

Jorun Ramm

Utsyn over helsetjenesten

Utviklingstrekk for helsetjenesten

Det offentlige bruker stadig mer på helse, og helsesektorens andel av totale offentlige utgifter ser ut til å øke. Ved tusenårsskiftet brukte vi godt over 100 milliarder kroner på helse. Av dette finansierte det offentlige om lag 85 prosent. Til tross for at vi prioriterer helse høyt utgiftsmessig, overstiger likevel behovet for helsetjenester tilbudet. Det er en utbredt oppfatning i helsemiljøer at manglende resultater kan forklares med utgangspunkt i organisasjon og struktur, mer enn i ressurstilgangen til sektoren (jf. helseministerens redegjørelse 4. mars 2002

(www.odin.dep.no/shd)). Enkelte helseøkonomer hevder også at utgiftsnivået til helsetjenester har nådd et punkt hvor økte bevilgninger fører til marginale endringer i helsetilstanden (bl.a. Haug 2001). Dette har avstedkommet krav om bedre ressursutnyttelse og større effektivitet i sektoren, jf. hovedmålene i *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal Helseplan* (St.meld. nr. 41, 1987-88) og bl.a. St.meld. nr. 50, (1993-94) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Sektoren har vært preget av et løpende endrings- og utviklingsarbeid. Flere større reformer kom på 1990-tallet. Både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har gjennomgått betydelige endringer i organisering og finansiering. Endringene omfatter nye organisa-

sjonsformer som sammenslåinger av mindre sykehus til mer spesialiserte enheter, nye ledelsesformer, innføring av aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten, og fastlegeordning i primærhelsetjenesten. På andre halvdel av 1990-tallet ble det utarbeidet en rekke offentlige utredninger, meldinger og planer der tilskudd ble øremerket særskilte satsingsområder. Det gjelder "*Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet* (St.meld. nr. 50, 1996-97), *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006* (St.prp. nr. 63, 1997-98) og *Nasjonal kreftplan 1999-2003*."

Økonomiske rammer for helsetjenesten

Beregninger (nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå) viser at summen av totale helseutgifter i 1999 utgjorde om lag 8,5 prosent av bruttonasjonalprodukt (BNP). Helseutgifter i prosent av BNP er en angivelse av hva vi bruker på helsefremmende tiltak i forhold til vår samlede økonomi. Utgiftsandelen var relativt stabil rundt 8 prosent tidlig på 1990-tallet, men økte til 8,5 prosent i 1998 og 1999. De foreløpige beregningene viser at helseutgiftene fortsatte å øke også i 2000 og 2001, men svært høye priser på olje og gass, særlig i 2000, medførte at helseutgiftenes andel av BNP ble redusert til 8 prosent i 2001. Utgiftene til helseformål

omfatter alle utgifter, både private og offentlige, som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester i tillegg til *helse-relaterte* utgifter til pleie- og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede. Ved beregning av totale utgifter til både helse, pleie- og omsorgsformål, også *velferdsrelaterte* utgifter til eldre og funksjonshemmede, utgjør disse om lag 9-10 prosent av BNP. Det offentlige finansierer godt over 80 prosent av helseutgiftene. Stat og kommune finansierer løpende drift (bl.a. lønn) og investeringer (utstyr) i sykehus og primærlegetjeneste, forebyggende helsevirksomhet og refunderer husholdningenes utgifter til medisiner, legebeseøk, tannlegebeseøk mv. Staten, inkludert folketrygden, har i løpet av 1990-tallet tatt en større andel av finansieringsbyrden. Noe av årsaken til den økte statlige byrden finnes i innføringen av innsatsstyrt finansiering av sykehusene i 1997 og øremerking av tilskudd (Nørgaard 2000). Kommuner og fylkeskommuner har redusert sin andel av utgiftene tilsvarende. Privat sektors bidrag til finansieringen av helseutgiftene, som i hovedsak omfatter egenandeler for medisiner eller lege-/tannlegebeseøk, har holdt seg stabilt på om lag 15 prosent. Se artikkelen om "Utgifter til helseformål" av Ann Lisbet Brathaug for oversikt og gjennomgang av finansielle aspekter ved helsetjenesten.

Poster i det offentlige helsebudsjettet

For enkelte utgiftsposter i helsebudsjettet har det nærmest vært en fordobling. De største enkeltpostene gjelder somatisk spesialistomsorg (sykehus/institusjoner) og eldreomsorg. Nærmere halvparten av de offentlige helseutgiftene går til spesialisthelsetjenestene. Mye av endringene avspeiler administrative forhold med omrokking av utgifter. Det har blant annet vært en nedbygging av spesialist-

sykehusene og de små fylkessykehusene, mens det har vært en tilsvarende satsing på regionsykehus og fylkessykehus. Likeledes har det vært en sterk utbygging av psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus i perioden 1990-1998. Somatiske institusjoner (sykehus, sykestuer, fødestuer, spesialsykehjem, somatiske oppføringsinstitusjoner mv.) har hatt en noe kraftigere utgiftsvekst enn psykiatriske institusjoner. Lønn er den klart største utgiftsposten i helse- og omsorgstjenesten. Mellom 70 og 80 prosent av driftsutgiftene ved helseinstitusjonene går til lønn. Lønnsutgiftene har økt på 1990-tallet, sterkest i siste del. Ved somatiske sykehus er utgifter til medisinske forbruksvarer og medikamenter også en stor utgiftspost. Se artikkelen "Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner" av Elisabeth Nørgaard for (fylkesvis) fordeling av utgifter til spesialisthelsetjenester i henholdsvis somatisk og psykiatrisk sektor.

