



Samhandlingsavdelingen

Styresak 44/10

Forbruk, produksjon og pasientstrømmer i Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset HF innen somatisk virksomhet

Saksbehandler:
Steinar Pleym Pedersen

Saksnr.: Dato:
2010/253 09.09.2010

Dokumenter i saken :

Trykt vedlegg: Power-point fil – foredrag holdt på styremøte Helse Nord 25.8.10 – Lise Balteskard, SKDE

Saksbehandlers kommentar :

1. Bakgrunn

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har med bakgrunn i virksomheten innen somatisk spesialisthelsetjeneste i 2009 foretatt en analyse av forbruk, produksjon og pasientstrømmer i Helse Nord.

Styret orienteres i denne saken om de mest sentrale funn i analysen som burde ha interesse for videre omstillingsarbeid i helseforetaket.

Balteskards foredrag er grunnlaget for denne styresaken.

2. Om SKDE

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ble opprettet i 2003 i samarbeid med Universitet i Tromsø og Universitetssykehuset Nord-Norge og eies av Helse Nord RHF. Fra og med 2009 har SKDE i samarbeid med Helse Midt IKT fått i oppdrag å være et nasjonalt servicemiljø innen arbeidet med opprettelse og drift av kliniske kvalitetsregistre. Senteret er lokalisert til Universitetssykehuset i Nord-Norge.

SKDE skal bidra til en bedre helsetjeneste gjennom dokumentasjon og evaluering av klinisk virksomhet som beslutningsgrunnlag for bedre kvalitet og riktigere prioritering. Dokumentasjon som SKDE og fagmiljøene frembringer skal brukes til å initiere dialog, samarbeid og beslutninger i kliniske fagmiljø, helseforetak og regionale helseforetak for å fremme en bedre helsetjeneste.

SKDEs hovedformål er å bidra med styringsinformasjon for helsetjenesten til

- De kliniske fagmiljøene > Faglig kvalitetssikring og utvikling
- Ledelsesnivået > Administrativ styringsinformasjon
- Internasjonalt nivå > Helsetjenesteforskning

SKDE skal være et operativt kompetanse- og servicemiljø for klinisk registerfaglig utvikling, drift og analyse både for Helse Nord RHF og nasjonalt.

1. Saksbehandlers kommentar:

I denne saken blir styret orientert om forbruk, produksjon og pasientstrømmer innen somatikk, samt kostnadsutviklingen knyttet til pasientreiser i Nordlandssykehuset HF.

Fokus blir både forhold knyttet til NLSH HF, øvrige HF i Helse Nord samt Regionale Helseforetak.

I tillegg har Helse Nord utarbeidet egne sammenligninger av kostnader ved lokalsykehusene i Helse Nord. Denne analysen vil bli lagt fram som egen sak senere.

Det vises for øvrig til egen sak om SAMDATA 2009.

Direktøren vil nytte kunnskapen som ligger i saken som styringsinformasjon i det videre arbeidet i NLSH.

Forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester måles som døgnopphold/innlagte pasienter, dagbehandling, polikliniske konsultasjoner og DRG-poeng for bosatte i definerte opptaksområder/boområder.

- RHF-nivå – bor i ”Helse Nord”
- HF- nivå - bor i ”NLSH sitt opptaksområde”
- Sykehusnivå – bor i ”Vesterålen”.

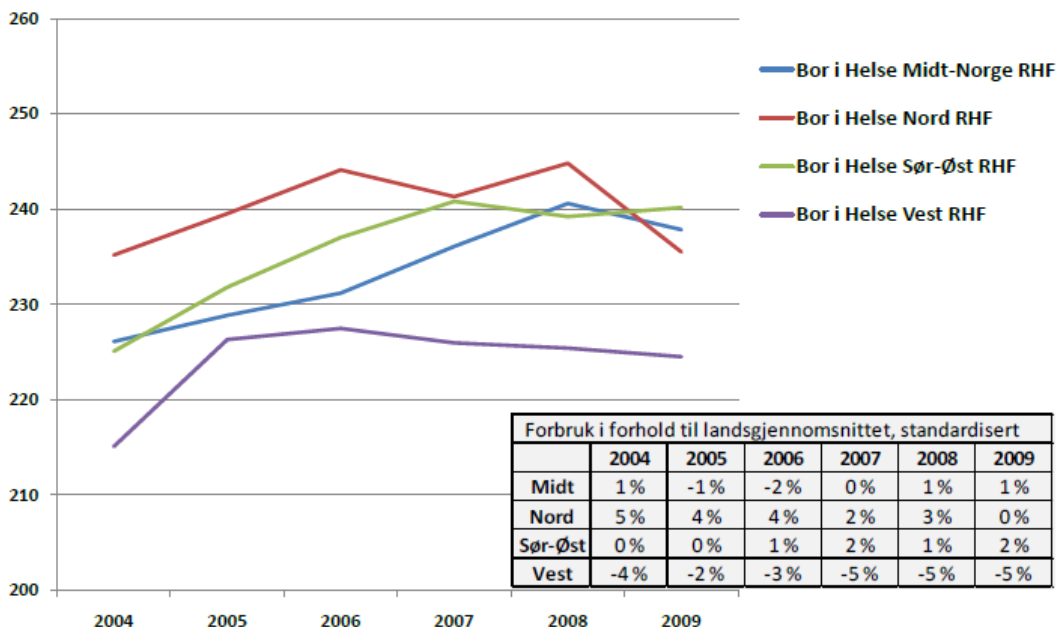
Hva som er riktig nivå på sykehusforbruk kan ikke defineres, verken på RHF-nivå eller på HF-nivå i Norge. Vi vet heller ikke om det er riktig at døgnopphold i boområdet Helse Nord skal være lik resten av landet.

a) RHF - nivå

Hovedkonklusjonen i SKDEs rapport er at det ikke er større totalforbruk av spesialisthelsetjenester i Helse Nord enn i andre regioner. Se tabell 1.

Befolkningens totalforbruk av DRG-poeng,

dag og døgn. Poeng per 1000 innb per RHF-område. Aldersstandardisert



Tabell 1

(Kilde: Lise Balteskard, SKDE)

Vi har mer døgnopphold, men ikke på det øvrige. Dette er viktig kunnskap nå når vi har fått vite om forbruket ved private polikliniske avtalespesialister, jfr. tabell 2

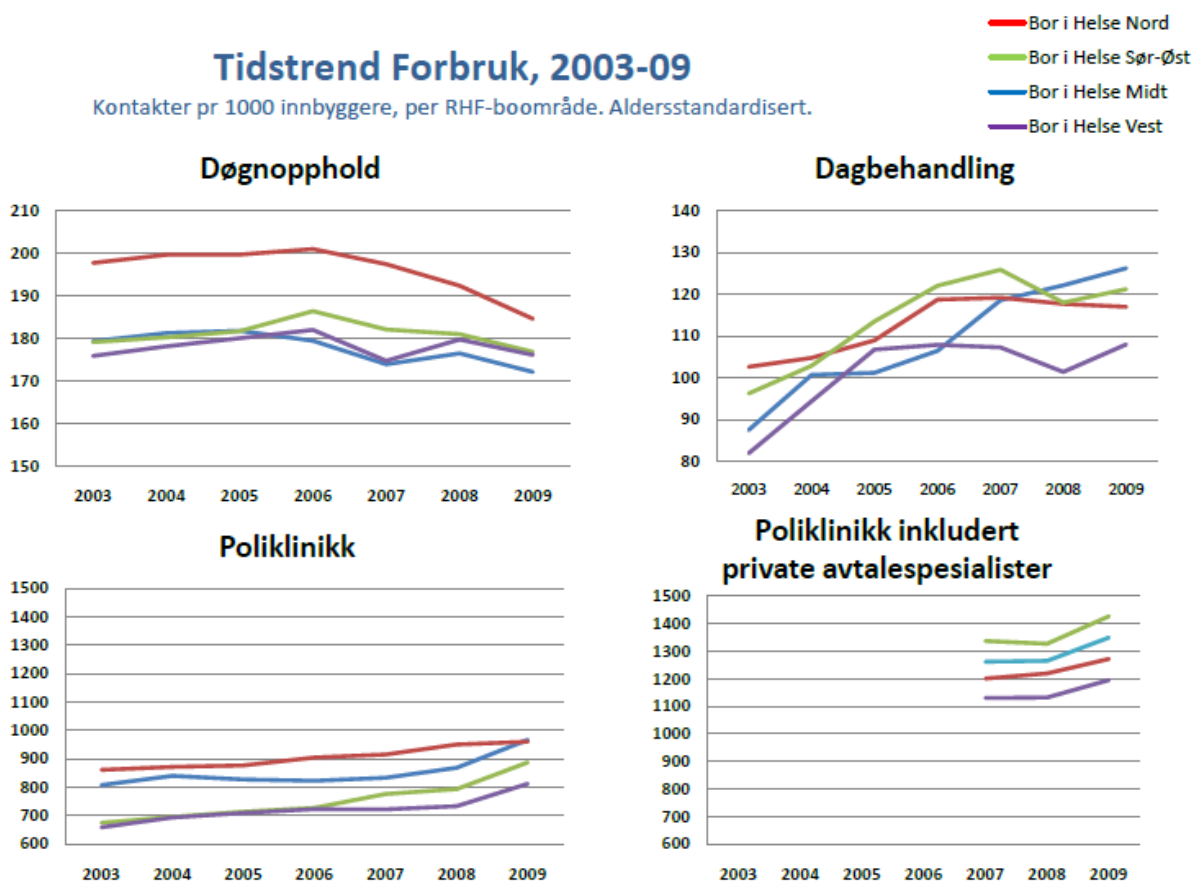
I perioden 2008 – 2009 har vi på RHF-nivå en nedgang i antall produserte DRG-poeng på 3.3 % hvilket utgjør 3500 poeng som i forhold til 40 % refusjon utgjør nærmere 50 mill. kroner i inntektstap. I hovedsak er nedgangen på UNN. Nedgangen forsøkes forklart i avsnittet ”HF-nivå”.

Befolkningen i Norge har i perioden 2004 – 2009 endret forbruksmønsteret når det gjelder totalforbruk av DRG.

I 2004 lå Helse Nord RHF 5 % over landsgjennomsnittet med et uttak på om lag 235 DRG-poeng pr. 1000 innbyggere for dag og døgnbehandlinger. I 2009 er uttaket om lag det samme, men da på landsgjennomsnittet, hvilket betyr at landsgjennomsnittet er økt.

I perioden 2003 – 2009 – se tabell 2 - kan utviklingen i Helse Nord nærmere videre beskrives slik:

Døgnopphold: Fra 2008 faller forbruket som landet for øvrig men i større omfang enn øvrige RHF.
 Poliklinikk: stigende tendens, men i perioden 2008 – 2009 er stigningen større i de øvrige RHFene
 Dagbehandling: stigende tendens fram til 2006 – deretter svakt fallende til forskjell fra de øvrige RHFene
 Private avtalespes.: Fra perioden 2007 – 2009. Stigende tendens som tilsvarer utviklingen i de øvrige RHFene.
 SKDE fikk tilgang på data i juni 2010 som viser forbruket tilbake til 2007. Det har vært et ”skjult” forbruk. Tabellen viser at når det private forbruket legges til det kjente offentlige forbruket så er Helse Sør-Øst høyest i forbruk. Det er fortsatt om lag 20 % underrapportering i Sør-Øst slik at det virkelige forbruket er enda høyere der.



Tabell 2
 (kilde: Lise Balteskard, SKDE)

b) HF-nivå i Helse Nord

I perioden 2004 – 2009 er utviklingen i helseforetakene i Helse Nord slik, se tabell 3:

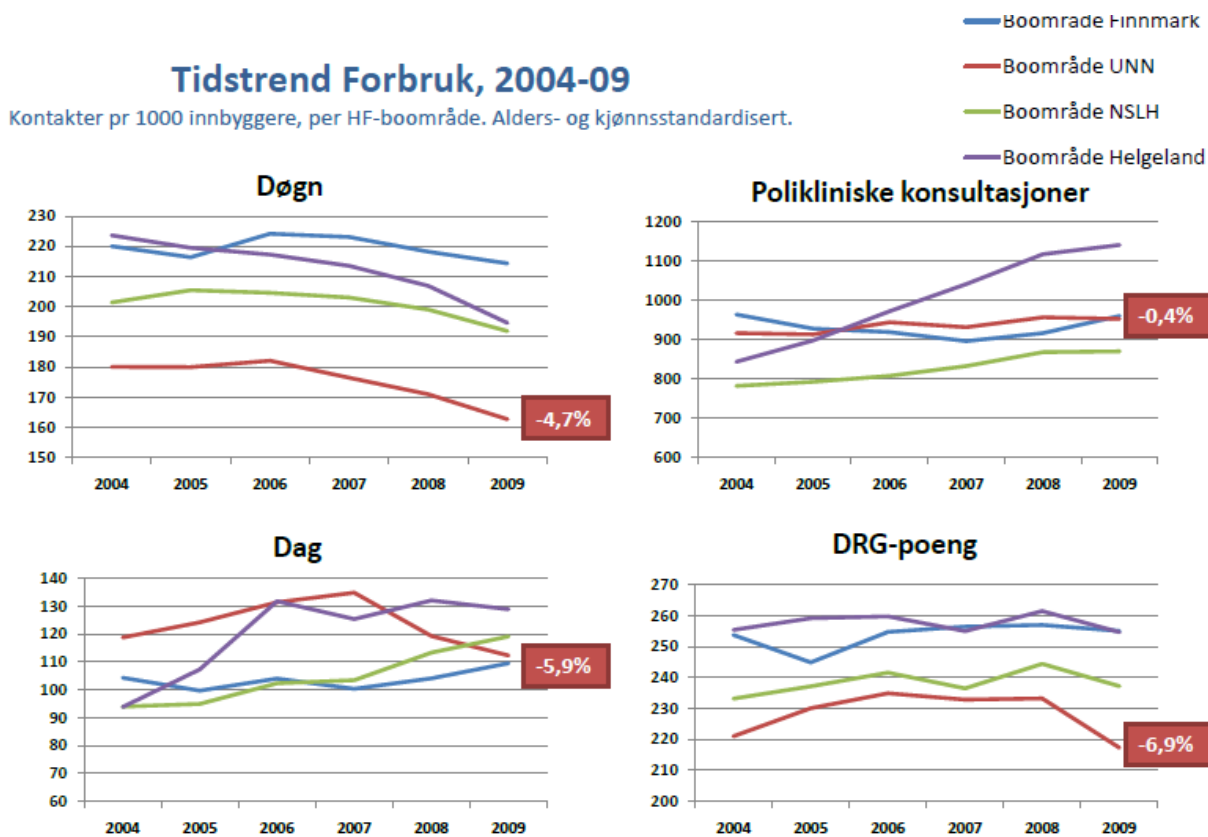
Døgnopphold: antall opphold faller – størst ved UNN med 4.7 %. Det understrekes at tallet for UNN HF kun er for perioden 2008 – 2009. Det er siste år den betydelige nedgangen har vært i DRG-produksjon og det er UNN HF som har stått for denne.

