



SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07



7 Pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser i spesialisthelsetjenesten i perioden 2002-2006

Heidi Jensberg

7.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi se nærmere på aktivitetsutviklingen blant pasienter med kroniske sykdommer. Pasienter med kroniske sykdommer ble fremhevet som en prioritert pasientgruppe av det andre Lønningsutvalget (NOU 1997:18)⁵⁰, i sykehusreformens formelle dokumenter (Ot. prp. 66 (2000-2001))⁵¹, og i de årlige styringsdokumentene fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene⁵².

En analyse av pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser ved somatiske sykehus i perioden 2001-2005 (Jensberg m.fl. 2006) viste at disse pasientene ikke har hatt en like sterk aktivitetsvekst i form av opphold og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten som andre pasienter. Rapporten antyder at dette ikke innebærer en tydelig prioritering generelt sett. Samtidig viste gjennomgangen av de enkelte diagnosegruppene at det ikke var grunnlag for å konkludere med at tilbudet av spesialisthelsetjenester har forverret seg. Ventetidene har i hovedsak blitt kortere og den registrerte aktiviteten har økt.

Rapporten fokuserte ikke på kronisk syke pasienters øvrige sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner, dvs. kontakter registrert med andre hoveddiagnoser. Resultatene i rapporten gir med andre ord et avgrenset bilde av denne pasientgruppens forbruk av spesialisthelsetjenester. Aktivitetsveksten for denne pasientgruppen vil trolig være større dersom vi inkluderer all bruk av sykehustjenester.

Vi skal i dette kapitlet fokusere på tre problemstillinger:

- 1) Har det vært en lavere aktivitetsvekst blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser enn øvrige pasienter i perioden 2002-2006?
- 2) Hvordan ser aktivitetsveksten ut når vi inkluderer øvrige opphold blant kroniske pasienter, altså opphold med andre hoveddiagnoser?
- 3) Er det forskjeller i forbruket av spesialisthelsetjenester blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser mellom regionene?

⁵⁰ Se punkt 11.5 om De svakeste gruppene – hva kan gjøres og underpunkt 11.5.1 om Særskilte tiltak for pasienter med kronisk sammensatte lidelser: "Utvalget finner det riktig å påpeke at den offentlige helsetjenesten har et særlig ansvar for de kronisk syke"

⁵¹ Se punkt 2.2.4 om utfordringer i sykdomspanorama og 2.7.2 om utvalgte områder for satsning fremover

⁵² Se for eksempel punkt 2.2 under bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2006.

7.2 Hvem inngår i definisjonen kronikere i dette kapittelet?

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.

Både Karstensen (2001), Kalseth (2005) og Jensberg m.fl. (2006) 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 avgrensning av kroniske sykdommer i dette kapittelet. Denne avgrensningen representerer et utvalg av kroniske sykdommer og det kan diskuteres i hvilken grad denne avgrensningen 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.

En oversikt over hvilke hoveddiagnoser som inngår samt antallet pasienter (estimert ved hjelp å aggregere opphold etter institusjon og pasientnummer) i hver diagnosegruppe i 2006, samt endring siden 2002, er gitt i tabell 7.1. Gruppen er svært heterogen ved at både lidelsens karakter, pasientenes funksjonsnivå og behovet for spesialisthelsetjenester varierer betydelig. noen av sykdommene er i stor grad alders- og kjønnsrelaterte, mens andre ikke er det (Jensberg m.fl. 2006).

De tre største pasientgruppene er "Arthroser" (leddlidelser), "Kroniske sykdommer i nedre luftveier" (blant annet bronkitt, astma og KOLS) og "Diabetes mellitus". Til sammen utgjør disse tre gruppene ca. 126 000⁵³ eller nærmere 34 prosent av alle pasientene som var til behandling eller konsultasjon for en eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene i 2006.

Det har vært en økning i pasienttallet som har vært til behandling for alle gruppene, bortsett fra "Andre degenerative sykdommer i sentralnervesystemet", "Grå stær", "Grønn stær" og "Angina Pectoris"⁵⁴ som har hatt en nedgang i antall behandlede pasienter. For en grundigere presentasjon av de ulike pasientgruppene henvises til Jensberg m.fl. (2006).

⁵³ Har en pasient vært til behandling for flere kroniske hoveddiagnoser vil vedkommende telles som en ny pasient for hver ny hoveddiagnose.

⁵⁴ Nedgangen i "Angina Pectoris" bør sees i sammenheng med utviklingen for pasienter med andre hoveddiagnoser relatert til sirkulasjonssystemet, da spesielt diagnosen "Kronisk Iskemisk hjertesykdom" ettersom diagnosesetting kan variere med behandlingssituasjonen, sykdomsforløpet, og eventuelt endringer i registreringspraksis.

Tabell 7.1 Oversikt over de utvalgte kroniske hoveddiagnoser som inngår i dette kapittelet, antall⁵⁵ pasienter i hver kategori i 2006 og endring i prosent fra 2002 til 2006.