Helseutgiftene øker også i andre land

I likhet med i Norge, øker helseutgiftene i de fleste OECD-land. Det dreier seg om land der det offentlige finansierer hovedtyngden av utgiftene. I snitt finansierer det offentlige om lag tre fjerdedeler av helseutgiftene i OECD-land. Andelen av BNP som settes av til dekning av helseutgifter, sier noe om hvor mye ressurser som brukes på helse og dermed indirekte noe om prioriteringen av området. Frankrike blir i mange sammenhenger trukket fram som et land med noen av verdens beste helsetjenester. I WHO's World Health Report 2000 blir Frankrike framhevet som det landet som "*provides the best overall health care*" (WHO 2000). I sammenligningen til WHO rangeres Norge som nummer 11. Dette er høyere rangering enn de andre skandinaviske landene, mens USA, som relativt sett

bruker mest penger på helse, rangeres som nummer 37. Mer om internasjonal statistikk om utgifter til helse og helse-regnskap finnes i artikkelen om "Utgifter til helseformål" av Ann Lisbet Brathaug.

En sektor som synes umettelig

På andre del av 1990-tallet har det vært en vekst i driftsutgiftene ved norske sykehus, nærmest en fordobling i medisinsk kvalifisert personell, og flere behandlede pasienter. Til tross for økte ressurser er det kronisk personellmangel ved mange sykehus og helsekøene består. Det er lansert ulike teorier for hvorfor etterspørselen etter helsetjenester anses som uten grenser. En teori er at tilbudet genererer sin egen etterspørsel. Flere leger og sykepleiere, mer avansert medisinsk utstyr for behandling av ulike lidelser og nye behandlingsmetoder på stadig flere områder virker som en katalysator på etterspørselen. Det skapes også forventninger i befolkningen til hva moderne medisin er i stand til å få til. Økt etterspørsel og større forventninger til medisinsk behandling fra brukere og pasienter utløser behov for økte investeringer og mer helsepersonell. En annen teori er relatert til prising av tjenestene. I henhold til helseøkonomiske teorier vil etterspørselen alltid overstige tilbudet når prisen på tjenestene ikke reflekterer kostnadene ved å produsere dem. I dag er en del helsetjenester gratis, mens det for andre tjenester beregnes egenandeler. Av fordelingsmessige hensyn er tjenestene priset slik at den økonomiske terskelen for å benytte seg av tilbudene, er lav. Dersom prisene hadde reflektert det reelle kostnadsnivået, hadde tilbudene sannsynligvis ikke eksistert eller de ville

være for kostbare for folk flest (f.eks. hofteoperasjoner).

Mer opplyste og krevende pasienter

Helsetjenesten er et eksempel på en sektor med sterk offentlig regulering. Fordi tjenestene i hovedsak finansieres med statlige midler, er det behov for kontroll med hvordan midlene forvaltes. Ut fra ansvaret for befolkningens helse og velferd er styring med sektoren nødvendig for å ivareta forebyggende helseoppgaver og holde en helsemessig beredskap.

I brukerperspektiv har offentlig styring vært nødvendig på grunn av sektorens høye spesialisering og kunnskapsnivå. Forholdet mellom lege og pasient er kunnskapsmessig skjevt, og begrenser pasientenes medbestemmelse og innflytelse på beslutninger som tas om behandling og helbred. Brukerne av tjenestene har verken tilstrekkelig kunnskap eller innsyn til å kunne gjøre selvstendige valg i forhold til tilbudet som finnes. Slik behandlingshierarkiet er bygget opp, er det allmennlegen pasienten møter ved sykdom eller helseplager. Tilbudet pasientene mottar er således avhengig av allmennlegens vurderinger og tiltak, samt kunnskap om tilgjengelige tilbud i spesialisthelsetjenesten, for henvisning. Allmennlegene har med andre ord en sentral rolle i det medisinske behandlingshierarkiet.

I tillegg til at spekteret av helsetjenester er utvidet, har myndighetene gjennom politiske signaler og vedtak¹ lagt til rette for større individuell frihet og økte rettigheter vis-à-vis helsetjenesten. Dette er

¹ Pasientrettighetsloven av 1/1 2001 gir pasienter rett til medvirkning og rett til informasjon, inkludert journalinnsyn. En av rettighetene er fritt sykehusvalg. Pasienten skal kunne velge et annet sykehus enn det han geografisk sogner til. Loven pålegger også fylkene å ha pasientombud.