Åsaken til dette ”fallet” er minst todelt:
UNN Tromsø, UNN Narvik og UNN Harstad regnes i DRG-.sammenheng som ett sykehus. Det betyr at en pasient som initialt legges inn ved UNN Narvik, overføres til UNN Harstad for så å bli videresendt til UNN Tromsø får **ett** sykehusopphold. Det gir i seg selv nedgang både i innleggelsesrater målt i forbruk pr. 1000 innbyggere og i produserte DRG-poeng.
Derneft synes det å være en faktisk nedgang i sykehusforbruket.

Et tilsvarende innleggelsesmønster for NLSH når en pasient legges inn ved NLSH Lofoten, overføres til NLSH Bodø og etter ferdigbehandling i Bodø blir tilbakeført til Lofoten fører til tre innleggelser og følgelig mer produserte DRG-poeng for samme sykdom.

Poliklinikk: stigende tendens fram til 2008. I perioden 2008 – 2009 stabiliseres forbruket ved UNN og NLSH. Helgeland/Finnmark fortsatt svak stigning

Dagbehandling: samlet stigende tendens fram til 2007. I perioden 2007 – 2009 betydelig nedgang på UNN med 5.9 %. Siste år stor nedgang i rehabiliterings DRG ved UNN HF. Stabil utvikling i Helgelandssykehuset, mens det er svak stigning i NLSH og Finnmark.



Tabell 3
(Kilde: Lise Balteskard, SKDE)

Når det gjelder forbruk av DRG-poeng kan vi også se på hvor tjenestene er produsert:

Se tabell 4.

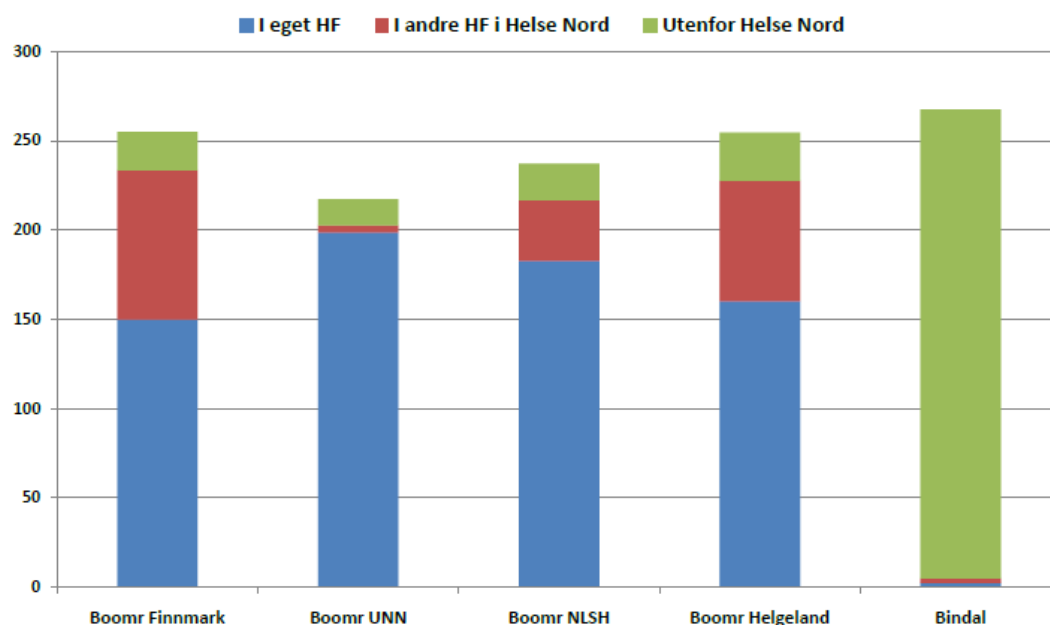
- i eget helseforetak
- i andre helseforetak i Helse Nord RHF
- i helseforetak utenfor Helse Nord RHF

Variasjonene i helseforetakene i Helse Nord kan betraktes som naturlige eller forventet utfra hvilket tilbud som kan gis innen eget foretak.

UNN HF har størst egenproduksjon og lavest leveranse til andre HF i helse Nord. Dernest følger NLSH HF. Helgelandssykehuset og Helse Finnmark har om lag samme produksjonsmønster.

Forbruk DRG-poeng, per HF, 2009

Alders- og kjønnsstandardisert



Tabell 4
(Kilde: Lise Balteskard, SKDE)

Bindal får sine lokalsykehustjenester ved Namdal sykehus. Bindal er dermed ekskludert i alle analyser for Helgelandssykehuset HF.

c) HF-nivå – lokalsykehusområdenivå

Vi kan dekomponere materialet ytterligere ved å se på produksjonsforskjellene bområdene imellom. Analysen til SKDE viser altså totalforbruket for boområdet, og ikke produksjon knyttet til spesifikt lokalsykehus. Dette vises ved samlet forbruk av DRG-poeng pr. 1000 innbyggere i lokalsykehusområdene/boområdene.

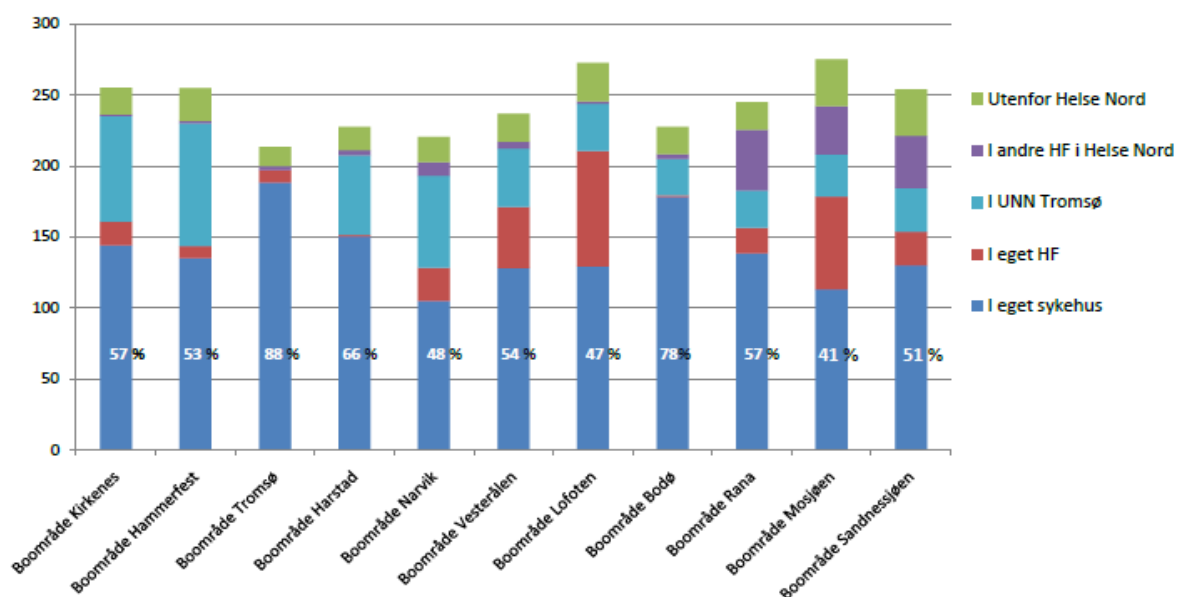
Vi kan ikke ved å vise dette med sikkerhet si noe om *hvorfor* forskjellene er som de er.

Noen årsaksfaktorer kan være:

- vedtatt funksjonsfordeling
- periodevis mangel på legespesialister
- etablerte reisemønstre
- fritt sykehusvalg
- ventetider
- primærhelsetjenesten bruk av lokalsykehuset
- omdømme
- registrering av opphold, jfr. over.

DRG-poeng per 1000 innb i lokalsykehusområdene

Alders- og kjønnsjusterte rater



Tabell 5
(Kilde: Lise Balteskard, SKDE)

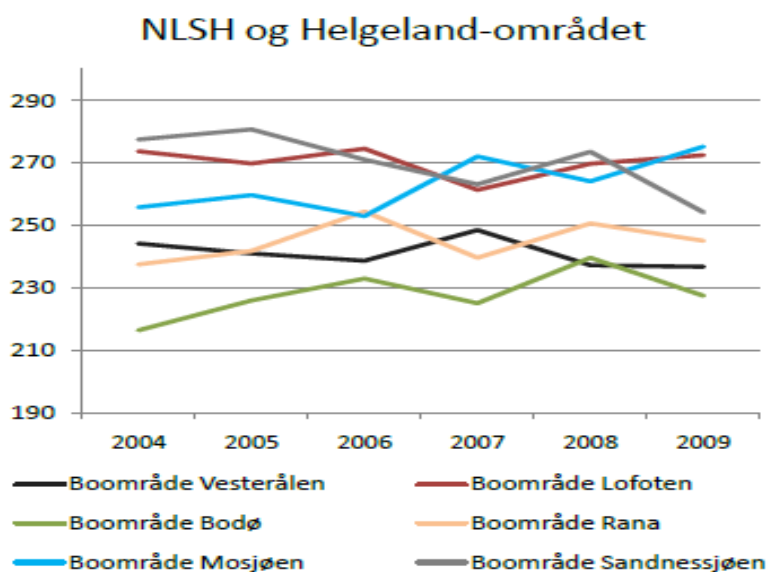
Tebell 5 viser at at boområdene Mosjøen og Lofoten samlet har høyest forbruk. Boområdet Vesterålen har noe høyere forbruk av tjenester ved UNN enn boområdet Lofoten, som på sin side har høyere forbruk ved NLSH Bodø.

Sannsynlig årsak til dette er ”tradisjon”, og kan neppe medisinsk forklares.

Dette forbruksmønsteret er forenlig med forklaringen som er gitt over mht nedgangen ved UNN HF.

3 .Konklusjoner NLSH

NLSH har samlet et høyt sykehusforbruk. Sammenlignet med Helgelandssykehuset kan tidstrenden vises slik mht til uttak av DRG-poeng:



Tabell 6
(Kilde: Lise Balteskard, SKDE)

Noe av det høye forbruket forklares ved registreringsmetodikk, men uansett er forbruket høyt. Det er ikke gitt å peke på klare årsaker, og følgelig heller ikke tiltak. Områder som bør sees nærmere på kan være :

- mer ambulerende av spesialister fra NLSH Bodø til Lofoten og Vesterålen
- se nærmere på indikasjonene for kontroller i spesialisthelsetjenesten
- forsterke samarbeidet med primærlegene
- Samhandlingsreformen

Det må kunne sies å være en vesens forskjelle i uttaket mellom boområdet Lofoten og Vesterålen; det vil si ca 40 DRG-poeng pr. 1000 innbyggere.

Denne forskjellen vil bli gjenstand for særskilt analyse.

4. Reisemønstre

Overtakelsen av ansvaret for pasientreiser har gitt Nordlandssykehuset HF muligheten til å se reisekostnad og behandling under ett, og derigjennom etablere behandlingstilbud som både er mer kostnadseffektive for helseforetaket totalt sett og som samtidig gir flere pasienter et behandlingstilbud nærmere hjemstedet. Gjennom ulike tiltak er det etter overtagelsen i 2004 frigjort betydelige beløp på pasientreiseområdet. For 2009 var kostnadene til pasientreiser ca. 22 mill. lavere enn rammeoverføringen til dette området.

Dette er faktiske beløp og inkluderer ulike prisstigninger

Fordelt på de ulike kostnadselementene har utviklingen vært slik:

Kostnader i mill. kr.	2003	2009
Drosje/turvogn	48,6	53,5
Eget transportmiddel	9,2	8,9
Rutefly	74,7	73,9
Rutegående transport	9,3	5,9
Ambulansebåt	6,4	2,2
Annen båt	2,0	0,1
Oppholdsutgifter	7,0	8,8
Ledsagergodtgjørelse	2,5	1,8
SUM	159,8	156,0

Særlig positiv endring i kostnadsbildet er bruken av ambulansebåt som tilskrives samarbeidet med Redningsselskapet lokalisert til Vågan kommune.

Innstilling til vedtak :

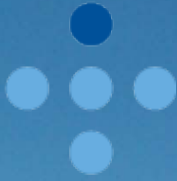
1. Styret tar saken til orientering.
2. Direktøren vil nytte informasjonen og kunnskapen som ligger i materialet som sentral styringsinformasjon i det videre arbeidet i NLSH HF gjennom blant annet å se på :
 - mer ambulering av spesialister fra NLSH Bodø til Lofoten og Vesterålen
 - indikasjonene for kontroller i spesialisthelsetjenesten
 - forsterke samarbeidet med primærlegene
 - mulighetene ved å maksimere forbedringspotensialene som vil ligge i oppfølgingen av samhandlingsreformen
 - mulige årsaker og iverksette tiltak i forhold til forskjellen i forbruk i boområdene Lofoten og Vesterålen.