Hoveddiagnose	Gruppe	ICD-10	2006	Endring i prosent fra 2002 til 2006
Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	Metaboli	E00-E07	10 067	7,7
Diabetes mellitus	Metaboli	E10-E14	38 742	27,4
Parkinsons sykdom	Nervesystemet	G20	4 884	17,3
Andre degenerative sykd. i sentralnervesyst.	Nervesystemet	G30-G32	1 920	-20,3
Demyeliniserende sykd. i sentralnervesystemet	Nervesystemet	G35-G37	5 683	29,9
Epilepsi	Nervesystemet	G40	18 336	11,3
CP	Nervesystemet	G80	2 555	37,0
Hemiplegi	Nervesystemet	G81	213	10,9
Andre paralytiske sykdom.	Nervesystemet	G82	546	24,7
Grå stær	Øye	H25	18 047	-18,8
Grønn stær	Øye	H40	11 532	-5,3
Hypertensjon	Hjerte/kar	I10-I15	18 571	21,6
Angina Pectoris	Hjerte/kar	I20	23 198	-15,1
Kronisk Iscemisk hjertesykdommer	Hjerte/kar	I25	26 233	11,8
Hjertesvikt	Hjerte/kar	I50	12 323	16,0
Aterosklerose	Hjerte/kar	I70	11 914	2,7
Kroniske sykdommer i nedre luftveier	Lunge	J40-J47	43 828	8,3
Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer	Lunge	J60-J70	971	13,3
Dermatitt og eksem	Hud	L20-L30	16 634	10,1
Papuloskvamøse lidelser - psoriasis ol	Hud	L40-L45	13 180	22,8
Inflammatoriske leddlidelser	Muskel/skjellet	M05-M14	26 078	15,4
Arthroser	Muskel/skjellet	M15-M19	43 265	17,4
Systemiske bindevevssykdommer	Muskel/skjellet	M30-M36	11 058	21,9
Prostata hyperplasi	Urinveier	N40	14 547	24,3
Sum alle			374 325 ⁵⁶	10,2

⁵⁵ En person telles som en ny pasient for hver kroniske hoveddiagnose vedkommende er registrert med dersom det er flere enn en. En pasient som har flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene telles med andre ord som en ny pasient for hver av disse. En pasient med slike opphold på flere ulike institusjoner vil telles som en ny pasient for hver ny institusjon vedkommende har vært i kontakt med. Dette medfører at pasienttallene må betraktes som estimater og trolig er noe høyere enn i virkeligheten.

⁵⁶ Jmfør fotnoten over vil denne summen ikke være lik totalsum for pasienter i den videre presentasjonen, siden den videre presentasjonen vil en pasient kun telles en gang uavhengig hvor mange av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene vedkommende er registrert med.

7.3 Datagrunnlaget og måleproblemer i datagrunnlaget

Datagrunnlaget består av pasientdata fra NPR for årene 2002, 2004 og 2006. Disse data er tilpasset og gjort sammenlignbare med utgangspunkt i situasjonen for 2006. Dette gir oss anledning til å se på endringer i aktivitet og bruk av den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten for ulike pasientgrupper i et 5-årsperspektiv.

Pasientdata fra NPR består av en fil med opplysninger om døgn- og dagopphold, og en fil med opplysninger om polikliniske konsultasjoner, heretter kalt "kontakter" når de omtales samlet. 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 aktuelle kroniske diagnoser innenfor hele den somatiske helsetjenesten.

Problemstillingene vi skal belyse her er i utgangspunkt 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 noe om en pasientgruppes totale bruk av helsetjenester hadde det vært ønskelig med data som omfattet hele helsetjenesten, også primærhelsetjenesten, opptreningsinstitusjoner 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 kalenderår.

Det vil med andre ord være vanskelig å trekke noen endelige konklusjoner om prioritering med dette datagrunnlaget. Det vi kan si noe om er tilgjengelighet til sykehustjenester i form av opphold og polikliniske konsultasjoner, og om det er flere eller færre pasienter som drar nytte av dette tilbudet.

I presentasjonen har vi hovedsakelig valgt å bruke pasient som mål på tilgjengelighet. 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 antall pasient ved å aggregere oppholdsdata etter institusjon, pasientnummer og opphold med en eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene, eller ikke. Antallet pasienter beregnet på denne måten tar ikke 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. 11 prosent av alle pasientene ved norske sykehus (Jørgenvåg & Jensberg 2006).

Med andre ord står vi i fare for å overestimere antallet pasienter noe. Den viktigste årsaken til at vi likevel velger å bruke pasient som enhet er at det etter vår oppfatning gir det beste bilde vi kan få per i dag, av hvorvidt en øking i aktiviteten ved sykehusene indikerer at flere pasienter behandles, eller om det er slik at en økning i opphold indikerer færre pasienter behandlet, men at hver pasient får flere behandlinger.

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 utfordring 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 endring i antall kontakter (døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner) for ulike grupper av pasienter skal tolkes, med hensyn til om det indikerer at tilbudet er bedret, er imidlertid ikke gitt. En endring i forbruk kan i noen tilfeller like gjerne indikere endringer i behov, endringer i tilbud i kommunehelsetjenesten m.m.

Vi har valgt å fokusere på utvalgte kroniske hoveddiagnoser, ikke bidiagnoser, selv om det kunne vært relevant i dette kapitlet. Det er imidlertid dokumentert at koding av bidiagnoser i tidligere år har vært mangelfull. I dagens finansieringssystem er kodingen av bidiagnoser i en del tilfeller viktig for hvilken DRG pasienten grupperes til og påvirker dermed inntekten til helseforetaket. Det har derfor i de senere år vært et sterkt insentiv til å kode mest mulig av relevante bidiagnoser (Jørgenvåg & Hope 2005). Dette gjør det vanskelig å tolke endringen som endret tilbud eller en endring i registrering av bidiagnoser generelt.

7.4 Endring i aktivitetsutvikling for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser – nasjonalt nivå

7.4.1 Har det vært en lavere vekst i antall og opphold blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser enn øvrige pasienter i perioden 2002-2006?

Først ser vi på hvor stor del av aktiviteten ved somatiske sykehus som kan knyttes til pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser vs. pasienter uten kroniske hoveddiagnoser. Vi fokuserer på endringer i perioden 2002 til 2006 og hvorvidt aktivitetsutviklingen er ulik for disse to pasientgruppene. I Jensberg m.fl. (2006) ble det vist at økning i oppholdsrate og pasientrate med kroniske hoveddiagnoser ikke har vært like sterk som den generelle økningen.

Tabell 7.2 viser antall pasienter/opphold med og uten kroniske hoveddiagnoser, pasientrate/oppholdsrate for hhv. døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner for kroniske hoveddiagnoser og øvrige diagnoser i 2006, samt prosentvis endring siden 2006.