signaler i retning av at brukerne skal stille krav og forvente en rimelig standard på helsetjenestene. Det dreier seg om fastlegerelasjon, utvidede pasientrettigheter, ventelistegarantier, fritt sykehusvalg mv. Økt tilgjengelighet til informasjon, større kunnskap om sykdom og behandlingsmetoder og større innsyn i sektoren har ført til at brukerne er en mer aktiv part i relasjonene. Dette har sannsynligvis også resultert i at mange kronikere og langvarig syke pasienter, ut fra tidligere erfaringer med helsetjenesten, i dag gjør mer velinformerte valg og også kommuniserer bedre med helsepersonellet? Den enkeltes ressurser varierer imidlertid systematisk mellom befolkningsgrupper og er betinget av forhold som sosialt nettverk og utdanningslengde. Påstanden om at man skal være frisk og ressurssterk for å få den hjelpen man trenger i helsevesenet, er med andre ord ikke helt uten hold i virkeligheten. I artikkelen av Jon Erik Finnvoll "Er det behovene som bestemmer bruken av legespesialistene" behandles tematikk relatert til tilgjengelighet til helsetjenester. I hvilken grad bestemmer brukernes behov og ressurser bruk av helsetjenester med ulik spesialisering? Artikkelen ser på hvilken type behandlere som foretrekkes, og veien gjennom behandlingshierarkiet.

Økende behov for helse- og omsorgstjenester – går vi riktig vei?

Utviklingen i befolkningens helse har blitt både bedre og dårligere. Vi ser en bedre objektiv helse ved at dødeligheten har gått ned og levealderen øker, og en dårligere subjektiv helse ved at vi ser mer sykdom, flere plager og mer uførhet (Haug 2001, Ramm 2000). Befolkningens oppfatning av egen helse har likevel endret seg lite den siste tiårsperioden. Befolkningsundersøkelser fra midten av 1980-tallet og slutten av 1990-tallet viser

at åtte av ti mener de har god eller svært god helse. Imidlertid er sykdomsbildet i endring ved at andelen kronikere i befolkningen og andelen mennesker med sammensatte sykdomsbilder ser ut til å øke. Videre ser det ut til at spekteret av problemstillinger som bringes inn på legekontoet er bredere. Blant annet oppsøkes legen oftere med problemstillinger som har en årsak i sosiale vansker og motgang. At området som forventes dekket inn av medisinen ekspanderer, er en utfordring for legene som utøver av profesjon og for hele helsesektoren.

For kronisk syke mennesker er det viktig med en tett legerelasjon. Fastlegerereformen (innført juni 2001) gir grunnlag for kontinuitet i relasjonen mellom lege og pasient. Fordi legen etter hvert vil få bedre kunnskap om den enkelte pasient, kan trolig reformen bidra til at mennesker med sykdommer som har et langvarig forløp, får bedre oppfølging i betydningen aksept og lindring av symptomer på primærhelsenivå. Befolkningsundersøkelser og oversikter over årsaker til uføretrygging (Rikstrygdeverket 2000) viser at allergiske lidelser, psykosomatiske lidelser og sykdommer i muskler og skjelett øker i utbredelse. Haug (2001) viser blant annet til at om lag hver femte kontakt i primærhelsetjenesten skyldes belastningslidelser i muskel- og skjelettapparatet, i tillegg er slike sykdommer årsak til halvparten av alle sykemeldinger (op.cit.).

Teknologisk framskritt og politiske føringer (blant annet ordningen med innsatsstyrt finansiering) har gitt resultater i form av rask og effektiv behandling av en rekke pasientgrupper. Sykehusene er utviklet til spesialiserte enheter som et ledd i funksjonsdifferensiering der enkeltsykehus har høy kompetanse på særskilte medisinske problemstillinger. Svakheten

med ordningen trer fram i tilfeller der det er vanskelig eller det tar tid før pasienten får en diagnose. Manglende diagnose blir en hindring i et behandlingssystem der belønningssystemet (inntektene) er basert på målrettet behandling som gir resultater raskt. Helsevesenet stilles overfor en vesentlig utfordring i møte med pasientgrupper der symptomer er diffuse og sykdomsbildet er sammensatt (f.eks. MS-pasienter, smertepasienter).

En større andel eldre i befolkningen har medført at behandlingstilbud rettet mot eldre har vært et satsingsområde på hele 1990-tallet (jf. handlingsplan for eldreomsorg 1998-2001). Andelen eldre over 80 år i befolkningen vil øke ytterligere fram mot 2005. Framskrivninger for befolkningen viser at neste bølge eldre kommer fra 2015. Pleie- og omsorgstjenestene er bygget kraftig ut på 1990-tallet. Til nå har det særlig vært satset på tilbud utenfor institusjonene, dvs. hjemmebasert pleie samt utbygging av boliger til pleie- og omsorgsformål.

Effektivitet versus likhet i tilbud til alle

Helsepolitikken fremmer to målsetninger som ikke uten videre er forenlige. Kravet om effektiv ressursutnyttelse på den ene siden og krav om nærhet til pasienten og tilgjengelighet til tjenester for alle på den annen side (Dahl 1999). I et land som Norge er det kostbart å opprettholde et godt tilbud i alle landets fylker og kommuner, men dette er likevel et ufravikelig krav. Det heter i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) at *"Det er et helsepolitisk mål at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted skal ha god tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor"*. Målene er ambisiøse og i praksis vil grad av måloppnåelse være både vanskelig

målbar og vanskelig å sammenligne. Aktiviteten innenfor et fylke eller en kommune kan reflektere ulikheter i kjønns- og alderssammensetning, sosiale faktorer og forskjeller i sykkelighet. Det som blir viktig er om målte ulikheter mellom fylker eller kommuner er en nødvendig tilpasning til lokale forhold eller et utslag av reelle ulikheter i tilbudet ved ellers tilnærmet like vilkår.