Avstemming:

Vedtak:

SKDE

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering



Forbruk, produksjon og pasientstrømmer i somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord, 2003-09

Styremøte i Helse Nord RHF,
Brønnøysund 25. august 2010

Lise Balteskard, SKDE, Helse Nord

Nøkkeltemaer

– FORBRUK, ”sørge-for-ansvaret”

- Befolkningen i RHFene
- Befolkningen i HFene
- Befolkningen i lokalsykehus-områdene

– PRODUKSJON, ”eier-ansvar”

- Behandlingsenhetene i RHFene
- Behandlingsenhetene i HFene

– PASIENTSTRØMMER

- Selvforsyningsgrad; bruk av eget sykehus
- Mellom HFene
- Ut av Helse Nord; til andre RHF og private institusjoner

FORBRUK

- Har vi sørget for at befolkningen i de ulike boområdene har et likeverdig helsetilbud?
- Forbruk måles som døgnopphold, dagbehandling, polikliniske konsultasjoner og DRG-poeng for bosatte i definerte opptaksområder.

En person bosatt i Kvalsund vil være kategorisert slik:

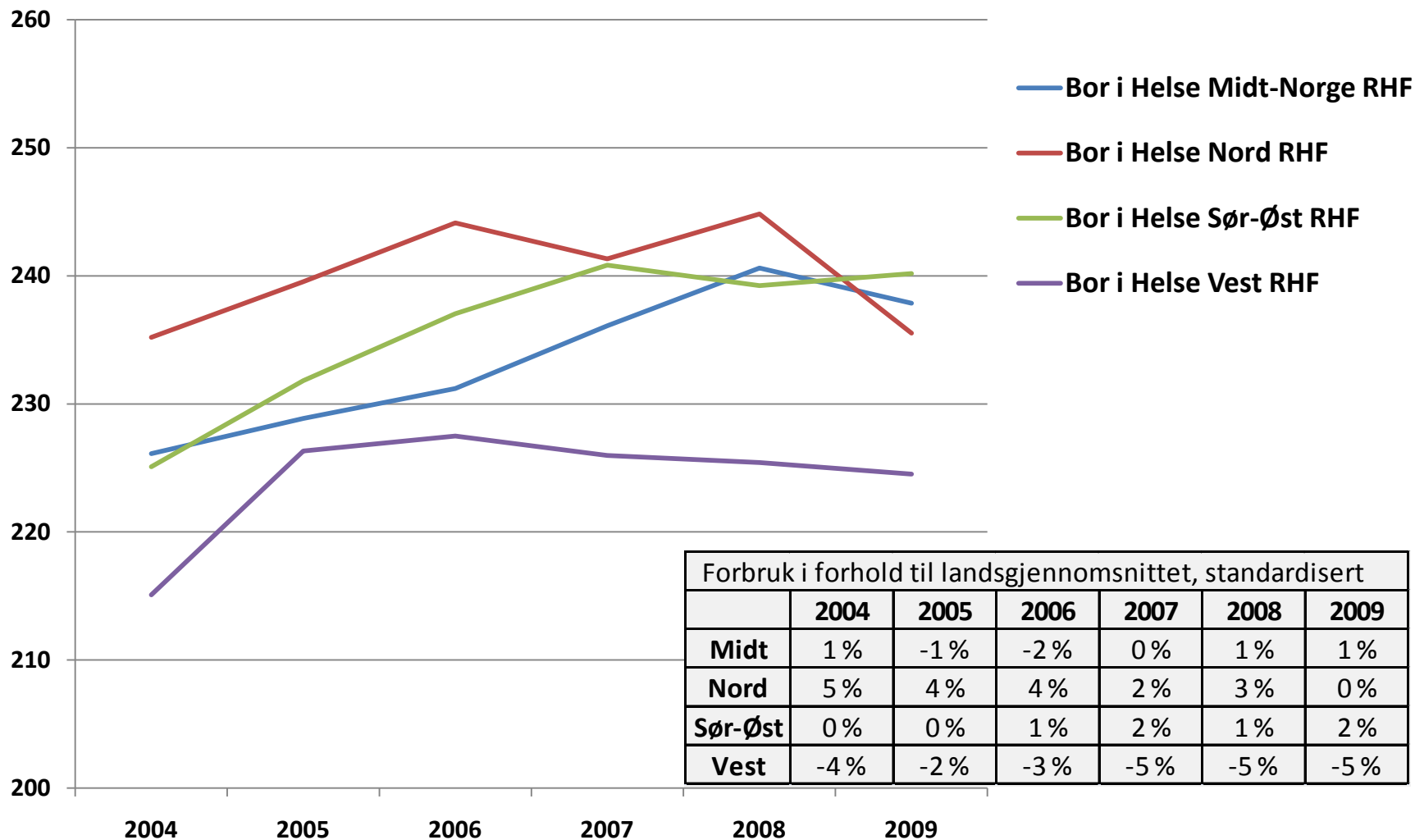
- RHF-nivå ”Bor i Helse Nord”
- HF-nivå ”Bor i Finnmark”
- Sykehus-nivå ”Bor i Hammerfest”

Forbruk i de Regionale Helseforetakene



Befolkningens totalforbruk av DRG-poeng,

dag og døgn. Poeng per 1000 innb per RHF-område. Aldersstandardisert

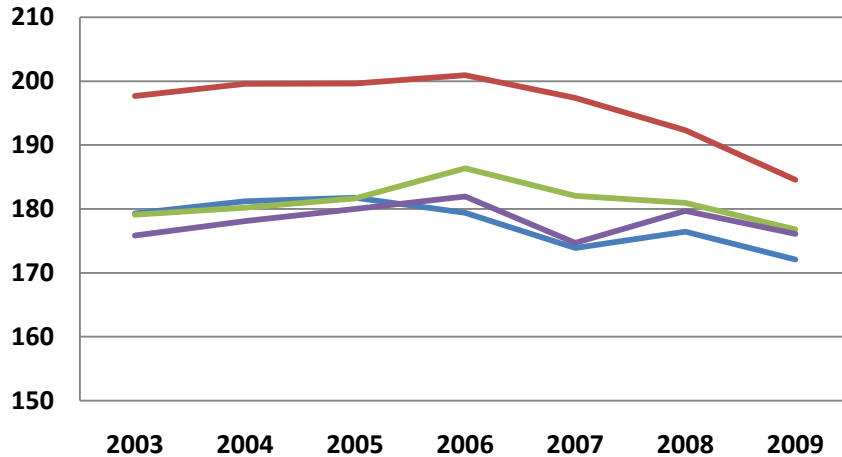


Tidstrend Forbruk, 2003-09

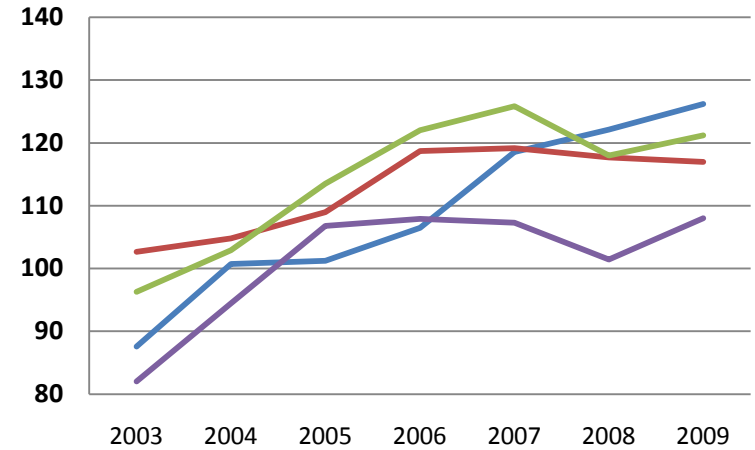
Kontakter pr 1000 innbyggere, per RHF-boområde. Aldersstandardisert.

- Bor i Helse Nord
- Bor i Helse Sør-Øst
- Bor i Helse Midt
- Bor i Helse Vest

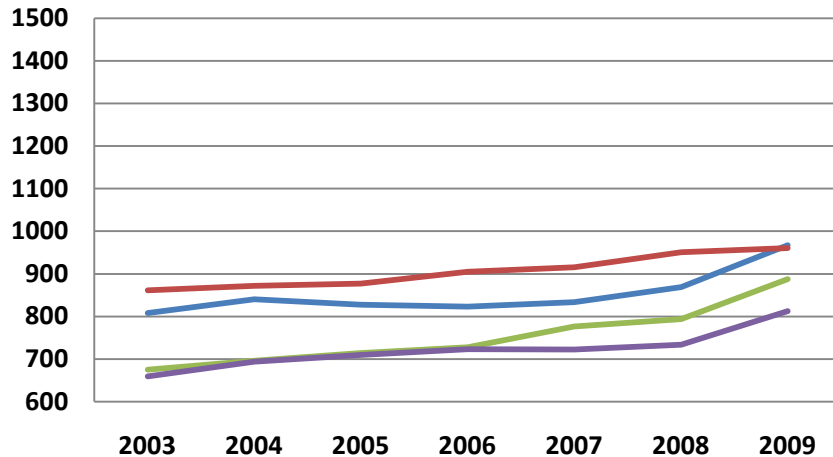
Døgnopphold



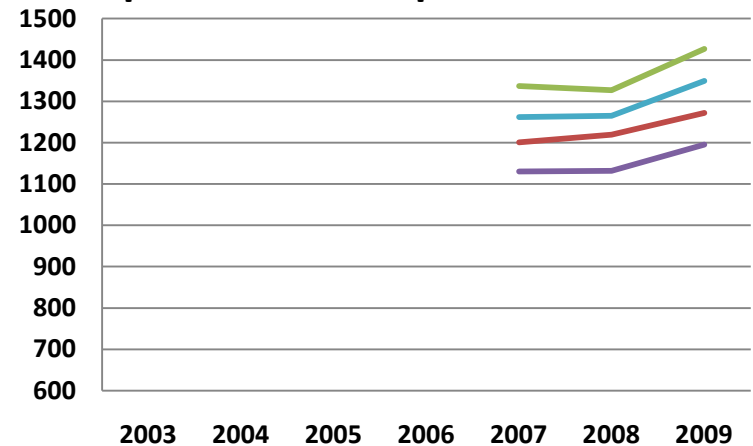
Dagbehandling



Poliklinikk



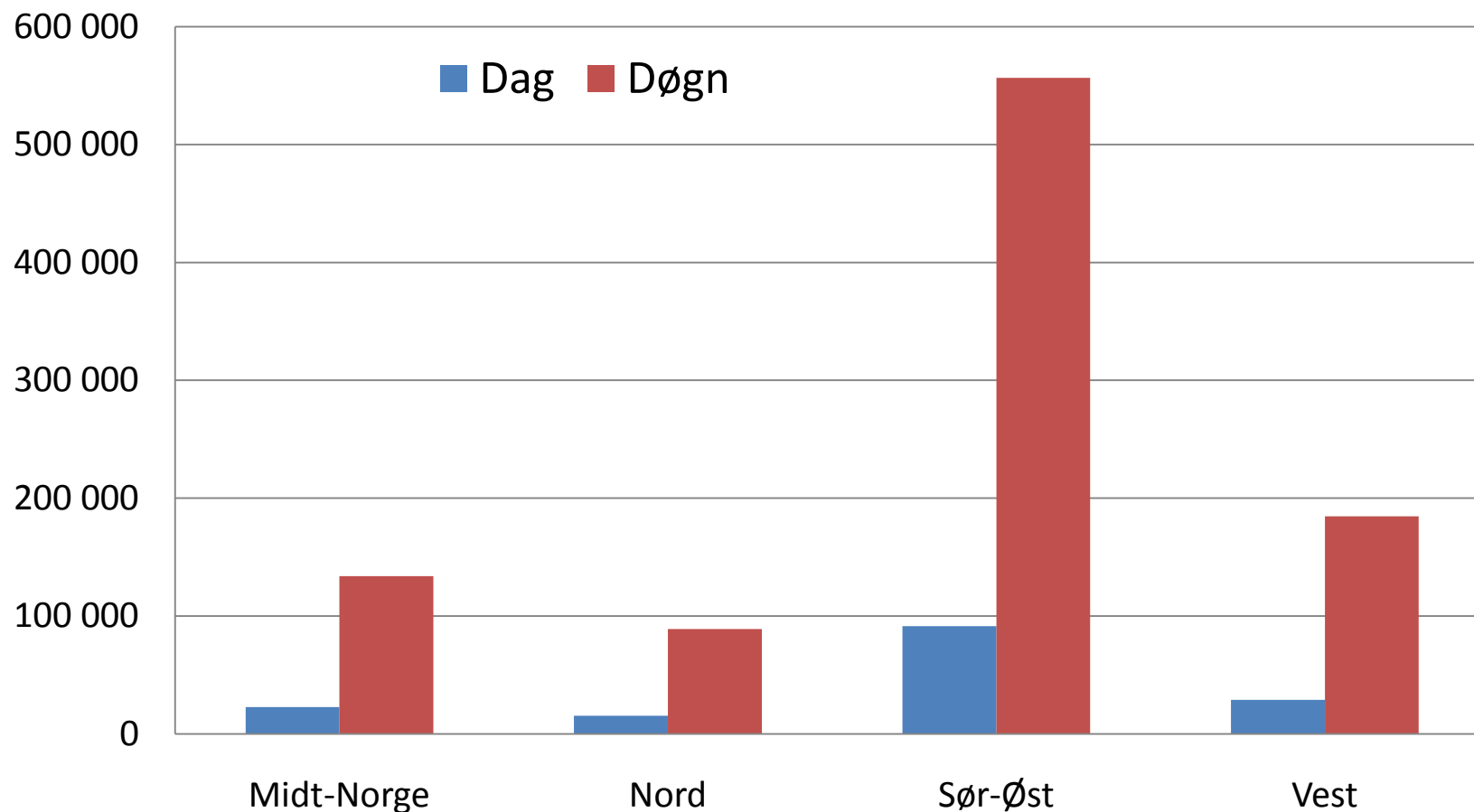
Poliklinikk inkludert private avtalespesialister