I 2006 var det ca. 342 000 pasienter⁵⁷ som ble registrert med en eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene, eller ca. 18,5 prosent av pasientene totalt i den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten. Dette er en økning på ca. 10,5 prosent fra 2002. Til sammenligning har antallet øvrige pasienter økt med ca. 11 prosent. Antallet pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser har med andre ord økt mindre enn antallet øvrige pasienter.

Det samme ser vi også i antall opphold med kroniske hoveddiagnoser. Her har det vært en økning på 11 prosent i opphold og polikliniske kontakter med kronisk hoveddiagnose, mens økningen var på nesten 20 prosent for opphold med øvrige hoveddiagnoser.

Fordelt på omsorgsnivå (døgn, dag og poliklinisk behandling/kontakter) ser vi videre at det har vært en svakere økning i antall pasienter per 1 000 innbygger for pasienter med kroniske hoveddiagnoser enn for pasienter med øvrige diagnoser både når det gjelder døgn og dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Den prosentvise endringen var nærmest uendret for rater for døgnpasienter, og gikk faktisk ned for rater for døgnoppholdene (-1,5 prosent), økte med henholdsvis 10,4 og 25,5 prosent for rate for dagpasienter og dagopphold, og med 9 og 8,6 prosent for rater for polikliniske pasienter og konsultasjoner. Raten for pasienter og opphold uten en kronisk hoveddiagnose har hatt en sterkere prosentvis økning på alle omsorgsnivåer.

Både når vi ser på antallet pasienter og kontakter med kroniske hoveddiagnoser totalt i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten, og når vi bryter ned på omsorgsnivå (døgn- og dagbehandling og poliklinikk), fremstår pasienter med kronisk hoveddiagnose som en gruppe med svakere vekst i både i antall pasienter og kontakter, enn de øvrige pasientene.

⁵⁷ Antall pasienter er beregnet ved å aggregere oppholdene etter institusjon, pasientnummer og hvorvidt vedkommende har minst et opphold med en av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene.

Tabell 7.2 Pasienter med og uten kronisk hoveddiagnose i absolutte tall og som rater per 1 000 innbygger i 2006, samt prosentvis endring fra 2002

Omsorgsnivå/type hoveddiagnose	2006		Endring i prosent fra 2002 til 2006	
	Pasienter	Kontakter (opph/polikl)	Pasienter	Kontakter (opph/polikl)
Ant. pasienter¹⁾/opphold med og uten kronisk hoveddiagn.				
Ant. pas./opph. m/(en eller flere) kronisk hoveddiag.	342 390	771 216	10,4	11,0
Pas./opphold uten kronisk hoveddiagnose	1 514 781	4 205 144	11,1	19,7
Pasienter/opphold totalt	1 857 171	4 976 360	10,9	18,3
Ant. pasienter²⁾/opphold per 1 000 med kronisk hoveddiagn.				
Døgnopphold	18,2	23,0	0,1	-1,5
Dagopphold	6,4	9,8	10,4	25,5
Polikliniske konsultasjoner	61,5	132,0	9,0	8,6
Ant. pasienter³⁾/opphold per 1 000 uten kronisk hoveddiagn.				
Døgnopphold	123,8	164,2	8,3	10,0
Dagopphold	43,1	107,4	34,7	50,0
Polikliniske konsultasjoner	289,2	626,7	9,3	13,8

¹⁾ Antallet pasienter er aggregert etter institusjon, pasientnummer og hvorvidt pasienten har minst et opphold med minst en av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene og havner da i gruppen pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser. Dersom pasienten ikke er registrert med noen slike opphold, havner vedkommende i pasientgruppen uten kronisk hoveddiagnose.

²⁾ Antallet pasienter er aggregert etter institusjon, pasientnummer, omsorgsnivå og hvor pasienten har minst ett opphold med minst en av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene.

³⁾ Antallet pasienter er aggregert etter institusjon, pasientnummer, omsorgsnivå og hvor pasienten ikke har hatt noen opphold eller polikliniske konsultasjoner med en av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene.

7.4.2 Er aktivitetsveksten lavere for pasienter med kronisk hoveddiagnose også når vi inkluderer øvrige opphold blant disse pasientene?

Som nevnt i kapittel 7.1 kan pasienter som er registrert med en eller flere kroniske hoveddiagnoser i tillegg ha vært til behandling med andre diagnoser enn kroniske. Andre studier viser at kroniske helseproblemer er utbredt og at disse pasientene står for en stor andel av bruken av helsetjenester. I England finner en for eksempel 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 kroniske problemer står for omtrent 80 prosent av konsultasjonene hos primærlegene og nærmere 30 prosent av liggedagene på sykehus (Nolte & McKee 2005). Vi har ikke funnet tilsvarende studier for den norske situasjonen, men det kan være en rimelig antagelse at pasienter med kroniske lidelser også har opphold og konsultasjoner med andre hoveddiagnoser enn den kroniske, og at denne pasientgruppen legger beslag på en forholdsvis større del av helsetjenestetilbudet enn det som er gjennomsnittet.

I dette avsnittet skal vi se på hvor mye av kontakten med spesialisthelsetjenesten som kan knyttes til andre enn kroniske hoveddiagnoser for denne pasientgruppen, og hvor stor del av kontakten med spesialisthelsetjenesten totalt som kan knyttes til disse pasientene?

Tabell 7.3 gir en oversikt over andelen opphold og polikliniske konsultasjoner med kronisk hoveddiagnose, andelen andre opphold og polikliniske konsultasjoner som kan knyttes til pasienter som har en eller flere kroniske hoveddiagnoser, samt andelen øvrige opphold, for årene 2002 og 2006.

Tabell 7.3 Antall kontakter med spesialisthelsetjenesten med og uten kronisk hoveddiagnose i prosent av antall kontakter i alt etter omsorgsnivå. 2002 og 2006.

