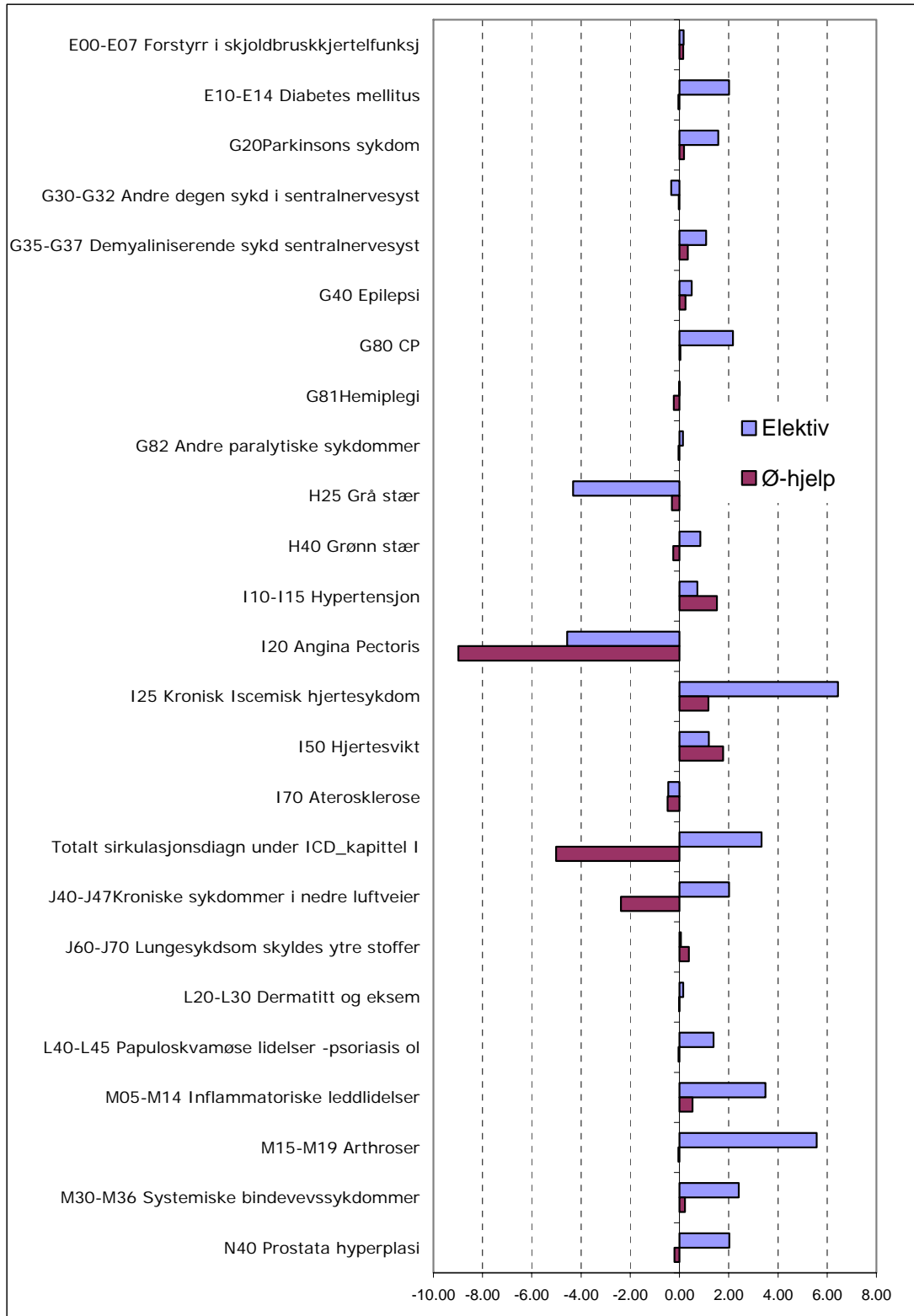
Tabell 5-1: Antall pasienter pr 10 000 innbygger med dagbehandling, døgnopphold eller poliklinisk konsultasjon. Fordelt etter utvalgte kroniske hoveddiagnoser i 2001 og 2005. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

PASIENTER	Døgn			Dag			Totalt opphold			PKL		
	Rate 2001	Rate 2005	% endring	Rate 2001	Rate 2005	% endr	Rate 2001	Rate 2005	% endr	Rate 2001	Rate 2005	% endr
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	2,62	2,87	9,6	0,06	0,09	44,4	2,68	2,94	9,8	19,62	20,40	4,0
E10-E14 Diabetes mellitus	9,64	9,38	-2,8	2,92	3,81	30,4	12,33	12,76	3,5	61,22	75,21	22,9
G20Parkinsons sykdom	1,53	2,06	34,0	0,04	0,25	522,9	1,56	2,16	39,0	7,89	8,90	12,8
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentralnervesystemet	0,99	0,91	-8,2	0,18	0,19	5,9	1,15	1,09	-5,7	4,05	3,89	-4,1
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentralnervesystemet	2,54	3,07	20,8	0,09	0,24	162,3	2,61	3,20	22,7	7,63	10,18	33,4
G40 Epilepsi	8,48	9,23	8,9	0,16	0,30	88,1	8,57	9,44	10,1	31,45	32,49	3,3
G80 CP	0,84	1,28	52,5	0,17	0,86	402,7	0,95	1,97	107,3	3,47	4,03	16,0
G81Hemiplegi	0,36	0,13	-65,1	0,01	0,02	257,5	0,37	0,15	-60,5	0,36	0,31	-13,3
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,38	0,44	18,1	0,13	0,06	-51,3	0,46	0,49	5,9	0,64	0,72	12,2
H25 Grå stær	6,30	2,31	-63,3	33,08	30,19	-8,7	39,02	32,39	-17,0	39,01	31,95	-18,1
H40 Grønn stær	2,17	1,69	-22,1	3,70	4,34	17,2	5,54	5,66	2,1	25,23	22,72	-9,9
I10-I15 Hypertensjon	6,05	7,48	23,7	0,16	0,63	296,8	6,17	8,06	30,7	28,35	31,02	9,4
I20 Angina Pectoris	34,56	27,82	-19,5	6,33	5,47	-13,6	37,98	30,83	-18,8	40,63	28,51	-29,8
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	15,91	19,83	24,7	2,93	4,51	53,9	18,25	23,22	27,2	30,55	35,62	16,6
I50 Hjertesvikt	14,50	15,88	9,6	0,23	0,63	177,4	14,67	16,31	11,2	10,11	13,05	29,2
I70 Aterosklerose	9,52	8,78	-7,8	0,17	0,42	156,1	9,63	9,05	-6,0	21,80	22,52	3,3
J40-J47Kroniske sykdommer i nedre luftveier	24,12	21,98	-8,9	0,30	0,89	195,3	24,34	22,75	-6,5	73,93	77,95	5,4
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	0,84	1,19	42,4	0,01	0,02	30,0	0,85	1,20	41,5	1,29	0,88	-31,9
L20-L30 Dermatitt og eksem	1,97	1,90	-3,7	0,03	0,14	436,2	1,99	2,02	1,2	32,40	34,42	6,2
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	2,01	1,95	-2,8	0,04	0,38	753,1	2,05	2,26	10,3	22,99	26,76	16,4
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	11,50	11,38	-1,0	0,68	1,87	175,7	12,02	12,95	7,8	45,27	50,33	11,2
M15-M19 Arthroser	23,34	25,78	10,5	5,70	8,43	48,0	28,44	33,88	19,1	67,58	78,65	16,4
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	4,17	4,92	18,0	0,20	0,62	212,0	4,28	5,35	25,0	17,35	20,20	16,4
N40 Prostata hyperplasi	7,19	8,66	20,4	0,39	0,65	67,1	7,55	9,25	22,5	22,00	27,54	25,1
Total	191,54	190,94	-0,3	57,69	65,01	12,7	243,46	249,37	2,4	614,83	658,25	7,1
(N=)	88 601	86 652		26 101	30 165		110 143	115 714		278 151	305 442	

Pasienttallet er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulik kronisk hoveddiagnose telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Totalraten fremkommer ved å summere ratene for alle de kroniske hoveddiagnosene. Med andre ord består datagrunnlaget av flere pasienter enn når vi summerer pasienter med en eller flere av disse hoveddiagnosene.

Figur 5-1: Endring i antall opphold per 10 000 innbyggere fordelt etter innleggelsesmåte. Dag- og døgnopphold. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.



Tabell 5-2: Median ventetid¹⁴ i antall dager for elektive døgbehandlinger totalt 2001-2005. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten

	2001	2005	endr 2001-05
G20 Parkinsons sykdom	189	91	-98
H25 Grå stær	152	66	-86
M15-M19 Arthroser	184	130	-54
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	171	133	-38
I70 Aterosklerose	117	84	-33
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	57	36	-21
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	94	89	-5
I10-I15 Hypertensjon	40,5	36	-4,5
I50 Hjertesvikt	34	31	-3
G82 Andre paralytiske sykdommer	240	237	-3
G40 Epilepsi	112,5	110	-2,5
H40 Grønn stær	44	42	-2
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	83	81	-2
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	104	106,5	2,5
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	44,5	48	3,5
N40 Prostata hyperplasi	96,5	100,5	4
E10-E14 Diabetes mellitus	34	39	5
I20 Angina Pectoris	41	48	7
L20-L30 Dermatitt og eksem	54	74	20
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	108	137	29
G80 CP	235	287,5	52,5
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	98	165	67
<i>For de resterende gruppene antallet pasienter for få til at det kan presenteres.</i>			

Tabell 5-3: Median ventetid i antall dager for dagopphold totalt, 2001 – 2005. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten

Elektive dagopphold	2001	2005	endr 2001-05
G82 Andre paralytiske sykdommer	1 082,5	148	-935
G80 CP	1016	316	-700
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	519	57	-462
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesyst	416	143,5	-273
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	179	62	-117
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	206	104	-102

¹⁴ Median ventetid uttrykker det antall dager hvor halvparten av pasientene venter kortere og halvparten venter lengre. Ventetiden er beregnet for den første kontakt pasienten har med sykehuset. Ved flere opphold etter hverandre inkluderes kun ventetiden til første opphold.

Elektive dagopphold	2001	2005	endr 2001-05
E10-E14 Diabetes mellitus	190,5	120	-71
H25 Grå stær	139	72	-67
N40 Prostata hyperplasi	123,5	82,5	-41
M15-M19 Arthroser	136	96,5	-40
I50 Hjertesvikt	83,5	49	-35
I70 Aterosklerose	92	77	-15
H40 Grønn stær	58	44	-14
I10-I15 Hypertensjon	53	42	-11
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	36	32	-4
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesyst	25,5	37	12
I20 Angina Pectoris	47	59	12
G40 Epilepsi	88,5	174,5	86
<i>For de resterende gruppene antallet pasienter for få til at det kan presenteres.</i>			

Tabell 5-4: Median ventetid i antall dager for kirurgisk døgntilrettelagt behandling 2001-2005. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten

	2001	2005	endr 2001-2005
H25 Grå stær	151	65	-86
G80 CP	297	223	-74
M15-M19 Arthroser	182	131	-51
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	205	172	-33
I70 Aterosklerose	123	91	-32
I50 Hjertesvikt	41	21	-20
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	53	37	-16
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	106	92	-14
H40 Grønn stær	44	38,5	-5,5
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	165	165,5	0,5
N40 Prostata hyperplasi	97	102	5
E10-E14 Diabetes mellitus	36	41	5
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	93	99	6
I20 Angina Pectoris	42	49	7
G40 Epilepsi	202	280,5	78,5
<i>For de resterende gruppene antallet pasienter for få til at det kan presenteres.</i>			

Tabell 5-5: Median ventetid i antall dager for kirurgiske dagopphold, 2001 – 2005. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten

Kirurgiske dagopphold	2001	2005	endr 2001-05
H25 Grå stær	139	72	-67
N40 Prostata hyperplasi	123.5	75	-48.5
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	180.5	137.5	-43
M15-M19 Arthroser	126	98	-28
E10-E14 Diabetes mellitus	183	160.5	-22.5
H40 Grønn stær	58	43	-15
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	18	42	24
I20 Angina Pectoris	14	133	119

For de resterende gruppene antallet pasienter for få til at det kan presenteres.

5.1.1 Diagnosegrupper tilhørende kapittel IV ICD10: Endokrine sykdommer ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser

Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelen (E00-E07 i ICD-10):

I denne gruppen pasienter inngår personer med for høyt eller lavt stoffskifte; hypertyreose og hypotyreose. Dette innebærer at skjoldbruskkjertelen produserer enten for mye eller for lite thyroksin, noe kroppen trenger i reguleringen av stoffskiftet. Årsakene til sykdom kan være mange.

Pasienter med forstyrrelser i skjoldbruskkjertelen finnes i alle aldersgrupper, men gjennomsnittsalderen for de med sykehusopphold (dag eller døgnopphold) er rundt 50 år. I 2005 stod kvinner for ca 83 prosent av disse oppholdene. I både 2001 og 2005 var 70 prosent av oppholdene planlagte, og 95-97 prosent var innleggelse på døgnavdeling. Vel halvparten av behandlingene ved dag- eller sengeavdeling (57-58 prosent) gjaldt kirurgi, med en gjennomsnittlig liggetid på henholdsvis 4,6 og 3,9 døgn i 2001 og 2005. Totalt var det omtrent 1300 pasienter som hadde ett eller flere døgn- eller dagopphold i 2005. De fleste hadde bare en innleggelse (gjennomsnitt 1,06). Bare 40 pasienter ble registrert med dagbehandling. I tillegg hadde omtrent 9000 pasienter en eller flere polikliniske kontakter (gjennomsnitt 1,7). Ut fra dette kan vi anslå at omtrent 12 prosent av pasientene som kommer i kontakt med sykehusene trenger oppfølging utover det som gis ved poliklinisk.

I perioden 2001 til 2005 økte raten for døgnopphold med 9 prosent, og raten for antall behandlede pasienter med døgnopphold økte med cirka 10 prosent. Videre hadde pasientraten for polikliniske kontakter økt med 4 prosent. Median ventetiden for planlagt døgnbehandling var relativt stabil i denne femårsperioden (ca 90 dager), for kirurgisk døgnbehandling var median ventetid redusert med 14 dager.

Diabetes Mellitus (E10-E14 i ICD-10):

Diabetespasienter behandles i hovedsak ved poliklinikkene. I 2005 genererte i underkant av 35 000 pasienter i overkant av 80 000 polikliniske konsultasjoner. Sammenlignet med andre kronikergrupper utgjør likevel diabetespasientene en relativt stor pasientgruppe, også når vi ser antall på dag- og døgnpasienter. I 2005 hadde norske sykehus mer enn 8000 dag- eller døgnopphold for pasienter med hoveddiagnose "Diabetes Mellitus" (ca 6000 pasienter, hvorav ca 4300 med døgnopphold). Knapt 50 prosent av oppholdene var øyeblikkelig hjelp, og 60 prosent av behandlingene var døgnopphold. Videre ble kirurgisk behandling gitt ved en fjerdedel av oppholdene – og først og fremst som dagbehandling. Dette kan blant annet gjelde senkomplikasjoner av sykdommen, som behandling av sår og amputasjoner.

Antallet pasienter per 10 000 innbygger med hoveddiagnose "Diabetes Mellitus", og som ble innlagt på døgnavdeling, gikk litt ned i perioden fra 2001 til 2005 (-2,8 pst), men når vi ser på antallet pasienter som mottok dagbehandling og døgnopphold i sammenheng, er det faktisk en økning på 3,5 prosent. Dette indikerer en dreining mot mer bruk av dagbehandling. I tillegg økte raten for antall polikliniske pasienter med hele 23 prosent. Raten for konsultasjoner økte litt mindre, med 19 prosent, altså har antall pasienter økt, men det kan se ut til at en del av pasientene har litt færre konsultasjoner enn før. Mer oppfølging med kontroller m.m. i primærhelsetjenesten kan være en delforklaring på dette.

Ventetid til planlagt døgnbehandling var kort for disse pasientene, både i 2001 og 2005, men økte med 5 dager i perioden. For dagbehandling ble imidlertid ventetiden betydelig redusert (-71 dager), men median ventetid var likevel relativt lang; 50 prosent av pasientene ventet i mer enn 120 dager i 2005. Når det gjelder kirurgisk dagbehandling, var den registrerte ventetiden enda lengre (median ventetid på 160 dager), men var likevel redusert fra 2001 til 2005 (-23 dager).

Våre data indikerer i sum økt tilgjengeligheten til oppfølging av spesialisthelsetjenesten for pasienter med diabetes, målt i rate for antall pasienter som mottar behandling. Det har vært en dreining mot noe mer dagbehandling og poliklinikk, og ventetiden synes å være noe redusert.

5.1.2 Diagnosegrupper tilhørende kapittel VI i ICD10: Sykdommer i nervesystemet

Det gjøres oppmerksom på at eierreformen i sykehussektoren kan ha medført en større inkludering av en del aktivitet knyttet til pasientgruppene som kommer inn under dette avsnittet. Dette kan spesielt gjelde en del aktivitet ved institusjoner/avdelinger som arbeider med habilitering, og som tidligere ikke var direkte underlagt et sykehus. Dette kan antas å først og fremst gjelde poliklinisk utredning og oppfølging.

Parkinsons sykdom (ICD-10: G20)

Pasienter med Parkinsons sykdom er en av kronikergruppene med høyest gjennomsnittsalder. I 2005 var halvparten av pasientene over 70 år. Omtrent en tredjedel av innleggelsene var registrert som øyeblikkelig hjelp, mens resten var planlagte opphold. I 2001 var det relativt få sykehusopphold for denne pasientgruppen, men antallet har blitt omtrent doblet i perioden fra 2001 til 2005. Når vi anslår hvor mange pasienter som hadde døgn- eller dagopphold finner vi at dette utgjør ca 1000 pasienter i 2005, hvorav litt over 100 er dagpasienter. Disse sto for 1336 døgnopphold og 397 dagopphold. Ved poliklinikkene hadde i overkant av 4000 pasienter til sammen cirka 6300 konsultasjoner.

Korrigert for endringer i befolkningen finner vi at oppholdsratene for døgnbehandling har økt med 50 prosent, mens ratene for dagopphold har økt med 1330 prosent. Endringene i polikliniske konsultasjoner har vært mer beskjedne, med 12 prosent økning. Deler av økningen i ratene for dag- og døgnbehandling skyldes en økning i antallet opphold per pasient, men det har også vært en betydelig økning i pasientratene, totalt en økning på 42 prosent. Raten for antall pasienter som hadde poliklinisk kontakt økte med nesten 13 prosent.

Median liggetid for planlagte døgnopphold ble redusert fra 6 til 2 dager i perioden 2001 til 2005. I tillegg er andelen dagbehandling (av døgn- og dagopphold) økt fra 3 til 23 prosent. Andelen planlagte behandlinger er også økt fra 53 til 70 prosent av alle opphold, og ventetiden før behandling er omtrent halvert for døgnopphold. Ventetiden for dagbehandling er også redusert, men ettersom dette gjaldt bare 3 prosent av pasientene i 2001, var antallet dagbehandlinger så lavt at tallene her er usikre. Median ventetid for dagbehandling for pasienter med Parkinsons sykdom var imidlertid 55 dager i 2005.

Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet (ICD-10: G30-G32)

Pasienter med andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet gjelder blant annet pasienter med Alzheimers sykdom og er vanligvis eldre pasienter. Median alder er 79 år. Kvinner stod for 59 prosent av oppholdene totalt i 2005. Ca 62 prosent av oppholdene var heldøgnopphold og 53 prosent var planlagte opphold. Dette er en liten pasientgruppe målt i

antall pasienter og opphold. Ca 500 pasienter hadde litt over 700 dag- eller døgnopphold i 2005. I tillegg ble ca 1800 pasienter registrert med i overkant av 2500 polikliniske konsultasjoner.

Det har vært en nedgang i pasientraten for både dag- og døgnopphold (-5,7 prosent), samt polikliniske konsultasjoner (-4,1 pst) for denne gruppen. Men vi må huske at pasienttallet i utgangspunktet er relativt lite. Median ventetiden på planlagt dag- og døgnbehandling lå i 2005 på omtrent 1-1,5 måneder og økte med henholdsvis 12 og 3,5 dager fra 2001 til 2005, altså relativt stabil ventetid.

Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet (ICD-10: G35-G37)

Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet inkluderer blant annet sykdommer som Multippel Sklerose (MS). Denne pasientgruppen har en median alder på 45 år for de som har døgn- eller dagopphold på sykehus. I 2005 sto i overkant av 1400 pasienter for 2265 døgn- eller dagopphold og døgnoppholdene utgjorde 91 prosent. 43 prosent av oppholdene var registrert som øyeblikkelig hjelp og videre stod kvinner for 68 prosent av oppholdene totalt.

Det har vært en økning i ratene for både døgn- og dagopphold og polikliniske konsultasjoner på henholdsvis 39, 59 og 40 prosent fra 2001 til 2005. Det beregnede antall pasienter som sto for disse oppholdene økte med 22 prosent per 10 000 innbygger for døgn- og dagbehandling og med 33 prosent for polikliniske konsultasjoner.

Ventetidene for planlagt døgnbehandling har vært så å si uendret i femårsperioden, med en median på ca 80 dager. For dagbehandling er tallene noe usikre pga av få pasienter, men tallene antyder en stor bedring, fra en median ventetid på 416 dager, til 144 dager i 2005.

Epilepsi (ICD-10: G40):

Pasienter med hoveddiagnose epilepsi representerer noen av de yngste kronikerpasientene. Halvparten av pasientene er under 32 år og de fleste oppholdene ved dag- eller døgnavdelinger er døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (62 % ø-hjelp og 97 prosent døgnbehandling). I 2005 er antall pasienter som mottok døgnbehandling beregnet til noe over 4000 (trolig noe overestimert¹⁵) og disse sto for nesten 5466 opphold. Antall dagpasienter er beregnet til 137 og antall polikliniske pasienter var på ca 15 000. Antall polikliniske konsultasjoner var på over 22 000.

I perioden fra 2001 til 2005 økte både pasientratene og oppholdsratene med henholdsvis 9 og 7 prosent for døgnbehandling. Pasientratene for polikliniske konsultasjoner økte med litt over tre prosent. Antall konsultasjoner per pasient ble imidlertid noe redusert.

Ventetiden for planlagt døgnbehandling ser ut til å være stabil (- 2,5 dager i median ventetid), men bare 29 prosent av oppholdene var planlagte opphold registrert med ansiennitetsdato. I 2005 var median ventetid på 110 dager.

Cerebral Parese (ICD-10: G80):

Pasienter med CP representerer de yngste kronikerne – og er vanligvis barn. I 2005 var 25 prosent av pasientene under 5 år. Kvinner/jenter står for 39 prosent av oppholdene i 2005. I perioden fra 2001 til 2005 har CP-pasientene også blitt noe yngre, og median alder for dagbehandling av CP falt fra 11 til 7 år i perioden fra 2001 til 2005. Dette kan skyldes en økende inkludering av barnehabiliteringsenheter i pasientdata fra sykehusene. Antall pasienter er for 2005 beregnet til 596 døgnpasienter med 930 innleggelses, og 397 pasienter med til sammen 782 dagopphold. I tillegg gjennomførte ca 1870 pasienter til sammen 3423 polikliniske konsultasjoner.

Pasienter med hoveddiagnose Cerebral Parese er en av pasientgruppene som har hatt den tilsynelatende sterkeste økningen i både oppholdsrate og pasientrate. I perioden fra 2001 til 2005 sank andelen døgnopphold betydelig (fra 73 til 54 prosent), men oppholdsratene og pasientratene for døgnopphold økte likevel med henholdsvis 85 og 53 prosent. Ratene for

¹⁵ Jfr tabell 6-1 i kapittel 6 om forskjeller mellom muligheten for telling av pasienter basert på ikke pasienttydige data vs data hvor pasienten kan følges mellom alle somatiske institusjoner.

dagbehandling økte enda sterkere med 331 og 402 prosent for henholdsvis oppholdsrate og pasientrate. Totalt sett ble raten for pasienter med dag- eller døgnopphold fordoblet. Ratene for poliklinisk behandling økte imidlertid noe mer beskjedent med 35 prosent økning for konsultasjoner og 16 prosent for pasienter.

Når oppholdsratene øker sterkere enn pasientratene indikerer dette at deler av aktivitetsøkningen kan knyttes til at hver pasient behandles flere ganger. For døgnoppholdene og de polikliniske konsultasjonene finner vi klare indikasjoner på en slik utvikling, og vi ser også at gjennomsnittlig liggetid for hver innleggelse (døgnbehandling) er betydelig redusert (-2,7 dager), mens hver pasient legges inn flere ganger (økning på 22 prosent). For dagbehandling finner vi imidlertid den motsatte tendensen; antallet behandlinger per pasient er redusert, og økningen i pasientratene er derfor sterkere enn økningen i oppholdsrate.

Ca 20 prosent av døgnoppholdene gjelder kirurgisk behandling. Median ventetid til slik behandling var i 2005 beregnet til 223 dager, en reduksjon på 86 dager fra 2001.

Hemiplegi (ICD-10: G81):

Pasienter med hemiplegi (halvsidige lammelser) utgjør den nest yngst pasientgruppe – median alder 34 år i 2005/58 år i 2001. Det er relativt få opphold knyttet til denne hoveddiagnosen, 81 opphold i 2005 og 189 opphold i 2001. 59 prosent av alle opphold i denne pasientgruppen var planlagte, og 81 prosent av alle oppholdene var døgnbehandlinger.