Produksjon i RHFene

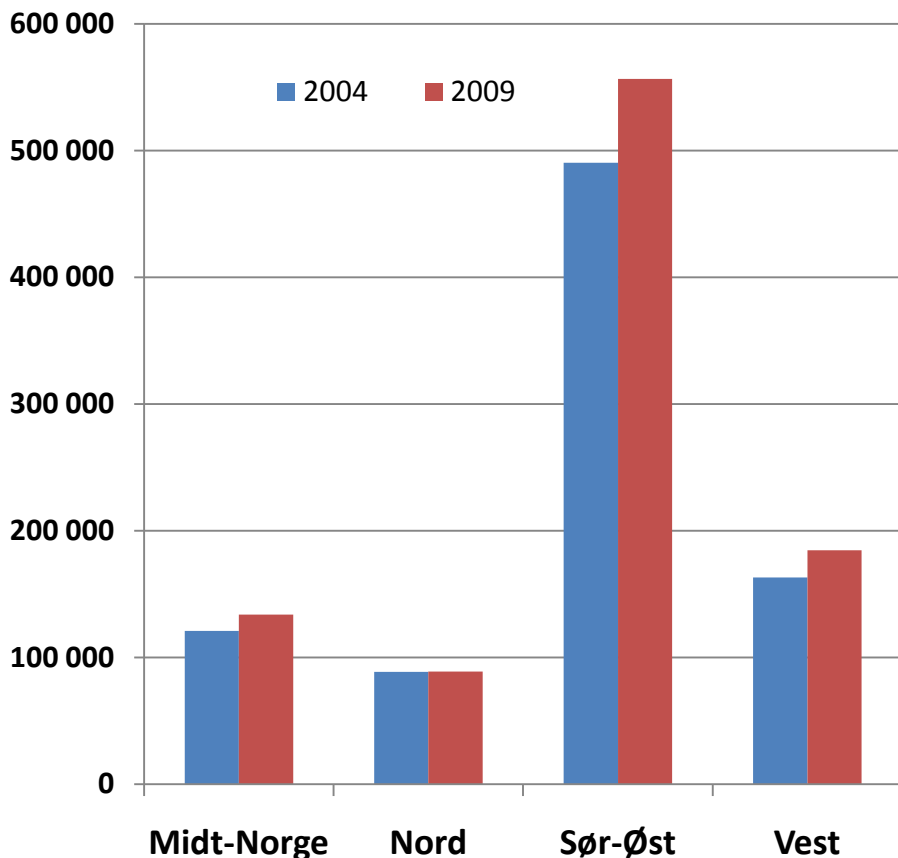


DRG-produksjon i 2009; Dag vs Døgn



Dagbehandling utgjør 14-15 % av total DRG-produksjon, i alle RHFene

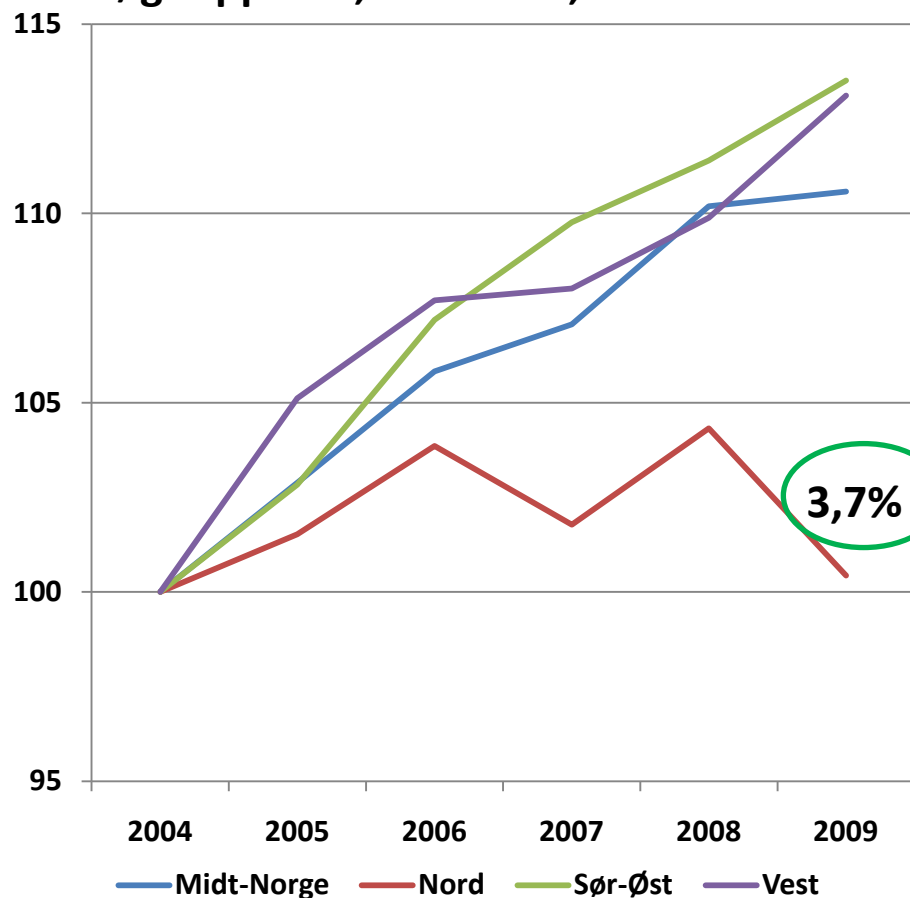
DRG-poeng døgnoophold, 2004 og 2009



Helse Nords andel av produksjon:

- 10% i 2004 (= befolkningsandel)
- 9% i 2009

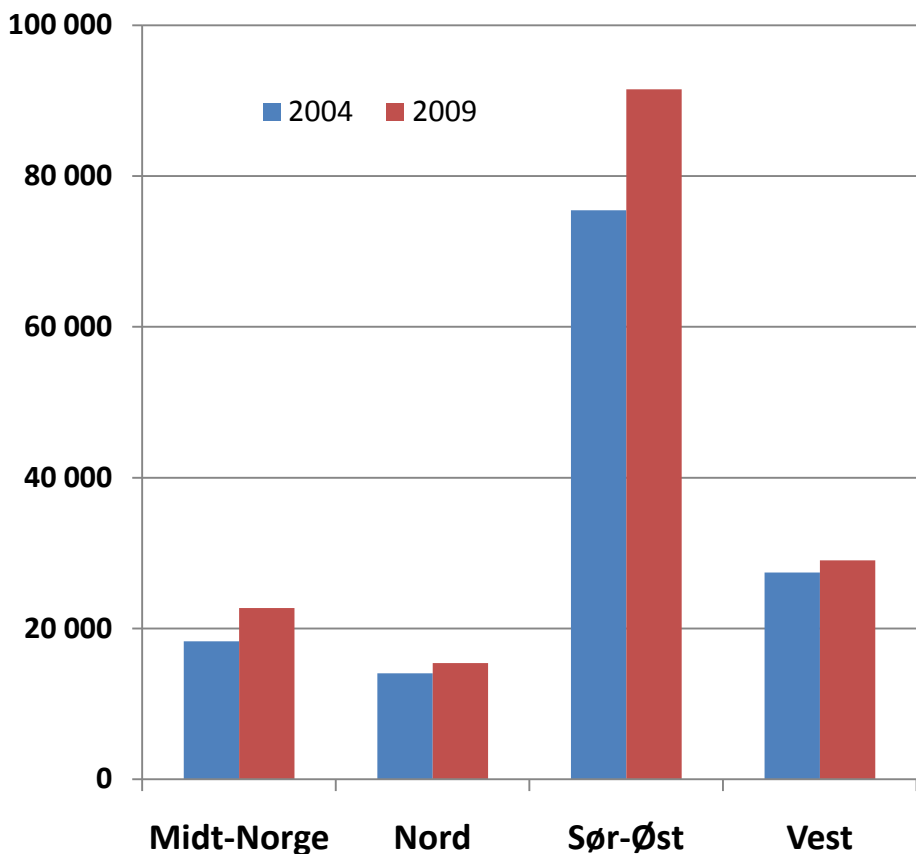
Endringsindeks DRG-poeng for døgnoophold, 2004 – 09, 2004 = 100



Produksjonsendring 2004-2009:

- Landet har økt med 12%
- Uendret i Helse Nord

DRG-poeng dagbehandling, 2004 og 2009

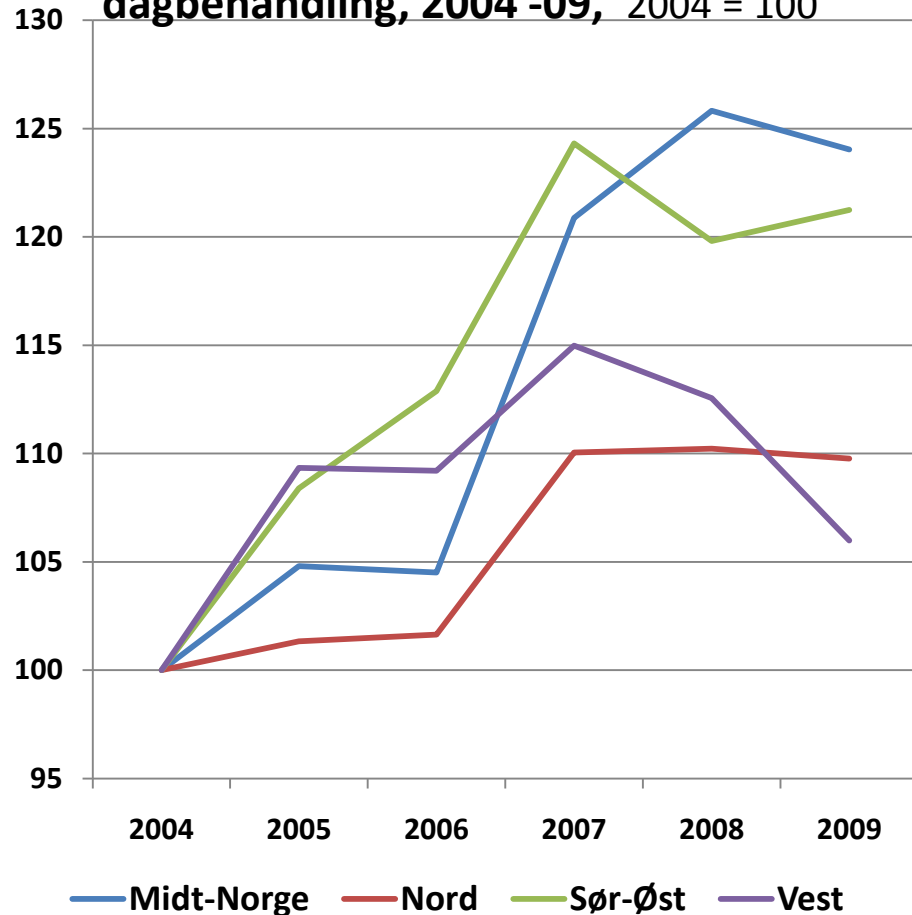


Helse Nords andel av produksjon:

- 10% i 2004 (= befolkningsandel)
- 9% i 2009

Endringsindeks DRG-poeng

dagbehandling, 2004 -09, 2004 = 100



Produksjonsendring 2004-2009:

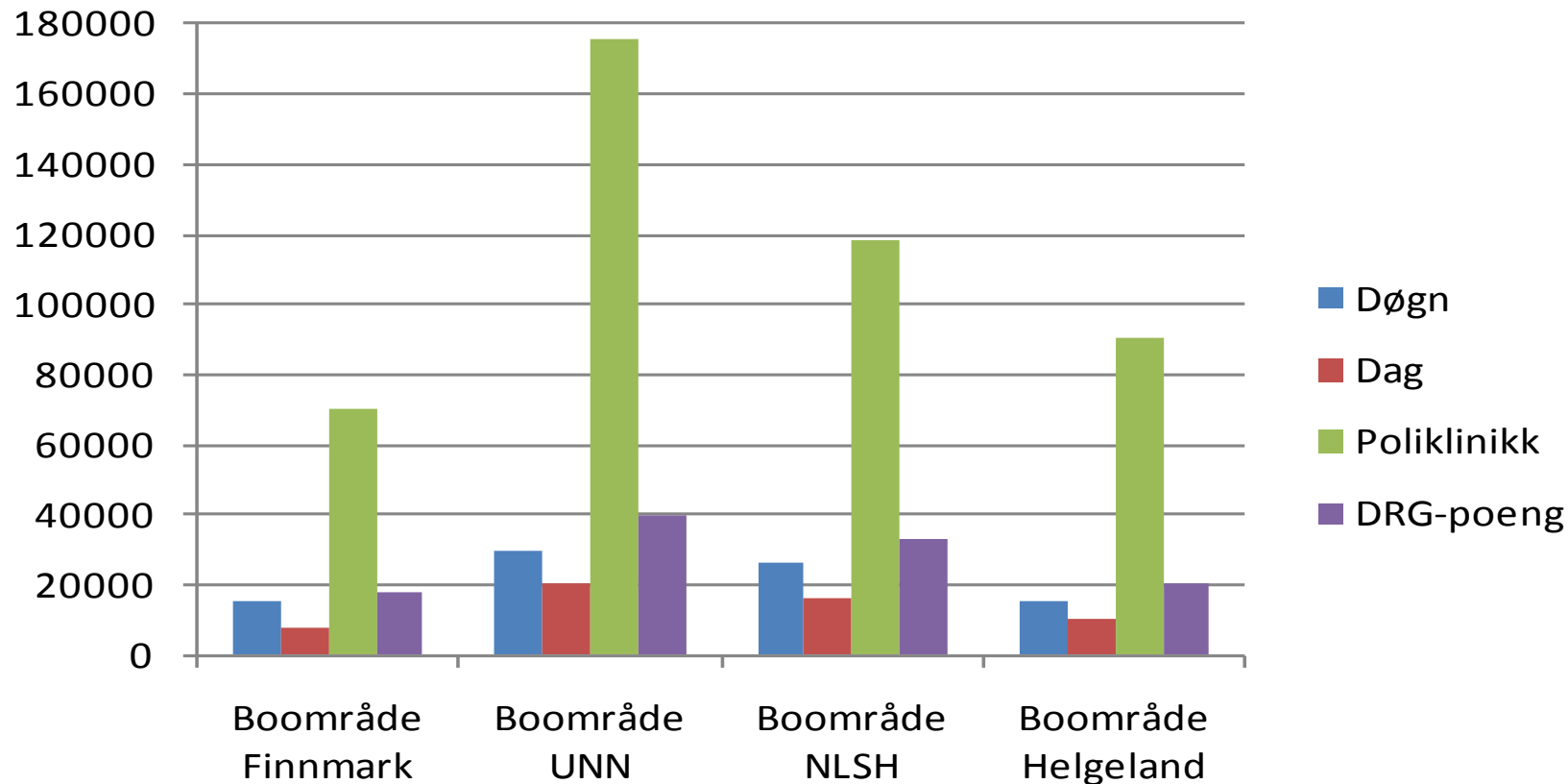
- Landet har økt med 17%
- Helse Nord har økt med 11%

Forbruk i Helseforetaksområdene



Forbruket i helseforetakene i 2009.