Type hoveddiagnose	2002 Pst				2006 Pst			
	Døgn	Dag	Poliklinikk	I alt	Døgn	Dag	Poliklinikk	I alt
Opphold med kronisk hoveddiagnoser	13,5	9,8	18,1	17,2	12,3	8,3	17,4	15,5
Andre opphold for pasienter med kronisk hoveddiagnose	10,5	15,8	9,7	10,3	11,3	16,8	10,4	11,3
<i>Opphold knyttet til pasienter med kronisk hoveddiagnoser</i>	<i>24,0</i>	<i>25,6</i>	<i>27,7</i>	<i>27,5</i>	<i>23,5</i>	<i>25,1</i>	<i>27,8</i>	<i>26,8</i>
Øvrige opphold	76,0	74,4	72,3	72,5	76,5	74,9	72,2	73,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	785 663	361 548	3 060 055	3 421 603	876 196	548 645	3 551 519	4 976 360

Vi ser at kontakter med spesialisthelsetjenesten totalt (døgn- og dagopphold samt polikliniske konsultasjoner) har gått fra en andel av alle kontakter på 17,2 i 2002 til 15,5 prosent i 2006 for pasienter med kronisk hoveddiagnose. Det har vært nedgang i alle typer kontakter. Samtidig har det vært en økning i andelen andre opphold knyttet til disse pasientene på 1 prosentpoeng, fra 10,3 til 11,3 prosent. Disse oppholdene og konsultasjonene utgjorde henholdsvis ca. 11 prosent av alle døgnopphold, 17 prosent av alle dagopphold og 10 prosent av alle polikliniske konsultasjonene i 2006.

Dette viser to ting: Denne pasientgruppen har en rekke opphold og polikliniske kontakter med spesialisthelsetjenesten som registreres under andre hoveddiagnoser, og denne typen kontakter har økt selv om andelen kontakter med kroniske hoveddiagnoser går ned.

Når vi slår sammen alle opphold og polikliniske konsultasjoner som kan knyttes til pasienter med kroniske hoveddiagnoser, ser vi fremdeles en nedgang fra 27,5 prosent i 2002 til 26,8 prosent i 2006, altså 0,8 prosentpoeng for denne pasientgruppa.

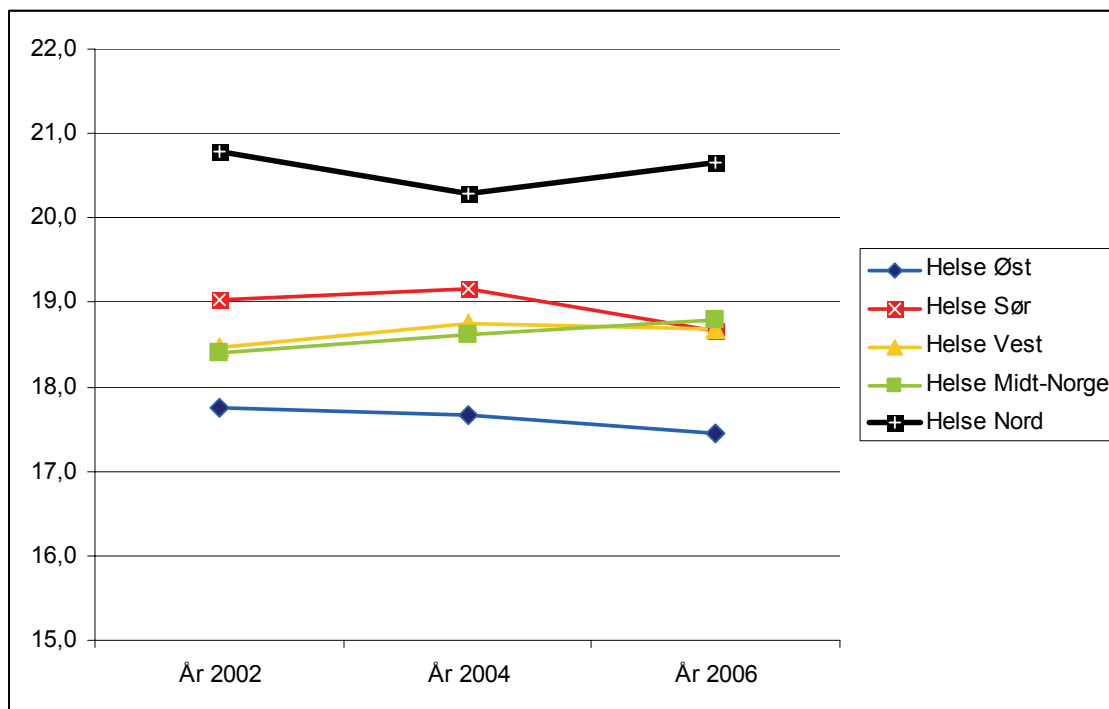
Pasienter med kroniske hoveddiagnose har med andre ord ikke økt sin andel av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten i forhold til de øvrige pasientene selv om vi inkluderer øvrige kontakter med spesialisthelsetjenesten.

7.5 Endring i aktivitetsutvikling for pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser – regionalt nivå

7.5.1 Er det forskjeller mellom regionene i utviklingen av antall pasienter med kroniske hoveddiagnoser?

Analysen av pasienter med utvalgte kroniske hoveddiagnoser på nasjonalt nivå viste at denne pasientgruppen har hatt en svakere vekst i både antall pasienter og kontakter, enn øvrige pasienter i perioden 2002-2006. Finner vi denne variasjonen også i de enkelte helseregionene?