Regionale forskjeller i sykehus-tilbudet

Lokal-, sentral- og regionsykehus har ulik grad av spesialisering og er organisert for å ivareta ulike behov i ulike geografiske områder. Lokalsykehusene er gjerne små sykehus som skal dekke det lokale behovet for vanlige tjenester innenfor spesialitetene indremedisin og kirurgi (og fødselshjelp), med røntgen, laboratorie- og anestesistjenester som støttefunksjoner. Ved sentralsykehusene er flere spesialiteter samlet. Tradisjonelt har hvert fylke hatt ett sentralsykehus. Regionsykehusene er organisert for å møte flere fylkers medisinske behov. Disse sykehusene skal ivareta høyspesialiserte funksjoner og tjenester innenfor hver av helseregionene. I tillegg har disse sykehusene lokal- og sentralsykehusfunksjoner.

Økt spesialisering ved sykehusene gjør det nødvendig å sende pasienter, såkalte gjestepasienter, dit ekspertisen er. Akershus og Troms fylker sender flest pasienter til sykehus utenfor eget fylke, henholdsvis 29 og 28 prosent av pasientene. For landet som helhet ligger tallet på rundt 15 prosent. Det er flest kreftpasienter, hjerte-/karpasienter og ofre for ulykker som blir behandlet på sykehus utenfor eget fylke. Tilførsel av ressurskrevende pasienter fra andre fylker er noe av bakgrunnen for at fylker med regionsykehus

har flere liggedager og færre utskrivninger enn gjennomsnittet for landet.

Ulik tilgang til personell er en faktor som hindrer idealet om likhet i behandlingstilbud over hele landet. Det er til dels store variasjoner mellom fylkene. Siste del av 1990-tallet var preget av betydelig ressurs- og personellvekst ved sykehuse- ne, men denne veksten har hatt små fordelingsvirkninger mellom fylkene (Samdata sykehus 2000). Fylkenes utgifter til egne pasienter har økt på hele 1990-tallet. Variasjonen mellom fylkene har ikke endret seg vesentlig. Troms, Finnmark og Oslo har de høyeste utgiftene per innbygger regnet ut fra brutto driftsutgifter både ved somatiske og psykiatriske institusjoner. Kostnadene varierer med sykehustype og etter hvor ressurskrevende pasienter som behandles. Fylker med regionsykehus har høyere kostnader til somatisk institusjonsomsorg per innbygger. Troms har høyeste utgift per innbygger og er sammen med Hordaland det fylket der utgiftene øker mest (hhv. 8 og 7 prosent i gjennomsnitt per år i perioden 1990-2000). Akershus har lavest utgift, mens Buskerud har lavest vekst i utgiftene per innbygger med en gjennomsnittlig årlig vekst på 4 prosent.

Innenfor psykiatrisk institusjonsomsorg er det Nord-Trøndelag som har sterkest vekst i utgiftene med en gjennomsnittlig årlig vekst på 10 prosent. Lavest vekst har det vært i fylker som i utgangspunktet har høye utgifter. Finnmark har hatt 3 prosents vekst i snitt de siste ti år og Oslo en årlig vekst på 5 prosent. Dette har sammenheng med størrelsen på tilbudet og behovet som finnes.

Tilbudet av pleie- og omsorgstjenester varierer fra kommune til kommune, og har til dels ulik organisering. Imidlertid

har alle kommuner et kjernetjenestetilbud som er lovpålagt. I 2000 hadde 86 prosent av kommuner og bydeler tilbud om heldøgns hjemmesykepleie.

Strukturendringer – overgang til statlig eierskap

Fylkeskommunene hadde til og med 2001 ansvaret for somatiske og psykiatriske sykehus, spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus, ambulanse-, psykolog- og tannhelsetjenesten. Staten har hatt ansvaret for Rikshospitalet, Radiumhospitalet og andre spesialsykehus med landsdekkende funksjon. Før staten tok over ansvaret, var sykehusstrukturen organisert slik at det innen hver av helseregionene fantes tre typer sykehus rangert etter størrelse og grad av spesialisering: lokal-, sentral-, og regionsykehus. Strukturen har i flere fylker gjennomgått betydelige forandringer i siste del av 1990-årene. Sykehusdriften blir i økende grad sentralisert og endringene på 1990-tallet omfatter både organisatoriske fusjoner, funksjonsdifferensiering og beredskapssanering.