Det har vært en nedgang i rater for døgnbehandling på -63 %, men en liten økning i rater for dagbehandling på 4,5 %. Det har også vært en nedgang i rater for polikliniske konsultasjoner på -6 %. Videre ser vi en økning i beregnet median ventetid for både døgn og dagbehandling. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det er et svært lite antall opphold som utgjør grunnlaget for beregning av ventetid, så det er usikkerhet knyttet til dette.

Andre paralytiske sykdommer (ICD-10: G82)

Pasientgruppen med hoveddiagnose "Andre paralytiske sykdommer" eller "andre tilstander med lammelser" var liten i både 2001 og 2005 og telte knapt 400 opphold og 227 pasienter. Gruppens gjennomsnittsalder var omtrent 40 år, og behandlingen på sykehus gjaldt i hovedsak planlagte (82 prosent) døgnopphold (84 prosent). I motsetning til de fleste andre pasientgrupper, har andelen døgnbehandling økt fra 63 til 84 prosent, men her er det små tall som kan gi store prosentvise endringer.

I 2005 hadde halvparten av døgnbehandlingene imidlertid en liggetid på bare 1 døgn. Dette representerte en nedgang i median liggetid på 2 dager. Gjennomsnittlig liggetid er imidlertid noe høyere (3,3 døgn) og indikerer at enkeltpasienter kan ligge lenge. Oppholdsratene for døgnbehandling for denne gruppen økte betydelig i prosent (+ 50 prosent), men skyldes delvis en økning i antall opphold per pasient. Pasientratene for døgnbehandling økte med 18 prosent, men ble redusert med 51 prosent for dagbehandling. Ratene for polikliniske konsultasjoner økte med 56 prosent totalt, og raten for antall pasienter som sto for disse konsultasjonene økte med 12 prosent.

Median ventetid for døgnbehandling var relativt lang for denne pasientgruppen (237 dager), og var omtrent uendret fra 2001 til 2005.

5.1.3 Diagnosegrupper tilhørende kapittel VII i ICD10: Sykdommer i øyet og øyets omgivelser

Grå stær (ICD-10: H25):

Grå stær er en tilstand der linsen i øyet blir uklart og synet blir dårlig. Tilstanden behandles operativt ved at en kunstig linse erstatter den naturlige. Dette er en vanlig tilstand hos eldre. Median alder er 78 år blant de som har dag- eller døgnopphold på sykehus i 2005 og kvinner sto for 64 prosent av oppholdene. Pasientene som mottar dag- eller døgnbehandling gjennomgår nesten utelukkende elektiv kirurgi, og denne utføres i hovedsak som dagkirurgi. I 2005 ble det registrert ca 15000 pasienter med dag- eller døgnopphold ved sykehusene og disse hadde til sammen over 20 000 opphold.

Vi registrerer en nedgang på 17 prosent i antall pasientraten for døgn- eller dagbehandling for grå stær. Videre ble raten for antall polikliniske pasienter redusert med cirka 18 prosent. Det har vært en stabil utvikling i antall opphold/konsultasjoner pr pasient, den største endringen er en økning på 9 prosent i dagbehandlingene. Vi ser en nedgang i ventetid både for kirurgisk døgn- og dagbehandling, på -67 og -86 dager. I 2005 var median ventetid på cirka 70 dager for begge omsorgsnivå.

Nesten 15 000 pasienter hadde til sammen nesten 24 000 polikliniske konsultasjoner med diagnosen grå stær i 2005, en nedgang på ca 16 prosent i antall pasienter i forhold til 2001. Omgjøres dette til pasientrater er reduksjonen på 16 prosent.

En plausibel forklaring på reduksjonen i aktivitet ved sykehusene kan være at det har skjedd en endring i fordelingen av pasienter mellom sykehus og private avtalespesialister. Vi kommer tilbake til dette i oppsummeringen.

Grønn stær (ICD-10: H40)

Grønn stær er skade på synsnerven som skyldes at trykket i øyet er for høyt. Sykdommen må overvåkes slik at den ikke forverrer seg. Ubehandlet grønn stær kan medføre tap av synet. Denne pasientgruppen hadde en svak overvekt av kvinner i 2005 (56 prosent) for pasienter med dag- eller døgnopphold. Median alder var 73 år, med andre ord en av de eldste pasientgruppene. I 2005 var det totalt 3508 opphold (ca 2600 pasienter) på sykehus, hvor 73 prosent var dagbehandling. Behandlingen bestod i all hovedsak av planlagt kirurgi. Siden 2001 har det vært en nedgang i døgnratene på 20 prosent, mens ratene for dagbehandling har økt med 26 prosent- totalt for begge omsorgsnivå var det en marginal økning i pasientraten. Det ble registrert en nedgang i median ventetid på 14 dager for dagbehandling og nesten ingen endring for døgnbehandling. Median ventetiden i 2005 var ca 40 dager uavhengig av omsorgsnivå.

I tillegg til aktiviteten beskrevet ovenfor hadde i overkant av 10 000 pasienter en eller flere konsultasjoner for grønn stær ved en poliklinikk og sto til sammen for 26 000 konsultasjoner. Pasientraten på poliklinikk ble redusert med nesten 10 prosent fra 2001 til 2005.

5.1.4 Diagnosegrupper tilhørende kapittel IX i ICD10: Sykdommer i sirkulasjonssystemet

Flere av diagnosegruppene som inngår i hovedgruppen sirkulasjonssykdommer bør ses i sammenheng når vi ser på utviklingstall, spesielt fordi vi her fokuserer på hoveddiagnosene. Flere av diagnosene kan opptre hos samme pasient med hjertesykdom ved ulike opphold på sykehus fordi diagnosene kan henvise til bakenforliggende årsaker (aterosklerose, kronisk Iscemisk hjertesykdom) eller til en konkret effekt av denne (f eks anginasmerter eller hjertesvikt). I kapittel seks dokumenteres det klare indikasjoner på at registreringspraksis er noe ulik i helseregionene. Dette kan skyldes at diagnosene er delvis overlappende. Et eksempel: Pasienter med hjertesvikt har en tilstand som gjør at hjertet ikke klarer å pumpe tilstrekkelig med blod eller ikke makter å skape nødvendig drivtrykk. Trange kransårer (aterosklerose) er den vanligste årsaken til hjertesvikt. Når hjertemuskelen får for lite blod ved anstrengelse kan dette gi brystmerter (angina pectoris). Ved fullstendig tilstopping av hjertekransårene får pasienten et hjerteinfarkt. Hjertesvikt er ofte en konsekvens av flere infarkt.

Hypertensjon (ICD-10: I10-I15)

Pasientgruppen med dag- eller døgnopphold for høyt blodtrykk hadde i 2005 en median alder på 64 år og kvinner sto for 57 prosent av oppholdene. Totalt var det registrert 4205 opphold på sykehus i 2005, generert av i overkant av 3700 pasienter. Andelen døgnopphold var 87 prosent og andelen øyeblikkelig hjelp var på 71 prosent. Pasientratene for døgn- og dagopphold samlet økte med 8 prosent fra 2001 til 2005. Ventetidene gikk samtidig ned med 4,5 dager for døgnbehandling og var på i overkant av en måned i gjennomsnitt i 2005.

Som for mange andre pasientgrupper finner vi langt flere pasienter ved poliklinikkene enn ved dag- og døgnavdelingene. Ca 14 000 pasienter hadde til sammen over 20 000 konsultasjoner i 2005. Pasientraten ved poliklinikkene økte med 9 prosent i den aktuelle femårsperioden, mens konsultasjonsraten økte med fem prosent. Det viser at antall konsultasjoner per pasient i gjennomsnitt ble noe redusert.

Angina Pectoris (ICD-10: I20):

Angina pectoris kalles ofte hjertekrampe på norsk og henviser på en tilstand hvor pasienten har smerte og/eller trykk i brystregionen, gjerne med utstråling til arm, hals og underkjeve. Årsaken er mangelfull tilførsel av oksygen til hjertet. Dette skyldes ofte aterosklerose (se nedenfor). Dette er en av de største diagnosegruppene og besto av ca 65 prosent menn i 2005 og halvparten av pasientene var over 68 år. 83 prosent av alle oppholdene var opphold ved heldøgnsavdeling, og 58 prosent av alle opphold var øyeblikkelig hjelp. Omtrent 28 prosent av oppholdene gjaldt kirurgisk behandling. I 2005 var antall pasienter med døgn- eller dagopphold cirka 14 000¹⁶. I tillegg hadde ca 13 000 pasienter en eller flere polikliniske konsultasjoner.

Det har vært en nedgang i ratene for både døgn- og dagopphold fra 2001 til 2005 (henholdsvis -23 og -36 prosent), og dette gjelder også for antall polikliniske konsultasjoner (-33 prosent). Målt som antall pasienter som mottok døgn- eller dagbehandling per 10 000 innbyggere var reduksjonen på 18 prosent, mens raten for antall polikliniske pasienter var 16 prosent lavere i 2005 enn i 2001. Antall opphold per pasient var stabilt både for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner, mens det var en nedgang på 26 prosent i antall dagopphold per pasient. Videre kan vi konstatere at antall liggedøgn har gått ned noe både totalt og for ø-hjelp og elektiv behandling.

Ser vi på ventetid finner vi at den i gjennomsnitt ble litt lenger både for døgnbehandling totalt (+ 7 dager) og for kirurgisk døgnbehandling (+7 dager). Det har vært en relativt stor økning i registrert median ventetiden for kirurgisk dagbehandling fra 14 til 113 dager. For dagbehandling totalt har ventetiden økt med 12 dager, til å være 59 dager i 2005.

Utviklingen for pasienter med hoveddiagnose "Angina Pectoris" bør sees i sammenheng med utviklingen for pasienter med andre hoveddiagnoser relatert til sirkulasjonssystemet, da spesielt diagnosen "Kronisk Iscemisk hjertesykdom" ettersom diagnosesetting kan varierer med behandlingssituasjonen, sykdomsforløpet, og eventuelt endringer i registreringspraksis.

Kronisk Iscemisk hjertesykdom (ICD-10:I25)

Diagnosen henviser til en tilstand hvor pasienten har nedsatt blodforsyning til hjertemuskelen slik at større eller mindre deler av hjertemuskelen ikke får nok oksygen. Denne pasientgruppen er også en av de største med et totalt antall døgn- og dagopphold på 14 028 i 2005, hvorav 76 prosent er døgnopphold. Antall faktiske pasienter med døgn- eller dagopphold er beregnet til omtrent 10 000¹⁷ i 2005. Median alder for denne gruppen var 66 år, og 74 prosent av oppholdene besto av menn. Planlagte opphold utgjorde 70 prosent av de totale oppholdene i 2005 og har økt fra 65 prosent siden 2001.

I motsetning til antall registrerte opphold for "Angina Pectoris" økte antall opphold og pasienter med hoveddiagnosen "Kronisk Iscemisk hjertesykdom". Mens den førstnevnte gruppen hadde en pasientreduksjon på over 2800 pasienter, økte antallet med Kronisk Iscemisk hjertesykdom nesten tilsvarende. Raten for både døgn- og dagopphold økte med 19,5 og 113 prosent, mens pasientraten totalt sett (for døgn- og dag) gikk opp med 27 prosent. Vi ser også en økning i antall dagopphold pr pasient på 39 prosent.

¹⁶ Tallet er antakelig litt for høyt grunnet overføringer mellom sykehus. For 2004 har vi data hvor dette kan korrigeres for og da var antallet pasienter 12 500. 2004- tallet er imidlertid noe for lavt på grunn av delvis inkomplette data. Bla manglet Hjertesentret i Oslo.

¹⁷ Tallet er antakelig noe overestimert. For 2004 har vi data som gir muligheter for mer eksakte beregninger av pasienttall, men dessverre manglet bla tall fra Hjertesentret i Oslo i det pasiententydige datagrunnlaget, noe som medfører en underestimert for 2004. Det beregnede (og noe underestimerte) tallet for 2004 var 8817 pasienter.

Median ventetid har gått ned med 21 dager for døgnbehandling og 4 dager for dagbehandling siden 2001. Median ventetid for kirurgisk døgnbehandling har gått ned med 16 dager og var 37 dager i 2005. Det var lite forskjell i median ventetid mellom omsorgsnivåene.

Hjertesvikt (ICD-10: I50)

Pasientene i denne diagnosegruppen har en median alder på 80 og en svak overvekt av menn (54 prosent av oppholdene). Mesteparten av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp og det er lite dagbehandling. Omtrent 7500 pasienter hadde i 2005 vel 9700 opphold totalt hvorav 94 prosent var døgnopphold. I tillegg hadde over 6000 pasienter polikliniske besøk og sto til sammen for 9700 konsultasjoner.

Det har vært en klar økning i ratene for antall pasienter med hjertesvikt som hoveddiagnose, både for døgn (+10 prosent) og dagbehandlinger (+177 prosent) i perioden mellom 2001 og 2005. Oppholdsratene økte enda mer, noe som viser at det ble flere opphold per pasient. Dette gjelder spesielt for dagbehandling og for polikliniske konsultasjoner. Pasientraten på poliklinikk økte med 30 prosent (beregnet til en faktisk økning på 1400 pasienter og over 5000 konsultasjoner).

Det var en nedgang i median ventetid for døgnbehandling generelt (ned 3 dager) og kirurgiske døgnbehandlinger (ned 20 dager). Kirurgiske døgnbehandling utgjør imidlertid kun 2 prosent av alle opphold i 2005.

Aterosklerose (ICD-10: I70)

Aterosklerose kalles ofte åreforkalkning på norsk og er en fellesbetegnelse på flere tilstander som fører til at veggene i arteriene blir stive og harde og trange. Det er en naturlig utvikling at arterieveggene forkalkes og blir tykkere med årene, men prosessen går raskere hos noen. Når kolesterol avleires, blir karveggen tykkere, og blodstrømmen reduseres. Dette kan etter hvert føre til kronisk Iscemisk hjertesykdom. Pasientgruppen med denne hoveddiagnosen har en median alder på 73 år og ca 55 prosent av oppholdene besto av mannlige pasienter i 2005. Av totalt 5668 opphold på sykehus, var 95 prosent døgnbehandlinger, 63 prosent var planlagte, og 64 prosent var knyttet til kirurgisk behandling. Omtrent 4200 pasienter mottok døgn- eller dagbehandling, mens ca 10 000 pasienter hadde til sammen 17 000 polikliniske konsultasjoner.

I perioden 2001 til 2005 var det en nedgang i pasientratene for døgnbehandling, mens omfanget av dagbehandling økte. Totalt sett ble antall pasienter målt som rate per 10 000 innbyggere redusert med 6 prosent. Median ventetid har gått ned med 33 og 15 dager for henholdsvis døgn- og dagbehandling, og var i 2005 cirka tre måneder for begge omsorgsnivå. Raten for pasienter ved poliklinikkene økte med tre prosent. Det var en moderat nedgang av opphold per pasient på alle omsorgsnivå.

Oppsummering av endring i sykehustjenester for pasienter med sirkulasjonssystem som inngår i dette kapitlet.

Gjennomgangen ovenfor viser at tre av de utvalgte diagnosegruppene med sirkulasjonssykdom hadde flere pasienter i 2005 enn i 2001 når vi måler dette som befolkningsbaserte rater. Dette gjelder gruppene med hoveddiagnose "Hypertensjon", "Kronisk Iscemisk hjertesykdom" og "Hjertesvikt". Raten for antall pasienter og opphold med døgn- eller dagopphold med hoveddiagnosen "Angina Pectoris" og "Aterosklerose" gikk imidlertid noe ned. Siden en og samme pasient kan inngå i flere av gruppene ved ulike opphold på sykehus er det også interessant å se på utviklingen når alle de fem diagnosegruppene slås sammen og hver pasient bare teller en gang. Videre vil en i større grad unngå eventuelle endringer i praksis i forhold til diagnosekoding. Resultatet viser at endringen i antall *pasienter* med døgn- eller dagopphold per 10 000 innbyggere øker med beskjedne 1,2 prosent, mens antall *opphold* går ned med 1,5 prosent, se tabell 9 i vedlegg 1. Altså, flere pasienter, men noe færre opphold per pasient. Det er videre interessant å merke seg at raten for ø-hjelpsopphold er redusert med nesten 8 prosent, mens raten for elektive opphold øker med 7 prosent. Raten for antall polikliniske pasienter var så å si uendret for alle diagnosegruppene samlet.

5.1.5 Diagnosegrupper tilhørende kapittel X i ICD10: Sykdommer i åndedrettssystemet

Kroniske sykdommer i nedre luftveier (ICD-10: J40-J47)

I denne diagnosegruppen inngår KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom, kronisk bronkitt og emfysem) og astma. KOLS står for 73 prosent av oppholdene. Median alder er 65 år og det er like mange opphold for kvinner som for menn. Dette er en av de største diagnosegruppene med omtrent 10 000 pasienter og hadde 15000 dag- eller døgnopphold i 2005. Andelen ø-hjelpsinnleggelse er på hele 75 prosent. Videre er andelen dagopphold svært liten, og talte 415 pasienter i 2005. Behandlingen er utelukkende medisinsk (ikke kirurgisk).

Raten for antall pasienter med denne hoveddiagnosen har gått ned med ca 7 prosent i perioden 2001 til 2005 (dag og døgn totalt). Dette skyldes en solid nedgang i antall ø-hjelpsinnleggelse, men også at oppholdsraten for planlagte/elektive innleggelse er noe redusert. Samtidig er det en klar økning i antall elektive opphold, det vil si elektive dagopphold. Selv om antall dagpasienter nesten er fordoblet, er denne gruppen fortsatt liten. Vi registrerer også en klar økning i antall dagopphold per pasient. Median ventetid for døgnbehandling ble redusert med 21 dager i femårsperioden og var 36 dager i 2005.

I tillegg til innleggelse er det en svært stor gruppe pasienter som følges opp poliklinisk. Antallet pasienter i 2005 er anslått til ca 36 000, og disse hadde til sammen nesten 53 000 polikliniske konsultasjoner. Pasientraten på poliklinikk økte med 5,4 prosent fra 2001 til 2005. Antall opphold per pasient var relativt stabilt, men hadde liten en nedgang på 2,2 prosent.

Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer (ICD-10: J60-J70)

Disse pasientene har pådratt seg lungesykdom etter påvirkning fra ulike typer støv, kjemikalier, gasser eller væsker. Dette er en relativt liten pasientgruppe ved sykehusene, med totalt 645 opphold og ca 550 pasienter i 2005. Av disse er 96 prosent døgnopphold. Mannlige pasienter sto for cirka 64 prosent av oppholdene og median alder er 62 år. Øyeblikkelig hjelp utgjør 89 prosent av oppholdene totalt. Pasientratene har økt med 40 prosent siden 2001. Anslagsvis 400 pasienter fikk poliklinisk oppfølging i 2005 og pasientraten ble redusert med en tredjedel fra 2001 til 2005.

Ettersom de fleste opphold for pasienter med lungesykdommer som skyldes ytre stoffer gjelder øyeblikkelig hjelp, er det vanskelig å vurdere om tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester har endret seg for denne diagnosegruppen. En stor andel øyeblikkelig hjelp vil i større grad reflektere forekomst av slike tilstander i befolkningen heller enn tjenestetilbudet. Vi kan heller ikke utelukke at pasienter med slike skader har en rekke andre kontakter med sykehuset, men hvor hoveddiagnosen er en annen.

5.1.6 Diagnosegrupper tilhørende kapittel XII i ICD10: Sykdommer i hud og underhud

For disse diagnosegruppene er det plausibelt å anta at tilbudet av tjenester hos f.eks. private spesialister¹⁸, primærhelsetjeneste og eventuelt private ideelle organisasjoner kan påvirke omfanget av tjenestebruk i sykehus. Endringer i fordelingen av slike tilbud over tid vil også kunne påvirke endringstallene. Dette vil spesielt gjelde ulike former for dagbehandling og poliklinisk oppfølging.

Dermatitt og eksem (ICD-10: L20-L30)

I 2005 hadde denne pasientgruppen relativt få dag- og døgnopphold (1075) og bare 10 prosent var dagopphold. Antallet pasienter var cirka 900. Median alder for pasienter med dag- eller døgnopphold har økt fra 26 til 45 år siden 2001, noe vi ikke har en umiddelbar forklaring på. Av alle oppholdene totalt i 2005, var 59 prosent planlagte og 5 prosent var kirurgiske behandlinger. Ratene for denne gruppen har gått ned med ca 4 prosent for døgnopphold. Det

¹⁸ Se blant annet Kjekshus og Jørgenvåg (2005).

er knyttet usikkerhet til endringstallene for ventetid, men i 2005 var median ventetid for døgntil behandling beregnet til 74 dager.

Antallet pasienter som følges opp poliklinisk er langt større enn for innleggelser. Nesten 16 000 pasienter ble i 2005 registrert med over 65 000 polikliniske konsultasjoner, altså over fire konsultasjoner per pasient i gjennomsnitt. Pasientraten økte med 6 prosent fra 2001 til 2005, og i faktiske tall utgjorde det en økning på 1300 pasienter og nesten 4000 konsultasjoner.

Papuloskvamøse lidelser – psoriasis og lignende (ICD-10: L40-L45)

Også denne diagnosegruppen følges primært opp poliklinisk. I 2005 hadde cirka 12 000 pasienter til sammen 87 000 konsultasjoner, som i gjennomsnitt gir 7 konsultasjoner per pasient. Pasientraten på poliklinikk økte med hele 16 prosent fra 2001 til 2005.

Ser vi på innleggelser som døgntil, eller dagpasient, utgjorde denne diagnosegruppen vel 1800 opphold og 1000 pasienter totalt i 2005. 71 prosent av oppholdene var døgnopphold. Median alder var vel 53 år. Planlagte opphold utgjorde 92 prosent og ved 8 prosent av oppholdene ble det utført kirurgisk behandling. Siden 2001 har ratene for døgnopphold økt med 11 prosent. Likevel har antall pasienter med døgnopphold ikke endret seg. Antallet pasienter registrert som dagpasienter er svært lite, selv om de har blitt litt flere. Median ventetiden for døgntil behandling har vært stabil siden 2001, og var i 2005 ca 100 dager. For en del av pasientene kan ventetiden delvis være et ledd i et planlagt behandlingsforløp, og generell ventetid kan derfor være vanskelig å tolke.

5.1.7 Diagnosegrupper tilhørende kapittel XIII i ICD10: Sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev

Inflammatoriske leddlidelser (ICD-10: M05-M14)

Herunder kommer pasienter med revmatisme (reumatoid artritt) og andre beslektede leddlidelser.

Dette er en pasientgruppe som hadde i overkant av 9640 opphold ved dag- eller døgnavdelinger totalt i 2005. Av disse var 78 prosent døgnopphold. Median alder for denne gruppen var 59 år, og i overkant av 2/3 var kvinner. Videre var 81 prosent planlagte opphold, og 20 prosent gjaldt kirurgisk behandling. Totalt antall pasienter var omtrent 6000 i 2005. Av disse var i underkant av 900 dagpasienter som ble registrert med over 2000 dagopphold. Andelen dagopphold har økt noe i perioden fra 2001 til 2005. Pasientraten totalt (døgn- og dag) økte med nesten 8 prosent, fra 12,02 til 12,95 per 10 000 innbyggere i samme periode. Det har vært en nedgang i ventetidene både for døgn- og dagbehandling. For døgnbehandling generelt var median ventetid beregnet til ca 130 dager, og for kirurgi 170 dager i 2005.

Ser vi på bruken av polikliniske konsultasjoner er antall pasienter beregnet til ca 23 000, med til sammen 48 000 konsultasjoner i 2005. Pasientraten hadde en vekst på 11 prosent, mens konsultasjonsraten bare økte med 3 prosent. Antallet konsultasjoner per pasient gikk dermed noe ned, fra 2,17 til 2,02- en reduksjon på 7 prosent.

Arthroser (ICD-10: M15-M19)

Ved slitasjegikt (arthroser) blir leddet langsomt ødelagt og dette rammer mest hofter og knær. Dette er en av de store pasientgruppene, med mellom 15-16 000 døgn- og dagpasienter totalt, og disse sto for nesten 17 000 opphold i 2005. Av disse var 76 prosent døgnopphold. Kvinner sto for 70 prosent av oppholdene og median alder for gruppen var 66 år. 96 prosent av døgn- og dagoppholdene var planlagte opphold og 89 prosent var kirurgiske behandlinger (i hovedsak operasjoner av hofte- og kneledd). En fjerdedel av kirurgien ble utført som dagkirurgi (mest kneoperasjoner).

I perioden 2001 til 2005 har det vært en økning på 10 prosent i ratene for døgnbehandling, og 52 prosent for dagbehandling. Ventetiden har gått ned for både døgn- og dagopphold med henholdsvis 54 dager (til 131) for døgnopphold og 40 dager (til 96) for dagopphold fra 2001 til 2005.

Antall polikliniske konsultasjoner talte nesten 50 000 i 2005, og bak disse sto anslagsvis 36 000 pasienter. Pasientraten økte med 16 prosent i perioden og konsultasjonsraten økte med 18 prosent.

Vår tolkning er at denne pasientgruppen har fått bedret tilgjengeligheten ved somatiske sykehus ved at både ratene har økt og ventetiden har gått ned.