Totalt antall kontakter og DRG-poeng.

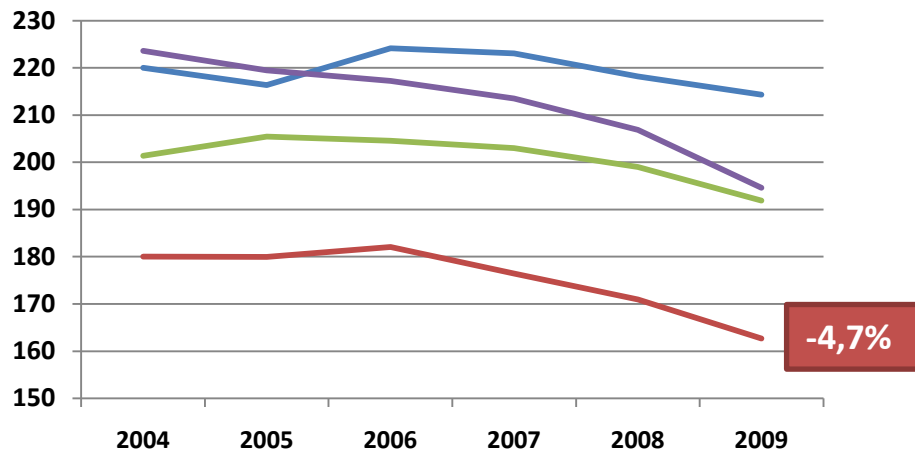


Tidstrend Forbruk, 2004-09

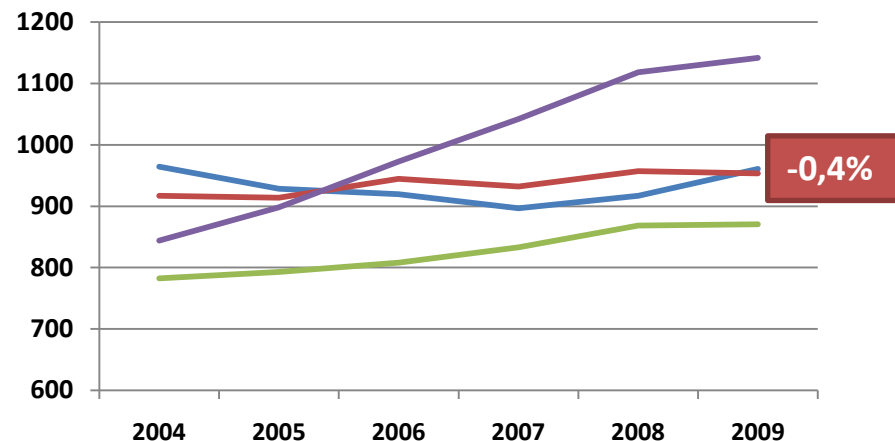
Kontakter pr 1000 innbyggere, per HF-boområde. Alders- og kjønnsstandardisert.

- Boområde Finnmark
- Boområde UNN
- Boområde NSLH
- Boområde Helgeland

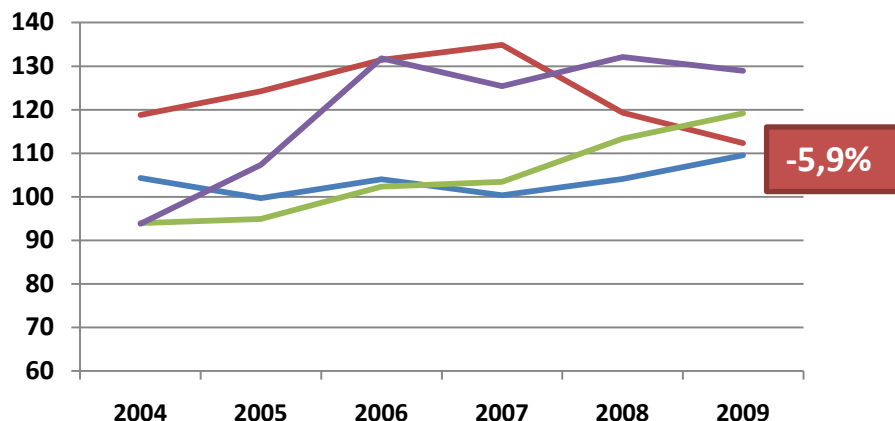
Døgn



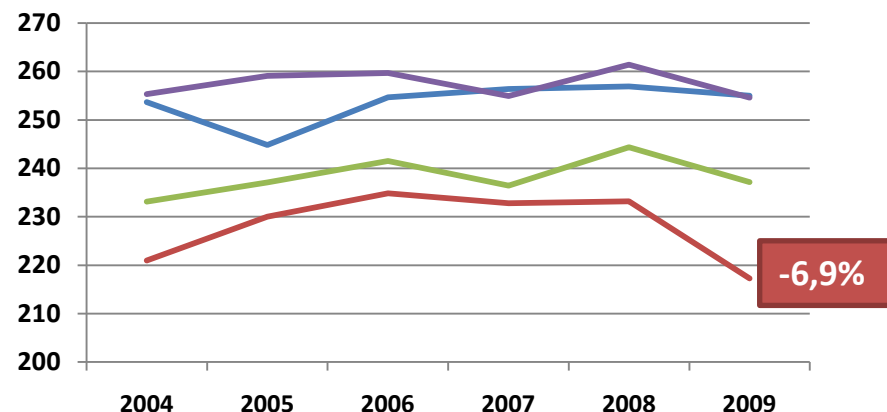
Polikliniske konsultasjoner



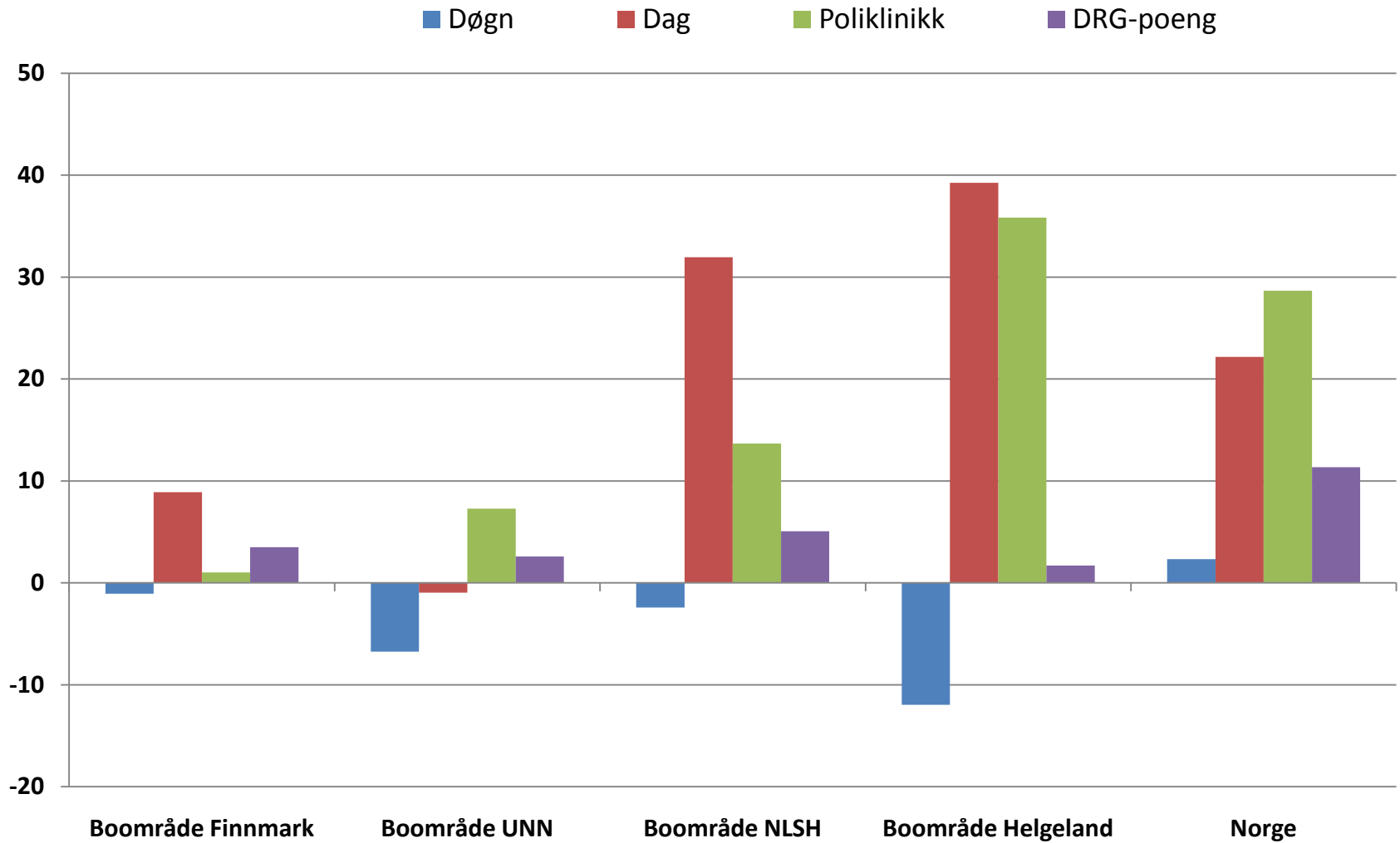
Dag



DRG-poeng

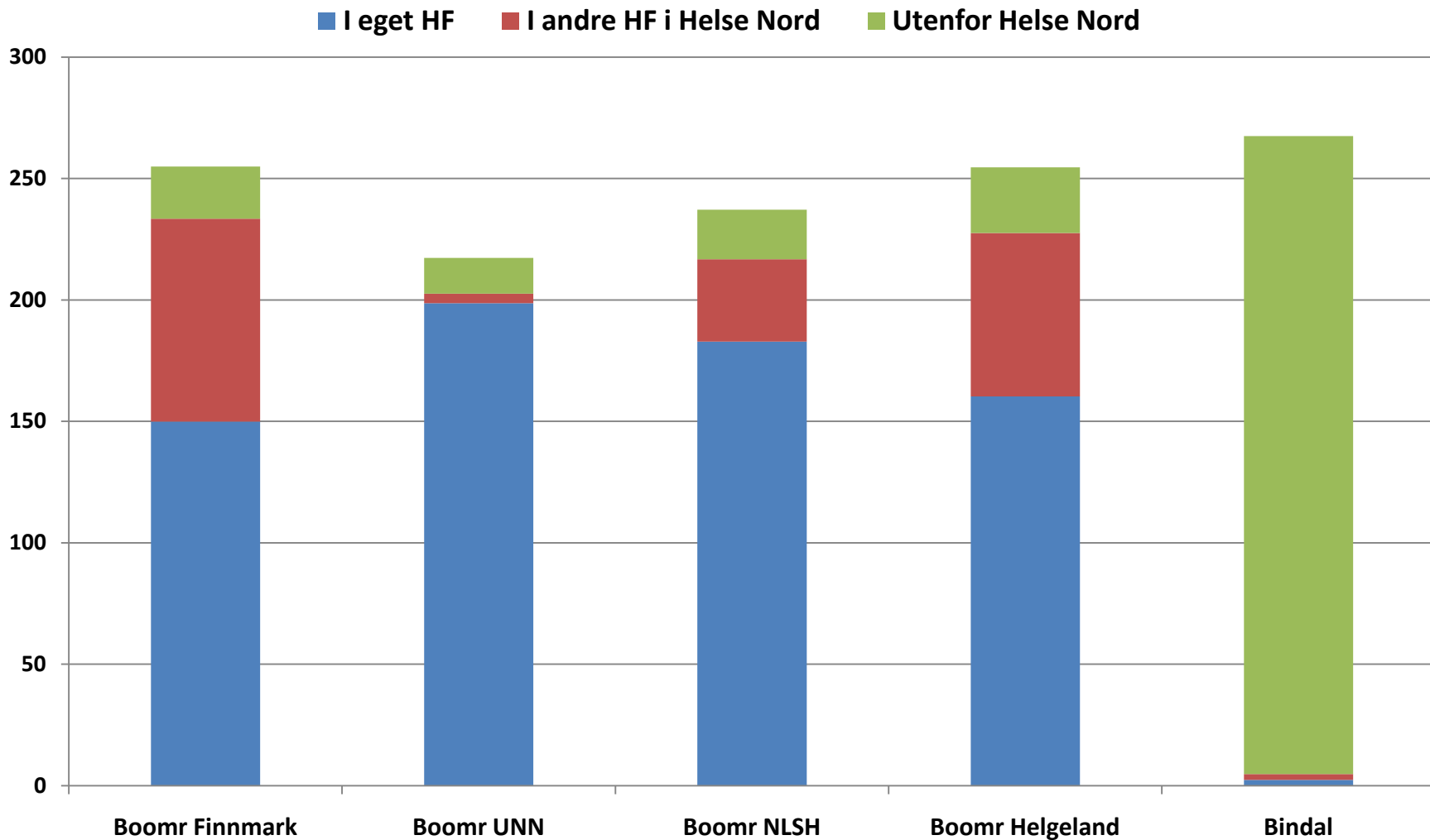


Forbruksendring (%) fra 2004 til 2009



Forbruk DRG-poeng, per HF, 2009

Alders- og kjønnsstandardisert



Befolkningens forbruk av DRG-poeng fordelt på behandlerne HF.

Andel av totalforbruk DRG-poeng per boområde i 2007 og 2009.