Etter 1. januar 2002 er ansvaret for spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunene til staten. Staten administrerer eierskapet gjennom fem regionale helseforetak, ett for hver landsdel: helse-region Øst (med administrasjon i Hamar), helseregion Sør (Skien), helseregion Vest (Stavanger), helseregion Midt-Norge (Stjørdal) og helseregion Nord (Bodø). Dette omfatter blant annet virksomheten i sykehus og institusjoner. Ved å samle ansvaret for drift av sykehusene på fem helseforetak er håpet at ledig kapasitet kan frigjøres på tvers av gamle grenser og derved medføre kortere ventetid, økt effektivitet og bedre utnyttelse av ressursene (jf. helseministerens redegjørelse om sykehusreformen 04.03.2002 (www.odin.dep.no/shd)).

Spesialisthelsetjenesten: økt belegg på færre plasser

Et hovedtrekk ved utviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet er vektlegging av bedre ressursutnyttelse. Sentrale institusjoner/sykehus rettes i økende grad mot behandlingsintensiv virksomhet. For å frigjøre behandlingskapasitet i sykehusene, blir tradisjonelle pleie- og omsorgsfunksjoner (langtidspasienter) overført fra sykehusene/institusjonene til kommunale institusjoner eller hjemmebasert pleie. Både på 1980- og 1990-tallet er kapasiteten, målt i antall sengeplasser, bygget ned ved somatiske sykehus og ved institusjoner innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for voksne. Unntatt er psykiatriske avdelinger på somatiske sykehus der det har vært en økning i sengeplasser. Til tross for en generell nedbygging av antallet plasser øker paradoksalt nok gjennomstrømningen av pasienter. Dette skyldes i noen grad at enklere medisinske inngrep utføres med dagkirurgi eller poliklinisk behandling. Antallet dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner har gått kraftig opp på 1990-tallet og frigjort behandlingskapasitet ved tradisjonelle institusjoner og sykehusavdelinger. Samtidig er sykehusene stilt overfor større utfordringer ved at den inneliggende pasientmassen er blitt mer ressurskrevende å behandle. Større medisinske utfordringer krever personellressurser med høy medisinsk-faglig kompetanse. Antallet årsverk av medisinsk personell har økt gjennom hele 1990-tallet, men fremdeles er det underskudd på sykepleiere ved norske sykehus og mangel på leger i deler av helsetjenesten.

Sterk vekst i utgifter til somatiske institusjoner

Utgifter til investeringer og drift av somatiske sykehus er høye. Om lag 37-38

prosent av de offentlige utgiftene til helsetjenester går til løpende drift av somatiske sykehus/institusjoner. Bevilgningene til sykehusene har økt gjennom hele 1990-tallet og hatt en gjennomsnittlig årlig vekst på nesten 7 prosent. Fra 1997 ble det innført ny finansieringsordning - innsatsstyrt finansiering for somatiske sykehus. Ordningen med stykkprisfinansiering supplerer fylkeskommunens rammetilskudd. Det medfører at staten gir en delvis stykkprisrefusjon etter antall behandlede pasienter og pasienttyngde ved sykehusene. Den statlige refusjons-satsen for gjennomsnittlige behandling-kostnader er knyttet opp mot ulike diagnosegrupper (jf. DRG - Diagnose Relaterete Grupper). Fylkeskommunene fikk i starten refundert 30 prosent av såkalt DRG-pris. I 1998 ble refusjonssatsen hevet til 45 prosent og fra 1999 til 50 prosent av DRG-pris. Målet med ordningen var å øke behandlingsskapasiteten og produktiviteten i sykehusene. Systemet skulle være et incentiv til høyere effektivitet, særlig for legene, ved å synliggjøre kostnadene av deres kliniske beslutninger (Pettersen 1997).

Poliklinisk behandling

Utviklingen innenfor behandlingsmetoder og teknologi gjør at stadig flere pasientgrupper kan behandles poliklinisk. I perioden 1988-1990 ble det offentlige takstsystemet lagt om. De polikliniske takstene skulle stimulere sykehusene til å behandle flest mulig pasienter uten innleggelse, og samtidig motivere sykehusene til å ta i bruk nye behandlingsmetoder ved poliklinikkene. Antallet polikliniske dagbehandlinger og konsultasjoner har økt med 41 prosent de siste ti årene. Aktiviteten var i 2000 på 3,6 millioner konsultasjoner.

Kortere liggetid ved somatiske sykehus

Aktiviteten ved somatiske sykehus, i form av behandling av inneliggende pasienter (antall heldøgsopphold) har økt med 13 prosent fra 1990 til 2000. I samme periode er antallet døgnplasser redusert med vel 20 prosent, og det er registrert færre liggedøgn ved sykehusene totalt sett. I 2000 ble det registrert vel fire millioner liggedøgn fordelt på 695 000 heldøgns pasienter. Gjennomsnittlig liggetid per opphold er kortet ned. I 1990 lå døgnpasienter gjennomsnittlig 7,4 dager på sykehus, og i 2000 var oppholdstiden 6,0 dager i snitt. Pasienter tilbringer med andre ord kortere tid på sykehuset per opphold, samtidig som flere opphold blir registrert. Økningen i innleggelser ved somatiske sykehus omfatter primært akuttinnleggelser. Innleggelser for køpasienter (planlagte innleggelser) siste tiårsperiode har gått noe ned. Mye tyder på at antallet re-innleggelser har økt på 1990-tallet. En slik økning må imidlertid ses i forhold til økningen i pasientmassen i samme periode. Se for øvrig artikkelen "Flere behandlede pasienter i somatiske sykehus" av Toni Kvalø for problemstillinger knyttet til ressursbruk og aktivitet i somatiske sykehus.