Systemiske bindevevssykdommer (ICD-10: M30-M36)

Herunder kommer sykdommer som SLE (systemisk lupus erythematosus), Sjögren syndrom (betennelse i spytt- og tårekjertler), myositt/dermatomyositt (revmatiske betennelse i muskler), systemisk sklerose og blandet bindevevssykdom (MCTD). Kvinner står for ca 70 prosent av totalt antall døgn- og dagopphold, 73 prosent er planlagte, og 81 prosent er døgnopphold. Pasienter med systemiske bindevevssykdommer er en gruppe med relativt få dag- og døgnopphold på sykehus. Antall pasienter var anslagsvis 2400 i 2005, og disse hadde ca 4300 opphold til sammen. Raten for antall pasienter økte med 25 prosent i perioden 2001 til 2005- det ble både flere dag- og døgnpasienter. Antall pasienter med polikliniske konsultasjoner økte også med 16 prosent.

Det var en økning i median ventetid for døgnbehandling totalt (+29 dager), og den var 99 dager i 2005. For dagbehandling er endringer i ventetiden svært usikker pga svært få pasienter i 2001. I 2005 var ventetiden imidlertid beregnet til 57 dager i gjennomsnitt.

5.1.8 Diagnosegrupper tilhørende kapittel XIV i ICD10: Sykdommer i urin- og kjønnsorganer

Prostata Hyperplasi (ICD-10: N40):

Prostata hyperplasi betegner en tilstand hvor pasienter har forstørret prostata. Godartet prostata hyperplasi er et svært vanlig helseproblem hos eldre menn. Median alder for pasienter med dag- eller døgnopphold på sykehus er 73 år. I 2005 var det registrert totalt ca 4650 opphold (ca 4200 pasienter) med denne diagnosen, og hvor dagopphold utgjorde ca 7 prosent. Storparten av pasientene innlegges for planlagt kirurgi. Antall pasienter per 10 000 innbyggere økte med over 20 prosent fra 2001 til 2005. Det er en liten økning i andelen dagpasienter, men dagopphold utgjør som nevnt en liten del av det totale antall dag- og døgnopphold. Median ventetiden for kirurgisk døgnbehandling var stabil i perioden 2001 til 2005 og lå på omtrent 100 dager.

Prostatapasientene talte i overkant av 12 000 ved poliklinikkene i 2005, og hadde til sammen nesten 18 000 konsultasjoner. Antall polikliniske pasienter ved sykehusene økte med 25 prosent per 10 000 innbyggere i femårsperioden vi ser på her. I tillegg til økt tilbud er det grunn til å anta at forekomsten av forstørret prostata vil øke etter hvert som antallet eldre øker og levealderen øker i den mannlige befolkningen.

5.2 Sammenligning av diagnosegruppene og deres utvikling

5.2.1 Hvilke diagnosegrupper er størst på ulike omsorgsnivå?

Døgn- og dagpasienter

Det er opphold registrert med hoveddiagnosen "Arthroser" sammen med "Grå stær", "Angina Pectoris", "Kroniske sykdommer i nedre luftveier" og "Kronisk Iscemisk hjertesykdom" som genererer flest dag- og døgnopphold målt i rater per 10 000 innbygger. Dette gjelder også om vi teller pasienter istedenfor opphold¹⁹.

¹⁹ Antallet pasienter er noe overestimert i dette kapitlet pga at man ikke alltid kan følge pasienter mellom alle institusjoner/foretak når pasienten har flere opphold spredt på ulike institusjoner/foretak.

Ser vi bare på dagpasienter, er gruppen med diagnosen "Grå stær" den desidert største med 30 pasienter per 10 000 innbyggere. Etter denne kommer "Arthroser", "Kronisk Iscemisk hjertesykdom", "Grønn stær" og "Diabetes mellitus", alle med dagpasientrater mellom 4 og 9 pasienter per 10 000 innbygger. For de resterende diagnosene er omfanget av dagbehandling relativt lite.

Polikliniske pasienter

For polikliniske konsultasjoner er det tre diagnosegrupper som skiller seg ut med svært høye rater; "Arthroser", "Kronisk sykdom i nedre luftveier" og "Diabetes Mellitus"- alle med en pasientrate på mellom 75 og 79 pasienter per 10 000 innbyggere. Den høyeste *andelen pasienter* på poliklinikk, i forhold til pasienter som mottar døgn- eller dagbehandling, finner vi imidlertid for de to hudrelaterte diagnosegruppene, hvor over 90 prosent av pasientene følges opp med polikliniske konsultasjoner. Utenom disse varierer andelen poliklinikk fra litt over 40 prosent for "Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer" til omtrent 87 prosent for forstyrrelser i skjoldbruskkjertelen²⁰.

Vi bør i tillegg nevne at det kan være stor forskjeller på antall konsultasjoner per pasient ved poliklinikkene. Volumet i antall konsultasjoner for en pasientgruppe kan dermed avvike fra gruppens relative andel i antall pasienter. De tre diagnosegruppene med flest konsultasjoner i 2005 "Papuloskvamøse lidelser – psoriasis og lignende" (188 konsultasjoner per 10 000 innbygger og 7 konsultasjoner per pasient), "Diabetes mellitus" (178 konsultasjoner per 10 000 innbygger og 2,3 konsultasjoner per pasient) og "Dermatitt og eksem" (141 konsultasjoner per 10 000 innbygger og 4 konsultasjoner per pasient). Alle disse diagnosene har hatt en økning i ratene i perioden.

De største hovedgruppene av diagnoser (kapittelnivå i ICD-10)

Ser vi veldig overordnet på pasientsammensetning av kronikere uavhengig av omsorgsnivå, er det diagnosegruppene med skjelett-muskelsykdommer som er størst. Her er det slitasjegikt (arthroser) som dominerer. Den nest største gruppen er pasienter med sirkulasjonssykdommer, med "Angina Pectoris" og "Kronisk Iscemisk hjertesykdom" som de vanligste hoveddiagnosene. Lungesykdommene kommer på en tredjeplass, fulgt av sykdommer i nervesystemet og øyesykdommer. Det må imidlertid minnes om at dette gjelder de hoveddiagnosegruppene som det er valgt å fokusere på i denne rapporten.

5.2.2 Endringer i tjenestebruk 2001 til 2005

Det er to måter å betrakte endringer i rater på; enten som faktiske endringer i rate- noe som vil illustrere mer konkret omfanget av pasienter dette gjelder, eller i prosent- noe som gir et bedre bilde av utviklingen uavhengig av gruppens størrelse i utgangspunktet. For små grupper vil et lite tillegg i opphold eller pasienter gi store utslag i prosentvis endring. Dette er viktig å huske både med tanke på forskjeller mellom diagnosegruppene, men også i forholdet mellom døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling.

Døgn- og dagpasienter

I utgangspunktet vil vi på pasientnivå betrakte utviklingen i antall pasienter som mottar døgn- eller dagopphold i sammenheng. I prosent endring, har følgende diagnosegrupper hatt størst vekst i pasientrate fra 2001 til 2005; "Cerebral Parese", "Lungesykdom som skyldes ytre stoffer", "Parkinsons sykdom", "Hypertensjon", "Systemiske bindevevssykdommer", "Forstørret prostata" og "Kronisk Iscemisk hjertesykdom". Disse hadde en anslagsvis prosentvis vekst på mellom 27 og 107 prosent. I faktiske pasientrater er det imidlertid "Arthrose" og "Kronisk Iscemisk hjertesykdom" som har vokst mest, med en rateendring på 5 og 5,4 per 10 000 innbyggere.

²⁰ Andelen er basert på pasientratene i tabell 5-1, vist tidligere i kapitlet.

Den største reduksjonen i faktiske pasientrater har gruppen med hoveddiagnosen "Angina Pectoris". Samtidig ser vi en klar økning i raten for antallet med hoveddiagnose "Kronisk Iscemisk hjertesykdom". Også pasienter med grå stær og kronisk sykdom i nedre luftveier har hatt en betydelig reduksjon i antall pasienter med døgn- og dagopphold (pasientrate). Målt i prosent har gruppen "Hemiplegi" hatt den største reduksjonen (-61 prosent), men det er en svært liten gruppe i utgangspunktet. På de neste plassene kommer også her "Angina Pectoris", "Grå stær", "Kronisk sykdom i nedre luftveier" og "Aterosklerose".

Når vi ser på utviklingen i omfanget av dagpasienter isolert, har veksten vært størst for "Arthrose", "Kronisk Iscemisk hjertesykdom" og "Diabetes Mellitus". Også her må vi nevne at økningen i diagnosen "Kronisk Iscemisk hjertesykdom" følges av en reduksjon for diagnosen "Angina Pectoris".

Polikliniske pasienter

Slik pasienter telles i dette kapitlet, har pasientraten ved poliklinikkene økt med cirka 7 prosent i perioden fra 2001 til 2005, altså er det flere personer som slipper til. Konsultasjonsraten økte med 6 prosent. Den største pasientrateveksten i prosent kom for pasienter med "Demyaliserende sykdommer i sentralnervesystemet", "Diabetes Mellitus", "Hjertesvikt" og "Prostata Hyperplasi"- alle med en anslått vekst på over 25 prosent.

Ser vi på faktisk pasientvolum er det derimot "Arthroser", "Kroniske sykdommer i nedre luftveier", "Papuloskvamøse lidelser – psoriasis og lignende", "Kronisk Iscemisk hjertesykdom", og inflammatoriske leddlidelser som har vokst mest.

Hvis vi i tillegg ser endringer i faktisk antall konsultasjoner (ikke pasienter) er det pasienter med diabetes, psoriasis o.l. og slitasjegikt (Arthrose) som har stått for den største konsultasjonsveksten. For diabetes har det vært en økning på cirka 7000 pasienter og 15 000 konsultasjoner.

Gjennomsnittlig antall opphold/konsultasjoner per pasient

Gjennomsnittlig antall opphold per pasient varierer mellom de forskjellige hoveddiagnosene og mellom omsorgsnivå (døgn- dagbehandling og polikliniske konsultasjoner) Tabell 10 i vedlegget gir en oversikt over dette, og endringene i løpet av perioden fra 2001 til 2005.

Totalt sett har det vært en marginal endring i antall døgnopphold per pasient (ned 0,6 prosent) og antall polikliniske konsultasjoner per pasient (-1,2 prosent) for de utvalgte kroniske hoveddiagnosene samlet, mens økningen er på 12 prosent for antall dagopphold per pasient.

For dagpasienter varierer opphold per pasient fra 1,05 (Arthroser) til 3,45 opphold per pasient (Parkinsons). Selv om antall dagopphold per pasient har økt mest når vi ser på diagnosene samlet er det stor variasjon mellom diagnosene. Økningen i antall opphold per pasient er konsentrert til 15 av de 24 diagnosene. Vi finner den sterkeste prosentvise økningen i diagnoser som i 2005 har relativt mange opphold per pasient. Dette gjelder blant annet Lungesykdommer (økt med 238 prosent), Kroniske sykdommer i nedre luftveier (økt med 161 prosent), Papuloskvamøse lidelse (økt med 150 prosent) Parkinsons (økt med 130 prosent).

Antall polikliniske konsultasjoner per pasient har hatt liten nedgang på ca 1 prosent mellom 2001 og 2005, når vi ser alle de utvalgte kroniske hoveddiagnosene under ett. Det varierer fra 1,19 konsultasjoner per pasient (Angina Pectoris) til over 7 konsultasjoner (psoriasis). Det har vært en økning i 11 av de 24 diagnosene. Den største prosentvisvise endringen finner vi for Andre paralytiske sykdommer (økt med 39 prosent), men også CP og Hjertesvikt har hatt en betydelig økning i antall konsultasjoner per pasient, på henholdsvis 16 og 17 prosent. Utover dette ser vi at det har vært relativt liten endring i perioden.

Liggetid

Liggetiden for pasienter på heldøgnsavdelinger reduseres for nesten alle de utvalgte kroniske diagnosegruppene, noe som er en generell utvikling i sykehusene. Liggetidsreduksjonen uttrykt i prosent er størst for en del diagnosegruppene som sorterer inn under sykdommer i

nervesystemet, som "Cerebral Parese", "Andre paralytiske sykdommer", "Demyaliserende sykdommer i nervesystemet" og "Parkinsons sykdom". Dette er til dels små grupper og reduksjonen i liggetid kan skyldes endringer i utrednings- og behandlingsopplegget.

Ventetid til behandling²¹

En viktig indikator på tilgjengelighet er ventetiden før behandling. Endring i median ventetid²² for pasienter som venter på henholdsvis behandling ved heldøgnsavdeling og som dagbehandling i 2001 og 2005 for den ulike pasientgruppe er vist i tabell 5-2 til 5-5. Siden det er relativt få planlagte opphold i noen av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene, er vi ikke i stand til å tolke endringer i ventetider for alle de utvalgte kroniske hoveddiagnosene (se for øvrig tabellene 10-13 i vedlegg), men figurene gir et godt inntrykk av utviklingen i ventetid for de fleste diagnosene. Ventetiden er presentert for elektive døgn og dagbehandlinger, i tillegg for den delen av disse behandlingene som er kirurgiske.

For døgnbehandlinger totalt har ventetiden gått ned for 13 av diagnosene. Den største nedgangen finner vi for "Parkinsons sykdom" (ned 98 dager), "Grå Stær" (ned 86 dager) og "Arthroser" (ned 54 dager). Samtidig har ventetiden økt med 53 dager for CP og 67 dager for kroniske sykdommer i nedre luftveier.

Ser vi kun på kirurgiske døgnbehandlinger fremstår "Grå stær" og "Arthroser" fremdeles med den største nedgangen, men vi ser også at ventetiden for kirurgisk døgnbehandling av "Cerebral Parese" har hatt en nedgang på hele 74 dager. Den kraftigste økningen finner vi for "Epilepsi" med 79 dager.

Median ventetid for dagbehandling har gått ned for 15 diagnoser. 6 av diagnosene har så få planlagte opphold at det ikke gir grunnlag for å konkludere med hensyn til endringer i ventetid. Det har vært til dels stor nedgang i ventetiden til flere av diagnosene. Det gjelder "Andre paralytiske sykdommer", "Cerebral Parese", "Systemiske bindevevssykdommer", "Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet"- (MS m.m.), "Inflammatorisk leddlidelse" og "Kronisk sykdommer i nedre luftveier", som alle har hatt en registrert nedgang på over 100 dager.

Ser vi bare på kirurgisk dagbehandling har 15 diagnoser tilstrekkelig med planlagte opphold til at vi kan tolke endringene i ventetider. 9 av disse har hatt en nedgang, hvorav de største er for "Grå Stær", "Cerebral Parese" og "Arthroser", alle med en nedgang på over 50 dager. Også her finner vi den største økningen i ventetiden for "Epilepsi" (økt med 79 dager).

5.3 Oppsummering

For 19 av de 24 utvalgte diagnosegruppene har antallet pasienter per 10 000 innbyggere som mottar døgn- eller dagbehandling ved somatiske sykehus, økt i perioden fra 2001 til 2005. Dette kan muligens tolkes som en generell bedring i tilgjengelighet. Nå vet vi imidlertid at noen av gruppene har et betydelig innslag av øyeblikkelig hjelp. Hvis det er bare denne delen av aktiviteten som vokser, er det vanskelig å entydig tolke det som bedre tilgjengelighet til sykehus tjenester. Siden sykehusene er pliktige til å motta pasienter med henvisning for øyeblikkelig hjelp, er det den elektive/planlagte delen av sykehus tilbudet som i størst grad kan reguleres av kapasitet og prioriteringer. Det er videre en målsetting at helsetjenesten skal bidra i forebygging av sykdom og død, og øke livskvaliteten til pasienter med kronisk sykdom. For mange pasientgrupper kan en økning i planlagt utredning og behandling antakelig bidra til færre akuttinnleggelses på sykehus grunnet akutte forverringer av helsetilstanden.

Ser man kun på opphold ved døgnavdelinger, er det faktisk en reduksjon i elektivraten for 12 av diagnosegruppene (Se tabell 8 i vedlegg). Men det er også slik at pasientraten ved

²¹ Det kan i en del tilfeller være problematisk å tolke registrert ventetid som en indikator på tilgjengelighet. Det vil være avhengig av hvilken diagnose/sykdom som skal behandles. Pasientdata inneholder ikke informasjon om hvorvidt ventetid måler antall dager mellom opphold i ett behandlingsopplegg hvor det er naturlig med en bestemt tidsperiode mellom oppholdene, eller om ventetiden kun er et uttrykk for kapasiteten i sykehusene.

²² Median ventetid uttrykker det antall dager hvor halvparten av pasientene venter kortere og halvparten venter lengre. Ventetiden er beregnet for den første kontakt pasienten har med sykehuset og hvor vedkommende er registrert med en verdi som angir at pasienten er tatt fra venteliste. Ved flere opphold etter hverandre inkluderes kun ventetiden til første opphold.

døgnavdelingene er så å si uforandret for alle gruppene samlet, mens dagpasientraten er økt med 13 prosent. Dersom vi ser på døgn- og dagopphold samlet finner vi at oppholdsraten for elektiv behandling øker for alle de 19 gruppene som har vekst i raten totalt (se figur 5-1). Dette gir et noe bedre grunnlag for å hevde at den generelle tilgjengeligheten er bedret og det er indikasjoner på at det er en viss dreining fra døgn- til dagbehandling.

Vi finner en reduksjon i pasientraten for døgn- og dagbehandling og samtidig en reduksjon i polikliniske kontakter for 3 av diagnosegruppen. En samtidig vekst på begge omsorgsnivå ble funnet for 16 av gruppene. For enkelte sykdomstilstander vil dette bare gjenspeile en naturlig sammenheng mellom utredning, behandling og kontroll, mens det i andre tilfeller ikke er de samme pasientene som går igjen på begge omsorgsnivå.

For to av gruppene finner vi en reduksjon i antall døgn- og dagpasienter og en vekst i pasienter som følges opp poliklinisk. Det gjelder "Kroniske sykdommer i nedre luftveier" og "Aterosklerose". For begge disse har det vært en reduksjon både i antall ø-hjelpsinnleggelses og elektive innleggelses på døgnavdeling og veksten i antall faktiske pasienter med poliklinisk oppfølging øker mer enn reduksjonen i pasienter ved døgnavdelingen. For alle diagnosegruppene samlet økte antallet polikliniske pasienter med anslagsvis 7 prosent for fra 2001 til 2005. Bare 5 av 24 grupper hadde en reduksjon.

Vi ser at veksten i pasientrater kommer i form av at flere tilbys dagbehandling og polikliniske oppfølging. Den beregnede dagpasientraten økte med 13 prosent fra 2001 til 2005, mens raten for polikliniske pasienter økte med 7 prosent. I faktisk antall pasienter er selvsagt veksten større ved poliklinikkene. Pasientraten ved heldøgnsavdelingene har samlet sett vært stabil for de diagnosegruppene vi ser på her.

Ventetiden til behandling kan også være et uttrykk for tilgjengelighet og kapasitet i sykehusene. I tillegg kan en observert ventetid i en del tilfeller være et ledd i et planlagt behandlingsforløp. Vi må huske at alle som ikke er ø-hjelpspasienter i utgangspunktet vil være oppført med en henvisningsdato i innrapporterte pasientdata fra sykehusene. Det generelle bildet er likevel at ventetidene er blitt klart kortere i den femårsperioden vi har sett på her. Sammenligner vi ventetidene for dag- og døgnbehandling er den relativt lik for mange av diagnosegruppene hvor dette er aktuelt å sammenligne. Men vi finner også eksempler på at ventetida til døgnbehandling er klart lenger, for eksempel for pasienter med "Cerebral Parese" og "Artrose" (slitasjegikt), forstørret prostata og pasienter med betennelser i ledd. Det er selvfølgelig ikke like pasienter som behandles på de to nivå. Som eksempel; Pasienter med hofteleddsartrose opereres ikke som dagkirurgi, men det gjøres i stor stil når det gjelder behandling av Arthrose i knær. Det er likevel ingen prinsipiell grunn til at hoftepasientene bør vente lenger, annet enn at det selvfølgelig er mye mer ressurskrevende å ta unna hoftepasienter fra ventelistene enn en del av pasientene med kneproblemer. Spørsmålet blir om en median ventetid på litt over fire måneder for pasienter som skal innlegges til operasjon er akseptabelt eller ikke. Den lengste mediane ventetid blant de gruppene som er inkludert her er på 287 dager, eller i overkant av ni måneder. De fleste diagnosegruppene i vårt materiale hadde en registrert median ventetid på mellom 30 til 100 dager.

Til slutt kan vi konkludere med at vi finner få indikasjoner på at tilbudet av spesialisthelsetjenester til de utvalgte diagnosegruppene har forverret seg i perioden 2001 til 2005, heller tvert imot. Nå må det sies at vi ikke med de tilgjengelige data kan gjøre vurderinger av om kvaliteten på tjenestene er bedret.

6 Forskjeller mellom regioner og helseforetak i behandlingsrater og organisering av behandlingen

6.1 Tilgjengelighet og organisering av tjenestetilbudet

I kapittel 5 så vi på endringer i tilgjengeligheten for de ulike utvalgte kroniske hoveddiagnosene. I dette kapittelet ser vi ikke på endringer, men vil vise om forskjeller i tilgjengelighet (i form av behandlingsrater) kan knyttes til organisering av behandling (målt ved dagopphold, døgnopphold, og polikliniske konsultasjoner) i helseforetakene.

Det kan være flere årsaker til geografiske variasjoner i tjenesteforbruk. Det vi skal fokusere på her er om helseforetakene organiserer tjenestetilbudet sitt ulikt. Enkelte områder kan ha mange opphold pr pasient fordi det er kort reisevei inn til behandlingsstedet og dermed godt egnet for dagbehandling, mens områder med lavere befolkningstetthet og lang vei til behandlingssted kan ha høyere rate for døgnopphold. En annen forklaring kan være at det er geografiske forskjeller i behandlingstilbudet som finnes utenfor sykehusets opptaksområde. Steder med private helsetjenestetilbydere kan ha lavere behandlingsrater enn offentlige helsetjenestetilbydere.

Vi benytter her de pasientidentifiserbare data fra 2004 som nevnt innledningsvis i kapittel 2. Disse data gjør det mulig å følge pasienter mellom institusjoner og gir oss således anledning til å beregne korrekte²³ pasientrater for ulike diagnoser²⁴. De pasientidentifiserbare dataene omfatter imidlertid ikke aktiviteten ved poliklinikkene. For å få et bilde av det samlede tjenestetilbudet ved sykehusene har vi likevel valgt å inkludere poliklinisk behandling ved bruk av ordinære pasientdata. Vi kan altså ikke følge pasientene ved poliklinikkene på tvers av institusjoner og vi får heller ikke beregnet samlede pasientrater inklusive polikliniske pasienter. En annen begrensing ved tilgjengelig datamateriale er at vi ikke har tilgang til data for private avtalespesialister. Private avtalespesialister kan være både et alternativ og et supplement til offentlig poliklinisk- eller dagtilbud. Disse manglene ved datamaterialet vil derfor i størst grad være tilstede for kronikergrupper som har et betydelig innslag av poliklinisk- og/eller dagbehandling.

I neste avsnitt presenterer vi dataene for de utvalgte kroniske hoveddiagnosene fra den pasientidentifiserbare fila for 2004. Deretter ser vi i avsnitt 6.3 på den geografiske variasjonen i pasientratene for kroniker gruppene samlet basert på de pasientidentifiserbare dataene. I avsnitt 6.4 undersøker vi om det ser ut til å være substitusjonseffekter mellom dag- og døgnbehandling for kronikerpasientene samlet sett. Mens vi i avsnitt 6.5 ser nærmere på organiseringen av tilbudet til de enkelte utvalgte kronikerdiagnosene. I avsnitt 6.6 undersøker vi om det er noen sammenhenger mellom organiseringen av tilbudet målt som antall opphold per pasient og forbruksnivå målt ved pasientrater. Avsnitt 6.7 oppsummerer resultatene.

²³ Med de mangler ved data som er beskrevet i tabell 6-1, Jørgenvåg og Jensberg (2006) og vedlegg 2.

²⁴ Pasienttallet vil imidlertid variere avhengig av hva i ser på. Sum pasienter er vel 98000 når vi teller pasienter som har en eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene, mens det øker til ca 106 000 dersom vi teller antall pasienter innefor hver enkelt av hoveddiagnosene. Dette skyldes at samme pasient kan ha opphold med ulike kroniske hoveddiagnoser..

6.2 Presentasjon av pasientdata for 2004

Datagrunnlaget i denne delen er pasientidentifiserbare data fra 2004. Disse data skiller seg fra ordinære pasientdata ved at vi kan følge den enkelte pasient mellom institusjoner. For nærmere beskrivelse av hvordan datamaterialet er innhentet og bearbeidet henvises det til Jørgenvåg og Jensberg (2006). I vedlegg 2 finnes en oversikt over kompletthet i fila med pasienttydige data for hver enkelt institusjon.

Ved å ta i bruk pasientfila for 2004 som inneholder unike pasientnummer uavhengig av institusjon behandlingen er utført på, kan vi gjøre noen typer analyser vi tidligere ikke har hatt muligheten til. På grunn av måten fila er organisert på møter vi imidlertid også en del utfordringer og begrensninger når vi ønsker å bruke pasient som enhet istedenfor opphold i analyser av kroniske hoveddiagnoser.