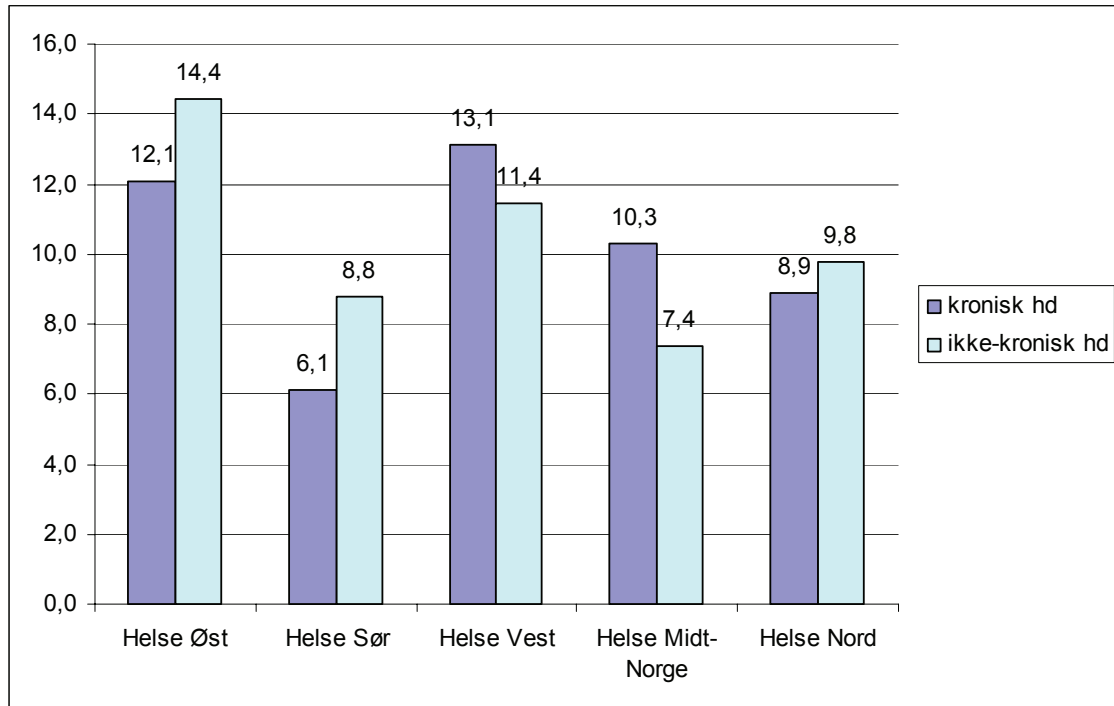
Aller først presenterer vi en oversikt over utviklingen i andelen pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser for årene 2002, 2004 og 2006 på helseregionnivå.



Figur 7.1 Prosentvis endring i antall pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser etter helseregion, 2002, 2004 og 2006. Prosent av alle pasienter.

Figur 7.1 viser hvor stor andel av pasientene som har en eller flere av de utvalgte kroniske hoveddiagnosene etter helseregion for årene 2002, 2004 og 2006. Her er pasienter beregnet ut fra om de har hatt minst en kontakt med den offentlige spesialisthelsetjenesten (døgn-dagbehandling og/eller polikliniske konsultasjoner).

Vi får illustrert i figuren at det har vært noe ulik utvikling i helseregionene. Mens helseregion Øst har hatt en jevn nedgang i andelen pasienter med kroniske hoveddiagnoser, har helseregion Vest og Midt-Norge hatt en jevn økning. Også helseregion Nord og Sør har hatt en nedgang i denne pasientgruppa fra 2002 til 2006, men helseregion Sør hadde en økning fra 2002 til 2004 for deretter å få en nedgang fra 2004 til 2006, mens i helseregion Nord minket denne pasientgruppa fra 2002 til 2004 for deretter å øke noe i 2006.



Figur 7.2 Prosentvis endring i antall pasienter med og uten kronisk hoveddiagnose i perioden 2002 til 2006.

Figur 7.2 viser den prosentvise endringen i antall pasienter med og uten minst en kronisk hoveddiagnose fra 2002 til 2006. Vi ser av denne figuren at endringen i antall pasienter har vært større for kronikerpasienter enn for øvrige pasienter i helseregion Øst, helseregion Sør og helseregion Nord. I helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har det imidlertid vært en større prosentvis økning i antallet kronikerpasienter enn øvrige pasienter. Disse to helseregionene skiller seg med andre ord fra det mønster vi fant på nasjonalt nivå ved å ha en annen utvikling i andelen pasienter med kroniske hoveddiagnoser.

Er det regionale variasjoner i behandlingsraten på de ulike omsorgsnivåene? Tabell v7.1 i vedlegg gir en oversikt over antall pasienter per 1 000 innbygger etter omsorgsnivå og boregion for pasienter med og uten kronisk hoveddiagnose.

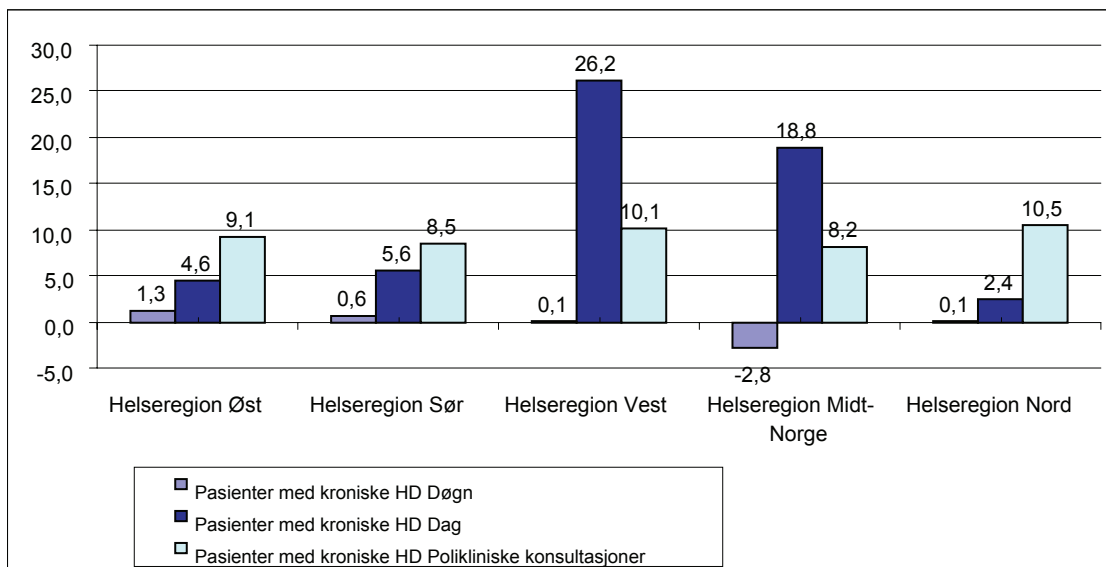
Den høyeste pasientraten for døgnbehandling, ca. 21 pasienter per 1 000 innbygger, finner vi i helseregion Nord og helseregion Sør, mens de tre øvrige helseregioner har en pasientrate på ca. 17 per 1 000. Helseregion Sør ligger høyest på pasientraten for dagbehandling med 8 per 1 000, mens helseregion Øst har den laveste med 5 per 1 000. Pasientraten for polikliniske konsultasjoner er høyest i helseregion Nord med vel 83 per 1 000, mens helseregion Øst ligger lavest også her, med ca. 56 per 1 000.