Boområde / Behandlerne HF	Boområde Finnmark		Boområde UNN		Boområde NLSH		Boområde Helgeland	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Finnmark HF	56,6%	57,9%	0,3%	0,5%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
UNN HF	34,6%	33,1%	90,8%	91,4%	14,3%	14,1%	12,0%	11,6%
NLSH HF	0,6%	0,2%	1,7%	1,2%	77,4%	77,2%	15,8%	15,2%
Helgeland HF	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	63,4%	63,0%
Andre RHF	6,5%	7,6%	5,8%	5,5%	7,0%	7,6%	8,1%	9,6%
Private inst	1,7%	1,1%	1,3%	1,3%	1,0%	0,8%	0,7%	0,6%
Totalt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Produksjon i Helseforetakene

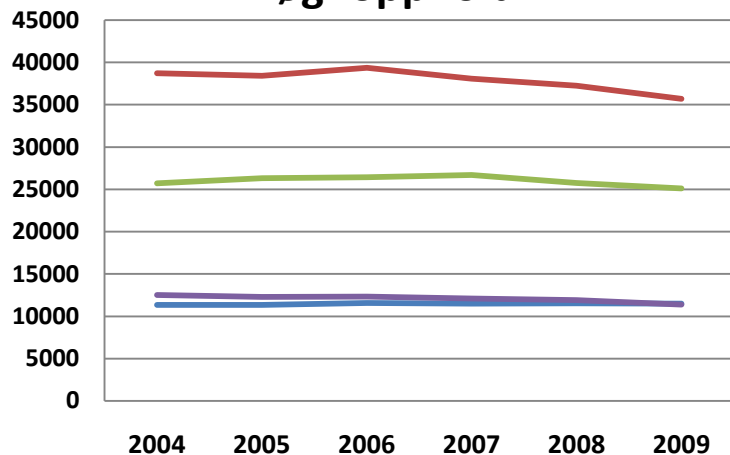


Tidstrend Produksjon, 2004-09

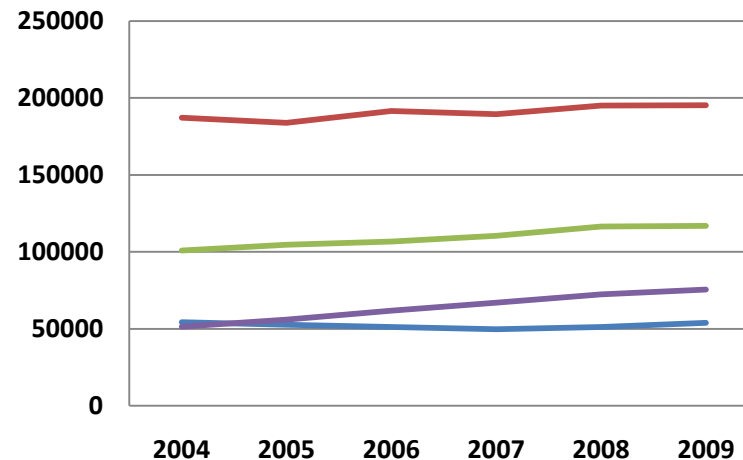
Absolutte tall

- Helse Finnmark HF
- UNN HF
- NLSH HF
- Helgelandsssh HF

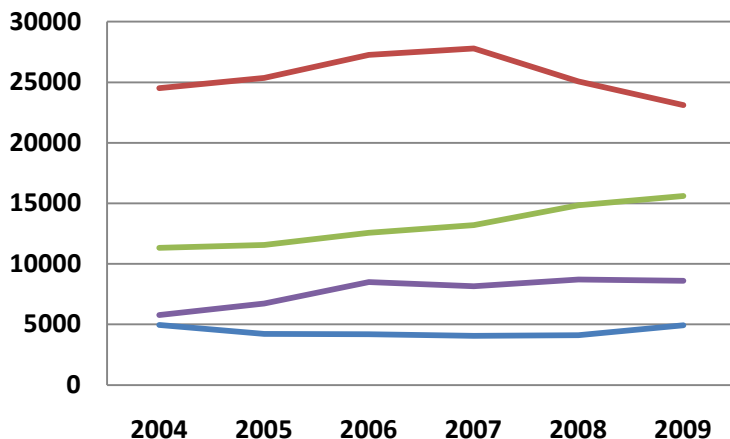
Døgnopphold



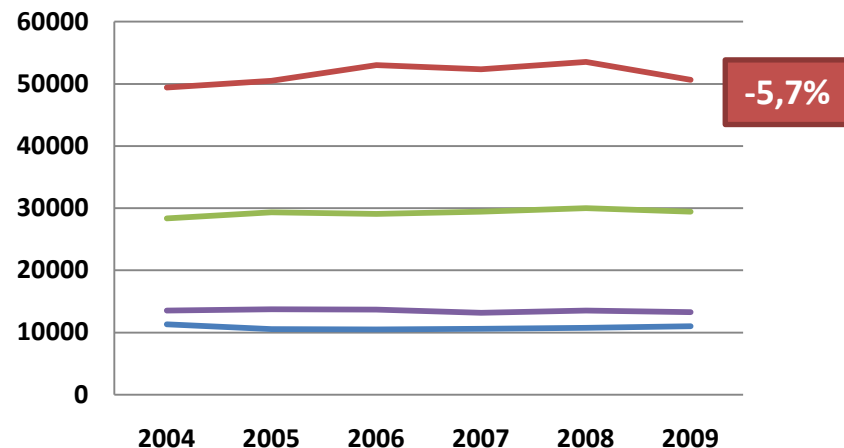
Poliklinikk



Dagopphold

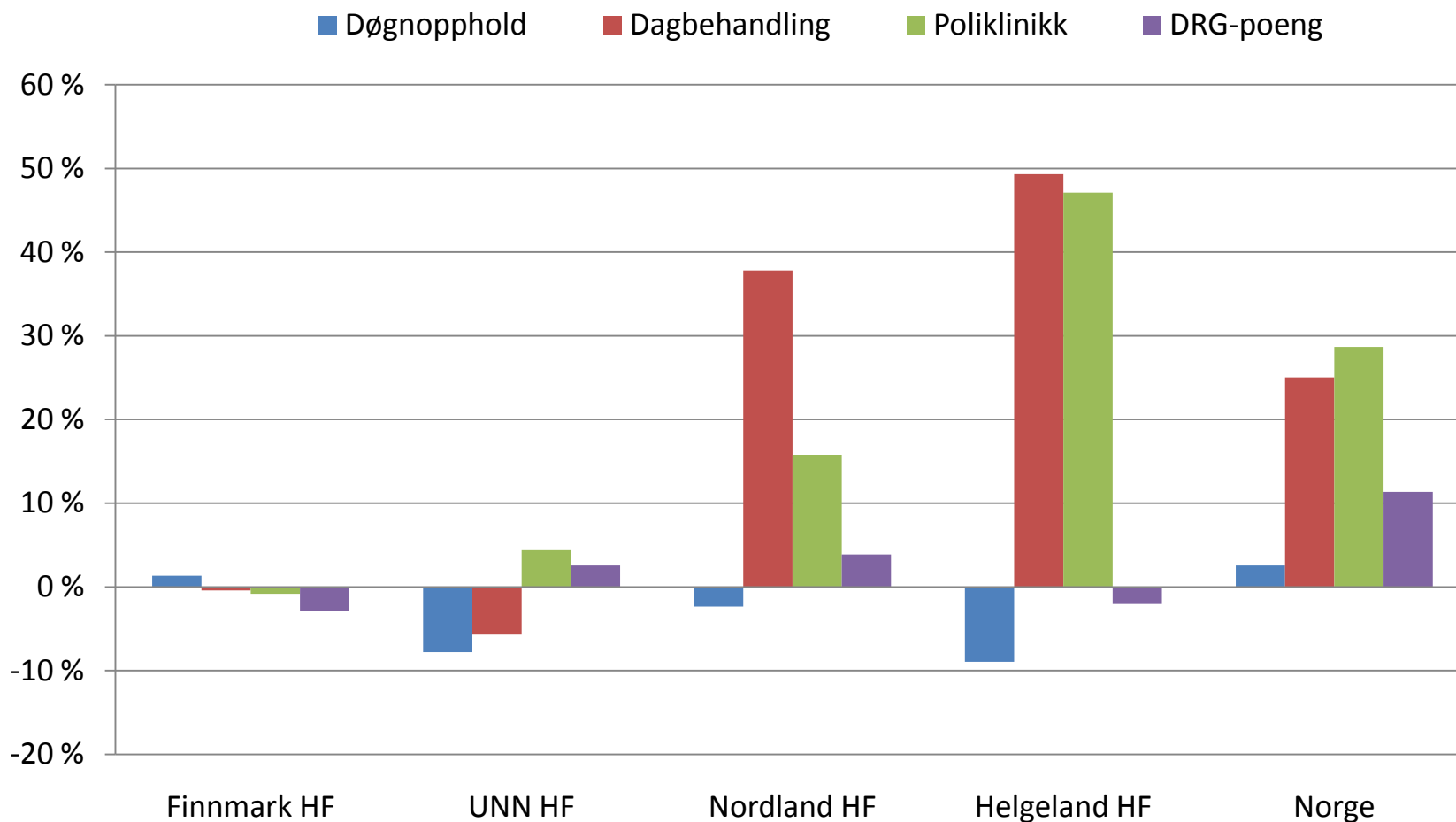


DRG-poeng

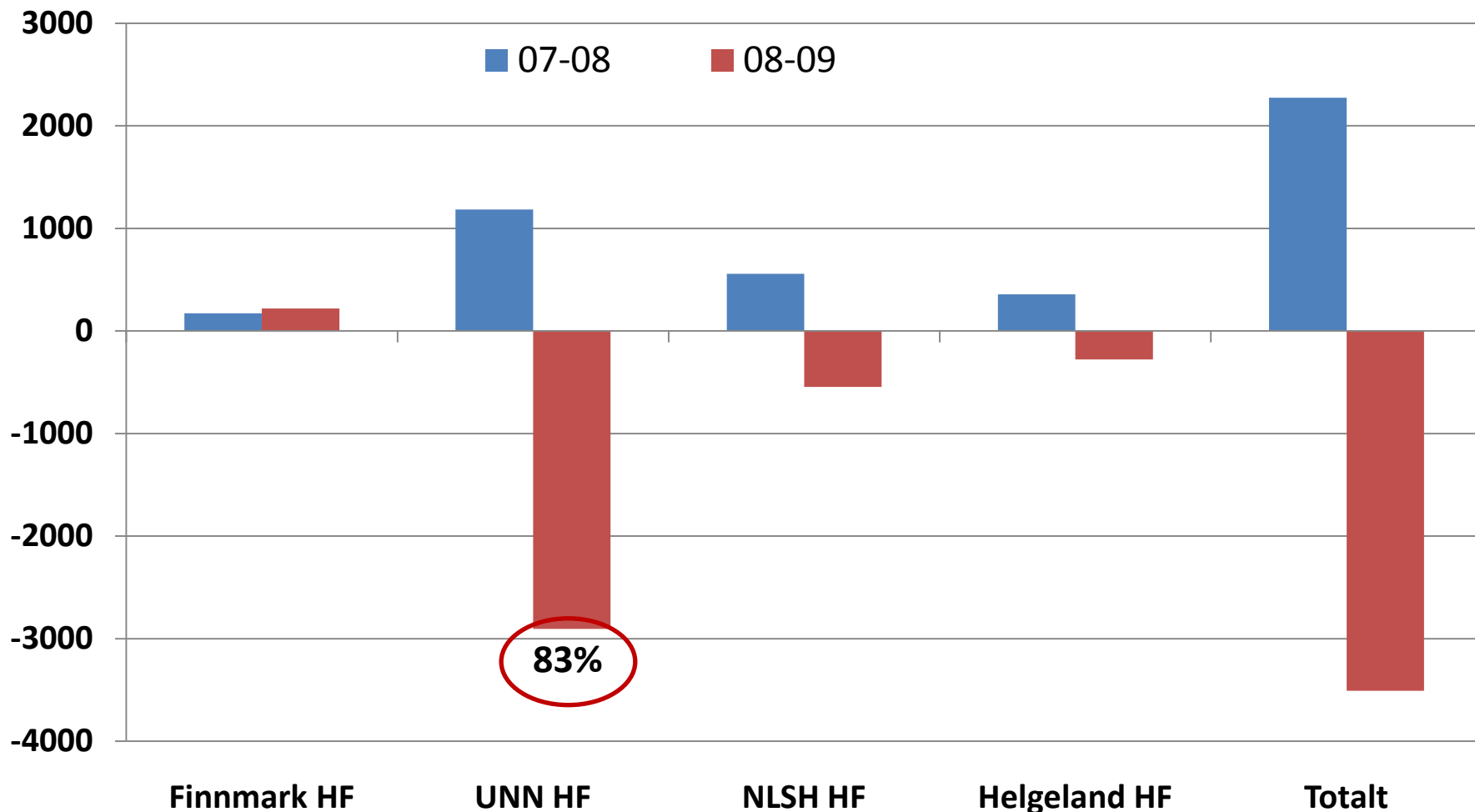


Produksjonsutvikling 2004-09

Prosentvis endring i antall opphold fra 2004 til 2009, etter behandlende HF og for hele landet.



Endring i produserte DRG-poeng (døgn/dag) per HF, perioden 2007-08 og 2008-09



Forholdet mellom befolkningens forbruk og helseforetakets produksjon i 2009.