Ved å aggregere data på pasientnummer kan vi finne antallet pasienter som genererer kronikeroppholdene. Vi får imidlertid bare med oss ett opphold for hver pasient på denne måten. Dette er uproblematisk når vi kun ser på antall pasienter med kronisk hoveddiagnose. Men de ulike diagnosegruppene er ikke gjensidig utelukkende. En pasient kan ha flere kroniske hoveddiagnoser, noe som ikke blir fanget opp når vi aggregere fra opphold til pasient på denne måten. Dersom vi ønsker å se nærmere på omfanget av disse sykdommene må vi vite hvor mange pasienter som har en slik diagnose. I de analyser hvor vi går inn i de enkelte hoveddiagnosene vil vi derfor presentere aggregerte pasienttall for hver enkelt diagnose. På denne måten får vi frem antall pasienter som har generert oppholdene, men summen av pasientene i alle diagnosegruppene fremkommet på denne måten, vil i disse analysene overstige totalt antall pasienter (98 668) fordi en del av pasientene har flere kroniske hoveddiagnoser. Totalt vil antallet pasienter talt opp på denne måten bli 106 307.

Den pasienttydige datafila inneholder 145 296 opphold med kroniske hoveddiagnoser, det vil si at vi mangler 6 064 opphold, eller 4 prosent, når vi bruker dette datagrunnlaget, jfr tabell 6-1 under som gir en oversikt over antall opphold og pasienter med de ulike kroniske hoveddiagnosene. De største avvikene finner vi for diagnosene Grå Stær, Angina Pectoris, Kronisk Iscemisk hjertesykdom, og Arthroser. Til sammen utgjør avvikene for disse gruppene 5170 opphold.

Tabell 6-1 viser også betydningen for beregnede pasientrater av at vi har pasienttydige data sammenlignet med data fra ordinær pasientfil når antall pasienter beregnes institusjonsvis fra sistnevnte fil. Differansen i pasientratene gir omfanget på sykehusoverføringer. Dersom vi ser på gruppene hvor vi har komplette data fra begge datafilene, dvs. at antall opphold er lik for de to filene, finner vi de største avvikene i antall pasienter for diagnosegruppen "Epilepsi" (13 %), "CP" (8 %), "Parkinsons" og "Systemiske bindevevssykdommer" (begge 7 %) og "Aterosklerose" (6 %). Avvikene er store for "Angina Pectoris" og "Kronisk Iscemisk hjertesykdom", hhv 22 % og 25 %, men her vil noe av avviket skyldes mangelfulle data for det pasienttydige datasettet (hhv 7 % og 12 % i differanse for antall opphold). Vi vet ikke hvor mange pasienter som mangler, men ut fra tallene er det nærliggende å anta at man får en betydelig reduksjon i pasientratene når man tar hensyn til sykehusoverføringer for disse pasientene.

Det framgår av tabellen at det er stor variasjon i størrelsen på kronikergruppene, målt ved antall pasienter innenfor hver hoveddiagnose. Det er tre grupper med mer enn 10 000 pasienter, hvor den største er "Grå stær" (15 189) etterfulgt av "Arthroser" (13 440) og "Angina pectoris" (12 557). Åtte grupper har mindre enn 1 000 pasienter, hvor den minste er "Hemiplegi" med 91 pasienter.

Antall opphold pr pasient varierer fra 1,1 opphold pr pasient (gjelder 5 av de 24 diagnosene) til 2,2 opphold per pasient (andre paralytiske sykdommer) mellom de utvalgte kroniske hoveddiagnosene. Vi kan med andre ord gå ut fra at det er en relativt stor variasjon i innhold og organisering av tjenestetilbudet til pasienter med disse diagnosene.

Tabell 6-1: Utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Antall pasienter og opphold samt opphold pr pasient fra fil med pasientenydige data. Antall pasienter og opphold fra ordinær pasientdatafil. 2004.

	Antall opphold	Antall pasienter	Opphold pr pasient	Andel opphold	Andel pasienter	Antall opphold ordinær pasientdata fil	% differanse i antall opphold ²⁵	Antall "pasienter" ²⁶ ordinær pasient-data fil	% differanse i antall pasienter ²⁷
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	1 498	1 356	1,1	1,0	1,4	1 513	1 %	1 385	2 %
E10-E14 Diabetes mellitus	8 070	5 710	1,4	5,6	5,8	8 160	1 %	5 917	4 %
G20Parkinsons sykdom	1 472	847	1,7	1,0	0,9	1 472	0 %	905	7 %
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesyst	995	516	1,9	0,7	0,5	1 042	5 %	548	6 %
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesyst	2 162	1 361	1,6	1,5	1,4	2 162	0 %	1 412	4 %
G40 Epilepsi	5 570	3 867	1,4	3,8	3,9	5 589	0 %	4 355	13 %
G80 CP	1 619	780	2,1	1,1	0,8	1 617	0 %	839	8 %
G81Hemiplegi	109	91	1,2	0,1	0,1	109	0 %	91	0 %
G82 Andre paralytiske sykdommer	491	228	2,2	0,3	0,2	489	0 %	239	5 %
H25 Grå stær	20 168	15 189	1,3	13,9	15,4	21 268	5 %	16 067	6 %
H40 Grønn stær	3 386	2 513	1,3	2,3	2,5	3 494	3 %	2 635	5 %
I0-I15 Hypertensjon	3 890	3 435	1,1	2,7	3,5	3 974	2 %	3 532	3 %
I20 Angina Pectoris	18 531	12 557	1,5	12,8	12,7	19 913	7 %	15 368	22 %
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	12 181	8 817	1,4	8,4	8,9	13 604	12 %	11 053	25 %

²⁵ Det vil være differanse i antall opphold mellom ordinær pasientdatafil og filen med pasientenydige data fordi sistnevnte fil ikke er komplett.

²⁶ Ordinær pasientdatafil har ikke pasientenydige data og gir ikke mulighet til å følge pasientene mellom institusjonene. Antall pasienter vil derfor bli høyere fordi en pasient som behandles ved flere institusjoner telles mer enn en gang.

²⁷ Det vil være forskjell i antall pasienter mellom ordinær pasientdatafil og filen med pasientenydige data både fordi sistnevnte fil ikke er komplett (jfr differanse i antall opphold) og fordi man teller samme pasient med samme hoveddiagnose flere ganger fordi sykehusoverføringer ikke fanges opp.

	Antall opphold	Antall pasienter	Opphold pr pasient	Andel opphold	Andel pasienter	Antall opphold ordinær pasientdata fil	% differanse i antall opphold ²⁵	Antall "pasienter" ²⁶ ordinær pasient-data fil	% differanse i antall pasienter ²⁷
I50 Hjertesvikt	9 688	7 390	1,3	6,7	7,5	9 775	1 %	7 746	5 %
I70 Aterosklerose	5 904	4 244	1,4	4,1	4,3	5 910	0 %	4 507	6 %
J40-J47Kroniske sykdommer i nedre luftveier	14 075	9 642	1,5	9,7	9,8	14 262	1 %	10 240	6 %
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	589	523	1,1	0,4	0,5	614	4 %	536	2 %
L20-L30 Dermatitt og eksem	1 006	889	1,1	0,7	0,9	1 009	0 %	912	3 %
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser – psoriasis ol	1 679	987	1,7	1,2	1,0	1 681	0 %	1 006	2 %
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	9 662	5 993	1,6	6,6	6,1	9 709	0 %	6 262	4 %
M15-M19 Arthroser	14 827	13 440	1,1	10,2	13,6	16 092	9 %	14 817	10 %
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	3 599	2 159	1,7	2,5	2,2	3 614	0 %	2 317	7 %
N40 Prostata hyperplasi	4 125	3 773	1,1	2,8	3,8	4 288	4 %	3 969	5 %
Til sammen	145 296	106 307	1,4	100,0	107,7 ²⁸	151 360	4 %	116 658	10 %

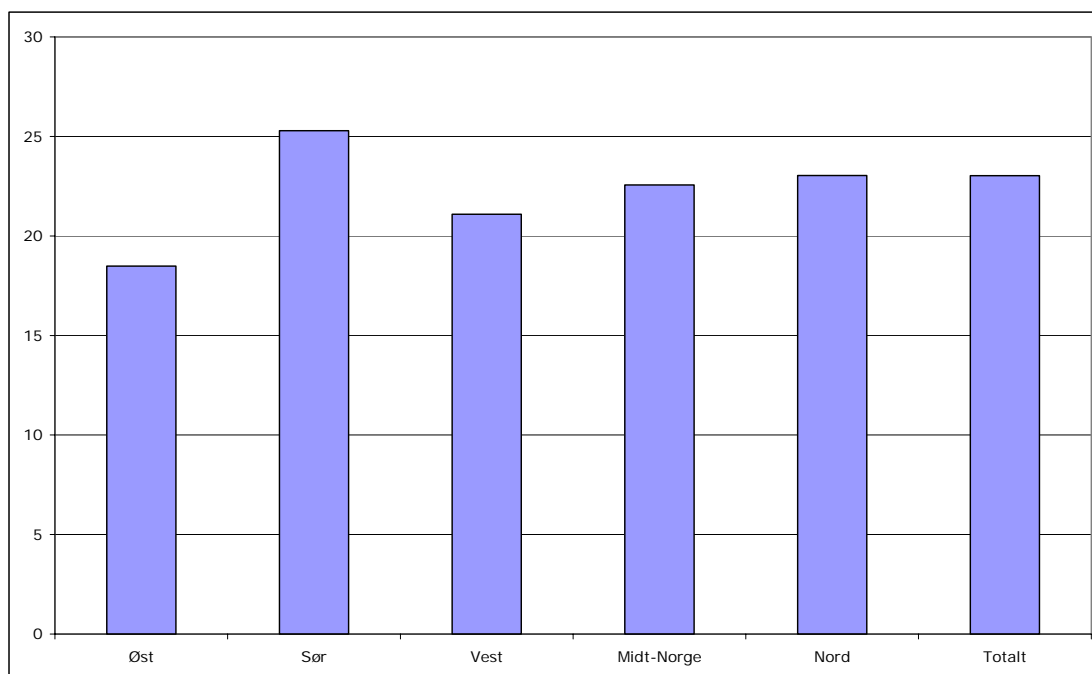
²⁸ Andel pasienter overstiger 100 prosent fordi samme pasient kan ha flere hoveddiagnoser.

6.3 Forskjeller i pasientrater mellom bosteds regioner og helseforetaksområder for de utvalgte kroniske hoveddiagnosene

I dette avsnittet ser vi nærmere på den geografiske variasjonen i pasientratene for de utvalgte kroniske hoveddiagnosene. Vi skal belyse forskjeller mellom boregionene og helseforetaksområdene, se tabellene 17 og 18 i vedlegg 1.

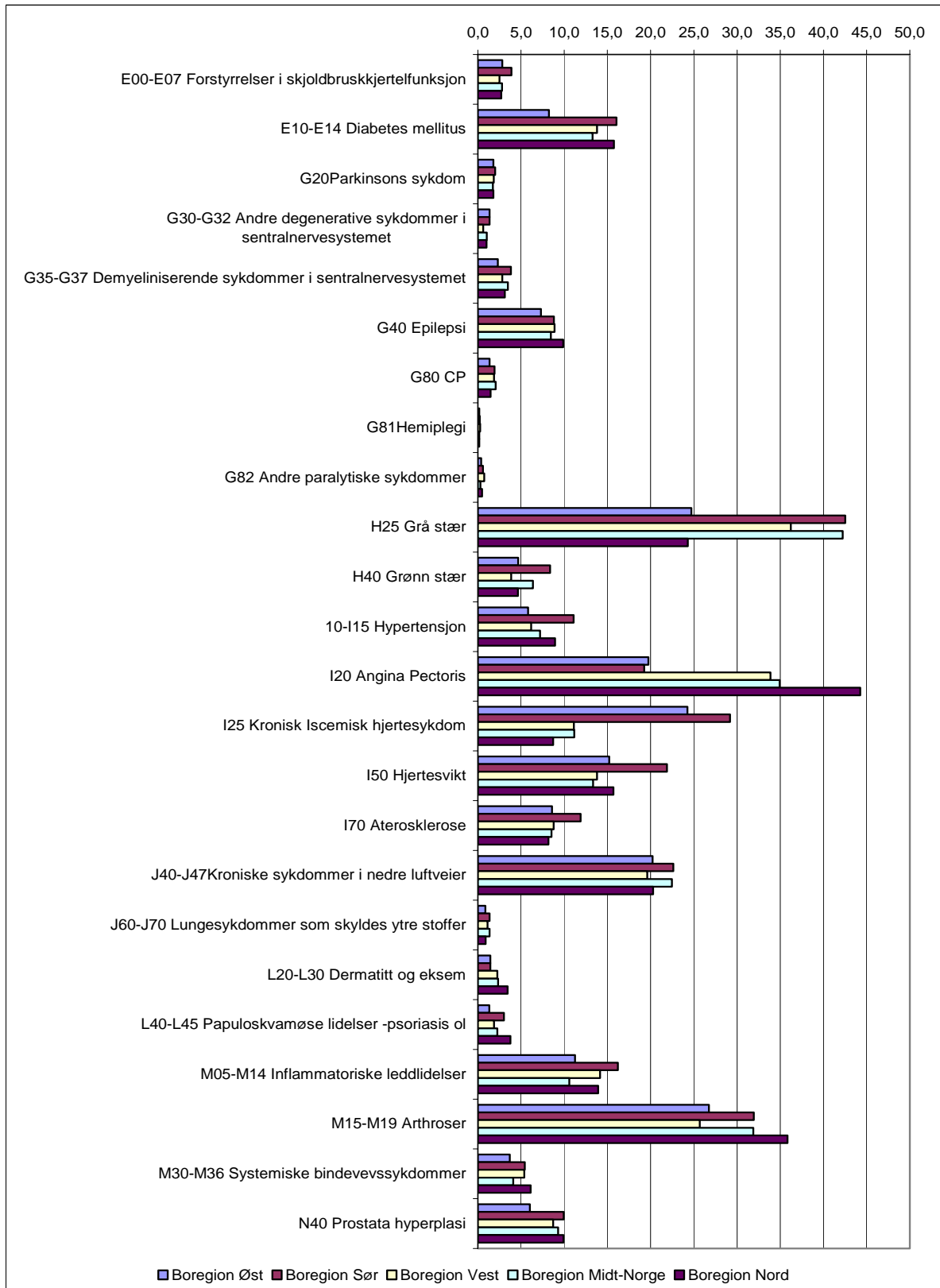
Figuren under viser antall pasienter totalt per 1 000 innbyggere med minst en av de utvalgte kronikerdiagnosene etter boregion. Vi finner flest kronikerpasienter i forhold til befolkningen i region Sør. Deretter følger Nord, Midt-Norge og Vest, mens region Øst har lavest pasientrate. Datafilen som disse ratene er beregnet fra er ikke komplett, jfr. vedlegg 2. Vi finner imidlertid i store trekk det samme mønster (rangering) for regionale variasjoner dersom vi ser på pasientrater fra ordinær pasientdatafil, se kapittel 4, tabell 4-2.

Figur 6-1: Antall pasienter per 1 000 innbyggere. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser etter boregion²⁹. Somatiske institusjoner. 2004.



²⁹ Her er pasienter som har flere kroniker-hoveddiagnoser registrert kun en gang. Vi finner samme geografiske fordeling dersom vi legger til grunn at en pasient med flere kroniker hoveddiagnoser kan telles flere ganger.

Figur 6-2: Antall pasienter per 10 000 innbyggere for utvalgte kroniske hoveddiagnosegrupper. Etter boregion. Somatiske institusjoner. 2004.



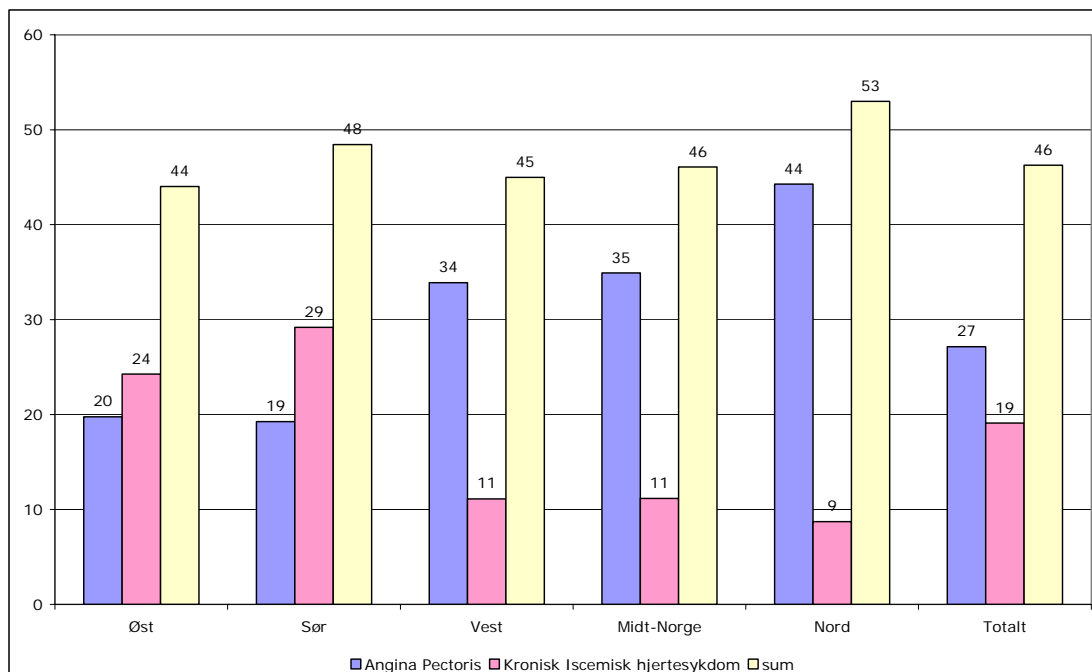
Figur 6-2 og tabell 22 i vedlegg viser rater for de utvalgte kroniske hoveddiagnosene etter bostedsregion. Ser vi på de enkelte kronikergruppene finner vi at region Sør har høyest rate for 15 av de 24 gruppene, mens region Øst har lavest rate for 12 av gruppene³⁰. Som skrevet tidligere må vi ta forbehold om at datamaterialet ikke er komplett, og kan være medvirkende årsak til de forskjeller vi finner. En annen mulig faktor som kan gi opphav til forskjeller er at vi her ikke har med pasienter som (kun) mottar tilbud fra poliklinikk og private avtalespesialister. Vi vet at private avtalespesialister bidrar til å redusere forskjeller i forbruksrater mellom regionene (se for eksempel SAMDATA Somatikk 2005). I hvilken grad de geografiske forskjellene i pasientrater er mindre dersom poliklinikk og private avtalespesialister ble inkludert for kronikergruppene kjenner vi imidlertid ikke.

Det framgår av figur 6-2 at det er store forskjeller i pasientratene mellom regionene for flere av gruppene. For den største pasientgruppen, "Grå stær", varierer pasientraten fra i overkant av 42 pasienter per 10 000 innbyggere i regionene Sør og Midt-Norge til i overkant av 24 for regionene Øst og Nord. Øyesykdommer er den største gruppen pasienter for private avtalespesialister. I SAMDATA Somatikk 2005 er det vist at bruken av private avtalespesialister for poliklinikk og dagkirurgi for øyesykdommer er klart høyere enn for poliklinikk og dagkirurgi ved sykehusene, og at region Øst har høyest forbruksrater for avtalespesialister. Beregningene i SAMDATA viser at forbruksratene for poliklinikk og dagkirurgi samlet (både sykehus og private avtalespesialister) for øyesykdommer er høyest for region Sør, etterfulgt av regionene Øst, Nord, Midt-Norge og Vest. Øst og Nord som har lave forbruksrater ved sykehusene har altså høye rater for private avtalespesialister, mens Midt-Norge og vest som har relativt sett høye rater ved sykehusene har de lavest ratene for private avtalespesialister.

For den nest største gruppen, "Arthroser", varierer pasientraten fra 35 per 10 000 innbyggere i region Nord til rundt 26 i regionene Vest og Øst. Det er også betydelige forskjeller i pasientrater mellom regionene for den tredje største gruppen "Angina pectoris". For denne gruppen varierer raten fra 44 i per 10 000 innbyggere Nord til 24 i Øst. Sammenholder vi pasientratene i boregionene for denne gruppen med raten for gruppen "Kronisk Iscemisk hjertesykdom" ser vi et tydelig mønster som kan tyde på ulik registreringspraksis mellom regionene, se figuren 6-3. De tre regionene som har høye rater for "Angina Pectoris", Nord, Midt-Norge og Vest, har lave rater for "Kronisk Iscemisk hjertesykdom". Og motsatt for regionene Øst og Sør.

³⁰ For noen av gruppene hvor Sør (Øst) har høyest (lavest) rate har også en annen region lik rate.

Figur 6-3: Antall pasienter per 10 000 innbyggere for gruppene "Angina Pectoris" og "Kronisk Iscemisk hjertesykdom", og summen av de to gruppene. Etter boregion. Somatiske institusjoner. 2004.



I tabell 23 i vedlegg vises pasientratene for de utvalgte hoveddiagnosene totalt og for hver gruppe brutt ned på helseforetaksområder. Det er betydelige forskjeller i totalratene. Fem helseforetaksområder har rater på over 300 pasienter per 10 000 innbyggere. Disse er Blefjell (364), Førde (320), Telemark (319), Nordmøre og Romsdal og Finnmark (begge 305). Fire områder har under 200 pasienter per 10 000 innbyggere i de utvalgte kronikergruppene; Hovedstadsområdet (166), Asker og Bærum (180), Stavanger (196) og Ringerike (199).

Noe av forskjellene mellom foretaksområdene kan tilskrives ulik grad av komplettethet i data, se vedlegg 2. Og igjen vet vi ikke i hvilken grad forskjeller mellom helseforetaksområdene skyldes at vi ikke her inkluderer poliklinikk og private avtalespesialister og i hvilken grad noe av forskjellen kan tilskrives ulik registreringspraksis mht diagnoser.

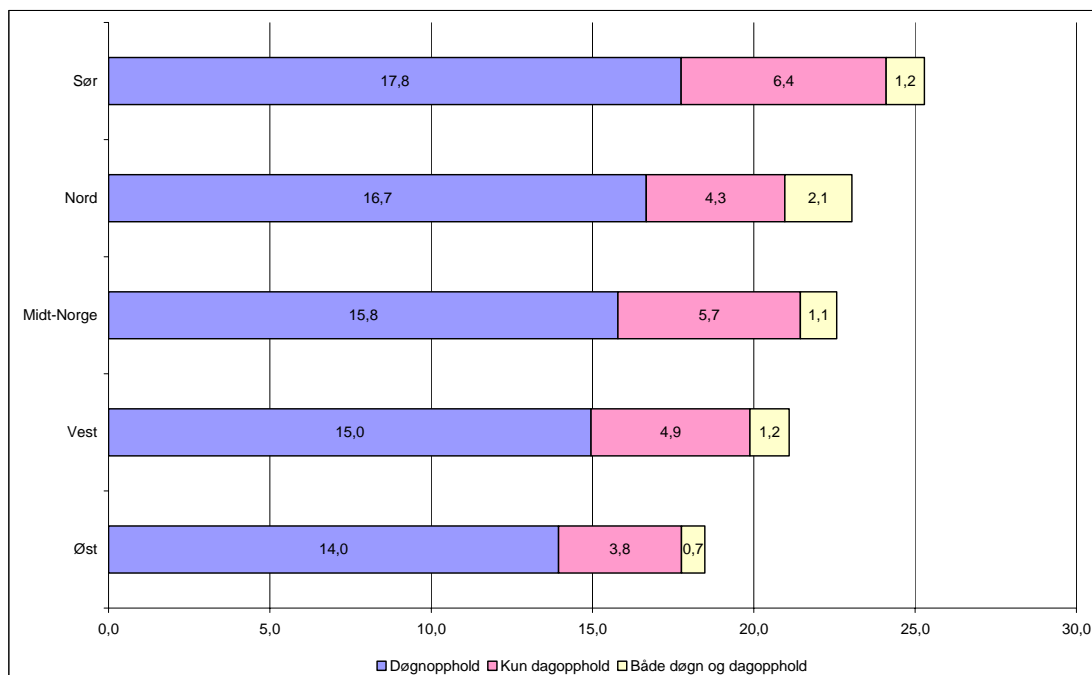
I de neste avsnittene ser vi nærmere på forskjeller i organisering av behandlingstilbudet mellom regioner og helseforetaksområder.

6.4 Forskjeller i organisering av sykehusopphold mellom bostedsregioner og helseforetaksområder

I dette avsnittet ser vi på sammensetningen av pasientratene i henhold til hvilken type behandling de har mottatt. Formålet er å se om det er forskjeller mellom regionene og foretaksområdene når det gjelder organiseringen av behandlingstilbudene.

Figur 6-4 viser andel pasienter pr 1 000 innbygger med de utvalgte kroniske hoveddiagnosene som har hatt dag- og/eller døgnopphold³¹ for hver helseregion. Vi ser at andelen pasientratene for døgnbehandling er høyest i region Sør og lavest i region Øst. Det samme gjelder andelen pasientraten for dagopphold. Det er en positiv sammenheng mellom pasientrater for dagopphold og døgnopphold på regionnivå.