Generelt sett har helseregion Øst de laveste behandlingsratene for pasienter med kroniske hoveddiagnoser mens helseregion Nord har de høyeste for døgnbehandling og polikliniske konsultasjoner⁵⁸.

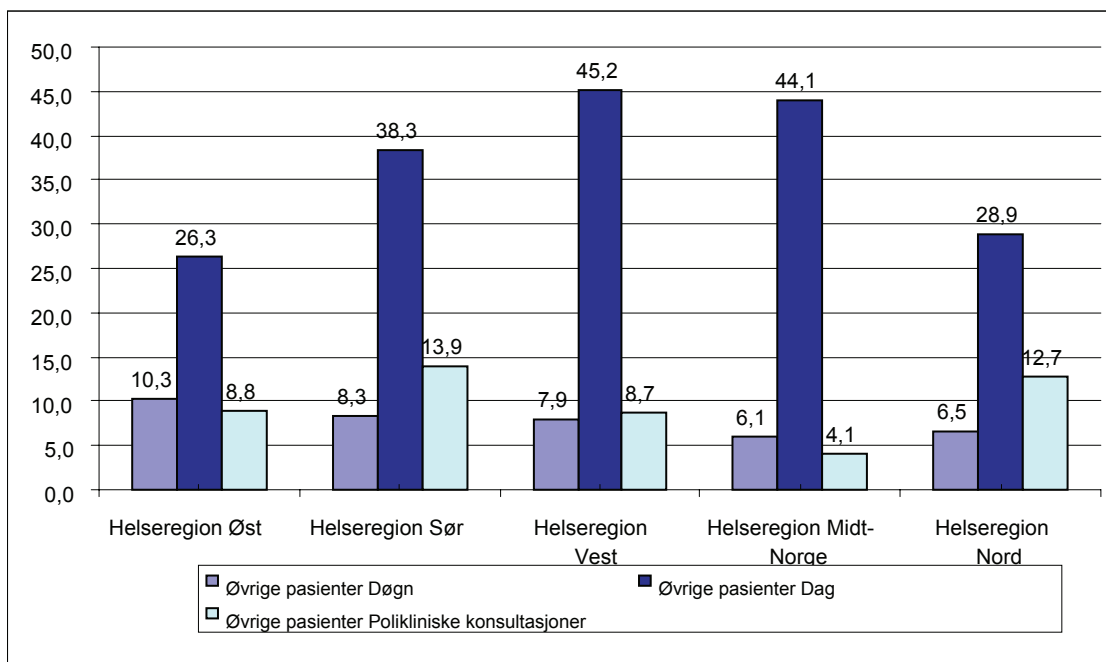
Dersom vi sammenligner med behandlingsratene for de øvrige pasientene er det samme mønster vi ser når regionene sammenlignes. Helseregion Nord fremstår som den regionen med høyest behandlingsrater for øvrige pasienter både for døgnbehandling og for poliklinisk behandling. Også ratene for dagpasienter ligger høyt. I den andre enden av skalaen ligger

⁵⁸ Private avtalespesialister inngår ikke i dette datagrunnlaget, noe som kan ha betydning for de relativt lave ratene i helseregion Øst og de relativt høye i helseregion Nord. I kapittel 4, tabell 4.7 og figur 4.12 illustreres de regionale variasjonene i poliklinisk behandling dersom private avtalespesialister inkluderes i datagrunnlaget. Helseregionene med lavest forbruk av konsultasjoner ved offentlige poliklinikker har imidlertid et tilsvarende høyere forbruk av private avtalespesialistkonsultasjoner. Bruken av private avtalespesialister ser altså ut til å ha en utjevne effekt på de geografiske forskjellene i bruken av offentlige poliklinikker, og som et resultat av dette er det relativt små forskjeller mellom helseregionene i totalratene.

helseregion Øst, både på pasientraten for døgnbehandling og for poliklinisk behandling. Helseregion Øst ligger imidlertid også relativt lavt. Ser vi på rater for opphold i stedet for pasienter endres bildet lite, jf. tabell v7.2 i vedlegg.



Figur 7.3 Prosentvis endring i rater 2002-2006 for pasienter med kronisk hoveddiagnose etter omsorgsnivå og boregion.



Figur 7.4 Prosentvis endring i rater 2002-2006 for pasienter uten kronisk hoveddiagnose etter omsorgsnivå og boregion.