Mer helsefaglig personell

Bemanningsmessig er sykehusene styrket. Økt spesialisering og større fokus på aktiv behandling til fordel for pleie medfører stort behov for medisinsk kvalifisert personell. Størst har veksten vært i grupper med høyere helsefaglig kompetanse. På 1990-tallet (fra 1990 til 2000) økte antall årsverk av leger med over 55 prosent og årsverk av sykepleiere med vel 43 prosent. Annet høgskoleutdannet helsepersonell som radiografer og ergoterapeuter, har hatt en større prosentvis vekst. For hjelpepleierne har utviklingen

gått i motsatt retning. Fra 1990 til 2000 ble det om lag 21 prosent færre årsverk av hjelpepleiere. Fra 1990 til 1998 er hjelpepleierne andel av pleieressursene (dvs. hjelpepleier- og sykepleierstillinger) ved somatiske sykehus redusert fra 30 til 19 prosent. I tillegg til økt behov for spesialisert personell kan utviklingen mot en større andel sykepleierårsverk på bekostning av hjelpepleierårsverk knyttes opp mot profesjonskamp mellom yrkesgruppene. Utviklingen i personellressurser ved somatiske sykehus og relaterte problemstillinger behandles i artikkelen "Personell ved somatiske sykehus: Sterk vekst og økt kompetanse" av Anne Mundal.

Flere leger: lavere behandlingsaktivitet per legeårsverk

Mer personell og bedre teknologi legger til rette for flere behandlinger på færre senger. Til tross for større personellressurser har det vært en nedgang i behandlingsaktivitet per legeårsverk. I perioden 1990-2000 er antall sykehusopphold per legeårsverk redusert med nesten 27 prosent. Reduksjonen har vært størst ved regionsykehusene og sentralsykehusene. Endringen i legeproduktiviteten kan skyldes at en større andel av pasientpopulasjonen har kompliserte sykdomsforløp, jf. overføring av enklere behandlinger til poliklinikkene og dagbehandling. Det ser også ut til at legene bruker mer tid på indirekte pasientarbeid, som kompetanseutvikling i forhold til ny teknologi, arbeid i tverrfaglige grupper, forskning og utvikling generelt, enn på direkte pasientkontakt. Problemstillinger knyttet til legeressursene i somatiske sykehus blir belyst i artikkelen "Sykehuslegene: Går produktiviteten ned?" av Anne Mundal.

Hjerte- og karsykdommer – årsak til flest sykehusopphold

De siste ti årene er det hjertesykdom og slag, ulike kreftsykdommer og skader som har medført flest sykehusopphold. Hjertepasienter (med hjerteinfarkt, hjerneslag) er den største pasientgruppen ved norske sykehus. Vel 15 prosent av oppholdene sett under ett skyldes sykdom i hjerte- og karsystemet. Kreftsvulster og godartede svulster utgjorde 11 prosent av oppholdene i 2000. Dette til tross for at mange kreftpasienter nå mottar dagbehandling eller poliklinisk behandling. Nesten 11 prosent av oppholdene skyldes skader og forgiftninger, vel 8 prosent skyldes sykdom i lunger og luftveier, 7 prosent skyldes ubestemte symptomer og plager og vel 6 prosent er relatert til sykdommer i muskel-/skjelettsystemet. Det har vært en økning i innleggelser innenfor alle de nevnte sykdomsgruppene på 1990-tallet.

Eldre – den største pasientgruppen i somatiske sykehus

Forbruket av sykehustjenester er økende, særlig blant eldre. Eldre over 70 år sto for nesten en tredjedel av alle innleggelser, og vel 42 prosent av alle liggedager i 2000. Det har vært en kraftig økning i innleggelser blant pasienter over 80 år. I perioden 1990-2000 økte antallet sykehusopphold for eldre sykehuspasienter med 52 prosent. Artikkelen "Sykehuspasientene. Hjerte- og karsykdom vanligste årsak til innleggelse" av Elin Skretting Lunde ser nærmere på pasientgjennomstrømning og -sammensetning ved somatiske sykehus; årsak til opphold, oppholdstid mv.

Ambulanser med akuttmedisinsk beredskap

Siste tiårsperiode har aktiviteten i ambulansetjenesten, målt ved antall oppdrag,

økt med 42 prosent. Oppdrag i forbindelse med et økt antall akuttinnleggelser utgjør hoveddelen av aktivitetsøkningen. Flere behandlede pasienter på somatiske sykehus medfører også flere oppdrag for ambulansen som transportmiddel mellom behandler ved sykehus og rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, og mellom sykehus med ulike behandlingstilbud. På 1990-tallet er bruksområdet for ambulansene utvidet. I tillegg til økt aktivitet har det vært forbedret bemanning på færre biler/båter. Kompetanseheving og tomanns bemannede ambulanser har ført til at virksomheten ikke lenger utelukkende omfatter transportoppdrag, men har et tilbud av akuttmedisinsk beredskap. I alle tomannsbetjente biler/båter skal det finnes ambulanspersonell med kvalifisering innenfor helsefag. Utvikling eller etablering av et felles kommunikasjonsystem (AMK-sentraler) har også gitt bedre koordinering og utnyttelse av tjenesten. Artikkelen "Ambulansen - fra transportmiddel til behandlingsinstitusjon" av Toni Kvalø ser på ressurser og aktivitet i ambulansetjenesten, og på utviklingen i tjenestens oppgaver over tid.