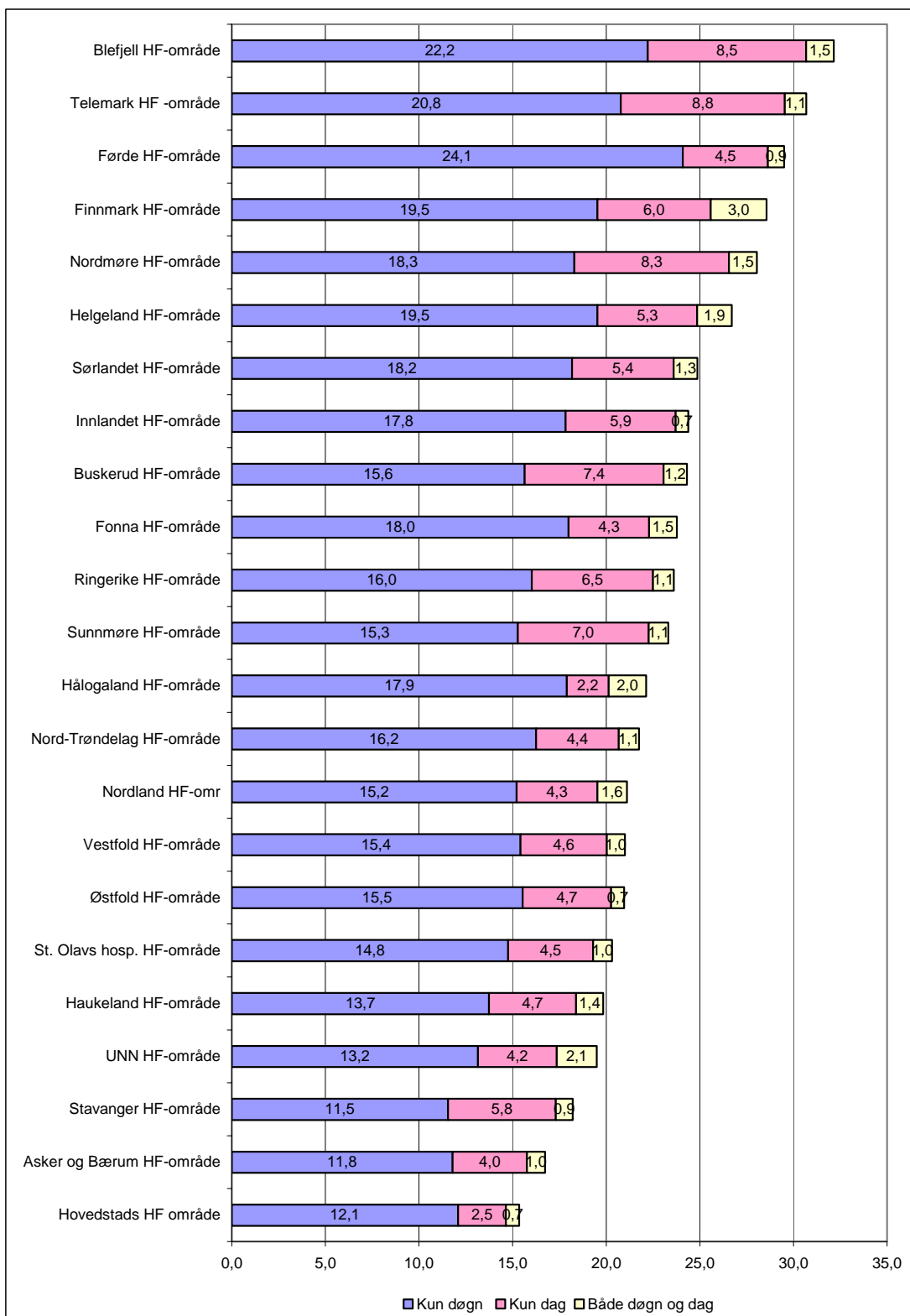
Figur 6-4: Rater i prosent for pasienter med kun døgnopphold, kun dagopphold samt både dag og døgnopphold, etter bregion Rater i prosent.



I figur 6-5 gis en oversikt over andel pasienter pr 1 000 innbygger brutt ned på helseforetaksnivå. I denne figuren har vi rangert helseforetakene fra høyest til lavest pasientrate totalt. Vi ser at det ikke er en like klar sammenheng mellom rater for døgnpasienter og dagpasienter i de enkelte helseforetakene som det var for regionene. Førde HF som har den høyeste pasientraten for døgnopphold har en av de laveste pasientratene for dagopphold. Stavanger HF som har den laveste pasientraten for døgnopphold har en relativt høy pasientrate for dagopphold. Samtidig er det flere helseforetak hvor vi ser det er en positiv sammenheng mellom pasientraten for henholdsvis dag og døgnbehandling når det gjelder de utvalgte kroniske sykdommene: Blefjell HF, Finnmark HF, Helgeland HF, Telemark HF, Sørlandet HF, Nordmøre HF, Innlandet HF, Nordland HF, Vestfold HF, St Olav HF, Hovedstadsområdet og Asker og Bærum HF.

³¹ Et interessant spørsmål når vi har tilgang til pasientidentifiserbare data, er hvor stor andel av pasientene som har både dag og døgnopphold. Data for 2004 viser at dette gjelder 5100 av pasientene med en av de kroniske hoveddiagnosene, se for eksempel tabell 17 i vedlegg 1. Dette utgjør ca 5 prosent av det totale pasientene med denne typen diagnoser og representerer dermed ikke et stort problem når vi sammenligner pasientrater for henholdsvis døgnopphold og dagopphold. Det er med andre ord få pasienter som både har døgn og dagopphold.

Figur 6-5: Rater i prosent for pasienter med kun døgnopphold, kun dagopphold samt både dag og døgnopphold, etter helseforetaksområde.



Det er med andre ord ingen klare tendenser til en sammenheng mellom høye oppholdsrate for dag og lave oppholdsrate for døgn eller omvendt. Ser vi bort fra noen avvikende helseforetak finner vi heller en positiv samvariasjon mellom døgn- og dagrate. Vi finner altså ingen indikasjon på substitusjonseffekt mellom behandlingsnivå (døgn vs. dag).

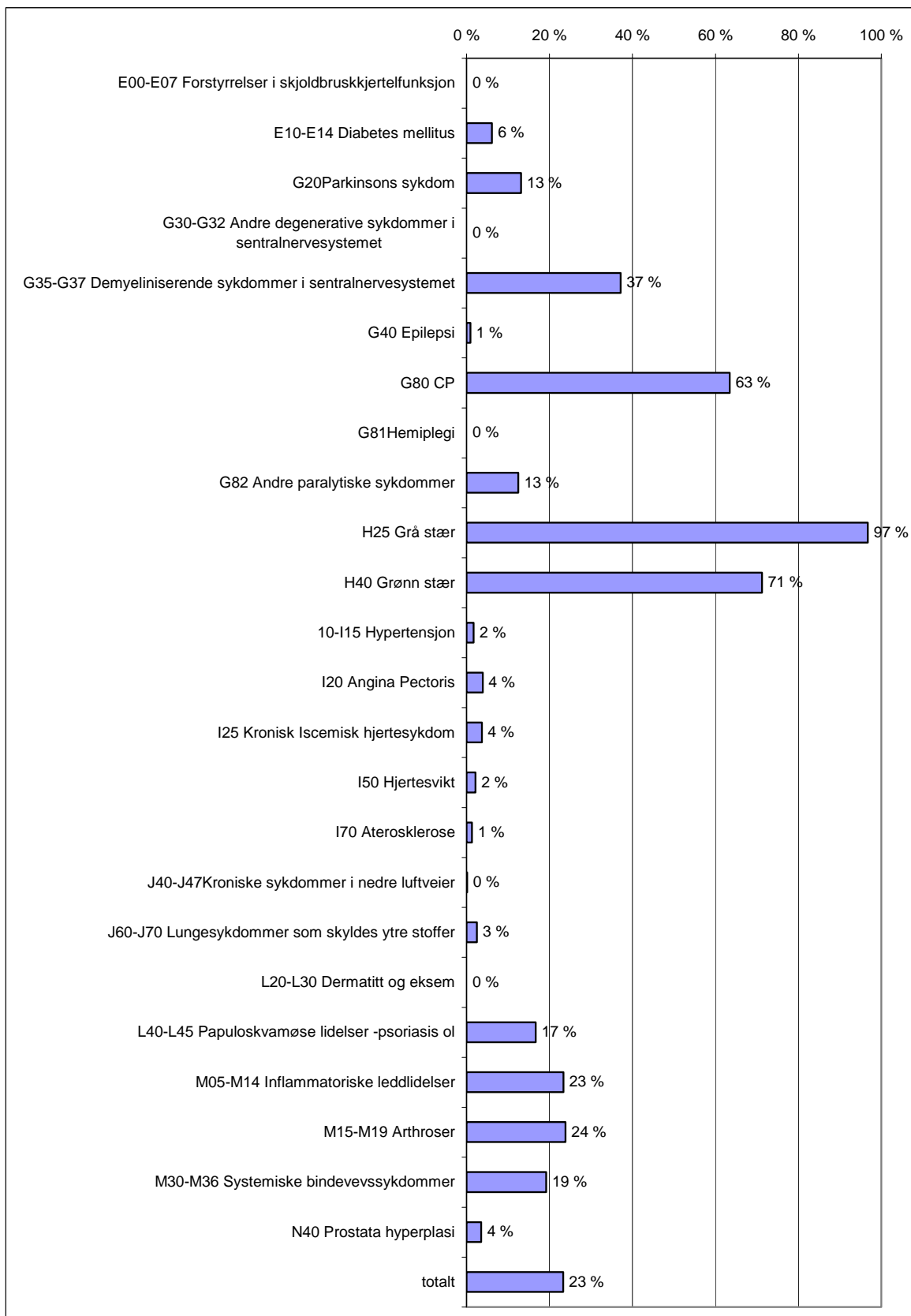
6.5 Sammenhengen mellom rater på ulike omsorgsnivå for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser

Sammensetningen av behandlingstilbudet til de utvalgte kroniske hoveddiagnosene varierer mellom kronikergruppene. I figur 6-6 nedenfor viser vi andelen dagpasienter av sum dag og døgnpasienter for hver enkelt kronikerdiagnose. Her kan samme pasient inngå i begge gruppene dersom pasienten har mottatt både dag- og døgnbehandling. Som nevnt tidligere utgjør disse ca 5 prosent av pasientene i vårt materiale. Totalt utgjør dagpasienter 23 prosent av det samlede pasienttallet. Det er kun for tre av diagnosegruppene at dagpasientene er i flertall; "CP" (63 %), "Grønn stær" (71 %) og "Grå stær" (97 %). De to førstnevnte gruppene er relativt sett små pasientgrupper. Grå stær derimot representerer den største pasientgruppen, og hele 97 prosent av pasientene er altså dagpasienter.

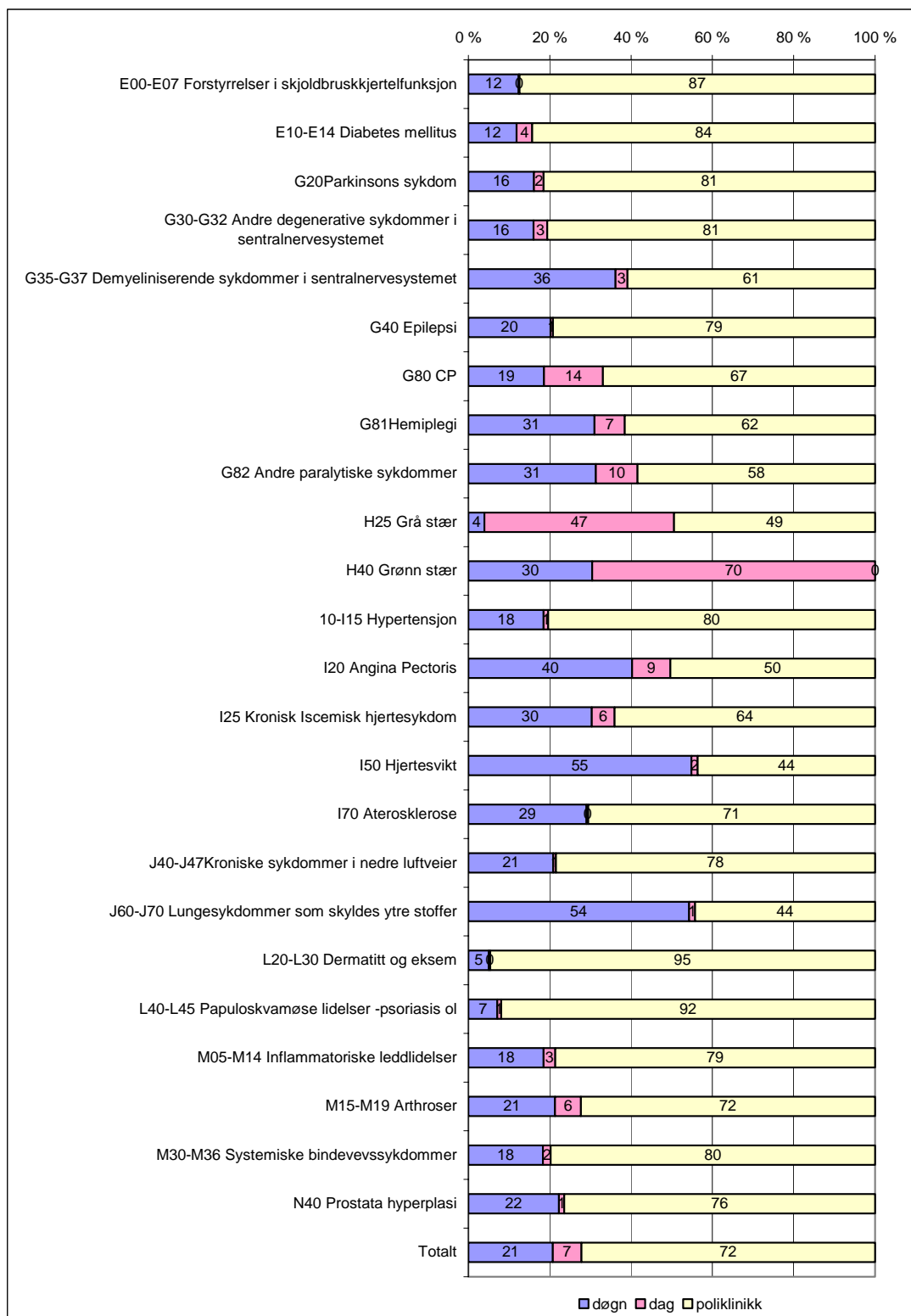
Vi har også sett på andelen polikliniske pasienter i forhold til andelen døgn- og dagpasienter, se figur 6-7. Vi tar her forbehold om at ratene for polikliniske pasienter ikke er basert på pasienttydige data, og derfor kan være noe overvurdert i og med at vi ikke fanger opp evt. pasienter som har mottatt poliklinisk behandling ved flere institusjoner. For de aller fleste pasientgruppene er pasientraten for poliklinikk høy i forhold til ratene for døgn- og dagpasienter. Det er kun for gruppene "Grå stær", "Grønn stær" og "Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer" at summen av ratene for dag- og døgnpasienter er høyere enn raten for polikliniske pasienter.

Igjen er det verdt å minne om at pasienter som (kun) mottar behandling hos private spesialister ikke er inkludert i materialet. Dersom institusjonene har ulik praksis med hensyn til registrering av diagnoser vil dette også kunne påvirke resultatene som framkommer her.

Figur 6-6: Andel dagpasienter for utvalgte kronikerdiagnoser. Somatiske institusjoner 2004.



Figur 6-7: Andel døgnpasienter, dagpasienter og polikliniske pasienter³² for utvalgte kronikerdiagnoser. Somatiske institusjoner 2004.



³² Ratene for polikliniske pasienter er ikke basert på pasiententydige data, og kan derfor være noe overvurdert i og med at vi ikke fanger opp evt. pasienter som har mottatt poliklinisk behandling ved flere institusjoner.

I forrige avsnitt så vi at det i liten grad var en substitusjonseffekt mellom behandlingsnivå målt ved døgn- og dagrater i helseforetaksområdene for kronikergruppene samlet sett. Vi skal nå undersøke om vi finner samvariasjon mellom rater for ulike behandlingstilbud for hver enkelt av de utvalgte kronikerdiagnosene. I tabell 6-2 presenteres en korrelasjonsanalyse av sammenhengen mellom a) pasientraten for dagbehandling og pasientraten for døgnbehandling, og b) pasientraten for dag- og døgnbehandling totalt og raten for poliklinisk behandling.

Vi finner en signifikant positiv sammenheng mellom pasientrater for dag- og døgnbehandling for "Angina Pectoris" og "Arthroser". Områder med høy døgnpasientrate tenderer til også å ha en høy dagpasientrate for disse gruppene, og omvendt. For "Angina Pectoris" kan dette imidlertid delvis tilskrives at de samme pasientene både har dagopphold og døgnopphold (dette gjelder 17 prosent av pasientene), se tabell 20 i vedlegg. Når det gjelder "Arthroser" synes ikke denne forklaringen å være relevant. Her er gruppen pasienter som har både dag og døgnopphold liten (3 prosent). Positiv samvariasjon indikerer at tilbudet er stort både i form av dag- og døgntilbud uavhengig av helseforetaksområde for disse to diagnosene. For de øvrige diagnosegruppene finner vi ikke signifikante sammenhenger mellom pasientrater for henholdsvis dagtilbud og døgntilbud. Vi finner altså ingen indikasjoner på substitusjonseffekt mellom dag- og døgntilbud for de utvalgte kronikerdiagnosene.

Tabell 6-2: Korrelasjon mellom pasientrater for dagbehandling og døgnpasienter, og mellom dag- og døgnbehandling totalt og poliklinisk behandling i helseforetakene (n=23). Pearsons r. 2004.

	Dagbehandling vs døgnbehandling	Dag og døgn totalt vs Poliklinisk behandling
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	0,002	-0,194
E10-E14 Diabetes mellitus	-0,006	-0,154
G20Parkinsons sykdom	-0,008	0,036
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	-0,038	0,313
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	-0,216	-0,062
G40 Epilepsi	-0,364	-0,195
G80 CP	-0,145	-0,077
G81Hemiplegi	-0,115	0,083
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,050	0,521**
H25 Grå stær	0,211	-0,188
H40 Grønn stær	0,164	-0,256
I0-I15 Hypertensjon	-0,155	-0,147
I20 Angina Pectoris	0,859**	0,696**
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	0,300	-0,292
I50 Hjertesvikt	0,075	0,101
I70 Aterosklerose	0,148	-0,442*
J40-J47Kroniske sykdommer i nedre luftveier	-0,047	-0,182
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	0,108	0,019
L20-L30 Dermatitt og eksem	0,007	0,678**
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	-0,131	0,249
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	-0,151	0,242
M15-M19 Arthroser	0,717**	0,427*
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	-0,159	-0,049
N40 Prostata hyperplasi	-0,077	0,474*
Totalt for alle	0,159**	0,489**

**=p<0,01 *=p<0,05

Når vi ser på sammenhengen mellom raten for dag- og døgnpasienter totalt og polikliniske konsultasjoner finner vi en signifikant positiv sammenheng for fem av gruppene: "Andre paralytiske sykdommer", "Angina Pectoris", "Dermatitt og eksem", "Arthroser" og "Prostata hyperplasi". Her er det altså slik at høye pasientrater for poliklinisk behandling sammenfaller med høye pasientrater for dag- og døgnopphold totalt. Vi kan imidlertid ikke vite om dette delvis skyldes at de samme pasientene både har polikliniske konsultasjoner og dag- eller døgnopphold. Dette medfører at vi ikke vet om dette gjenspeiler naturlige pasientforløp. For "Aterosklerose" finner vi en signifikant negativ sammenheng, noe som innebærer at områder som har høye pasientrater for døgn- og dagbehandling har lave rater for polikliniske konsultasjoner og omvendt. Dette kan være en indikasjon på substitusjon mellom dagbehandling og døgnbehandling for denne gruppen. Vi finner altså ingen indikasjoner på substitusjonseffekt for de aller fleste pasientgruppene.

6.6 Er det en sammenheng mellom høye behandlingsrater og antall opphold pr pasient?

Et annet interessant spørsmål vedrørende forskjeller i behandlingstilbudet mellom helseforetakene er om de har ulik profil når det gjelder sammenhengen mellom hvor mange som mottar behandling og antallet kontakter pasienten har med sykehusene. Vi spør om det er slik at helseforetaksområder som gir et tilbud til mange pasienter har færre kontakter per pasient, mens områder med lavere pasientrate gir mer til hver pasient, i form av flere opphold eller konsultasjoner per pasient? I likhet med at det er flere årsaker til variasjoner i pasientrater, vil det være ulike tolkningsmuligheter for hva som reflekteres i forskjeller i antall opphold per pasient. Det kan reflektere ulikheter i tilbudet til enkeltpasienter, men også sykdomsbilde, hvordan behandlingstilbudene organiseres og registreringspraksis kan spille inn på forskjeller mellom områdene.

Tabell 6-3 viser korrelasjonen (samvariasjonen) mellom opphold per pasient og pasientrater for a) dag- og døgnbehandling samlet, b) døgn- og dagbehandling separat, samt c) poliklinisk behandling.

Signifikante korrelasjoner i denne tabellen kan ha følgende tolkningsutfall:

Positive korrelasjoner: Områder med høy pasientrate har en tendens til også å ha mange opphold/konsultasjoner per pasient og omvendt.

Negative korrelasjoner: Områder med høy pasientrate har en tendens til å ha få opphold/konsultasjoner per pasient, og omvendt.

For to av hoveddiagnosegruppene finner vi en positiv sammenheng mellom opphold per pasient og antall pasienter som får behandling på sykehus. Dette gjelder "Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet" og "Angina Pectoris". For disse to gruppene er det med andre ord slik at i områder med høy pasientrate ser det også ut til at hver pasient har flere opphold. Omvent vil det da være slik at områder med lav pasientrate i tillegg har en tendens til å ha færre opphold per pasient.

Når vi skiller mellom døgnbehandling og dagbehandling finner vi at dette mønsteret gjelder for ni av gruppene innen dagbehandling og tre av gruppene når vi bare ser på døgnopphold. I de områdene hvor antallet dagpasienter er høyt finner vi også at hver pasient har flere dagopphold. For dagbehandling gjelder dette: "Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelen", "Parkinsons", "Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet", "Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet", "Epilepsi", "Hemiplegi", "Andre paralytiske sykdommer", "Hypertensjon", "Angina Pectoris" og "Kroniske sykdommer i nedre luftveier". For alle disse diagnosegruppene finner vi at i områder med mange dagpasienter har pasientene også mange dagopphold, og omvendt i områder med få dagpasienter. Vi bør minne om at antallet pasienter i mange av disse gruppene er relativt lite. For de øvrige gruppene finner vi ingen signifikant sammenheng mellom opphold per pasient og henholdsvis oppholdsrate eller pasientrater.

Ser vi på polikliniske pasienter er det negativ korrelasjon mellom konsultasjoner per pasient og pasientraten i helseforetaksområdene for to grupper: "Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet" og "Grønn stær". Dette tolker vi slik at områder med mange pasienter har få konsultasjoner, og omvendt. I hvilken grad dette reflekterer tilgjengelighet og prioriteringer, eller sykdomsbilde og/eller organiseringen av tilbudet er uvisst.

Vi finner imidlertid positiv samvariasjon mellom antall polikliniske konsultasjoner per pasient og pasientraten for gruppene "Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon", "Cerebral Parese", "Aterosklerose", "Dermatitt og eksem", og "Papuloskvamøse lidelser – psoriasis og lignende". Vi tolker dette som at områder med mange pasienter har mange konsultasjoner per pasient for disse diagnosegruppene.

Tabell 6-3: Korrelasjon mellom tjenestetilbudet (i form av oppholdsrate og pasientrate), og organisering av tjenestetilbudet (i form av antall opphold/konsultasjoner pr pasient) i helseforetakene (n=23). Pearsons r. 2004.

	Sammenhengen mellom pasientrate og opphold/konsultasjoner pr pasient			
	Dag- og døgndbehandling	Døgnbehandling	Dagbehandling	Poliklinikk
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	-0,126	-0,135	0,572**	0,457*
E10-E14 Diabetes mellitus	-0,061	0,208	0,123	-0,284
G20 Parkinsons sykdom	0,110	0,097	0,721**	-0,312
G30-G32 Andre degenerative sykd sentralnervesyst	0,445*	0,023	0,473*	0,402
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentralnervesyst	-0,104	-0,033	0,904**	-0,664**
G40 Epilepsi	0,054	0,275	0,525*	-0,304
G80 CP	0,052	0,094	-0,183	0,703**
G81 Hemiplegi	-0,382	-0,355	0,600**	0,230
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,064	0,670**	0,688**	0,034
H25 Grå stær	-0,220	0,157	-0,050	0,063
H40 Grønn stær	0,114	0,071	0,216	-0,715**
10-115 Hypertensjon	0,054	0,412	0,541**	-0,193
I20 Angina Pectoris	0,827**	0,660**	0,829**	-0,002
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	0,113	0,729**	-0,184	0,410
I50 Hjertesvikt	0,234	0,367	0,012	0,177
I70 Aterosklerose	0,104	0,105	0,290	0,480*
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	0,323	0,132	0,812**	0,068
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	-0,101	-0,143	0,230	0,146
L20-L30 Dermatitt og eksem	-0,055	0,017	0,206	0,431*
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	-0,375	-0,364	0,074	0,454*
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	0,203	0,440	0,094	-0,357
M15-M19 Arthroser	0,092	0,093	-0,145	0,094
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	-0,075	0,129	-0,095	-0,304
N40 Prostata hyperplasi	0,184	0,211	0,300	0,336

**=p<0,01 * =p<0,05

6.7 Oppsummering

I denne delen har vi sett at det er forskjeller i behandlingsrater mellom regionene, både når vi ser på kronikergruppene samlet og enkeltvis. Vi har også sett på regionale forskjeller i pasientrater for henholdsvis dag- og døgnopphold. Vi så at de bostedsregioner som har høye pasientrater for døgnbehandling har høye pasientrater for dagbehandling, og omvendt. Et like entydig mønster var det ikke mellom helseforetaksområdene. For omtrent halvparten av helseforetakene synes høy pasientrate for døgnbehandling å henge sammen med høy pasientrate for dagbehandling, mens inntrykket av den andre halvparten er at det er stor variasjon.