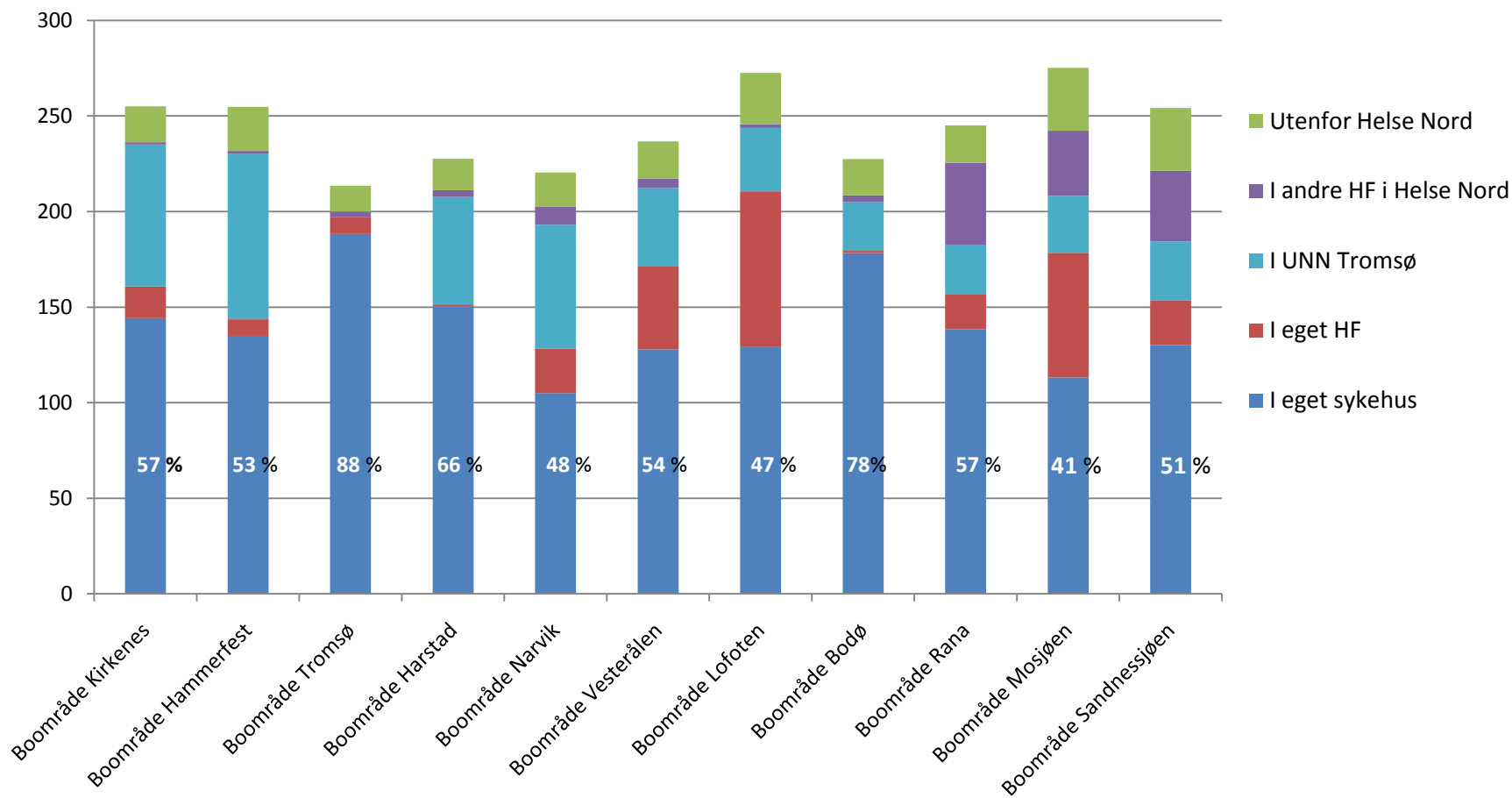
DRG-poeng 2009	Helse Finnmark	UNN	NSLH	Helgeland	Sum Helse Nord
Produsert per HF	10990	50650	29440	13277	104358
Forbruk per boområde	18449	40198	33101	21215	112964
Produksjon minus forbruk	-7459	10452	-3661	-7938	-8606
Andel brukt utenfor eget HF	40,4 %	-26,0 %	11,1 %	37,4 %	7,6 %

Forbruk i lokalsykehusområdene



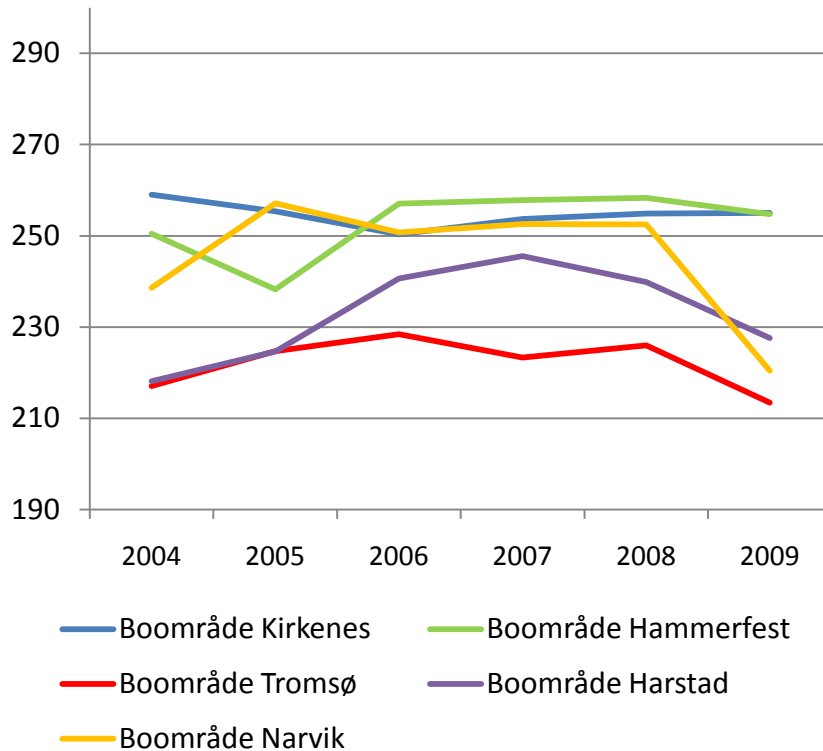
DRG-poeng per 1000 innb i lokalsykehusområdene

Alders- og kjønnsjusterte rater

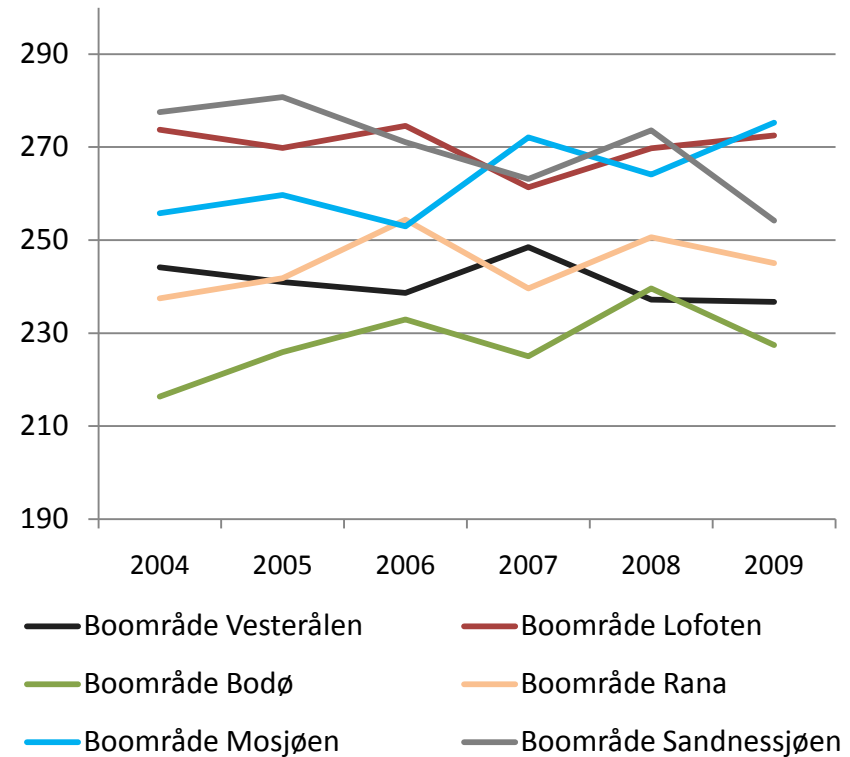


Tidstrend DRG-poeng

Finnmark og UNN-området



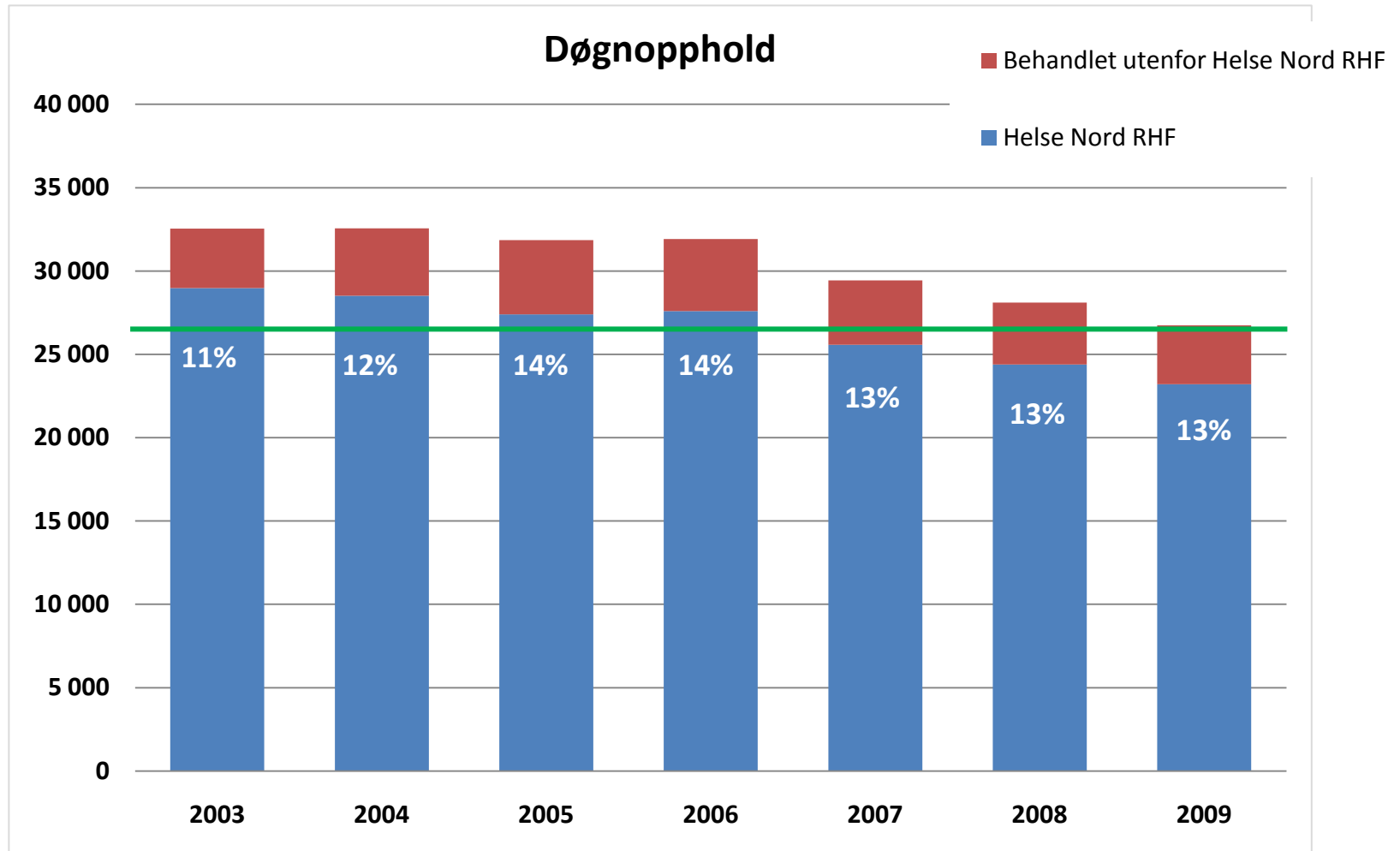
NLSH og Helgeland-området



Ut av Helse Nord

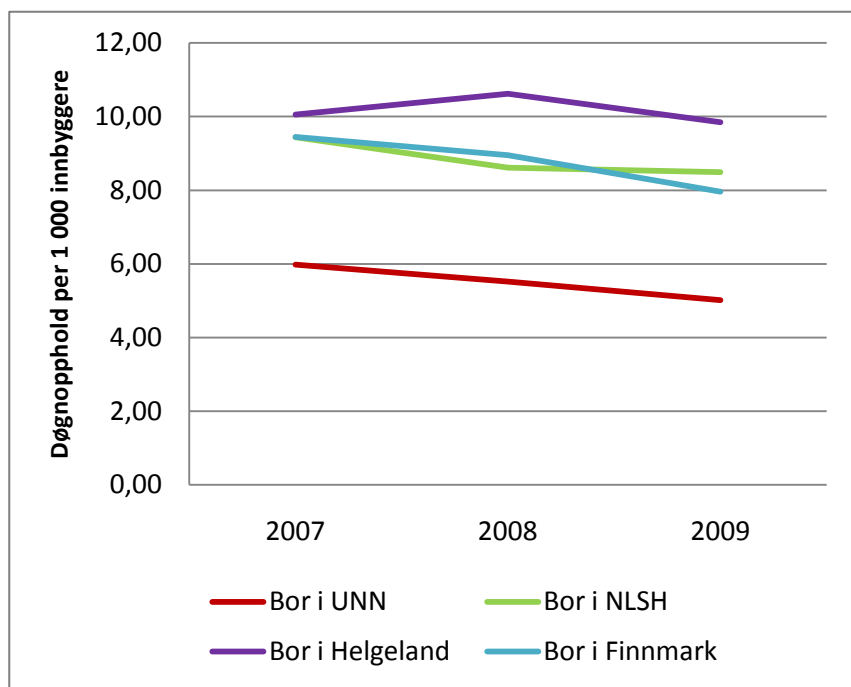


Planlagte døgnopphold i og utenfor Helse Nord

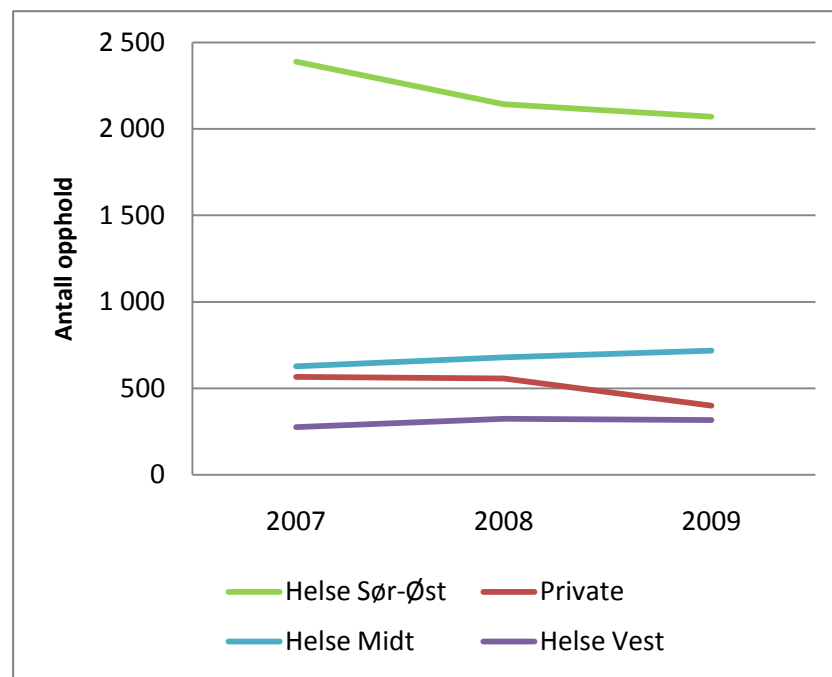


Døgnopphold gjestepasienter fra Helse Nord

Hvor er de bosatt?