Psykiatri

I Opptrappingsplan for psykisk helse er formålet å styrke de hjemmebaserte tjenestene, etablere nye botilbud, dag-sentra og andre aktivitetstilbud, samt øke personellkompetansen på feltet fram mot 2006. I tråd med helsepolitiske målsettinger brukes institusjonsplassene til mer aktiv behandling enn tidligere. Psykiatriske langtidspasienter blir i økende grad overført til kommunale omsorgs- og pleietilbud utenfor spesialisthelsetjenesten. Fra 1990 til 2000 ble hver fjerde heldøgns plass i voksenpsykiatriske institusjoner lagt ned. Antallet plasser er redusert ved nesten alle typer

institusjoner, med unntak av psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus. Nedbyggingen er et resultat av en omstrukturering av tilbudet hvor psykiatriske sykehjem omdannes til mer behandlingsorienterte institusjoner, for eksempel til døgnenheter ved distriktpsikiatriske sentra (DPS). Distriktpsikiatriske sentra tilbyr et bredt spekter av allmennpsykiatriske behandlingstilbud på ulike omsorgsnivå (døgn- og dagbehandling og poliklinisk behandling) og er organisert på lokalsykehusnivå. Poliklinisk virksomhet får en stadig viktigere plass som behandlingsform også innenfor psykiatrien. Det ble registrert nesten dobbelt så mange polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner i 2000 sammenlignet med 1990.

Utgifter til psykiatriske institusjoner

Løpende utgifter til psykiatriske spesialisthelsetjenester utgjør om lag 10 prosent av de offentlige helseutgiftene. Utgiftenes andel av totale driftsutgifter har endret seg lite i løpet av 1990-årene. Totalt steg brutto driftsutgifter innenfor voksenpsykiatri med nesten 6 prosent i snitt per år fra 1990 til 2000, mens løpende utgifter innenfor barne- og ungdomspsykiatri hadde en noe sterkere vekst med rundt 8,5 prosent i året. Det er lønn og sosiale utgifter som trekker mest på utgiftssiden. Lønnsutgiftene utgjorde 81 prosent av driftsutgiftene ved psykiatriske institusjoner i 2000.

Større pasientsirkulasjon ved voksenpsykiatriske institusjoner

Det har vært en betydelig nedgang i antallet psykiatriske døgnplasser for voksne på 1980- og 1990-tallet, mens antallet årsverk innenfor sektoren har økt jevnt. Antallet utskrivinger etter døgnopphold ved voksenpsykiatriske institu-

sjoner har økt og gitt kortere gjennomsnittlig oppholdstid for psykiatriske pasienter. Det gjennomsnittlige antall oppholds-døgn per utskriving er mer enn halvert fra 1990 til 2000. Per døgnplass er antall utskrivinger fordoblet fra 1990 til 2000. Utviklingen i aktivitet og ressurser innenfor psykiatrisk spesialisthelsetjenester blir beskrevet i artikkelen "Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling" av Borgny Vold.

I likhet med økende spesialisering ved somatiske sykehus ser vi en tendens mot mer spesialisert fagkompetanse hos ansatte også ved psykiatriske institusjoner. Fra 1990 til 2000 har antallet beregnede årsverk i voksenpsykiatriske avdelinger og poliklinikker økt med nesten 9 prosent. Fordelingen på yrkesgrupper og stillingskategorier viser at den faglige kompetansen har økt betraktelig i perioden. Antall årsverk blant psykiatere har økt med 34 prosent, blant sosionomer med 46 prosent og blant psykiatriske spesialsykepleiere med 70 prosent. I hjelpepleierårsverk var det ingen økning og ellers en nedgang i annet personell.

Pleie- og omsorgstjenesten: en sektor i sterk ekspansjon

Tilbudet av pleie- og omsorgstjenester er bygget betydelig ut de senere årene. Tjenestene som gis utenfor institusjon er utvidet og forbedret og det er bygget nye institusjoner og omsorgsboliger, særlig mot slutten av 1990-årene. Organiseringen av pleie- og omsorgssektoren på 1990-tallet har hatt fokus på styrking av hjemmetjenestene. Målsetningen har vært at hjelpetrengende skal kunne bo lengst mulig i eget hjem. Begrepet "eget hjem" omfatter alle typer boliger som den hjelpetrengende selv disponerer og betaler husleien for, også kommunale boliger med ulik grad av tilpasning. Disse

boligene er ment å skulle fylle de tradisjonelle aldershjemmenes oppgave. Antallet beboere i denne typen boliger har økt kraftig på andre del av 1990-tallet. Aldershjemmene blir i økende grad omdefinert til sykehjem som i hovedsak er forbeholdt de eldste og mest pleietrengende.