Organiseringen av behandlingstilbudet varierer mellom kronikergruppene. Vi har undersøkt eventuelle substitusjonseffekter i forhold til omsorgsnivå for de enkelte diagnosegruppene. I analysen av sammenheng mellom pasientrater for døgn- og dagbehandling fant vi at det i liten grad var en slik effekt. Kun for "Angina Pectoris" og "Arthroser" fant vi en systematisk samvariasjon (korrelasjon) mellom nivået på antall døgnpasienter og antall dagpasienter. Korrelasjonene var imidlertid begge positive, altså hadde områder høy pasientrate for døgnbehandling også en tendens til å ha høye rater for dagbehandling.

Når vi videre studerte pasientrater for polikliniske konsultasjoner sammenholdt med pasientrater for dag- og døgnbehandling totalt, fant vi signifikant positiv korrelasjon for fem kroniske diagnoser, og en signifikant negativ korrelasjon for en av diagnosene. Med ett unntak har vi altså ikke funnet sterke indikasjoner på substitusjonseffekter mellom behandlingsnivåene. Det synes heller som om enkelte helseforetaksområder for noen pasientgrupper har en generelt bedre tilgjengelighet enn andre og har høye pasientrater for både dag-, døgn- og poliklinisk behandling.

Videre finner vi i liten grad systematisk samvariasjon mellom opphold per pasient og pasientrater (pasienter per innbygger). Vi finner positiv samvariasjon mellom konsultasjoner per pasient og pasientrater for poliklinisk behandling for noen flere grupper enn vi fant for innleggelser, men her finner vi også negativ samvariasjon for noen grupper. I hvilken grad opphold per pasient og pasientrater reflekterer tilgjengelighet og prioriteringer, eller hvorvidt de reflekterer sykdomsbilde og/eller organiseringen av tilbudet er uvisst. Vi vil også ta forbehold om evt. ulik registreringspraksis når det gjelder diagnoser mellom helseforetakene og mangler i datamaterialet i forhold til aktivitet som ikke er inkludert, da spesielt at aktiviteten knyttet til private avtalespesialister ikke er representert i datamaterialet. Vi vet at det vil ha betydning for geografiske variasjoner i behandlingsrater spesielt for diagnosegrupper med høy andel poliklinisk- og dagbehandling. Dette vil da i særlig grad gjelde øyesykdommer som er den største pasientgruppen blant kronikergruppene og som har de høyeste ratene blant private avtalespesialister.

7 Oppsummering og avslutning

Pasienter med kroniske sykdommer skal være en prioritert pasientgruppe i Norge. I denne rapporten har målet vært å beskrive utviklingen i tilgjengelighet til sykehustjenester for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser i perioden 2001-2005. Ved å bruke tilgjengelige data om opphold ved somatiske sykehus har vi analysert endring og utvikling i sykehusbruk for denne pasientgruppen samlet sammenlignet med andre, videre har vi sett på utviklingen av sykehusbruk og ventetid for hver av de utvalgte diagnosegruppene, og til slutt har vi beskrevet forskjeller mellom bostedsregioner og helseforetaksområder i sykehusbruk og organisering av pasientbehandlingen for kronikerpasientene. Resultatene sammenfattes i det følgende.

I kapittel 3 fant vi at aktiviteten i form av antall opphold og antall pasienter har økt både for pasienter med kroniske hoved- og bidiagnoser, og andre pasienter. Vi fant videre indikasjoner på at økningen har vært noe lavere for opphold og pasienter med utvalgte kroniske diagnoser enn for opphold og pasienter med andre diagnoser. Dette gjelder både for døgn- og dagopphold, samt polikliniske konsultasjoner. Vi har imidlertid ikke analysert hvilke andre grupper som øker mest

I kapittel 4 så vi om pasientgruppen med de utvalgte kroniske hoveddiagnosene har ulik tilgang til tjenestene avhengig av alder, kjønn og geografisk bosted. Vi fant hovedsakelig den største økningen der ratene for opphold var lavest i 2001. For både aldersgrupper, kjønn og region kommer Dette ser vi både i forhold til kjønn, aldersgruppe og geografisk bosted.

I kapittel 5 så vi på utviklingen for hver enkelt av de utvalgte hoveddiagnosegruppene for perioden 2001-2005. Vi fant generelt få indikasjoner på at tilbudet av spesialisthelsetjenester til de utvalgte diagnosegruppene har forverret seg i perioden 2001 til 2005, heller tvert imot. For en majoritet av gruppene har det vært en vekst i planlagt behandling og veksten er størst for dagbehandling og polikliniske kontakter. Ventetiden til behandling er generelt sett bedret, men gjennomsnittsbetraktninger kan selvsagt skjule stor individuell variasjon.

I kapittel 6 fant vi at bostedsregioner med høye pasientrater for døgnbehandling også har noe høyere pasientrater for dagbehandling, og omvendt. Dette mønstret var ikke like entydig når vi sammenlignet helseforetaksområdene. Vi så videre at organiseringen av behandlingstilbudet varierer mellom kronikergruppene. Men vi fant ikke, med ett unntak, sterke indikasjoner på substitusjonseffekter mellom døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling. Det synes heller som om enkelte helseforetaksområder, for noen pasientgrupper, har en generelt bedre tilgjengelighet enn andre og har høye pasientrater for både dag-, døgn- og poliklinisk behandling.

Etter å ha gjennomgått utviklingen for alle de utvalgte diagnosegruppene blir spørsmålet hvorvidt dette danner grunnlag for å trekke entydige konklusjoner med hensyn til utviklingen i tilbudet av spesialisthelsetjenester til pasienter med kroniske sykdommer. Som nevnt innledningsvis er det en utfordrende oppgave å definere hvilke pasientgrupper som bør inngå i definisjonen av kronikere. Svært mange av sykdommene/tilstandene som behandles på sykehus vil være mer eller mindre kroniske hvis de er ubehandlet. Det også en utfordring å bruke registerdata fra spesialisthelsetjenesten for å si noe om tilbudet til en slik sammensatt pasientgruppe. Datagrunnlaget setter klare begrensninger på mulighetene som å beskrive tjenestetilbudet til pasienter med langvarige sykdomsforløp og som samtidig mottar tjenester fra mange ulike tjenesteytere. Årsaken er at vi har få muligheter til å koble

pasientenes kontakter sammen mellom institusjoner og over tid. Vi vet i tillegg lite om mulighetene for behandling/oppfølging hos tjenesteytere utenfor sykehusene.

Som beskrevet tidligere er det mange forhold som påvirker omfang og utvikling i bruken av sykehustjenester. Endringer i forekomsten av sykdom og andre forhold som påvirker etterspørselen etter tjenester er viktig. I tillegg vil kapasitet og organisering av tjenestene spille inn. For mange av sykdomstilstandene er det en klar grenseflate mot tilbudet av tjenester utenfor sykehusene. Dette inkluderer omfanget av privatpraktiserende spesialister utenfor sykehus. Tall fra SAMDATA Somatikk for året 2005 viser at private avtalespesialister utfører cirka 36 prosent av alle polikliniske konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep, og at det spesielt er innen spesialitetene øye og øre-nese-hals at andelen er høy (Jørgenvåg 2006). Reduksjonene i sykehusenes aktivitet knyttet til pasienter med grå stær kan muligens forklares av dette, da private spesialister utenfor sykehus ikke er inkludert i våre data. I tillegg til betydningen av private spesialister, er arbeidsfordelingen mellom primærhelse-tjenesten og sykehusene viktig. Etter hvert som behandling og kontroll for bestemte tilstander blir standardisert og teknologien forbedres, gir det større muligheter for behandling og oppfølging på et lavere omsorgsnivå. For mange helseproblemer bør pasienten likevel behandles ved et sykehus, hvor man har kompetanse og utstyr til å utføre en adekvat behandling. For mange pasienter er det selvfølgelig ikke noe enten - eller, men snarere et både-og; gjennom et sykdomsforløp er man svært ofte i kontakt med ulike omsorgsnivå og ulike typer av helsepersonell. Som en konsekvens av dette kan det være vanskelig å tolke hvorvidt endringer i bruken av sykehus betyr at tilbudet er bedret. En økning i sykehusbruk kan i noen tilfeller like gjerne indikere endringer i behov eller manglende tilbud i kommunehelsetjenesten.

Vi fant at antall opphold og pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser ikke har hatt en like sterk vekst som andre diagnosegrupper. Dette tyder ikke på en tydelig prioritering, generelt sett. Gjennomgangen for de enkelte hoveddiagnosegruppene viser imidlertid at vi ikke har noe grunnlag for å konkludere med at tilbudet av spesialisthelsetjenester har forverret seg de siste fem år. Ventetidene har i hovedsak blitt kortere og den registrerte aktiviteten har økt.

Litteraturliste

Helse- og omsorgsdepartementet

2006: Bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for 2006.

Jørgenvåg, R. (red)

2005 SAMDATA Somatikk 1/06. Sektorrapport 2005

Jørgenvåg, R. og H. Jensberg

2006 Befolkningens bruk av sykehustjenester – opphold eller pasient som enhet?, Rapport STF78 A141, SINTEF Helse

Jørgenvåg, R. og Ø. Hope

2005 Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner. Rapport STF78 A055501

Kalseth, B

2005 Aktivitetsvekst og prioritering. Kapittel 7 i Jørgenvåg (red) 2005, Samdata Somatikk 2004, Sektorrapport STF78 A055020, SINTEF Helse.

Kalseth B. mfl

2004 Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill. Rapport STF78 A045018. Trondheim: SINTEF HELSE.

Karstensen, A.

2001 Kronikerne og ISF. Rapport STF78 A015002, SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Kjekshus og Jørgenvåg

2005 Konsultasjoner hos spesialister med avtale med Helse Øst. I Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2005; 125: 3130-2:

Nolte, Ellen and Martin McKee

2005 Responding to the challenge of chronic diseases: lessons from England. Euro Observer. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies 2005. Volume 7, number 2.

NOU: 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Avgitt til Helse og Sosialdepartementet.

NOU: 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Sosialdepartementet.

Ot. Prp 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak.

Vedlegg 1 – Tabeller

Tabell 4: Utvikling og endring i andel opphold totalt (dag og døgn) og pasienter pr 1000 innbygger med utvalgte kronisk hoveddiagnoser ICD-10 (kronisk sykdom). Fordelt etter kjønn og alder i perioden 2001 til 2005. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

År	Opphold					Pasienter				
	2001	2005	Rate 2001	Rate 2005	Pst endr	2001	2005	Rate 2001	Rate 2005	Pst Endr
Menn										
0-15 år	4 282	4 558	8,68	9,16	5,3	3 368	3 314	6,83	6,66	-2,4
16-49 år	9 294	10 251	8,60	9,41	8,6	7 062	7 259	6,53	6,66	2,0
50-66 år	21 542	24 853	51,59	53,63	3,8	15 466	18 080	37,04	39,02	5,3
67-79 år	24 302	23 943	133,19	134,76	1,2	17 601	17 464	96,46	98,29	1,9
80+ år	11 518	13 129	171,10	177,92	3,8	8 766	9 792	130,22	132,70	1,9
Totalt	70 938	76 734	31,64	33,33	5,1	52 263	55 909	23,31	24,29	4,2
Kvinner										
0-15 år	3 071	3 337	6,57	7,05	6,9	2 267	2 288	4,85	4,84	-0,2
16-49 år	8 670	10 559	8,32	10,01	16,8	6 448	7 098	6,19	6,73	8,7
50-66 år	15 197	18 736	36,82	41,17	10,6	11 570	13 631	28,03	29,95	6,8
67-79 år	24 008	23 422	106,38	110,14	3,4	18 164	17 276	80,48	81,24	0,9
80+ år	18 651	19 588	139,04	137,86	-0,9	14 568	14 699	108,60	103,45	-4,7
Totalt	69 597	75 642	30,50	32,35	5,7	53 017	54 992	23,23	23,52	1,2
Alle										
0-15 år	7 353	7 895	7,65	8,14	6,0	5 635	5 602	5,86	5,77	-1,5
16-49 år	17 964	20 810	8,46	9,70	12,8	13 510	14 357	6,36	6,69	5,2
50-66 år	36 739	43 589	44,25	47,46	6,8	27 036	31 711	32,56	34,53	6,0
67-79 år	48 310	47 365	118,36	121,34	2,5	35 765	34 740	87,63	89,00	1,6
80+ år	30 169	32 717	149,75	151,55	1,2	23 334	24 491	115,83	113,45	-2,1
Totalt	140 535	152 376	31,06	32,84	5,4	105 280	110 901	23,27	23,90	2,7

Tabell 5: Utvikling og endring i antall opphold (dag og døgn) og antall pasienter pr 1000 innbyggere med utvalgte kronisk hoveddiagnoser etter boregion, i perioden 2001 til 2005. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

År	Opphold					Pasienter				
	2001 ¹⁾	2005 ¹⁾	Rate 2001	Rate 2005	Pst endr	2001 ¹⁾	2005 ¹⁾	Rate 2001	Rate 2005	Pst Endr
Boregion										
Helse Øst	47 482	49 834	29,42	29,81	1,3	35 510	35 793	22,00	21,41	-2,7
Helse Sør	32 000	33 905	36,25	37,68	3,8	23 841	24 740	27,01	27,49	1,8
Helse Vest	24 826	31 256	26,78	32,67	18,0	19 297	22 322	20,82	23,33	12,1
Helse Midt-Norge	18 625	20 852	29,21	32,13	9,1	14 485	16 003	22,72	24,66	8,5
Helse Nord	17 379	16 277	37,54	35,17	-6,7	11 945	11 811	25,80	25,52	-1,1
Totalt	140 312	152 124	31,01	32,78	5,4	105 078	110 669	23,23	23,85	2,7

¹⁾Inkluderer kun opphold for pasienter registrert med gyldig bostedskommune.

Tabell 6: Antall døgnopphold og pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Faktisk antall og prosentvis endring. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

	2005 Opphold	Endring 2001-2005	Prosent endring	2005 Pasienter	Endring 2001-2005	Prosent endring
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	1 410	146	11,6	1 333	147	12,4
E10-E14 Diabetes mellitus	4 983	-61	-1,2	4 351	-11	-0,3
G20 Parkinsons sykdom	1 336	470	54,3	954	260	37,5
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentralnervesystemet	449	-37	-7,6	423	-26	-5,8
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentralnervesystemet	2 056	614	42,6	1 425	275	23,9
G40 Epilepsi	5 466	476	9,5	4 285	448	11,7
G80 CP	930	440	89,8	596	215	56,4
G81 Hemiplegi	66	-109	-62,3	59	-106	-64,2
G82 Andre paralytiske sykdommer	348	124	55,4	206	36	21,2
H25 Grå stær	1 253	-2 019	-61,7	1 074	-1 775	-62,3
H40 Grønn stær	960	-211	-18,0	785	-198	-20,1
I10-I15 Hypertensjon	3 678	709	23,9	3 471	736	26,9
I20 Angina Pectoris	14 992	-4 048	-21,3	12 911	-2 726	-17,4
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	10 652	1 960	22,5	9 203	2 007	27,9
I50 Hjertesvikt	9 120	1 140	14,3	7 370	811	12,4
I70 Aterosklerose	5 403	-441	-7,5	4 072	-235	-5,5
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	13 529	-1 052	-7,2	10 199	-712	-6,5
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	618	194	45,8	552	174	46,0
L20-L30 Dermatitt og eksem	966	-12	-1,2	880	-11	-1,2
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	1 280	151	13,4	907	-3	-0,3
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	7 486	250	3,5	5 282	79	1,5
M15-M19 Arthroser	12 890	1 465	12,8	11 964	1 404	13,3
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	3 501	750	27,3	2 282	397	21,1
N40 Prostata hyperplasi	4 334	798	22,6	4 017	763	23,4
Totalt døgnopphold med kronisk hoveddiagnose	107 706	1 697	1,6	88 601	1 949	2,2

Pasienttallet er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulike kroniske hoveddiagnoser telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Tabell 7: Antall dagopphold og pasienter etter utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Faktisk antall og prosentvis endring. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Dagopphold	2005 Opphold	Endring 2001-2005	Prosent endring	2005 Pasienter	Endring 2001-2005	Prosent endring
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	72	37	105,7	40	13	48,1
E10-E14 Diabetes mellitus	3 369	1 158	52,4	1 767	446	33,8
G20 Parkinsons sykdom	397	370	1 370,4	115	97	538,9
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentralnervesystemet	278	-113	-28,9	88	7	8,6
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentralnervesystemet	209	81	63,3	113	71	169,0
G40 Epilepsi	158	1	0,6	137	66	93,0
G80 CP	782	605	341,8	397	320	415,6
G81 Hemiplegi	15	1	7,1	11	8	266,7
G82 Andre paralytiske sykdommer	66	-68	-50,7	29	-29	-50,0
H25 Grå stær	19 363	442	2,3	14 011	-955	-6,4
H40 Grønn stær	2 548	569	28,8	2 012	338	20,2
I10-I15 Hypertensjon	527	410	350,4	293	221	306,9
I20 Angina Pectoris	3 130	-1 627	-34,2	2 537	-326	-11,4
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	3 376	1 834	118,9	2 091	766	57,8
I50 Hjertesvikt	603	444	279,2	293	190	184,5
I70 Aterosklerose	265	155	140,9	197	122	162,7
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	1 441	1 259	691,8	415	278	202,9
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	27	21	350,0	8	2	33,3
L20-L30 Dermatitt og eksem	109	97	808,3	66	54	450,0
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	526	502	2 091,7	175	155	775,0
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	2 158	1 809	518,3	868	561	182,7
M15-M19 Arthroser	4 100	1 463	55,5	3 914	1 336	51,8
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	831	550	195,7	288	198	220,0
N40 Prostata hyperplasi	320	144	81,8	300	125	71,4
Totalt dagopphold med kronisk hoveddiagnose	44 670	10 144	29,4	30 165	4 064	15,6

Pasienttallet er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulike kroniske hoveddiagnoser telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Tabell 8: Antall opphold og pasienter etter utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Faktisk antall og prosentvis endring. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Totale opphold	2005	Endring	Prosent	2005	Endring	Prosent
	opphold	2001-2005	endring	pasienter	2001-2005	endring
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	1 482	183	14,1	1 365	153	12,6
E10-E14 Diabetes mellitus	8 352	1 097	15,1	5 922	342	6,1
G20 Parkinsons sykdom	1 733	840	94,1	1 004	300	42,6
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentralnervesystemet	727	-150	-17,1	505	-17	-3,3
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentralnervesystemet	2 265	695	44,3	1 484	305	25,9
G40 Epilepsi	5 624	477	9,3	4 381	503	13,0
G80 CP	1 712	1 045	156,7	912	483	112,6
G81 Hemiplegi	81	-108	-57,1	68	-100	-59,5
G82 Andre paralytiske sykdommer	414	56	15,6	227	18	8,6
H25 Grå stær	20 616	-1 577	-7,1	15 030	-2 625	-14,9
H40 Grønn stær	3 508	358	11,4	2 627	119	4,7
I10-I15 Hypertensjon	4 205	1 119	36,3	3 740	949	34,0
I20 Angina Pectoris	18 122	-5 675	-23,8	14 305	-2 876	-16,7
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	14 028	3 794	37,1	10 773	2 515	30,5
I50 Hjertesvikt	9 723	1 584	19,5	7 570	932	14,0
I70 Aterosklerose	5 668	-286	-4,8	4 200	-157	-3,6
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	14 970	207	1,4	10 555	-456	-4,1
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	645	215	50,0	556	173	45,2
L20-L30 Dermatitt og eksem	1 075	85	8,6	936	34	3,8
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	1 806	653	56,6	1 048	122	13,2
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	9 644	2 059	27,1	6 010	574	10,6
M15-M19 Arthroser	16 990	2 928	20,8	15 721	2856	22,2
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	4 332	1 300	42,9	2 484	547	28,2
N40 Prostata hyperplasi	4 654	942	25,4	4 291	877	25,7
Totalt opphold med kronisk hoveddiagnose	152 376	11 841	8,4	115 714	5 571	5,1

Pasienttallet er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulike kroniske hoveddiagnoser telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Tabell 9: Antall polikliniske konsultasjoner og antall pasienter etter utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Faktisk antall og prosentvis endring. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

	2005	Endring	Prosent	2005	Endring	Prosent
	Polikliniske konsultasjoner	2001-2005	endring	pasienter	2001-2005	endring
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	15 613	828	5,6	9 468	592	6,7
E10-E14 Diabetes mellitus	82 732	15 134	22,4	34 898	7 203	26,0
G20 Parkinsons sykdom	6 308	875	16,1	4 130	559	15,7
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	2 571	-261	-9,2	1 804	-29	-1,6
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	8 071	2 434	43,2	4 725	1 272	36,8
G40 Epilepsi	22 460	391	1,8	15 075	849	6,0
G80 CP	3 423	941	37,9	1 871	299	19,0
G81 Hemiplegi	200	-8	-3,8	145	-18	-11,0
G82 Andre paralytiske sykdommer	655	246	60,1	335	44	15,1
H25 Grå stær	23 807	-10 303	-30,2	14 827	-2 820	-16,0
H40 Grønn stær	25 945	1 293	5,2	10 541	-871	-7,6
I10-I15 Hypertensjon	21 341	1 596	8,1	14 393	1 566	12,2
I20 Angina Pectoris	15 743	-7 708	-32,9	13 228	-5 153	-28,0
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	24 160	4 214	21,1	16 527	2 707	19,6
I50 Hjertesvikt	14 522	5 136	54,7	6 057	1 485	32,5
I70 Aterosklerose	16 990	675	4,1	10 452	590	6,0
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	52 771	2 868	5,7	36 169	2 723	8,1
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	514	-164	-24,2	408	-176	-30,1
L20-L30 Dermatitt og eksem	65 401	3 819	6,2	15 971	1 311	8,9
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	87 035	9 403	12,1	12 418	2 016	19,4
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	47 112	2 633	5,9	23 355	2 876	14,0
M15-M19 Arthroser	48 514	8 290	20,6	36 494	5 920	19,4
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	16 641	1 832	12,4	9 374	1 524	19,4
N40 Prostata hyperplasi	17 786	4 156	30,5	12 777	2 822	28,3
Totalt polikliniske konsultasjoner	620 315	48 320	8,4	305 442	27 291	9,8

Pasienttallet er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulik kronisk hoveddiagnose telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Tabell 10: Antall opphold pr 10 000 innbygger for dagbehandling, døgnopphold og poliklinisk konsultasjon. Fordelt etter kroniske utvalgte hoveddiagnoser i 2001 og 2005. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Opphold/konsultasjoner	Døgnopphold			Dagopphold			Polikliniske konsultasjoner		
	Rate 2001	Rate 2005	Prs endring	Rate 2001	Rate 2005	Prs endring	Rate 2001	Rate 2005	Prs endring
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	2,79	3,04	8,8	0,08	0,16	100,6	32,68	33,65	3,0
E10-E14 Diabetes mellitus	11,15	10,74	-3,7	4,89	7,26	48,6	149,42	178,29	19,3
G20 Parkinsons sykdom	1,91	2,88	50,4	0,06	0,86	1 333,6	12,01	13,59	13,2
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentralnervesystemet	1,07	0,97	-9,9	0,86	0,60	-30,7	6,26	5,54	-11,5
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentralnervesystemet	3,19	4,43	39,0	0,28	0,45	59,2	12,46	17,39	39,6
G40 Epilepsi	11,03	11,78	6,8	0,35	0,34	-1,9	48,78	48,40	-0,8
G80 CP	1,08	2,00	85,0	0,39	1,69	330,7	5,49	7,38	34,5
G81 Hemiplegi	0,39	0,14	-63,2	0,03	0,03	4,5	0,46	0,43	-6,3
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,50	0,75	51,5	0,30	0,14	-52,0	0,90	1,41	56,1
H25 Grå stær	7,23	2,70	-62,7	41,82	41,73	-0,2	75,40	51,31	-32,0
H40 Grønn stær	2,59	2,07	-20,1	4,37	5,49	25,5	54,49	55,91	2,6
I10-I15 Hypertensjon	6,56	7,93	20,8	0,26	1,14	339,2	43,64	45,99	5,4
I20 Angina Pectoris	42,09	32,31	-23,2	10,51	6,75	-35,8	51,84	33,93	-34,5
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	19,21	22,96	19,5	3,41	7,28	113,5	44,09	52,07	18,1
I50 Hjertesvikt	17,64	19,65	11,4	0,35	1,30	269,8	20,75	31,30	50,8
I70 Aterosklerose	12,92	11,64	-9,9	0,24	0,57	134,9	36,06	36,61	1,5
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	32,23	29,16	-9,5	0,40	3,11	671,9	110,31	113,73	3,1
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	0,94	1,33	42,1	0,01	0,06	338,7	1,50	1,11	-26,1
L20-L30 Dermatitt og eksem	2,16	2,08	-3,7	0,03	0,23	785,6	136,12	140,94	3,5
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	2,50	2,76	10,5	0,05	1,13	2 036,8	171,60	187,57	9,3
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	15,99	16,13	0,9	0,77	4,65	502,9	98,32	101,53	3,3
M15-M19 Arthroser	25,25	27,78	10,0	5,83	8,84	51,6	88,91	104,55	17,6
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	6,08	7,54	24,1	0,62	1,79	188,3	32,73	35,86	9,6
N40 Prostata hyperplasi	7,82	9,34	19,5	0,39	0,69	77,3	30,13	38,33	27,2
Totalt	234,32	232,11	-0,9	76,32	96,27	26,1	1 264,34	1 336,82	5,7
(N=)	106 009	107 706		34 526	44 670		571 995	620 315	