Figur 7.3 illustrerer den prosentvise endringen i pasienter per 1 000 innbygger med kroniske hoveddiagnoser. Vi ser at pasientraten for døgnbehandling har økt mest i region Øst (1,3 prosent), og har gått ned med 2,8 prosent i helseregion Midt-Norge. Pasientraten for dagbehandling har økt mest i helseregion Vest (ca. 26 prosent) og minst i helseregion Nord. Pasientraten for poliklinisk behandling har økt mest i helseregion Nord og minst i helseregion Midt-Norge.

Sammenligner vi endringen i behandlingsratene for kroniske pasienter med endringer i behandlingsratene for de øvrige pasientene finner vi at det er et annet mønster i denne pasientgruppa, se figur 7.4. Generelt er den prosentvise endringen større på alle omsorgsnivåene, og spesielt er det ratene for dagpasienter som har økt mest i alle regioner, mens det varierer mellom regionene om raten for døgn eller dagpasienter har hatt den sterkeste økningen. Unntaket er raten for pasienter med kroniske hoveddiagnoser på poliklinikk i helseregion Øst, Vest og Midt-Norge som har økt mer enn raten for øvrige pasienter.

7.5.2 Øvrige opphold og konsultasjoner blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser – regionalt nivå

Innledningsvis i dette kapitlet presenterte vi hvor mange kontakter med spesialisthelsetjenesten pasienter med kroniske hoveddiagnoser hadde totalt. I hvor stor grad varierer dette mellom regionene? Tabell v7.3 i vedlegg gir en oversikt over dette på regionalt nivå. Denne tabellen viser andelen kontakter med kronisk hoveddiagnose utgjør av kontakter totalt, andelen øvrige kontakter pasienter med en eller flere kroniske hoveddiagnoser har, og andelen disse utgjør til sammen av de totale antall kontakter i spesialisthelsetjenesten i 2006.

Helseregion Øst har relativt lave andeler opphold med kronisk hoveddiagnose, og øvrige opphold, på alle omsorgsnivå. Helseregion Øst er den regionen som ligger lavt på kontakter som kan knyttes til pasienter med kroniske hoveddiagnoser. Det gjelder alle omsorgsnivå.

Helseregion Sør har den høyeste andelen døgnopphold med kronisk hoveddiagnose, men skiller seg ikke ut spesielt på verken dagbehandling eller polikliniske konsultasjoner. På øvrige opphold skiller de seg heller ikke ut fra de øvrige regionene. Helseregion Sør har en relativt høy andel døgnopphold når vi ser alle under ett, men ligger lavest på andel dagopphold. Også andelen polikliniske konsultasjoner er relativt lav sammenlignet med de øvrige regionene.

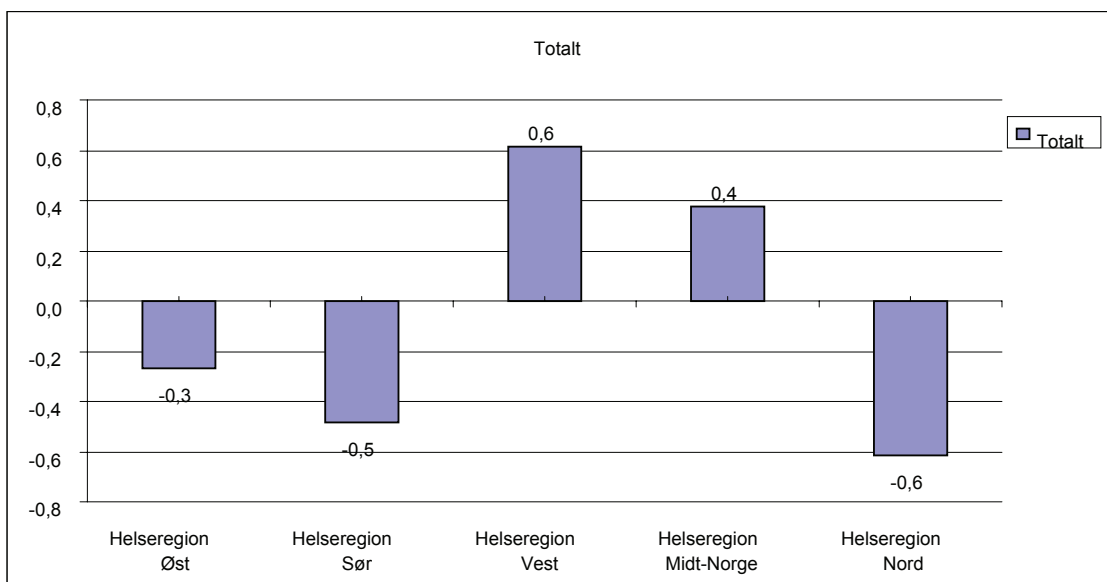
Helseregion Vest har en lav andel døgnopphold, og den høyeste andelen dagopphold med kronisk hoveddiagnose. For øvrige opphold har de den laveste andelen dagopphold og en relativt lav andel polikliniske konsultasjoner. Når vi ser alle oppholdene som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnoser under ett, fremstår helseregion Vest som en region hvor disse pasientene har en større andel polikliniske konsultasjoner enn de fleste andre, men skiller seg ikke spesielt ut på døgn- og dagopphold.

Helseregion Midt-Norge har den laveste andelen døgnopphold med kronisk hoveddiagnose, samtidig som de har en relativt stor andel dagopphold også. De ligger relativt høy på andelen andre kontakter som kan knyttes til kroniske pasienter, men når vi ser kontakter totalt skiller ikke Helseregion Midt-Norge seg ut på noen spesiell måte.