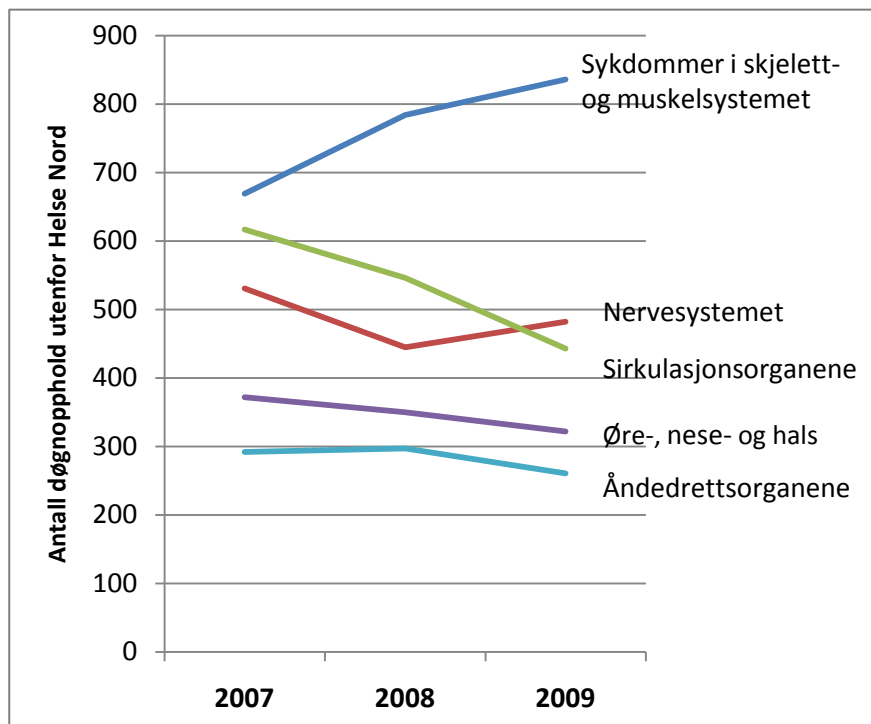


Hvor blir de behandlet?

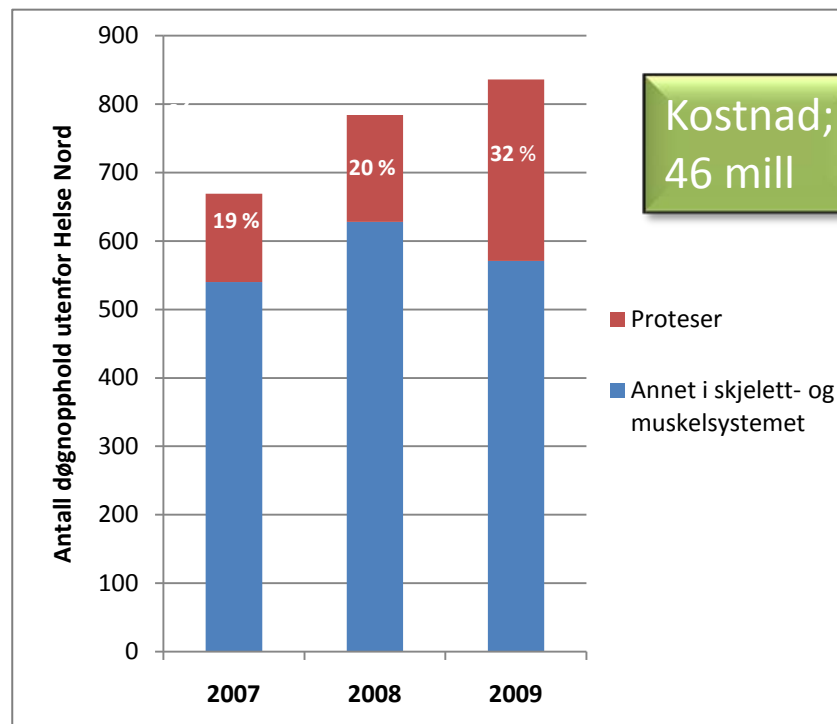


Planlagte døgnopphold utenfor Helse Nord, 2007-09

Største sykdomsgrupper døgnbehandlet utenfor Helse Nord RHF

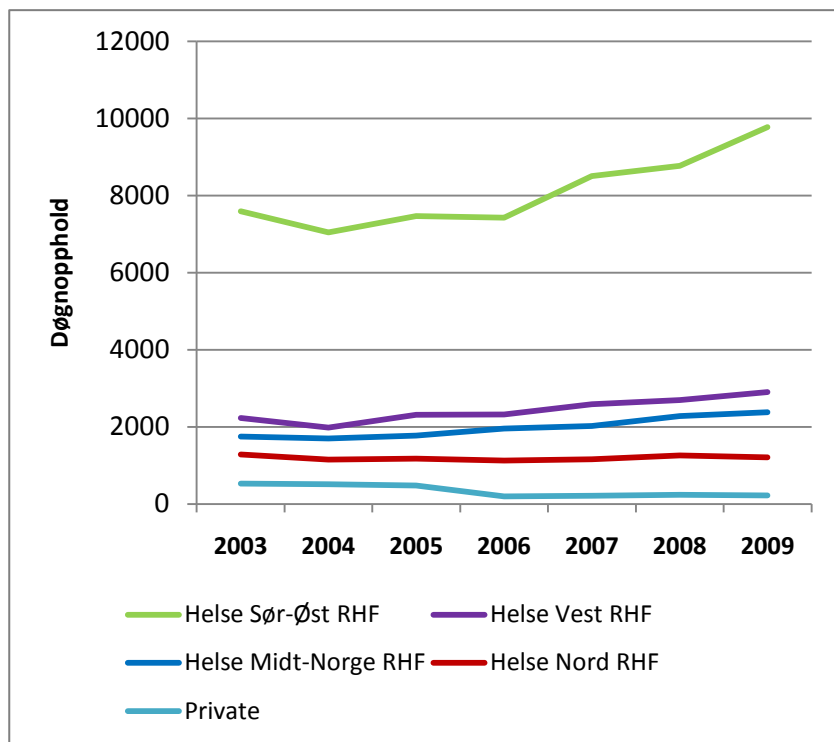


Proteser (kunstig ledd) vs annen behandling for sykdommer i skjelett- og muskelsystemet

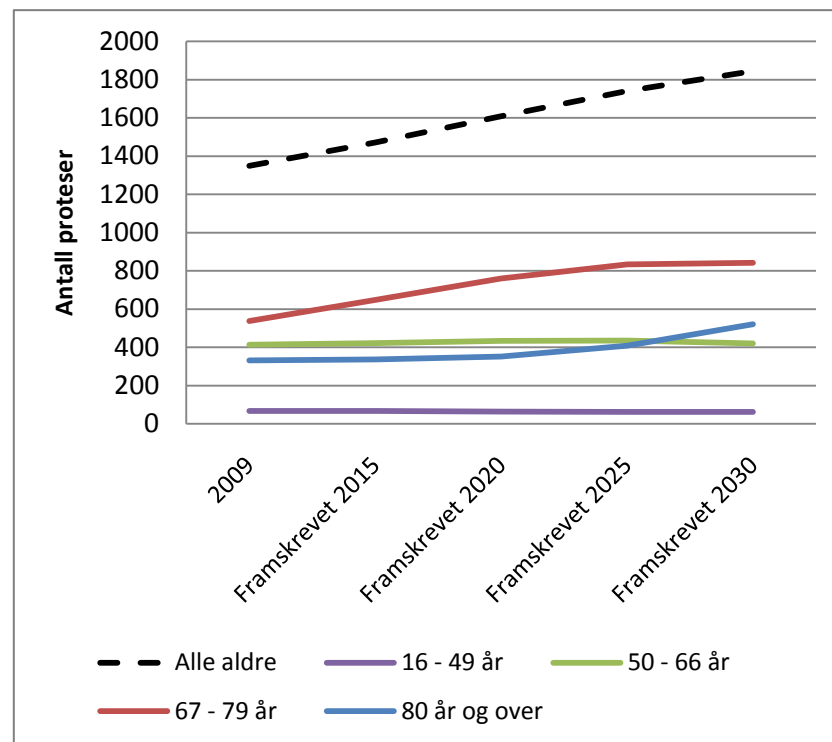


Proteser – behandlingssted og behov

Produksjonssted for proteser 2003-2009, hele Norges befolkning

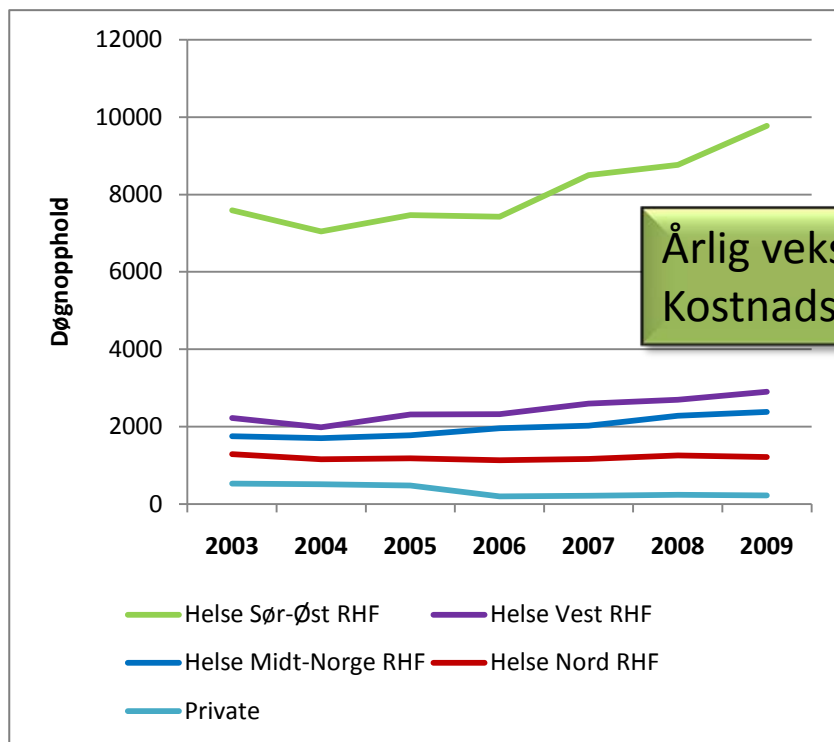


Hva er behov for primærproteser for bosatte i Helse Nord fram mot 2030?

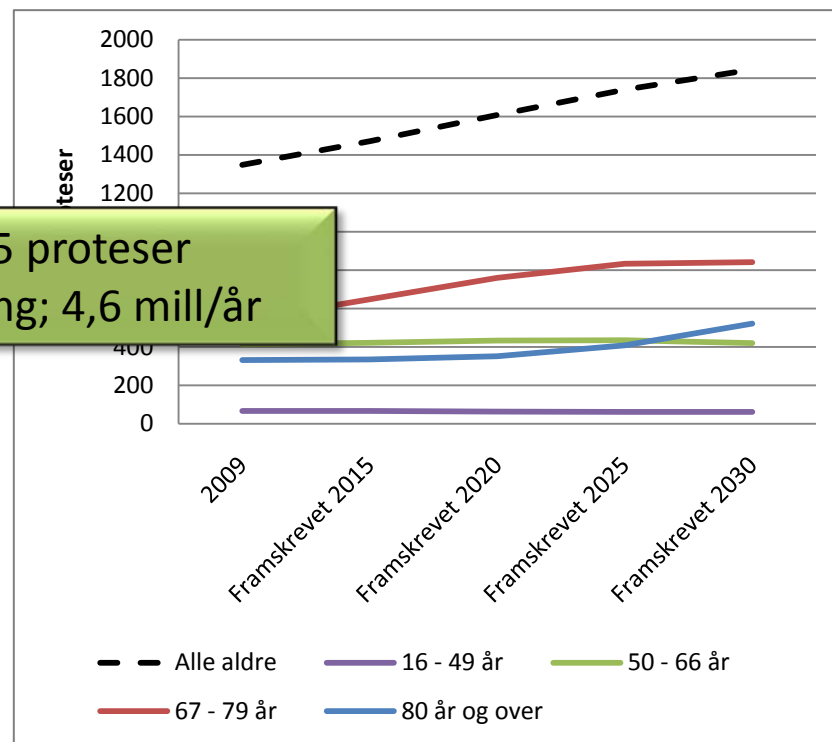


Proteser – behandlingssted og behov

Produksjonssted for proteser 2003-2009, hele Norges befolkning



Hva er behov for primærproteser for bosatte i Helse Nord fram mot 2030?



Hovedpoeng

1. Ikke større forbruk av spesialisthelsetjenester i Helse Nord enn i andre helseregioner
2. Inntektstap (DRG) 2008-09 på 3,3% for Helse Nord RHF
→ 83% av reduksjonen i UNN HF
3. Nedgang 2008-09 i forbruk (DRG) på 6,8% for bosatte i UNN HF sitt opptaksområde

DRG-tap; 3500 poeng
Verdi; 123 mill kroner
40% refusjon; 49 mill kroner