Tabell 11: Antall heldøgnsopphold per 10 000 innbygger. Fordelt etter utvalgte kroniske hoveddiagnoser og innleggelsesmåte i 2001 og 2005. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Døgnoophold	2005	2005	Endring Rate		Prosent endring rate		
	Elektiv	Ø-hjelp	Elektiv	Ø-hjelp	Elektiv	Ø-hjelp	Totalt
E00-E07 Forstyr i skjoldbruskkjertelfunksjon	2,07	0,97	0,09	0,15	4,8	17,7	8,8
E10-E14 Diabetes mellitus	2,40	8,34	-0,47	0,06	-16,3	0,7	-3,7
G20 Parkinsons sykdom	1,79	1,09	0,80	0,17	80,3	18,1	50,4
G30-G32 Andre degen sykd i sentralnervesyst	0,24	0,73	-0,11	0,01	-32,4	1,1	-9,9
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentr.nervesyst	2,38	2,05	0,91	0,33	62,2	19,2	39,0
G40 Epilepsi	4,41	7,36	0,52	0,22	13,5	3,0	6,8
G80 CP	1,68	0,33	0,88	0,04	110,1	14,9	85,0
G81 Hemiplegi	0,07	0,07	-0,01	-0,23	-15,3	-76,5	-63,2
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,60	0,15	0,29	-0,04	96,4	-20,6	51,5
H25 Grå stær	2,45	0,25	-4,21	-0,32	-63,2	-56,2	-62,7
H40 Grønn stær	1,33	0,73	-0,17	-0,35	-11,2	-32,3	-20,1
I10-I15 Hypertensjon	1,50	6,43	-0,14	1,51	-8,7	30,6	20,8
I20 Angina Pectoris	9,87	22,43	-0,85	-8,92	-8,0	-28,5	-23,2
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	13,95	9,01	2,59	1,15	22,9	14,7	19,5
I50 Hjertesvikt	1,69	17,96	0,28	1,74	19,8	10,7	11,4
I70 Aterosklerose	7,18	4,46	-0,77	-0,50	-9,7	-10,1	-9,9
<i>Totalt sirkulasjonsdiagnoser under ICD-10 kapittel I</i>	<i>34,19</i>	<i>60,30</i>	<i>1,10</i>	<i>-5,03</i>	<i>3,3</i>	<i>-7,7</i>	<i>-4,0</i>
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	5,18	23,98	-0,67	-2,40	-11,5	-9,1	-9,5
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	0,10	1,23	0,00	0,40	-0,4	47,4	42,1
L20-L30 Dermatitt og eksem	1,15	0,93	-0,06	-0,02	-5,2	-2,0	-3,7
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	2,43	0,33	0,30	-0,04	14,1	-10,1	10,5
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	12,26	3,87	-0,31	0,45	-2,5	13,0	0,9
M15-M19 Arthroser	26,30	1,48	2,61	-0,08	11,0	-5,3	10,0
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	5,09	2,46	1,29	0,18	33,8	7,9	24,1
N40 Prostata hyperplasi	8,31	1,03	1,73	-0,20	26,2	-16,5	19,5
Totalt	114,4	117,7	4,51	-6,73	4,1	-5,4	-0,9

Tabell 12: Antall heldøgnsopphold og dagopphold per 10 000 innbygger. Fordelt etter utvalgte kroniske hoveddiagnoser og innleggelsesmåte i 2001 og 2005. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Døgn- og dagopphold	2005	2005	Endring Rate		Prosent endring rate		
	Elektiv	Ø-hjelp	Elektiv	Ø-hjelp	Elektiv	Ø-hjelp	Totalt
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	2,22	0,97	0,17	0,15	8,3	17,9	11,2
E10-E14 Diabetes mellitus	9,56	8,44	2,01	-0,05	26,7	-0,6	12,2
G20 Parkinsons sykdom	2,61	1,12	1,57	0,19	151,1	20,1	89,2
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesyst	0,84	0,73	-0,34	-0,03	-28,9	-4,2	-19,2
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesyst	2,80	2,08	1,08	0,33	62,5	19,1	40,7
G40 Epilepsi	4,63	7,48	0,49	0,24	11,9	3,3	6,5
G80 CP	3,35	0,34	2,18	0,04	185,9	12,4	150,2
G81 Hemiplegi	0,10	0,07	-0,01	-0,23	-8,2	-76,7	-58,2
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,73	0,16	0,14	-0,04	23,0	-17,7	12,7
H25 Grå stær	44,17	0,26	-4,32	-0,31	-8,9	-54,1	-9,4
H40 Grønn stær	6,72	0,84	0,85	-0,25	14,4	-23,1	8,6
I10-I15 Hypertensjon	2,60	6,47	0,72	1,52	38,7	30,6	32,8
I20 Angina Pectoris	16,46	22,59	-4,57	-8,98	-21,7	-28,5	-25,8
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	21,16	9,08	6,44	1,18	43,8	14,9	33,6
I50 Hjertesvikt	2,90	18,05	1,19	1,77	69,7	10,9	16,5
I70 Aterosklerose	7,74	4,48	-0,46	-0,49	-5,6	-9,9	-7,2
<i>Totalt sirkulasjonsdiagnose under ICDk-10 apittel I</i>	<i>50,86</i>	<i>60,65</i>	<i>3,33</i>	<i>-5,01</i>	<i>7,0</i>	<i>-7,6</i>	<i>-1,5</i>
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	8,12	24,15	2,01	-2,38	33,0	-9,0	-1,1
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	0,16	1,23	0,05	0,39	50,3	45,7	46,2
L20-L30 Dermatitt og eksem	1,37	0,94	0,14	-0,02	11,7	-1,8	5,9
L40-L45 Paposkvamøse lidelser -psoriasis ol	3,56	0,33	1,38	-0,04	63,5	-10,7	52,7
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	16,81	3,97	3,49	0,53	26,2	15,3	24,0
M15-M19 Arthroser	35,09	1,53	5,58	-0,04	18,9	-2,8	17,8
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	6,81	2,52	2,41	0,23	54,7	9,9	39,3
N40 Prostata hyperplasi	8,99	1,04	2,03	-0,20	29,1	-16,4	22,2
Totalt	209,51	118,85	24,25	-6,52	13,1	-5,2	5,7

Tabell 13: Utvikling og endring i antall opphold/konsultasjoner pr pasient med utvalgte kroniske hoveddiagnoser. Sortert etter døgnopphold. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Utvalgte kroniske hoveddiagnoser	Døgn		Prs endring	Dag		prs endring	PKL		Prs endring
	2001	2005		2001	2005		2001	2005	
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	1,07	1,06	-0,8	1,30	1,80	38,9	1,67	1,65	-1,0
E10-E14 Diabetes mellitus	1,16	1,15	-1,0	1,67	1,91	13,9	2,44	2,37	-2,9
G20Parkinsons sykdom	1,25	1,40	12,2	1,50	3,45	130,1	1,52	1,53	0,4
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentralnervesystemet	1,08	1,06	-1,9	4,83	3,16	-34,6	1,55	1,43	-7,8
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentralnervesystemet	1,25	1,44	15,1	3,05	1,85	-39,3	1,63	1,71	4,6
G40 Epilepsi	1,30	1,28	-1,9	2,21	1,15	-47,8	1,55	1,49	-4,0
G80 CP	1,29	1,56	21,3	2,30	1,97	-14,3	1,58	1,83	15,9
G81Hemiplegi	1,06	1,12	5,5	4,67	1,36	-70,8	1,28	1,38	8,1
G82 Andre paralytiske sykdommer	1,32	1,69	28,2	2,31	2,28	-1,5	1,41	1,96	39,1
H25 Grå stær	1,15	1,17	1,6	1,26	1,38	9,3	1,93	1,61	-16,9
H40 Grønn stær	1,19	1,22	2,7	1,18	1,27	7,1	2,16	2,46	13,9
I10-I15 Hypertensjon	1,09	1,06	-2,4	1,63	1,80	10,7	1,54	1,48	-3,7
I20 Angina Pectoris	1,22	1,16	-4,6	1,66	1,23	-25,7	1,28	1,19	-6,7
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	1,21	1,16	-4,2	1,16	1,61	38,7	1,44	1,46	1,3
I50 Hjertesvikt	1,22	1,24	1,7	1,54	2,06	33,3	2,05	2,40	16,8
I70 Aterosklerose	1,36	1,33	-2,2	1,47	1,35	-8,3	1,65	1,63	-1,7
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	1,34	1,33	-0,7	1,33	3,47	161,4	1,49	1,46	-2,2
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	1,12	1,12	-0,2	1,00	3,38	237,5	1,16	1,26	8,5
L20-L30 Dermatitt og eksem	1,10	1,10	0,0	1,00	1,65	65,2	4,20	4,09	-2,5
L40-L45 Paposkvamøse lidelser -psoriasis ol	1,24	1,41	13,7	1,20	3,01	150,5	7,46	7,01	-6,1
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	1,39	1,42	1,9	1,14	2,49	118,7	2,17	2,02	-7,1
M15-M19 Arthroser	1,08	1,08	-0,4	1,02	1,05	2,4	1,32	1,33	1,0
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	1,46	1,53	5,1	3,12	2,89	-7,6	1,89	1,78	-5,9
N40 Prostata hyperplasi	1,09	1,08	-0,7	1,01	1,07	6,1	1,37	1,39	1,7
Total alle utvalgte kroniske hoveddiagnoser	1,22	1,22	-0,6	1,32	1,48	11,9	2,06	2,03	-1,2

Pasienttallet er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulike kroniske hoveddiagnoser telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Tabell 14: Median alder i år for opphold med utvalgte kroniske hoveddiagnosene, 2001 – 2005. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

	2005	2001	Endr
	Median	Median	Median
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	52	52	0
H25 Grå stær	78	79	-1
H40 Grønn stær	73	74	-1
I10-I15 Hypertensjon	64	64	0
I20 Angina Pectoris	68	68	0
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	66	65	1
I50 Hjertesvikt	80	80	0
I70 Aterosklerose	74	73	1
J40-J47Kroniske sykdommer i nedre luftveier	66	65	1
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	62	62	0
L20-L30 Dermatitt og eksem	45	26	19
E10-E14 Diabetes mellitus	53	55	-2
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	53	51	2
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	59	58	1
M15-M19 Arthroser	66	68	-2
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	58	58	0
N40 Prostata hyperplasi	73	74	-1
G20Parkinsons sykdom	70	72	-2
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	79	79	0
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	45	44	1
G40 Epilepsi	32	31	1
G80 CP	8	11	-3
G81Hemiplegi	34	58	-24
G82 Andre paralytiske sykdommer	39	43,5	-4,5
(N=)	152 376	140 535	

Tabell 15: Andelen opphold blant kvinner totalt og polikliniske konsultasjoner for utvalgte kroniske hoveddiagnoser 2001 – 2005, samt endring i perioden. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

	Opphold totalt			Polikliniske konsultasjoner		
	2001	2005	Prosentvis endring	2001	2005	Prosentvis endring
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	84,3	82,6	-2,0	84,6	84,0	-0,8
E10-E14 Diabetes mellitus	45,5	45,7	0,3	45,1	44,3	-1,8
G20 Parkinsons sykdom	45,9	46,5	1,3	46,5	43,8	-5,8
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	69,0	58,6	-15,1	63,8	61,3	-3,8
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	63,8	68,2	6,8	66,7	67,5	1,1
G40 Epilepsi	45,8	48,0	4,8	50,3	51,3	2,1
G80 CP	42,7	38,7	-9,4	43,5	44,0	1,1
G81 Hemiplegi	57,7	51,9	-10,1	49,5	44,0	-11,1
G82 Andre paralytiske sykdommer	43,9	41,5	-5,3	36,9	46,0	24,5
H25 Grå stær	66,4	63,8	-3,9	65,7	63,4	-3,6
H40 Grønn stær	56,4	56,4	0,1	55,6	54,4	-2,1
I10-I15 Hypertensjon	51,1	56,7	11,1	45,4	47,7	5,1
I20 Angina Pectoris	34,4	35,5	3,4	32,9	36,1	9,6
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	26,7	26,1	-2,2	24,0	24,3	1,5
I50 Hjertesvikt	46,9	46,2	-1,4	35,4	29,8	-15,7
I70 Aterosklerose	41,6	45,0	8,3	43,4	42,9	-1,2
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	50,2	50,6	0,8	44,7	44,8	0,3
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	35,1	35,7	1,5	27,4	27,8	1,4
L20-L30 Dermatitt og eksem	49,1	52,3	6,5	56,2	56,0	-0,3
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	53,2	52,4	-1,5	47,0	46,1	-1,9
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	68,3	68,4	0,1	68,9	68,4	-0,8
M15-M19 Arthroser	64,1	62,7	-2,1	65,1	64,8	-0,4
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	70,3	69,7	-0,8	76,3	76,7	0,5
N40 Prostata hyperplasi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-80,8
Totalt	49,5	49,6	0,2	51,3	50,4	-1,7

Tabell 16: Oversikt over prosentandeler planlagte opphold, ø-hjelpsopphold, døgnopphold, dagopphold, kirurgisk opphold, kirurgisk døgnopphold og kirurgisk dagopphold, 2001. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

2001	Pst. planlagt	Pst. ø-hjelp	Pst. døgn	Pst. dag	Pst. kir	Pst. kir. av døgn	Pst. kir. av dag
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	71	29	97	3	57	57	40
E10-E14 Diabetes mellitus	47	53	70	30	24	5	69
G20 Parkinsons sykdom	53	47	97	3	6	6	0
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	61	39	55	45	0	1	0
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	50	50	92	8	4	3	12
G40 Epilepsi	36	64	97	3	2	2	0
G80 CP	79	21	73	27	43	32	76
G81 Hemiplegi	27	73	93	7	5	5	7
G82 Andre paralytiske sykdommer	75	25	63	37	53	32	87
H25 Grå stær	99	1	15	85	99	94	100
H40 Grønn stær	84	16	37	63	84	64	96
I10-I15 Hypertensjon	27	73	96	4	3	3	2
I20 Angina Pectoris	40	60	80	20	23	28	2
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	65	35	85	15	34	39	8
I50 Hjertesvikt	10	90	98	2	2	2	1
I70 Aterosklerose	62	38	98	2	55	56	5
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	19	81	99	1	0	0	1
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	11	89	99	1	4	4	0
L20-L30 Dermatitt og eksem	56	44	99	1	1	1	33
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	86	14	98	2	13	11	88
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	79	21	95	5	25	23	67
M15-M19 Arthroser	95	5	81	19	86	85	90
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	66	34	91	9	11	12	7
N40 Prostata hyperplasi	85	15	95	5	84	83	91

Tabell 17: Oversikt over prosentandeler planlagte opphold, ø-hjelpsopphold, døgnopphold, dagopphold, kirurgisk opphold, kirurgisk døgnopphold og kirurgisk dagopphold, 2005. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

2005	Pst. plan- lagt	Pst. ø-hjelp	Pst. døgn	Pst. dag	Pst. kir	Pst. kir. av døgn	Pst. kir. av dag
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	70	30	95	5	58	60	3
E10-E14 Diabetes mellitus	53	47	60	40	24	3	56
G20 Parkinsons sykdom	70	30	77	23	5	6	0
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	53	47	62	38	1	1	0
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	57	43	91	9	2	2	2
G40 Epilepsi	38	62	97	3	2	3	0
G80 CP	91	9	54	46	12	20	1
G81 Hemiplegi	59	41	81	19	11	14	0
G82 Andre paralytiske sykdommer	82	18	84	16	16	18	3
H25 Grå stær	99	1	6	94	100	95	100
H40 Grønn stær	89	11	27	73	87	66	95
I10-I15 Hypertensjon	29	71	87	13	4	4	1
I20 Angina Pectoris	42	58	83	17	28	33	5
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	70	30	76	24	34	44	5
I50 Hjertesvikt	14	86	94	6	3	3	1
I70 Aterosklerose	63	37	95	5	64	65	29
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	25	75	90	10	0	0	0
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	11	89	96	4	1	1	0
L20-L30 Dermatitt og eksem	59	41	90	10	5	2	33
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	92	8	71	29	8	9	6
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	81	19	78	22	20	21	13
M15-M19 Arthroser	96	4	76	24	89	87	94
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	73	27	81	19	3	3	2
N40 Prostata hyperplasi	90	10	93	7	84	84	83

Tabell 18: Oversikt over endring 2001-2005 i prosentandeler planlagte opphold, ø-hjelpsopphold, døgnopphold, dagopphold, kirurgisk opphold, kirurgisk døgnopphold og kirurgisk dagopphold. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Endr 2001-05	Ø-hjelp endr	Døgn endr	Kirurgi endr	Døgn kir endr	Dag kir endr
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	2	-2	1	3	-37
E10-E14 Diabetes mellitus	-6	-10	0	-1	-13
G20 Parkinsons sykdom	-17	-20	-2	0	0
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	7	6	0	0	0
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	-8	-1	-3	-2	-10
G40 Epilepsi	-2	0	0	0	0
G80 CP	-11	-19	-32	-11	-75
G81 Hemiplegi	-32	-11	6	9	-7
G82 Andre paralytiske sykdommer	-7	21	-37	-14	-84
H25 Grå stær	-1	-9	1	1	0
H40 Grønn stær	-5	-10	4	2	0
I10-I15 Hypertensjon	-1	-9	1	1	-1
I20 Angina Pectoris	-2	3	5	5	4
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	-5	-9	0	5	-4
I50 Hjertesvikt	-4	-4	1	1	0
I70 Aterosklerose	-1	-3	9	9	24
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	-6	-8	0	0	-1
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	0	-3	-2	-2	0
L20-L30 Dermatitt og eksem	-3	-9	3	1	0
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	-6	-27	-5	-2	-82
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	-1	-18	-6	-2	-54
M15-M19 Arthroser	-1	-5	3	3	3
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	-7	-10	-8	-9	-4
N40 Prostata hyperplasi	-5	-2	1	1	-7

Tabell 19: Median og gjennomsnittlig liggetid for opphold ved heldøgnsavdelinger. 2005 og endring fra 2001. Somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten

	Median liggetid		Gjennomsnittlig liggetid		
	2005	Endring	2005	Endring	Pst endr
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	3	-1,0	4,2	-0,5	-11,2
E10-E14 Diabetes mellitus	3	-1,0	5,4	-0,6	-9,6
G20 Parkinsons sykdom	2	-4,0	4,7	-2,7	-36,4
G30-G32 Andre degen. sykd. i sentralnervesyst	5	0,0	8,6	0,6	7,1
G35-G37 Demyeliniserende sykd sent.nervesyst	2	-2,0	3,5	-2,0	-36,8
G40 Epilepsi	2	0,0	6,0	-0,7	-10,9
G80 CP	1	-1,0	2,6	-2,7	-51,4
G81 Hemiplegi	2	-1,0	4,6	-0,1	-2,9
G82 Andre paralytiske sykdommer	1	-2,0	3,4	-2,2	-40,1
H25 Grå stær	2	0,0	1,9	0,0	-2,0
H40 Grønn stær	3	-1,0	4,8	-1,1	-18,3
I10-I15 Hypertensjon	2	-1,0	3,3	-1,0	-22,5
I20 Angina Pectoris	2	-1,0	3,5	-0,6	-15,6
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	2	0,0	3,2	-0,6	-16,7
I50 Hjertesvikt	5	0,0	6,9	-0,5	-7,1
I70 Aterosklerose	2	-1,0	7,0	-0,4	-5,8
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	4	0,0	7,1	-0,4	-4,9
J60-J70 Lungesykdom som skyldes ytre stoffer	5	0,0	9,1	0,4	4,6
L20-L30 Dermatitt og eksem	6	-1,0	7,7	-0,2	-3,1
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser -psoriasis ol	5	-3,0	7,9	-2,8	-26,0
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	3	-2,0	4,8	-1,9	-27,7
M15-M19 Arthroser	8	-1,0	8,0	-1,5	-15,4
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	4	-1,0	5,6	-1,7	-22,9
N40 Prostata hyperplasi	3	-1,0	4,2	-0,7	-14,6

Tabell 20: Antall pasienter pr 1000 innbygger for henholdsvis dag- og døgnopphold etter boregion. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser i somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Boregion	Omsorgsnivå			Totalt
	Døgn	Dag	Både dag og døgn	
Øst	13,95	3,81	0,72	18,48
Sør	14,95	4,93	1,21	21,09
Vest	15,78	5,66	1,12	22,57
Midt Norge	16,66	4,30	2,08	23,04
Nord	17,75	6,35	1,18	25,29
Totalt	15,43	4,84	1,11	21,37
N=	71 055	22 300	5 098	98 453

Kilde: Pasientidentifiserbare data fra 2004.

Inkluderer kun opphold for pasienter registrert med gyldig bostedsadresse.

Når vi summerer døgn- og dagopphold blir pasienttallet 109 506, mens tallet for opphold totalt blir 106 106. Dette avviket skyldes at samme pasient kan ha både døgn- og dagopphold og blir telt med i begge disse kategoriene, men kun en gang i kategorien "samlet opphold".

Tabell 21: Antall pasienter pr 1000 innbygger for henholdsvis dag- og døgnopphold etter helseforetaksområde. 2004. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser i somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaksområde	Dag	Døgn	Både dag og døgn	Totalt
Østfold HF-område	15,54	4,72	0,71	20,96
Asker og Bærum HF-område	11,79	3,98	0,96	16,73
Hovedstads HF område	12,09	2,55	0,71	15,35
Innlandet HF-område	17,82	5,88	0,68	24,38
Ringerike HF-område	16,03	6,47	1,12	23,61
Buskerud HF-område	15,64	7,42	1,25	24,31
Blefjell HF-område	22,22	8,45	1,49	32,16
Vestfold HF-område	15,43	4,61	0,96	20,99
Telemark HF -område	20,77	8,77	1,15	30,69
Sørlandet HF-område	18,17	5,42	1,27	24,86
Stavanger HF-område	11,55	5,75	0,90	18,20
Fonna HF-område	17,99	4,29	1,48	23,77
Haukeland HF-område	13,73	4,66	1,44	19,83
Førde HF-område	24,09	4,54	0,87	29,50
Sunnmøre HF-område	15,27	6,99	1,05	23,31
Nordmøre HF-område	18,29	8,26	1,49	28,04
St. Olavs hosp. HF-område	14,76	4,54	1,02	20,32
Nord-Trøndelag HF-område	16,25	4,42	1,09	21,75
Helgeland HF-område	19,53	5,33	1,85	26,70
Nordland HF-omr	15,21	4,32	1,58	21,11
Hålogaland HF-område	17,89	2,23	2,01	22,13
UNN HF-område	13,15	4,20	2,14	19,49
Finmark HF-område	19,53	6,05	2,98	28,56
Totalt	15,43	4,84	1,11	21,37
N=	71 055	22 300	5 098	98 453

Kilde: Pasientidentifiserbare data fra 2004.

Inkluderer kun opphold for pasienter registrert med gyldig bostedsadresse.

Tabell 22: Prosentandeler for henholdsvis kun døgnbehandling, kun dagbehandling og både døgn- og dagbehandling etter helseforetaksområde. 2004. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser i somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

	Kun døgn	Kun dag	Både døgn og dag	Totalt
Østfold HF-område	74,1	22,5	3,4	100,0
Asker og Bærum HF-område	70,5	23,8	5,7	100,0
Hovedstads HF område	78,8	16,6	4,6	100,0
Innlandet HF-område	73,1	24,1	2,8	100,0
Ringerike HF-område	67,9	27,4	4,7	100,0
Buskerud HF-område	64,3	30,5	5,1	100,0
Blefjell HF-område	69,1	26,3	4,6	100,0
Vestfold HF-område	73,5	21,9	4,6	100,0
Telemark HF -område	67,7	28,6	3,7	100,0
Sørlandet HF-område	73,1	21,8	5,1	100,0
Stavanger HF-område	63,4	31,6	5,0	100,0
Fonna HF-område	75,7	18,1	6,2	100,0
Haukeland HF-område	69,2	23,5	7,3	100,0
Førde HF-område	81,7	15,4	2,9	100,0
Sunnmøre HF-område	65,5	30,0	4,5	100,0
Nordmøre HF-område	65,2	29,5	5,3	100,0
St. Olavs hosp. HF-område	72,6	22,3	5,0	100,0
Nord-Trøndelag HF-område	74,7	20,3	5,0	100,0
Helgeland HF-område	73,1	19,9	6,9	100,0
Nordland HF-omr	72,1	20,5	7,5	100,0
Hålogaland HF-område	80,9	10,1	9,1	100,0
UNN HF-område	67,5	21,6	11,0	100,0
Finmark HF-område	68,4	21,2	10,4	100,0
Norge	71,3	23,1	5,6	100,0
CV	0,07	0,22	0,38	

Kilde: Pasientidentifiserbare data fra 2004.