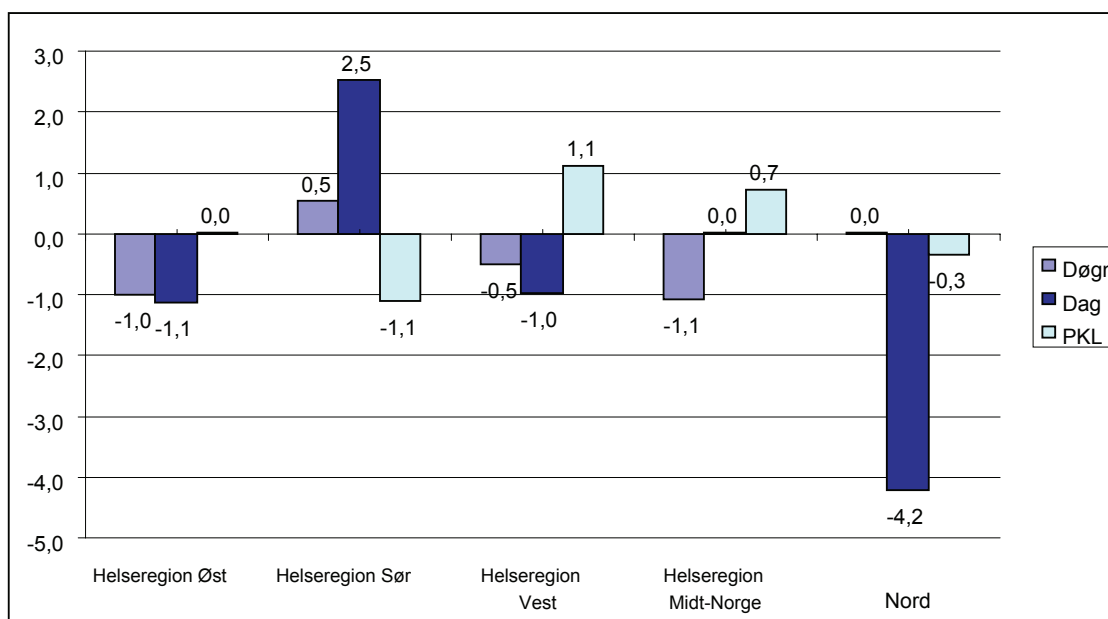
Helseregion Nord har den høyeste andelen opphold og polikliniske konsultasjoner, uavhengig av hoveddiagnose, som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose. Når vi splitter disse etter hoveddiagnose er det særlig blant de øvrige kontaktene Helseregion Nord ligger høyest.

Vi så innledningsvis at pasienter med kronisk hoveddiagnose stod for ca. 27 prosent av de totale kontaktene med spesialisthelsetjenesten, og at det har vært en nedgang på ca. 1 prosent i denne andelen siden 2002, jf. tabell 7.3. Figur 7.5 viser denne endringen brutt ned på regionnivå, for alle kontakter som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose.

Figuren viser at helseregion Vest og helseregion Midt-Norge skiller seg fra de øvrige ved å ha en økt andel av kontakter totalt som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose, med henholdsvis 0,6 og 0,4 prosentpoeng. Helseregion Øst, Sør og Nord har alle hatt en nedgang i andel slike kontakter.



Figur 7.5 Endring i andel kontakter totalt som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose etter region.



Figur 7.6 Endring i andel kontakter totalt som kan knyttes til pasienter med kronisk hoveddiagnose etter region og omsorgsnivå.

Figur 7.6 viser endring i andel døgn- og dagopphold, og polikliniske kontakter for de enkelte helseregionene. Av denne figuren ser vi at den økningen vi finner i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge skyldes en økning i andelen polikliniske konsultasjoner blant pasienter med en kronisk hoveddiagnose. Vi ser videre at nedgangen i helseregion Øst

skyldes en nedgang i både døgn og dagopphold, mens det i helseregion Sør kan knyttes til nedgang i andelen polikliniske konsultasjoner for denne pasientgruppen, og i helseregion Nord skyldes dette en nedgang i både dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Det er med andre ord et varierende bilde av endringer innenfor omsorgsnivåene på regionnivå. Det generelle inntrykket er likevel at helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har hatt en økning i andel pasienter med kronisk hoveddiagnose og i andel kontakter blant disse pasientene, mens dette ikke er tilfelle for de øvrige helseregionene.

7.6 Oppsummering og avslutning

I dette kapittelet har vi sett at aktivitetsveksten blant pasienter med kroniske hoveddiagnoser fortsatt er lavere enn blant pasienter med andre hoveddiagnoser.

Disse pasientene har en rekke opphold og polikliniske kontakter med spesialisthelsetjenesten som registreres under andre hoveddiagnoser. Andelen av denne type kontakter har økt selv om andelen kontakter med kroniske hoveddiagnoser går ned.

Totalt sett har imidlertid andelen kontakter med spesialisthelsetjenesten for pasienter med kroniske hoveddiagnoser gått ned i perioden, også når vi inkluderer øvrige kontakter med spesialisthelsetjenesten.

Når vi ser på de regionale variasjonene blir bildet noe mer nyansert. Helseregion Vest og helseregion Midt-Norge fremstår som regioner hvor andelen pasienter med kroniske hoveddiagnoser har hatt en sterkere økning enn øvrige pasienter.

Når vi sammenligner den prosentvise endringen i ratene for antall pasienter per 1 000 innbygger med kronisk hoveddiagnose ser vi at det i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har vært en kraftig økning i raten for dagpasienter, mens det er mer jevnt for døgnpasienter og pasienter på poliklinikk.

Dersom vi inkluderer øvrige opphold og konsultasjoner finner vi at både helseregion Vest og helseregion Midt-Norge har en økning i andelen opphold totalt som kan knyttes til pasienter med en kronisk hoveddiagnose.

Hvorvidt dette er en indikasjon på at tilbudet til denne pasientgruppen har blitt dårligere i noen helseregioner og bedre i andre er imidlertid ikke gitt. Som nevnt innledningsvis kan endringer i forbruk også indikere endringer i behov, endring i tilbud i kommunehelsetjenesten med mer. I tillegg er datagrunnlaget begrenset med tanke på at disse pasientene også kan motta behandling i primærhelsetjeneste, av private spesialister, samt den begrensingen som ligger i at det ikke er mulig å følge pasienten over flere kalenderår.