Økt ressursbruk – mye går til avlønning av personell

På 1990-tallet har utgiftene til pleie- og omsorgssektoren økt betydelig. De totale utgiftene til personell og tjenesteyting innenfor pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner var i overkant av 38,5 milliarder i 2000. En ikke ubetydelig andel av midlene har gått til lønnsutbetalinger og oppretting av nye stillinger. Bare på 1990-tallet har antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren økt med nærmere 20 000. Andelen helsefaglig personell innenfor sektoren er økende. Noe av økningen i personell skyldes at kommunene overtok omsorgen for personer med psykisk utviklingshemming tidlig på 1990-tallet. Over halvparten av årsverksøkningen var personell med sykepleier- eller hjelpepleierutdanning. Om lag 63 prosent av alle årsverk ble utført av personell med helsefaglig eller sosialfaglig utdanning, og 37 prosent av årsverkene av personell uten fagopplæring eller med annen utdanning.

I løpet av siste tiårsperiode har det vært en vridning i utgiftfordelingen fra institusjonsomsorg til pleie og omsorg utenfor institusjon. Mens 70 prosent av utgiftene gikk til institusjonsdrift tidligere, gjaldt dette vel 50 prosent av utgiftene i 1998. Utgiftene til institusjoner (sykehjem og aldershjem) steg med 3,5 prosent fra 1991 til 1998 (Brathaug mfl. 2001). Løpende utgifter til hjemmebaserte tjenester (i egen bolig) steg i gjennomsnitt med 13 prosent i året i tidsrommet 1991

til 1998, mens løpende utgifter til hjemmebaserte tjenester i tilrettelagte boliger steg i gjennomsnitt med 16 prosent per år i samme periode (op.cit).

Aldershjem erstattes med hjemmetilbud for de sprekeste og sykehjem for de sykeste

Om lag en av fem personer som har hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene bor på institusjon. Institusjonsbeboerne er i hovedsak personer over 80 år. Og syv av ti institusjonsbeboere er kvinner. I løpet av 1990-årene er antallet institusjoner redusert med nærmere 6 prosent. Antallet og fordeling av institusjonsplasser på henholdsvis aldershjem og sykehjem har også endret seg i perioden. Mens 69 prosent av institusjonsplassene var plasser ved sykehjem i 1991, var over 84 prosent sykehjemsplasser i 2000.

Flere registrerte brukere av hjemmetjenesten

Ved utgangen av 2000 var det i overkant av 159 000 personer som mottok hjemmetjenester. Av brukere registrert hos hjemmetjenesten er vel en fjerdedel under 67 år. I hovedsak er dette psykisk utviklingshemmede og unge med funksjonshemming. Det har blitt flere eldre brukere de senere år. Økningen i brukere av hjemmetjenesten har økt fra 25 000 til 38 400 fra 1992 til 2000, en økning på 65 prosent. Situasjonen i pleie- og omsorgssektoren blir for øvrig omtalt i artikkelen "Pleie- og omsorgstjenestene" av Åsne Vigran.

Referanser

Brathaug, Ann Lisbet, Helge Brunborg, Elin Skretting Lunde, Elisabeth Nørgaard og Åsne Vigran (2001): *Utviklingen av aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter*, Rapport 2001/14, Statistisk sentralbyrå.

- Dahl, Espen (1999): *Hvor går helsevesenet, Det 21. århundrets velferdssamfunn*, Fafo-rapport nr. 293, Institutt for arbeids-livs- og velferdsvforskning.
- Haug, Kjell (2001): *Kostnader og ressurser i norsk helsevesen i Askildsen*, Jan Erik og Kjell Haug (red.) (2001): *Helse, økonomi og politikk. utfordringer for det norske helsevesenet*, Cappelen, Akademisk forlag, Oslo.
- <http://www.odin.dep.no/shd> (4. mars 2002): Helseministerens redegjørelse om sykehusreformen.
- Nasjonal kreftplan (1999-2003). Øremerkede midler 1999. Sosial- og helsedepartementet.
- Nørgaard, Elisabeth (2000): Helseutgifter: Staten betaler stadig mer, *Samfunnspeilet* 2/2000, Statistisk sentralbyrå.
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
- Pettersen, I. J. (1997): Reisen til markedet. Om økonomisk styring i sykehussektoren. *Sosialøkonomen* nr. 2:2-9.
- Ramm, Jorun (2000): "Sykdom og helseplager" i *Helse i Norge. Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved befolkningsundersøkelser*. Statistiske analyser nr. 41, Statistisk sentralbyrå.
- Rikstrygdeverket (2000): *Trygdestatistisk årbok 2000*, Utredningsavdelingen, Trygdeetaten.
- SAMDATA sykehus (2000): *Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise forskjeller*. Sintef-rapport nr. 1, 2000 Sintef Unimed.
- Statistisk sentralbyrå (19xx): *Nasjonalregnskapet, 1990-1999*.
- St.meld. nr. 41 (1987-88): *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*, Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 50 (1993-94): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*, Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 50 (1996-97): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet*, Sosial- og helsedepartementet.
- St.prp. nr. 63 (1997-98): *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.
- WHO (2000): *Who Assesses the World's health systems*, Press release 21. June 2000.