Inkluderer kun opphold for pasienter registrert med gyldig bostedsadresse.

Tabell 23: Andel pasienter med kun døgnopphold, kun dagopphold og begge typer opphold. Utvalgte kroniske hoveddiagnoser i somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten, 2004.

	Kun døgn	Kun dag	Både dag og døgn	Totalt	(N)
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	97,3	1,3	1,3	100	1 356
E10-E14 Diabetes mellitus	73,3	20,1	6,7	100	5 710
G20 Parkinsons sykdom	84,3	6,4	9,3	100	847
G30-G32 Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet	80,8	15,5	3,7	100	516
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet	91,9	4,7	3,4	100	1 361
G40 Epilepsi	96,1	1,6	2,4	100	3 867
G80 CP	48,1	32,8	19,1	100	780
G81 Hemiplegi	78,0	16,5	5,5	100	91
G82 Andre paralytiske sykdommer	68,9	11,8	19,3	100	228
H25 Grå stær	7,1	85,8	7,1	100	15 189
H40 Grønn stær	23,6	64,0	12,4	100	2 513
I0-I15 Hypertensjon	91,0	4,8	4,2	100	3 435
I20 Angina Pectoris	74,8	7,9	17,3	100	12 557
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	79,3	8,3	12,4	100	8 817
I50 Hjertesvikt	93,4	1,4	5,1	100	7 390
I70 Aterosklerose	95,1	0,7	4,1	100	4 244
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	94,8	2,3	2,8	100	9 642
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	96,6	1,5	1,9	100	523
L20-L30 Dermatitt og eksem	92,8	5,8	1,3	100	889
L40-L45 Papulovkavmøse lidelser – psoriasis ol	86,7	9,9	3,3	100	987
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	84,5	10,1	5,5	100	5 993
M15-M19 Arthroser	75,4	21,5	3,1	100	13 440
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	87,7	5,2	7,1	100	2 159
N40 Prostata hyperplasi	92,5	4,7	2,8	100	3 773
					106 307

Kilde: Pasientidentifiserbare data fra 2004.

Pasienttallet er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulik kronisk hoveddiagnose telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Tabell 24: Antall hjertediagnoser for pasienter i somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten, 2004.

Antall utvalgte kroniske hoveddiagnoser i ICD kategori I Hjertesykdommer	Kun døgn	Kun dag	Begge typer	Totalt
1	85,4	6,8	7,8	100
2	75,7	0,2	24,1	100
3	77,1	0,0	22,9	100
4	77,8	0,0	22,2	100
5	100,0	0,0	0,0	100
Totalt	84,4	6,1	9,5	100

Kilde: Pasientidentifiserbare data fra 2004.

Pasienttall grunnlaget er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulik kronisk hoveddiagnose telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Tabell 25: Antall pasienter pr 10 000 innbygger for utvalgte kroniske hoveddiagnoser etter boregion. Totalt dag- og døgn opphold 2004.

Boregion	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt	(n)
Utvalgte kroniske diagnoser							
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	2,81	3,88	2,51	2,80	2,72	2,95	1 357
E10-E14 Diabetes mellitus	8,23	16,05	13,80	13,27	15,76	12,36	5 694
G20Parkinsons sykdom	1,78	2,02	1,85	1,73	1,79	1,84	846
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentralnervesyst	1,35	1,35	0,62	1,02	1,02	1,12	517
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentralnervesyst	2,30	3,84	2,82	3,47	3,13	2,95	1 360
G40 Epilepsi	7,31	8,80	8,88	8,44	9,88	8,34	3 842
G80 CP	1,36	1,93	1,89	2,06	1,47	1,69	778
G81Hemiplegi	0,17	0,21	0,27	0,17	0,15	0,20	91
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,39	0,59	0,73	0,31	0,48	0,49	228
H25 Grå stær	24,73	42,53	36,24	42,23	24,30	32,97	15 186
H40 Grønn stær	4,68	8,35	3,85	6,38	4,65	5,46	2 514
10-I15 Hypertensjon	5,82	11,07	6,18	7,19	8,93	7,42	3 417
I20 Angina Pectoris	19,75	19,25	33,88	34,92	44,27	27,15	12 507
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	24,26	29,19	11,11	11,15	8,71	19,11	8 804
I50 Hjertesvikt	15,22	21,89	13,80	13,33	15,69	16,01	7 374
I70 Aterosklerose	8,58	11,89	8,77	8,53	8,17	9,22	4 245
J40-J47Kroniske sykdommer i nedre luftveier	20,23	22,62	19,61	22,46	20,27	20,88	9 620
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	0,88	1,36	1,11	1,36	0,89	1,09	501
L20-L30 Dermatitt og eksem	1,43	1,44	2,26	2,32	3,44	1,93	889
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser – psoriasis og lignende	1,32	3,02	1,87	2,26	3,78	2,14	986
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	11,23	16,22	14,16	10,59	13,94	12,99	5 982
M15-M19 Arthroser	26,74	31,93	25,70	31,89	35,84	29,17	13 437
M30-M36 Systemiske bindevvssykdommer	3,71	5,44	5,39	4,09	6,12	4,68	2 158
N40 Prostata hyperplasi	6,03	9,95	8,72	9,28	9,92	8,19	3 773
Totalt	200,31	274,83	225,99	241,27	245,31	230,35	106 106
(N=)	33 135	24 608	21 435	15 579	11 349	106 106	

Inkluderer kun opphold for pasienter registrert med gyldig bostedsadresse.

Pasienttallet er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulik kronisk hoveddiagnose telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Tabell 26: Pasientrater pr 10 000 innbygger for dag og døgn opphold i de utvalgte kroniske hoveddiagnoser etter foretaksområde. Institusjoner i den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004.

HF-område	Østfold	Asker og Bærum	Hovedstads-området	Innlandet	Ringerike	Buskerud	Blefnell	Vestfold	Totalt alle HF
Utvalgte kroniske diagnoser									
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	2,09	4,76	2,51	3,16	2,50	4,27	6,10	3,13	2,95
E10-E14 Diabetes mellitus	5,70	8,68	7,44	11,47	12,06	15,10	18,08	17,08	12,36
G20 Parkinsons sykdom	1,40	2,19	1,86	1,72	2,06	1,66	2,68	1,54	1,84
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentr nervesyst	0,58	2,38	1,67	0,77	0,44	0,63	0,86	0,54	1,12
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentr nervesyst	2,75	2,89	1,92	2,59	1,91	2,61	5,24	3,26	2,95
G40 Epilepsi	8,03	6,88	6,71	8,34	7,35	10,75	10,06	6,75	8,34
G80 CP	1,75	2,19	1,06	1,44	2,06	2,69	2,57	1,86	1,69
G81 Hemiplegi	0,27	0,19	0,13	0,18	0,29	0,08	0,64	0,14	0,20
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,31	0,58	0,32	0,51	0,15	0,24	0,96	0,45	0,49
H25 Grå stær	35,44	14,92	13,16	46,82	28,38	39,14	73,30	22,74	32,97
H40 Grønn stær	5,70	3,66	2,71	8,70	6,76	8,86	14,23	5,53	5,46
10-I15 Hypertensjon	4,42	5,66	5,56	7,39	5,44	11,78	11,24	8,97	7,42
I20 Angina Pectoris	30,13	15,94	15,98	22,64	16,17	25,78	26,11	19,80	27,15
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	31,88	15,43	19,91	32,24	11,91	33,21	30,60	21,52	19,11
I50 Hjertesvikt	16,13	13,89	13,83	18,20	12,65	22,69	29,21	16,67	16,01
I70 Aterosklerose	11,71	6,49	7,14	10,47	8,53	12,33	9,52	12,05	9,22
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	23,85	12,79	18,28	25,08	16,47	24,35	25,79	15,81	20,88
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	1,55	0,39	0,79	0,82	0,88	1,42	2,14	1,68	1,09
L20-L30 Dermatitt og eksem	0,97	1,61	1,42	1,69	0,59	2,06	1,93	1,13	1,93
L40-L45 Papuloskvamøse lidelser – psoriasis og lignende	0,89	1,16	1,67	0,90	2,65	4,51	3,21	3,31	2,14
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	12,91	12,02	10,48	11,45	14,70	17,39	23,65	15,99	12,99
M15-M19 Arthroser	21,99	33,04	23,97	33,42	31,47	35,74	44,62	33,34	29,17
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	3,61	3,47	3,70	3,88	4,85	5,93	8,45	4,44	4,68
N40 Prostata hyperplasi	6,55	8,61	3,68	9,78	8,53	8,22	13,59	9,79	8,19
Alle	230,62	179,82	165,88	263,67	198,79	291,44	364,79	227,51	230,35
(N)	5 947	2 797	14 119	10 272	1 352	3 686	3 409	5 022	106 109

Forts tabell 26 Pasientrater pr 10 000 innbygger for dag og døgn opphold i de utvalgte kroniske hoveddiagnoser etter foretaksområde. Institusjoner i den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004.

HF-område	Telemark	Sørlandet	Stavanger	Fonna	Haukeland	Førde	Sunnmøre	Nordmøre	Totalt alle HF
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	6,48	2,68	1,72	3,23	2,57	3,36	3,51	2,54	2,95
E10-E14 Diabetes mellitus	14,44	16,69	10,07	14,82	14,50	20,09	15,27	20,74	12,36
G20Parkinsons sykdom	1,64	2,53	1,21	2,13	1,71	3,64	1,25	2,89	1,84
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentr nervesyst	0,33	3,25	0,64	0,55	0,58	0,84	0,55	1,31	1,12
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentr nervesyst	6,48	3,70	2,26	2,01	3,28	3,92	2,88	4,03	2,95
G40 Epilepsi	6,89	10,38	8,12	9,33	8,90	10,18	10,36	8,40	8,34
G80 CP	1,40	1,62	2,32	1,59	1,84	1,31	0,86	1,49	1,69
G81Hemiplegi	0,57	0,30	0,13	0,67	0,08	0,19	0,23	0,18	0,20
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,66	0,83	1,08	0,67	0,55	0,47	0,23	0,70	0,49
H25 Grå stær	78,95	36,66	45,75	28,00	25,66	60,08	61,48	72,65	32,97
H40 Grønn stær	10,59	7,78	3,00	4,03	4,15	4,86	6,00	5,78	5,46
I0-I15 Hypertensjon	8,62	14,99	5,26	8,05	4,44	12,05	6,86	12,25	7,42
I20 Angina Pectoris	21,99	12,80	26,48	46,66	34,41	32,89	39,12	37,46	27,15
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	25,93	39,15	11,19	14,82	3,39	32,70	11,14	14,53	19,11
I50 Hjertesvikt	22,98	25,14	8,79	17,93	14,42	19,25	12,78	18,47	16,01
I70 Aterosklerose	11,41	13,48	7,58	9,58	8,93	10,28	7,71	10,85	9,22
J40-J47Kroniske sykdommer i nedre luftveier	26,92	25,94	16,64	20,86	20,54	22,61	23,61	24,60	20,88
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	1,89	0,68	0,88	1,04	0,79	2,99	2,42	2,45	1,09
L20-L30 Dermatitt og eksem	0,41	1,93	2,06	2,13	2,50	2,15	0,62	2,89	1,93
L40-L45 Papuløsquamøse lidelser –psoriasis og lignende	3,12	2,04	1,35	2,32	2,13	1,68	1,48	2,36	2,14
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	20,85	11,48	10,61	20,01	15,45	10,46	11,14	10,85	12,99
M15-M19 Arthroser	30,04	25,45	17,96	26,53	26,08	44,57	19,71	31,25	29,17
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	6,07	4,83	4,92	7,81	4,94	4,58	4,21	5,60	4,68
N40 Prostata hyperplasi	10,51	9,74	5,73	14,27	6,88	15,04	6,39	10,42	8,19
Alle	319,17	274,06	195,74	259,06	208,73	320,18	249,81	304,69	230,35
(N)	3 889	7 259	5 810	4 247	7 946	3 427	3 206	3 481	106 109

Forts tabell 26 Pasienttrater pr 10 000 innbygger for dag og døgn opphold i de utvalgte kroniske hoveddiagnoser etter foretaksområde. Institusjoner i den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004.

HF-område	St. Olavs hosp.	Nord-Trøndelag	Helgeland	Nordland	Hålogaland	UNN	Finmark	Totalt alle HF
E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	2,63	2,70	2,55	2,56	1,96	2,48	4,52	2,95
E10-E14 Diabetes mellitus	9,94	11,74	25,16	14,34	16,64	8,47	18,06	12,36
G20 Parkinsons sykdom	1,06	2,63	1,79	1,84	1,65	2,22	1,23	1,84
G30-G32 Andre degenerative sykd i sentr nervesyst	1,06	1,16	1,15	0,82	0,93	1,20	0,96	1,12
G35-G37 Demyeliniserende sykd i sentr nervesyst	3,62	3,24	2,30	2,77	3,51	3,85	2,87	2,95
G40 Epilepsi	7,27	9,04	10,98	9,63	9,10	9,58	10,67	8,34
G80 CP	2,70	2,39	1,66	1,13	1,24	1,28	2,33	1,69
G81 Hemiplegi	0,15	0,15	0,13	0,10	0,21	0,09	0,00	0,20
G82 Andre paralytiske sykdommer	0,26	0,15	0,38	0,20	0,83	0,43	0,55	0,49
H25 Grå stær	28,58	25,17	31,29	22,94	5,06	27,72	38,59	32,97
H40 Grønn stær	7,20	5,56	3,83	5,12	3,31	2,91	9,44	5,46
I0-I15 Hypertensjon	5,96	5,64	21,20	6,04	7,44	2,91	11,22	7,42
I20 Angina Pectoris	33,84	30,81	42,15	37,49	46,20	40,55	58,98	27,15
I25 Kronisk Iscemisk hjertesykdom	8,73	13,28	11,11	9,32	8,99	5,13	10,67	19,11
I50 Hjertesvikt	11,29	13,67	16,73	15,77	20,67	10,27	16,56	16,01
I70 Aterosklerose	7,38	9,73	10,60	12,70	10,23	3,51	4,24	9,22
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	19,81	25,02	19,41	15,47	23,36	17,03	28,74	20,88
J60-J70 Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	0,62	0,93	0,89	1,13	0,93	0,34	1,37	1,09
L20-L30 Dermatitt og eksem	2,96	2,16	2,68	2,05	2,79	3,42	6,98	1,93
L40-L45 Papuløsquamøse lidelser –psoriasis og lignende	2,85	1,70	3,45	2,77	3,93	4,62	3,97	2,14
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	11,26	8,42	11,37	13,32	14,06	13,77	17,65	12,99
M15-M19 Arthroser	34,68	38,61	44,44	32,98	35,76	28,15	42,83	29,17
M30-M36 Systemiske bindevevssykdommer	3,51	3,86	8,17	6,35	6,93	5,30	3,83	4,68
N40 Prostata hyperplasi	8,30	13,21	14,69	9,32	10,65	7,02	9,31	8,19
Alle	215,67	230,97	288,12	226,15	236,38	202,26	305,58	230,35
(N)	5 901	2 991	2 256	2 208	2 287	2 364	2 233	106 109

Inkluderer kun opphold for pasienter registrert med gyldig bostedsadresse.

Pasienttallet er beregnet for hver enkelt diagnose, slik at dersom en pasient er registrert med flere opphold med ulike kroniske hoveddiagnoser telles vedkommende som pasient i flere diagnoser.

Vedlegg 2 - Pasiententydige data for 2004

Kompletthet i fil med pasienttydige data for 2004

I 2004 var det samlet i alt 1 304 761 opphold (døgnopphold og dagbehandlinger) på somatiske sykehus. Til prosjektet som samlet inn pasienttydige data ble det fra sykehusene rapportert inn i alt 1 259 028 opphold, hvor en kan følge pasientene mellom sykehus. Dette tilsier at dataene er komplette for 96,5 prosent av aktiviteten totalt. De innsendte pasientdataene er derfor tilnærmet komplett. For 2004 kan kvaliteten på de innsendte dataene grupperes i henhold til følgende punkter, med fokus på det som ikke er komplett:

- A. Sykehus og institusjoner som har rapportert alle opphold og behandlinger, men hvor det ikke er fullstendig treff på koblingsnøkkel for alle pasienter
 - Bærum sykehus – 10 prosent av oppholdene har ikke personnummer
 - Spesialsykehuset for rehabilitering - 26 prosent av oppholdene har ikke personnummer
 - Odda sjukehus - 22 prosent av oppholdene har ikke personnummer
 - Helgelandssykehuset, Rana - 22 prosent av oppholdene har ikke personnummer
 - Drammen private sykehus - 15 prosent av oppholdene har ikke personnummer
 - Colosseumklinikken, Oslo - 13 prosent av oppholdene har ikke personnummer

- B. Sykehus og institusjoner som ikke har rapportert alle opphold eller behandlinger, og som derfor ikke er helt komplett
 - Lovisenberg diakonale sykehus – 63 prosent av oppholdene mangler
 - Rehabiliteringstjenesten i Rogaland – 78 prosent av oppholdene mangler

- C. Sykehus og institusjoner som ikke har rapportert NPR-uttrekk/koblingsnøkkel
 - Ski sykehus
 - Hjertesenteret i Oslo
 - Geilomo barnesykehus

Vi har ikke innhentet data fra landets fødestuer. Noen av disse har levert likevel. I tillegg er det noen mindre private sykehus som ikke har levert data. En oversikt over hvilke institusjoner som har levert data fremgår av tabellen nedenfor.

Antall opphold innrapportert som grunnlag for ordinær pasientfil 2004 og pasientenydig datafil og avvik i antall opphold per institusjon

	Opphold ordinær pasientfil 2004	Opphold pasientenydig fil 2004	Avvik
Sykehuset Østfold HF			
Sykehuset Østfold, Halden	460	460	0
Sykehuset Østfold, Askim	61	61	0
Sykehuset Østfold, Moss	11 007	11 007	0
Sykehuset Østfold, Fredrikstad	46 857	46 863	-6
Sykehuset Asker og Bærum HF			
Sykehuset Asker og Bærum	24 442	24 440	2
Akershus universitetssykehus HF			
Akershus universitetssykehus	56 833	56 834	-1
Ullevål universitetssykehus HF			
Ullevål universitetssykehus	78 995	79 005	-10
Aker universitetssykehus HF			
Aker universitetssykehus	28 924	28 856	68
Ski sykehus	Ikke med		
Sykehuset Innlandet HF			
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	23 985	23 997	-12
Sykehuset Innlandet, Elverum - Hamar	34 076	34 210	-134
Sykehuset Innlandet, Kongsvinger	10 307	10 317	-10
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	17 325	17 329	-4
Sykehuset Innlandet, Tynset	3 654	3 655	-1
Granheim lungesenter	512	512	0
Valdres Fødestogo	74		74
Lom helseheim	15		15
Sunnaas sykehus HF			
Sunnaas sykehus	3 033	3 034	-1

	Opphold ordinær pasientfil 2004	Opphold pasienttydig fil 2004	Avvik
Avtaleinstitusjoner med Helse Øst RHF			
Revmatismesykehuset	1 643	1 639	4
Martina Hansens hospital	5 349	5 349	0
Diakonhjemmets sykehus	11 229	11 229	0
Lovisenberg diakonale sykehus	16 194	10 241	5 953
Ringerike sykehus HF			
Ringerike sykehus	12 262	12 262	0
Hallingdal sjukestugu	1 173	1 173	0
Sykehuset Buskerud HF			
Sykehuset Buskerud	36 101	36 101	0
Blefjell sykehus HF			
Blefjell sykehus, Kongsberg	9 099	9 100	-1
Blefjell sykehus, Rjukan	2 499	2 499	0
Blefjell sh, Notodden	4 818	4 817	1
Tinn fødestue	159	160	-1
Sykehuset i Vestfold HF			
Sykehuset i Vestfold, Larvik	7 430	7 430	0
Sykehuset i Vestfold, Sandefjord	4 079	4 079	0
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	36 965	36 980	-15
Sykehuset i Vestfold, Horten	44	44	0
Sykehuset Telemark HF			
Sykehuset Telemark	39 168	38 870	298
Sykehuset Telemark, Kragerø	4 605	4 605	0
Betanien hospital	6 336	6 336	0
Sørlandet sykehus HF			
Sørlandet sykehus, Mandal	1 438	1 438	0
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	7 379	7 379	0
Sørlandet sykehus, Arendal	26 643	26 637	6
Sørlandet sykehus, Kristiansand	36 000	36 003	-3

	Opphold ordinær pasientfil 2004	Opphold pasienttydig fil 2004	Avvik
Rikshospitalet HF			
Rikshospitalet	56 399	56 702	-303
Hjertesenteret i Oslo	3 246		3246
Spesialsykehuset for rehabilitering	15 995	15 995	0
Spesialsykehuset for epilepsi	1 375	1 375	0
Voksentoppen senter for allergi og astma	556	557	-1
Geilomo barnesykehus	294		294
Det norske radiumhospital HF			
Helse Stavanger HF			0
Stavanger universitetssjukehus	64 840	64 842	-2
Rehabiliteringstjenesten i Rogaland	3 127	2 451	676
Helse Fonna HF			
Haugesund sjukehus	24 486	24 522	-36
Stord sjukehus	9 143	9 143	0
Odda sjukehus	3 097	3 097	0
Helse Bergen HF			
Haukeland universitetssykehus	83 892	83 881	18
Kysthospitalet i Hagevik	2 056	2 047	9
Voss sjukehus	11 102	0	
Helse Førde HF			
Førde sentralsjukehus	18 944	18 943	1
Lærdal sjukehus	3 895	3 895	0
Nordfjord sjukehus	4 599	4 598	1
Avtaleinstitusjoner med Helse Vest RHF			
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	1 877	1 877	0
Haraldsplass Diakonale sykehus	13 952	13 952	0
Hospitalet Betanien	831		831

	Opphold ordinær pasientfil 2004	Opphold pasienttydig fil 2004	Avvik
Helse Sunnmøre HF			
Ålesund sjukehus	27 557	27 571	-14
Volda sjukehus	6 765	6 897	-132
Nevrohjemmet rehabiliteringssenter	188	188	0
Mork rehabiliteringssenter	219	219	0
Helse Nordmøre og Romsdal HF			
Molde sjukehus	15 922	15 997	-75
Kristiansund sykehus	9 567	9 633	-66
St. Olavs Hospital HF			
St. Olavs hospital	73 361	73 419	-58
Orkdal sanitetsforenings sykehus	9 687	9 688	-1
Ørland fødestue	219		219
Helse Nord Trøndelag HF			
Sykehuset Namsos	10 746	10 941	-195
Sykehuset Levanger	18 376	18 374	2
Helgelandssykehuset HF			
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	6 464	6 475	-11
Helgelandssykehuset, Mosjøen	4 685	4 683	2
Helgelandssykehuset, Rana	6 846	6 858	-12
Brønnøy fødestue	280	281	-1
Nordlandssykehuset HF			
Nordlandssykehuset, Bodø	25 530	25 529	1
Nordlandssykehuset, Lofoten	5 162	5 185	-23
Steigen fødestue	12		12
Hålogalandssykehuset HF			
Hålogalandssykehuset, Narvik	6 251	6 253	-2
Hålogalandssykehuset, Stokmarknes	6 346	6 346	0
Hålogalandssykehuset, Harstad	10 952	10 952	0

	Opphold ordinær pasientfil 2004	Opphold pasienttydig fil 2004	Avvik
Universitetssykehuset i Nord Norge HF			
Universitetssykehuset i Nord-Norge	45 546	45 557	-11
Helsesenteret Sonjatun	147		147
Fødestua i Midt-Troms	323		323
Helse Finnmark HF			
Helse Finnmark, Hammerfest	9 853	9 856	-3
Helse Finnmark, Kirkenes	6 149	6 149	0
Alta helsesenter	301		301
Private sykehus			
Omniasykehuset	8 565	8 699	-134
Feiringklinikken	5 356	5 357	-1
Drammen priv sh	4 298	2 845	1 453
Volvat medisinske senter	2 150	2 150	0
Glittreklinikken	1 105	1 061	44
Colosseumklinikken, Stavanger	1 302	1 307	-5
Colosseumklinikken, Oslo	1 100	1 098	2
Bergen kirurgiske sykehus	1 088	1 088	0
Tr.heim spes.legesenter	1 694		
Haugesund private sh	779		
Norsk idretts.med inst.	290		
Medi 3, Ålesund	2 979		
Idrettsklinikken	418		
Medi 3, Molde	657		
Mjøs-kirurgene	1 060		
Axess sykehus og spes.klinikk	2 193		
Ringvoll klinikken	2 724		
Klinikk Stokkan, Tr.heim	3 191		
Klinikk Stokkan Tromsø	121		
Moxness klinikken	2 142		
Vestfjordklinikken	57		

